Tim Peters

„Sie können sich das quasi aussuchen, welches sie nehmen.“

Die interaktionale Aushandlung der therapeutischen Entscheidungsfindung in der medizinischen Ausbildung

Empirische Kommunikationsforschung im Gesundheitswesen (EKiG) Band 2

Verlag für Gesprächsforschung

Mannheim: Verlag für Gesprächsforschung 2015
http://www.verlag-gespraechsforschung.de
ISBN 978 - 3 - 936656 - 62 - 6

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Grades eines Doktors der Philosophie
in der Fakultät für Philologie der Ruhr-Universität Bochum
vorgelegt von Tim Peters

Alle Rechte vorbehalten.

© Verlag für Gesprächsforschung, Dr. Martin Hartung, Mannheim 2015

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt.
Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigung, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Für meine Frau Verena
und meine Tochter Emma

Danksagung

Es gibt eine Reihe von mir wichtigen Menschen, die mich auf dem Weg hin zu dieser Arbeit begleitet haben und ohne die ich es nie geschafft hätte.

Zunächst gilt mein Dank Prof. Dr. Wolfgang Boettcher und Prof. Dr. Thorsten Schäfer, die meinen Promotionsprozess geduldig begleitet haben und mir fachlich wie menschlich auch in schwierigen Phasen zur Seite standen. Sie haben mich im Konzeptions- und Arbeitsprozess nach Kräften unterstützt, mit hilfreichen Eingebungen weitergeholfen und mir dennoch viel gedanklichen Freiraum gelasssen.

Weiterhin möchte ich Prof. Dr. Dr. Jochen Vollmann und PD Dr. Jan Schildmann danken, die den Beginn meiner Promotion begleitet und mich an den Fachbereich der Medizinethik herangeführt haben. Ihre konstruktiven Ratschläge und Fragen haben mir sehr geholfen, meine finalen Fragestellungen zu finden und schließlich meinen interdisziplinären Forschungsansatz auszuarbeiten.

Danken möchte ich außerdem Ingrid Furchner und Nicole Hinrichs für ihre geduldige und zeitweise recht spontane Textdurchsicht und die vielen hilfreichen Hinweise, die sich in der nun fertigen Arbeit wiederfinden. Mein Dank gilt ebenso den an der Studie beteiligten Studierenden, die sich für die Aufnahmen zur Verfügung gestellt haben, sowie den beiden Schauspielern, ohne deren professionelles Spiel ich die Datengewinnung nie so problemlos hätte durchführen können.

Abschließend gilt mein Dank den Personen in meinem Leben, deren unmittelbares Wirken auf diese Arbeit nicht zu erkennen ist, aber ohne die es sie dennoch nicht gegeben hätte. Ich möchte meinen Eltern danken, die mir den Weg an die Universität erst ermöglicht haben und dank ihnen ich nun in der Wissenschaft forschen und meiner Leidenschaft nachgehen kann. Danken möchte ich auch meinen Freunden, die mir immer zur Seite standen und meine Klagen sowie mein begrenztes Themenspektrum in Gesprächen mit Würde ausgehalten haben.

Mein größter Dank aber, den ich nur schwer in Worte fassen kann, gilt meiner geliebten Frau Verena Peters für ihre Unterstützung, Geduld und die unendliche Rücksicht in einer anstrengenden Zeit.

Bochum, den 10.02. 2015
Tim Peters

Inhaltsverzeichnis

Danksagung ... 3
1. Einleitung ... 10
2. Grundlagen der Arzt-Patienten-Beziehung ... 16
2.1 Gesellschaftliche Grundlagen des Arzt-Patienten-Kontakts ... 16
2.2 Medizinische Institutionen ... 19
2.3 Die Rollenbilder Arzt und Patient ... 21
2.4 Die medizinethische Perspektive ... 24
3. Arzt-Patienten-Kommunikation ... 32
3.1 Wissenschaftshistorischer Abriss ... 33
3.2 Struktur des Arzt-Patienten-Gesprächs ... 37
3.2.1 Begrüßung und Gesprächseröffnung ... 41
3.2.2 Anliegensformulierung ... 42
3.2.3 Beschwerdenexploration ... 45
3.2.4 Diagnoseübermittlung ... 49
3.2.5 Therapieentscheidung und -planung ... 53
3.2.6 Gesprächsbeendigung ... 55
3.3 Wissenstransfer ... 57
3.3.1 Ärztliche Fragen ... 58
3.3.2 Fach- und Laiensprache ... 61
3.4 Die Rolle des Nonverbalen ... 65
3.5 Asymmetrien ... 67
4. Die Entscheidungsfindung ... 71
4.1 Internationale Perspektiven ... 72
4.2 Arbeiten aus dem deutschsprachigen Raum ... 75
4.3 Der Analyseansatz dieser Arbeit ... 81
5. Die medizinische Ausbildung ... 84
5.1 Grundzüge der historischen Entwicklung des deutschen Medizinstudiums ... 84
5.2 Kritik am Medizinstudium ... 86
5.3 Internationale Entwicklungen ... 89
5.4 Reformprozesse in Deutschland ... 93
5.4.1 Modell- und Reformstudiengänge ... 93
5.4.2 Die neue Ärztliche Approbationsordnung 2002 ... 94

5.4.3 Der Nationale Kompetenzbasierte Lernzielkatalog Medizin (NKLM) 97
5.5 Anknüpfungspunkte der Arbeit 104
6. Zur empirischen Grundlage 106
6.1 Operationalisierung der Fragestellung 106
6.2 Konsequenzen für die Datenerhebung 110
6.3 Gesprächssimulationen 111
6.3.1 Geschichte der Methode 111
6.3.2 Simulationspatienten als Methode in Forschung und Lehre 113
6.3.3 Gütekriterien 116
6.3.4 Abschließende Überlegungen zur Gesprächssimulation 118
6.4 Das Design der Studie 119
6.4.1 Erste Annäherungen 119
6.4.2 Krankheitsbild und Fallszenario 120
6.4.3 Training der standardisierten Patienten 123
6.5 Gewinnung von Studienteilnehmern 124
6.6 Durchführung 126
6.7 Der Korpus 128
7. Zur Methodik 130
7.1 Methodengeschichtliche Einordnung 131
7.2 Die linguistische Gesprächsanalyse 137
7.3 Implikationen und Limitationen der Methode 140
7.3.1 Das Empirieverständnis 140
7.3.2 Das Beobachterparadoxon 141
7.3.3 (Weiter-)Entwicklung der Forschungsfrage 142
7.3.4 Theoretische Sättigung 142
7.4 Das Transkriptionssystem 143
7.5 Zwischenstand und Forschungsfragen 145
8. Datenanalyse I 147
8.1 Vorsichtige Aushandlung eines deliberativen Ansatzes 147
8.1.1 Aufforderung zur Stellungnahme 148
8.1.2 Fragen des StP 153
8.1.3 Thematisierung der Entscheidungsfindung 157
8.1.4 Initiative des Studierenden 161
8.1.5 Replik des StP 168

8.1.6 Konsens und Abschluss der Entscheidungsfindung 174
8.2 Ein interpretativer Ansatz als Lösung eines Konflikts 177
8.2.1 Initiative der Studierenden und ihre Zurückweisung 177
8.2.2 Erste Initiative der standardisierten Patientin 185
8.2.3 Zweite Initiative der standardisierten Patientin 187
8.2.4 Konsensvorschlag der Studierenden 191
8.2.5 Dritte Initiative der standardisierten Patientin 195
8.2.6 Entwicklung eines Kompromisses 199
8.2.7 Konsensabsicherung und Abschluss der Entscheidungsfindung 201
8.3 Folgerungen aus den Analyseergebnissen 207
9. Datenanalyse II 208
9.1 Das Gespräch „M-M-df-Kon01“ 208
9.1.1 Die Anliegensformulierung 208
9.1.2 Das Blutdruckmessgerät 215
9.1.3 Einleitung der Entscheidungsfindung 221
9.1.4 Einordnung in den Prozess der Entscheidungsfindung 230
9.2 Das Gespräch „W-W-da-Kon01“ 232
9.2.1 Die Vertretung der Hausärztin 232
9.2.2 Besprechung der bisherigen Therapie 244
9.2.3 Einleitung der Entscheidungsfindung 251
9.2.4 Einordnung in den Prozess der Entscheidungsfindung 262
10. Zusammenführung 265
10.1 Die Studierenden und die Entscheidungsfindung 265
10.2 Zur Struktur der therapeutischen Entscheidungsfindung 267
10.2.1 Der Aushandlungscharakter 267
10.2.2 Die Pluralität der Entscheidungsfindungsprozesse 267
10.2.3 Integration medizinethischer Konzepte in die Gesprächsanalyse 268
10.2.4 Verortung im Gespräch 268
10.2.5 Vorschlag eines Strukturmodells 269
10.3 Medizindidaktische Konsequenzen 274
11. Fazit und Ausblick 276
12. Quellen 279
12.1 Literaturverzeichnis 279
12.2 Verzeichnis allgemeiner Internetlinks 313

12.3. Verzeichnis der Gesetzestexte und Verordnungen 314
13. Anhänge 315
13.1 Informationen für Studienteilnehmer 315
13.2. Informationen für standardisierte Patienten 317
13.3 Empirische Aufnahmen – Datenübersicht 320
13.4 Transkriptionskonventionen 323
13.4.1 Grundsätzliches 323
13.4.2 Transkription kinesischer Aktivitäten 324
13.4.3 Transkription verbaler und paraverbaler Aktivitäten 325
13.5 Transkript I: M-M-df-Kon01 327
13.6 Transkript II: W-W-da-Kon01 354

Bilder- und Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Power/control-shift models 22
(Quelle: Byrne/Long 1976, Engel 1997, Elwyn et al. 1999, in einer Zusammenstellung von Koerfer et al. 2008a: 130)

Abbildung 2: Models of decision making about treatment 24
(Quelle: Charles et al. 1999: 781)

Abbildung 3: Modell der Krankheitsbearbeitung bei Krebspatienten 48
(Quelle: Wimmer 1993: 406)

Abbildung 4: Kommunikationsmuster für Paternalismusmodell 76
(Quelle: Koerfer et al. 2008a: 132)

Abbildung 5: Kommunikationsmuster für Dienstleistungsmodell 77
(Quelle: Koerfer et al. 2008a: 135)

Abbildung 6: Kommunikationsmuster für Kooperationsmodell 78
(Quelle: Koerfer et al. 2008a: 137)

Abbildung 7: Die 4 Modelle der Arzt-Patienten-Beziehung 82
(Quelle: Emanuel/Emanuel 1992, nach einer Vortragsdarstellung von Jan Schildmann 2007)

Abbildung 8: The CanMEDS Roles Framework 93
(Quelle: http://medical-imaging.utoronto.ca/residenc/resprogram/canmeds.htm [Stand: 15.01.2015])

Abbildung 9: Gliederungsübersicht des NKLM 101
(Quelle: MFT/GMA 2013: 11)

Abbildung 10: Kompetenzebenen von NKLM und NKLZ im Vergleich zu Miller-Pyramide und SCLO 102
(Quelle: MFT/GMA 2013: 17)

Abbildung 11: Die Ärztin und der Arzt als Kommunikatoren, Ausschnitt des Lernziels 7.1 103
(Quelle: MFT/GMA 2013: 39)

Abbildung 12: Skizze der Aufnahmesituation 133

Abbildung 13: Beispiel für Aufnahmesituation (Perspektive: Totale) 133

Abbildung 14: Beispielstandbild des Gesprächs M-M-df-Kon01 156

Abbildung 15: Beispielstansbild des Gesprächs W-W-da-Kon01 190

Abbildung 16: Aushandlung der therapeutischen Entscheidungsfindung 304

Abkürzungsverzeichnis

CanMEDS	Canadian Medical Education Directives for Specialists
GMA	Gesellschaft für Medizinische Ausbildung
MFT	Medizinischer Fakultätentag
NKLM	Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin
PJ	Praktisches Jahr
SP	Simulationspatient
StP	Standardisierter Patient
UAW	Unerwünschte Arzneimittelwirkung

1. Einleitung

Es gibt kaum ein Themengebiet, über das so viel geforscht und geschrieben und das aus so vielen unterschiedlichen wissenschaftlichen Perspektiven betrachtet wurde wie das Gespräch zwischen Arzt und Patient.[1] Die medizinische Kommunikation ist ein Forschungsgegenstand unter anderem der Psychologie, der Philosophie, der Sozialwissenschaften und natürlich der angewandten Linguistik. Gleichzeitig hat sie eine hohe alltagsweltliche Relevanz sowie eine gesellschaftspolitische Dimension. Jeder Bundesbürger wird im Laufe seines Lebens immer wieder mit dem deutschen Gesundheitssystem konfrontiert, und dies manchmal auch in mehr oder minder bedrohlichen oder zumindest einschränkenden Situationen, die er in der Regel nicht selbst beheben kann. Als Patient erlebt er die Kommunikation im medizinischen Bereich persönlich und mit all ihren Konsequenzen. Durch diese latente bis akute Bedrohung und die damit einhergehende Sorge bzw. Betroffenheit ergeben sich eine Reihe von Anforderungen an die Arzt-Patienten-Kommunikation, die mit der institutionellen Wirklichkeit oft nicht übereinstimmen. Auf Basis dieser Erfahrungen artikulieren Patienten neben vielen anderen gesellschaftlichen Gruppen ihre Interessen in Richtung des Gesundheitssystems und speziell der dort praktizierten Kommunikation. Aus diesen Forderungen in Kombination mit wissenschaftlichen Erkenntnissen bezüglich der Bedeutung kommunikativer Prozesse für eine gelungene Arzt-Patienten-Beziehung und eine erfolgreiche Behandlung ergeben sich verschiedene normative Anforderungen an die Arzt-Patienten-Kommunikation,[2] die in Klinik und hausärztlicher Praxis, aber auch schon in der medizinischen Ausbildung eine Rolle spielen.

Was als *eine* Sonderform institutioneller Kommunikation oder lediglich als ein Teil des medizinischen Handelns bezeichnet werden könnte, hat über die letzten Jahrzehnte hinweg immens an Bedeutung gewonnen. Es wird davon ausgegangen, dass Ärzte im Verlauf ihres Berufslebens ca. 200.000 Gespräche mit Patienten führen (Kurtz et al. 1998, zitiert nach Koerfer et al. 2008b). In manchen Fachgebieten (insbesondere der Allgemeinmedizin und der Psychiatrie) gilt die Kommunikation zwischen Arzt und Patient im Rahmen der Anamnese als eines der wichtigsten Diagnosewerkzeuge, das je nach den Umständen 60 bis 90 % der ärztlichen Diagnosebildung bestimmt (Löning 1985: 40-41; Hampton et al. 1975). Gleichzeitig gilt sie auch als ein wichtiges Therapieinstrument, insbesondere in der Psychosomatik und der Psychotherapie (Pawelczyk 2011). Schließlich spielt die Arzt-Patienten-Kommunikation auch im Rahmen der Erklärung von Diagnosen und Therapien eine zentrale Rolle, sowohl um die *compliance* bzw. *adherence*[3] der Patienten zu fördern als auch in emotional kritischen Situationen wie

[1] Zugunsten der leichteren Lesbarkeit wird in dieser Arbeit das generische Maskulinum verwendet, damit sind jedoch immer – wenn nicht gesondert markiert – beide Geschlechter gemeint.

[2] An dieser Stelle könnte auch der Terminus „Patienten-Arzt-Interaktion“ bzw. „Patienten-Arzt-Kommunikation“ gebraucht werden, der entsprechend neueren medizinethischen und patientenrechtlichen Entwicklungen die Stellung des Patienten aufwertet. Aufgrund seiner größeren Verbreitung wird in dieser Arbeit dennoch der Begriff Arzt-Patienten-Interaktion bzw. synonym Arzt-Patient-Kommunikation verwendet. Das bedeutet nicht, dass die beiden Gesprächspartner damit von vornherein hierarchisch betrachtet werden. Auf die diesbezügliche Asymmetrie gehe ich in Kapitel 3.5 ausführlicher ein.

[3] *Compliance* ist in der Medizin der Oberbegriff für kooperatives Verhalten des Patienten bezüglich der Therapie (vgl. Scheibler 2004: 25-26). Die Definitionen von *compliance* schwanken zwischen „[…] Be-

dem Überbringen einer schlechten Nachricht (vgl. Baile et al. 2000). Thomas Spranz-Fogasy und Peter Nowak fassen die Situation in ihrem Überblicksartikel scheinbar profan, aber treffend zusammen mit den Worten „‚Medizinische Kommunikation' durchdringt alle Bereiche des medizinischen Handelns in vielfältigen Formen" (2008: 80).

In der Linguistik wird die Kommunikation zwischen Arzt und Patient seit den 1970er und 1980er Jahren auf internationaler Ebene intensiv erforscht. Inzwischen gibt es eine Vielzahl von Studien zu verschiedenen Aspekten dieses in mehrfacher Hinsicht besonderen Gesprächstyps (für eine Übersicht vgl. beispielsweise Heritage 2006b; für Studien aus dem deutschsprachigen Bereich: Nowak 2010; Menz et al. 2008b). Nun könnte ein kritischer Geist meinen, dass nach mehreren Jahrzehnten der Forschung das Thema doch irgendwann halbwegs erschöpfend behandelt sein müsste und man fortan nur noch Redundanzen erzeugen oder sich mit irgendwelchen spezifischen Details beschäftigen könne. Doch davon ist die Forschung zur Arzt-Patienten-Kommunikation noch weit entfernt. Die Medizin entwickelt sich in technischer Hinsicht rasant weiter, und daraus ergeben sich neue ethische Anforderungen; ebenso wandeln sich die Gesellschaft, die Institutionen und die Rolle des Individuums. Und damit verändert sich konsequenterweise auch das, was zwischen einem Patienten und seinem behandelnden Arzt passiert (oder passieren sollte). Manifest werden diese Entwicklungen beispielsweise in den „Forschungswellen", die sich in der Literatur abzeichnen. Als besonders publikations- und forschungsintensive Phasen lassen sich der Beginn der 1980er, der Beginn der 1990er Jahre und die Zeit seit 2008 ausmachen; es ist zu vermuten, dass dies zum Teil auf die jeweiligen Entwicklungen in der Medizin zurückgeht.[4]

Trotz dieser Veränderungen, die die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dem Thema beeinflussen, weist die Forschung zur Arzt-Patienten-Kommunikation einige Konstanten auf. Dazu gehört zum Beispiel die Einteilung des Gesprächs zwischen Arzt und Patient in verschiedene Phasen bzw. Komponenten, die sich an den klassischen medizinischen Gesprächsbestandteilen Anamnese, Diagnose und Therapie orientiert.[5] Auffällig ist hierbei, dass sich die Forschung bisher vor allem auf die Anamnese und die Diagnose konzentriert hat, während sich zum Gesprächsabschnitt der Therapie bzw.

reitschaft des Patienten zur Mitarbeit bei diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen und seiner Zuverlässigkeit bei der Befolgung von Anweisungen […]" (Wiese 2001: 228). Der Terminus ist aber umstritten, weil er den Patienten eher als passiv Beteiligten definiert, von dem ein gewisses Maß an Gehorsam gegenüber dem Arzt und der medizinischen Institution erwartet wird (Klemperer 2003: 37). Neuerdings wird eher der Begriff *adherence* verwendet. Er bezeichnet etwas neutraler „[…] the extent to which a person's behaviour – taking medication, following a diet, and/or executing lifestyle changes – corresponds with agreed recommendations from a health care provider" (WHO 2003: 3). Hier wird dem Patienten also eine aktivere Rolle zugeschrieben und davon ausgegangen, dass er in die therapeutischen Maßnahmen zuvor eingewilligt hat bzw. an der Entscheidung darüber in irgendeiner Weise beteiligt war (wobei man diese Vorannahme durchaus kritisch diskutieren könnte). Gemessen oder beurteilt wird also nicht, inwieweit das Verhalten des Patienten den Vorgaben der medizinischen Institutionen und deren Personal entspricht, sondern inwieweit er sich an das gemeinsam Vereinbarte hält. Die Entwicklung dieses anderen Begriffs belegt nicht nur anschaulich die gestärkte Rolle des Patienten im Gesundheitssystem, sondern zeigt auch, wie sich solche Veränderungen in der medizinischen Terminologie widerspiegeln. In dieser Arbeit wird in Anlehnung an die beschriebenen neueren Entwicklungen der Begriff *adherence* verwendet.

4 Siehe hierzu Kapitel 3.1: „Wissenschaftshistorischer Abriss".

5 Siehe Kapitel 3.2 zu der „Struktur des Arzt-Patienten-Gesprächs".

zur vorgelagerten Entscheidungsfindung kaum ausführliche linguistische Betrachtungen finden (Nowak 2010: 327).

Dies ist umso erstaunlicher, als die medizinischen Fachdisziplinen und insbesondere die Medizinische Ethik, die etwas zugespitzt als Reflexionswissenschaft der Medizin bezeichnet werden könnte, in der Auseinandersetzung mit Arzt-Patient-Beziehungen den Fokus stark auf die therapeutische Phase[6], die diesbezügliche Entscheidungsfindung, den Austausch relevanter Werthaltungen und schließlich die informierte Einwilligung (*informed consent*) legen (vgl. z. B. Emanuel/Emanuel 1992; Elwyn et al. 1999; Vollmann 2000b). Dabei werden allerdings – wie in dieser Arbeit gezeigt werden wird – häufig sehr globale und generalisierende Beobachtungen angeführt und verschiedene Konzepte vermischt. Das zeigt sich beispielsweise darin, dass sowohl eine Arzt-Patient-Beziehung im Ganzen als auch ein Prozess der Entscheidungsfindung mitunter mit der Bezeichnung paternalistisch[7] versehen wird. Im ersten Fall könnte damit eine dominante ärztliche Gesprächsführung oder die Kontrolle der Themensteuerung gemeint sein, während es im zweiten Fall betonen soll, dass bei der Therapiewahl die Heilungsabsicht des Arztes über die Autonomie bzw. die Werthaltung des Patienten gestellt wird. Hier fehlt eine klare begriffliche und für die Analyse konkreter Arzt-Patienten-Kontakte nutzbare Differenzierung. In der linguistischen Forschung werden diese Begrifflichkeiten zwar auch herangezogen, sie wurden bisher aber kaum explizit thematisiert, definiert oder hinterfragt.

Parallel wird in der Wissenschaft wie in der Gesellschaft intensiv über die Arzt-Patienten-Beziehung und damit über die „richtige" Form des Umgangs mit Patienten debattiert. Ein anschauliches Beispiel hierfür ist die Auseinandersetzung um die partnerschaftliche oder partizipative Entscheidungsfindung (im Englischen: *shared decision-making* oder kurz SDM; siehe bspw. Klemperer 2003), die auf einer wissenschaftlichen Basis geführt wird, aber oftmals von normativen Forderungen begleitet ist.

Die Paradigmenänderungen in Bezug auf den Kontakt zwischen Arzt und Patient sowie die anhaltenden Diskussionen darüber haben dazu geführt, dass die Arzt-Patient-Interaktion nicht nur breit erforscht wurde und wird, sondern ihre Ergebnisse – insbesondere seit der neuen Approbationsordnung für Ärzte (2002) und den folgenden Novellierungen – auch Eingang in zahlreiche, sehr unterschiedliche Lehrkonzepte für die medizinische Ausbildung gefunden haben. Die Lehre in der Medizin hat sich in den vergangenen 15 Jahren in weiten Teilen gewandelt, sie ist praxisnäher geworden und hat sich u. a. verstärkt der Kommunikation, den Patientenrechten, der Arzt-Patienten-Beziehung und Prozessen der Entscheidungsfindung zugewandt. Hinzu kommt, dass bereits die Studierenden permanent mit konkreten Entscheidungsfindungsprozessen und Therapieentscheidungen konfrontiert werden, die im Rahmen der klinischen Fächer meist implizit vorgelebt werden. Diese Lehrentwicklungen und die veränderte medizinische Sozialisation, die sich übrigens auch im generellen kommunikativen Verhalten zeigt (Lalouschek 2002a: 22ff.), prägen die Studierenden und beeinflussen

[6] Theoretische Grundlagen und konkrete Beispiele für den Bereich der angewandten klinischen Ethik, den diese Überlegungen besonders betreffen, finden sich in Vollmann et al. 2009.

[7] Für eine genaue Auseinandersetzung mit den Begrifflichkeiten siehe Kapitel 2.4 („Die medizinethische Perspektive") und 4 („Die Entscheidungsfindung").

nachhaltig ihre Kommunikation und ihr Handeln z. B. im Rahmen der Entscheidungsfindung.

Doch obgleich diese Themen in der medizinischen Ausbildung sowohl theoretisch als auch praktisch erheblich an Bedeutung gewonnen haben, sind die theoretischen Grundlagen dazu (wie oben beschrieben) weiterhin unzulänglich. Neben den unscharfen Begrifflichkeiten und den vielfältigen normativen Forderungen sind die didaktischen Konzepte zur therapeutischen Entscheidungsfindung nur unzureichend an die vielfältige Forschung zu Arzt-Patienten-Kommunikation angebunden und es fehlt an einer konkreten Umsetzungsperspektive, die über eine globale, verallgemeinernde Nutzung hinausgeht.

Diese Forschungsarbeit beruht auf einer Vorannahme, die sich bei mir im Rahmen der medizinischen Lehre entwickelte: dass in der disziplinübergreifenden Forschung wie auch im klinischen Alltag die Entscheidungsfindung im Rahmen der Arzt-Patienten-Beziehung zu unscharf definiert ist und die entsprechenden Begrifflichkeiten darüber hinaus häufig in unangemessener Weise Verwendung finden. Die Entscheidungsfindung wird in der Regel entweder mit Konzepten beschrieben, die eigentlich das ganze Gespräch charakterisieren und damit zu unscharf sind, oder ihre spezifische Ausgestaltung wird in der globalen Einordnung bzw. Beschreibung des gesamten Gesprächs erst gar nicht im Detail berücksichtigt. Dabei ist schon bei einer oberflächlichen Betrachtung ersichtlich, dass hier differenziertere Beziehungen beobachtet werden können, die sich überdies im Verlauf der Interaktion entwickeln und verändern können. Diese Unschärfe der verwendeten Begriffe und die Tatsache, dass die im Hintergrund ablaufenden Interaktionsprozesse der Meinungs- und Konsensfindung nicht beachtet werden, basieren meiner Einschätzung nach auf einer bisher unbefriedigenden Definition der Entscheidungsfindungsmodelle, die die mikroskopischen Gesprächsabläufe nahezu vollkommen ignoriert. Die bisher einzigen systematischen Versuche, dies aufzubrechen, finden sich im angloamerikanischen Raum bei Tanya Stivers (2006) und im deutschen bei Armin Koerfer und Kollegen (Koerfer et al. 2005; Koerfer et al. 2008a), die ebenfalls – allerdings auf unterschiedliche Weise – den globalen Anspruch von Beziehungsmodellen hinterfragen und für die Entscheidungsfindung verschiedene ausdifferenzierte Kommunikationsmuster vorschlagen. Diese sind jedoch meines Erachtens nicht ausreichend mit den medizinischen Konzepten verknüpft oder normativ aufgeladen, wie ich in Kapitel 4 ausführlich darlegen werde.

Diese interdisziplinäre Dissertation nutzt die medizinethischen Theorien zur therapeutischen Gesprächsphase und insbesondere zur Entscheidungsfindung und die entsprechenden Kategorisierungen als Ausgangspunkt für eine linguistische Auseinandersetzung damit. Sie soll diesen wichtigen Aspekt des Arzt-Patient-Verhältnisses aus gesprächsanalytischer Perspektive beleuchten und insbesondere den impliziten Prozess der interaktionalen Aushandlung des Entscheidungsfindungsmodus systematisch beschreiben, um die Forschungslücke zur Entscheidungsfindung in der Linguistik zu verkleinern und ggf. dem medizinethischen Diskurs, der sich bisher auf makroskopische Beschreibungen stützt, eine theoretische Alternative zu offerieren.

Aufgrund der großen Bedeutung, die die Bereiche Kommunikation und Entscheidungsfindung für das Studium der Humanmedizin haben, wie auch aus später auszuführenden methodischen Gründen lege ich den Fokus der Arbeit auf die ärztliche Ausbildung und greife für die Analyse auf selbst erhobenes Datenmaterial mit fortgeschrittenen Studierenden zurück. Insofern sollen die Ergebnisse auch als ein Beitrag zu den derzeitigen Debatten um die Zukunft der sich schnell wandelnden medizinischen Ausbildung und als Plädoyer für eine didaktische Verknüpfung von medizinethischen und kommunikativen Themen verstanden werden.

Um mich diesem Themenkomplex zu nähern, gehe ich einleitend zunächst auf den medizinethischen Diskurs zum Arzt-Patienten-Verhältnis ein (Kapitel 2: „Grundlagen der Arzt-Patienten-Beziehung“). Danach skizziere ich auszugsweise und zusammenfassend – soweit dies in einem Kapitel möglich ist – den aktuellen Stand der linguistischen Forschung zur Arzt-Patienten-Kommunikation (Kapitel 3: „Arzt-Patienten-Kommunikation“). Im folgenden Kapitel wird dann der Fokus verengt und verschiedene Ansätze und Begrifflichkeiten zu Entscheidungsfindungsprozessen aus sprachwissenschaftlicher Perspektive diskutiert, um auf dieser Basis die Forschungsfrage für die darauf folgenden Analysen zu schärfen (Kapitel 4: „Die Entscheidungsfindung“). Schließlich wird die Entwicklung der ärztlichen Ausbildung in Deutschland umrissen und dabei der Blick besonders auf aktuelle Reformprozesse gelegt (Kapitel 5: „Die medizinische Ausbildung“). Damit sollen sowohl die Rahmenbedingungen und institutionellen Hintergründe für die Datengewinnung und die spätere Analyse erläutert als auch bereits erste Anknüpfungspunkte für medizindidaktische Konsequenzen der Ergebnisse aufgezeigt werden.

In zwei Kapiteln zur Methode werden im Weiteren einerseits die Operationalisierung der Fragestellung und die Gewinnung der empirischen Daten beschrieben (Kapitel 6: „Zur empirischen Grundlage“), andererseits die angewandte Methode der Gesprächsanalyse, ihre wissenschaftsgeschichtliche Einordnung sowie ihre Implikationen für die Analyse und die darauf basierenden Schlussfolgerungen kurz vorgestellt (Kapitel 7: „Zur Mehodik“). Bevor es zur Auseinandersetzung mit dem empirischen Datenmaterial kommt, werden am Ende von Kapitel 7 die Forschungsfragen dieser Arbeit auf der Basis der theoretischen Vorarbeit noch einmal kurz zusammengefasst.

Die anschließende Auseinandersetzung mit den erhobenen Daten in Form der Transkriptanalyse ist in zwei Kapitel untergliedert. In einem ersten Schritt wird überprüft, ob ein medizinethisches Modell der Entscheidungsfindung grundsätzlich auf kurze Gesprächssequenzen und die sprachlichen Elemente darin übertragen werden kann und wie fortgeschrittene Medizinstudierende die Entscheidungsfindung gestalten (Kapitel 8: „Datenanalyse I“). Basierend auf den Ergebnissen wird in einem zweiten Analyseschritt untersucht, wie die Entscheidungsfindung in einem Arzt-Patienten-Kontakt als Ganzes verortet werden kann und ob es Wechselwirkungen mit anderen Phasen des Gesprächs gibt (Kapitel 9: „Datenanalyse II“). Anschließend werden die Ergebnisse zusammengefasst, den Forschungsfragen gegenübergestellt und ein Strukturmodell zur Aushandlung der Entscheidungsfindung vorgestellt (Kapitel 10: „Zusammenführung“). Kapitel 10 beinhaltet dabei Überlegungen für die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit der medizinischen Entscheidungsfindung, für das Verhältnis von medizini-

scher Ethik und Kommunikation sowie für Lehrkonzepte im Medizinstudium. Die Arbeit schließt mit einer pointierten Zusammenfassung der Ergebnisse sowie mit Überlegungen zur Generalisierbarkeit der Ergebnisse und ihrer Übertragbarkeit auf authentische Arzt-Patienten-Interaktionen aus der Praxis (Kapitel 11: „Fazit und Ausblick“); in diesem Zusammenhang werden weiterführende Forschungsansätze aufgezeigt.

Ziel dieser Dissertation ist, die Typologien der medizinethischen Entscheidungsfindung am Beispiel der medizinischen Ausbildung kritisch zu hinterfragen, die derzeit vorherrschenden Konzepte von Entscheidungsfindungsprozessen aus einer linguistischer Perspektive neu zu definieren und dies für konkrete Gesprächsanalysen nutzbar zu machen. Sie hat ihre Intention dann erfüllt, wenn die Begrifflichkeiten zum Entscheidungsfindungsprozess künftig differenzierter und kritischer verwendet werden, ihre Ergebnisse zu neuen Schwerpunktsetzungen in der medizinischen Lehre inspirieren und bei der Betrachtung der therapeutischen Gesprächsphase in Arzt-Patient-Interaktionen möglicherweise sogar linguistische und medizinethische Forschungsansätze stärker verknüpft werden.

2. Grundlagen der Arzt-Patienten-Beziehung

Bevor sich die folgenden Kapitel ausführlich mit dem linguistischen Forschungsstand zum Arzt-Patienten-Gespräch und speziell mit der Entscheidungsfindung als zentralem Gegenstand dieser Arbeit beschäftigen, sollen zunächst die Rahmenbedingungen dieser besonderen Form der Kommunikation aus verschiedenen Perspektiven umrissen werden.

2.1 Gesellschaftliche Grundlagen des Arzt-Patienten-Kontakts

Das deutsche Gesundheitswesen ist wie in allen industrialisierten Ländern in ökonomischer, juristischer wie organisatorischer Hinsicht ein hochkomplexes System. Das und auch die hohe gesellschaftliche Relevanz dieses Systems veranschaulichen eindrucksvoll die dazu veröffentlichten Zahlen und Statistiken, die hier nur auszugsweise wiedergegeben werden: Die bundesdeutschen Gesundheitsausgaben betrugen im Jahr 2007 ca. 252,8 Milliarden Euro (Statistisches Bundesamt 2010: 30-31) und machten damit 10,5 % des Bruttoinlandsprodukts aus. Bis 2011 stiegen sie auf 11,3 %, womit Deutschland hinter dem ewigen Spitzenreiter USA, Frankreich und den Niederlanden den vierten Platz belegte (OECD 2013). Insgesamt 4,4 Millionen Menschen arbeiteten in Deutschland im Jahr 2007 in den verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens (Statistisches Bundesamt 2010: 18). Knapp 315.000 von ihnen waren Ärzte; bis zum Jahr 2012 stieg ihre Zahl nach Angaben der Bundesärztekammer trotz des postulierten Ärztemangels auf ca. 348.000 an.[8] In der Verteilung der kurativ tätigen Ärzte zeigt sich ein leichter Schwerpunkt auf der stationären Behandlung, wo im Jahr 2012 ca. 174.000 Ärzte arbeiteten, während es im ambulanten Bereich ungefähr 144.000 waren (ebd.). Eine weitere Ausdifferenzierung der kurativen ärztlichen Tätigkeit ergibt sich aus den insgesamt 51 Facharztweiterbildungen inklusive verschiedener Schwerpunktkompetenzen (Bundesärztekammer 2013: 20-23) sowie durch verschiedene Zusatzqualifikationen bzw. -bezeichnungen wie Akupunktur, Palliativ- oder Schlafmedizin (ebd.: 142-143).[9]

Der Kern oder das wesentliche Element im medizinischen System ist – ohne andere Gesundheitsberufe oder Einrichtungen in ihrer Bedeutung oder ihrer Tätigkeit abzuwerten – der Kontakt zwischen Arzt und Patient:

[8] Zahlen ohne Zahnärzte, siehe http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.3 [Stand: 15.01.2015].

[9] Dabei ist zu beachten, dass für die Facharztweiterbildungen inklusive ihrer Inhalte und Abläufe die Landesärztekammern zuständig sind (vgl. http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.128.129 [Stand: 15.01.2015]). Sie orientieren sich dabei zwar an der Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer, dennoch können sich die Bezeichnungen, Inhalte und Abläufe regional unterscheiden. Zudem werden aufgrund von gesellschaftspolitischen und wissenschaftlichen Prozessen häufig die fachärztlichen Berufsbezeichnungen geändert (vgl. Bundesärztekammer 2013: 201f.).

> „Elementary units of the entire clinical economy are consultations (visits in the USA), usually between doctors and patients, at which decisions are taken which determine whether people become patients, and whether patients are prescribed interventions […]." (Hart 1998: 8)

Allein 2005 wurden in Deutschland 17 Millionen Menschen in Krankenhäusern behandelt (Statistisches Bundesamt 2010: 20),[10] und 88,5 % der Deutschen hatten innerhalb der vergangenen 12 Monate mindestens einmal einen Arzt aufgesucht (Zahnärzte ausgenommen; Stand 2009/2010, Robert-Koch-Institut 2011: 140f.). Es kann mit hoher Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass praktisch jeder Bundesbürger in seinem Leben mehrfach Kontakt zum Gesundheitswesen und damit zu Ärzten hat. Entsprechend hat ein praktisch tätiger Arzt in seinem Berufsleben zwischen 150.000 und 200.000 Kontakte bzw. Gespräche mit Patienten (vgl. Köhle et al. 2005; Lipkin et al. 1995a, zitiert nach Spranz-Fogasy 2010: 29). Insbesondere niedergelassene Ärzte verbringen ca. 60-80 % ihrer beruflichen Zeit im Gespräch mit dem Patienten (Menz et al. 2008a: 6).

Neben dem medizinischen System ist auch der Arzt-Patienten-Kontakt selbst hochreglementiert. Hier gibt es einerseits juristische und standesrechtliche Vorgaben, beispielsweise die Schweigepflicht (§ 203 StGB, § 9 MBO[11]), die Dokumentationspflicht (§ 10 MBO) sowie die Pflicht zur Aufklärung und Einwilligung des Patienten vor Eingriffen (*informed consent*, § 8 MBO[12]; vgl. auch Riegger 2007 und Deutsch et al. 2012). Eine weitere gesellschaftliche Rahmenbedingung mit großer Wirkmacht bilden ökonomische Einflüsse. Diese manifestieren sich in einem sehr komplexen Abrechnungsprozedere für ärztliche bzw. medizinische Leistungen[13], das von verschiedenen Akteuren in einem politischen Konsens festgelegt wurde und sich häufig ändert. So wurden 2003 die diagnoseorientierten Fallpauschalen (DRGs) in den Krankenhäusern ganz bewusst mit dem Argument einer besseren Wirtschaftlichkeit und dem Ziel der Kostendämpfung eingeführt (Buhr/Klinke 2006: 7f.). Dabei wurden Auswirkungen wie zum Beispiel eine „Ambulantisierung", eine Konzentration von Standorten, eine niedrigere Verweildauer und eine Privatisierung der Krankenhäuser mit all ihren Konsequenzen für die Arzt-Patient-Beziehung in Kauf genommen (ebd.: 7). Auch im niedergelassenen Bereich gab es ökonomische Veränderungen. So kann ein Arzt beispielsweise bei der

[10] Eine Behandlung im Krankenhaus muss nicht zwangsläufig die Begegnung mit einem Arzt beinhalten, beispielsweise wenn dort physio- oder ergotherapeutische Maßnahmen durchgeführt werden. Dennoch spielt der Arzt-Patienten-Kontakt in der überwiegenden Mehrheit der Behandlungen eine entscheidende Rolle (und sei es nur als Teil einer komplexeren Diagnose- oder Therapiekette).

[11] Die MBO ist die Musterberufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte.

[12] Die juristischen Folgen des *informed consent* berühren sowohl das Zivilrecht bezüglich § 280 Absatz 1 BGB (Vertragsrecht bzw. Bruch von Verträgen) und § 823 BGB (Körperverletzung als Delikt) als auch das Strafrecht in den Bereichen § 222 StGB (fahrlässige Tötung), § 223 StGB (vorsätzliche Körperverletzung) und § 229 StGB (fahrlässige Körperverletzung) (Riegger 2007: 19-21). Wichtig ist aber insbesondere § 823 BGB: „Dabei versteht die Rechtsprechung jede fehlerhafte Behandlung als Körperverletzung, auch wenn sie zu Heilzwecken lege artis und erfolgreich durchgeführt wurde. Diese Körperverletzung wird aber regelmäßig durch die Einwilligung des Patienten gerechtfertigt." (Riegger 2007: 19)

[13] Siehe „Einheitlicher Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen" der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (http://www.kbv.de/ebm2014/EBMGesamt.htm [Stand: 01.03.2014]) sowie die „Euro-Gebührenordnung für die Regelversorgung" der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe (http://www.kvwl.de/arzt/abrechnung/euro/euro_geb_2014_01.pdf [Stand: 15.01.2015]).

Abrechnung für einen Kassenpatienten neben einer altersabhängigen Versichertenpauschale verschiedene weitere Leistungen in Rechnung stellen, wozu seit Oktober 2013 auch das „problemorientierte ärztliche Gespräch“ gehört.[14] Dieses muss der Definition nach aber mindestens 10 Minuten dauern und mit einer lebensverändernden Erkrankung zusammenhängen, damit es auf diese Weise abgerechnet werden kann. Für diese 10 Minuten erhält der Arzt dann 9,12 Euro (Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe 2014); allerdings ist auch eine kumulierte Abrechnung von beispielsweise 20 oder 30 Minuten möglich. Gleichzeitig müssen aber die Praxis betrieben und die Angestellten bezahlt werden; insofern scheint es sich trotz dieser besonderen monetären Betonung des Gesprächs und trotz weiterer Zuzahlungsmöglichkeiten (z. B. Vorhaltepauschale in Bezug auf die Bereitstellung der eigenen Praxis, Chronikerzuschlag) finanziell kaum zu lohnen, ausführliche Gespräche mit dem Patienten zu führen. Zudem kann ein Gespräch nicht zugleich mit parallel durchgeführten diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen abgerechnet werden, das verbietet die Gebührenordnung.[15] Im Vergleich zur Vergütung anderer ärztlicher Handlungen wirkt das Arzt-Patienten-Gespräch damit eher unattraktiv.[16] Darüber hinaus hat jede Praxis abhängig von den dort behandelten Krankheitsfällen ein bestimmtes Kontingent an abrechenbaren Patientengesprächen. An diesen Vorgaben muss der Arzt sich orientieren und kann daher nicht einfach nach Aufwand abrechnen.

Diese wenigen Beispiele aus den Bereichen Recht und Vergütung zeigen, dass die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen auf vielfältige Weise in das System Medizin und bis in den konkreten Arzt-Patienten-Kontakt hineinreichen. Es ist zu vermuten, dass sie auch eine Reihe kommunikativer und ethischer Konsequenzen haben[17], diese sind wissenschaftlich aber nicht immer leicht festzumachen.

[14] Für eine Übersicht zu den neuesten Änderungen sowie für einige Beispiele vgl. die Weiterentwicklung des Hausarzt-EBM unter: http://www.kbv.de/html/2956.php#article5002 [Stand 01.03.2014]. Der gesamte EBM-Katalog sowie die offiziellen Änderungsbeschlüsse finden sich unter der Rubrik „Rechtsquellen“.

[15] „Bei der Nebeneinanderberechnung diagnostischer bzw. therapeutischer Gebührenordnungspositionen und der Gebührenordnungsposition 03230 ist eine mindestens 10 Minuten längere Arzt-Patienten-Kontaktzeit als in den entsprechenden Gebührenordnungspositionen angegeben Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 03230.“ (Gebührenordnungsposition 03230, http://www.kbv.de/ebm2014/EBMGesamt.htm [Stand: 01.03.2014])

[16] Der Vollständigkeit halber muss erwähnt werden, dass es unter bestimmten Umständen noch weitere Möglichkeiten gibt, Gespräche mit dem Patienten abzurechnen. So bietet die ärztliche Gebührenordnung für bestimmte Fachärzte, beispielsweise aus den Bereichen Psychosomatik, Psychiatrie und Psychotherapie, eine Reihe weiterer Abrechnungspositionen, die teilweise deutlich höher dotiert sind. Allerdings muss der behandelnde Arzt dafür entsprechend aus- bzw. weitergebildet sein und das Gespräch mit dem Patienten muss seinem Charakter nach zum Beispiel als „psychotherapeutisch“ eingestuft werden können.

[17] Für eine kritische Auseinandersetzung mit entsprechenden Konsequenzen vgl. Kettner/Koslowski 2011.

2.2 Medizinische Institutionen

Die Einrichtungen des Gesundheitswesens[18] dienen „[…] der Erfüllung bestimmter Zwecke, und für sie sind eigene Regeln herausgebildet worden […]“ (Fiehler 2005: 120; vgl. Schröder 2010: 102). Diese wirkmächtigen Regeln wurden oben schon auszugsweise angeführt und damit gezeigt, dass „[ä]rztliche Gespräche […] unter den Bedingungen eines gesellschaftlich kontrollierten hoch institutionalisierten Gesundheitssystems statt[finden]“ (Nowak/Spranz-Fogasy 2008: 83). Damit gelten Arzt-Patienten-Kontakte praktisch als Musterfälle institutioneller Kommunikation[19] und werden seit vielen Jahren unter diesem Aspekt analysiert. Die nach meiner Einschätzung wesentlichen Merkmale medizinischer Institutionen lassen sich nach Helgard Lörcher (1983: 34) in den Kategorien Ort, Zeit und Thema verorten.

Der Ort kann ein Raum in einer Arztpraxis oder einem Krankenhaus sein; er ist für den Patienten fremdes, für den Arzt heimisches Terrain. Die Zutritts- und Nutzungsrechte des Patienten sind klar begrenzt und eine Sitz- und Platzordnung vorgegeben (vgl. Spranz-Fogasy 2010: 30-31). Hinzu kommt in der Regel eine durch räumliche Trennung geschaffene Nichtöffentlichkeit (Lörcher 1983: 13), die der Vertraulichkeit des Arzt-Patienten-Kontakts entspricht (Spranz-Fogasy 2010: 31). Die funktionale Architektur, Raumbezeichnungen und die Einrichtung spielen schließlich auch eine wichtige Rolle für die Markierung von Terrain, Expertise und Zuständigkeiten.

Die Zeit einer Konsultation ist sowohl aus organisatorischen wie aus ökonomischen Gründen stark begrenzt und klar strukturiert. Dies geht einher mit der „[…] Urangst vieler Ärzte, dass sie zu wenig Zeit für ein ‚gutes Gespräch‘ hätten“ (Geisler 2002: 3)). Die Reglementierung der Zeit beginnt mit der Terminabsprache, bei der sich der Patient – außer in Notfällen – nach der Verfügbarkeit des Arztes bzw. des Krankenhauses richtet (vgl. Peters 2008: 60), und endet bei der Dauer des Arzt-Patienten-Kontakts, der in Deutschland im Vergleich zu anderen europäischen Ländern mit durchschnittlich 8

[18] Ob neben dem Krankenhaus auch die Praxis eines niedergelassenen Arztes eine Institution darstellt, ist in der Forschung durchaus umstritten. Uta Quasthoff (1990: 77) spricht sich für eine Trennung aus, da im Krankenhaus die Institution die Aufgaben verteile und einen erheblichen Teil der Verantwortung übernehme, während in einer Praxis der niedergelassene Arzt dafür allein zuständig sei und er nicht im Sinne einer übergeordneten Institution handle. Löning (1985: 48ff.) argumentiert für das Gegenteil und betont, dass die einzelnen Praxen in einen juristisch-institutionellen Rahmen, nämlich die Ärztekammern eingebunden seien und hierüber – wenn auch in einem abstrakteren Sinne – ebenfalls den handlungsleitenden Normen und Sanktionen unterlägen. Zudem gibt es auch in Praxen genormte Handlungs- und Interaktionszusammenhänge, die Rechte und Pflichten aller Beteiligten sind klar definiert (Lörcher 1983: 36), es gibt eine Arbeitsteilung zwischen Arzt und Helfern sowie eine bürokratische Kontrolle. Von daher können beide medizinischen Bereiche als Institutionen angesehen werden, auch wenn es eine Reihe konkreter Unterschiede gibt – solche sind aber auch in anderen Institutionen wie beispielsweise Schulen (zwischen dem städtischen Gymnasium mit 1500 Schülern und der Dorfschule in abgelegenen Gemeinden, die fünf Schüler und einen Lehrer umfasst) oder in Ämtern verschiedener Größe und Zuständigkeit zu finden. Interessant und noch ein Forschungsdesiderat ist die Frage der Einordnung von „Zwischenmodellen“ wie Gemeinschaftspraxen, Ärztehäusern oder an Kliniken angebundene Praxen.

[19] Für allgemeine Überlegungen zu Institutionen und ihrer Analyse vgl. Ehlich/Rehbein 1994 und Schülein 1987.

Minuten am kürzesten ist (Deveugele et al. 2002).[20] Während das Gespräch mit Patienten für den Arzt Routine ist, ist der Kontakt mit der medizinischen Institution für den Patienten ein „singuläres Ereignis“ (Spranz-Fogasy 2010: 34); das führt u. a. zu unterschiedlichen Zeitwahrnehmungen der Gesprächsteilnehmer (vgl. Löning 1985: 34ff.). Deren Folgen zeigen sich im Gesprächsverhalten der beiden Teilnehmer: Ärzte befürchten einen ungehemmten Redefluss des Patienten und schätzen die Länge seines Eingangsstatements auf durchschnittlich 3,5 Minuten, daher tendieren sie dazu, ihn nach durchschnittlich 19 Sekunden zu unterbrechen (Bär 2009: 13f., 71; vgl. auch Wilm et al. 2004: 53). Eine Untersuchung in Berlin hat allerdings gezeigt, dass Patienten für ihren ersten Redebeitrag im Schnitt nur 52 Sekunden brauchen (Bär 2009: 38). In diesem Zusammenhang zeigt eine ganze Reihe hausärztlicher Studien, dass Konsultationen nicht länger werden, sondern sich teilweise sogar verkürzen, wenn der Patient bei seinem Eingangsturn nicht unterbrochen wird (vgl. beispielsweise Wilm et al. 2004; Rabinowitz et al. 2004).[21] Auf Patientenseite spielt das subjektive Zeitempfinden eine große Rolle dafür, wie sie den Arztkontakt bewerten bzw. wie zufrieden sie damit sind (Cape 2002). Auffällig ist dabei, dass allein das Empfinden von Zeitmangel die häufigste Quelle von Unzufriedenheit ist (Williams/Calnan 1991), wobei die Patientenzufriedenheit nicht zwangsläufig mit der tatsächlich aufgewendeten Zeit korreliert (Stunder et al. 2008, zitiert nach Bär 2009). Nach Bär (2009: 23) kann „[e]in Gefühl von Zeitmangel bei Patienten […] daher nicht nur ein Ausdruck der objektiven Kürze der Konsultation sein, sondern Ausdruck der erfahrenen Qualität der Zeit, die ihnen zuteil wurde“. Patienten tendieren zudem generell dazu, die Konsultationsdauer insgesamt zu unterschätzen (Ogden et al. 2004), vermutlich wegen der Wartezeit, der gefühlten Fremdheit in der Institution und des Leidens- bzw. Handlungsdrucks.

Das Thema oder der Anlass eines Arztbesuchs ist für Patienten in der Regel nicht angenehm. Die Gesundheit ist für Menschen (von wenigen Ausnahmen abgesehen) ein sehr hohes Gut, und Kontakte mit medizinischen Institutionen „handeln von individuell erlebten und erlittenen Erfahrungen körperlichen Versagens, der Schädigung, des Leids und der Einschränkung bis hin zur existentiellen Bedrohung“ (Spranz-Fogasy 2010: 27). Physische und/oder psychische Leiden gehen einher mit einem „lack of control, even when control may be regained with life-style changes, or with medication, or with other forms of therapeutic intervention“ (Surbone/Lowenstein 2003: 185). Daher haben sie für den Patienten eine besondere Bedeutung und sind meist mit negativen Emotionen verbunden (Brünner 2005: 104), die sich häufig auf die Wahrnehmung der medizinischen Institutionen an sich übertragen (vgl. Fiehler 1990: 44). Auch wenn Krankheiten nicht akut lebensbedrohend sind, können sie langfristige Konsequenzen haben und den Alltag massiv beeinflussen. Außerdem können sie gesellschaftliche Tabus (Behinderung, Tod) und intime Bereiche (Sexualität, Kontinenz) berühren (vgl. Schröder 2010: 102, 104f.). Deshalb kann insgesamt von einer potenziell „existenzielle[n] Betroffenheit

[20] Hier ist allerdings zu beachten, dass gerade die zur Verfügung stehende Zeit sehr stark schwankt und erheblich von äußeren Kontextfaktoren abhängt. So zeigen beispielsweise Wilm und Kollegen (2004: 53), dass die durchschnittliche Gesprächszeit bei Hausärzten je nach Studie und Krankheitsbild zwischen 6 und 11,5 Minuten variiert.

[21] Zudem reagieren Patienten selbstverantwortlich auf ihre Annahme, dass Ärzte generell wenig Zeit haben, oder auf wahrgenommenen Zeitdruck innerhalb der Institution (z. B. bei einem vollen Wartezimmer, vgl. Cromarty 1996: 528), indem sie selbst dazu tendieren, ihre Äußerungen knapp zu halten und psychologische Aspekte auszusparen (Cape/McCulloch 1999: 877f.).

durch die Krankheit“ (Menz et al. 2008a: 10) gesprochen werden. Durch den Leidensdruck einer Erkrankung sind Patienten eher gewillt, Eingriffe in ihre Freiheit und ihr Leben hinzunehmen (vgl. Surbone/Lowenstein 2003: 185); Menz und Kollegen bezeichnen den Eintritt des Patienten in die Institution Krankenhaus daher als „Eintausch der Befriedigung lebensnotwendiger Bedürfnisse gegen die Unterordnung unter die Krankenanstaltenordnung“ (2008a: 9).[22] Der Kontakt zwischen Arzt und Patient ist fast völlig vom Thema „Krankheit“ bestimmt. Die später noch ausführlich dargestellte Gesprächsstruktur bzw. das Handlungsschema basiert darauf und lässt für andere Themen und das Aushandeln der sozialen Beziehung wenig Raum.

Die bisherigen Ausführungen könnten den Eindruck erwecken, dass die verschiedenen medizinischen Institutionen wesensgleich und innovationsarm wären. Das ist aber nicht der Fall; im Gegenteil sind gerade in den letzten Jahren viele strukturelle Veränderungen zu beobachten, beispielsweise die Schließung und Privatisierung vieler Kliniken sowie eine Stärkung der ambulanten Versorgung (Statistisches Bundesamt 2010: 14-15), die sich auch mittelbar auf die Arzt-Patienten-Beziehung und die darin stattfindenden Gespräche auswirken. Die in diesem Abschnitt beschriebenen Eigenschaften sind vielmehr grundsätzliche und organisationsformübergreifende Merkmale medizinischer Institutionen oder Beispiele dafür.

2.3 Die Rollenbilder Arzt und Patient

Im Rahmen der Institution werden den Akteuren bestimmte Rollen zugewiesen, die die Grundlage der Arzt-Patienten-Beziehung bilden (vgl. Scheibler 2004: 106). An diese Rollen sind bestimmte Erwartungen geknüpft und sie sind mit gewissen Rechten und Pflichten ausgestattet (vgl. Menz et al. 2008a: 7f.), deren Umsetzung schließlich den gesellschaftlichen Zweck der Institution erfüllt (Ehlich/Rehbein 1980). In Bezug auf die Rollen Arzt und Patient unterscheiden Surbone und Lowenstein grundsätzlich drei Formen von Asymmetrie: existentielle, soziale und epistemische Asymmetrie (2003: 185f.).[23] Erstere beschreibt den oben schon angesprochenen Leidensdruck und Kon-

[22] Ähnliches ließe sich sicherlich für die Abläufe in der Praxis eines niedergelassenen Arztes formulieren.

[23] Eine auf ähnlichen Vorannahmen basierende aber anders strukturierte Klassifikation der vorhandenen Asymmetrien liefern Kettner und Kraska (2009: 251):
„1. Die auf der Arztseite konzentrierte Expertise. Sie beruht auf Differenzen im Rahmen eines spezialisierten Könnens und Wissens […].
2. Der auf Arztseite gegebene Professionsstatus. Er beruht auf Legitimationserwerb innerhalb des Gesundheitssystems.
3. Die körperliche und geistige Verfassung von Arzt und Patient. Diesbezügliche Differenzen von Gesundheit und Krankheit liegen nicht unmittelbar vor, sondern sind durch die Zumessung seitens des Arztes vermittelt.
4. Die von der Arztseite her einseitig legitimierten Grenzüberschreitungen, zum Beispiel in der ärztlichen Untersuchung. Diesbezügliche Differenzen gehen bis hin zur Kopplung der Untersuchung von Gesundheit und Krankheit an die Rollen von Arzt und Patient.“
Diese Aufzählung ist insofern interessant, da sie explizit einige wichtige Aspekte wie die zur Anerkennung des Professionsstatus relevante Legitimität und die im Arzt-Patienten-Kontakt erlaubten Grenzüberschreitungen betont, die in der Definition von Surbone und Lowenstein nur indirekt in der existentiellen Asymmetrie thematisiert werden. Dennoch ist sie meiner Einschätzung nach zu arzt-

trollverlust des Patienten im Unterschied zum Arzt, der die Krankheiten der verschiedenen Patienten von einem „objektiven“ bzw. distanzierten Standpunkt aus betrachten kann (vgl. Fiehler 2005: 120) und ein gewisses Maß an Kontrolle (oder Macht) innerhalb der Institution hat. Die soziale Asymmetrie bezieht sich auf die gesellschaftliche Stellung und den Status; in dieser Hinsicht ist der Arzt gegenüber vielen seiner Patienten höhergestellt: „Doctors are no longer seen as magical figures, but medicine remains a major locus of power in many cultures.” (ebd.: 186) Hier scheint oftmals noch das traditionelle Arztbild (Lörcher 1983: 14) durch, das den Arzt aufgrund seiner Expertise und des Titels „Doktor“ automatisch als eine moralische Instanz sieht und ihm Wohlstand und hohe gesellschaftliche Anerkennung zuschreibt. Die epistemische Asymmetrie schließlich bezeichnet die unterschiedlichen Wissensbestände: auf der einen Seite das ärztliche professionelle Fachwissen, auf der anderen Seite das Wissen des Patienten über seinen Körper, die Krankheit und seine subjektive Erfahrung damit (vgl. auch Brünner 2005: 91).[24] Spranz-Fogasy weist noch auf eine vierte Asymmetrie hin, die der unterschiedlichen Motivationen (2010: 32-33): Während der Patient Heilung oder Linderung sucht, geht es für den Arzt um eine professionelle Hilfestellung im Rahmen seines Berufs und in diesem Zusammenhang eventuell auch um ökonomische Aspekte. Neben diesen grundsätzlichen Unterschieden haben die Akteure noch eine Reihe weiterer spezifischer Eigenschaften, die die Arzt-Patienten-Beziehung und die in diesem Rahmen stattfindende Kommunikation beeinflussen.

Die Rolle des Arztes wird stark durch die gesellschaftlichen Erwartungen determiniert, die sich auf die soziale Asymmetrie stützen. Zu diesen Erwartungen gehören nach Talcott Parsons (1958, vgl. auch 1951):

- fachliche Kompetenz
  (erwartet wird funktional-spezifisches Handeln, um dem Patienten und den anderen Akteuren der Institution Orientierungssicherheit zu geben, vgl. Menz 2008a: 8)
- affektive Neutralität
  (Sympathie oder Antipathie dürfen in der Arzt-Patienten-Beziehung keine Rolle spielen)
- Uneigennützigkeit bzw. Orientierung an kollektiven Interessen
  (nicht primär für eigene Interessen arbeiten)
- Universalismus
  (Gleichbehandlung aller Kranken)

Neben den fachlichen Aspekten handelt es sich hier also um eine Fülle moralisch begründeter Forderungen, die in kaum einem anderen Beruf so ausdrücklich und konsequent formuliert werden. Insbesondere die Erwartung der Uneigennützigkeit widerspricht diametral vielen anderen Berufsbildern, bei denen es als normal, wenn nicht sogar als wünschenswert angesehen wird, Eigeninteressen zu verfolgen, beispielsweise eine Karriere anzustreben. Zudem haben die gut gemeinten Forderungen teilweise

zentriert, unterschlägt darüber hinaus die wichtigen gesellschaftlichen Einflüsse und lässt sich letztlich unter die im Text genannte Einteilung subsumieren.

[24] Zum Transfer von Wissen im Rahmen des Arzt-Patienten-Gesprächs siehe Kapitel 3.3.

negative Konsequenzen. So beschreibt Lalouschek (2002a: 25), dass das Streben nach affektiver Neutralität dazu führen kann, dass Ärzte eigene Gefühle in der Kommunikation mit Patienten als unprofessionell ansehen (vgl. auch ten Have 1990: 103) und versuchen, die Auseinandersetzung mit Emotionen durch Abwehrstrategien wie eine distanzierte Haltung oder das Vorgeben von Zeitnot zu vermeiden. Daraus ergeben sich Lalouschek zufolge schließlich eine Reihe von Problemen wie gestörte Arzt-Patienten-Beziehungen, mangelnde *adherence* der Patienten sowie Überforderungsgefühle und psychische Belastungen bei den Ärzten.

Weitere Erwartungen an den Arzt werden von anderen gesellschaftlichen Akteuren wie Politikern, den Krankenkassen, kassenärztlichen Vereinigungen (vgl. Löning 1985: 43) und der Wirtschaft vorgebracht. Diese Forderungen stehen teilweise in einem Spannungsverhältnis oder sogar in offenem Widerspruch zueinander.[25] Schon im Medizinstudium werden angehende Ärzte je nach Fachbereich und Unterrichtsgestaltung mit vielen unterschiedlichen Erwartungen konfrontiert, die die spätere Rollenausgestaltung prägen (vgl. Lalouschek 2002a: 24, 191). Wissenschaftlich schwierig zu fassen, aber letztlich ebenfalls ein Faktor bei der Gestaltung und Wahrnehmung der Rolle „Arzt" sind die verschiedenen medialen Darstellungen von Ärzten, angefangen bei Darstellungen in der Trivialliteratur bis hin zu modernen Serienformaten.[26]

Neben den oben benannten grundlegenden Asymmetrien gibt es noch eine Reihe weiterer Aspekte, die bei der Ausgestaltung der Patientenrolle von Bedeutung sind. Dazu gehören nach Menz und Kollegen (2008a: 12) zunächst individuelle Faktoren wie Geschlecht, Alter und soziales Milieu, die die Wahrnehmung des Patienten durch den Arzt und die Gestaltung der Konsultation beeinflussen. Die Autoren formulieren provokant: „Zugespitzt ausgedrückt, haben gebildete Männer zwischen 40 und 60 Jahren die größten Chancen, von Seiten der ÄrztInnen Informationen zu erhalten." (ebd.: 12) Abgesehen davon werden neben den Ärzten auch die Patienten in das medizinische System hineinsozialisiert (Lalouschek 2002a: 27). Die Nutzung des Gesundheitswesens ist in Deutschland generell niedrigschwellig angelegt (Klitzsch 2010: 72; vgl. Löning 1985:

[25] Die vielen gesellschaftlichen Veränderungsprozesse und die darauf basierenden unterschiedlichen Erwartungen an das medizinische System und den einzelnen Arzt werden auf wissenschaftlicher, politischer und standesorganisatorischer Ebene sehr kontrovers diskutiert. Einige Akteure hinterfragen die Stellung des Arztes und die Ausgestaltung seiner institutionellen Funktion, und dies produziert erwartungsgemäß Widerstände. So kritisieren die ärztlichen Standesorganisationen – um ein Beispiel aus dem gesellschaftlichen Diskurs zu nennen – den inkonsistenten Ordnungsrahmen für das medizinische Handeln: „Das gegenwärtige unausgereifte Verhältnis zwischen den Steuerungselementen Wettbewerb, Staat und Selbstverwaltung fördert ein hohes Maß an Orientierungslosigkeit und normativer Widersprüchlichkeit, die für den einzelnen Arzt nicht auflösbar ist: Es ist ihm nicht klar, ob er ein staatlich gesteuerter Angestellter im Kontext der Abwicklung des Sachleistungsprinzips ist, sich im Wettbewerb als Geschäftsmann behaupten muss oder den gewachsenen Idealvorstellungen professionellen Handelns entsprechen soll." (Klitzsch 2010: 70-71) Hinzu kommen eine fehlende Stabilität des normativen Kontextes mit sich häufig ändernden Anreizsystemen, eine Fehljustierung patientenseitiger Erwartungen, die Skandalisierung einzelner Missbrauchsfälle sowie eine falsche Selektion und Ausbildung angehender Ärzte (ebd.: 70f.). Vor allem der letzte Kritikpunkt wurde von der Politik und den medizinischen Fakultäten aufgegriffen und in der aktuellen Neuausrichtung der medizinischen Ausbildung berücksichtigt (vgl. Kapitel 5.4).

[26] Dass entsprechende Formate gerade bei Ärzten selbst beliebt und in Bezug auf wissenschaftliche Fakten gut recherchiert sind, zeigt ein kurioser Fall aus der Marburger Universitätsklinik, wo erst Hinweise aus einer Episode von „Dr. House" zur erfolgreichen Behandlung eines Patienten führten (Dahms et al. 2014).

45)[27] und es gibt in Bezug auf ärztliche Behandlung vielfältige Anreiz- und Zwangsmaßnahmen (z. B. Krankenschein, Impfungen, Vorsorgeuntersuchungen), so dass jeder Bundesbürger häufig mit dem medizinischen System in Kontakt kommt und sich dann in der Patientenrolle befindet. Dabei erlebt er jedes Mal die Institution und ihre Abläufe, ein gewisses Maß an medizinischem Fachwissen und insbesondere die an ihn gerichteten Forderungen und Erwartungen. Daraus kann geschlussfolgert werden: „Die Erwartungen der behandelnden ÄrztInnen an die Patientenrolle prägen das Selbstverständnis der PatientInnen und deren Handlungen im System der Institution Krankenhaus in hohem Ausmaß." (Menz et al. 2008a: 10)

Patienten erlangen mit jedem institutionellen Kontakt etwas „spezifisches Handlungswissen" (Koerfer 2013: 118) und verlieren darüber sukzessive ihren Status als Laie bzw. Außenstehender. Gleichzeitig haben sie aber nie vollen Zugriff auf das medizinische und institutionelle Wissen, so dass eine gewisse Grundunsicherheit bleibt (Löning 1985: 45; Gülich 1999: 166). Dies fördert ihre Kooperation beim Wissenstransfer (vgl. Kapitel 3.3) und beeinflusst ihre Erwartungen an den Arzt bezüglich des Ablaufs und des Inhalts von Konsultationen (Lalouschek 1993: 182). Schließlich verändert die medizinische Sozialisation auch die eigene Rolle und fördert eine Selbstpräsentation als informierter oder professioneller Patient (Spranz-Fogasy 2010: 32), wie es bei chronisch Erkrankten häufig der Fall ist (vgl. Brünner 2005: 91). Durch explizite Präsentation des eigenen (semiprofessionellen) medizinischen oder institutionellen Wissens versuchen manche Patienten, sich selbst als kompetent darzustellen und damit die vorhandene Asymmetrie abzuschwächen; das wird von ärztlicher Seite aber in der Regel nicht angenommen oder sogar zurückgewiesen (Menz et al. 2008a: 10). Und schließlich ist auch der Status als Kassen- oder Privatpatient ein nicht zu unterschätzender Faktor für die Gestaltung der Patientenrolle (vgl. die obigen Ausführungen zu ökonomischen Einflüssen).

2.4 Die medizinethische Perspektive

Das grundlegende Verhältnis zwischen Arzt und Patient ist seit jeher ein klassisches und wichtiges Thema der Medizinethik,

> „[…] bei dem es zunächst weniger um spezifische Verbote oder Verpflichtungen eines Arztes in brisanten Einzelfragen geht als um grundlegende Weichenstellungen bezüglich der Paternalismusfrage, der Reichweite ärztlicher Fürsorgepflicht und der moralischen Ermessensspielräume von Ärzten." (Schöne-Seifert 2007: 88)

Im Wesentlichen geht es also darum, welchen Einfluss die Normen und Wertvorstellungen der beiden interagierenden Personen haben und wer wofür wie viel Verantwortung trägt. Hierunter fallen auch die Einflüsse und widersprüchlichen Erwartungen der Gesellschaft im Rahmen von *public health* (z. B. Allokationsfragen, Gesundheitsförderung, Präventionsprogramme) auf der einen Seite und den individuellen Präferenzen

[27] Ausnahmen bilden in dieser Hinsicht sogenannte „Papierlose" bzw. Migranten mit unklarem Aufenthaltsstatus, für die der Zugang zu medizinischer Versorgung ungleich schwieriger ist (vgl. Knipper/Bilgin 2009: 65f.).

einzelnen Personen auf der anderen Seite (vgl. Vollmann/Dörries 1996). Im Sinne der klassischen Definition von Ethik[28] geht es um die Frage, welches medizinische und kommunikative Handeln angesichts der verschiedenen Rahmenbedingungen, Begehrlichkeiten und Werte und der im medizinischen System vorhandenen Asymmetrien gut und richtig ist (vgl. Nedopil 2000).[29] Diese Fragen spielen nicht nur in existentiellen Situationen wie Entscheidungen am Lebensende oder Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie eine wichtige Rolle, sondern auch im alltäglichen Arzt-Patienten-Kontakt.

Für die Arzt-Patient-Beziehung werden meist drei Varianten genannt (vgl. beispielsweise Elwyn et al. 1999; Byrne/Long 1976; Wolf 1989)[30]:

1) das paternalistische oder hippokratische Modell

2) das Dienstleistungs- oder Vertragsmodell

3) das Kooperations- oder Partnerschaftsmodell

Das erste Modell basiert neben ärztlicher Expertise auf dem Ethos der Fürsorge, der hippokratischen Tugendethik (Koerfer et al. 2008a: 131) bzw. den Prinzipien „Wohltun“ (*beneficence*) und „Schadensvermeidung“ (*non-maleficence*) (Beauchamp/Childress 2009: 206f.), es verlangt, zu heilen, soweit das möglich ist, und dabei niemandem zu schaden. Der dafür verwendete Term „Paternalismus“ ist (im positiven wie im negativen) mit Sicherheit der am häufigsten genutzte Begriff in der Beschreibung von Entscheidungsfindungsprozessen und Arzt-Patienten-Verhältnissen. Gleichzeitig ist er der umstrittenste. Denn obwohl er eigentlich nur ein bestimmtes Beziehungsmodell zwischen Arzt und Patient charakterisiert, schwingt in vielen Veröffentlichungen und im gesellschaftlichen Diskurs eine negative Bewertung mit; diese hängt

[28] Ethik ist das methodische Reflektieren und Betrachten von Moral (vgl. Düwell 2008: 34). Sie wird häufig unterteilt in die Bereiche deskriptive Ethik (Beschreiben von moralischen Werten, Tugenden und Prinzipien einer Gruppe oder unter gewissen Rahmenbedingungen), normative Ethik (Vorgabe, was gut und richtig ist), Meta-Ethik (Bedeutung und Funktion moralischer Begrifflichkeiten sowie Begründung und Hinterfragung von moralischen Urteilen) und angewandte Ethik (ebd.: 35). Innerhalb der angewandten Ethik wird wiederum nach Bereichsethiken differenziert (z. B. Wirtschaftsethik, Umweltethik oder eben Medizinethik). Für eine Diskussion zur Medizinethik und einige Anwendungsbeispiele siehe etwa Birnbacher 1993; Steinkamp/Gordijn 2003 oder Vollmann 2009. Aktuell gibt es in der Medizinethik Strömungen, die den verstärkten Einbezug von empirischen Herangehensweisen fordern, deren Nutzen und Erkenntnisgewinn aber durchaus kritisch diskutiert wird (Musschenga 2009; Düwell 2008: 55f.).

[29] Beauchamp und Childress stellen zutreffend fest, dass sich die medizinethischen Fragen in der heutigen Form im Wesentlichen erst seit Mitte des 20. Jahrhunderts herausgebildet haben: „Medical ethics enjoyed remarkable continuity from time of Hippocrates until the middle of the twentieth century, when developments in the biological and health sciences created concerns about the adequacy of traditional moral guidelines. [US Supreme Court 1990] The Hippocratic tradition had neglected ethical problems of truthfulness, privacy, the distribution of health care resources, communal responsibility, the use of research subjects, and the like.” (2009: 1)

[30] Koerfer und Kollegen (2008a: 129-130) verweisen zunächst auf insgesamt 7 verschiedene Typen der Arzt-Patienten-Beziehung (Businessmodell, Agentenmodell etc.), die sie dann aber unter Rückgriff auf Elwyn und Kollegen (1999) auf besagte drei reduzieren. Dies ist meiner Ansicht nach paradigmatisch für die Diskussion verschiedener komplexerer Einteilungen der Arzt-Patient-Beziehung, die systematisch interessant und für spezifische Situationen durchaus zutreffend sind (vgl. auch Kettner/Kraska 2009: 243f.), sich aber für den alltäglichen Arzt-Patienten-Kontakt letztlich immer auf eine überschaubare Anzahl von drei oder vier zurückführen lassen.

vermutlich mit ärztlichen Übergriffen in Behandlung und Forschung zusammen, die auf paternalistischen Haltungen basieren (vgl. Vollmann 2008: 26ff.), und mit der Angst von Patienten vor unverstandenen und willkürlichen Eingriffen in den eigenen Körper. Von der Etablierung der modernen Medizin bis weit in die zweite Hälfte des 20. Jahrhunderts hinein war dies die maßgebliche und oft auch als „normal" empfundene Beziehung zwischen Arzt und Patient (vgl. Klemperer 2003: 10ff). Der Arzt kümmerte sich gleich einem Vater (Pöltner 2002: 91) um den Patienten und hatte gleichzeitig eine Informations-, Verantwortungs- und Entscheidungshoheit inne. Er musste sich auch nicht zwangsläufig erklären oder rechtfertigen. In einer extremen Ausprägung dieses Modells gab der Arzt früher wichtige Informationen, gerade wenn sie schwerwiegende Erkrankungen oder einen baldigen Tod beinhalteten, nur selten weiter (vgl. Oken 1961) und legte allein die Therapie fest, ohne dem Patienten eventuelle negative Auswirkungen zu erklären. Dies war nicht nur gesellschaftlich, sondern auch wissenschaftlich akzeptiert (Parsons 1951). Die Schwierigkeit einer solchen Haltung bestand in der „Gefahr einer Subjektvergessenheit" (Pöltner 2002: 92), bei der der Patient nur als medizinisches Objekt angesehen, in Bezug auf seine Werte und seine Meinung übergangen und eventuell sogar manipuliert wird.

Dies änderte sich in den 1960er und 1970er Jahren infolge ganz unterschiedlicher Prozesse. Viele Autoren begründen den im Rückblick fast umbruchartig erscheinenden Wandel mit einer Vielzahl gesellschaftspolitischer Veränderungen in jener Zeit, von den Forderungen der Bürgerrechts- und Konsumentenbewegung (Klemperer 2003: 9) über die Individualisierung und Privatisierung vieler Lebensbereiche (Pöltner 2002: 92) bis hin zu Forschungen, die zeigten, dass ein Einbezug der Patientenmeinung nicht nur zu besseren therapeutischen Ergebnissen und weniger Behandlungsabbrüchen führte, sondern dadurch auch zu erheblichen volkswirtschaftlichen Einsparungen (Edwards/Elwyn 2009a: 4; Charles et al. 1996). Auch das Vertrauen der Bevölkerung in die Medizin – eine wesentliche Voraussetzung für ein paternalistisches Modell – nahm ab (Elwyn/Edwards 2001; Muir Gray 2001, beide zitiert nach Klemperer 2003: 9). Teresa Hellín (2002: 450) führt die Veränderungen im Arzt-Patient-Verhältnis zusammenfassend auf drei wesentliche Strömungen zurück:

„1) the increase in patients' rights and the patient's emancipation movement

2) the ethical issues raised by technological advances in medicine

3) the influence of economics and healthcare policies"

Diese Prozesse gingen zudem mit einer starken Verrechtlichung der Medizin einher, was zusammen mit ethischen Überlegungen aus dieser Zeit das schriftlich fixierte therapeutische Einverständnis, den *informed consent*, begründete (Vollmann 2000b; Berg et al. 2001) und die Rolle des Patienten in der Beziehung stärkte. Die Aufklärung des Patienten und seine Einwilligung in die medizinische Behandlung waren nun Grundlage jeder Arzt-Patienten-Beziehung. Die Arzt-Patienten-Beziehung entwickelte sich also vom einen Extrem, dem Paternalismus, in Richtung des anderen Extrems, einer sogenannten Dienstleistungsmedizin bzw. einer Form von Arzt-Kunden-Beziehung.[31] Einige

[31] Dieses andere Extrem wurde allerdings nie erreicht. Zu keinem Zeitpunkt war das Dienstleistungsmodell in Deutschland der Standard oder hatte so großen Einfluss wie das paternalistische Modell in seinen Hochzeiten.

(potentielle) Nachteile dieses Modells bestehen darin, dass im Gesundheitswesen Tätige mit ihrem einschlägigen Wissen und ihrer Erfahrung zu „Ausführungsorganen" (Pöltner 2002: 94) degradiert werden, dass der Patient in seiner starken Rolle überfordert sein könnte und dass sich dadurch womöglich ein unrealistisches Anspruchsdenken entwickelt. Auch die Schwierigkeit der (kognitiven und emotionalen) Entscheidungs- bzw. Einwilligungsfähigkeit (vgl. Schöne-Seifert 2007: 92) bei bestimmten Patientengruppen wie Kindern (Berg et al. 2001: 97-98; Rothärmel et al. 1999) oder psychisch Kranken (Vollmann 2008: 54) gewinnt in der Dienstleistungsbeziehung eine besondere Brisanz.

Seit den 1980er und 1990er Jahren scheint die gesellschaftlich gewünschte Behandlungsmaxime nun in der Mitte zwischen diesen beiden Gegensätzen zu liegen. Unter dem Stichwort SDM bzw. *shared decision-making*[32] (Klemperer 2003: 15; Scheibler 2004; Edwards/Elwyn 2009b) wird postuliert, dass eine Berücksichtigung der Behandlungswünsche und Werte des Patienten zwar weiterhin wichtig ist, aber die Erfahrung, das Wissen und die Werthaltung des Arztes ebenfalls wichtige Faktoren sind, die nicht zu vernachlässigen sind. Bei dieser Form der Entscheidungsfindung sollen Arzt und Patient die Behandlungsalternativen auf Augenhöhe diskutieren und anschließend zu einem Konsens kommen. Die Akteure sollen sich und ihre Vorstellungen wechselseitig respektieren und als Partner[33] interagieren, um gemeinsam ein Ergebnis bzw. eine Therapie zu bestimmen, die sowohl dem Stand der evidenzbasierten Medizin als auch den Wertvorstellungen und Wünschen beider entspricht.[34] Rückendeckung bekam das Modell neben zahlreichen Publikationen insbesondere durch ein Projekt mit dem Titel

[32] Die deutschen Begrifflichkeiten hierfür sind nicht immer eindeutig. In der Literatur werden als Übersetzung auch die Bezeichnungen partizipative, partnerschaftliche und patientenzentrierte Entscheidungsfindung verwendet. Dabei muss der Begriff patientenzentriert nach meiner Auffassung nicht zwangsläufig dem Konzept des SDM entsprechen. Wenn der Patient ausdrücklich eine paternalistische Behandlung wünscht, wäre es patientenzentriert, dem zu folgen, während das SDM jedoch je nach Auslegung einen Einbezug des Patienten über eine Aktivierung (*empowerment*) empfehlen würde.

[33] Allerdings suggeriert der Begriff „Partner" an dieser Stelle eine Symmetrie, die tatsächlich nicht gegeben ist (siehe zur kommunikativen Asymmetrie auch Kapitel 3.5).

[34] Die Partizipative Entscheidungsfindung (PEF) umfasst nach Giersdorf und Kollegen (2004: 973) folgende neun Handlungsschritte:
„1) Es erfolgt seitens des Arztes die Mitteilung, dass eine Entscheidung ansteht.
2) Es wird ein Angebot der partizipativen Entscheidungsfindung und eine prinzipielle Gleichberechtigung der Partner formuliert.
3) Verschiedene gleichwertige (im besten Fall evidenzbasierte) Wahlmöglichkeiten werden aufgezeigt.
4) Patienten werden über verschiedene Optionen, z. B. mittels *decision aids*, aufgeklärt (Alternativen nach den Standards der evidenzbasierten Medizin und ihre jeweiligen Vor- und Nachteile)
5) Es erfolgt eine Rückmeldung über Verständnis der Optionen und Erfragen weiterer Optionen aus Sicht des Patienten.
6) Die unterschiedlichen Präferenzen von Patient und Arzt (*first choice*).
7) Die Behandlungsalternativen werden ausgehandelt.
8) Eine gemeinsame (partizipative) Entscheidung wird getroffen.
9) Ein Vertrag/Plan zur Umsetzung wird beschlossen."
Dabei ist allerdings zu beachten, dass dieser Ablauf nicht der Standard in der Medizin ist, sondern lediglich eine Umsetzungsvariante (vgl. die Kritik zu SDM weiter unten). Zudem basiert dieses Modell auf bestimmten Vorannahmen, beispielsweise der eines aktiven, beteiligungswilligen Patienten sowie einer prinzipiellen Vereinbarkeit der verschiedenen Wertvorstellungen und Präferenzen, die in der Praxis nicht zwangsläufig gegeben sind.

„Patient als Partner“, das ab 2001 vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung gefördert wurde (Giersdorf et al. 2004). Inzwischen gilt es in vielen Bereichen als Standard bzw. als wünschenswert und wird auch in der Ausbildung bundesweit vermittelt (vgl. Kapitel 5.4.3).

Die drei Modelle lassen sich zur Übersicht und Abgrenzung als bestimmte Ausprägungen auf verschiedenen Kontinuen einordnen. Der aus meiner Sicht auffälligste Unterschied besteht darin, welche Bedeutung die medizinethischen Prinzipien der Benefizienz (Heilung/Wohltun) und der Autonomie des Patienten (Beauchamp/Childress 2009) jeweils haben: Während der Paternalismus die Heilung in den Vordergrund stellt und das Dienstleistungsmodell die Patientenautonomie, liegt das Kooperations- bzw. SDM-Modell dazwischen. Weitere differierende Schwerpunkte und Ausrichtungen der Modelle haben Koerfer und Kollegen (2008: 130) in einer Übersicht grafisch anschaulich zusammengefasst:

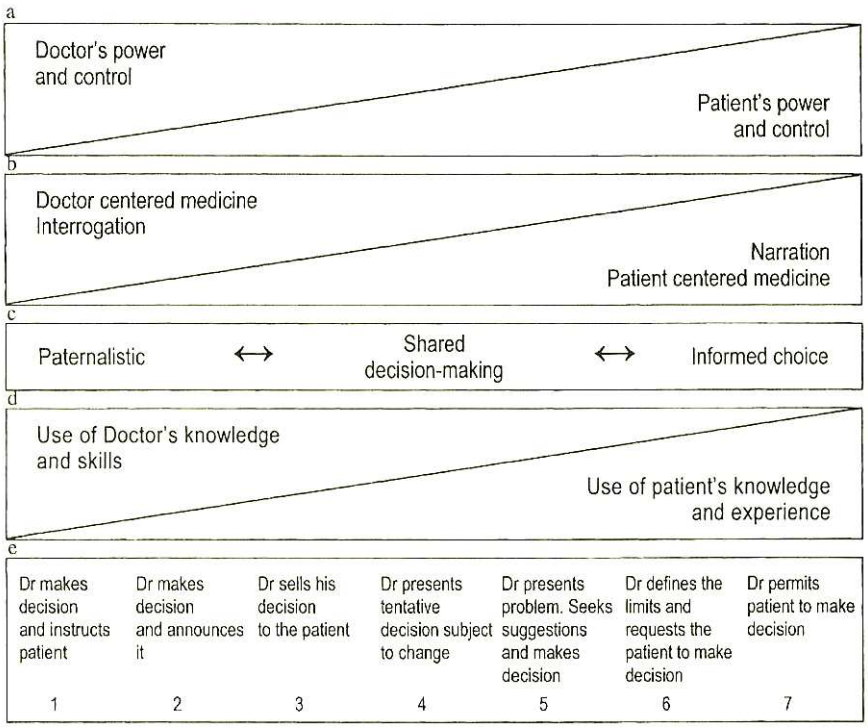

Abbildung 1: Power/control-shift models
(Quelle: Byrne/Long 1976, Engel 1997, Elwyn et al. 1999, in einer Zusammenstellung von Koerfer et al. 2008a: 130)

Schöne-Seifert betont bezüglich der verschiedenen Modelle, dass ihre Umsetzung in bestimmten Kontexten jeweils unumstritten ist, beispielsweise ein paternalistischer Ansatz in einer Notfallsituation oder ein Dienstleistungsmodell bei optionaler Hightech-Medizin (Schöne-Seifert 2007: 89). In der überwiegenden Mehrheit alltäglicher Arzt-Patienten-Beziehungen ist dies jedoch nicht eindeutig, wie später noch gezeigt werden wird.

Die Debatte um Arzt-Patienten-Beziehungen ist aber noch längst nicht abgeschlossen; das zeigen Beiträge, die sowohl die theoretische Konzeption als auch die praktische Anwendbarkeit des SDM kritisch beleuchten (vgl. beispielsweise Gwyn/Elwyn 1999;

Ford et al. 2003). Dabei wird unter anderem auf die Unschärfe[35] des *Shared-decision-making*-Prozesses (vgl. Schildmann/Rockenbauch 2011), auf die grundsätzlich nicht aufhebbare Asymmetrie (Peters 2008: 169ff.) oder auf die Praktikabilität bzw. die konkrete Anwendbarkeit im klinischen Alltag (Koerfer et al. 2005: 138) verwiesen. Zudem fällt auf, dass viele Autoren in ihren Beiträgen zum SDM normative und deskriptive Elemente vermischen und trotz kleinerer Einschränkungen häufig einseitig für das SDM als „Königsweg" plädieren, was die Qualität der wissenschaftlichen Auseinandersetzung damit beeinträchtigt. Auch die Debatte über den Paternalismus ist noch nicht abgeschlossen, kann doch auch der kommunikativ ausgedrückte Zwang bzw. das Überreden zu einer gemeinschaftlichen oder patientenseitigen Entscheidung als eine Form des Neopaternalismus verstanden werden (Feuerstein/Kuhlmann 1999).[36] Entscheidungen auf einer schlechten Informationsgrundlage oder patientenseitige Abhängigkeiten werden in dem Zusammenhang als „soft paternalism" beschrieben (Beauchamp/Childress 2009: 209ff.). Es ist überdies auffällig, dass keine größere Abhandlung zum Arzt-Patienten-Verhältnis die Fragen, die dieses Spannungsfeld zwischen „aufgezwungener" bzw. suggerierter und selbst gewünschter Patientenbeteiligung aufwirft, und die jeweiligen kommunikativen Konsequenzen ausführlich thematisiert.

Zwei Fragen ergeben sich bei der näheren Beschäftigung mit den medizinethischen Beziehungsmodellen. Erstens setzen sie bei beiden Akteuren einen klaren, stabilen und reflektieren Wertehorizont voraus sowie die Fähigkeit, ihn klar zu äußern, was in der Praxis sicherlich nicht immer gegeben ist. Daher muss darauf hingewiesen werden, dass es sich bei den drei Grundmodellen um Idealtypen handelt und in der Praxis eher Mischformen auftreten oder zwischen verschiedenen Modellen gewechselt wird (Koerfer et al. 2008a: 138). Die zweite, in mancher Hinsicht vielleicht grundlegendere Frage ist, welchen Inhalt die Modelle aus medizinethischer Perspektive eigentlich genau repräsentieren. Unter dem Begriff Arzt-Patient-Beziehung oder -Verhältnis decken sie in ihrer Bedeutung nach den Beschreibungen in der Literatur streng genommen nur den Entscheidungsfindungsprozess ab.[37] Dieses Verständnis ist kritikwürdig, da das Arzt-Patienten-Verhältnis mehr beinhaltet als den Modus der Entscheidungsfindung; so kann eine paternalistische Beziehung sich durchaus auch in

[35] Charles und Kollegen (1996: 681) legen den Finger in die Wunde, indem sie feststellen: „Yet, it is by no means clear what shared decision-making really means or the criteria by which to judge what falls within or outside the boundaries of this model. […] To date, the concept of shared decision-making has been rather poorly and loosely defined. This leads to considerable confusion because the same conceptual label can be used to subsume different underlying philosophies and principles of physician-patient interaction." Die Kriterien, die die Autoren dann als konstitutiv für SDM festhalten (Charles et al. 1996: 685ff., in der Übersetzung von Klemperer 2003: 18-19), sind allerdings so allgemein, dass ihr wissenschaftlicher Wert und praktischer Nutzen vermutlich eher begrenzt ist:
„1) SDM umfasst zumindest zwei Beteiligte – den Arzt und den Patienten.
2) Beide Seiten (Ärzte und Patienten) unternehmen Schritte, um am Prozess der Entscheidungsfindung teilzunehmen.
3) Das Teilen von Informationen ist eine Voraussetzung für SDM.
4) Eine Entscheidung über die Behandlung wird getroffen und beide Seiten stimmen der Entscheidung zu."

[36] Zur unhinterfragten bzw. intransparenten und automatisch veranlassten nonpaternalistischen Beratung bemerkt Kettner: „Ein zum Zweck der Autonomieförderung strategisch durchgeführter Nicht-Paternalismus ist selber paternalistisch." (1998a, zitiert nach Koerfer 2005: 153)

[37] Koerfer und Kollegen (2008a: 128) sprechen daher auch treffend von Entscheidungsmodellen anstatt wie viele andere Autoren von Beziehungsmodellen.

vielen Unterbrechungen, ärztlicher Dominanz bei der Themenwahl oder vielen geschlossenen Anamnesefragen niederschlagen (vgl. Koerfer et al. 2008a: 129). Zwar können in den oben beschriebenen Modellen auch andere Aspekte des Arzt-Patienten-Gesprächs impliziert sein, etwa die inhaltliche Ausrichtung des Gesprächs (z. B. biomedizinisch oder psychosozial) oder die kommunikative Ausgestaltung der Bereiche Rederecht oder Themensteuerung, die intuitiv zur Beziehung von Arzt und Patient gezählt werden, sie ergeben sich aber nicht zwangsläufig. So kann eine Berücksichtigung psychosozialer Elemente im Arzt-Patienten-Gespräch – ein Faktor, der in seiner Bedeutung und seinen Auswirkungen klar zur Arzt-Patient-Beziehung gerechnet werden kann – sowohl im Paternalismus- als auch im Dienstleistungs- oder Konsensmodell stattfinden. Dass die Modelle der Arzt-Patienten-Beziehung konzeptionell mehr beinhalten als nur die Entscheidungsfindung, zeigt die grafische Übersicht von Charles und Kollegen (1999: 781):

Analytical stages		Paternalistic model	Intermediate approaches	Shared model	Intermediate approaches	Informed model
Information exchange	Flow	One way (largely)		Two way		One way (largely)
	Direction	Doctor ↓ patient		Doctor ↓ ↑ patient		Doctor ↓ patient
	Type	Medical		Medical and personal		Medical
	Minimum amount	Legal requirement		Anything relevant for decision making		Anything relevant for decision making
Deliberation		Doctor alone or with other doctors		Doctor and patient (plus potential others)		Patient (plus potential others)
Who decides what treatment to implement?		Doctors		Doctor and patient		Patient

Abbildung 2: Models of decision making about treatment
(Quelle: Charles et al. 1999: 781)

Den Beziehungstypen werden neben dem in der Grafik unten dargestellten Modus der Entscheidungsfindung auch Elemente des Informationsaustauschs zugeordnet, also die klassischen Merkmale der Anamnese bzw. der Beschwerdenexploration. Obwohl diese Zusammenhänge zwischen Werthaltungen, Art und Weise der Kommunikation und Art der Entscheidungsfindung unter dem Oberbegriff der Arzt-Patienten-Beziehung also erkannt werden, haben sie kaum Auswirkungen auf den Fokus der Forschung. Sie werden höchstens am Rande oder indirekt thematisiert, während die Aufmerksamkeit sich vor allem auf die Entscheidungsfindung in bestimmten Sondersituationen (unklare Einwilligungsfähigkeit, interkulturelle Aspekte, Umgang mit Kindern und Eltern etc.)

richtet. Dies zeigt einerseits, dass in der medizin(eth)ischen Debatte der Entscheidungsfindungsprozess und das Arzt-Patienten-Verhältnis oftmals gleichgesetzt werden und damit die Begrifflichkeiten nicht passgenau sind, und andererseits, dass die Entscheidungsfindung vielleicht nicht – wie häufig angenommen wird – auf die therapeutische Phase begrenzt werden kann, sondern viel tiefer und wirkmächtiger in das gesamte Gespräch integriert und damit verwoben ist.

Die hier aufgeworfenen Fragen nach der Einbettung der Entscheidungsfindung ins Gespräch, nach dem Einfluss individueller Werte auf die Entscheidung und nicht zuletzt nach der möglichen Verwendbarkeit der vorliegenden Begrifflichkeiten stehen im Zentrum dieser Arbeit. Denn

> „[w]elche Art der Entscheidungsfindung Ärzte im Einzelnen praktizieren, kann kaum durch Befragung, sondern letztlich nur durch empirische Kommunikationsanalysen ermittelt werden, die sich auf dokumentierte, nicht bloß erinnerte bzw. berichtete Kommunikation beziehen.“ (Koerfer et al. 2008: 131)

Daher wird nach der Vorstellung des linguistischen Forschungsstands zur Arzt-Patienten-Kommunikation in einem eigenen Kapitel noch einmal ausführlich auf Modelle der Entscheidungsfindung, deren sprachliche Realisierung und mögliche Anknüpfungspunkte für medizinethische Begrifflichkeiten und gesprächsanalytische Forschungsansätze eingegangen.

3. Arzt-Patienten-Kommunikation

Nachdem das grundlegende Verhältnis zwischen Ärzten und Patienten aus medizinethischer Sicht beleuchtet und die ökonomischen und rechtlichen Rahmenbedingungen umrissen wurden, widmet sich dieses Kapitel gezielt der Arzt-Patienten-Kommunikation. Eine umfassende und detaillierte Aufarbeitung der Forschung kann an dieser Stelle nicht geleistet werden, denn wie bereits in der Einleitung erwähnt, ist die Interaktion von Ärzten und Patienten ein von vielen Disziplinen intensiv bearbeitetes Forschungsfeld.[38] Die folgende Betrachtung legt ihren Schwerpunkt auf die linguistische Perspektive auf Arzt-Patienten-Kommunikation und greift auf Erkenntnisse anderer Disziplinen wie der Psychologie oder der Soziologie nur dort zurück, wo es sich um sinnvolle Ergänzungen handelt.[39] Aber auch innerhalb der Linguistik gibt es eine Vielzahl von Studien zum Gespräch zwischen Ärzten und Patienten (in verschiedenen professionellen Situationen), insofern ist hier noch eine weitere Eingrenzung notwendig. Einen guten Überblick über den linguistischen Forschungsstand für den angloamerikanischen Raum gibt Heritage und Maynard (2006b), für den deutschsprachigen Bereich Petra Löning (2001), Nikolaus Nagel (2001: 38ff.) und insbesondere Peter Nowak (2010), der auf der Basis systemtheoretischer Methoden die erste umfassende Metastudie zu diesem Thema vorgelegt hat. Weitere ausführliche Literaturübersichten finden sich in der fast 300 Seiten umfassenden Bibliographie von Thomas Spranz-Fogasy, Maria Becker, Florian Menz und Peter Nowak am Institut für deutsche Sprache in Mannheim[40] und in der Onlinedatenbank API-on© des Instituts für Sprachwissenschaft der Universität Wien[41], die seit 2008 im Internet verfügbar ist (Menz et al. 2008b).[42]

---

[38] Für eine kritische Einordnung der medizinischen bzw. medizinnahen Diskurse zur Arzt-Patienten-Kommunikation siehe Nowak 2010: 163ff. In Anlehnung an Robert Greenhalgh und Kollegen (2005c: 421) beschreibt er die unüberschaubare Forschungs- und Literaturfülle in diesem Bereich, darunter auch viele pseudo- oder unwissenschaftliche Veröffentlichungen, treffend als „Sumpf“. Eine annähernd vollständige und in die Tiefe gehende multidisziplinäre Beschäftigung mit der Arzt-Patienten-Interaktion ist de facto nicht leistbar. An anderer Stelle (ebd.: 221) spricht Nowak von „Unbehagen“ angesichts des stark psychologisierten Diskurses: „Konzepte wie „Empathie“, „Beziehung“, „Respekt“, „Sympathie“ dominieren die Forschungslandschaft. Ebenso einfache Ratingverfahren wurden entwickelt, vermischen unsystematisch innerpsychische Phänomene mit sprachlichen, interaktiven Prozessen und werden zunehmend als „objektive“ Messverfahren der Patientenorientierung, der Effektivität und Qualität der Arzt-Patient-Interaktion angewandt.“ Auch diesen Eindruck kann ich nur bestätigen.

[39] Als eine weitere Schnittstelle zwischen Medizin und Sprachwissenschaft sei der Vollständigkeit halber auf die klinische Linguistik verwiesen, die hier aber ebenfalls nicht behandelt werden kann. Für einen Überblick siehe u. a. Hielscher-Fastabend 2004.

[40] http://hypermedia.ids-mannheim.de/pragdb/Literatur_zur_Medizinischen_Kommunikation_Version2014.pdf [Stand: 17.02.2014]

[41] http://www.univie.ac.at/linguistics/florian/api-on/ [Stand: 15.01.2015]

[42] In der Publikation zur Datenbank von Menz und Kollegen (2008b) zeigt sich, dass eine wesentliche Intention neben der Katalogisierung der Publikationen in der Durchführung von Metaanalysen besteht – ein Vorgehen, das in der Medizin aufgrund der Studienfülle bereits eine gewisse Tradition hat. So zeigen die ersten Analysen beispielsweise, welche Gesprächsphasen wie oft untersucht wurden (ebd.: 150) und welche Autoren am häufigsten zitiert werden (ebd.: 153), aber auch, mit welchen unterschiedlichen theoretischen Ansätzen Forscher sich dem Thema nähern (z. B. Konversationsanalyse, Handlungstheorie oder Gender; ebd.: 151) und dass hier mitnichten von einem wissenschaftstheoretisch klar abgegrenzten Bereich die Rede sein kann. Weiterhin zeigt die Publikation, dass über eine solche Studiendatenbank auf der Basis qualitativer Arbeiten generell ein quantitativer

Aufgrund dieser großen Fülle werden im Folgenden nach einer kurzen grundlegenden Einführung nur Aspekte des Arzt-Patienten-Gesprächs eingehender behandelt, die für die folgende Analyse relevant sind. Für alle darüber hinausgehenden Fragen sei auf die jeweils angegebene Fachliteratur bzw. die genannten angegebenen Übersichtsarbeiten verwiesen.

3.1 Wissenschaftshistorischer Abriss

Die Untersuchung der Arzt-Patienten-Kommunikation ist in der angewandten Linguistik ein vergleichsweise „altes", prominentes und gut bearbeitetes Forschungsfeld. Allerdings begann die systematische Untersuchung von medizinischen Gesprächen nicht in der Linguistik, sondern erfolgte zunächst in anderen Fachbereichen. Im angloamerikanischen Raum waren nach einem ersten bedeutenden Beitrag des Soziologen Talcott Parsons im Jahr 1951 (vgl. Heritage/Maynard 2006: 2) die ersten ausführlicheren Untersuchungen zum ärztlichen Gespräch, die Ende der 1950er bis Mitte der 1960er Jahre erschienen (Hartog 1996: 25), häufig Beiträge aus der Psychoanalyse (z. B. die in der Medizin stark rezipierten Arbeiten von Michael Balint wie etwa *The Doctor, the patient and his illness* (1957)) oder ethnographische Arbeiten aus der Psychiatrie (vgl. beispielsweise Glaser/Strauss 1965). Die weitere wissenschaftliche Entwicklung der Untersuchung von Arzt-Patienten-Gesprächen in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts deckt sich, wie Heritage und Maynard (2006a) illustrieren, weitestgehend mit der generellen Methodengeschichte qualitativer und quantitativer Forschungsansätze, die im Folgenden kurz umrissen wird.[43]

Ende der 1960er und Anfang der 1970er Jahre erschien zunächst eine ganze Reihe von Arbeiten, die auf der Basis der *interaction process analysis* von Robert Bales (1950) grob codierte Gespräche quantitativ auswerteten (vgl. bspw. für Arbeiten in der Pädiatrie Korsch/Negrete 1972). Eine der laut Heritage und Maynard (2006a: 1f.) bekanntesten und wichtigsten Arbeiten hierzu ist die Studie von Byrne und Long (1976), die insgesamt ca. 2.500 aufgenommene Arztbesuche auswerteten, verschiedene Stile ärztlichen Sprachverhaltens herausarbeiteten und die Auseinandersetzung mit der Arzt-Patienten-Kommunikation damit weiter vorantrieben.[44] Diese Arbeiten gingen zwar

Zugang zur Thematik erschlossen werden kann, dieser aber durch die verschiedenen Analysemethoden und teilweise fehlenden Datenbestände erschwert wird (vgl. ebd.: 153f.). Derzeit scheint die Aktualisierung der Datenbank Schwierigkeiten zu bereiten. Auf diese Herausforderung haben die Autoren bereits in ihrer Publikation hingewiesen (ebd.: 156) und angemerkt, dass eine angemessene Pflege neben der personellen Betreuung auch erfordert, dass die wissenschaftliche Gemeinschaft motiviert ist, selbst Eingaben in die offene Datenbank zu machen. Aktuell (Stand: 15.01.2015) sind 241 Publikationen eingearbeitet und damit lediglich 5 mehr als bei Onlinestellung 2008 (vgl. ebd.: 134), obwohl in diesem Zeitraum deutlich mehr zum Thema veröffentlicht wurde. Gleichzeitig wurde die Bibliographie „Literatur zur medizinischen Kommunikation" aktualisiert und deutlich erweitert (Spranz-Fogasy et al. 2014); der Trend scheint also eher zu dieser aufwands- und detailärmeren Form der Literaturübersicht zu gehen.

[43] Für eine wenn auch etwas ältere Übersicht über qualitative und quantitative Arbeiten zur Arzt-Patienten-Kommunikation und ihre wissenschaftstheoretische Einordnung siehe Nagel 2001: 41ff. und Koerfer et al. 1994b.

[44] Zu Details siehe auch Kapitel 3.2, Fußnote 55.

nicht genuin gesprächsanalytisch vor, produzierten aber durchaus beeindruckende Ergebnisse und lenkten den Fokus der Forschung auf das Gespräch zwischen Arzt und Patient (Heritage/Maynard 2006a: 2ff.; Roter/Hall 1989). Die verschiedenen Codierungsinstrumente für die Analyse medizinischer Kommunikation wurden über die Jahre hinweg weiterentwickelt und verfeinert (ebd.: 3). Zum bekanntesten und heute immer noch am häufigsten verwendeten und diskutierten Modell avancierte das *Roter Interaction Analysis System*, kurz RIAS (vgl. Roter/Hall 1989: 165; Roter/Larson 2002). Dieses Modell hat sich in der Forschung international bewährt, es bildete die methodologische Grundlage für eine große Anzahl empirischer Studien (Roter/Larson 2002: 243)[45] und gilt als reliabel und valide (ebd.: 245-246). Kritik an dieser Codierungsmethode entzündete sich im Wesentlichen daran, dass RIAS zwar einen quantitativen Überblick über medizinische Kommunikationssituationen geben und diese gut zusammenfassen kann, aber daran scheitert, Kontextualität, Bedeutungszuschreibungen, interaktionale Zusammenhänge und damit auch kommunikative Beeinflussungen abzubilden (Charon et al. 1994: 955ff.; für eine kritische Auseinandersetzung mit RIAS am konkreten Beispiel patientenzentrierter Kommunikation siehe Weiner et al. 2013).

Parallel zum quantitativen Ansatz entwickelte sich „at the opposite pole of the analytic continuum“, wie Heritage und Maynard (2006a: 4) es treffend formulieren, eine zweite Form der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit Arzt-Patienten-Kommunikation, die für diese Arbeit weitaus bedeutsamer ist. Parallel zur Entwicklung der Konversationsanalyse allgemein (vgl. zur Methodengeschichte Kapitel 7.1) gab es Ende der 1970er und in den 1980er Jahren in der Soziologie und besonders im Bereich der Ethnomethodologie erste qualitative und diskursanalytische Studien zur Arzt-Patienten-Kommunikation (ebd.: 5; Hartog 1996: 25-26). Zu nennen sind aus dem englischsprachigen Raum beispielsweise die Arbeiten von Elliot Mishler (1984) zum Verlauf der Anamnese, von Howard Waitzkin (1991) zum Umgang mit psychosozialen Kontexten in medizinischen Gesprächen, von Cicourel (1981; 1985) zur Aufspaltung patientenseitiger Informationen und ihrer Übersetzung ins Fachsprachliche und besonders die zahlreichen Arbeiten zur Asymmetrie in der Arzt-Patienten-Interaktion, von denen hier nur exemplarisch West (1985) und Frankel (1984) genannt werden sollen. Umfassende Literaturübersichten zu den Arbeiten aus dieser Zeit finden sich bei Freeman (1987) und ten Have (1991). Heritage und Maynard kritisieren an diesem qualitativen Ansatz, dass im Unterschied zu dem oben beschriebenen quantitativen Vorgehen Schlussfolgerungen oder Empfehlungen für die Breite der medizinischen Kommunikation jeweils aus der Analyse singulärer Einzelfälle hergeleitet werden: „[…] many small scale quasi-ethnographic studies of discourse have not been able to establish a non-interpretive evidential base for associations between meaningful communicative practices on the one hand, and medical outcomes on the other.“ (2006a: 7)[46]

[45] Ein Anwendungsbeispiel aus der deutschsprachigen Lehrbegleitforschung findet sich bei Langewitz et al. 2010.

[46] Dem ist generell zuzustimmen; diese Schwierigkeit wird bei der Gegenüberstellung von qualitativen und quantitativen Ansätzen in verschiedenen wissenschaftlichen Disziplinen häufig angemerkt. Aus diesem Problem haben sich unter anderem der Forschungsansatz der Mixed Methods in den Sozialwissenschaften (Tashakkori/Teddlie 1998), das Konzept der Metastudien (zu deren theoretischer Fundierung und ihrer Anwendbarkeit in der Sprachwissenschaft siehe Nowak 2010: 75ff., 105ff.) und die Triangulierung (die produktive Kombination verschiedener Datenquellen, Analysemethoden und Beobachtungsperspektiven, vgl. Cicourel 1970) entwickelt. Auch in der Konversationsanalyse werden

Auch im deutschen Sprachraum war es zunächst nicht die Sprachwissenschaft, die sich dieses Gesprächstyps annahm, wie Petra Löning ausführt:

> „Die Untersuchung von Kommunikation in medizinischen Institutionen ist ursprünglich kein Forschungsbereich der Sprachwissenschaft gewesen. In den späten sechziger Jahren erwachte in der Medizin selbst das Interesse am ärztlichen Gespräch, da man dem Zeitgeist folgend verstärkt soziale und psychische Faktoren der Patienten bei Krankheitsentstehung und Verlauf zu berücksichtigen begann. In einzelnen Teilgebieten der Medizin entstanden Problemaufrisse und anleitende Darstellungen, die sich entweder ganz allgemein auf die alte Tradition des hippokratischen Eides und die menschlichen Aufgaben des Arztes beziehen oder die – von den Arbeiten Freuds inspiriert – das Gespräch als wesentliche Dimension ärztlichen Handelns zum Ziel haben." (Löning 2001: 1576)

Aus Beobachtungen im Alltag und der engagierten, aber nicht immer wissenschaftlich fundierten Auseinandersetzung mit den vielfältigen Erscheinungsformen medizinischer Kommunikation entstanden zunächst „intuitiv-formale Anleitungen" (Löning 2001: 1576) in Form von Ratgebern für das Arzt-Patienten-Gespräch (vgl. beispielsweise Froelich/Bishop 1973; Pilau 1982). Darauf aufbauend befassten sich verschiedene medizinische Subdisziplinen wie die Medizinische Psychologie, die Medizinische Soziologie und die Allgemeinmedizin mit dem Thema (Löning 2001: 1576). Bedeutsam für die weitere Entwicklung von Arzt-Patienten-Kommunikation als Forschungsbereich war, dass in den Jahren 1972-1979 und 1973-1981 zwei Sonderforschungsbereiche der Deutschen Forschungsgemeinschaft zu den Themen „Psychotherapeutische Prozesse" und „Medizinsoziologische Strukturforschung im Krankenhausbereich" eingerichtet wurden (Menz et al. 2008b: 153). Diese verstärkten wissenschaftlichen Aktivitäten spiegeln sich sowohl im Anstieg der Publikationen zu diesem Thema in der Zeit zwischen 1977 und 1985 wider als auch in der „Bedeutung der medizinsoziologisch und psychosomatisch ausgerichteten Ahnherren ([Karl] Köhle, [Hans-Heinrich] Raspe, [Johannes] Siegrist)" (ebd.: 153), die sich in diesen Publikationen und ihrer häufigen Zitierung manifestiert.[47]

In der Linguistik war es zunächst die Fachsprachenforschung, die sich dem Feld der medizinischen Kommunikation annäherte (Löning 2001: 1577; Wiese 1984), angestoßen durch die oben genannten Vorarbeiten und das Forschungsinteresse im Bereich der institutionellen Kommunikation.[48] Die ersten Arbeiten mit einem gesprächsanalytischen Forschungsansatz lassen sich auf Mitte der 1970er Jahre datieren, als „[…] sich in engem Zusammenhang mit der Etablierung der linguistischen Gesprächsforschung ab etwa 1975 in Deutschland und Österreich ein breiter Schwerpunkt der Erforschung ärztliche Gespräche [entwickelte]" (Nowak/Spranz-Fogasy 2008: 82). Der Untersuchungsfokus lag auf institutionellen Orten (niedergelassene Praxis vs. Krankenhaus),

zunehmend qualitative und quantitative Verfahren kombiniert, sei es in konkreten Einzelstudien (Stivers 2005) oder in Überblicksarbeiten (vgl. Menz et al. 2008).

47 Vgl. bspw. Köhle/Raspe 1982; Siegrist 1978 und 1982. Für einen Überblick über ihre Arbeiten zu Visitengesprächen und deren inhaltlicher Einordnung siehe Nagel 2001: 53f.

48 Für einen Überblick zur Kommunikation in Institutionen und Implikationen zur Analyse medizinischer Gespräche, siehe Becker-Mrotzek 1999. Allgemeinere Überlegungen zur institutionellen Kommunikation bzw. zum Verhältnis von Sprache und Institution (mit einem starken sprechakttheoretischen Einschlag) finden sich bei Koerfer 2013, insbesondere ab 197ff.

den unterschiedlichen Interaktionstypen bzw. Gesprächsphasen (Anamnese, Diagnose, Visite etc.), kommunikativen Unterschieden zwischen Arzt und Patient, in der sich eine institutionelle Asymmetrie widerspiegelte, Gesprächen über bestimmte Krankheitstypen und Gesprächen mit unterschiedlichen Patientengruppen (vgl. Menz 2008b: 147ff.; Löning 2001; Hartog 1996: 26ff.). Koerfer (1994b: 58) identifiziert bis Anfang der 1990er folgende Forschungsschwerpunkte in der Gesprächsanalyse:

- formal-quantitative Gesprächsmerkmale
- Sprecherwechselorganisation und Dialogsteuerung
- Fachkommunikation und Verständlichkeit
- Diskurseröffnungen und Interventionstypen
- Handlungsmuster und Handlungskonzepte

Ein Großteil der gesprächsanalytischen Arbeiten in den 1980er Jahren beschäftigte sich in Anlehnung an die medizinpsychologischen und medizinsoziologischen Untersuchungen zunächst mit Krankenhausvisiten (vgl. bspw. Nothdurft 1982; Bliesener 1982; Bliesener/Köhle 1986; Quasthoff-Hartmann 1982). In den frühen 1990er Jahren lag das Forschungsinteresse dann stärker auf der Anamnese bzw. dem Wissenstransfer zwischen Arzt und Patient (vgl. Löning 1994; Rehbein 1993 und 1994b; ten Have 1993; Redder 1994), der medizinischen Ausbildung (vgl. Lalouschek 1994 und 1995; Menz 1991, 1993 und 1994), Beratungssituationen (vgl. Hartog 1993; Bliesener 1993; Bahrs/Szecsenyi 1993) und Gesprächen in Praxen niedergelassener Ärzte (vgl. Löning 1993; Rehbein 1994b; Bahrs 1994). Entsprechend den thematischen „Gezeiten" der wissenschaftlichen Forschungstrends und der gesellschaftspolitischen Entwicklungen gerieten seitdem manche Themen ins Abseits (beispielsweise Stationsvisiten im Krankenhaus), während andere eine Neuauflage erlebten (z. B. Migration und Kultur in der Medizin[49]) und andere Forschungsbereiche ganz neu hinzukamen (beispielsweise die Palliativmedizin)[50]. Aktuelle deutschsprachige Forschungsarbeiten befassen sich unter anderem mit Schmerzdarstellungen und -beschreibungen (Gülich et al. 2003; Sator 2011), den Faktoren Kultur und Migration in Arzt-Patient-Gesprächen (Menz 2013; Meyer 2006 und 2009), Auswirkungen des Geschlechts (Menz et al. 2002; Menz/Lalouschek 2005), ärztlichen Fragen und patientenseitigem Verstehen (Lalouschek 2002b; Spranz-Fogasy 2010), der ärztlichen Ausbildung im Studium (Lalouschek 2002a; Koerfer et al. 2008b; Kliche 2012) sowie der präoperativen Patientenaufklärung (Klüber et al. 2012; Jung 2005).[51]

Inzwischen ist die Auseinandersetzung mit medizinischer Kommunikation in der Gesprächsforschung also ein etabliertes Themenfeld mit einer gewissen Tradition. Zwar hat sich die Linguistik, wie Petra Löning schreibt, im Vergleich zu anderen wissenschaft-

[49] Diese Aspekte wurden vereinzelt schon in den 1980er und 1990er Jahren thematisiert; vgl. Rehbein 1985a und 1994a; Ots 1994.

[50] Derzeit entsteht beispielsweise eine Promotion zu „Gesprächspraktiken in der Palliativmedizin", einer medizinischen Subdisziplin, die erst 2009 in die medizinische Ausbildung eingeführt wurde (vgl. Groß/Vlassenko 2013: 481).

[51] Diese Aufzählung kann und soll keine vollständige Übersicht über die Themen der linguistischen Forschung geben, sondern lediglich Trends und besondere Foki im Verlauf der letzten Jahre deutlich machen.

lichen Fachbereichen „erst relativ spät mit der medizinischen Kommunikation befasst“ (2001: 1577), doch muss in diesem Zusammenhang bedacht werden, dass die verschiedenen Formen der Gesprächsanalyse im Rahmen der angewandten Linguistik damals noch relativ jung waren. Während aber andere Forschungsfelder inzwischen verwaist zu sein scheinen, ist das Interesse an der medizinischen Kommunikation und speziell am Arzt-Patienten-Gespräch in der Gesprächsforschung weiterhin konstant, wie sich an den oben auszugsweise genannten Publikationen, den Übersichtsarbeiten (vgl. Nowak 2010) und aktuellen Tagungen (vgl. Groß/Vlassenko 2013) eindrucksvoll zeigt. Nach über 30 Jahren Forschungsaktivität zu diesem Thema kann also durchaus von einer langen Tradition in der Gesprächsforschung gesprochen werden. Gleichzeitig ist dies nur ein Teilbereich der Kommunikation im Gesundheitswesen. Darüber hinaus gibt es Studien zu therapeutischer (vgl. Pawelczyk 2011) und pflegerischer Kommunikation (vgl. bspw. Sachweh 2000), die im Rahmen dieser Arbeit nicht näher betrachtet werden können. Sie stehen stellvertretend für die große Bandbreite und Fruchtbarkeit des Forschungsfeldes und die vielen Möglichkeiten für interdisziplinäres Arbeiten, die angesichts der stetigen Änderungen im deutschen Gesundheitssystem auch in Zukunft bestehen bleiben werden.

3.2 Struktur des Arzt-Patienten-Gesprächs

Bei der Auseinandersetzung mit der Interaktion zwischen Arzt und Patient ergibt sich aufgrund der Größe und Komplexität des Gesundheitssystems eine Fülle von Interaktionsformen, die eine Kategorisierung oder Sortierung nötig machen. Löning betont, dass die bisherige Forschung „sich weniger an einer sprachwissenschaftlich sinnvollen Typologisierung nach theoretischen Kriterien orientiert […] als an den notwendigen Fragestellungen, die für die Bewältigung des Gesprächs mit dem Patienten in verschiedenen Konstellationen gelöst werden müssen“ (2001: 1577).[52] Sie differenziert in ihrer Übersicht von Gesprächen (ebd.) in der Medizin nach

- dem institutionellen Ort
  (z. B. Praxis eines niedergelassenen Arztes oder Krankenhaus)
- dem Krankheitstyp
  (z. B. Patienten mit onkologischen oder chronischen Erkrankungen)
- der Patientengruppe
  (z. B. Gespräche mit alten oder „schwierigen“ Patienten)
- dem konstitutiven Handlungsziel
  (z. B. Anamnese- oder Aufklärungsgespräch)

Dabei betont Löning, dass Merkmalskombinationen wie „‚die Visite bei Schwerkranken“ oder „das Anamnesegespräch im Krankenhaus‘“ möglich sind (ebd.: 1577). No-

[52] Diese Feststellung passt zu der weiter oben schon angeführten Kritik von Nowak (2010: 221). Die Vermischung von deskriptiven Beschreibungen und normativen Forderungen ist in der Literatur fachübergreifend häufig anzutreffen, leider wird sie selten expliziert bzw. transparent gemacht.

wak (2010: 227f.) wählt einen anderen Ansatz und clustert die verschiedenen Gesprächstypen institutionsübergreifend:

1) Anamnese, Erstgespräch, Aufnahmegespräch
2) Visitengespräch, Hausbesuch
3) Aufklärungsgespräch
4) Befundgespräch
5) Entlassungsgespräch
6) Zweitgespräch

Dieser Ansatz[53] verweist darauf, dass bei grundlegend verschiedenen Situationen der Kommunikation zwischen Arzt und Patient, wie Gesprächen im Krankenhaus und in der Praxis bzw. in einem häuslichen Setting, trotz der Unterschiede in Ort und Organisationsform ganz ähnliche Handlungsmuster zu beobachten sind. Damit kommt Nowak Lönings Forderung nach einer sprachwissenschaftlich angemessenen Typologisierung entgegen, weshalb sich die folgenden Ausführungen auf seine Typologie beziehen.

Bei der Beschäftigung mit verschiedenen Gesprächstypen und deren beobachteten Gemeinsamkeiten und Unterschieden wird eine Auseinandersetzung mit der Binnenstruktur von Arzt-Patient-Gesprächen unausweichlich. Diese unterteilen sich in verschiedene Phasen, die sich meist mehr oder weniger direkt an der klassischen medizinischen Kommunikationstrias Anamnese, Diagnose und Therapie (Bliesener 1993: 47-50) orientieren. So skizziert Konrad Ehlich (1993: 78f.) folgende Diskursstruktur für einen längerfristigen Arzt-Patienten-Kontakt:

1) Anamnese
2) Untersuchung
3) Diagnose
4) Therapie
5) *surveillance* (Überwachung der Therapie)
6) Konstatierung (als krank oder gesund)

[53] Sowohl in den beiden dargestellten Gesprächsübersichten als auch in den weiter unten folgenden Binnendifferenzierungen fehlt allerdings ein Bereich, den Löning als „Gelegenheitsgespräch“ (1985: 40-41) bezeichnet und der umgangssprachlich als Smalltalk beschrieben werden könnte. Solche Gelegenheitsgespräche haben zwar keine medizinisch-somatische Basis, sind aber häufig zu beobachten und werden als für die Arzt-Patienten-Beziehung wichtiges Element angesehen. Spranz-Fogasy nennt Smalltalk als einen möglichen der Gesprächseröffnung (2005: 21), allerdings ohne ihn fest ins Handlungsschema aufzunehmen. In Nowaks umfassender Metastudie (2010) kommt Smalltalk überhaupt nicht vor. Dies liegt sicherlich daran, dass Gelegenheitsgespräche schwer zu fassen und zu verorten sind. Sie hängen von vielen verschiedenen Faktoren ab (Dauer und Intensität der Arzt-Patienten-Beziehung, Leidensdruck durch die Erkrankung, Termindruck etc.) und lassen sich teilweise schwer von anderen Komponenten des Gesprächs abgrenzen bzw. diesen unterordnen. Hier kann keine weitergehende Einordnung geleistet, sondern nur auf dieses Forschungsdesiderat hingewiesen werden.

Thomas Spranz-Fogasy bezieht sich in der Herleitung einer Makrostruktur auf die verschiedenen Ebenen der Interaktionskonstitution (Spranz-Fogasy 2005: 18-19) und betont für die Struktur der Arzt-Patienten-Kommunikation im Besonderen die Ebene der Handlungskonstitution:

> „Auf ihr werden Gesprächsziele entfaltet und organisiert, sie ist der Maßstab jeder professionellen und institutionellen Kommunikation, für die auch beispielsweise selbst die therapeutische Beziehungsarbeit nur funktional sein kann – im Vordergrund steht die Hilfe für die Patientinnen." (ebd.: 19).

Auf dieser Ebene existieren systematische Muster für kommunikatives Handeln: Handlungsschemata, die den Gesprächsteilnehmern Orientierung geben und letztlich auch den Gesprächstyp bestimmen:

> „Unter einem Handlungsschema wird ein kulturell verbreiteter und von den Gesellschaftsmitgliedern gewusster Vorstellungszusammenhang verstanden, der Angaben über konstitutive Bestandteile der komplexen Handlung enthält (>was dazu gehört<), Angaben über die logische Struktur der Handlungsentwicklung (>was wann kommt<) und Angaben über unerlässliche Beteiligungsvoraussetzungen der Beteiligten (>was man dazu braucht<)." (Nothdurft/Spranz-Fogasy 1991: 223)

Für das Handlungsschema des Arzt-Patienten-Gesprächs nennt Spranz-Fogasy (2005: 21) fünf zentrale Komponenten:[54]

„1) Begrüßung und Gesprächseröffnung

2) Beschwerdenschilderung und Beschwerdenexploration

3) Diagnosestellung

4) Therapieplanung und –entwicklung

5) Gesprächsbeendigung und Verabschiedung"

Die zweite Komponente differenzieren Heritage und Maynard auf der Basis der Arbeit von Byrne und Long (1976)[55] weiter aus in Beschwerdenpräsentation sowie mündliche

[54] Ergänzend ist anzumerken, dass Spranz-Fogasy sich dabei explizit auf Erstgespräche in niedergelassenen Arztpraxen mit Beispielen aus der Inneren Medizin, der Allgemeinmedizin und der Urologie bezieht. Sicherlich ist dieses Handlungsschema auf viele andere medizinische Kommunikationszusammenhänge übertragbar, doch können in Anlehnung an die oben genannte Unterteilung von Nowak bei Stationsgesprächen zwischen Arzt und Patient in einer Klinik auch bestimmte Komponenten wegfallen, hinzukommen oder modifiziert werden.

[55] Byrne und Long haben in ihrer Studie, die auf einem Korpus von ca. 2.500 Gesprächen basiert, eine grundlegende Makrostruktur der Arbeit-Patienten-Kommunikation erarbeitet, die als Grundlage für viele andere Modelle gesehen werden kann. Insbesondere die hier vorgestellte Struktur von Heritage und Maynard (2006a) orientiert sich sehr deutlich daran. Byrne und Long (1976) unterscheiden insgesamt sechs Phasen:
„1) The doctor establishes a relationship with the patient
2) The doctor either attempts to discover or actually discovers the reason for the patient's attendance
3) The doctor conducts a verbal or physical examination or both
4) The doctor, or the doctor and the patient, or the patient (in that order of probability) consider the condition
5) The doctor, and occasionally the patient, detail further treatment or further investigation
6) The consultation is terminated by the doctor"

Beschwerdenexploration und/oder körperliche Untersuchung; sie kommen in ihrer *overall structure* somit auf 6 Schritte[56]:

"1) Opening: Doctor and patient establish an interactional relationship.

2) Presenting Complaint: The patient presents the problem/reason for the visit.

3) Examination: The doctor conducts a verbal or physical examination or both.

4) Diagnosis: The doctor evaluates the patient's condition.

5) Treatment: The doctor (in consultation with the patient) details treatment or further investigation.

6) Closing: The consultation is terminated." (Heritage/Maynard 2006a: 14)

Nowak (2010: 230) plädiert in Anlehnung an vorliegende Studien für eine „9-schrittige Systematik[57], die aber eher im Aufbau der Metastudie begründet ist und meiner Einschätzung nach nur schwierig als Struktur auf Arzt-Patienten-Gespräche allgemein übertragen werden kann. Unter anderem zählt er die körperliche Untersuchung samt „online-commentary" als eigene Komponente, die bisher jedoch nur spärlich erforscht sei (Nowak 2010: 338). Lalouschek fordert im Hinblick auf stärkere Patientenbeteiligung und einen kooperativen Umgang der Gesprächsbeteiligten, die Formulierung bzw. Klärung des Anliegens als eine eigene Komponente im Handlungsschema zu sehen (Lalouschek 2013: 426ff.). Das Modell von Koerfer und Kollegen (2008b:45; vgl. auch Köhle et al. 2010), das in der Lehre an der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie der Universität zu Köln verwendet wird, legt ebenfalls großen Wert auf die Patientenbeteiligung sowie auf die Beziehungsgestaltung und die Bearbeitung von Emotionen:

1) Beziehung aufbauen
2) Anliegen anhören
3) Emotionen zulassen
4) Details explorieren
5) Vorgehen abstimmen
6) Resümee ziehen

Auffällig ist, dass die Autoren sehr stark den Arzt betonen, während der Patient gleichzeitig sehr passiv erscheint; das ist vermutlich im Arzt-Patienten-Verhältnis der 1970er Jahre sowie im damals stark auf den Arzt zentrierten Forschungsfokus begründet.

[56] Hierzu merkt Lalouschek (2013: 428) zutreffend an, dass sich die Übersicht auf „‚interactions involving the presentation of a new medical problem' (Heritage & Maynard 2006, 14)" bezieht und sie insofern Gespräche mit chronisch kranken Patienten nicht adäquat einbezieht, da es sich bei diesen nicht immer um „neue" medizinische Anliegen handelt. Diese Kritik ist meiner Einschätzung nach berechtigt und betont die große Heterogenität möglicher Arzt-Patienten-Gespräche, die oben mit Bezug auf Nowak bereits erläutert wurde.

[57] Nowak unterscheidet die Komponenten (1) Gesprächseröffnung, (2) Eröffnungsinitiative, (3) (Nicht-) Zuhören, (4) Informationen erfragen, (5) Orientierung im Gespräch geben, (6) Informationen geben, anleiten, beraten, (7) gemeinsam planen und Entscheidung treffen, (8) Gesprächsabschluss und (9) körperliche Untersuchung.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass alle Modelle eine spezifische Perspektive auf die Arzt-Patienten-Interaktion eröffnen. Der Versuch einer umfassenden Systematisierung von Arzt-Patienten-Kommunikation kann jedoch meines Erachtens nur scheitern: Ein Handlungsschema, das alle möglichen Situationen der Kommunikation zwischen Arzt und Patient und alle Handlungsmöglichkeiten angemessen abdecken würde, wäre entweder als Zusammenfassung zwangsläufig zu grob und damit wenig aussagekräftig oder aber im Versuch, alle Möglichkeiten zu integrieren, viel zu detailliert. Es ist daher nach meiner Einschätzung unerlässlich, dass ein Modell Ausnahmen zulässt und mehrere Aspekte in einer Komponente integriert. Ich orientiere mich daher in dieser Arbeit an folgender Makrostruktur, die die vorgestellten Modelle zusammenfasst:

1) Begrüßung und Gesprächseröffnung
2) Anliegensformulierung
3) Beschwerdenexploration (inklusive Anamnese und körperlicher Untersuchung)
4) Diagnoseübermittlung
5) Therapieentscheidung und -planung
6) Gesprächsbeendigung

Auch in dieser Struktur sind mit Blick auf die Vielfalt möglicher Arzt-Patient-Gespräche die einzelnen Phasen als flexibel verortbar und durchmischbar anzusehen, auch Sprünge zwischen den einzelnen Phasen sind möglich. Zudem sind die Phasen teilweise optional; so wird in Befund- oder Entlassungsgesprächen die Beschwerdenexploration vermutlich keine Rolle spielen (vgl. Nowak 2010: 229). Die Ausgestaltung der einzelnen Komponenten hängt zudem von der Beziehung zwischen Arzt und Patient ab. Bei einem chronisch kranken Patienten kann beispielsweise die Beschwerdenexploration sehr kurz ausfallen oder gar nicht vorkommen. Darüber hinaus wird diese Makrostruktur nicht normativ gefordert; sie stellt lediglich eine Abfolge dar, die häufig zu beobachten ist und handlungslogisch begründet werden kann (vgl. Spranz-Fogasy 2010: 36). Im Folgenden werden die einzelnen Komponenten differenzierter beschrieben.

3.2.1 Begrüßung und Gesprächseröffnung

Die erste zentrale Komponente, die Begrüßung und Gesprächseröffnung, dient sowohl der Herstellung der Interaktion insgesamt als auch dazu, die Arzt-Patienten-Beziehung zu etablieren, um daran anschließend die relevanten Themen bearbeiten zu können. Thomas Spranz-Fogasy (1990: 146) identifiziert fünf grundlegende Aufgaben der Gesprächseröffnung, von denen hier nur drei genannt werden[58]:

[58] Die ersten drei sehe ich ebenfalls als zentrale Aufgaben der Gesprächseröffnung an, während ich Schritt vier und fünf der Komponente der Anliegensformulierung (Kapitel 6.2.2) zurechne.

1) Gegenseitige Wahrnehmung wird aufgebaut bzw. überprüft
2) Gegenseitige Aufmerksamkeit wird hergestellt.
3) Die Präliminarien werden abgehandelt bzw. abgeschlossen (Begrüßung, Sitzordnung festlegen, evtl. Unterlagen sichten, Computer aktivieren etc.).

Die ersten beiden Aufgaben dienen besonders der Herstellung der „Interaktionsbeziehung“ (Spranz-Fogasy 2005: 21). Verbal (z. B. über Ansprache, Begrüßung) oder nonverbal (z. B. über Blickkontakt, Nicken) wird das jeweilige Gegenüber identifiziert und die Gesprächsteilnehmer signalisieren ihre Kommunikationsbereitschaft. Die Abhandlung der Präliminarien verweist vor allem auf die institutionelle Rahmung des Gesprächs; diese Aufgabe wird von Nowak (2010: 232-233) noch weiter ausdifferenziert:

„1) Begrüßung
2) Vorstellung des Arztes/der Ärztin
3) Situierung
4) Globale Orientierung über den Gesprächszweck und Gesprächsverlauf
5) Prinzipielle Nachfragemöglichkeit anbieten
6) Interaktive Abschluss der Präliminarien“

Obwohl die ersten beiden Schritte noch sehr unspezifisch und allgemein wirken, sind auch sie schon stark institutionell geprägt. Die Begrüßung und der Beginn der Interaktion werden in der Regel von ärztlicher Seite initiiert und dominiert (Spranz-Fogasy 2005: 21; Löning 1985: 62). Auch weichen die hier praktizierten Gesprächshandlungen häufig von alltäglichen Kommunikationsroutinen ab. So kann ein Aufruf des Patienten zur Behandlung die Begrüßung ersetzen (Löning 1985: 62), oder es kommt vor, dass der Arzt den Gegengruß des Patienten nicht abwartet und stattdessen sofort zur Anliegensformulierung überleitet (Rosumek 1990: 31). Die Situierung bezieht sich auf proxemische und nonverbale Elemente der Kommunikation und beschreibt damit das Finden der Gesprächspositionen im Raum, was auch verbal begleitet werden kann (Nowak 2010: 233). Handlungstyp vier ist nur als eine grobe Orientierung für das kommende Gespräch zu verstehen und nicht mit der Anliegensformulierung zu verwechseln, die deutlich detaillierter ausfällt; die Handlungstypen fünf und sechs bilden den Übergang zur Anliegensformulierung und der inhaltlichen Annäherung ans Thema.

3.2.2 Anliegensformulierung

Während Ärzte in ein Arzt-Patienten-Gespräch mit festen Schemata und Plänen gehen, die sie in der Regel strukturiert in der Ausbildung gelernt haben (Lalouschek 2007: 9), kommen die Patienten mit konkreten Anliegen und Erwartungen, die sich aus ihren Erfahrungen, ihrer Sozialisation als „Patient“ (Koerfer 2013: 117ff.) und ihrem Leidensdruck (Spranz-Fogasy 2010: 32) ergeben. Johanna Lalouschek plädiert dafür, die Anliegensbearbeitung als eigenständigen Schritt im Handlungsschema ärztlicher Gespräche zu etablieren:

> „Ein Schritt wie die Gesprächseröffnung ist von einer komplexen Aufgabe wie Identifikation, Exploration und Klärung der Patientenanliegen überfordert. Die Differenzierung muss deshalb zwischen den Schritten ‚Gesprächseröffnung', ‚initiale Anliegensklärung' und ‚Beschwerdenexploration' erfolgen." (Lalouschek 2013: 430)

Dafür, die Anliegensformulierung als eigenständigen Schritt zu sehen und ihr eine größere Bedeutung zuzuweisen, spricht nach ihrer Ansicht, dass das Anliegen der Patienten mit dem des Arztes nicht deckungsgleich sein muss, eventuell sogar von der Krankheit bzw. den Beschwerden unabhängig sein kann, und dass Anliegen vom Arzt auch falsch verstanden oder nicht bearbeitet werden können (ebd.: 424f.). Dieses Problem wird in der Forschung auch als Rahmen- oder Zielkonflikt *(frame conflict)* bezeichnet (Menz et al. 2008a: 11), der häufig dann auftritt, wenn sich das Hauptanliegen des Patienten (das Menz et al. als *chief complaint*[59] bezeichnen) auf psychosoziale Aspekte bezieht, während der Arzt eine (rein) biomedizinische Perspektive einnimmt. Die Konsequenzen eines solchen Konflikts können Missverständnisse, Unterbrechungen, eine gestörte Arzt-Patienten-Beziehung und mangelnde *adherence* sein, wie am Beispiel von Patienten mit chronischen Schmerzen gezeigt wurde (Lalouschek 2007: 51f.). Zudem tendieren Patienten zur „dysfunktionale[n] Strategie" (ebd.: 52) einer indirekten Anliegensformulierung, die von ärztlicher Seite nur selten wahrgenommen wird und damit in der wenig flexiblen Struktur institutioneller Kommunikation kaum Chancen auf eine Realisierung hat.[60]

Als weiteren Grund führt Lalouschek (2013: 424) an, dass die „Identifikation, Exploration und gemeinsame Klärung des oder der Anliegen der PatientInnen […] Grundvoraussetzung für gelingende Patientenbeteiligung im weiteren Verlauf der Konsultation […]" sei und dass die „Identifikation des Patientenanliegens als das Herzstück jeder Konsultation (McKinley & Middleton 1999, 799)" angesehen werden könne. Dem wird hier generell zugestimmt. Die Aussage basiert allerdings auf einer bestimmten ethischen Grundannahme: Dies kann nur dann ein (normativ zu forderndes) Ziel im Handlungsschema ärztlicher Gesprächsführung sein, wenn Patientenautonomie als wichtiges und führendes Prinzip angesehen wird.[61] Die Spannung zwischen der von Lalouschek postulierten neuen deskriptiven Analysekategorie und dem normativ gewünschten Ansatz

[59] Zum schwierigen Begriff des *chief complaint* und seiner Einordnung in den Anliegenskontext siehe Lalouschek 2007: 10f.

[60] Christine Barry und Kollegen (2000) haben in einer qualitativen Studie gezeigt, dass in der hausärztlichen Praxis nur 4 von 35 Patienten ihre Anliegen vollständig äußerten. Während medizinische Aspekte (z. B. Symptome, bisherige selbst durchgeführte Behandlungen, Nachfrage nach einem Rezept) von Patienten häufig thematisiert wurden, waren Anliegen aus dem psychosozialen Bereich (z. B. Sorgen bezüglich der Diagnose oder Prognose) deutlich unterrepräsentiert (ebd.: 1249). Dies entspricht anderen Studien, die eine kommunikative Anpassung von Patienten an das medizinische System beobachten (Löning 1985: 95; Lalouschek 2002a: 105; Lalouschek 1993: 182).

[61] Wären beispielsweise eine ökonomische Behandlung möglichst vieler Patienten in kurzer Zeit (was im Gesundheitssystem oftmals der *hidden agenda* entspricht) oder körperliche Heilung alleinige übergeordnete normative Prinzipien, hätte eine ausführliche Anliegensformulierung keine große Bedeutung. Beispiele für andere Prioritätensetzungen finden sich auch in der jüngeren deutschen Geschichte (vgl. Peters 2008: 50ff.). Dies zeigt, dass neben ethischen Vorstellungen auch gesellschaftspolitische Hintergründe für die Entwicklung und Struktur des Arzt-Patienten-Gesprächs eine große Rolle spielen.

der Patientenbehandlung zeigt sich auch in den von ihr beschriebenen Vorteilen für Patienten wie Ärzte (ebd.: 425), die ebenfalls in weiten Teilen auf dem Prinzip der Patientenautonomie fußen (zum Prinzip des *respect for autonomy*, siehe Beauchamp/Childress 2009: 99ff.).[62]

Diesem Prinzip soll hier inhaltlich nicht widersprochen werden – ganz im Gegenteil. Patientenautonomie und damit verbunden der Einbezug patientenseitiger Wünsche, Wertvorstellungen und Anliegen wird inzwischen in Deutschland sowohl in medizinethischen, juristischen und ökonomischen Diskussionen (aus verschiedenen Gründen) als hochrelevant angesehen und in vielen medizinischen Kontexten auch praktisch berücksichtigt (vgl. Vollmann 2000b; Koerfer 2008a: 131ff.). Insofern muss eine intensive Klärung des Anliegens heute ein zentraler Bestandteil des Handlungsschemas ärztlicher Kommunikation sein. Lalouschek unterteilt die Anliegensformulierung in insgesamt 6 Teilschritte (2013: 431-434):

1) Aufforderung zur Anliegensdarstellung
2) Anliegensdarstellung
3) Anliegensidentifikation und –exploration
4) Gemeinsame Anliegensklärung
5) Koordination der Anliegensbearbeitung und der ärztlichen Aufgaben
6) (optional) Anliegensklärung in unterschiedlichen Gesprächssettings[63]

Diese Ausdifferenzierung weist Parallelen zu den oben genannten Aufgaben der Gesprächseröffnung nach Thomas Spranz-Fogasy (1990: 146) auf, insbesondere zu den oben ausgelassenen Punkten (4) Aufforderung zur Schilderung der Beschwerden durch den Arzt[64] und schließlich (5) die Beschreibung der Beschwerden durch den Patienten. Zudem ist in der vorgeschlagenen Struktur der Anliegensformulierung eine Ambivalenz in Bezug auf die asymmetrische Beziehung erkennbar. Einerseits bedeutet die Berück-

[62] Der deskriptiv wie normativ geforderte stärkere Einbezug von Patienten im Rahmen der Anliegensformulierung erinnert stark an die medizinethische Debatte um die aufgeklärte bzw. informierte Einwilligung *(informed consent)* und das dem zugrunde liegende Prinzip der Patientenautonomie (für eine Herleitung des *informed consent* aus dem *respect for autonomy* vgl. Beauchamp/Childress 2009: 117ff.). Interessant ist in diesem Zusammenhang, wie sich die gesellschaftspolitische und medizinethische Entwicklung hin zur Autonomie des Patienten nicht nur auf die inhaltliche Beschreibung des ärztlichen Handlungsschemas auswirkt, sondern damit auch auf die gesprächsanalytischen Kategorien. Hier ist zu beobachten, wie sich die wissenschaftliche Methodologie an den geänderten empirischen Rahmenbedingungen neu ausrichtet. Wäre das paternalistisch-hierarchische Arzt-Patienten-Verhältnis weiterhin der Standard, wie es in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts der Fall war, wären Forderungen nach einem Einbezug der Anliegensformulierung als eigener Komponente eventuell gar nicht aufgekommen.

[63] Hier verweist Lalouschek (2013: 433-434) darauf, dass beispielsweise in einem Zweit- bzw. Folgegespräch neue Anliegen auftauchen können und bearbeitet werden müssen. Auch im Verlauf einer Konsultation sowie an deren Ende können trotz initialer Anliegensbesprechung vom Patienten neue Anliegen formuliert werden. Hier fügt sich die Komponente der Anliegensformulierung und -bearbeitung gut in das gesamte Handlungsschema ein, dessen Ablauf, wie in Kapitel 6.2 angesprochen, generell als flexibel anzusehen ist.

[64] Bei Nowak/Spranz-Fogasy 2008: 87 finden sich, sortiert von direktiv zu non-direktiv, verschiedene Typen ärztlicher Eröffnungen, die als Aufforderung zur Beschwerde- bzw. Anliegensformulierung dienen.

sichtigung der Anliegensformulierung und -bearbeitung in der Praxis wie in der Forschung generell eine Stärkung der Patientenrolle, und besonders die Schritte vier und fünf beruhen auf einer engen Kooperation der beiden Gesprächspartner. Andererseits wird die starke Stellung des Arztes im gegebenen institutionellen Rahmen betont, da der Patient ähnlich wie bei der Begrüßung erst auf Nachfrage und nach einem Bereitschaftssignal des Arztes mit seiner Anliegensdarstellung beginnt.

Lalouschek betont weiterhin, dass die Anliegensformulierung selten explizit geschieht:

> „Typischerweise dient die Beschwerden- und Problemdarstellung der Vorbereitung des Anliegens, seiner Nachvollziehbarkeit und seiner Legitimierung. […] Die Formulierung des Anliegens erfolgt zum Ende der Problemdarstellung, häufig aber nicht explizit als Wunsch oder Bedürfnis, sondern implizit über die Formulierung von Einschätzungen, Klagen oder Hinweise auf nicht mehr greifende Therapien." (Lalouschek 2013: 432)

Weil die Patienten ihr Anliegen häufig nicht explizit formulieren, die Ärzte zu Konsultationsbeginn einen gewissen Zeitdruck wahrnehmen (Wilm et al. 2004; Spranz Fogasy 2008: 88) und die ärztliche Dominanz in der Kommunikation insbesondere am Anfang des Gespräches strukturell fest etabliert ist (Peters 2008: 70; Wilm et al. 2004; Löning 1985: 126), sind die Übergänge von der Begrüßung zur Anliegensformulierung und weiter zur Beschwerdenexploration vermutlich selten trennscharf, sondern eher fließend.[65] Das könnte auch einer der Gründe sein, warum die Phase der Anliegensformulierung in der bisherigen Forschung nicht immer eindeutig identifiziert werden konnte.

3.2.3 Beschwerdenexploration

Die Phase der Beschwerdenexploration unterscheidet sich von der Anliegensformulierung dadurch, dass der Arzt weitere Informationen zu den Beschwerden erfragt. Sie entspricht im Wesentlichen der klassischen Anamnese einschließlich körperlicher Untersuchung, wobei diese beiden Komponenten je nach Symptomen, fachlicher Anbindung des untersuchenden Arztes und Anliegen des Patienten sehr unterschiedlich ausfallen und viele verschiedene Binnendifferenzierungen aufweisen können (vgl. Füeßl/Middeke 2005). In der Praxis bauen die Anamnese und die Untersuchung entweder komplementär aufeinander auf oder werden parallel durchgeführt.[66] Auch

[65] Der fließende Übergang von der Anliegensformulierung zur Beschwerdenexploration zeigt sich besonders deutlich in häufigen turn-Wechseln durch Unterbrechungen. Je nach Studienlage unterbricht der Arzt das Eingangsstatement des Patienten nach 11 bis 24 Sekunden (Wilm et al. 2004: 53), um auf der Basis der ersten genannten Informationen mit einer strukturierten Anamnese fortzufahren, die dem Patienten eine passive Rolle zuweist (Löning 1985: 126). Dadurch wird die Anliegensformulierung abrupt abgebrochen und die Schritte 3-5 werden übersprungen, so dass die Grenzen der verschiedenen Phasen verwischen. Das ist insofern interessant, als Studien gezeigt haben, dass Patienten selbst ihren turn nach ca. 90 Sekunden abschließen und damit dem zeitlichen Druck durchaus Rechnung tragen (Langewitz et al. 2002).

[66] Es ist merkwürdig, dass die körperliche Untersuchung – soweit sie überhaupt Gegenstand einer Analyse ist (Nowak 2010: 338) – in der Forschung weitgehend von der Anamnese getrennt und anscheinend stets als dieser stets nachgelagert betrachtet wird, obwohl die Beschwerdenexploration vielen Gesprächsmodellen zufolge den kommunikativen Austausch *und* die körperliche Untersuchung beinhaltet. Christian Heath (2006: 188) verweist explizit darauf, dass die Anamnese in der Regel mit der

wenn die Herangehensweisen unterschiedlich sind, beinhalten beide eine Exploration der Beschwerden und einen institutionell strukturierten Wissenstransfer vom Patienten zum Arzt. Da die Exploration der Beschwerden in dieser Arbeit und in der Auseinandersetzung mit dem empirischen Material nur am Rande behandelt und der Wissenstransfer weiter unten noch ausführlicher beleuchtet wird, wird auf diese Phase hier nicht näher eingegangen.

Die Anamnese kann sich je nach Symptomen bzw. Beschwerden auf eine ganze Reihe von Informationsbereichen beziehen. Dazu gehören – ohne Anspruch auf Vollständigkeit und ohne Implikation von Prioritäten – Themen wie die akuten Beschwerden, bisherige Selbsttherapien, Kinderkrankheiten, frühere Erkrankungen und Operationen, die Familienanamnese (Erkrankungen von Eltern, Großeltern und Geschwistern) und die Sozialanamnese (Familienstand, Beruf etc.) (Menz et al. 2008a: 12; Füeßl/Middeke 2005: 21). Zudem wird bei einem Erstgespräch häufig noch die allgemeine Anamnese (persönliche Daten, allgemeine Medikation und Allergien, Drogenkonsum, Verdauung, Schlaf etc.) durchgeführt und die gegebenen Informationen je nach Beschwerdebild bzw. Anliegen durch Spezialanamnesen zu ausgewählten Themen (Bewegung, Schmerzen, Sexualanamnese etc.) ergänzt. Generell lässt sich festhalten, dass nicht nur aktuelle Beschwerden abgefragt werden, sondern die medizinische und bürokratische Einordnung des Patienten als Ganzes im Fokus der Anamnese stehen (Menz et al. 2002: 344).

Die beiden zentralen Aufgaben der Anamnese, die jedoch in einem grundlegenden Spannungsverhältnis zueinander stehen, sind einerseits eine möglichst effiziente Gewinnung medizinischer Informationen und andererseits der Aufbau einer Beziehung zum Patienten.

Bezüglich des Austauschs von Informationen weist Thomas Spranz-Fogasy darauf hin,

> „[…] dass der Arzt zwar über das typisierte Wissen zu Krankheiten verfügt, nicht aber über die authentischen Krankheitserfahrungen der Patientin. Dieses Wissensgefälle müssen Arzt und Patientin in der Explorationsphase bis zu einem gewissen Grad (mindestens so weit nämlich, wie es für den Arzt diagnostisch erforderlich ist) ausgleichen, u.a. auch durch die Anwendung des ärztlichen Wissens über Krankheiten." (2005: 36)

Da dieser Ausgleich durch das Arzt-Patienten-Gespräch in einem institutionellen Kontext erfolgt und der Arzt neben seinem Fachwissen auch einem entsprechenden Be-

Überleitung zur körperlichen Untersuchung endet und weitere Fragen zur Krankengeschichte selten begleitend zu dieser gestellt werden. Zudem beschreibt er eine kommunikative Zurückhaltung, während der Patient sich auf die Untersuchung vorbereitet: „It is relatively unusual for either patient or doctor to talk, or even glance at each other, whilst these various preparations are made; the fragmentation of involvement providing the patient with a little privacy in which to undress" (ebd.). Danach wäre es konsequent, für eine strikte Trennung der Phasen Anamnese und Untersuchung zu plädieren. Dem stehen allerdings Beobachtungen aus eigenen Forschungsarbeiten entgegen. Gerade in unstrukturierteren Konsultationen werden während körperlicher Untersuchungen anamnestische Fragen gestellt und damit die beiden Bereiche vermengt (vgl. Peters 2008: 150). Auch in medizinischen Handbüchern werden diese beide Bereiche häufig zusammen behandelt (Neurath/Lose 2011; Füeßl/Middeke 2005). Vermutlich hängt die Kombination der beiden Aktivitäten von verschiedenen Faktoren ab, etwa dem Zeitdruck, der Art der Untersuchung, der konkreten Arzt-Patienten-Beziehung sowie der medizinischen Kultur im entsprechenden Land und der spezifischen Gesundheitseinrichtung.

handlungsmuster folgt (Fiehler 1990: 52), muss also das Patientenwissen, die subjektive Krankheitserfahrung, für eine weitere Bearbeitung institutionell erfassbar gemacht werden (Lalouschek 1993: 178). Diese Aufgabe des Arztes, subjektiv Erlebtes von medizinisch Relevantem zu trennen, den Lalouschek in Anlehnung an Cicourel (1981) und Rehbein (1986) „Fragmentierung" nennt (2002a: 31-32), betrifft praktisch jeden Gesprächsbeitrag des Patienten während der Anamnese. Angehende Mediziner lernen diese Form der institutionell geprägten Wahrnehmung im Studium sehr ausführlich in Form fester Anamneseschemata und konkreter Fragenabläufe (ebd.: 24). Diese Fragmentierung führt in der Praxis dazu, dass im Wesentlichen der Arzt das Gespräch strukturiert und dominiert (Fehlenberg 1987: 203), indem er versucht, sowohl das Rederecht als auch die Themensteuerung weitgehend zu kontrollieren (vgl. Löning 1985: 113).[67] Ethisch ist die Fragmentierung durchaus zu rechtfertigen, da der Arzt im Hinblick auf seinen Heilauftrag bestimmte Informationen braucht und nicht umhin kann, die gelieferten Daten zu klassifizieren. Zudem wird argumentiert, dass im medizinischen Alltag gar nicht immer genügend Zeit für eine ganzheitliche, individuelle Konsultation zur Verfügung steht (Fiehler 1990: 46) und die geschaffene Distanz auch als Element des emotionalen Selbstschutzes der Ärzte gewertet werden kann (Bliesener 1993: 55). Auch entspricht das Abfragen des Patientenwissens eventuell der Erwartung von Patienten, die es als Teil der institutionellen Hilfe wahrnehmen können (Lörcher 1983: 90). Gleichzeitig ist die kommunikative Umsetzung der Fragmentierung aber umstritten:

> „Eine geradezu paradoxe Konsequenz dieses Verfahrens ist, dass damit auch zeitliche und bedeutungsmäßige Zusammenhänge von Krankheitsgeschehen aufgelöst werden und verloren gehen, Fakten, die im gleichen Gespräch dann oft mühsam wieder rekonstruiert werden müssen. Pointiert formuliert bringt der Versuch der Ärzte, Ordnung im Ablaufschema zu erhalten, Unordnung in die Geschichte des Patienten. Dies führt nicht selten zu hoch komplexen, unklaren und zeitlich ausufernden Gesprächsverläufen." (Lalouschek 2005: 58)

Zudem besteht die Gefahr, dass die Patienten nicht ganzheitlich betrachtet werden, ihr Leidensdruck nicht wahrgenommen wird und psychosoziale Aspekte keine ausreichende Betrachtung finden (Peters 2008: 107-109). Die Gefahr, dass der Patient anonymisiert als „Nummer im System" oder als „Galle von Zimmer 3" wahrgenommen wird, ist hoch.

Dem steht die zweite Aufgabe der Anamnese entgegen: der Aufbau einer tragfähigen Beziehung bzw. eines Vertrauensverhältnisses für den weiteren Verlauf der Konsultation (Neurath/Lose 2011: 1). Die Anamnese umfasst deutlich mehr als nur den Austausch von Informationen zur Krankheit, vielmehr sollen dabei auch „Erlebnisse, Gefühle, Herkunft, Bildungsstand, Gemütslage und Weltanschauungen" (Füeßl/Middeke 2005: 2) beider Gesprächspartner in die Kommunikation einfließen. Zudem geht es für den Patienten um sein wichtigstes persönliches Gut, seine Gesundheit, und ein Gespräch darüber reicht zwangsläufig ins Private und Intime hinein. Dies kann auf Patientenseite beispielsweise zu negativen Emotionen oder Erwartungen im Vorfeld (Fiehler

[67] Uta Quasthoff hat gezeigt, dass patientenseitige Versuche, die Gespräche in private und subjektive Bereiche zu lenken, fast immer an der institutionellen Gesprächsführung scheitern (Quasthoff 1990: 79).

1990: 44) oder zu einem starken Mitteilungsdruck (Rehbein 1993: 353) im Gespräch selbst führen; mit beiden Aspekten wird der Arzt in der Anamnese bei der Gewinnung von Informationen kommunikativ konfrontiert. Füeßl und Middeke (2005: 3) betonen daher die große Bedeutung der Anamnese für die Beziehungsgestaltung: „Konzentriertes Zuhören und Fragen zur früheren Anamnese, Berufs- und Familienanamnese liefern nicht nur wichtige Informationen, sondern vermitteln auch dem Patienten den Eindruck von Gründlichkeit, Sorgfalt und Mitgefühl." Beide Aufgaben, die Erhebung wichtiger Informationen und die Etablierung einer Beziehung, angemessen zu berücksichtigen, ist im medizinischen Alltag eine ebenso wichtige wie fordernde Aufgabe, daher ist sie nicht nur Gegenstand der Forschung, sondern auch Thema zahlreicher Handlungsvorschläge in Lehr- und Handbüchern (vgl. bspw. Schweickhardt/Fritzsche 2007: 81ff.; Füeßl/Middeke 2005: 14ff.).[68]

Zur körperlichen Untersuchung als zweitem Teil der Beschwerdenexploration liegen nur sehr wenige Arbeiten vor (Nowak 2010: 338). Im angloamerikanischen Raum gibt es einige Studien zu *online-commentaries* (vgl. Heritage/Stivers 1999; Mangione-Smith et al. 2003), also begleitenden Kommentaren des Arztes während der Untersuchung. Und 2006 veröffentlichte Christian Heath (2006: 185) einen interessanten Beitrag dazu, wie Ärzte und insbesondere Patienten den Körper des Patienten kommunikativ (verbal und nonverbal) als klinisches Untersuchungsobjekt markieren und ihn damit ein Stück weit von der Person lösen. Die Konsequenz dieser beobachteten Praxis ist für Heath ein zentrales Element der körperlichen Untersuchung:

> „The ways in which the patient constitutes the body as a site of clinical activity, therefore, provides the practitioner with the ability to apply medically warranted procedures and practices and thereby generate empirically grounded observations and findings concerning the patient's illness." (2006: 212)

Vermutlich zeigt sich hier eine weitere Realisierung der Fragmentierung, nur dass diese den Körper betrifft und der Patient dabei aktiv mitwirkt.

Gegen Ende der Beschwerdenexploration findet sich eine Art Abschlussphase. Lalouschek (2005: 70) bezieht diesen Begriff auf die Beendigung der psychosomatischen Anamnese, doch lässt sich ihre Definition gut auf die Beschwerdenexploration als Ganzes übertragen: Ärzte wie Patienten orientieren sich im Gespräch, der weitere Informations- und Mitteilungsbedarf beider Seiten wird überprüft, letzte Fragen können gestellt werden; anschließend geht das Gespräch über in die ärztliche Bewertung der gesammelten Informationen.

[68] Ein weiterer medizinischer Ansatz, der die beiden Bereiche sinnvoll verbinden möchte, ist die *narrative-based medicine* bzw. die „sprechende Medizin" (vgl. Greenhalgh/Hurwitz 2005b). Dabei sollen die Krankheitsberichte ganz explizit als Narration aufgefasst und darüber ein Zugang zum Patienten als Individuum ermöglicht werden. Der Fokus liegt dabei zunächst auf einer besseren Wahrnehmung des Patienten als ganzer Person und damit einer breiteren Informationsgewinnung (Greenhalgh/Hurwitz 2005: 22a), einige betonen jedoch auch den besonderen Wert dieses Vorgehens für die Beziehungsentwicklung (vgl. Heath 2005: 116f.).

3.2.4 Diagnoseübermittlung

Das Handlungsschema der Diagnose erscheint zunächst klar getrennt von der Beschwerdenexploration und dieser fast zwangsläufig nachgelagert (vgl. Heath 1992; Peräkylä 1998: 304). In den vorherigen Gesprächsabschnitten behält der Arzt seine Interpretationen und Kategorisierungen meist für sich und übermittelt sie dem Patienten erst gebündelt in der Phase der Diagnose (Rehbein 1993: 322). Doch entgegen fast allen Modellen der Arzt-Patienten-Kommunikation gibt es dazu eine ganze Reihe von Ausnahmen. Schon während der Anamnese und der körperlichen Untersuchung äußert der Arzt bereits Einschätzungen (*prediagnostic commentaries*, Stivers 1998: 250ff.)[69], häufig in Form von *online commentaries* während der Untersuchung (Heritage/Stivers 1999: 1501f.). Schöffler und Spranz-Fogasy beschreiben solche prädiagnostischen Mitteilungen folgendermaßen:

> „Im weitesten Sinne handelt es sich bei einer solchen Mitteilung also um eine ‚Vor-Entscheidung' eine noch zu kategorisierende Krankheit betreffend, die im zeitlichen Ablauf vor der eigentlichen Kerndiagnose abgegeben wird. Häufig handelt es sich dabei nicht nur um eine einzige Mitteilung, sondern um mehrere, oft auch in Abständen aufeinander folgende Mitteilungen, die den Weg zu einer abschließenden Diagnose dokumentieren." (2012: 4)

Neben dem Arzt deuten auch die Patienten im Verlauf der Beschwerdenexploration eigene diagnostische Vermutungen an (Pomerantz 2002; Gill 1998). Von daher kann bei der Diagnose schwerlich von einer „singuläre[n] Aktivität" (Schöffler/Spranz-Fogasy 2012: 2) gesprochen werden, es handelt sich eher um einen Prozess. Hinzu kommt, dass die Diagnose zwar einer zumindest vorläufig endgültigen kognitiven Kategorisierung der Symptome durch den Arzt entspricht und damit die Grundlage der therapeutischen Überlegungen bilden soll, dies aber in der Praxis nicht immer der Fall ist, denn bei etwa einem Fünftel aller Konsultationen ist die Diagnose unsicher oder die Symptome sind medizinisch nicht erklärbar (Ring et al. 2004). Unter solchen Umständen kann die Diagnose vage formuliert sein, hinter Fachbegriffen versteckt oder gar völlig übergangen werden (Wimmer 1993: 412ff.; Peters 2008: 150f.). Obwohl also der Terminus „Prozess" das diagnostische Vorgehen des Arztes sowohl kognitiv als auch kommunikativ treffend umschreibt, ist trotz aller prädiagnostischen Bemerkungen in vielen Arzt-Patienten-Gesprächen eine klare Diagnosemitteilung im Anschluss an die Beschwerdenexploration und vor therapeutischen Einlassungen zu beobachten; deshalb wird im Weiteren an der Phase „Diagnoseübermittlung" im Handlungsschema festgehalten.

Die historische Entwicklung der Diagnose ist sehr interessant, da deren konkrete Ausgestaltung (Detailgrad, Vermittlung medizinischer Hintergründe, Verwendung von Fachsprache, Empathie etc.) stark von der ärztlichen Werthaltung abhängt und sich in dieser Hinsicht in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts ein folgenreicher Paradigmenwechsel vollzogen hat. Noch zu Beginn der 1960er Jahre lehnten in den Vereinigten Staaten ca. 90 % der Ärzte eine Aufklärung über Krebs ab (Oken, JAMA 1961), doch Ende der 1970er Jahre stimmten knapp 90 % der Auffassung zu, dass Patienten über

[69] Tanya Stivers belegt dies zwar an Tierarzt-Klient-Kontakten, ihre Ergebnisse sind jedoch gut auf herkömmliche Arzt-Patienten-Beziehungen übertragbar.

lebensbedrohliche Erkrankungen aufgeklärt werden sollten (Novack et al. 1979).[70] In nicht einmal 20 Jahren hat sich die ethische Haltung der Ärzte zur Diagnose also grundlegend geändert. Gleichzeitig zeigten verschiedene Studien den patientenseitigen Wunsch nach Informationen und Aufklärung (vgl. Oksaar 1995; für eine frühe Studie siehe Raspe 1983; für eine Übersicht: Vollmann 2008: 18, 45). Dies hatte für das medizinische System komplexe juristische und gesellschaftspolitische Folgen. Die wohl wirkmächtigste Konsequenz war das Prinzip des *informed consent* (Aufklärung und Einwilligung), das eine angemessene ärztliche Aufklärung und die patientenseitige Einwilligung zu einer Therapie verlangt und in medizinischen Forschungsskandalen und darauf bezogenen Gerichtsurteilen begründet war (Vollmann 2008: 44) und (vgl. Silverman 1989; Beauchamp/Childress 2009: 177f.; Berg et al. 2001; Vollmann 2008: 23ff.; Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. 2012).[71] Der Patient soll den Eingriff bzw. die therapeutische Maßnahme verstehen, bevor er ihr zustimmt und sie damit auch rechtlich ermöglicht.[72] Dies ist nur dann sinnvoll möglich, wenn die ärztliche Einschätzung des aktuellen medizinischen Zustands, also die Diagnose, ebenfalls übermittelt und verstanden wurde: „Eine Behandlung setzt ein allgemeines Krankheitsverständnis voraus […]“ (Pöltner 2002: 100). Somit basiert der *informed consent* auf einer gelungenen Diagnosevermittlung; ohne diese ist er nicht sinnvoll umsetzbar. Daher ist davon auszugehen, dass sich als Folge der oben beschriebenen Entwicklung und der Herausbildung des *informed consent* die Übermittlung der Diagnose ebenfalls gewandelt hat. Die konkreten Auswirkungen auf die sprachliche Realisierung der Diagnoseübermittlung müssen enorm gewesen sein; allerdings gibt es dazu keine linguistischen Studien, da dies diachrone Korpora erfordern würde.

Ein zentraler Bestandteil der Diagnoseübermittlung besteht darin, dass nach der Fragmentierung die Symptome einem Krankheitsbegriff zugeordnet werden (Hildebrandt 2002: 411) und der vorherige Wissenstransfer vom Patienten zum Arzt nun umgekehrt wird. Somit kann man sagen, dass, nachdem das Persönliche abgetrennt wurde, um die Krankheit institutionell zu erfassen, dieser Prozess nun wieder rückgängig gemacht

[70] Für Deutschland liegen keine so detaillierten Zahlen oder genaue Zeiträume zur ärztlichen Einstellung vor, dennoch ist ersichtlich, dass hier eine ähnliche Entwicklung stattgefunden hat. Verschiedene Autoren liefern dafür indirekt Belege indem sie in diesem Zusammenhang auf den generellen Wandel zur Dienstleistungs- und Präventivmedizin (Löning 1985: 47), die geänderte Rolle des Arztes (Fabry 2008: 19), die „Verrechtlichung der Medizin“ (Wiese 2001: 228) sowie den veränderten Informationsstand des Patienten (Löning 1993: V-VI) hinweisen, die eine neue Rolle der Diagnose und einen anderen ärztlichen Umgang damit erfordern. Abholz benennt als Zeitraum der Veränderung ausgehend vom Jahr 1993 etwas ungenau „die letzten dreißig Jahre“ (1993a: 49), während Vollmann feststellt, dass „[…] die Aufklärung und Einwilligung des Patienten in der englischsprachigen Literatur seit den 1970er Jahren und im deutschsprachigen Raum seit Beginn der 1980er Jahre wachsende Beachtung findet“ (2008: 50).

[71] Für eine linguistische Auseinandersetzung mit medizinischen Aufklärungsgesprächen siehe Meyer 2000.

[72] Jeder therapeutische oder diagnostische Eingriff von ärztlicher Seite erfüllt formal den Tatbestand der Körperverletzung nach § 823 BGB, der durch die informierte Einwilligung genehmigt wird. Vollmann betont in diesem Zusammenhang die Bedeutung der ärztlichen Informationsübermittlung: „Juristisch stellt eine sachgemäße Aufklärung die Voraussetzung für eine rechtswirksame Einwilligung des Patienten in eine Behandlung dar, die anderenfalls als unzulässiger Eingriff in die Integrität eines Menschen, juristisch als Körperverletzung, angesehen wird.“ (Vollmann 2008: 23) Weitere juristische Einordnungen finden sich bei Parzeller et al. 2007, eine Übersicht über medizinrechtliche Urteile bei Deutsch et al. 2012.

wird und die (vermeintlich) objektiven Daten wieder mit der Person und ihrem Lebenszusammenhang verbunden werden. Es handelt sich also im Prinzip um einen Prozess der doppelten Übersetzung, der ein großes Fehlerpotenzial beinhaltet und dafür aus der Perspektive der *narrative-based medicine* kritisiert wird (vgl. Greenhalgh/Hurwitz 2005a: 21ff.).

Anssi Peräkylä (1998: 304) unterteilt die Übermittlung der diagnostischen Informationen an den Patienten mit Bezug auf Byrne und Long (1976) in drei Abschnitte:

1) Naming the disease
   (Benennung der Krankheit und jeweils eine positive oder negative Zuordnung, ob diese vorhanden ist oder nicht, ggf. mit Wahrscheinlichkeitsangaben)
2) Assessing the patient's condition
   (Kommentar zum Zustand des Patienten auf der Basis der Krankheitsnennung)
3) Giving background information about the disease
   (Weitere Detailinformationen zur Krankheit, z. B. Übersicht der Symptome, medizinische Hintergründe, Ansteckungsmöglichkeit)

Als Kern („*core*") der Diagnose bestimmt Peräkylä (1998: 305) die erste Phase; er differenziert drei Realisationsmöglichkeiten, die mit der Einbindung der Evidenz bzw. der medizinischen Begründung unterschiedlich verfahren: Der Arzt kann die Diagnose (1) einfach ohne Begründung nennen, (2) mit einer Referenz verknüpfen, ohne aber weitere Details anzugeben, oder sie (3) mit vielen Details zum *medical reasoning* im Vorfeld oder im Anschluss der Krankheitsnennung verknüpfen.

Neben der angemessenen Übermittlung der Informationen ist eine weitere große Herausforderung in der diagnostischen Gesprächsphase je nach vorhandener Erkrankung das Aufkommen von und der Umgang mit Emotionen.[73] So zeigt Mechthild Neises (1998, zitiert nach Ditz 2005: 226), dass bei Patientinnen mit vermeintlichem Brustkrebs in der Befundbesprechung mit dem Arzt die Stresshormone bis zur definitiven Übermittlung der Diagnose deutlich ansteigen, mit einem Höhepunkt kurz vor der sprachlichen Realisierung der Diagnose. Helga Wimmer (1993: 406) beschreibt in einem Ablaufdiagramm die Entwicklung der Gefühle des Patienten bei der ersten Konfrontation mit der Diagnose einer Krebserkrankung innerhalb eines Arzt-Patienten-Gesprächs:

[73] Selbstverständlich ist die Diagnose nicht die einzige Gesprächsphase, in der Gefühle und der Umgang damit eine Rolle spielen. Lalouschek zeigt zum Beispiel, dass auch während der (in ihrem Beispiel psychosozialen) Anamnese Emotionen aufkommen und bearbeitet werden müssen (Lalouschek 1993).

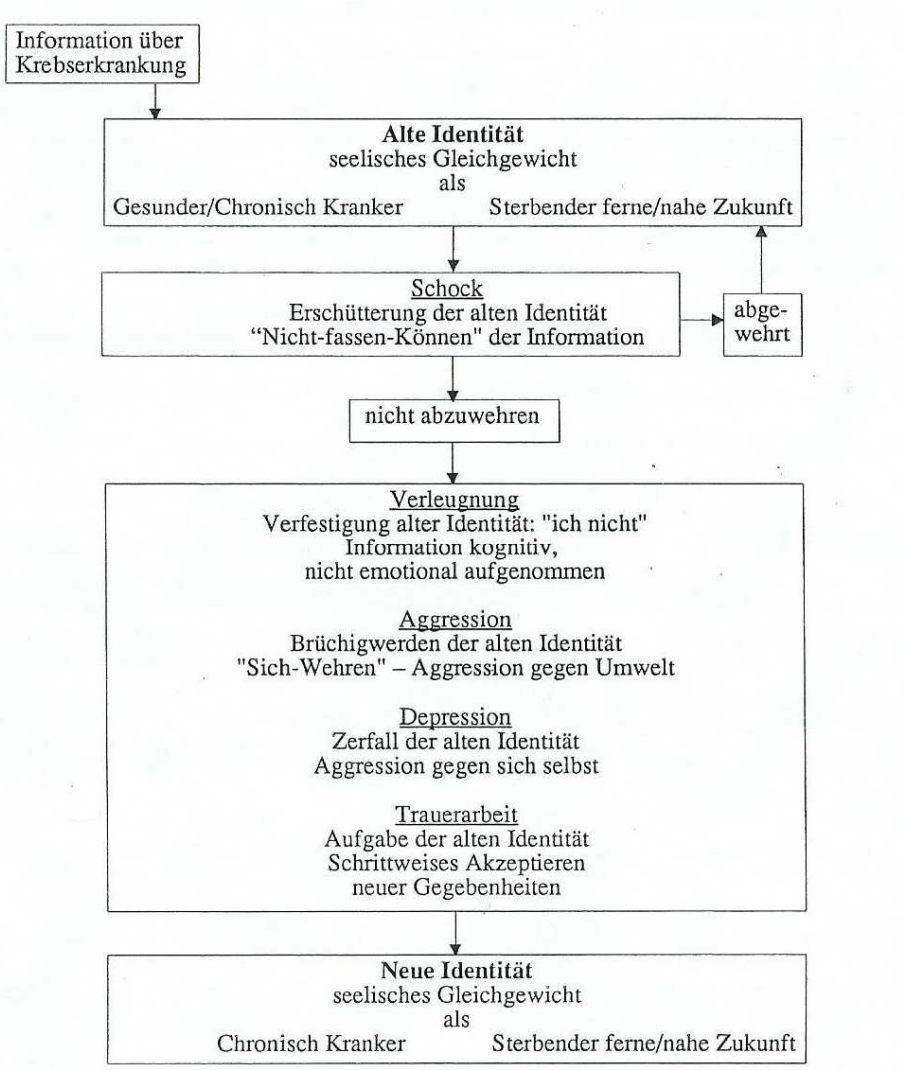

Abbildung 3: Modell der Krankheitsbearbeitung bei Krebspatienten
(Quelle: Wimmer 1993: 406)

Es ist möglich, dass der Patient angesichts dieser Situation seine Gefühle deutlich artikuliert; durch ihre Äußerung kann der Arzt seinerseits unter Druck geraten. Das versuchen manche Ärzte mit einer sprachlich realisierten vermeintlichen Neutralität zu verhindern (Lalouschek 2002a: 25). Dies kann zu einer geschädigten Beziehung und einer schlechteren *adherence* führen. Die „Gefahr" starker patientenseitiger Emotionen und der angemessene Umgang damit – und somit der Konflikt zwischen Empathie und Selbstschutz – stehen im Zentrum vieler Veröffentlichungen, in denen z. T. auch wissenschaftliche Beobachtungen mit konkreten Ratschlägen verbunden werden. Nach einer dieser Publikationen (Baile et al. 2000) zum vermutlich populärsten internationalen Modell zum Überbringen schlechter Nachrichten, SPIKES, lässt sich eine Diagnoseübermittlung in 6 Schritte unterteilen:

1) Setting up the interview
2) Assessing the patient's perception[74]
3) Obtaining the patient's invitation[75]
4) Giving knowledge and information to the patient
5) Adressing the patient's emotions with empathic responses
6) Strategy and summary

Hierbei ist allerdings zu beachten, dass dieses Schema für das Überbringen schlechter Nachrichten in der Onkologie ohne vorherige Anamnese oder körperliche Untersuchung entwickelt wurde. Dennoch lässt sich dieses Modell mit einigen Einschränkungen (z. B. Auslassung der Schritte eins und sechs) gut auf eine generelle Struktur der Handlungsziele bei einer Diagnoseübermittlung anwenden.

3.2.5 Therapieentscheidung und -planung

Die Gesprächsphase der Therapieentscheidung und -planung und insbesondere die Entscheidungsfindung sind für diese Arbeit besonders relevant und werden darum im nächsten Kapitel gesondert behandelt. Hier soll nur kurz ihre Binnenstruktur hergeleitet werden.

Die aktuelle linguistische Forschung bietet nur wenige konkrete Vorschläge zur Ausdifferenzierung dieser Gesprächsphase. Nowak nennt unter Rückgriff auf Modelle der partnerschaftlichen Entscheidungsfindung als mögliche Elemente den Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung, aktives Erfragen von Wünschen des Patienten, Information über Behandlungsalternativen und Risiken, Verhandlung über die Entscheidung und Rückversicherung über die Zustimmung des Patienten (2010: 326). Karl Köhle, Armin Koerfer und Kollegen (2010; vgl. auch Koerfer et al. 2008b: 45) unterscheiden in einem medizindidaktischen Manual innerhalb der Phase „Vorgehen abstimmen" 4 Schritte:

1) Evidenz-basiertes Vorgehen planen
2) Erwartungen klären
3) Bisherige Befunde erklären
4) Diagnostik/Therapie planen

In einem anderen Beitrag (Koerfer et al. 2008: 131) werden die möglichen Abläufe der therapeutischen Gesprächsphase unter besonderer Berücksichtigung der Entschei-

[74] In dieser Phase soll der Arzt den Patienten fragen, wie dieser selbst seinen medizinischen Zustand sieht und auf welchem Wissensstand er aktuell ist (Baile et al. 2000: 306). Dies soll inhaltliche Wiederholungen vermeiden und dem Patienten eine interessierte, empathische Haltung des Arztes vermitteln.

[75] Mit „invitation" beziehen sich die Autoren auf die Patientenautonomie und das Recht des Patienten auf Wissen und Nichtwissen. Der Patient soll gefragt werden, ob er bereit für die Diagnose ist und in welchem Umfang er aufgeklärt werden möchte (Baile et al. 2000: 306).

dungsfindung nach der sprachlichen Realisierung der drei Funktionen „Information“, „Entscheidung“ und „Verantwortung“ unterschieden. Alles sind interessante Ansätze, doch enthalten sie jeweils Elemente aus anderen Phasen des Arzt-Patienten-Gesprächs (Beziehungsaufbau, Befunde erklären, Information) und handeln einige Komponenten nur sehr oberflächlich ab; so beinhaltet „Therapie planen“ (Köhle et al. 2005) sowohl die Aufklärung als auch die Entscheidungsfindung. Zudem basieren sie auf normativen Vorannahmen wie dem *shared-decision-making* als Beziehungsmodell der Wahl oder der evidenzbasierten Medizin, die zum Beispiel eine homöopathische Behandlung de facto ausschließt.

Daher folgen nun eigene Überlegungen zu alternativen Strukturen, die sich zusätzlich an dem oben erläuterten *informed consent* orientieren. Die Definition und Details der informierten Einwilligung lassen zwar zunächst an aufwändigere Eingriffe in einem klinischen Setting denken, doch betreffen sie prinzipiell jeden ärztlichen Heileingriff in Diagnostik und Therapie (Parzeller et al. 2007: 567) und können daher verallgemeinert werden. Zur Struktur des *informed consent* gibt es verschiedene Ansätze, die im Folgenden kurz skizziert werden. Das Modell von Meisel und Roth unterscheidet fünf Schritte, unterteilt in die beiden Bereiche Information bzw. Aufklärung und Einwilligung (Meisel/Roth 1981, zitiert nach Vollmann 2000a: 41):

„I. Informationskomponente
1) Einwilligungsfähigkeit („competence“)
2) Informationsvermittlung („disclosure“)
3) Informationsverständnis („comprehension“)

II. Einwilligungskomponente
4) Freiheit der Entscheidung („voluntariness“)
5) Einwilligung in eine konkrete medizinische Maßnahme („consent“)“

Jessica Berg und Kollegen (2001: 174ff.) differenzieren in ihrem prozessorientierten Modell ebenfalls fünf Schritte, allerdings bezogen auf die gesamte Konsultation:

1) Establishing the Relationship
2) Defining the Problem
3) Ascertaining the Goals of Treatment
4) Selecting an Approach to Treatment
5) Follow-up

Beauchamp und Childress (2009: 120-121) schließlich unterscheiden sieben Elemente:

„I. Threshold elements (preconditions)
1) Competence (to understand and decide)
2) Voluntariness (in deciding)

II. Information elements
3) Disclosure (of material information)
4) Recommendation (of a plan)
5) Understanding (of 3 and 4)

III. Consent elements

6) Decision (in favor of a plan)
7) Authorization (of the chosen plan)"

Dies sind zwar keine linguistischen Kategorien, zudem enthalten sie einige medizinethische Paradigmen, die für den Fokus dieser Arbeit nachrangig sind; dennoch kann sich die Erstellung einer Struktur daran orientieren. Auf der Basis der dargestellten Schemata schlage ich für die Phase der Therapieentscheidung und -planung fünf Schritte vor:

1) Informierung über Behandlungsmöglichkeiten und Prognosen
2) Bearbeitung von Fragen und Diskussion der Therapieoptionen
3) Entscheidungsfindung
4) Planung der Therapie
5) (Durchführung der Therapie)

Nach der Übermittlung der Diagnose beginnt der Arzt, in Frage kommende therapeutische Maßnahmen zu erklären. Wie bei den anderen Komponenten des Arzt-Patienten-Gesprächs können auch hier die Übergänge fließend sein; so kann ein Arzt schon während der Diagnose erste Behandlungsmöglichkeiten benennen. Während oder nach der ärztlichen Informierung kann der Patient Nachfragen stellen und eine Diskussion über Details der Therapie in Gang kommen. Auch Sprünge zurück zur diagnostischen Phase sind möglich. Auf der Basis der gegebenen Informationen wird anschließend eine Entscheidung getroffen. Abgeschlossen wird die Phase mit der weiteren (eventuell langfristigen) Planung der individuellen Therapie, beispielsweise werden Details der Therapieausgestaltung festgelegt (z. B. Medikation), ergänzende Handlungsoptionen des Patienten besprochen (z. B. „Hausmittel") oder Informationen zum Umgang mit unerwünschten Anwendungswirkungen gegeben („Nebenwirkungen"). Gelegentlich (daher oben in Klammern gesetzt) können entsprechend der Planung auch direkt vor Ort therapeutische Maßnahmen erfolgen, zum Beispiel Spritzen gegeben oder alternativmedizinische Anwendungen wie Akupunktur durchgeführt werden.

3.2.6 Gesprächsbeendigung

Für die Phase der Gesprächsbeendigung können in Anlehnung an den Schritt *strategy and summary* des SPIKES-Modells (Baile et al. 2000: 308; s. o. Kapitel 3.2.4) sowie an die Ausführungen von Susanne Ditz (2005: 240) zunächst drei Aufgaben unterschieden werden:

1) Zusammenfassung
2) Besprechung des weiteren Prozedere
3) Terminvereinbarung und Verabschiedung

Peter Nowak (2010: 335) kommt in seiner Metastudie zu einer ähnlichen, um ein Element erweiterten Differenzierung, an der sich diese Arbeit orientieren soll:

1) Zusammenfassung des Gesprächs
2) Abschließende Nachfragemöglichkeit[76]
3) Orientierung über zukünftige Schritte
4) Explizite Formulierung des Gesprächsabschlusses

Die Gesprächsbeendigung bzw. der erste preclosing-Versuch wird in der Regel vom Arzt initiiert, ist aber selten direkt erfolgreich (Löning 1985: 76). Ganz im Gegenteil ist diese Phase der Arzt-Patienten-Kommunikation häufig durch intensive Aktivitäten, häufige turn-Wechsel und Unterbrechungen (White et al. 1997: 159) charakterisiert. Nowak und Spranz-Fogasy weisen darauf hin, dass „[…] Patienten relativ häufig diese ‚letzte Chance' nutzen, um bisher noch nicht angesprochene Anliegen und Fragen einzubringen" (2008: 91). Jocelyn White und Kollegen (1997: 161) konnten in diesem Zusammenhang zeigen, dass in 23 % der von ihnen untersuchten Gesprächsabschlüsse noch neue Themen zur Sprache kamen, die teilweise vom Patienten initiiert wurden, teilweise vom Arzt oder auch von beiden. Dies kann darauf zurückzuführen sein, dass es im Gespräch vorher wenig bis keine Möglichkeiten gab, heikle Themen anzusprechen (Robinson 2001, zitiert nach Nowak/Spranz-Fogasy 2008: 91). Zudem ist zu vermuten, dass die institutionelle und vom Arzt dominierte Gesprächsstruktur wenig Raum für individuelle Anliegen bietet, gerade wenn diese vermeintlich nicht direkt mit der Erkrankung zusammenhängen. Nach Löning (1985: 74) spielen auch die grundsätzlich unterschiedlichen Erwartungshaltungen in Bezug auf die Konsultation eine Rolle: Der Arzt ist durch organisatorische Vorgaben und Termindruck in einer anderen Lage als der Patient, für den das Gespräch mit dem Arzt etwas Nicht-Alltägliches ist, dem er einen besonderen Wert beimisst und für das er sich vermutlich Zeit genommen hat. Zudem geht es um ein sehr wichtiges Gut, seine Gesundheit, die er womöglich bei einer kurzen und oberflächlich wirkenden Konsultation in Gefahr sieht.

Die Beendigung der Konsultation ähnelt in ihren Aufgaben strukturell anderen Abschlüssen institutioneller Gespräche. Nach Lalouschek (2005: 70) ist „[e]in guter Abschluss […] der Boden für das Gelingen der weiteren Behandlung und die Festigung des Arbeitsbündnis" und damit auch für die so wichtige *adherence*. Zudem bildet das Ende des Gesprächs je nach medizinischer Institution (Krankenhaus, Facharzt, Hausarzt) nicht immer das Ende der Beziehung zwischen Arzt und Patient, sondern diese wird in weiteren Gesprächen zur gleichen Erkrankung, bei Routinekontrollen oder bei neuen Symptomen fortgeführt.

[76] Die Nachfragemöglichkeit muss dabei vom Arzt nicht explizit gemacht werden, sondern kann wie bei den onkologischen Modellen in die Gesprächszusammenfassung und die weitere Planung integriert sein. Auch initiale Beiträge des Patienten ohne direkte Fremdwahl durch den Arzt sind möglich. Daher ist dieser Schritt nicht immer klar abzugrenzen.

3.3 Wissenstransfer

Die Darstellung von Sachverhalten als Teil der Interaktionskonstitution (Kallmeyer 1985) ist ein generelles Charakteristikum mündlicher Kommunikation. Für das Gespräch zwischen Arzt und Patient hat der Transfer von Informationen jedoch eine ganz besondere Bedeutung. Die beiden Gesprächspartner verfügen über unterschiedliches Wissen und „beurteilen Beschwerdesachverhalte unter verschiedenen Gesichtspunkten“ (Spranz-Fogasy 2005: 35). Das Wissen des Patienten charakterisiert Gisela Brünner (2005: 91) als

> „[…] typischerweise selektiv (auf die ‚eigenen‘ Beschwerden und Krankheiten bezogen), fragmentarisch (nicht vollständig) und isoliert, d.h. es besitzt nicht die interne Vernetzung des Expertenwissens. Dennoch kann es umfangreich in Bezug auf die jeweilige Krankheit sein.“

Dem Wissen des Patienten über die Auswirkungen der Krankheit im Alltag und das Erleben des eigenen Körpers bzw. der eigenen Psyche (vgl. Gülich 1999: 180-181) steht das ärztliche Fachwissen über Kategorien von Erkrankungen und Behandlungsmöglichkeiten gegenüber. Ärzte greifen auf wissenschaftlich-medizinisches Wissen zurück (Brünner 2005: 91) und betten dieses in einen Erfahrungs- und Kulturzusammenhang ein (Rothschuh 1978, zitiert nach Kreher et al. 2009: 48f.). In Bezug auf verschiedene Wissensbestände spricht Thomas Spranz-Fogasy (2005: 35) von „subjektivem Wissen“ des Patienten (z. B. Schmerzen, Beeinträchtigungen) und „objektivem Wissen“ (z. B. Zeitpunkte des Auftretens, Begleitsymptome) bzw. dem Streben danach auf der ärztlichen Seite. Letzterem möchte ich an dieser Stelle insofern widersprechen, als objektive Daten nur aus der subjektiven Perspektive des Patienten wiedergegeben werden können und auch fachlich-medizinische Kategorien auf der Basis bestimmter Normen und Vorstellungen konstruiert werden. Das zeigt sich sowohl in den verschiedenen Konzepten, die Hausärzte von alltäglichen Erkrankungen haben (Kreher et al. 2009: 75ff.), als auch generell im Unterschied zwischen westlicher und beispielsweise alternativer oder asiatischer Medizin.[77]

Im Prozess des sprachlichen Austauschs[78] in einer ärztlichen Konsultation müssen die beiden „Wissenswelten“ ein Stück weit synchronisiert werden, um einen Bestand an konsensualem Wissen herzustellen[79], der ausreicht, um eine eine institutionelle Einordnung des erkrankten Patienten zu ermöglichen (vgl. Lalouschek 1993: 178; Brünner 2005: 91). Erst dadurch wird überhaupt sinnvolles medizinisches Handeln möglich. Bleibt es bei grundsätzlich verschiedenen Wissensbeständen und Ansichten, kann dies

[77] Auch Gisela Brünner (2005: 92) kritisiert den analytischen Begriff der „subjektiven Theorie“ in Bezug auf das Patientenwissen, allerdings ohne dies genauer zu begründen.

[78] Bei einer körperlichen Untersuchung spielt die Kommunikation beim Wissensaustausch nur eine eingeschränkte Rolle, wobei z. B. auch das Äußern bzw. die Beschreibung von Schmerzen beim Abtasten oder bei ärztlich induzierten Körperbewegungen zum sprachlichen Wissenstransfer zählen.

[79] Diese Gesprächsaufgabe wird in der Literatur besonders betont, und es werden verschiedene konkrete Techniken wie „Aktives Zuhören“ oder „Paraphrasieren“ benannt (Schweickhardt/Fritzsche 2007: 41f.; Nowak/Spranz-Fogasy 2008: 88), die helfen sollen, Fremd- und Selbstwahrnehmung einander anzunähern und ein gemeinsames Verständnis zu ermöglichen.

zu einer Fehl-, Über- oder Unterversorgung oder zu fehlender *adherence* führen.[80] Thomas Spranz-Fogasy (2005: 35) bezeichnet die beschriebenen differierenden Informationsbestände von Arzt und Patient als „Wissensgefälle" und die darauf basierenden, ebenfalls unterschiedlichen sprachlichen Realisierungen als „sprachliche Kluft". Im Arzt-Patienten-Gespräch spielen der Wissenstransfer und die damit einhergehende „sprachliche Kluft" in vier Komponenten des Handlungsschemas eine Rolle, und zwar auf zweierlei Weise. Zunächst liegt der Fokus auf dem Wissen des Patienten und seiner Versprachlichung. Diese spielen die zentrale Rolle im Rahmen der Anliegensformulierung sowie in der Beschwerdenexploration. Der Patient muss dem Arzt zuerst seine Bedürfnisse und den Konsultationsanlass in eigenen Worten vermitteln, bevor der Wissenstransfer vom Patienten zum Arzt in der Anamnese und der körperlichen Untersuchung fortgeführt wird. Anschließend stehen im Rahmen der Diagnose und bei der Präsentation der Therapieoptionen die Wissensbestände des Arztes im Zentrum. Sicherlich können Patienten schon bei der Anamnese inhaltliche Fragen zu diagnostischen Vermutungen stellen oder während der Vorstellung therapeutischer Möglichkeiten kann sich eine Diskussion entwickeln, aber dies sind eher Ausnahmen, entsprechende Aktivitäten sind keine konstitutiven Bestandteile der jeweiligen Gesprächsphasen.

Im Folgenden werden zwei Aspekte vorgestellt, die beim Wissenstransfer eine prominente Rolle spielen und die in der Linguistik schon breit erforscht wurden: ärztliche Fragen sowie die Rolle von Laien- und Fachsprache.

3.3.1 Ärztliche Fragen

In der Struktur der Konsultation spielen die vom Arzt gestellten Fragen eine herausragende Rolle. Ihnen kommen insgesamt vier wesentliche Aufgaben zu:

1) Informationen ermitteln
2) Erwartungshorizonte für die Antworten vermitteln
3) das Gespräch strukturieren
4) das Verstehen dokumentieren

Die erste Funktion ist zugleich die offensichtlichste: Der Arzt steuert mit seinen Fragen den Transfer von Informationen (Spranz-Fogasy/Lindtner 2009: 142). Dies umfasst alle den Patienten betreffenden Themenbereiche, die durch direkte Beobachtung allein nicht zugänglich sind (Rehbein 1993: 326). Das kann je nach Erkrankung den größten Teil oder sogar alle Informationen betreffen; Thomas Spranz-Fogasy (2010: 47) schreibt dazu treffend: „Der zentrale Aktivitätstyp, den Ärzte zum Einholen der Beschwerdensachverhalte einsetzen, sind Fragen – sie sind *das* Arbeitsinstrument ärztlichen Handelns im Rahmen der Beschwerdenexploration." Zu unterscheiden sind hier

[80] Diese Konsequenz zeigt sich beispielsweise bei Patienten mit Migrationsgeschichte in Form von vermehrten Missverständnissen und dadurch einer oftmals schlechteren Behandlungsqualität (Menz 2011: 225f.; Menz et al. 2013; Knipper/Bilgin 2009: 70f.).

Präzisierungsfragen, die sich auf einen Beitrag des Patienten beziehen und weitere Details dazu erfragen, und Komplettierungsfragen, mit denen neue Sachverhalte eingeführt werden, die relevant sein können, aber bis dahin nicht besprochen oder nur am Rande erwähnt wurden (Nowak/Spranz-Fogasy 2008: 88-89). Letztere führen manchmal zu vielen Themensprüngen, die zwar innerhalb der Anamnesestruktur logisch und erforderlich, aber für den Patienten als Laien mitunter nicht nachvollziehbar sind (Lalouschek 2002b: 162). Die häufige Nutzung von Fragen führt im Sinne eines hermeneutischen Zirkels zu einem stetigen Zuwachs an Wissen auf beiden Seiten (vgl. Rehbein 1993: 321) und damit an gemeinsamem Wissen. Denn dadurch erhält nicht nur der Arzt Informationen, auch der Patient kann den Fragen je nach Situation diagnostische Vermutungen entnehmen.

Die zweite Aufgabe von Fragen bezieht sich auf die Informationsübermittlung an den Patienten. Der Arzt impliziert mit seinen Formulierungen zugleich seine eigene Erwartungen bezüglich des Antworthorizonts des Patienten (Boyd/Heritage 2006: 154f.). Entsprechend schreibt auch ten Have (1993: 382), dass die Art und Weise der gestellten Frage sowie der Kontext viele Hinweise sowohl auf die gewünschte als auch auf die vermutete Ausgestaltung und Ausführlichkeit der Antwort beinhalten. Jochen Rehbein (1993: 330) bezeichnet die ärztliche Frage deshalb als „[…] Präformulieren der salienten [auf Symptome rückführbaren] Antwort […]".Seiner Ansicht nach wird damit „der propositionale Gehalt der Antwort bereits so weit vorbestimmt, dass eine freie Verbalisierung von vornherein als ausgeschlossen erscheint" (ebd.: 313). Dies wird dadurch verstärkt, dass selten offene, sondern eher geschlossene Fragen verwendet werden (vgl. ten Have 1993: 376) und damit wie bei „multiple-choice questions" (West 1984, zitiert nach Rehbein 1993: 313) die möglichen Antworten bis zu einem gewissen Grad schon festgelegt werden.

Als Drittes organisieren ärztliche Fragen zu einem großen Teil das Gespräch. Sie strukturieren die Themen und ihre Abfolge bei der Beschwerdenexploration (Manning/Ray 2002; Boyd / Heritage 2006) und geben dem Arzt die Möglichkeit, im Gespräch dem eigenen Anamneseschema zu folgen (vgl. Lalouschek 2002b: 162). Die Tatsache, dass Fragen zu den häufigsten Aktivitätstypen in Arzt-Patienten-Gesprächen gehören[81], korreliert mit der starken Dominanz des Arztes im Ablauf der Anamnese (vgl. Löning 1985: 113).

Die vierte Funktion schließlich besteht in der ärztlichen Dokumentation von Verstehen und dem damit verbundenen Absichern der gemeinsam hergestellten intersubjektiven Wirklichkeit (Spranz-Fogasy 2010: 74f.; Deppermann/Spranz-Fogasy 2011: 112). Thomas Spranz-Fogasy (2010: 48f.) klassifiziert die ärztlichen Fragen dafür nach syntaktischen Kriterien als

1) W-Fragen:
   mit Interrogativadverbien oder Interrogativpronomen eingeleitete Fragen, die mit einem W beginnen (wer, was, wann, wo, warum etc.);
   Beispiel: wovor HAM se DENN angst

[81] Thomas Spranz-Fogasy (2010: 105) registriert in seiner Untersuchung von 13 Gesprächen (mit einer Durchschnittsdauer von 9:45 Min) im Schnitt alle 14,2 Sekunden eine ärztliche Frage.

2) Syntaktische Fragen:
durch die Erststellung des Verbs definierte Fragen;
Beispiel: HAM se=n Unfall gehabt?

3) Deklarativsatzfragen:
Fragen, die einem Deklarativsatz entsprechen und ihren Fragecharakter meist durch kontextuale und prosodische Elemente erhalten;
Beispiel: QUÄLT sie schon richtig

Die Fragetypen werden nicht nur sprachlich unterschiedlich realisiert und fragen darauf basierend verschiedene Aspekte der Erkrankung ab, sondern setzen darüber hinaus jeweils bestimmte Informationen als gegeben bzw. verstanden voraus (ebd.: 53f.). Während es bei W-Fragen um kategoriale Aspekte der Erkrankung geht (Dauer, Ursache etc.), markiert der Arzt diese Aspekte mit einer syntaktischen Frage bzw. einer Frage mit Verberststellung als verstanden und fragt darauf aufbauend nach dem epistemischen Status von Sachverhalten, also nach deren Gültigkeit oder Wahrheit (Ist etwas Bestimmtes passiert? Trift X zu?). Bei Deklarativsatzfragen wiederum sind die darin formulierten Sachverhalte Teil der Verstehensdokumentation, da sie eine weitgehende Sicherheit des Gesagten vermitteln und vor allem darauf abzielen, Sachverhalte gemeinsam definitorisch zu bestimmen und intersubjektiv abzusichern.[82] Somit dokumentiert der Arzt über die Formulierung der Fragen parallel zu den oben genannten Aufgaben sein bisheriges Verständnis über die Ausführungen des Patienten und seiner Krankengeschichte in verschiedenen Graden des Umfangs und der Sicherheit.[83]

Fragen von Patientenseite spielen in Arzt-Patienten-Gesprächen kaum eine Rolle. In einer Untersuchung von West aus dem Jahr 1984 kamen die Fragen zu 91 % vom Arzt und zu 9 % vom Patienten (zitiert nach Rehbein 1993: 312), woraus geschlossen werden kann, dass Frageaktivitäten fast nur vom Arzt ausgehen und es in dieser Hinsicht eine starke Asymmetrie gibt (ebd.: 312). Die wenigen patientenseitigen Versuche, Fragen zu stellen, werden vom Arzt häufig ignoriert oder erst dann bearbeitet, wenn es in den Verlauf der Anamnese passt (Lalouschek 2002a: 31/162).[84] Die Patienten haben

[82] Arnulf Deppermann und Thomas Spranz-Fogasy (2011: 119-120) verweisen auf ein interessantes Detail im Zusammenhang mit Deklarativsatzfragen: Ihnen zufolge nutzen Ärzte diesen Fragetyp, um von reinen Symptomberichten zu möglichen psychologischen oder psychosomatischen Aspekten der Erkrankung zu wechseln. Dies wird aber von den Patienten selten wahrgenommen, sie fallen meist wieder in biomedizinische Erklärungsmuster zurück. Ob dies darin begründet liegt, dass Patienten beim Arzt eine biomedizinische Untersuchung erwarten, ihnen psychologische Themen unangenehm sind oder sie den Arzt dafür eventuell als nicht hinreichend kompetent erachten, können die Autoren nicht eindeutig feststellen. Jedenfalls scheint es die verbreitete Forschungsmeinung in Frage zu stellen, dass Ärzte biomedizinisch geführte Konsultationen bevorzugen und psychosoziale sowie lebensweltliche Aspekte des Patienten nicht beachten. Tatsächlich kann sogar die Gefahr bestehen, dass Patienten empathische und verständnissichernde Äußerungen des Arztes, die für eine gute Arzt-Patienten-Beziehung essentiell sind, als Psychologisierung der Krankheit bzw. als psychosomatische Projektion missverstehen und es darüber zu Missverständnissen oder Ablehnung auf Seiten des Patienten kommt.

[83] Dies ist nur eine kurze, pointierte Zusammenfassung der betreffenden Untersuchung. Aspekte wie die Binnendifferenzierung der Deklarativsatzfragen, die die Autoren ansprechen, können hier aus Platzgründen nicht ausgeführt werden; siehe dazu Spranz-Fogasy 2010; Deppermann/Spranz-Fogasy 2011.

[84] Die genannten Quellen sind zwar zum Teil schon älter, ich gehe aber davon aus, dass sich daran zumindest im Bereich der Beschwerdenexploration nicht allzu viel geändert hat. Eine aktivere Rolle der

also kaum die Möglichkeit, über Fragen den Gesprächsverlauf und die Agenda mitzubestimmen; dafür nutzen sie stattdessen so weit möglich den Antwortraum. Stivers und Heritage (2001: 178-179) weisen darauf hin, dass Patienten in ihren Antworten sehr häufig mehr Informationen geben, als die Fragen eigentlich implizierten. Sie bringen darüber „lifeworld narratives" (ebd.: 180) ein, nach denen zwar nicht gefragt wurde, die aber für sie von Bedeutung sind bzw. die sie als relevant für die Konsultation betrachten. Spranz-Fogasy (2010: 104) bestätigt diese Beobachtung: In seiner Untersuchung enthielten 70 % der Antworten mehr als das, nach dem gefragt worden war; die Patienten betonten darüber eigene Relevanzen und konnten so womöglich eine Form von Agenda-setting betreiben.

Das bedeutet jedoch nicht, dass die Patienten in der Beschwerdenexploration weitgehend eigenständig und auf Augenhöhe mit dem Arzt kommunizieren. Denn meist berücksichtigen sie in ihren Antworten die (vermutete) Gesprächs- und Relevanzstruktur des Arztes (Spranz-Fogasy 2010: 103). Sie handeln somit reaktiv (vgl. Löning 1985: 95) und versuchen trotz der oben beschriebenen thematischen Schwerpunktsetzungen, ihre Antworten an das Anamneseschema anzupassen (Lalouschek 2002a: 37f.).[85] Dabei fällt auf, dass „[…] Patienten mehr verstehen, als literal gefragt wird, und dass sie dieses weitere Verstehen in ihren Antworten antizipativ gleich mitbearbeiten" (Spranz-Fogasy 2010: 103). Diese Beobachtungen veranschaulichen die Anpassung der Patienten an medizinisch-institutionelle Kommunikationsstrukturen sowie ihre prospektiv-konstruktive Mitarbeit und zeigen, dass Patienten die Beschwerdenexploration mitgestalten können, wenn auch in einem eng gesteckten Rahmen.

Schließlich zeigt die Betrachtung ärztlicher Fragen beispielhaft, dass die Strukturen der Arzt-Patienten-Kommunikation komplexer sind, als in früheren Forschungen zunächst angenommen wurde. Dem berühmten Zitat Balints „Wenn man Fragen stellt, so erhält man Antworten darauf – aber weiter auch nichts" (Balint 1964: 186) kann angesichts der Mehrdimensionalität und der beide Seiten berücksichtigenden Fragefunktionen also vielleicht ein Stück weit widersprochen werden.

3.3.2 Fach- und Laiensprache

Wie einleitend schon beschrieben, hängt die sprachliche Kluft zwischen Ärzten und Patienten stark mit dem bestehenden Wissensgefälle zusammen.[86] Das ärztliche Wis-

Patienten in der Phase der Therapieentscheidung und -planung kann sich allerdings durchaus auch auf die Produktion und die Bearbeitung von Patientenfragen auswirken. Insbesondere im Rahmen eines Dienstleistungsverhältnisses (vgl. Kapitel 4.2) kann die Rolle des Patienten so weit gestärkt werden, dass sich die Dominanz womöglich umkehren kann.

[85] Wie sich verschiedene Formen der kommunikativen Anpassung an die Anamnesevorgaben therapeutisch auswirken, zeigen Menz und Kollegen (2002) eindrucksvoll am Beispiel geschlechtsspezifischer Differenzen bei der Behandlung von Brustschmerzen.

[86] Gisela Brünner (2005: 92) betont unter Rückgriff auf Gülich (1999), dass die Unterscheidung zwischen Experten und Laien in der Arzt-Patienten-Kommunikation schwierig sei, da das Erlebniswissen und das semiprofessionelle Wissen von Patienten über ihre Krankheit für die Konsultation sehr wichtig sei. Dem stimme ich zu; dennoch werden in dieser Arbeit aufgrund der Forschungstradition und der Literaturlage die etablierten Begrifflichkeiten weiterhin genutzt.

sen „[…] ist typischerweise abstrakt; es wird durch eine längere Ausbildung erworben, ist systematisiert und professionalisiert und wird gesellschaftlich kontrolliert“ (Brünner 2005: 90). All dies wirkt sich auf die Gestaltung und Verwendung der medizinischen Fachsprache aus. Wie in anderen gesellschaftlichen Institutionen hat die Fachsprache auch in der Medizin je nach analytischer Perspektive eine ganze Reihe von Funktionen, von denen im Folgenden nur diejenigen ausgeführt werden, die für diese Arbeit zentral sind (für eine allgemeine Übersicht zu Fachsprachen siehe Roelcke 2010 und Fluck 1996, zur medizinischen Fachsprache siehe Wiese 1984 und Lippert 1979). Eine Besonderheit der medizinischen Fachsprache besteht in ihrer Komplexität und Mehrdimensionalität. In der Fachsprachenforschung werden drei Typen von Fachsprachen unterschieden: die Sprache der Wissenschaft, die der Technik und die der Institutionen (vgl. Roelcke 2010: 31). Die Fachsprache in medizinischen Settings kann jedoch je nach den Umständen alle diese Aspekte berühren. Von besonderer Bedeutung und inhaltlich naheliegend ist die Wissenschaftssprache der Medizin, die körperliche Prozesse, Erkrankungen, Therapieverfahren und vieles mehr mit Termini[87] aus verschiedenen Herkunftssprachen versehen hat. Gleichzeitig werden bei aufwändigeren Diagnostiken und Therapien (z. B. in der Radiologie, bei genetischen Untersuchungen oder in der Bioinformatik) zunehmend hochtechnisierte Geräte eingesetzt, die den Gebrauch einer technischen Fachsprache erfordern. Und schließlich befindet sich der Patient sowohl beim niedergelassenen Arzt als auch im Krankenhaus in einem institutionellen, öffentlichen Rahmen. Die Strukturen im Gesundheitswesen, die verschiedenen Abrechnungsmodi sowie die Kommunikation mit den Krankenkassen oder Amtsärzten erfordern eine institutionelle Fachsprache. Je nach Situation können im Arzt-Patienten-Gespräch also verschiedene fachsprachliche Dimensionen zusammentreffen.

Einen Hauptbestandteil der medizinischen Fachsprache (auf den sich die frühe Fachsprachenforschung bezieht, vgl. Löning 2001: 1577) bilden präzise, weitgehend gefühlsneutrale, kontextautonome, normierte und in der Fachdisziplin vernetzte Fachwörter[88], die eine möglichst große Ausdrucksökonomie gewährleisten sollen (Fluck 1996: 47). Sie sind fest verknüpft mit dem ärztlichen Fachwissen und den medizinischen Kategorisierungen beispielsweise von Symptomen oder physiologischen Abläufen, daher werden sie in der medizinischen Ausbildung zusammen mit anderen Grundlagen früh gelehrt (vgl. Kliche 2012: 125).[89] Für den Laien sind sie in mehrfacher Hinsicht schwierig[90], angefangen bei fehlenden semantischen Hinweisen aufgrund einer fremden Ausgangssprache über abstrakte und alltagsferne Bedeutungen bis hin zu einer ungewohnten Aussprache (Wichter 1983, zitiert nach Brünner 2005: 94). Eine eigene medizinisch-fachsprachliche Syntax ist zwar auf den ersten Blick nicht zu erken-

[87] Roelcke (2010: 58) meint unter Rückgriff auf das klinische Fachwörterbuch Pschyrembel, dass der medizinische Gesamtwortschatz weit über 500.000 Wörter enthalte. Da Fluck (1996: 91) eine ähnliche Zahl nennt, wird davon ausgegangen, dass es aufgrund der deutlichen Weiterentwicklung der medizinischen Wissenschaft und der starken Technisierung tatsächlich deutlich mehr als 500.000 sein müssen. Daher ist diese Angabe nicht sehr hilfreich. Eine seriöse Schätzung der Anzahl medizinischer Termini ist heute aufgrund der vielen Subdisziplinen vermutlich nicht mehr zu leisten.

[88] Medizinische Fachwörter sind größtenteils Substantive und Adjektive, seltener Verben (Fluck 1996: 47). Insgesamt ist eine hohe Wortbildungsproduktivität zu beobachten, die den „starken Benennungsbedarf des Faches deutlich werden“ (Roelcke 2010: 58f.) lässt.

[89] Beispiele für entsprechende Lehrbücher sind Fangerau et al. 2008 und Caspar 2007.

[90] Roelcke (2010: 40) verweist zudem darauf, dass angesichts der zahlreichen medizinischen Subdisziplinen und ihrer Entwicklung auch intrafachliche Kommunikationsprobleme zunehmen.

nen (Fluck 1996: 55-56), charakteristisch sind jedoch viele passivische Konstruktionen (Löning 1985: 146). Es ist zu vermuten, dass die medizinische Fachsprache auch weitere Aspekte von Fachsprachen generell aufweist, etwa eine Dominanz von Deklarativsätzen, Relativsätzen und Funktionsverbgefügen und des Indikativs (Roelcke 2010: 86f.); das wurde aber wissenschaftlich bisher nicht eingehender untersucht.

Patienten, so scheint es zunächst, haben in der Regel keinen medizinischen Hintergrund und daher auch keinen Zugriff auf die Fachsprache. Dennoch besitzen sie neben ihrem Erfahrungs- und Erlebniswissen über die Krankheit häufig auch semiprofessionelles Wissen (Löning 1994) aus dem medizinisch-wissenschaftlichen Bereich. Auffällig ist dies zum Beispiel bei chronisch Kranken, aber auch andere Patienten informieren sich beispielsweise bei Dritten, über das Internet oder auf beiden Wegen über ihre Erkrankung (Wiese 2001: 233).[91] Zudem haben Patienten meistens Erfahrungen aus früheren Arzt- oder Klinikbesuchen (Hartog 1993: 131) und verfügen von daher über Institutionenwissen bezüglich der Abläufe und Strukturen. Jennifer Hartog bezeichnet den langsamen und kontinuierlichen Wissenserwerb von Patienten als einen „historischen Sickerprozess“ (ebd.). Dieses Wissen wie auch seine fachsprachlichen Realisierungen sind jedoch zwangsläufig lückenhaft und verstärken die Laienperspektive eher, als sie zu ersetzen.

Auf der Basis dieses Laienwissens versuchen Patienten dem Arzt prospektiv entgegenzukommen und tendieren deshalb dazu, ihre eigenen Beiträge zu entpersonalisieren und bereits Interpretationen und Vermutungen zu äußern (Hartog 1993: 132). Petra Löning (1994: 101f.) hat drei Arten der Versprachlichung von Wissen ausgemacht, derer sich die Patienten dabei bedienen: alltagssprachliche Kategorisierungen (z. B.: Druck, Schleim), pseudo-professionelle (z. B.: Kopfschmerzschübe) und professionelle Kategorisierungen (z. B.: systolisch, HbA1c-Wert). Dabei tendieren Patienten aufgrund ihres normalerweise geringen Fachwissens zu den ersten beiden Kategorien. Eine weitere Folge solcher fragmentarischer Wissensbestände besteht im sogenannten Laientheoretisieren (Hartog 1993: 132). Dabei markieren die Patienten ihre Diagnosen und Erklärungen als nur wahrscheinlich und korrekturbedürftig, um bei einer Falsifizierung keinen Imageverlust zu erleiden. Gill (1998) und Pomerantz (2002: 129f.) konnten in diesem Zusammenhang zeigen, dass Patienten ihre Diagnosevermutungen aus eben diesem Grund mit großer Vorsicht äußern, anstatt sie offensiv zu vertreten. Die sprachliche Realisierung ist charakterisiert durch Unsicherheitsmarkierungen wie Selbstunterbrechungen und Relativierungen sowie zahlreiche Partikeln und Pausen (Gülich 1999: 183). Zudem verweisen die Patienten häufig auf externe Autoritäten wie Internetseiten, die Meinung von Bekannten oder Aussagen anderer Ärzte und versehen entsprechende Nennungen mit möglichst konkreten Details (Ort, Zeit, Name), um den Eingaben mehr Gewicht zu verleihen und sie abzusichern. Auf eine Korrektur des Arz-

[91] Eine Umfrage in Österreich aus dem Jahr 2012 (Integral 2012) (im Auftrag eines Pharmaunternehmens) hat gezeigt, dass nach dem Arzt inzwischen das Internet die häufigste Informationsquelle für Patienten darstellt. Es wird sowohl genutzt, um Symptome zu identifizieren, als auch, um nach oder während einer Behandlung Zusatzinformationen einzuholen. Ähnliche Ergebnisse zeigen Untersuchungen zur Nutzung von Online-Support-Gruppen, in denen Betroffene sich austauschen und interessierte Betroffene oder Angehörige vor dem Arztbesuch medizinische Informationen einholen (Hu et al. 2012; Neuhauser/Kreps 2008; Huber et al. 2011).

tes folgt in der Regel aufwändige Imagearbeit mit dem gleichzeitigen Versuch, einige der Informationsdetails zu retten (Hartog 1993: 124f.).[92]

Mit den Mitteln der Laiensprache und dem Versuch, bereits abstrahierte und fragmentierte Informationen zu liefern, versucht der Patient dem Arzt entgegenzukommen. Dies ist durchaus konstruktiv gedacht und kann den Patienten als informiert und aktiv erscheinen lassen, es beinhaltet aber die Gefahr von Irrtümern, falschem oder missverständlichem Fachwortgebrauch (vgl. Löning 1994: 109) und Detailverlust (ebd.: 101). Die Patienten können ihre subjektive körperliche Wahrnehmung, das „krankheitsbezogene Erlebniswissen“ (Brünner 2005: 91) und die alltägliche Belastung durch die Symptome nur mit den Mitteln der Alltagssprache adäquat beschreiben, da sie ihre Krankheit im Alltag erleben. Der Transfer in nicht alltagssprachliche Formen setzt dagegen auf Patientenseite ein Abstrahieren und Fragmentieren voraus, das ein tiefergehendes, vernetztes medizinisches Wissen erfordert. Erschwerend kommt hinzu, dass Höflichkeitsnormen innerhalb der Arzt-Patienten-Beziehung es dem Arzt in der Regel nicht erlauben, das vom Patienten geäußerte Wissen direkt zu überprüfen und offen in Frage zu stellen (Brünner 2005: 94).

Aufgrund der beschriebenen Ungleichheiten haben sich in der Kommunikation zwischen Arzt und Patient verschiedene Methoden etabliert, um den Wissenstransfer zwischen Experten und Laien sinnvoll zu gestalten (vgl. Gülich/Brünner 2002a; Brünner 2005). Dazu gehören beispielsweise Verfahren wie Metaphern, Vergleiche, Beispielerzählungen oder Konkretisierungen. Im Hinblick auf die Verwendung von Fachsprache und Fachwörtern besteht in der medizinischen Kommunikation jedoch eine Paradoxie, die auf dem Widerspruch zwischen Verständlichkeit und der Darstellung des Expertenstatus basiert. Diesen Konflikt auf Seiten des Arztes beschreibt Gisela Brünner (2005: 94) folgendermaßen[93]:

> „Fachwörter sind auch wesentliche Mittel der sprachlichen Selbst- und Rollendarstellung als Experte, d.h. in der ELK [Experten-Laien-Kommunikation] kann durch sie Fachkompetenz, Autorität und Vertrauenswürdigkeit demonstriert werden – nach der Handlungsmaxime ‚Zeige dich als Experte!‘. Die Befolgung dieser Maxime entscheidet mit über die Glaubwürdigkeit von Aussagen oder die Akzeptanz von Empfehlungen. Andererseits verpflichten Kooperativität und Rücksichtnahme auf den Laien zur Reduktion oder Vermeidung von Fachwörtern – nach der Maxime ‚Sprich die Sprache des Patienten!‘.“

Dem entspricht die Wahrnehmung auf Patientenseite: Einerseits klagen Patienten häufig über unverständliche Ärzte, andererseits sind sie froh, wenn sie von einem Experten behandelt werden, und dies wird z. B. über Titel, Sprache und Habitus vermittelt.

[92] Marta Schöffler und Thomas Spranz-Fogasy (2012: 2) weisen in diesem Zusammenhang darauf hin, dass sowohl die sprachlichen Realisierungen tentativer Informationen als auch der ärztliche Umgang damit „Ausdruck eines spezifischen Rollenverständnisses“ sind. Auch Brünner (2005: 90) betont die Autorität und Definitionsmacht des Experten, die sich aus dem Wissensunterschied und dessen sprachlicher Realisierung ergibt.

[93] Brünner präsentiert in ihrem Beitrag auch konkrete Lösungsansätze dafür (Brünner 2005: 94f.): Durch die Nennung des Fachworts und deren anschließende Erläuterung kann der Arzt diese Paradoxie umgehen; gleichzeitig gewinnt der Patient dadurch medizinisches Wissen.

3.4 Die Rolle des Nonverbalen

In der linguistischen Erforschung mündlicher Kommunikation ist in den letzten Jahren eine starke Tendenz zu multimodalen Analysen erkennbar (Norris 2004; Sager/Bührig 2005: 5; Schmitt 2005: 18f.; Deppermann 2013; vgl. auch Kapitel 7.2) [94]; zudem gibt es zu nonverbaler Kommunikation vielfältige Literatur aus unterschiedlichen Disziplinen (vgl. beispielsweise Giles/Le Poire 2006; Kühn 2002; Burgoon et al. 1996). Auch in aktuellen medizinischen Lernzielkatalogen (MFT/GMA 2013: 41, 208) und der ärztlichen Ratgeberliteratur (Kutscher/Seßler 2007; Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften 2013) wird immer wieder die große Bedeutung des Nonverbalen betont. Jeffrey Robinson (2006: 437) verweist auf umfassende Forschungen zur nonverbalen Kommunikation in der Medizin: „Once considered to be an intangible aspect of ‚bedside manner', the scientific study of nonverbal communication during visits between patients and medical physicians is now well documented." In der deutschsprachigen Linguistik ist die Studienlage zu nonverbalen Kommunikationsanteilen in Arzt-Patienten-Gesprächen allerdings noch recht überschaubar. Neben einigen älteren Arbeiten zur Visite (Steinmann 1977 und 1978; Nordmeyer et al. 1982), die aber eher medizinsoziologisch bzw. medizinpsychologisch ausgerichtet waren, gab es in den letzten Jahren einige Studien mit einem multimodalen Ansatz (vgl. beispielsweise zu patientenseitigen Darstellungsmechanismen von Angst Gülich/Couper-Kuhlen 2007; zu subjektiven Krankheitstheorien Vlassenko (2013); zur medizinischen Ausbildung Kliche 2012 oder zum Dolmetschen in der Arzt-Patient-Kommunikation Sator 2013). Umfassendere multimodale Analysen direkt zu nonverbalen Mustern waren jedoch nicht zu finden, was bei der ansonsten hohen Forschungsproduktivität zu Arzt-Patienten-Kommunikation überraschend ist.

Im englischsprachigen Raum gibt es zur nonverbalen Kommunikation zwischen Arzt und Patient zwar viele Forschungsarbeiten aus der Medizin und der Psychologie, aber diese sind oft recht eindimensional strukturiert: Sie konzentrieren sich häufig ausschließlich auf das Nonverbale (ohne verbale Aspekte angemessen einzubeziehen) und auf eine Person (entweder den Arzt oder den Patienten) (Robinson 2006: 441). Eine zumindest in Ansätzen ganzheitliche Perspektive gibt es selten. Dies mag in der Fülle nonverbaler Elemente in der Kommunikation begründet sein, die eine holistische Betrachtung der interaktionalen Kontexte vor große Herausforderungen stellt (vgl. Kapitel 7.2 und 7.4):

> „Nonverbal units of behavior are difficult, if not impossible, to study in total isolation from one another. While the head is nodding, the trunk may be angled forward or back, the limbs may be still or moving, the face expressionless or animated, and the gaze steady, averted, or darting. Each unit of nonverbal behavior is interrelated in that each is capable of influencing the evaluation of another behavior." (Harrigan/Rosenthal 1986, zitiert nach Robinson 2006: 453)

[94] Auch wenn die vielen aktuellen Forschungsbeiträge inzwischen implizieren, dass Multimodalität innerhalb der Konversationsanalyse und der daran angelehnten Gesprächsanalyse eine feste Heimat hat und konzeptionell etabliert ist, so gibt es durchaus noch offene methodische und terminologische Fragen. Diese können im Rahmen dieser Arbeit nicht diskutiert werden; es sei hierfür auf Deppermann (2013: 2) verwiesen.

Weiterhin fällt auf, dass viele Studien auf den *medical outcome* ausgerichtet sind und bei einem methodischen Einbezug patientenseitiger Selbsteinschätzungen und fokussierter Rater Gefahr laufen würden, einem normativen anstatt einem deskriptiven Ansatz zu folgen.

Ein angemessener Überblick über die psychologische und medizinische Literatur zum nonverbalen Verhalten in der Arzt-Patienten-Kommunikation kann an dieser Stelle aufgrund der großen Fülle nicht geleistet werden (siehe für einen Überblick Robinson 2006; für gute Forschungsbeispiele Heath 1986; Blanck et al. 1986). Es lassen sich jedoch zwei spezifische Forschungstendenzen in diesem Bereich ausmachen, die für diese Arbeit nicht unerheblich sind:

1) Die Bedeutung des Nonverbalen für die Kommunikation
   Eine Differenzierung der Kommunikation in verbal, paraverbal und nonverbal impliziert eine Eigenständigkeit und Trennbarkeit dieser Bereiche, die in dieser Form nicht gegeben ist (Schmitt 2005: 18f.). Sager und Bührig (2005: 8-9) verweisen in diesem Zusammenhang darauf, dass schon der Terminus „nonverbal" eine Trennbarkeit assoziiere, dabei aber äußerst unscharf sei („Schließlich ist ein Hammer oder ein Hühnerei auch *nicht* verbal […]", ebd.: 9; Hervorhebung im Original). Nonverbales Verhalten wird aber in Verbindung mit parallelen Abläufen der (para-)verbalen Kommunikation produziert und verstanden (Robinson 2006: 454). Das bedeutet aber nicht, dass nonverbale Gesprächsanteile nur in Verbindung mit verbalen Äußerungen ihre jeweilige Bedeutung in der Interaktion entfalten: „[…] nonverbal behavior is organized systematically and finely by reference to both talk and other nonverbal behavior" (ebd.: 454; vgl. auch Schmitt 2005: 20-21, 23). Diese Feststellung bezieht sich nicht spezifisch auf Arzt-Patienten-Gespräche, ist für diese aber ebenfalls ein wichtiger Faktor. So konnte beispielsweise gezeigt werden, dass ähnlich wie in alltäglicher Kommunikation der Blickkontakt des Arztes den turn-Aufbau und die Phasen der sprachlichen Planung des Patienten maßgeblich beeinflusst (Ruusuvuori 2001: 1099f.).
2) Die Bedeutung des Nonverbalen für die Arzt-Patient-Beziehung
   Verschiedene Forschungsarbeiten haben übereinstimmend belegt, dass „[…] physicians' nonverbal behavior – which is integral to the construction and management of empathy, rapport, and generally a ‚positive' affective-relational communication style – has wide-ranging effects (direct and indirect) on patient's communicative, social, psychological, and physiological health outcomes" (Robinson 2006: 454). Beispielhaft sei hier auf die Studien von Bensing und Kollegen (1995) sowie von Duggan und Parrott (2001) hingewiesen, die zeigen, dass häufiger ärztlicher Blickkontakt und mimische Unterstützung, u. a. in Form von Nicken, dazu führen, dass Patienten mehr psychosoziale Informationen über sich preisgeben. Ferner zeigt sich der Zusammenhang deutlich beim sogenannten „Spiegeln", wenn Arzt und Patient ihre nonverbale Kommunikation in Teilen aneinander angleichen bzw. synchronisieren (Street/Buller 1987

und 1988) und dies als positiv für die Beziehung bzw. den Rapport[95] angesehen wird (vgl. Robinson 2006: 452).

Die obigen Ausführungen zeigen, dass nonverbale Gesprächsanteile eine wichtige Komponente sowohl in der Interaktion zwischen Arzt und Patient als auch in der Beziehungskonstitution darstellen. Bei einer Analyse von Entscheidungsfindungsprozessen, wie sie diese Arbeit anstrebt, kann die nonverbale Ebene der Kommunikation daher nicht außer Acht gelassen werden; insofern ist ein multimodaler Zugang unumgänglich.[96]

3.5 Asymmetrien

Parallel zur medizinethischen und sozialwissenschaftlichen Auseinandersetzung mit dem Arzt-Patient-Verhältnis (vgl. Kapitel 2) ist auch in der Linguistik die Analyse medizinischer Kommunikation seit den Anfängen fest mit dem Begriff der Asymmetrie[97] verknüpft. Beispielhaft seien hier die Arbeiten von ten Have (1991), Frankel (1984), Siegrist (1978), Fisher/Todd (1983), Maynard (1991) und Saake (2003) genannt. Als asymmetrisch werden nicht nur die organisatorischen und gesellschaftlichen Gesprächsvoraussetzungen beschrieben, sondern auch die darauf aufbauenden Kommunikationsstrukturen, die in diesem Kapitel auszugsweise dargestellt werden. Wie in anderen institutionellen Kontexten sind die beiden Bereiche auch beim Arzt-Patienten-Gespräch nicht voneinander zu trennen (vgl. Koerfer 2013: 128); sie basieren aufeinander und reproduzieren sich gegenseitig (van Dijk 1989; Menz 1991). So betont Elisabeth Gülich (1999: 187) beispielsweise, dass Arzt und Patient sich durch die sprachlich vermittelte Anerkennung als Experte oder Laie immer wieder wechselseitig als solche konstituieren. Ärzte erhalten ihre Rolle und den Rang eines Experten im Rahmen der Institution, weil sie sich interaktiv entsprechend darstellen und vom Gegenüber als solcher wahrgenommen und anerkannt werden (ebd.: 181). Patienten erlauben in diesem Zusammenhang einen dominanten Arzt nicht nur, sie erwarten oder verlangen ihn sogar (vgl. Löning 1985: 126), da hier entsprechende soziale Rollenvorstellungen greifen. Ärzte wiederum orientieren sich häufig an der Dichotomie „uninformiert-devot“ versus „informiert-aufmüpfig“ (ebd.: 46) und reagieren auf beide Typen entsprechend unterschiedlich.[98] Ein weiterer Aspekt sind die unterschiedlichen Beteiligungsvoraussetzungen (Nowak/Spranz-Fogasy 2008: 84). Die patientenseitige

[95] Insgesamt finden sich viele Forschungsarbeiten zum nonverbalen Verhalten unter dem Stichwort „Rapport“, was nach meiner Einschätzung die starke Dominanz psychologischer Ansätze unterstreicht.

[96] Auf die konkrete Analysemethode dieser Arbeit unter Hinzuziehung multimodaler Aspekte geht Kapitel 7.2 ausführlicher ein.

[97] Ich folge hier der Definition des Begriffs von Brock/Meer 2004.

[98] Verschiedene Arbeiten haben gezeigt, dass Ärzte informierten und aktiven Patienten oft mit kommunikativer Dominanz (höhere Redeanteile, Unterbrechungen) begegnen (vgl. Lörcher 1983: 182), während sie zurückhaltende Patienten, die ihre Ausführungen kurz halten, durch längere Behandlungszeiten und mehr Informationen belohnen (Lalouschek et al. 1990). Wenn Patienten ihre Informationen zudem in einem knappen, medizinisch-somatischen Berichtsstil übermitteln, werden diese Informationen vom Arzt eher und ausführlicher berücksichtigt (Brucks et al. 1984: 29, zitiert nach Lalouschek 2002a: 37); das konnten auch Menz und Kollegen (2002) bestätigen.

Betroffenheit und die professionelle Distanz des Arztes werden sprachlich manifestiert und festigen damit die unterschiedlichen Rollen der Gesprächsteilnehmer. Somit beeinflusst die Institution Krankenhaus oder Praxis maßgeblich die jeweils spezifische Arzt-Patienten-Kommunikation, die wiederum die institutionelle Struktur und den normativen Hintergrund zumindest teilweise bestätigt.

Gleichzeitig muss mit den Begriffen Institution und Asymmetrie in Verbindung mit den dahinterstehenden Kontrastbegriffen Alltag und Symmetrie vorsichtig umgegangen werden. Dorothee Meer weist mit Bezug auf Wodak (1987), Ehlich/Rehbein (1980), Koerfer (1994a) und andere Autoren darauf hin, dass die starre Dichotomie „Institution“ versus „Alltag“ und die damit verbundene Einordnung als symmetrisch bzw. asymmetrisch weder theoretisch noch empirisch haltbar sei, vielmehr würden kommunikative Verfahren „[…] in Form von Mustern, Gattungen und Praktiken situations- und positionsabhängig aufgerufen und institutionsspezifisch kontextualisiert […]“ (Meer 2011: 45). Sie plädiert stattdessen für das Konzept eines positions- und situationsspezifischen institutionellen Alltags (ebd.: 45), das die Heterogenität und Binnendifferenzierung der verschiedenen institutionellen Strukturen betont. Entsprechend ist auch Asymmetrie kein Phänomen von Institutionen allein, sondern ein Kommunikation konstituierendes Element.[99] Koerfer betont jedoch die besondere Ausprägung der Asymmetrie in der institutionellen Medizin, konkret in Arzt-Patient-Beziehungen:

> „Neben den immer schon manifest problematischen ‚Verständigungsroutinen‘, die wir gleichermaßen in institutioneller wie nicht-institutioneller Kommunikation erwarten können, müssen wir freilich in bestimmten Typen institutioneller Kommunikation deswegen stärker mit den ‚besonders komplizierten Fällen‘ rechnen, weil sich dort das Problem der ‚Unvergleichbarkeit der beteiligten Individuen‘ in allen von Kallmeyer genannten Hinsichten (Erfahrung, Vorwissen, [individuelle] Relevanzsysteme) zunehmend zu verschärfen scheint: etwa ausgehend von der Differenz zwischen Nachbarn beim nachbarschaftlichen Handeln über die Differenz zwischen Fachärzten beim kollegialen Handeln bis hin zur Differenz zwischen Arzt und Patient bei der Visite, die dem Patienten erheblich mehr bzw. andere Interpretationsleistungen abverlangt als dem Nachbarn oder Arzt.“ (Koerfer 2013: 104)

In der Forschung wurden asymmetrische Merkmale bei vielen Elementen des Arzt-Patienten-Gesprächs festgemacht; hier soll nur exemplarisch die Auswahl von Johanna Lalouschek (2002a: 17) vorgestellt werden:

- „ÄrztInnen übernehmen den aktiven Redepart, eröffnen und beenden die Gespräche, stellen die Fragen, bestimmen den thematischen Ablauf, PatientInnen übernehmen den reaktiven Part, beantworten Fragen, akzeptieren, die ärztlichen Entscheidungen;
- ÄrztInnen beanspruchen quantitativ mehr Redezeit als PatientInnen;
- ÄrztInnen unterbrechen Initiativen und Erzählversuche von PatientInnen häufig, oft noch vor einem erkennbaren Inhalt;

[99] Dies zeigt Kallmeyer beispielsweise anhand von Verständigungsproblemen in Alltagsgesprächen und betont dabei, „dass Verständigung prinzipiell problematisch ist wegen der Unvergleichbarkeit der beteiligten Individuen“ (1977: 52, zitiert nach Koerfer 2013: 103).

- Typische ärztliche Fragen sind geschlossene Fragen, die den PatientInnen keine Möglichkeit zu eigenständigen Schilderungen geben;
- ÄrztInnen setzen von sich aus wenig Initiativen zu Informationen und zusätzlichen Erklärungen zu Diagnose und Therapie“

Dieser Aufzählung ließen sich noch zahlreiche Aspekte hinzufügen. Bedeutend für die Arzt-Patient-Beziehung und den Gesprächsverlauf sind jedoch nicht nur die beobachtbaren Asymmetrien, die auf institutioneller Struktur, Sozialisation und Erwartungen beruhen, sondern der Umgang der Gesprächsteilnehmer damit (vgl. Peters 2008: 110). Insbesondere der Arzt hat die Möglichkeit, entweder die Ungleichheit zu betonen und darüber eine Form von Dominanz auszuüben oder aber die Asymmetrie auszugleichen (vgl. Peters 2010) – wobei eine vollständige Symmetrie aus vielen Gründen (Wissensdifferenz, Leidensdruck etc.) nicht möglich ist (vgl. Surbone/Lowenstein 2003: 185). Kommunikativ steuernde Umgangsweisen mit den gegebenen Asymmetrien können als „sprachliche Erscheinungsformen von Macht“ beschrieben werden (Peters 2008: 41-44). Es gibt sechs verschiedene Dimensionen, über die zumindest der Arzt Einfluss auf das Gespräch nehmen kann:[100]

- Prosodische Dimension
  z. B. Intonation, Quantität der Redeanteile, Sprechtempo
- Kognitive Dimension
  z. B. Semantik, Fachsprache („sprachliche Kluft“)
- Normative Dimension
  z. B. Zielsetzung, Problemdefinition, grundlegende Gesprächsstruktur
- Autoritativ-administrative Dimension
  z. B. Rederechtsverteilung, Themensteuerung
- Außersprachliche Dimension
  z. B. Verweis auf außersprachliche Machtquellen (Überweisung, Krankenschein)
- Nonverbale Dimension
  z. B. Körperkontakt, Gestik

So kann ein Arzt beispielsweise in der Beziehung zum Patienten über Betonungen und Fachausdrücke, begleitet von einer ausdrucksstarken Gestik, gezielt seinen Expertenstatus unterstreichen und somit die vorhandene Asymmetrie zu seinen Gunsten betonen, um z. B. eigene Präferenzen durchzusetzen. Ob die Ärzte sich bewusst so verhalten, lässt sich kaum festzustellen und kann an dieser Stelle nicht beantwortet werden. Für die medizinische Ausbildung konnten Lalouschek (2002a), Menz (1991) und Kliche (2012) zeigen, dass schon bei Studierenden Asymmetrie in Gesprächen mit Patienten eine wichtige Rolle spielt und der Umgang damit beobachtet werden kann. Wie sich

[100] Die zitierte Studie (Peters 2008) untersucht dabei nur die ärztliche Perspektive; natürlich hat aber auch der Patient Möglichkeiten, die strukturelle Asymmetrie zu beeinflussen. Es ist davon auszugehen, dass die Dimensionen ähnlich sind, mit Abweichungen in der kognitiven (z. B. eigene semantische Strukturen, verschiedene Kategorisierungen von Fachwissen, vgl. Löning 1994: 101f.) und der außersprachlichen Dimension (inhaltliche Verweise auf eigene Kostenübernahme, freie Arztwahl, zweite Meinung etc.). Genaue Untersuchungen hierzu fehlen aber bisher.

später zeigen wird, hat der kommunikative Umgang mit der gegebenen Asymmetrie beim Aufbau der Arzt-Patienten-Beziehung insgesamt sowie bei der Aushandlung der Entscheidungsfindung eine nicht zu unterschätzende Bedeutung.

4. Die Entscheidungsfindung

Nachdem in den letzten Kapiteln ein eher allgemeiner Blick auf die Arzt-Patienten-Beziehung und die in diesem Rahmen stattfindende Kommunikation geworfen wurde, soll nun zur Vorbereitung der empirischen Analyse die Entscheidungsfindung ins Zentrum gestellt werden, die in der Phase der Therapieentscheidung und -planung stattfindet.[101] Wie in Kapitel 2.4 bereits angesprochen, beinhalten die medizinethischen Beziehungsmodelle und das Prinzip des *informed consent* zwar Konzepte der Entscheidungsfindung, diese sind aber meist nicht klar definiert und berücksichtigen keine mikroskopische Perspektive. In der internationalen linguistischen Forschung finden sich dazu einige interessante Beiträge, jedoch nur vereinzelt Arbeiten aus dem deutschsprachigen Raum.

Christine Domke (2006) stellt einige grundsätzliche Überlegungen zur kommunikativen Struktur von Entscheidungsprozessen an; allerdings bezieht sie sich dabei auf Besprechungen im wirtschaftlichen Kontext.[102] Während Entscheidungen sonst oftmals als ein punktuelles Ereignis in Form einer Äußerung verstanden werden, beschreibt Domke sie als interaktionalen Prozess: „Entscheidungskommunikation ist daher im Sinne der o.a. *Prozessartigkeit* zu verstehen – der Verlauf der Entscheidungs*kommunikation* schließt sowohl die *Vorbereitungen* als auch die *Folgeaktivitäten* mit ein." (ebd.: 78) Diese Charakterisierung lässt sich problemlos auf die Arzt-Patienten-Kommunikation übertragen, wie sich im Verlauf der empirischen Analyse zeigen wird. Zudem weist Domke darauf hin, dass der Entscheidungsfindungsprozess für Besprechungen und genereller für die Existenz und Legitimation von Organisationen insgesamt konstitutiv ist (ebd.: 98). Auch hier finden sich Parallelen zur Medizin: Abgesehen von rein diagnostischen Arzt-Patienten-Kontakten (z. B. Vorsorgeuntersuchungen) oder Ausnahmefällen – etwa wenn der Arzt keine Erkrankung diagnostizieren oder aber die diagnostizierte Erkrankung nicht behandeln kann[103] (vgl. Robinson 2003: 31) – ist eine therapeutische Entscheidung inklusive ihrer Folgen für die medizinische Konsultation grundlegend. Ohne sie kann das (psychische oder physische) Leiden nicht behandelt und keine *adherence* hergestellt werden. Arztbesuche und damit die medizinischen Institutionen insgesamt würden einen Großteil ihrer gesellschaftlichen Funktion und ihrer Attraktivität für den Patienten verlieren, wenn Krankheiten nur festgestellt, aber nicht entsprechend einer therapeutischen Entscheidung behandelt werden würden. Robinson (2003: 31) fasst die Bedeutung der Therapie bzw. allgemeiner der Problemlösung für den Arzt-Patienten-Kontakt folgendermaßen zusammen: „[…] the establishment of a problem

[101] Teile der folgenden Überlegungen habe ich bereits in einer kürzlich erschienenen Publikation (Peters 2014) ausgeführt.

[102] Domke betont, dass Entscheidungen zwar in der Organisationsforschung eine hohe Relevanz haben und auch in linguistischen Arbeiten angesprochen, aber selten konkret ausdifferenziert werden (2006: 24f., 75). Auch hier gibt es eine auffällige Parallele zur Forschung bezüglich der Entscheidungskommunikation in medizinischen Kontexten, die ebenfalls häufig thematisiert, aber selten ausführlich bearbeitet wird.

[103] Allerdings kann eine palliative Behandlung oder eine begleitende Betreuung (z. B. bei der Schmerzmedizin) in Fällen, in denen keine kurative Hilfe möglich ist, ebenfalls als eine Form der Therapie bezeichnet werden. Und wenn der Arzt keine Erkrankung diagnostiziert, ist dennoch eine Reihe von Entscheidungen zu treffen, beispielsweise in Bezug auf die weitere Diagnostik oder den Umgang mit möglichen psychosomatischen Komplexen.

makes relevant a project that works toward, and is optimally completed by, the treatment of the problem […]."

Darüber hinaus produzieren Entscheidungen im Umgang mit permanenter Unsicherheit sowohl gliedernde Einschnitte als auch eine konsensuale Basis für weitere Schritte und Beurteilungen, d.h. sie stellen auf sprachlicher wie kognitiver Ebene Anschlussfähigkeit her (vgl. ebd.: 98). In der Medizin sind Unsicherheiten und ihre Bearbeitung grundlegend für die Konsultation und die Relevanz des ärztlichen Fachwissens. Erst durch Entscheidungen werden subjektive Wahrnehmungen und Einschätzungen in vermeintlich objektive Kategorien gefasst, die für beide Seiten das weitere Handeln vorgeben, dadurch Struktur und Gewissheit produzieren und im Fall wiederholter Kontakte die besagte Anschlussfähigkeit herstellen.

Nach diesen grundsätzlichen Aspekten wird im Folgenden zunächst die internationale und die deutschsprachige Forschung zu medizinischen Entscheidungsfindungsprozessen vorgestellt, bevor darauf aufbauend der theoretische Ansatz dieser Arbeit beschrieben wird.

4.1 Internationale Perspektiven

Im englischsprachigen Raum sind zur medizinischen Entscheidungsfindung eine Reihe von Arbeiten erschienen, insbesondere von Forschungsgruppen um Tanya Stivers und John Heritage, die sich mit der Rolle der Entscheidungsfindung in der Pädiatrie auseinandergesetzt haben. Sie konnten zeigen, dass signifikant mehr Antibiotika verschrieben wurde, wenn die Eltern des kranken Kindes entweder eine eigene Laiendiagnose *(candidate diagnosis)* in den Raum stellten oder die des behandelnden Pädiaters in Frage stellten (Stivers et al. 2003: 144). Dies war sogar bei viralen Infektionen zu beobachten, bei denen die Verschreibung von Antibiotika nicht nur medizinisch nutzlos ist, sondern auch nicht empfohlen wird, da Bakterien dadurch langfristig Resistenzen entwickeln können. Die Verschreibung von Antibiotika und damit die Therapieentscheidungen basierten häufig nicht direkt auf einem entsprechenden Wunsch oder Verlangen des Patienten bzw. der Eltern, vielmehr interpretierten die Ärzte ihre Äußerungen dahingehend, dass ein Antibiotikum gewünscht sei (ebd.: 146). Eine andere Untersuchung (Mangione-Smith et al. 2006) belegte ebenfalls einen Zusammenhang zwischen bestimmten Kommunikationsmustern (*candidate diagnoses* und Hinterfragung des ärztlichen Therapievorschlags) und der ärztlichen Wahrnehmung, dass die Eltern eine Verschreibung von Antibiotika wünschen. Befragungen der Eltern zeigten aber, dass nur diejenigen, die eine Laiendiagnose äußerten, wirklich verstärkt Antibiotika als Therapie wünschten, bei einer Infragestellung der ärztlichen Therapie war dies hingegen nicht der Fall (ebd.: 949). Die ärztliche Interpretation der Elternaussagen und der diesen zugrunde liegenden Erwartungen stimmt also nicht immer, hat aber eine nachweisbare Auswirkung auf die Entscheidungsfindung. Weiterhin stellten Mangione-Smith und Kollegen fest, dass Eltern den Therapieplan auch dann stärker hinterfragen – mit allen oben genannten Folgen –,wenn der Arzt ihnen im Rahmen eines „educate parents about the circumstances in which antibiotics are an appropriate treatment option" (ebd.: 950) erklärt, warum eine Therapie mit Antibiotika im gegebenen Fall

nicht passend ist. John Heritage und Kollegen zeigen in einem anderen Beitrag über pädiatrische Konsultationen, wie sowohl positive als auch negative begleitende Kommentare von Ärzten während der Untersuchung *(online commentaries)* die Verschreibung von Antibiotika beeinflussen (2010: 123). Danach führen negative Kommentare *(„problem online commentaries")* während der Untersuchung (z. B. „Her lungs sound awful", ebd.: 120) dazu, dass Eltern die ärztlichen Therapievorschläge (wenn sie keine Antibiotika beinhalten) stärker hinterfragen, was nach den oben ausgeführten Beobachtungen ebenfalls die Wahrscheinlichkeit einer (nicht immer sinnvollen) Verschreibung von Antibiotika erhöht.

Tanya Stivers weist in einer wegweisenden Arbeit zur Entscheidungsfindung darauf hin, dass Diagnose und Therapie als Phasen im Gespräch zwar insofern ähnlich sind, als der Arzt dem Patienten in beiden Fällen Wissen vermittelt, sie aber gleichzeitig eine grundsätzlich unterschiedliche Struktur haben und der Patient im Hinblick auf die Therapie deutlich mehr Einflussmöglichkeiten hat: „[…] the final treatment decision is negotiated by physicians and parents – whether implicitly or explicitly" (2006: 279). Stivers beschreibt zwei grundsätzliche Möglichkeiten der Behandlungsempfehlung: Der Arzt kann sich entweder konkret *für* oder *gegen* eine bestimmte Therapie aussprechen (ebd.: 300). Dabei wird eine positive Erwähnung von Behandlungsoptionen von Patienten deutlich besser aufgenommen als der Ausschluss einer therapeutischen Möglichkeit, der statistisch belegbar zu mehr Widerständen führt (ebd.: 303f.). Solche Widerstände sind ein zentrales Element der Einflussnahme von Patienten – bzw. in der Pädiatrie von Eltern – auf die therapeutische Entscheidungsfindung. Dabei werden zwei Kategorien unterschieden: *active* und *passive resistance*. Passiver Widerstand kann beispielsweise darüber realisiert werden, dass eine regelhaft erwartete Zustimmung zurückgehalten wird (ebd.: 283f.). Dies führt in der Regel dazu, dass der Arzt diagnostische Elemente wiederholt, um die Therapieempfehlung zu stützen, und mit steigender Intonation und eventuell mit Fragemarkern Zustimmung anfordert. Aktiver Widerstand (ebd.: 288f.) bedeutet, wie der Ausdruck schon nahelegt, dass der Patient sich offen gegen den Behandlungsvorschlag positioniert. Den Unterschied zum passiven Widerstand macht Stivers unter anderem daran fest, dass hier inhaltlich weitergehende sprachliche Aktivitäten des Arztes erforderlich sind, um einen therapeutischen Konsens zu erlangen; somit ist aktiver Widerstand eine „responsive and initiating action" (ebd.: 288). Die Reaktionen des Arztes sind hier deutlich vielfältiger als bei passivem Widerstand: Sie reichen vom Angebot einer weiteren Diagnostik (ebd.: 296) bis hin zur oben beschriebenen Verschreibung von Antibiotika, auch wenn diese medizinisch nicht indiziert ist (ebd.: 298).

Ein wichtiger Faktor für den Entscheidungsfindungsprozess ist auch die Erwartungshaltung von Patienten und Eltern in Bezug auf die ärztlichen Therapieempfehlungen. Robinson hat dargelegt, dass Patienten therapeutische Empfehlungen einfordern, wenn solche vom Arzt an den erwarteten Positionen nicht realisiert werden (vgl. Robinson 2003: 45). Darauf aufbauend zeigt Stivers, dass Patienten bzw. Eltern auch eine gewisse Erwartung bezüglich des Inhalts therapeutischer Empfehlungen haben. So können sie eine Empfehlung als unzureichend oder mangelhaft beurteilen, wenn diese (1) keine konkrete nächste Handlung anbietet, (2) nicht spezifisch genug ist oder (3) die Bedeutung des Problems herunterspielt (Stivers 2006: 301). Mit Bezug auf die oben dargestellten Konsequenzen einer ärzlichen Ablehnung von Antibiotika vermutet Stivers,

dass eine als ungeeignet dargestellte Therapieoption (auch im Rahmen der oben angesprochenen Aufklärung) bei Patienten bzw. Eltern deshalb eher zu Widerstand führt, weil sie einen nächsten Handlungsschritt (1) vermissen lässt. Vom Arzt positiv eingebrachte Therapieempfehlungen hingegen werden gerade deshalb häufig akzeptiert, weil sie das medizinische Problem adressieren, es nicht trivialisieren und einen konkreten Handlungsvorschlag beinhalten (ebd.: 306).

Zusammenfassend legt Stivers dar, dass Patienten die therapeutische Entscheidungsfindung erheblich beeinflussen, ganz gleich, ob der Arzt sie explizit zu einer Beteiligung einlädt oder nicht:

> „The cases shown here provide evidence that treatment recommendations are not the result of an algorithm based on clinical findings alone but rather are subject to the influence and pressure of parent behavior and must be worked out in the medical encounter through the interaction." (Stivers 2006: 299)

Ärzte lassen sich von Patienten bzw. Eltern eines erkrankten Kindes mitunter so stark beeinflussen, dass sie größere Kompromisse eingehen oder sogar einer Therapie zustimmen, die zwar nicht mittelbar schädlich, aber doch medizinisch fragwürdig ist.[104] Auch andere angloamerikanische Arbeiten zeigen, dass nicht nur die Äußerungen der Patienten, sondern auch ihre Interpretation durch die Ärzte und Vermutungen über den Wissensstand und die Werthaltung des Gegenübers die Kommunikation und die Entscheidungsfindung beeinflussen. Bei den dort untersuchten Gesprächen handelt es sich zwar größtenteils wiederum um pädiatrische Settings[105], die durch die triadische Situation Arzt–Patient–Eltern eine besondere Struktur haben, doch ist wie bei anderen Studien stark anzunehmen, dass die Beobachtungen auf „normale" Arzt-Patienten-Gespräche übertragbar sind (vgl. Stivers 2006: 299, 311).

Die Forschungsergebnisse weisen darauf hin, dass der Patient entgegen vielen früheren Annahmen über die asymmetrisch Situation in der Konsultation durchaus nicht machtlos ist, seine starke Stellung im Sinne des *informed consent* scheint sich auch in alltäglichen Arzt-Patient-Kontakten durchzusetzen.[106] Außerdem spielten in den hier untersuchten Gesprächen für die endgültige Entscheidung Äußerungen aus der gesamten Konsultation eine Rolle, was Domkes Sichtweise von Entscheidungen als Prozesse stützt. Diese Feststellung bestätigt wiederum Zweifel an den bisherigen Arzt-Patienten-Beziehungsmodellen mit ihrem globalen Verständnis fester Rollen. Je deutli-

[104] In diesem Zusammenhang verweist Stivers auf die auch medizinethisch interessante Frage möglicher Kosten der gesellschaftspolitisch geforderten Patientenbeteiligung (2006: 278). Wenn es Patienten gelingt, in der Konsultation teilweise gegen den ärztlichen Rat fragwürdige oder medizinisch nicht indizierte Therapien durchzusetzen und dem Gesundheitssystem daraus hohe Kosten entstehen oder die unsachgemäße Verwendung von Antibiotika zu höheren Resistenzen führt, ist diese Frage meiner Meinung nach äußerst berechtigt.

[105] Stivers analysiert in ihrem Beitrag aus dem Jahr 2006 Gespräche aus pädiatrischen und orthopädischen Kontexten sowie der Inneren Medizin.

[106] Der Vollständigkeit halber muss darauf hingewiesen werden, dass Stivers Gesprächsdaten aus den USA analysiert und es trotz der Ähnlichkeiten im medizinischen System westlicher Staaten durchaus Unterschiede in der Ausgestaltung des Gesundheitswesens und der Arzt-Patienten-Beziehung gibt. Diese können hier aber aus Gründen der Übersichtlichkeit nicht im Detail ausgeführt werden. Es ist zwar anzunehmen, dass die Ergebnisse weitestgehend übertragbar sind, dennoch wären weitere Forschungen im deutschsprachigen Raum notwendig, um gesicherte Aussagen treffen zu können.

cher ersichtlich wird, dass Arzt und Patient die Entscheidung über das ganze Gespräch hinweg aushandeln, umso mehr scheint es fraglich, dass dieser interaktive Prozess mit einem in seiner Bedeutung recht starren Attribut wie beispielsweise „paternalistisch" hinreichend genau beschrieben werden kann; auch wie das Konzept des *shared decision-making* diesen Prozess genau fassen will, ist unklar.

4.2 Arbeiten aus dem deutschsprachigen Raum

Im deutschsprachigen Raum scheint die Entscheidungsfindung trotz der insgesamt recht intensiven linguistischen Forschung zu medizinischer Kommunikation kaum eine Rolle zu spielen:

> „Dennoch entstand bei der oberflächlichen Durchsicht der vorliegenden Diskursforschungen der Eindruck, dass es bisher nur sehr wenige Diskursforschungen über deutschsprachige Arzt-Patient-Interaktionen gibt, die sich dem Thema der Entscheidungsfindung gewidmet haben. Sollte diese Beobachtung stimmen, so kann dies wieder auf zumindest zwei Ursachen zurückgeführt werden: 1) Die Diskursforscher/inn/en interessieren sich nicht für Entscheidungsprozesse. Dies scheint mir unwahrscheinlich. 2) Entscheidungsprozesse sind diskursanalytisch kaum beobachtet. Die zweite, mir wahrscheinlicher erscheinende Hypothese, kann wieder zumindest zwei sehr unterschiedliche Ursachen haben: 1) die Analysemethoden der Diskursforschung sind für diese Beobachtung nicht geeignet. Oder 2) – und dies scheint mir vor dem Hintergrund der obengenannten Studien der wahrscheinlichste Grund: Es finden fast keine Entscheidungsprozesse in der Arzt-Patient-Interaktion statt!" (Nowak 2010: 327)

Während ich diesem Befund an sich zustimme, möchte ich der Deutung seiner (möglichen) Ursachen klar widersprechen. Denn auch wenn es zahlreiche Arzt-Patienten-Gespräche gibt, in denen keine eindeutige, klar umrissene Phase der Therapieentscheidung auszumachen ist, wäre es doch merkwürdig, wenn sich so viele medizinische Publikationen wie auch die oben benannten englischsprachigen Forschungsarbeiten ausführlich mit einem Gegenstand beschäftigten, der de facto nicht existiert. Die Unauffälligkeit der therapeutischen Entscheidungsfindung mag darin begründet sein, dass diese im Gespräch im Hintergrund abläuft und nur selten explizit thematisiert wird:

> „When treatment proposals are accepted, the relevance of that acceptance is not readily observable. It is thus primarily through deviant cases where acceptance is not forthcoming, and resistance – whether passive or active – is present, that the sequential structure and thus the relevance of parent participation becomes observable." (Stivers 2006: 299)

Andere Gesprächsphasen wie die Beschwerdenexploration, die Diagnoseübermittlung oder selbst die Anliegensformulierung können leicht mehr Zeit in Anspruch nehmen und dadurch eine höhere Bedeutung implizieren als die Entscheidungsfindung, die sich auf der sprachlichen Oberfläche in einer Frage oder einem Vorschlag des Arztes und einem darauf folgenden Nicken des Patienten erschöpfen kann. Hinzu kommt, dass im medizinischen Alltag (in der Klinik wie in der Praxis) viele Entscheidungsprozesse ohne Widerspruch paternalistisch abgehandelt werden, ohne dass dies den Beteiligten überhaupt bewusst ist oder sie sich daran stören würden:

> „Weiters sehen sich PatientInnen häufig damit konfrontiert, Entscheidungen über Therapieeinwilligungen zu treffen, die sie allerdings aufgrund der hohen Komplexität des Themas und des zu geringen medizinischen Wissens oft den ÄrztInnen überlassen." (Menz et al. 2008a: 10)

Aber auch Entscheidungen, die nach diesem Modus getroffen werden, gehen versteckte Aushandlungsprozesse voraus, wie im Weiteren gezeigt werden wird. Und sobald es sich um größere medizinische Eingriffe handelt, beispielsweise die Behandlung einer Krebserkrankung, finden fast immer komplexe Entscheidungsprozesse statt.

Womöglich – und hierfür spricht die in dieser Arbeit eigentlich kritisierte medizinethische Perspektive auf Arzt-Patienten-Beziehungsmodelle – ist die Entscheidungsfindung sogar der zentrale Kern des Arzt-Patienten-Kontakts. Der Patient sucht den Arzt auf, weil er ein für ihn wichtiges Problem hat, für dessen Lösung er der Hilfe von außen bedarf. Die Lösung dieses medizinischen Problems kann nur gelingen, wenn Arzt und Patient bezüglich der einzuleitenden Schritte übereinkommen und die beschlossenen Handlungen von beiden Seiten umgesetzt werden. Provokant gesagt: Auch wenn die Begrüßung sehr empathisch ist, die Beschwerdenexploration somatische und psychosoziale Aspekte vorbildlich verbindet und der Arzt bei der Diagnose das relevante Wissen noch so angemessen vermittelt, wenn die therapeutischen Vorstellungen des Arztes nicht mit denen des Patienten in Einklang gebracht werden, scheitert die Therapie entweder an mangelnder *adherence* auf Seiten des Patienten oder an der Verweigerung des Arztes eine gewünschte Behandlung aus beispielweise medizinischen, juristischen oder ökonomischen Gründen durchzuführen. Ich möchte hier keinesfalls eine Rangfolge der Wichtigkeit einzelner Schritte aufstellen und andere Phasen des Gesprächs abwerten – das wäre wissenschaftlich auch gar nicht haltbar und zudem normativ geleitet. Mir geht es lediglich darum, die zentrale Bedeutung der Entscheidungsfindung für den Arzt-Patienten-Kontakt und folglich auch dessen Analyse zu unterstreichen.

Einen größeren systematischen Ansatz zur linguistischen Analyse der medizinischen Entscheidungsfindung verfolgen im deutschsprachigen Raum nur Koerfer und Kollegen, die wie Domke die Entscheidungsfindung als einen Aushandlungsprozess verstehen:

> „Die Wahl des letztlich praktizierten Entscheidungsmodells ist immer auch Ergebnis eines interaktiven Zusammenspiels von Arzt und Patient, bei dem im Wechsel von ‚Angebot und Nachfrage' Partizipationschancen eröffnet oder aber verstellt werden können." (2008a: 138)

Gleichzeitig orientieren sich die Autoren, wie bereits im Zusammenhang mit dem Arzt-Patienten-Verhältnis beschrieben wurde, anders als die angloamerikanischen Forscher an den bestehenden medizinethischen Modellen und der darin enthaltenen Dreiteilung der Entscheidungsfindung in Information, Entscheidung und Verantwortung (ebd.: 131). Im Rahmen einer vergleichenden Musteranalyse (vgl. zu dieser Methode generell Ehlich/Rehbein 1986, zitiert nach Koerfer et al. 2008: 131) ordnen sie die verschiedenen Komponenten für die drei wesentlichen Beziehungsmodelle (Paternalismus, Dienstleistung und Kooperation) in einer Matrix an und beschreiben den jeweils typischen Gesprächsablauf in Form von Flussdiagrammen. Für den Paternalismus beispielsweise ergibt sich daraus folgende Übersicht:

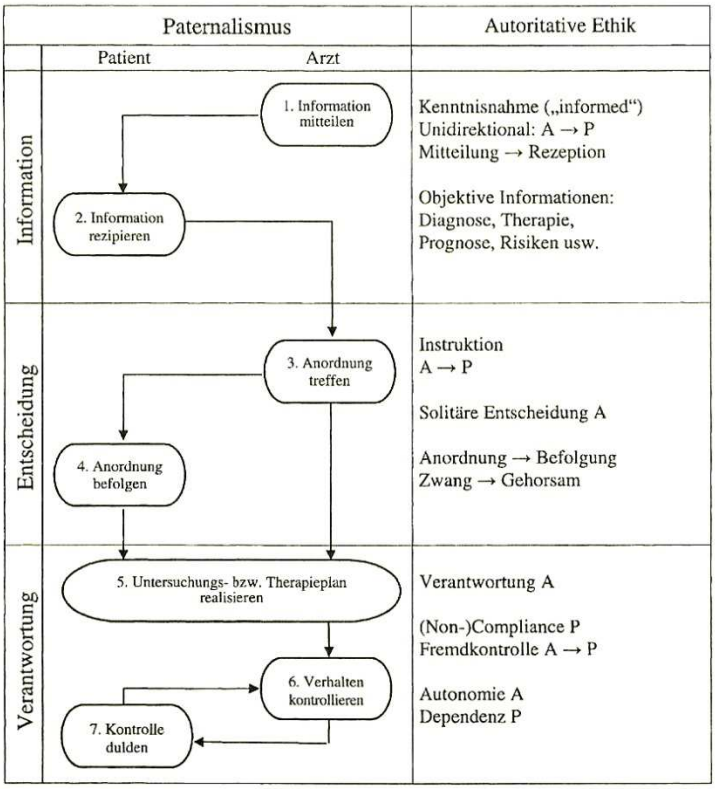

Abbildung 4: Kommunikationsmuster für Paternalismusmodell
(Quelle: Koerfer et al. 2008a: 132)

Die herrschende Asymmetrie und die dem Gespräch zugrunde liegende ethische Ausrichtung zeigen sich im einseitigen Wissenstransfer, darin, dass die Entscheidung vom Arzt allein getroffen wird, und in dessen vollständiger Übernahme der Verantwortung. Anhand des Flussdiagramms ist gut ersichtlich, dass alle wesentlichen (auch kommunikativen) Initiativen vom Arzt ausgehen und der Patient eine grundsätzlich passive Haltung einnimmt. Als weitere Formen sprachlicher Realisierungen, die sich aus dem Modell ergeben, nennen Koerfer und Kollegen Suggestivfragen, Anweisungen oder Bagatellisierungen (ebd.: 129).

Für das diametral entgegenstehende Dienstleistungsmodell schlagen die Autoren folgendes Kommunikationsmuster vor:

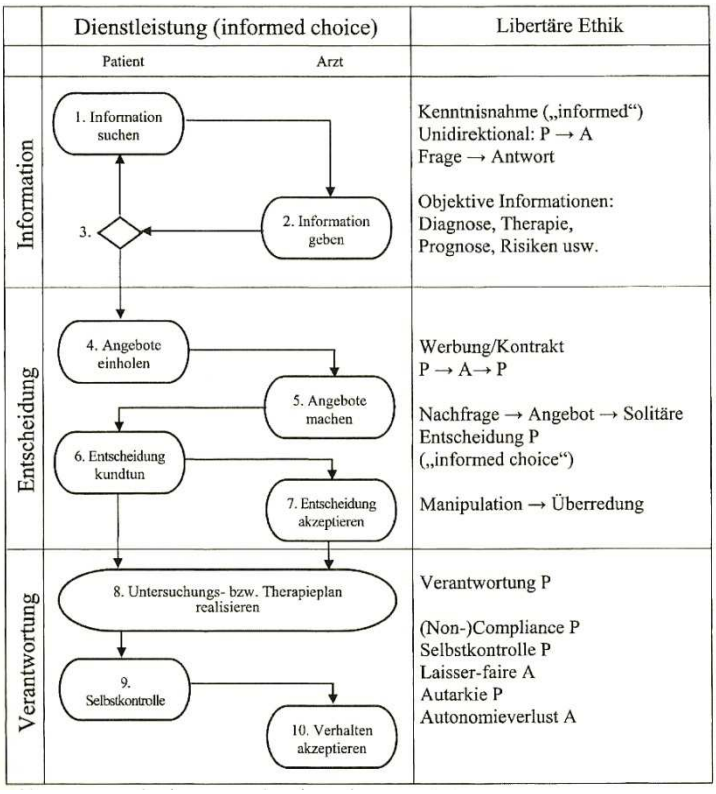

Abbildung 5: Kommunikationsmuster für Dienstleistungsmodell
(Quelle: Koerfer et al. 2008a: 135)

Im Gegensatz zum Paternalismus gehen bei diesem Modell die wesentlichen Initiativen vom Patienten aus, der darüber hinaus auch quantitativ deutlich mehr Raum im Gespräch einnimmt. In den drei Kategorien Information, Entscheidung und Verantwortung übernimmt der Patient die entscheidende Rolle[107], während der Arzt sein Fachwissen nur auf Nachfrage des Patienten offeriert bzw. dort, wo es unabdingbar ist, und in einer strengen Auslegung auch seine eigenen Werte und Einstellungen nicht ins Gespräch einbringt.[108] Theoretisch müsste damit auch eine Stärkung des Patienten in den organisatorischen Aspekten der Kommunikation wie Rederechtsverteilung, Themensetzung und Überleitung zwischen den verschiedenen Gesprächsphasen einhergehen; darauf gehen die Autoren an dieser Stelle aber nicht ein. Der Arzt hat hier je nach Ausprägung des Modells eher die Rolle eines Dienstleisters. Die Einschätzung der Autoren, dass sich daraus eine unpersönliche bis anonyme Beziehung sowie eine gewisse ärztli-

[107] Dass sich damit die Asymmetrie vollständig umkehrt, wie es zunächst den Anschein hat, bleibt aber angesichts der vielen asymmetrischen Grundvoraussetzungen (Leidensdruck etc.) mehr als fraglich, ebenso wie die bereits kritisch diskutierte Vorstellung, dass sich daraus eine symmetrische Beziehung ergibt. Die Frage kann hier nicht ausführlich diskutiert werden, doch meines Erachtens liegt es auf der Hand, dass dieses Modell nur für bestimmte medizinische Konsultationsanlässe realistisch ist. Bei hohem Leidensdruck, lebensverändernden Erkrankungen und damit einhergehenden Emotionen ist eine so starke Stellung des Patienten zwar möglich, wird aber vermutlich selten zu beobachten sein.

[108] Ich bezweifle, dass dies überhaupt möglich ist. Im weiteren Verlauf der Arbeit wird sich unter Rückgriff auf Arbeiten zur sprachlichen Realisation von Moral (vgl. beispielsweise Bergmann/Luckmann 2013b, 2013c) zeigen, dass die Gesprächspartner in der Kommunikation permanent Werthaltungen austauschen und die Arzt-Patienten-Beziehung sich auch darüber entwickelt (vgl. Kapitel 9 und 10).

che Gleichgültigkeit ergeben (ebd.: 134), erscheint mir jedoch nicht zwingend. Auch in Dienstleistungsbeziehungen sind Zugewandtheit und Empathie, hier in Form einer angemessenen, am Patienten orientierten Information und Beratung, von großer Bedeutung. Emanuel und Emanuel beschreiben die Rolle und die Aufgaben des Arztes im Dienstleistungsmodell folgendermaßen:

> „As technical experts, physicians have important obligations to provide truthful information, to maintain competence in their area of expertise, and to consult others when their knowledge or skills are lacking." (1992: 2221)

Insbesondere das nötige Vertrauen in den Arzt als verlässliche Informationsquelle *(truthful information)* ist für den Patienten entscheidend beim Abwägen seiner Handlungsoptionen und daher auch in einem Dienstleistungsverhältnis nicht zu unterschätzen (vgl. auch Jackson 2001; Clark 2002).

Den Gesprächsverlauf nach dem kooperativen Modell bzw. dem Konzept des *shared decision-making* stellen Koerfer und Kollegen schließlich folgendermaßen dar:

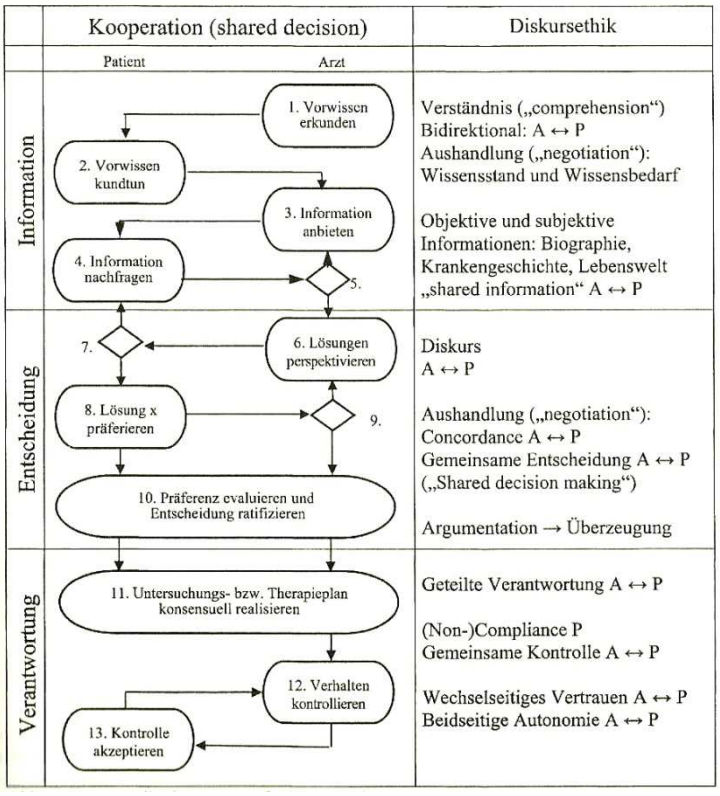

Abbildung 6: Kommunikationsmuster für Kooperationsmodell
(Quelle: Koerfer et al. 2008a: 137)

Charakteristisch für dieses Modell sind eine annähernd symmetrische Beziehung und quantitativ ausgeglichene Gesprächsanteile. Im Bereich der Information findet ein Austausch von Wissen in beide Richtungen statt (lebensweltliche und medizinische Perspektive, vgl. ebd.: 136), die Entscheidung wird konsensual getroffen, die Verantwortung dafür tragen die Gesprächspartner gemeinsam und die langfristige Ausführung und Kontrolle der Therapie obliegt beiden. Viele Rückversicherungen und der wechselseitige Abgleich von Informationen sollen dafür sorgen, dass Arzt und Patient sich im

Kommunikationsprozess als gleichberechtigt wahrnehmen und somit das Ergebnis tragen können:

> „Von dieser Möglichkeit [des Wissenstransfers] können beide Teilnehmer je nach individuellem Bedarf Gebrauch machen, wenn etwa in einem fortgeschrittenen Entscheidungsstadium Fragen und Zweifel aufkommen und für die weitere Entscheidungsfindung noch weitere Informationen eingeholt werden müssen, auf deren Grundlage sie in einen neuen Aushandlungsprozess eintreten können, in dem sie wieder mit zunächst *ergebnisoffenem* Ausgang *kooperieren* usw., bis die gemeinsame Entscheidung hinreichend gereift ist und schließlich von beiden Partnern *ratifiziert* […] werden kann." (ebd.: 137; Hervorhebungen im Original)

Als Vorteile, die sich aus dieser Gesprächsstruktur ergeben, nennen die Autoren eine Förderung der Patientenautonomie, die sich im Diskurs mit dem Arzt entwickelt, eine Steigerung der patientenseitigen Kompetenz bzw. *empowerment* (ebd.: 136), eine bessere *adherence* (vgl. auch Barry et al. 2000) und generell eine positive Auswirkung auf die Arzt-Patienten-Beziehung (vgl. auch Klemperer 2003: 36f.). Doch bleibt die an anderer Stelle in dieser Arbeit bereits ausgeführte Kritik aus meiner Sicht bestehen (vgl. Kapitel 2.4), insbesondere die an dem impliziten Postulat, dass die Asymmetrie nahezu aufgehoben würde.[109] Eine sinnvolle Durchführung dieses Modells erfordert zudem auf beiden Seiten den Willen dazu sowie beim Patienten die kognitiv-kommunikativen Möglichkeiten, Themen und Informationen selbstbewusst einzubringen (Koerfer et al 2008a: 138).

Bemerkenswert ist, dass trotz der zahlreichen medizinischen Veröffentlichungen zum Thema dieses von Linguisten entwickelte Flussdiagramm zur kooperativen Entscheidungsfindung die bisher detaillierteste Ausarbeitung der Kommunikation nach dem SDM-Konzept darstellt, die sich am konsequentesten an ethischen Konzepten orientiert. Die Autoren betonen, dass es sich bei den Modellen um Idealtypen handelt und der medizinische Alltag eher von Varianten bzw. Mischformen geprägt ist (ebd.: 138), und stellen anhand von Beispielsequenzen den Wechsel zwischen zwei Typen dar (ebd.: 142f.). Sie gehen allerdings nicht auf die Frage ein, welchen analytischen Wert die ausdifferenzierten Ablaufdiagramme haben, wenn doch häufig dazwischen gewechselt wird. Auch die Möglichkeit wiederholter Typwechsel innerhalb eines Gespräches oder die eines manifest werdenden Konflikts zwischen Arzt und Patient, die offensiv zwei unterschiedliche Modelle vertreten, wird nicht thematisiert. Damit wird zwar das Verständnis der Arzt-Patient-Beziehungsmodelle als globale Beschreibungen eines Gesprächs ansatzweise aufgebrochen, was ich ausdrücklich befürworte, doch die Dekonstruktion der Globaltypen wird nicht konsequent zu Ende gedacht. Außerdem finden sich in den theoretischen Ausführungen und im Fazit einseitige und normativ begründete Stellungnahmen zugunsten des SDM und gegen den Paternalismus und das Dienstleistungsmodell:

> „Gegenüber einem bloß *strategischen* Sprachgebrauch sowohl im *Paternalismusmodell*, bei dem der *Gehorsam* des Patienten durch Zwang und Drohung erreicht werden soll, als auch im *Dienstleistungsmodell*, bei dem die Zustimmung des Patienten als *Überredung* durch Werbung und Manipulation erschlichen werden soll, setzt das Ko-

[109] Koerfer und Kollegen sprechen sich aber an anderer Stelle ausdrücklich gegen einen „naiven Symmetriebegriff" aus (2005: 42).

> operationsmodell ausschließlich auf *Überzeugung* durch *kommunikatives Handeln*, bei dem eine gemeinsame Entscheidung kraft *guter Gründe* gesucht wird." (ebd.: 148; Hervorhebungen im Original)

Ähnliche klare Positionierungen finden sich ebenfalls in der medizinischen Literatur, dabei werden andere relevante Aspekte häufig ausgeblendet. Zum Beispiel bleibt dabei unberücksichtigt, dass die Abgabe der Verantwortung und die in einem Bedürfnis nach väterlich-fürsorglicher Hilfe begründete Folgsamkeit ein ganz konkreter Wunsch des Patienten sein kann oder dass im Dienstleistungsmodell Manipulation und Werbung nicht automatisch eine Folge des Entscheidungsfindungsmodus ist, sondern auch auf die ökonomischen Rahmenbedingungen oder eine bestimmte medizinische Sozialisation zurückgehen kann. Zudem besteht die Gefahr, dass eine einseitige Stellungnahme die deskriptive Analyse beeinflusst.

4.3 Der Analyseansatz dieser Arbeit

Sowohl Koerfer und Kollegen als auch Stivers beziehen Elemente der gesamten Konsultation in den Prozess der Entscheidungsfindung ein. Doch während Stivers betont, dass die Entscheidungsfindung ausgehandelt wird, dass sie flexibel ist und von beiden Seiten beeinflusst werden kann, bieten ihre Ausführungen keinen Ansatzpunkt für die klassischen medizinethischen Modelle. Koerfer und Kollegen beziehen diese Modelle ein, bleiben aber wiederum bis zu einem gewissen Grad der globalen und starren Perspektive der beschriebenen Typen verhaftet.

Im Rahmen dieser Arbeit versuche ich, einen Mittelweg zwischen diesen beiden Ansätzen zu finden: Einerseits soll die globale Perspektive der Modelle widerlegt, andererseits sollen aber die etablierten Begrifflichkeiten und ihre Implikationen weiterhin genutzt und fruchtbar gemacht werden. Darum orientiere ich mich in der späteren gesprächsanalytischen Auseinandersetzung mit dem empirischen Material an der Typologie von Emanuel und Emanuel (Emanuel/Emanuel 1992: 2221ff.). Obwohl es schon knapp 20 Jahre alt und ebenfalls idealtypisch angelegt ist, wird dieses Modell neben der bereits präsentierten Einteilung in Paternalismus, Kooperation und Dienstleistung im medizinethischen Forschungsdiskurs viel beachtet und auch aktuell noch diskutiert (Kettner/Kraska 2009).

Die Autoren gehen in ihrem Modell von vier Kategorien von Arzt-Patienten-Beziehungen aus. In ihrer Typologie kommen ebenfalls Paternalismus und Dienstleistungsmedizin vor, wobei Emanuel und Emanuel von „*paternalistic model*" und „*informative model*" sprechen; sie bilden die Endpunkte eines imaginären Kontinuums (vgl. die zusammenfassende Grafik von Koerfer in Kapitel 2.4). Dazwischen liegt das „*deliberative model*", das ähnlich dem Kooperationsmodell auf einen Konsens der beiden Gesprächspartner setzt. Auch hier wird davon ausgegangen, dass der Patient eine klare Meinung hat, die er im Gespräch mit dem Arzt vertreten kann, so dass die Gesprächspartner in einem gleichberechtigten argumentativen Austausch von Inhalten und Werthaltungen zu einer Einigung kommen, die beide vertreten können. Das wird allerdings schwierig oder sogar unmöglich, wenn der Patient (noch) keine klare Meinung hat und eine solche demnach auch nicht im dialogischen Austausch vertreten kann;

diese Kritik an kooperativen Entscheidungsfindungsmodellen wurde weiter oben bereits angedeutet. So ist ein Patient, der eine schwerwiegende, möglicherweise sogar infauste Prognose erhält, möglicherweise erst einmal geschockt, emotional aufgewühlt und inhaltlich überfordert und kann keine klare Meinung als Grundlage für den Entscheidungsprozess formulieren. Dies kommt in der Praxis nicht selten vor.

Hier kommt der vierte Typus von Emanuel und Emanuel ins Spiel, das „*interpretive model*". Danach hat der Arzt die Aufgabe, dem Patienten zu helfen, sich über seine Werte und Wünsche angesichts der Situation klar zu werden:

> „According to the interpretive model, the patient's values are not necessarily fixed and known to the patient. They are often inchoate, and the patient may only partially understand them; they may conflict when applied to specific situations. Consequently, the physician working with the patient must elucidate and make coherent these values." (Emanuel/Emanuel 1992: 2222)

Das „*empowerment*", das im Gegensatz zu anderen Konzepten hier nicht im kooperativen Modell, sondern separat verankert ist, soll dazu führen, dass der Patient eigene Entscheidungen treffen kann; der Arzt interpretiert das Handeln und die Äußerungen des Patienten und versucht auf dieser Basis, Handlungsmöglichkeiten und Alternativen aufzuzeigen. Hier finden sich auch Anleihen an die narrative Medizin, wenn der Arzt aus den Erzählungen des Patienten dessen Werthaltungen und Meinungen herleitet (ebd.: 2222). Der Arzt wird hier als eine Art Übersetzer und Berater verstanden. Er bewertet die Werthaltungen des Patienten jedoch nicht; dieser trifft wiederum im Rahmen der Patientenautonomie letztlich alle Entscheidungen allein.[110] Auch an diesem Modell kann sicherlich Kritik geübt werden, da der Arzt aufgrund seiner Werthaltungen und seiner Sozialisation niemals eine völlig neutrale beratende Position einnehmen kann und über seine Interpretationen auch großen Einfluss auf den Patienten ausübt.

Das Modell des *shared decision-making* lässt sich nach einem verbreiteten Verständnis als eine Mischung aus dem deliberativen und dem interpretativen Modell verstehen (Klemperer 2003: 15; Scheibler 2004). In Anlehnung an die im Kapitel zum Arzt-Patienten-Verhältnis abgebildeten Grafiken zeigt die folgende Darstellung von Jan Schildmann aus einem Vortrag im Jahr 2007, wie sich die vier Modelle von Emanuel und Emanuel auf einer Skala zwischen dem dominanten Wert bzw. medizinethischen Prinzip der Benefizienz (Heilungsauftrag der Medizin) und dem der Autonomie (Beauchamp/Childress 2009) positionieren lassen:

[110] Die Autoren verweisen hier auf eine interessante Parallele zu Beratern in politischen Prozessen, die Informationen liefern und helfen, Präferenzen zu identifizieren und Strategien auszuarbeiten, die Entscheidung aber ganz dem gewählten Politiker überlassen (Emanuel/Emanuel 1992: 2222).

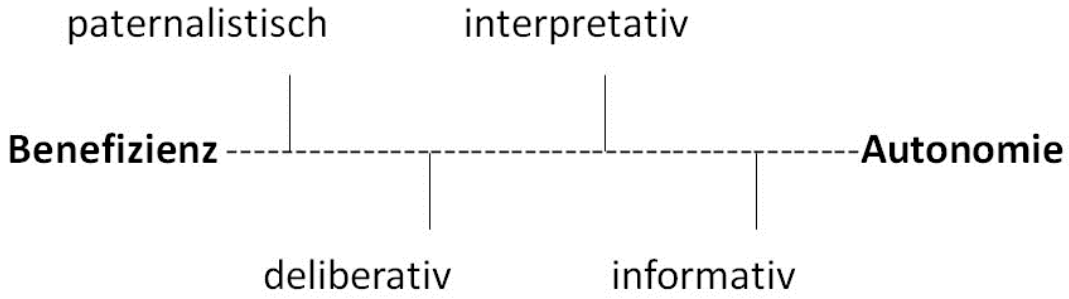

Abb. 7: Die 4 Modelle der Arzt-Patienten-Beziehung
(Quelle: Emanuel/Emanuel 1992, nach einer Vortragsdarstellung von Jan Schildmann 2007)

Emanuel und Emanuel selbst sprechen sich offen für das deliberative Modell aus (ebd.: 2225) und nehmen somit wie viele Autoren eine wertende Haltung ein. Dennoch ziehen sie Konsequenzen aus der häufig geäußerten Kritik an den Kooperations- und Konsensmodellen. Schwachstellen dieser Konzepte sind seit jeher, dass sie die herrschenden institutionellen und kommunikativen Asymmetrien vernachlässigen und implizit fordern, dass Arzt und Patient auf Augenhöhe interagieren. Darauf reagieren sie, aus meiner Sicht nachvollziehbar, mit dem interpretativen Modell. Gerade dieses Modell, das in anderen Forschungsbeiträgen oft nicht berücksichtigt wird, schließt die große Lücke zwischen dem kooperativen Ansatz und den Dienstleistungsmodellen, die, jedes auf seine Art, von ethisch reflektierten Personen ausgehen, die sich aktiv einbringen (können), und den unentschlossenen, überforderten Patienten nicht adäquat berücksichtigen. Aus diesen Gründen übernehme ich für die spätere Auseinandersetzung mit dem empirischen Material und die Suche nach sprachlichen Realisationen von Entscheidungsfindungsprozessen die hier vorgestellte vierteilige Kategorisierung.

5. Die medizinische Ausbildung

Das Studium der Humanmedizin in Deutschland hat sich in den letzten Jahren tiefgreifend gewandelt und ist weiter in Bewegung. Haftete ihm lange Zeit das Image einer sehr konservativen Didaktik und Struktur an, so sind einige seiner Fachbereiche inzwischen fakultätsübergreifend führend in der Etablierung innovativer Lehr- und Prüfungsformate. Dieses Kapitel umreißt kurz den Werdegang und den aktuellen Stand der medizinischen Ausbildung, um damit einerseits die Rahmenbedingungen der später analysierten Daten zu erläutern und andererseits Ansatzpunkte für praktische hochschuldidaktische Konsequenzen dieser Arbeit zu bestimmen.

5.1 Grundzüge der historischen Entwicklung des deutschen Medizinstudiums[111]

Als sich das Studium der Humanmedizin im auslaufenden 19. und beginnenden 20. Jahrhundert in Deutschland bzw. seinen Vorläuferstaaten institutionalisierte, war es wesentlich durch einen starken Bezug zu den Naturwissenschaften und eine fortschreitende Technisierung charakterisiert. Schon ab den 1840er Jahren wurde von Ärzten kritisiert, dass

> „[…] das humanistische Gymnasium die künftigen Ärzte im Bereich der Naturwissenschaften unzureichend vorbilde, und daraus entweder die Forderung nach stärkerer Berücksichtigung naturwissenschaftlicher Fächer im Gymnasialunterricht oder nach Vorbildung der Medizinstudenten auf einer Realschule abgeleitet." (Huerkamp 1985: 79)

Ein zentraler Schritt auf diesem Weg zur naturwissenschaftlich geprägten Medizin (der auf lange Sicht durchaus nicht unumstritten war, vgl. Bohrer et al. 2010) war die Abschaffung des „tentamen philosophicum" in Preußen im Jahr 1861 und seine Ersetzung durch das „tentamen physicum", das bis heute existiert (Huerkamp 1985: 102; Gerabek et al. 2005: 122). Gestützt wurde diese Entwicklung durch die Nachwirkungen philosophischer Überlegungen aus der Zeit des Absolutismus: Der Körper wurde hier weniger als Ganzes gesehen denn als eine Einheit aus verschiedenen Teilen, die einzeln repariert werden können (vgl. Ehlich 1993:70). Die Objektivierung des Patienten innerhalb dieser Maschinenmetapher in Kombination mit immer neuen technischen Möglichkeiten führte dazu, dass die Ärzte ihre Arbeit eher als Handwerk bzw. als eine technische Wissenschaft ansahen und der Patient dabei in den Hintergrund rückte. Durch medizinische Technik und Apparaturen konnten Krankheitsphänomene zum Teil objektiv erfasst werden; dadurch verlor das Gespräch – früher *das* zentrale Mittel der Informationsgewinnung – zunehmend an Bedeutung (Klemperer 2003: 8). Die Erfolge der medizinischen Technisierung gingen dabei Hand in Hand mit der starken Veranke-

[111] Selbstverständlich kann in diesem Rahmen kein vollständiger Überblick über die Geschichte des Medizinstudiums gegeben werden. Im Folgenden werden nur einige Meilensteine seiner Entwicklung genannt, die für die aktuellen Entwicklungen in der Medizin und die spätere Diskussion von Bedeutung sind. Für verschiedene Perspektiven auf die Entwicklung der ärztlichen Ausbildung und Professionalisierung siehe u. a. Simmer 1970; Eckart 2005; Huerkamp 1985; Linnen 2007.

rung der Naturwissenschaften (vgl. Kaupen-Haas et al. 1993: 151-152). Dieser starken naturwissenschaftlichen Fundierung ist es zu verdanken, dass das deutsche Medizinstudium Ende des 19. Jahrhunderts international einen guten, wenn auch einseitigen Ruf hatte, der auch heute noch wirkmächtig ist:

> „Positiv wird am deutschen Medizinstudium immer noch die systematische Ausbildung in den Grundlagenwissenschaften hervorgehoben. Vor allem Studierende, die zeitweise in den für ihre ärztliche Ausbildung gelobten Ländern USA oder Großbritannien studieren, berichten davon, dass sie für ihr breites Grundlagenwissen und das darin gründende wissenschaftliche Verständnis Anerkennung finden, während ihnen die angloamerikanischen Kommilitonen allerdings in klinisch-praktischer Hinsicht überlegen seien." (Fabry 2008: 14)

Das Zitat zeigt zugleich, mit welchen Schwierigkeiten die Ausrichtung des Studiums in Deutschland verbunden war: einer mangelnden Vorbereitung auf die konkrete Patientenversorgung in der Klinik. Daher wurde schon 1901 die Prüfungsordnung geändert und das Praktische Jahr eingeführt, eine an das Studium anschließende Phase, die die fehlende Praxisvorbereitung in der Universität ausgleichen sollte (Huerkamp 1985: 74, 78ff.; Simmer 1970: 180). Doch die Diskussion um die ärztliche Ausbildung setzte sich auf verschiedenen Ebenen fort, wie u. a. Programmauszüge des „1. Allgemeinen Studententages deutscher Hochschulen in Würzburg" (17.-19.07.1919) belegen:

„1) die Umgestaltung des Unterrichts

2) eine Neugliederung des vorklinischen Studiums

3) eine neue Gliederung des klinischen Studiums

4) die den veränderten Studienbedingungen angepasste neue Form der Prüfungen." (zitiert nach Nippert 2004: 22)

Nippert verweist in diesem Zusammenhang darauf, dass die „Tagungspunkte 1.1 besonderer Wert wird auf die praktische Ausbildung gelegt; 1.2 das Studium soll in vier vorklinische und sechs klinische Semester verfallen" (ebd. 22) als Forderungen bis heute prinzipiell erhalten geblieben sind und sich auch bei der Neukonzeption der Approbationsordnung von 2002 (siehe Kapitel 5.4.2) wiederfinden. Nach der Zeit des Nationalsozialismus (auf die hier aus Platzgründen nicht näher eingegangen werden kann; für eine Übersicht siehe van den Bussche 1993, für ein konkretes Beispiel zur Bonner Medizinischen Fakultät Forsbach 2006) wurde die „Bestallungsordnung für Ärzte"[112] von 1939 im Jahr 1953 zunächst überarbeitet und 1970 schließlich durch eine neue Approbationsordnung ersetzt (Haage 2003; Gerabek et al. 2005: 122). Diese sollte vor allem die starke Trennung von theoretischer und praktischer Ausbildung aufweichen und die Ausbildung am Krankenbett („bedside teaching") als dominierende Lehrform etablieren (Linnen 2007: 9). In den 32 Jahren ihres Bestehens bis zu ihrer Neuformulierung 2002 wurde die Approbationsordnung allerdings häufig geändert, so dass die jeweiligen Fassungen im Durchschnitt nur 3,6 Jahre gültig waren (Nippert 2004: 22). Die Überarbeitungen betrafen im Wesentlichen den „[…] Bereich der Prüfungen, z. B. die differenzierte Benotung (1983), zusätzliche mündliche Prüfungsanteile in der Ärztli-

[112] Die neue Version von 1953 beinhaltete ein Studium von 11 Semestern und eine zweijährige Medizinalassistentenzeit im Krankenhaus.

chen Vorprüfung (Physikum) sowie im 2. Abschnitt der Ärztlichen Prüfung und die Einführung der Ärztin bzw. des Arztes im Praktikum (ÄiP/AiP) (1986)“ (Linnen 2007: 10).

Die Änderungen der Approbationsordnung zielten oft darauf ab, den Praxisbezug zu stärken und die theoretischen und praktischen Anteile im Studium stärker zu verbinden. Diese hohe Novellierungsfrequenz, die in anderen akademischen Fächern kaum vorstellbar wäre, dokumentiert anschaulich die sich ungewöhnlich schnell wandelnden Anforderungen an den Beruf des Arztes (Nippert 2004: 22), aber auch die hohen gesellschaftspolitischen Forderungen in Bezug auf das Studium der Humanmedizin.

5.2 Kritik am Medizinstudium

Die Auseinandersetzung mit der ärztlichen Ausbildung hat also nicht nur seit der ersten Approbationsordnung kaum nachgelassen (vgl. Heimpel 1993), sondern wurde kontinuierlich weitergeführt und führt in regelmäßigen Abständen (und auch aktuell) zu Reformen des Medizinstudiums und der Approbationsordnung, die weiter unten detaillierter erläutert werden. Die Kritik am Medizinstudium bezog und bezieht sich hauptsächlich auf fünf Aspekte:

1) Verhältnis von Theorie und Praxis
   Ein Thema, das ab den Anfängen der neuzeitlich institutionalisierten Medizin Mitte bis Ende des 18. Jahrhunderts und ab der Professionalisierung der Ärzteschaft (Jütte 1997a: 17ff.; Frevert 1984: 36ff.) sowie der damit verbundenen Abgrenzung gegenüber anderen Gesundheitsberufen wie Hebammen, Wundärzte oder Chirurgen (vgl. Frevert 1984: 40f.; Karenberg 1997: 179; Huerkamp 1985: 22ff.) leidenschaftlich diskutiert wurde, ist die Balance zwischen theoretischer Fundierung und praktischer Vorbereitung des ärztlichen Handelns.[113] Im Gegensatz zu vielen anderen akademischen Fächern hat das Studium der Humanmedizin zusätzlich zu seiner wissenschaftlichen Basis mit der Patientenversorgung auch ein konkretes praktisches und problemgeleitetes Ausbildungs-

[113] Dabei ist anzumerken, dass eine praktisch orientierte Ausbildung als Ergänzung zur akademischen Bildung vereinzelt auch schon weit vor dem 18. Jahrhundert existierte, das Konzept an sich ist also nicht neu (Karenberg 1997: 23ff.). Vermutlich ist dieses Spannungsverhältnis zwischen theoretischem Wissen und praktischen Fertigkeiten eine Grundkonstante der Medizin bzw. der Profession Arzt. Schon in der antiken Medizin gab es neben den praktischen Tätigkeiten eine ganze Reihe theoretischer, philosophischer und theurgischer Grundlagen, die als essentiell für das ärztliche Handeln angesehen wurden (Eckart 2005: 8ff.). Insbesondere im Mittelalter lässt sich diese Unterteilung in verschiedenen geografischen Räumen nachweisen. Während im islamischen Raum in der Zeit von 1000 bis 1200 das „bedside-teaching“ eine Blüte erlebte, fußte die ärztliche Ausbildung im christlichen Europa auf klösterlicher und kirchlicher Heilkunde, aus der sich schließlich die theoretisch ausgerichteten Medizinschulen und Universitäten entwickelten (Karenberg 1997: 24). Diese historisch beobachtbaren Tendenzen lassen sich allerdings nicht generalisieren, da es wie oben angedeutet häufig auch andere Formen der Ausbildung gab, der Arzt nur ein medizinischer Beruf unter vielen war und es daher ein breites Spektrum an Heilberufen gab (Huerkamp 1985: 40); zudem gibt es über die Formen der medizinischen Ausbildung zum Teil schlichtweg keine Aufzeichnungen mehr. Detaillierte Auseinandersetzungen zu einigen neuzeitlichen Entwicklungen finden sich u. a. bei Karenberg 1997 (zur Entwicklung der Universitätskliniken in Deutschland zwischen 1760 und 1840) und bei Huerkamp 1985 (zur Professionalisierung der Ärzte im 19. Jahrhundert).

ziel;[114] deshalb kann die Medizin im Gegensatz zu theoretischen Wissenschaften wie etwa der Philosophie oder der Biologie auch als *praktische Wissenschaft* bezeichnet werden (Wieland 1986; Gethmann 1996; für eine Zusammenfassung der Diskussion siehe Fabry 2008: 26-29). Diese beiden Seiten – theoretische Grundlagen und praktische Handlungsanleitung und Übungen – im Stundenplan angemessen zu berücksichtigen[115], ist jedoch nicht nur ein organisatorisches Problem[116], es berührt darüber hinaus die Frage der grundsätzlichen Prioritätensetzung (und der Werte, auf denen sie basiert), und die wird von verschiedenen Interessengruppen und Verbänden unterschiedlich beantwortet. Einerseits soll an der oben beschriebenen systematischen Ausbildung in den Grundlagenwissenschaften festgehalten werden, aus der nicht zuletzt auch die Forschungsstärke im Rahmen der Vorklinik entspringt (Müller 2008); andererseits wird der so genannte „Praxisschock" bemängelt, der eintritt, wenn junge Mediziner nach der Approbation ins Krankenhaus kommen und sich mit ganz anderen Prioritäten, Abläufen und Hierarchien als im Studium konfrontiert sehen (Federkeil 2004: 12; Richter-Kuhlmann/Stüwe 2011).

2) Wissenszuwachs
Das bestehende medizinische Wissen nimmt so rasant zu, dass es selbst für Fachärzte zunehmend schwieriger wird, immer auf dem neuesten Stand zu sein (Buddeberg 2004: 6; aus studentischer Perspektive: Schricke et al. 2010). Man geht inzwischen davon aus, dass „nach zehn Jahren […] die Hälfte des medizinischen Wissens bereits überholt [ist] – in einigen Gebieten wie der Biotechnologie dauert dieser Zyklus gerade mal sechs Monate" (36. Interdisziplinäres Symposium der Bundesärztekammer, zitiert nach Weiß 2012). Dies hat unter ande-

[114] Selbstverständlich ist die Patientenversorgung nicht der einzige Berufsweg, den ausgebildete Ärzte einschlagen (können). Es gibt darüber hinaus u. a. Möglichkeiten in den Medien, in Industrie oder der Hochschule mit den Bereichen Forschung und Lehre. Hier bestehen Parallelen zum Studium der Rechtswissenschaften sowie zum Lehramt, die ebenfalls eine praktisch ausgerichtete Ausbildung mit den Ansprüchen eines wissenschaftlichen Studiums verbinden müssen (Fabry 2008: 25). Laut einer Studie aus dem Jahr 2010 entsteht zwischen dem Studium der Humanmedizin und der Anmeldung bei einer Ärztekammer ein nicht unerheblicher Verlust von ausgebildeten Medizinern (Kopetsch 2010: 43-44). Insgesamt waren es in den Jahren 2003-2008 ungefähr 11,6 % der Absolventen, die entweder ins Ausland gingen oder nicht direkt als Arzt arbeiteten, sondern eine Tätigkeit in anderen Bereichen aufnahmen.

[115] Die Ärztliche Approbationsordnung formuliert die gewünschte Integration der beiden Bestandteile im Medizinstudium direkt in Paragraph 1: „Die Ausbildung zum Arzt wird auf wissenschaftlicher Grundlage und praxis- und patientenbezogen durchgeführt." (ÄAppO 2002) Zudem sind „Seminare im Umfang von mindestens 98 Stunden als integrierte Veranstaltungen, in die geeignete klinische Fächer einbezogen werden" (ebd.) und „weitere Seminare mit klinischem Bezug im Umfang von mindestens 56 Stunden" (ebd.) für den vorklinischen Studienabschnitt vorgeschrieben. Im weiteren Verlauf der ÄAppO werden sowohl inhaltliche Themen als auch Veranstaltungsformen und Praktika grob vorgegeben und definiert. So gibt es zwar in der jeweiligen Universität vor Ort noch Gestaltungsspielraum, aber die Integration der praktischen und theoretischen Studienanteile ist schon auf gesetzlicher Ebene festgeschrieben.

[116] In Deutschland hat sich eine Aufteilung des 12 Semester umfassenden Medizinstudiums in eine stark naturwissenschaftlich dominierte vorklinische Phase (4 Semester) und eine praxisorientierte klinische Phase (6 Semester mit anschließendem Praktischen Jahr) durchgesetzt. Allerdings ist gerade diese strikte Aufteilung derzeit mehr oder weniger in Auflösung begriffen, da viele medizinische Fakultäten in ihren neueren Reformansätzen versuchen, vorklinische und klinische Inhalte miteinander zu verschränken bzw. für eine vertikale Durchlässigkeit der Fächer zu sorgen (siehe 6.4.1).

rem dazu geführt, dass das Lernpensum in der Medizin immer weiter erhöht und der Stundenplan um zusätzliche Fächer oder Querschnittsbereiche erweitert wurde[117], ohne dass nennenswerte andere Bereiche entfielen. Diese inhaltliche Überfrachtung hat zur Folge, dass oftmals nur noch oberflächliches und auf Prüfungen ausgerichtetes Lernen möglich ist und „dass auch zentral wichtige Inhalte im ‚Hintergrundrauschen' der umfangreichen und vielfältigen Details verloren gehen" (Fabry 2008: 18). Ein weiteres Problem ist, dass bei den neuen Inhalten die didaktische Umsetzung (Zeitrahmen, Semesterverortung, Prüfung etc.) und die genaue Fächerzugehörigkeit oft unklar sind und daher von Universität zu Universität teilweise stark variieren.[118] Immer wieder wurde angemahnt, die Lehrinhalte grundlegend neu zu strukturieren und besser zu koordinieren und in diesem Zusammenhang auch die angehäufte Stofffülle zu reduzieren (vgl. beispielsweise Gebert 2002), doch dies ist ein wissenschaftlich wie gesellschaftspolitisch schwieriges Unterfangen und wurde bisher kaum umgesetzt. Die neuen Modell- und Reformstudiengänge (siehe 6.4.1) begegnen dieser Herausforderung zwar mit inhaltlichen Verschränkungen und fächerübergreifenden Veranstaltungen, aber erst eine langfristige Begleitevaluation wird zeigen, inwiefern dies gelungen ist.

3) Wandel des Krankheitsspektrums
Insbesondere in den Industrienationen hat sich mit dem geänderten Arbeits- und Lebenswandel auch das Spektrum der Krankheiten gewandelt, was wiederum zu Konsequenzen im Gesundheitssystem geführt hat. Hier seien beispielhaft die Bereiche Ernährung, Bewegung und der Konsum von Genussmitteln, die zu chronischen Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems und zur Entstehung gewisser Malignome führen können (Holmann 2004), sowie der demographischen Wandel und auch die aktuell intensiv diskutierte (und umstrittene) starke Zunahme von psychischen und psychiatrischen Erkrankungen zu nennen (Horwitz/Wakefield 2007; Richter 2008). Götz Fabry verweist darauf, dass diese Krankheitsbilder neben den klassischen therapeutischen Ansätzen insbesondere präventive, beratende und unterstützende Maßnahmen erfordern, um die notwendigen Verhaltensänderungen beim Patienten zu erreichen (Fabry 2008: 19).

4) Arztrolle und Professionalisierung
Ein weiterer Aspekt, der sich allerdings eher aus jüngeren Entwicklungen im Gesundheitssystem ergibt, betrifft den Wandel der Arztrolle. Dieser umfasst unter anderem eine stärkere interdisziplinäre Zusammenarbeit im Gesundheitssystem, sowohl zwischen den verschiedenen ärztlichen Fachgebieten als auch mit anderen Professionen des Gesundheitswesens wie beispielsweise Psychologen, Ergo- und Physiotherapeuten und den Pflegeberufen (vgl. Kaba-Schönstein/Kälble 2004; Finch 2000; Frank 2005: 15). Auch im niedergelasse-

[117] Zuletzt waren dies die Querschnittsbereiche „Palliativmedizin" (2009) und „Schmerzmedizin" (2012). Für eine vollständige Übersicht siehe ÄAppO 2002 in der aktualisierten Version von 2013, § 27.

[118] Dies lässt sich beispielhaft an der konkreten Umsetzung des Themas Interkulturalität in der medizinischen Lehre zeigen: Je nach Universität ist dafür die Medizinische Psychologie, die Allgemeinmedizin, die Psychosomatik oder die Medizinische Ethik zuständig (um nur einige zu nennen); entsprechend heterogen ist die inhaltliche und didaktische Umsetzung (Grützmann et al. 2012: 329-331).

nen Bereich arbeiten immer mehr Ärzte im Rahmen einer Behandlung zusammen; damit kommt dem Hausarzt im Behandlungsprozess die Rolle eines Koordinators zu (vgl. Schnee 2002). Schließlich sind es auch rechtliche Bedingungen (zum Beispiel in Bezug auf Patientenverfügungen oder die informierte Einwilligung im Vorfeld eines medizinischen Eingriffs[119]), klinisch-ethische Fragen (für einige Beispiele aktueller Themen siehe Vollmann et al. 2009: 141ff.) und neuere Erkenntnisse zum Thema Gesundheitsprävention bei Ärzten selbst (Ratanawongsa 2008; Travado 2005), die eine weitergehende Professionalisierung des Arztberufs und die Möglichkeit strukturierter Reflexion schon im Studium erforderlich machen.

5) Hochschuldidaktische Erkenntnisse
   Es waren nicht zuletzt die Erkenntnisse der kognitiven und pädagogischen Psychologie sowie der medizinischen Ausbildungsforschung in den Bereichen Lerner- bzw. Studentenzentrierung, der intrinsischen und extrinsischen Motivation, der Problemorientierung, verschiedener Prüfungsverfahren sowie Lernstrategien und Lernumgebungen (Fabry 2008: 19ff, 183ff.), die die Kritik an der bestehenden Hochschuldidaktik im Medizinstudium förderten und an vielen Standorten eine Entwicklung neuer Ansätze in die Wege leiteten (Harden et al. 1984).

Die Auseinandersetzungen um die medizinische Ausbildung und die Gründe dafür waren und sind kein deutsches Phänomen; vielmehr wird weltweit kritisiert, „dass die medizinische Ausbildung sich weder den veränderten Bedingungen im System der Gesundheitsversorgung hinreichend angepasst hat noch den Bedürfnissen und Erwartungen der Gesellschaft“ (WFME 2003, zitiert nach Fabry 2008: 17). Im angloamerikanischen Raum hatten diese Beobachtungen allerdings deutlich früher Konsequenzen für die ärztliche Ausbildung als in Deutschland.

5.3 Internationale Entwicklungen

Ein Meilenstein in der Entwicklung einer modernen medizinischen Lehre in Nordamerika war der so genannte Flexner Report (Flexner 1910), der die ärztliche Ausbildung in den Vereinigten Staaten und Kanada untersuchte und verschiedene Forderungen hinsichtlich einer besseren Qualität sowie einer stärkeren Regulierung und Kontrolle postulierte. Inhaltlich formulierte Flexner unter anderem Empfehlungen für striktere Zulassungsvoraussetzungen, die Ausgestaltung der Ausbildung in den Krankenhäusern sowie für das Spannungsverhältnis von wissenschaftlicher und praxisorientierter Lehre, wobei er hier beiden Aspekten Relevanz zusprach (Hudson 1992). Die Umsetzung des Reports führte zu einer starken Verkleinerung der Anzahl der *medical schools*, einer längeren und standardisierten Ausbildung und zur erhofften Qualitätssteigerung (ebd.: 7f.). Damit wurde das amerikanische System der medizinischen Ausbildung geschaffen,

[119] Gerade der Fall der informierten Einwilligung *(informed consent)* macht die vielfältigen Wechselwirkungen zwischen medizinrechtlichen und medizinethischen Fragestellungen deutlich. Zur Geschichte und den ethischen Implikationen des *informed consent* vgl. beispielsweise Vollmann 2000a und 2000b.

wie es auch heute noch in wesentlichen Grundzügen existiert. Die unter 5.2 beschriebenen Kritikpunkte und die daraus resultierenden Anforderungen an ein zeitgemäßes Medizinstudium führten insbesondere in Nordamerika (aber auch in Großbritannien) in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts zu zwei weiteren wesentlichen Entwicklungen, die später auch die Veränderungen des deutschen Medizinstudiums stark prägten und daher an dieser Stelle kurz skizziert werden.

Zunächst wurde eine Reihe innovativer didaktischer Methoden in die ärztliche Ausbildung integriert. Unter anderem wurden die ersten Schauspieler als Simulationspatienten eingesetzt (Barrows/Abrahamson 1964)[120], das Konzept des *problem-based learning*[121] (Bussigel et al. 1988) und neue Prüfungsformen wie OSCE[122] (= Objective Structured Clinical Examination, vgl. Harden et al. 1975; Harden et al. 1979) und OSLER[123] (= Objective Structured Long Examination Record, vgl. Gleeson 1992; Gleeson 1997) wurden erprobt und schließlich in das Medizinstudium integriert. Die Methoden wurden im Laufe der Zeit verfeinert und mit ausführlicher Lehrforschung begleitet; inzwischen gehören sie zum Standard der medizinischen Ausbildung sowohl im angloamerikanischen Raum als auch in vielen anderen Ländern, in die die Konzepte exportiert wurden. Auch an deutschen Universitäten werden diese didaktischen Herangehensweisen inzwischen in verschiedener Weise eingesetzt, wenngleich sich Umfang und Art der Durchführung standortabhängig durchaus deutlich unterscheiden. Von einer breiten und standardisierten Umsetzung kann derzeit noch nicht gesprochen werden, auch wenn die feste Verankerung der beschriebenen Methoden in vielen Curricula sowie die bundesdeutsche Vernetzung in Sachen Medizindidaktik langfristig in diese Richtung weisen.

[120] Die Methode der Simulationspatienten im Medizinstudium wird in Kapitel 6.3.2 näher erläutert.

[121] Beim Problemorientierten Lernen (POL) wird weniger fächerspezifisch und systematisch gelernt, sondern von beruflichen Anwendungskontexten ausgegangen und der Wissenserwerb darauf ausgerichtet, diese konkreten Problemstellungen erfolgreich zu bearbeiten. Hierbei wird in der Medizin häufig von einem konkreten Patienten und seinen Symptomen und Lebensumständen ausgegangen. Auf der Basis dieser Fallvignetten werden von den Studierenden Lernziele zu den Beschwerden, aber auch zum nötigen Hintergrundwissen formuliert, ein Selbststudium organisiert und das Wissen schließlich präsentiert und diskutiert, so dass der Fall „gelöst" werden kann. Weitere zentrale didaktische Merkmale dabei sind Arbeit in Kleingruppen, selbstverantwortliches Lernen, Betreuung durch einen Tutor und eine feste Struktur der POL-Lernsitzungen. Weitere Ausführungen zur Methode und den 7 Schritten des POL sowie hochschuldidaktische Überlegungen dazu finden sich in Fabry 2008: 154ff., Barrows/Tamblyn 1980, Engel 1991 sowie in Form einer thematischen Übersichtsarbeit bei Koh et al. 2008.

[122] Bei der objektivierten strukturierten klinischen Prüfung (OSCE) durchlaufen Studierende eine gewisse Anzahl von Prüfungsstationen, in denen sie unterschiedliche Aufgaben bearbeiten müssen und dabei von verschiedenen Beobachtern bewertet werden. Diese Aufgaben reichen von der Interpretation von Labordaten über fachspezifische Erklärungen am Modell bis hin zur Demonstration von Untersuchungs- und Gesprächsführungstechniken (meist mit einem Simulationspatienten). Die Beurteilung erfolgt entweder anhand einer Checkliste oder einer Globalskala. Für eine Übersicht siehe Fabry 2008: 218ff.

[123] Beim OSLER wird ein Studierender mit mehreren Patienten konfrontiert und dabei von zwei Prüfern begleitet. Die Bewertung findet anhand eines strukturierten Beobachtungsbogens statt, auf dem verschiedene Bereiche genannt sind wie z. B. die Auseinandersetzung mit klinischen Befunden oder Untersuchungs- und Gesprächstechniken. Der ermittelte Punktewert wird schließlich in eine Note umgerechnet.

Die zweite und wesentlich wirkmächtigere Veränderung erfolgte im Bereich der Curriculums- und Lernzielentwicklung. Hier entfernte man sich von den klassischen Fächereinteilungen, stattdessen wurden standortübergreifend kompetenzbasierte Lernzielkataloge für das Berufsfeld des modernen Arztes erstellt. Die ersten beiden Lernzielkataloge dieser Art, die auch international stark rezipiert wurden, waren das kanadische CanMEDS Physician Competency Framework (für die aktuellste Version vgl. Frank 2005) sowie aus Großbritannien Tomorrow‘s Doctor (General Medical Council 1993, später jeweils deutlich überarbeitet in den Versionen von 2003 und 2009) und The Scottish Doctor (Simpson et al. 2002, aktuell in der 3. Auflage: Scottish Deans‘ Medical Curriculum Group 2008). Diesen folgten in Kontinentaleuropa unter anderem Lernzielkataloge in den Niederlanden (Laan et al. 2010) und der Schweiz (Working Group under a Mandate of the Joint Commission of the Swiss Medical Schools 2008). Selbstverständlich gab es in den einzelnen Ländern, den Fakultäten und den gesetzlichen Vorgaben für die ärztliche Ausbildung auch vorher schon Lernziel- bzw. Inhaltskataloge, neu waren aber die outcome- und kompetenzorientierten Ansätze, die sich stärker an den beruflichen Notwendigkeiten statt an fachspezifischen Vorgaben ausrichteten.

Beispielhaft soll im Folgenden das CanMEDS (Canadian Medical Education Directives for Specialists) Framework als das vermutlich bekannteste Referenzmodell vorgestellt werden. Es wurde 1993 als Projekt gestartet, um die Kernkompetenzen zu ermitteln, die ein Arzt braucht, um seinen Beruf und seine gesellschaftliche Funktion bestmöglich zu erfüllen. Im Jahr 1996 wurde es vom Royal College of Physicians and Surgeons of Canada (RCPSC, siehe http://www.royalcollege.ca [Stand: 15.01.2015]), einer gesetzlich initiierten, aber staatsunabhängig geführten Organisation für die kanadische Facharztweiterbildung und -zertifizierung, übernommen und in die Akkreditierung und Evaluation der ärztlichen Fort- und Weiterbildungsangebote integriert. CanMEDS selbst wurde in einem breiten, landesweiten Prozess von verschiedenen Institutionen im medizinischen (Bildungs-)System Kanadas gemeinsam erstellt und wie die meisten Lernzielkataloge inzwischen mehrfach überarbeitet.[124] Obwohl es sich zunächst auf ein fachärztliches Kompetenzniveau bezog, ist es inzwischen sowohl in Kanada als auch international in der Ausbildung von Ärzten und auch in anderen Gesundheitsberufen weit verbreitet (Frank 2005: Vff.). CanMEDS geht im Wesentlichen davon aus, dass Fachwissen allein nicht ausschlaggebend für einen „guten Arzt“ ist, sondern dass der Beruf des Arztes sich aus verschiedenen Rollen zusammensetzt, die jeweils bestimmte Kompetenzen erfordern. Die folgende Grafik von CanMEDS zeigt die verschiedenen Rollen, die der Arzt in seinem Berufsalltag einnehmen muss:

[124] Zu den einzelnen Phasen dieses Prozesses siehe Frank 2005: 4.

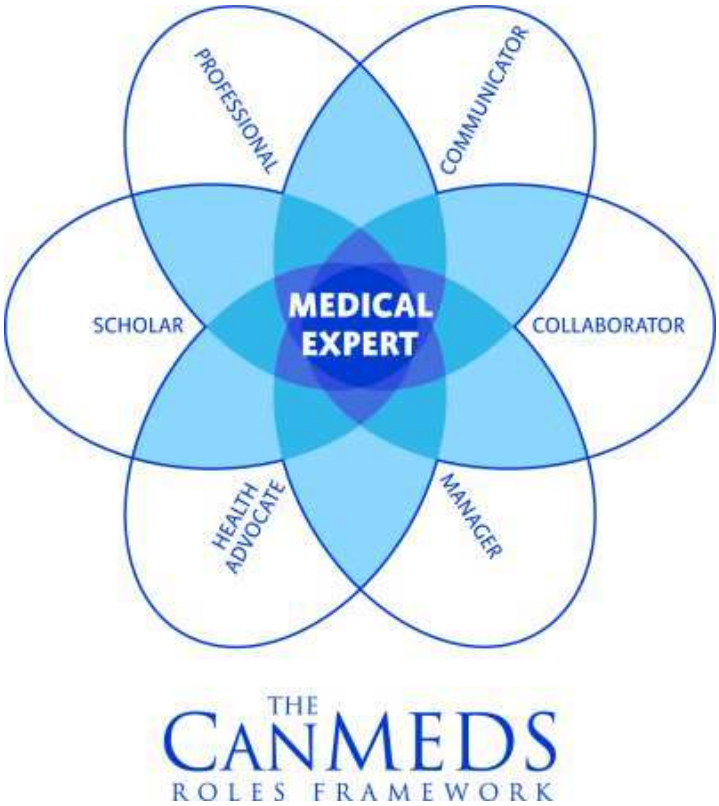

Abbildung 8: The CanMEDS Roles Framework
(Quelle: http://medical-imaging.utoronto.ca/residenc/resprogram/canmeds.htm [Stand: 15.01.2015])

Im Zentrum dieses Modells steht die Rolle des *Medical Expert*, der über die nötige medizinische Fachkenntnis verfügt. Hinzu kommen aber sechs weitere Rollen, in denen die medizinische Expertise des Arztes auf unterschiedliche Weise eingebettet bzw. gefordert ist. Diese Rollen entsprechen oftmals nicht dem klassischen ärztlichen Selbstverständnis, entsprechend spielten sie in der Aus- und Fortbildung bisher keine oder nur eine geringe Rolle. Dazu gehört beispielsweise der *Collaborator* (ebd.: 15), der im Rahmen der Patientenbehandlung mit ärztlichen Kollegen verschiedener Disziplinen oder anderen Berufsgruppen innerhalb des Gesundheitswesens zusammenarbeitet, oder der *Manager* (ebd.: 17), der sich um organisatorische und finanzielle Aspekte kümmert und sich in der Struktur des Gesundheitssystems auskennt. Für die vorliegende Arbeit ist besonders der *Communicator* von Bedeutung (ebd.: 12), der einerseits medizinethische Elemente wie die Entscheidungsfindung und die Reflexion der Arzt-Patienten-Beziehung (in diesem Fall *shared decision-making*) beschreibt, andererseits aber auch kommunikative Aspekte wie Empathie, nonverbales Verhalten und patientenzentrierte Kommunikation beinhaltet. In den konkreten Rollenvorstellungen und den untergeordneten Lernzielen sind ethische und kommunikative Kompetenzen bereits kombiniert, was den allgemeinen internationalen Trend in neueren Lernzielkatalogen widerspiegelt und auch im Rahmen dieser Arbeit in der theoretischen und empirischen Auseinandersetzung mit dem medizinischen Entscheidungsfindungsprozess zu beobachten sein wird.

5.4 Reformprozesse in Deutschland

Die Hinwendung zu einer Kompetenz- und Outcomeorientierung sowie zu beruflichen Rollen und der Formulierung von fachübergreifenden Lernzielen, die in den internationalen Lernzielkatalogen sichtbar wird, hatte großen Einfluss auf die jüngere Entwicklung der ärztlichen Ausbildung in Deutschland (vgl. Scheffner 1999). Eine von der Robert Bosch Stiftung in Auftrag gegebene Übersichtsstudie (Müller 2012) fasst mit ihrem Titel „Wir befinden uns in einer permanenten Reform (…)"anschaulich zusammen, wie viel sich in den letzten Jahren getan hat. Im Folgenden werden die drei wichtigsten Reformprozesse skizziert.

5.4.1 Modell- und Reformstudiengänge

Die ersten Schritte der Reform bestanden in Modellstudiengängen[125], die um die Jahrtausendwende an einigen bundesdeutschen Standorten ins Leben gerufen wurden. Dazu gab es von der Politik und der Ärzteschaft bereits konzeptionelle Vorarbeiten, die für Reform- und Modellprojekte eine Orientierung an praxisnahen und versorgungstechnischen Gesichtspunkten verlangten (Murrhardter Kreis 1995; Wissenschaftsrat 1999: 46ff.).

Den Anfang dabei machte – ausgelöst durch Studierendenproteste Ende der 1980er und Anfang der 1990er Jahre (Linnen 2007: 11) – die Charité in Berlin im Jahr 1999 mit dem Reformstudiengang Medizin (RSM), der parallel zum bestehenden Regelstudiengang eingerichtet wurde.[126] Kurz darauf folgten auch andere Universitätsstandorte mit der Einführung von Modellstudiengängen; hier seien nur beispielhaft die Privatuniversität Witten/Herdecke[127], die RWTH Aachen[128] und die Ruhr-Universität Bochum[129] genannt. Auf diese „Gründungswelle" folgten in den Jahren darauf intensive Begleitforschungen und Diskussionen in der Scientific Community (vgl. zu verschiedenen Themen wie *problem-based learning*, Prüfungskonzeptionen und Kommunikationsschulungen beispielsweise Kandulla 2011, Georg et al. 2006 oder Veit et al. 2009).[130]

[125] Als Modellstudiengänge werden in der Medizin Varianten des herkömmlichen Regelstudiengangs verstanden, die aufgrund einer landesrechtlichen Sondergenehmigung zeitlich befristet (ÄAppO 1999, § 36a bzw. ÄAppO 2002, § 41) durchgeführt werden können.

[126] Für weitere Informationen siehe Arbeitsgruppe Reformstudiengang Medizin 2004.

[127] Der Modellstudiengang Medizin an der Universität Witten/Herdecke löste im Jahr 2000 den alten Regelstudiengang ab (http://www.uni-wh.de/gesundheit/modellstudiengang-medizin/ [Stand: 15.01. 2015]).

[128] Der Modellstudiengang für alle Studierenden der Humanmedizin wurde in Aachen im Jahr 2003 eingeführt (http://www.medizin.rwth-aachen.de/cms/Medizin/Studium/Studiengaenge/~vft/Modellstudiengang-Medizin/ [Stand: 15.01.2015]).

[129] Der Modellstudiengang Medizin (MSM) in Bochum startete ebenfalls im Jahr 2003; parallel lief der Regelstudiengang weiter (http://www.ruhr-uni-bochum.de/msm/ [Stand: 15.01.2015]).

[130] Diese Diskussionen fanden nicht nur in entsprechenden Publikationen statt, sondern insbesondere auf den Tagungen der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA). Hier sei beispielhaft auf die Jahrestagungen 2010 in Bochum („Viel verändert – viel erreicht? Bilanz und Zukunft der Studienreformen", http://conventus.de/fileadmin/media/2010/gma/GMA_Hauptprogramm_web.pdf [Stand: 05.01. 2014]) und 2013 in Graz („Tradition: Hemmschuh oder Chance", http://gma2013.at/ [Stand: 15.01. 2015]) verwiesen.

Schließlich wurden die Modellstudiengänge nicht mehr parallel zu den Regelstudiengängen oder als zeitlich befristetes Pilotprojekt angeboten, wie es zum Beispiel in Berlin und Bochum anfangs praktiziert wurde, sondern ersetzten die alten Studiengänge vollständig oder wurden mit ihnen fusioniert, z. B. in Aachen oder Hannover.[131]

Die didaktischen Innovationen beschränkten sich aber nicht auf die Modellstudiengänge – ganz im Gegenteil: An nahezu allen 36 medizinischen Fakultäten in Deutschland wurden ab den 2000er Jahren der Aufbau und die inhaltlichen Gewichtungen im Medizinstudium zum Teil erheblich verändert. Da die medizinischen Fakultäten dabei unterschiedliche Schwerpunkte legten, wurde die Struktur der ärztlichen Ausbildung – soweit die Approbationsordnung dies zuließ – dadurch vergleichsweise heterogen. Die Art und Weise, die Stoßrichtung sowie der Umfang der Reformen hingen sowohl von Standort- und finanziellen Faktoren als auch von den daran beteiligten Instituten bzw. Abteilungen und Personen ab.

5.4.2 Die neue Ärztliche Approbationsordnung 2002

Die nächste Stufe der Entwicklung in der Modernisierung des Medizinstudiums, die parallel zur Phase der neuen Studiengänge verlief, war die Einführung der neuen Ärztlichen Approbationsordnung im Jahr 2002 (ÄAppO 2002), die die alte Version von 1970 (Kirchner 2002) inklusive ihrer Novellierungen ablöste.

Vorausgegangen waren dem unter anderem die bereits unter 5.2 genannte Kritik an der medizinischen Ausbildung, die aus verschiedenen Perspektiven erhoben wurde, sowie die 7. Novelle der ÄAppo 1989.[132] Davon ausgehend wurde eine gänzlich neue und den veränderten Gegebenheiten Rechnung tragende Approbationsordnung diskutiert und vorbereitet (Haage 1998). Dabei arbeiteten die Fakultäten, die medizinischen Fachgesellschaften und das Bundesministerium für Gesundheit zunächst zusammen, doch im Verlauf der langen Verhandlungen kam es zu einem Bruch, so dass letztlich ein Vorschlag des Bundesministeriums für Gesundheit und eine Empfehlung des Medizinischen Fakultätentages vorlagen (Medizinischer Fakultätentag 1996; Clade 1997), die inhaltlich gänzlich unterschiedlich gelagert waren: Während das Bundesministerium eher die praktische, fächerübergreifende Ausbildung von Ärzten im Blick hatte und entsprechend auch eine grundlegende Reform der Fakultäten in Betracht zog, orientierte sich das Papier des Fakultätentages an der bisherigen Fächerstruktur und einer stark theoretischen Wissensvermittlung und damit an der Ausbildung von wissenschaftlichem Nachwuchs (Fabry 2008: 22).[133] Die Approbationsordnung, die nach wei-

[131] So wurden beispielsweise an der Charité Berlin Regel- und Reformstudiengang 2010 in einen einzigen Modellstudiengang überführt, und in Düsseldorf begann im Wintersemester 2013/14 der neue Modellstudiengang, der den alten Regelstudiengang vollständig ersetzte. Bundesweit gibt es derzeit insgesamt 8 Modellstudiengänge in Aachen, Berlin, Düsseldorf, Hamburg, Hannover, Heidelberg/Mannheim, Köln und Oldenburg (http://www.hochschulstart.de/index.php?id=4143 [Stand: 15.01. 2015]).

[132] Für eine Übersicht der bis dahin durchgeführten Novellierungen siehe Schagen 2002: 20.

[133] Die Haltung der Fakultäten in dieser Frage sollte allerdings nicht als Lehr- bzw. Praxisfeindlichkeit ausgelegt werden, sondern sie ist in großen Teilen ein Strukturproblem. Sie ist vor allem darin begründet, dass Lehrverpflichtung und finanzielle Ressourcen eng zusammenhängen und somit jede

teren vier Jahren Verhandlungen mit dem Bundesrat (Kirchner 2002) schließlich 2002 verabschiedet wurde, ist ein Kompromiss, da sie weiterhin auf der bisherigen Fächerstruktur und der Teilung in einen vorklinischen und einen klinischen Studienabschnitt basiert (vgl. ÄAppO § 1 Abs. 3), aber gleichzeitig einen fächerübergreifenden Unterricht nahelegt (vgl. ÄAppO § 2 Abs. 2). Götz Fabry sieht in dem beschriebenen, von Konflikten und Kompromissen geprägten Verlauf des Verfahrens ein systemimmanentes Problem:

> „Gerade an dem äußerst langwierigen und komplizierten Gesetzgebungsverfahren der Approbationsordnung zeigt sich der Konflikt zwischen den auf eine praxisnahe ärztliche Ausbildung gerichteten Interessen der Studierenden bzw. des Staates und der Gesellschaft auf der einen und dem universitären Selbstverständnis von Freiheit in Lehre und Forschung auf der anderen Seite.“ (Fabry 2008: 21)

Es gibt zahlreiche Institutionen, die in Bezug auf das Gesundheitssystem eigene Interessen vertreten: Ärztekammern, Ministerien, medizinische Fachgesellschaften, Patientenvertreter, Teile der Wirtschaft und viele andere. Alle diese Instanzen greifen unmittelbar oder zumindest mittelbar in das Gesundheitssystem ein und tangieren damit auch die medizinische Ausbildung. Dies ist in kaum einem anderen Studienfach so ausgeprägt wie in der Medizin. Das führt zwar auf der einen Seite zu intensiven Diskussionen und abgewogenen Entscheidungen, kann aber auf der anderen Seite innovative Entwicklungen behindern.[134]

Die neue Approbationsordnung hatte trotz ihrer schwierigen Entstehung und der prinzipiellen inhaltlichen Ambivalenz (Eitel 2002) einen großen Einfluss auf die weitere Entwicklung der ärztlichen Ausbildung. Als Neuerungen lassen sich unter anderem die Zusammenführung des ersten und zweiten Studienabschnitts, die Reduzierung der staatlichen Prüfungen von vier auf zwei, die Aufweichung der starren Unterteilung in Vorklinik und Klinik, die Einführung interdisziplinärer Querschnittsbereiche[135] und eine größere Hochschulfreiheit in der Lehre benennen (vgl. ÄAppO 1989 und ÄAppO 2002, für eine Zusammenfassung siehe Kirchner 2002). Weitere Elemente, die häufig als wichtige genannt werden, sind die Beschränkung naturwissenschaftlicher Inhalte auf medizinisch Relevantes in der Vorklinik, eine Lockerung der starken Fachbezogenheit, die Ausweitung der praktischen Ausbildung am Patienten und die in dieser neuen Ordnung implizierte und später auch umgesetzte Abschaffung des „Arztes im Praktikum“

Reform von Lehrdeputaten und inhaltlichen Zuständigkeiten fast automatisch die personelle Ausstattung bedroht (Fabry 2008: 22). Ein weiterer Grund, der allerdings auf viele universitäre Fächer übertragbar ist, betrifft das generelle Verhältnis von Lehre und Forschung: „Die Lehre leidet insgesamt an dem bisherigen universitären Anreizsystem, das die in Form von Publikationen und Drittmitteln dokumentierten wissenschaftlichen Leistungen zum entscheidenden Kriterium für das akademische Überleben der Dozenten macht.“ (Fabry 2008: 24)

[134] Zwar hat sich die Lehre in den medizinischen Fakultäten in Deutschland im Rahmen ihrer Möglichkeiten recht unabhängig weiterentwickelt, doch finden sich solche, viele Akteure umfassende Abstimmungsstrukturen bei größeren bundesweiten Prozessen wie dem NKLM weiterhin (siehe Kapitel 5.4.3).

[135] Die Approbationsordnung war 2002 mit 12 Querschnittsbereichen gestartet, die inzwischen durch Novellierungen um zwei weitere (Palliativmedizin, Schmerzmedizin) ergänzt wurden. Dies zeigt eine Flexibilität in der Curriculumsplanung, aber gleichzeitig auch die in 5.2 angesprochene Tendenz, das Lernpensum der Studierenden ohne entsprechende Entlastungen immer weiter zu erhöhen.

(AiP); allerdings sind diese Elemente in ihren Auswirkungen nicht unumstritten (vgl. für eine generelle Stellungnahme Schagen 2002: 7, zur Abschaffung des AiP Haage 2004).

Letztlich kann man sagen, dass die neue Approbationsordnung von 2002 auf fruchtbaren Boden fiel. Sie forderte und unterstützte viele didaktische Neuerungen an den medizinischen Fakultäten (siehe für ein Standortbeispiel Kuhnigk et al. 2006, für ein fachbezogenes Beispiel Hilgers et al. 2005) und förderte eine Weiterentwicklung der Modellstudiengänge. Damit war die Reform der medizinischen Ausbildung von gesetzgeberischer Seite aber nicht beendet, sondern das oben bereits benannte hohe Tempo von Novellierungen wurde beibehalten. So wurde beispielsweise im Jahr 2009 der neue Querschnittsbereich „Palliativmedizin" eingeführt (BGBl I, S. 2496); im Jahr 2012 wurde unter anderem das Staatsexamen am Ende des Studiums wieder in zwei Teile aufgeteilt, „ärztliche Gesprächsführung" explizit als lehr- und prüfungsrelevanter Gegenstandsbereich benannt[136] und eine allgemeinmedizinische Famulatur zur Pflicht gemacht (BGBl I, S. 1539-1553). Die Änderungen in der ärztlichen Ausbildung spiegeln anschaulich die gesetzgeberischen Reaktionen auf aktuelle gesellschaftliche Diskussionen (z. B. Hausärztemangel, demographischer Wandel) sowie auf hochschuldidaktische Erfahrungen.

[136] Die Tatsache, dass die Bedeutung von Kommunikation in der ärztlichen Ausbildung nun explizit betont wird, ist durchaus positiv zu bewerten. Allerdings geht damit auch die Pflicht einher, die entsprechenden Kompetenzen zu prüfen. Obwohl es dafür durchaus einige Konzepte gibt (Kiessling et al. 2012), die auch vergleichsweise häufig angewandt werden, müssen auch einige kritische Anmerkungen dazu ins Feld geführt werden.
So ist es aus einer ethischen Perspektive grundsätzlich fraglich, ob Dozenten wirklich „besser" oder angemessener kommunizieren als Studierende. Sie haben sicherlich mehr Erfahrung und folgen anderen Standards, aber ob dies für den jeweiligen Patienten angenehmer oder angemessener ist, kann nicht eindeutig beantwortet werden. Eine an der Ruhr-Universität Bochum durchgeführte OSCE-Prüfung zum Bereich „Professionelles Verhalten", bei der die Studierendenleistung anhand eines Global Rating eingeschätzt wurde, korrelierten die Bewertungen der Prüfer stärker untereinander als mit der Bewertung des Simulationspatienten (Burger et al. 2010). Gibt es hier also einen professionell etablierten Standard, der nicht unbedingt den Erwartungen des Patienten entspricht? Welche Meinung ist an dieser Stelle „richtiger" und/oder wichtiger?
Eine zweite Kritik lässt sich aus der linguistischen Erfahrung mit dem Beobachterparadoxon und der ökologischen Validität von Gesprächen (Deppermann 2008: 105-106) heraus formulieren: Dadurch, dass die Kommunikation in einem künstlichen Setting beobachtet und geprüft wird, entsteht automatisch ein nicht authentisches Verhalten. Lalouschek (2002a: 80ff.) hat für psychosoziale Anamnesegruppen ausführlich dargestellt, wie Druck, Beobachtung und Stresssituationen in der medizinischen Ausbildung wahrscheinlich das Verhalten der Studierenden in Gesprächssituationen verändern. Auch soziale Erwünschtheit bezüglich des professionellen Verhaltens kann in Prüfungssituationen das Ergebnis verfälschen. In der Prüfung patientenzentrierte Kommunikation darzustellen, die man in Realsituationen nicht anwenden würde, ist deutlich leichter und eher möglich, als Fachwissen oder ärztliche Fertigkeiten vorzutäuschen.
Schließlich deuten neuere empirische Studien darauf hin, dass eine Beschäftigung mit Kommunikation in der ärztlichen Ausbildung nicht zwangsläufig dafür sorgt, dass Studierende danach patientenzentrierter kommunizieren, es ist sogar möglich, dass das Gegenteil eintritt (Bombeke 2011). Zudem können auch ausgebildete Ärzte trotz höflicher Kommunikationsformen psychosoziale Aspekte ignorieren und eine empathische Grundhaltung vermissen lassen (Agledahl 2011). Das Wissen um gute Kommunikation allein und ihr Thematisieren und Prüfen in der Lehre reichen womöglich nicht aus, um eine gute Arzt-Patienten-Kommunikation im klinischen Alltag sicherzustellen.
Diese Überlegungen, die in diesem Rahmen nicht weiter ausgeführt werden können, zeigen, dass in dieser Hinsicht noch erheblicher Forschungs- und Diskussionsbedarf besteht und die Umsetzung dieser Novelle der Ärztlichen Approbationsordnung noch eine gewisse Herausforderung darstellt.

5.4.3 Der Nationale Kompetenzbasierte Lernzielkatalog Medizin (NKLM)

Die jüngste Entwicklung auf dem Gebiet der medizinischen Ausbildung ist die derzeitige Erarbeitung eines bundesdeutschen Lernzielkatalogs.[137] Dies geschieht zwar in Anlehnung an die international erfolgreichen und etablierten Pendants, geht aber nicht in erster Linie auf hochschuldidaktische oder wissenschaftliche Erwägungen zurück. Ausschlaggebend hierfür waren vor allem politische Prozesse auf EU- und Bundesebene zur internationalen Anerkennung des deutschen Medizinstudiums (Hahn/Fischer 2009: 1-2). In Anlehnung an den Bologna-Prozess (Bologna Process 2009) und die sich daran anschließende Diskussion um die Zukunft des deutschen Medizinstudiums (z. B. BA/MA-Struktur) sowie an die EU-Initiative *European Qualifications Framework for Lifelong Learning*[138] kritisierte der Wissenschaftsrat (2008) die (durch die EU-Richtlinie 2005/36/EC ergänzte) Ärztliche Approbationsordnung als zu ungenau, „[…] um die Anforderungen an das Absolventenprofil adäquat zu beschreiben" (MFT/GMA 2013: 4), und forderte einen detaillierten, kompetenzbasierten Rahmen für die fachliche Qualifikation im Medizinstudium (Hahn/Fischer 2009: 3). Zunächst wollte der Hochschulausschuss der Kultusministerkonferenz 2009 sich der Sache annehmen, aber schließlich entschieden der Medizinische Fakultätentag (MFT) und die Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA), diesen Prozess in Kooperation zu übernehmen (MFT/GMA 2013: 4).[139]

Die politische Brisanz des Entwicklungsprozesses und der Wunsch nach einem breiten Konsens zeigen sich auch in der Struktur, die für die Entwicklung des NKLM geschaffen wurde. Unter dem Dach der Akademie für Ausbildung in der Hochschulmedizin (AHM) des Medizinischen Fakultätentages gibt es eine breit aufgestellte Lenkungsgruppe. Sie besteht neben MFT und GMA aus einer ganzen Reihe weiterer im Gesundheitssystem aktiver Institutionen, die in diesem Rahmen ihre Interessen vertreten können (MFT/GMA 2013: 8).[140] Der Lenkungsgruppe wird von 21 Arbeitsgruppen der GMA zugearbeitet, die jeweils mit didaktischen und fachlichen Experten besetzt sind und den Großteil der inhaltlichen Arbeit übernehmen. Das Ziel ist, ein deutsches Kerncurri-

[137] Ein nationaler Katalog existiert zwar in Deutschland bisher nicht, es gab aber durchaus fach- oder anwendungsbezogene Lernzielübersichten. Hier seien beispielhaft für einen Fachbereich der „Lernzielkatalog für das Fach Innere Medizin" aus Freiburg (Studiendekanat der Medizinischen Fakultät 2006) und für eine interdisziplinäre Lernzielsammlung zu kommunikativen und sozialen Kompetenzen das „Basler Consensus Statement" (Kiessling 2008) genannt.

[138] Für das offizielle EU-Dokument über das Aktionsprogramm im Bereich des lebenslangen Lernens siehe den Beschluss Nr. 1720/2006/EG des europäischen Parlaments und des Rates (15.11.2006). Für eine generelle Übersicht über die Grundsätze und die verschiedenen Programme des *Lifelong Learning* siehe auch http://europa.eu/legislation_summaries/education_training_youth/lifelong_learning/c11082_en.htm [Stand: 10.05. 2014].

[139] Ab 2011 wurde der Abstimmungsprozess durch eine von der Robert Bosch Stiftung geförderte Geschäftsstelle unterstützt (MFT/GMA 2013: 8).

[140] Im Einzelnen sind dies die Bundesärztekammer (BÄK), das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF), das Bundesministerium für Gesundheit (BMG), die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), die Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland (bvmd), die Hochschulrektorenkonferenz (HRK), die Kultusministerkonferenz (KMK), die Gesundheitsministerkonferenz (GMK) und der Verband der Universitätsklinika Deutschlands (UVD). Im Abstimmungsprozess zeigen sich durchaus interessante hochschulpolitische Parallelen zur Entwicklung der Approbationsordnungen (siehe Kapitel 6.4.2), denen aber in diesem Rahmen nicht weiter nachgegangen werden kann.

culum für die medizinische Ausbildung zu gestalten, das festlegt, was von einem Arzt zum Zeitpunkt der Approbation erwartet werden kann.[141] Die konzeptionellen Grundlagen sind zum einen bekannte Größen wie die Approbationsordnung, die Bundesärzteordnung (BÄO), bereits bestehende fach- und fakultätsspezifische Lernzielkataloge und die Gegenstandskataloge des Instituts für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen (IMPP), zum anderen orientiert sich das Gremium auch an den unter 5.3 genannten internationalen Lernzielkatalogen und am Kerncurriculum Medizin der Bundesvertretung der Studierenden (bvmd) (MFT/GMA 2013: 4-5). Weiterhin wird das NKLM-Kerncurriculum, da es in Anlehnung an die oben genannten EU-Initiativen ein Bestandteil des lebenslangen ärztlichen Lernens sein soll, auch mit den Lernzielkatalogen der fachärztlichen Fort- und Weiterbildung abgeglichen bzw. davon abgegrenzt.

Der NKLM-Entwurf orientiert sich in seinem bisherigen Zuschnitt zunächst stark an den Rollenvorgaben von CanMEDS, wurde aber um weitere Bereiche bzw. Themen ergänzt und gliedert sich insgesamt in 3 Abschnitte (vgl. Abbildung 7). In Abschnitt I wird der Arzt als medizinischer Experte, als Gelehrter, als Kommunikator, als Mitglied eines Teams, als Gesundheitsberater und -fürsprecher, als Verantwortungsträger und Manager sowie als professionell Handelnder behandelt. Die zentrale Rolle des medizinischen Experten wird als ein eigener Bereich ausdifferenziert (in der Abbildung: Abschnitt II), der die dafür notwendigen Wissensbestände, die klinischen Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie die professionelle ärztliche Haltung beinhaltet. Ein dritter Abschnitt befasst sich unter der Überschrift „Patientenzentrierte Gesundheitsversorgung“ mit konkreten Anwendungsbezügen des ärztlichen Handelns in der Praxis. Hier liegt der Fokus auf den wichtigsten Anlässen für ärztliche Konsultationen und auf exemplarisch ausgewählten Erkrankungen. Die drei Abschnitte sollen alle miteinander verknüpft sein, was in der aktuellen Entwurfsfassung grafisch wie folgt dargestellt wird:

[141] Dabei werden die Universitäten ausdrücklich ermutigt, über zusätzliche Lehrangebote und inhaltliche Schwerpunkte ein eigenes Profil zu entwickeln. Inwieweit dieser Empfehlung bei dem aktuellen Detailgrad des Lernzielkatalogs und einer möglicherweise verpflichtenden Umsetzung gefolgt werden kann, bleibt allerdings fraglich.

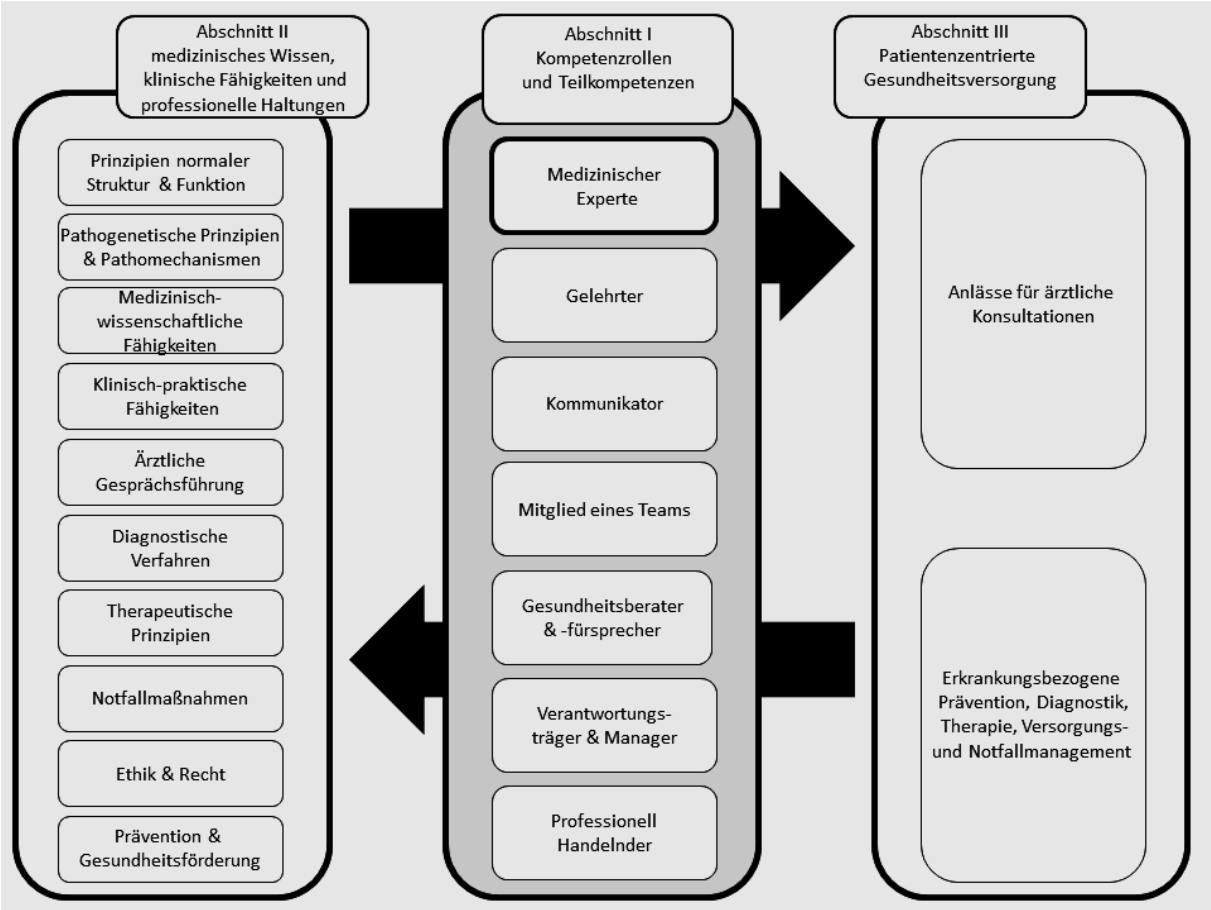

Abbildung 9: Gliederungsübersicht des NKLM
(Quelle: MFT/GMA 2013: 11)

Ein weiteres Grundelement des NKLM ist die Orientierung an aktuellen Kompetenzmodellen[142], die in Lehre und Prüfung berücksichtigt werden sollen. Dabei wurden die in der Grafik gezeigten Bereiche jeweils in eine hierarchische Struktur überführt. Allgemeine Kompetenzen sind in mehrere Teilkompetenzen untergliedert, die sich wiederum aus verschiedenen konkreten Lernzielen zusammensetzen. Weiterhin werden im Rückgriff auf zwei Standardtaxonomien von Kompetenz (Miller 1990; Schweizerische Medizinische Interfakultätskomission 2008) insgesamt vier Tiefendimensionen unterschieden: (1) Faktenwissen, (2) Handlungs- und Begründungswissen sowie (3) Handlungskompetenz, die wiederum unterteilt ist in a) unter Anleitung und b) selbstständig und situationsadäquat. In der folgenden Abbildung sind die genannten Quellen den NKLM-Ebenen gegenübergestellt, wobei die Autoren betonen, dass die Ebenen trotz konzeptioneller Ähnlichkeit nicht synonym zu verstehen sind:

[142] Der vorläufige Entwurf der Gesamtfassung beruft sich hierfür auf folgende Definitionen: „Kompetenzen sollen hier allgemein als ‚die bei Individuen verfügbaren oder durch sie erlernbaren kognitiven Fähigkeiten und Fertigkeiten, um bestimmte Probleme zu lösen, sowie die damit verbundenen motivationalen, volitionalen und sozialen Bereitschaften und Fähigkeiten, um die Problemlösungen in variablen Situationen erfolgreich und verantwortungsvoll nutzen zu können' (Weinert 2002a, S. 27f) verstanden werden. Eine englischsprachige Definition ärztlicher Kompetenz lautet: ‚… professional competence is the habitual and judicious use of communication, knowledge, technical skills, clinical reasoning, emotions, values, and reflections in daily practice for the benefit of the individual and community being served' (Epstein & Hundert 2002, S. 226)." (MFT/GMA 2013: 10)

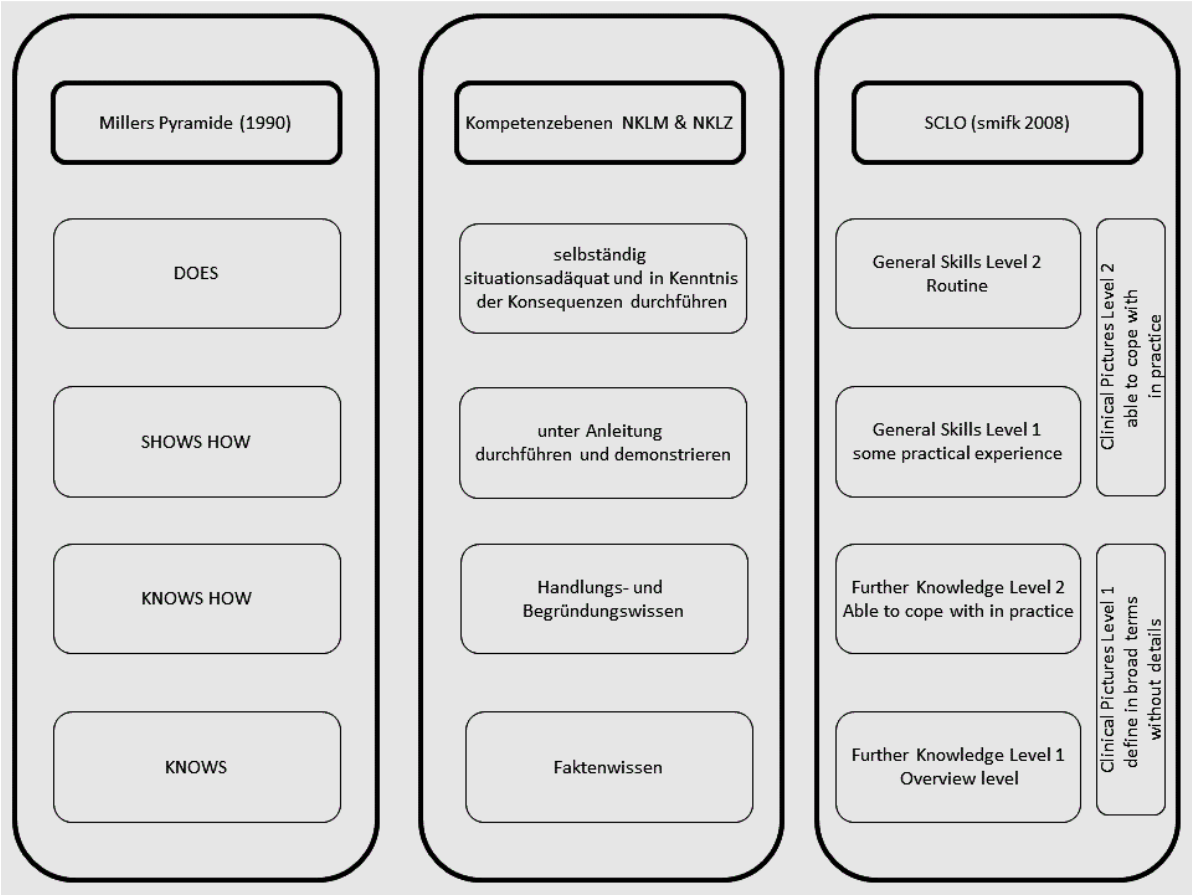

Abbildung 10: Kompetenzebenen von NKLM und NKLZ[143] im Vergleich zu Miller-Pyramide und SCLO (Quelle: MFT/GMA 2013: 17)

Die beschriebenen Kompetenzebenen wurden darüber hinaus mit den expliziten und impliziten Erfordernissen der Approbationsordnung abgeglichen. Anschließend konnten in einer zeitlichen Dimension „Meilensteine“ für die ärztliche Ausbildung definiert werden (MFT/GMA 2013: 17ff.). Sie lauten:

1) Grundlagenkompetenz (GL)
2) Wissenschaftskompetenz (WissK)
3) Ärztliche Basiskompetenz für die Ausbildung mit unmittelbarem Patientenbezug (BK, nötig für den Beginn eines ersten ärztlichen Praktikums)
4) PJ-Kompetenz (PJK, notwendig für den Beginn des Praktisches Jahres)
5) Ärztliche Approbation und Weiterbildungskompetenz (WK).

Jedes Lernziel wurde im NKLM einem oder mehreren Meilensteinen zugeordnet, so dass genau ersichtlich ist, an welchen Punkten der medizinischen Ausbildung bei welchem Thema welches Kompetenzlevel (z. B. Fachwissen, selbständige Durchführung) zu erwarten ist. Dies soll sowohl in der Lehre als auch bei Prüfungen berücksichtigt

[143] Beim NKLZ handelt es sich um den Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalog Zahnmedizin, der parallel zum NKLM vom MFT, der GMA und der Vereinigung der Hochschullehrer für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde erarbeitet wird.

werden. Der folgende Auszug aus dem vorläufigen Entwurf des Arbeitspakets 7 (Die Ärztin und der Arzt als Kommunikatoren) illustriert die beschriebene Struktur:

ID	Kompetenz, Lernziel	GL	WissK	BK	PJK	WK	Anwendungsbeispiele	Querverweise Kap. 5-19	Querverweise Kap. 20 + 21	Querverweise Externe
7.1	Konzepte, Modelle und allgemeine Grundlagen. Die Absolventin und der Absolvent erkennen die zentrale Bedeutung der Kommunikationsfähigkeit für den Arztberuf und die Gesundheitsversorgung an und wissen, dass Kommunikation lernbar ist.							14c.1		
7.1.1	Sie reflektieren und begründen ihr kommunikatives Handeln auf der Grundlage von Konzepten und Modellen der ärztlichen Kommunikation. Sie können...							14c.1.1		
7.1.1.1	allgemeine theoretische Grundlagen der Kommunikation erklären.			2	2	2	Zwei-Aspekte-Modell von P. Watzlawick, 4-Ohren Modell von Schulz von Thun			
7.1.1.2	in Abgrenzung zu 7.1.1.1. spezifische Grundlagen der ärztlichen Kommunikation (Einflussfaktoren, Spezifika und Anforderungen) erklären.			2	2	2	z. B.: Einflussfaktoren: Persönlichkeit des Patienten und des Arztes, Krankheitsbedingte Faktoren, Professionalität und Expertise und allgemeinen gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, institutionell bedingte Einschränkungen; Spezifika: Asymmetrie der Beziehung, alltagsweltliche versus professionelle Perspektive; Anforderungen: Ärztliche Kompetenz, Organisationskompetenz, Kommunikative Kompetenz			

Abbildung 11: Die Ärztin und der Arzt als Kommunikatoren, Ausschnitt des Lernziels 7.1 (Quelle: MFT/GMA 2013: 39)

Unter Punkt 7.1 wird eine Kompetenz beschrieben, die die Teilkompetenz 7.1.1 beinhaltet. Die wiederum darunter aufgeführten Punkte 7.1.1.1 und 7.1.1.2 beschreiben konkrete Lernziele, denen in den Spalten rechts davon ein bestimmtes Kompetenzlevel zugewiesen sind (in diesem Fall „2“, es handelt sich also um Handlungs- und Begründungswissen), und zwar für verschiedene Phasen des Studiums (hier also für die ärztliche Basiskompetenz bzw. den ersten realen Patientenkontakt bis zur ärztlichen Approbation und Weiterbildung, also dem Abschluss der Ausbildung). Rechts davon sind Anwendungsbeispiele sowie Querverweise zu anderen Arbeitspaketen angegeben; sie sollen die spätere Arbeit mit dem Lernzielkatalog erleichtern.

Auf diesen Grundlagen wurde ab 2009 in einem interdisziplinären und mehrstufigen Verfahren ein umfassender Lernzielkatalog erstellt (MFT/GMA 2013: 25ff.). In einem langwierigen Prozess wurde zunächst eine vorläufige Version entwickelt und im Zeitraum von Juli bis Dezember 2013 den Ausschüssen der GMA und den Medizinischen Fachgesellschaften zur Korrektur zur Verfügung gestellt (Fischer 2013).[144] Aktuell befindet sich der NKLM in einer Korrektur- bzw. Überarbeitsphase. Geplant war bisher, ihn am 19.06.2014 beim 75. ordentlichen Medizinischen Fakultätentag in Frankfurt am Main offiziell zu verabschieden (Fischer 2013), aber aufgrund von Verzögerungen im Korrekturprozess ist dafür inzwischen der darauf folgende Fakultätentag Mai 2015 in Kiel vorgesehen (Deutsches Ärzteblatt 2013: A2399)[145].

[144] Die Revision lief über ein Internetportal (www.NKLM.de [Stand: 15.01. 2015]).

[145] Siehe auch die vorläufige Zeitplanung des NKLM vom Januar 2014: http://www.mft-online.de/files/nklm_nklz_aktueller_stand_27_01_2014.pdf [Stand: 15.01. 2015].

Während Befürworter im Abstimmungsprozess den inhaltlichen Referenzrahmen für das Medizinstudium in Deutschland loben und damit eine bisherige Lücke gefüllt sehen, werfen Kritiker dem NKLM-Entwurf mit seinen insgesamt ungefähr 2100 Lernzielen, 120 Konsultationsanlässen und 400 Krankheitsbildern (Zahlen der vorläufigen Fassung 2013, MFT/GMA 2013) schon jetzt eine zu große Fülle vor, die in vielen Fällen in die fachärztliche Ausbildung hineinreichen würde. Durch den Einbezug der vielen Fachgesellschaften und Entscheidungsträger, die alle ihre Interessen vertreten sehen wollten, seien die Lernziele zu detailliert formuliert worden und von den Studierenden werde insgesamt zu viel erwartet. Andere Akteure wie die Deutsche Röntgengesellschaft (DRG) kritisieren im Gegenteil, die Lernziele seien zu allgemein gehalten und gingen nicht spezifisch genug in die Tiefe. Sie lehnen den NKLM in seiner jetzigen Form ab und fordern eine grundlegende Überarbeitung (DRG 2013).

Es bleibt abzuwarten, welche weiteren Veränderungen der laufende Revisionsprozess bringen wird. Insgesamt ist zu vermuten, dass bei dem ausführlichen konsensualen Bearbeitungsprozess ein Lernzielkatalog herauskommen wird, der auf generelle Akzeptanz in der medizinischen Ausbildung in Deutschland stoßen wird, zumal viele wichtige Akteure in den Prozess einbezogen wurden. Welche konkreten Auswirkungen der NKLM auf die ärztliche Ausbildung haben wird, wie er sich neben bereits etablierten Lernzielsammlungen positionieren kann und welche Verbindlichkeit er neben der Approbationsordnung letztlich haben wird, ist bisher aber kaum absehbar.

Für diese Arbeit sind aus dem NKLM-Entwurf insbesondere die Kapitel „Die Ärztin und der Arzt als Kommunikatoren“ (MFT/GMA 2013: 38ff.), „Ärztliche Gesprächsführung“ (ebd.: 208ff.), „Die Ärztin und der Arzt als professionell Handelnde“ (ebd.: 70ff.) sowie „Ethik und Recht“ (ebd.: 300ff.) relevant. Interessant ist hierbei nicht nur, dass der Kompetenzbereich „Kommunikation“ in zwei Kapiteln[146] abgebildet und seine Bedeutung damit sichtbar gestärkt wird, sondern auch die Verknüpfung von ethischen und kommunikativen Aspekten im Rahmen der Arzt-Patienten-Beziehung und der Entscheidungsfindung, die sich auf alle vier genannten Kapitel verteilen. Einige beispielhafte Lernziele aus dem vorläufigen NKLM-Entwurf (MFT/GMA 2013) sollen diese inhaltliche Verknüpfung illustrieren:[147]

[146] Zur inhaltlichen Verknüpfung der beiden kommunikationsbezogenen Kapitel wird in der Einleitung zur Rolle des Kommunikators erklärt: „Die detaillierte Ausarbeitung dieser Rolle auf Ebene der Lernziele (Ebene 3) findet sich in Kapitel 14c, den ‚Fertigkeiten ärztlicher Gesprächsführung‘ : in Form von konkreten Fertigkeiten, Techniken und Modellen professioneller Gesprächsführung sind dort Lernziele formuliert, die die übergeordneten Lernziele in der vorliegenden Rolle ‚Kommunikator‘ anwendungsorientiert ergänzen und spezifizieren. Die Kompetenzen (Ebene 1) und Teilkompetenzen (Ebene 2) des Kommunikators werden zur Strukturierung und Einbettung der weiterführenden Lernziele für das Kapitel ‚Fertigkeiten ärztlicher Gesprächsführung‘ (14c) als Überschriften übernommen.“ (MFT/GMA 2013: 38)

[147] Eine detaillierte Auflistung aller entsprechenden Lernziele einschließlich einer sachdienlichen Analyse ist innerhalb dieser Arbeit nicht leistbar. – Wie bereits erwähnt, bezieht sich diese Arbeit auf eine Entwurfsfassung; die zitierten Lernziele können im Revisionsprozess noch geändert, ergänzt oder zusammengefasst werden. Es ist zu erwarten, dass sich spätere Publikationen ausführlich mit dem dann fertiggestellten NKLM und seiner Ausrichtung befassen werden.

Kapitel 7: Die Ärztin und der Arzt als Kommunikatoren

7.1.1.5 [Sie können] unterschiedliche Modelle der Arzt-Patienten-Kommunikation erklären. (Anwendungsbeispiele: Modelle: paternalistisches, partizipatives und Informationsmodell) (ebd.: 40)

7.2.1.7 [Sie können] auf die subjektive Krankheitstheorie und die Erklärungsmodelle der Patientinnen und Patienten eingehen, mit den ärztlichen Krankheitstheorien, Werten und Interessen abstimmen und in die Behandlung integrieren. (ebd.: 42)

Kapitel 11: Die Ärztin und der Arzt als professionell Handelnde

11.1.1.2 [Sie können] die verschiedenen Interessenlagen, unter denen ihr Handeln stattfindet, erläutern, reflektieren und Konflikte mit den Interessen von Patientinnen und Patienten identifizieren und bei ihren Entscheidungen berücksichtigen. (ebd.: 71)

11.1.1.5 [Sie können] ihr ärztliches Handeln an den individuellen Erfordernissen von Patientinnen und Patienten ausrichten. (ebd.: 71)

Kapitel 14c: Ärztliche Gesprächsführung

14c.2.6.2 [Sie können] Information über die verschiedenen Behandlungsoptionen mit deren Vor- und Nachteilen und Risiken verständlich mitteilen (darunter fällt auch die Option, nichts zu tun). (ebd.: 214)

14c.2.6.3 [Sie können] die eigene Rolle in der Entscheidungsfindung verbalisieren und das Beteiligungsbedürfnis von Patientinnen und Patienten individuell klären. (ebd.: 214)

14c.2.6.4 [Sie können] Entscheidungsprozesse gemeinsam mit Patientinnen und Patienten unter Berücksichtigung der Vorgehensweisen der Partizipativen Entscheidungsfindung gestalten. (ebd.: 214)

Kapitel 18: Ethik und Recht

18.2.2.3 [Sie können] die Sichtweisen anderer Beteiligter erkennen und diese in der Entscheidungsfindung angemessen berücksichtigen. (ebd.: 302)

18.3.2.1 [Sie können] unterschiedliche Modelle der Arzt-Patienten-Beziehung sowie deren historische und soziokulturelle Variabilität reflektieren. (ebd.: 303)

Bei den „Meilensteinen“ liegen die entsprechenden Lernziele bis auf wenige Ausnahmen alle in den Bereichen BK (Ärztliche Basiskompetenz), PJK (PJ-Kompetenz) und WK (Weiterbildungskompetenz), also eher in den praktischen und fortgeschrittenen Abschnitten des Studiums. Die ihnen zugeordneten Kompetenzebenen bewegen sich durchgängig zwischen 2 (Handlungs- und Begründungswissen), 3a (unter Anleitung durchführen) und 3b (selbstständig durchführen). Der Bereich Faktenwissen spielt hier kaum eine Rolle.

Die zitierten Lernziele machen deutlich, dass sich die Bereiche Ethik und Kommunikation in der bisherigen NKLM-Fassung stark überlappen. Inhalte wie die Art-Patienten-Beziehung und verschiedene Werthaltungen werden in einer fast selbstverständlich erscheinenden Weise mit patientenzentrierter Kommunikation im Rahmen der Entscheidungsfindung verknüpft.[148] Hier hat sich also bisher ebenso wie beim CanMEDS eine thematische Verbindung herausgebildet, die anscheinend zentral für neuere medizinische Ausbildungssystematiken und Lernzielkataloge zum Umgang mit Patienten ist und womöglich bald auch eine feste Konstante der ärztlichen Ausbildung im Rahmen des NKLM-Kerncurriculums sein könnte.

5.5 Anknüpfungspunkte der Arbeit

Wie in diesem Kapitel gezeigt wurde, ist in der ärztlichen Ausbildung seit jeher viel in Bewegung. Das Medizinstudium ist praktisch von den historischen Anfängen der universitären Ausbildung bis heute von widerstrebenden Interessen und zahlreichen Reformen geprägt. Die Studierenden haben sich an den Prozessen oftmals aktiv beteiligt, wie im Fall des Berliner Modellstudiengangs oder beim NKLM, sie standen aber nicht immer selbst im Fokus der Diskussion um ihre Ausbildung, die von vielen gesellschaftlichen Interessen genährt wurde. Die ärztliche Ausbildung ist insgesamt komplexer, vielschichtiger, heterogener und auch arbeitsintensiver geworden. Den Studierenden werden in diesem Rahmen Kompetenzen in verschiedenen theoretischen und praktischen Fachbereichen (Naturwissenschaften, Kommunikation, Ethik, Psychologie, klinische Fertigkeiten etc.) sowie interdisziplinäres Handeln abverlangt; der zeitliche Rahmen der Ausbildung und das dafür gelieferte Handwerkszeug sind jedoch nicht unumstritten.

Die Vielfalt in der medizinischen Ausbildung betrifft dabei im Besonderen den Bereich der Arzt-Patienten-Kommunikation. So lässt sich abgesehen von der ÄAppO und einigen Empfehlungen wie dem „Baseler Consensus Statement“ (Kiessling et al. 2008) keine bundesweit einheitliche Lehre zur Kommunikation ausmachen. Die Heterogenität betrifft formale Aspekte wie die zeitlichen Umfang, die Verortung im Studium (Vorklinik / Klinik) als auch die zuständigen Fächer. So kann die Thematik beispielsweise in der Medizinischen Psychologie und Soziologie, in der Allgemeinmedizin, in der Psychiatrie oder in der Psychosomatik angesiedelt sein oder interdisziplinär von verschiedenen Fächern durchgeführt werden. Während einige Universitäten die Lernziele im Bereich Kommunikation fachübergreifend absprechen und koordinieren, lehren an anderen Standorten die Fächer unabhängig voneinander mit der Gefahr von Redundanzen oder Lücken. Inhaltliche Gemeinsamkeiten in der Lehre sind bundesweit zwar punktuell in Form von bestimmten Konzepten (z. B. für das Überbringen schlechter Nachrichten das SPIKES-Modell nach Baile et al. 2000, für eine empathische Kommunikation das

[148] Da der NKLM in den entsprechenden Arbeitsgruppen von erfahrenen Dozenten, Wissenschaftlern und Praktikern erstellt wurde, liegt es nahe, dass eben diese thematische Verknüpfung kein generell neues Konzept ist, sondern in der konkreten Lehre und der ärztlichen Praxis oftmals die Realität darstellt.

NURSE-Modell nach Back et al. 2005) auszumachen, aber weitergehende Standardisierungen oder universitätsübergreifende longitudinale Lehrpläne existieren nicht.[149]

Es ist sicherlich nicht übertrieben, die letzten Jahre mit den Modellstudiengängen, der neuen Approbationsordnung und nun der Entwicklung des NKLM als vorläufigen Höhepunkt einer Entwicklung zu bezeichnen, die in Richtung eines stärkeren Praxisbezugs, mehr Interdisziplinarität und einer gewissen bundesweiten Standardisierung geht. Die in Kapitel 5.2 ausgeführten Kritikpunkte in Bezug auf die medizinische Ausbildung sind damit keineswegs gelöst und Aspekte wie der starke Wissenszuwachs oder das Verhältnis zwischen Theorie und Praxis bleiben weiterhin in der Diskussion. Neue Herausforderungen kommen hinzu, beispielsweise in Form der Fragen, wie sich die anderen aufstrebenden und sich akademisierenden Gesundheitsprofessionen (z. B. Pflegewissenschaften, Physiotherapie) neben der Medizin verorten und welche wechselseitigen Einflüsse daraus resultieren. Somit werden Reformen und Diskussionen auch in Zukunft das bundesdeutsche Medizinstudium begleiten und es bleibt abzuwarten, ob nach der Evaluation der Modellstudiengänge durch den Wissenschaftsrat der Trend weiterhin zu einer praktischeren Ausbildung geht oder ob die Wissenschaftlichkeit in der Lehre wieder stärker betont wird.

Im Verlauf der beschriebenen Entwicklungen der ärztlichen Ausbildung wurden und werden mit der Einführung der kompetenz- und handlungsbasierten Lernzielkataloge Fakten geschaffen, und nun besteht im Feld der Entscheidungsfindung eine Verknüpfung zwischen Ansätzen der Ethik und Kommunikation, für die keine theoretische Fundierung vorliegt, weder auf allgemeiner noch auf einer speziell didaktischen Ebene. Dieses Gebiet ist für die Praxis hochrelevant, aber im Studium schwer greifbar, da es nicht auf Faktenwissen reduziert werden kann. Um es künftig in der Lehre und in Prüfungen angemessen berücksichtigen zu können, ist aber ein solcher konzeptioneller Unterbau erforderlich. Genau an diesem Punkt setzt die vorliegende Arbeit an mit der Absicht, zumindest einen Teil eines solchen theoretischen Fundaments zu liefern. Die spätere Analyse soll daher neben der generellen Frage, inwieweit medizinethische und gesprächsanalytische Theorien vereinbar sind, ganz gezielt zeigen, wie Studierende die Entscheidungsfindung konkret gestalten; daraus lassen sich wiederum Schlussfolgerungen für die medizinische Ausbildung ableiten. Damit können anhand der Ergebnisse dieser Arbeit eventuell die Lernzielkataloge und die didaktischen Konzepte entsprechend ergänzt werden, um Lehrenden und Studierenden (zumindest in ersten Ansätzen) ein adäquates Analyseinstrument und Handwerkszeug für die Entscheidungsfindung im Kontakt mit Patienten an die Hand zu geben, die schließlich ein zentraler Bestandteil der ärztlichen Tätigkeit ist.

[149] In Anlehnung an den NKLM erarbeitet derzeit ein Projekt unter der Führung der medizinischen Fakultät der Universität Heidelberg bzw. des dortigen Kompetenzzentrums Prüfungen in Kooperation mit verschiedenen anderen Partnern ein nationales longitudinales Mustercurriculum Kommunikation. Hier sollen die im NKLM erarbeiteten Lernziele zur Kommunikation mit konkreten Praxisbeispielen, Kurskonzepten und didaktischen Methoden verknüpft und schließlich gemeinsam als Empfehlung veröffentlicht werden. Vgl. u a. http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/53664 [Stand: 15.01. 2015].

6. Zur empirischen Grundlage

Um die kommunikative Aushandlung des Entscheidungsfindungsmodus nun an empirischem Material zu analysieren und sprachliche Repräsentationen der medizinethischen Typen zu identifizieren, waren medizinische Interaktionen mit bestimmten Rahmenbedingungen erforderlich. Im Folgenden gehe ich zunächst ausführlicher auf diese zu erfüllenden Gesprächsvoraussetzungen ein, die schließlich zum Design der vorliegenden Studie und zum Einsatz der weiter unten erläuterten Methode der Simulation geführt haben. Anschließend wird die Durchführung der Gespräche beschrieben und das so entstandene Gesprächskorpus skizziert (Art und Anzahl der aufgenommenen Gespräche, biographische Daten der Teilnehmer etc.), bevor ich mich im nächsten Kapitel der Analysemethode widme.

6.1 Operationalisierung der Fragestellung

Bei den konzeptionellen Vorüberlegungen zu dieser Studie wurde schnell klar, dass der Fokus dieser Untersuchung spezielle Interaktionssituationen erfordert. Wie weiter oben bereits angemerkt, gibt es nicht in jedem Arzt-Patienten-Gespräch und schon gar nicht in jedem Studierenden-Patienten-Gespräch Entscheidungsfindungsprozesse. In manchen Gesprächen werden gar keine Entscheidungen getroffen, sondern lediglich Diagnosen gestellt oder laufende Therapien kontrolliert. Zudem treffen Studierende Entscheidungen nie alleine mit dem Patienten, sondern werden von einem Arzt supervidiert, der je nach Lehrsituation mehr oder weniger aktiv am Prozess teilnimmt. Für die vorliegende Untersuchung waren aufgrund der Fragestellungen nur Gespräche geeignet, die gewisse Bedingungen erfüllen. Diese werden im Folgenden einzeln erläutert:

1) Wahl zwischen mindestens zwei gleichrangigen Therapiealternativen
   Um die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass eine Aushandlung verschiedener Interessen stattfinden und die Entscheidung auf der Basis individueller Werte getroffen werden kann, muss eine Gesprächssituation vorliegen, in der zur Behandlung der betreffenden Erkrankung mindestens zwei Therapien zur Auswahl stehen. Denn wenn es nach dem medizinisch-wissenschaftlichen Stand nur eine akzeptable bzw. sinnvolle Behandlung gibt, den sogenannten Goldstandard[150] (Timmermanns/Berg 2003: 27), ist die Aushandlung darüber wahrscheinlich sehr kurz und aufgrund des höheren medizinischen Fachwissens der Studierenden stark paternalistisch beeinflusst. Von Patientenseite initiierte Dis-

[150] Der Begriff „Goldstandard“ entstammt ursprünglich der Wirtschaftswelt, wird aber in der Medizin häufig zur Bezeichnung von Verfahren verwendet, die bislang in ihrer Wirkung und der regelmäßigen Anwendung in der Praxis unübertroffen sind bzw. keine besseren Alternativen existieren und an denen sich Methoden jüngeren Datums bei der Einführung messen lassen müssen. In der medizinischen, ethischen und ökonomischen Auseinandersetzung zwischen verschiedenen diagnostischen oder therapeutischen Verfahren wird der ursprünglich neutrale Begriff häufig auch wertend gebraucht und kann eine werbende Funktion haben. Die häufige Verwendung dieses Ausdrucks zeigt den großen Einfluss der evidenzbasierten Medizin und der Prozesse medizinischer Standardisierung auf das Handeln und die Sprache der Medizin.

kussionen über solche „Selbstverständlichkeiten“ und die damit verbundenen Aushandlungen der Entscheidungsfindung kommen bei Studierenden eher selten vor, u. a. deswegen, weil die komplexen und schweren Fälle nicht von ihnen betreut werden. In manchen Fachbereichen der Medizin ist es aber dennoch so, dass es für eine Erkrankung mehrere gleichermaßen wirksame Therapien gibt und die Entscheidung darüber stark von persönlichen Wünschen und Werten abhängt. Solche Situationen entstehen unter anderem in der plastischen Chirurgie (vgl. bspw. Solvi et al. 2010) oder der Onkologie (vgl. bspw. Gwede et al. 2005), aber auch im Rahmen eines hausärztlichen *shared decision-making* (vgl. Döll 2012:31ff.; Thistlethwaite 2006). In Interaktionen dieser Art spielt der Modus der Entscheidungsfindung eine prominentere Rolle. Somit ist davon auszugehen, dass sie für die vorliegende Analyse besser geeignet sind als Situationen mit nur einer sinnvollen therapeutischen Option.

Einschränkend ist anzumerken, dass im Rahmen der medizinischen Ausbildung das differentialdiagnostische Denken oftmals noch nicht stark ausgeprägt bzw. trainiert ist und dass die Studierenden neben dem Goldstandard nicht unbedingt viele Behandlungsalternativen kennen; insofern kann ihnen eine Aushandlung der Therapie bzw. die Diskussion verschiedener Optionen durchaus fremd sein. Allerdings gibt in der medizinischen Ausbildung – wie es in dieser Arbeit bereits ausführlich gezeigt wurde – starke Tendenzen in Richtung einer Thematisierung der Entscheidungsfindung sowie einer interdisziplinären praktischeren Ausrichtung der Lehrveranstaltungen. Daher ist davon auszugehen, dass Studierende der Medizin in Zukunft verstärkt im Unterricht aber auch in Famulaturen und im PJ mit Entscheidungsfindungsprozessen und gewünschten Behandlungsalternativen konfrontiert werden.

2) Vorliegen einer „alltäglichen“ Erkrankung
Weiterhin sollte es sich bei der jeweils vorliegenden Erkrankung um eine „alltägliche“ wie Husten, Kopfschmerz oder Bauchschmerzen handeln, damit nicht die Situation entsteht, dass die Studierenden aufgrund mangelnden Fach- oder Spezialwissens überfordert sind oder ihr Handeln nicht begründen können. Die Studierenden sollten sich in ihrer Rolle und in diesem Setting so sicher wie möglich fühlen, damit sie die Situation nicht als „Wissensprüfung“ wahrnehmen und sich möglichst authentisch verhalten. Für alltägliche Erkrankungen reicht das Wissensniveau fortgeschrittener Studierender in der Regel aus; zudem entsteht kein großer Handlungsdruck, da normalerweise keine schwerwiegenden Konsequenzen der Entscheidung zu erwarten sind. Auch ärztliche Fehler in Bezug auf Diagnose oder Therapie haben hier normalerweise keine schlimmen Folgen. Gesprächssituationen, in denen akut lebensgefährliche oder stark beeinträchtigende Erkrankungen vorliegen, müssen dagegen für die Studie ausgeschlossen werden, da sie die genannten Kriterien nicht erfüllen. Gleichzeitig sollten die Gespräche der Studierenden eine möglichst große Nähe zu einem realen Arzt-Patienten-Gespräch haben, da dann leichter beurteilt werden kann, inwieweit die Analyseergebnisse auf stationäre oder ambulante Arzt-Patienten-Kontakte generell übertragbar sind. Die wäre bei hochartifiziellen Lehrsituationen kaum möglich.

3) Keine Notwendigkeit körperlicher Untersuchungen
Im Sinne der zweiten Gesprächsanforderung sollte die Konsultation auch keine komplexen Untersuchungen erfordern. Denn dies würde den Studierenden wieder in seiner Rolle als Lernender fokussieren und unter Umständen eine Prüfungssituation suggerieren. Es müsste sichergestellt werden, dass die teilnehmenden Studierenden alle relevanten Untersuchungstechniken und medizinischen Geräte beherrschen, was die möglichen Erkrankungen sowie die potentiellen Teilnehmer unter den Studierenden stark einschränken würde. Zudem soll der Fokus der Analyse auf den Entscheidungsfindungsprozessen liegen und nicht auf Anamnese- und Untersuchungstechniken. Auch wenn in der späteren Analyse durchaus Sequenzen aus dem ganzen Gespräch herangezogen werden sollen, um die Aushandlung des Entscheidungsfindungsmodus über die gesamte Interaktion hinweg zu beschreiben, könnten aufwendige körperliche Untersuchungen einen falschen Fokus im Gespräch setzen; zudem könnten sie – je nach ihrem Ergebnis und dessen Interpretation – dafür sorgen, dass die erste und zentrale Gesprächsvoraussetzung (Wahl zwischen mindestens zwei Behandlungsalternativen) nicht erfüllt ist.

4) Orientierung an Behandlungsleitlinien
Um auf dem aktuellen Stand der Medizin zu arbeiten und nicht eine Situation zu kreieren, die in der Praxis gar nicht vorkommen würde, ist es zudem notwendig, dass sich die Studierenden an den aktuellen Behandlungsleitlinien[151] orientieren. Die Patienten müssen nach dem derzeit gültigen Standard behandelt werden und die Studierenden Zugang zu den entsprechenden Empfehlungen haben, um danach handeln zu können. Daher ist es für die spätere Analyse von Bedeutung, ein Gespräch aufzuzeichnen, in welchem der Studierende inhaltlich auf einem aktuellen Stand argumentieren kann und nicht mit vollkommen neuen Informationen konfrontiert wird, die ihn überfordern würden. Der Entscheidungsfindungsprozess braucht auf Seiten des Studierenden eine solide fachliche Grundlage, damit die Entscheidungsfindung nicht aufgrund von Halb- oder Nichtwissen zu artifiziell wird.

5) Erstkontakt
Eine weitere Voraussetzung ist, dass es sich bei den Konsultationen um Erstkontakte handelt. Wenn ein Patient schon länger bei einem Arzt in Behandlung ist, hat sich zwischen Arzt und Patient bereits eine bestimmte Form der Beziehung etabliert und wahrscheinlich auch ein gewisser Konsens hinsichtlich der Entscheidungsfindung. Natürlich kann sich der einmal etablierte Modus über die Zeit durchaus verändern, aber es ist davon auszugehen, dass grundsätzliche Aspekte der Beziehungsgestaltung und der Therapiewahl geklärt sind und nicht

[151] Behandlungsleitlinien sind von medizinischen Fachorganisationen erstellte Manuale, die den aktuellen Stand der Diagnose und Therapie zu einem bestimmten Krankheitsbild darstellen (siehe beispielsweise das Leitlinienportal der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin (DEGAM) zu Krankheiten bzw. Symptomen wie Husten, Halsschmerzen, Diabetes etc.: http://leitlinien.degam.de/ [Stand: 15.01. 2015]). Sie werden über mehrere Jahre hinweg von Experten des entsprechenden Gebiets erarbeitet und regelmäßig aktualisiert. Oft basieren sie auch auf einer internationalen Kooperation (bspw. Mancia et al. 2007 von der European Society of Hypertension (ESH) und der European Society of Cardiology (ESC)).

jedes Mal neu thematisiert und ausgehandelt werden müssen. Tatsächlich haben die Studierenden in der Regel wenig längerfristige Kontakte zu Patienten. Das kommt zwar manchmal vor, wenn Studierende im Rahmen von Famulaturen längere Zeit einer bestimmten Station oder einem niedergelassenen Arzt in einer Praxis zugeordnet sind, oder im Rahmen innovativer Lehrprojekte (z. B. bei mehreren über das Studium verteilten Famulaturen beim gleichen Allgemeinmediziner, vgl. Langosch et al. 2012), es ist aber insgesamt eher selten.

Weiterhin haben insbesondere chronisch kranke Patienten sich häufig durch Erfahrung und Recherchen umfangreiches Wissen über ihre Erkrankung angeeignet, das sie auch einbringen (Wiese 1994). Dadurch könnte es zu einem Wissenswettstreit mit dem fachlich wie in dieser professionellen Rolle noch unerfahrenen Studierenden kommen, was die Gefahr inhaltlicher Korrekturen und damit verbundener massiver Imagearbeit nach sich zieht. Dies würde das gesamte Arzt-Patienten-Gespräch erheblich beeinflussen, was wiederum die Analyse erschweren würde.

6) Ungestörter Dialog zwischen Studierendem und Patienten
Um den für den Modus der Entscheidungsfindung wichtigen Beziehungsaufbau zwischen dem Studierenden und dem Patienten im Rahmen des Gesprächs zu ermöglichen, ist es weiterhin sinnvoll, dass die Interaktanten das Gespräch in einem Raum allein und ungestört führen können. Wenn bei solchen Gesprächen zusätzlich Ärzte anwesend sind, tendieren diese dazu, sich in das Gespräch einzumischen, um fachliche Aspekte zu ergänzen, Hilfestellung bei Anamnesefragen zu geben oder dem Patienten das weitere Vorgehen zu erklären. Nicht zuletzt spielt im Rahmen ökonomischer Prozesse in Kliniken und niedergelassenen Praxen auch das Zeitmanagement eine Rolle, da ein Gespräch in der Regel nicht übermäßig lange dauern darf und daher entsprechende ärztliche Interventionen in ausführlicheren Gesprächen der Studierenden zu erwarten wären. Zudem besteht die Gefahr, dass Patienten die Studierenden als Lernende wahrnehmen, wenn ein Arzt anwesend ist. Dies könnte dazu führen, dass sie bei Nachfragen oder Verständnisproblemen zumindest nonverbal eher den Arzt als den Studierenden adressieren. Diese Gefahr dürfte besonders bei intimen oder schambehafteten Gesprächsthemen sowie bei Meinungsverschiedenheiten bestehen. Nicht zuletzt kann es auch passieren, dass der Studierende selbst bei Fragen und Unsicherheiten den Arzt adressiert, der als höhere Instanz im Hintergrund „wacht“.

Dass eine Arzt-Studierenden-Patient-Beziehung ganz anders funktioniert und zu anderen Prozessen der Entscheidungsfindung führt als die Studierenden-Patient-Beziehung, die hier untersucht werden soll, liegt auf der Hand. Die Anwesenheit einer dritten Person, die dem Studierenden hierarchisch und in Bezug auf sein Wissen übergeordnet ist, verstärkt zudem das Beobachterparadoxon.

7) Krankheitserfahrung des Patienten
Um die gesamte Bandbreite der möglichen Arzt-Patienten-Beziehungen im Rahmen einer theoretischen Sättigung abzubilden und nicht nur paternalisti-

sche Entscheidungsprozesse zu erfassen, ist es zudem wichtig, dass zumindest in einem Teil der Gespräche der Patient generell Erfahrung mit Krankheiten, Therapien und deren Folgen hat (zur Sozialisation und Erfahrungen mit dem medizinischen System vgl. beispielsweise Koerfer 1994:177f.; Lalouschek 2002a:27; Peters 2008:68ff.)[152], so dass er in Bezug auf die Reichweite von Entscheidungen durchaus schon sensibilisiert ist und er im Prozess der Entscheidungsfindung zumindest prinzipiell eine aktive Rolle übernehmen kann. Bei Patienten, die sehr „arzthörig" oder in der Behandlung von Erkrankungen unerfahren sind, besteht die Gefahr, dass sie in ihrem Gesprächsverhalten sehr zurückhaltend sind und keinen nennenswerten Anteil an der Entscheidungsfindung haben.

8) Audiovisuelle Aufnahmen
Schließlich müssen die Gespräche noch eine technische Voraussetzung erfüllen: Ich gehe davon aus, dass an der im Hintergrund ablaufenden Aushandlung der Entscheidungsfindung nonverbale Kommunikation und Proxemik einen nicht zu vernachlässigen Anteil haben; darum wird für die vorliegende Studie aus methodischen Gründen ein multimodaler Analysezugang gewählt (vgl. Kapitel 7.2).[153] Um diese Aspekte erfassen und in die Analyse einbeziehen zu können, müssen die Gespräche mit Videokameras aufgezeichnet werden. Es wurde in der Konzeption zunächst von 20 Gesprächen ausgegangen, die auf diese Weise aufgezeichnet werden sollten.

6.2 Konsequenzen für die Datenerhebung

Die Operationalisierung der oben ausgeführten Bedingungen, die Gespräche erfüllen müssen, um die Analyse von Entscheidungsfindungsprozessen im Rahmen dieser Arbeit zu ermöglichen, hatte in Bezug auf die Datengewinnung schließlich weitreichenden Konsequenzen.

Zunächst mussten Situationen gefunden werden, in denen Studierende tatsächlich in Kontakt mit Patienten kommen. Hier bieten sich generell zwei Möglichkeiten an: der Unterricht am Krankenbett (UaK) oder eine Famulatur (medizinisches Praktikum) in einer Klinik oder der Praxis eines niedergelassenen Arztes (vgl. Fabry 2008:164ff.). Schwierig wird es jedoch, wenn man die Bedingung des ungestörten Dialogs (Punkt 6) hinzunimmt sowie die Anforderung, dass in dem Kontakt zwischen Studierendem und Patienten tatsächlich eine Entscheidung getroffen werden muss. Denn sowohl in Kliniken als auch im niedergelassenen Bereich können Studierende selten ungestört und allein mit Patienten sprechen, und insbesondere Therapieentscheidungen besprechen sie aus guten Gründen so gut wie nie allein mit dem Patienten. In der Regel überneh-

[152] Wie nachhaltig die Sozialisation wirkt, zeigt sich anschaulich in einer Studie von Johanna Lalouschek, in der Patienten mit einem neuen, psychosozial orientierten Gesprächstyp konfrontiert wurden: Sie waren dadurch zunächst verwirrt, weil sie als krankenhauserfahrene Patienten ein herkömmliches Arzt-Patienten-Gespräch erwartet hatten (vgl. Lalouschek 1993: 182).

[153] Näheres zur Transkription und zum methodischen Analyseansatz findet sich in den Kapiteln 7.2 und 7.4.

men sie vor allem Aufgaben bei der Anamnese und der körperlichen Untersuchung, die sie je nach Situation auch eigenständig und allein durchführen können, und bei der Erklärung von Diagnosen und Therapieverläufen. Letztere werden aber häufig vom Arzt unterbrochen, der zusätzliche Informationen gibt, korrigiert oder das Gesagte gegenüber dem Patienten bestätigt. Kommt es zu einer Diskussion über die Therapie, wird in aller Regel der Arzt das Wort übernehmen und im weiteren Verlauf das Gespräch führen, da er letztlich auch die Behandlung verantwortet und dafür haftet. Der Studierende ist hier in einem sehr geschützten Setting; das würde jedoch eine Analyse der Entscheidungsprozesse deutlich erschweren, und die Ergebnisse wären auf dialogische Situationen im klassischen Ausbildungssetting oder auf Arzt-Patienten-Kontakte insgesamt nicht übertragbar.

Hinzu kommen die Konsequenzen aus dem oben genannten Punkt 8: Patientengespräche in Krankenhäusern (z. B. während des Unterrichts am Krankenbett) oder in Praxen können nicht aufgezeichnet werden. Eine Aufnahmetechnik mit drei Kameras ist im laufenden medizinischen Betrieb nicht zumutbar; davon abgesehen ist sie auch mit juristischen Problemen verbunden, die nur mit sehr großem Aufwand zu lösen sind (Ethikantrag, Anonymisierung, Aufklärung etc.). Zudem ist davon auszugehen, dass eine solche Situation nicht nur die Studierenden irritieren würde; auch für die Patienten wäre die Kombination von Studierendem, Arzt und Aufnahmetechnik vermutlich eine große Herausforderung und würde die Wirkung des Beobachterparadoxons stärken. Weiterhin wären vermutlich sehr viele Patientenbesuche erforderlich, bis genügend Gespräche aufgenommen sind, die die Gesprächsvoraussetzungen erfüllen (besonders die Anforderungen 1, 2 und 3). Schließlich würde ein solches Vorgehen zudem zu einem starken Bias führen, denn eventuell würde sich nur ein spezieller Patiententyp für die Gesprächsaufnahmen bereit erklären; insofern ist fraglich, ob die Studie eine hinreichende Breite möglicher Entscheidungsfindungsmodi abdecken würde.

Die unter 6.1 festgelegten Gesprächsvoraussetzungen schließen somit einige Möglichkeiten der Datengewinnung nahezu aus. Um dennoch Gespräche aufzeichnen zu können, die den oben entwickelten Rahmenbedingungen und Limitationen entsprechen und trotzdem die Situation in der medizinischen Ausbildung möglichst authentisch widerspiegeln, bot sich daher die Methode der Gesprächssimulation an, die im Folgenden kurz skizziert wird.

6.3 Gesprächssimulationen

6.3.1 Geschichte der Methode

Die Methode der Simulation wurde in den USA als didaktisches Instrument entwickelt. Der erste (zumindest der erste schriftlich festgehaltene) Einsatz eines Simulationspatienten (abgekürzt SP[154], die genaue Terminologie wird unter 6.3.2 detailliert ausgeführt) erfolgte 1964 im Rahmen des Neurologieunterrichts am Los Angeles County

[154] SP wird als Bezeichnung sowohl für Männer und Frauen als auch für den Singular und Plural verwendet.

Hospital durch Howard Barrows (Barrows/Abrahamson 1964), um den Leistungsstand der Studierenden besser beurteilen zu können. Kai Schnabel berichtet, mit welchen Schwierigkeiten Barrows anfangs zu kämpfen hatte:

> „Er erntete anfangs beträchtlichen Gegenwind seiner Fachkollegen und wurde sogar aus der Fachgesellschaft für Neurologie ausgeschlossen. Häufig erhielt er Einladungen für Fachtagungen, denen kurze Zeit später ein Anruf folgte, dass er aber bitte nicht über seine Schauspielpatienten […] berichten solle." (Schnabel 2012:116)

In den 1970ern und insbesondere den 1980er Jahren entwickelte sich die Methode stetig weiter (Williams 2004; Wallace 2007:xxiv). In den 1990er Jahren wurde die Nutzung von Simulationspatienten in den Vereinigten Staaten weiter professionalisiert, was Peggy Wallace in ihrem Grundlagenwerk zur Ausbildung und zum Einsatz standardisierter Patienten unter der Überschrift „The Making of a Discipline" im Wesentlichen auf zwei Faktoren zurückführt:

> „Two nearly simultaneous occurrences in the early 1990s in the United States have helped shape our SP training into a professional discipline. First, the National Board of Medical Examiners worked diligently to put the SP-based clinical skills performance assessment into the United States Medical Licensure Examination, and second, the Josiah Macy, Jr., Foundation funded and thereby challenged a number of strategically placed medical school consortia throughout the United States to design clinical skills examinations using standardized patients." (Wallace 2007:xxiii)

Hinzu kam, dass die Association of American Medical Colleges auf ihrer Jahrestagung „Conference on the Use of Standardized Patients in the Teaching and Evaluation of Clinical Skills" im Jahre 1993 unterstrich, welche Bedeutung diese Methode bis dato in der medizinischen Ausbildung in den USA gewonnen hatte (Anderson/Kasserbaum 1993). Auch in Europa hat diese Methode bereits eine gewisse Tradition, in Maastricht beispielsweise wird sie schon seit dem Jahr 1975 eingesetzt (van Dalen 2012). In Deutschland ist sie allerdings noch vergleichsweise neu. Simulationspatienten wurden hier erst ab dem Jahr 2000 eingesetzt, und zwar im Rahmen der damaligen neuen Modell- bzw. Reformstudiengänge an der privaten Universität Witten-Herdecke und der Charité in Berlin (Ortwein/Fröhmel 2004; Schnell/Langer 2009a:192-193; Müller 2012:36-37). In größerem Maßstab wurde die Methode dann erst mit der Etablierung weiterer medizinischer Modellstudiengänge (siehe Kapitel 6.4.1) und der Einrichtung von Skills-Labs genutzt (Fichtner 2012:106ff.).

6.3.2 Simulationspatienten als Methode in Forschung und Lehre

Simulationen[155] sind in der ärztlichen Ausbildung seit vielen Jahren international erprobt, und auch in Deutschland sind sie seit einigen Jahren neben dem Unterricht am Krankenbett und der Famulatur ein erprobtes didaktisches Mittel zur Vermittlung praktischer Fertigkeiten und Kompetenzen. Bei einer Gesprächssimulation[156] im Rahmen der ärztlichen Ausbildung führt der Studierende in der Rolle als Arzt ein Gespräch mit einem trainierten (Laien-)Schauspieler.[157] Die Rolle des Schauspielers als Patient im Rahmen der medizinischen Ausbildung beschreibt Barrows (1987) folgendermaßen:

> „The Simulated/Standardized Patient (SP) is a person who has been carefully coached to simulate an actual patient so accurately that the simulation cannot be detected by a skilled clinician. In performing the simulation, the SP presents the gestalt of the patient being simulated; not just the history, but the body language, the physical findings, and the emotional and personality characteristics as well." (Barrows 1987, zitiert nach Cleland et al. 2010:3)

Im deutschsprachigen Raum wird der Schauspieler, der den Patienten verkörpert, in der Regel als „Simulationspatient" bezeichnet, daneben aber auch als „standardisierter Patient" oder „Schauspielpatient". Diese Begriffe wurden in der Literatur wie in der praktischen Lehre lange Zeit ohne klare Abgrenzung nebeneinander verwendet, was zu Verwirrung und definitorischer Unschärfe führte (Schnabel 2012:116; Cleland et al. 2010:4-6). Der Begriff „Schauspielpatient" wird teilweise als Oberbegriff genutzt; aufgrund seines leicht trivialen Beiklangs wird er jedoch inzwischen seltener verwendet.

Inzwischen hat sich im deutschsprachigen Raum weitestgehend eine Unterscheidung nach Anwendungsgebieten durchgesetzt. Simulationspatienten werden in der Regel in der Lehre eingesetzt; sie haben trotz eines Rollenskripts meist größere Freiheiten in der Rollendarstellung und können improvisieren, und das Ende des Gesprächs ist nicht unbedingt vorgegeben (vgl. u. a. Schnabel 2012:116; Berner Bildungszentrum Pflege 2011:8). Standardisierte Patienten werden normalerweise in praktisch orientierten Prüfungen eingesetzt, wo Studierende den Patientenkontakt üben sollen (vgl. u. a. Schnabel 2012:116). Hier ist es aus prüfungskonzeptionellen und rechtlichen Gründen entscheidend, dass alle Studierenden in der Prüfungssituation die (möglichst) gleichen Voraussetzungen vorfinden. Darum sind die Schauspieler so geschult, dass sie immer weitestgehend exakt die gleiche Rolle spielen. Dazu gehören identische Eröffnungsstatements, auswendig gelernte Antworten auf bestimmte Fragen sowie ein möglichst gleicher Gemütszustand, der sich auch in Körpersprache und Stimme widerspiegelt. Die verschiedenen Studierenden werden hinsichtlich ihres Verhaltens im Gespräch oder in der körperlichen Untersuchung des standardisierten Patienten beobachtet und

[155] Medizinische Simulationen sind ein weites Gebiet; sie beziehen sich nicht nur auf Gespräche mit „künstlichen" Patienten, sondern auch auf den großen Bereich der *non-human simulation*, in dem zum Beispiel elektronisch gesteuerte Puppen eingesetzt werden, die die körperlichen Funktionen von Patienten nachahmen, oder auch nachgebaute Krankenhauszimmer oder künstliche Arme, an denen das Legen von Zugängen geübt wird (für einen generellen Überblick siehe Pierre/Breuer 2012).

[156] Im Weiteren wird mit diesem Begriff ein Gespräch mit einem Simulationspatienten bezeichnet.

[157] Weitere Details zur Methode und eine Reihe konkreter Beispiele finden sich beispielsweise bei Rockenbauch et al. 2008., Cleland et al. 2010, Partschefeld et al. 2013 sowie Rethans et al. 2012.

verglichen und schließlich anhand von Checklisten oder Globalskalen bewertet. Neben Prüfungssituationen werden standardisierte Patienten auch in wissenschaftlichen Studien eingesetzt (Siminoff 2011), in denen verschiedene Aspekte des Gesundheitssystems (z. B. allgemeines Gesprächsverhalten, therapeutische Empfehlungen oder Zeitmanagement von Ärzten) ohne Gefahren für echte Patienten überprüft werden sollen (für ein konkretes Beispiel siehe Abholz 2003).

Während in Deutschland Schauspieler vor allem in der Lehre eingesetzt werden und entsprechend der Simulationspatient am häufigsten Verwendung findet, liegt im angloamerikanischen Raum der Schwerpunkt des Einsatzes von Schauspielern bei Prüfungen, weshalb hier generell häufiger vom „standardized patient" zu lesen ist (Wallace 2007, Cleland 2010:4-6). Die beiden Begriffe „standardized patient/standardisierter Patient" und „simulated patient/Simulationspatient" wurden in der älteren Literatur abhängig von länderspezifischen Traditionen oftmals synonym gebraucht und einheitlich mit „SP" abgekürzt, darum ist eine klare Zuordnung hier teilweise schwierig. Einen übergeordneten Begriff für beide Formen der Simulation bildet prinzipiell „human simulation" (Barrows 1987), er hat sich aber in Deutschland bisher noch nicht in der Breite durchgesetzt.

In dieser Arbeit wird in Anlehnung an die bisherige deutsche Tradition „Simulationspatient" (abgekürzt mit SP) als Oberbegriff verwendet (abgekürzt mit SP) und als Spezifikation der Begriff „standardisierter Patient" (abgekürzt mit StP).[158] Der „standardisierte Patient" beschreibt den Einsatz der Schauspieler im Rahmen dieser Studie am treffendsten und wird daher in der Auseinandersetzung mit den empirischen Daten genutzt. Dies wird auch deshalb als sinnvoll erachtet, weil sich dieser Begriff in wissenschaftlichen Studien für den Einsatz von Schauspielern als Patienten durchgesetzt hat und weil es sich gerade auch in dem empirischen Setting, auf dem diese Arbeit basiert, um eine Standardisierung der Patienten handelt. Dies bezieht sich allerdings lediglich auf die Symptome, die Krankengeschichte und bestimmte Verhaltensmuster, nicht auf Phrasen oder Sätze. Ein sinnvoller Einsatz von Schauspielern in klinischen (und meiner Einschätzung nach auch in linguistischen) Studien ist nur möglich, wenn zwar ein gewisses Maß an Standardisierung gegeben ist und die für die Studie zentralen Merkmale vor dem Einsatz besprochen und ausführlich eingeübt werden, die Schauspieler aber gleichzeitig die Möglichkeit haben, kommunikativ spontan und authentisch zu reagieren; durch eine zu umfassende Standardisierung würden letztlich nur nicht übertragbare Artefakte produziert.

Die Simulationspatienten werden im Vorfeld für eine bestimmte Krankenrolle inklusive Symptombeschreibungen und Krankengeschichte sowie für die Darstellung entsprechender Emotionen geschult.[159] In aller Regel gehört zur Ausbildung auch ein Training

[158] Es sei hier jedoch darauf hingewiesen, dass es im Text zu vermeintlichen Widersprüchen zwischen Zitaten und Erläuterungen kommen kann, wenn jeweils andere Termini verwendet werden. Hier ist jeweils die Bezeichnung im Text dieser Arbeit vorzuziehen. Einige Zitate wurden zudem, um Missverständnissen vorzubeugen, mit entsprechenden Anmerkungen versehen.

[159] Die Schauspieler werden in erster Linie in Patientenrollen eingesetzt, doch kommt es je nach Lehrsetting und Lernziel auch vor, dass sie einen Angehörigen oder einen anderen Vertreter des Gesundheitssystems darstellen, um beispielsweise Gespräche mit aufgebrachten Partnern von Patienten oder Konfliktsituationen mit Kollegen zu simulieren. Solche Einsätze bilden aber eher die Ausnahme;

im Geben von strukturiertem Feedback. Als Beispiel für einen umfangreicheren Lehreinsatz lässt sich ein Breaking-Bad-News-Kurs (Überbringen schlechter Nachrichten) anführen, in welchem der Simulationspatient von einem Studierenden in der Rolle des Arztes eine negative Diagnose übermittelt bekommt, z. B. eine akute Leukämie. Die Simulation ähnelt durchaus der bekannten Methode des Rollenspiels, allerdings mit wesentlichen Unterschieden, die weiter unten ausführlich behandelt werden. Das Gespräch wird geführt wie ein Gespräch mit einem echten Patienten, wobei der Schauspieler einem mehr oder minder detaillierten Rollenskript folgt und je nach Situation auch Gefühle oder Konfrontationen ins Gespräch einbringt. Wie eng er den Vorgaben folgt, wie weit er im Gespräch eigene Erfahrungen und Gefühle einsetzt, wie viel Informationen er über sich als Patienten im Gespräch preisgibt und bis zu welchem Punkt er mögliche Konflikte eskalieren lässt, hängt von der Art des Einsatzes sowie der vorherigen Schulung ab. Neben solchen Gesprächssimulationen werden Simulationspatienten in der Medizin auch zum Üben körperlicher Untersuchungen[160] oder in Verbindung mit technischen Gerätschaften[161] eingesetzt. Die konkrete Umsetzung ihrer Einsätze variiert je nach Universität, durchführender Abteilung[162] und Lehr- bzw. Prüfungssetting, wobei der Trend derzeit dahin geht, fächerübergreifende Lernziele in einer Simulation gemeinsam zu thematisieren.[163] Auch wenn der Schwerpunkt von Simulationspatienteneinsätzen seit jeher in der medizinischen Ausbildung liegt, hat die Methode inzwischen auch in der Pflege (Berner Bildungszentrum Pflege 2011) und anderen Gesundheitsberufen (Partschefeld et al. 2013) Einzug gehalten. Weiterhin wer-

insofern kann in der ärztlichen Ausbildung weiterhin allgemein von Simulationspatient gesprochen werden, ohne große Missverständnisse zu provozieren.

160 Hierfür gibt es im deutschen Raum die Bezeichnung „Modellpatient“ (Druener et al. 2012), die sich aber noch nicht in der Breite durchgesetzt hat. Dabei findet in der Regel kein Gespräch statt; der Schauspieler stellt lediglich seinen Körper zum Üben von Untersuchungen zur Verfügung.

161 Manchmal werden Schauspieler eingesetzt, die mit einem künstlichen Körperteil (z. B. Arm oder Unterkörper) ausgestattet sind, an dem die Studierenden wiederholbar praktische Tätigkeiten ausführen (beispielsweise Injektionen geben, Blutdruck messen, Genitaluntersuchung vornehmen) und dabei mit dem Simulationspatienten kommunizieren können, ohne dass für diesen die Gefahr körperlicher Schädigung oder starken emotionalen Drucks besteht. Bei diesem Einsatz werden die Schauspieler meist als Hybridpatienten bezeichnet (Russo/Nickel 2012: 129, für ein Anwendungsbeispiel: Kennedy et al. 2012).

162 Der Einsatz von Simulationspatienten in Deutschland ist nach wie vor sehr heterogen. Meist waren es engagierte Personen in einzelnen Fachabteilungen oder Instituten, die initiativ Lehr- und Prüfungskonzepte mit SPs ausprobierten, und dies erweiterte sich schließlich „bottom-up“ auf die ganze medizinische Fakultät. Daher sind SP-Programme in Deutschland je nach Standort institutionell in verschiedenen Fächern verankert (an der Düsseldorfer Heinrich-Heine-Universität wird es z. b. von der Abteilung für Allgemeinmedizin, dem Institut für Psychosomatik und dem Studiendekanat in Kooperation durchgeführt), einem bestimmten Studienabschnitt zugeordnet (z. B. der „PJ-Startblock“ an der Universität zu Köln, als Begleitung der Studierenden im praktischen Jahr des Medizinstudiums), in einer fachdidaktischen Abteilung angesiedelt (z. B. dem „Zentrum für Medizinische Lehre“ an der Ruhr-Universität Bochum) oder den für medizinpraktische Trainings entwickelten Skillslabs angegliedert (z. B. AIXTRA an der RWTH Aachen). Derzeit geht der Trend allerdings dahin, die Simulationspatientenprogramme zentralen Institutionen zu unterstellen, die für die Lehre zuständig sind (Studiendekanate, didaktische Institute), oder eigene Strukturen zu entwickeln.

163 Aktuell wird im Rahmen von neuen Studiengängen und interdisziplinärer Lehre versucht, Kommunikation mit Patienten nicht mehr isoliert zu betrachten und zu trainieren (siehe Kapitel 6.4). Stattdessen sollen die medizinischen Inhalte zusammen mit entsprechenden Untersuchungstechniken und der Kommunikation in SP-Kontakten eingeübt werden, da die verschiedenen Ebenen im späteren Berufsalltag in der Regel auch gemeinsam vorkommen.

den Simulationspatienten in der wissenschaftlichen Forschung eingesetzt, insbesondere für klinische Kompetenzstudien (für eine Übersicht siehe Siminoff 2011).[164] Auf diese Anwendungen soll hier aber nur am Rande verwiesen werden, da sie für die vorliegende Arbeit keine Rolle spielen.

Abhängig vom didaktischen Setting werden solche simulierten Gespräche häufig anschließend in einer Gruppe oder im Zweiergespräch anhand einer Videoaufnahme nachbesprochen und diskutiert[165] (Bokken/Rethans 2010:77; Schnell/Langer 2009a:193) oder im Rahmen einer Prüfung bewertet (Cleland 2010:27; Wallace 2007). Dabei wird auch berücksichtigt, wie der vorgebliche Patient das Gespräch aus der Patientenperspektive wahrgenommen hat. Insbesondere dieses professionelle Feedback, das später im ärztlichen Alltag kaum zu realisieren ist – und das im Rahmen der Datengewinnung für diese Arbeit keine Rolle spielte –, gilt neben der realistischen Rollendarstellung als besonderes Qualitätsmerkmal dieses didaktischen Ansatzes.

6.3.3 Gütekriterien

Wenn Simulationen in einer linguistischen Studie eingesetzt werden sollen, ist zunächst zu fragen, wie es um die Authentizität der so entstehenden Gespräche bestellt ist, ob die Methode Artefakte produziert und schließlich, wie sich die Rahmenbedingungen der Simulation auf das Gespräch auswirken und in welcher Weise sie in der anschließenden linguistischen Analyse zu berücksichtigen sind.

Der Realismus (Scheffer 2009:20ff) und die wissenschaftliche Verwertbarkeit (Siminoff 2011:320) von Simulationen werden zwar aktuell noch diskutiert, doch die Methode selbst, ihre Umsetzbarkeit, Reliabilität und Validität wird heute nicht mehr in Frage gestellt (Vu/Barrows 1994). Heinz-Harald Abholz stellt im Rahmen einer vielbeachteten Studie zum Einsatz von standardisierten Patienten in klinischen Studien fest:

> „Die Methode gilt inzwischen als ausreichend akkurat (wie genau gibt der SP [StP] die vorgegebene Fallgeschichte wieder?), valide (bleibt der SP [StP] unerkannt und das ärztliche Verhalten damit unbeeinflusst?), inter-reliabel (sind verschiedene SPs [StPs] in ihrer Darstellung und in ihrer Dokumentation vergleichbar?) und intra-reliabel (ist ein SP [StP] in seiner Darstellung und in seiner Dokumentation konstant?) […]“ (Abholz 2003:5)

Ebenso hat die fortschreitende Institutionalisierung der Arbeit mit Simulationspatienten in Form von Arbeitsgruppen[166] und Konferenzen[167] zur Qualitätssicherung und wei-

[164] Die größte Datenbank zur SP-Methodologie mit über 2000 Studien aus klinischer und lehrbegleitender Forschung findet sich auf den Seiten der *University of Texas* unter http://www.utmb.edu/ocs/sp-bibliography.asp [Stand: 15.01. 2015].

[165] Interessant ist hierbei das Fehlen der Linguistik bzw. Gesprächsforschung, die in diesem praxisnahen Lehr- und Prüfungssetting einen wertvollen Beitrag leisten könnte. Bisher dominiert bei der Analyse bzw. Auswertung der Gesprächssimulationen die Psychologie, während man sich beim Feedback weitestgehend an pädagogischen Konzepten orientiert.

[166] Beispielhaft sei hier nur auf den Ausschuss „Simulationspatienten“ der deutschen Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA) und die Association of Standardized Patient Educators (http://www.aspeducators.org/ [Zugriff: 05.01. 2014]) verwiesen.

teren Etablierung der Methode beigetragen. Insbesondere die Nähe zum Rollenspiel wirft die Frage auf, welche Unterschiede hier auszumachen sind, welche Rolle diese Unterschiede bei der Auswertung spielen und ob sich der Aufwand, dafür Schauspieler zu trainieren und einzusetzen, überhaupt lohnt.

Bei Simulationspatienten handelt es sich in der Regel – soweit qualitative Mindeststandards beachtet werden – um trainierte und schauspielerfahrene Personen, die Unkenntnis, Emotionen oder Ablehnung besser und realistischer darstellen können, als es beispielsweise gewöhnliche Teilnehmer eines Kurses oder einer Fortbildung könnten.[168] Zudem sind sie dem anderen Gesprächspartner (Arzt, Studierender etc.) fremd und haben in der Regel ein zum Fall passendes Alter und Aussehen, was den Realismus bzw. die Authentizität in der Wahrnehmung der Gesprächspartner weiter erhöht.[169]

Trotz dieser Vorteile der Methode darf man nicht dem Fehlschluss erliegen, dass es sich hier etwa nicht mehr um eine Art Rollenspiel handelte, sondern um authentische Kommunikation. Dafür fehlt einerseits der institutionelle Rahmen (Wartezimmer, Einrichtung etc.) (Sohn 1994). Andererseits besteht sowohl bei Simulationspatienten als auch bei standardisierten Patienten die Gefahr, dass sie das Gespräch kommunikativ manipulieren, indem sie konsequent ihrer in der Schulung vermittelten bzw. im Lehr- oder Prüfungssetting angelegten „hidden agenda“ folgen. Dadurch wird die Authentizität der Gespräche ein Stück weit in Frage stellt (Peters 2008:115f.). Entsprechend muss die Authentizität der Gesprächsbeiträge im Rahmen der Analyse kontinuierlich hinterfragt werden, und im Hinblick auf eine Generalisierbarkeit der Ereignisse muss sich strikt an bestimmten gesprächsanalytischen Gütekriterien orientieren (Deppermann 2008:105f.).

Trotz dieser Einschränkungen belegen andere Untersuchungen, dass Rollenspiele „authentische Fälle allgemeiner Konstruktionsprinzipien von Kommunikation“ sein können (Schmitt 2002:91) und daher unter Vorbehalt als übertragbar gelten könnten (Seib 2009). Weiterhin zeigt sich der Realismus solcher Gespräche auch in klinischen Studien, in denen seit vielen Jahren standardisierte Patienten eingesetzt werden, oftmals auch verdeckt[170], um klinische Kommunikations- und Untersuchungsabläufe zu analysieren (vgl. beispielsweise Siminoff 2011). In Großbritannien wurden SP bei erfahrenen Ärzten in der ambulanten Versorgung mit guten Ergebnissen als Instrument zur Qualitätssicherung bzw. Kontrolle eingesetzt (Luck/Peabody 2002). Bezüglich der Gütekriterien für den Einsatz von Simulationspatienten weisen Katrin Rockenbauch und Kollegen zusammenfassend auf verschiedene Studien hin, die belegen, dass

[167] Auch hier seien aufgrund ihrer Vielzahl nur zwei Beispiele genannt: die Swiss Conferences on Standardized Patients and Simulation in Health Care (http://spsim.ch/ [Zugriff: 05.01. 2014]) und die Jahrestagungen der Association of Standardized Patient Educators (http://www.aspeducators.org/ [Zugriff: 05.01. 2014]).

[168] Für eine Übersicht der Vorteile beim Einsatz von Simulationspatienten siehe Rockenbauch 2008:185.

[169] In manchen Lehrsettings geht man noch einen Schritt weiter und stattet die SPs mit kleineren Requisiten aus und lässt sie sich adäquat kleiden, um die Situation noch realistischer zu gestalten.

[170] Selbstverständlich haben auch bei verdeckten Besuchen die an der Studie teilnehmenden Ärzte vorher ihr Einverständnis gegeben. Ein erprobtes Verfahren ist zum Beispiel, die Einwilligung in verdeckte Aufnahmen zeitlich lange vor dem Besuch des standardisierten Patienten einzuholen. Die Aufnahme findet dann zu einem dem Arzt unbekannten Zeitpunkt mit einem verdeckten Aufnahmegerät statt in der Hoffnung, dass der Arzt die Studie bis dahin schon vergessen hat.

> „[…] nur in etwa 10 – 20 Prozent der Fälle die Simulation von den erfahrenen Ärzten entdeckt wird. In anderen Studien wurde untersucht, wie gut die Übereinstimmung zwischen der Rollenvorgabe und der tatsächlichen Darstellung ist. Auch hier wurden mit 90 – 100 Prozent Übereinstimmung sehr gute Werte erreicht (Tamblyn et al., 1990). Im Hinblick auf den Einsatz von Simulationspatienten in Prüfungen stellt sich angesichts großer Studierendenzahlen die Frage, ob die Reliabilität negativ beeinflusst wird, wenn eine bestimmte Patientenrolle von verschiedenen Personen dargestellt wird. Auch hier zeigte sich, dass ein hoher Grad von Standardisierung tatsächlich erreichbar ist, sodass sich die Testgüte durch diesen Faktor nur unwesentlich verschlechtert (Williams, 2004)." (Rockenbauch 2008:186)

Auch die bereits genannte Studie von Abholz und Kollegen von 2003 konnte belegen, dass von 100 Konsultationen mit verdeckten standardisierten Patienten in Hausarztpraxen nur zwei enttarnt wurden, die anderen wurden für „echte" Patienten gehalten und entsprechend behandelt (Abholz et al. 2003:23). Hier ist allerdings zu bedenken, dass in so einem Studiendesign der Schauspieler durchaus als verdeckter standardisierter Patient erkannt werden kann, ohne dass er selbst es bemerkt und/oder der Wissenschaftler es bei der späteren Analyse aufdeckt; in dem Fall wird ein künstliches und womöglich imagefördernde Verhalten (z. B. in Form einer Selbstdarstellung als empathischer und zugewandter Arzt) als sicher authentisches Verhalten analysiert, was zu Fehlschlüssen führen kann (Peters 2008:116).

6.3.4 Abschließende Überlegungen zur Gesprächssimulation

Da der Fokus dieser Arbeit auf der medizinischen Ausbildung liegt, ist es nur folgerichtig, auf Gesprächssimulationen als Daten für die Analyse zurückzugreifen. Gesprächssimulationen sind in der medizinischen Ausbildung inzwischen etabliert, so dass sie für die Studierenden keine große Besonderheit darstellen und insofern ein vertrauter und gut einschätzbarer Handlungsrahmen sind. Würde man sie dagegen in einem ambulanten oder klinischen Setting im Gespräch mit einem echten Patienten aufnehmen, wäre dies für sie eine größere Besonderheit in ihrem Studienalltag. Es hätte womöglich dazu geführt, dass sie sich wie in einer Prüfung verhalten, und damit eine Übertragbarkeit der Ergebnisse auf den Lern- und Handlungsalltag von Medizinstudierenden erschwert.

Zudem bietet die Methode der Gesprächssimulation die Möglichkeit, durch den Einsatz gut trainierter Schauspieler kontrollierte und vergleichbare Bedingungen zu schaffen, die es in der klinischen Praxis in dieser Form nicht gibt. Um zu untersuchen, wie die in der Medizinethik entwickelten Typen der Entscheidungsfindung in realen Gesprächen umgesetzt wird, und herauszuarbeiten, wie Medizinstudierende diesbezüglich in der Arzt-Patienten-Interaktion agieren, ist es von Vorteil, ein möglichst homogenes Korpus zu verwenden, das die Theoriebildung erleichtert und störende Faktoren möglichst gering hält. Bei einem realen klinischen Setting wären deutlich mehr Faktoren zu berücksichtigen, beispielsweise die Beschaffenheit des Raumes, die Art der Station, Störungen oder die Anwesenheit von Dritten (was gerade bei Studierenden in der medizinischen Ausbildung häufig der Fall ist bzw. zum Teil sogar gewährleistet sein muss) und vieles andere mehr, was die Analyse deutlich erschweren würde.

Schließlich geht es in dieser Arbeit nicht darum, die repräsentative Verteilung der Entscheidungsfindungsmodelle im studentischen oder klinischen Alltag quantitativ zu erheben. Dies wäre ein möglicher Ansatz für eine Folgeuntersuchung, aber zunächst muss explorativ geklärt werden, wie der Entscheidungsfindungsmodus sprachlich ausgehandelt wird und inwieweit die medizinethischen Konzepte auf diese Prozesse anwendbar sind. Dafür wird in der vorliegenden Untersuchung dieser „kontrollierte Ansatz“ gewählt.

6.4 Das Design der Studie

6.4.1 Erste Annäherungen

Um den oben ausgeführten Gesprächsvoraussetzungen zu entsprechen, musste für die Simulation mit Medizinstudierenden eine Situation kreiert werden, in der in einem möglichst realistischen Rahmen eine Entscheidung getroffen werden muss. Zunächst wurden verschiedene Studien gesichtet, die sich mit dem Thema Entscheidungsfindung (insbesondere Shared Decision-Making) befassen; es erwies sich jedoch, dass darin meist nicht alltägliche, sondern deutlich schwerwiegendere Krankheiten wie beispielsweise Mammakarzinom (Brustkrebs), Depressionen, Multiple Sklerose oder chronische Schmerzen behandelt werden. Viele der Veröffentlichungen bezogen sich auf den Bereich der Onkologie, aber der Fokus lag meist auf der Krankheit und nicht auf den Prozessen der Entscheidungsfindung. Zudem wurden die Studienteilnehmer von den Ärzten vorwiegend nach medizinischen Werten ausgesucht, so dass die Situationen der Entscheidungsfindung sehr divers waren und kaum Gemeinsamkeiten aufwiesen.

So habe ich zunächst mit Ärzten unterschiedlicher Fachgebiete verschiedene Krankheitsbilder besprochen, die für die Studie in Frage kamen (u. a. Husten, Kopfschmerzen), und in Anlehnung an ähnlich strukturierte ältere Arbeiten und eigene Erfahrungen (Peters 2008; Abholz 2003) zunächst ein Fallszenario für ein simuliertes Gespräch zum Thema Kopfschmerzen in der Notaufnahme eines Krankenhauses entwickelt. Diese erste Konzeption sah ein vollständiges Arzt-Patienten-Gespräch von maximal 20 Minuten inklusive Anamnese, Diagnosestellung und schließlich therapeutischer Entscheidung vor. Die Aufgabe der Studierenden bestand demnach darin, mit den Simulationspatienten einen vollständigen Arzt-Patienten-Kontakt inklusive therapeutischer Entscheidungsfindung durchzuspielen. Zwei Schauspieler (jeweils ein Mann und eine Frau) wurden auf diesen Fall hin geschult. Die Simulation wurde zwei Mal durchgeführt und dabei aufgezeichnet und anschließend transkribiert. Diese Gespräche wurden dann in Fokusgruppen mit Vertretern verschiedener Professionen (Linguisten, Medizinethikern, Soziologen, Ärzten) auf die Fragen der Verwertbarkeit und des Realismus hin ausgewertet und die Ergebnisse diskutiert. Hier zeigte sich deutlich, dass das Fallszenario nicht den festgelegten Anforderungen an das Gespräch (siehe Kapitel 6.1) entsprach. Unter anderem entsprachen die Räumlichkeiten, in denen das Gespräch stattfand, nicht denen einer Notaufnahme, es gab zu wenig Geräte für eine körperliche Untersuchung, Anamnese und Diagnosestellung nahmen zu viel Raum ein. Es gab je nach Diagnose unterschiedlich viele Behandlungsmöglichkeiten, so dass der Entscheidungsfindungsprozess sehr unterschiedlich ablief und stark von der Fachkompetenz

der Studierenden abhing. Zudem lag der Fokus im Gespräch eher auf Anamnese und Diagnose als auf der therapeutischen Entscheidung, so dass eine Diskussion über die verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten entweder von den standardisierten Patienten initiiert werden musste oder ganz unterblieb. Insgesamt erwies sich das gewählte klinische Setting als nur schwer nachstellbar, so dass die Situation artifiziell wirkte und gerade die gewünschte Homogenität und damit eine Vergleichbarkeit der Situationen kaum erfüllt waren. Darum entschied ich mich schließlich für ein anderes Szenario. Dieser erste Prozess des Falldesigns half jedoch, die Erwartungen an die zu erhebenden Gespräche und die Voraussetzungen dafür präziser zu formulieren und damit auch den Fokus der Datengewinnung noch stärker auf die Entscheidungsfindung einzugrenzen.

6.4.2 Krankheitsbild und Fallszenario

In Anlehnung an andere Forschungsprojekte mit dem Fokus auf Entscheidungsfindungsprozessen (u. a. Giersdorf et al. 2004) und unter Berücksichtigung der in Kapitel 6.1 genannten Kriterien entschied ich mich schließlich für das Krankheitsbild „idiopathischer Hypertonus“ bzw. „Bluthochdruck unklarer Herkunft“ (Blutdruck von 160 zu 100 mmHg). Ausschlaggebend dafür waren die klaren und einheitlichen nationalen wie internationalen Behandlungsleitlinien (z. B. England, Deutschland, Europa, USA) (Deutsche Hochdruckliga 2008; Mancia 2009; The National Collaborating Centre for Chronic Conditions 2006), insbesondere die dort beschriebenen Möglichkeiten der Medikation, die eine gute Grundlage für eine differenzierte Entscheidungsfindung mit Gestaltungsmöglichkeiten bieten. Danach ist bei diesem Krankheitsbild – Sonderfälle ausgenommen – folgende Behandlung ärztlich empfohlen bzw. akzeptiert: Zunächst soll der Bluthochdruck mit einem niedrig dosierten ACE-Hemmer behandelt werden. Reicht dies nicht aus, soll die Dosis erhöht und bei weiter anhaltendem Bluthochdruck ein weiteres Medikament hinzugenommen werden. An dieser Stelle setzte das gewählte Fallszenario an: Der Patient sollte den ACE-Hemmer bereits nehmen und der Blutdruck sollte weiterhin zu hoch sein. So konnte das Gespräch ohne Untersuchung und aufwändige Diagnosestellung praktisch direkt mit der Therapiebesprechung beginnen, ohne dadurch an Realismus einzubüßen.

Die Leitlinien empfehlen an dieser Stelle zur Behandlung die Hinzunahme eines zweiten Medikaments in Kombination zum weiterhin zu verabreichenden ACE-Hemmer: entweder ein Diuretikum oder einen Kalziumantagonisten. Beide sind von der Wirksamkeit her sehr ähnlich, haben aber unterschiedliche Wirkmechanismen und damit auch differierende unerwünschte Anwendungswirkungen (Nebenwirkungen). Folgende Informationen (siehe Anhang 13.1) erhielten die Studierenden dazu:

> *Wirkbeschreibung des ACE-Hemmers:*
> *ACE-Hemmer blockieren die Wirkung des körpereigenen Proteins ACE, das für die Herstellung des Hormons Angiotensin-II (AT-II) verantwortlich ist. Da AT-II die Blutgefäße verengt und damit den Blutdruck hoch hält, werden durch eine Verringerung die Blutgefäße geweitet und der Blutdruck sinkt.*

Bedeutsamste UAW (Unerwünschte Arzneimittelwirkung) des ACE-Hemmers:

- *Trockener Hustenreiz*

Wirkbeschreibung des Kalziumantagonisten:
Kalzium spielt eine wichtige Rolle in der Muskelkontraktion, u. a. in der glatten Muskulatur in den Wänden der Blutgefäße. Durch Kalzium spannen sich die Muskeln an, die Blutgefäße verengen sich und der Blutdruck steigt. Kalziumantagonisten hemmen diese Wirkung.

Klinisch bedeutsame UAWs

- *Kopfschmerzen*
- *Beinschwellungen (Ödeme)*
- *Allergische Reaktionen*

Seltene weitere UAWs:

- *Gesichtsrötungen und allgemeines Wärmegefühl*
- *Hautausschläge*

Wirkbeschreibung des Diuretikums:
Diuretika greifen in den Flüssigkeits- und Elektrolythaushalt des Körpers ein und senken über eine erhöhte Flüssigkeitsausscheidung den Blutdruck.

Klinisch bedeutsame UAWs des Diuretikums:

- *Erhöhtes Wasserlassen*
- *Schwindel*
- *Müdigkeit, Schwächegefühl*

Seltene weitere UAWs:

- *Sehstörungen*
- *Mundtrockenheit*
- *Beinkrämpfe*

Dazu erhielten die Studierenden folgende Zielvorgabe (vgl. Anhang 13.1):

Nach Stand der Forschung und Sichtung der Leitlinien steht nun eine Kombinationstherapie aus dem schon bisher gewählten ACE-Hemmer und entweder einem Calciumantagonisten oder einem Diuretikum an. Beide haben in dieser Situation nach Studienlage in etwa die gleiche Wirksamkeit, jedoch unterschiedliche Nebenwirkungen.

Erklären Sie dem Patienten die Situation und besprechen Sie mit ihm die weitere Therapie sowie die Wahl des Zusatzpräparats. Im Verlauf der Konsultation soll sich für eines der Medikamente als Zusatz zum ACE-Hemmer entschieden wer-

> *den. Versuchen Sie dabei eine Konsultationsdauer von maximal 20 Minuten nicht zu überschreiten.*

Durch diese vergleichsweise freie Medikamentenwahl konnten in den simulierten Gesprächen auch die Patienten, die sich an einem eher paternalistischen Arzt-Patienten-Verhältnis orientierten, generell in irgendeiner Weise in die Entscheidungsfindung einbezogen werden. Eine schnelle therapeutische Behandlungsempfehlung bzw. Medikamentenverordnung wäre in diesem Fall ein deutlicher Hinweis auf eine spezifische Grundhaltung des Arztes im Arzt-Patienten-Verhältnis (nach dem paternalistischen Ansatz) und wäre nicht darauf zurückzuführen, dass die betreffende Therapie alternativlos ist.

Um trotz der in dieser Situation vorherrschenden längeren Behandlungsgeschichte des Patienten eine Erstkontaktsituation zu generieren – die es zwischen Studierendem und SP de facto auch war – übernahmen die Teilnehmer in der Simulation die Vertretung einer Ärztin im Mutterschutz in einer hausärztlichen Praxis (vgl. Anhang 13.1). Für die Studienteilnehmer wurden die nötigen Informationen über die Diagnose „idiopathischer Hypertonus“ und die bisherige Behandlung des Patienten in einem kurzen Text ausformuliert (ebd.). Dieser entsprach inhaltlich einer ausführlicheren Patientenakte, so dass sich die Studierenden damit auf das Gespräch vorbereiten konnten. Anschließend wurde mit diesen entsprechenden Vorgaben erneut eine Rollenanweisung für die SP geschrieben, zwei Schauspieler beiderlei Geschlechts daraufhin geschult und schließlich mit Studierenden zwei Pilotgespräche aufgezeichnet. Nachdem diese Gesprächssituationen ebenfalls in Fokusgruppen auf ihren Realismus und ihre wissenschaftliche Verwendbarkeit diskutiert und positiv bewertet wurden, konnte dieses Szenario schließlich mit leichten Korrekturen als Grundlage für die Datengewinnung genutzt werden.

Aufbauend auf dem gewählten Krankheitsbild und dem festgelegten Ausgangspunkt der Konsultationsgespräche wurden für die Gesprächssimulationen zwei Rollenskripte angefertigt. Diese glichen sich vollständig in den Rahmendaten[171] wie Eigenanamnese, Familienanamnese, Allergien und emotionaler Situation, unterschieden sich aber in Bezug darauf, welche Art von Entscheidungsfindung der Patient sich wünscht. Die Patientenhaltung hierzu ist differenziert in „dominant-fordernd“ und „devot-akzeptierend“, in Anlehnung an Abholz (2003), der damit in seiner Studie gute Erfahrungen gemacht hat. Die erste Grundhaltung spiegelt einen Patienten wider, der aktiv in die Entscheidungsfindung einbezogen werden und sie dominieren möchte. In der entsprechenden Rollenbeschreibung für die standardisierten Patienten wurde dies wie folgt formuliert:

> *Der Arzt ist zwar der nominelle Experte, was Erkrankungen und ihre Behandlung angeht, aber die letztliche Entscheidung zur Behandlung treffen immer noch Sie. Es ist Ihr Körper, und über den Umgang damit entscheiden Sie allein. In Ihren*

[171] Hier war es wichtig, eine realistische Grundsituation in Bezug auf den Bluthochdruck zu entwickeln, die das Krankheitsbild stützt, aber keine Anhaltspunkte für schwerwiegende Ursachen oder Gründe für eine weitere Diagnostik liefert. Die Erarbeitung orientierte sich an bereits vorliegenden Rollenskripten bzw. Anleitungen hierzu (vgl. u. a. Ortwein/Fröhmel 2004:34f.; Abholz 2003:43f.; Schultz et al. 2007:16-17; Cleland 2010:17ff.). Für eine vollständige Auflistung der Rahmendaten des Fallszenarios siehe Anhang 13.2.

> *Augen fungiert der Arzt als eine Art Dienstleister, der Sie mit Informationen zur Diagnose und zu möglichen Prognosen versorgt und der schließlich auch die Behandlung nach Ihrer Wahl durchführt. Die Entscheidung aber, was getan werden soll, werden Sie auf der Basis der gegebenen Informationen allein treffen wollen. Sie lassen sich nur unter großem Aufwand auf einen Konsens ein, der Sie weiter von Ihrer Wahrnehmung und gefassten Entscheidung abbringt. Auch bei einem Drängen des Arztes werden Sie darauf beharren und im Extremfall das Gespräch bzw. die Behandlung abbrechen.* (Anhang 13.2)

Die zweite Patientenhaltung „devot-akzeptierend" beschreibt dagegen einen Patienten, der sich fügt und gar keinen Wert darauf legt, im Rahmen der therapeutischen Entscheidungsfindung Verantwortung zu übernehmen:

> *Der Arzt ist der Experte und soll die Behandlungsentscheidung treffen. Sie respektieren sein Fachwissen und seine Erfahrung und vertrauen ihm. Sie geben ihm bereitwillig alle Informationen, die er für die Diagnose- und Therapiefindung benötigt, und akzeptieren schließlich den Behandlungsvorschlag. Einen Einbezug in die Entscheidungsfindung oder gar eine vollständige Übernahme der Entscheidung lehnen Sie unter Verweis auf Ihr mangelndes Fachwissen und auf das Vertrauen in sein ärztliches Können ab. Bei stärkerem Drängen vonseiten des Arztes wählen Sie sichtbar zufällig ein Medikament aus oder verweigern sogar eine eigene Stellungnahme, da Sie sich nicht selber behandeln möchten, und drängen den Arzt zu einer eindeutigen Entscheidung.* (Anhang 13.2)

Auf diese Weise sollten die Studierenden mit den extremen Polen der Entscheidungsfindung (paternalistisch, informativ) konfrontiert werden, um zu sehen, wie sie in diesen Settings – die übrigens nach Auskunft vieler Ärzte in der Realität häufig anzutreffen sind – den Modus der Entscheidungsfindung aushandeln. Diese Variation sollte weiterhin sicherstellen, dass die beiden Parteien nicht einfach den Weg des geringsten Widerstandes und Aufwands wählen (das ist in der Regel der paternalistische: ärztlicher Vorschlag, Einwilligung des Patienten, beiderseitige Akzeptanz), sondern dass der Modus der Entscheidungsfindung möglichst häufig ausgehandelt werden muss und diese Modi in der Theoriebildung berücksichtigt werden kann. Da die Rollen der Schauspieler ansonsten völlig gleich konzipiert waren und gespielt wurden, kann man hier von einer „gezielten Intervention" im Rahmen der Studie sprechen, die ermöglicht, eine gewisse Bandbreite der Möglichkeiten der Entscheidungsfindung zu erforschen.

6.4.3 Training der standardisierten Patienten

Als StPs wurden nur ein Mann und eine Frau eingesetzt, um die Vergleichbarkeit der Gespräche in der Analyse möglichst hoch zu halten. Dabei spielten beide Schauspieler jeweils beide vorgesehenen Patientenhaltungen (dominant-fordernd und devot-akzeptierend). Da sich die Aufnahmen über mehrere Termine erstreckten, spielten die StPs die beiden Patientenhaltungen jeweils in „Blöcken", mit möglichst wenig Wechseln zwischen den beiden Rollenvorgaben. Dies hatte den Vorteil, dass sie sich bei jedem Termin auf eine Darstellungsweise konzentrieren konnten und darüber hinaus

zwischen den Terminen Zeit hatten, sich aus der mehrfach gespielten Rolle zu lösen. Alle anderen Faktoren[172] wurden aber weitestgehend gleich gehalten, so dass auf Patientenseite möglichst nur die Variable der Wunschhaltung in Bezug auf die Entscheidungsfindung den Ablauf der Gespräche beeinflusste.

Die zwei ausgewählten Schauspieler erhielten vor der Durchführung der Gespräche jeweils die im Anhang befindlichen Schulungsunterlagen sowie eine mehrstündige Schulung, in der die Rollen leicht personalisiert wurden, damit in einem gewissen Rahmen eigene Erfahrungen und biografische Elemente eingeflochten werden konnten (Schultz 2007:16-17), so dass die Rollen für die beiden StPs realistisch wirkten. Dies geschah allerdings nur in einem sehr begrenzten und kontrollierten Rahmen. Die Symptome sowie alle medizinischen und psychosozialen Grundlagen blieben gleich, da es sich weiterhin um standardisierte Patienten handeln sollte.[173] Zudem wurden die darzustellenden unterschiedlichen Patientenhaltungen besprochen und in das Rollenkonzept integriert. Anschließend wurden die Rollen mehrfach geübt. Sowohl die Rollentrainings (ca. 4 Zeitstunden) als auch die verschiedenen Einsätze für die Datengewinnung (ca. 3-4 Zeitstunden) wurden jeweils pauschal mit 50 Euro vergütet[174] – eine Aufwandsentschädigung in dieser Höhe wurde zum damaligen Zeitpunkt auch in der Lehre an der Ruhr-Universität Bochum für ähnlich lange und aufwändige Einsätze bezahlt.[175] Die beiden für die Studie ausgewählten Schauspieler waren Frau Esther Abou-Hamdan und Herr Jochen Noy[176], beides erfahrene Laienschauspieler und Simulationspatienten, die sowohl mit dem Setting als auch mit der Aufnahmesituation vertraut waren. Zum Zeitpunkt der Aufnahme und waren sie mit 38 und 39 Jahren ähnlich alt, beide sprechen nur sehr leicht dialektal gefärbtes Hochdeutsch und haben keine körperlichen Auffälligkeiten, die die Studierenden in ihrem Verhalten hätten beeinflussen können.

6.5 Gewinnung von Studienteilnehmern

Die teilnehmenden Studierenden wurden an der Medizinischen Fakultät der Ruhr-Universität Bochum nach mehreren Kriterien ausgewählt. Sie mussten in ihrem Studium bereits fortgeschritten sein und sich im klinischen Abschnitt befinden (mind.

[172] Hierzu zählten unter anderem Aspekte wie der Kleidungsstil (einheitlich, leger, unauffällig), der Sprachstil (nicht zu förmlich oder zu umgangssprachlich) und die Einrichtung der Räumlichkeiten (gleichbleibender Raum mit identischer Anordnung von Tisch und Stühlen).

[173] Zum Konflikt zwischen Standardisierung und Authentizität bei standardisierten Patienten siehe Wallace 2007:153.

[174] Die hierfür anfallenden Kosten übernahm auf Antrag die Research School der Ruhr-Universität Bochum, die als Graduiertenkolleg fungiert und Promovierende finanziell und organisatorisch unterstützt. Weitere finanzielle Unterstützung für diese Studie gab es nicht, so dass keine Interessenkonflikte entstehen konnten.

[175] Deutschlandweit bewegen sich die Honorare für Schauspielpatienten je nach Standort und Spezifikation des Einsatzes zwischen 8 und 25 Euro pro Stunde (Rockenbauch et al. 2008:186). Diese Vergütungsspanne hat sich in den letzten Jahren nach meiner Kenntnis nicht geändert. Weiterhin gibt es an den verschiedenen Universitäten unterschiedliche Bezahlungssysteme.

[176] Die Simulationspatienten haben im Vorfeld der Studie eingewilligt, dass ihre Namen hier genannt und in Kapitel 8 einzelne Bilder von ihnen gezeigt werden dürfen.

5. Semester bzw. 3. Studienjahr). Dadurch wurde sichergestellt, dass sie zum einen genügend Fachwissen mitbringen, um die Situation fachlich angemessen bewerten zu können, und dass sie zum anderen in Praktika und klinischer Lehre bereits medizinische Handlungsräume aus professioneller Sicht kennengelernt hatten. Zudem ist davon auszugehen, dass ihr Rollenbild zu diesem Zeitpunkt bereits hinreichend gefestigt ist und sie eine gewisse ärztliche Haltung ausgebildet haben (siehe Kapitel 3). Eine weitere Bedingung war, dass die Studierenden vorher nicht an ungewöhnlich intensiven Kommunikationsschulungen teilgenommen hatten, da dies für ein Medizinstudium immer noch untypisch ist[177] und insofern die Ergebnisse verfälschen würde. Schließlich sollte auf ein gleichmäßiges Geschlechterverhältnis in der Stichprobe geachtet werden. Die Studienteilnehmer wurden über Aushänge an der Medizinischen Fakultät der Ruhr-Universität Bochum angeworben und für ihren Einsatz jeweils mit 20 Euro entschädigt.[178]

Letztlich nahmen an der Studie 22 Studierende teil.[179] Sie hatten durchschnittlich 8,6 Semester (Median: 9,5) Studium (von insgesamt 12 Semestern inklusive praktischem Jahr) und im Schnitt 2,8 Famulaturen (klinische Praktika, gezählt nach verschiedenen Abteilungen bzw. unterschiedlichen Standorten) absolviert; damit hatten sie bereits einen starken Bezug zur klinischen Arbeit. Das Durchschnittsalter betrug 24,2 Jahre (Median: 24). Mit 11 Frauen und 11 Männern sowie 17 deutschen und 5 osteuropäischen Studierenden (aus Polen, Bulgarien und Kirgisien) war die Gruppe trotz ihrer geringen Größe vergleichsweise repräsentativ für den klinischen Alltag in Deutschland, wo derzeit ein Wechsel von einer männlich dominierten hin zu einer weiblich dominierten Ärzteschaft zu beobachten ist[180] und aufgrund des Fachkräftemangels häufig Ärzte und Pflegende aus osteuropäischen Ländern eingesetzt werden.

Die Famulaturen deckten fast alle klinischen Fächer ab, mit einem leichten Schwerpunkt auf Neurologie, Chirurgie und Innerer Medizin. Die Teilnehmer wurden auch nach zuvor absolvierten Schulungen, Fortbildungen oder besonderen nichtcurricularen Seminaren im Bereich Kommunikation oder Art-Patienten-Beziehung gefragt. Etwas mehr als die Hälfte von ihnen (12) hatte zusätzlich zum Curriculum ein Kommunikationstraining irgendeiner Art besucht (Details dazu im Anhang 13.3), aber es gab keine auffällige Häufung bei einzelnen Studierenden. Abgesehen von 8 Studierenden, die im

[177] Der Fokus dieser Arbeit soll, wie eingangs erläutert, auf „durchschnittlichen“ Medizinstudierenden, dem curricularen Verlauf ihres Studiums (im Regelstudiengang) und den sich daraus ergebenden Ansätzen in Arzt-Patienten-Gesprächen liegen. Positive „Ausreißer“ – die es in dieser Studie nicht gab – hätten im Vergleich mit dem restlichen Material interessante Einblicke ermöglicht, hätten aber innerhalb des Korpus und bei der Theoriebildung mit großer Vorsicht behandelt werden müssen.

[178] Auch diese Kosten übernahm nach Antragstellung die Research School der Ruhr-Universität Bochum.

[179] Eine genaue Übersicht der Teilnehmerdetails gibt Anhang 13.3.

[180] Bundesweit gibt es schon seit einigen Jahren eine deutliche Tendenz sowohl zu mehr Frauen in den verschiedenen Arztberufen (Kopetsch 2010:93ff.) als auch zu mehr weiblichen als männlichen Studierenden im Fach Medizin (von 100 Studieren sind 63 Frauen, ebd.:100). Demnach entspricht das Geschlechterverhältnis in der Stichprobe nicht der realen Verteilung der Studierenden. Dennoch wurde eine Gleichverteilung in der Teilnehmergruppe angestrebt, da der Umfang einer qualitativen Analyse eine realistische Stichprobe unter Berücksichtigung der anderen Studienkriterien nicht erlaubt hätte. Zudem soll in dieser Arbeit zwar der Faktor Gender im Rahmen der medizinischen Entscheidungsfindung durchaus berücksichtigt werden, jedoch kein Hauptfokus sein und keine repräsentativen Aussagen dazu getroffen werden. Hierfür wären quantitative Erhebungsverfahren geeigneter.

Rahmen eines Wahlfachs jeweils ein Simulationspatientengespräch bestritten hatten[181], gab es keine nennenswerten Erfahrungen mit der Methode Gesprächssimulation im Studium oder darüber hinaus.

6.6 Durchführung

Die Gespräche fanden an drei Terminen im ersten Halbjahr 2010 (08.01., 19.04. und 26.04.) an der Ruhr-Universität Bochum statt. Die Studierenden erhielten 20 Minuten vor ihrem Gespräch die oben erläuterte und im Anhang befindliche Arbeitsanweisung und konnten sich darauf in einem eigenen Raum ungestört vorbereiten. Anschließend wurden sie in den mit Kameras ausgestatteten Aufnahmeraum geschickt, wo die standardisierten Patienten bereits wie in einem Behandlungszimmer auf die Konsultation warteten. Die Studierenden erfuhren erst unmittelbar vor dem Eintreten in den Raum, ob es sich um einen weiblichen oder einen männlichen „Patienten" handelte. Die Simulation begann mit dem Betreten des Raumes durch den Studierenden und endete erst, nachdem das Gespräch abgeschlossen war, der Patient sich verabschiedet und den Raum verlassen hatte.

Die Gespräche wurden jeweils von drei Kameras aufgezeichnet: Jeder Gesprächsteilnehmer wurde von einer Kamera einzeln und frontal gefilmt, während die dritte Kamera die Situation in der Totale aufnahm, um in der Analyse Aspekte wie die Proxemik berücksichtigen zu können.

[181] Besagte 8 Studienteilnehmer hatten im Vorfeld an dem von mir angebotenen (klinischen und vorklinischen) Wahlfach „Wahrheit am Krankenbett" teilgenommen. In diesem Wahlfach erwerben die Studierenden ethische und kommunikative Grundlagen dafür, Patienten oder Angehörigen schlechte Nachrichten zu überbringen. Die theoretischen Aspekte wurden im Kurs anschließend mit Simulationspatienten eingeübt, und die Gruppe tauschte sich mittels Feedback über Beobachtungen und Erfahrungen aus. Die daraus resultierende Kenntnis der Methode Gesprächssimulation bei diesen Studienteilnehmern wurde in der Analyse berücksichtigt, führte aber nicht zu nennenswerten Auffälligkeiten.

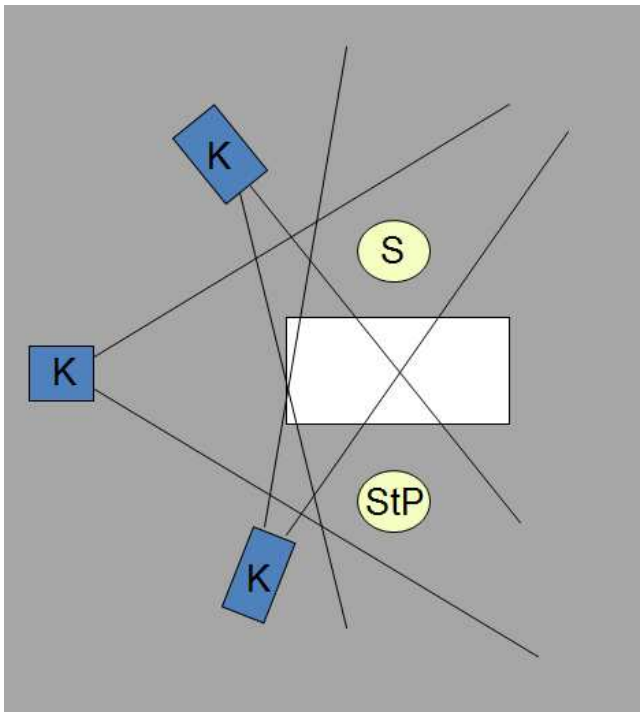

Abbildung 12: Skizze der Aufnahmesituation
(S = Studierender / StP = Standardisierter Patient / K = Kamera)

Abbildung 13: Beispiel für die Aufnahmesituation (Perspektive: Totale)

Bei der Gesprächssituation handelte es sich nicht um einen verdeckten StP-Kontakt: Die Studierenden wussten von vornherein, dass es sich bei den „Patienten“ um Schauspieler handelte, und aufgrund der Aufnahmetechnik und der Umgebung (Interaktionsräume der Medizinischen Fakultät, die eher Gruppenarbeitsräumen gleichen als denen einer Praxis oder einer Klinik) fand das Gespräch in einer künstlichen Umgebung statt. Die Fragestellung der Studie war den Teilnehmenden jedoch nicht bekannt, und weder die Schauspieler noch die Studierenden waren näher in den aktuellen Forschungsstand eingewiesen worden.

6.7 Der Korpus

Insgesamt wurden 22 studiengerechte Gespräche aufgezeichnet. In 12 davon verhielten sich die StPs dominant-fordernd, in 10 devot-akzeptierend; dabei wurde darauf geachtet, dass alle Kombinationen von Geschlecht und Patientenhaltung etwa gleich verteilt waren. Die Aufnahmen schlüsseln sich wie folgt auf:

Studierender	StP	Patientenhaltung	Aufnahmen
weiblich	weiblich	dominant	2
weiblich	weiblich	devot	3
weiblich	männlich	dominant	4
weiblich	männlich	devot	2
männlich	weiblich	dominant	3
männlich	weiblich	devot	2
männlich	männlich	dominant	3
männlich	männlich	devot	3

Von jeder Kombination wurden mindestens zwei Aufnahmen gemacht, um Ausreißer identifizieren zu können und bei Nichtverwendbarkeit einer Aufnahme jeweils eine Alternative zu besitzen. Die unterschiedlichen Zahlen kommen dadurch zustande, dass schon während der Durchführung bei einigen Aufzeichnungen die Verwendbarkeit für die Analyse als unsicher angesehen wurde und daher sicherheitshalber ein oder zwei weitere Gespräche in dieser Kombination aufgenommen wurden, um später ein ausreichendes Korpus zu besitzen.

Das Korpus wurde auf mehreren linguistischen wie medizinischen Fachtagungen vorgestellt und seine Repräsentativität bzw. Generalisierbarkeit (Deppermann 2008:108f) in interdisziplinären Fokusgruppen ausführlich besprochen. Obwohl es sich um artifizielle Gespräche zwischen Medizinstudierenden und Schauspielern in einem nichtinstitutionellen Setting handelt, wurde von medizinischer Seite bestätigt, dass die Gesprächsabläufe durchaus realistisch sind und in dieser oder ähnlicher Form auch in

klinischen Settings vorkommen. Diese Einschätzungen basieren natürlich auf einer oberflächlichen Auseinandersetzung mit den erhobenen Gesprächen und müssen mit Vorsicht betrachtet werden. Dennoch kann eine Übertragbarkeit der folgenden Analysen und Ergebnisse auf reale Arzt-Patient-Interaktionen zumindest angenommen werden.

7. Zur Methodik

Die Erforschung von Gesprächen im deutschsprachigen Raum weist keinen einheitlichen methodischen Hintergrund auf, sondern ist durch viele verschiedene theoretische Ansätze geprägt. Hausendorf (2001: 971) nennt hier beispielsweise die Konversationsanalyse (siehe unten), die Diskursanalyse (in der Ausrichtung der funktionalen Pragmatik, vgl. Ehlich et al. 1990; Redder/Wiese 1994), die objektive Hermeneutik (vgl. Oevermann 1979), die Dialoganalyse (vgl. Hundsnurscher 1995a) und die kritische Diskursanalyse der Wiener Schule (vgl. Wodak 2002) (für eine andere Einteilung siehe Becker-Mrotzek 1999: 6).[182]

Der Ansatz der linguistischen Gesprächsanalyse, den ich als Zugang für diese Arbeit gewählt habe, hat eine komplexe und vielschichtige Entstehungsgeschichte. Unter diesem Terminus werden verschiedene Richtungen und Schulen subsumiert, weshalb er etwas provokant durchaus als Sammel- oder Containerbegriff bezeichnet werden kann. Die Gesprächsanalyse basiert (in der verbreitetsten Auslegung) im Wesentlichen auf der in den USA entwickelten Konversationsanalyse, wird aber in ihrer Anwendung häufig mit Aspekten anderer Wissenschaftstraditionen wie zum Beispiel der Sprechakttheorie, der *grounded theory*, der Spracherwerbsforschung oder der objektiven Hermeneutik angereichert (vgl. Deppermann 2008: 10; Brinker/Sager 2001: 17-18; Gülich/Mondada 2008: 25-26). Ihre methodische Ausgestaltung ist also abhängig von den Einflüssen der jeweils einbezogenen Methodologien und deren Auslegung. Eine zentrale Rolle spielt in diesem Zusammenhang die konversationsanalytische Prämisse, dass Methoden sich am jeweils beobachteten Gegenstand orientieren und daher flexibel sein müssen und nicht von vornherein festgelegt werden können (Kallmeyer 2005: 1215). Hinzu kommt, dass der Terminus Gesprächsanalyse zwar weit verbreitet und gebräuchlich ist, aber Begriffe wie Konversationsanalyse, Diskursforschung oder Gesprächslinguistik aus den verschiedenen Traditionen heraus teilweise synonym verwendet oder nicht scharf abgegrenzt werden (vgl. u. a. Kallmeyer 2005: 1213). Gülich und Mondada (2008: 24) konstatieren diesbezüglich: „Die Terminologie ist also uneinheitlich und bildet nur bedingt Unterschiede zwischen den Forschungsansätzen ab." Das führt dazu, dass sowohl die theoretischen Hintergründe als auch die konkrete Anwendung der Gesprächsanalyse in der Forschung je nach Autor oder vertretener Schule unterschiedlich ausgestaltet sind.

Dies bedeutet aber nicht, dass es keine etablierten Begrifflichkeiten und kein theoretisches Fundament gäbe und die Methode damit gar nicht wissenschaftstheoretisch fassbar wäre. Es gibt einen wissenschaftlichen Konsens über viele Grundfragen, und auch wenn die theoretische Basis als unscharf und der oben beschriebene Zustand als unbefriedigend kritisiert werden können, ist auch die Flexibilität der Methode hervorzuheben, die sich dem jeweiligen Forschungsinteresse und Gegenstand anpasst, sowie die damit einhergehende kritische Reflexivität. Auch Hausendorf meint, dass trotz der

[182] Eine sinnvolle eingehende Auseinandersetzung mit den verschiedenen Methoden, ihren jeweiligen Grundlagen und Forderungen sowie ihren (bisher praktizierten oder möglichen) Kombinationen würde den Rahmen der Arbeit bei Weitem sprengen, darum kann hier nur auf weiterführende Literatur verwiesen werden.

verschiedenen Zugänge die ganz großen Richtungsstreitigkeiten inzwischen abgenommen haben (2001: 976-977), und sieht Anzeichen einer methodischen Annäherung:

> „Ungeachtet unterschiedlicher methodologischer Ausgangspunkte zeichnen sich in der empirischen Praxis inzwischen Standards der Vorgehensweise ab, die Ausdruck einer Konsolidierung gesprächsanalytischer Methodik sind […]." (ebd.: 971)

Die Gesprächsanalyse ist im deutschsprachigen Raum inzwischen in vielen wissenschaftlichen Bereichen wie der Linguistik, den Sozialwissenschaften und der Anthropologie (Deppermann 2008: 7) weit verbreitet, was paradoxerweise vermutlich sowohl auf ihre methodische Breite bzw. Flexibilität als auch auf die teilweise Standardisierung zurückgeführt werden kann.

Im Folgenden sollen zunächst ausgewählte historische Schwerpunkte der Konversationsanalyse als Grundlage dieser Methodik allgemein dargestellt und anschließend die Entwicklung der deutschen Forschungstradition im Speziellen nachgezeichnet werden.[183] Darauf aufbauend werden dann das analytische Vorgehen der vorliegenden Arbeit sowie daraus resultierende Implikationen und Limitationen vorgestellt und schließlich das verwendete Transkriptionsverfahren skizziert.

7.1 Methodengeschichtliche Einordnung

Die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit Gesprächen hat inzwischen eine ungefähr 40-jährige Forschungstradition (vgl. Deppermann 2008: 7) und ist damit noch relativ jung (vgl. Gülich/Mondada 2008: IX). Sie beginnt im Wesentlichen mit den Arbeiten Harold Garfinkels (1967) zur Ethnomethodologie[184] (Kallmeyer 2005: 1212; Bergmann 2001: 919). Diese wissenschaftliche Ausrichtung innerhalb der interpretativen Soziologie untersucht soziale Gruppen in Alltagssituationen daraufhin, welche Handlungspraktiken bzw. Methoden die Mitglieder für die Bewältigung von Aufgaben in ihrem lebensweltlichen Alltag anwenden und wie sie im und durch das Handeln miteinander ihre Wirklichkeit konstruieren (vgl. Bergmann 1991: 86). Eine anschauliche Beschreibung des Forschungsfokus liefern Elisabeth Gülich und Lorenza Mondada (2008: 13):

> „Die Ethnomethodologen sehen die soziale Ordnung, die Rationalität von Handlungen und den Sinn von Ereignissen nicht als vorgegeben oder von sozialen Normen determiniert an, sondern als methodische ‚Hervorbringungen' der Mitglieder […]. Ihr Interesse richtet sich also darauf, die situierten Praktiken und Verfahren zu beschreiben, mit denen die Mitglieder diese soziale Wirklichkeit geordnet zustandebringen. […] Vereinfacht gesagt ist damit gemeint, dass die Mitglieder einer Gesellschaft ihre Handlungen

[183] Dabei erhebt diese Arbeit, deren inhaltlicher Schwerpunkt auf Arzt-Patienten-Gesprächen liegt, nicht den Anspruch, die komplexe und breite Methodengeschichte vollständig zu behandeln; vielmehr können in diesem Rahmen nur einige grundsätzliche Aspekte dargestellt werden. Für weiterführende Fragen und einen umfassenderen Überblick zur Konversationsanalyse und ihren methodischen Weiterentwicklungen siehe u. a. Bergmann 2001; Kallmeyer 2005; Holly 1992; Eberle 1997; ten Have 1998; Heritage 1984; Gülich/Mondada 2008.

[184] Der Name der Forschungsrichtung ergibt sich aus einer Kombination der beiden Forschungsfoki „soziale Gruppe" (daher das Präfix ethno-) und „Methoden der sozialen Interaktion" (Brüsemeister 2000: 235; Gülich/Mondada 2008: 13).

> nicht nur durchführen und *online*, also im laufenden Prozess interpretieren, sondern auch verstehbar und interpretierbar machen und dass sie auch imstande sind, darüber Auskunft zu geben und sie zu erklären, wenn besondere Umstände dies erfordern."

Aufhänger für Garfinkels Thesen und die damit einhergehende Entwicklung der Ethnomethodologie war das damalige Wissenschaftsparadigma des Strukturfunktionalismus, das auf den Arbeiten von Talcott Parsons basierte und die Frage nach der Herkunft sozialer Ordnung mit der Existenz „gesellschaftlich gleichförmig internalisierter kultureller Wertsysteme" (Bergmann 2001: 920) als beantwortet ansah. Garfinkel widersprach dem und argumentierte in Anlehnung an die Arbeiten von Alfred Schütz (1932), dass Menschen ihr soziales Handeln bzw. ihre Interaktion nicht an einer postulierten normativen gesellschaftlichen Übereinkunft ausrichteten. Bergmann fast zusammen, dass in Garfinkels Gegenentwurf

> „[…] die Handelnden aktiv und kreativ die Wirklichkeiten, in denen sie leben, erzeugen und das, was sie als objektive, unabhängig von ihrem Zutun existierende Tatsachen wahrnehmen und behandeln, erst in ihren Handlungen und Wahrnehmungen als solche konstruieren und hervorbringen" (Bergmann 2001: 920).

Dieses Verständnis basiert auf der zugrunde liegenden Maxime, dass Handlungen reflexiv auf sich selbst bezogen sind, indem sie direkt einen Bedeutungskontext vermitteln, in dem sie zu deuten sind und verständlich werden (vgl. auch Levinson 1983: 295f.).

Innerhalb dieser Forschungsperspektive und mit dem Fokus auf der Herstellung sozialer Ordnung (Kallmeyer 2005: 1213) entwickelte sich schnell das Gespräch zu einem zentralen Gegenstand der wissenschaftlichen Auseinandersetzung (Gülich/Mondada 2008: 14). Diesen Ansatz führten Mitte bis Ende der 1960er Jahre insbesondere Harvey Sacks und seine Kollegen Emanuel Schegloff und Gail Jefferson weiter, die als Begründer der (ethnomethodologischen) Konversationsanalyse gelten (vgl. ten Have 1998: 5; Brüsemeister 2000: 235; Bergmann 2001: 919). Dabei ging es Sacks ironischerweise zunächst gar nicht um eine linguistische Analyse von Gesprächen:

> „I started to play around with tape-recorded conversations, for the single virtue that I could replay them; that I could type them out somewhat, and study them extendedly […] It wasn't from any large interest in language, or from some theoretical formulation of what should be studied, but simply by virtue of that; I could get my hands on it, and I could study it again and again. And also, consequently, others could look at what I had studied, and make of it what they could, if they wanted to be able to disagree with me." (Sacks 1992, zitiert nach Gülich/Mondada 2008: 14)

Obwohl damit die Ursprünge der Konversationsanalyse ebenso wie die der Ethnomethodologie in der Soziologie liegen, waren in der methodischen Ausrichtung von Anfang an auch linguistische Aspekte spürbar. So lassen sich unter anderem Einflüsse von Wittgenstein und der Generativen Grammatik festmachen (vgl. Kallmeyer 2005: 1213; Bergmann 2001: 920). Aus diesem Zusammenspiel entwickelte sich in der Konversationsanalyse ein zur damaligen Zeit ungewöhnlicher Fokus[185]:

[185] Es wird häufig auf zwei Missverständnisse im Zusammenhang mit der frühen Methodengeschichte hingewiesen (Bergmann 2001: 919; Eberle 1997: 246): Die Konversationsanalyse schreibt zwar gera-

> „In der KA [Konversationsanalyse] ist für die Analyse der ‚lokalen Herstellung von sozialer Ordnung' ein aus soziologischer Sicht extremer Fall zum Gegenstand gemacht worden: das ganz alltägliche Gespräch, dessen Grundeigenschaften (z. B. dass sich die Beteiligten in der Sprecherrolle abwechseln) auf den ersten Blick bis zur Trivialität vertraut erscheinen." (Kallmeyer 2005: 1213)

Neben diesem Forschungsgegenstand war es insbesondere der Umgang mit Daten und theoretischen Gebilden, der der Konversationsanalyse wie auch der Ethnomethodologie den Ruf einer „radikale[n] Soziologie" (Eickelpasch 1982, zitiert nach Brüsemeister 2000: 236) einbrachte. Die Konversationsanalyse vertritt ein radikales Empirieverständnis, indem sie fordert, möglichst ohne Hypothesen und Vorannahmen zu arbeiten (Kallmeyer 2005: 1215) und nur vom empirischen Material auszugehen (Sacks 1984: 25-27), um bisher unbekannte Prozesse und Strukturen entdecken zu können. Es sollte nicht darum gehen, vorab entwickelte und ausgearbeitete Hypothesen mit dazu passenden Auszügen aus empirischen Daten zu belegen, während andere Phänomene ignoriert werden (Kallmeyer 2005: 1215).[186] Aus diesem Grund wurde eben keine einheitliche und ausgearbeitete Methodik formuliert, sondern lediglich eine „analytische Mentalität" beschrieben (Schenkein 1978a), mit der die Forscher den Daten begegnen sollen. Wesentliche Merkmale dieser Analysehaltung sind (in Anlehnung an Gülich/Mondada 2008: 17-18)[187]:

---

de alltäglichen Unterhaltungen einen hohen Stellenwert zu, hat aber gleichzeitig von Beginn an auch institutionelle Gespräche wissenschaftlich untersucht. Zudem ist der Blickwinkel nicht auf die Sprache an sich beschränkt, wie es die Ursprünge der Methode vermuten lassen, vielmehr wurden schon früh nonverbale Elemente in die Analyse einbezogen.

[186] Mit diesem induktiven Ansatz unterscheidet sich die Konversationsanalyse klar von pragmalinguistischen Forschungsrichtungen wie der Sprechakttheorie nach Austin und Searle, die deduktiv arbeiten und mit konstruierten Beispielen bzw. nichtauthentischen Daten theoretische Gebilde untermauern (vgl. Gülich/Mondada 2008: 18).

[187] Bergmann (1981) identifiziert für die analytische Mentalität sieben Maximen (hier gekürzt dargestellt):

- Authentizität des empirischen Materials
- Abbildbarkeit und Reproduzierbarkeit der Kommunikation durch Aufnahme
- Transkription als Fortführung der zweiten Maxime
- Sukzessivität bzw. Sequentialität der Kommunikation
- Aufdeckung von Ordnungsmerkmalen und den dahinterliegenden Strukturproblemen
- Interaktive Freiheit der Gesprächsteilnehmer trotz Strukturzwängen
- Theoriebildung aus dem empirischen Material heraus

Paul ten Have (1998: 9-10) nennt in einer Zusammenfassung vier wesentliche Unterschiede zwischen der Konversationsanalyse und anderen Forschungsmethoden:

- „CA [Conversation analysis] operates closer to the phenomena than most other approaches, because it works on detailed renderings of interactional activities, recordings, and detailed transcripts, rather than on coded, counted, or otherwise summarized representations […]
- CA favours naturally occurring data rather than ‚experimental' or ‚researcher-provoked' ones, because it considers talk-in-interaction as a ‚situated' achievement rather than a product of personal intentions […]; it is therefore less ‚artificial'.
- CA's perspective on human interaction is organizational and procedural: when people talk with each other this is not seen as a series of individual acts, but rather as an emergent collectively event; the analytic purpose is not to explain why people act as they do, but rather to explicate how they do it.
- CA can be seen as a study of language-as-used, but this is not done in terms of a linguistic system as such, although there is a rising interest in the different interactive ressources that various lan-

- Prinzip der Sequentialität und Temporalität
  Die Konversationsanalyse geht davon aus, dass „[…] Interaktion strikt sequentiell strukturiert ist“ (Kallmeyer 2005: 1215). Daher können Äußerungen nicht isoliert betrachtet werden, sondern dabei müssen auch der zeitliche Ablauf des Gesprächsgeschehens und ihr diesbezüglicher prospektiver und retrospektiver Charakter berücksichtigt werden.
- Prinzip der Ordnung
  Dieses Prinzip folgt dem berühmten Ausspruch von Harvey Sacks „[…] there is order at all points” (Sacks 1984: 22), der impliziert, dass jedes beobachtbare Element der Kommunikation als Teil einer sich reproduzierenden Ordnung und nicht als Zufallsprodukt zu verstehen ist (Bergmann 2001: 923; Atkinson/Heritage 1984a: 4).
- Perspektive der Kommunikationsteilnehmer
  In der Analyse wird kein externer Standpunkt eingenommen, sondern stattdessen „[…] rekonstruiert, wie eine Äußerung oder Handlung in der Interaktion von den Beteiligten interpretiert und behandelt wird“ (Gülich/Mondada 2008: 17).
- Primat der Interaktion
  Die Gesprächsbeiträge der Beteiligten werden in Anlehnung an das Prinzip der Sequentialität nicht nur zeitlich, sondern stets unter Berücksichtigung aller Gesprächsteilnehmer analysiert. Ein Gespräch wird gemeinsam realisiert; entsprechend müssen auch bei der Analyse stets alle Akteure im Blick behalten werden, auch wenn diese schweigen oder scheinbar passiv sind (ebd.: 18).

Die ersten Untersuchungen von Sacks, Schegloff und Jefferson gingen für diese Zeit ungewöhnlich detailliert vor und nahmen zunächst insbesondere die Sequentialität und die Ordnungsprinzipien von Gesprächen in den Blick. Die ersten bedeutenden Arbeiten dieser Zeit (die „Klassiker“) beschäftigten sich unter anderem mit Reparaturmechanismen (Schegloff et al. 1977), der Organisation von Gesprächsbeendigungen (Schegloff/Sacks 1973) und dem Sprecherwechsel (Sacks et al. 1974).

In Deutschland kam ab den 1960er Jahren Interesse an gesprochener Sprache auf, institutionell verankert in der Forschungsstelle „Gesprochene Sprache“ (Brinker/Sager 2001: 15).[188] Die Erweiterung der Perspektive auf gesprochene Sprache und die technische Möglichkeit, Gespräche z. B. mit Tonbandgeräten aufzuzeichnen, führten zunächst nur zur Erforschung syntaktischer Phänomene, da das Sprachverständnis immer

guages provide; […] CA studies oral language as actually used interactionally in ‚natural‘ situations.”

[188] Johannes Schwitalla (2001: 896) beschreibt in unterhaltsamer Weise die Anfänge der Auseinandersetzung mit gesprochener Sprache im deutschen Sprachraum: „Heinz Rupp hat als Anekdote erzählt, wie es ihm bei einer Konferenz gelungen sei, das Thema ‚gesprochene Sprache‘ (GS) als Forschungsgebiet des 1964 gegründeten Instituts für deutsche Sprache zu etablieren: Nachdem er zunächst auf die Skepsis einiger seiner Kollegen gestoßen war, notierte er sich in der weiteren Debatte die sprachlichen Abweichungen von der Schriftnorm. Am Ende der Diskussion meldete er sich dann noch einmal zu Wort und las die Liste vor. Aus dem Staunen über das eigene, damals noch als ‚fehlerhaft‘ aufgefaßte Sprechen sei die Bereitschaft entstanden, Strukturen der GS zu erforschen.“

noch stark von der Schriftsprache geprägt war (Schwitalla 2001: 897).[189] Der schließlich in den 1970er Jahren einsetzende Wandel dahin, „[…] Dialogizität nicht als Störelement oder als situative Bedingung, sondern als konstitutiv für die GS […]“ (ebd.: 898) anzuerkennen und wissenschaftlich zu untersuchen, fiel zusammen mit den ersten deutschsprachigen Arbeiten zur Konversationsanalyse von Kallmeyer und Schütze (1976), interessanterweise also einem Soziologen und einem Linguisten. Bezüglich der frühen Rezeption der Konversationsanalyse in Deutschland zeigt die teilweise sehr scharfe Kritik von Bergmann (1981) und Streeck (1983) bereits Anfang der 1980er Jahre, dass dieser Ansatz, wie oben bereits angemerkt, je nach Disziplin und methodischem Verständnis sehr unterschiedlich ausgelegt und angewendet wurde.

In den 1970er Jahren kamen weitere Einflüsse aus der linguistischen Pragmatik, speziell der Sprechakttheorie hinzu (vgl. Hagemann/Rolf 2001; zu den Widersprüchen zwischen den beiden Ansätzen vgl. Levinson 1983: 286f.). Obwohl Austin (2002) und Searle (1971) die gesprochene Sprache im Gegensatz zur Konversationsanalyse theoriegeleitet betrachteten und ihre Hypothesen nicht aus empirischem Material generierten, hatten ihre Deutung von Äußerungen als Handlung sowie die Vorstellung, dass Sprechakte nie isoliert, sondern über den illokutiven und den perlokutiven Akt immer interaktiv vollzogen werden, großen Einfluss auf das Verständnis der Sequentialität und Handlungsstruktur von Gesprächen (vgl. Brinker/Sager 2001: 17-18; Gülich/Mondada 2008: 22). Dabei bestehen zwischen den beiden Ansätzen auffallende konzeptionelle Widersprüche, da die Sprechakttheorie mit ihrer „strukturell-statischen Perspektive“ einem prozesshaften Verständnis von Gesprächen entgegensteht (Brinker/Sager 2001: 18). Levinson (1983: 288f.) formuliert dies prägnant:

> „Conversation is not a structural product in the same way that a sentence is – it is rather the outcome of the interaction of two or more independent, goal-directed individuals, with often divergent interests. Moving from the study of sentences to the study of conversations is like moving from physics to biology: quite different analytical procedures and methods are appropriate even though conversations are (in part) composed of units that have some direct correspondence to sentences.“

Auch wenn sich die eingangs genannte Diskursanalyse pragmalinguistischer Prägung und die Konversationsanalyse in Bezug auf das Verständnis von Struktur und Interaktionsprozess diametral entgegenstehen, können doch an manchen Stellen wechselseitige Einflüsse ausgemacht werden. Zunächst schrieb die Diskursanalyse den Gesprächspartnern nur eine Mittlerrolle im Rahmen der Diskurse zu:

> „Diskurse und Texte haben einen jeweiligen gesellschaftlichen Zweck, der aber ebensowenig wie die Strukturen der Kommunikation selbst den Aktanten unmittelbar transparent und bewußt zu sein braucht. Vielmehr haben sie nur commonsensemäßig Zugang zu den Tiefenstrukturen ihrer Handlungen, die sie gleichwohl kompetent vollziehen.“ (Rehbein 2001: 933)

[189] Die Abweichungen des Sprechens in mündlicher Kommunikation gegenüber dem Schriftlichen wurden zunächst psychologisch erklärt (siehe Schwitalla 2001: 897).

Im Zusammenhang mit dem sich daraus ergebenden Forschungsfokus widerspricht Rehbein ganz explizit einer Grundannahme der Konversationsanalyse[190]:

> „Gesellschaftliche Strukturen werden in Diskurs und Text durch die Wissensbereiche der Aktanten vermittelt und sind damit Gegenstand der Diskursanalyse. Wissensstrukturen sind ähnlich repetitiv wie Muster und Apparate und werden nicht erst lokal ausgehandelt, wie die Konversationsanalyse dies annimmt." (ebd.: 936).

Trotz dieser Unterschiede finden sich Ansätze diskursanalytischen Denkens beispielsweise im „Wissensparadox" (Deppermann 2008: 84f.), das die widersprüchliche Rolle der Wissensbestände der Forschenden umschreibt. Denn die Konversationsanalyse verlangt, wie bereits angesprochen, einen möglichst offenen, unbefangenen Zugang zum Material, der voraussetzt, bestehendes Wissen unberücksichtigt zu lassen oder es zumindest nicht unhinterfragt als Grundlage der Analyse zu nutzen. Gerade auf dieses Wissen und den Umgang damit soll sich die Analyse richten, sie soll die Etablierung solcher Wissensbestände und ihre Auswirkungen im Gespräch nicht vorwegnehmen, sondern frei von Vorurteilen und möglichst auch von Hypothesen beschreiben. Deppermann (ebd.: 86) sieht diese Forschungshaltung zwar als wegweisend, hält aber dennoch die Vorstellung für naiv,

> „[…] daß […] bloßes Hinschauen und hören ausreiche. Zwar zeigen die Gesprächsteilnehmer einander Interpretationen auf und handeln aus, welche Wissensbestände aktuell für Handeln und Verstehen relevant sind. Doch um ihre Aufzeigeleistung, ihre Wörter und Gesten, zu verstehen, müssen sie selbst über Hintergrundwissen verfügen, das seinerseits nicht aufgezeigt wird. Gerade reibungslose, routinierte Interaktion zeichnet sich durch ein hohes Maß an abkürzender Implizitheit aus und erfordert daher besonders viel ‚geteiltes Wissen' (‚shared knowledge', Clark 1992 und 1996)."

Deppermann unterscheidet drei Wissensbereiche, nämlich „Alltagswissen", „ethnographisches Wissen" und „theoretisches Wissen" (ebd.: 87-88); diese könne oder müsse der Gesprächsanalytiker je nach Forschungsfrage und Gegenstand nutzen, er müsse dies aber so weit wie möglich explizit machen. Gerade in nichtalltäglicher Kommunikation im Rahmen von Institutionen spielen, wie im Zusammenhang mit dem Arzt-Patienten-Verhältnis und der in diesem Rahmen stattfindenden Kommunikation (vgl. Kapitel 2.2, 2.3, 3) dargelegt wurde, viele Wissensbestände und Rahmenbedingungen potenziell eine Rolle und damit sind sie auch für die Analyse potenziell relevant. Hier ist in Anlehnung an das diskursanalytische Verständnis durchaus zu fragen, welchen Einfluss verfestigte Wissensbestände, gesellschaftlich geprägte Handlungsmuster und auch die Orientierung an gesellschaftlichen Zwecken (z. B. der Heilung im Rahmen des *public health*) sowohl auf den Ablauf des Arzt-Patienten-Gesprächs als auch auf den analysierenden Forscher haben. Einige der in dieser Arbeit bereits präsentierten Studien zur Arzt-Patienten-Kommunikation zeigen, dass für diesbezügliche Analysen eine ganze Reihe von Vorerwartungen und Wissensbeständen wie auch die Sozialisation eine Rolle spielen.[191] Insbesondere ist es sehr naheliegend, dass gerade in Arzt-

[190] In diesem Widerspruch zwischen Konversations- und Diskursanalyse manifestieren sich die unterschiedlichen Perspektiven von Parsons und Garfinkel, die letztlich den Ausgangspunkt für die Entwicklung der Ethnomethodologie bildeten.

[191] Ehlich und Rehbein haben einige diskursanalytische Arbeiten zu Arzt-Patienten-Gesprächen vorgelegt, die vergleichsweise breit und auch in konversationsanalytischen Studien rezipiert wurden (vgl. Rehbein 1993; 1994b).

Patienten-Kommunikation die von Ehlich (1991: 132f.) und Rehbein (2001) beschriebenen Muster institutioneller Kommunikation vorhanden bzw. in einem gewissen Maß wirkmächtig sind.[192]

Mit diesen Ausführungen soll nicht der Eindruck erweckt werden, dass hier eine methodische Synthese angestrebt wird (vgl. Levinson 1983: 287); das könnte diese Arbeit konzeptionell gar nicht leisten. Meines Erachtens ist aber die Analyse von Arzt-Patienten-Kommunikation ein Bereich, in dem sich die beiden Ansätze (in wichtigen Punkten) berühren. Darüber hinaus zeigt der Abriss der historischen Genese, „[…] daß es sich bei der deutschsprachigen Gesprächsanalyse um eine ausgesprochen lebendige und vielseitige empirische Forschungsrichtung handelt […]“ (Hausendorf 2001: 976) und „[…] der methodologische Richtungsstreit zwischen den verschiedenen Ansätzen zunehmend verblaßt“ (ebd.: 977).[193]

Zentral für die in dieser Arbeit angewandte Gesprächsanalyse ist ein möglichst unvoreingenommener und empirisch ausgerichteter konversationsanalytischer Zugang, der aber Aspekte der pragmalinguistischen Diskursanalyse reflektiert berücksichtigt.

7.2 Die linguistische Gesprächsanalyse

Insgesamt ist die linguistische Gesprächsanalyse ein klassischer qualitativer Forschungsansatz (vgl. zur qualitativen Forschung allgemein Flick 2007; Flick et al. 2005), der die konkrete Ausgestaltung, die Regeln, die Strukturen und die Bedingungen von natürlicher mündlicher Kommunikation in verschiedenen Bereichen der Gesellschaft untersucht. Dazu werden verschriftlichte bzw. transkribierte Versionen aufgezeichneter natürlicher Gespräche verwendet (Audio- und/oder Videoaufnahmen). Der Terminus Gesprächsanalyse verweist sowohl auf die Aufgabenstellung als auch auf den Gegenstand (Brinker/Sager 2001: 18). Deppermann (2008: 9) beschreibt die methodische Ausrichtung der Gesprächsanalyse und den Forschungsgegenstand folgendermaßen:

> „Sie [Die Gesprächsanalyse] will wissen, *wie* Menschen Gespräche führen. Sie untersucht, nach welchen Prinzipien und mit welchen sprachlichen und anderen kommunikativen Ressourcen Menschen ihren Austausch gestalten und dabei die Wirklichkeit, in der sie leben, herstellen. Diese Gesprächswirklichkeit wird von den Gesprächsteilnehmern konstituiert, d.h. sie benutzen systematische und meist routinisierte Gesprächspraktiken, mit denen sie im Gespräch Sinn herstellen und seinen Verlauf organisieren.“

[192] Ursächlich für das konfliktträchtige Aufeinandertreffen der verschiedenen Perspektiven in der Arzt-Patienten-Kommunikation sind unter anderem die unterschiedlichen ursprünglichen Forschungsgegenstände der Disziplinen. Die Konversationsanalyse befasste sich klassischerweise mit Alltagsgesprächen (Bergmann 2001: 919, 921); bei der Beschäftigung mit institutioneller Kommunikation musste sie sich zwangsläufig mit der Diskursanalyse auseinandersetzen, deren Fokus von vornherein auf beruflichen bzw. institutionellen Gesprächen lag (vgl. Ehlich 1991: 128, 136).

[193] Der Vollständigkeit halber soll abschließend noch kurz auf die „Interaktionale Linguistik“ verwiesen werden. Unter diesem Terminus wird eine Entwicklung innerhalb der Konversationsanalyse verstanden, die sich von soziologischen Themenkomplexen weg- und zu linguistischen hinbewegt, indem sie sich mit der Beziehung zwischen Grammatik und Interaktion beschäftigt (vgl. Gülich/Mondada 2008: 25). Für weitergehende Literatur hierzu siehe u. a. Selting/Couper-Kuhlen 2001.

In dieser Arbeit wird die Gesprächsanalyse in der Form angewendet, wie sie von Arnulf Deppermann beschrieben wird. Deppermann geht von der klassischen Konversationsanalyse aus, ergänzt diese aber um Aspekte aus anderen wissenschaftlichen Ansätzen, namentlich der interaktionalen Soziolinguistik, der *discoursive psychology*, der *grounded theory* und der objektiven Hermeneutik (2008: 10). Dieser Ansatz ist konzeptionell gut ausgearbeitet und in der Linguistik breit rezipiert; er bietet einerseits klare methodische Rahmenbedingungen und andererseits die nötige Freiheit für die Analyse des vorliegenden Materials. Wenn in dieser Arbeit entgegen der „reinen Lehre“ (ebd.: 15) an einigen Stellen ethnographische Daten genutzt und kontextuelle Aspekte hinzugezogen werden, wird dies jeweils explizit verdeutlicht. Für die Analyse ist weiterhin wichtig zu betonen, dass es sich nicht um eine Intentionsanalyse, sondern um eine Funktionsanalyse handelt (ebd.: 83). Im Fokus stehen also nicht die jeweiligen Motive der Handelnden, sondern die Funktionen, die ihrem kommunikativen Handeln zugeschrieben werden können, und die übergeordneten Aufgaben, die interaktiv bearbeitet werden.

Deppermann beschreibt einige allgemeine Eigenschaften von Gesprächen, die für deren Verständnis und entsprechend für ihre Analyse zentral sind (ebd.: 8-9):

„1) Konstitutivität
Gesprächsereignisse werden von den Gesprächsteilnehmern aktiv hergestellt.

2) Prozessualität
Gespräche sind zeitliche Gebilde, die durch die Abfolge von Aktivitäten entstehen.

3) Interaktivität
Gespräche bestehen aus wechselseitig aufeinander bezogenen Beiträgen der Gesprächsteilnehmer.

4) Methodizität
Gesprächsteilnehmer benutzen typische, kulturell (mehr oder weniger) verbreitete, d.h. für andere erkennbare und verständliche Methoden, mit denen sie Beiträge konstruieren und interpretieren sowie ihren Austausch miteinander organisieren.

5) Pragmatizität
Die Teilnehmer verfolgen in Gesprächen gemeinsame und individuelle Zwecke, und sie bearbeiten Probleme und Aufgaben, die unter anderem bei der Organisation des Gesprächs selbst entstehen.“

Weiterhin unterscheidet Deppermann (ebd.: 9) in Anlehnung an Kallmeyer (1985: 84-85) sechs Ebenen der Interaktionskonstitution, die die Teilnehmer bei Gesprächen beachten müssen:

„1) Die Gesprächsorganisation
Die formale Abwicklung des Gesprächs, z. B. seine Eröffnung, Beendigung oder die Zuweisung der Rederechte

2) Die Darstellung von Sachverhalten
(= Gesprächsthemen und –inhalte) in Form von Argumentationen, Beschreibungen und Erzählungen

3) Das Handeln
Die Ziele und Zwecke, um derentwillen das Gespräch geführt wird (z. B. Studienberatung, Streitschlichtung oder Geselligkeit)

4) Die sozialen Beziehungen
zwischen den Gesprächsbeteiligten (z. B. Macht, Vertrautheit oder Sympathie) und ihre Identitäten (z. B. als Frau, Deutsche oder Akademikerin)

5) Die Modalität des Gesprächs
ihren Realitätsbezug (z. B. Ernst, Spaß, Spiel) und die Art der emotionalen und stilistischen Beteiligung der Gesprächspartner (z. B. Betroffenheit, Ärger, vornehme Zurückhaltung)

6) Die Herstellung von Reziprozität
(= Verständigung und Kooperation) zwischen den Gesprächsbeteiligten“

Diese dargestellten Aspekte greifen vielfältig ineinander und bilden die Basis für jede Form der verbalen Interaktion und daher auch für die bisher in dieser Arbeit dargestellten Besonderheiten der Arzt-Patienten-Kommunikation.

Da die Gespräche mit mehreren Videokameras aufgezeichnet wurden und gewichtige Gründe für ein multimodale Betrachtung von Kommunikation sprechen (Schmitt 2005: 18f.; Deppermann 2013: 4; vgl. zu medizinischer Kommunikation Heath 1986: 6), liegt es nahe, in der Analyse neben den verbalen Äußerungen auch nichtsprachliche Gesprächsanteile zu berücksichtigen. Entsprechende Ambitionen werden jedoch dadurch erschwert, dass in der Gesprächsanalyse derzeit keine einheitlichen Transkriptionskonventionen für Videoaufzeichnungen existieren (siehe 7.4). Auch im analytischen Zugang sind zwar Umrisse einer auf der Konversationsanalyse basierenden Methodik zu erkennen, die aber bisher noch nicht vervollständigt bzw. standardisiert wurde (vgl. Schmitt 2005; 2012). Zudem „[…] nimmt die phänomenologische Fülle durch die visuellen Daten exponentiell zu […]“ (Stukenbrock 2009: 145;). Damit ist eine Analyse längerer Sequenzen oder weitgehend vollständiger Gespräche, wie sie in dieser Arbeit vorgenommen wird, um sowohl die Entscheidungsfindung als Gesprächsphase als auch ihre Entwicklung und Verankerung im Gespräch zwischen Arzt und Patient zu beschreiben, weder leistbar noch überschaubar und somit nicht funktional (vgl. Deppermann 2008: 45-46; Deppermann 2013: 3). Die Verfasser des gesprächsanalytischen Transkriptionssystems (GAT) plädieren im Zusammenhang mit dessen erster Version dafür, bei der Transkription und entsprechend auch bei der Analyse „[…] selektiv und dem jeweiligen Analysezweck angemessen vorzugehen“ (Selting et al. 1998: 25). Nonverbale Aspekte sollen immer dann transkribiert werden, wenn diese „in bedeutsamer Weise zur Eindeutigkeit – oder auch zur Uneindeutigkeit – anderer Aktivitätsebenen (wie etwa gesprochener Äußerungen)“ (ebd.: 26) beitragen. Dazu ist kritisch anzumerken, dass die verbale Äußerung damit stets den Ausgangspunkt der Transkription und der Analyse bildet und unbegründet beispielsweise über mimische oder gestische Aktivitäten gestellt wird, obwohl die Relevanzen im Gespräch selbst ganz anders gelagert sein können.

Die oben beschriebenen methodischen Herausforderungen beim Einbezug multimodaler Aspekte können in der vorliegenden Arbeit aus den oben beschriebenen Gründen nicht völlig befriedigend gelöst werden. Ihr wird dadurch begegnet, dass ich mich hier auf die von Schmitt so bezeichnete „multimodal orientierte Konversationsanalyse“ (2012: 2) beziehe. Das bedeutet für diese Arbeit, dass die vokale Ebene weiterhin den zentralen Bezugspunkt bildet und die Analyse sich an ihrer Struktur ausrichtet. Beobachtbare nonvokale Elemente werden lediglich ergänzend hinzugezogen; in dieser Hinsicht wird kein Anspruch auf Vollständigkeit erhoben.[194] Damit orientiert sich die Analyse an den beobachtbaren Elementen, die für den Gegenstand der Arbeit von Bedeutung sind (vgl. Deppermann 2008: 46; 2013: 3), und lässt vernachlässigbare Anteile ganz bewusst unberücksichtigt. Damit soll eine Lesbarkeit und Nachvollziehbarkeit gewährleistet und der Forschungsfokus eingegrenzt und handhabbar gestaltet werden.[195]

7.3 Implikationen und Limitationen der Methode

7.3.1 Das Empirieverständnis

Wie oben bereits beschrieben, sind ein radikales Empirieverständnis und eine Orientierung auf natürliche Gespräche für die Konversations- und die Gesprächsanalyse zentral. Deppermann (2008: 11) betont hierzu: „Die Theoriebildung verläuft in der Auseinandersetzung mit authentischen, nicht eigens für Forschungszwecke arrangierten Materialien.“ Es sollen vorab keine weitreichenden Hypothesen aufgestellt und Aufnahmesituationen möglichst nicht beeinflusst oder standardisiert werden, „[…] da dann die Alltagspraxis, die eigentlich zu untersuchen ist, von vornherein nach den Kategorien des Forschers verformt wäre, so daß keine Chance mehr besteht, die ihr eigentümlichen Strukturen zu entdecken“ (ebd.: 11). Diese Forderung steht im klaren Widerspruch zum Forschungsdesign dieser Arbeit: Der Einsatz von speziell trainierten Schauspielern, die Erstellung eines Fallszenarios, die Rekrutierung von Studierenden als Gesprächspartner sowie die genutzten Räumlichkeiten entsprechen eindeutig nicht einer authentischen Situation.

Deppermann weist aber auch auf die methodische Flexibilität der Gesprächsanalyse hin (ebd.: 18):

> „Gesprächsanalyse darf nicht als Applikation eines ehernen Methodenkanons, sondern muß als kreative Tätigkeit verstanden werden. Es ist immer wieder zu fragen, ob die verwendeten Methoden dem Material, der Fragestellung und den schon gewonnenen Erkenntnissen angemessen sind. Gesprächsanalytiker müssen mit ihren Materialien ‚spielen‘ und auch ungedeckte Wege gehen, deren Berechtigung nicht von vornherein zu sehen ist; kristallisiert sich dann aber ein erkenntnisträchtiger Pfad heraus, muß

[194] Diese Festlegung verweist bereits an dieser Stelle auf eine mögliche weitergehende Forschung, die bei der Untersuchung von Entscheidungsfindungsprozessen die Rolle nonverbaler Aspekte in den Fokus stellt.

[195] Auch andere Untersuchungen zur Arzt-Patienten-Kommunikation haben in dieser Art und Weise erfolgreich gearbeitet (vgl. beispielsweise Sator 2013; Kliche 2012).

> versucht werden, den Rezipienten der Arbeit seine Systematik und Begründbarkeit zu vermitteln."

An anderer Stelle geht Deppermann direkt auf das Spannungsverhältnis zwischen der gewünschten Authentizität und der Aufnahmesituation ein:

> „Entgegen einer unter Gesprächsanalytikern weitverbreiteten Meinung erfordert das Natürlichkeitsprinzip daher nicht, grundsätzlich auf Aufnahmen unter Laborbedingungen, Rollenspiele oder Mediendokumente zu verzichten. Jedes Datum hat vielmehr seine eigene Art von ‚Natürlichkeit', in Bezug auf die es adäquat untersucht werden kann. Statt generell ‚natürliche Daten' zu fordern, ist es deshalb zutreffender, wenn man verlangt, daß das Datenmaterial und die Art seiner Erhebung und Auswertung geeignet sein müssen, die Forschungsfragen in bestmöglicher Weise zu beantworten." (ebd.: 25)

Auf der Basis dieses Verständnisses und spezifischer Kriterien in der empirischen Konzeption (siehe 6.1) folgt diese Arbeit daher dem Ansatz, Gesprächssimulationen mit trainierten Schauspielern, wie sie in den Kapitel 6.4 – 6.6 beschrieben wurden, mit der Methode der Gesprächsanalyse zu beforschen, da andere Zugänge systematisch ausgeschlossen werden konnten.

Zudem wurden die Gespräche (ebd.: 108f.) auf mehreren linguistischen und medizinischen Fachtagungen vorgestellt und ihre Repräsentativität bzw. die Übertragbarkeit der Ergebnisse in interdisziplinären Fokusgruppen mit nicht in die Studie involvierten Ärzten verschiedener Fachrichtungen ausführlich besprochen. Obwohl es sich um artifizielle Gespräche zwischen Medizinstudierenden und Schauspielern in einem nichtmedizinischen Setting handelt, wurde von verschiedenen Seiten bestätigt, dass die Gesprächsabläufe realistisch sind und in dieser oder ähnlicher Form auch in klinischen Settings vorkommen. Gleichzeitig gehört die Beobachtung solcher Gesprächsszenarien mit echten oder künstlichen Patienten zunehmend zur medizinischen Ausbildung, insofern könnten sie hierfür durchaus ein authentisches Beispiel sein. Dennoch wird das oben angesprochene grundsätzliche Spannungsverhältnis zwischen Entstehungskontext und Methode in der Analyse mitbedacht und in der Hypothesengenerierung so weit wie möglich berücksichtigt.

7.3.2 Das Beobachterparadoxon

Weitere Implikationen, die sich aus der Aufnahmesituation ergeben, betreffen das Beobachterparadoxon: „Um die Daten zu erhalten, die am wichtigsten für die linguistische Theorie sind, müssen wir beobachten, wie die Leute sprechen, wenn sie nicht beobachtet werden." (Labov 1980a: 17, zitiert nach Deppermann 2008: 25) Aufgrund der künstlichen Umgebung eines leicht umgebauten Seminarraums und der „invasiven" Aufnahme (vgl. ebd.: 25) durch drei Kameras (siehe Kapitel 6.6) ist davon auszugehen, dass die Arrangiertheit der Situation in der Wahrnehmung der Gesprächsteilnehmer eine Rolle spielt, wenngleich diese je nach Schauspieler oder Studierendem unterschiedlich sein wird. Auch die möglichen Auswirkungen dieses Beobachterparadoxons werden in der Analyse so weit wie möglich berücksichtigt.

7.3.3 (Weiter-)Entwicklung der Forschungsfrage

Die Gesprächsanalyse verlangt, auf Vorannahmen und konkrete Hypothesen möglichst weitgehend zu verzichten, da sie den Blick einengen, eine analytische Offenheit verhindern und womöglich sogar das Ergebnis schon in Teilen vorwegnehmen. Gleichzeitig ist es unausweichlich, mit einem bestimmten Forschungsinteresse an die Untersuchung heranzugehen, den Studienumfang zu planen und sich am Stand der Forschung zu orientieren und damit auch an bestimmten theoretischen Konstrukten, die gerade zur Arzt-Patienten-Kommunikation zahlreich vorliegen.[196] Deppermann schlägt als Lösung dieses Problems ein „spiralförmiges Verhältnis von Gegenstandskonstitution und Gegenstandsanalyse“ (ebd.: 20) vor, so dass „[d]ie Entwicklung der Forschungsfrage […] mit der Produktion von Ergebnissen Hand in Hand“ (ebd.: 20) geht.

Genau dieser Ansatz wird mit der Zweiteilung der Analyse in dieser Arbeit verfolgt. Der erste Analyseabschnitt (Kapitel 8) basiert auf der ersten Version der Forschungsfrage, bei der es darum geht zu prüfen, inwieweit die medizinethische Terminologie auf konkrete sprachliche Entscheidungsfindungsprozesse übertragbar ist und wie sich fortgeschrittene Medizinstudierende in Entscheidungsfindungsprozessen verhalten. Im Zuge dieser Analyse zeigte sich, dass die Entscheidungsfindung zwar mit bestehenden Modellen beschrieben werden kann, aber zudem prozesshaft im Rahmen einer Struktur stattfindet, die im Hintergrund des gesamten Gesprächs liegt. Auf dieser Erkenntnis basiert der zweite Analyseabschnitt, der versucht, diese Struktur auch außerhalb der Phase der Therapieentscheidung und –planung wissenschaftlich zu fassen und zu beschreiben. Schließlich wird erst nach diesen zwei aufeinander aufbauenden Analysen ein theoretisches Konzept entwickelt. Somit wurde ganz im Sinne der Gesprächsanalyse aus den Resultaten der ersten Analyse die weiterführende Forschungsfrage für die darauf folgende Auseinandersetzung mit dem empirischen Material entwickelt.

7.3.4 Theoretische Sättigung

Ein wichtiger Anspruch vieler qualitativer Forschungsansätze ist die in der *grounded theory* ausführlich beschriebene „theoretische Sättigung“ (vgl. Strübing 2004: 32f.), die bei der Explikation von Gesprächspraktiken und der Beschreibung von Strukturen für die Gesprächsanalyse eine nicht zu unterschätzende Bedeutung hat. Nur über einen kontinuierlichen und rekursiven Prozess von Gegenstandskonstitution, Sampling und Analyse (vgl. Deppermann 2008: 94f.) und eine fallübergreifende Betrachtung bei einer ausreichenden Menge an Material aus einem Korpus kann das untersuchte Phänomen in seiner Breite schließlich (annähernd) beschrieben werden. Erst wenn sich in den Gesprächsdaten keine neuen Aspekte und keine Widersprüche zum bereits erarbeiteten theoretischen Konstrukt mehr finden, kann der Forscher davon ausgehen, dass er den Gegenstand erfasst und konsistent beschrieben hat (vgl. ebd.: 96). Es geht darum, in Bezug auf einen bestimmten Forschungsfokus einerseits möglichst allgemeingültige und vom konkreten Kontext unabhängige Grundstrukturen zu entdecken und anderer-

[196] Deppermann (2008: 18) bezeichnet diesen Widerspruch in Anlehnung an Flick et al. (1991a) treffend als „Dialektik zwischen Authentizität und Strukturierung“.

seits eine „typologische Differenzierung“ (ebd.: 94) vornehmen zu können; Strübing bezeichnet dies als „konzeptuelle Repräsentativität“ (2004: 33). Dazu wurden in der vorliegenden Arbeit, wie in Kapitel 6.7 dargelegt, zu jeder Gesprächskonstellation sowie zu den Geschlechterverteilungen mehrere Interaktionen aufgenommen. Obwohl im Verlauf der Untersuchung weiterführende Fragen aufkamen, konnte in Anlehnung an die oben beschriebene Weiterentwicklung der Forschungsfrage durch eine Reanalyse des Datenmaterials (ebd.: 96) besagte theoretische Sättigung erreicht werden.

7.4 Das Transkriptionssystem

Alle 22 studiengerechten Aufnahmen wurden mit dem Transkriptionsprogramm Exmaralda[197] (Schmidt/Wörner 2009) in Partiturschreibweise transkribiert und mehrstufig korrigiert. Die Transkription orientierte sich an einem modifizierten Gat 2-System (Gesprächsanalytisches Transkriptionssystem 2) nach Selting und Kollegen (2009), insbesondere an dem dort beschriebenen Basistranskript (ebd.: 369f.). Die genauen Transkriptkonventionen, die für diese Arbeit verwendet wurden, sind im Anhang (13.4) zu finden.

Bezüglich der Transkription multimodaler Elemente muss aufgrund des aktuellen Forschungsstands zu diesem Bereich und in Anlehnung an die Ausführungen zur Methode etwas weiter ausgeholt werden. Für die Beachtung multimodaler Aspekte im Transkriptionsprozess betont Anja Stukenbrock (2009: 166) zunächst,

> „[…] dass Videoaufnahmen keine naturalistischen Repräsentationen, sondern perspektivierte, ausschnitthafte Konstrukte darstellen, deren Verhältnis zum Originalereignis auf vielfältige Weise ‚gebrochen‘ ist. Das betrifft nicht alleine das Problem mangelnder Sichtbarkeit bestimmter Phänomene, sondern auch die sichtbaren Ereignisse selbst. Daraus folgt, dass der naiven Naturalismusfiktion, die sich beim methodischen Paradigmenwechsel vom phänomenologischen Reduktionismus bei Audioaufnahmen zum ungeheuren visuellen Phänomreichtum [sic!] von Videodaten nur allzu leicht einstellen könnte, von vornherein eine Absage erteilt werden muss.“

Schon durch die (Video-)Aufnahme selbst wird das Material also transformiert: Es wird strukturiert, reduziert und perspektiviert – eine Tatsache, die häufig unterschlagen wird. Weiterhin werden deutlich mehr Phänomene aufgezeichnet als bei Tonaufnahmen, und gleichzeitig ändert sich die Qualität der Daten insofern, als diese deutlich heterogener werden und in ihrer Breite nicht auf herkömmliche Weise in einem Transkript repräsentiert werden können (ebd.: 145). Bisherige Notationssysteme aus anderen Disziplinen führen nach Stukenbrock zu einer Überladung des Transkripts, was die spätere Analyse erschwert und die Nachvollziehbarkeit für den Leser stark einschränkt (ebd.: 146; vgl. auch Deppermann 2008: 45).

Obwohl gerade in den letzten Jahren Publikationen zu multimodalen Aspekten stark zugenommen haben (vgl. Deppermann 2013; Stivers/Sidnell 2005), gibt es in der Linguistik dazu keine aktuellen eindeutigen Transkriptionskonventionen (vgl. Stukenbrock 2009: 146; Jörissen 2013: 152). Deppermann (2013: 3) fasst das Problem im Kontrast

[197] EXMARaLDA, Version 1.5.1 (http://www.exmaralda.org/ [Stand: 15.01. 2015])

zu veröffentlichten Konventionen für die vokale Transkription wie folgt zusammen: „There is no evident generic convention which defines which phenomena need to be transcribed and in which granularity." Auch die Autoren des GAT 1-Systems betonen ebenfalls den hohen Aufwand, der mit der Erstellung einer möglichst vollständigen multimodalen Transkription vernunden ist, sowie die Unübersichtlichkeit ihrer Darstellung (Selting et al. 1998: 25). Die Konsequenz daraus, relevante Elemente im Transkriptionsprozess zu selektieren, bringt jedoch wiederum Schwierigkeiten mit sich:

> „Much more radically than verbal transcripts, they [multimodal transcripts] are means to enable the reader to see what matters analytically, but they do not provide an uninterested objectivistic view on the scene recorded, which would provide for a neutral ground to test the analysis in a strict sense." (Deppermann 2013: 3)

Transkripte sind zwar generell selektiv und zum Teil theoriegeleitet (vgl. ebd.: 3), doch verstärkt sich dieses Problem mit der Zahl der einbezogenen Phänomene. Die Auswahl und Transkription multimodaler Elemente ist somit in gewissem Maße subjektiv bestimmt; im schlimmsten Fall verleitet sie dazu, nur bestimmte Phänomene auszuwählen, die die eigenen Thesen stützen, und diesen widersprechende Beobachtungen schon im Verschriftlichungsprozess zu vernachlässigen (vgl. Stukenbrock 2009: 162).

In GAT 2 werden Konventionen für die Transkription multimodaler Aspekte mit Verweis auf die Komplexität und die fehlende Standardisierung ausdrücklich herausgelassen und für spätere Publikationen angekündigt (Selting et al. 2009: 355) – bisher ist dies jedoch nicht erfolgt. Stukenbrock beschreibt zwei Verfahren, die in der Forschung häufig verwendet werden, nämlich die Integration von begleitenden Standbildern in das Transkript (2008: 154) und die symbolische Transkription (ebd.: 161), samt ihren Vor- und Nachteilen. Beide Verfahren sind allerdings aufgrund des extrem mikroskopischen Fokus, der Fülle von Phänomenen und aufgrund des damit verbundenen Aufwands für die vorliegende Arbeit ungeeignet.

Da die bestehenden Möglichkeiten gerade für die Auseinandersetzung mit größeren Transkriptausschnitten, wie sie diese Arbeit anstrebt, unbefriedigend sind und das Ausmaß bei Weitem sprengen würden, habe ich mich letztlich für eine an GAT 1 angelehnte Vorgehensweise entschieden. Nonvokale Gesprächsanteile wurden nach in Fokusgruppen besprochenen Kriterien selektiv ausgewählt und im Transkript beschrieben. Lediglich in Kapitel 8 wird jeweils einleitend zur Analyse ein Standbild gezeigt, um eine Vorstelllung von der Gesprächssituation zu erhalten. Die Auswahl multimodaler Aspekte orientierte sich an Sager und Bührig (2005: 10), die folgende Bereiche der Kinesik als relevant benennen:

1) Mimik
2) Pantomimik
3) Gestik
4) Axialorientierung
5) Haptik
6) Proxemik

Die Erfassung der entsprechenden Phänomene folgt den Vorschlägen der GAT 1-Autoren, indem sie die Aktivitäten jeweils beschreibt und ihren Anfangs- und Endpunkt sowie ihre Dauer notiert (Selting et al. 1998: 26). Die konkrete Ausgestaltung der Transkripte und die Einbettung besagter multimodaler Aspekte werden in den Transkriptkonventionen im Anhang (Kapitel 13.4) beschrieben.

7.5 Zwischenstand und Forschungsfragen

In den bisherigen Kapiteln wurden die interdisziplinären theoretischen Grundlagen sowie de methodische Herangehensweise dieser Arbeit erläutert. Diese Aspekte sollen nun zur Vorbereitung der folgenden Analyse zu den konkreten Forschungsfragen zusammengeführt werden, unter denen die Daten betrachtet werden.

Wie gezeigt werden konnte, gewinnt in der medizinischen Ausbildung das Thema der therapeutischen Entscheidungsfindung zunehmend an Bedeutung. Dabei wird es in einschlägigen gesellschaftspolitischen und hochschuldidaktischen Diskursen selten genau ausdifferenziert und zudem unreflektiert mit Konzepten der kommunikativen Kompetenz vermengt oder gar gleichgesetzt. Die Definition diesbezüglicher Lernziele für die medizinische Ausbildung bezieht sich vor allem auf entsprechende Konzepte der Medizinethik. Hier bildet die Arzt-Patienten-Beziehung einen ausdifferenzierten Forschungsgegenstand, und es gibt eine Reihe von Termini zur Beschreibung der unterschiedlichen Formen ihrer Ausgestaltung. Gleichzeitig werden diese Konzepte aber häufig global verstanden und synonym mit einem bestimmten Modus der Entscheidungsfindung verwendet – ein Zustand, der als unbefriedigend bewertet wurde. Eine mikroskopische Betrachtung der Kommunikation zwischen Arzt und Patient und speziell der Phase der Entscheidungsfindung findet in der Medizinethik ebenso wie in Didaktik nicht statt. In der angewandten Linguistik wiederum gibt es zwar national wie international eine breite Fülle sehr detaillierter Studien zur Arzt-Patienten-Kommunikation, die Phase der Entscheidungsfindung wurde bisher jedoch wenig beachtet. Die zwei Konzepte dazu, die dazu bisher vorgelegt wurden, bieten entweder keine Anknüpfungspunkte für die medizinische Diskussion oder bleiben einem holistischen Verständnis der Arzt-Patienten-Kommunikation verhaftet.

Aus diesem Forschungsstand ergeben sich folgende Fragen:

1) Wie realisieren fortgeschrittene Medizinstudierende konkret die Phase der Entscheidungsfindung?
2) Können für eine mikroskopische Betrachtung von Gesprächen die medizinethischen Konzepte der Entscheidungsfindung sowie die gängigen Termini dafür produktiv genutzt werden?
3) Wie entwickelt sich im Rahmen eines Erstkontakts ein bestimmter Modus der Entscheidungsfindung, und kann für diese Entwicklung eine Struktur beschrieben werden?
4) Wie ist die Phase der Entscheidungsfindung in das Gespräch als Ganzes eingebettet?

5) Welche Konsequenzen bzw. Lehren können aus der Analyse und ihren Ergebnissen für die medizinische Ausbildung zur Entscheidungsfindung gezogen werden?

Die ersten zwei Forschungsfragen stehen im Fokus des ersten Abschnitts der empirischen Analyse (Kapitel 8), während anschließend im zweiten Analyseschritt (Kapitel 9) den Forschungsfragen drei und vier nachgegangen wird. In einer anschließenden Zusammenführung (Kapitel 10) werden sowohl die gewonnen Ergebnisse in einem theoretischen Ansatz zusammengefasst als auch schließlich die fünfte Frage bearbeitet, indem anhand der Auseinandersetzung mit den vier zuvor untersuchten Fragen Überlegungen zur Lehre formuliert werden.

8. Datenanalyse I

Die folgende Analyse soll beispielhaft nachvollziehen, wie der Modus der Entscheidungsfindung im Rahmes des Gesprächs interaktiv entwickelt wird, und überprüfen, ob die medizinethischen Konzepte und Termini darauf anwendbar sind.[198] Dafür wurden aus zwei Transkripten, die möglichst prototypisch für die beobachteten Interaktionsprozesse im untersuchten Korpus waren, jeweils mehrere Gesprächssequenzen ausgewählt. Ähnliche Prozesse sind auch in den anderen Aufnahmen zu beobachten, sie können hier aber aus Gründen der Übersichtlichkeit nicht dargestellt werden. Aus dem gleichen Grund kann die Analyse der Transkripte hier nicht in allen Details erschöpfend nachgezeichnet werden. Die Darstellung wird sich auf die Abschnitte konzentrieren, die für die Entscheidungsfindung offensichtlich relevant sind bzw. in denen entsprechend den geläufigen Strukturen der Arzt-Patienten-Kommunikation die therapeutische Entscheidung verortet wird.

8.1 Vorsichtige Aushandlung eines deliberativen Ansatzes

Bei dem medizinischen Teilnehmer im ersten Gespräch handelt es sich um einen fortgeschrittenen Studierenden, der sich im 10. Semester des Studiums befindet und bereits eine Reihe von Famulaturen in verschiedenen Bereichen absolviert hat (siehe Anhang 13.3). Er trifft hier auf einen standardisierten Patienten, der den dominantfordernden Typus verkörpert (für das vollständige Transkript siehe Anhang 13.5: M-M-df-Kon01).

[198] Dieses Kapitel basiert auf einer eigenen Publikation zu diesem Thema (Peters 2014), wurde aber um einige Abschnitte ergänzt.

Abbildung 14: Beispielstandbild des Gesprächs M-M-df-Kon01

8.1.1 Aufforderung zur Stellungnahme

Der erste Transkriptausschnitt[199] setzt ein, nachdem die Diagnose gestellt wurde, dass der erhöhte Blutdruck weiterhin besteht, und der Studierende die Therapieoptionen und ihre unerwünschten Anwendungswirkungen (umgangssprachlich: Nebenwirkungen) erklärt hat.

[105]

Stud. [v]	aber das ist	denke ich mal SEHR selten;	[(1.0)]
Stud. [P/P]			*lehnt sich zurück*
Stud. [G/H]			*gestikuliert*
StP [v]			[°hh]
StP [G/H]			*bewegt die linke Hand zum*
StP [M/A]	*schaut zum Stud.*		*runzelt die Stirn, öffnet den*

[106]

Stud. [v]		[was würden]	was würden SIE jetzt	(1.5)
Stud. [P/P]		*lehnt sich vor*		*lehnt sich zurück*
Stud. [G/H]				*schiebt einen*
StP [v]		[aber w]		
StP [G/H]	*Mund*	*fächert die Hand vor dem Mund auf*	*legt die Hand auf den Mund*	
StP [M/A]	*Mund*			

[199] Die Transkriptionskonventionen sowie eine Erklärung zum Aufbau der Partituren finden sich im Anhang (Kapitel 13.4).

[107]

Stud. [v]		was würden SIE jetz (-)	denken? (--)	
Stud. [P/P]				*lehnt sich*
Stud. [G/H]	*Zettel etwas vor*		*zieht den Zettel wieder zu sich*	*stützt den*
Stud. [M/A]		*schaut zum StP*		
StP [v]				ja ich
StP [G/H]				
StP [M/A]				*schaut*

[108]

Stud. [v]				[hm_hm;]	
Stud. [P/P]	*vor*	*nickt*		*nickt leicht*	
Stud. [G/H]	*Kopf an der Wange mit der linken Hand*		*stützt den Kopf an der Wange mit der*		
StP [v]	f_FRAge	mich die ganze zeit,	also; (-) wenn	[es:]	quasi mit
StP [G/H]	*gestikuliert mit der linken Hand vor dem Mund*			*gestikuliert*	
StP [M/A]	*nach unten*				*schaut zum*

[109]

Stud. [P/P]				*nickt*
Stud. [G/H]	*linken Faust*			
StP [v]	diesen wassertabletten,	wenn irgendwie da ö:h	(-) wasser RAUS soll	aus dem
StP [G/H]			*macht eine starke Bewegung von*	
StP [M/A]	*Stud.*		*lächelt*	

[110]

Stud. [v]		[ja;]	<<f> das is nicht der, >	das is nicht der EINzige effekt.
Stud. [P/P]	*mehrfach leicht*			
Stud. [G/H]		*gestikuliert*		
Stud. [M/A]			*schaut auf die Unterlagen*	
StP [v]	körper, (.)	[dann also]		
StP [G/H]	*sich weg*	*gestikuliert*		
StP [M/A]				

Nachdem der Studierende zwei Therapieoptionen mit verschiedenen Medikamenten und deren unerwünschte Anwendungswirkungen ausführlich erklärt hat, macht er in Fläche 105 zunächst eine 1-sekündige Pause. Es ist unklar, ob die Pause dazu dient, das weitere sprachliche Vorgehen zu planen und Luft zu holen, oder ob er damit dem StP eine Gelegenheit geben möchte, das Gesagte zu überdenken. Auch eine genaue Betrachtung der gestischen und proxemischen Elemente hilft für diese Frage zunächst nicht weiter. Zwar lehnt sich der Studierende in der Pause zurück, was als Signalisierung des turn-Abschlusses und als Gliederungssignal verstanden werden kann. Gleichzeitig gestikuliert er aber über seine Äußerung hinaus in der Pause weiter; dies kann aufgrund der zeitlichen Länge kaum als ein Ausklingen der Geste gedeutet werden, vielmehr dient es offenbar der Verzögerung, die darauf abzielt, den turn zu behalten. Aufschlussreich ist hier die Blickrichtung des Studierenden: Sein Blick ist nach unten auf die Unterlagen[200] gerichtet.[201] Zudem bewegt er die Unterlagen und scheint beim

[200] Die Unterlagen bestehen aus den Informationen, die die Studierenden zur Vorbereitung erhalten haben und in Form der „Patientenakte“ auch in die Simulation mitnehmen konnten.

[201] Die Blickrichtung des Studierenden ist im abgebildeten Transkript aufgrund des gewählten Gesprächsausschnitts nicht ersichtlich, sie geht aber aus dem Gesamttranskript im Anhang (13.5) hervor.

Sprechen in sie vertieft zu sein, dadurch nimmt er die einleitenden Gesten des StP wahrscheinlich nicht wahr. Dies stützt die Annahme, dass es sich hier eher um eine Planungsphase handelt als um den Versuch einer turn-Übergabe.

Der StP versucht in der Pause dennoch, den turn zu übernehmen. Das zeigt sich zunächst darin, dass er tief und hörbar einatmet und dabei nicht nur den Mund öffnet, sondern auch die Stirn runzelt und die linke Hand zum Mund bewegt. Möglicherweise versucht der StP, der vorher sowohl gestisch als auch mimisch recht zurückhaltend agiert hat (vgl. Kapitel 10 und das vollständige Transkript im Anhang 13.5), seinem Gegenüber damit nonverbal zu signalisieren, dass er die Übernahme des turns anstrebt. Dies wäre allerdings merkwürdig angesichts der Tatsache, dass der Studierende ihn gerade nicht ansieht. Daher kann zunächst davon ausgegangen werden, dass die beschriebenen Aktivitäten sowohl zur eigenen Strukturierung und Vorbereitung der kommenden Äußerungen dienen als möglicherweise auch zur Vorbereitung weiterer nonvokaler Elemente. Dass der StP in Fläche 106 schließlich zu einer eigenen Äußerung ansetzt, unterstreicht retrospektiv sowohl die Möglichkeit der Äußerungsvorbereitung als auch die Deutung, dass der StP vorher tatsächlich eine Absicht der turn-Übernahme signalisieren wollte. Die Äußerung leitet er mit „aber w“ ein; die adversative Konjunktion legt hier einen Widerspruch nahe. Unterstützt wird dieser Versuch der turn-Übernahme durch weitere Bewegungen der Hand vor dem Mund, die die Hypothese stützen, dass die vorherige Bewegung der Hand zum Mund neben der Signalisierung von Redebereitschaft auch die Funktion hatte, weitere Gesten einzuleiten. Das abgebrochene „w“ könnte der Beginn einer Frage sein; diese kann aber nicht vollständig realisiert werden, weil der Studierende gleichzeitig weiterspricht und die turn-Übernahme des StP durch Selbstwahl damit scheitert. Der StP reagiert umgehend, bricht seinen Äußerungsversuch ab und legt die Hand wieder auf den Mund. Damit zieht er sich auch gestisch zurück, die Hand ist aber weiterhin in einer „Bereitschaftsposition“, von der aus künftige Gesten schnell ausgeführt werden können.

Der Studierende begleitet seine weiteren Ausführungen durch ein Vorlehnen des Körpers; dies kann trotz des weiterhin gesenkten Blicks als Markierung von Zuwendung und Aufmerksamkeit verstanden werden, aber auch als dominant-unterstützende Aktivität, die unterstreichen soll, dass er den turn behalten will. Anschließend formuliert der Studierende eine Frage, initiiert damit eine Fremdwahl und gibt den turn ab, was zunächst überraschend ist, da er zuvor den Ansatz des StP zur turn-Übernahme unterbrochen hat. Hier kann davon ausgegangen werden, dass der Studierende entweder auf den Äußerungsversuch des StP reagiert, indem er den turn „offiziell“ übergibt, oder dass er von vornherein beabsichtigte, dem StP an dieser Stelle, nach einer Erläuterung der Medikamente, Gelegenheit zu einer Äußerung zu geben. Dabei unterbricht er die sprachliche Realisation seiner Frage noch ein weiteres Mal und setzt neu an, und er bringt sie erst nach einer weiteren 1,5-sekündigen Pause zum Abschluss. Diese Abbrüche und Reparaturen lassen vermuten, dass der Studierende seine Formulierungsplanung in der ersten Pause noch nicht abgeschlossen hatte und womöglich von der Initiative des StP überrascht wurde. Gleichzeitig hält er den Blick weiterhin auf die Unterlagen gerichtet, lehnt sich vor und zurück und bewegt die Unterlagen auf dem Tisch, während er sie höchstwahrscheinlich liest. Dies stützt die Vermutung, dass der Studierende nach dem Vortragen der Diagnose und den Ausführungen zu Medikamenten und ihren Nebenwirkungen jetzt unschlüssig ist, wie er weiter verfahren soll und ob

dazu Vorgaben gemacht wurden, den turn aber sicherheitshalber noch nicht abgeben will, bevor er sich anhand der gegebenen Informationen rückversichert hat. Er realisiert womöglich, dass nun die Entscheidungsfindung ansteht, und sucht in den Unterlagen nach Informationen, die ihm dabei weiterhelfen können.[202]

Es ist nicht auszuschließen, dass die gescheiterte turn-Übernahme in Fläche 106 lediglich ein Missverständnis war und der Studierende mit der anschließenden Frage die gescheiterte Selbstwahl durch den StP wiedergutmachen wollte. Die zweimal betont gesprochene Anrede („SIE“) in den Flächen 106 und 107 sowie die parallelen nonverbalen Elemente legen jedoch eine andere Interpretation nahe. Der Studierende nimmt hier nach einer längeren Pause wieder direkten Blickkontakt auf und stützt zu Beginn des turns des StP den Kopf mit der Hand ab, was an dieser Stelle eine passive und rezipierende Haltung signalisiert. Eine schlüssige Interpretation dieser Sequenz ist, dass der Studierende den turn nach seinen Ausführungen selbst übergeben möchte bzw. dies angedacht hatte – eventuell auch im Hinblick darauf, den StP aktiv einzubeziehen, weil dies im Studium als notwendig vermittelt wurde – und dass er auf eine spontane Übernahme durch den StP nicht vorbereitet war, weil er noch dabei war, die gegebenen Informationen zum Verhalten im Vorfeld der nahenden Entscheidungsfindung durchzugehen.

Diese ausführliche Betrachtung zeigt exemplarisch, dass die Studierenden in ihrer Rolle als Arzt typische Merkmale institutioneller Kommunikation, insbesondere im Bereich des Sprecherwechsels, beherrschen und auch anwenden und sich nicht etwa angesichts eines 40-jährigen Gesprächspartners passiv und reaktiv verhalten. Gleichzeitig vermittelt der Studierende in diesem Gespräch den Eindruck, dass er die Kontrolle über die turn-Vergabe behalten möchte, was mit Vorsicht durchaus als paternalistischer Ansatz der Gesprächsführung bezeichnet werden kann. Gleichzeitig beinhaltet aber die Frage „was würden SIE jetz (-) denken?“ einen interpretativen oder deliberativen Ansatz, denn damit fragt der Studierende nach Motiven und Gedanken des StP, die eine Medikamentenwahl beeinflussen würden und die er hier anscheinend einbeziehen will.

Diese Ambivalenz in der Haltung des Studierenden zeigt sich auch im weiteren Verlauf dieses ersten Gesprächsausschnitts. Der StP formuliert nun eine längere Frage, deren Einleitung in Fläche 107-108 „ja ich f_FRAge mich die ganze zeit,“ einerseits als Interesse, andererseits aber auch als versteckte Kritik gedeutet werden kann. Im Verlauf seines turns richtet er den Blick zum Tisch und zurück, gestikuliert teilweise deutlich und lächelt gegen Ende den Studierenden an. Diese vielen parallelen Aktivitäten sind schwer zu interpretieren. Sie können beispielsweise die Bedeutung des Gesagten unterstreichen, eine gewisse Nervosität zum Ausdruck bringen, die von den Schauspielern in der Rollenbeschreibung auch gefordert wurde (vgl. Anhang 13.2), dazu dienen,

[202] Dieses Verhalten könnte zudem ein Hinweis darauf sein, dass der Studierende die Situation als Prüfung wahrnimmt oder sich der Beobachtung bewusst ist. Obwohl er im Vorfeld Zeit hatte, die Unterlagen in Ruhe durchzuarbeiten, scheint er besorgt, dass er einen Fehler macht oder einem vermuteten Ziel der Simulation nicht nachkommt. Auch vor der hier bearbeiteten Transkriptstelle hat er immer wieder in den Unterlagen gelesen. Es kann davon ausgegangen werden, dass der Studierende in gewisser Weise unsicher ist und nicht spontan nach eigenem Wissen und Erfahrung handelt, sondern die Situation im Sinne der Aufgabenstellung bzw. der „Prüfer“ bestmöglich lösen möchte und sich daher mehrfach absichert.

den turn durch unterstützende nonvokale Aktivitäten zu behalten und schließlich auch ein allgemeiner Ausdruck von Aktivität sein, nachdem der Studierende den turn lange innehatte und der StP lediglich passiv zugehört hat. Zunächst kann festgehalten werden, dass der StP mit seiner direkten inhaltlichen Nachfrage Interesse am Thema zeigt. Dies kann auch als Hinweis darauf gedeutet werden, dass er im Sinne eines interpretativen oder informativen Ansatzes in Entscheidungsprozesse einbezogen werden möchte, da eine gegenteilige Haltung von Desinteresse die Verantwortung und Entscheidung quasi automatisch dem Studierenden zuschreiben würde. Gleichzeitig realisiert der StP seine Frage aber mit Korrekturen, einer Verzögerungspartikel (Fläche 109: „öh“) und abschwächenden bzw. relativierenden Adverbien (Fläche 109: „irgendwie“; Fläche 108: „quasi“), zudem leitet er sie mit dem hier inhaltlich nicht notwendigen Zusatz ein, dass er sich diese Frage schon eine ganze Weile stellt. Mit dieser sprachlichen Realisierung vermittelt der StP – ob nun gewollt oder ungewollt – Unsicherheit und festigt, ganz im Sinne des Laientheoretisierens, seinen Status als unwissender Laie, der auf Hilfe und Zuwendung des Experten angewiesen ist. In diesem Zusammenhang kann vermutet werden, dass die oben beschriebenen vielfältigen nonvokalen Elemente diese Unsicherheit und Vagheit bezüglich des Inhalts unterstreichen und damit insgesamt auch eine paternalistische Lesart des StP-Verhaltens ermöglichen.

Der StP kann seinen turn und damit seine Frage nicht zu Ende bringen, denn in Fläche 110 übernimmt der Studierende wieder den turn und beginnt eine Erläuterung. Dabei unterstützt er seine turn-Übernahme durch Gesten, eine erhöhte Lautstärke und einen leichten Tonhöhenanstieg, der eine nachfolgende Äußerung signalisiert. Auch wenn es sich hier nicht um eine direkte Unterbrechung handelt, da das parallel verbalisierte „ja;“ des Studierenden noch als Hörrückmeldung gewertet werden kann und die Interaktanten anschließend nicht weiter parallel sprechen, legen die inhaltlich wie syntaktisch gestörte Formulierung wie auch die noch weiterlaufende Gestik des StPs nahe, dass dieser seine Äußerung noch weiterführen wollte. Auffällig ist, dass der StP seinen turn sofort abbricht und dem Studierenden das Feld überlässt. Es folgen keine weiteren Parallelsequenzen und keine Gesten; der StP scheint also die Übernahme des turns durch den Studierenden zu akzeptieren und sich damit ohne jeden Widerstand dessen Rederechtsverteilung unterzuordnen. Auch diese Unterordnung kann eventuell in Richtung einer reaktiven Haltung des StP interpretiert werden, der eine paternalistische Behandlung bevorzugt.

Die turn-Übernahme des Studierenden ist zudem insofern besonders auffällig, als er selbst vorher über eine Minute lang ungestört sprechen konnte (in dem gezeigten Abschnitt nicht zitiert, vgl. Kapitel 13.5) und nun den StP seine Frage nicht zu Ende formulieren lässt. Dies kann wiederum einerseits als ausführlich erklärender Kommunikationsstil gedeutet werden, der dem StP entgegenkommt und ihn ermächtigen soll (interpretativer Ansatz). Andererseits entspricht dies aber auf der Ebene der Gesprächsorganisation einem dominanten und damit paternalistischen Ansatz. Mit Blick auf die sequentielle Platzierung fällt auf, dass der Studierende in Fläche 110 mit der Unterbrechung inhaltlichen Bezug auf die Frage des StP nimmt und mit einer Konkretisierung bzw. Präzisierung der Informationen einsetzt, die er mehr oder weniger deutlich als Reparatur darstellt. Damit legt der Studierende selbst eine Interpretation im ersteren Sinne nahe, was allerding die zweite Lesart keineswegs entkräftet.

Im weiteren Verlauf dieser Sequenz, der hier ausgelassen wird, erklärt der Studierende die Funktion des Diuretikums und verweist darauf, dass es die Wirkung des Medikaments nicht neutralisiert, wenn mehr getrunken wird.

8.1.2 Fragen des StP

[116]

Stud. [v]	tablette nich (-) wieder (.)	zunichte machen.		
Stud. [P/P]		*lehnt sich zurück und vor*	*nickt mehrfach leicht*	
Stud. [G/H]			*spielt mit dem Stift in beiden*	
Stud. [M/A]			*lächelt*	
StP [v]			ach so. (-) ja das (-)	das
StP [P/P]			*schüttelt den Kopf*	
StP [G/H]			*gestikuliert*	
StP [M/A]			*schaut mehrfach nach*	

[117]

Stud. [v]		ja;		
Stud. [P/P]		*nickt leicht*		
Stud. [G/H]	*Händen*			
Stud. [M/A]				
StP [v]	DACHte ich nämlich gerade		aber sie haben ja jetzt erzählt, was die	
StP [P/P]				
StP [G/H]			*gestikuliert*	
StP [M/A]	*unten und zum Stud.*		*schaut nach unten*	

[118]

Stud. [v]				hm_hm;	
Stud. [P/P]			*nickt*		
Stud. [G/H]					
StP [v]	für NEBENwirkungen	haben können, (-)	aber ähm,		(1.5)
StP [G/H]	*gestikuliert*				
StP [M/A]	*schaut zum Stud.*		*schaut nach unten*		

[119]

Stud. [G/H]		
StP [v]	wenn da jetzt zwei verSCHIEdene sind, wie ist denn das	mit der WIRKsamkeit, (-)
StP [G/H]		*zuckt die Schultern*
StP [M/A]		*schaut zum Stud.*

[120]

Stud. [v]		[hm_hm, hm_hm]	[ja;]
Stud. [P/P]		*nickt mehrfach*	*lehnt sich zurück*
Stud. [G/H]			*schiebt einen*
Stud. [M/A]			*schaut auf die*
StP [v]	also welches ist denn davon jetzt irgendwie:	[BESse:r]	[oder wie] ä:h
StP [G/H]	*gestikuliert*		

[121]

Stud. [v]		(-) also die	die wassertabletten
Stud. [P/P]			
Stud. [G/H]	*Zettel nach vorne*		
Stud. [M/A]	*Unterlagen*		
StP [G/H]			
StP [M/A]		*schaut auf die Unterlagen des Stud.*	*schaut zum Stud.*

Nach seiner Erklärung lehnt sich der Studierende zurück und senkt die Tonhöhe deutlich, was ein Ende der Äußerung nahelegt und eine turn-Übernahme ermöglicht. Der StP nutzt dieses Angebot bzw. die Gelegenheit und übernimmt den turn. Allerdings fallen die zwei kleinen Pausen am Beginn seines turns sowie die fehlende syntaktische Ordnung auf, die nahelegen, dass der StP von diesem Sprecherwechsel etwas überrascht war und Zeit für die Formulierungsplanung benötigt. Auffällig sind hier die starken nonvokalen Aktivitäten des StP. Während sein Kopfschütteln noch inhaltlich gedeutet werden kann in der Weise, dass er damit die Ausführungen des Studierenden zum Diuretikum und die diesbezügliche Wissenslücke auf seiner Seite als irrelevant zurückweist, sind die mehrfachen Blickrichtungsänderungen und die Gesten in verschiedener Weise deutbar. Sie können entweder als das Kopfschütteln begleitend und als erklärende oder im Fall des wechselnden Blickkontakts unterwürfige bis absichernde Aktivitäten gesehen werden, die die Ablehnung für den Studierenden annehmbarer gestaltet, oder aber als ein körperlicher Ausdruck der laufenden Formulierungsprozesse, der gleichzeitig das Recht auf den turn absichern soll.

Auch aufseiten des Studierenden sind eine Reihe nonvokaler Aktivitäten zu beobachten. Er fängt sofort mit Beginn der Äußerung des StP an zu lächeln und nickt mehrfach leicht, was als Motivation zum Weiterreden aufgefasst werden kann. Dabei spielt er mit einem Stift, den er in beiden Händen hält – dies tut er im gesamten Gespräch häufiger; es kann entweder den Denkprozess gestisch begleiten oder als Ausdruck von Nervosität und Aufgeregtheit gesehen werden. Letzteres wäre wiederum ein Hinweis auf die für Studierende ungewöhnliche Situation, die eventuell als Beobachtung oder Prüfung wahrgenommen wird, und das damit verbundene Beobachterparadoxon. Die mimische und pantomimische Aufforderung zum Weiterreden fördert an dieser Stelle den Einbezug des StP im Sinne interpretativer oder informativer Entscheidungsprozesse und steht damit in gewisser Weise im Widerspruch zu der unterbrechenden turn-Übernahme im letzten Transkriptausschnitt.

Der StP betont in Fläche 116 gleich zu Anfang seines turns mit „ach so. (-) ja das (-) das DACHte ich nämlich gerade“, dass er den Inhalt versteht und seine akute Frage als beantwortet ansieht. Gleichzeitig kann dies auch eine Imagefunktion haben: Möglicherweise will er damit betonen, dass er der komplexen Thematik inhaltlich folgen kann, damit seinen Laienstatus abschwächen und sich eher auf Augenhöhe mit dem Studierenden positionieren – ein möglicher Wink in Richtung einer stärkeren Patientenbeteiligung, die der Schauspieler mit seiner dominant-fordernden Rolle ansteuern soll.

Anschließend stellt der StP eine weitere Frage. Dieses Mal behält er zunächst den turn und kann die Frage konkreter ausformulieren. Der StP ordnet die Erklärung des Studierenden zu den Nebenwirkungen und deren Folgen zunächst thematisch ein, um dann

seine eigene Frage zur Wirkung der Medikamente zu formulieren. Dabei betont er jeweils die für ihn vermutlich relevanten Aspekte (Fläche 118: „NEBENwirkungen“; Fläche 119: „verSCHIEdene“, „WIRKsamkeit“). Dies legt nahe, dass es sich bei den markierten Betonungen einzelner Ausdrucke um eine Kontrastierung handelt, mit der er die Erklärungen implizit als für ihn nicht (so) relevant ausweist und dem eine eigene Relevanz gegenüberstellt. Damit geht er inhaltlich nicht auf die vorherigen Äußerungen des Studierenden ein, sondern leitet einen Themenwechsel ein. Auch fragt er den Studierenden nicht nach einer Bewertung der bisher gelieferten Informationen oder nach einer darauf basierenden Empfehlung, wie dies ein zurückhaltender und akzeptierender Patient womöglich tun würde, sondern erkundigt sich selbstständig nach der Wirksamkeit der beiden Medikamente im Vergleich. Mit dieser Frage konstituiert er sich als aktiver Patient, der mehrfach nachhakt und sich mit einer einzigen Frage bzw. einer für ihn nicht ganz passenden Antwort nicht zufriedengibt. Damit signalisiert er diesmal deutlicher, dass er ausreichend informiert werden möchte, um sich an der letztlichen Entscheidung mindestens beteiligen zu können, sonst wäre eine derartige Frage unsinnig. Gleichzeitig wird die Frage aber erst nach mehreren Versuchen realisiert und ist durchsetzt von Pausen, Verzögerungspartikeln und Reformulierungen. Während die Gesten und auch das Schulterzucken bei einer Frage angemessen und nicht weiter bemerkenswert sind, fällt erneut der schwankende Blick auf, der sich zwischen Tisch und Studierendem bewegt; dies kann, wie oben bereits ausgeführt, als die Formulierungsversuche begleitende Aktivität, als Unsicherheit oder als protektive Imagearbeit gewertet werden. Die letzten beiden Vermutungen werden durch die Kombination der Adverbien „jetzt“ und „irgendwie:“ in Fläche 120 gestützt. Diese Abschwächung der Frage und ihres propositionalen Gehalts kann ebenfalls als Zeichen der Unsicherheit bzw. als eine imageschützende Markierung des Laienwissens interpretiert werden, die andeutet, dass der StP sich des Inhalts oder der Angemessenheit seiner Frage womöglich doch nicht sicher ist.

Auffällig ist weiterhin das Ende dieses turns (Fläche 120: „[oder wie] ä:h“), mit dem die Frageaktivität des StP endet. Hier kann von einer verunglückten turn-Übergabe ausgegangen werden, da der StP die Frage vorher schon inhaltlich abgeschlossen hatte und der Studierende bereits verbal wie nonverbal eigene Aktivitäten produziert und damit über eine verstehende Hörrückmeldung hinaus mit hoher Wahrscheinlichkeit eine turn-Übernahme ankündigt und eine eigene Äußerung einleitet. Es kann sein, dass der StP noch weitere Äußerungen in Vorbereitung hatte (z. B. Präzisierung oder Ergänzung der Frage, Vorbereitung einer weiteren Frage), aber die vielen Hörrückmeldungen und das mehrfache Nicken des Studierenden in Fläche 120 führen aufseiten des StP vermutlich zu Verunsicherung und schließlich zum Abbruch der Äußerung. Diese Hypothese wird möglicherweise durch die anderen nonvokalen Aktivitäten des Studierenden gestützt. Die Tatsache, dass er sich gleichzeitig zurücklehnt, einen Zettel der Unterlagen etwas nach vorn schiebt und den Blick darauf richtet, weist zunächst nicht darauf hin, dass er den turn übernehmen möchte. Vielmehr scheint er sich erst in den vorab gegebenen Informationen rückversichern zu wollen, bevor er die Frage beantwortet; ein solches Verhalten wurde oben bereits beobachtet und prägt das gesamte Gespräch. Gleichzeitig kann sein nonvokales Verhalten als klares Gliederungssignal verstanden werden: Er wendet den Blick vom StP ab, lehnt sich zurück, beendet das Nicken, studiert die Unterlagen und entzieht dem StP damit seine Aufmerksamkeit. Die-

ses Verhalten signalisiert einerseits, dass die Frage des StP angekommen ist und nun inhaltlich bearbeitet wird, andererseits unterbricht es aber auch die Kommunikation, da der Studierende nonverbal seine Höraktivitäten einstellt bzw. sichtlich zurückfährt. Der StP, dessen Frageaktivitäten bereits unsicher wirkten und von Imagearbeit geprägt waren, bestätigt diese Deutung, indem er sich ähnlich sensibel verhält wie in der weiter oben beschriebenen Sequenz: Er beendet seinen turn sowie seine Gesten und zeigt zunächst keinen Ansatz zu weiteren sprachlichen oder kinesischen Aktivitäten, so dass der Studierende nach einer kurzen Pause in Fläche 121 seine Äußerung direkt beginnen kann.

Das Verhalten des Studierenden ist zunächst klar am Wissensbedürfnis des StP orientiert: Er nimmt dessen Frage an und geht seine Informationen durch, vermutlich um die passende Antwort zu suchen. Dies lässt sich durchaus als patientenzentriert im Rahmen eines informativen Modells verstehen: Der StP soll alle Informationen erhalten, die er benötigt bzw. verlangt. Das kommunikative Verhalten gegenüber dem StP, hier konkret das Management der Aufmerksamkeit und die Vorbereitung der turn-Übernahme auf verschiedenen Ebenen der Kommunikation in Fläche 120 sind allerdings weniger patientenzentriert, sondern spiegeln eher eine klassische paternalistische Arzt-Patienten-Beziehung wieder und sind durchaus als tendenziell dominant zu charakterisieren.

Anschließend erklärt der Studierende (hier nicht zitiert), dass die beiden Wirkstoffgruppen zwar unterschiedlich alt, aber von der Wirksamkeit her sehr ähnlich sind. Wenn es noch andere Erkrankungen oder Nebensymptome gäbe oder der Bluthochdruck nicht idiopathisch wäre, müsste man die Auswahl überdenken und eingrenzen, in diesem Fall sei das aber nicht nötig. Er äußert die Annahme, dass der StP beide Wirkstoffe bzw. Medikamentengruppen gut vertragen würde. Weiterhin erklärt er, dass Nebenwirkungen nicht immer aufträten und die Angaben dazu nur Wahrscheinlichkeiten abbildeten, dass man die Dosis langsam erhöhen würde und zur Not auch das Medikament wechseln könne. Nach einer erneuten Betonung der gleichen Wirksamkeit weist er schließlich noch darauf hin, dass die Verträglichkeit individuell verschieden sei, dies aber nur durch Ausprobieren und anschließende Blutdruckmessungen festgestellt werden könne.

8.1.3 Thematisierung der Entscheidungsfindung

[148]

Stud. [v]	auch gut ablesen	ob es wirkt oder NICH, (.) anhand	der BLUTdruckmessung;
Stud. [P/P]			*nickt*
Stud. [G/H]		*spielt mit dem Stift in beiden Händen*	
Stud. [M/A]		*schaut zum StP*	

[149]

Stud. [v]		ja;		
Stud. [P/P]	*lehnt sich zurück*			*lehnt sich schnell nach*
Stud. [G/H]				
StP [v]	ja:; (-)	das heißt im prinzip müsste		ich mich
StP [P/P]	*nickt*			
StP [G/H]		*gestikuliert schnell*		
StP [M/A]		*schaut nach unten*		

[150]

Stud. [P/P]	*vorne, dann zurück*		
StP [v]		jetzt anhand der	möglichen NEbenwirkungen dafür für eins
StP [G/H]		*gestikuliert*	
StP [M/A]			*schaut zum Stud., lächelt*

[151]

Stud. [v]		[°hh]
Stud. [P/P]		*lehnt sich zurück, lehnt zudem den Kopf leicht nach hinten*
Stud. [G/H]		*spielt mit dem Stift in beiden Händen*
StP [v]	entscheiden, (-)	[weil die von der WIRkung beide]
StP [G/H]		
StP [M/A]		

[152]

Stud. [v]	[<<seufzend> ja:. >]		also anhand der NEbenwirkungen,
Stud. [P/P]	*lehnt Körper und Kopf wieder vor*		
Stud. [M/A]			*schaut nach unten*
StP [v]	[(.) gut sind]	oder,	

[153]

Stud. [v]	(1.0)	ja:; (.) entscheiden;	(-) könnte man so sagen; (-)	WICHtiger wäre
Stud. [P/P]			*nickt leicht*	
Stud. [G/H]			*verschiebt leicht die Unterlagen*	
Stud. [M/A]			*schaut zum StP*	

[154]

Stud. [v]	noch	anhand, (.)	wenn sie jetzt noch andere	
Stud. [P/P]		*lehnt sich leicht zurück*		*rutscht kurz auf*
StP [P/P]		*lehnt den Kopf leicht zurück*		

[155]

Stud. [v]	NEbenerkrankungen	hätten;	[(-)]	da würde sich dann vielleicht, (.)	EIN
Stud. [P/P]	*dem Stuhl herum*				
Stud. [G/H]				*gestikuliert*	
Stud. [M/A]				*schaut auf die Unterlagen*	
StP [v]			[hm_hm,]		
StP [P/P]			*nickt*		
StP [M/A]					*schaut*

Im Anschluss an die weiteren Ausführungen des Studierenden verweist der StP in den Flächen 148 bis 153 nun sehr deutlich auf einen möglichen Entscheidungsfindungsmodus, das informative Modell. Zuvor hat der Studierende in Fläche 148 seinen turn relativ explizit und auf mehreren Ebenen beendet: durch einen inhaltlichen wie syntaktischen Abschluss seiner Aussage, fallende Tonhöhe, Blickkontakt mit dem StP und schließlich ein Nicken. Der StP nickt ebenfalls und formuliert ein langgezogenes „ja:;“ mit fallender Betonung und eine kleinen Pause („(-)“); das kann sowohl als bestätigende Hörrückmeldung gedeutet werden als auch als Verzögerungsmarkierung im Vorfeld einer eigenen längeren Äußerung. Der Studierende lehnt sich daraufhin zurück und äußert seinerseits ein kurzes „ja;“, vermutlich in Erwartung einer weiterführenden Äußerung des StP oder um eine solche zu motivieren. Daraufhin setzt der StP zu einem längeren Beitrag an und formuliert relativ klar einen möglichen informativen Entscheidungsfindungsmodus.

Dieser Abschnitt kann aus methodischen Gründen als etwas heikel betrachtet werden. Es ist möglich, dass der Schauspieler den informativen Ansatz aufgrund seiner Rolle so explizit formuliert, um den vorgegebenen dominant-fordernden Patiententypus klarer darzustellen und damit seiner Aufgabe gerecht zu werden. Dies wäre eine deutliche Beeinflussung der Situation durch den Schauspieler und würde die Authentizität des Gesprächs wie auch die Methode der Simulation insgesamt bis zu einem gewissen Grad in Frage stellen. Die ausdrückliche Formulierung des Entscheidungsfindungsmodus kann aber auch darauf basieren, dass der Studierende bis zu diesem Zeitpunkt zwar viele Informationen zu den Medikamenten und den möglichen unerwünschten Arzneimittelwirkungen geliefert, die Entscheidungsfindung aber seinerseits nicht thematisiert hat. Er hat sich im Gespräch zwar in mancher Hinsicht relativ dominant verhalten, aber obwohl in der Struktur der Arzt-Patienten-Kommunikation nun die Phase der Therapieentscheidung ansteht, hat er selbst noch keine Andeutungen in dieser Hinsicht gemacht. Vielmehr hat er in Fläche 149 seine aufklärenden Beiträge ohne weiterführende Vorschläge beendet und scheint nun den nächsten Zug des StP abzuwarten. Dieser übernimmt nun die Initiative. Seine Formulierung der Entscheidungsfindung und die damit zum Ausdruck gebrachte Präferenz kommen nicht völlig überraschend, da seine vorherigen inhaltlichen Nachfragen bereits ein gewisses Maß an Interesse und Eigenständigkeit signalisiert hatten. Beim ersten Teil seiner Äußerung gestikuliert der StP schnell, während sein Blick auf den Tisch gerichtet ist. Diese Gesten können als formulierungsbegleitende Aktivitäten bzw. als Signale von Nachdenken gedeutet werden oder aber dazu dienen, das Rederecht zu unterstreichen und somit den turn zu verteidigen, während der abgewendete Blick vermeidet, eine Aufforderung zu einer Antwort zu suggerieren.

Das informative Modell schließt im Prinzip eine Empfehlung des Studierenden aus; der StP formuliert diese Möglichkeit der Entscheidungsfindung bzw. den potenziellen Wunsch danach allerdings als Frage, indem er die Äußerung mit „das heißt“ und dem Konjunktiv „müsste“ als unsicher markiert und zwei leichte Tonhöhenanstiege (Fläche 151: „entscheiden,“; Fläche 152: „oder,“) realisiert. Dies kann entweder ein Angebot an den Studierenden sein, auf diesen Vorschlag zur Entscheidungsfindung zu reagieren bzw. diesen zu kommentieren oder der StP möchte sich damit seiner Einschätzung rückversichern, wie genau er diese Entscheidung treffen soll, da nämlich die Nebenwirkungen das einzige Kriterium sind, das er dafür sinnvoll anwenden kann. Die letzte-

re Deutung wird retrospektiv durch die Anschlussäußerung des Studierenden in Fläche 152 gestützt. Während die erste Lesart den informativen Modus eher als Möglichkeit oder Angebot in den Raum stellen würde, wäre die zweite Deutung ein deutlich weitergehender Schritt, in dem der Modus schon als festgelegt präsentiert wird und es nur noch um die konkrete Ausgestaltung geht. Der StP begleitet diese Formulierung mit einem Lächeln und einer Wiederaufnahme des Blickkontakts, die unabhängig von der genauen Deutung sowohl die Frageaktivität stützen als auch eine Wertschätzung der Meinung des Gegenübers zum Ausdruck bringen können.

Der Studierende beginnt schon während der Formulierung des StP mit starken Aktivitäten. Schon zu Beginn lehnt er sich schnell vor und zurück. Als die Frage schließlich in Fläche 151 einen potentiellen Abschlusspunkt erreicht hat, lehnt er sich erneut zurück, lehnt zusätzlich den Kopf nach hinten und spielt erneut mit beiden Händen mit dem Stift, während er tief einatmet. Dies legt einen zumindest partiellen Rückzug aus der eigentlichen Kommunikationssituation nahe. Die beobachteten Phänomene können in diesem Zusammenhang aber auch als Anzeichen gedanklicher und formulierender Aktivitäten gedeutet werden, die eine eigene Äußerung vorbereiten. Schließlich können sie auch ein Zeichen von Unsicherheit sein. Angesichts der Tatsache, dass der Studierende zur Frage der Entscheidungsfindung bisher selbst noch nicht Stellung bezogen und keine Präferenz für ein Medikament angezeigt hat, scheint auch eine Kombination dieser Möglichkeiten denkbar, was ich hier für das Wahrscheinlichste halte. Schließlich lehnt der Studierende seinen Kopf und den ganzen Körper wieder nach vorn, geht also wieder in die Interaktionssituation hinein und äußert mit einem „ja:." eine generelle Hörrückmeldung, die allerdings durch ein starkes Seufzen auffällt. Dieses kann darin begründet sein, dass der Studierende vorher tief eingeatmet hat, womöglich im Hinblick auf eine Äußerung, die er dann aber aufgrund der verbalen Aktivitäten des StP vorerst aufgegeben hat, und dass die Luft nun wieder aus dem Körper muss. Eine andere Möglichkeit wäre, dass der Studierende damit eine gewisse Frustration zum Ausdruck bringt, weil er womöglich nicht weiß, wie er mit der Äußerung des StP umgehen soll, sich bezüglich der Antwort unsicher ist oder auch eine andere Meinung hat, die er nun vertreten muss.

Anschließend übernimmt der Studierende den turn, schaut dabei aber direkt nach unten, vermutlich in Richtung der Unterlagen. Generell bestätigt er die Vermutung des StP, die vielen Pausen und die brüchige Struktur der Äußerung zeigen aber erheblichen Überlegungs- und Planungsbedarf an. Zudem verweist seine Formulierung in Fläche 152 „könnte man so sagen;" trotz des gleichzeitigen Nickens zumindest auf eine Einschränkung der damit geäußerten Zustimmung bzw. auf eine Unsicherheit. Parallel dazu verschiebt der Studierende kurz die Unterlagen, schaut zum StP und kommt anschließend auf die Rolle von Nebenerkrankungen zu sprechen. Prinzipiell stimmt er also dem informativen Ansatz zunächst indirekt zu (indem er ihm nicht widerspricht), ergänzt ihn dann aber durch den Hinweis, dass eine medizinische Indikation diese freie Wahl einschränken würde; das kann zwar als eine medizinische Selbstverständlichkeit angesehen werden, es stärkt aber auch die Rolle des Studierenden im Entscheidungsfindungsprozess und hinterfragt möglicherweise das informative Modell .

Hier scheint sich zudem wieder Unsicherheit zu manifestieren. Der Studierende konsultiert erneut die Studienunterlagen, er ringt sich nicht zu einem festen Entscheidungs-

findungsverfahren durch, sondern bringt stattdessen weitere Informationen ein, die für die Wahl der Therapie wichtig sind. Die Tatsache, dass er immer wieder neue Themen anreißt und Informationen anführt, kann hier generell auch darauf hindeuten, dass der Studierende den StP so lange und ausführlich fragen lässt und mit relevanten Informationen versorgt, bis dieser selbst entweder signalisiert, dass er genug weiß, um selbst entscheiden zu können, oder signalisiert, dass er bei seiner Entscheidung Hilfe braucht. Dies wäre ein Hinweis auf das vom StP eingebrachte informative oder unter Umständen auf ein interpretatives Modell und würde unabhängig davon die starke Stellung des StP im Entscheidungsprozess betonen. Die auffällig häufigen Blicke in die Unterlagen, die sich bis hier hin im gesamten Gespräch finden, lassen allerdings auch eine andere Lesart zu. In Verbindung mit der Tatsache, dass der Studierende im weiteren Verlauf ab Ende der Fläche 153 ausführlich weitere Informationen äußert, die zwar prinzipiell relevant aber in der gegeben Ausführlichkeit nicht notwendig gewesen wären, und sich ansatzweise der konkreten Entscheidungsfindung verweigert, die hier schon längst möglich ist und vom StP klar angesprochen wurde, stützten die vielen Blickwechsel die bereits genannte Hypothese der Unsicherheit. Der Studierende vermittelt den Eindruck, als würde er nach einer bestimmten Lösung suchen, die in der Simulation wie bei einer Prüfung (oder einem Rätsel) vorgegeben ist und die er finden muss. Der Studierende nimmt die Simulation möglicherweise als beobachtete Situation im Sinne einer Prüfung wahr und setzt bewährte Lösungsstrategien ein, um das beste Ergebnis zu erzielen, obwohl dies hier gar nicht möglich und auch nicht im Sinne der Studie ist. Ein solches Verhalten der Unsicherheit und der ständigen Rückversicherung in den Unterlagen war (trotz des vergleichsweise simplen Simulationsszenarios und der überschaubaren Anzahl relevanter Informationen) in vielen Gesprächen bei den Studierenden zu beobachten; es deutet sowohl darauf hin, dass das Beobachterparadoxon hier eine große Rolle spielt, als auch darauf, dass die Studierenden die Simulation als eine Art Lehr- bzw. Prüfungssituation wahrnehmen, der sie mit aus Studierendenperspektive bewährten Mitteln begegnen. Kurz gesagt: Sie erwarten anscheinend klar lösbare Aufgabenstellungen und keine differenzierten Fälle mit mehreren gleichrangigen Handlungsoptionen.[203]

[203] Es wäre denkbar, dass die Studierenden diese Erwartungshaltung haben, weil sie ähnliche Simulationen in Form von Prüfungen oder Lehrsituationen im Studium erlebt haben und aus diesen Erfahrungen heraus eine mögliche Lösung erwarten. Da zum Zeitpunkt der Studiendurchführung aber Simulationen solcher alltäglicher Entscheidungssituationen mit SP weder in Pflicht- noch in Wahlveranstaltungen im Regelstudiengang Medizin an der Ruhr-Universität Bochum durchgeführt wurden, ist davon auszugehen, dass die Studierenden ihr aus anderen Kontexten erworbenes Erfahrungs- und Erwartungswissen auf die hier vorliegende Situation übertragen. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass die Sozialisation in der medizinischen Ausbildung womöglich die Erwartungshaltung und das kommunikative Handeln von Studierenden in konkreten Entscheidungsfindungsprozessen beeinflusst. Einschränkend muss allerdings gesagt werden, dass das Design der Studie und die dazu gegebenen Informationen (vgl. Anhang 13.1) das hier beobachtbare Verhalten ebenfalls beeinflussen können. Die klare Struktur der Vorbereitungsunterlagen mit den konkreten Angaben und die in der Aufgabenstellung beschriebene Auswahl zwischen zwei Alternativen suggerieren, dass hier zwischen einer richtigen und einer falschen Lösung unterschieden werden muss. Dies war leider nicht zu vermeiden, ohne die Komplexität der Informationen deutlich zu erhöhen; es wird aber bei der Auswertung und den Schlussfolgerungen berücksichtigt.

Im Weiteren hält der Studierende wieder einen längeren Monolog, in dem er auf fehlende Nebensymptome hinweist, die die Auswahl erleichtert hätten, und erneut die immer bestehende Möglichkeit eines Medikamentenwechsels betont.

8.1.4 Initiative des Studierenden

[163]

Stud. [v]	ERsetzen;		ja; (-)	und IRgendwann
Stud. [P/P]	*rutscht auf dem Stuhl herum*	*lehnt sich zurück*		*<< lehnt sich mehrfach*
Stud. [G/H]				*gestikuliert*
Stud. [M/A]				*schaut auf die Unterlagen*
StP [v]		hm_hm,		
StP [P/P]		*nickt deutlich*		

[164]

Stud. [v]	haben wir sicherlich gemeinsam		das richtige medikament	gefunden;
Stud. [P/P]	*leicht vor und zurück >*			
Stud. [M/A]				*schaut zum StP*
StP [M/A]	*schaut auf die Unterlagen des Stud.*		*schaut zum Stud.*	

[165]

Stud. [v]	(.)	und wenn sie da	einmal mit EINgestellt sind (.)		dann
Stud. [P/P]	*<< nickt leicht >>*		*>*		
Stud. [G/H]		*gestikuliert*			
Stud. [M/A]		*schaut zur Seite*			*schaut zum StP*
StP [P/P]	*nickt leicht*				

[166]

Stud. [v]	is_eigentlich alles	wunderbar;	(--)	würd ich sagen, (.)	dann wenn	der
Stud. [P/P]		*nickt mehrfach*				
Stud. [G/H]						
Stud. [M/A]			*lächelt*			*schaut*
StP [P/P]			*nickt*			

[167]

Stud. [v]	blutdruck im (.)	grünen beREICH ist (--)		[ja, (--)]
Stud. [G/H]	*gestikuliert*			
Stud. [M/A]	*auf die Unterlagen*	*schaut zum StP*		
StP [v]			gu:t. (-)	[°hh]
StP [M/A]			*schaut nach unten*	*öffnet den Mund*

[168]

Stud. [v]	<<f> also wenn ich	ihnen was empFEHlen darf >	(-) ich würde sagen (-)
Stud. [G/H]	*gestikuliert*	*kratzt sich mit der linken Hand leicht an der Brust*	
Stud. [M/A]	*schaut auf die Unterlagen*		
StP [M/A]			*schaut zum Stud., runzelt*

[169]

Stud. [v]	°h ä:hm. (-)	sie sind noch relativ jung und FIT und (-) ich würde	
Stud. [P/P]	*streckt den Oberkörper*		
Stud. [G/H]			
StP [M/A]	*die Stirn*		

[170]

Stud. [v]	sagen, wir können es erstmal mit dem CALcium		antagonisten	probieren als
Stud. [G/H]				
Stud. [M/A]			*schaut zum StP*	

[171]

Stud. [v]	kombinationspartner.		ist ein etwas aktuelleres medikament,	sehr
Stud. [P/P]			*nickt mehrfach leicht*	*nickt*
Stud. [G/H]		*hält die Hand an der Brust, ohne sie zu bewegen*		
Stud. [M/A]				*presst die*
StP [v]		hm_HM?		
StP [P/P]		*nickt*		

[172]

Stud. [v]	WIRKsam, (.)	sehr erPROBT	aber auch schon.	[(1.5)]
Stud. [P/P]		*lehnt sich vor*	*nickt*	
Stud. [G/H]				
Stud. [M/A]	*Lippen aufeinander*	*schaut auf die Unterlagen*	*schaut zum StP*	
StP [v]				[°hh]
StP [P/P]				*nickt*
StP [G/H]				*gestikuliert*

Gegen Ende seiner längeren Ausführungen erläutert der Studierende, dass man ein Medikament und seine Dosierung erst richtig einstellen muss, und leitet dies in Fläche 163 und 164 mit der Formulierung „und IRgendwann haben wir sicherlich gemeinsam das richtige medikament gefunden;“ ein. Interessant ist hier das Personalpronomen „wir“ das dem typischen professionellen Sprachstil von Ärzten entspricht. Es suggeriert einerseits eine längerfristige Beziehung mit dem StP, während es in der Kombination mit dem Adjektiv „gemeinsam“ eine konsensuale therapeutische Entscheidung nahelegt, also auf einen deliberativen Ansatz verweist. Nonverbal rutscht er vor dieser Äußerung auf dem Stuhl herum, während er anschließend parallel zur Aussage gestikuliert und sich mehrfach vor- und zurücklehnt, wobei sein Blick allerdings wieder auf die Unterlagen gerichtet ist und er erst zum Ende dieser Äußerung den StP fokussiert. Eine Interpretation der gestischen, proxemischen und pantomimischen Phänomene ist hier schwierig. Vermutlich lässt sich dieses deutliche nonvokale Verhalten zumindest zum Teil auf Nervosität und Unsicherheit zurückführen, was dadurch gestützt wird, dass der Studierende erneut die Unterlagen betrachtet, um sich rückzuversichern. Diese Unterlagen sind dadurch, dass der Studierende im Verlauf des Gesprächs immer wieder darauf schaut, häufig so präsent, dass auch der StP gelegentlich dorthin blickt, wie es auch hier kurz geschieht. Er richtet seinen Blick aber schnell wieder auf den Studierenden, entweder weil er die Unterlagen aus seiner Sitzposition heraus nicht lesen kann oder weil der Studierende immer noch mit ihm redet, möglicherweise auch deshalb, weil inhaltlich relevante Themen behandelt werden, die seine Aufmerksamkeit erfordern. Der Studierende schaut am Ende von Fläche 164 seinerseits zum StP hoch. Möglicherweise hat er aus dem Augenwinkel eine Bewegung des Gegenübers wahrgenommen, die seine Aufmerksamkeit erregt; es ist aber anzunehmen, dass er eine interpretierbare Reaktion des Gegenübers auf das von ihm Gesagte mindestens wahrnehmen, wenn nicht sogar provozieren möchte. Diese Reaktion kommt in Form eines Nickens, das zeitlich parallel zu seinem eigenen erfolgt und somit neben der potentiellen Funktion als Aufmerksamkeitsmarkierung mit hoher Wahrscheinlichkeit eine beid-

seitige Zustimmung zum Gesagten signalisiert; damit wird an dieser Stelle das deliberative Modell von beiden Seiten akzeptiert.

Anschließend skizziert der Studierende, wie die richtige Dosis eingestellt wird und damit das Ziel näher rückt, durch die Wahl der richtigen Medikation wieder einen normalen Blutdruck zu erreichen. Hier fällt die Blickrichtung des Studierenden auf: In der ersten Hälfte der Äußerung und parallel zu einer Geste schaut er am StP vorbei zur Seite, bevor er ihn wieder fokussiert. Als Ursache sind hier wiederum Denk- und Formulierungsprozesse zu vermuten. Insgesamt kann zum Blickverhalten des Studierenden konstatiert werden, dass er den StP in der Phase der therapeutischen Entscheidungsfindung sehr häufig nur kurz ansieht und meist den Blick von ihm abwendet. Das ist für diese Phase der Arzt-Patienten-Kommunikation, in der es um die Herstellung von *adherence* geht, und insbesondere angesichts des vom Studierenden implizierten deliberativen Modells der Entscheidungsfindung ungewöhnlich, denn hier muss in der Interaktion ein Modus gefunden werden, der für beide tragbar ist, was eine hohe Sensibilität und lebendige interaktionale Prozesse erwartbar macht, für die die Wahrnehmung des Gegenübers und seiner Reaktionen sehr wichtig ist. Dieses eher ungewöhnliche Blickverhalten könnte ein weiterer Beleg für die oben beschriebene inhaltliche Unsicherheit des Studierenden wie auch für seine fehlende Routine in der Phase der Entscheidungsfindung sein.

Nachdem der Studierende einen potenziellen künftigen Zustand eines normalisierten Blutdrucks skizziert hat, bewertet er ihn am Ende seiner Äußerung mit dem stark aufgeladenen Adjektiv „wunderbar;“ und mehrfachem Nicken. Da der Studierende im Vorfeld eine gemeinsame Entscheidungsfindung durch das Personalpronomen „wir“ und damit eine deliberative Entscheidungsfindung ins Gespräch eingebracht hat, kann die anschließende positive Bewertung als Werbung für diesen Modus der Entscheidungsfindung gedeutet werden. Fallende Tonhöhe und die anschließende Pause weisen auf ein mögliches turn-Ende oder eine längere Phase der Orientierung und Formulierungsplanung hin. Der StP geht auf die Äußerung des Studierenden verbal nicht ein, bestätigt das Gesagte aber durch ein Lächeln und paralleles Nicken. Anschließend führt der Studierende seine Äußerung weiter und relativiert in Fläche 166 das vorher Gesagte mit dem Einschub „würd ich sagen,“. Dies kann so gedeutet werden, dass in der Rolle des Arztes verstärkt der Studierende zum Vorschein kommt, der in diesen Prozessen nicht erfahren ist, improvisiert und seine Unsicherheit entsprechend sprachlich markiert. Eine andere bzw. ergänzende Interpretation wäre, diese Relativierung als Vorsichtsmaßnahme zu begreifen, da der Studierende gerade implizit einen anderen Entscheidungsmodus vorgeschlagen hat als den, den der StP in Fläche 149 bis 152 thematisiert hat, nämlich einen deliberativen, und dass ihm ein deutlicheres Zeichen als das leichte Nicken des StP in Fläche 165 fehlt, das er als klare Zustimmung zu dieser Vorgehensweise werten kann. Diese letzte These passt zum vorherigen Gebrauch des Adjektivs „wunderbar;“ als mögliche Werbung für einen deliberativen Entscheidungsfindungsmodus. Anscheinend ist der Studierende unsicher, wie der StP zu diesem Vorschlag steht und ob dieser Entscheidungsfindungsmodus nun eingeleitet werden kann oder nicht.

In den Flächen 166 und 167 führt der Studierende seine vermutlich für die deliberative Entscheidungsfindung werbenden Ausführungen noch etwas weiter und schaut dabei

wiederum kurz auf die Unterlagen und anschließend zum StP. Er beendet seine Äußerung mit einer kleinen Pause, in der der StP nach unten schaut und mit „gu:t." eine Hörrückmeldung produziert, die generell auch als Gliederungssignal und Einstieg in eine turn-Übernahme fungieren könnte. Die darauf folgende kurze Pause legt eine Formulierungsplanung des StP nahe, der nach unten gerichtete Blick spricht allerdings eher gegen weitere an den Studierenden gerichtete Äußerungen und damit gegen die Absicht einer turn-Übernahme. Im Folgenden öffnet der StP den Mund und atmet hörbar ein, was andeutet, dass er doch eine Äußerung beginnen will. Parallel dazu formuliert der Studierende mit „ja," eine kurze Hörrückmeldung mit steigender Tonhöhe, die in Verbindung mit der nachfolgenden kurzen Pause entweder eine an den StP gerichtete leicht fragende Aufforderung zur turn-Übernahme sein kann oder die Einleitung zu einem eigenen Beitrag; in diesem Fall würde die steigende Tonhöhe das Behalten des turns anzeigen und eine folgende Äußerung ankündigen.

Dass der Studierende ab Fläche 168 seinen turn direkt weiterführt, bestätigt die zweite Hypothese, nach der das „ja," eher als Verzögerungsmarkierung dient, um die folgenden Äußerungen gedanklich vorzubereiten. Inhaltlich geht der Studierende hier noch einen Schritt weiter als bisher und schlägt von sich aus ein Medikament vor, den Calciumantagonisten. Die sprachliche Realisierung dieses Vorschlags wird von einer erhöhten Lautstärke begleitet. Dies kann einerseits dadurch begründet sein, dass er das tiefe Einatmen des StP als Absicht einer turn-Übernahme interpretiert und diese abwehren will, oder dadurch, dass er seine Empfehlung generell durch Lautstärke unterstützen bzw. unterstreichen will. Beide Lesarten sind hier denkbar. Der Studierende leitet seinen Vorschlag ein mit der Formulierung „wenn ich ihnen was empFEHlen darf (-) ich würde sagen (-)", was im Kontrast zu der hohen Lautstärke und der möglichen Unterbrechung vorher sehr freundlich, fast schon unterwürfig klingt. Interessant sind hier die Verwendung des Modalverbs „dürfen", die Betonung des Hauptverbs („empFEHlen") und der anschließende konjunktivische Zusatz („ich würd sagen"). Gleichzeitig schaut der Studierende mit Beginn der geäußerten Empfehlung nach unten in die vor ihm liegenden Unterlagen. Dies ist insofern ungewöhnlich, als gerade in einer so wichtigen Situation, wo es um die Therapieempfehlung, das Einverständnis des Gegenübers und zentral um die *adherence* geht, ein Blickkontakt zu erwarten wäre, nicht zuletzt um die Reaktion auf den Vorschlag wahrzunehmen. Die Vermeidung eines direkten Blickkontakts kann darin begründet sein, dass sich der Studierende hier ein weiteres Mal in den Unterlagen mit den Studieninformationen absichern will. Allerdings halte ich auch die Lesart für denkbar, dass der Studierende aufgrund von Unsicherheit und Angst vor Ablehnung seines Vorschlags und dem damit einhergehenden Imageschaden den direkten Blickkontakt vermeidet. Das nach der kurzen Geste einsetzende Kratzen an der Brust könnte zudem als Verlegenheitsgeste interpretiert werden und mag ebenfalls auf eine bestehende Unsicherheit bzw. Nervosität hindeuten, die damit zusammenhängt, dass der Studierende nun einen deutlichen Vorstoß bezüglich der Entscheidungsfindung unternimmt. Alles deutet auf große Vorsicht hin, noch bevor die Empfehlung überhaupt gegeben wird, und es liegt nahe, dass dies damit zusammenhängt, dass der Studierende hier der Feststellung bzw. dem Vorschlag des StP aus Fläche 149-152 widerspricht.

Der StP reagiert auf den Vorstoß des Studierenden sofort: Er nimmt Blickkontakt auf und runzelt die Stirn. Gleichzeitig realisiert er trotz mehrerer kurzer Pausen keine ver-

bale oder nonverbale Hörrückmeldung, die in dieser Situation durchaus erwartbar wäre. Dieses Verhalten des StP kann als Irritation oder Missbilligung ausgelegt werden, jedoch kaum als Zustimmung. Der Studierende atmet anschließend hörbar ein, produziert eine lang gezogene Verzögerungspartikel mit stark fallender Tonhöhe („ä:hm.“) und erneut eine kurze Pause. Dieses verbale Verhalten kann auf Formulierungs- bzw. Restrukturierungsplanungen zurückgeführt werden, es kann aber auch Irritation darüber ausdrücken, dass der StP keine Hörrückmeldung gegeben bzw. ihn zur Weiterführung seines Vorschlags aufgefordert hat; schließlich kann es auch anzeigen, dass der Studierende den turn behalten will, während er in den Unterlagen liest und die Informationen verarbeitet. Angesichts der Tatsache, dass der Blick des Studierenden an dieser Stelle auf die Unterlagen gerichtet ist und er demnach das Stirnrunzeln nicht mitbekommen hat, und weil das Einfordern einer Hörrückmeldung oder darüber hinaus einer Bestätigung des Vorgehens höchstwahrscheinlich einen Blickkontakt erfordern würde, gehe ich davon aus, dass an dieser Stelle eher kognitive Prozesse und die Planung der weiteren Äußerung im Vordergrund stehen. Das gleichzeitige kurze Strecken des Oberkörpers auf Seiten des Studierenden, während er sich parallel an der Brust kratzt, weist insgesamt auf ein recht informelles nonverbales Verhalten hin. Dies mag auf den Studierenden selbst, seinen noch geringen Professionalisierungsgrad oder seine persönliche Haltung zu solchen beruflichen Gesprächssituationen zurückzuführen sein, es kann aber auch ein Hinweis auf starke kognitive Aktivitäten sein. Diese könnten ihn derart beschäftigen, dass er sein professionelles Auftreten im Rahmen der gespielten Rolle an dieser Stelle vernachlässigt.

Im Anschluss an diese kurze Phase der Restrukturierung führt der Studierende seine Empfehlung weiter aus – es wäre an dieser Stelle sehr schwierig gewesen, den Vorschlag ohne komplexere Argumentationen abzubrechen, und hätte möglicherweise sein Image beschädigt –; dabei verwendet er weiterhin Vagheitsmarker sowie eine äußerst freundliche, fast werbende Formulierung: „sie sind noch relativ jung und FIT“ (Fläche 169). Die Formulierung ist auffällig, besonders durch ihre Betonung, und sie wäre in diesem Zusammenhang auch nicht zwangsläufig nötig gewesen. Sie kann prinzipiell als bestärkendes Argument für das erst später genannte Medikament verstanden werden, sie könnte aber auch die Frage provozieren, wieso der StP jung und fit sein muss, um dieses Medikament einzunehmen. Anschließend formuliert der Studierende erneut ein konjunktivisches „ich würde sagen,“, was die Aussage wiederum abschwächt und den Charakter des Vorschlags betont. Diese sprachlichen Abschwächungen erinnern an die Ausführungen zum Laientheoretisieren, bei dem Äußerungen mit so vielen Vorsichtsmaßnahmen formuliert werden, dass eine Ablehnung des Vorschlags bzw. eine Korrektur des Inhalts möglichst geringe Imageschäden verursacht und leicht korrigiert werden kann.

Zu diesem Zeitpunkt hat der StP immer noch keine Hörrückmeldung produziert oder eine nonverbale Aktivität ausgeführt. Das kann allerdings daran liegen, dass der Studierende weiterhin den Blick abgewendet hat; somit ist die direkte Interaktion gestört, zumindest würde der Studierende nonverbale Aktivitäten vermutlich nicht wahrnehmen. Der Studierende fährt unter Verwendung weiteren Wahrscheinlichkeitsmarkierungen (Modalverb „können“, Adverbkonnektor „erstmal“) fort und kommt schließlich zu einem konkreten Therapievorschlag, den er mit dem Verb „probieren“ gleichzeitig als noch vorläufig kennzeichnet. Viele der beschriebenen Phänomene könnten dadurch

erklärt werden, dass bei der Behandlung von hypertonischem Blutdruck eine gute Therapie in der Tat durch mehrere Versuche erst ermittelt werden muss und daher die Medikamente häufig erst einmal nur für eine kurze Zeit angesetzt werden. In der Fülle und Kombination, in der sie hier vorliegen, liegt es jedoch nahe, dass der Studierende seine Eingabe als Vorschlag und stark relativiert vorträgt, weil er eine Ablehnung befürchtet. Zudem schaut er den StP erst bei der Nennung des zweiten Lexems des Medikaments wieder an. An dieser Stelle ist die konkrete Empfehlung ausgesprochen und der Aufbau des Blickkontakts kann sowohl dazu dienen, die Reaktion des Gegenübers zu erfassen, als auch als Aufforderung an den StP verstanden werden, über Hörrückmeldungen, nonverbale Aktivitäten oder gar eine turn-Übernahme zu dem Vorschlag Stellung zu nehmen. Für Letzteres spricht, dass die Tonhöhe beim Substantiv „kombinationspartner“ deutlich fällt, sie könnte also das Äußerungsende signalisieren und damit eine turn-Übergabe nahelegen.

Der StP reagiert darauf mit einem betonten und mit steigender Intonation vorgebrachten „hm_HM?“ (Fläche 171), das trotz des parallelen Nickens als skeptisch-distanzierende Hörrückmeldung oder als Hinterfragung gedeutet werden kann. Interessant ist, dass der StP es bei dieser kurzen Hörrückmeldung belässt, den turn also nicht übernimmt und auch keine größeren Aktivitäten nonverbal unternimmt. Eine klare Zustimmung sähe jedenfalls anders aus. Der Studierende hält an dieser Stelle mit seinen Kratzbewegungen inne, was ein Hinweis darauf sein könnte, dass er dem StP seine volle Aufmerksamkeit entgegenbringt.

Nach der Hörrückmeldung fährt der Studierende sofort mit seiner Äußerung fort, es entsteht keine Pause, und er lässt auch keine Unsicherheit bezüglich des Rederechts erkennen. Dies kann darin begründet sein, dass der Studierende nur mit einer kurzen verbalen Äußerung in Form einer Hörrückmeldung gerechnet hat und von Anfang an die Absicht hatte, den turn zu behalten. Eine andere Lesart wäre, dass er die Skepsis des Gegenübers wahrnimmt und darauf sofort mit einer weiteren Werbung für seinen Vorschlag reagiert, um dem StP möglichst keine Gelegenheit für Kritik oder Einwände zu geben. Auch eine Kombination der beiden Varianten ist denkbar.

Der Studierende formuliert anschließend (bis Fläche 172) weitere Argumente (aktuell, wirksam, erprobt), die für dieses Medikament sprechen sollen, was er mit verschiedenen Mitteln unterstreicht: Er betont die beiden Adjektive „WIRKsam“ und „erPROBT“, nickt mehrfach und beugt sich schließlich auch mit dem Körper nach vorn, dem StP entgegen. Vieles spricht dafür, dies als eine zugewandte Interaktionshaltung zu deuten, die werbenden Zwecken dient oder womöglich den StP überreden soll. Dabei spielen viele Interaktionsebenen zusammen: die Proxemik, die Semantik, die Pantomimik sowie die prosodische Gestaltung der Äußerungen. Dabei fallen einige kinesische Elemente ins Auge, die nicht sofort in dieses Bild passen: die bis Fläche 172 auf der Brust liegende Hand, das kurze Zusammenpressen der Lippen sowie der schnelle Blick auf die Unterlagen und zurück zum StP. Die Hand auf der Brust kann prinzipiell Aufrichtigkeit oder Aufmerksamkeit demonstrieren, möglicherweise stellt sie auch das verzögerte Ende der Kratzbewegung dar, da die Hand schließlich während des turns ganz gesenkt wird. Der wechselnde Blickkontakt kann damit zusammenhängen, dass sich der Studierende nochmals in den Unterlagen versichern möchte, ob das Medikament wirklich erprobt ist; das ist dort allerdings nicht verzeichnet (vgl. Anhang 13.1), was der

Studierende zu diesem Zeitpunkt eigentlich wissen müsste. Eine andere Lesart, die ich aufgrund der heiklen Situation und der fehlenden konkreten Rückmeldungen des StP für wahrscheinlicher halte, ist die, dass die Blickorientierung in Kombination mit dem Zusammenpressen der Lippen ein Ausdruck von Unsicherheit und gefühltem Druck ist. Ein weiterer Hinweis auf die Unsicherheit findet sich zudem am Ende von Fläche 172 in Form einer vorsichtigen Formulierung. Der Studierende verweist mit dem Ausdruck „aber auch schon." auf einen Gegensatz zu den beiden Adjektiven „aktuell" und „erprobt" und versucht ihn vermutlich aufzulösen, offenbar als protektive Maßnahme, um sich vor möglichen Nachfragen oder Interventionen des StP zu schützen und seine Empfehlung zu stützen.[204]

Die Zuordnung der betrachteten Sequenz zu einem der Modelle ist nicht ganz einfach. Man könnte auf den ersten Blick denken, dass es sich um einen klassisch-paternalistischen Ansatz handelt, da der Studierende eine Therapie einbringt, die der StP umsetzen soll. Angesichts der zahlreichen oben beschriebenen Abschwächungen, der werbenden Äußerungen für ein gemeinsames Handeln und der Formulierungen, die diese Behandlung als Möglichkeit und Vorschlag kennzeichnen, lässt sich das Kommunikationsverhalten des Studierenden nach meiner Einschätzung dem deliberativen Ansatz zuordnen. Der Studierende unterbreitet dem StP nach einem langen Informationsaustausch einen Vorschlag und stellt ihn zur Diskussion; er verordnet dem StP nicht wie im paternalistischen Modell eine bestimmte Therapie, ohne Alternativen zu nennen oder Gelegenheit zu Fragen zu geben. Zwar wirbt der Studierende auf mehreren Ebenen der Kommunikation für seine Empfehlung, aber auch dies unterscheidet sein Vorgehen von einem paternalistischen Ansatz, dessen konkrete Umsetzung stärker von der Autorität des Arztes und dem Prinzip der Fürsorge geprägt wäre als davon, den Patienten überzeugen zu müssen. Ob der Studierende dies aus Angst vor der Reaktion des StP tut oder weil er persönlich vom konsensualen Modell überzeugt ist oder aus ganz anderen Gründen, ist hier zweitrangig. Entscheidend ist, dass sich ein paternalistischer, ein informativer wie auch ein interpretativer Ansatz sprachlich unterscheiden würden. Somit bringt der Studierende hier nach dem informativen Ansatz des StP das deliberative Modell ein.

[204] Die Wirksamkeit und Aktualität beider Medikamente war schon im Vorfeld der Entscheidungsfindung erläutert worden; vgl. Anhang 13.5, Fläche 123ff.

8.1.5 Replik des StP

[173]

Stud. [v]	hm_hm;			
Stud. [P/P]	*nickt leicht*			
StP [v]	aha, ja ich hatte jetzt eigentlich eher das		ä:h (.) das (.)	
StP [G/H]				
StP [M/A]	*schaut nach unten, neigt den Kopf nach links*		*schaut zum Stud., << runzelt*	

[174]

Stud. [v]		[ja?]		
Stud. [P/P]		*lehnt sich kurz zurück und vor, nickt*		
Stud. [G/H]				*schiebt einen*
Stud. [M/A]		*hebt die Augenbrauen*		
StP [v]	diese WASserta	[bletten]		so im
StP [G/H]	*gestikuliert*			
StP [M/A]	*die Stirn >*			

[175]

Stud. [G/H]	*Zettel nach vorne*			
StP [v]	kopf, (.) weil °hh	ÄHM:	(1.0)	also wenn
StP [P/P]		*neigt den Kopf nach links und rechts*		
StP [G/H]		*zuckt die Schultern*	*gestikuliert schnell und*	
StP [M/A]	*<< schaut nach unten >>*			*<< rümpft die*

[176]

Stud. [M/A]				*schaut auf die*
StP [v]	das irgendwie möglicherweise	KOPFschmerzen und so	macht	das wär mir
StP [G/H]	*stark*			
StP [M/A]	*Nase >*	*<< schaut zum Stud. >>*		*<< schaut auf*

[177]

Stud. [v]		[oke:,]		[was
Stud. [P/P]				*lehnt sich*
Stud. [G/H]		*stützt den Kopf an der Wange mit der linken Hand*		
Stud. [M/A]	*Unterlagen*	*hebt die Augenbrauen*		
StP [v]		[jetz,]	da hätt ich jetzt	[einfach
StP [P/P]			*neigt den Kopf kurz nach links*	
StP [M/A]	*die Unterlagen des Stud. >>*			

[178]

Stud. [v]	arbeiten sie denn?]			
Stud. [P/P]	*kurz zurück und vor*			
Stud. [G/H]		*kratzt sich an der Wange mit der linken Hand*		
Stud. [M/A]		*schaut zum StP*		
StP [v]	schwierigkeiten;] (-)	ja ich	arbeite in einer	
StP [P/P]		*nickt*	*nickt*	
StP [M/A]	*<< schaut zum Stud. >> > >*	*hebt die Augenbrauen*	*schaut nach unten*	

[179]

Stud. [v]	[ja.]	
Stud. [G/H]		
StP [v]	INternetfirma:,	[sitze]
StP [P/P]		
StP [M/A]	*schaut zum Stud., << runzelt die Stirn, verengt die Augen >*	

[180]

Stud. [v]		oke:	[JA:]
Stud. [P/P]			*nickt*
Stud. [G/H]			*<< stützt den Kopf*
Stud. [M/A]		*schaut auf die Unterlagen*	
StP [v]	sehr viel am rechner.		[und das]
StP [P/P]			*neigt den Kopf von*
StP [M/A]			

[181]

Stud. [v]			[ja: oke:;]
Stud. [P/P]			*nickt*
Stud. [G/H]	*fortwährend an der Wange mit der linken Hand >*		
StP [v]	ä:h ist sowieso	mit KOPFschmerzen so	[(xxx xxx)]
StP [P/P]	*einer Seite zur anderen*	*nickt leicht*	
StP [G/H]		*gestikuliert neben dem eigenen Kopf*	
StP [M/A]		*<< schaut nach unten >>*	

[182]

Stud. [G/H]				
StP [v]	andererseits (.) mal Eben zur toilette zu gehen, (.)		das wär jetzt	für mich kein
StP [P/P]	*nickt mehrfach leicht*			
StP [G/H]	*gestikuliert*			
StP [M/A]	*>*			

[183]

Stud. [v]		[ne: das]	also die unterschiede sind ja wie
Stud. [G/H]			
StP [v]	proBLEM, (.) deswegen	[würd ich eigentlich] da	

Nach dem Vorschlag des Studierenden, der mit einer stark fallenden Tonhöhe endet und in Verbindung mit dem Nicken und dem Blickkontakt zum StP eine turn-Übernahme nahelegt, entsteht zunächst eine längere Pause. Währenddessen atmet der StP stark ein, nickt und vollführt eine kurze Geste, was darauf hindeutet, dass er zu einer Äußerung ansetzt. Allerdings folgt die turn-Übernahme nicht direkt. Der Studierende äußert zunächst noch ein „hm_hm;“, was hier vermutlich weniger als klassische Hörrückmeldung fungiert, sondern eher als *continuer*, der das Gegenüber zum Weiterreden motivieren soll. Die Tatsache, dass der StP den turn nicht direkt übernimmt, sondern zunächst eine Pause entsteht und der Studierende die zweigipflige nonlexikalische Hörrückmeldung realisieren kann, mag in Formulierungsplanungen begründet sein. Diese Hypothese wird dadurch gestützt, dass die vorhergehende Äußerung des Studierenden für den weiteren Verlauf der Entscheidungsfindung von großer Bedeutung ist; gleichzeitig wurde der Vorschlag aber imageschützend und vorsichtig vorgetragen, so dass der StP vermutlich etwas Zeit braucht, um eine angemessene Antwort darauf zu formulieren.

Schließlich übernimmt der StP in Fläche 173 den turn und bringt eine andere Perspektive bezüglich der Therapiewahl ein. In einem von vielen Reparaturen sowie Verzögerungs- und Einstellungspartikeln[205] durchsetzten Beitrag plädiert er für das Diuretikum,

[205] Statt der sonst üblichen Begriffe „Modalpartikel“ oder „Abtönpartikel“ verwende ich in dieser Arbeit den Terminus „Einstellungspartikel“, da dieser in der Bedeutung neutraler und weniger missverständlich ist. Für eine ausführliche Begründung siehe Boettcher (2009: 163f.).

das er, wie in nichtprofessionellen Kategorisierungen üblich, als Wassertablette bezeichnet, und erklärt auf Nachfrage des Studierenden, warum er diese Wahl aufgrund seines Berufs für die bessere hält. Dabei fallen die vielen Abschwächungen ins Auge, z. B. „eigentlich eher“ in Fläche 173 und „also wenn das irgendwie möglicherweise“ in Fläche 175-176. Insbesondere die Relativierung in Fläche 176 könnte damit zusammenhängen, dass die unerwünschten Arzneimittelwirkungen des Kalziumantagonisten als unwahrscheinlich markiert werden und der StP damit deutlich machen will, dass er die Ausführungen zur Wahrscheinlichkeit durchaus wahrgenommen hat. Betrachtet man dies im Zusammenhang mit den anderen Bestandteilen der Äußerung und den nonverbalen Phänomenen, liegt allerdings eine andere Deutung nahe.

In Kombination mit dem betont geäußerten und gestisch begleiteten Substantiv „WASsertabletten“ und dem davor platzierten Determinativpronomen „diese“ wird die eigene Distanz bzw. der geringe Kenntnisstand zu dem Medikament und der damit verbundene Laienstatus besonders betont. Während die Verzögerungspartikel (Fläche 173: „ä:h“, Fläche 175: „ÄHM:“), das Einatmen und die Pausen generell auch als Manifestation von Formulierungsarbeit gedeutet werden können, vermitteln sie an dieser Stelle in Verbindung mit der konkreten Formulierung des StP-seitigen Widerspruchs bzw. Wunsches als eines lediglich kognitiven Prozesses (Fläche 173-175: „ich hatte […] im kopf“) Unsicherheit und können als Abschwächung der eigenen Aussage gedeutet werden. Indem sich der StP hier gegen den Vorschlag des Studierenden positioniert und eine eigene Präferenz artikuliert, greift er den Status und die Kompetenz und damit das Image des Studierenden an; damit steht an dieser Stelle die Gefahr einer Auseinandersetzung bzw. eines Konflikts im Raum. Den vielen beobachteten Phänomenen kann in dieser heiklen Situation auf der einen Seite eine imageschützende Funktion in Bezug auf den Studierenden zugeschrieben werden, da der Widerspruch damit abgeschwächt und nicht zu konfrontativ vermittelt wird. Auf der anderen Seite betont der StP dadurch seine eigene Unsicherheit und seinen Laienstatus und beschreibt seine eigene Wahl als lediglich tentativ. Dadurch würde ein Widerspruch des Studierenden und eine potentielle Falsifizierung der Aussage des StP keinen großen Imageschaden nach sich ziehen und die Aussage wäre leicht und ohne die Gefahr eines größeren Konfliktes zu reparieren. Auch die mehrfachen Blickwechsel, mit denen ein längerer direkter Blickkontakt vermieden wird, und das Stirnrunzeln können als Unsicherheit gelesen bzw. in Richtung einer impliziten Frage gedeutet werden. Würde das Stirnrunzeln früher einsetzen, könnte man es als Ablehnung oder Hinterfragen der Aussage des Studierenden verstehen, aber da es mitten im eigenen turn erfolgt, ist diese Lesart kaum wahrscheinlich. Somit vermittelt der StP in seiner Präsentation der von ihm bevorzugten Option wenig Drang dazu und bestätigt den Eindruck, dass er versucht, einen Konflikt zu vermeiden bzw. abzuschwächen.

In Fläche 174 gibt der Studierende die erste Hörrückmeldung zu diesem turn des StP, die mit steigender Tonhöhe in Verbindung mit gehobenen Augenbrauen vermutlich Verwunderung oder Überraschung ausdrückt; die leichten proxemischen Aktivitäten und das Nicken signalisieren möglicherweise eine leichte Zustimmung, auf jeden Fall keine deutliche Ablehnung. Anschließend schiebt der Studierende einen Zettel aus den Unterlagen etwas nach vorn, schaut aber nicht darauf, wie er es zuvor häufig getan hat, sondern widmet seine Aufmerksamkeit weiter dem StP. Die Bewegung kann dennoch ein Hinweis darauf sein, dass er in Gedanken bei den Informationen in den Unter-

lagen ist; darüber kann hier aber nur spekuliert werden. Der StP setzt seinen turn fort und begleitet ihn sowohl mit weiteren Blickrichtungswechseln als auch mit einer deutlicheren Gestik und einer ablehnenden Mimik (Naserümpfen in Fläche 175-176). Dies kann so gedeutet werden, dass der StP sich durch die Offenheit, die der Studierende in seiner Hörrückmeldung vermittelt, generell zu einer ausdrucksstärkeren Vortragsweise ermutigt fühlt und dem nonverbal nachkommt. Eine andere Interpretation ist, dass der StP die Haltung des Studierenden weiterhin nicht einschätzen kann und die besagten Aktivitäten aus Unsicherheit einleitet, um seiner Aussage mehr Gewicht zu verleihen und die Ablehnung der Kopfschmerzen und damit auch die der Behandlung mit dem Kalziumantagonisten deutlich zu unterstreichen. Auch eine Kombination dieser beiden Lesarten ist gut denkbar. Auf jeden Fall kann konstatiert werden, dass die Argumentation des StP gegen den Kalziumantagonisten und für die von ihm bevorzugte Alternative hier deutlicher und stärker wird, unabhängig davon, ob man die beobachtete Umsetzung eher als konstruktiven Überredungsversuch wertet oder als Versuch, stärkeren Druck auf den Studierenden auszuüben.[206]

Während der StP seinen turn weiterführt, schaut er ebenso wie der Studierende auf die Unterlagen. Es ist wahrscheinlich, dass er damit einfach dem oben beschriebenen Blickwechsel seines Gegenübers folgt. Anschließend produziert der Studierende eine Hörrückmeldung („oke:,“). Abgesehen von deren Funktion als Onlinesignal kann ihr aufgrund der Dehnung und des leicht steigenden Tonfalls sowie der dabei gehobenen Augenbrauen auch eine Fragefunktion zugeschrieben werden, oder sie dient dazu, kognitive Formulierungsprozesse zu markieren und eine Absicht der turn-Übernahme anzuzeigen. Anschließend stützt der Studierende zuerst den Kopf mit der Wange auf seine linke Hand und lehnt sich dann leicht vor und zurück, wobei er den Blick weiter auf die Unterlagen gerichtet hält. Da der StP noch in seinem turn ist, kann davon ausgegangen werden, dass der Studierende ihm hier seine Aufmerksamkeit entzieht und sich ganz den Studienunterlagen widmet, um den vom StP geäußerten Wunsch damit abzugleichen. Dies kann prinzipiell als Unhöflichkeit ausgelegt werden; es stützt aber auch die bisherige Beobachtung, dass der Studierende im Prozess der Entscheidungsfindung gedanklich stark gefordert ist und immer wieder einen Abgleich mit den Unterlagen sucht, entweder um Fehler auszuschließen oder um den „richtigen“ Lösungsweg zu finden.

Der StP setzt unterdessen seinen turn fort und führt seine Ablehnung der Kopfschmerzen und damit des Kalziumantagonisten weiter aus. In Fläche 176-177 setzt er zu einer Äußerung an („das wär mir jetz,“), bricht diese dann ab und setzt neu an („da hätte ich jetzt“). Möglicherweise tut er dies aufgrund der Parallelsequenz mit dem Studieren-

[206] Während ein realer Patient in dieser Situation womöglich auf diese Weise im Rahmen der Entscheidungsfindung seine eigenen Werthaltungen verteidigen würde und seine individuellen Präferenzen versuchen würde durchzusetzen, ist hier zu bedenken, dass der StP damit nur seiner Rolle nachkommt. Er bringt seinen Wunsch bezüglich des Diuretikums allerdings nicht aus dem Grund vor, weil er Vorschläge des Studierenden prinzipiell ablehnt und um darüber seine dominant-fordernde Rolle zu betonen. Denn der vorgebliche Beruf der StPs und die damit einhergehenden Konsequenzen gehören zur Personalisierung der Rolle, die die Schauspieler zuvor im Training eingeübt hatten. Daher handelt es sich bei dem beobachtbaren Verhalten nicht um eine prinzipielle Ablehnung, sondern um eine Argumentation, die aus der Rolle heraus erfolgt und die dieser StP auch in anderen Gesprächen des Korpus und unabhängig von seinem dargestellten Patiententyp in ähnlicher Weise verfolgt.

den; dagegen sprechen allerdings das Fehlen einer kurzen Pause als Reaktion auf die Hörrückmeldung und die normale Sprechgeschwindigkeit. In seinem zweiten Anlauf wählt der StP den Konjunktiv („hätte“) und die Formulierung „einfach schwierigkeiten“, womit er nach der kurzen Phase der deutlicheren Gestik und Mimik seine Aussage wieder stärker abschwächt und relativiert, was womöglich wieder ein Indiz für Unsicherheit und imageschonendes Verhalten ist.

Noch parallel zum letzten Teil der Äußerung vom StP fragt der Studierende nach dessen Beruf. Dies ist möglicherweise eine Folge seiner kognitiven Auseinandersetzung mit den Unterlagen. Auffällig ist, dass er den StP damit zwar in seiner Ausführung unterbricht, dabei aber keinen Blickkontakt aufnimmt, sondern den StP erst nach Abschluss seiner Formulierung und vermutlich auch seiner Denkprozesse anschaut. Beim Blickwechsel kratzt er sich mit der linken Hand an der Wange, was neben physiologischen Gründen auch als begleitende Geste zu weiteren Denkprozessen ausgelegt werden kann. Der StP schaut während der Frage zum Studierenden hoch und beendet sowohl das Naserümpfen als auch das Stirnrunzeln. Er beendet seine Äußerung also sofort sowohl verbal als auch nonverbal und richtet seine Aufmerksamkeit auf den Studierenden. Sein nonverbales Verhalten könnte zudem als Ausdruck von Überraschung interpretiert werden, da die beiden mimischen Aktivitäten gleichzeitig enden.

Im Anschluss an die Äußerung des Studierenden hebt der StP die Augenbrauen und nickt, während er nach einer kurzen Pause sofort wieder den turn übernimmt und auf die Frage des Studierenden eingeht. Die gehobenen Augenbrauen könnten wiederum als Folge der Frage Überraschung signalisieren. Diese kann sich auf die Unterbrechung selbst beziehen, aber auch auf den Inhalt der Frage; möglicherweise wollte der StP selbst auch auf seinen Beruf in einer Internetfirma zu sprechen kommen, um seine Ablehnung von Kopfschmerzen zu begründen, und ist nun verwundert, dass der Studierende genau danach fragt. Das Nicken an dieser Stelle stärkt die zweite Hypothese, da es als Zustimmung zur geäußerten Frage und ihrer Bedeutung interpretiert werden kann. Eine beiderseitige Thematisierung der Arbeit und die Anerkennung dessen, dass Kopfschmerzen dafür ein Problem wären, könnte ein erster Schritt hin zu einem Konsens der Werthaltungen sein, der schließlich zu einer gemeinsamen Entscheidung führen kann.

Nachdem der StP in Fläche 178-179 seine Arbeit in einer Internetfirma thematisiert und der Studierende dies mit einer kurzen Hörrückmeldung quittiert hat, beschreibt er anschließend die damit verbundene Arbeit am Computer. Zwischendurch hat er noch einmal kurz nach unten geschaut, doch bei den Ausführungen zu seiner konkreten Tätigkeit fokussiert er wieder den Studierenden, runzelt dabei die Stirn und verengt die Augen. Diese expressive Mimik deutet bereits Konsequenzen dieser speziellen Art von Arbeit an, die auf die vorherige Ablehnung der Kopfschmerzen zurückverweisen. Der Studierende richtet seinen Blick anschließend auf die Unterlagen und äußert kurz hintereinander zwei leicht gedehnte Hörrückmeldungen (Fläche 180: „oke:“, „JA:“), wobei die zweite durch starke Betonung und paralleles Nicken auffällt. Es kann davon ausgegangen werden, dass der Studierende insbesondere mit der zweiten Hörrückmeldung nicht nur Aufmerksamkeit signalisieren, sondern eine inhaltliche Zustimmung deutlich machen möchte. Der auf die Unterlagen gerichtete Blick ist vermutlich ein Anzeichen dafür, dass er sich unter den neuen Bedingungen wiederum mit den Informationen

auseinandersetzt, und begleitet wie vorher die entsprechenden kognitiven Prozesse. Parallel zu seinem Nicken, während er den Blick nach unten gerichtet hat, stützt er den Kopf mit einer Hand ab; diese Beobachtung stützt die These der intensiven Denkprozesse im Anschluss an die Ausführungen des StP.

Der StP fährt mit seiner Äußerung fort und verweist eher indirekt auf eine Verbindung zwischen Kopfschmerzen und seiner Arbeit. Während das Hin- und Herneigen des Kopfes dabei in Fläche 180-181 noch als Vagheit verstanden und in Verbindung mit der anhaltenden Mimik eher als Unbehagen gedeutet werden kann, fällt die Betonung bei „KOPFschmerzen“ auf, das zudem von einem Nicken und einer Geste neben dem Kopf flankiert wird. Mit den starken para- und nonverbalen Betonungen werden die Bedeutung der Kopfschmerzen und damit deren Ablehnung noch einmal deutlich unterstrichen. Hier kann davon ausgegangen werden, dass der StP dieses Argument deutlich in den Vordergrund stellen und als Kern seiner geäußerten Ablehnung ausweisen möchte. Gleichzeitig kann diese deutliche Betonung und Gestik auch eine Folge der vom Studierenden in Fläche 180 signalisierten Zustimmung sein, aufgrund derer der StP nun weniger Ablehnung fürchtet und seine Argumente deutlicher präsentiert, wie schon an früherer Stelle vermutet wurde. Innerhalb seines turns senkt der StP kurz den Blick. Hier folgt er entweder wie schon häufiger zuvor dem Blick des Studierenden auf die Unterlagen, oder der Blickrichtungswechsel ist eine Folge weiterer kognitiver Prozesse. Zudem ist es hier nicht zwingend erforderlich, den Blickkontakt aufrechtzuerhalten, um die Aufmerksamkeit zu sichern oder Höflichkeit zu signalisieren, da der Studierende immer noch den Blick auf die Unterlagen gerichtet hat. Der Studierende realisiert daraufhin zwei kurze Hörrückmeldungen in Verbindung mit einem Nicken, was auch hier über die Onlinefunktion hinaus eine inhaltliche Bestätigung nahelegt.

Nachdem er seine Ablehnung des Kalziumantagonisten begründet hat, erläutert der StP schließlich in den Flächen 182 und 183, warum er das Diuretikum bevorzugt. Obwohl die begründete Ablehnung der einen Medikation zugleich als Argument für die Alternative gereicht hätte, erklärt der StP hier noch einmal zusätzlich, warum das Diuretikum seinem Beruf nicht entgegenstehen würde. Auffällig ist, dass diese Äußerung im Vergleich zu den vorherigen syntaktisch relativ korrekt formuliert ist und kaum Reparaturen oder Verzögerungsphänomene zu beobachten sind. Das kann darin begründet sein, dass der Studierende nicht unterbricht oder versucht, den turn zu übernehmen, und der StP den turn nun schon einige Zeit innehat und zu einer Routine gefunden hat, die er vorher aufgrund der Störungen nicht entwickeln konnte. Wahrscheinlicher erscheint mir aber, dass sich der StP durch die Hörrückmeldungen, das Nicken und ausbleibenden Widerspruch des Studierenden sicherer fühlt, weniger Konfliktpotential sieht und daher ungehemmter und mit weniger Vorsicht und Abschwächungen formulieren kann. Möglicherweise ergänzen sich diese beiden Aspekte hier auch. Der StP leitet seine Äußerungen pro Diuretikum zudem mit einer Geste und einem leichten Nicken ein, die als positive Verstärkung des Gesagten verstanden werden können. Das Nicken kann zudem die Hörrückmeldungen des Studierenden in Fläche 181 bestätigen oder spiegeln. So oder so können die nonverbalen Aktivitäten kaum weiterhin als Abschwächung oder Vorsichtsmaßnahmen gedeutet werden wie zu Beginn der Erklärungen des StP. Der StP beendet sein Argument für das Diuretikum mit einer Betonung auf dem Substantiv „proBLEM“, die sowohl dessen Inhalt unterstreicht als auch in Verbindung mit der Formulierung „das wär jetzt für mich“ in Fläche 182 einen kontrastieren-

den Rückbezug zum Kalziumantagonisten herstellt und das damit verbundene Problem so retrospektiv noch einmal betont.

In diesem Abschnitt sieht es also zunächst so aus, als würde der Studierende den deliberativen Ansatz ablehnen und der StP versuche daraufhin, das vorher schon von ihm thematisierte informative Modell durchzusetzen. Doch ein genauer Blick zeigt, dass der StP nicht wie im informativen Modell nach Übermittlung aller relevanten Fakten für sich allein eine Entscheidung getroffen hat und die gewählte Option nun vom Studierenden als Dienstleistung direktiv einfordert. Vielmehr geht er auf zweierlei Weise auf den Studierenden ein: Erstens formuliert er eine eigene Präferenz und bringt Argumente dafür vor, wie der Studierende es vorher auch getan hat; zweitens formuliert er seine Entscheidung sprachlich nicht als fest und unumstößlich, sondern markiert sie als tendenziell und wahrscheinlich. Damit akzeptiert er den vom Studierenden eingeführten Stil der Aushandlung bzw. Diskussion und damit das deliberative Modell. Während sich der Fokus auf den Beruf und die möglichen Auswirkungen einer Medikation darauf verlagert und darüber ein möglicher Konsens ausgelotet wird, präsentiert der StP seine Aussagen und seine Meinung nicht als endgültig; die Formulierungen legen eher nahe, dass er nun eine Entgegnung oder Meinung des Studierenden erwartet.

Diese folgt in Fläche 183-187 (hier nicht zitiert): Der Studierende erklärt, dass die Argumente des StP und die darauf basierende Entscheidung vernünftig und nachvollziehbar seien.

8.1.6 Konsens und Abschluss der Entscheidungsfindung

[187]

Stud. [v]		vermehrtes WASserlassen; (-)	dann würd ich sagen	äh, (-)
Stud. [G/H]			*<< deutet auf die Unterlagen >>*	
Stud. [M/A]			*schaut auf die Unterlagen*	
StP [P/P]		*nickt mehrfach*		
StP [M/A]	*die Stirn*		*schaut auf die Unterlagen*	

[188]

Stud. [v]	kann ich ihnen auch gerne das	diuREtikum aufschreiben;		
Stud. [G/H]				
Stud. [M/A]		*schaut zum StP*		
StP [v]			ja; PRIma; (.)	
StP [P/P]			*nickt deutlich*	
StP [M/A]			*schaut zum Stud.*	

[189]

Stud. [v]	[okay,]	dann schreibe ich ihnen ein re	ZEPT	auf,
Stud. [P/P]	*nickt*			
Stud. [G/H]				
Stud. [M/A]		*schaut auf die Unterlagen*	*schaut zum StP*	
StP [v]	[<<p> ja; >]			
StP [P/P]	*nickt*			*nickt*
StP [M/A]	*schaut auf die Unterlagen*		*schaut zum Stud.*	

Nachdem der Studierende die Argumente des StP in Teilen wiederholt hat, setzt er in der Mitte von Fläche 187 zu einer resümierenden Äußerung an, an deren Ende er dem Diuretikum schließlich explizit zustimmt. Interessant ist der zunächst abschwächende und konjunktivisch formulierte Anfang „dann würd ich sagen“, der gefolgt ist von einer Verzögerungspartikel („äh,“) und einer kurzen Pause. Dies könnten Anzeichen einer laufenden Formulierungsplanung sein; in Kombination mit dem Blickwechsel in Richtung der Studienunterlagen und einer Geste in diese Richtung ist aber auch die Lesart denkbar, dass der Studierende hier ein letztes Mal den Wunsch des StP mit den gegebenen Informationen abgleicht und nach möglichen Schwierigkeiten sucht, um sich darüber abzusichern. Parallel dazu kratzt er sich seit Fläche 185 (hier nicht zitiert) durchgehend leicht an der Wange, was seiner lebhaften Gestik während des gesamten bisherigen Gesprächs entspricht. Da diese haptische Geste an dieser Stelle nicht zum ersten Mal auftritt und wiederum längere Zeit andauert, können physiologische Gründe dafür wohl eher ausgeschlossen werden, es liegt näher, sie als Übersprungbewegung (vgl. Becker-Carus 2014: 1592) zu deuten. Dies würde zu den häufigen Blicken in Richtung der Studienunterlagen passen, die offenbar der Rückversicherung dienen, und auf starke kognitive Prozesse, besonders auf Unsicherheit bezüglich der Entscheidungsfindung hinweisen.

Im zweiten Teil der Äußerung spricht der Studierende störungs- und korrekturfrei und formuliert die Verschreibung des Diuretikums als freundliches Angebot („kann ich ihnen auch gerne das diuREtikum aufschreiben;“). Dies ist insofern interessant, als er damit auf seine Rolle und Funktion als Arzt in der Simulation, eine fiktive institutionelle Umgebung und damit auf eine außersprachliche Machtquelle verweist (vgl. Peters 2008: 176f.). Dadurch und aufgrund der konkreten Formulierung als Angebot positioniert er sich als zuständig für die Verschreibung von Medikamenten, was impliziert, dass letztlich auch er die Entscheidung darüber trifft, auch wenn der StP dazu vorher klar Stellung bezogen hat. Zudem betont der Studierende hier das „diuREtikum“, versieht das Verb „aufschreiben;“ mit einer leicht fallenden Tonhöhe und schaut gleichzeitig zum StP hinüber. Der Studierende stellt also nicht fest, dass das Diuretikum nun das gewählte Medikament ist, was eine logische Schlussfolgerung gewesen wäre, nachdem der StP sich dazu so klar positioniert hat. Stattdessen betont er noch einmal die Möglichkeit der Alternative; mit dem Blickwechsel und der fallenden Betonung scheint er einen turn-Wechsel initiieren bzw. sein Gegenüber zu einer Reaktion bewegen zu wollen, um diese Alternative konsensuell abzusichern.

Der StP reagiert eindeutig und gleich auf mehreren Ebenen. Sein Blick war zuvor wie schon häufiger dem Blick des Studierenden auf die Unterlagen gefolgt; nun schaut er zum Studierenden, nickt deutlich und bestätigt in Fläche 188 sowohl mit der Antwortpartikel „ja;“ als auch mit dem Adjektiv „PRIma;“. Anschließend folgt eine kurze Simultanpassage, in der beide Interaktanten parallel zustimmende Antwortpartikeln formulieren, die sie mit einem Nicken stützen. Neben einer inhaltlichen Absicherung des nun festgestellten Konsenses kann dies auch als retrospektive Imagearbeit gewertet werden, denn mit dieser inhaltlichen Übereinstimmung wurde ein möglicher Konflikt bzw. die Auseinandersetzung in der Entscheidungsphase entschärft, und nun wird die Beziehung zwischen den Gesprächsteilnehmern wieder stabilisiert. Während beide ihren Blick noch abwechselnd auf die Unterlagen und wieder auf das Gegenüber richten, bestätigt der Studierende in Fläche 189 die Entscheidung mit der Aussage „dann

schreibe ich ihnen ein reZEPT auf,“. Hier fällt auf, dass mit der Ausstellung des Rezepts nochmals kurz die getroffene Entscheidung als Fazit thematisiert wird, damit die Phase der Therapieentscheidung und -planung abgeschlossen wird und gleichzeitig zur Gesprächsbeendigung übergeleitet wird. Die parallelen Blickrichtungsänderungen der beiden Gesprächspartner zeigen, wie präsent die Studienunterlagen auch an dieser Stelle im Gespräch noch sind. Anscheinend werden sie von beiden Teilnehmern inzwischen als etablierte Blickalternative zum Gesicht des Gegenübers akzeptiert, die sie nutzen können, ohne als unhöflich oder unaufmerksam gesehen zu werden. Während der Blick dorthin beim Studierenden weiterhin der Absicherung dienen kann, schreibt der StP, der hier als Erster wieder auf die Unterlagen schaut, diesen neben ihrem Informationsgehalt möglicherweise auch die Funktion zu, das Gespräch zu gliedern und voranzutreiben.

Mit dem Konsens in den Flächen 188-189 haben die beiden Gesprächspartner eine Entscheidung getroffen und die Therapie kann verordnet werden. Im Prozess der Entscheidungsfindung schienen beide Seiten lange sehr vorsichtig und imageschützend vorzugehen. Nur in Ansätzen sind aufseiten des Studierenden Tendenzen in Richtung des interpretativen oder des paternalistischen Modells auszumachen, und diese sind stets von Unsicherheit und vielen Rückversicherungen begleitet. Der vom StP vorgebrachte Widerspruch hat viele Merkmale eines informativen Ansatzes, wird aber so vorsichtig und tentativ vorgebracht, dass auch hier eine klare Zuordnung schwerfällt. Stattdessen etablieren die beiden Gesprächspartner relativ früh interaktiv ein deliberatives Modell, indem sie beide sehr vorsichtig formulieren und sehr auf die Beiträge und die damit zum Ausdruck gebrachte Haltung des Gegenübers eingehen. Ob dies vom Studierenden so beabsichtigt war und inwiefern der StP seinerseits hier seine Rollenvorgaben konsequent umsetzen konnte, ist schwer zu sagen; es ist hier aber letztlich auch nicht entscheidend. Festzuhalten bleibt, dass die Teilnehmer im Gespräch einen Modus der Entscheidungsfindung interaktional ausgehandelt und abgesichert haben, mit dem beide zufrieden waren und der schließlich erfolgreich umgesetzt werden konnte.

8.2 Ein interpretativer Ansatz als Lösung eines Konflikts

Bei der „Ärztin“ im zweiten Gespräch handelt es sich um eine weit fortgeschrittene Medizinstudierende, die gerade ihr Praktisches Jahr (PJ) abgeschlossen hat und somit kurz vor der Approbation steht. Im PJ und in verschiedenen Famulaturen (siehe Anhang 13.3) konnte sie bereits viel Praxiserfahrung sammeln. In dieser Interaktion trifft sie auf eine standardisierte Patientin, die den devot-akzeptierenden Typus verkörpert (für das vollständige Transkript siehe Anhang 13.6: W-W-da-Kon01).

Abbildung 15: Beispielstandbild des Gesprächs W-W-da-Kon01

8.2.1 Initiative der Studierenden und ihre Zurückweisung

Im Vorfeld des folgenden Ausschnitts hat die Studierende die StP nach der Diagnosestellung grob über die zwei Kombinationstherapien aufgeklärt, die dafür zur Wahl stehen, und für ein Medikament, den Kalziumantagonisten, bereits die Nebenwirkungen erläutert. Nun kommt sie auf die Entscheidungsfindung zu sprechen.

[68]

Stud. [v]	ANdere medikament	also wir können, (-)	sie können si_sich das quasi	aussuchen
Stud. [P/P]				*schüttelt*
Stud. [G/H]	*gestikuliert*			
Stud. [M/A]		*schaut zur StP*		
StP [G/H]			*hält die Hände zusammengelegt vor Nase*	
StP [M/A]			*schaut zur Stud.*	

[69]

Stud. [v]	welches sie NEHmen,=	[weil beide GLEICH,]	[((lacht 2.5))]
Stud. [P/P]	*den Kopf*		*lehnt sich vor*
Stud. [G/H]		*gestikuliert*	
Stud. [M/A]			*lächelt*
StP [v]		[oh (.) das will ich nich (machen)]	[(°h) nein]
StP [P/P]		*lehnt sich zurück, schüttelt den Kopf*	
StP [G/H]	*und Mund*	*legt Hände auf das Notizbuch*	*schiebt das Notizbuch*
StP [M/A]		*schaut nach unten*	

[70]

Stud. [v]		<<lachend> ja; >	
Stud. [P/P]	*lehnt sich zurück*		*lehnt sich vor*
Stud. [M/A]			
StP [v]	<<:-)> frau doktor NEUbauer; > (-)]		((kurzes stoßweises Lachen))
StP [P/P]	*lehnt sich vor*	*lehnt sich zurück*	
StP [G/H]	*leicht zur Seite*	*legt die Hände in den Schoß*	
StP [M/A]	*schaut kurz zur Stud., dann nach unten*	*lächelt*	

[71]

Stud. [v]	nein aber ich MEIne nur so,	[damit sie WISsen ºh]	genau;
Stud. [P/P]			*nickt*
Stud. [G/H]	*gestikuliert*		*gestikuliert*
Stud. [M/A]			
StP [v]		[da weiß ich dann halt] zu WEnig.	
StP [P/P]	*lehnt sich vor*		
StP [G/H]	*legt die Hände auf den Tisch*	*gestikuliert*	*streicht mit der*
StP [M/A]		*lächelt*	

[72]

Stud. [v]	aber es is es is EINfach,	ich kann ihnen	auch keins emPFEHlen,
Stud. [G/H]			
Stud. [M/A]		*schüttelt den Kopf*	
StP [G/H]	*linken Hand über die Finger der rechten*		
StP [M/A]		*schaut zur Stud.*	

[73]

Stud. [v]	weil einfach BEIde gleich	GUT sind.		[genau]
Stud. [P/P]		*nickt*		
Stud. [G/H]				
StP [v]			ach das können sie GAR nicht;	[das is] is jetzt
StP [P/P]			*lehnt sich zurück*	
StP [G/H]			*legt die Hände in den Schoß*	

[74]

Stud. [v]				[ja]	((lacht 1.0))
Stud. [P/P]					*lehnt sich leicht*
Stud. [M/A]					*lächelt*
StP [v]	echt SCHAde;	das habe ich mir so	EIN	[((unverständlich 1.0))]	
StP [P/P]			*nickt*		
StP [G/H]					*kratzt sich am Kopf*
StP [M/A]		*runzelt die Stirn*			

In Fläche 68 unterbricht die Studierende ihre Ausführungen zu den Medikamenten, schaut die StP an und beginnt mit „also wir können," einen neuen inhaltlichen Abschnitt ihrer Äußerung, den sie anschließend sofort abbricht, bevor sie nach einer kurzen Pause neu ansetzt. Da vor der ersten inhaltlichen Neuausrichtung weder Pausen noch Verzögerungspartikel zu beobachten sind und die parallele Gestik weiterläuft, ist zu vermuten, dass dieser inhaltliche Wechsel spontan erfolgte, die Formulierungsplanungen noch nicht abgeschlossen waren und es dadurch zu einer Reformulierung innerhalb der Äußerung kommt. Gleichzeitig nimmt die Studierende mit ihrer Selbstkorrektur eine interessante inhaltliche Änderung vor, denn anstelle des Personalpronomens „wir" verwendet sie im zweiten Anlauf die Anrede „sie". Ob sie beim ersten Anlauf bereits darauf hinauswollte, wer für die Auswahl des Medikaments zuständig ist, und mit dem hier realisierten Neuansatz bewusst von einem gemeinschaftlichen Prozess im Sinne des deliberativen Modells zu einem patientenorientierten (interpretativen oder informativen) Ansatz wechselt, lässt sich nicht mit Sicherheit sagen. Indem sie hier die Wahlmöglichkeit der StP formuliert, legt sie aber die Entscheidung wie auch die Verantwortung zu einem wesentlichen Teil in die Hände der StP, was durch die Aufnahme des Blickkontakts an dieser Stelle gestützt wird. Dass der zweite Teil der Aussage eine Korrektur („si_sich") enthält und von einer Kommentarpartikel („quasi") leicht abgeschwächt wird, kann so interpretiert werden, dass sich die Studierende womöglich unsicher ist, ob ein solcher direkter Vorschlag hier angemessen ist. Gegen Ende der Formulierung dieses Vorschlags, im Übergang der Flächen 68 und 69, schüttelt die Studierende den Kopf, was an dieser Stelle zunächst ungewöhnlich wirkt, da sie gerade selbst einen Vorschlag einbringt. Diese Geste kann auf eigene Unsicherheit zurückgehen, sie kann aber auch die dem Vorschlag zugrunde liegende Tatsache unterstreichen, dass die Entscheidung zwischen den beiden Alternativen praktisch gleichgültig ist bzw. folgenlos bleibt.

Die StP, die sich vorher mit beiden Händen die Augen gerieben hat (in diesem Ausschnitt nicht ersichtlich) und daher keinen Blickkontakt mit der Studierenden hatte, nimmt im Verlauf dieser Äußerung die Hände von den Augen, hält sie zusammengelegt vor die Nase und blickt die Studierende an. Dies kann unabhängig von der Äußerung der Studierenden erfolgen, aber auch durch das gliedernde „also" und die Aussage der Studierenden indiziert sein, die mit „wir können," eine konkrete Handlungsoption vermittelt. Jedenfalls scheint die StP in dem Moment, als dieser Vorschlag zur Entscheidungsfindung erfolgt, die Aufmerksamkeit auf die Studierende zu richten, und dass sie im Vergleich zu vorher ihre körperlichen Bewegungen einstellt, kann ein Hinweis auf Konzentration und Fokussiertheit sein.

In Fläche 69 hat die Studierende ihren Vorschlag schließlich ausformuliert und setzt mit einem kausalen Nebensatz zur Begründung an; eine begleitende Geste und die Betonung des Adjektivs „GLEICH," dienen vermutlich dazu, die Argumentation para- und nonverbal zu stützen. Parallel dazu formuliert die StP eine Ablehnung der Handlungsoption. Dabei ergreift sie eine ganze Reihe von Maßnahmen, die als Abwehr und Schaffung von Distanz ausgelegt werden können: Sie lehnt sich zurück, legt die Hände vor sich auf das Notizbuch und wendet den Blick von der Studierenden ab, zudem schüttelt sie den Kopf, was in Verbindung mit den anderen Phänomenen klar Ablehnung signalisiert. Parallel zu diesen ganzen nonverbalen Aktivitäten formuliert sie zunächst eine Interjektion („oh"), die hier als Ausdruck von Überraschung gedeutet werden kann, und anschließend eine sehr klare und von Höflichkeits- oder imageschützenden Elementen freie Ablehnung („das will ich nich (machen)"). Damit weist sie den Vorschlag eines informativen Ansatzes der Entscheidungsfindung in ungewöhnlich deutlicher Weise zurück.[207]

Im Anschluss an diese Ablehnung lacht die Studierende kurz laut auf. Diese Reaktion wirkt zunächst ungewöhnlich. Sie kann an dieser Stelle eine beziehungsstabilisierende Funktion haben, aber auch als Übersprungaktivität gedeutet werden. Denkbar ist auch, dass damit der Vorschlag, der ja das klassische Rollenverständnis umkehrt, rückwirkend als nicht ganz ernst oder wenig bedeutsam umgedeutet wird. In Verbindung mit dem parallel einsetzenden Lächeln der Studierenden und ihrer distanzvermindernden Bewegung nach vorn kann davon ausgegangen werden, dass hier die Stabilisierung der Beziehung im Vordergrund steht, indem die Gefahr einer Konfrontation entschärft werden soll, die durch die direkte Ablehnung entsteht.

Die StP atmet hörbar ein, formuliert parallel zum Lachen der Studierenden eine weitere Ablehnung, mit der sie ihre Haltung nochmals unterstreicht, und schiebt dabei das Notizbuch etwas zur Seite. Anschließend führt sie in Fläche 70 erneut eine ganze Reihe kommunikativer Aktivitäten parallel aus: Sie lehnt sich etwas nach vorn, schaut die Studierende kurz an und redet sie mit einer „smile voice"[208] direkt an, wobei sie mit „frau doktor" eine formelle Anrede wählt und auf einen höheren Status verweist und zudem den Namen der Studierenden betont. Während der kurze Aufbau von Blickkontakt dazu dienen kann, die Reaktion der Studierenden auf die Ablehnung zu überprüfen, scheinen die anderen Aktivitäten der StP wie die der Studierenden eine beziehungsstabilisierende Funktion zu haben: Die StP verringert so den Abstand, indem sie sich nach vorne lehnt, zudem schafft sie mit dem Verschieben des Notizbuchs ein Hindernis zwischen den beiden Gesprächspartnerinnen aus dem Weg. Parallel dazu lehnt sich die Studierende wieder zurück, was in Kombination mit dem vorherigen Vorlehnen als eine pantomimische Begleitung des Lachens oder als eine Übersprungbewegung in dieser angespannten Situation gewertet werden kann. Denkbar ist auch, dass damit

[207] Diese sehr direkte Form der Ablehnung kann in der Rolle der StP innerhalb der Simulation begründet liegen. Die StP ist für den Verlauf der Entscheidungsfindung sensibilisiert und muss den Vorschlag der Studierenden an dieser Stelle unbedingt ablehnen, um ihre Rolle im Sinne der Vorgaben in einer für sie akzeptablen Weise auszufüllen. Dass ein realer Patient dies ebenso klar formulieren würde, ist zwar denkbar, aber nicht zwingend.

[208] Für dieses paraverbale Phänomen bietet GAT 2 nur diese in Anführungszeichen gesetzte Umschreibung an (vgl. Kapitel 13.4.3), weshalb sie hier aus Ermangelung an Alternativen verwendet wird.

Distanz aufgebaut und nach den verschiedenen beziehungsstabilisierenden Aktivitäten zuvor nun eine eher abwartende oder selbstschützende Haltung eingenommen wird.

Mit der Formulierung am Beginn von Fläche 70 übernimmt die StP nach der Parallelsequenz in Fläche 69 den turn von der Studierenden. Mit der oben beschriebenen paraverbalen Rahmung scheint sie dem Gesagten zwar etwas die Schärfe und Deutlichkeit zu nehmen, dem widerspricht aber, dass sie gleichzeitig eine sehr distanzierende Anrede wählt, die sie zudem noch betont. Eine solche Reaktion wäre beispielsweise denkbar, wenn zuvor etwas Undenkbares oder ein Witz geäußert worden wäre. Auch eine Deutung des vorherigen Zugs als unpassender Vorschlag oder, umgangssprachlich ausgedrückt, als „unmoralisches Angebot“, das nicht ernst genommen werden kann, steht im Raum. Letztlich bleibt festzuhalten, dass trotz der beschriebenen imageschützenden Aktivitäten, die die StP einleitet, um den potentiellen Konflikt abzuschwächen, die verbale Ablehnung und die daraus resultierende Distanz weiter bestehen bleiben.

Anschließend lehnt sich die StP wieder zurück, legt die Hände in den Schoß und lächelt. Auch für diese Aktivitäten lassen sich verschiedene Deutungen finden. Während dem Lächeln generell eine positive Funktion der Zuwendung zugeschrieben werden kann, kann es sich hierbei aber auch um eine Nachwirkung der „smile voice" handeln, eine Reaktion auf das Lachen der Studierenden sein oder die zurückliegenden Aktivitäten in Fläche 70 mimisch stützen. Da die StP den Blick weiterhin nach unten richtet, sich außerdem zurücklehnt und beide Hände in den Schoß legt, vergrößert sie die Distanz zur Gesprächspartnerin und entzieht ihr aktiv die Aufmerksamkeit. Insofern kann das kommunikative Verhalten schlüssig als Weiterführung der vorherigen verbalen Aktivitäten verstanden werden: Die Ablehnung bzw. die Skepsis in Bezug auf das Gesagte bleibt bestehen, aber ein offener Konflikt wird vermieden. Auch eine Deutung als allgemeiner Rückzug aus der direkten Kommunikationssituation ist hier möglich.

Die Studierende äußert im Anschluss an ihr Lachen eine lachend gesprochene Hörrückmeldung. Da sie sich direkt anschließend nach vorn lehnt, kann dieses „ja;“ retrospektiv auch als Vorbereitung einer turn-Übernahme gewertet werden. Die Verringerung der Distanz kann auch eine Reaktion der Studierenden auf das Zurücklehnen der StP sein. Bereits vorher war zu beobachten, dass die beiden Gesprächspartnerinnen in dieser heiklen Situation die bestehende Distanz immer ungefähr beibehalten: Als sich in Fläche 69 die StP zurücklehnt, lehnt sich die Studierende anschließend vor. Am Beginn von Fläche 70 verändern beide fast gleichzeitig ihre Körperhaltung so, dass die Distanz dabei fast die gleiche bleibt. Aus dieser feinen Abstimmung der körperlichen Distanz und den zeitnahen Reaktionen auf die diesbezüglichen Veränderungen kann geschlossen werden, dass sowohl die StP als auch die Studierende daran interessiert sind, den aktuellen Beziehungsstatus und die damit verbundene Distanz beizubehalten.

Das kurze und stoßweise Lachen der StP am Ende von Fläche 70 kann als Reaktion auf das Lachen der Studierenden gedeutet werden, das bis hierhin hinausgezögert wurde, oder als Übersprungbewegung oder als Stützung ihrer vorherigen Aktivitäten. Da der Vorschlag der Studierenden ihrer Rolle in der hier gespielten Ausprägung absolut entgegensteht, ist es auch möglich, dass dieser Widerspruch das Lachen provoziert. Ob

dieses Lachen ihre Bewertung des Vorschlags als nicht angemessen stützen oder eher die Beziehung stabilisieren soll, ist letztlich nicht zu entscheiden.

In Fläche 71 übernimmt die Studierende durch Selbstwahl den turn und beginnt ihren Vorschlag zu erklären, den sie mit einer Geste einleitet. Dabei führt sie ihr Lächeln fort. Sie beginnt die Äußerung mit einem Widerspruch („nein“), an den sie die Konjunktion „aber“ anschließt. Diese kann hier einerseits als Abschwächung der zuvor verbalisierten Ablehnung und damit als Entgegenkommen verstanden werden, andererseits aber auch die vorangehende Antwortpartikel betonen und damit ihre Wirkung verstärken, während sie zur Fortsetzung der Äußerung überleitet. Da die Betonung des Verbs „MEIne“ und die Konstruktion „nur so“ das Kommende als tentativ, subjektiv und nur eingeschränkt gültig markieren, neige ich zur ersten Hypothese. Die Studierende scheint hier ihre Perspektive argumentativ untermauern zu wollen, geht aber, möglicherweise angesichts der vorherigen Ablehnung, sehr vorsichtig vor, um bei einer möglichen weiteren Konfrontation flexibler reagieren zu können. Die StP lehnt sich währenddessen zwar nach vorn und legt die Hände auf den Tisch, nimmt also eine prinzipiell zugewandte Körperhaltung ein. Gleichzeitig hält sie den Blick aber weiterhin nach unten gerichtet; das kann zwar ihrer Konzentration geschuldet sein oder Konfliktvermeidung zum Ausdruck bringen, signalisiert aber nicht volle Aufmerksamkeit.

Anschließend kommt es zu einer Simultanpassage, als die Studierende ihren turn weiterführt und die StP ihrerseits eine Entgegnung äußert. Die Studierende führt die Begründung ihres Angebots von Fläche 68-69 weiter aus und formuliert dies als Angebot: „damit sie WISsen“. Dies impliziert, dass ihr Vorschlag nicht allein auf ihren eigenen Wünschen beruht, sondern die StP als Patientin aufklären und stärken soll. Ob das tatsächlich ihre Absicht war oder ob sie es hier nur werbend oder rechtfertigend retrospektiv anführt, kann nicht festgestellt werden. Allerdings verweist diese Äußerung zusammen mit der Betonung von „WISsen“ erneut auf das informative Modell, nach dem die Patientin aufgeklärt und informiert werden soll, damit sie schließlich mündig eine Entscheidung treffen kann. Parallel zum Turn der Studierenden äußert die StP ihrerseits eine Begründung für ihre Ablehnung und betont ihr Unwissen, aufgrund dessen ihr die Voraussetzungen fehlten, um selbst zu entscheiden. Dies formuliert sie mittels des Konjunktionaladverbs „da“, das einen Rückbezug zu ihrer vorherigen Ablehnung herstellt, wobei sie das Defizit mit der Betonung des „WEnig“ unterstreicht, mit der Einstellungspartikel „halt“ aber gleichzeitig einen gewissen Interpretationsspielraum lässt bzw. eine zukünftige Änderung nicht völlig ausschließt. Interessant ist hier, dass die StP zwar die Verantwortung zurückweist, ihren Status als Laiin gegenüber der Expertin betont und sich damit in ihrer Rolle abwertet, gleichzeitig aber sprachlich recht offensiv und dominant vorgeht. Sie steigt in den turn der Studierenden ein, hält die längere Parallelsequenz durch und bringt die Studierende damit sogar dazu, die eigene Äußerung abzubrechen, so dass sie den turn im overlap übernehmen und – wenn auch nur kurz – weiterführen kann. Begleitend zu ihrer Aussage gestikuliert die StP, lächelt, hält den Blick aber weiterhin gesenkt. Dass sie bei der inhaltlichen Konfrontation keinen direkten Blickkontakt aufnimmt, kann auch hier eine Konfliktvermeidungsstrategie sein; es kann aber wie oben auch als Rückzug und damit als Abwehr gedeutet werden.

Am Ende von Fläche 71 geht die Studierende auf die Äußerung der StP ein und stellt einen inhaltlichen Zusammenhang zwischen den beiden Aussagen her. Denn während die StP ihr fehlendes Wissen als Grund anführt, nicht entscheiden zu können, behandelt die Studierende genau dies als Grund dafür, die StP aufzuklären und somit eine informative Entscheidungsfindung zu ermöglichen. Sie unterstützt ihre Zustimmung mit einem Nicken und leitet gestische Aktivitäten ein, die über die ganze Äußerung bis Fläche 73 anhalten. Diese Gestik kann die Argumentation körperlich stützen, aber zugleich auch die Beibehaltung des turns sicherstellen, da sie hierdurch ihr aktuelles Rederecht auch körperlich demonstriert. Parallel dazu streicht sich die StP mit der linken Hand über die Finger der Rechten, wobei sie den Blick weiterhin gesenkt hält. Dieses Phänomen kann als Zeichen von Abgelenktsein und Unaufmerksamkeit verstanden werden oder auch als Begleitgeste eines eben doch aufmerksamen Zuhörens. In jedem Fall unterstützt sie die oben ausgeführte Wahrnehmung, dass die Interaktantinnen Distanz wahren, sich vom Gegenüber zurückziehen und die Zuständigkeit verweigern.

Ab Fläche 72 formuliert die Studierende im Nachklang ihrer Zustimmung zur Aussage der StP eine längere Äußerung, in der sie ihre Gründe erklärt. Dabei beginnt sie mit der koordinierenden Konjunktion „aber“, die einen Rückbezug auf die vorherige Auseinandersetzung zur Medikamentenwahl einleitet und trotz ihrer Zustimmung am Ende von Fläche 71 nun einen Widerspruch oder zumindest eine entscheidende Ergänzung projiziert. Die anschließende Wiederholung von „es is“ weist vermutlich auf Unsicherheit bzw. auf laufende Planungsprozesse hin und kann an dieser Stelle der Verzögerung dienen. Die Einstellungspartikel „EINfach“ weist, verstärkt durch die Betonung, auf eine Selbstverständlichkeit bzw. eine wirkmächtige Grundvoraussetzung hin. Die steigende Betonung signalisiert gleichzeitig die Absicht, den turn zu behalten, um im Folgenden das angekündigte starke Argument zu liefern. Mit der Aussage „ich kann ihnen auch keins emPFEHlen,“ formuliert die Studierende nun ihrerseits eine klare Absage in Bezug auf die relevant gesetzte Erwartung der StP. Mit der Betonung des Verbs in Kombination mit dem Modalverb „kann“ unterstreicht die Studierende, dass sie in der Rolle der professionellen Ärztin nicht in der Lage ist, den Wunsch der StP zu erfüllen. Ihre Aussage legt zwar nahe, dass es also an äußeren Gegebenheiten liegt, dass sie nicht helfen kann, theoretisch kann dies aber auch auf ihr Verständnis einer Arzt-Patienten-Beziehung zurückgeführt werden. Tatsächlich ist es so, dass die Studierende hier zwar keins empfehlen kann, da (nach ihrem Wissensstand) kein Medikamente besser als das andere ist, sie aber dennoch eine Wahl zwischen den beiden Medikamenten für die StP treffen könnte bzw. dies andeuten könnte, ohne einen medizinischen Fehler zu begehen. Von daher kann vermutet werden, dass es eher eine persönliche Entscheidung ist, hier keine Empfehlung abzugeben, die aber mit äußeren Zwängen erklärt wird. Das Kopfschütteln an dieser Stelle kann generell die negierte Aussage unterstützen, Unsicherheit ausdrücken oder, wie schon an anderer Stelle vermutet wurde, deutlich machen, dass es gleichgültig ist, wofür man sich in der Konsultation entscheidet. In Verbindung mit der parallelen Äußerung unterstreicht es die eigene, von äußeren Umständen verschuldete Unfähigkeit zur Hilfestellung nonverbal. Am Beginn dieser Äußerung schaut die StP nach längerer Zeit wieder zur Studierenden hoch. Hier kann davon ausgegangen werden, dass sie die Einleitung am Beginn von Fläche 72 als Ankündigung eines relevanten Gegenarguments bzw. einer Erklärung versteht und sich der Studierenden daher mit größerer Aufmerksamkeit zuwendet.

Nachdem die Studierende ihre Perspektive auf ihre Handlungsspielräume erläutert hat, begründet sie diese in Fläche 73 in Form eines Kausalsatzes, der zwei Betonungen aufweist („BEIde“, „GUT“) und durch Nicken begleitet wird. Die paraverbalen und pantomimischen Aktivitäten scheinen das Gesagte zu stützen. In Verbindung mit der erneuten Verwendung der Einstellungspartikel „einfach“ kann das Nicken auch so gedeutet werden, dass es den Inhalt der Aussage als selbstverständlich und grundlegend bewertet. Damit werden die aktuelle Äußerung und womöglich auch retrospektiv die Aussage im zweiten Abschnitt von Fläche 72 weniger als subjektive Einschätzungen denn als objektive Fakten präsentiert, an denen sich die Gesprächsbeteiligten orientieren müssen. Interessant ist also bei diesem gesamten turn der Studierenden, dass sie die vorherige Ablehnung der StP in Richtung eines paternalistischen Ansatzes interpretiert und sich mit ihrer Äußerung direkt gegen einen solchen positioniert. Dies realisiert sie ebenso wie zuvor die StP darüber, dass sie scheinbar objektive Argumente vorbringt und nicht über eine Thematisierung von persönlichen Werthaltungen oder Einstellungen.

Anschließend übernimmt die StP in der Mitte von Fläche 73 durch Selbstwahl den turn; die Aussage der Studierenden ist zwar syntaktisch und durch fallende Tonhöhe als abgeschlossen markiert, eine direkte Aufforderung des Gegenübers zu einer verbalen Reaktion ist aber nicht erfolgt. Die StP äußert zunächst die Interjektion „ach“, die Überraschung nahelegt, und geht anschließend auf die vorherige Argumentation der Studierenden ein, indem sie ebenfalls von „können“ spricht und nicht von „wollen“, was hier ebenfalls eine mögliche Interpretation der Ablehnung wäre. Damit übernimmt sie die Rahmung der Gründe dieser Ablehnung als objektiv und gegeben, wie sie die Studierende vorgenommen hat. Allerdings könnte die Betonung des Adverbs „GAR“ in Verbindung mit der vorher geäußerten Überraschung auch auf eine Hinterfragung der geäußerten Begründung und damit möglicherweise in einem weiteren Schritt der Rolle und der Kompetenz der Studierenden verweisen. Diese These von Skepsis und Hinterfragung wird dadurch gestützt, dass die StP sich an dieser Stelle gleichzeitig zurücklehnt und damit Distanz schafft und dass sie eine kontrollierte und eher abwartende Arm- und Handhaltung einnimmt.

Auf diese potentielle Kritik geht die Studierende aber nicht ein; sie produziert in einer anschließenden kurzen Parallelsequenz lediglich die Hörrückmeldung „genau“, mit der sie Zustimmung zum Verständnis ihrer Argumentation durch die StP signalisiert. Die StP selbst äußert in ihrem weitergeführten turn nach einer kurzen Reformulierung („das is is jetz“), die vermutlich auf die Parallelsequenz zurückzuführen ist, Enttäuschung darüber, dass ihrem indirekt geäußerten Wunsch nach paternalistischer Entscheidungsfindung nicht nachgekommen werden kann. Dabei gibt sie mit dem betonten Adjektiv „SCHAde;“ eine direkte Bewertung ab. Diese kann sich entweder auf die äußeren Umstände oder auf die Studierende selbst beziehen, die ihr hier nicht helfen kann; das hängt davon ab, ob die StP der Argumentation der Studierenden folgt oder hinsichtlich der Gründe für die Ablehnung eher skeptisch ist, was hier nicht eindeutig geklärt werden kann. Festzuhalten bleibt, dass die Situation bzw. die Aussage der Studierenden als solche mit dem vorangestellten Modaladverbial „echt“ eindeutig negativ bewertet wird und dies nicht abgeschwächt oder von beziehungsstabilisierenden Elementen flankiert ist.

Insgesamt lässt sich in diesem Abschnitt eine Auseinandersetzung über den Modus der Entscheidungsfindung beobachten, bei der zwei gegensätzliche Ansichten darüber aufeinanderprallen. Während die Studierende die Entscheidung und damit die Verantwortung der StP zuschreiben möchte und damit ein informatives Modell evoziert, weist die StP dies vehement zurück und begründet dies damit, dass sie als Laiin nicht genügend (Fach-)Wissen hat, um diese Entscheidung zu treffen. Dabei nutzen die beiden Seiten verschiedene sprachliche und kinesische Elemente, um ihre jeweiligen Ansichten zu präsentieren oder zu untermauern.

Im weiteren Verlauf schlägt die Studierende vor, die Nebenwirkungen weiter zu erläutern, und geht ausführlicher auf das Diuretikum ein. Anschließend stellt die StP eine Reihe von Fragen, unter anderem zu den Nebenwirkungen, der Dauer der Medikation und der Kombination mit dem ACE-Hemmer, die die Studierende beantwortet. Die Studierende betont daraufhin das Ziel, den Blutdruck zu senken, worauf es zu der nun folgenden Sequenz kommt.

8.2.2 Erste Initiative der standardisierten Patientin

[107]

Stud. [v]	(1.5)		
Stud. [P/P]	*nickt mehrfach*		
StP [v]		<<seufzend> tja; > (.) gut; was soll ich da SAgen?	
StP [P/P]		*lehnt den Kopf leicht nach vorne*	
StP [G/H]			
StP [M/A]	*unten*	*schaut auf das Notizbuch*	

[108]

Stud. [v]	[hm; haben sie denn äh;]	irgendwelche probleme schonma
Stud. [P/P]	*schüttelt leicht den Kopf*	
Stud. [G/H]	*gestikuliert*	
StP [v]	[was würden SIE denn sagen? (.) <<p> hm, >]	
StP [G/H]		
StP [M/A]	*schaut zur Stud.*	*zieht die Augenbrauen etwas zusammen,*

[109]

Stud. [v]	mit schwindel geHABT	oder irgendwelche allergischen reaktionen,	das man
Stud. [G/H]			
StP [G/H]			
StP [M/A]	*presst die Lippen leicht zusammen*		

Nachdem die Studierende auf die Fragen der StP eingegangen ist und festgestellt hat, dass das Ziel ist, den Blutdruck zu senken, entsteht eine längere Pause (Fläche 107). Die Studierende schaut die StP an, doch diese hat den Blick nach unten gerichtet. Der syntaktische wie inhaltliche Abschluss der Äußerung der Studierenden sowie die Pause können als Angebot der turn-Übernahme angesehen werden, auch wenn die Studierende die StP hier nicht explizit adressiert. Die StP übernimmt den turn und verbalisiert seufzend Unsicherheit bzw. Ratlosigkeit. Dies leitet sie ein mit der Interjektion „tja;“, dem die Partikel „gut;“ folgt, die vermutlich weniger bejahende oder kommentierende

als vielmehr eine gliedernde Funktion hat. Anschließend formuliert sie mit „was soll ich da SAgen?“ eine direkte Frage. Das Adverb „da“ kann sich sowohl auf die Ausführungen der Studierenden zu den Nebenwirkungen rückbeziehen als auch generell auf die Entscheidungsfindung, deren Modus an dieser Stelle immer noch nicht feststeht, denn diese Frage wurde nach der im vorigen Abschnitt nachgezeichneten Auseinandersetzung nicht geklärt, sondern die Festlegung auf ein Modell wurde erst einmal verschoben. Parallel zu ihrer Äußerung führt die StP die vorher eingeleitete Geste fort, indem sie den Kopf mit der rechten Hand am Kinn abstützt und den Zeigefinger auf den Mund legt. Während der Frage lehnt die StP den Kopf leicht nach vorn, was die Frageaktivität pantomimisch betont, lenkt dabei aber den Blick auf ihr Notizbuch und nicht auf das Gegenüber, wie durchaus zu erwarten gewesen wäre. Als Grund dafür wäre ein laufender kognitiver Prozess denkbar oder auch, dass die StP eine Konfrontation vermeiden will; es kann aber auch als Unsicherheit oder Rückzug gedeutet werden.

Anschließend nimmt die StP in Fläche 108 Blickkontakt auf und formuliert eine weitere Frage. Diese fokussiert deutlicher auf die allgemeine Situation und die Entscheidungsfindung, ohne sie allerdings direkt zu thematisieren. Dass sich die Frage direkt auf die Nebenwirkungen bezieht, kann aufgrund der Formulierung ausgeschlossen werden; insofern betrifft sie mit hoher Wahrscheinlichkeit deren Konsequenzen für die Behandlung. Mit der steigenden Tonhöhe, der Betonung der Anrede und der nachgeschobenen Fragepartikel wird deutlich die Fremdwahl unterstrichen; zugleich eröffnet der verwendete Konjunktiv in Verbindung mit dem semantischen Gehalt des Verbs „sagen“ zunächst eine Bandbreite möglicher Reaktionen. Die StP fordert also formal nicht explizit eine Entscheidung oder eine konkrete Empfehlung, sondern vielmehr, dass die Studierende den turn übernimmt und sich insgesamt zum Thema äußert. Das ist an dieser Stelle jedoch insofern auffällig, als die Studierende vorher lange gesprochen und sich zu den Nebenwirkungen ausführlich geäußert hat. Daher zielt die Fragestellung eher auf einen ärztlichen Vorschlag und impliziert damit eine paternalistische Herangehensweise, was aber vergleichsweise vorsichtig formuliert wird. Die Studierende hatte bereits vorher (in Fläche 72) sehr klar geäußert, dass sie der StP keine Empfehlung geben könne, und damit ein paternalistisches Modell abgelehnt. Mit ihrer Äußerung in Fläche 108 geht die StP nun hinter diese Aussage zurück und nähert sich damit nach dem gemeinsamen Exkurs zu den Nebenwirkungen wieder der Frage des konkreten Modus der Entscheidungsfindung. Während die Initiative dazu in der ersten Sequenz von der Studierenden ausgegangen war, ist es hier die StP, die das Thema einbringt. Gerade die Annäherung an dieses im bisherigen Gespräch eher heikle Thema und der damit implizierte Widerspruch zur Position der Studierenden könnten ursächlich für die beobachtete deutlich artikulierte turn-Übergabe und das im Konjunktiv formulierte Angebot einer thematisch nicht festgelegten Äußerung sein.

Parallel zur Frage der StP setzt die Studierende in Fläche 108 ebenfalls zu einer Äußerung an und übernimmt nach einer kurzen Überlappung den turn. Während ihre Äußerung am Anfang noch von Verzögerungen geprägt ist, sind solche im weiteren (hier nur auszugsweise sichtbaren) turn nicht mehr auffällig; die Studierende formuliert ohne Reparaturen. Dabei reagiert sie zwar auf die Aufforderung der StP, orientiert sich aber zunächst an der Breite der Möglichkeiten, die das Verb „sagen“ eröffnet: Sie schlägt keine konkrete therapeutische Option vor und geht nicht direkt auf die Frage der Entscheidung und den impliziten Wunsch nach einem paternalistischen Modell ein, son-

dern fragt Details der Krankengeschichte ab, eventuell um daraus Argumente für die Aushandlung zu generieren. Parallel dazu zieht die StP leicht die Augenbrauen zusammen und presst die Lippen aufeinander. Diese Mimik kann als Zeichen von Konzentration verstanden werden, da die StP nun Fakten abrufen muss, die sie für ihre Rolle gelernt hat; sie kann aber auch Ablehnung widerspiegeln, da die Studierende eben keinen Vorschlag zur Entscheidung äußert, sondern ihre Krankengeschichte thematisiert und der Modus der anschließenden Therapiewahl damit weiterhin fraglich ist.

Bei der Äußerung der Studierenden fällt insgesamt auf, dass sie persönliche Präferenzen weitgehend zurückhält und stattdessen im biomedizinischen Bereich nach Anhaltspunkten sucht. Diese Beobachtung kann ein Hinweis darauf sein, dass die Studierende die Simulation als Prüfung wahrnimmt: Möglicherweise schützt sie das Offenhalten aller Optionen und das weitere Erfragen von Details aus ihrer Sicht davor, ein falsches Medikament zu wählen, und erhöht ihre Chance, in der beobachteten Situation korrekt zu handeln und das Szenario erfolgreich abzuschließen. Ob ihr Verhalten dadurch begründet ist oder dem entspricht, was aus ihrer Sicht professionelles ärztliches Verhalten ist, lässt sich an dieser Stelle nicht genau beantworten. Dennoch ist die These der Angst vor einer falschen bzw. die Suche nach der richtigen Lösung hier deutlich weniger naheliegend als beim Studierenden in Kapitel 8.1, was die Vermutung stützt, dass bei der Studierenden hier eine Präferenz bezüglich eines konkreten Entscheidungsfindungsmodus zu erkennen ist.

Im Folgenden führt die Studierende ihre Einleitung aus Fläche 108 fort: Sie fragt die StP nach Allergien – die nicht vorliegen – und erkundigt sich nach möglichem Schwindel (hier nicht mehr abgebildet). Die StP erläutert mit einer humorigen Bemerkung und einem kurzen Lachen, dass Schwindel ihr zwar generell bekannt sei, aber nicht regelmäßig vorkomme und sie damit keine Probleme habe. Als die Studierende daraufhin keinen Ansatz erkennen lässt, den turn zu übernehmen, negiert sie schließlich noch einmal ausführlich größere Erfahrungen mit Allergien oder Schwindel, bevor sie erneut auf die Frage der Entscheidung zurückkommt.

8.2.3 Zweite Initiative der standardisierten Patientin

[117]

Stud. [P/P]				
StP [v]		was würden SIE denn da jetz mal,	oder w_wonach würden	SIE das öh, (-)
StP [P/P]				*lehnt sich leicht*
StP [G/H]		*gestikuliert*		*gestikuliert*
StP [M/A]	*unten*	*schaut zur Stud.*		

[118]

StP [v]		wenn SIE das jetz wären,	wonach würden SIE das dann,	(1.5)
StP [P/P]	*vor*	*lehnt sich leicht zurück*	*lehnt sich leicht vor*	*lehnt sich zurück*
StP [G/H]				*<< verschränkt die*

[119]

Stud. [v]		[°h]	[ach ich würde
Stud. [P/P]		*atmet sichtbar tief ein*	
Stud. [G/H]			*gestikuliert*
Stud. [M/A]		*schaut nach links oben*	
StP [v]	entscheiden; (-) ich kenn mich ja	[einfach nich] AUS	[was
StP [G/H]	*Arme vor der Brust >*		*<< zuckt die*
StP [M/A]		*schaut nach unten*	*schaut zur Stud.*

Nach dem Exkurs zu Schwindel und Allergien setzt die StP schließlich in Fläche 117 zu einer erneuten Thematisierung der Entscheidungsfindung an. Nicht zum ersten Mal in diesem Gespräch, aber an dieser Stelle doch vergleichsweise deutlich fragt sie nach der Meinung der Studierenden. Auffällig sind dabei die vielen Abbrüche, Pausen, Verzögerungen, Einstellungspartikeln und Reparatursequenzen in der Äußerung, die nahelegen, dass es der StP hier schwerfällt, aus ihrer Sicht angemessen zu formulieren, und es intensive Formulierungsarbeit erfordert, den beabsichtigten Inhalt zu transportieren. Dies passt zu den vorher beobachteten Phänomenen. Die StP thematisiert hier erneut einen Wunsch, den die Studierende explizit zurückgewiesen hat, und nachdem ihr erneuter Versuch in Fläche 108 nicht erfolgreich war und lediglich zu einem inhaltlichen Austausch geführt hat, versucht sie nun eine andere Strategie, um die Studierende dazu zu bringen, eine Entscheidung zu treffen: Sie fragt nicht, was die Studierende ihr empfehlen würde, sondern danach, welche Medikation die Studierende für sich selbst wählen würde, wenn sie an ihrer Stelle wäre. Damit eröffnet sie der Studierenden eine Möglichkeit, trotz der vorherigen Ablehnung und der dafür angeführten Gründe eine mögliche Entscheidung zu äußern. Die StP unterstreicht, dass es sich hier lediglich um eine angenommene Möglichkeit einer eigenen Entscheidung handelt, indem sie in Fläche 117-118 insgesamt vier Mal ein Verb im Konjunktiv verwendet. Diese Formulierung entspricht einerseits dem Umstand, dass eine Medikation für die Studierende hier de facto nicht zur Debatte steht, es senkt aber andererseits in Verbindung mit den zugleich eingesetzten abschwächenden Partikeln die Schwelle für eine diesbezügliche Stellungnahme der Studierenden, da es sich hierbei nur um eine Möglichkeit bzw. um ein Gedankenexperiment handelt. Die Intention der StP ist hier sehr offensichtlich, rein sprachlich hält die StP sich selbst als zu behandelnde Patientin jedoch aus dieser Betrachtung heraus. Damit ermöglicht dieses Angebot, nicht faktisch zur StP, sondern hypothetisch zu sich selbst Stellung zu nehmen, der Studierenden eine gesichtswahrende Korrektur ihres vorherigen Verhaltens. Gleichzeitig erhöht es aber den Druck, da die StP die Studierende nun zum zweiten Mal mit dem Thema Entscheidungsfindung konfrontiert.

Unterstrichen wird die Aufforderung in der Frage sowohl mit der zweimaligen Nennung des Temporaladverbs „jetzt“ als auch mit dem Personalpronomen „SIE“, das in den Flächen 117 und 188 nicht nur viermal verwendet, sondern auch jedes Mal stark betont wird. Parallel zum Beginn der Äußerung in Fläche 177 schaut die StP die Studierende an, was Aufmerksamkeit herstellen, in Kombination mit der gleichzeitig einsetzenden und bis Ende der Fläche 118 laufenden Geste aber auch eine überzeugende und vertrauensstiftende Haltung vermitteln kann. Denkbar ist auch eine Deutung als hier schon vorweggenommene Aufforderung an die Studierende, zu antworten. Zugleich sind proxemische Aktivitäten zu beobachten: Die StP lehnt sich während ihres

turns mehrfach vor und zurück. Auch hier ist eine Zuordnung schwierig; dies können sowohl sprachbegleitende Bewegungen als auch ein Ausdruck von Unsicherheit sein. Ebenso können die Veränderungen der Distanz eine körpersprachliche Spiegelung des Äußerungsinhalts sein, der ebenfalls schwankt zwischen Zugewandtheit und vertrauensvoller Frage einerseits und einer direktiven Aufforderung samt Hinterfragung der vorherigen Ablehnung andererseits.

Am Ende von Fläche 118 entsteht schließlich eine 1,5-sekündige Pause, in der die StP sich zurücklehnt, die begleitenden Gesten beendet und die Arme vor der Brust verschränkt, bevor sie schließlich ihre angefangene Äußerung syntaktisch zu Ende führt. Da die Tonhöhe vorher leicht steigt, könnte man nach den vielen Reparaturen zuvor theoretisch annehmen, dass die Pause zur Formulierungsplanung dient, angesichts des fast vollständigen Satzes ist das aber wenig wahrscheinlich. Die proxemischen und gestischen Aktivitäten hätten wie schon zuvor auch parallel zu den verbalen Äußerungen realisiert werden können, sie können die Pause also auch nur bedingt erklären. Viel interessanter ist die Lesart, dass die StP das Verb „entscheiden“ in Fläche 119 zunächst vermeiden möchte, da es zu direkt auf die Entscheidungsfindung fokussiert. Folgt man dieser Annahme, kann dies einerseits darin begründet sein, dass die StP das Thema vorsichtig initiieren und die oben genannten Interpretationen offenlassen möchte, weil die Entscheidungsfindung sich im bisherigen Gespräch als heikles Feld erwiesen hat, auf dem gegensätzliche Interessen herrschen. Andererseits kann es auch in dem Versuch der Schauspielerin begründet sein, den Anforderungen ihrer Rolle gerecht zu werden, ohne ihre Haltung bzw. die Ausrichtung ihrer Rolle allzu offensichtlich zu machen und damit in der Darstellung eventuell unrealistisch zu werden. Vor diesem Hintergrund könnte die Pause bereits ein Versuch der turn-Übergabe sein, um mit dem Sprecherwechsel zugleich das semantisch problematische Verb zu umgehen. Denn die Frage der StP ist auch ohne das Verb verständlich. Insofern könnte die vorher steigende Tonhöhe auch als Fragemarkierung interpretiert werden. Auch die parallele Herstellung von Distanz und das Verschränken der Arme könnten in dieser Lesart dazu dienen, eine turn-Übernahme zu unterstützen. Diese Deutung der Pause ist allerdings auch ohne die vorherige Annahme der Verbvermeidung möglich, allerdings erscheint mir ein Zusammenspiel hier logischer. Unabhängig davon sind das Zurücklehnen und das Verschränken der Arme starke Signale der Distanz und des Rückzugs und können auch nonverbal eine Ablehnung bzw. Verweigerung der Teilnahme an der Entscheidungsfindung signalisieren.

Während des turns der StP in Fläche 117 und 118 ebenso wie in der Pause sind keine Aktivitäten der Studierenden zu beobachten, weder eine Hörrückmeldung noch eine nonverbale Reaktion. Dies ist angesichts der Brisanz des Themas, des Formulierungsaufwands der StP, der mehrfachen direkten Anrede und des oben bereits beschriebenen gesichtswahrenden Angebots auffällig. Die fehlende Aktivität kann als Verweigerung der indirekt zugewiesenen Entscheidung bzw. der von der StP geforderten Kommentierung verstanden werden. Alternativ lässt es sich als Versuch interpretieren, die StP zu weiteren Ausführungen zu motivieren, indem auf eine turn-Übernahme und möglicherweise missverständliche Aktivitäten verzichtet wird.

In Fläche 119 führt die StP den turn fort und formuliert das oben schon angesprochene Verb „entscheiden“, das aus analytischer Sicht hier zentral erscheint. Nach einer kur-

zen Pause schließt sie mit „ich kenn mich ja einfach nich AUS“ eine Begründung für ihre Verweigerung einer eigenen Entscheidung und den Wunsch nach einer Stellungnahme der Studierenden an. Diese Erklärung ist relativ deutlich formuliert, sie enthält eine die Aussage stärkende Betonung und trotz der zwei leicht abschwächenden Einstellungspartikeln („ja einfach“) keine beziehungsstabilisierenden oder das Image der Studierenden schützenden Elemente. Gleichzeitig kann die Rechtfertigung der StP an sich als ein selbstbezogener imagewahrender Zug verstanden werden, der darauf schließen lässt, dass sie die ausbleibende Reaktion der Studierenden als Zurückweisung bzw. Verweigerung ihres Ansinnens und damit als gesichtsbedrohend wahrnimmt. Inhaltlich positioniert die StP sich mit diesem Zug unmissverständlich als Laiin. Sie präsentiert mit dieser Aussage ein starkes, vermutlich sogar ihr stärkstes Argument gegen eine eigene Entscheidungsfindung: Sie als Patientin kann aufgrund fehlenden Fachwissens nicht gewährleisten, dass die bestmögliche Behandlung gewählt wird. Dabei formuliert sie diesen Grund, ähnlich wie die Studierende es in Fläche 72-73 getan hat, als objektives, selbstverständliches Faktum, sie bezieht sich nicht auf eigene Wertvorstellungen oder den eigenen Wunsch nach einem entsprechenden Entscheidungsfindungsmodus. In Kombination mit den verschränkten Armen und der erhöhten körperlichen Distanz kann dies als Vorwurf an die Studierende verstanden werden, die die unwissende StP überfordert, indem sie von ihr eine Entscheidung fordert und ihr dabei nicht hilft. Denkbar ist auch eine Weiterführung des Vorwurfs in Bezug darauf, dass die StP an dieser Stelle ihre Unwissenheit überhaupt offen eingestehen muss und sich dadurch womöglich abgewertet fühlt. Eine weitere Lesart wäre, dass damit der vorherige Gebrauch des Verbs „entscheiden“ verschleiert werden soll: In Anlehnung an die Interpretation, dass dieses zunächst vermieden werden sollte, kann die hier angefügte Begründung als Versuch gesehen werden, von der direkten Thematisierung der Entscheidungsfindung abzulenken, um die ab Fläche 117 initiierte Strategie, die weiter oben erläutert wurde, nicht zu gefährden. Dass die StP parallel zum zweiten Teil der Aussage kurz den Blick senkt, kann sowohl die Lesart als Vorwurf stützen und einen damit verbundenen Rückzug aus der Interaktion andeuten, als auch als Unterstreichung der eigenen Hilflosigkeit gedeutet werden oder als selbstschützende Maßnahme in dem Sinne, dass die StP einen direkten Blickkontakt vermeidet, während sie sich hier selbst als unwissende Laiin darstellt und damit abwertet. Schließlich könnte die Blickrichtungsänderung parallel zum tiefen Einatmen der Studierenden auch die Bereitschaft zur turn-Übergabe signalisieren. Da die StP aber anschließend – eine kurze Zeit sogar parallel – weiterspricht, ist diese Variante eher unwahrscheinlich.

Die StP betont im hier betrachteten Gesprächsausschnitt mehrfach, dass sie die Meinung der Studierenden erfahren will, und zeigt so deutlich eine bestimmte Präferenz bezüglich des Entscheidungsfindungsmodus. Dass sie ihre eigene Unwissenheit als Argument einbringt, ist als ein weiterer Hinweis darauf zu werten, dass sie eine eigene Beteiligung an der Entscheidungsfindung ausschließt. So verweist sie im Verlauf des Gesprächs immer deutlicher auf das paternalistische Modell. Auffällig sind die verschiedenen Strategien, die die StP in den bisher betrachteten Abschnitten realisiert und die alle Ebenen der Kommunikation betreffen. Ihre Ansätze können zum Teil als kooperativ im Sinne eines Angebots oder einer Bitte charakterisiert werden, an anderer Stelle erscheinen sie eher dominant, etwa als Forderungen und Vorwürfe. Gleichzeitig ist zu beobachten, wie sich die Studierende den verschiedenen Strategien ver-

weigert und damit ein paternalistisches Modell der Entscheidungsfindung zurückweist. Ihr Rückzug geht so weit, dass die StP mit ihrer Thematisierung der therapeutischen Entscheidungsfindung und ihrer dominanten Rolle in der Rederechtsverteilung teilweise kommunikative Aufgaben übernimmt, die eher in die Domäne eines Arztes und damit hier in die der Studierenden fallen würden.

8.2.4 Konsensvorschlag der Studierenden

[119]

Stud. [v]			[°h]	[ach ich würde
Stud. [P/P]			*atmet sichtbar tief ein*	
Stud. [G/H]				*gestikuliert*
Stud. [M/A]			*schaut nach links oben*	
StP [v]	entscheiden; (-)	ich kenn mich ja	[einfach nich] AUS	[was
StP [G/H]	*Arme vor der Brust >*			*<< zuckt die*
StP [M/A]			*schaut nach unten*	*schaut zur Stud.*

[120]

Stud. [v]	einfach vielleicht]	auch danach entSCHEIden	welche nebenwirkungen
Stud. [P/P]		*schüttelt leicht den Kopf*	
Stud. [G/H]			*gestikuliert*
Stud. [M/A]		*schaut zur StP*	*schaut nach unten*
StP [v]	((unverständlich 1.0));]		
StP [P/P]		*lehnt sich leicht vor, neigt den Kopf leicht nach links*	
StP [G/H]	*Schultern >>*		
StP [M/A]			

[121]

Stud. [v]	sie für sie vielleicht	akzeptablerer sind	tolerablerar sind,	(1.5)	
Stud. [G/H]			*zuckt die Schultern*		
Stud. [M/A]		*schaut zur StP*			
StP [v]					das EIne war?
StP [P/P]					*lehnt sich leicht*
StP [G/H]					
StP [M/A]	*schaut nach unten*	*schaut zur Stud.*			

Die Studierende atmet während der Formulierung der StP in Fläche 119 sichtbar tief ein, was nach den bisher fehlenden Aktivitäten auffällt und als Hinweis auf eine turn-Übernahme bzw. als Vorbereitung einer womöglich längeren Äußerung verstanden werden kann. Parallel dazu wandert ihr Blick an der StP vorbei nach oben links; in Verbindung mit dem Einatmen ist dies mit hoher Wahrscheinlichkeit als Zeichen für stärkere kognitive Prozesse zu werten. Die StP hat, wie oben beschrieben, so viele verschiedene Strategien angewendet und ist inzwischen so deutlich geworden, dass für die Studierende der Druck, sich zu äußern, sehr hoch geworden ist. Eine weitere Zurückhaltung an dieser Stelle könnte als Unhöflichkeit oder auch als Inkompetenz aufgefasst werden. Angesichts dieser Rahmenbedingungen kann das tiefe Einatmen auch dazu dienen, Spannung oder eine Frustration aufgrund der Aktivitäten der StP abzubauen.

Anschließend setzt die Studierende zu einer gestisch begleiteten Aussage an, die zunächst zu einer kurzen Simultanpassage führt. Die StP bricht ihre Äußerung jedoch sofort ab, so dass die Studierende in dem kurzen overlap den turn übernehmen kann. In ihrer Äußerung geht sie auf die von der StP gestellte Frage, für welche Therapie sie selbst sich entscheiden würde, inhaltlich nicht ein. Obwohl sie ihren turn in den Flächen 119-120 mit „ach ich würde einfach vielleicht auch danach entSCHEIden“ einleitet und damit zunächst scheinbar dem Wunsch der StP nach einer klaren Stellungnahme entgegenkommt, beantwortet sie die Frage nicht direkt. Mit dem Kriterium, welche Nebenwirkungen für die StP wichtig wären, zeigt sie zwar einen eigenen Weg zur Entscheidung auf, diesen kann die StP aber wiederum nur auf der Basis ihrer eigenen Werthaltungen und Vorstellungen umsetzen. Dabei leitet die Studierende ihre Aussage mit der Interjektion „ach“ ein, formuliert im Konjunktiv und verwendet sowohl das Adverb „vielleicht“ als auch die Einstellungspartikel „einfach“; sie rahmt ihren inhaltlichen Beitrag also mit Abschwächungen und Markierungen der Eventualität. Damit verschiebt sie den Fokus wiederum von sich weg und zurück auf die StP selbst, über deren Therapie hier zu entscheiden ist. Die Studierende folgt somit zwar der Aufforderung der StP zu einer Hilfestellung, sie tut dies aber nur so weit und so konkret, wie es unbedingt nötig ist, um die etablierte konditionelle Relevanz zu bedienen. Damit verweigert sie wiederum den von der StP implizierten paternalistischen Ansatz und verweist ihrerseits auf den informativen Ansatz, indem sie der StP eine Möglichkeit aufzeigt, nach ihrer eigenen Werthaltung allein und ohne weitere Hilfe zu entscheiden. Und selbst den hier vorgeschlagenen Weg zur Entscheidungsfindung formuliert sie nur vage als Möglichkeit. Abgesehen davon, dass sie damit dem Modell der informativen Entscheidungsfindung folgt, hält sich die Studierende hier weiterhin alle Optionen offen, legt sich auf nichts fest und verlagert die Verantwortung auf die StP. Ob dies ihrer Vorstellung von einer Entscheidungsfindung in dem gegebenen Rahmen entspricht oder ob sie hier aus Unsicherheit oder Unerfahrenheit so zurückhaltend agiert und sich so stark absichert, weil sie die Simulation als Test wahrnimmt, lässt sich nicht feststellen. Möglich ist auch eine Kombination dieser Gründe.

Interessant ist auch, dass die Studierende in Fläche 120 das Verb „entSCHEIden“ verwendet, das sie zudem betont. Damit folgt sie der Wortwahl der StP und thematisiert wie diese die Gesprächsphase, in der sich die beiden gerade befinden. Da sie gleichzeitig in diesem turn eine Hilfestellung zur Entscheidungsfindung formuliert und die StP damit indirekt zu einer solchen auffordert, kann die Betonung hier auch so verstanden werden, dass sie diese Aufgabe und insbesondere ihre Zuweisung unterstreicht. Parallel zu ihrer Äußerung bewegt die Studierende mehrfach den Blick zur StP und wieder von ihr fort. Hier ist eine konfliktvermeidende Funktion durch Minimierung des direkten Blickkontakts, die eine sich zurückziehende Kommunikationshaltung signalisiert, ebenso denkbar wie eine protektive Markierung der eigenen Unsicherheit. Da die Studierende dem von der StP vorgebrachten Wunsch trotz der deutlicher Formulierung nicht entspricht und dies prinzipiell Konfliktpotential beinhaltet, ist auch eine Kombination der beiden Lesarten denkbar. Das Kopfschütteln in Fläche 120 sowie das Schulterzucken gegen Ende von Fläche 121 unterstreichen die Hypothese der eigenen Unsicherheit; sie verweisen aber auch wieder auf die (funktionale) Kongruenz der beiden zur Wahl stehenden therapeutischen Optionen, was die Entscheidung als mehr oder weniger folgenlos erscheinen lässt. Angesichts dessen, dass die Studierende hier (nicht

zum ersten Mal) die Entscheidung als inhaltlich praktisch irrelevant darstellt, ist es umso auffälliger, dass sie sich trotz des deutlich artikulierten Wunsches der StP nicht dazu hinreißen lässt, eine Meinung oder Empfehlung zu äußern. Dieser Widerspruch kann, wie bereits angesprochen, sowohl in Unsicherheit als auch im Beobachterparadox begründet sein.

Die StP hält nach ihrem Schulterzucken in Fläche 119-120, das ihre geäußerte Unsicherheit gestisch begleitet, zwar weiterhin die Arme verschränkt und behält damit eine abwehrende Grundhaltung bei, zeigt aber ansonsten keine gestischen Aktivitäten. Parallel zum Schulterzucken und zur turn-Übernahme durch die Studierende in Fläche 119 schaut sie die Studierende an und demonstriert Aufmerksamkeit, eventuell in der Hoffnung, dass ihrer Forderung nachgekommen wird. Diese Annahme wird gestützt durch ihr proxemisches und pantomimisches Verhalten in Fläche 120: Das leichte Vorbeugen verringert die Distanz und kann nach den vorherigen Aktivitäten als eine Form von Zuwendung und damit als beziehungsstabilisierend verstanden werden. Das leichte Neigen des Kopfes in verschiedene Richtungen bewirkt hier keine Aufmerksamkeitsverlagerung oder Distanzänderung, es scheint eher kognitive Prozesse und inhaltliche Abwägungen zu begleiten oder Aufmerksamkeit zu demonstrieren. Die StP hält lange den direkten Blickkontakt und unterbricht diesen kurz in Fläche 121, als sich womöglich langsam abzeichnet, dass die Studierende nicht in einer für die StP befriedigenden Weise auf die Frage eingeht und damit klar wird, dass sie dem Wunsch nach einem paternalistischen Entscheidungsfindungsmodus nicht nachkommen wird, und die Studierende, anstatt eine eigene Präferenz zu äußern, im informativen Sinne eine indirekte Frage an die StP richtet. Zudem hat die Studierende vorher ebenfalls den Blick gesenkt; das könnte die Blickrichtung der StP ebenfalls beeinflusst haben. Dies kann ebenso als Enttäuschung und Rückzug oder sogar als deren Demonstration gedeutet werden wie als Begleitung kognitiver Prozesse, die an dieser Stelle nötig werden, weil die Strategie der Studierenden offensichtlich wird und die StP ihre nächsten Äußerungen dem anpassen muss.

Kurz danach stellen beide Seiten den direkten Blickkontakt parallel wieder her. Auf Seiten der Studierenden kann die Herstellung des direkten Blickkontakts sowohl dazu dienen, die Aufmerksamkeit der StP zu kontrollieren, als auch die turn-Übergabe vorbereiten, da sie sich einem syntaktischen Abschlusspunkt der Äußerung und damit einer übergaberelevanten Stelle nähert. Bei der StP kann der Blickrichtungswechsel möglicherweise auf die direkte Anrede der Studierenden zurückzuführen sein, ihr Verhalten spiegeln oder darüber hinaus auf gesteigerte Aufmerksamkeit hinweisen – möglicherweise hofft sie auf weitere, hilfreiche Informationen oder einen Hinweis – oder auch eine eigenen turn vorbereiten. Im gesamtem Korpus ist häufig zu beobachten, dass die Gesprächspartner ihre Blicke oft parallel voneinander abwenden, aber insbesondere dass sie häufig zeitgleich den Blickkontakt wiederherstellen. Dies kann durch die gegenseitige Demonstration von Aufmerksamkeit oder die Absicherung des aktuellen Beziehungsstatus begründet sein oder darauf beruhen, dass Bewegungen aus dem Augenwinkel wahrgenommen werden, die die Aufmerksamkeit auf die Quelle der Aktivität lenken, da womöglich weitere Handlungen erwartet werden. Diese Interpretationen sind auch hier denkbar.

Gegen Ende ihres turns realisiert die Studierende in Fläche 121 zwei Mal kurz nacheinander die Anrede „sie“. Diese Reparatur, die eine Folge von Nervosität oder weitergehenden Formulierungsplanungen sein kann, betont jedoch zugleich und möglicherweise unbeabsichtigt, dass die Verantwortung für die Entscheidung hier wieder auf die StP übergeht. Anschließend formuliert die Studierende nacheinander zwei Komparative: „akzeptablerer sind tolerablerar sind,“. Die fehlerhafte Aussprache der beiden Adjektive kann auf mangelhaftem Wissen basieren, angesichts des Konflikts mit der StP kann sie aber auch ein Ausdruck von Unsicherheit und Nervosität sein, was durch das parallele Schulterzucken gestützt würde. Viel interessanter ist jedoch die Reihung der beiden Adjektive im Stil einer Anapher. Auf den ersten Blick vermitteln diese Adjektive semantisch Ähnliches, jedoch hat „tolerabler“ eine negativere Bedeutung, denn es impliziert, dass auf jeden Fall Nebenwirkungen auftreten werden und es nur darum geht, welche erträglicher sind und wie damit im Alltag umgegangen werden kann. Das legt ‚akzeptabler‘ zwar auch nahe, aber nicht in der gleichen Schärfe wie das nachfolgende Adjektiv. Obwohl sie bisher stets die Folgenlosigkeit der Entscheidung betont hat, deutet die Studierende hier also mit Hilfe einer rhetorischen Figur und durch das Adverb „vielleicht“ nur leicht abgeschwächt darauf hin, dass Nebenwirkungen zu erwarten sind und deren Auswirkungen auf die jeweilige Person für die Entscheidung zentral sind. Dies könnte eine Strategie der Studierenden sein, die Nebenwirkungen nun so direkt und wirkmächtig ins Zentrum zu stellen, dass die StP dadurch gedrängt wird, Stellung zu nehmen. Wenn die Nebenwirkungen nicht mehr nur als abstrakte Größe mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit erscheinen, sondern ein fest einzukalkulierender Faktor sind, mag dies medizinisch falsch sein, es bietet der StP aber einen neuen Ansatz, um eine eigene Meinung zu entwickeln, und erhöht zugleich den diesbezüglichen Druck. Die Studierende endet mit leicht steigender Tonhöhe; darauf folgt eine 1,5-sekündige Pause, die zusammen mit der inhaltlich wie syntaktisch abgeschlossenen Äußerung und dem vorher aufgebauten Blickkontakt als Versuch der turn-Übergabe angesehen werden kann.

Während der bisherige Ansatz der Studierenden immer als ein informativer einzuordnen war, ergibt sich durch die hier betrachtete Realisierung der indirekten Frage bis Fläche 121 eine Änderung: Zuvor hatte die Studierende von der StP verlangt, sich zwischen den beiden Medikamenten zu entscheiden, nun verschiebt sie den inhaltlichen Fokus auf die Nebenwirkungen, zu denen die StP erst einmal Stellung beziehen soll. Dieses Vorgehen, nicht direkt über die Entscheidung zu sprechen, sondern zunächst die Präferenzen und die Haltung des Patienten mit den Rahmenbedingungen einer Therapie abzugleichen, entspricht in wesentlichen Teilen dem interpretativen Modell, das die Studierende nun initiiert.

Anschließend fragt die StP in einem hier nicht zitierten Transkriptausschnitt nach den Nebenwirkungen, die die Studierende daraufhin für beide Medikamente noch einmal zusammenfasst. Dass sie der StP an dieser Stelle hilft, ist nachvollziehbar, da die StP ihrem Vorschlag hier anscheinend ohne Widerstand folgt und die Erörterung der Nebenwirkungen eine Vorstufe zu einer Beurteilung und damit eine Entscheidungshilfe sein kann. Die StP wiederholt dann Details der Nebenwirkungen und beginnt diese auf ihren Alltag zu beziehen. All dies ist weiterhin im Sinne eines informativen oder interpretativen Ansatzes, dem eine patientenseitige Entscheidung oder zumindest eine weiterführende Darstellung der eigenen Wertvorstellungen folgen soll. Die StP formuliert

allerdings keine eindeutigen Präferenzen und ringt sich nicht zu einer Entscheidung durch. Mit ihrer unterstützenden Erläuterung mischt sich die Studierende zwar in den kognitiven Abwägungsprozess der StP ein, unterlässt aber weiterhin Hinweise auf ihre eigenen Werte, Vorstellungen und Prioritäten und interpretiert im weiteren Verlauf auch nicht die Aussagen der StP in Bezug auf deren Wertehaltungen. Insbesondere Letzteres deutet weniger auf den interpretativen Ansatz als auf das informative Modell hin, auch wenn es an dieser Stelle schwierig wäre, die Haltung der Studierenden weitreichend zu deuten. Womöglich wartet die Studierende noch weitere Aussagen der StP ab, da diese noch keine konkreten Hinweise auf eine Präferenz gegeben hat und eine Intervention der Studierenden zwar möglich ist, aber nicht gefordert wird. Obwohl hier ein dialogischer Prozess zu beobachten ist, der prinzipiell einen deliberativen Ansatz nahelegen würde, schwankt der hier beobachtbare Modus der Entscheidungsfindung aber weiterhin zwischen einem informativen und interpretativen Ansatz.

Die StP nimmt in ihren Beiträgen die Suggestion der Studierenden in Fläche 121 auf, dass die Nebenwirkungen höchstwahrscheinlich bis sicher eintreten. Sie wägt die Nebenwirkungen gegeneinander ab, worauf es zu Korrekturen durch die Studierende kommt, die noch einmal auf die Wahrscheinlichkeit der Nebenwirkungen eingeht.

8.2.5 Dritte Initiative der standardisierten Patientin

[127]

Stud. [v]		ja		
Stud. [P/P]	*nickt mehrfach*			
StP [v]	sie ja auch,		und MÜdigkeit und schwäche.	(--) na ja.
StP [P/P]				*bewegt den Kopf leicht*
StP [G/H]				
StP [M/A]	*schaut in die Kamera*		*schaut links an der Stud. vorbei*	

[128]

Stud. [v]	°h das HEISST ja nich so das: es	[auftreten MUSS ne, desHALB	
Stud. [P/P]	*nickt mehrfach*	*nickt mehrfach stark, lehnt sich*	
Stud. [G/H]	*gestikuliert*		
StP [v]		[nein Eben, (.) ja ja (.) ja ja	
StP [P/P]	*hin und her*	*nickt mehrfach leicht*	
StP [G/H]			
StP [M/A]	*schaut zur Stud.*		

[129]

Stud. [v]	also,]	(-) ja		
Stud. [P/P]	*leicht zurück und vor*			
Stud. [G/H]				
StP [v]	!NEIN! nein]		ja verSTEhe oder hm;	(---)
StP [P/P]				
StP [G/H]				
StP [M/A]			*dreht den Kopf nach links, schaut nach unten*	

[130]

StP [v]	<<p> sagen SIE doch mal was,
StP [P/P]	*schüttelt leicht den Kopf*
StP [G/H]	*<< zuckt die Schultern >>*
StP [M/A]	*dreht den Kopf zur Stud., schaut zur Stud., zieht die Mundwinkel nach unten*

[131]

Stud. [M/A]	*schaut kurz nach unten, dann wieder zur StP*	
StP [v]	(2.0)	ich meine dicke BEIne, (-)
StP [P/P]		*lehnt sich leicht vor und zurück*
StP [G/H]		

Die StP hat ihre Äußerung in Fläche 127 zwar syntaktisch nicht abgeschlossen, blickt aber an der Studierenden vorbei, macht eine Pause und produziert zwei Interjektionen mit stark fallender Tonhöhe. Daraufhin atmet die Studierende in Fläche 128 zunächst tief ein und übernimmt dann den turn. Mit der Betonung von „HEISST“ sowie zwei abschwächenden Einstellungspartikeln („ja“, „so“) unterstreicht sie zwar paraverbal die Einleitung der inhaltlichen Korrektur, schwächt diese aber gleichzeitig ab, was hier eine beziehungsstabilisierende und imageschützende Funktion haben kann. Gleichzeitig kann die Betonung zu Beginn ihrer Äußerung auch eine turnetablierende Funktion haben, da sie den turn in Selbstwahl übernommen hat und keineswegs sicher sein kann, dass die StP nicht noch etwas hinzufügen möchte. Körpersprachlich begleitet die Studierende ihre Äußerung durch Gesten und mehrfaches Nicken. Während die begleitenden Gesten als argumentativ unterstützend und ebenfalls turnetablierend gedeutet werden können, kann sie mit dem Nicken sowohl dem bisherigen Abwägungsprozess der StP zustimmen – was hier allerdings etwas verzögert käme – als auch die eigene Argumentation stützen. Inhaltlich geht es an dieser Stelle um eine medizinische Information, die für den Entscheidungsprozess durchaus relevant ist; insofern kann davon ausgegangen werden, dass auch das starke Nicken im weiteren Verlauf der Äußerung (Fläche 128) und die proxemischen Aktivitäten dazu dienen, die eigene Aussage körpersprachlich zu verstärken. Zusätzlich realisiert die Studierende zwei weitere paraverbale Betonungen in kurzer Folge sowie eine Rückversicherungspartikel am Ende von Fläche 128.

Der Inhalt der Äußerung wird hier also auf verschiedenen kommunikativen Ebenen gestützt und betont. Dies ist insofern nachvollziehbar, als der hier benannte Aspekt für die Entscheidung bezüglich der Medikation von großer Bedeutung ist. Gleichzeitig korrigiert die Studierende damit nicht nur die StP, sondern zum Teil auch sich selbst, da ihre eigene Formulierung in Fläche 121 nahegelegt hatte, dass die Nebenwirkungen zwangsläufig eintreten. Vermutlich beruht die Deutlichkeit und die starke Betonung ihrer Aussage also auch darauf, dass sie sich hier selbst korrigiert und dadurch die von ihr mit initiierte Gedankenkette der StP unterbrechen muss, und dient dazu, die neue Information in Abgrenzung zu der vorherigen in Fläche 121 als richtig hervorzuheben. Zusätzlich können die zwei Betonungen am Ende von Fläche 128 auch dazu dienen, den turn zu verteidigen, da die StP parallel zu sprechen beginnt. Obwohl es sich dabei zunächst nur um Partikeln handelt und nicht um erkennbare syntaktische Gebilde mit komplexerem Inhalt, wird das Rederecht hier durch die Quantität und die Betonung der Verbalisierungen der StP fraglich.

Die StP stellt zu Beginn der Äußerung der Studierenden zunächst Blickkontakt her, während sie die Arme immer noch vor der Brust verschränkt hält. Mit ihrer Körperhaltung stellt sie zu diesem Zeitpunkt schon länger Distanz her und schirmt sich ab; auf die turn-Übernahme der Studierenden reagiert aber sofort und demonstriert Aufmerksamkeit. Gegen Ende von Fläche 128 kommt es dann zu einer Simultansequenz: Die StP formuliert die Negationspartikel „nein"; in Verbindung mit der bestärkenden Responsivpartikel „Eben," bezieht sich dieser Widerspruch nicht auf die Aussage der Studierenden an sich, sondern auf ihre Implikation, dass die StP der Annahme gefolgt ist, die Nebenwirkungen träten zwangsläufig auf. Die steigende Tonhöhe von „Eben," legt eine anschließende Weiterführung der Äußerung nahe, die hier noch als Rückmeldung bzw. Kommentierung angesehen werden können und nicht als Versuch einer turn-Übernahme. Nach einer Mikropause produziert die StP eine ganze Reihe weiterer Antwortpartikeln, die zunächst als Zustimmung zur Aussage der Studierenden gedeutet werden können, in ihrer Fülle aber auch eine *continuer*-Funktion mit einer begleitenden Bitte um Beschleunigung bzw. Themenänderung haben können. Letzteres wird dadurch gestützt, dass die StP, während die Studierende ihren turn mit „desHALB also," weiterführt, zwei weitere Negationspartikeln äußert, eine davon mit sehr starker Betonung. Da sie hier mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht dem von der Studierenden geäußerten Inhalt widerspricht, ist es vermutlich die äußerungsbegründende Annahme der Studierenden, die sie hier ungewöhnlich deutlich zurückweist. Da die Negationspartikeln und damit die Kommentierung der Annahme der Studierenden am Anfang und am Ende dieser Parallelsequenz erfolgen, wechselt innerhalb dieser Sequenz entweder zweimal der Referenzrahmen, nämlich von der Präsupposition der Äußerung zu deren Inhalt bzw. Wahrheitsgehalt und wieder zurück, oder die mehrfache Wiederholung der Partikel „ja" erfüllt inhaltsunabhängig die besagte *continuer*-Funktion. Das parallele mehrfache leichte Nicken kann ebenso als inhaltliche Bestätigung der Äußerung der Studierenden gelesen werden, was die Sprünge im inhaltlichen Bezugsrahmen stützen würde, wie als nonverbale Begleitung der *continuer*-Funktion. Eine eindeutige Zuordnung ist hier nicht möglich. Insgesamt ist die massive Reaktion der StP hier auffällig; sie kann dadurch begründet sein, dass die Studierende mit ihrer Korrektur der StP eine nicht zutreffende Annahme unterstellt und die StP eingreift und von ihrem möglichen Missverständnis abzulenken versucht, um ihr eigenes Image zu schützen.

Nach der Parallelsequenz entsteht zunächst eine kurze Pause; anschließend äußert die Studierende die Partikel „ja" und bricht damit ihre zuvor angefangene Äußerung ab. Diese Partikel kann sowohl eine inhaltliche Funktion haben, nämlich die, dem Widerspruch der StP zuzustimmen, als auch eine gliedernde Funktion. Da die Studierende gleichzeitig ihre Geste beendet und keine Tonhöhenveränderung eine Fortsetzung der Äußerung signalisiert, liegt die Deutung nahe, dass es sich hier um ein gliederndes, eventuell ein abschließendes Element handelt. Die StP setzt direkt im Anschluss mit einer Äußerung ein und bestätigt die Aussage der Studierenden sowohl mit der Responsivpartikel „ja" als auch mit dem betonten Verb „verSTEhe". Die anschließende Konjunktion „oder" deutet einen Widerspruch an. Dem folgt aber kein weiterer inhaltlicher Beitrag, sondern eine Interjektion mit fallender Tonhöhe und eine Pause. Parallel zum Abbruch ihrer Formulierungsaktivität dreht die StP den Kopf nach links und schaut nach unten, womit sie sich aktiv abwendet und ihre Aufmerksamkeit von der Studie-

renden abwendet. Die Studierende setzt danach nicht zu weiteren Ausführungen an; sie übergibt also im Anschluss an ihre inhaltliche Korrektur den turn wieder an die StP, die ihn auch vorher innehatte. Diese übernimmt den turn zwar, scheint dann aber zunächst nicht in der Lage oder nicht gewillt zu sein, ihn fortzuführen.

Nach Abschluss der Korrektursequenz und der turn-Übernahme durch die StP sind in Fläche 130 eine ganze Reihe auffälliger paralleler Aktivitäten zu beobachten: Mit einem leise vorgetragenen „sagen SIE doch mal was," kommt die StP sehr plötzlich wieder auf ihren Wunsch nach einer paternalistischen Behandlungsweise zurück. Die Betonung des „SIE", die steigende Tonhöhe am Ende der Äußerung, die Drehung des Kopfes zur Studierenden und die damit einhergehende Aufnahme des Blickkontakts sowie eine anschließende 2-sekündige Pause in Fläche 131 dienen vermutlich dazu, einen turn-Wechsel einzuleiten. Dabei lässt sich die ungewöhnlich leise Artikulation zusammen mit dem leichten Kopfschütteln, dem Schulterzucken und den heruntergezogenen Mundwinkeln als Hilflosigkeit deuten. Damit bringt die StP zum Ausdruck, dass sie auf die Studierende angewiesen ist; es unterstreicht zwar den Charakter der Äußerung als Bitte, steht aber auch in einem Widerspruch zu der deutlichen Fremdwahl, die einen gewissen kommunikativen Druck erzeugt. Schließlich enthält die Äußerung auch zwei abschwächende Einstellungspartikeln, die möglicherweise die Schwelle für eine turn-Übernahme der Studierenden senken sollen.

Paraphrasiert man diese Äußerung etwas überspitzt, fordert die StP die Studierende auf, irgendetwas zu sagen, solange sie sich nur überhaupt äußert. Obwohl sich die Forderung also formell nur auf einen Redebeitrag bezieht, ist sie vor dem Hintergrund der bisherigen Interaktion und der weiter schwelenden Frage der Entscheidungsfindung als eine klare Forderung nach einem paternalistischen Modus der Entscheidungsfindung zu werten. Diese kann darin begründet sein, dass die Schauspielerin, die in diesem Gespräch ihre Rolle als devot-akzeptierende Patientin spielen soll, feststellt, dass die Studierende sich einer paternalistischen Entscheidungsfindung konstant verweigert und sie als Patientin über die gegebenen Hilfen zu einer eigenen Entscheidung bringen möchte. In dem Fall würde sie mit dieser deutlichen Botschaft aus dem Rollenkonzept heraus handeln, um ihren Auftrag als Schauspielerin in der Simulation zu erfüllen. Ob dies zutrifft, kann hier nicht abschließend geklärt werden, die Möglichkeit soll aber für die spätere Reflexion der Methode festgehalten werden. Praxiserfahrene Ärzte berichteten in der Auseinandersetzung mit den Gesprächsdaten dieser Studie, dass solche spontanen Hilfeersuchen von Patienten nicht unüblich seien; darum wird hier davon ausgegangen, dass die analysierte Situation trotz dieser deutlichen Intervention durchaus als authentisch bzw. repräsentativ gelten kann.

Nach dieser Präferenzbekundung der StP folgt wie bereits erwähnt eine 2-sekündige Pause, bevor die StP ihren turn weiterführt.

8.2.6 Entwicklung eines Kompromisses

[131]

Stud. [M/A]	*schaut kurz nach unten, dann wieder zur StP*	
StP [v]	(2.0)	ich meine dicke BEIne, (-)
StP [P/P]		*lehnt sich leicht vor und zurück*
StP [G/H]		

[132]

Stud. [v]			[°h]
Stud. [P/P]			*schüttelt leicht den*
Stud. [G/H]			*gestikuliert*
Stud. [M/A]			*schaut kurz nach*
StP [v]	wenn man die umgehen KÖNNte, >	((lacht kurz verlegen))	[ist ja NETT aber,]
StP [P/P]		*wippt kurz im Stuhl*	
StP [G/H]			
StP [M/A]		*lächelt*	

[133]

Stud. [v]			ja (.)
Stud. [P/P]	*Kopf*		
Stud. [G/H]			
Stud. [M/A]	*unten, dann wieder zur StP*		
StP [v]		(.) was meinen SIE?	
StP [P/P]		*lehnt sich leicht vor, bewegt leicht den Kopf*	
StP [G/H]			

Zunächst fällt auf, dass trotz der vielfältigen Aktivitäten, die die StP in Fläche 130 einsetzt, um den turn zu übergeben, und der anschließenden längeren Pause die Studierende den turn nicht übernimmt. Dass sie in der Pause den Blick senkt und ihn dann wieder auf die StP richtet, kann zwar ein Zeichen von Formulierungsaktivitäten sein, es kann aber ebenso als Kontaktvermeidung und damit als Ablehnung der Fremdwahl verstanden werden. Da die Studierende zur Aussage der StP und ihrem indirekt geäußerten Wunsch zur Entscheidungsfindung nicht Stellung nimmt, kann dies unter Berücksichtigung des vorherigen Gesprächsverlaufs mindestens als fehlende Zustimmung, aber eher als Ablehnung bzw. Zurückweisung verstanden werden.

Unabhängig davon führt die StP nach der 2-sekündigen Pause ihren turn fort. Mit der Äußerung „ich meine dicke BEIne, (-) wenn man die umgehen KÖNNte," äußert sie in den Flächen 131 und 132 zum ersten Mal eine Präferenz, nämlich eine Ablehnung einer bestimmten möglichen Nebenwirkung, die in der Konsequenz für die Verschreibung des Diuretikums sprechen würde. Dabei fallen in ihrer Formulierung das Verb („meine") und der mit „KÖNNte," markierte Konjunktiv auf, die die Aussage abschwächen und sie lediglich als subjektive Meinung und als Möglichkeit rahmen, die die StP selbst nicht beeinflussen kann. Dabei spricht sie weiterhin auffällig leise, betont aber mit dem Substantiv „BEIne" den inhaltlichen Kern der betreffenden Nebenwirkung und mit dem Modalverb „KÖNNte," den bereits angesprochenen Konjunktiv. Mit diesem Beitrag löst sich die StP von dem kurz vorher noch eingeforderten paternalistischen Ansatz und geht auf den Vorschlag der Studierenden ein. Indem sie die möglichen Nebenwirkungen auf ihren Alltag und ihre Wertvorstellungen bezieht, erfüllt sie trotz aller Abschwächungen und der Markierung von Zurückhaltung und Nichtzuständigkeit

einen zentralen Aspekt des interpretativen Modells. Nonverbal sind leichte Oberkörperbewegungen auszumachen, zudem hält sie hier immer noch die Arme verschränkt. Während diese Armhaltung weiterhin Distanz und Abwehr signalisiert, können die leichten wippenden Körperbewegungen, mit denen sie die Distanz in rascher Folge vergrößert und wieder vermindert, Unwohlsein oder Unsicherheit angesichts der langsamen Aufgabe der eigenen Position und des Eingehens auf die Studierende ausdrücken.

Gleichzeitig legt die thematisierte gewünschte Vermeidung von dicken Beinen eine mögliche Priorität von Äußerlichkeiten nahe, denn sie kann in Richtung Sportlichkeit, aber auch als Eitelkeit gedeutet werden. Diese Lesart wird gestützt von dem verlegen wirkenden Lachen, das die StP in Fläche 132 parallel zu wippenden Bewegungen im Stuhl und einem kurzen Lächeln realisiert. Dieses Lachen kann zwar auch damit zusammenhängen, dass sie hier ihre eigene Position zur Entscheidungsfindung aufgibt und auf den Vorschlag der Studierenden eingeht, aber ein Bezug auf die äußerliche Erscheinung als Präferenzgrund für eine Medikation erscheint hier aufgrund der anderen nonverbalen Aktivitäten näherliegend. Anschließend und parallel zur Weiterführung des turns durch die StP atmet die Studierende hörbar ein, gestikuliert, schaut kurz nach unten, bevor sie den Blick wieder auf die StP richtet, und schüttelt leicht den Kopf. Sie scheint zu einer turn-Übernahme anzusetzen, möglicherweise bereitet sie eine Antwort auf die gerade verbalisierte Präferenz der StP vor. Eine solche leitet sie dann aber nicht ein, sie produziert auch keine Hörrückmeldung, sondern belässt den turn beim Gegenüber. Die StP führt ihren turn weiter mit „ist ja NETT aber, (.) was meinen SIE?“. Die betonte Bewertung am Anfang der Äußerung („NETT“), die abschwächende Partikel „ja“ und die dann folgende einschränkende Konjunktion „aber“ können hier in zweierlei Hinsicht gedeutet werden: Einerseits ist denkbar, dass die StP hier ihre vorherige Äußerung syntaktisch fortführt, die durch das Lachen kurz unterbrochen wurde. In dem Fall bezieht sich die Wertung inhaltlich auf ihre geäußerte Präferenz, d. h., sie bewertet das Vermeiden dicker Beine positiv. In der zweiten Lesart war der vorherige Satz syntaktisch beendet und das Lachen stellt eine stärkere Zäsur dar; dann bezieht sich die geäußerte Bewertung darauf, dass die Studierende eventuell ihre Interessen berücksichtigen könnte. Diese zweite Möglichkeit würde aber, obwohl hier zunächst eine paternalistische Deutung naheliegt, indirekt befürworten, dass bei der Entscheidungsfindung die Interessen des Patienten berücksichtigt werden. Das würde der bisher verbalisierten Meinung der StP deutlich widersprechen, deshalb tendiere ich hier zur ersten Interpretation.

Anschließend leitet die StP mit der koordinierenden Konjunktion „aber“ am Ende von Fläche 132 eine Einschränkung ein und formuliert nach einer kurzen Pause eine direkte Frage an die Studierende. Die kurze Formulierung ohne Partikeleinsatz, die Betonung der Anrede „SIE“, die prosodische Fragemarkierung und die leichte proxemische Distanzverringerung zielen hier klar auf eine Fremdwahl ab. Interessant ist hier die Wahl des Verbs „meinen“, das lediglich eine Meinung und keine Entscheidung verlangt und insofern als Abschwächung der Redeaufforderung und als Gesprächsangebot gesehen werden kann. Die StP äußert damit zwar eine Präferenz, hält diese aber knapp und unterlässt es, sie weiter auszuführen oder Konsequenzen aufzuzeigen. Stattdessen übergibt sie den turn an die Studierende mit der Bitte um Interpretation bzw. Kommentierung. Dies kann als Versuch gedeutet werden, die Entscheidung und damit die

Verantwortung im paternalistischen Sinne der Studierenden zu übertragen.

8.2.7 Konsensabsicherung und Abschluss der Entscheidungsfindung

[134]

Stud. [v]	alSO (-)	wenn ihnen das wirklich (.) äh recht is dann würde für das diuretikum mich
Stud. [P/P]		*schüttelt mehrfach leicht den Kopf*
Stud. [G/H]		*gestikuliert*
StP [G/H]		

[135]

Stud. [v]	ä:hm	[entSCHEIden.] (-)			[weil sie sagen]
Stud. [P/P]	*nickt*				
Stud. [G/H]					*gestikuliert*
StP [v]		[gut,]	dann MAchen, (-) JA;	ich MACH	[das dann]
StP [P/P]		*nickt leicht*			
StP [G/H]					>
StP [M/A]			*schaut nach unten*		*schaut zur Stud.*

[136]

Stud. [v]	ja AUCH, (-) dicke beine nich SO		(.) nett und,	[mit
Stud. [G/H]				
StP [v]				[ja schwach und
StP [P/P]	*lehnt sich vor*			*lehnt sich zurück*
StP [G/H]	*stützt Kopf an der Wange mit der rechten Hand ab*			*gestikuliert*
StP [M/A]				*schaut auf ihr*

[137]

Stud. [v]	KOPFschmerzen (und so)]	[((lacht 2.0))]	
Stud. [P/P]		*lehnt sich zurück und wieder vor*	
Stud. [M/A]		*lächelt*	
StP [v]	MÜde auch nich,]	[aber (.) dicke BEIne is ja auch noch gleich]	so: (.)
StP [P/P]			
StP [G/H]		*spielt mit ihrem Notizbuch*	
StP [M/A]	*Notizbuch*		

Nach einer Responsivpartikel (Fläche 133, siehe vorigen Ausschnitt), die hier sowohl als Hörrückmeldung als auch als Signal der turn-Übernahme gelesen werden kann, setzt die Studierende in Fläche 134 zu einer längeren Ausführung an. Sie beginnt mit dem betonten Adverb „alSO“ als Konnektor, dem hier ebenfalls eine einleitende, außerdem auch eine gliedernde Funktion zugeschrieben werden kann. Ihre anschließende Äußerung ist als erstes Konsensangebot formuliert und kann somit als eine Art Zwischenfazit angesehen werden kann; Insbesondere dadurch kommt dem Adverb in der Binnenstruktur des Entscheidungsprozesses eine abgrenzende und die Zusammenfassung einleitende Funktion zu.

In den Flächen 134-135 schlägt die Studierende nun unter Verweis auf die Äußerungen der StP das Diuretikum als Kombinationsmedikament vor. Sie formuliert dies allerdings nicht als klare Entscheidung oder Schlussfolgerung, sondern leitet es durch eine Rückversicherung ein („wenn ihnen das wirklich (.) äh recht is“). Die Konjunktion „wenn“

sowie die Adverbien „wirklich“ und „dann“ markieren diese Rückversicherung und weisen damit die Einwilligung der StP deutlich als Grundvoraussetzung für die Wahl des Diuretikums aus. In der anschließenden Benennung des gewählten Medikaments verwendet die Studierende zudem den Konjunktiv, sie markiert ihren Vorschlag also als Möglichkeit und schwächt ihn damit ab. Parallel zur Formulierung des konkreten Vorschlags beginnt sie zu gestikulieren und leicht den Kopf zu bewegen; diese Aktivitäten können als inhaltlich stützende bzw. überzeugende Redebegleitung gewertet werden, sie lassen sich aber auch als Anzeichen von leichter Unsicherheit und Vagheit deuten. Die Hypothese der Unsicherheit bzw. Vorsicht wird gestützt durch die beobachtbaren Verzögerungspartikeln (Fläche 134: „äh“; Fläche 135: „ä:hm“) und die fehlerhafte Syntax des zweiten Äußerungsteils in Fläche 134, wo ein Personalpronomen im Nominativ fehlt und zudem die Akkusativform „mich“ als Subjekt nach dem Objekt platziert ist.

In Fläche 135 betont die Studierende das Verb „entSCHEIden.“, was als Referenz auf die vorherigen Nennungen verstanden werden kann, aber insbesondere die aktuelle Phase des Arzt-Patienten-Gesprächs betont. Denn wenn die StP den Vorschlag der Studierenden akzeptiert, führt das an dieser Stelle zu einem Konsens, mit dem diese Phase wahrscheinlich abgeschlossen werden kann. Diese Betonung des Verbs und die stark fallende Tonhöhe können also auch gliedernde Funktion haben und die potentielle Abgeschlossenheit der Entscheidung markieren. Das parallele Nicken der Studierenden in Fläche 135 kann die eigene Zustimmung pantomimisch verstärken und den sich anbahnenden Konsens positiv unterstreichen; möglicherweise soll es auch das Gegenüber zu einer Bestätigung motivieren.

Interessant ist, dass die Studierende mit der hier betrachteten Formulierung in den Flächen 134-135 umschreibt, dass sie sich für das Diuretikum entscheidet, also sie in diesem Moment eine Entscheidung trifft. Dies steht in einem gewissen Widerspruch zu ihrer vorherigen Zurückhaltung, mit der sie lange Zeit auf das informative Modell abzielte, es passt aber zu dem interpretativen Ansatz, den sie früher im Gespräch vertreten hat. Nach diesem Modell hilft der Arzt dem Patienten bei der Bewusstwerdung und Interpretation seiner Werte und Wünsche, und leitet daraus eine Entscheidung ab, die der Patient allerdings ratifizieren muss, da er diesbezüglich die letzte Instanz ist. Ein solcher Ablauf ist hier in der Formulierung der Studierenden und ihren vielen Rückfragen zu beobachten. Theoretisch ist auch eine deliberative Auslegung denkbar, nach der die Studierende die Entscheidungsfindung als gemeinsames Projekt ansieht; danach würde sie mit der vorgeschlagenen Entscheidung lediglich ihren eigenen Anteil an dem angestrebten Konsens meinen, die Entscheidung der StP stünde im Aushandlungsprozess noch aus und wäre dann zu berücksichtigen. Da die Studierende aber lange mit ihrem Entscheidungsvorschlag gewartet hat und diesen erst äußert, nachdem die StP ihre Präferenzen markiert hat, tendiere ich dazu, diese Äußerung im Sinne eines interpretativen Ansatzes auszulegen.

Die StP verbalisiert parallel zum turn der Studierenden in Fläche 135 ein „gut,“, das als Hörrückmeldung oder in Verbindung mit dem parallelen Nicken als gliedernde Markierung oder als Zustimmung verstanden werden kann. Die leicht steigende Tonhöhe weist zudem auf eine mögliche weitere Äußerungsabsicht hin. Dann übernimmt sie den turn und leitet mit dem Adverb „dann“ eine anschließende bzw. schlussfolgernde Äußerung ein. Sie formuliert das Verb „MAchen,“ das sie stark betont, bricht dann aber

ihre Formulierung ab, äußert wiederum stark betont eine zustimmende Responsivpartikel („JA;“) und setzt anschließend zu einer neuen Äußerung an. Interessant ist hier, dass sowohl der erste als auch der zweite Formulierungsversuch das betonte Verb „machen“ enthält; während aber die erste flektierte Form entweder auf die 1. Person Plural oder auf die 3. Person Plural (Höflichkeitsform) verweist, ist die zweite Form explizit mit dem Personalpronomen in der 1. Person Singular verbunden. Die StP bezieht sich also zunächst entweder auf eine gemeinsame Aktivität oder setzt zu einer Aufforderung an die Studierende an. Wenn sich diese Äußerung auf die Entscheidungsfindung und deren Umsetzung bezieht – wofür an dieser Stelle vieles spricht –, würde die Aufforderung an die Studierende eine Referenz auf das Verb „entSCHEIden.“ beinhalten; damit würde die StP die Entscheidungsfindung und die Verantwortung dafür wieder mehr in Richtung der Studierenden verlagern und sich selbst zurückziehen, auch wenn ihre Äußerung als indirekte Zustimmung ausgelegt werden kann. Interpretiert man die Verbform „MAchen,“ als 1. Person Plural, verweist die Äußerung dagegen auf eine gemeinsame Entscheidungsfindung und drückt klarer Zustimmung aus. Da die StP ihre Äußerung abbricht und nach der betonten Responsivpartikel in der 1. Person Singular neu ansetzt, erscheint mir die erste Hypothese, dass es sich beim ersten Ansatz um die 3. Person Plural, also die Höflichkeitsform handelt, wahrscheinlicher. Die Entscheidungsfindung und die Verantwortung dafür der Studierenden zuzuweisen, könnte den angebotenen Kompromiss zurückweisen und zu weiteren Auseinandersetzungen um den Modus der Entscheidungsfindung nach sich ziehen, insbesondere da die StP mit ihren früheren Versuchen, ihre diesbezügliche Präferenz durchzusetzen, keinen Erfolg hatte. Dazu passt, dass die StP anschließend die Antwortpartikel „JA;“ stark betont und damit dem Konsensangebot der Studierenden nachdrücklich zustimmt. Daraus könnte man schließen, dass die StP den erreichten Konsens schnell absichern und auch nicht mit einer möglicherweise missverständlichen Formulierung gefährden möchte. Ihre anschließende Äußerung „ich MACH das dann“ kann in diesem Sinne als weitere Zustimmung gesehen werden. Zudem präsentiert sie sich zwar durch die Formulierung und die Betonung tendenziell als aktive, handelnde Person, vermittelt über das Adverb „dann“ in kausaler bzw. schlussfolgernder Funktion aber gleichzeitig eine unterordnende Folgsamkeit, womit sie sich möglicherweise von der hier eingenommenen aktiven Rolle gleich wieder distanziert und die Asymmetrie der Beziehung betont.

Der parallele kurze Blickwechsel der StP in Fläche 135 kann hier als Begleitung kognitiver Prozesse, aber eher noch als Zurückhaltung, Rückzug und Konfrontationsvermeidung interpretiert werden. Nonverbal fällt vor allem auf, dass die StP am Ende ihrer Äußerung in Fläche 135 die seit Fläche 118 verschränkten Arme löst und damit die distanzierte und abwehrende Körperhaltung auflöst. Ihre in Fläche 136 zu beobachtenden gestischen und proxemischen Aktivitäten, das distanzverringernde Vorlehnen und das Abstützen des Kopfs mit der rechten Hand, stehen sogar in klarem Widerspruch zur vorherigen Körperhaltung. Die StP wendet sich damit deutlich der Studierenden zu und nimmt eine eher informelle Körperhaltung ein. Das kann an dieser Stelle, wo gerade eine konsensuale Einigung im Entscheidungsfindungsprozess erzielt wird, als Aufgabe einer konfliktbereiten Haltung und damit als Abschluss der Meinungsverschiedenheit seitens der StP verstanden werden. Auch das nonverbale Verhalten lässt sich als Zu-

stimmung zum Kompromiss und Stärkung der Beziehung, darüber hinaus aber auch als Gliederungssignal deuten.

Die Studierende setzt parallel zur Äußerung der StP am Ende von Fläche 135 zum Sprechen an, so dass es zu einer kurzen Parallelsequenz kommt, an deren Ende die Studierende den turn übernimmt. Sie projiziert mit der einleitenden Konjunktion „weil“ eine Begründung für ihren Vorschlag und bezieht diese anschließend direkt auf die von der StP geäußerte Präferenz (Fläche 131-132). Damit betont sie, dass diese Entscheidung nicht auf ihrem eigenen Wunsch oder ihren Präferenzen basiert, sondern die Haltung der StP dafür ausschlaggebend war. Mit diesem Gesprächszug weist sie eine mögliche Interpretation der Entscheidungsfindung als paternalistisch zurück und verweist darauf, dass hier letztlich das interpretative Verfahren angewendet wurde. Dabei unterstreicht sie ihre Äußerung in Fläche 136 sowohl mit Betonungen („AUCH,“, „SO“) als auch mit begleitender Gestik. Auffällig ist die syntaktisch fehlerhafte Struktur, die aber zusammen mit den verwendeten Partikeln („ja“, „SO“) und der eher schwach formulierten Negativbewertung durch „nich SO (.) nett“ als insgesamt vorsichtige Formulierung mit Reparaturen und Abschwächungen verstanden werden kann. Da die Studierende ihren Vorschlag mit der vorherigen Aussage der StP rechtfertigt, kann die Vorsicht, mit der sie hier operiert, als Schutz vor Missverständnissen und Korrekturen durch die StP gedeutet werden, sie kann sich aber auch auf den oben beschriebenen Zusammenhang zwischen Äußerlichkeiten und Eitelkeit beziehen, der hier als Angriff missverstanden werden und damit der Beziehung schaden könnte. Schließlich führt die Studierende mit „mit KOPFschmerzen (und so)“ (Fläche 136-137) die Begründung ihrer Interpretation und ihres darauf basierenden Vorschlags fort. Damit hat sie nun zwei Argumente benannt, aus denen sie auf der Basis des interpretativen Modells ihren Vorschlag abgeleitet hat; durch diese ausführliche Nachzeichnung gibt sie der StP zudem die Möglichkeit, den Prozess nachzuvollziehen und womöglich dazu Stellung zu nehmen oder ihn zu ratifizieren.

Parallel zur Äußerung der Studierenden beginnt die StP am Ende von Fläche 136 einen eigenen Beitrag; das führt zu einer längeren Parallelsequenz, die bis weit in die Fläche 137 hinein andauert. Die StP geht hier auf die Begründung der Studierenden ein und verweist auf zwei Nebenwirkungen des Diuretikums, die ebenfalls nicht erwünscht sind. Dabei gestikuliert sie unterstützend, vergrößert die Distanz, indem sie sich zurücklehnt, und wendet den Blick von der Studierenden ab und auf das vor ihr liegende Notizbuch. Mit dieser Aussage stellt die StP die Interpretation der Studierenden und die darauf basierende Entscheidung ansatzweise in Frage: Der Hinweis, dass die potentiellen Nebenwirkungen des ausgewählten Medikaments ebenfalls ungewollt sind, impliziert, dass es womöglich gar keine klare Entscheidungsgrundlage gibt. Die StP leitet die entsprechende Aussage mit der Partikel „ja“ ein, die an die Aussage der Studierenden anknüpft und ihrem Widerspruch einen trotzigen bis vorwurfsvollen Beiklang verleiht. Die steigende Tonhöhe bei „nich,“ in Fläche 137 verweist weniger auf eine Frage als vielmehr auf eine mögliche Weiterführung der Äußerung, was insofern auffällig ist, als die StP der Studierenden ins Wort gefallen ist und damit die Parallelsequenz erzeugt hat. Angesichts der direkten Unterbrechung wäre zunächst eher ein kurzer ergänzender oder kommentierender Einwurf erwartbar gewesen und nicht der Beginn eines ausführlicheren Beitrags. Tatsächlich führt sie ihre Äußerung auch weiter und betont, dass dicke Beine für sie ein gewichtigeres Argument bei der Wahl des Medika-

ments sind. Dabei projiziert sie mit der einleitenden Konjunktion „aber“ von vornherein eine Einschränkung bzw. Ergänzung ihrer eigenen Aussage. Anschließend verwendet sie nach der betonten Nennung von „dicke BEIne“ das Verb „is“. Hier fällt auf, dass sie diese potenzielle Nebenwirkung in der gleichen Weise formuliert wie die Studierende zuvor, beispielsweise in Fläche 136, nämlich als einen festen Terminus, den sie im Singular verwendet. Dies legt nahe, dass auf Seiten der StP ein festes kognitives Konzept etabliert bzw. von der Studierenden übernommen wurde und dass damit eine mögliche Bedeutungssteigerung dieser Nebenwirkung einhergeht. Anschließend gebraucht sie zwei Adverbien („auch noch“), mit denen sie implizit weitere Gründe als bekannt voraussetzt, obwohl solche bisher nicht genannt wurden. Zudem vermitteln das Adverb „gleich“ und die zwei Einstellungspartikeln „ja“ und „so:“ einen gewissen Unmut und Distanz. Da die StP anschließend (in der hier nicht dargestellten Fläche 138) eine neue Aussage beginnt, wird die in Fläche 137 begonnene Äußerung nicht zu Ende geführt. Es ist auffällig, dass die StP die dicken Beine hier erst als Argument einführt und damit eine längere Parallelsequenz zum Lachen der Studierenden erzeugt, die Bedeutung dieses Arguments aber anschließend nicht klar bestimmt. Dies bestätigt die Hypothese zu den Flächen 131-132, dass die Thematisierung dieser Nebenwirkung mit einem Bezug zu Äußerlichkeiten und damit einer möglichen Interpretation als Eitelkeit als etwas peinlich angesehen wird. Dazu passt, dass das Thema hier angedeutet, aber nicht expliziert wird. Gestützt wird diese These durch die beobachtbare parallele Gestik: Die StP hält den Blick weiterhin gesenkt und spielt mit ihrem Notizbuch, was ebenfalls als Verlegenheit und Scham interpretiert werden kann.

Angesichts der vorher schon beobachteten offenbaren Peinlichkeit des Themas und des ab Fläche 134 formulierten Kompromissvorschlags der Studierenden stellt sich die Frage, welche Funktion diese erneute Thematisierung der dicken Beine in Fläche 137 haben kann. Sie wäre wahrscheinlich nicht nötig gewesen, eine Zustimmung in Anschluss an den Vorschlag der Studierenden hätte ausgereicht, um die Phase der Therapieentscheidung und -planung abzuschließen. Dennoch produziert die StP ab Fläche 136 erst einen Widerspruch zur Aussage der Studierenden und hebt diesen anschließend wieder auf, indem sie deren Interpretation bestätigt – wofür sie dann allerdings das schambehaftete Thema erneut ansprechen muss. Zwei Lesarten liegen hier nahe: Zum einen ist möglich, dass die StP zunächst die prinzipielle Gleichrangigkeit der Nebenwirkungen betonen und zum Ausdruck bringen will, dass dicke Beine kein klar übergeordnetes Entscheidungskriterium darstellen, sondern nur eine von mehreren Wahlmöglichkeiten, und sie hier lediglich eine Tendenz äußert. Damit würde sie nicht nur weiterhin Unentschlossenheit zum Ausdruck bringen, sondern zudem ihre medizinische Unkenntnis und damit ihre Laienrolle kontextualisieren. Zum anderen könnte dies ein Versuch sein, die Verantwortung für die Entscheidung auch jetzt noch so weit wie möglich der Studierenden zuzuweisen, ohne jedoch den gefundenen Kompromiss wieder zu gefährden, dessen Erarbeitung nicht konfliktfrei und insbesondere für die StP von vielen Fehlschlägen begleitet war. Das wäre womöglich ein Hinweis darauf, dass die Schauspielerin in der Simulation den Entscheidungsfindungsmodus, der in der Darstellung der Patientin von ihr gefordert war, nicht realisieren konnte: In diesem Sinne würde sie hier ihre in der Rollenbeschreibung vorgegebene Haltung noch einmal betonen, ohne jedoch den erreichten Konsens aufzukündigen.

Eine weitere Deutung, die mit der ersten Lesart verknüpft sein kann, wäre, dass die StP hier eine Unterstützung ihrer in Fläche 131-132 getätigten Präferenzaussage einfordert, auf der schließlich die Entscheidung basiert. Da die StP für das vorgeschlagene mögliche Entscheidungskriterium vermutlich keine medizinischen, sondern ästhetische Gründe hatte und die Studierende daraus zwar Schlüsse gezogen, aber keine eigene Meinung dazu abgegeben hat, kann es sich hier um den Versuch handeln, sich rückzuversichern bzw. eine Bestätigung einzuholen. Ob dies auf inhaltlicher Unsicherheit basiert oder auf Scham und damit eher imageschützende Gründe hat, lässt sich nicht eindeutig feststellen, auch wenn die konkrete Umsetzung in Fläche 137 auf die zweite Möglichkeit hindeutet. Ab Fläche 138 folgen zwar weitere Rückversicherungen sowie eine Reihe beziehungsstabilisierender und verständnissichernder Aktivitäten, doch wird diesen Phänomenen im Folgenden nicht weiter nachgegangen; der Konsens bezüglich der Entscheidung bleibt ab dieser Stelle bestehen und letztlich wird das Diuretikum verschrieben. Der Modus der Entscheidungsfindung ist somit an dieser Stelle ausgehandelt.

Abschließend ist zu diesem letzten Abschnitt noch anzumerken, dass die vorher schon beobachtete Behandlung der Nebenwirkungen als zwangsläufig bzw. deren Auftreten als sicher hier fortgeführt wird. Auch wenn beide Gesprächsteilnehmerinnen es vermutlich besser wissen, da diese Problematik in Fläche 128 explizit erörtert wurde, verwenden beide im gesamten Aushandlungsprozess und auch hier am Ende der Phase der therapeutischen Entscheidung fast durchgängig keine Wahrscheinlichkeitsmarkierungen im Zusammenhang mit dem Auftreten der Nebenwirkungen, sondern behandeln diese als feste Entitäten, die wie Güter verglichen und gegeneinander abgewogen werden können. Auch wenn die Unterlagen, die die Studierenden bekommen haben, keine genauen Angaben zu den Nebenwirkungen enthielten (vgl. Kapitel 13.1), mag dies ein Hinweis darauf sein, dass Studierende Schwierigkeiten haben, Risiken und Wahrscheinlichkeiten zu verstehen und/oder zu kommunizieren.[209] Diese werden im Gespräch an vielen Stellen absolut gesetzt; möglicherweise wird eine differenzierte Auseinandersetzung damit umgangen, weil dies die Aushandlung vereinfacht.

Nach den vielen gegenläufigen Versuchen der Interaktantinnen, einen bestimmten Entscheidungsfindungsmodus (informativ versus paternalistisch) zu etablieren, hat sich in diesem Gespräch also letztendlich ein interpretatives Vorgehen durchgesetzt. Die vielfältigen Versuche der StP, ein paternalistisches Modell durchzusetzen, waren nicht erfolgreich, und die Studierende hat sie, unter anderem durch ihre Fragetechniken und vermutlich auch durch die mehrfache Weigerung, den turn zu übernehmen bzw. Stellung zu beziehen, schließlich dazu gebracht, selbst Position zu beziehen und mit Bezug auf ihre Lebenswelt eine Präferenz zu formulieren. Auf dieser Grundlage konnte die Studierende schließlich eine Behandlung vorschlagen, die die Vorstellungen und Wünsche der StP berücksichtigt. Der Unterschied zu einem deliberativen Ansatz ist, dass die Studierende aus den Äußerungen der StP deren Werthaltung erschlossen und auf dieser Basis einen Vorschlag formuliert hat. Nach dem deliberativen Modell hätten die Studierende und die StP beide ihre jeweiligen Argumente und Werthaltungen vorge-

[209] Mangelnde statistische Kompetenz und damit verbundene Fehler bei der Aufklärung von Patienten über Evidenz, Risiken und Wahrscheinlichkeiten werden auch bei ausgebildeten Ärzten häufig festgestellt, vgl. Gigerenzer/Muir Gray 2013.

tragen und anschließend einen Konsens ausgehandelt. In diesem Fall war es jedoch anscheinend nötig, dass die Studierende die Werthaltungen der StP interpretierend erschließt.

8.3 Folgerungen aus den Analyseergebnissen

Nach dieser Auseinandersetzung mit dem empirischen Material ist zunächst festzuhalten, dass fortgeschrittene Medizinstudierende im simulierten Arzt-Patienten-Gespräch bei der Entscheidungsfindung kommunikativ sehr variabel agieren können: Sie können sich sowohl vorsichtig und zurückhaltend als auch durchsetzungsstark und dominant verhalten. Ihr Status als in Ausbildung befindliche Mediziner zeigt sich beispielsweise an sprachlichen Formen, die mit ärztlicher Professionalität bzw. ärztlichem Habitus assoziiert sind, wie der häufigen Nutzung der 1. Person Plural oder der Verbalisierung der eigenen fachlichen Erfahrung, aber eben auch an einer starren Orientierung an verfügbaren Informationen, vielen Signalen von Unsicherheit sowie zahlreichen Elementen, die die Beziehung stützen und Konflikte vermeiden. Gleichzeitig sind individuelle Präferenzen für einen bestimmten Modus der Entscheidungsfindung erkennbar. Wie die Analysen deutlich machen, passen die Studierenden sich nicht automatisch den Wünschen der StP an, sondern versuchen durchaus, eigene Vorstellungen durchzusetzen; dabei sind sie aber offen für Aushandlungen und Kompromisse.

Das kommunikative Verhalten der Studierenden im Rahmen der Aushandlung der Entscheidungsfindung mit den StP lässt sich mit dem Ansatz von Emanuel und Emanuel sinnvoll beschreiben: In der Phase der Therapieentscheidung und -planung konnten die beobachteten multimodalen Phänomene als Repräsentationen (jeweils) bestimmter Modelle beschrieben und damit klassifiziert werden. Insbesondere kann nach dem kommunikativen Verhalten deutlich zwischen einem deliberativen und einem interpretativen Modell unterschieden werden; insofern erscheint eine Vierertypologie praktikabel und gewinnbringend. Die Analysen haben aber auch gezeigt, wie schon im Vorfeld angenommen wurde, dass die Gespräche nicht als Ganzes jeweils einem Modell zugeordnet werden können. Es ist zu beobachten, dass nicht nur die Modelle der Einzelpersonen zum Teil oszillieren, sondern die beiden Parteien möglicherweise – vielleicht sogar üblicherweise – auch mit ganz verschiedenen Modellen in die Aushandlung der Entscheidungsfindung kommen, so dass in diesen Fällen eine anschließende Koordination der verschiedenen Ansätze zwangsläufig von Nöten ist. Diese Tatsache und die Komplexität der vielfältigen konkreten Aushandlungsprozesse muss ein tragfähiger theoretischer Unterbau berücksichtigen.

9. Datenanalyse II

Nachdem ein erster Überblick über die Aushandlung der Entscheidungsfindung gewonnen und der analytische Nutzen der Typologie von Emanuel und Emanuel nachgewiesen werden konnte, wird nun in Anlehnung an die Charakterisierung der Entscheidungsfindung als prozesshaft durch Stivers (2006) und Domke (2006: 78f.) und aufgrund eigener Beobachtungen in den Transkripten der Fokus der Analyse erweitert. Dabei werden die zwei gleichen Gespräche wie in Kapitel 8 betrachtet, aber nun je Transkript 3 beispielhafte Gesprächsausschnitte *vor* der eigentlichen Phase der Therapieentscheidung und -planung untersucht. Anschließend sollen mögliche Auswirkungen dieser frühen Gesprächsphasen auf die spätere Entscheidungsfindung bzw. eine mögliche hintergründige Struktur der Entscheidungsfindung für das gesamte Gespräch rekonstruiert werden. Dabei ist mir an dieser Stelle wichtig, darauf hinzuweisen, dass weiterhin streng nach dem Prinzip der Sequentialität vorgegangen wird und keine Ereignisse der bisher analysierten Entscheidungsfindung auf den nun im Fokus stehenden Anfang des Gesprächs bezogen werden, sondern vielmehr umgekehrt die Erkenntnisse zu den ersten Gesprächsabschnitten schließlich als Analysehilfe für die Phase der Therapieentscheidung und -planung herangezogen werden.

9.1 Das Gespräch „M-M-df-Kon01“

In diesem Abschnitt werden 3 Transkriptausschnitte des Gesprächs aus Kapitel 8.1 analysiert, in der am Ende eine deliberative Entscheidungsfindung ausgehandelt wurde.

9.1.1 Die Anliegensformulierung

[7]

Stud. [v]	SO:;
Stud. [P/P]	*setzt sich hin*
Stud. [G/H]	*legt die Unterlagen auf den Tisch, stützt sich mit der rechten Hand am Tisch ab*
Stud. [M/A]	*schaut auf die Unterlagen*
StP [M/A]	*schaut auf die Unterlagen des Stud.*

[8]

Stud. [v]	ich hab hier ihre	akte gerade,	(--)
Stud. [P/P]		*lehnt sich zurück*	*rutscht auf dem*
Stud. [G/H]	*gibt den Stift von der linken in die rechte Hand*		
Stud. [M/A]		*schaut zum StP*	*schaut auf die*
StP [P/P]		*nickt*	
StP [M/A]	*schaut zum Stud.*		

[9]

Stud. [v]		und (.)	es geht bei	ihnen um den	
Stud. [P/P]	*Stuhl herum, lehnt sich vor*	*lehnt sich zurück*			*lehnt sich*
Stud. [M/A]	*Unterlagen*		*schaut zum StP*		

[10]

Stud. [v]	blutHO:CHdruck,	hab ich recht?		ja (.)	
Stud. [P/P]	*zurück*	*lehnt sich vor*	*nickt*	*lehnt sich zurück*	
Stud. [M/A]				*schaut auf die Unterlagen*	
StP [v]			genau,	ja;	
StP [P/P]			*nickt*		
StP [M/A]				*schaut auf die Unterlagen des*	

[11]

Stud. [v]	is gerade schon	schon geMESsen		worden; (.)	ne, in der (--)
Stud. [P/P]		*lehnt sich vor*			*nickt*
Stud. [G/H]		*zeigt mit dem Stift auf die Unterlagen*			*spielt mit dem*
Stud. [M/A]		*schaut zum StP*			
StP [M/A]	*Stud. schaut zum Stud.*				

[12]

Stud. [v]	in der aufnahme;	(1.0)		und der war ein bisschen
Stud. [P/P]	*mehrfach*			
Stud. [G/H]	*Stift in beiden Händen*			
Stud. [M/A]		*schaut auf die Unterlagen*		
StP [v]		hm_hm;		
StP [P/P]		*nickt*		
StP [M/A]				*schaut auf die Unterlagen*

[13]

Stud. [v]	HOCH hab ich gesehen.				
Stud. [P/P]	*lehnt sich zurück*				
Stud. [G/H]					
Stud. [M/A]	*schaut zum StP*				
StP [v]			ja.	leider immer NOCH	ja;
StP [P/P]			*nickt*		
StP [G/H]				*gestikuliert*	
StP [M/A]	*des Stud.*				*schaut zum Stud.*

[14]

Stud. [v]	leider immer noch ja; (-)	(-) und wie	gehts ihnen sonst	allgeMEIN so im
Stud. [G/H]				*gestikuliert*
Stud. [M/A]	*schaut auf die Unterlagen*	*schaut zum StP*		

Dieser Auszug schließt an die Begrüßung und Gesprächseröffnung an. Während der StP im Raum gewartet hat, betrat ihn der Studierende. Beide begrüßten sich mit Handschlag und der Studierende erklärte auf dem Weg zu seinem Platz, dass er die Vertretung von Frau Ottmann ist. In Fläche 7 schließlich setzt sich der Studierende auf seinen freien Stuhl. Dabei legt er die Studieninformationen vor sich auf den Tisch und äußert die Gliederungspartikel „SO:;“, womit höchstwahrscheinlich die Gesprächseröffnung abgeschlossen und zur nächsten Phase und damit zu inhaltlichen Aspekten übergeleitet wird. Dabei lenkt der Studierende den Blick auf die Studieninformationen vor sich und der StP folgt ihm und betrachtet ebenfalls die Unterlagen. Dies kann auf der Seite des Studierenden als inhaltliche Orientierung gedeutet werden, da nun die Formalia abgehandelt sind und sich der Studierende durch die Studieninformationen rückversichert, bevor er inhaltliche Eingaben macht. In Fläche 8 thematisiert der Studierende dann die Unterlagen und seine Aufmerksamkeitsfokussierung darauf mit den Worten „ich habe hier ihre akte gerade,“, während sein Blick weiterhin nach unten gerichtet

ist. Dabei passt er sich in der Beschreibung der Studienunterlagen dem Setting der Simulation und seiner Rolle an, wobei das Temporaladverb „gerade“ entweder eine Zufälligkeit andeutet oder aber viel wahrscheinlicher darauf verweist, dass er die Unterlagen nun erst kürzlich erhalten habe und damit eine Begründung bzw. Rechtfertigung der Lesezeit impliziert. Interessant sind diese Äußerung und der Blick in die Studienunterlagen zu Beginn des Gesprächs insofern, als dass der Studierende die Informationen 20 Minuten vor der Simulation erhielt und in einem separaten Raum entsprechend ungestörte Vorbereitungszeit hatte. Ursachen können Unsicherheit, Nervosität und damit verbunden eine möglichst umfassende Absicherung oder auch das Vorspielen eines unaufmerksamen Typs Arzt von Studierendenseite sein, wobei ich Letzteres aufgrund der Videosichtung für eher unwahrscheinlich halte. Die nonverbalen Aktivitäten in Fläche 8 und 9 wie das Wechseln des Stifts von der einen in die andere Hand, das Rutschen auf dem Stuhl, das mehrmalige Vor- und Zurücklehnen sowie die kurzen Blickwechsel können die These der Unsicherheit stützen. Gleichzeitig kann es sich bei den nonverbalen Aktivitäten auch um das dem Hinsetzen nachgelagerte Ankommen und nonverbale Einrichten am Sitzplatz handeln. Die proxemischen Aktivitäten in Verbindung mit dem wechselnden Blickkontakt können als Fortführung der Gesprächseröffnung und damit als Erstausrichtung zum Gegenüber und zur Absicherung der Aufmerksamkeit und der gegenseitigen Wahrnehmung fungieren. Da aber der StP zu Beginn der Fläche 8 den Blick auf den Studierenden richtet und auch ein kurzes Nicken anschließt, ist davon auszugehen, dass hier Aufmerksamkeit besteht und daher ein mehrfaches Überprüfen zwar möglich, aber eher unnötig anmutet. Die daraus ablesbare Unsicherheit kann allerdings nicht nur auf der fehlenden Erfahrung des Studierenden und der Wahrnehmung der Simulation als beobachtete Situation basieren, sondern auch im Erstkontakt mit dem StP begründet sein. Der Studierende kennt das Gegenüber nicht, weder real noch in der Rolle des Patienten. Daher können die beobachteten Aktivitäten auch auf den sowohl in der Realität als auch in der Simulation unklaren Status der Beziehung zurückzuführen sein.

Nachdem der Studierende die Distanz zum Gegenüber und den Fokus eines Blickes mehrfach verändert hat, formuliert er ab der Mitte von Fläche 9 bis in Fläche 10 mit „und (.) es geht bei ihnen um den blutHO:CHdruck, hab ich recht?“ in Anlehnung an die gegebenen Informationen die Diagnosestellung und leitet damit zugleich die Anliegensformulierung ein. Durch die Konjunktion „und“ verbindet er diese Äußerung mit dem einleitenden Satz zur Akte. In Verbindung mit den vielen Blickkontakten auf die Studieninformationen wird damit eine Verbindung zwischen den Unterlagen und den relevanten Informationen bzw. seinen Interpretationen dazu hergestellt und den Studieninformationen damit in gewisser Weise die Funktion einer relevanten Quelle zugeschrieben. Zudem fällt die Betonung beim Substantiv „blutHO:CHdruck,“ auf, womit ganz spezifisch die Hypertonie betont wird und eine Abgrenzung zu anderen Blutdruckstörungen alleine über die paraverbale Aussprache akzentuiert wird. In Kombination mit der anschließenden geschlossenen Frage „hab ich recht?“ formuliert der Studierende den aus seiner Sicht wesentlichen Konsultationsanlass und verlangt im Sinne einer rückversichernden bzw. rhetorischen Frage lediglich eine Zustimmung von Seiten des StP, da die Frage keine quantitativ große oder ausführliche Antwort des Gegenübers impliziert. Weiterhin handelt es sich bei der gesamten Äußerung syntaktisch um eine Aussage, die erst durch den angehängten Nebensatz die fragende Funktion erhält. Dabei bezieht er durch die Formulierung die Frage auf sich als Person, da er nicht den

Sachverhalt als unsicher markiert und den Gegenüber zur Klärung auffordert, sondern sein eigenes Verständnis bzw. sein Wahrnehmung der Situation zur Abstimmung stellt. Dieses Frageverhalten erschwert in gewisser Weise eine Falsifikation durch den StP, da damit der Studierende bzw. sein Image angegriffen und die Beziehung womöglich schon an dieser Stelle geschädigt werden würde, und erhöht den Druck zu einer positive Antwort. Begleitet wird die Frage in Fläche 10 durch ein Vorlehnen, das als Hinwendung zum Gegenüber und als beziehungsaufbauendes Element verstanden werden kann, hier aber in Verbindung mit der Frageformulierung und der paraverbalen Begleitung von mir als Unterstützung der Fremdwahl und als weitere Markierung der Erwartung von Zustimmung gedeutet wird. Auch das kurz darauf folgende und parallel zur Antwort des StP realisierte Nicken kann als Markierung des eigenen Äußerungsendes und damit als Aufforderung zur turn-Übernahme bzw. kommentierenden Hörrückmeldung sowie als Erwartung bzw. Forderung einer Zustimmung gewertet werden. Eine Reaktion auf die Antwort des StP ist hier kaum möglich, da beide parallel nicken, so dass es sich höchstens um ein spiegelndes Verhalten zur Beziehungspflege handeln kann. Schließlich ist an dieser Stelle interessant, dass der Studierende keine einleitende Frage zum inhaltlichen Beginn des Gespräches stellt oder den StP mit einer offenen Frage zu einem Eingangsstatement auffordert, wie es häufig in der Arzt-Patienten-Kommunikation zu beobachten ist und im Studium auch gelehrt wird.

Der StP geht auf die geschlossene Frage ein und verbalisiert mit „genau, ja;“ seine Zustimmung über ein Adverb und eine Antwortpartikel sowie auch über ein paralleles Nicken. Gleichzeitig sind weder über die Tonhöhe noch über nonverbale Aktivitäten weitere Äußerungsversuche oder -planungen zu beobachten, so dass der StP die geschlossene Frage zwar eindeutig beantwortet, aber sie vermutlich nicht als Einleitung eines eigenen größeren turns nutzen möchte.

Direkt nach dieser Ratifikation lehnt sich der Studierende wieder zurück und wendet den Blick erneut auf die Unterlagen, was die Interpretation des proxemischen Verhaltens und der Axialorientierung als Aufforderung zur Ratifikation bestätigt. Somit soll – überspitzt gesagt – der StP die Informationen der Studienunterlagen bestätigen, bevor die Aufmerksamkeit wieder den Unterlagen zugewandt wird. Anschließend äußert der Studierende die Partikel „ja“, der hier sowohl eine Empfangsbestätigung und eine Zustimmung zu Ratifikation sowie auch eine Verzögerungsfunktion zugeschrieben werden kann, da der Studierende die Unterlagen konsultiert und womöglich weitere Äußerungen vorbereitet. Auch wäre eine Lesart im Sinne einer klassischen Hörrückmeldung denkbar mit der Folge, dass der StP weitergehende Äußerungen formulieren soll. Da aber der Studierende in Fläche 11 nach einer Mikropause direkt weitere Äußerungen realisiert, wird von dieser Interpretation Abstand genommen. Der StP schaut gegen Ende von Fläche 10 ebenfalls kurz auf die Unterlagen, bevor er in Fläche 11 wieder den Studierenden fixiert, da dieser seinen turn fortsetzt. Es ist zu vermuten, dass der StP hier dem Blick des Studierenden folgt, der in seinem turn die Aufmerksamkeit durch seinen Blickkontakt auf die Unterlagen gerichtet und ihnen damit eine Relevanz für das Gespräch zugeschrieben hat.

In Fläche 11 führt der Studierende seine Äußerung fort und formuliert ebenfalls eine Aussage, die die Funktion einer indirekten Frage beinhaltet. In den Studienunterlagen (vgl. Kapitel 13.1) ist explizit angegeben, dass der Blutdruck des StPs gemessen wurde

und die Ergebnisse sind dort angegeben. Mit dem Temporaladverb „gerade“ geht der Studierende zunächst von der medizinischen Kategorisierung Bluthochdruck weg und bezieht sich konkret auf das örtlich und zeitlich nähere Geschehen. Die fragmentarische Äußerungsgestaltung mit den Wortwiederholungen (Fläche 11: „schon schon“; Fläche 11/12: „in der (--) in der“), der Pause sowie der eingeschobene Rückversicherungspartikel „ne,“ deuten dabei sowohl auf Unsicherheit als auch auf Reformulierungsprozesse hin. Mit der Betonung auf „geMESsen“ unterstreicht der Studierende auch in diesem Satz den wesentlichen Inhalt, um dessen kurze Ratifizierung er vermutlich durch die Rückversicherungsaufforderung „ne,“ einholen möchte. Dabei lehnt er sich ebenso wie in Fläche 10 vor und nimmt den Blickkontakt zum StP wieder auf. Gleichzeitig deutet er mit dem Stift in einer Hand auf die Unterlagen vor ihm. Damit stellt er nonverbal eine Verbindung dieser Frage zu den Studieninformationen her und lässt den Rückschluss zu, dass er die genannte Information den Unterlagen entnommen hat. Während der anschließenden Formulierung der Rückversicherung und der inhaltlichen Ergänzung der Äußerung („in der aufnahme“) nickt der Studierende mehrfach, was ebenfalls wie in Fläche 10 betrachtet als Aufforderung sowohl zur Stellungnahme als auch weitergehend zur Ratifikation zu verstehen ist. Hier ist die Deutung möglich, dass nun die Präzisierung sowie das mehrfache Nicken angeschlossen wird, um den indirekten Fragecharakter der Äußerung zu betonen und eine Reaktion des Gegenübers zu erwirken. Dabei wird auch hier durch die Formulierung keine weitereichende Äußerung des StP erwartet oder provoziert, sondern im Sinne einer geschlossenen Frage lediglich eine Bestätigung eingefordert. Währenddessen beginnt der Studierende ab Ende von Fläche 11 parallel zu den kommenden Äußerungen mit dem Stift in beiden Händen zu spielen, was als Übersprungbewegung und damit zum Teil als Unsicherheit und Nervosität interpretiert werden kann, da es keine spezifische äußerungsunterstützende Funktion innehat, sondern im weiteren Verlauf auch während Pausen oder Äußerungen des StPs realisiert wird.

Der StP bestätigt in Fläche 12 mit einem kurzen „hm_hm;“ und einem Nicken, worauf sich eine 1sekündige Pause anschließt. Diese kurze Ratifikation kann zunächst als Reaktion auf die geschlossene Frage verstanden werden. Da aber auch hier die Antwort eher kurz gehalten wird, der StP immer noch keine Gelegenheit hatte, sich ausführlicher zu äußern, und dies auch in der entstehenden Pause nicht versucht, kann eine gewisse Zurückhaltung sowohl im verbalen als auch im nonverbalen Bereich beim StP ausgemacht werden. Gleichzeitig entzieht der Studierende nach der Bestätigung wie bereits vorher die direkte Aufmerksamkeit, da er den Blick wieder auf die Unterlagen vor ihm lenkt. Dieser Entzug kann neben der Kürze der Pause, die wenig Zeit für ausführlichere Formulierungsplanungen zulässt, ursächlich dafür sein, dass der StP von weiteren Äußerungsversuchen Abstand nimmt.

Nach der Pause führt der Studierende seinen turn weiter und bleibt in seinem bisher beobachteten Äußerungsmuster, in dem er die ebenfalls in den Unterlagen beschriebe Information äußert, dass der Blutdruck aktuell zu hoch gewesen ist. Auch hier sind bereits bekannte Muster zu beobachten, da der Studierende das semantisch wesentliche Wort, hier das Adjektiv, innerhalb seinen turns betont, den Blick aufnimmt und damit vermutlich eine weitere Ratifikation des Gegenüber provozieren möchte. Allerdings verwendet er das Indefinitpronomen „ein bisschen“, was trotz der in den Unterlagen detailliert angegebenen Zahlen (Blutdruck von 150 zu 100 mmHg) Unbestimmtheit

vermittelt sowie das anschließende Adjektiv „HOCH“ abschwächt. Auch die dem Adjektiv nachgelagerte Formulierung „hab ich gesehen“ legt ein mögliches Verständnis als lediglich subjektive Wahrnehmung nahe und schwächt die Aussage damit ab. Gleichzeitig lehnt sich der Studierende nicht wie bisher nach vorne, sondern nach hinten, während er den Blick auf den StP richtet und es kommt zu einer fallenden Tonhöhe, die ein Ende der Äußerung nahelegt. Zusammengenommen kann die Äußerung zum hohen Blutdruck ebenfalls als indirekte Frage verstanden werden, aber ebenso als gliederndes Element. Mit der proxemischen Aktivität, der fallenden Tonhöhe und der syntaktischen Abgeschlossenheit vermittelt der Studierende ein Ende seiner Äußerung und gibt damit dem StP eine Möglichkeit zur turn-Übernahme, die nun über eine bloße Ratifikation hinausgehen kann. Somit können die Aktivitäten in Fläche 13 nach der Einleitung und der thematische Eingrenzung durch den Studierenden als vorsichtige, indirekte Aufforderung zur turn-Übernahme und zu einer längeren Stellungnahme angesehen werden.

Der StP, der den Blick am Ende von Fläche 12 der Fokusverschiebung des Studierenden gefolgt ist und den Blick ebenfalls auf die Unterlagen gerichtet hat, formuliert zunächst nickend eine zustimmende Antwortpartikel („ja.“), bevor er zu einer gestisch begleiteten Bewertung („leider immer NOCH“) ansetzt. Dabei charakterisiert er den Zustand durch das Modaladverb „leider“ als negativ, während die betonte Konstruktion „immer NOCH“ die längere Behandlungsdauer anreißt und eine gewisse Unzufriedenheit impliziert. Erst danach schaut er zum Studierenden. Folgt man der Bewertung der StP-Äußerung als Vorwurf bzw. Unmutsbekundung kann der während der Äußerung vermiedene Blickkontakt als Abschwächung und Konfrontationsvermeidung und damit als beziehungsstabilisierend angesehen werden. Eine weitere Lesart als Begleitung kognitiver und formulierender Prozesse ist ebenfalls möglich wie auch schließlich die Möglichkeit, dass der StP aufgrund seiner Aufmerksamkeitsverschiebung vom Studierenden weg, den wieder aufgenommenen Blickkontakt nicht bemerkt hat und aktuell keinen Anlass dazu sieht, den Gegenüber ebenfalls anzusehen. Die Verbalisierung des zweiten „ja;“ in Fläche 13 kann sowohl als weitere Bestätigung der Studierendenaussage gesehen werden als auch als Gliederungssignal und Abschluss der eigenen Äußerung. Da parallel dazu der Blickkontakt wieder aufgenommen wird und keine weiteren Äußerungsvorbereitungen oder nonverbale Aktivitäten zu beobachten sind, tendiere ich zur zweiten Interpretation, dass der StP damit seine Äußerung abschließt und eine turn-Übergabe impliziert.

Der Studierende übernimmt den turn und wiederholt zu Beginn von Fläche 14 zunächst die Äußerung des StP wortwörtlich, während er seinen Blick wieder auf die Unterlagen richtet. Diese Wiederholung kann sowohl ein Merkmal des aktiven Zuhörens (sog. Echoing, siehe Schweickhardt/Fritzsche 2007: 46) sein, eine Technik, die Medizinstudierende im Laufe ihres Studiums lernen und damit den Gegenüber zur Weiterrede animieren und Empathie ausdrücken sollen. Da der Blick aber gleichzeitig gesenkt und damit die Aufmerksamkeit verlagert wird, gehe ich an dieser Stelle davon aus, dass mit der Äußerung der turn vorerst übernommen werden soll, obwohl noch keine weitergehende Äußerung vorbereitet wurde bzw. die nächsten Schritte gerade kognitiv durchdacht werden. Damit kommt dieser Aussage vermutlich eine resümierende und verzögernde Funktion zu, während gleichzeitig die Unterlagen für weitere Schritte konsultiert werden. Anschließend nimmt der Studierende in Fläche 14 den Blickkontakt

wieder auf und formuliert eine anamnestische Frage, die an dieser Stelle aber nicht weiter betrachtet werden soll.

In diesem Abschnitt mutet zunächst merkwürdig an, dass der Studierende Informationen, die ihm zur Vorbereitung des Gesprächs in schriftlicher Form gegeben wurden, hier nacheinander kleinschrittig thematisiert und sie sich vom Gegenüber bestätigen lässt. Dies kann als Abgleich der gegenebenen Informationen mit dem Kenntnisstand des StPs gedeutet werden, um damit die gegeben Daten zu kontrollieren, sich selber abzusichern und eventuelle Widersprüchlichkeiten aufzudecken. Folgt man dieser Deutung, weist das beobachtete Verhalten auf eine Kontrolle der Aufgabenstellung bzw. der gesamten Simulation hin, was wiederum für die Wahrnehmung der Situation durch den Studierenden als künstlich und beobachtet sprechen würde und hier die Auswirken des Beobachterparadoxons zu sehen wären. Der Abgleich der gegebenen Informationen mit dem Kenntnisstand des StP lässt sich aber auch als eine Konsequenz von Unsicherheit oder mangelnder Vorbereitung deuten oder es kann Ausdruck einer besonders sorgfältigen Herangehensweise des Studierenden sein. Eine weitere Funktion dieses Wissensabgleichs kann in einer Beziehungsstabilisierung bzw. dem hier noch laufenden Beziehungsaufbau gesehen werden. Wenn beide Gesprächspartner, die sich vorher nicht gesehen haben, hier zunächst ihren Kenntnisstand austauschen, kann dies mögliche Missverständnisse aufzeigen und eine gemeinsame Basis für das kommende Gespräch erzeugen. Gegen den beziehungseinleitenden bzw. -stabilisierenden Aspekt spricht allerdings die genaue Umsetzung dieses Abgleichs. Durch die Verweigerung, dem StP die erste Äußerung und damit die Anliegensformulierung zuzugestehen, und die Nutzung von geschlossenen Fragen dominiert der Studierende die Themensteuerung und behält sowohl die Kontrolle über das Rederecht als auch die besprochenen Inhalte, was zunächst gegen eine patientenzentrierte und empathische Haltung des Studierenden spricht und den Aufbau einer ausgewogenen Beziehung eher unwahrscheinlich macht.

Neben den dominanten Aktivitäten des Studierenden, die hier eher die Asymmetrie stützen und teilweise als Anwendung von Macht gedeutet werden könnten, verhält sich der StP zurückhaltend und passiv. Auch wenn die Antwortrahmen zum Teil durch die verbalen und nonverbalen Aktivitäten des Studierenden vorgegeben sind, äußert der StP nur kurze Rückmeldungen und nutzt auch Gelegenheiten wie die Pause in Fläche 12 oder die eher freiere Äußerungsmöglichkeit in Fläche 13 nicht für ausführlichere Darstellungen seines Anliegens oder anderer für ihn wichtige Aspekte. Zugleich übernimmt der Studierende nach den kurzen Antworten des StP den turn immer wieder direkt und macht keine weiteren Redeangebote an den StP, so dass ihm der Inhalt als auch die Quantität der Antworten wohl ausreichend zu sein scheinen. Schließlich ist es auch auffällig, dass die Anliegensformulierung damit bis auf die kurzen Ratifikationen des StP fast vollständig durch den Studierenden verbalisiert und abgearbeitet wird. Diese Phase, die eigentlich klassisch das Eingangsstatement des Patienten verlangt und ihm die Möglichkeit gibt, das Anliegen zu formulieren, findet so gar nicht statt. Das mag zum Teil durch die inhaltlichen Vorgaben der Simulation begründet sein, die das Krankheitsbild und die Rahmenbedingungen eng fasst und vorgibt, die aber im Informationsumfang realistischen Arzt-Patienten-Kontakten im Wesentlichen entsprechen und eine größere patientenseitige Beteiligung in der Anliegensformulierung keineswegs ausschließen.

Weiterhin interessant, wenn auch für diese Analyse von eher nachrangigem Interesse ist die Verschmelzung der Phasen Diagnosestellung und Anliegensformulierung. Es zeigt sich hier anschaulich, dass die in Kapitel 3.2 besprochene Struktur, wie dort bereits thematisiert, primär auf Arzt-Patienten-Kontakte mit unklarem Krankheitsbild zutreffen. In diesem Gespräch, das zwar ein Erstkontakt zwischen den Gesprächspartnern ist, aber die Krankheit bekannt ist, werden die Diagnosestellung sowie die Anliegensformulierung fusioniert und in wenigen Sätzen zu Beginn des Gesprächs abgehandelt, da hier vermutlich von Seiten des Studierenden automatisch von einem gemeinsamen Wissens- und Bewertungshorizont (Diagnose: idiopathische arterielle Hypertonie – Ziel: Senkung des Blutdrucks) ausgegangen wird, der allerdings nicht immer vorhanden sein muss. Dies legt nahe, dass für die verschiedenen Ausdrucksformen von Arzt-Patienten-Gesprächen auch eigene Strukturbeschreibungen entwickelt werden müssen. Ob dies angesichts der Vielfältigkeit praktikabel bzw. hilfreich ist, sei dahingestellt, es ist allerdings mit Sicherheit ein wissenschaftliches Desiderat.

Insgesamt ließen sich die kommunikativen Aktivitäten des Studierenden in diesem Transkriptausschnitt als dominant und die des StP als zurückhaltend bezeichnen. Diese Beobachtungen können womöglich Hinweise auf die spätere Rolle der beiden Gesprächspartner im Entscheidungsfindungsprozess sein. Die Tatsache, dass der Studierende die Anliegensformulierung und den Wissenstransfer zu Beginn des Gesprächs so klar strukturiert und hier seine eigenen Präferenzen durchsetzt, während der StP dies akzeptiert, weist an dieser Stelle zunächst auf eine Arzt-Patienten-Beziehung hin, die als klassisch paternalistisch beschrieben werden kann und auch eine entsprechende Entscheidungsfindung nahelegt.

9.1.2 Das Blutdruckmessgerät

[25]

Stud. [v]	geWARtet hat	(.) und	nen_bisschen no_	AUFgeregt ist
Stud. [P/P]		*lehnt sich vor*		
Stud. [G/H]			*spielt mit beiden Händen dem Stift*	
Stud. [M/A]				*dreht den Kopf nach rechts*

[26]

Stud. [v]	aus irgendwelchen GRÜNden.		
Stud. [G/H]			
Stud. [M/A]	*dreht den Kopf zum StP*		*lächelt*
StP [v]		ja,	ich hatte mir
StP [P/P]		*neigt den Kopf nach links*	
StP [G/H]			*gestikuliert*
StP [M/A]			*schaut auf die Unterlagen*

[27]

Stud. [P/P]		*nickt*	*nickt mehrfach leicht*	
Stud. [G/H]				
Stud. [M/A]				
StP [v]		auf ANraten	von frau doktor ottmann son	ä:h blutdruckmessgerät
StP [G/H]				*umgreift sein linkes*
StP [M/A]	*des Stud.*		*schaut zum Stud.*	

[28]

Stud. [v]		[hm_hm]			
Stud. [P/P]		*nickt*			
Stud. [G/H]					
StP [v]		[äh]	gekauft; und	das ist auch eigentlich (-)	fast immer GLEICH;
StP [P/P]				*schüttelt den Kopf*	
StP [G/H]	*handgelenk*				*gestikuliert*
StP [M/A]				*verzieht das Gesicht*	

[29]

Stud. [v]				[ja:;]
Stud. [P/P]	*nickt mehrfach leicht*			*lehnt sich*
Stud. [G/H]				
StP [v]	(-) also: auch wenn	ich mo: ob ich	morgens oder abends manchmal	[(messe)]
StP [P/P]	*schüttelt den Kopf*			
StP [G/H]		*gestikuliert leicht*		

[30]

Stud. [v]		also auch	zuHAUse ist es	auch
Stud. [P/P]	*zurück*			
Stud. [G/H]			*gestikuliert*	
StP [v]	das_is			
StP [P/P]			*nickt*	
StP [M/A]	*schaut auf die Unterlagen des Stud.*	*schaut zum Stud.*	*verzieht das Gesicht*	

Nach der im vorherigen Kapitel analysierten Anliegensformulierung stellt der Studierende Fragen zum allgemeinen Befinden und es kommt zu einem Austausch zur beruflichen Situation des StP. Schließlich verweist er in einer längeren Äußerung bis Fläche 26 auf die Möglichkeit, dass die Wartezeit in der Praxis und die damit einhergehende Nervosität ursächlich für den erhöhten Blutdruck bei der Messung vor Ort sein kann. Dabei spielt er erneut mit dem Stift in seinen Händen[210], lehnt sich vor und dreht den Kopf während der Formulierung zunächst zur Seite und dann zum StP und nimmt damit wieder direkten Blickkontakt auf. Mit der Äußerung stellt er die eingangs besprochene weiterhin bestehende Hypertonie zunächst in Frage. Obwohl er keine direkte Frage formuliert, markiert die stark fallenden Betonung und das Wiederaufnehmen des Blickkontakts in Fläche 26 wahrscheinlich ein Äußerungsende mit der Möglichkeit der turn-Übernahme durch den StP. In Verbindung mit der Vermutung einer möglichen Aufregung in Fläche 25 wird damit aller Wahrscheinlichkeit nach eine indirekte Frage realisiert. Dabei wird die Aufregung mit dem Indefinitpronomen „nen_bisschen“ abgeschwächt, was einerseits die Hemmschwelle senken kann, diesem zuzustimmen, und andererseits als protektive Imagearbeit zu Gunsten des StP fungieren kann.

Der StP formuliert daraufhin ein „ja,“, was als Hörrückmeldung, Zustimmung oder in Verbindung mit der steigenden Tonhöhe als Einleitung einer eigenen Äußerung inter-

[210] Der Studierende spielt ab Fläche 25 bis Fläche 30 parallel zu den Äußerungen des StPs mit dem Stift in beiden Händen, was in den hier analysierten Ausschnitten meiner Einschätzung nach aber keine große Rolle spielt, sondern eher als Übersprungbewegung oder als Zeichen von Nervosität eingeschätzt werden kann. Da diese gestische Aktivität vergleichsweise lange dauert und weder verbale noch nonverbale Handlungen in auffälliger Weise begleitet, wird sie hier nicht weiter gesondert beachtet.

pretiert werden kann. Da eine einfache Hörrückmeldung an dieser Stelle eher unkooperativ wäre, eine Zustimmung nicht den Rollenvorgaben des Schauspielers entspricht und anschließend eine längere Ausführung folgt, kann mit großer Wahrscheinlichkeit von letzterer Hypothese ausgegangen werden. Auch das Neigen des Kopfes passt hier weniger zu einer Bestätigung oder einem online-Signal. Im Weiteren bestätigt der StP allerdings den bestehenden Bluthochdruck, da er ein Blutdruckmessgerät erworben und den eigenen Blutdruck öfter gemessen habe, und wiederlegt damit die Eingabe des Studierenden. Der Studierende begleitet die Äußerungseinleitung des StP mit einem Lächeln, was hier als redeauffordernd und Höflichkeit vermittelnd angesehen werden kann. Gleichzeitig hat der Studierende dem StP mit seiner indirekten Frage mögliche Nervosität und Aufgeregtheit nahegelegt. Auch das Vorbeugen in Fläche 25 kann zwar als Hinwendung und Distanzabbau und damit beziehungsfördernd verstanden werden, aber ebenso als direkte Adressierung und Aufforderung zur Stellungnahme, was den Gegenüber unter einen gewissen Äußerungs- oder Rechtfertigungsdruck setzt und die Implikation des Studierenden bezüglich möglicher Aufgeregtheit verstärkt. Mit der Formulierung zu Beginn der Fläche 26 „aus irgendwelchen GRÜNden." legt er keine konkreten Vermutungen bezüglich der Ursache nahe und schreibt ihnen auch zunächst keine große Bedeutung zu, aber alleine die Nennung möglicher Gründe thematisiert sie im Rahmen seiner Äußerung und konfrontiert den StP damit. Gleichzeitig schränkt der Studierende mit dem Indefinitpronomen „irgendwelchen" die Antwortoptionen nicht ein und eröffnet dem StP die Möglichkeit eine ganze Reihe von Gründen zu äußern. Die Thematisierung der Aufregung und das Andeuten möglicher Gründe können, wenn auch nicht zwangsläufig intendiert, generell als imageschädigend verstanden werden, weshalb das Lächeln hier auch als deeskalierend bzw. beziehungsstabilisierend eingeordnet werden kann. Dieser Lesart folgend kann das Pronomen auch eine imageschonende Variante des Studierenden sein, die möglichen Gründe Nervosität, Angst oder Unsicherheit anzusprechen, ohne sie direkt zu benennen.

Der StP begleitet den Beginn seiner inhaltlichen Äußerung ab Ende von Fläche 26 gestisch und wendet dabei bis Mitte der Fläche 27 den Blick zunächst vom Studierenden ab. Während die Geste als Unterstützung der turn-Etablierung und der hier beginnenden Argumentation verstanden werden kann, ist der Blickwechsel auf die Unterlagen des Studierenden schwierig einzuordnen. Möglich wäre ein leichter Rückzug zur Konzentration auf kognitive Prozesse aber auch die Vermeidung eines direkten Blickkontaktes als Deeskalation angesichts des kommenden Widerspruchs oder aufgrund der vom Studierenden zu Beginn von Fläche 26 angesprochenen Gründe. Jedenfalls wird der Blick insgesamt nur kurz abgewendet, da er in Mitte von Fläche 27 und damit kurz vor dem inhaltlichen Kern des Satzes bereits wieder auf den Studierenden gerichtet wird.

Auffällig ist in Fläche 27 die vom StP realisierte Formulierung „auf ANraten", die Formalität und möglicherweise eine gewisse professionelle Distanz vermittelt. Dieser formale Stil setzt sich mit dem anschließenden Bezug auf die Hausärztin fort, die er mit „frau doktor" beschreibt und damit eine Formulierung wählt, die ebenfalls Distanz, aber auch Respekt und Höflichkeit beinhalten kann. Ob der „doktor" sich hierbei auf ihren akademischen Titel bezieht, was die Formalität und den geäußerten Respekt noch weiter betonen würde, oder ob es sich lediglich um die Berufsbezeichnung, eine Referenz auf die Bezeichnung in den Studienunterlagen (vgl. Kapitel 13.2) oder wo-

möglich um eine eher ritualisierte Anrede handelt, kann hier nicht gesagt werden. In Verbindung mit der Formulierung „auf ANraten“ kann dieser Verweis auf die Hausärztin als Bezug auf eine externe Autorität verstanden werden, womit die folgende Beschreibung und der sich entwickelnde Widerspruch zur Studierendenvermutung gestützt und zudem die Verantwortung vom StP weg auf eine externe Fachperson verlagert wird. Damit wirkt der StP lediglich als Ausführender und nicht als Verantwortlicher für das, was er im Weiteren formulieren wird. Diese Formulierung kann zudem als Unterordnung bzw. als Befolgung des ärztlichen Rates gelesen und damit als paternalistischer Prozess beschrieben werden; die Ärztin empfiehlt bzw. entscheidet und der StP folgt dem. Gleichzeitig beinhaltet „anraten“ semantisch jedoch nicht zwangsläufig eine Hierarchie oder wäre mit einer Anordnungen gleichzusetzen, sondern kann synonym als Empfehlung oder Ratschlag verstanden werden, was eine stärkere Haltung des StPs implizieren würde, da er letztlich entscheidet, ob er dem Geratenen folgt oder nicht. Dieser Lesart folgend würde sich der StP als guter, informierter Patient darstellen, der auch spontan mit Details zur Behandlungsgeschichte aufwarten kann und zudem eine Sprache wählt, die eine gewisse Bildung sowie Formalität impliziert. Damit wäre kein paternalistisches Modell impliziert, sondern eher ein deliberatives oder je nach Umständen auch ein informatives.

Anschließend kommt der StP auf das Blutdruckmessgerät zu sprechen, wobei die zwei Verzögerungspartikel (Fläche 27: „ä:h“; Fläche 28: „äh“) zunächst für Formulierungsaktivitäten sprechen, aber in Verbindung mit der Amalgamierung „son“ aus abschwächender Partikel („so“) und unbestimmtem Demonstrativpronomen („ein“) eine Deutung als Unsicherheit und Distanzierung zulassen. Mit der umgreifenden Geste an seinem linken Handgelenk, das vermutlich dort angebrachtes Blutdruckmessgerät symbolisieren soll, verweist der StP zwar ebenfalls parallel zur Äußerung auf das Blutdruckmessgerät und will es damit dem anderen verständlich machen, aber die verbale Rahmung der Aussage in Verbindung mit der unterstützenden Geste lassen auch eine Deutung als unsicher bzw. eine Selbstmarkierung als Laie zu, da er das Blutdruckmessgerät mit Produktnamen oder Kategorienbezeichnung nicht kennt und hier nur verbal und mit Gesten umschreiben kann. Nachdem der Studierende bereits in Fläche 27 vorher mehrfach genickt hat, verbalisiert in Fläche 28 nun eine Hörrückmeldung und verbindet die ebenfalls mit einem Nicken. Neben der Deutung als online-Signal und als Akzeptanz des Gesagten lässt sich aufgrund der Platzierung der Hörrückmeldung womöglich auch eine Bestätigung der oben geäußerten Hypothese der Laiendarstellung herauslesen. Denn mit der Hörrückmeldung an genau dieser Stelle bestätigt er eventuell die unsicher markierte Aussage des StP zeitnah und motiviert ihn darüber, seine Äußerung weiterzuführen.

Daraufhin formuliert der StP die Konsequenzen des Kaufs, wobei er mit „und das ist auch eigentlich (-) fast immer GLEICH;“ die von ihm durchgeführten Messungen nur indirekt anspricht und zudem eine ganze Reihe von Abschwächungen verwendet. Während mit der Fokuspartikel „auch“ noch ein Rückbezug zur Praxismessung hergestellt wird, schränken die beiden Adverbien „eigentlich“ und „fast“ die folgende Aussage „immer GLEICH“ stark ein. Diese Relativierungen stehen allerdings zunächst im Widerspruch sowohl zur Betonung des Adjektivs „GLEICH“ als auch zu den starken nonverbalen Aktivitäten, wie dem Schütteln des Kopfes, dem Verziehen des Gesichtes (u. a. Mundwinkel nach unten gezogen, Augenbrauen zusammengezogen) und der beglei-

tenden Gestik, die die Aussage zu stützen scheinen. Die verschiedenen widersprüchlichen Aktivitäten können mit der Tatsache erklärt werden, dass es sich mit dieser Aussage in Fläche 28 um den inhaltlichen Kern der Zurückweisung der Vermutung des Studierenden handelt. Das Kopfschütteln und die Mimik können als Unverständnis gelesen werden, womit der StP zusammen mit der verbalen Abschwächung den Widerspruch nur als wahrscheinlich rahmt und nicht als unumstößlich in den Raum stellt. In einer weitergehenden Interpretation können die nonverbalen Aktivitäten auch Unverständnis bzw. leichte Überraschung angesichts der geäußerten Tatsache transportieren. Dies würde auch die Betonung des Adjektivs „GLEICH“ erklären, da damit nicht der Widerspruch an sich, sondern der Kern des Unverständlichen oder Unerklärlichen betont werden würde. Diese Lesart impliziert neben einem Gefühl der Überraschung erneut eine Selbstdarstellung als unkundiger Laie, womit die bestehende Asymmetrie betont wird. Durch diese Lesart, die ich an dieser Stelle für die Wahrscheinlichste halte, wird der Widerspruch möglichst image- und beziehungsschonend realisiert und es lässt sich auf Seiten des StP sowohl Unverständnis als auch Hilflosigkeit hineinlesen, womit indirekt der Studierende adressiert und ihm die Verantwortung für weitere Erklärungen übertragen wird.

Im weiteren Verlauf seiner Äußerung in den Flächen 29-30 begründet der StP die Aussage aus Fläche 28 und es können ähnliche Strategien wie vorher beobachtet werden. Er führt den Begründungszusammenhang zunächst mit dem langgezogenen Adverbkonnektor „also:“ ein, der hier vermutlich in gliedernder Funktion Verwendung findet, dem mit „auch wenn“ die Einleitung zu einem Konzessivsatz folgt. Sofern diese Äußerung ebenso wie die folgende Korrektur auch die Blutdruckmessungen und die Ergebnisse beschreiben soll, würde durch die Struktur des Konzessivsatzes nahegelegt, dass der Blutdruck trotz der Messungen hoch wäre und das Blutdruckmessgerät damit nicht der Beweis für die Aussage des StP wäre, sondern ihm die Funktion einer unwirksamen Medikation zugeschrieben würde. Anschließend korrigiert er sich und beginnt den Satz mit der subordinierenden Konjunktion „ob“ neu, womit ein deutlicher Kausalzusammenhang hergestellt und den Blutdruckmessungen eine gewisse Regelmäßigkeit zugeschrieben wird. Damit wird die Aussage aus Fläche 28, dass zeitunabhängig immer gleiche Werte vorhanden sind, gestärkt. Allerdings wird in der Korrektur das Adverb „manchmal“ platziert, was die zeitliche Regelmäßigkeit, die durch die Adverbien „morgens“ und „abends“ betont wurde, dadurch wieder abgeschwächt. Insgesamt versucht der StP hier also einen Begründungszusammenhang für den Widerspruch zu konstruieren, schwächt dabei die Aussage aber stark ab, so dass Korrekturen seiner Aussage immer noch imageschonend möglich sind. Gleichzeitig ist neben den redebegleitenden Gesten erneut ein längeres Kopfschütteln zu beobachten, was im Sinne der vorherigen Analyse hier ebenfalls als Unsicherheit, Unwissenheit oder Ratlosigkeit interpretiert werden kann.

Begleitend zu den Aktivitäten des StP in Fläche 29 nickt der Studierende mehrfach, was als nonverbales online-Signal bzw. als Verständnismarkierung verstanden werden kann. Folgt man der obigen Analyse der StP-Aussage von Fläche 28, kann das Nicken auch eine Reaktion auf die vom StP dort und in Fläche 29 geäußerte Unsicherheit und Hilflosigkeit sein und eigene Aktivitäten ankündigen. Gegen Ende von Fläche 29 und parallel zum StP formuliert er schließlich eine langgezogene Hörrückmeldung („ja:;“), die neben der üblichen Markierung als online- oder Verständnismarkierung in Verbin-

dung mit der durch das Zurücklehnen entstehenden Distanzerhöhung als Vorbereitung eigener Äußerungsaktivitäten und einer turn-Übernahme verstanden werden kann. Alternativ oder ergänzend ist auch eine Lesart der Distanzerhöhung als Rückzug aus der direkten Kommunikationssituation aufgrund gedanklicher Prozesse denkbar. Anschließend senkt der StP kurz den Blick auf die Unterlagen des Studierenden, während er seine Äußerung weiterführt. Auch dieses kurze Abwenden des Blicks kann als Rückzug aus der direkten Kommunikationssituation gewertet werden und auf gedankliche bzw. äußerungsvorbereitende Prozesse zurückgehen, eine Reaktion auf die Distanzerhöhung des Studierenden, eine Markierung von Unsicherheit oder ein Angebot der turn-Übergabe darstellen. Zunächst sind alle genannten Hypothesen gleichberechtigt möglich. Anschließend setzt der Studierende mit seinem turn ein und formuliert eine präzisierende Nachfrage. Der StP bricht seinen turn sofort ab bzw. führt ihn nicht weiter, da es zu keinem overlap und keiner Parallelsequenz kommt, womit der turn-Wechsel als Unterbrechung gewertet werden kann. Damit fällt zwar die obige Hypothese des Blickwechsels als Angebot der turn-Übergabe weg, alle anderen Möglichkeiten bleiben aber bestehen und somit ist eine genaue Zuordnung hier nicht möglich.

Gleichzeitig stellt der StP den Blickkontakt zum Äußerungsbeginn des Studierenden wieder her, womit er sich in die direkte Kommunikationssituation begibt und Aufmerksamkeit herstellt. Zusammengenommen kann in den Flächen 29 und 30 beobachtet werden, wie der Studierende seine turn-Übernahme relativ spontan vorbereitet und umsetzt und der StP sich diesem fügt.

In diesem Transkriptausschnitt wird deutlich, dass der StP relevante Informationen in das Gespräch einbringt, auch wenn diese im Widerspruch zur Meinung des Studierenden stehen. Dabei wendet der StP eine ganze Reihe von Mechanismen des Laientheoretisierens an, die seine Aussagen abschwächen und leichter korrigierbar machen. In Verbindung damit ist ebenfalls viel Imagearbeit zu beobachten, mit der die Beziehung zwischen StP und Studierendem auch bei Widersprüchen stabilisiert bzw. geschützt werden soll. Zudem zeigt der StP durch die Aussage zur Blutdruckmessung, dass er im Vorfeld getroffene Entscheidungen umsetzt und sich aktiv an der (hier natürlich fiktiven) Therapie beteiligt. Daher zeigt er zwar eine Form von Patientenbeteiligung, die prinzipiell in Richtung einer aktiven Rolle im Behandlungsprozess weist und damit ein informatives oder deliberatives Modell nahelegt, aber das reaktive Kommunikationsverhalten, die klare Betonung der Asymmetrie und die Selbstdarstellung als Laie weisen eher in Richtung eines paternalistischen Ansatzes.

Der Studierende führt mit der Nennung möglicher Aufregung als Grund des gemessenen Bluthochdrucks direkt ein heikles Thema an, da er die emotionale Befindlichkeit des StP vergleichsweise früh im Gespräch thematisiert. Zudem spricht er damit ein Thema an, dessen Nutzen in dieser Gesprächssituation bezweifelt werden kann. Denn da der StP den gegebenen Informationen nach bereits längere Zeit in Behandlung wegen Bluthochdruck ist und dies nicht der erste Besuch beim Arzt zu diesem Thema ist, ist die Wahrscheinlichkeit für diesen prinzipiell durchaus möglichen Grund aber eher gering. Zudem würde eine mögliche positive Antwort durch den StP an dieser Stelle nicht direkt weiterhelfen, da Aufregung zwar ein möglicher aber nicht zwangsläufiger Grund für den Bluthochdruck sein kann. Somit müsste eine weitere Messung vor Ort folgen oder für einen anderen Zeitpunkt veranlasst werden. Außerdem ist in den Stu-

dienunterlagen als Ziel angegeben, dass eine neue Therapie in Form der Kombinationsmedikation verordnet werden soll, weshalb der Blutdruck erneut längerfristig hoch sein muss und nicht nur im Vorfeld dieser Konsultation aufgrund psychischer Aspekte angestiegen ist. Daher kann das Thematisieren der emotionalen Befindlichkeit auch ein Hinterfragen der Studiengrundlagen bzw. eine Form der Absicherung durch den Studierenden sein. Eine andere Möglichkeit wäre allerdings, dass er die eigenen Blutdruckmessungen oder entsprechende Ergebnisse erfragen möchte und daher diesen Weg nutzt, was ich aber an dieser Stelle für einen zu indirekten und daher unrealistische Weg halte. Die Verbalisierung der Thematik selber ist zwar von einigen abschwächenden oder imageschützenden Aspekten gerahmt, aber insgesamt immer noch recht direkt formuliert, was auch die anschließende Reaktion des StP vermuten lässt. Der turn-Übergang in Fläche 30 schließlich ist mit hoher Wahrscheinlichkeit eine Unterbrechung; Nach den längeren ungestörten Passagen des Studierenden, unterbricht dieser hier vergleichsweise früh und strikt, nachdem der wesentliche Inhalt der StP-Äußerung feststeht.

Auch wenn der Studierende hier psychosoziale Aspekte anspricht, die klassischerweise patientenzentrierten Modellen zugeschrieben werden (zum Widerspruch siehe Kapitel 2.4), und durchaus Imagearbeit leistet, deuten die Asymmetrie verstärkenden Elemente und seine dominante Rolle in der Themensteuerung in Fortführung von Kapitel 9.1.1 auf ein paternalistisches Modell hin. Auch das Verhalten des StPs ist ambivalent, so dass eine klare Zuordnung zu einem Modell hier insgesamt schwierig ist. Das beobachtete Verhalten der beiden Gesprächspartner weist vermutlich am ehesten auf einen „Mittelweg“ zwischen den beschriebenen paternalistischen und informativen Elementen, also auf einen deliberativen Ansatz hin.

Abschließend sei zu diesem Transkriptausschnitt noch zu sagen, dass er wie der Abschnitt 9.1.1 nicht in der etablierten Struktur der Arzt-Patienten-Kommunikation zu verorten ist. Auch wenn es sich hier nach der Anliegensformulierung um eine Art Exploration in Form anamnestischer Fragen handelt, dreht sich das Gespräch an dieser Stelle thematisch nicht eindeutig um Beschwerden oder Symptome, insbesondere da die Diagnose bekannt ist. Gleichzeitig wird auch kein Smalltalk oder kein „Gelegenheitsgespräch“ realisiert, sondern vielmehr eine Art „Exploration des Therapieverlaufs“ oder eine „Abfrage des aktuellen Status“ durchgeführt.

9.1.3 Einleitung der Entscheidungsfindung

[36]

Stud. [v]	ZEHN	milligramm;	und (.) an	DER stelle
Stud. [P/P]				
Stud. [G/H]				*gestikuliert*
Stud. [M/A]			*schaut auf die Unterlagen*	
StP [P/P]		*nickt*		
StP [M/A]				*schaut auf die Unterlagen des*

[37]

Stud. [v]	(.) können wir mit	dem medikament allEIne jetz	(-) ist es nicht mehr
Stud. [G/H]		*gestikuliert*	
Stud. [M/A]		*schaut zum StP*	
StP [M/A]	*Stud.*	*schaut zum Stud.*	

[38]

Stud. [v]	sinnvoll WEIterzuarbeiten; (.)	also das jetz noch mal zu
Stud. [G/H]		*geht mit der rechten Hand stufenförmig höher*

[39]

Stud. [v]	[erHÖhen,]	(.) wäre nicht so	GUT. (.) der nächste	schritt	wäre
Stud. [G/H]				*gestikuliert*	
Stud. [M/A]			*schaut auf die Unterlagen*		
StP [v]	[<<p> hm_hm >]				
StP [P/P]	*nickt*			*nickt*	

[40]

Stud. [v]	jetzt (.) ist nicht selten,	das man das MAchen muss, (.)	dieses präparat
Stud. [G/H]			*deutet auf die Unterlagen*
Stud. [M/A]		*schaut zum StP*	*schaut auf die Unterlagen*

[41]

Stud. [v]	den a: ce e: hemmer noch mal	mit nem	ANderen	(.) präparat zu
Stud. [G/H]		*gestikuliert*		
Stud. [M/A]	*schaut zum StP*			
StP [P/P]			*nickt*	

[42]

Stud. [v]	kombiNIEren;	hm_hm	um auf zwei verSCHIEdene mechanismen den blutdruck zu
Stud. [G/H]	*gestikuliert*		*gestikuliert*
StP [v]		hm_hm	
StP [P/P]		*nickt*	

[43]

Stud. [v]	SENken; (.) wenn man es	mit einem mechanismus alleine nicht SCHAFFT.
Stud. [G/H]		
StP [P/P]	*nickt leicht*	

[44]

Stud. [v]		hm_hm;	und naTÜRlich ist es so; (.)	
Stud. [P/P]	*nickt*		*lehnt sich leicht vor*	
Stud. [G/H]			*gestikuliert*	
Stud. [M/A]		*schaut auf den Tisch*	*schaut auf die Unterlagen*	
StP [v]	ja:; (-)			
StP [P/P]	*nickt* *nickt leicht*			
StP [M/A]			*schaut auf die Unterlagen des Stud.*	

[45]

Stud. [v]	also es gibt jetz	prinzipiell	ZWEI alternativen,	es gibt (-)
Stud. [P/P]				*lehnt sich*
Stud. [G/H]	*schiebt die Unterlagen auseinander*	*gestikuliert*		*gestikuliert*
StP [M/A]				*schaut zum*

Vor diesem hier dargestellten Abschnitt hat der Studierende die aktuelle Medikation des StP beschrieben und leitet nun zur Entscheidungsfindung über. Zunächst erläutert er ab Fläche 36 die Voraussetzung dafür, dass ein weiteres Medikament in Kombination zum ACE-Hemmer gegeben werden soll. Dabei schaut er in der Mitte von Fläche 36 auf die Studieninformationen, was aufgrund der nahenden Therapiebeschreibung als Informationsgewinnung oder Rückversicherung gewertet werden kann. Anschließend formuliert der Studierende mit der betonten Äußerung „und (.) an DER stelle“ einen Rückbezug zum vorher beschriebenen Einsatz des ACE-Hemmers und seiner bisherigen Unwirksamkeit, wobei er das Gesagte gestisch unterstreicht. Die Äußerung kann gleichsam als Grundlage und Argument für die kommenden Ausführungen verstanden werden. Der StP richtet den Blick ebenfalls auf die Unterlagen und wie bereits vorher im Transkript kann davon ausgegangen werden, dass er der Aufmerksamkeitsverschiebung des Studierenden folgt und hier aufgrund des vorher gesenkten Blicks des Studierenden eine Orientierungsverschiebung des StP möglich ist, ohne dass er sich aus der Kommunikationssituation dadurch aktiv zurückzieht und ihm ein online-Signal verwehren würde.

Von Fläche 37 bis Mitte der Fläche 39 formuliert der Studierende eine Stellungnahme zum aktuellen Medikamenteneinsatz des ACE-Hemmers, der in seiner Funktion sehr einer Diagnosestellung ähnelt. Auch hier kommt es aufgrund der längeren Behandlungsvorgeschichte dazu, dass die herkömmliche Struktur für Arzt-Patienten-Gespräche nicht richtig greift. Obwohl die Aussage in ihrer gliedernden Funktion zwischen Exploration und Therapie sowie dem Wissenstransfer stark der Diagnoseübermittlung ähnelt, fehlen doch die nach Peräkylä (1998: 304) wesentliche Elemente wie die Krankheitsnennung, der Kommentar zum Zustand des Patienten und die Vermittlung von Hintergrundinformationen zur Krankheit. Allerdings muss hierzu gesagt werden, dass beispielsweise die Krankheitsnennung schon zu Gesprächsbeginn realisiert wurde, ein Bezug zum aktuellen Zustand des StPs ebenfalls thematisiert wurde und Hintergrundinformationen zur Krankheit bei dieser längeren Behandlung als bekannt vorausgesetzt werden können. Von daher scheinen sich die diagnostischen Elemente in dieser Form des Arzt-Patienten-Kontaktes durch die gesamte erste Hälfte bis zur Thematisierung der weiteren Therapie zu ziehen und deutlich stärker mit der Exploration verbunden zu sein, als dies in herkömmlichen medizinischen Erstgesprächen zu beobachten ist. Dennoch erfüllt die Äußerung von Fläche 37-39 hier eine resümierende und die Exploration abschließende Funktion, wodurch zur Phase der Therapieentscheidung und -planung übergeleitet wird.

Neben dieser strukturellen Funktion ist auch die konkrete Realisation dieser Äußerung interessant. Zunächst äußert der Studierende einen Satz, den er abbricht, und reformuliert fortführt. Während die erste Formulierung mit der Verwendung des Modalverbs „können“, dem Temporaladverb „jetzt“ sowie dem Adjektiv „allEIne“ als eine relativ deutliche Absage an eine weitere Behandlung mit dem ACE-Hemmer verstanden werden kann, die zudem durch die Betonung unterstrichen wird, ist die Reformulierung mit der Konstruktion „ist es nicht mehr sinnvoll“ eine Abschwächung der Aussage. Sie impliziert, dass es generell möglich ist, aber eben nicht weiterführend bzw. hilfreich wäre. Bei der anschließenden Realisierung des Verbs „WEIterzuarbeiten;“ in Fläche 38 verweist die Betonung auf die künftige Ausrichtung der Behandlung, was hier als Übergang von der diagnostischen Stellungnahme zur Therapieplanung gelesen

werden kann. Parallel zu diesen Formulierungen nimmt der Studierende den Blickkontakt wieder auf und realisiert eine kurze Geste. Beide nonverbalen Aktivitäten können als Unterstreichung der Aussage bzw. des Inhalts gelesen werden sowie als Sicherung von Aufmerksamkeit, da hier nun ein für die weitere Konsultation wichtiger, gliedernder Inhalt realisiert wird. Auch der StP nimmt den Blickkontakt sofort wieder auf. Ob dies eher als Reaktion auf die nonverbalen und aktivitätssichernden Aktivitäten des Gegenübers, die hier aus dem Augenwinkel wahrgenommen werden, oder den Inhalt der Aussage, in der sich durch die aufbauende Argumentation und die absehbare Hinwendung zur künftigen Therapie eine inhaltliche Brisanz entwickelt, zurückgeführt werden kann oder ob eine Mischung beider Elemente ursächlich ist, kann hier nicht gesagt werden. Letztlich jedoch ist damit die beiderseitige Aufmerksamkeit an diesem wichtigen Punkt der Kommunikation schnell hergestellt, was mindestens als Interesse, aber auch als Zeichen von Kooperation angesehen werden kann.

Im weiteren Verlauf von Fläche 38 bis Mitte der Fläche 39 konkretisiert der Studierende seine Aussage, indem er auf eine weitere mögliche Erhöhung der ACE-Hemmer-Dosis verweist. Dabei bezieht er sich mit „noch mal“ auf die bereits stattgefundene Erhöhung und stellt mit dem Adverb „jetzt“ den Zusammenhang zur anstehenden Entscheidung her. Unterstrichen werden diese Mehrfachbezüge mit einer besonderen Gestik: der Studierende hebt seine rechte Hand stufenförmig nach oben und visualisiert damit parallel zu seiner Aussage mehrere Erhöhungen. Schließlich betont der Studierende das semantisch zentrale Verb „erHÖhen,“, bevor er mit „wäre nicht so GUT.“ seine Beurteilung abgibt. Damit wiederholt er zwar die bereits vorher geäußerte Ablehnung, formuliert sie aber im Konjunktiv und nicht mit einem klar negativ bewertenden Adjektiv, sondern mit der starken abgeschwächten Negierung einer (betonten) positiven Bewertung. Damit schwächt er seine Aussage deutlich ab, was als leichter annehmbares Informationsangebot an den StP verstanden werden kann, das zudem auch nicht final, sondern eventuell verhandelbar ist. Gleichzeitig ist auch eine Lesart als Unsicherheit beim Studierenden hier möglich, die entsprechend markiert wird und in Form prospektiver Imagearbeit vor möglichen Korrekturen durch das Gegenüber schützt. Parallel zu Beginn von Fläche 39 äußert der StP eine kurze, leise Hörrückmeldung, die, von einem Nicken begleitet, sowohl als Aufmerksamkeits- als auch als Zustimmungssignal verstanden werden kann.

Im Anschluss an diese zweite Aussage zur eingeschränkten weiteren Verwendung des ACE-Hemmers formuliert der Studierende mit „der nächste schritt wäre jetzt“ nun den Übergang zur Phase der Therapieentscheidung und -planung. Auch die gestische Betonung von „schritt“ unterstreicht diese Deutung. Dabei fällt die erneute Verwendung des Konjunktivs auf, der das Kommende als möglich markiert und damit andere Optionen nicht prinzipiell ausschließt. Dabei senkt er den Blick wieder auf die Unterlagen, was mitten in der Phasenüberleitung zunächst ungewöhnlich anmutet. Neben einer erneuten Rückversicherung durch die Studienunterlagen ist auch ein Rückzug aufgrund kognitiver und formulierender Vorbereitungen denkbar. Schließlich kann der Blickwechsel weg vom StP auch als Konfrontationsvermeidung angesehen werden. Der hier beobachtete Phasenwechsel mit dem Übergang zu einer neuen Medikation ist eine heikle Phase innerhalb des Gesprächs, da die zwei bisher versuchten Therapien nicht wirksam waren. Daran anschließend ist die Zustimmung bzw. Überzeugung des Gegenübers ist an dieser Stelle wichtig, um im Gespräch fortzufahren, die konkrete The-

rapie zu besprechen und um weiterhin *adherence* auf Patientenseite sicherzustellen. Die vielen verbalen Abschwächungen demonstrieren das vorsichtige Vorgehen des Studierenden, zu welchem der Blickwechsel hier ebenfalls beitragen kann.

In Fläche 40 schiebt der Studierende einen ergänzenden Nebensatz in die laufende Formulierung, mit dem er bereits im Vorfeld seiner konkreten Therapieerklärung auf eine breite Umsetzung referiert, die Routine, gute Erfahrungen und damit medizinische Sicherheit suggeriert. Die Verwendung des generalisierenden Personalpronomens „man“ kann hier eine Möglichkeit sein, die etwas komplexere Langzeitbeziehung zwischen dem Studierenden, dem StP und der Frau Ottmann zu umschreiben, verweist aber hier meines Erachtens im Zusammenhang mit den folgenden Äußerungsbestandteilen insbesondere auf eine akteursunabhängige Allgemeingültigkeit. Zusammen mit der Betonung des Hauptverbs „MAchen“ und dem Einsatz des Modalverbs „muss“ innerhalb der Struktur des Konsekutivsatzes wird gleichzeitig ein Zwang und eine alternativlose Kausalität vermittelt. Da der anschließende Satz die Entscheidung für eine Medikamentenkombination beinhaltet, wird diese Entscheidung, obwohl sie selber direkt nicht benannt wird, als zwingend deklariert, aber gleichzeitig nicht festgelegt, von wem diese Entscheidung ausgehen muss bzw. wer daran teil hat oder dafür verantwortlich ist. Damit benennt der Studierende relativ deutlich die nun anstehende Phase der Entscheidungsfindung, legt sich aber noch nicht auf ein Modell fest bzw. formuliert keine eigene Präferenz. Dabei wendet er den Blick zum StP, eventuell zur Aufmerksamkeitsabsicherung oder um mögliche Reaktionen wahrzunehmen. Auch ein Unterstreichen der Aussage oder das Vermitteln von Vertrauen durch den aufgenommenen direkten Blickkontakt sind möglich.

Nach dem Einschub setzt der Studierende seine Äußerung fort, wobei er in seinem Rückbezug auf die bisherige Medikation das Substantiv „präparat“ wählt. Dieses Wort ist eher ungebräuchlich und kann an dieser Stelle wahrscheinlich als eine semiprofessionelle Kategorisierung bezeichnet werden. Es kann eine gewisse Formalität und Distanz sowie eventuell eine Wissenschaftlichkeit als positive Bewertung implizieren. Gleichzeitig ist es die exakte Wortwahl, die in der Zielformulierung der Studieninformationen (vgl. Kapitel 13.1) für die Medikamente verwendet wird. Dies deutet neben den immer wieder auftretenden Blickrichtungswechseln auf die Unterlagen auf die generell große Orientierung des Studierenden an den gegebenen Vorgaben hin. Gestützt wird dies auch hier durch den nonverbalen Einbezug der Studieninformationen, da der Studierende parallel zur Nennung des Wortes kurz auf die Unterlagen vor ihm schaut und auf sie deutet. Damit markiert er sie innerhalb der Kommunikation als relevante Quelle seiner Äußerungen. Dieser Verweis auf die Unterlagen kann sich einerseits nur auf die Wortwahl beziehen und im nonverbalen Verweis auch als eine Erklärung der Wortwahl gesehen werden, da sie nicht ihm, sondern den Unterlagen zugeschrieben wird. Andererseits kann sie auch weitreichender interpretiert werden, indem nicht nur die Wortwahl indirekt begründet wird, sondern seine hier geäußerten Informationen generell und auch seine Schlussfolgerungen auf den Unterlagen basieren. Neben diesem als durchaus transparent und damit auch kooperativ zu bewertenden Aufzeigen seiner Informationsgrundlagen ist zudem denkbar, dass, wie bereits weiter oben vermutet, der Studierende mit dem Rückbezug seine Aussage und Argumentation stützt, da er sich auf eine externe Autorität bezieht, die mit ihrer schriftlichen Fixierung den Status eines Faktischen hat. Damit gibt er einen Teil der Verantwortung für seine Entschei-

dung bzw. für seinen Vorschlag ab, was ihn für Widersprüche des StP weniger angreifbar macht. Anschließend nimmt der Studierende den Blick wieder auf und präzisiert in einem weiteren Einschub das bisherige Präparat als ACE-Hemmer. Dieses ist dem StP bekannt und wurde bis zu dieser Stelle bereits erwähnt, so dass die Nennung an dieser Stelle eigentlich nicht nötig erscheint. Sie kann ein Rückbezug auf das bisherige Gespräch und die Unwirksamkeit des Medikaments darstellen und damit als Zusammenfassung fungieren sowie eine stützende Grundlage für den kommenden Vorschlag sein. Auch ist die möglich Funktion einer Verzögerung zu bedenken. Schließlich hat der Studierende die Phase der Therapieentscheidung und -planung mit dem Vorschlag eines nächsten Schrittes bereits in Fläche 39 begonnen, aber bisher nicht konkretisiert, sondern durch verschiedene Einschübe und Erklärungen hinausgezögert. Dies zeugt einerseits von großer Vorsicht und präziser Vorbereitung durch die Nennung vieler relevanter Fakten und Aspekte bereits vor Nennung des Vorschlages, um mögliche Kritik bzw. Fragen vorab zu entschärfen bzw. zu verhindern. Andererseits kann es sein, dass die genaue Formulierung des Vorschlags noch nicht feststeht und die vielen Einschübe eine verzögernde und turn-sichernde Funktion haben sollen, bis die Äußerung gedanklich entsprechend vorbereitet ist. Angesichts des stabilen Satzbaus und den wenigen Pausen oder Verzögerungspartikeln gehe ich von der ersten Hypothese, der inhaltlichen Vorbereitung und Absicherung aus.

Nach dem Einschub des ACE-Hemmers kommt der Studierende wieder auf die eigentliche Äußerung zurück und formuliert bis Anfang von Fläche 42 den grundsätzlichen Therapievorschlag. Auffällig ist dabei die Konstruktion „noch mal“, da eine damit implizierte Kombinationstherapie bisher nicht stattgefunden hat. Eine mögliche Deutung wäre, dass der Studierende damit auf die bisherige Medikationsänderung des ACE-Hemmers von 5mg auf 10 mg anspielt, auch wenn es hier nicht zu einer Kombination von Wirkstoffen kam. Auch wenn dies somit inhaltlich falsch ist, wird damit eine Kontinuität vermittelt, die hier stützend für den Argumentationsprozess einer Kombinationstherapie sein kann, da es impliziert, dass keine neue ungewohnte, unbekannte und womöglich vom StP als bedrohend empfundene Form der Therapie ansteht, sondern sich auf bekannten, gewohnten und gesicherten Pfaden bewegt wird. Am Ende von Fläche 41 verwendet der Studierende erneut das Substantiv „präparat“, was an die vorherige Nennung anschließt. Neben der Möglichkeit, dass der Studierende in dem oben beschriebenen Sprachduktus bleibt, ist auch eine Lesart möglich, dass gerade die gleiche Wortwahl hier eine Vergleichbarkeit oder Ähnlichkeit vermitteln soll. Da schon Erfahrungen mit einem Präparat bestehen, wäre dies dann ebenfalls als Argumentationsstütze lesbar. Zudem verwendet er den verschleiften unbestimmten Artikel „nem“, womit er zwar auf die Notwendigkeit eines weiteren Medikaments verweist, aber dieses scheinbar nicht konkret vorgegeben ist bzw. hier noch nicht vom Studierenden entschieden wurde, was im Folgenden eine gewisse Wahlfreiheit impliziert. Allerdings ist auch möglich, dass er den Medikamentennamen hier nicht nennt, da es dem StP vermutlich nichts sagen würde oder ihn an dieser Stelle verwirrten könnte. Weiterhin betont der Studierende die zwei inhaltlich relevanten Wörter „ANderen“ und „kombiNIEren;“, um vermutlich Verständnis beim StP zu sichern. Zusammen mit der kurzen einleitenden Gestik kann dies auch als Unterstreichung bzw. Stärkung des Studierendenvorschlags interpretiert werden.

Nach einer kurzen verbalen wie nonverbalen Hörrückmeldung durch den StP fährt der Studierende fort und erläutert bis Ende der Fläche 43 den Grund der Kombinationstherapie. Dabei verwendet er als Beschreibung der Wirkung die semiprofessionelle Kategorisierung „mechanismus“ bzw. den Plural „mechanismen“, der hier zwar inhaltlich korrekt ist, aber eine an die Mechanik entlehnte Funktionalität und Verlässlichkeit impliziert, die bei Medikamenten so nicht unbedingt gegeben ist. Diese Aussage kann entweder auf Unwissenheit bezüglich der Medikamentenwirkung beruhen, was aber bei einem fortgeschrittenen Medizinstudierenden im 10. Semester (vgl. Kapitel 13.3) sehr unwahrscheinlich ist, oder ihr kann eine werbende Funktion für die Kombinationstherapie zugeschrieben werden, was ich an dieser Stelle für deutlich wahrscheinlicher halte. Auch in dieser Begründung sind mehrere Betonungen zu beobachten (Fläche 42: „verSCHIEdene“; Fläche 43: „SENken;“, „SCHAFFT.“), mit denen der Studierende inhaltlich relevante Aspekte der Äußerung betont und seine Äußerung mit den regelmäßig auftretenden Betonungen auch zu gliedern scheint. In Fläche 43 nutzt der Studierende erneut das Pronomen „man“, das hier wie in Fläche 40 keinen spezifischen Akteur benennt, sondern die Aussage damit verallgemeinert. Parallel gestikuliert der Studierende während eines Großteils seiner Aussage, was hier als Stütze der Argumentation angesehen werden kann. Die gestischen Phänomene enden in der Mitte von Fläche 43, was zusammen mit der Betonung des letzten Wortes „SCHAFFT.“ und der stark fallenden Betonung hier die Funktion einer turn-Übergabe bzw. eines entsprechenden Angebotes haben kann. Der Studierende hat damit sowohl die Überleitung in die Phase der Therapieentscheidung und -planung vollzogen als auch seinen Vorschlag der Kombinationstherapie formuliert. Der StP hat parallel zwar mehrfach genickt und in Fläche 42 auch eine Hörrückmeldung verbalisiert, bisher aber keine dezidierte Zustimmung geäußert. Daher kann es sich hier wie in der Anliegensformulierung (Kapitel 9.1.1) um eine indirekte Frage handeln, mit der der Studierende den turn übergeben möchte. Bei der Äußerung fällt auf, dass der Studierende mit der Begründung von Mitte der Fläche 42 bis Fläche 43 die Informationen wiederholt und mit der Formulierung „nicht SCHAFFT.“ den bisherigen Misserfolg pointiert zusammenfasst, obwohl er dies einleitend zu seinem Therapievorschlag schon getan hat. Diese mehrfache Erwähnung und Betonung des bisherigen Behandlungsmisserfolgs kann als Stütze des Therapievorschlags angesehen werden, da durch die Wiederholung und mehrfache Betonung ein Handlungszwang impliziert wird, wofür der Vorschlag des Studierenden wiederum eine Lösung ist.

In Fläche 44 reagiert der StP auf die vermutete turn-Übergabe bzw. die indirekte Aufforderung zur Kommentierung: Er nickt und äußert ein langgezogenes „ja:;“. Obwohl die Antwort weder Kritik noch Ablehnung enthält und generell als knappe Zusage verstanden werden kann, ist die Antwort angesichts des langen turns des Studierenden sowie des darin enthaltenen Vorschlags, der auf mehreren Ebenen eingeleitet und begründet wurde, vergleichsweise kurz, kann theoretisch immer noch als reine online-Hörrückmeldung verstanden werden und lässt damit eine eindeutige Positionierung eher vermissen. Anschließend nicken beide Gesprächspartner parallel. Das Nicken des Studierenden kann hier auf das „ja:;“ des StPs bezogen sein und diese möglicherweise positive Äußerung bestätigen bzw. dieser zustimmen, aber aufgrund der fehlenden Klarheit der Antwort oder einer eventuell vermuteten ausführlicheren Positionierung des StPs auch als absichernde Frage nach Zustimmung gedeutet werden. Das aberma-

lige Nicken des StP wiederum bestätigt die Vermutung, dass auch seine vorherigen Aktivitäten in Fläche 44 Zustimmung und nicht nur Aufmerksamkeit signalisierten.

Anschließend produziert der Studierende mit „hm_hm;“ eine nichtlexikalische Äußerung, die klassischerweise als Hörrückmeldung verstanden werden würde. Da diese aber hier merkwürdig platziert wäre, von fallender Tonhöhe begleitet wird und der Blick gleichzeitig auf den Tisch herabgesenkt wird (nicht auf die Studieninformationen wie bereits vorher), interpretiere ich es als Verzögerungsaktivität in Vorbereitung einer eigenen Äußerung und als Begleitung kognitiver Prozesse. Anschließend setzt der Studierende zu einer Äußerung an („und naTÜRlich ist es so; (.)“), die er allerdings syntaktisch abbricht und in Fläche 45 mit einer neuen Äußerung beginnt. Auffällig sind in Fläche 44 sowohl die Distanzverringerung und die begleitende Gestik sowie die realisierte Betonung („naTÜRlich“), die prinzipiell die Argumentation stützen können und eventuell die Aufmerksamkeit des Gegenübers für die kommenden inhaltlichen Elemente sichern sollen. Da der Studierende seinen Blick aber gleichzeitig auf die Unterlagen richtet und nicht den StP fokussiert, kann auch davon ausgegangen werden, dass der Studierende lediglich primär seinen turn über mehrere Ebenen wieder fest etablieren möchte, da die Rederechtverteilung nach den Aktivitäten zu Beginn von Fläche 44 eventuell als nicht klar verteilt angesehen wird. Der StP folgt wie bisher häufiger der Aufmerksamkeitsverlagerung des Studierenden auf die Studienunterlagen und richtet seinen Blick darauf, macht aber keine Anstalten, den turn streitig zu machen, ergänzende Informationen zu geben oder zu erfragen, sondern belässt es bei seiner kurzen Äußerung am Anfang von Fläche 44. Der Studierende leitet seine neue Formulierung mit der Konjunktion „und“ ein, mit der er an seine vorangegangenen Äußerungen anschließt, was retrospektiv die Aktivitäten des StP als Hörrückmeldung wertet und die Rederechtverteilung nicht als fragwürdig charakterisiert, sondern den turn fest beim Studierenden verortet. Ob das „und“ damit allerdings lediglich die Rederechtverteilung aus Sicht des Studierenden anzeigt oder diese hinsichtlich der eigenen Vorstellungen umdeuten und damit den eigenen turn aktiv sichern soll, kann hier nicht gesagt werden.

Die anschließend Äußerung wird durch das Adverb „naTÜRlich“ und die Konstruktion „ist es so“ als Selbstverständlichkeit und logische Folge eingeleitet. Umso überraschender und auch widersprüchlicher ist es, dass diese entsprechende Einleitung syntaktisch nicht direkt fortgeführt wird, sondern nach einem Abbruch in Fläche 45 neu gestartet wird. Damit ist nicht ersichtlich, ob sich die Äußerung in Fläche 44 noch auf die von Fläche 45 bezieht, oder ob in Fläche 45 ein ganz neuer Sinnzusammenhang verbalisiert wird. Zwar deutet das Auseinanderschieben der Unterlagen in Fläche 45 leicht auf letztere Hypothese hin, da sich der Studierende anscheinend deutlicher an den Studieninformationen orientiert und sich daran auch neu inhaltlich ausrichtet, aber diese Überlegungen sind hier lediglich spekulativ. Wie der Studierende seine in Fläche 44 eingeleitete Äußerung fortsetzen wollte, kann nicht rekonstruiert werden. Da er allerdings in Fläche 45 auf die Kombinationsmöglichkeiten zu sprechen kommt, ist es denkbar, dass dies auch hier angedacht war. Dem folgend ließen sich zwei Szenarien vorstellen. In einem bezieht sich die Einleitung in Fläche 44 auf die Tatsache, dass nun zwei Medikationen zur Kombination existieren, wobei allerdings hierbei die Charakterisierung „naTÜRlich“ merkwürdig anmuten würde, da so etwas bei Kombinationspräparaten nicht selbstverständlich ist und auch dafür das Wissen des Studieren-

den vermutlich zu eingeschränkt ist. Die zweite Möglichkeit bestünde darin, dass er begonnen hatte auf eine Medikation bzw. ein konkretes Kombinationspräparat abzuzielen und dieses entsprechend als Empfehlung markiert bzw. als logischen nächsten Schritt anführt. Dies wäre in dem Fall die Realisation eines paternalistischen Modells, was schließlich abgebrochen wird. Ob dies der Fall ist oder nicht, kann nicht gesagt werden. Jedoch kann festgehalten werden, dass die Reformulierung in Fläche 45, die Präsentation der zwei Alternativen, wertfrei und ohne eine Präferenz umgesetzt wird und kein bestimmtes Entscheidungsfindungsmodell darüber favorisiert wird. Damit zeigt die Reformulierung verschiedene Wege auf und steht in einem gewissen Widerspruch zur Äußerung am Ende von Fläche 44. Die Nennung der beiden Alternativen gegenüber dem StP an sich lässt dabei den Schluss eines prinzipiellen Einbezugs des Gegenübers zu, was vom paternalistischen Model wegführen würde.

Das Auseinanderschieben der Studienunterlagen spricht dafür, dass der Studierende sich intensiv damit auseinandersetzt. Da die Medikamentenbeschreibungen bezüglich Wirkweise und Nebenwirkungen auf der zweiten Seite der gegebenen Unterlagen stehen (vgl. Kapitel 13.1), kann hier davon ausgegangen werden, dass der Studierende durch die Trennung der beiden Blätter seine Aufmerksamkeit nun darauf richtet und sich inhaltlich an den Vorgaben orientiert. Die Nennung der beiden Alternativen in Fläche 45 kurz nach der Sichtung der Studienunterlagen weist ebenfalls daraufhin. Dies zeigt abermals, dass sich der Studierende sehr deutlich an den Vorgaben der Simulation orientiert, was unter anderem auf Unsicherheit oder auf einer pflichtbewussten Erfüllung der gestellten Aufgaben basieren kann. Dass er sich so stark an den Studieninformationen orientiert und dadurch beinahe zwangsläufig auf die beiden dort genannten Optionen verweist, legt den Schluss nahe, dass die gereichten Studieninformationen eventuell Einfluss auf die Präsentation der Medikationsmöglichkeiten durch die Studierenden und damit auf die Aushandlung der Entscheidungsfindung haben.[211] Nach der Präsentation von zwei Behandlungsmöglichkeiten, die die Unterlagen nahelegen, ist die Umsetzung eines klaren paternalistischen Modells gegenüber einem Patienten deutlich schwieriger, als wenn der Studierende relevante Informationen kognitiv abrufen und damit womöglich selektiver auswählen und präsentieren würde. Die Möglichkeit, dass Studierende nur ein Kombinationspräparat auf der Basis der eigenen Meinung erklären und verschreiben, ist de facto ausgeschlossen. Diese mögliche Beeinflussung der Entscheidungsfindung durch die Rahmenbedingungen der Studie kann hier nicht genau nachgewiesen werden, ist aber auch nicht ausgeschlossen. Da diese Arbeit die Entscheidungsfindung allerdings nicht repräsentativ, sondern explorativ analysieren will, halte ich diese Beeinflussung für vernachlässigbar.

Beim analysierten Transkriptausschnitt handelt es sich nicht nur um die Einleitung bzw. Überleitung zur Phase der Therapieentscheidung und -planung, sondern auch um die Entscheidung für oder gegen ein Kombinationspräparat als Ergänzung zum ACE-Hemmer generell, bevor es überhaupt darum geht, welches Medikament im Einzelnen Verwendung finden soll. Damit konnte gezeigt werden, dass hier ein eigenständiger Entscheidungsfindungsprozess vorliegt. Der Studierende geht hierbei sehr vorsichtig

[211] In diesem Zusammenhang wäre es interessant, im Rahmen künftiger Forschungsprojekte zu untersuchen, ob auch bei Behandlungsleitlinien oder entsprechenden Computerprogrammen für Diagnosestellungen und Therapieempfehlungen alleine durch die Gestaltung der Informationen Einfluss auf die Entscheidungsfindung genommen wird.

vor und nutzt prospektiv viele Abschwächungen und Erklärungen. Er betont die Vorteile des Kombinationspräparats und weist auf die Routine dieser Therapieform hin, womit er höchstwahrscheinlich auf eine Zustimmung des StPs hinarbeitet. Die Vorsicht und die vielen beschriebenen unterstützenden Aktivitäten sind verständlich, handelt es sich doch um eine heikle Phase innerhalb des Gesprächs. Zwei Therapien waren beim StP trotz vorhandener *adherence* bisher wirkungslos, was sowohl zur Hinterfragung der Medizin bzw. der ärztlichen Kompetenz als auch zu vermehrter Sorge um die eigene Gesundheit führen kann. Zugleich sind mehrere Medikamente, die langfristig im Rahmen der Therapie als Kombination genommen werden sollen, häufig ein Grund von Skepsis oder Ablehnung auf Patientenseite. Die Erwartung solcher oder ähnlicher Reaktionen kann ursächlich für das vorsichtige und kooperative Verhalten des Studierenden sein, auch wenn die Befürchtungen letztlich unbegründet sind und der StP durch kurze Signale das Vorgehen ratifiziert und sich ansonsten zurückhält.

Die kommunikativen Aktivitäten des Studierenden weisen in dieser Entscheidungsfindung auf ein deliberatives Modell hin, da der Studierende zwar eigene Präferenzen und Erfahrungen bezüglich des Kombinationspräparats äußert, letztlich aber die Zustimmung des StPs einfordert und diesen nicht übergeht. Der StP wiederum verhält sich in dieser Entscheidungsfindung im Vergleich zur späteren Medikamentenauswahl sehr zurückhaltend, was ein Hinweis auf Desinteresse sein könnte. Er äußert keine Nachfragen und seine Reaktionen sind kurz und immer zustimmend. Der StP deutet mit seinen zurückhaltenden kommunikativen Aktivitäten und entgegen seines eigentlich darzustellenden Rollentypus an, dass ein starker Einbezug in die Entscheidungsfindung hier nicht beabsichtigt bzw. gewünscht ist. Damit lässt sich auf ein vom StP favorisiertes paternalistisches Modell schließen (obwohl dieser hier den dominantfordernden Patiententypus darstellen soll), während eine Präferenz in Richtung informativer Ansatz mit großer Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden kann.

Abschließend ist in diesem Abschnitt sichtbar geworden, dass sich dieser Studierende wie in den vorherigen Analysen stark an den gegebenen Informationen in Form der Unterlagen orientiert hat. Zwischenzeitlich waren, zugespitzt formuliert, die Studienunterlagen präsenter in der Wahrnehmung des Studierenden und spielten eine größere Rolle im Gespräch als der StP. Es machte den Eindruck, als ob sich der Studierende als Mittler zwischen den gegebenen Informationen und dem StP verhält. Die Beobachtungen belegen eine starke Orientierung des Studierenden an den Vorgaben der Studie, die weit in die kommunikativen Prozesse und die Entscheidungsfindung hineinreicht. Dies kann einerseits auf mangelnder Erfahrung und einer damit einhergehenden Unsicherheit basieren, da der Studierende sich noch in der Ausbildung befindet, aber auch ein Hinweis auf die Studienbedingungen und die Wirkmächtigkeit des Beobachterparadoxons sein.

9.1.4 Einordnung in den Prozess der Entscheidungsfindung

Der StP zeigt im späteren Verlauf des Gesprächs ein dezidiert anderes Kommunikationsverhalten in der Entscheidungsfindung als er dies hier tut. Dies kann darüber erklärt werden, dass der Schauspieler in Folge der Rollenbeschreibung und im Wissen des ge-

samten Szenarios auf die zweite Entscheidungsfindung wartet und seine Aktivitäten gezielt darauf ausrichtet, um hier den dominant-fordernden Patiententypus darzustellen. Gleichzeitig ist es durchaus möglich, dass Patienten in Arzt-Patienten-Gesprächen verschiedene Prioritäten haben und sich dafür unterschiedlich stark einsetzen. Denn während diese Entscheidungsfindung bezüglich der Kombinationstherapie eher abstrakt ist, bezieht sich die zweite Entscheidungsfindung mit den Nebenwirkungen konkret auf den Alltag und das Leben des StP. Damit sind Werte und Präferenzen des StP direkt involviert und der StP verfügt hier im Gegensatz zum medizinischen Wissen über Einsatzmöglichkeiten von Kombinationsmedikationen über ein hohes Maß an relevantem Alltagswissen, das er mit den Medikamenten und den Nebenwirkungen abgleichen kann. Über diese direkte Betroffenheit und seine hier anwendbaren Wissensbestände kann das stärkere Engagement des StP zum späteren Zeitpunkt ebenfalls erklärt werden.

Ob die in der ersten Entscheidungsfindung in Kapitel 9.1.3 beobachtete Zurückhaltung des StP und die mögliche Deutung seines kommunikativen Verhaltens als paternalistisch ursächlich für die spätere Initiative des Studierenden in Richtung einer deliberativen Entscheidungsfindung (in Form des Vorschlags zur Wahl des Kaziumantagonisten in den Flächen 168-170) ist und den Verzicht eines informativen oder interpretativen Ansatzes begründet, kann hier nur vermutet werden. Zudem kann die spätere deliberative Entscheidungsfindung des Studierenden bei der Medikamentenwahl auch als Fortsetzung des hier beschriebenen Vorgehens interpretiert werden, was auf eine Kontinuität der Entscheidungsfindungsmodus seitens des Studierenden hinweist und womöglich auch Rückschlüsse auf seine Präferenz zulassen würde. Abgesehen davon kann das unterschiedliche Verhalten des StP die Überraschung, Verwirrung und Unsicherheit des Studierenden im Rahmen der zweiten Entscheidungsfindung erklären.

Die Analysen dieses Abschnitts zeigen ganz im Sinne von Stivers (2006) und Domke (2006: 78f.), dass sich der Prozess der Entscheidungsfindung über weite Teile des Gespräches erstreckt. Es konnte gezeigt werden, dass schon in der Anliegensformulierung oder im Wissenstransfer, die beide der Therapieentscheidung und -planung vorgelagert sind, Haltungen, Einstellungen und Wertvorstellungen durch beide Gesprächspartner vermittelt werden, die mit den Modellen von Emanuel und Emanuel (1992) beschrieben werden können und prospektiv Vermutungen zu den jeweils präferierten Arzt-Patienten-Beziehungsmodellen und Entscheidungsfindungsprozessen ermöglichen. Inwieweit dadurch die Entscheidungsfindungsprozesse konkret beeinflusst bzw. werden, kann nicht gesagt werden, aber es ist davon auszugehen, dass die sprachlichen Realisierungen der eigenen Werturteile eine relevante Rolle spielen und in Modellen der therapeutischen Entscheidungsfindung berücksichtigt werden müssen. Zudem zeigte die Identifikation eines vorgelagerten Entscheidungsfindungsprozesses in Kapitel 9.1.3, dass innerhalb einer Phase zur Therapieentscheidung und -planung mehrere Entscheidungsfindungsprozesse aufeinander aufbauen bzw. miteinander verbunden sein können. Damit steht ebenfalls im Raum, dass in verschiedenen Entscheidungsfindungen innerhalb eines Gesprächs unterschiedliche Modelle zu Anwendung kommen können, was hier zwar nicht der Fall ist, aber möglich gewesen wäre, da der StP beispielsweise einen paternalistischen Zugang in der ersten Entscheidungsfindung womöglich akzeptiert hätte.

9.2 Das Gespräch „W-W-da-Kon01“

In diesem Abschnitt werden analog zum vorherigen Abschnitt 3 Transkriptausschnitte des Gesprächs aus Kapitel 8.2 analysiert, in der nach einer längeren Auseinandersetzung eine interpretative Entscheidungsfindung stand.

9.2.1 Die Vertretung der Hausärztin

[8]

Stud. [v]	verTREtung (-) für die äh		HAUSärztin	von ihnen; (--)	
Stud. [P/P]				*lehnt sich leicht vor*	
Stud. [G/H]		*zieht den Stuhl heran*			
Stud. [M/A]					*lächelt leicht*
StP [v]					oh (---)
StP [P/P]					*reduziert die*
StP [G/H]	*dem Schoß neu zurecht*				*rückt Stuhl*
StP [M/A]					*schaut nach*
Umgebung				*((klopfen))*	

[9]

Stud. [v]		°h [ja]		[°hh]
Stud. [M/A]				
StP [v]		[was ist] denn mit der frau		[doktor]
StP [P/P]	*Distanz zum Stud.*		*lehnt sich leicht vor*	*lehnt sich zurück*
StP [G/H]	*an den Tisch*			*legt die Tasche*
StP [M/A]	*unten, weitet die Augen, schaut zur Stud.*			

[10]

Stud. [v]		ähm:: (.) SIE macht schwangerschafts urlaub;		
Stud. [P/P]			*nickt*	
Stud. [M/A]				
StP [v]	ottmann?			frau
StP [P/P]				
StP [G/H]	*auf dem Schoß zurecht*			
StP [M/A]	*lächelt*			*stutzt, hebt*

[11]

Stud. [v]		[genau.]		
Stud. [P/P]	*nickt*			
Stud. [M/A]			*lächelt*	
StP [v]	ottmann war SCHWAN ger?	[ach]	das hab ich ja ((unverständlich 0.5))	
StP [G/H]			*gestikuliert*	
StP [M/A]	*die Augenbrauen*		*schaut nach unten*	

[12]

Stud. [v]	<<p> [genau] >		[ja:]		
Stud. [P/P]			*schüttelt einmal den Kopf*		
Stud. [M/A]					*lächelt*
StP [v]	[so das]	hab ich gar nicht	[MIT	bekommen]	na SOwas;
StP [P/P]			*nickt*		
StP [G/H]			*zuckt die Schultern*		
StP [M/A]	*schaut zur Stud.*	*schaut nach unten*			*schaut zur Stud.*

[13]

Stud. [v]			[ja::]	
Stud. [P/P]			*nickt*	
Stud. [M/A]				
StP [v]	wurd mir auch GAR nichts	gesagt,	[(-)gu:t;] (.)	also
StP [P/P]	*schüttelt leicht den Kopf*			*lehnt sich vor*
StP [G/H]	*macht ihre Tasche an zwei Knöpfen zu*			
StP [M/A]		*lächelt*	*schaut auf ihr Notizbuch*	*schaut zur Stud.*

[14]

Stud. [v]		[NEUbauer genau.]		
Stud. [P/P]	*lehnt sich vor*	*nickt mehrfach*	*lehnt sich zurück*	
StP [v]	NOCH mal jetzt neubauer	[war der name;]	gut.	dann sind sie
StP [P/P]			*lehnt sich zurück*	
StP [G/H]			*zieht die Tasche auf dem Schoß hoch*	
StP [M/A]	*lächelt*			

Im Vorfeld dieses Transkriptausschnittes hat die Studierende das Zimmer und damit die Aufnahmesituation betreten. Die StP hat hier bereits gewartet. Beide begrüßten sich, gaben sich die Hand und die Studierende stellte sich mit Namen vor. Danach fragte die StP nach dem Namen der Studierenden, die diesen wiederholte und sich als Schwangerschaftsvertretung der Hausärztin vorstellte, während sich beide hinsetzten. Die Aussage der Studierenden ist in Fläche 8 inhaltlich wie syntaktisch abgeschlossen, mit fallender Tonhöhe markiert und von einer Pause gefolgt, so dass ein Äußerungsende an dieser Stelle wahrscheinlich ist. Das gleichzeitige Vorlehnen der Studierenden kann neben einer Hinwendung und Aufmerksamkeitsfokussierung wie in Kapitel 9.1.1 sowohl als positive Beziehungsarbeit als auch in Verbindung mit dem vermutlichen Äußerungsende als Aufforderung zur turn-Übernahme bzw. zur Kommentierung durch die StP interpretiert werden. Letzteres wäre auch inhaltlich passend, da sich die Studierende nun sowohl mit Namen als auch Funktion vorgestellt hat, die StP ihren Namen noch nicht genannt hat und daher im Rahmen der Begrüßungs- bzw. Gesprächseröffnungskonventionen eine Antwort der StP in Form einer Namensnennung oder mindestens einer Kommentierung zum Gesagten erwartet werden kann. Zudem beginnt die Studierende nach dem Ende ihrer Äußerung zu lächeln, was als Höflichkeit bekundender Abschluss der eigenen Vorstellung verstanden werden kann, aber auch Ausdruck einer freundlich-rezipierenden Haltung sein kann und damit die These der turn-Übergabe stützen würde.

Am Ende von Fläche 8 quittiert die StP die Vorstellung der Studierenden nach einer kleinen Pause mit der Interjektion „oh“. Diese Äußerung ist schwierig zu deuten, da der für die Interpretation von Interjektionen so wichtige Intonationsverlauf an dieser Stelle nicht zu erkennen ist bzw. keine beobachtbaren Änderungen aufweist. Es ist weder eine Tonhöhenänderung nach oben oder unten feststellbar, so dass eine Deutung als Überraschung, aber auch als Ablehnung bzw. Enttäuschung in Frage kommt. Hier helfen lediglich die mimischen Aktivitäten weiter: Die Augen werden kurz geweitet, was mit einem Erhöhen der Augenbrauen einhergeht. Dies weist stärker in Richtung der Lesart Überraschung hin, schließt eine Ablehnung oder Enttäuschung aber nicht ganz aus. Der Kommentierung lässt sie keine Erklärung oder weitere Ausführungen, sondern eine mittellange Pause folgen, während sie den Blick nach unten richtet und mit dem

Stuhl näher an den Tisch rückt. Dies scheint zunächst darauf hinzuweisen, dass hiermit keine turn-Übernahme beabsichtigt war, sondern lässt eine Deutung der Interjektion als kommentierende Hörrückmeldung zu. Die Erwartung weiterer Äußerungsbeiträge der Studierenden durch die StP würde die anschließende Pause erklären. Folgt man der Interpretation der Studierendenäußerung aus Fläche 8 als indirektes Angebot der turn-Übergabe, so wäre der turn-Wechsel durch die Hörrückmeldung misslungen, weil er womöglich missverstanden wurde oder die Übernahme explizit verweigert wird. Gleichzeitig beginnt Sie aber in Fläche 9, direkt nach der Wiederaufnahme des Blickkontaktes, eine Äußerung, so dass die Pause mit dem kurz abgewendeten Blick auch als Rückzug zur Formulierungsvorbereitung interpretiert werden kann und dem „oh“ damit auch eine turn-einleitende Funktion zukäme. Am Ende von Fläche 8 fehlen zwar verbale Verzögerungsmarkierungen, die die Hypothese der turn-Übernahme und Äußerungsvorbereitung stützen würden, aber die Pause ist einerseits nicht so lang, dass Verzögerungsmarkierungen erforderlich wären, und andererseits können die nonverbalen Aktivitäten in Form des Stuhlrückens bzw. das Einnehmen einer neuen Sitzposition ebenfalls diese Rolle einnehmen. Gleichzeitig können die nonverbalen Aktivitäten auch als Zuwendung und Etablierung einer direkten Kommunikationssituation in Vorbereitung einer eigenen Äußerung verstanden werden, aber ebenso auch eine Nachwirkung der Gesprächseröffnung bzw. des Aufeinandertreffens sein, nach der sich beide einander fremden Gesprächspartnerinnen erst im Raum situieren und zueinander positionieren müssen, ohne dass es einen direkten Zusammenhang zu dieser Äußerung gibt.

Unabhängig davon ist allerdings festzuhalten, dass die StP bis hier hin Ihren Namen nicht nennt und die Vorstellung der Studierenden nicht positiv oder zustimmend kommentiert, wie es durch Höflichkeit bedingt durchaus erwartbar gewesen wäre, sondern zunächst nur die Interjektion verbalisiert und sich nonverbal neu ausrichtet. Unabhängig von der genauen Bedeutung ist dies nicht als Zustimmung, Freude oder Akzeptanz lesbar und kommentiert damit die Aussage der Studierenden vermutlich neutral, aber eventuell sogar negativ. Während die neutrale Lesart, die ich hier bevorzuge, eine Form der Überraschung implizieren würde und damit die nonverbalen Aktivitäten eine Anpassung an die neue Beziehungssituation sein könnten, würde die Deutung als negative Kommentierung, die hier nicht ganz ausgeschlossen werden kann, die Studierende in ihrer Rolle oder ihrer Kompetenz hinterfragen, wenn nicht sogar ablehnen, was zum Gesprächsbeginn eine starke Abwertung des Gegenübers wäre und die Beziehung hier bereits stark beeinträchtigen könnte.

In der Mitte von Fläche 9 atmet die Studierende hörbar ein und formuliert anschließend ein „ja“, während sie ihr in Fläche 8 begonnenes Lächeln fortsetzt. Eine Deutung des „ja“ als Rückmeldung zur Interjektion oder zu den nonverbalen Aktivitäten, eventuell auch in Form eine *continuer*-Funktion, ist hier möglich, aber aus meiner Sicht eher unwahrscheinlich, da die StP außer der Interjektion noch nichts geäußert hat. Weiterhin ist eine Lesart als inhaltliche Zustimmung zur eigenen Aussage in Fläche 8 möglich, was auf ein Verständnis der Interjektion als Hinterfragung oder Überraschung hinweisen würde. Schließlich kann das „ja“ auch eine gliedernde Funktion haben und eine geplante längere Aussage als Reaktion auf die Interjektion der StP einleiten, die dann aber nicht realisiert wird. Letztere Variante oder eine Kombination der letzten beiden Hypothesen scheinen mir am wahrscheinlichsten zu sein, da das vorherige Einatmen

ein Hinweis auf die Vorbereitung einer längeren eigenen Äußerung sein kann. Dies lässt wiederum darauf schließen, dass die Studierende die Pause am Ende von Fläche 8 nicht als Formulierungspause der StP interpretiert hat, sondern entweder die Interjektion als Hörrückmeldung gedeutet hat oder in der Pause die Verweigerung einer turn-Übernahme gesehen hat. Eine Lesart als Unterbrechung des turns der StP ist hier unwahrscheinlich, da die Studierende einerseits in Fläche 8 den turn vermutlich erst abgegeben hat und es zudem in Fläche 9 zu keiner längeren Parallelsequenz kommt und sie die StP aussprechen lässt, bevor sie erst nach ihrem Äußerungsende und ihrer markierten Fremdwahl in Fläche 10 den turn übernimmt. Während der gesamten Fläche 9 bis zum Ende der Äußerung der StP in Fläche 10 lächelt die Studierende durchgehend, was an dieser Stelle die Funktion einer Aufmerksamkeitsmarkierung haben kann oder die Beziehungsetablierung durch das Vermitteln von Freundlichkeit positiv beeinflussen soll.

Die StP formuliert in Fläche 9 und 10 die Frage „was ist denn mit der frau doktor ottmann?“ und stellt damit einen Rückbezug zu der vermutlichen Überraschung her bzw. erklärt diese retrospektiv. Diese Äußerung kann bezüglich der Interjektion von Fläche 8 sowohl die Hypothese der Einleitung eines eigenen turns stützen, aber in einer anderen Lesart auch eine nachgeschobene Begründung sein, nachdem in der Pause keine Seite den turn zunächst fortführt und damit die möglicherweise beziehungsschädigende Interjektion unkommentiert im Raum steht. Inhaltlich kann der von der StP in Fläche 9 formulierte Satz aufgrund letzterer Überlegungen als Imagearbeit verstanden werden, da damit die Ablehnung bzw. Überraschung des „oh“ erklärt und retrospektiv als Sorge um die Hausärztin umgedeutet werden kann. Damit ist nicht mehr nur die Lesart der Interjektion als Ablehnung oder Verwirrung möglich, sondern mit der Deutung als Neugier oder Sorge wird der mögliche Angriff entschärft und die Beziehung stabilisiert. Gleichzeit ist die ablehnende Lesart weiterhin nicht ausgeschlossen und die Nachfrage nach Frau Ottmann kann signalisieren, dass der StP eine Behandlung von ihr lieber gewesen wäre und sie nun fragt, warum dies nicht möglich ist. Dies würde zwar die durch die Interjektion vermittelte Ablehnung oder Überraschung inhaltlich begründen, aber gleichzeitig die Studierende als Ersatz der Hausärztin hier weiterhin in ihrer Rolle bzw. ihrer Kompetenz hinterfragen oder eine Präferenz der StP aufgrund von persönlicher Sympathie und Gewohnheit zu Gunsten von Frau Ottmann darstellen. In der Formulierung fällt wie bereits beim ersten Transkript die Nennung von „Doktor“ auf, was hier ebenfalls in Form der Titelnennung eine statuserhöhende Funktion der abwesenden Hausärztin haben kann, aber auch lediglich eine Berufsbezeichnung bzw. eine rituelle Anrede sein kann oder in der Formulierung so den vorbereitenden Studienunterlagen entnommen wurde. In dem bisher analysierten Umfeld erhält hier allerdings die Lesart als Titelbezeichnung bzw. Statuserhöhung eine besondere Brisanz, da hiermit womöglich sowohl der Unterschied zwischen der Hausärztin und der Studierenden als auch die damit verbundene Hinterfragung der Studierenden stärker betont werden würde.

Nonverbal sind leichte Distanzveränderungen zu beobachten, da sich die StP vor und zurück lehnt. Diese können Interesse signalisieren und die in Fläche 10 folgende Fremdwahl nonverbal stützen, womit die Sorge um Frau Ottmann betont werden würde. Ebenso ist es möglich, dass es sich um einen Ausdruck der hier unklaren Beziehung handelt, bei welcher die angemessene räumliche Distanz der beiden Gesprächsteil-

nehmerinnen ebenfalls ungeklärt und damit noch nicht entsprechend ausgerichtet ist. In Anlehnung daran kann das proxemische Verhalten auch als Unsicherheit gedeutet werden. Gleichzeitig legt die StP ihre Handtasche auf dem Schoß zurecht. Zusammen mit dem Zurücklehnen am Ende von Fläche 9 kann dies als Aufbau eines schützenden Hindernisses zwischen den Gesprächspartnerinnen und damit als Rückzug und Distanzaufbau gewertet werden. Dies würde die mögliche Rollenhinterfragung der Studierenden stützen, indem sich die StP leicht aus der direkten Kommunikationssituation zurückzieht. Gleichzeitig kann das Zurechtlegen der Tasche mit den Distanzveränderungen eine Nachwirkung der neuen Sitzpositionierung und damit eine weitere Aktivität im Rahmen der nonverbalen Einrichtung der Gesprächssituation sein, die nicht zwangsläufig das verbal Geäußerte unterstreichen müssen. Das Einnehmen einer geordneten Position innerhalb der Kommunikation mit der Studierenden kann damit als Neuausrichtung und den Beziehungsaufbau stützend interpretiert werden. Dies wäre wiederum eine Reaktion auf eine mögliche Überraschung bezüglich der neuen Gesprächspartnerin, auf den sich erst eingestellt werden muss, und würde diese Lesart stützen.

Die Studierende atmet gegen Ende von Fläche 9 und parallel zur Aussage der StP tief ein, was neben der Luftzufuhr an dieser Stelle als Vorbereitung oder sogar als Ankündigung einer eigenen längeren Aussage angesehen werden kann. Da anschließend kein Seufzen wahrzunehmen ist, wird nicht davon ausgegangen, dass es ein Zeichen von Frustration oder Ungeduld ist. Trotz des Einatmens wartet die Studierende die Frageformulierung der StP ab, bevor sie zu einer Antwort ansetzt. Das muss allerdings keine Folge von Höflichkeit oder Zurückhaltung sein, da die StP nur noch ein Wort verbalisiert und dann mit einer Fragemarkierung den turn abgibt. Die Markierung der Frage bzw. die Fremdwahl ist verbunden mit einem kurzen Lächeln, was hier eine mimische Unterstützung der turn-Übergabe und ein Signal von Aufmerksamkeit sein, aber auch in Bezug zu den vorherigen Aktivitäten als Imagearbeit und Beziehungsstabilisierung gedeutet werden kann. Die Studierende verbalisiert in ihrem turn in Fläche 10 zunächst die langgezogenen Verzögerungspartikel „ähm::“. Diese kann darauf hinweisen, dass die Studierende noch nicht bereit war, den turn zu übernehmen und nun Zeit zur Formulierung braucht, eventuell um sich an die Studieninformationen zu erinnern. Dies würde wiederum darauf hinweisen, dass Sie mit ihrer Äußerung den turn der StP zunächst abgewartet hätte und keine Unterbrechung oder keinen overlap vorbereitet hat. Eine mögliche Unterbrechung mit einem Verzögerungspartikel zu beginnen, wäre zwar möglich, hier aber eher unwahrscheinlich. Damit wird davon ausgegangen, dass die StP hier ihren turn etabliert und sich die Studierende mit ihren Äußerungen zurückhält. Damit übernimmt die StP nicht nur das Rederecht, sondern legt mit der Frage nach Frau Ottmann auch das aktuelle Gesprächsthema fest, welches nicht medizinischer Natur ist bzw. ihren Fall nicht betrifft.

Die Studierende antwortet in Fläche 10 und verweist auf den Schwangerschaftsurlaub der Hausärztin. Dabei betont sie das Personalpronomen und damit den Verweis auf die Hausärztin sowie der Bezug zur Frage der StP. Anschließend nickt die Studierende, was hier als nonverbale Bekräftigung der Aussage angesehen werden kann. Obwohl die Äußerung mit einer leicht abfallenden Tonhöhe endet, ist an der Stelle inhaltlich nicht klar, ob noch weitere erläuternde Verbalisierungen geplant sind. Dennoch übernimmt die StP am Ende von Fläche 10 in Selbstwahl den turn. Sie hebt die Augenbrauen,

macht einen stutzigen Gesichtsausdruck und fragt, ob Frau Ottmann schwanger war, wobei sie das Adjektiv betont und anschließend durch die stark steigende Tonhöhe eine deutliche Fragemarkierung setzt. Mit der Äußerung referiert sie inhaltlich auf den turn der Studierenden in Fläche 10 und hinterfragt die Grundlage ihrer Aussage. Das kann als Ungläubigkeit und inhaltliche Skepsis angesehen werden, ist aber vermutlich an dieser Stelle vielmehr eine Markierung von Überraschung bzw. Verwirrung. Mit dieser Formulierung stützt sie rückblickend die Interpretation der Äußerungen in Fläche 8-10 als überraschend. Ob dies aber eine Fortführung der bereits in Fläche 8 geäußerten Überraschung ist oder die dort möglicherweise geäußerte Ablehnung retrospektiv umgedeutet werden soll, kann hier allerdings nicht gesagt werden. Gleichzeitig thematisiert sie mit der Formulierung der Frage einen höheren Bekanntheitsgrad zu Frau Ottmann oder zumindest häufige Kontakte, da durch die Überraschung angezeigt wird, dass der StP die Schwangerschaft im Vorfeld nicht aufgefallen ist, was sie aber wohl hätte sein sollen. Schließlich verzichtet die StP hier auf die Nennung „Doktor“, was an dieser Stelle die oben angesprochene Deutung als Statusbetonung und mögliche Rollenhinterfragung der Studierenden ausschließt und gleichzeitig die mit der überraschten Frage implizierte Vertrautheit mit Frau Ottmann unterstreicht.

Die Studierende beantwortet die Frage zunächst mit einem Nicken, gefolgt von einer kurzen Zustimmung („genau.“), wobei die Kürze der Reaktion und die stark fallende Tonhöhe auf eine zustimmende Hörrückmeldung schließen lassen, aber keine turn-Übernahme ankündigt, womit der turn bei der StP verbleibt. Diese führt ihn auch zunächst mit einer Interjektion („ach“) fort, die Überraschung oder eine Form von Einsicht in etwas bisher nicht Bekanntes signalisiert. Anschließend führt die StP von Fläche 11 bis Mitte der Fläche 13 ihre Äußerung fort und beschreibt die Tatsache, dass ihr dies vorher unbekannt war, womit sie auf die Äußerung der Studierenden referiert und dies inhaltlich akzeptiert. Da mit der Äußerung in Fläche 11 ein neuer inhaltlicher Abschnitt beginnt, kann das „ach“ rückblickend auch als Gliederungssignal gewertet werden, das die Frageaktivitäten der StP von der nun einsetzenden ausführlicheren Erklärung abgrenzt. Unterstützt wird die Abgrenzung zu den vorherigen Beiträgen sowohl durch die Gestik, die vermutlich die hier einsetzende Erläuterung stützen bzw. unterstreichen soll, als auch durch den gesenkten Blick. Der letzte verbale Bestandteil in Fläche 11 war zwar unverständlich, aber aufgrund der dort verstehbaren Satzbestandteile, des inhaltlichen Gesamtzusammenhangs und der Formulierung in Fläche 12 könnte es sein, dass hier ähnlich wie in Fläche 12 das eigene Unwissen bezüglich Frau Ottmanns Schwangerschaft erläutert wird bzw. angesprochen werden soll. Allerdings kann dies genauso wie die Tatsache, ob diese mögliche Verbalisierung erfolgreich beendet oder abgebrochen wird, nur vermutet werden. Folgt man dieser Vermutung kann der gesenkte Blick neben der Möglichkeit eines Rückzugs zu Formulierungszwecken bzw. zur Vorbereitung der weiteren Äußerung auch als selbstbezogene Imagearbeit gedeutet werden. Da sie hier möglicherweise ihre Unwissenheit eingesteht, wäre die Vermeidung eines direkten Blickkontaktes eine Markierung von Scham bezüglich ihrer Selbstkorrektur. Diese bzw. eine ähnliche Deutung lässt sich auf für den Rest ihres turns bis Mitte der Fläche 13 übertragen, wie im Folgenden gezeigt werden wird.

In Fläche 12 äußert die StP (möglicherweise erneut), dass Sie über die Information der Schwangerschaft nicht verfügt hat. Dabei leitet sie mit einem „so“ ein, was an dieser Stelle sowohl eine Verzögerungspartikel als auch ein Fragment der unverständlichen

Äußerung in Fläche 11 sein kann oder sich als Konjunktion in verschiedenen möglichen Bedeutungen an die vorherige Äußerung anschließen kann. Die Studierende äußert hier parallel ein leises „genau“, was als Zustimmung zur Äußerung der StP in Fläche 11 verstanden werden kann. Diese Bestätigung macht die Hypothese eines möglichen Eingeständnisses der Unwissenheit der StP in Fläche 11 etwas weniger wahrscheinlich, da eine direkte Zustimmung zu einem Eingeständnis eines Gegenübers zwar möglich ist, aber gleichzeitig ein Bruch von Höflichkeitskonventionen wäre. Da die redebegleitende gestische Aktivität der StP in Fläche 12 bis zum Ende von „so das“ reicht, kann ein schwacher Hinweis darauf sein, dass ein Zusammenhang zur vorhergehenden unverständlichen Äußerung besteht, aber insgesamt ist eine genaue Zuordnung des „so“ sowie der Bestätigung von Studierendenseite hier aufgrund der vielfältigen Varianten nicht möglich. Der kurz aufgebaute Blickkontakt zu Beginn von Fläche 12 kann hier ein Einholen von Verständnis bzw. eine nonverbale Forderung von Zustimmung sein, aber auch die Funktion einer Aufmerksamkeitsüberprüfung des Gegenübers innehaben, so dass auch damit keine Lesart des parallel Verbalisierten im Besonderen naheliegt.

Im weiteren Verlauf von Fläche 12 wählt die StP die Formulierung „gar nicht MITbekommen“. Damit verweist sie an dieser Stelle zunächst auf sich selbst und die Verantwortung für ihr Unwissen liegt je nach Lesart entweder beim Zufall bzw. bei externen Faktoren oder bei der StP selber. Jedenfalls ist es in dieser Formulierung höchstwahrscheinlich kein Vorwurf an eine unangemessen Informierung von Seiten der Praxis oder der Hausärztin. Die Verwendung des Adverbs „gar“ unterstreicht dabei ebenso wie die im Verb platzierte Betonung ihre Aussage. Das Schulterzucken betont vermutlich ebenso die eigene Unwissenheit. Indem die StP den inhaltlichen Fokus nach der Frage von Frau Ottmanns Schwangerschaft in Fläche 10 und 11 nun noch deutlicher auf die Unkenntnis der Schwangerschaft lenkt, weist sie retrospektiv der Interjektion in Fläche 8 und der Frage nach der Abwesenheit von Frau Ottmann in Fläche 9 die Lesart der Überraschung zu. Ob dies stimmt und Überraschung wirklich ursächlich für die Aktivitäten in den Flächen 8-10 war oder ob die ebenfalls mögliche Ablehnung aus Gründen der Beziehungsstabilisierung und retrospektiver Imagearbeit nachträglich in Überraschung umgedeutet werden soll, kann hier nicht gesagt werden. Beide Lesarten bleiben weiterhin möglich. Jedoch ist unabhängig davon auffällig, dass die StP ihre Äußerungsart geändert hat, von den kurzen direkten Fragen Abstand genommen hat und in den Flächen 11-13 viel Imagearbeit betreibt. Diese auf verschiedenen Ebenen stattfindenden kommunikativen Aktivitäten und Betonungen, die sich auf den vorherigen Gesprächsverlauf beziehen, gehen zudem über eine einfache Erklärung des bisherigen Gesprächsverlaufes hinaus. In Verbindung mit dem erneut gesenkten Blick erscheint diese Aktivität wie eine Rechtfertigung bzw. eine indirekten Entschuldigung.

Das Nicken der StP in Fläche 12 kann sowohl die betonte Aussprache von „MIT“ unterstreichen und als Verstärkung gelesen werden, aber auch ein Einfordern von Zustimmung sein, was dem möglichen Entschuldigungscharakter der Aussage Rechnung tragen würde, wobei der fehlende Blickkontakt gegen diese Lesart spricht. Unabhängig davon, ob das Nicken eine Zustimmung einfordert oder nicht, die Studierende äußert mit „ja:“ eine Hörrückmeldung, die hier neben dem online-Signal aufgrund der vorherigen verbalen Aktivitäten in Fläche 11 und 12 ebenfalls als Zustimmung verstanden werden kann. Damit kann die Studierende Verständnis für die Unwissenheit der StP markieren sowie weitergehend anzeigen, dass sie die Erklärung der StP und ihre Deu-

tung der vorherigen Aktivitäten als Überraschung akzeptiert. Auch eine Lesart als Gliederungssignal, um das Thema zu beenden und zu inhaltlichen Aspekten zu kommen, ist möglich. Das gleichzeitige einmalige Kopfschütteln der Studierenden ist hier mit hoher Wahrscheinlichkeit keine Ablehnung bzw. Zurückweisung, da es dem geäußerten „ja:“ deutlich widersprechen und der Beziehungsarbeit der StP zu offensichtlich entgegenstehen würde, sondern hat vermutlich die Funktion, die von der StP in ihrer Äußerung implizierte Brisanz und Bedeutung des Themas abzuschwächen und als unwichtig oder sogar als beendet zu deklarieren. In letzterer Lesart wäre dieses nonverbale Verhalten eine Stütze der Hypothese, dass es sich bei der verbalen Aktivität der Studierenden um ein Gliederungssignal handelt. Außerdem kann sich das Kopfschütteln konkret auf den von der StP geäußerten Inhalt beziehen, dass sie die Schwangerschaft nicht mitbekommen hat, und damit andeuten, dass es schwer war, diese Tatsache als Patientin mitzubekommen. Dadurch würde das Kopfschütteln die von der StP implizierte Selbstverständlichkeit der Wahrnehmung der Schwangerschaft verneint werden, womit sie zwar partiell der StP widersprechen, ihre Rechtfertigung aber stützen und die StP damit entlasten würde. Unabhängig davon, welcher Interpretation gefolgt wird, kann das Verhalten der Studierenden im Zusammenhang mit den Aktivitäten der StP an dieser Stelle als kooperativ und beziehungsfördernd beschrieben werden. Anschließend lächelt die Studierende wieder, was sie nur während des Kopfschüttelns kurz nicht getan hat und setzt damit ihre Mimik aus Fläche 11 fort. Dies kann hier wie bereits vorher als Aufmerksamkeitssignal verstanden werden, wodurch eventuell auch eine Aufforderung zu weiteren Äußerungen impliziert sein kann, da die Studierende Empfangsbereitschaft signalisiert. Gleichzeitig, und dies ist in Anlehnung an die Hörrückmeldung und die begleitende nonverbale Aktivität naheliegender, kann das Lächeln als Fortführung einer positiven Beziehungsarbeit gewertet werden. Theoretisch wäre es auch möglich, dass sich das Lächeln auch auf die Studiensituation an sich und die Wahrnehmung unrealistischer bzw. nicht authentischer Aspekte innerhalb der Simulation bezieht oder die Ausprägung einer Abwertung des Gegenübers ist, eventuell als Reaktion auf die vorherigen Aktivitäten der StP. Beides wird hier aber für eher unwahrscheinlich gehalten, da das Lächeln insgesamt nicht sehr lange anhält und für ein abwertendes oder negativ konnotiertes Lächeln weitere mimische Voraussetzungen fehlen.

Am Ende von Fläche 12 äußert die StP „na SOwas;“. Da kein aktuelles überraschendes Ereignis oder eine ursächliche Äußerung der Studierenden vorliegt, worauf der Ausdruck Bezug nehmen konnte, referiert die StP damit auf ihre vorangegangene Äußerung und bewertet sie retrospektiv. Sie kann damit allgemein Überraschung zum Ausdruck bringen, die hier zunächst keine spezifisch positive oder negative Wertung beinhaltet. Diese Lesart würde die bisher in den Äußerungen schon thematisierte Überraschung stützen und die Verantwortung für ihre Unwissenheit eher externen Faktoren bzw. dem Zufall zuschreiben. Folgt man der obigen Hypothese, dass die StP die Verantwortung für die Unwissenheit in der Äußerung von Fläche 12 bei sich selber verortet, kann „na SOwas;“ auch als indirekte Entschuldigung fungieren. Schließlich wäre auch eine Deutung möglich, dass sie über den Ausdruck auf einen Missstand hinweist, sich davon distanziert und mit Verwunderung markiert. Da aber weder andere kommunikative Aktivitäten noch der Zusammenhang an dieser Stelle darauf schließen lassen, wird von erster oder zweiter Lesart bzw. einer Mischung aus beiden ausgegangen. Der hier wieder aufgenommene Blickkontakt stützt keine Lesart im Besonderen, kann aber die parallele Äußerung über den Blick verstärken und Vertrauen suggerieren oder

auch eine generelle Aufmerksamkeitsherstellung sein, um die Reaktion des Gegenübers auf die Äußerungen in Fläche 12 wahrzunehmen. Insgesamt zeigen die vielen Blickwechsel in Fläche 12, dass während der Erklärung eine direkter Blickkontakt teilweise vermieden wird, was als Unsicherheit oder Rückzug gedeutet werden kann sowie die Lesart einer möglichen Entschuldigung stützen kann.

Zu Beginn von Fläche 13 äußert die StP mit „wurd mir auch GAR nichts gesagt," einen weiteren Beitrag innerhalb ihrer vermutlichen Rechtfertigungsstrategie. Während vorher ihr Unwissen thematisiert wurde, liefert diese Äußerung nun ein erklärendes Argument dafür. Dabei kann sie sowohl als neutrale Erklärung verstanden werden, die lediglich einen Grund beschreibt, aber auch als Angriff auf eine hier nicht näher genannte Person (Hausärztin oder Arzthelfer) oder die Institution Arztpraxis gewertet werden, da diese Schuld an ihrem Nichtwissen sind. Die Verwendung und betonte Aussprache des Adverbs „GAR" und das Kopfschütteln stützen die Äußerung und sollen womöglich den Wahrheitsgehalt der Aussage unterstreichen. An dieser Stelle stellt sich die Frage, auf welche institutionellen oder gesellschaftlichen Konventionen die Patientin sich hier genau beruft. Dass eine Patientin, die nicht sehr regelmäßig die Praxis aufsucht oder aus anderen Gründen in einer sehr intensiven Arzt-Patienten-Beziehung verortet ist, offiziell über Fehlgründe einer Hausärztin im Vorfeld informiert wird, ist nicht Usus. Gleichzeitig war nach Fallbeschreibung (vgl. Kapitel 13.2) der letzte Besuch bei der StP bei der Hausärztin vor 3 Monaten, so dass eine Informierung zwar möglich gewesen wäre, aber nicht unbedingt zwingend ist. Auf andere Aspekte wie die mögliche optische Wahrnehmung der Schwangerschaft durch die StP, die hier ebenfalls ein Argument sein könnte, spielt sie aber nicht an, sondern lediglich darauf, dass sie nicht informiert wurde. Dies stützt die Hypothese, dass hier die Schuld auf eine im Gespräch nicht direkt anwesende und anonym bleibende Person bzw. die Institution selber verschoben werden soll, was die schonendste Variante für beide Gesprächspartnerinnen darstellt. Am Ende ihrer Aussage beginnt die StP bei hergestelltem Blickkontakt zu lächeln. Da die StP das „gesagt," mit leicht steigender Tonhöhe beendet und anschließend auch weiter den turn behält, wird nicht davon ausgegangen, dass es sich hier um den Versuch einer turn-Übergabe handelt, sondern vermutlich um Beziehungspflege oder um den Versuch, die Annahme der Erklärung durch die Studierende mimisch zu stützen. Das parallele Zuknöpfen der Handtasche parallel zur Aussage ist schwer einzuschätzen. Da die Handtasche schon eine Weile auf ihrem Schoß liegt und zudem keine Notwendigkeit besteht, sie jetzt zuzuknöpfen, da keine Gefahr besteht, dass etwas herausfällt, kann diese Aktivität hier vermutlich Ausdruck von Unsicherheit bzw. eine Übersprungbewegung sein. Eine zweite Möglichkeit wäre, dass der StP zu diesem Zeitpunkt die offene Tasche aufgefallen ist und sie diese daher schließt, was aber angesichts der vielen kommunikativen Aktivitäten, eher unwahrscheinlich anmutet. So oder so ist diese Aktivität nicht zentral für die Analyse dieses Abschnitts.

Anschließend formuliert die StP nach einer kurzen Pause ein „gu:t;". Da der semantische Inhalt hier Fehl am Platz wirkt, wird davon ausgegangen, dass es sich hier um Gliederungssignal handelt. Nachdem die StP also in den vorherigen Flächen ihre Überraschung bekundet, ihr Unwissen thematisiert hat und einen Grund genannt hat, wird die umfangreiche Erklärung bzw. die Rechtfertigung für die Aktivitäten der Flächen 8-11 hier abgeschlossen. Interessant ist dabei, dass die StP diese Phase eigenständig initialisiert und abgeschlossen hat, weil in der Rolle der StP keine explizit gesprächssteu-

ernden oder beziehungsherstellenden Aufgaben angelegt sind. Anschließend senkt die StP den Blick und schaut auf ihr Notizbuch. Da dieses nicht aufgeschlagen ist und auf dem Buchdeckel keine Texte zu erkennen sind, wird davon ausgegangen, dass es sich hier parallel zum Gliederungssignal um einen Rückzug aus der direkten Kommunikationssituation handelt, um kognitiv weitere Äußerungen bzw. andere Inhalte vorzubereiten. Die Studierende nickt parallel und äußert ein langgezogenes „ja::“, das hier neben dem online-Signal auch eine Zustimmung zur Erklärung der StP sein kann. Die Artikulationslänge kann zudem parallel zur Aktivität der StP eine gliedernde Funktion haben und ein Versuch sein, das Thema hier abzuschließen bzw. der StP zu signalisieren, dass es erschöpfend behandelt wurde und sie nun zum Ende kommen soll. Ein Spiegeln der Gliederungsaktivität der StP kann hier ausgeschlossen werden, da die Studierende mit ihrer Äußerung kurz vor der StP einsetzt.

Am Ende von Fläche 13 nimmt die StP den Blick zur Studierenden wieder auf, lehnt sich nach vorne und fragt mit der Formulierung „also NOCH mal jetzt neubauer war der name;“, ob der Name Neubauer korrekt ist, womit sie einerseits den turn weiterhin behält und andererseits das Thema wechselt. Sie leitet dabei mit dem Adverb „also“ ein, das hier vermutlich die Weiterführung der weiter oben unterbrochenen Vorstellung einleiten soll. Das betonte „NOCH mal“ unterstreicht diesen Rückbezug zur Vorstellung und das Temporaladverb „jetzt“ stellt dabei den Bezug zur aktuellen Kommunikationssituation her. Damit leitet die StP den Themenwechsel mit einem Rückbezug auf einen vorherigen Gesprächsabschnitt ein, womit der Abschnitt der Erklärung bzw. Rechtfertigung hier endgültig abgeschlossen wird. Die Frage selber ist nicht prosodisch markiert und könnte von der Satzstruktur her auch eine Feststellung sein, die hier lediglich zur Bestätigung vorgelegt wird. Damit entspricht die Äußerung der StP in ihrer Realisierung einer indirekten geschlossenen Frage, die primär eine kurze Antwort in Form einer Ratifikation verlangt und nur bei Falsifikation einen ausführlicheren Beitrag der Studierenden erfordern würde. Mit dieser Form der Rückversicherung und dem begrenzen Antwortspielraum stellt die StP sicher, dass der turn nach der Replik mit hoher Wahrscheinlichkeit bei ihr verbleibt. Diese ist im Wesentlichen dieselbe Technik, die sonst Ärzte im Rahmen der Anamnese beim Gespräch mit Patienten anwenden, nur das hier schon früh im Gespräch die Rollen vertauscht zu sein scheinen. Mit der Aufnahme des Blickkontaktes und dem gleichzeitigen Vorlehnen ab Ende von Fläche 13 stellt die StP eine sehr direkte und zugewandte Kommunikationssituation her, die in Verbindung mit dem Lächeln ab Fläche 14 Höflichkeit, Aufmerksamkeit und Interesse suggerieren kann, aber auch als ein Zeichen von Scham interpretiert werden kann, da die StP hier trotz vorheriger Nennung den Namen der Studierenden erneut erfragen muss. Zudem können diese nonverbalen Aktivitäten ähnlich denen des Studierenden im ersten Transkript eine nonverbale Begleitung der Frage und damit eine Unterstützung der Fremdwahl sein.

Die Studierende lehnt sich am Anfang von Fläche 14 und kurz nach der StP ebenfalls nach vorne, was hier sowohl eine Markierung von Aufmerksamkeit und Zugewandtheit demonstrieren kann, aber in der Parallelität mit der proxemischen und mimischen Aktivität der StP ebenso ein Zeichen des nonverbalen Spiegelns sein kann, um auf diese Weise Beziehungsarbeit zu leisten. Dass die Studierende hier eine Frage erwartet und sich mit dem Vorlehnen auf eine Antwort vorbereitet, ist an dieser frühen Stelle eher unwahrscheinlich. Eine weitere Möglichkeit wäre die Deutung als Vorbereitung der

turn-Übernahme. Wenn das vorherige „ja::“ der Studierenden in Fläche 13 wie oben angedeutet der Versuch eines Themenwechsels und die Funktion einer Gliederungsmarkierung innehatte und den Äußerungen „gu:t;“ und „also“ von Seiten der StP ebenfalls eine gliedernde Funktion zugeschrieben wird, kann das Vorlehnen der Versuch sein, nach der Beendigung dieses Gesprächsabschnitts eine turn-Übernahme nonverbal anzudeuten. Diese Hypothese wird dadurch gestützt, dass die Studierende mit ihrer Äußerung in Fläche 14 eine Parallelsequenz initiiert. Dagegen spricht neben der Tatsache, dass das Vorlehnen zeitlich verzögert erfolgt, auch, dass die Äußerung in Fläche 14 nur kurz gehalten wird, mit einer stark fallenden Tonhöhe markiert ist und anschließend keine weiteren Versuche zu beobachten sind, den turn zu übernehmen. Das anschließende Zurücklehnen nach der kurzen Antwort unterstreicht die Beendigung ihrer Äußerung und kann zudem als Rückzug und vorläufigen Verzicht auf weitere Redebeiträge oder turn-Ansprüche gedeutet werden. Mit ihrem zustimmenden Antwortverhalten, das ihre Namensnennung, das Adverb „genau“ sowie ein mehrfaches Nicken beinhaltet, kommt die Studierende der oben angesprochenen geschlossenen Frageform der StP entgegen, indem lediglich eine kurze Bestätigung verbalisiert und der turn anschließend nicht übernommen wird. Auffällig ist zudem, dass die StP ihre Äußerung auch in der Parallelsequenz mit der Studierenden fortführt, sie auch darüber hinaus weiter redet und es auf ihrer Seite keinen Abbruch bzw. keine Pause gibt, was ihren Anspruch auf das Rederecht unterstreicht.

Anschließend äußert die StP ein „gut.“, das, wie in Fläche 13, vermutlich eine rückmeldende Funktion hat und lediglich neutral signalisieren soll, dass die Antwort angekommen ist und verstanden wurde. Der semantische Inhalt des Wortes weist zudem auf die mögliche Funktion hin, die Studierende zu informieren, dass die Frage zufriedenstellend beantwortet wurde bzw. ihre Vermutung bestätigt hat. Auch eine Gliederungsfunktion ist denkbar, die den Abschnitt der Namensvorstellung abschließen soll. Das „gut.“ wird zwar mit einer stark fallenden Tonhöhe realisiert, die zunächst ein Äußerungs- bzw. turn-Ende nahelegen, aber die StP formuliert anschließend direkt und ohne Pause weiter, so dass dies die Hypothese der Gliederungsfunktion stützt. Auch das Zurücklehnen der StP kann diese Gliederung nonverbal unterstreichen. Gleichzeitig zieht sich die StP damit aus einer direkteren Kommunikationssituation etwas zurück. Dies legt zunächst nahe, dass die StP eventuell den turn abgeben könnte, da sie nun ihre Frage geklärt hat und die Studierende mit ihren Beiträgen fortfahren kann. Da die StP aber direkt weiter bis in die hier nicht abgebildete Fläche 15 hinein weiter spricht, verfällt diese Lesart. Rückblickend stärkt das Zurücklehnen die Hypothese, dass es sich beim Vorlehnen ab Ende von Fläche 13 wie oben bereits vermutet um eine Rede- bzw. Kommentierungsaufforderung handelt, da nun direkt anschließend, nachdem die Studierende ihre Antwort gegeben hat, die Distanz wieder erhöht wird. Folgt man der Lesart, dass es sich beim Vorlehnen, um einen Ausdruck von Interesse oder Scham handelt, da der Name trotz Nennung nicht sicher bekannt ist, wäre auch hier das Zurücklehnen eine Markierung dafür, dass dieser Abschnitt nun abgeschlossen ist. Unabhängig von der genauen Lesart kann damit eine nonverbale Rahmung der Frageaktivität sowie eine Gliederungsfunktion der Distanzveränderungen festgehalten werden. Das Hochziehen der Tasche auf den Schoß durch die StP kann eine Folge der proxemischen Aktivitäten sein, so dass eine Neupositionierung der Tasche aufgrund möglicher Instabilität notwendig geworden ist. Gleichzeitig kann es die nonverbale Gliederung durch das Zurücklehnen unterstützen und den damit einhergehenden partiellen Rück-

zug durch die Positionierung eines Hindernisses zwischen den beiden Gesprächspartnerinnen unterstreichen. Schließlich wäre auch möglich, dass es sich um eine Übersprungbewegung handelt. Die Studierende lehnt sich parallel zur StP ebenfalls zurück. Dies kann erneut eine spiegelnde Aktivität zur Beziehungspflege sein, aber wie oben angedeutet auch ein Rückzug nach gegebener Antwort darstellen, was einen möglichen Verzicht auf weitere Redebeiträge unterstreicht. Schließlich, und das halt ich hier für die wahrscheinlichste Lesart, handelt es sich bei der proxemischen Aktivität der StP wie auch bei der Studierenden um ein Gliederungssignal, da die Vorstellung von ihrer Seite und die Klärung ihres Namens damit abgeschlossen ist. Folgt man dieser Lesart, markieren beide Gesprächspartnerinnen damit über nonverbale Aktivitäten gleichzeitig, dass sie diesen Themenkomplex für beendet erachten und sich anderen Themen im Gespräch zuwenden wollen, was damit eine Form konsensueller Klärung der Gesprächsstruktur darstellen könnte.

Insgesamt zeigen sich in diesem Abschnitt drei Aspekte, die für das weitere Gespräch und die Entscheidungsfindung mit hoher Wahrscheinlichkeit von Bedeutung sind. Zunächst nimmt die StP in diesem Abschnitt des Gesprächs eine sehr aktive oder sogar als dominante zu bezeichnende Rolle ein. Sie übernimmt ab Fläche 9 die weitere Gestaltung des Gesprächs, stellt Fragen, die Studierende antwortet und die StP kommentiert ihre Beiträge oder wechselt anschließend das Thema. Diese Kontrolle von Rederecht und Themensteuerung entspricht, wie weiter oben angemerkt wurde, dem klassischen Anamneseschema, nur dass hier die Rollen bereits an früher Stelle im Gespräch vertauscht sind. Die Studierende scheint diesen Rollentausch bzw. die Aufgabenverteilung mindestens zu tolerieren, wenn nicht sogar zu akzeptieren. Zumindest sind keine deutlich gegenläufigen Aktivitäten von ihrer Seite zu bemerken. Möglicherweise akzeptiert die Studierende auch das Verhalten der StP, um damit den Beziehungsaufbau an dieser frühen Stelle im Gespräch zu stützen, da ein Konflikt um Rederecht und Themensetzung hier negative Auswirkungen für das ganze Gespräch haben könnte. Der zweite Aspekt betrifft die in Fläche 8 eingeleitete und bis Fläche 11 explizierte Thematisierung von Überraschung bzw. Ablehnung durch die StP. Unabhängig davon, welche Lesart nun genau zutrifft und auch wenn die StP anschließend aufwändige Erklärungsaktivitäten und Imagearbeit anschließt, um die Beziehung zur Studierenden zu stabilisieren und eine negative Deutung ihrer Aussagen abzuschwächen oder auszuschließen, so bleibt festzuhalten, dass der Vorstellung der Studierenden in Fläche 8 keine Zustimmung oder positive Reaktionen entgegengebracht werden, sondern ihre Anwesenheit als Vertretung zunächst konfrontativ hinterfragt wird. Erst mit der zweiten Namenserfragung in Fläche 14, der Antwort der Studierenden und der anschließenden Rückmeldung durch die StP kann von einer Akzeptanz der Studierenden als Gesprächspartnerin und eventuell auch als fachlich zuständige Person sowie von einer halbwegs stabilisierten Beziehung gesprochen werden. In dieses beobachtbare Verhalten der StP kann hineininterpretiert werden, dass ihr die Arzt-Patienten-Beziehung im Allgemeinen oder der Kontakt zu Frau Ottmann im Speziellen wichtig ist oder dass sie den überraschenden und nicht angekündigten Wechsel der behandelnden Ärztin mindestens befremdlich findet, wenn nicht sogar negativ bewertet. Letztere Deutung schließt an den dritten Aspekt an, der von Relevanz für das weitere Gespräch sein könnte. Mit der ausführlichen Thematisierung der Überraschung sowie der Feststellung in Fläche 13, dass die StP nicht über die Schwangerschaft von Frau Ottmann informiert wurde, weist sie indirekt darauf hin, dass sie die Informationen gerne im Vorfeld gehabt hätte. Auch

eine weitergehende Lesart als Beschwerde über die aus ihrer Sicht unzureichende Informierung seitens der Praxis oder der Hausärztin selber ist hier möglich. Dies ist insofern bemerkenswert, da es sich hier nicht um relevante Daten zur Behandlung oder zur Therapie handelt und es bei ihrer Erkrankung auch nicht zwangsläufig auf einen intensiven Arzt-Patienten-Kontakt ankommt.

Insgesamt betont die StP die Bedeutung von Informationen für sie und zeigt darüber hinaus, dass sie sich die Informationen, die sie benötigt, um Situationen einzuschätzen, eigenständig bis kritisch erfragt. Auch wenn sie im Verlauf der Sequenz Beziehungsarbeit leistet, markiert sie Überraschung und Unzufriedenheit sowie möglicherweise Ablehnung deutlich und stellt sich damit selber als selbstbewusst agierende und mündige Person innerhalb der Arzt-Patienten-Beziehung dar. Letzteres wird zudem gestützt durch das beobachtbare dominante Gesprächsverhalten, was Rederechtverteilung und Themensteuerung angeht. Die Studierende hält sich, wie bereits angemerkt, deutlich zurück und scheint damit das Verhalten der StP eventuell zu akzeptieren oder ihm zumindest nicht zu widersprechen. Damit etabliert sich hier zu Beginn des Gesprächs eine Beziehung, die zwar die grundsätzliche Asymmetrie nicht aufhebt oder umkehrt, aber der Patientin eine aktive und beteiligende Rolle zuschreibt. Dies weist mindestens auf das deliberative Modell hin, kann aber ebenso ein Hinweis in Richtung des informativen Modells sein. Hinweise auf ein paternalistisches Modell, was die Schauspielerin in ihrer Rolle als devot-akzeptierender Typ in diesem Gespräch einfordern soll und dies auch später versucht, sind weder im Verhalten der Studierenden noch der StP auszumachen, so dass dieser Ansatz in der sich hier entwickelnden Beziehung zunächst ausgeschlossen werden kann.

9.2.2 Besprechung der bisherigen Therapie

[26]

StP [v]	gekrönt, ich	hab mich	da sehr genau auch an die	ANweisungen
StP [G/H]		*gestikuliert*		
StP [M/A]		*schaut nach unten*		*schaut zur Stud.*

[27]

Stud. [v]		[okay:]				[also]	sie ham das
Stud. [P/P]			*nickt mehrfach*			*nickt mehrfach*	
StP [v]	von der frau	[doktor	ottmann]	°hh (.) geHALten	und	[ähm]	
StP [P/P]	*nickt*						
StP [G/H]			*schiebt die linke Hand in den rechten Ärmel*				
StP [M/A]				*schaut nach unten*			*schaut zur Stud.*

[28]

Stud. [v]	dann auch REgelmäßig	ein [genommen;	okay,]		
Stud. [P/P]			*nickt*		
StP [v]		[<<all> JAjaja	jaja >]	EINgenommen;	
StP [P/P]			*nickt*		
StP [G/H]				*abwehrende Handbewegung*	
StP [M/A]				*schaut nach unten*	

[29]

Stud. [v]			[ah ja:] genau;		
Stud. [P/P]			*nickt leicht*		
StP [v]	(.) AUFgeschrieben;	(.) gemessen (.)	[also,]	ähm (--)	<<all> ist mir
StP [G/H]	*mit beiden Händen*				*spielt an ihrer Tasche*

Im Anschluss an die in Kapitel 9.2.1 analysierte Rollenklärung fragt die Studierende zunächst nach dem allgemeinen Wohlbefinden. Anschließend thematisiert die StP den Blutdruck und kommt auf den bisher genommenen ACE-Hemmer (Ramipril) zu sprechen. Damit folgt nach der oben analysierten Gesprächseröffnung und Beziehungsetablierung eine Phase, die wie in Kapitel 9.1.2 Parallelen zur Beschwerdenexploration aufweist, aber aufgrund der feststehenden Diagnose nicht innerhalb der klassischen Struktur von Arzt-Patienten-Gesprächen verortet werden kann, sondern hier ebenfalls als „Exploration des Therapieverlaufs" bezeichnet wird.

Ab Fläche 26 erklärt sie bis Fläche 27, dass sie den Anweisungen der Hausärztin gefolgt ist. Mit dem Adverb „da" wird ein inhaltlicher Rückbezug zur vorher angesprochenen Medikamenteneinnahme hergestellt. Ansonsten sind mit der Konstruktion „sehr genau" und der betonten Aussprache des Substantivs „ANweisungen" zwei die Aussage verstärkende Elemente zu beobachten. Das „auch" kann hier theoretisch ein Adverb sein, welches neben dem „da" ebenfalls einen Zusammenhang zu vorherigen Inhalten herstellt. Da die StP vorher aber keine eigenen Aktivitäten beschreibt, sondern lediglich die Unwirksamkeit des Medikaments beschrieben hat, liegt hier die Deutung als verstärkende Fokuspartikel im Zusammenspiel mit den anderen Betonungen näher. Die kurze Gestik kann ebenfalls den geäußerten Inhalt unterstreichen, als auch die Aussage einleiten und durch die Markierung eines neuen Abschnitts eine Gliederungsfunktion innehaben. Das Senken des Blicks kann hier entweder einen partiellen Rückzug symbolisieren, der das Vorbereiten weiterer Formulierungen vereinfachen soll, oder in Verbindung mit der Bedeutung des Substantivs „ANweisungen" eine devote bzw. passive Haltung darstellen. Allerdings schaut die StP direkt bei der Verbalisierung von „ANweisungen" wieder zur Studierenden auf, was letztere Lesart zwar nicht ausschließt, aber eher unwahrscheinlicher macht. In Fläche 27 erläutert die StP die Quelle besagter Anweisungen und bezieht sich damit auf eine externe Autorität. Dieser Aspekt, der häufig beim Laientheoretisieren zu beobachten ist (vgl. Hartog 1993), verortet an dieser Stelle die Konzeption der Therapie bei der Hausärztin, womit einerseits impliziert wird, dass keine anderen Ärzte oder Heilberufe zu Rate gezogen wurden, und andererseits die Verantwortung für die bisherige (nicht erfolgreiche) Therapie der Hausärztin zugeschrieben wird. Zudem verweist die Nennung von Frau Ottmann auf das Arzt-Patienten-Verhältnis der StP mit der Hausärztin, womit das komplizierte Verhältnis, das in Kapitel 9.2.1 angesprochen wurde, hier indirekt erneut thematisiert wird.[212] Dabei fällt die Nennung des Titels „Doktor" auf, die wie bereits weiter oben

[212] Es scheint, dass in der hier analysierten Konstellation trotz der Abwesenheit der Hausärztin eine Art Dreierbeziehung Ärztin-Studierende-StP festgemacht werden kann, die einen nicht zu unterschätzenden Einfluss auf das Gespräch ausüben kann. Mit den Therapieentscheidungen hat die Hausärztin wesentliche faktische Grundlagen für das hier stattfindende Gespräch geschaffen. Zudem spielt die Hausärztin sowohl in der Krankengeschichte der StP eine Rolle wie auch in den Studienunterlagen bzw. „Akten" der Studierenden, wobei beide Gesprächspartner die Aktivitäten von Frau Ottmann hier interpretieren können und durch die eigene Perspektive und die eigenen Präferenzen beein-

sowohl als rituelle Anrede aber auch als Statusbezeichnung Verwendung finden kann. Das parallele Nicken kann hier, da keine konkrete Frage beantwortet werden würde, wie die anderen oben besprochenen Elemente ebenfalls als Verstärkung der Aussage interpretiert werden.

Parallel zur Aussage von der StP formuliert die Studierende eine langgezogene Hörrückmeldung, die aufgrund der Wortwahl neben dem online-Signal hier auch mit hoher Wahrscheinlichkeit eine Verständnismarkierung darstellt. Anschließend nickt die Studierende mehrfach, was hier ebenso als Akzeptanz der StP-Äußerung verstanden werden kann. Gleichzeitig kann die deutliche Verständnismarkierung in Form der langgezogenen Hörrückmeldung in Verbindung mit dem häufigen Nicken an dieser Stelle auch der Versuch sein, die StP zu einem Äußerungsende zu bringen und möglicherweise eine eigene turn-Übernahme vorzubereiten. Da die Studierende am Ende von Fläche 27 den turn schließlich auch übernimmt, ist diese Variante sehr naheliegend. Die StP atmet während des Nickens und innerhalb ihres turns lang und hörbar ein. Neben rein physiologischen Gründen kann dies auch die Vorbereitung einer größeren Äußerung sein, die damit sowohl über die Luftzufuhr vorbereitet als auch indirekt angekündigt wird. Dieser Lesart folgend kann das Einatmen ebenso eine Reaktion auf die mögliche Ankündigung einer turn-Übernahme durch das Nicken der Studierenden sein und darauf verweisen, dass die StP den turn noch behalten möchte. Die nach dem Einatmen beobachtbare Betonung des Verbs „geHALten“ kann ebenso ein Grund für die Atemaktivität sein, auch wenn das in dem hier beobachteten Ausmaß eher unwahrscheinlich ist. Die Betonung an dieser Stelle kann neben einer möglichen inhaltlichen Unterstreichung in Ergänzung zu den vorherigen Verstärkungen der Aussage auch der Versuch sein, durch paraverbale Aktivitäten weitere Formulierungen anzukündigen und damit den turn-Anspruch aufrecht zu erhalten, was zudem die Deutung des Einatmens als Äußerungsankündigung stützen würde. Ein weiterer Hinweis zur turn-Beanspruchung können die Konjunktion „und“ sowie die anschließende Verzögerungspartikel „ähm“ sein, die weitere Inhalte ankündigen. Schwierig einzuschätzen ist in diesem Zusammenhang die gestische Aktivität, dass die StP ihre linke Hand in den rechten Ärmel schiebt, sowie die kurz danach einsetzende erneute Fokusverschiebung des Blicks nach unten. Beide Lesarten deuten generell auf einen Rückzug hin, der laufende Planungsprozesse begleiten kann oder dem Gegenüber eine mögliche turn-Übernahme signalisiert, während die Gestik darüber hinaus auch als ‚sich verstecken‘ interpretiert werden kann und damit eine Lesart als Scham, Unsicherheit oder Verlegenheit zulässt.

Insgesamt kann nicht mit Sicherheit gesagt werden, ob in Fläche 27 eine Auseinandersetzung um den turn stattfindet, den die Studierende gewinnt, oder ob die StP den turn nach den möglichen Übernahmeankündigungen der Studierenden freiwillig übergibt. Letztere Lesart wird dadurch gestützt, dass die StP nach der turn-Übernahme durch die Studierende allerdings ihre Äußerung sofort abbricht und über den dort hergestellten Blickkontakt eine direkte Kommunikationssituation herstellt und Aufmerk-

flusst wiedergeben. Für weitergehende Überlegungen, die hier nicht angestellt werden können, wäre denkbar, diese Situation mit anderen Dreierkonstellationen wie zum Beispiel Arzt-Patient-Sprachmittler, Arzt-minderjähriger Patient-Elternteil (vgl. beispielsweise Stivers 2006) oder Arzt-Patient-Lebenspartner abzugleichen, wo ebenfalls die dyadischen Modelle von Kommunikation und Entscheidungsfindung nicht vollständig greifen.

samkeit demonstriert. Dies weist darauf hin, dass die StP den turn schnell und ohne weitere Konflikte abgibt. Weiterhin zeigen sich in den Flächen 26 und 27 Aktivitäten der StP, die auf unterschiedliche präferierte Modelle verweisen. Die Wahl des Substantivs „ANweisungen“, an die sich gehalten wurde, der Verweis auf die Hausärztin sowie die Gestik in Fläche 27, die als Verlegenheit und Rückzug interpretiert werden kann, legen zunächst ein klassisch paternalistisches Modell nahe, in welchem die StP betont, dass sie ausgeführt habe, was ihr aufgetragen worden sei, ohne selber groß in die Entscheidung involviert worden zu sein. Die konkrete Ausführung dieser Aussage aber, dass die StP auf verschiedenen Ebenen betont, wie genau sie sich daran gehalten hat und dass sie damit die Umsetzung der Therapie unterstützt hat, kann als Rechtfertigung gelesen werden, dass die StP nicht für die erfolglose Therapie verantwortlich ist und allen Aufgaben bzw. Pflichten nachgekommen ist, verweist damit aber auch auf einen aktiven Patienten, der auf die genaue Umsetzung von Absprachen achtet, seine Rolle in der Therapie pflichtbewusst wahrnimmt und dafür auch ein gewisses Verständnis der Therapie haben muss. Somit werden hier mit den gleichen Mitteln theoretisch zwei sich widersprechende Botschaften vermittelt. Dies ist einerseits der ausführende, gehorchende Patient, womit ein paternalistisches Modell impliziert wird, aber andererseits wird gleichzeitig das Bild einer informierten und innerhalb der Vorgaben aktiv und verantwortungsvoll Handelnden transportiert, das eher in Richtung eines deliberativen oder informativen Ansatzes weist. Die paternalistische Deutung liegt hier deutlich näher, das soll nicht abgestritten werden, aber dennoch ist auch die zweite Lesart bzw. eine doppelte Deutung möglich.

Nachdem die Studierende am Ende von Fläche 27 nach einem kurzen *overlap* den turn von der StP übernommen hat, fragt sie danach, ob das Medikament regelmäßig eingenommen wurde. Dies ist insofern interessant, als dass sie damit die Aussage der StP hinterfragt, die direkt vorher betont hat, dass sie sich an die Anweisungen von Frau Ottmann gehalten hat. Die Frage kann theoretisch die Funktion einer indirekten Nachfrage innehaben, um über diesen Weg zu erfragen, ob die regelmäßige Medikation in den Anweisungen von Frau Ottmann enthalten war, was aber eher unwahrscheinlich ist, da blutdrucksenkende Medikamente regelmäßig eingenommen werden müssen, um entsprechend der Erwartungen zu wirken. Die zweite Funktion wäre eine mögliche explizite Absicherung der Aussage der StP. Da die hier besprochenen Informationen die wesentliche Grundlage für die Bewertung des bisherigen Medikaments und die weitere Therapie darstellt, ist es wichtig, mögliche Missverständnisse auszuschließen und den Wahrheitsgehalt der Aussage möglichst genau zu ermitteln. Da sich die konkrete Formulierung der Frage mit dem Adverb „also“ und der Konstruktion aus dem Adverb „dann“ und der Fokuspartikel „auch“ auf die Aussage der StP und die von ihr verbalisierten Anweisungen bezieht, scheint letztere Deutung am wahrscheinlichsten zu sein und es sich mit der Frage daher um eine präzisierende Rückfrage zu handeln. Dabei betont sie das Adjektiv „REgelmäßig“, da dies vermutlich den Kern der inhaltlichen Nachfrage darstellt. Das parallele Nicken der Studierenden kann der Äußerung den Charakter einer Vermutung verleihen, da hiermit bereits eine positive Antwort angedacht wird bzw. die Studierende ihre Antworterwartung mitteilt. Schließlich kann das Nicken sich auch auf die vorherige Äußerung der StP aus den Flächen 26 und 27 beziehen und diese nachträglich kommentieren, was aber eher unwahrscheinlich ist, da die Studierende dies bereits vorher getan hat und nun andere Inhalte besprochen werden. Die erste Deutung des Nickens als Vermutung, die ich hier präferiere, hätte den Ne-

beneffekt, dass damit die Hinterfragung der vorherigen Aussage der StP nicht so deutlich ausfallen würde und damit imageschonender präsentiert würde. Gleichzeitig führt die Formulierung der geschlossenen Frage samt vorgegebener Antwortmöglichkeit dazu, dass der Antwortrahmen der StP damit klein gehalten werden wird und die Chance einer anschließenden Weiterführung des turns durch die Studierende höher ist. Auch die schnelle Rückmeldung bzw. Akzeptanz der Antwort in Form des „okay," und eines Nickens auf die Bejahung durch die StP deutet darauf hin, dass hier im Vorfeld bereits von einer Bestätigung ausgegangen wurde und damit die Funktion der Frage als letztliche Absicherung einer relevanten Information unterstreicht. Zudem deutet die schnelle Rückmeldung samt steigender Tonhöhe darauf hin, dass die Studierende lediglich eine kurze Antwort erwartet hat und den turn womöglich behalten bzw. weiterführen will.

Die StP reagiert unmittelbar in Fläche 28 simultan zur Frageformulierung, nachdem der inhaltliche Kern der Frage feststeht. Sie äußert in schneller Form viele positive Antwortpartikel, betont davon das Erste und setzt im zweiten Teil der Bestätigung mit einem Nicken ein. Dabei produziert die StP eine Parallelsequenz und übernimmt schließlich den turn, der hier der obigen Lesart folgend vermutlich von der Studierenden nach kurzer Rückmeldung zur Präzisierungsfrage fortgesetzt werden sollte. Diese deutliche und betonte Zustimmung ist auffällig und geht über eine normale Zustimmung bzw. Kommentierung der Studierendenaussage weit hinaus. Eine Lesart als Betonung einer Banalität ist hier möglich, die unterstreichen soll, dass im Rahmen der Therapiedurchführung durch die Patientin eine regelmäßige Einnahme der Medikamente eine Selbstverständlichkeit ist, die hier nicht weiter thematisiert werden muss. Zudem kann sie auf ein mögliches Verständnis der Präzisierungsfrage als Hinterfragung des vorher von der StP geäußerten Inhalts hinweisen oder kann sich auf die Lesart der vorherigen StP-Äußerung als Rechtfertigung, dass sie nicht für die misslungene Therapie verantwortlich ist, beziehen. Beide Varianten können wiederum von der StP als imageschädigender Angriff verstanden werden, der schließlich an dieser Stelle die heftige Reaktion provoziert. Die StP belässt es nicht bei der Zustimmung, sondern formuliert anschließend drei Verben, die durch die leicht abfallenden Tonhöhen, die Betonungen und die Mikropausen in ihrer Form als Aufzählung hervorgehoben werden. Mit ihnen bestätigt sie einerseits ihre vorherige deutliche Bestätigung, präzisiert die StP die von ihr in Fläche 26 erwähnten Anweisungen, geht aber auch darüber und über den Antworthorizont der Präzisierungsfrage hinaus, indem sie ihre Handlungen inhaltlich beschreibt, die sie, den Anforderungen von Frau Ottmann folgend, durchgeführt hat. Dies kann sowohl als kooperative Aktivität gewertet werden, da die StP weiteren Präzisierungsfragen der Studierenden zuvorkommt und die Antworten präventiv liefert, kann aber auch unterstreichen, dass sie die relevanten Handlungen kennt und durchgeführt hat, womit die StP ihre Kompetenz als Patientin unterstreicht und selbstbezogene Imagearbeit leistet. Folgt man der Lesart der Präzisierungsfrage als Angriff, kann diese Verbaufzählung auch die Funktion haben, mögliche weitere Nachfragen, die ihre Aktivitäten und ihr Verständnis hinterfragen und damit auch ihr Image als aktive Patientin angreifen könnten, prospektiv zu verhindern. Die StP formuliert die Verben im Partizip II, die hier zwar jeweils alleine stehen, aber auf ein Perfekt hinweisen. Dies betont hier die Abgeschlossenheit der Handlungen in der Vergangenheit sowie die Folgen für die Gegenwart in Form dieses Gesprächs.

Nonverbal zieht die StP direkt nach ihren mehrfachen Bejahungen die Hand aus dem Ärmel und macht bis Anfang der Fläche 29 eine abwehrende Handbewegung mit beiden Händen. Dies kann zunächst als Ablehnung bzw. Zurückweisung der Frage verstanden werden, die damit klar verneint wird. Eine andere Lesart wäre, dass die Geste die Frage als irrelevant markiert, da die mit ihr angesprochenen Handlungen längst bekannt sind, angemessen durchgeführt wurden und hier nicht weiterführen. Dies würde die obige Hypothese stützen, dass die StP die Präzisierungsfrage der Studierenden als banal bewertet bzw. die Antwort als Selbstverständlichkeit ansieht. Gestützt wird diese Deutung auch durch die kurze Aufzählung, für die sie sich keiner ganzen Sätze bedient, sondern die einige Informationen, die die StP hier für wesentlich hält, möglichst kurz und zusammengefasst vermittelt. Beide Lesarten würden eine starke, dominante Rolle der StP im Sinne eines informativen Modells nahelegen, da sie hier entweder ihre Antwort deutlich und schnell vorträgt und mit aus ihrer Sicht relevanten Informationen in kurzer, knapper Form ergänzt oder in Anlehnung an die zweite Deutung die Frage sogar bewertet und über die Notwendigkeit und Relevanz von Informationen entscheidet. In beiden Fällen markiert sie ihren Wissensstand als ausreichend und zeigt, dass sie sowohl über die Therapie informiert ist, als auch, dass sie diese konsequent, aktiv und damit hinreichend umgesetzt hat. Eine weitere Deutung der abwehrenden Handbewegung der StP besteht darin, dass sie sich auf die Hinterfragung ihrer Aussage in den Flächen 26-27 und den damit möglicherweise verbundenen Imageangriff bezieht und zusammen mit den parallelen Äußerungen eine Abwehr darstellen soll. In diesem Fall würde die StP ebenfalls eine starke Stellung einnehmen, da sie den möglichen Angriff auf sie selbst umgehend, deutlich und auf mehreren Ebenen kontert. Damit würde sowohl eine Betonung der Asymmetrie verhindert als auch die aktive Rolle der StP innerhalb der Arzt-Patienten-Beziehung bekräftigt. Auch wenn diese Aktivitäten zunächst nichts mit der Entscheidungsfindung zu tun haben, würde die StP damit demonstrieren, dass sie Auseinandersetzungen nicht scheut und ihre Position verteidigt, was zumindest einige Rückschlüsse auf ihr Verhalten in der Entscheidungsfindung zulässt. Parallel zur abwehrenden Handbewegung senkt die StP ihren Blick, was wie in anderen Sequenzen vorher eine Deutung als Rückzug zwecks Formulierungsplanung zulässt. Gleichzeitig kann sich der Blickwechsel aber auch konkreter auf die auf die vorherigen Aktivitäten der StP beziehen. Folgt man einer der Hypothesen, dass die StP die Frage entweder verneinend zurückweist oder als Banalität bewertet, führt der abgewendete Blick dazu, dass nicht noch ein weiterer möglicher beziehungsschädigender Faktor hinzukommt, da zu dem jeweiligen Verständnis ihrer Äußerung und den starken paraverbalen Aktivitäten nicht auch noch ein direkter Blickkontakt hinzukommt, der ein Verständnis der Äußerung als Zurückweisung bzw. Belehrung und als einen möglichen Angriff auf das Image der Studierenden stützen würde. Im Rahmen der Lesart, dass es sich bei der Äußerung um eine Abwehr einer möglichen Imageschädigung handelt, würde der fehlende Blickkontakt möglicherweise einen Rückzug symbolisieren, der sowohl aus Trotz oder Ablehnung als auch aus einer empfunden Zurücksetzung oder Kränkung heraus stattfindet.

Anschließend formuliert die StP das Adverb „also,“, das hier sowohl eine gliedernde Markierung ist als auch die Funktion einer Überleitung haben kann, die weitere relevante Aspekte, eine Zusammenfassung oder eine Schlussfolgerung einleitet oder die Fortsetzung eines vorher unterbrochenen Gedankengangs ankündigt. Zusammen mit der leicht steigenden Tonhöhe wird zugleich die Fortführung des turns impliziert. Die

Studierende formuliert mit „ja: genau“ zwei Bestätigungs- bzw. Zustimmungsmarkierungen, die durch ein leichtes Nicken unterstrichen werden, aber durch die Voranstellung der Interjektion „ah“ ebenso eine gewisse Überraschung nahelegen. Während die Zustimmung sich hier vermutlich auf die Antwort der StP in Fläche 28 und die anschließend geäußerten Fakten beziehen, kann die Markierung der Überraschung eine Reaktion auf die verschiedenen und in ihrer Wirkung deutlichen Aktivitäten der StP sein. Wird davon ausgegangen, dass die Äußerung der Studierenden in Fläche 28 eine geschlossene Frage war, die lediglich eine kurze Rückmeldung einforderte, so geht die Reaktion sowohl von der Quantität als auch von den verstärkenden Begleitaktivitäten mit den oben beschriebenen Lesarten deutlich über den von der Studierenden angesetzten Antworthorizont hinaus. Die Überraschung kann sich dabei konkret auf einer der drei oben thematisierten Lesarten (verneinende Zurückweisung, Banalität der Frage, Hinterfragung und Imageangriff) beziehen. Die doppelte Zustimmung in Form von „ja: genau“ kann an dieser Stelle eine Folge der Überraschung bezüglich der vorherigen StP-Aktivitäten sein, da mit der deutlichen Zustimmung der StP entgegen gekommen wird und positive Beziehungsarbeit geleistet wird. Theoretisch ist auch denkbar, dass die Überraschung darauf basiert, dass die Studierende nicht davon ausgegangen ist, dass die StP die von ihr beschriebenen Aktivitäten wirklich vernünftig durchgeführt hat. Dies halte ich aber für unwahrscheinlich, da die Aufgaben der StP innerhalb der Therapie nicht zu kompliziert waren und gleichzeitig diese Überraschungsmarkierung angesichts der vorherigen Äußerungen der StP eine direkte Hinterfragung des Gegenübers bzw. ein starker Angriff wären. Da die zweite Bestätigung, das Adverb „genau;“, mit einer leicht sinkenden Tonhöhe endet und keine weiteren Aktivitäten zu beobachten sind, die auf eine Fortführung der Äußerung bzw. auf eine vollständige Übernahme des turns hinweisen, kann die Äußerung der Studierenden als zustimmende Hörrückmeldung bezeichnet werden. Während die Studierende somit keine Anstalten macht den turn zu übernehmen, führt die StP ihn anschließend weiter fort.

In diesem Abschnitt konnte gezeigt werden, dass die StP widersprüchliche Signale zu ihrer Rolle vermittelt. Zunächst verbalisiert sie im Zusammenhang mit der bisherigen Therapie eine weitgehend paternalistische Haltung. Wird dieses paternalistische Modell aber von der Studierenden angenommen und entsprechend angepasste Fragen von ihr formuliert, reagiert die StP unabhängig von den verschiedenen Deutungen umgehend und relativ stark. Dabei setzt sie eine ganze Reihe verschiedener Elemente aus allen Kommunikationsebenen ein, um ihre Äußerungen zu verstärken, und übernimmt wie bereits in Kapitel 9.2.1 bei Bedarf initiativ den turn, um für sie relevante Aspekte zu bearbeiten. Sie stellt sich in der beobachteten Sequenz zudem als aktive, informierte und gemäß der therapeutischen Übereinkunft handelnde Patientin dar, womit sie indirekt eine starke Stellung innerhalb der Beziehung und insbesondere im Rahmen der Therapie einnimmt. Ob sich daraus ein informatives Modell ableiten lässt, sei dahingestellt, jedoch ist es aufgrund der kommunikativen Aktivitäten nicht von der Hand zu weisen. Auch wenn sich diese Aspekte auf die vergangene Therapie bzw. deren Nachbesprechung beziehen, lassen sich daraus Rückschlüsse bzw. Vermutungen für die kommende Entscheidungsfindung ableiten, in der eine aktive Rolle der StP zumindest nicht überraschend wäre. Da in der hier betrachteten Sequenz auf Seiten der StP deutlich mehr Phänomene zu beobachten waren und da der Fokus der Analyse auf diesen Aktivitäten lag, kann zur Studierenden nicht viel gesagt werden. Es fiel lediglich auf, dass sie den turn zwar in Eigenregie und unter Anwendung von Ankündigungsaktivitä-

ten von der StP übernehmen kann, bei einer Unterbrechung bzw. forcierten Übernahme des turns durch die Studierende aber nicht einschreitet bzw. um das Rederecht kämpft, sondern die StP gewähren lässt. Diesem Verhalten einem Typus zuzuweisen, ist hier schwer, stützt aber die Eindrücke aus Kapitel 9.2.1, die eher gegen einen paternalistischen Ansatz und für ein deliberatives oder informatives Modell sprechen.

Abgesehen davon entstand bei der Analyse der StP-Aktivitäten der Eindruck, dass die geplanten inhaltlichen Aussagen eher in Richtung Paternalismus weisen, während die spontanen und reaktiven Aktivitäten in Richtung eines informierten Modells deuten. Dies kann durch die Simulation begründet bzw. durch die Darstellung der Schauspielerin hervorgerufen sein, die hier womöglich einen anderen Typ Patientin spielt als sie selber wäre bzw. ist. Das sind nur Spekulationen, aber könnten eine Erklärung für die teils widersprüchlichen Beobachtungen sein.

9.2.3 Einleitung der Entscheidungsfindung

[42]

Stud. [v]		[sie KENnen ja auch (--)]	ja; (-)	und ich
Stud. [P/P]		*nickt mehrfach*		
Stud. [G/H]		*gestikuliert*		
StP [v]	tja; (-)	[(xxx xxx)]		
StP [P/P]			*nickt*	
StP [G/H]	*<< fächert die Hände auf, hält sie vor den Mund >>*			
StP [M/A]	*schaut nach unten*	*schaut zur Stud.*		

[43]

Stud. [v]	würde VORschlagen,	(.) das wir noch ein anderes medikament (.) dazu (.)
StP [G/H]		

[44]

Stud. [v]	dosieren. (1.5)			[das ist jetz so]
Stud. [P/P]				*nickt mehrfach*
StP [v]			OH, (--)	[(xxx xxx)]
StP [P/P]	*neigt den Kopf leicht nach links*		*lehnt sich leicht vor*	*lehnt sich leicht*
StP [G/H]			*<< fächert die Hände auf >>*	*>*

[45]

Stud. [v]	[ja das is]	jetz so der NÄCHste schritt;]
Stud. [P/P]		
StP [v]	[ja gut (-)]	
StP [P/P]	*zurück*	
StP [G/H]	*stützt den Kopf am Kinn mit rechter Hand, hält Zeigefinger über den Mund, linke Hand*	
StP [M/A]	*schaut nach oben*	*schaut zur Stud.*

[46]

Stud. [v]			[weil sie ham (-) sie ham]
Stud. [P/P]			
Stud. [G/H]			*gestikuliert*
StP [v]		ja, ja;	[sie WISsen was am besten is (.) ja;]
StP [P/P]			*lehnt sich leicht vor und zurück, schüttelt den Kopf*
StP [G/H]	*stützt rechten Ellenbogen*		*deutet mit einer Hand auf Stud.*
StP [M/A]			*schaut nach unten*

[47]

Stud. [v]	das halt,	<<all> da sie das regelmäßig >	EINgenommen
Stud. [G/H]		*gestikuliert*	
StP [P/P]		*<< neigt den Kopf leicht nach rechts >*	
StP [G/H]	*stützt den Kopf am Kinn mit rechter Hand, Zeigefinger über dem Mund, linke Hand stützt*		
StP [M/A]	*schaut zur Stud.*		

Im Anschluss an den oben analysierten Transkriptausschnitt wird die Dosierungserhöhung von der StP angesprochen und der erneut zu hohe Blutdruck festgestellt. Daraufhin fragt die StP nach der Meinung der Studierenden, die noch mal die Diagnose des konstant zu hohen Blutdrucks zusammenfasst, was hier der klassischen Phase der Diagnoseübermittlung recht nahe kommt. Anschließend spricht sie ab Fläche 43 den Vorschlag der Kombinationstherapie an. Dabei betont sie das Verb „VORschlagen", womit einerseits die Phase der Therapieentscheidung und -planung sichtbar eingeleitet wird und andererseits in Verbindung mit der Verwendung des Konjunktivs durch „würde" der optionale Empfehlungscharakter unterstrichen wird. Nach einer Mikropause äußert sie den Vorschlag einer Kombinationstherapie und bezieht sich mit dem Adverb „noch" auf die vorangegangene Medikation, die hier ergänzt werden soll. Sie nutzt den Begriff „medikament", der leicht verständlich ist und kein konkretes Präparat impliziert. Abgesehen von den zwei Mikropausen, die hier theoretisch als Formulierungspausen oder Unsicherheit interpretierbar wären, aber für diese Deutung eigentlich zu unauffällig sind, sind hier keine paraverbalen oder nonverbalen Aktivitäten zu beobachten, die ihre Vorschlagseinleitung begleiten. Damit formuliert die Studierende hier abgesehen von der Vorschlagseinleitung weitgehend neutral und ohne verstärkende oder abschwächende Elemente, die die StP in der Rezeption beeinflussen könnten.

Die StP hält seit Fläche 37 ihre Hände gefaltet auf Brusthöhe. Sie hat in der Zwischenzeit mit ihren Händen gestikuliert, ging aber damit immer wieder in die Ausgangsposition der gefalteten Hände vor der Brust zurück. In Fläche 42 fächert die StP ihre Hände auf und hält sie vor den Mund, während die Handballen weiterhin zusammengelegt auf Brusthöhe verharren und der Blick auf die Studierende gerichtet ist. Diese Geste kann zunächst als Abwehr bzw. Schutz gedeutet werden, da sie ein Hindernis aus Händen und Armen zwischen den beiden Gesprächspartnerinnen darstellt, das einen Großteil des sichtbaren Torsos und ein Teil des Gesichts verdeckt und damit noch auffälliger ist als beispielsweise verschränkte Arme, die eine ähnlich schützende bzw. rückziehende Funktion haben können. Weiterhin kann diese Aktivität sowohl als konzentriertes Zuhören und damit als Neugier bzw. Interesse interpretiert werden, als auch mit einem negativen Einschlag als Befürchtung oder Erwartung von etwas Schlechtem verstanden werden. Diese Lesart passt zum bisherigen Gesprächsverlauf, da die Studierende kurz vorher den immer noch zu hohen Blutdruck als Diagnose geäußert hat und sich nun die Phase der Therapieentscheidung und -planung nähert, die eine negative wie positive Erwartungshaltung begründen würde. Abgesehen von diesen beiden, teilweise einander überlappenden Interpretationen, kann die Gestik und die Selbstberührung auch ein eher neutrales Zeichen von Aufmerksamkeit, von Zuhören und kognitiven Begleitprozessen sein. Dafür spricht die lange Dauer dieser Aktivität, dagegen allerdings die Ausdrucksstärke der Gestik, da Interesse oder kognitive Prozesse auch deutlich aufwandsärmer umgesetzt werden könnten und im vorherigen Gesprächsverlauf auch schon

anders realisiert wurden. Eine vierte Lesart bestünde darin, die aufgefächerten Hände vor dem Mund in Anlehnung an die vorher gefalteten Hände als bittende Geste zu sehen. Da diese Aktivität aber vergleichsweise lange anhält, unabhängig von der Rederechtverteilung aufrechterhalten wird, die enge Faltung der Hände kurz vorher aufgelöst wurde und da hier keine konkreten Bitten oder Wünsche durch die StP artikuliert werden, ist diese Deutung eher unwahrscheinlich. Es kann durchaus sein, dass die vorher gefalteten Hände ein Zeichen des Hilfeersuchens war, aber angesichts der sich nun nähernden Therapiephase halte ich die Deutung als Erwartungshaltung in möglicher Verbindung mit der Markierung von Befürchtung und Sorge am wahrscheinlichsten.

Nach dem Vorschlag der Studierenden, künftig eine Kombinationstherapie anzuwenden, entsteht zunächst eine 1,5-sekündige Pause. Mit der stark fallenden Tonhöhe am Ende ihrer Äußerung zu Beginn von Fläche 44 sowie der etwas längeren Pause liegt es nahe, dass die Studierende den turn übergeben möchte bzw. eine Form von Rückmeldung der StP einfordert. Allerdings formuliert die Studierende hier keine direkte Frage und realisiert damit keine Fremdwahl, so dass die StP zunächst trotz der indirekten Kommentierungsaufforderung frei in ihren Aktivitäten ist. Die StP neigt ihren Kopf während der Pause leicht nach links, unterdessen sich die Hände und Arme weiterhin vor Brust und Mund befinden. Diese Kopfneigung könnte die kognitive Bearbeitung des gerade genannten Vorschlages begleiten, hat hier aber vermutlich die Funktion, Interesse bzw. weiteren Informationsbedarf zu markieren und die Studierende zur Beibehaltung ihres turns aufzufordern. Es deutet darauf hin, dass die StP hier noch auf weitere, eventuell klärende Informationen wartet, weshalb der Geste eine fragende Funktion zugeschrieben werden kann. Außerdem kann die Neigung des Kopfes eine gewisse Skepsis bzw. Hinterfragung ausdrücken, die hier nicht zwingend gegeben sein muss, aber ebenfalls eine Äußerung der Studierenden provozieren würde. Gleichzeitig realisiert die StP keine eigene Äußerung, was einerseits die Redeaufforderung an die Studierende nicht durch direktes Fragen bzw. Auffordern verstärkt, andererseits aber die Verweigerung der turn-Übernahme unterstreicht. Die Studierende schweigt trotz dieser Redeaufforderung weiterhin und führt ihren turn nicht weiter, was ihre vorher indirekt formulierte Redeaufforderung verstärkt. Vermutlich tut sie dies, da sie hier auf eine Reaktion der StP bzw. eine Ratifikation ihres Vorschlags wartet, um dann zu den Umsetzungsdetails zu kommen. Damit realisiert die Studierende ein deliberatives oder informatives Modell. Sie beschreibt einen Vorschlag und wartet erst auf die Kommentierung der StP, bevor sie die Therapie weiter ausführt. Gleichzeitig sind keine verstärkenden Maßnahmen bzw. keine Beeinflussung der StP durch kommunikative Aktivitäten zu beobachten und sie macht durch die Formulierung den Vorschlagscharakter ihrer Äußerung transparent. Zusammen mit der langen Pause und dem dadurch entstehenden Kommentierungsdruck auf Seiten der StP, weisen die Aktivitäten der Studierenden meiner Einschätzung nach etwas mehr zu einem informativen als zu einem deliberativen Ansatz, da die Studierende der Rückmeldung der StP hier einen hohen Stellenwert einräumt, auch wenn prinzipiell beide Modelle hier möglich sind.

Nach der Pause reagiert die StP schließlich und äußert die betonte Interjektion „OH,“, während sie sich leicht nach vorne lehnt und dabei die Hände auffächert. Ähnlich dem Kapitel 9.2.1 kann die Interjektion hier prinzipiell sowohl Überraschung als auch Ablehnung darstellen. Die steigende Tonhöhe kann weitere Verbalisierungen ankündigen, unterstreicht aber mit hoher Wahrscheinlichkeit die Lesart der Überraschung, weshalb

ich dieser Hypothese im Weiteren folge. Das Vorlehnen kann hier sowohl die Überraschung unterstreichen als auch eine Hinwendung zur Studierenden markieren, von der die StP sich angesichts der Überraschung und, wie bereits durch das Neigen des Kopfes impliziert, weitere Informationen erhofft. Gleichzeitig kann das leichte Vorlehnen mit Blick auf die Flächen 44 und 45 auch als Element einer größeren Aktivitätskette gesehen werden, an deren Ende sich die StP zu Beginn von Fläche 45 neu positioniert und das Vorlehnen die Einleitung dazu darstellt. Interessant ist, dass die StP hier keine Zustimmung oder Akzeptanz deklariert, sondern mit der dargestellten Überraschung, die auch als leichte Ablehnung lesbar ist, zunächst nach weiterer Klärung verlangt. Das entspricht nicht einem paternalistischen Ansatz, in welchem die StP den Vorschlag einfach ratifiziert hätte, sondern mindestens einem deliberativen Modell, in welchem der Patient ein gewisses Maß an Aufklärung verlangt bzw. Irritationen kommuniziert, bevor er zustimmt. Damit wird impliziert, dass ihre Rolle in der Arzt-Patienten-Beziehung nicht nur passiver und akzeptierender Natur ist. Auch eine Deutung als informativer Ansatz ist hier mit Blick auf die StP prinzipiell möglich, auch wenn die Äußerung der Überraschung in Form der Interjektion ohne konkrete Frage oder Erläuterungsaufforderung hier der Studierenden einen größeren Antwortrahmen ermöglicht und zugleich als Bitte um Aufklärung verstanden werden kann, was diesem Modell mit dem Verständnis eines selbstbewusst agierenden Patienten etwas entgegensteht. Letztlich geht die StP unabhängig von den obigen Lesarten mit ihrer Äußerung zunächst auf die Kommentierungsaufforderung der Studierenden und damit auch auf ein den Patienten involvierendes Modell ein.

Am Ende von Fläche 44 kommt es zu einer Parallelsequenz. Die zweisilbige Äußerung der StP ist hier nicht zu verstehen und lediglich das Zurücklehnen kann in die Analyse mit einbezogen werden. Das Zurücklehnen kann ebenso wie das Vorlehnen als Teil einer größeren nonverbalen Aktivität sein, die schließlich in Fläche 45 mit der Einnahme einer neuen Körperhaltung endet, aber auch retrospektiv die Deutung des Vorlehnens in Verbindung mit der Interjektion als Rede- bzw. Klärungsaufforderung stützen, die mit dem Zurücklehnen abgeschlossen wird. Die Tatsache, dass gleichzeitig die Geste der vor den Mund gehaltenen Hände aufgelöst wird, stärkt die Hypothese, dass es sich um eine Neupositionierung der gesamten Körperhaltung handelt, was die andere Lesart aber dennoch nicht ausschließt. Die Studierende beginnt mit „das ist jetz so“ eine Äußerung, die sie allerdings abbricht und am Beginn von Fläche 45 mit „ja das is“ reformuliert. Die Formulierung legt eine erklärende Äußerung nahe, mit der die Studierende vermutlich auf die geäußerte Überraschung der StP eingehen möchte. Der Abbruch und die Reformulierung können einerseits darin begründet sein, dass die StP parallel etwas verbalisiert und dies ihre Formulierungsaktivitäten stört. Da aber die Studierende in Fläche 45 weiter spricht, scheint sie hier entgegen vorheriger Sequenzen den turn beibehalten zu wollen, um ihre Äußerung zu vollenden, was gegen die Lesart des Selbstabbruchs aus Rücksichtnahme auf die Äußerung der StP spricht. Zudem kann die Korrektur auf die hier unverständliche Äußerung der StP zurückgehen, die eine Anpassung des Inhaltes einfordert, weshalb die Äußerung neu formuliert wird. Eine dritte Lesart bestünde darin, dass die Studierende von der kurz geäußerten Überraschung bzw. der möglichen Ablehnung selber überrascht ist, da sie eventuell eine längere oder eine bestätigende Aussage erwartet hat und die brüchige Formulierung ein Ausdruck planerischer Aktivitäten ist. Das mehrfache Nicken kann ein Zeichen von

Akzeptanz oder Verständnis der patientenseitigen Verwirrung darstellen. Da sich das Nicken allerdings bis Anfang der Fläche 46 zieht, kann ihm auch eine unterstützende Funktion für die eigene Aussage bzw. die nun kommende Argumentation zugeschrieben werden.

Interessant ist, wie bereits oben erläutert, dass die Studierende im Vergleich zu vorherigen Beobachtungen den turn in der Parallelsequenz nicht abgibt und der StP an dieser Stelle auch keine Gelegenheit gibt, die eigene Überraschung oder mögliche Ablehnung ausführlicher zu erläutern, sondern nach der Interjektion relativ direkt mit einer eigenen Äußerung reagiert. Dies kann neben der Möglichkeit, dass eine Erklärung der Äußerung ohnehin angedacht war und nach der Pause nun realisiert werden soll, darin begründet sein, dass die Studierende hier eine mögliche Ablehnung oder Hinterfragung von Seiten der StP kommen sieht und frühzeitig interveniert, um diese zu verhindern. Gestützt wird die zweite Lesart durch die Formulierung „ja das is jetz so der NÄCHste schritt;“, die zwar durch die Partikel „ja“ und „so“ etwas abgeschwächt wird, insgesamt aber eine Kausalität impliziert, die hier als logische Folge und ohne mögliche Alternativen dargestellt wird. Betont wird die Aussage noch durch die Akzentuierung des Adjektivattributs „NÄCHste“ sowie das parallel anhaltende mehrfache Nicken, das, wie oben vermutet, höchstwahrscheinlich das Geäußerte nonverbal stützen soll. Damit verfolgt die Studierende an dieser Stelle ein Vorgehen, das zwar auch die Umsetzung eines deliberativen Ansatzes sein kann, da die Studierende auf die geäußerte Interjektion und den damit verbundenen Klärungsbedarf eingeht, aber gleichzeitig auch als paternalistisch bewertet werden kann, da die Studierende hier zunächst keine Argumente liefert. Auch wenn die Äußerung prinzipiell als eine Folge bzw. als ein Ergebnis von Erfahrungen der Studierenden verstanden werden kann, auf die sie sich hier indirekt bezieht, wird dies nicht weiter deutlich gemacht, so dass auch andere Gründe für die Aussage ursächlich sein können. Stattdessen vermittelt die Aussage eine Faktizität, die einen Widerspruch oder ein Nachfragen von Seiten der StP deutlich erschwert. Folgt man letzterer Lesart, entfernt sich die Studierende damit von ihrem vorher angedeuteten, den Patienten einbeziehenden Ansatz und die Kommentierungsaufforderung durch die Pause in Fläche 44 lässt sich retrospektiv weniger als eine Möglichkeit zur freien Äußerung bzw. zur Stellung von Fragen, sondern mehr als eine Aufforderung zur Bestätigung im Sinne einer geschlossenen, rhetorischen Frage verstehen, die eine zustimmende Antwort bereits vorgibt. Bei der analysierten Sequenz ist daher eine klare Zuordnung des Studierendenverhaltens zu einem Modell schwierig und es kann sowohl von einer paternalistischen als auch von einer deliberativen Entscheidungsfindung gesprochen werden.

Unabhängig davon deuten die beobachteten Aktivitäten der Studierenden im Vergleich zum vorherigen eher zurückhaltenden Verhalten darauf hin, dass diese Phase eine heikle Situation für das Gespräch und den Prozess der Entscheidungsfindung darstellt. Würde die StP die Kombinationstherapie ablehnen, hätte die Studierende insofern Schwierigkeiten, als dass sie der Aufgabenstellung der Studie nicht mehr nachkommen könnte und darüber hinaus keine inhaltlichen Anhaltspunkte dafür hätte, welche Alternativen es gibt, da diese in den Studienunterlagen nicht angegeben sind. Somit müsste sie sich in diesem Fall alleine auf ihre Erfahrung und ihr Wissen verlassen. Zudem ist die Kombinationstherapie der wissenschaftlich empfohlene und evidenzbasierte nächste Therapieschritt, so dass auch vom medizinischen Standpunkt her diese Se-

quenz im Gespräch von großer Bedeutung ist, da der StP dieser Weg zumindest nahegebracht bzw. sie darüber aufgeklärt werden muss. Wie weit diese Aufklärung bezüglich der Kombinationstherapie allerdings reicht, ob sie in Werbung umschlägt und wie sie konkret kommunikativ umgesetzt wird, ist wiederum eine Frage des gewählten Entscheidungsfindungsmodus. Das auffällige Verhalten der Studierenden kann daher sowohl Folge einer persönlichen Präferenz bzw. einer Wertentscheidung zu Gunsten einer bestmöglichen Heilung sein, von der sie die StP überzeugen möchte, aber auch durch die Vorgaben der Simulation erklärt werden, die eine Kombinationstherapie ebenfalls fest vorgibt und lediglich in der konkreten Ausgestaltung eine Wahlfreiheit zulässt.

Die StP formuliert zu Beginn von Fläche 45 mit „ja gut (-)“ eine kurze Bestätigung, die sich auf ihre eigene Äußerung am Ende von Fläche 44 beziehen kann und hier aufgrund der fehlenden Transkription nicht analysiert werden kann. Gleichzeitig kann die Äußerung eine Replik auf die Formulierungen der Studierenden am Ende von Fläche 44 sein oder eine verspätete positive Antwort auf die Kommentierungsaufforderung zu Beginn der Fläche 44 darstellen. Schließlich kann der Beitrag auch die Äußerung der StP als abgeschlossen markieren, womit auf das zu diesem Zeitpunkt umstrittene Rederecht verzichtet werden würde. Auch eine damit verbundene implizite Aufforderung an die Studierende zu weiteren Äußerungen ist denkbar. Gleichzeitig ist eine Reihe von nonverbalen Aktivitäten der StP zu beobachten. Neben dem bereits vorher thematisierten Zurücklehnen, stützt die StP den Kopf am Kinn mit der rechten Hand ab und hält den Zeigefinger über den Mund, während die linke Hand den rechten Ellenbogen abstützt. Dies lässt sich wie bereits andere Gestiken als Schutz bzw. Abwehr deuten, da Hände und Arme zwischen den beiden Gesprächspartnerinnen positioniert werden. Zusammen mit der Distanzerhöhung würde hier ein Rückzug nahegelegt werden, der eine kritisch hinterfragende Haltung der StP gegenüber der Studierendenäußerung implizieren würde. Naheliegender ist für mich an der Stelle aber eine Deutung im Sinne von Zuhören und Nachdenken und damit einer rezipierenden Haltung, die darüber eine Rede- bzw. Klärungsaufforderung an die Studierende darstellt und die Lesart der Äußerung zu Beginn von Fläche 45 als einen eigenen turn-Verzicht stützt. Das Legen des Fingers an den eigenen Mund kann dabei sowohl auf einen Äußerungsverzicht hinweisen als auch die Vorbereitung eigener Beiträge in Folge kognitiver Prozesse ankündigen. Unabhängig davon zeigt die StP damit eine Haltung, die betont, dass sie sich mit der Thematik auseinandersetzt. Parallel dazu schaut die StP zu Beginn der Fläche 45 zunächst kurz nach oben und am Ende der Parallelsequenz wieder zur Studierenden.

Der kurze Blick nach oben kann Folge eines kognitiven Prozesses sein, währenddessen sich die StP aus der direkten Kommunikationssituation zurückzieht und anschließend wieder darin zurückkehrt. Das Blickverhalten deutet darauf hin, dass sich die StP mit den Aussagen der Studierenden auseinandersetzt, und würde damit die die obige Deutung der gestischen und haptischen Elemente unterstreichen. Gegen diese Lesart spricht zunächst, dass die Studierende an dieser Stelle bis auf die Tatsache, dass künftig ein weiteres Medikament dazu genommen werden soll, noch keine konkreten Details vorgetragen hat. Allerdings befinden sich die Gesprächspartnerinnen, wie oben erläutert, zu diesem Zeitpunkt in einer wichtigen Gesprächsphase, in der die erste Entscheidung ansteht und sich in Fläche 44 ein möglicher Konfliktpunkt aufgezeigt hat. Daher können die kognitiven Prozesse damit zusammenhängen, dass die StP die ver-

gangenen Aussagen nachbetrachtet und weitere eigene Aktivitäten oder Entscheidungen durchdenkt. Eine weitere Lesart des kurzen Blickwechsels könnte auch ein imageschonendes Verhalten sein. Indem die StP hier mit „ja gut“ möglicherweise eine Zustimmung signalisiert, bezieht sie sich indirekt auf die Interjektion „OH,“ und ihre nicht zustimmende Funktion zurück und markiert je nach Lesart ihre Überraschung als bearbeitet bzw. hinfällig oder ihre mögliche Ablehnung als aufgehoben. Um diese Selbstkorrektur nicht durch einen direkten Blickkontakt zu betonen, könnte der Blick hier abgewendet werden. Diese Deutung halte ich aber eher für unwahrscheinlich, da der Blick bei Rückzugs- und Imageaktivitäten in der Regel und wie es in dieser Arbeit auch schon gezeigt wurde, nach unten gerichtet wird, und da es nicht zum anderen nonverbalen Verhalten passt. Daher folge ich im Weiteren der Hypothese, dass die StP hier nach der klaren Übermittlung von Überraschung und eventuell Ablehnung nun die Situation durchdenkt und eine dezidiert rezipierende Haltung einnimmt, eventuell um indirekt weitergehende Erklärungen einzufordern.

Nachdem die Studierende in Fläche 45 ihre Äußerung syntaktisch abgeschlossen hat, äußert zunächst die StP in Fläche 46 ein „ja, ja;“. Diese Äußerung der StP hat aufgrund der verschiedenen Tonhöhenendungen neben einem Onlinesignal höchstwahrscheinlich die Funktion Verständnis zu vermitteln. Eine damit verbundene Zustimmung ist ebenfalls möglich, aber nicht zwingend erforderlich. Da kurz vorher die rezipierende Körperhaltung eingenommen wurde, liegt zunächst die Deutung als Aufmerksamkeits- und Verstehensmarkierung näher. Auffällig ist zudem, dass die Studierende während der Äußerung der beiden Partikel durch die StP aufhört zu Nicken, nachdem sie es vorher über einen längeren Zeitraum getan hat. Dies kann auf eine vermiedene Zustimmung hinweisen, ist hier aber vermutlich eher die Folge von konzentriertem Zuhören oder noch wahrscheinlicher eine Konsequenz von Formulierungsplanungen, da die Studierende anschließend zu einer eigenen Äußerung ansetzt und sich beide Gesprächspartnerinnen hier immer noch in einer ungeklärten Situation befinden, da die Entscheidung für oder gegen ein Kombinationspräparat noch nicht getroffen wurde.

Ob die Studierende in Fläche 45 direkt nach ihrer Äußerung die später folgenden Beiträge geplant hat oder ob sie ein Folge des StP-Verhaltens sind, kann nicht gesagt werden. Die leicht fallende Tonhöhe in Fläche 45 könnte in diesem Zusammenhang auf ein Äußerungsende hinweisen. In dem Fall würde diese Beobachtung die obige Deutung eines paternalistischen Ansatzes stützen, da keine weiteren inhaltlichen Argumente oder Erläuterungen vorgetragen werden, die von der klar markierten Überraschung mit eventueller Ablehnung eingefordert werden, sondern sich die Studierende auf die normative Kraft des Faktischen verlassen und eine Alternativlosigkeit vermitteln würde. Da die Studierende aber anschließend in Fläche 46 eine Äußerung produziert, die mit der Konjunktion „weil“ an die vorherige Äußerung anschließt und einen Kausalzusammenhang herstellt und die im weiteren Verlauf zu einer ausführlicheren Erklärung wird, besteht die Möglichkeit retrospektiv sowohl der kurzen Pause während der StP-Rückmeldung in Fläche 46 als auch möglicherweise der Äußerung der Studierenden in Fläche 45 eine Verzögerungsfunktion zur Vorbereitung einer eigenen Argumentation zuzuschreiben. Möglicherweise war die Studierende auf die geäußerte Überraschung der StP und auf eine diesbezügliche Einforderung von Argumenten von ihrer Seite an dieser Stelle nicht vorbereitet und hat den Schwerpunkt der Entscheidungsfindung eher bei der Medikamentenwahl zu einem späteren Zeitpunkt im Gespräch gesehen,

so dass sie hier Zeit benötigt, eine passende Erklärung vorzubereiten. Gestützt wird diese Beobachtung dadurch, dass die Studierende auch in Fläche 46, als sie ihre Erläuterung beginnt, und im weiteren Verlauf bis Fläche 51 (hier nicht zitiert) viele Korrekturen und Reparaturen benötigt und deutliche Formulierungsschwierigkeiten hat. Ob allerdings der Aussage der Studierenden in Fläche 45 damit nun eine Verzögerungsfunktion fest zugeschrieben werden kann, oder ob es die Realisierung eines paternalistischen Ansatzes war, kann hier nicht abschließend beurteilt werden.

Am Ende von Fläche 46 kommt es zu einer ganzen Reihe paralleler Aktivitäten beider Gesprächspartnerinnen. Die Studierende beginnt eine mit der Konjunktion „weil“ eingeleitete Äußerung, womit sie einen Rückbezug zur eigenen Äußerung in Fläche 45 herstellt und eine Begründung dieser Aussage ankündigt. Die schon angesprochene Korrektur bzw. die Wiederholung eines Satzteils nach einer kurzen Pause kann hier auf noch nicht abgeschlossene Formulierungsplanungen zurückzuführen sein, ist aber vermutlich eher zusammen mit der einsetzenden Gestik der Versuch, den turn zu übernehmen und die eigene Äußerung hier zu platzieren, bevor die StP weitere Verbalisierungen produziert. Die StP formuliert gleichzeitig mit „sie WISsen was am besten is (.) ja;“ eine Äußerung, die als klare Zustimmung zum Vorschlag der Studierenden gewertet werden kann und zugleich eine Begründung liefert. Die StP betont hier die Asymmetrie bzw. konkret das Wissensgefälle, bewertet die Studierende sehr positiv und hebt damit ihren Status deutlich über ihren eigenen. Die Aussage wird dabei nicht als Vermutung oder persönliche Meinung dargestellt, sondern als objektives Faktum.

Dieser Eindruck wird dadurch unterstützt, dass keine Abschwächungen in Form von Partikeln verwendet werden und der Superlativ „besten“ verbalisiert wird. Gleichzeitig betont die StP das Verb „WISsen“ und damit den Kern der hier thematisierten Asymmetrie und ihrer Argumentation. Im Anschluss an die Bewertung der Studierenden äußert die StP nach einer Mikropause die Partikel „ja;“, womit sie ihre Aussage nochmals bestätigen kann, aber auch einen direkten Bezug zur Kombinationstherapie herstellen und hierfür nach der Darlegung ihres Grundes Akzeptanz signalisieren kann. Eine weitere Lesart bestünde in einem Gliederungssignal, welches ihre Äußerung abschließen und zusammen mit der leicht fallenden Tonhöhe den turn an die Studierende übergeben soll. Letztere Möglichkeit wird dadurch gestützt, dass die Partikel am Ende der Parallelsequenz geäußert wird und anschließend die Studierende den turn vollständig übernimmt. Eine mögliche angedachte Einleitung bzw. Überleitung zu einer weiteren eigenen Äußerung ist aufgrund der genannten Gründe unwahrscheinlich. Schließlich halte ich die Hypothese für wahrscheinlich, dass die StP damit ihre Aussage und eventuell auch eine mögliche Akzeptanz der Kombinationstherapie stützt.

Das Deuten mit einer Hand auf die Studierende unterstreicht die Adressierung der Studierenden bzw. die Zuordnung der geäußerten Bewertung. Gleichzeitig lehnt sich die StP leicht vor und zurück, was auf eine Neupositionierung auf dem Stuhl hinweisen kann, mittels der kurzen Distanzverminderung die Aussage über die Studierende unterstreichen kann oder den Anspruch auf das Rederecht unterstützen kann. Schließlich, und das halte ich an dieser Stelle für wahrscheinlich, können die leichten Körperbewegungen hier eine Konsequenz der Gestik sein, da die vorher eingenommene, stark von Selbstberührungen geprägte Körperhaltung aufgegeben werden muss, um die Gestik auszuführen. Gestützt wird diese Vermutung auch davon, dass in Fläche 47 die in Flä-

che 45 eingeleitete Körperhaltung wieder eingenommen wird und somit die Gestik in Fläche 46 lediglich ein Zwischenspiel ist, das allerdings leichte Bewegungen des ganzen Körper erfordert. Das Schütteln des Kopfes steht hier zunächst in einem vermeintlichen Widerspruch zur geäußerten Charakterisierung der Studierenden und der damit einhergehenden Zustimmung zu ihrem Vorschlag. Sie kann sich aber auch retrospektiv auf die eigene Überraschung und ihr damit zur Schau gestelltes Unwissen bzw. Unverständnis beziehen und dieses hier negieren bzw. als irrelevant markieren. Weitere Lesarten wären, dass dadurch kein Widerspruch zur parallel von der StP produzierten Aussage getätigt werden soll oder dass zusammen mit dem gesenkten Blick ein Rückzug markiert wird. Der Blickrichtungswechsel nach unten kann darüber hinaus auch die verbale Betonung der Asymmetrie stützen, indem sich die Studierende hier aus der direkten Kommunikation zurückzieht und der Eindruck von Unterwürfigkeit vermittelt werden kann. Gleichzeitig kann der gesenkte Blick auch eine imageschützende Funktion haben, da die StP durch die Äußerung eine sehr stark positive Bewertung des Gegenübers abgibt, die darüber hinaus auch mit einer Erwartungshaltung verbunden ist. Der Blickrichtungswechsel kann daher ein Versuch sein, diese Eindrücke nicht durch einen direkten Blickkontakt zu stärken und die mit der Äußerung einhergehende eigene Abwertung nicht weiter zu betonen. Zudem fordert der vermiedene Blickkontakt im Gegensatz zu einem aufrechterhaltenen keine direkte Reaktion der Studierenden ein, so dass diese Äußerung zunächst im Raum steht und die Studierende nicht zu einer Kommentierung gedrängt wird. Dass Letzteres zutreffen kann, zeigt die Tatsache, dass die Studierende im weiteren Verlauf ihrer Äußerung nicht auf diese Aussage der StP eingeht. Ob dies alleine durch den vermiedenen Blickkontakt begründet ist, scheint unwahrscheinlich, aber zumindest fordert die StP nonverbal keine direkte Reaktion ein. Eine weitere mögliche Lesart besteht darin, dass es sich bei der Geste in Richtung der Studierenden, dem Kopfschütteln und dem gesenkten Blick um eine Verantwortungs- und Aufgabenübertragung in Form von dargestelltem Trotz oder als Konsequenz einer Kränkung handelt. Dies würde allerdings dem bisherigen Gesprächsverlauf widersprechen, den die StP bisher aktiv mitgestaltet hat und dabei von der Studierenden auch nicht in auffälliger Weise eingeschränkt wurde. Zudem ist an dieser Stelle kein nennenswerter Angriff oder keine erkennbare Degradierung der StP durch die Studierende erkennbar.

Letztlich überwiegen die Hinweise darauf, dass es sich beim Verhalten der StP um eine Relativierung der vorher bekundeten Überraschung, einen Rückzug aus der Diskussion um die Kombinationstherapie sowie um die damit einhergehende Abgabe von Verantwortung und die Delegation der Entscheidung handelt. Die Betonung der Asymmetrie und die Aufwertung des Gegenübers können hier als Argument für dieses Verhalten dienen, aber auch eine Rechtfertigung sein, da diese Äußerung und die begleitenden nonverbalen Aktivitäten der Überraschung und möglichen Ablehnung in Fläche 44 deutlich widersprechen. Das beobachtete Verhalten der StP kann hier theoretisch als deliberativer Ansatz ausgelegt werden, da ihre Äußerung als Zustimmung verstanden werden kann und sie damit einer Deutung der Studierendenaktivitäten von Fläche 44 und 45 als deliberativem Versuch entgegenkommt. Die StP stimmt in dieser Lesart dem Therapievorschlag über ihre Rückmeldung zu, womit ein Konsens über die Kombinationstherapie hergestellt ist. Gleichzeitig ist die Zustimmung hier nicht direkt und deutlich erkennbar, sondern kann nur hineininterpretiert werden. Demgegenüber spricht

vieles für einen paternalistischen Ansatz im Verhalten der StP, da je nach Lesart des „ja;“ eine eigene direkte Bestätigung oder Kommentierung der Kombinationstherapie vermieden und sowohl die Entscheidungsfindung als auch die Verantwortung an die Studierende delegiert wird, während die StP sich selber zurückzieht. Beide Varianten sind hier generell möglich, auch wenn die Lesart eines paternalistischen Modells deutlich näher liegt, weshalb dieser Hypothese im Weiteren gefolgt wird.

Es ist zudem auffällig, dass es hier abermals zu einer längeren Parallelsequenz zwischen Studierender und StP kommt, die keine von beiden vorzeitig abbricht. Dies kann ein Hinweis darauf sein, dass es sich hier um eine relevante Phase des Gesprächs handelt, die von beiden Gesprächsteilnehmerinnen als wichtig erachtet wird und aktiv bearbeitet wird. Auf Seiten der Studierenden ist auch mit Blick auf die folgenden Flächen davon auszugehen, dass sie ihren Therapievorschlag erläutern möchte um vermutlich die StP zu überzeugen, und die Einleitung daher hier aufrechterhält. Die StP wiederum offeriert unabhängig von der konkreten Deutung als paternalistisch oder deliberativ eine Reaktion zum Vorschlag der Studierenden, die einerseits die oben eingebrachte Überraschung aufhebt bzw. die mögliche Ablehnung zurücknimmt und die andererseits einen Konsens in dieser Entscheidungsfindung ermöglicht und damit den Aushandlungsprozess stark verkürzen kann. Aus diesen Gründen ist ihr die Aussage vermutlich so wichtig, dass die Parallelsequenz aufrechterhalten und nicht von ihrer Seite aus abgebrochen wird. Auch wenn die Studierende im weiteren Verlauf ab Fläche 47 die Therapie noch weiter begründet und dabei eine ganze Reihe von Reparatur- und Verzögerungsmechanismen zu beobachten sind, die auf starke Formulierungsaktivitäten, eine mögliche Brisanz des Themas oder eigene Unsicherheit hindeuten, kommt es zu keiner Änderung des Entscheidungsfindungsmodus. Die StP produziert noch mehrfach bestätigende Aktivitäten, so dass die in Fläche 46 gegebene Zustimmung bestehen bleibt. Das vermutlich paternalistische Entscheidungsfindungsmodell wird umgesetzt, so dass die Studierende schließlich ab Fläche 51 zur konkreten Vorstellung der beiden Medikamente kommen kann.

In dieser Sequenz konnte wie in Kapitel 9.1.3 gezeigt werden, dass es sich hierbei nicht um die Einleitung der Therapieentscheidung und -planung, sondern um eine eigenständige Entscheidungsfindung handelt, die der zweiten Aushandlung vorgelagert ist. Und auch hier geht es zunächst um die Frage, ob prinzipiell eine Kombinationstherapie eingeleitet werden soll oder nicht. Die Studierende leitet diesen Abschnitt zunächst mit einem deliberativen Ansatz ein, vermutlich in Erwartung einer kurzen Bestätigung, womit schnell zu den konkreten Medikamenten hätte übergegangen werden können. Auf die geäußerte Überraschung oder eventuelle Ablehnung formuliert sie eine Äußerung, die zunächst paternalistisch anmutet, aber durch die in Fläche 46 eingeleitete Erläuterung wahrscheinlich erneut zu einem deliberativen Angebot weitergeführt werden soll. Die StP äußert mit der Interjektion in Fläche 44 zunächst keine Zustimmung, sondern entweder Überraschung oder eine Form von Ablehnung. Dies kann darin begründet sein, dass der Zeitpunkt dieses Vorschlags für die StP unerwartet ist, was aber aufgrund der Ankündigung in Fläche 43 eher unwahrscheinlich ist. Naheliegender ist, dass die Studierende hier nach zwei gescheiterten Therapieversuchen nun eine dritte, komplexere Variante vorschlägt und im Gegensatz zum Studierenden aus Kapitel 9.1 dies nicht vorsichtig und abschwächend formuliert, sondern nach einer nur kurzen Einleitung sehr direkt anspricht. Da sie anschließend in Fläche 44 den turn übergibt, kann

die Interjektion Ausdruck einer tatsächlichen Überraschung oder Überforderung auf Seiten der StP sein, die nicht weiß, was nun von ihr verlangt wird. Nachdem die Studierende in Fläche 45 die Äußerung tätigt, die eine paternalistische Vorgehensweise implizieren kann, geht die StP sofort darauf ein und sichert damit diesen Modus der Entscheidungsfindung durch deutliche Zustimmung ab. Ob die StP diesen Schritt geht, weil die Schauspielerin die Möglichkeit erkennt, den gewünschten Entscheidungsfindungsmodus ihres gespielten Patiententyps durchzusetzen, und damit die Studierende „überrumpelt“ oder ob es eine Reaktion innerhalb der Rolle ist und womöglich eine Reaktion auf die Interjektion von Fläche 44 ist, die hier eine Auseinandersetzung provoziert und eine kurze Entscheidungsfindung verhindert hat, kann nicht gesagt werden. Dass die Studierende diesen Weg einer paternalistischen Entscheidungsfindung präferiert, kann hier aufgrund ihrer rechtfertigenden Aktivitäten durchaus bezweifelt werden, aber da ihre Äußerung diese Lesart nahelegt und die StP dies umgehend bestätigt, wäre eine direkte Änderung oder Hinterfragung des damit feststehenden Modus hier sehr schwer vorstellbar und nur mit großem Aufwand realisierbar gewesen. Die Studierende schiebt ab der Mitte von Fläche 46 bis Fläche 51 noch eine ausführlichere Erklärung der Kombinationstherapie nach, was ein Hinweis auf den ursprünglich deliberativen Ansatz ist und ein letzter Versuch sein kann, diesen noch umzusetzen, aber die StP produziert ab diesem Zeitpunkt nur noch kurze Hörrückmeldungen, die Aufmerksamkeit und Verständnis übermitteln und mit großer Wahrscheinlichkeit keine eigene Kommentierung der Entscheidung mehr enthalten.

[47]

Stud. [v]	das halt,	<<all> da sie das regelmäßig >	EINgenommen
Stud. [G/H]		*gestikuliert*	
StP [P/P]		*<< neigt den Kopf leicht nach rechts >*	
StP [G/H]	*stützt den Kopf am Kinn mit rechter Hand, Zeigefinger über dem Mund, linke Hand stützt*		
StP [M/A]	*schaut zur Stud.*		

[48]

Stud. [v]	haben (.) und;	bis ZEHN milligramm; das is die dosierung bis man; <<stotternd>
Stud. [G/H]		
StP [P/P]		
StP [G/H]	*rechten Ellenbogen*	

[49]

Stud. [v]	w_wi > wie HOCH man geht?		und DANN, (.) is so der nächste schritt
Stud. [G/H]			*gestikuliert*
StP [v]		ja,	
StP [P/P]		*<< nickt >>*	
StP [G/H]			

[50]

Stud. [v]	ein anderes medikament;		da zu_zu äh
Stud. [P/P]			*senkt den Kopf leicht*
Stud. [G/H]			*berührt ihre Nase mit der rechten Hand*
StP [v]		oke:;	
StP [P/P]		>	
StP [G/H]		*hält rechte Faust vor den Mund*	

[51]

Stud. [v]	äh_geben (.)	und es gibt	zwei MÖGlich↑↑keiten?		entweder ein
Stud. [P/P]					
Stud. [G/H]		*gestikuliert*			*gestikuliert*
StP [v]				hm_hm;	
StP [P/P]				*nickt*	
StP [G/H]					*zieht rechten Ärmel*

Damit wird der vermutlich paternalistische Entscheidungsfindungsmodus nicht mehr geändert und die Entscheidung für ein Kombinationspräparat selber bleibt gültig, so dass die Studierende anschließend zur zweiten Entscheidungsfindung und der Vorstellung der Medikamente überleitet.

9.2.4 Einordnung in den Prozess der Entscheidungsfindung

Innerhalb der hier und in Kapitel 8.2 behandelten Abschnitte kommt es zu starken Veränderungen in der Arzt-Patienten-Beziehung und im damit verbundenen Modus der Entscheidungsfindung. Zu Beginn des Gesprächs verhält sich die StP relativ dominant, fragt Sachverhalte nach und hinterfragt die Anwesenheit der Studierenden, während diese sich zurückhält und passiv reagiert. Die StP nimmt eine aktive Rolle im Wissenstransfer und der Beziehungsetablierung ein, was ein paternalistisches Modell de facto ausschließt und mindestens auf einen deliberativen wenn nicht sogar auf einen informativen Ansatz hinweist. In der Besprechung der bisherigen Therapie in Kapitel 9.2.2 sendet die StP widersprüchliche Signale. Einerseits deutet sie ein paternalistisches Verhältnis zur Hausärztin an und betont, dass sie Anforderungen folgeleistet, reagiert aber auf Nachfragen direkt, unterbricht die Studierende und stellt sich dabei als aktiv eingebundene und an der Therapie interessierte Patientin dar. Auch wenn die Studierende grundsätzlich aktiver ist und über Fragen die Themen des Gesprächs lenkt[213], verhält sie sich kommunikativ weiterhin eher zurückhaltend und passiv. Auch hier kann kein paternalistisches Vorgehen konstatiert werden, sondern eher ein deliberatives Modell und auch ein informativer Ansatz kann weiterhin nicht vollständig ausgeschlossen werden. Im ersten Entscheidungsfindungsprozess kommt es allerdings trotz deliberativer Vorstöße der Studierenden zu einer paternalistischen Umsetzung, was zwar durch das Rollenkonzept der Schauspielerin erklärt wird, aber im Verlauf des Gesprächs doch angesichts der kurzfristigen Verbalisierung von Überraschung oder möglicher Ablehnung ungewöhnlich wirkt und nicht vorauszusehen war.

In einer anschließenden Betrachtung der beiden Entscheidungsfindungsprozesse aus Kapitel 8.2 und 9.2 zeigen sich damit ebenfalls deutliche Unterschiede. Während die in diesem Kapitel beobachtete erste Entscheidungsfindung deliberativ eingeleitet wird und paternalistisch endet, prallen in der zweiten Entscheidungsfindung informative

[213] Dies ist an dieser Stelle allerdings naheliegend, da ein Patient die Nachbesprechung einer Therapie nur schwerlich strukturieren bzw. übernehmen kann und dies auch aus Sozialisierungsgründen selten tun wird. Ausnahmen mögen hier chronisch kranke Patienten sein, die sowohl über genügend Fachwissen und Erfahrung verfügen als auch die Struktur und Themenschwerpunkte solcher Gesprächsphasen kennen und womöglich relevante Beiträge eigeninitiativ einbringen können.

und paternalistische Konzepte aufeinander, die schließlich in ein interpretatives Modell münden. Die oben beschriebene plötzliche Wandlung der StP von der aktiven Patientin mit möglichem Beteiligungswunsch zu einer sich unterordnenden Patientin, die eine paternalistische Behandlung wünscht, kann der Grund dafür sein, dass die Studierende sich im zweiten Entscheidungsfindungsprozess (Kapitel 8.2) zurückzieht und zunächst auf ihrem informativen Ansatz beharrt, obwohl die StP explizit andere Ansätze wünscht. Der paternalistische Ansatz wurde, wie oben gezeigt, relativ plötzlich von der StP umgesetzt. Daher war die Studierende womöglich vom Verhalten der StP überrascht oder mit der paternalistischen Umsetzung generell unzufrieden. Das Verhalten der Studierenden in der zweiten Entscheidungsfindung kann damit eine Reaktion darauf sein, dass in der ersten Entscheidungsfindung ein Modus spontan umgesetzt wurde, der von ihr nicht gewollt oder beabsichtigt war, und sie daher im späteren Verlauf vorsichtiger und zurückhaltender agiert, um darüber den Prozess besser zu verfolgen und eventuell Einfluss darauf auszuüben. Folgt man dieser Erklärung lässt sich allerdings mit Blick auf die zweite Entscheidungsfindung diskutieren, ob es sich bei den Durchsetzungsversuchen des informativen Modells in der zweiten Entscheidungsfindung überhaupt um eine Präferenz oder um eine grundsätzliche Haltung der Studierenden handelt oder inwieweit diese Aktivitäten auf den vorher gemachten Erfahrungen bzw. Gesprächsaktivitäten basieren. Auch eine Deutung ihres konsequent informativen Verhaltens in der zweiten Entscheidungsfindung als neopaternalistisch wird denkbarer, wenn es auf der Wahrnehmung anderer Entscheidungsfindungspräferenzen basiert und eine Reaktion darauf ist, um schließlich doch die eigenen Vorstellungen durchzusetzen. Schließlich kann die Hypothese, dass es sich beim beobachteten Verhalten um eine Reaktion auf gemachte Beobachtungen bzw. Erfahrungen handelt, noch weiter gedacht werden und auf beide Entscheidungsfindungsprozesse bezogen werden. Womöglich hat sie die deliberativen oder informativen Ansätze überhaupt erst aufgrund des Verhaltens der StP zu Beginn des Gesprächs später als Reaktion eingebracht und sieht die paternalistische Umsetzung der ersten Entscheidungsfindung als Fehler oder Missgeschick an, den sie anschließend in der zweiten Entscheidungsfindung nicht wiederholen möchte und daher entsprechend agiert. Dem folgend könnte das Verhalten der Studierenden als vorsichtige Korrektur gedeutet werden.

Das insgesamt uneinheitliche Bild der StP kann wie in der Analyse bereits angedeutet, auf dem Widerspruch zwischen Schauspielerpersönlichkeit und gespielter Rolle basieren, aber auch von den jeweils zu besprechenden Themen abhängen. Womöglich ist für sie die Beziehung zur behandelnden Ärztin gerade von so großer Bedeutung, dass sie diese am Anfang so deutlich thematisiert, damit sie anschließend die Entscheidung und die Verantwortung abgeben kann. Auch die Darstellung der StP in Kapitel 9.2.2 als die Therapie sorgfältig durchführende Patientin kann sowohl eine aktive Rolle betonen, aber auch die Verantwortung abgeben, da sie alles Aufgetragene erfüllt hat und trotzdem keine Besserung eingetreten ist. Diese Lesarten unterstützen die Überlegungen aus Kapitel 9.1.4, wo dargelegt wurde, dass ein relevantes unterschiedliches Maß an Engagement und die Präferenz von verschiedenen Entscheidungsfindungsmodellen vom Thema und der eigenen Betroffenheit abhängen.

Auch dieses Kapitel konnte die Prozesshaftigkeit der Entscheidungsfindung belegen und die vielen Haltungs- und Werturteilsäußerungen sowie die wechselseitigen Beeinflussungen aufzeigen, die im Rahmen des gesamten Gespräches von den Interaktanten

produziert werden und die sich auf die Aushandlung der Entscheidungsfindung auswirken können. Auch eine weitere Entscheidungsfindung konnte als Vorläufer der in Kapitel 8.2 analysierten Phase identifiziert werden. Dabei wurde im Gegensatz zum Gespräch in Kapitel 9.1 ersichtlich, dass beide Entscheidungsfindungen auch in Form unterschiedlicher Modi eingeleitet und umgesetzt werden können und sie dennoch aufeinander aufbauen. Damit kann die Phase der Therapieentscheidung und -planung nicht nur, wie in Kapitel 9.1 gezeigt, verschiedene Entscheidungsfindungen enthalten, sondern diese können zudem sehr unterschiedlich realisiert werden. Hier liegt es nahe, dass neben der individuellen grundsätzlichen Einstellung beider Gesprächspartnerinnen zur Arzt-Patienten-Beziehung auch institutionelle Vorgaben (wie z. B. in diesem Fall die Aufgabenstellung der Studierenden) sowie Werthaltungen und Präferenzen der Teilnehmerinnen in Bezug auf Themen oder Fragestellungen dafür ursächlich sind, inwieweit sich die Gesprächsteilnehmerinnen bei welcher Entscheidungsfindung wie engagieren und welcher Entscheidungsfindungsmodus damit schließlich umgesetzt wird. Obwohl die einzelnen Entscheidungsfindungen aufeinander aufbauen und einen Bezug zueinander haben, ist damit gleichzeitig eine Aushandlungsstruktur zu beobachten, die sich jeweils am konkreten Gegenstand orientiert und den Grad der Beteiligung an der Entscheidungsfindung trotz der vorherigen kommunikativen Aktivitäten und ihrer Implikationen nie fest vorgibt. In jedem Einzelfall muss ein Modus thematisiert und konsensuell akzeptiert werden, bevor eine Entscheidung getroffen werden kann.

10. Zusammenführung

Im Anschluss an die Analyse werden nun die Forschungsfragen aus Kapitel 7.5 beantwortet. Dabei wird zunächst das Verhalten der Studierenden im Rahmen der Entscheidungsfindung umrissen, um anschließend die theoretisch-konzeptionellen Erkenntnisse zu beschreiben und in einem eigenen theoretischen Ansatz zusammenzufassen. In einem dritten Schritt stehen anschließend mögliche Ansatzpunkte bzw. Konsequenzen für die medizinische Lehre im Fokus.

10.1 Die Studierenden und die Entscheidungsfindung

Zunächst war unter Berücksichtigung der ersten Forschungsfrage zu beobachten, dass die Studierenden die Simulationen und damit die Rahmenbedingungen des Gesprächs ohne Schwierigkeiten akzeptierten und ihre geforderte Rolle darin spielten. Es gab im Vorfeld kaum Nachfragen und während der Aufnahmen keine Abbrüche. Ebenso wenig fielen die Studierenden aus ihrer Rolle oder thematisierten diese. Zudem improvisierten sie gelegentlich innerhalb der Rollenvorgaben, wenn im Gespräch Details angesprochen wurden, die in den Studienunterlagen nicht vorgegeben waren. Die Studierenden hatten außerdem keine beobachtbaren Schwierigkeiten, die StPs über die Therapie und die Medikation aufzuklären; es gab keine Simulation, in der ein Studierender inhaltlich sichtlich überfordert zu sein schien. Sie reagierten sensibel auf Eingaben der StPs, glichen Rückfragen und Präferenzen mit dem medizinischen Kontext ab und waren in der Lage, verschiedene Entscheidungsfindungsmodi in einem Gespräch zu berücksichtigen. Zudem waren auch individuelle Präferenzen für Entscheidungsfindungsmodelle auf Seiten der Studierenden zu beobachten, die diese selbstständig ins Gespräch einbrachten und sich an der dialogischen Aushandlung aktiv beteiligten. Daher kann festgehalten werden, dass die in der Studie involvierten fortgeschrittenen Medizinstudierenden auf die Entscheidungsfindung vorbereitet zu sein schienen und die Aufgabe für sie angemessen war. Das jeweilige Fachsemester (5-13) der Studienteilnehmer ließ darüber hinaus keine nennenswerten Unterschiede erkennen.

Weiterhin waren semesterunabhängig typische Merkmale ärztlicher Kommunikation zu beobachten, wie die weitgehende Kontrolle von Rederecht und Themensteuerung, das Benennen von Erfahrungswerten sowie der häufige Einsatz des Personalpronomens „wir“ bei Handlungsbeschreibungen. Diese Aspekte sowie die Beobachtung, dass die Studierenden in den Simulationen so gut wie nie in die drei präsenten Kameras schauten, deuten darauf hin, dass sie das Szenario schnell akzeptierten oder dass es ihnen eventuell schon aus anderen Lehrveranstaltungen bekannt war. Dies könnte zudem als Hinweis interpretiert werden, dass das Beobachterparadoxon eher geringe Auswirkungen hatte und daher relativ authentische Gespräche der Studierenden beobachtet werden konnten, da die Situation von ihnen als nicht zu künstlich empfunden wurde.

Gleichzeitig gab es innerhalb der Analyse viele Sequenzen, in denen die Studierenden regelmäßig in die Studienunterlagen blickten und sich damit vermutlich inhaltlich rück-

versicherten, wie beispielsweise der Studierende aus dem Transkript M-M-df-Kon01. Zudem bewegten sich die Studierenden alle sehr klar in den gegebenen Grenzen bzw. Vorgaben der Studie; Alternativen zur Kombinationstherapie wurden weder angeboten noch besprochen und es wurde sich auch in der konkreten Besprechung der Medikation stark an den Informationen in den Unterlagen orientiert. Auch häuften sich Situationen in den Analysen, in denen die Studierenden Unsicherheit bezüglich der Entscheidungsfindung vermittelten und es den Anschein machte, als ob die *richtige* Lösung des Szenarios gesucht werden würde. Diese Beobachtungen können der oben genannten Authentizität widersprechen und eine Folge der Studiensituation bzw. der dadurch gegebenen Rahmenbedingungen des Gesprächs sein. Dies würde auf die Wirkmächtigkeit des Beobachterparadoxons bzw. die Künstlichkeit der Situation hinweisen. Die Beobachtungen können aber auch als Hinweis darauf verstanden werden, dass die Studierenden die Simulation in den Rahmen ihrer bisherigen Lehr- und Prüfungserfahrungen einordnen; mit einer klaren Aufgabenstellung sowie richtigen und falschen Lösungsmöglichkeiten. Die Studierenden könnten die Gesprächssituation daher weniger als eine freie Entscheidungssituation zwischen zwei gleichrangigen Therapiealternativen auf der Basis persönlicher Präferenzen wahrnehmen, sondern lediglich als eine schwierige Übung, bei der ein fehlendes Detail gefunden werden muss, um das Szenario korrekt abzuschließen. Diese Lesart lässt Rückschlüsse auf eine fehlende Routine zu und weist auf ein starkes Selbstverständnis als Studierender bzw. Lernender hin, da sich möglicherweise an der Erfahrung mit anderen beobachteten oder geprüften Situationen im Studium orientiert wird.

Die oben benannte Unsicherheit der Studierenden zeigte sich in der Analyse nicht nur im Umgang mit der Entscheidungsfindung und der Wahl des Kombinationspräparats, sondern insbesondere in Form vieler Rückversicherungen und ausführlicher Imagearbeit. Ob dies allerdings der Studiensituation geschuldet ist, auf den Status als Studierender zurückzuführen ist oder durch die Rolle einer Vertretung und den Erstkontakt mit einem fremden Patienten begründet ist, kann nicht mit Bestimmtheit gesagt werden. Eventuell würden auch ausgebildete und erfahrene Ärzte persönlichkeitsabhängig in so einer Situation mit einem neuen Patienten und einer bisher zwei Mal fehlgeschlagenen Therapie Zeichen von Unsicherheit an den Tag legen.

Zudem war zu beobachten, dass die Studierenden Schwierigkeiten damit haben, unerwünschte Arzneimittelwirkungen bzw. Nebenwirkungen und deren Wahrscheinlichkeit transparent darzustellen. Auch wenn in den Studienunterlagen für die Studierenden keine genauen Wahrscheinlichkeiten angegeben waren und es keine genauen Vorgaben für die Aufklärung gab, war zu beobachten, dass sich die Studierenden sehr schnell auf das Verständnis der StPs einließen und eine Abwägung der Nebenwirkungen in Form von festen, zwangsläufig zu erwartenden Entitäten zuließen oder gar forderten.

Abschließend ist festzuhalten, dass sich in den Analysen der Entscheidungsfindungsprozesse die Rolle eines fortgeschrittenen Medizinstudierenden wiederspiegelte, der bereits Wissen und auch Kenntnisse der Praxis mitbringt, dem es aber noch an Erfahrung und Routine mangelt. Wie groß die Unterschiede zu praktisch tätigen Ärzten allerdings wirklich sind und welche Rolle womöglich auch das spätere Fachgebiet spielt, können nur künftige Vergleichsstudien zeigen.

10.2 Zur Struktur der therapeutischen Entscheidungsfindung

10.2.1 Der Aushandlungscharakter

In Beantwortung der in Kapitel 7.5 gestellten dritten Forschungsfrage und in Anlehnung an die mehrfach thematisierte Kritik an den bisherigen Konzepten zur Entscheidungsfindung konnte gezeigt werden, dass der Modus der Entscheidungsfindung von den Gesprächsteilnehmern interaktiv ausgehandelt wird. Die Phase der Therapieentscheidung und -planung wird dezidiert eingeleitet und anschließend die Präferenzen der Gesprächsteilnehmer bezüglich des Entscheidungsfindungsmodus abgeglichen. Dabei kann es zu Aushandlungsprozessen kommen, in deren Verlauf die Teilnehmer ihre Angebote ändern oder Kompromisse vorschlagen. Genau so kann es sein, dass eine Seite auf einer Variante beharrt und es zu einer längeren Auseinandersetzung kommt oder dass beide Seiten eine ähnliche Präferenz haben und schnell sowie ohne Konflikte zu einem Modus kommen, der umgesetzt werden kann. Abgeschlossen werden die Aushandlungsprozesse jeweils und ausschließlich im Konsens. Es kann vorkommen, dass sich ein Gesprächspartner deutlicher durchsetzt als der andere und eine Seite womöglich mit dem Ergebnis nicht ganz zufrieden ist, aber es gab kein Gespräch im untersuchten Korpus, in welchem ein Gesprächspartner gegen seinen dezidiert geäußerten Willen einem bestimmten Entscheidungsfindungsprozess unterworfen wurde. Fälle dieser Art sind prinzipiell denkbar, zum Beispiel bei der Durchführung von Zwangsbehandlungen in der Psychiatrie, können aber im Rahmen dieser Arbeit nicht näher betrachtet werden.

10.2.2 Die Pluralität der Entscheidungsfindungsprozesse

Eine zweite bisher in der Forschung kaum thematisierte Besonderheit bei der Struktur der Therapieentscheidung zeigte sich bei den Analysen von Kapitel 9 und besteht darin, dass in einem Gespräch und in der Auseinandersetzung mit der Therapie mehrere Entscheidungsfindungsprozesse vorliegen können. In den hier untersuchen Gesprächen waren sowohl die Frage, ob eine Kombinationstherapie überhaupt durchgeführt werden soll, als auch deren konkrete Ausgestaltung eigenständige Entscheidungsfindungsprozesse, die zwar aufeinander aufbauten, aber unabhängig voneinander durchgeführt wurden. Zudem zeigte sich, dass der durchgeführte Modus und das Ergebnis einer Entscheidungsfindung zwar die Aushandlung der nächsten bzw. darauf folgenden Entscheidungsfindung beeinflussen, aber nicht determinieren. Jeder Entscheidungsfindungsmodus wird separat ausgehandelt und kann abhängig vom Gegenstand und den relevanten Werthaltungen der Gesprächsteilnehmer unterschiedlich ausgestaltet sein. Auch wenn in den in dieser Arbeit behandelten Gesprächen jeweils nur zwei Entscheidungsfindungsprozesse zu beobachten waren, so sind theoretisch auch noch mehr innerhalb eines Gesprächs denkbar. Diese können parallel nebeneinander zu verschiedenen, teilweise voneinander unabhängigen Thematiken bestehen oder bei der Klärung von verschiedenen Detailfragen aufeinander aufbauen.

10.2.3 Integration medizinethischer Konzepte in die Gesprächsanalyse

Weiterhin konnte in Beantwortung der zweiten Forschungsfrage (vgl. Kapitel 7.5) gezeigt werden, dass der Ansatz von Emanuel und Emanuel (1992) in der gesprächsanalytischen Auseinandersetzung mit empirischem Material funktioniert und sprachliche Repräsentative der Modelle in den Transkripten zu finden sind (vgl. Peters 2014). Es konnten sowohl einzelne Äußerungen, deren Bestandteile, kinesische Aktivitäten als auch Kombinationen von Aktivitäten mit den Termini beschrieben und dadurch für eine Analyse der Entscheidungsfindungsstruktur erfassbar gemacht werden. Die im Theorieteil dieser Arbeit eingeführten medizinethischen Konzepte konnten daher in wesentlichen Teilen für die Gesprächsanalyse fruchtbar gemacht werden und ermöglichen eine schnelle und trennscharfe Kategorisierung von Phänomenen. Insbesondere der Unterschied zwischen dem deliberativen und dem interpretativen Modell kann umfassend beschrieben und erfasst werden, auch wenn das interpretative Modell mit Abstand am seltensten zu beobachten ist. Dennoch erfüllt es eine wichtige Funktion, die sonst nicht beschrieben werden könnte, weshalb die hier verwendete Vierertypologie für praktikabel und gewinnbringend erachtet wird.

Sowohl der hier beschriebene wissenschaftliche Mehrwert des Konzepts von Emanuel und Emanuel (1992) für die linguistische Analyse als auch die obige Feststellung der Aushandlung sowie der möglichen Vielfalt von Entscheidungsfindungsprozessen innerhalb eines Gespräches untermauert die in Kapitel 2.4 geäußerte Kritik, dass die Arzt-Patienten-Beziehung und der Entscheidungsfindungsmodus nicht gleichgesetzt und global mit einem Begriff beschrieben werden können. Denn während die gängigen medizin(eth)ischen Termini zwar in der Lage sind, einzelne Phänomene innerhalb des Entscheidungsfindungsprozesses zu erfassen und zu kategorisieren, so scheitern sie aufgrund der Vielzahl und der Unterschiedlichkeit der beobachtbaren Entscheidungsfindungsmodi zwangsläufig beim Versuch das Gespräch bzw. einen Kontakt als Ganzes zu erfassen. Daher müssen für die Arzt-Patienten-Beziehung neue Begrifflichkeiten und Konzepte entwickelt werden, die dem Aushandlungscharakter, der möglichen Vielfalt von Entscheidungsfindungen und damit auch sich möglicherweise ändernden Modi innerhalb einer Interaktion Rechnung tragen. Hier sind die bisherigen Konzepte unzureichend.

10.2.4 Verortung im Gespräch

Die Analysen in Kapitel 9 weisen darauf hin, dass sich die Aushandlung der Entscheidungsfindung weit über die Phase der Therapieentscheidung und -planung hinaus erstreckt. Damit lässt sich im Rückbezug auf die vierte Forschungsfrage festhalten, dass die Entscheidungsfindung zwar fest in der Struktur von Arzt-Patienten-Gesprächen verankert ist und die entsprechende Phase immer separat aufgefunden und von Gesprächsteilnehmern markiert wurde, sie aber nicht separat betrachtet werden kann, da vorherige Ereignisse großen Einfluss auf die konkrete Ausgestaltung haben. Bereits in der Gesprächseröffnung positionieren sich beide Interaktanten zueinander und vermitteln über ihre kommunikativen Aktivitäten spezifische Präferenzen und Werthaltungen bezüglich eines möglichen Entscheidungsfindungsmodells. Diese Aktivitäten determi-

nieren nicht die Entscheidungsfindung, bilden aber eine wichtige Grundlage für deren Aushandlung.

Der Zusammenhang von Kommunikation und Moral bzw. Werthaltungen wurde von verschiedenen Autoren für unterschiedliche Kontexte beschrieben (vgl. Bergmann/Luckmann 2013b; Bergmann/Luckmann 2013c). Jörg Bergmann und Thomas Luckmann fassen die Bedeutung und Wirkmächtigkeit der Moral in kommunikativen Prozessen folgendermaßen zusammen:

> „Moral ist in der Alltagskommunikation allgegenwärtig; sie ist über weite Strecken der Stoff, aus dem die Gespräche sind. Und gerade weil Moral unseren Alltag bis in feinste Strukturen hinein durchwirkt, nehmen wir sie nicht mehr wahr […] Nur in besonderen Situationen – etwa dort, wo unterschiedlicher moralische Regeln aufeinandertreffen und für Irritationen sorgen, also z. B. in der interkulturellen Kommunikation – wird Moral im Alltag selbst zu einem Thema. Sonst aber ist Moral wie die Brille auf der Nase, durch die ein Bild der dahinterliegenden Welt entsteht, ohne daß sie selbst gesehen wird." (Bergmann/Luckmann 2013a: 14)

Günthner weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass Werthaltungen nicht nur omnipräsent und bei der Wahrnehmung von Situationen von Bedeutung sind, sondern dass „[…] moralische Werte im Alltag kommunikativ konstruiert, also hervorgebracht und bestätigt werden […]" (Günthner 2013: 326). Diese Betrachtungen fokussieren zwar auf die Alltagsinteraktion, lassen sich aber auch auf die im Material gefundenen Phänomene im hier betrachteten medizinisch-institutionellen Kontext übertragen. Über verschiedene verbale und kinesische Aktivitäten vermitteln beide Gesprächsteilnehmer mit unterschiedlicher Deutlichkeit ihre Werthaltungen bezüglich der Ausgestaltung der Beziehung und den damit verbundenen Rollenvorstellungen. Dies beinhaltet auch die Auffassung darüber, inwieweit ein Patient informiert und an Entscheidungen beteiligt bzw. wie der Entscheidungsfindungsmodus zwischen den beiden Gesprächspartnern ausgestaltet sein soll. Der institutionelle Rahmen, die (dadurch) vorherrschende Asymmetrie und die Bedeutung des Themas Gesundheit können sowohl dazu führen, dass unterschiedlicher Auffassungen deutlicher markiert werden, als auch, dass sie aus gesichtswahrenden und beziehungsstabilisierenden Gründen abgeschwächter und vorsichtiger vorgebracht werden. Die geäußerten Moralvorstellungen beeinflussen den späteren Entscheidungsfindungsprozess und offenbaren den Interaktanten in gewisser Weise, welche Modi naheliegend bzw. durchsetzbar sind und welche vermutlich auf Ablehnung stoßen werden. Dennoch, und das zeigen die Analysen deutlich, sind weiterhin Missverständnisse möglich und es hängt vom Gegenstand und der eigenen Präferenz ab, inwieweit auf diese moralischen Selbstpositionierungen Bezug genommen wird.

10.2.5 Vorschlag eines Strukturmodells

Die präsentierten Antworten auf die Forschungsfragen stehen in einem vielfältigen Bezug zueinander und weisen auf eine Struktur der Entscheidungsfindung parallel zum grundsätzlichen Ablauf der analysierten Gespräche hin, die die folgende Grafik illustrieren soll:

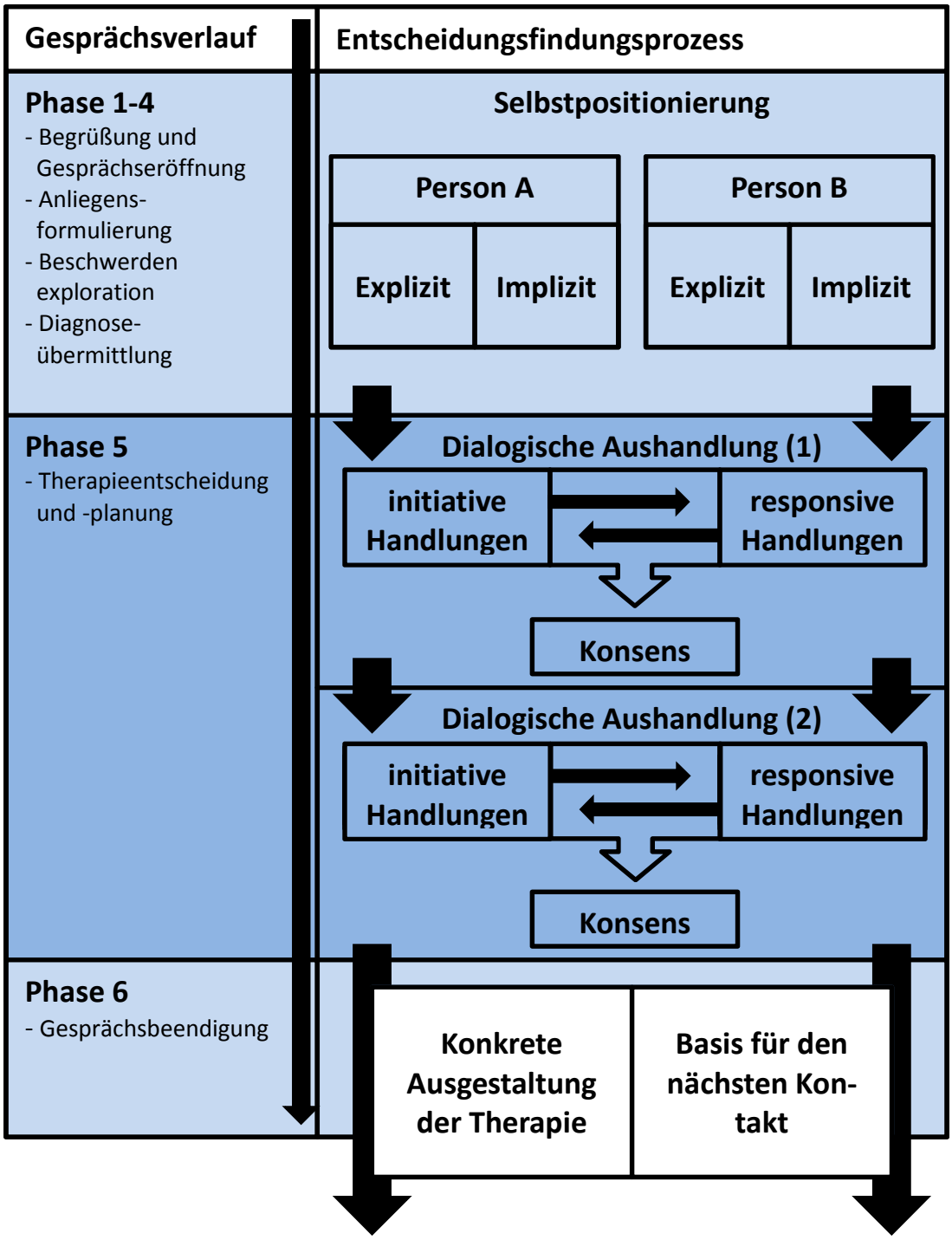

Abbildung 16: Aushandlung der therapeutischen Entscheidungsfindung

Parallel zu den Phasen 1-4 der Arzt-Patienten-Kommunikation (Begrüßung und Gesprächseröffnung, Anliegensformulierung, Beschwerdenexploration, Diagnoseübermittlung; vgl. Kapitel 3.2) findet in Vorbereitung auf den Entscheidungsfindungsprozess bereits eine Form der Selbstpositionierung statt, wie es in Kapitel 10.2.4 beschrieben wurde. Beide Gesprächsteilnehmer verorten sich in der Arzt-Patient-Beziehung bzw.

Studierenden-StP-Beziehung und liefern erste Hinweise, wie stark sie sich in den späteren Prozessen engagieren möchten und wie sie ihre eigene Rolle sowie die des Gegenübers einschätzen.

Dies kann auf explizite Weise erfolgen, indem über eine verbale Äußerung offen die Beziehung thematisiert, die Rolle von Arzt oder Patient charakterisiert oder ein bestimmtes Modell der Entscheidungsfindung eingefordert wird. Formulierungen wie beispielsweise „aber sie werden sicherlich nen guten rat haben sagen wir mal so." (W-W-da-Kon01, Kapitel 13.6: Fläche 38-39) thematisieren sowohl den Entscheidungsfindungsprozess als auch eine Form der Rollenerwartung und lassen bestimmte Lesarten in Bezug auf ein angedachtes bzw. gefordertes Modell bereits im Vorfeld der Phase der Therapieentscheidung und -planung zu. Auch direkte Äußerungen von Unverständnis oder Überforderung sowie das Verbalisieren von starkem Interesse oder die offene Hinterfragung der Kompetenz des Gegenübers lassen Deutungen auf bestimmte Entscheidungsfindungsmodelle zu.

Der expliziten Variante, die ausschließlich in Form verbaler Äußerungen umgesetzt wird, steht die implizite Selbstpositionierung entgegen, bei der sowohl verbale als auch kinesische Aktivitäten von Bedeutung sind und in die sich bestimmte Haltungen und Wertvorstellungen hineindeuten lassen. So kann ein häufiges Schulterzucken Unwissenheit bzw. Gleichgültigkeit thematisieren, eine akzentuierte und betonte Aussprache Durchsetzungsvermögen nahelegen oder häufige Unterbrechungen oder Parallelsequenzen auf Dominanz bzw. eine aktive Beteiligung an der Entscheidung schließen lassen. Diese Variante der Selbstpositionierung kommt zwar viel häufiger vor und kann nahezu alle beobachtbaren Phänomene betreffen, allerdings sind hier Missverständnisse und Fehlinterpretationen im Rahmen der Interaktion leicht möglich. Ob häufige Reparatursequenzen oder ein vermiedener Blickkontakt auf Unsicherheit bzw. Überforderung angesichts der Entscheidungsfindung basiert oder lediglich durch kognitive Aktivitäten begründet ist, kann vom Gesprächspartner häufig nicht erkannt und daher womöglich falsch gedeutet werden. Auch patientenseitige Äußerungen der Höflichkeit oder rituelle Verfahren wie das Nennen des Doktortitels können als Unterordnung und damit als Hinweis in Richtung eines Modells verstanden werden, welches den Patienten nicht in besonderem Maße in die Entscheidungsfindung involviert. Auf Seiten des Arztes kann die Nennung von Fachwörtern unbedarft geschehen oder Teil einer Überzeugungsstrategie im Rahmen eines paternalistischen Ansatzes sein. Hier müssen die beobachteten Aktivitäten im Kontext gedeutet werden, was allerdings im Fluss des Gesprächs nicht immer möglich ist und daher falsche oder mehrfache Auslegungen die Folge sein können. Auch im Rahmen der Analyse dieser Arbeit war dies zu beobachten: Bei impliziten Selbstpositionierungen liegen bestimmte Interpretationen häufig nahe, die auf ein bestimmtes Modell hinweisen, allerdings konnten auch mehrfache Lesarten oder sich widersprechende Deutungen festgestellt werden.

Über diese verschiedenen Selbstpositionierungen vermitteln die Interaktanten ihre Werthaltungen und für sie relevante Normen und bilden darüber das Fundament für den anschließenden Entscheidungsfindungsprozess. In der Phase der Therapieentscheidung und -planung selber folgt der direktere Austausch in Form einer dialogischen Aushandlung. Diese besteht aus zwei Komponenten, bei deren Bezeichnung ich mich an der Sprechakttheorie und an der Terminologie Tanya Stivers (2006: 288) orien-

tiere und von initiativen und responsiven Handlungen spreche. Die Entscheidungsfindung beginnt mit einer initiativen Handlung, die von einem Gesprächspartner eingebracht wird und den Vorschlag eines Entscheidungsfindungsmodus enthält. Im analysierten Material des Korpus kam die Initiative in der Regel von den Studierenden. Dies kann damit zusammenhängen, dass diese in der Regel auch die Phase der Therapieentscheidung und -planung einleiten und dass die institutionelle Rolle (auch in der Simulation) und der Prozess des Wissenstransfers dies an dieser Stelle von ihnen verlangen. Auch dass die generelle Kontrolle des Gesprächs bezüglich Rederecht und Themensteuerung in medizinischer Kommunikation eher bei den Vertretern der Institution liegt und dies in den Simulationen die Studierenden begünstigte, mag zu der beobachteten Häufigkeit ihrer Initiativen beigetragen haben. Auch bei einer Übertragung auf Gespräche zwischen Ärzten und Patienten kann davon ausgegangen werden, dass ein Großteil der initiativen Handlungen von den Ärzten ausgehen wird, obwohl Patienten auch Initiativen in Form von „Und was können Sie mir jetzt empfehlen?“ zur Verfügung haben.

Die initiativen Handlungen selber wurden im analysierten Material in unterschiedlicher Weise realisiert. Sie können in Form eines friedlichen „Versuchsballons“ formuliert werden, der ein Angebot an das Gegenüber darstellt und zur möglichst freien Kommentierung auffordert, oder sie können ein direkter Beeinflussungsversuch sein, der eine Variante durchsetzen soll und häufig durch verschiedene para- und nonverbale Aktivitäten unterstrichen wird. Während beispielsweise der Studierende aus dem Gespräch M-M-df-Kon01 seine Initiative für ein deliberatives Modell vorsichtig und abgeschwächt als Möglichkeit präsentiert (Kapitel 8.1.4), geht die StP im Gespräch W-W-da-Kon01 in Teilen der Entscheidungsfindung deutlich aggressiver und dominanter vor (Kapitel 8.2.3). Es lässt sich hier ein Kontinuum zwischen dominanten und vorsichtig-austestenden Ansätzen vorstellen, welches die potentiellen Möglichkeiten für initiative Handlungen umfasst. Gleichzeitig ist die konkrete Realisierung der Initiative immer ein Hinweis auf das präferierte Entscheidungsfindungsmodell und kann wie in Kapitel 8.1.4 den Unterschied zwischen einem paternalistischen und deliberativen Ansatz ausmachen.

Anschließend erfolgt vom Gesprächspartner eine responsive Handlung, mit der er zur Initiative Stellung nimmt. Mit der responsiven Handlung kommentiert der Angesprochene die Initiative und deutet ebenfalls auf eigene Präferenzen sowie auf Verhandlungsspielräume hin. Neben den Antwortmöglichkeiten Zustimmung oder Ablehnung sind auch Änderungsvorschläge, Konsensangebote oder das Einbringen neuer, bisher ungenannter Ansätze möglich, so dass die Kommentierung wiederum in eine neue Initiative münden kann. Auch hier sind parallel zur Initiative verschiedene Umsetzungen der responsiven Handlung möglich, die ebenfalls in einem Kontinuum zwischen beispielsweise starker Abwehr und geäußertem Unbehagen schwanken können. Neben dem Inhalt der Kommentierung spielt auch die genaue kommunikative Ausgestaltung der Rückmeldung eine große Rolle, da alleine über die Form und die Begleitaktivitäten bereits Verhandlungsmöglichkeiten oder klare Grenzen aufgezeigt werden und das Gegenüber im weiteren Verlauf der Aushandlung beeinflusst werden kann. Daher finden sich auch für die Analyse von Entscheidungsfindungsprozessen in der konkreten Umsetzung der responsiven Handlung wichtige Anhaltspunkte auf die präferierten Modelle der Interaktanten und müssen berücksichtigt werden.

Obwohl es theoretisch denkbar ist, dass sowohl die initativen als auch die responsiven Handlungen schwerpunktmäßig nur über eine Kommunikationsebene (vermutlich über verbale Äußerungen) realisiert werden, konnte dies durch das Datenmaterial nicht bestätigt werden. Vielmehr handelt es sich bei den beiden Bestandteilen der dialogischen Aushandlung um Aktivitätsbündel, die sowohl verbale, paraverbale und verschiedenste kinesische Elemente enthalten, die in vielfältiger Weise zusammenwirken. Diese Elemente können sich gegenseitig stützen oder abschwächen und zudem implizite oder explizite Selbstpositionierungen beinhalten bzw. deren Rolle übernehmen.

Wie oft sich initiative und responsive Handlungen abwechseln, hängt von den unterschiedlichen Vorstellungen ab, die aufeinander treffen. Haben beide ähnliche Präferenzen, kann die Aushandlung des Entscheidungsfindungsmodus mit der Minimalgröße von einer initiativen und einer zustimmenden responsiven Handlung abgeschlossen sein. Wie die Analyse zeigte, ist in vielen anderen Situationen aber von mehreren Schritten auszugehen. Wie bereits unter 10.2.1 erwähnt, müssen diese Aushandlungsprozesse im Konsens enden. Beide Gesprächspartner haben, abgesehen von Sondersituationen wie in der Notfallmedizin oder bei psychiatrischen Erkrankungen, prinzipiell immer die Möglichkeit bei völligem Dissens den Prozess abzubrechen. Gleichzeitig gibt es eine Reihe von Einflüssen, die auf die Konsensherstellung drängen. Auf Patientenseite kann dies beispielsweise der Leidensdruck sowie mögliche Auswirkungen der vorherrschenden Asymmetrie sein, während der Arzt durch institutionelle, ökonomische und berufsethische Aspekte dazu gedrängt wird, einen Patientenkontakt aufgrund von Meinungsverschiedenheiten nicht abbrechen zu lassen. Zudem kann ein mangelhafter, vom Patienten nicht angenommener Entscheidungsfindungsprozess zu fehlender *adherence* bei der Therapieumsetzung führen, was für beide Gesprächsteilnehmer aus verschiedenen Gründen nicht zielführend sein kann.

Wenn der Konsens erzielt wurde, schließt sich daran möglicherweise ein zweiter Entscheidungsfindungsprozess an, wie es im Fall dieser Arbeit im empirischen Material zu beobachten war. Dieser zweite Prozess basiert sowohl auf den Selbstpositionierungen wie auch auf den Ergebnissen der ersten Aushandlung. Das bedeutet nicht, dass der Entscheidungsfindungsmodus damit lediglich wiederholt wird oder determiniert ist, sondern dass lediglich noch eine Reihe weiterer Hinweise dafür vorliegen, welche Präferenzen und Werthaltungen bei den Gesprächspartnern relevant sind. Die Analyse zeigte allerdings auch, dass deutlich unterschiedliche Modi je nach Gegenstand und Begleitumständen möglich sind. Obwohl in der Grafik nur zwei dialogische Aushandlungen angegeben sind, können, wie unter 10.2.2 angedacht, höchstwahrscheinlich noch weitere Prozesse präzisierend darauf aufbauen oder zu anderen Themen durchgeführt werden. Diese würden dann vermutlich entsprechend dem Verhältnis der beiden dargestellten Aushandlungen weiterführend daran anschließen.

Innerhalb dieses Strukturmodells können sowohl für die Selbstpositionierung en als auch für die beiden Elemente der dialogischen Aushandlung die Termini bzw. Konzepte von Emanuel und Emanuel (1992) genutzt werden, um den Prozess der Entscheidungsfindung und die verschiedenen Modi zu kategorisieren.

Nachdem alle notwendigen dialogischen Aushandlungen abgeschlossen sind, wird zur letzten Phase, der Gesprächsbeendigung, übergeleitet und der Kontakt anschließend

beendet. Auch wenn dies nicht im Forschungsfokus der Arbeit lag, ist davon auszugehen, dass sowohl die konkreten Entscheidungen, die letztlich gewählten Modi der Entscheidungsfindungen als auch die Aushandlungen auf dem Wege dahin im Rahmen der *adherence* Auswirkungen auf die Ausgestaltung und Umsetzung der Therapie haben. Darüber hinaus bilden sie die Basis für den nächsten Kontakt zwischen den beiden Gesprächspartnern und alle Entscheidungsfindungsprozesse in Folgekontakten werden ähnlich den dialogischen Aushandlungen aufeinander aufbauen. Dies muss allerdings nicht zur Folge haben, dass die Präferenzen schließlich soweit bekannt sind und die Beziehung so etabliert ist, dass die Entscheidungsfindungsprozesse immer kürzer werden und größtenteils ohne Aushandlungen auskommen, da sie weiterhin vom konkreten Gegenstand und anderen Rahmenbedingungen wie den Lebensumständen der Patientin oder auch dem Zeitkontingent des Arztes abhängig sind.

An dieser Stelle kann der Aussage von Nowak (2010: 327), dass womöglich keine Entscheidungsprozesse in der Arzt-Patienten-Interaktion stattfinden, damit begegnet werden, dass entgegen seiner Vermutung diese Prozesse sehr wohl und zwar in großem Umfang stattfinden, aber erst anwendbare methodische Werkzeuge im Rahmen der Gesprächsanalyse entwickelt und getestet werden müssen. Die hier beschriebene Struktur sowie der Einbezug des vorgestellten Modells von Emanuel und Emanuel (1992) als Analysekategorie haben sich in der Analyse des Datenmaterials bewährt und dienen als Vorschläge, wie sich die Linguistik diesem spannenden und bisher wenig erforschten Bereich in Zukunft nähern kann.

10.3 Medizindidaktische Konsequenzen

Die gesprächsanalytische Auseinandersetzung mit der therapeutischen Entscheidungsfindung hat zunächst gezeigt, dass es eine Verknüpfung medizinethischer Elemente und kommunikativer Aspekte in Form von Selbstpositionierungen und Aushandlungsprozessen gibt. Dieser postulierte Zusammenhang zwischen Ethik und Kommunikation im Rahmen der Entscheidungsfindung kann durch die Ergebnisse dieser Arbeit gestützt werden, weshalb eine entsprechende Thematisierung in der Lehre sinnvoll ist. Somit sind die Ansätze in den Lernzielkatalogen zunächst zu unterstützen, die auf eine stärkere Verbindung beider Aspekte im Rahmen der medizinischen Lehre hinauslaufen. Allerdings zeigt die Analyse auch, dass die gebräuchlichen Termini und Konzepte unscharf sind und lediglich für kleinere kommunikative Einheiten trennscharf verwendet werden können und dass die etablierte globale Nutzung irreführend bzw. unzutreffend ist. Hier müssen neue Konzepte entwickelt werden, um den Studierenden die Spezifika und den Unterschied zwischen einzelnen Aushandlungsprozessen, den vielfältig beobachtbaren Elementen und der Beziehung insgesamt nahebringen zu können. Auch werden die mögliche Vielzahl von Entscheidungsfindungsprozessen, parallel oder ineinander verschachtelt, und die gleichzeitige Umsetzung verschiedener Modi innerhalb eines Gesprächs durch die bisherigen Konzepte höchstens impliziert, aber meist gar nicht abgedeckt.

Außerdem konnte diese Arbeit zeigen, dass eine Vielfalt von Entscheidungsfindungen und damit differierende Modi bereits bei Arzt-Patient-Gesprächen mit sehr alltäglichen

Anlässen möglich sind. Daher möchte ich an dieser Stelle dafür plädieren, in der medizinischen Lehre nicht nur Sonder- oder Extremsituationen wie das Überbringen schlechter Nachrichten oder der *informed consent* im Vorfeld einer Operation zu trainieren, wobei diese Thematiken hier auf keinen Fall abgewertet werden sollen, sondern zusätzlich alltägliche Konsultationen wie die in dieser Arbeit simulierten zu üben, da auch hier die Gesprächsabläufe deutlich komplexer und vielschichtiger sind, als es häufig den Anschein hat, und sich die Entscheidungsfindung hieran vermutlich gut üben ließe. Auch eine Reflexion eigener Werthaltungen und des eigenen Vorgehens innerhalb des Aushandlungsprozesses wird bei einer übersichtlicheren, alltäglichen Ausgangslage sicherlich einfacher sein, als bei den oben thematisierten Gesprächssituationen, wo viele andere Faktoren den Entscheidungsfindungsprozess beeinflussen oder gar überlagern. Schließlich könnten Studierende in den beschriebenen Situationen frühzeitig lernen, wie mit Entscheidungsprozessen umzugehen ist, bei denen keine Option klar präferiert werden kann, sondern mehrere gleichrangige Alternativen zur Auswahl stehen.

11. Fazit und Ausblick

Diese Arbeit hatte sich zum Ziel gesetzt, die kommunikative Umsetzung der therapeutischen Entscheidungsfindung mit Hilfe der Gesprächsanalyse zu untersuchen und Anknüpfungspunkte für die bestehenden medizinethischen Konzepte der Arzt-Patienten-Beziehung zu finden. Gleichzeitig sollte der Fokus auf fortgeschrittenen Medizinstudierenden liegen und ihr Vorgehen in Entscheidungsfindungsprozessen fassbar machen, um darauf basierend mögliche Konsequenzen für die sich in dynamischer Entwicklung befindliche medizinische Ausbildung aufzeigen zu können.

Um dies zu erreichen, wurden zunächst relevante gesellschaftspolitische Rahmenbedingungen für die medizinische Kommunikation beschrieben und die medizinethischen Konzepte und Termini zur Arzt-Patient-Beziehung vorgestellt. Anschließend wurde der linguistische Forschungsstand zur Arzt-Patienten-Kommunikation aufbereitet, bevor sich der Fokus danach auf die Entscheidungsfindung verlagerte. Danach wurden die Geschichte und die aktuellen Entwicklungen der medizinischen Ausbildung in Deutschland in den Blick genommen und nachvollzogen, wie die therapeutische Entscheidungsfindung in die Lehre bzw. die Lernzielkataloge eingebettet ist. Nach der Erläuterung des Studiendesigns, der Datengewinnung und der verwendeten Methode der Gesprächsanalyse wurden die Forschungsfragen pointiert zusammengefasst. In zwei Kapiteln wurden zwei Gespräche ausführlich analysiert, zunächst mit dem Fokus auf die Phase der Therapieentscheidung und -planung, anschließend mit einem erweiterten Fokus über diese Phase hinaus. Schließlich wurden die Beobachtungen und Analyseergebnisse mit den theoretischen Konzepten und den Forschungsfragen zusammengeführt.

Es konnte gezeigt werden, dass der Entscheidungsfindungsmodus zwischen den beiden Gesprächspartnern ausgehandelt wird und einzelne verbale wie kinesische Elemente mit dem medizinethischen Modell von Emanuel und Emanuel (1992) beschrieben werden können. Die Entscheidungsfindungsprozesse finden darüber hinaus nicht isoliert statt, sondern sind in das Gespräch als Ganzes eingebettet. Sie werden durch Selbstpositionierungen der Gesprächsteilnehmer in den vorherigen Gesprächsphasen vorbereitet, die schließlich in dialogische Aushandlungen der Entscheidungsfindungsmodi münden. Darüber hinaus wurde dargelegt, dass in einem Gespräch mehrere Entscheidungsfindungsprozesse möglich sind, die aufeinander aufbauen, aber auch thematisch unabhängig voneinander gelagert sein können. Da jede Entscheidungsfindung neu ausgehandelt wird, sind dadurch verschiedene realisierte Modi innerhalb eines Gesprächs möglich, womit die bisherige globale Nutzung von Arzt-Patient-Beziehungsmodellen klar widerlegt werden konnte. Die gängigen medizinethischen Konzepte und Termini sind zwar für die Kategorisierung und Analyse einzelner kommunikativer Phänomene nutzbar, aber für ein Arzt-Patienten-Gespräch als Ganzes unzureichend, weshalb hierfür künftig neue Ansätze entwickelt werden müssen.

Darüber hinaus wurde dargelegt, dass fortgeschrittene Medizinstudierende im simulierten Entscheidungsfindungsprozess eigenständig und professionell agieren sowie sensibel für die Werthaltungen des Gegenübers und für die generellen Aushandlungsmechanismen der Entscheidungsfindung sind. Gleichzeitig zeigen sie aber auch auf vielfältige Weise Unsicherheit, orientieren sich sehr stark an den gegebenen Vorlagen

und scheinen teilweise die eine richtige Lösung zu suchen, was sich vermutlich auf Erfahrungen in Lehr- oder Prüfungssettings zurückführen lässt. Für die medizinische Lehre kann festgehalten werden, dass die derzeitigen in Lernzielkatalogen auffindbaren Verbindungen von kommunikativen und medizinethischen Aspekten in die richtige Richtung weisen, da diese im konkreten Gespräch auch miteinander verknüpft sind. Dennoch sollten die Konzepte der Entscheidungsfindung, die in der ärztlichen Ausbildung Verwendung finden, in Anlehnung an die dargestellten Ergebnisse und die weiterführenden Überlegungen dieser Arbeit modifiziert werden. Auch ein begrenzter Einbezug der mikroskopischen Perspektive in die medizinische Lehre wäre wünschenswert, da die konkreten Aushandlungen der Entscheidungsfindungsmodi schließlich auf diese Ebene stattfinden. Eine intensivere und kleinschrittigere Form der Auseinandersetzung mit Entscheidungsfindungen in der Lehre würde meiner Einschätzung nach den Studierenden dabei helfen, die Aushandlungsprozesse besser zu verstehen und zu gestalten sowie darüber hinaus auch eine längerfristige Selbstreflexion fördern.

Auch wenn es sich bei dem Datenmaterial um Dialoge zwischen Studierenden und standardisierten Patienten handelt, liegt eine Übertragung der theoretisch-konzeptionellen Ergebnisse dieser Arbeit auf reale Arzt-Patienten-Gespräche nahe. Dass die dortigen Abläufe exakt denen der Studierenden entsprechen, mag zunächst bezweifelt werden. Gleichzeitig kann aber mit hoher Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass wesentliche Elemente in Form von Selbstpositionierungen, initiativen und responsiven Handlungen und damit die Struktur der Aushandlung des Entscheidungsfindungsprozesses durch die Gesprächspartner durchaus denen in dieser Arbeit beobachteten ähneln. Inwieweit das in Kapitel 10 beschriebene Strukturmodell und die daran anschließenden Überlegungen auf reale Arzt-Patienten-Kontakte übertragen werden können und welche Anpassungen dazu nötig sein werden, wird künftig noch zu zeigen sein. Auch die Frage, welche Modelle von Ärzten oder Medizinstudierenden in spezifischen medizinischen Situationen favorisiert werden und welche Unterschiede dabei festzumachen sind, könnte eine spannende Weiterführung dieser Arbeit sein. In Anlehnung daran bliebe in Zukunft zu klären, welche konkreten Auswirkungen die Asymmetrie und die institutionellen Rahmenbedingungen von realen Arzt-Patient-Kontakten auf die Entscheidungsfindungsprozesse haben. Dieses Thema konnte zwar im Rahmen dieser Arbeit angedacht, aber aufgrund des spezifischen Datenmaterials nicht weiter vertieft werden. Ein weiteres Forschungsfeld wäre die Analyse von Entscheidungsfindungsprozessen, an denen mehrere Gesprächsteilnehmer beteiligt sind. Hierzu gehören beispielsweise Konstellationen wie Arzt-Patient-Lebenspartner, Arzt-Patient-Dolmetscher oder in Anlehnung an Stivers (2006) Arzt-Eltern-Kind-Gespräche. Schließlich zeigte die Analyse auch, dass die in der Linguistik gängigen Gesprächsstrukturen den Fokus bisher stark auf Erstkontaktgespräche bzw. Krankheitserstgespräche gelegt haben und diese Modelle auf viele andere Gesprächstypen nur bedingt anzuwenden sind. Hier wäre eine flexiblere bzw. umfassendere Struktur wünschenswert, da mit den bisherigen Modellen zwar ein wichtiger Teil, aber eben nur ein Teil medizinischer Gespräche abgedeckt werden kann.

Abschließend lässt sich sagen, dass die Integration medizinethischer Konzepte in eine gesprächsanalytische Auseinandersetzung von Studierendengesprächen mit dem Ziel, einen Input für die didaktische Weiterentwicklung des Medizinstudiums zu generieren, erfolgreich durchgeführt werden konnte und für alle drei Disziplinen gewinnbringende

Ergebnisse zu Tage gefördert hat. Es wäre wünschenswert, wenn in Zukunft die verschiedenen Disziplinen, die sich jeweils aus ihrer Wissenschaftstradition heraus mit dem spannenden und gesellschaftlich relevanten Feld der Arzt-Patienten-Kommunikation beschäftigen, noch intensiver als bisher im Bereich der medizinischen Ausbildung kooperieren, mit dem Ziel sowohl neue Forschungsperspektiven als auch konkrete Anwendungsmöglichkeiten für die Lehre zu eröffnen.

12. Quellen

12.1 Literaturverzeichnis

Abholz, H. (1993a): Arzt-Konsumenten-Verhältnis. Ein Blick in die Zukunft. In: Abholz, H. (Hrsg.): Arzt-Konsumenten-Verhältnisse. Hamburg: Argument-Verlag, 46–55.

Abholz, H. (Hrsg.) (1993b): Arzt-Konsumenten-Verhältnisse. Hamburg: Argument-Verlag.

Abholz, H. / Spannaus-Sakic, C. / Brockmann, S. / Wilm, S. (2003): Exakte Erfassung der Behandlungsvariabilität durch den Einsatz standardisierter Patienten. Untersuchung in Hausarztpraxen am Beispiel des Kopfschmerzes. Düsseldorf: Druckerei Universitätsklinikum.

Agledahl, K. (2011): Courteous But Not Curious: How Doctor´s Politeness Masks Their Existential Neglect. A Qualitative Study of Video-Recorded Patient Consultations. In: *Journal of Medical Ethics* 37, 650–654.

Althaus, H.P. / Henne, H. / Wiegand, H.E. (Hrsg.) (1980): Lexikon der Germanistischen Linguistik. 2., erweiterte Auflage. Tübingen: Niemeyer Verlag.

Ammon, U. / Dittmar, N. / Mattheier, Klaus / Trudgill, Peter (Hrsg.) (1987): Soziolinguistik. [HSK 3, Band 2]. Berlin: Walter de Gruyter.

Ammon, U. / Dittmar, N. / Mattheier, Klaus / Trudgill, Peter (Hrsg.) (2005): Soziolinguistik. 2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. [HSK 3, Band 2]. Berlin: Walter de Gruyter.

Anderson, J.A. (Hrsg.) (1989): Communication Yearbook 12. Newbury Park, CA: Sage.

Anderson, M.B. / Kasserbaum, D.G. (1993): Proceedings of the AAMC´s Consensus Conference on the Use of Standardized Patients in the Teaching and Evaluation of Clinical Skills. *Academic Medicine* 68, 437-477.

Andres, D. / Pöllabauer, S. (Hrsg.) (2009): "Spürst du, wie der Bauch rauf-runter?" Fachdolmetschen im Gesundheitsbereich. München: Meidenbauer.

Arbeitsgruppe Reformstudiengang Medizin (2004): Reformstudiengang Medizin. Charité - Universitätsmedizin Berlin. Berlin: Eigenverlag.

Atkinson, J.M. / Heritage, J. (1984a): Introduction. In: Atkinson, J.M. / Heritage, J. (Hrsg.): Structures of Social Action. Studies in Conversation Analysis. Cambridge: Cambridge University Press, 1–16.

Atkinson, J.M. / Heritage, J. (Hrsg.) (1984b): Structures of Social Action. Studies in Conversation Analysis. Cambridge: Cambridge University Press.

Austin, J. (2002): Zur Theorie der Sprechakte. Bibliografisch ergänzte 2. Auflage. Stuttgart: Reclam Verlag.

Back, A.L. / Arnold, R. / Baile, W. / Tulsky, J. / Fryer-Edwards, K.A. (2005): Approaching Difficult Communication Tasks in Oncology. In: *A Cancer Journal for Clinicians* 55 (3), 164–177.

Bahrs, O. / Szecsenyi, J. (1993): Patientensignale - Arztreaktionen. Analyse von Beratungsgesprächen in Algemeinarztpraxen. In: Löning, P. / Rehbein, J. (Hrsg.): Arzt-Patienten-Kommunikation. Analysen zu interdisziplinären Problemen des medizinischen Diskurses. Berlin / New York: De Gruyter Verlag, 1–26.

Bahrs, O. (1994): Vom Schwindel zum Schwindeln. Analyse eines Beratungsgesprächs im Hausärztlichen Qualitätszirkel. In: Redder, A. / Wiese, I. (Hrsg.): Medizinische Kommunikation. Diskurspraxis, Diskursethik, Diskursanalyse. Opladen: Westdeutscher Verlag, 241–276.

Baile, W.F. / Buckman, R. / Lenzi, R. / Glober, G. / Beale, E.A. / Kudelka, A.P. (2000): SPIKES - A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer. In: *The Oncologist* 5 (4), 302–311.

Bales, R.F. (1950): Interaction Process Analysis: A Method for the Study of Small Groups. Cambridge / Massachusetts: Addison-Wesley.

Balint, M. (1957): The Doctor, the Patient and His Illness. London: Pitman.

Bär, T. (2009): Die spontane Gesprächszeit von Patienten zu Beginn des Arztgesprächs in der hausärztlichen Praxis. Dissertation. Berlin: Charité - Universitätsmedizin Berlin.

Barrows, H. (1987): Simulated (Standardized) Patients and Other Human Simulations. Chapel Hill (NC): Health Sciences Consortium.

Barrows, H.S. / Abrahamson, S. (1964): The Programmed Patient: A Technique for Appraising Student Performance in Clinical Neurology. *Journal of Medical Education* 39, 802–805.

Barrows, H.S / Tamblyn, R. (1980): Problem-Based Learning - an Approach to Medical Education. New York: Springer Publishing Company.

Barry, C. / Bradley, C. / Britten, N. / Stevenson, F. / Barber, N. (2000): Patient´s Unvoiced Agendas in General Practice Consultations: Qualitative Study. In: *British Medical Journal* 320 (7244), 1246–1250.

Barzansky, B.M. / Gevitz, N. (Hrsg.) (1992): Beyond Flexner. Medical Education in the Twentieth Century. [Contributions in Medical Studies, Band 34]. New York: Greenwood Press.

Beauchamp, T.L. / Childress, J.F. (2009): Principles of Biomedical Ethics. 6., erweiterte und veränderte Auflage. Oxford / New York: Oxford University Press.

Becker-Carus, C. (2014): Übersprung, Übersprungshandlung. In: Wirtz, M. (Hrsg.): Dorsch - Lexikon der Psychologie. Dorsch - 2014/2015. 16., vollständig überarbeitete Auflage. Bern: Verlag Hans Huber, 1592.

Becker-Mrotzek, M. (1999): Diskursforschung und Kommunikation in Institutionen. 2. Heidelberg: Julius Groos Verlag.

Bensing, J.M. / Kerssens, J.J. / van der Pasch, M. (1995): Patient-Directed Gaze as a Tool for Discovering and Handling Psychosocial Problems in General Practice. In: *Journal of Nonverbal Behavior* 19, 223–242.

Berg, J.W. / Appelbaum, P.S. / Parker, L.S. / Lidz, C.W. (2001): Informed Consent: Legal Theory and clinical practice. 2. New York: Oxford University Press.

Bergmann, J. (1981): Ethnomethodologische Konversationsanalyse. In: Schröder, P. / Steger, H. (Hrsg.): Dialogforschung. Jahrbuch 1980 des Instituts für Deutsche Sprache. Düsseldorf: Schwann Verlag, 9–51.

Bergmann, J. (1991): Deskriptive Praktiken als Gegenstand und Methode der Ethnomethodologie. In: Herzog, M. / Graumann, C.F. (Hrsg.): Sinn und Erfahrung. Phänomenologische Methoden in den Humanwissenschaften. Heidelberg: Asanger, 86–102.

Bergmann, J. (2001): Das Konzept der Konversationsanalyse. In: Brinker, K. / Antos, G. / Heinemann, W. / Sager, S. (Hrsg.): Text- und Gesprächslinguistik. Ein internationales Handbuch zeitgenössischer Forschung. 2. Halbband. Berlin / New York: Walter de Gruyter, 919–927.

Bergmann, J. / Luckmann, T. (2013a): Moral und Kommunikation. In: Bergmann, J. / Luckmann, T. (Hrsg.): Struktur und Dynamik der Formen moralischer Kommunikation. [Kommunikative Konstruktion von Moral, Band 1]. Mannheim: Verlag für Gesprächsforschung, 13–36.

Bergmann, J. / Luckmann, T. (Hrsg.) (2013b): Struktur und Dynamik der Formen moralischer Kommunikation. [Kommunikative Konstruktion von Moral, Band 1]. Mannheim: Verlag für Gesprächsforschung.

Bergmann, J. / Luckmann, T. (Hrsg.) (2013c): Von der Moral zu den Moralen. [Kommunikative Konstruktion von Moral, Band 2]. Mannheim: Verlag für Gesprächsforschung.

Berner Bildungszentrum Pflege (2011): Feedback von Simulationspatientinnen und -patienten. [Schriftenreihe Praxiswissen]. Bern: hep-Verlag.

Birkner, K. / Stukenbrock, A. (Hrsg.) (2009): Die Arbeit mit Transkripten in Fortbildung, Lehre und Forschung. Mannheim: Verlag für Gesprächsforschung.

Birkner, K. / Meer, D. (Hrsg.) (2011): Institutionalisierter Alltag: Mündlichkeit und Schriftlichkeit in unterschiedlichen Praxisfeldern. Mannheim: Verlag für Gesprächsforschung.

Birkner, K. / Ehmer, O. (Hrsg.) (2013): Veranschaulichungsverfahren im Gespräch. Mannheim: Verlag für Gesprächsforschung.

Birnbacher, D. (1993): Welche Ethik ist als Bioethik tauglich? In: Ach, J.S. / Gaidt, A. (Hrsg.): Herausforderung der Bioethik. Stuttgart: Fromann-Holzboog, 45–67.

Blanck, P.D. / Buch, R. / Rosenthal, R. (Hrsg.) (1986): Nonverbal Communication in the Clinical Context. University Park: The Pennsylvania University Press.

Bleker, J. / Jachertz, N. (Hrsg.) (1993): Medizin im "Dritten Reich". 2. Auflage. Köln: Deutscher Ärzteverlag.

Bliesener, T. (1982): Die Visite - ein verhinderter Dialog. Tübingen: Narr Verlag.

Bliesener, T. / Köhle, K. (1986): Die ärztliche Visite. Chance zum Gespräch. Opladen: Westdeutscher Verlag.

Bliesener, T. (1993): Beratung als ärztliche Aufgabe. Irrwege und Auswege. Mit einem Beispiel aus der ärztlichen Aidsberatung. In: Löning, P. / Rehbein, J. (Hrsg.): Arzt-Patienten-Kommunikation. Analysen zu interdisziplinären Problemen des medizinischen Diskurses. Berlin / New York: De Gruyter Verlag, 45–65.

Bliesener, T. / Brons-Albert, R. (1994) (Hrsg.): Rollenspiele in Kommunikations- und Verhaltenstrainings. Opladen: Westdeutscher Verlag.

Boden, D. / Zimmermann, D. (Hrsg.) (1991): Talk and Social Structure: Studies in Ethnomethodology and Conversation Analysis. Cambridge: Polity Press.

Boettcher, W. (2009): Grammatik verstehen. [Wort, Band 1]. Tübingen: Niemeyer-Verlag.

Bohrer, T. (2010): Die Schwester der Medizin. Warum wir heute wieder ein Philosophicum brauchen. In: *Deutsches Ärzteblatt* 107, 2591-2592.

Bokken, L. / Rethans, J.-J. (2010): Simulated Patients. In: van Berkel, H, Scherpbier, A. / Hillen, H. / van der Vleuten, C. (Hrsg.): Lessons from Problem-Based Learning. Oxford: Oxford University Press, 75–86.

Bologna Process (2008): Priorities of the European Higher Education Area until 2020. Brüssel: Bologna Secretariat. URL: http://www.ond.vlaanderen.be/hogeronderwijs/bologna [Stand: 15.01.2015].

Bombeke, K. / van Roosbroeck, S. / Winter, B.D. / Debaene, L. / Schol, S. / van Hal, G. / van Royen, P. (2011): Medical Students Trained in Communication Skills Show a Decline in Patient-Centred Attitudes: An observational Study Comparing Two Cohorts during Clinical Clerkships. In: *Patient Education and Counselling* 84 (3), 310–318.

Boud, D. / Feletti, G. (Hrsg.) (1991): The Challenge of Problem-Based Learning. London: Kogan Page.

Boyd, E. / Heritage, J. (2006): Taking the History: Questioning during Comprehensive History-Taking. In: Heritage, J. / Maynard, D. (Hrsg.): Communication in Medical Care: Interaction Between Primary Care Physicians and Patients. Cambridge: University Press, 151–184.

Brinker, K. / Antos, G. / Heinemann, W. / Sager, S. (Hrsg.) (2001): Text- und Gesprächslinguistik. Ein internationales Handbuch zeitgenössischer Forschung. 2. Halbband. Berlin / New York: Walter de Gruyter.

Brinker, K. / Sager, S.F. (2001): Linguistische Gesprächsanalyse. Eine Einführung. 3., durchgesehene und ergänzte Auflage. [Grundlagen der Germanistik, Band 30]. Berlin: Erich Schmidt Verlag.

Brock, A. / Meer, D. (2004): Macht - Hierarchie - Dominanz - A-/ Symmetrie. Begriffliche Überlegungen zur kommunikativen Ungleichheit in institutionellen Gesprächen. In: *Gesprächsforschung - Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion* 5. URL: http://www.gespraechsforschung-ozs.de [Stand: 15.01.2015], 184–209.

Brucks, U. / Salisch, E. / Wahl, W.B. (1984): Kommunikationsprobleme zwischen Art und Patienten – unter besonderer Berücksichtigung ausländischer Patienten. Abschlussbericht. Hamburg: Universität Hamburg, Psychologisches Institut.

Brünner, G. / Gaefen, G. (Hrsg.) (1994): Texte und Diskurse. Opladen: Westdeutscher Verlag.

Brünner, G. / Fiehler, R. / Kindt, W. (Hrsg.) (2002): Grundlagen und Beispielanalysen. [Angewandte Diskursforschung, Band 1]. Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung.

Brünner, G. / Fiehler, R. / Kindt, W. (2002) (Hrsg.): Methoden und Anwendungsbereiche. [Angewandte Diskursforschung, Band 2]. Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung.

Brünner, G. (2005): Artzt-Patienten-Kommunikation als Experten-Laien-Kommunikation. In: Neises, M. / Ditz, S. / Spranz-Fogasy, T. (Hrsg.): Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde. Ein interdisziplinärer Ansatz zur verbalen Intervention. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH, 90–109.

Brüsemeister, T. (2000): Qualitative Sozialforschung. Ein Überblick, [Band Hagener Studientexte zur Soziologie]. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.

Buddeberg, C. (2004): Psychosoziale Medizin. 3. Auflage. Berlin / Heidelberg: Springer Verlag.

Buhr, P. / Klinke, S. (2006): Qualitative Folgen der DRG-Einführung für Arbeitsbedingungen und Versorgung im Krankenhaus unter Bedingungen fortgesetzter Budgetierung. Eine vergleichende Auswertung von vier Fallstudien. [Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Public Health]. Berlin: Wissenschaftszentrum für Sozialforschung. URL: http://bibliothek.wzb.eu/pdf/2006/i06-311.pdf [Stand: 15.01.2015].

Bundesärztekammer (2013): (Muster-)Weiterbildungsordnung 2003 in der Fassung vom 28.06. 2013. URL: http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/20130628-MWBO_V6.pdf [Stand: 15.01.2015].

Burger, A. / Heinsohn / B. / Hötzel, J. / Hoffmann, K. / Huenges, B. / Klimke-Jung, K. / Lieverscheidt, H. / Peters, T. / Rusche, H. / Schildmann, J. / Schiller, U. / Vahldieck, R. / Veit, I. / Vollmann, J. (23.09.2010): Professionelles Verhalten als Student im Praktischen Jahr: Ergebnisse einer OSCE-Prüfung für Medizinstudierende im Modell- und Regelstudiengang an der Ruhruniversität Bochum. Vortrag auf der GMA-Jahrestagung.

Burgoon, J.K. / Buller, D.B. / Woodall, W.G. (1996): Nonverbal Communication. The Unspoken Dialogue. 2. Auflage. New York: McGraw-Hill.

Bussigel, M. / Barzansky, B. / Grenholm, G. (1988): Innovation Process in Medical Education. New York: Praeger.

Byrne, P. / Long, B. (1976): Doctors Talking to Patients: A Study of the Verbal Behaviours of Doctors in the Consultation. London: H.M.S.O.

Cape, J. / McCulloch, Y. (1999): Patients' Reasons for Not Presenting Emotional Problems in General Practice Consultations. In: *British Journal of General Practice* 49 (448), 875–879.

Cape, J. (2002): Consultation Length, Patient-Estimated Consultation Length and Satisfaction with the Consultation. In: *British Journal of General Practice* 52 (485), 1004–1006.

Caspar, W. (2007): Medizinische Terminologie. Stuttgart: Thieme.

Charles, C. / Gafni, A. / Whelan, T.J. (1996): Shared Decision-Making in the Medical Encounter: What Does It Mean? (or It Takes At Least Two to Tango). In: *Social Science & Medicine* 44 (5), 681–692.

Charles, C. / Whelan, T.J. / Gafni, A. (1999): What Do We Mean by Partnership in Making Decisions about Treatment? In: *British Medical Journal* 319 (7212), 780–782.

Charon, R. / Greene, M. / Adelman, R. (1994): Multi-Dimensional Interaction Analysis: A Collaborative Approach to the Study of Medical Dicsourse. In: *Social Science & Medicine* 39 (7), 955–965.

Cicourel, A. (1970): Methode und Messung in der Soziologie. Frankfurt a. Main: Suhrkamp Verlag.

Cicourel, A. (1981): Language and Medicine. In: Ferguson, C. / Heath, S. (Hrsg.): Language in the USA. Cambridge: Cambridge University Press, 407–429.

Cicourel, A. (1985): Doctor-Patient-Discourse. In: van Dijk, T. (Hrsg.): Handbook of Discourse Analysis. 4. London: Academic Press, 193–202.

Clade, H. (1997): Reform des Medizinstudiums - "Fakultätentag blockiert". In: *Deutsches Ärzteblatt* 94 (9), 498–499.

Clark, C.C. (2002): Trust in Medicine. In: *Journal of Medicine and Philosophy* 27 (1), 11–29.

Clark, H.H. (1992): Arenas of Language Use. Chicago: University of Chicago Press.

Clark, H.H. (1996): Using Language. Cambridge: Cambridge University Press.

Cleland, J. / Abe, K. / Rethans, J.-J. (2010): AMEE Guide No. 42, Teaching and Learning. The Use of Simulated Patients in Medical Education. In: *Medical Teacher* 31 (6), 477–486.

Cromarty, I. (1996): What Do Patients Think about during Their Consultations? A Qualitative Study. In: *British Journal of General Practice* 46 (410), 525–528.

Dahms, K. / Sharkova, Y. / Heitland, P. / Pankuweit, S. / Schaefer, J.R. (2014): Cobalt Intoxication Diagnosed with the Help of Dr House. In: *The Lancet* 383 (9916), 574.

Deppermann, A. (2008): Gespräche analysieren. [Qualitative Sozialforschung, Band 3]. Opladen: Leske + Budrich Verlag.

Deppermann, A. / Reitemeier, U. / Schmitt, R. / Spranz-Fogasy, T. (Hrsg.) (2010): Verstehen in professionellen Handlungsfeldern. [Studien zur Deutschen Sprache, Band 52]. Tübingen: Narr Verlag.

Deppermann, A. / Spranz-Fogasy, T. (2011): Doctors´ Questions as Display of Understanding. In: *Communication & Medicine* 8 (2), 111–122.

Deppermann, A. (2013): Introduction. Multimodal Interaction from a Conversation Analytic Perspective. In: *Journal of Pragmatics* 46 (1), 1–7.

Deutsch, E. / Hartl, M. / Carstens, T. (2012): Aufklärung und Einwilligung im Arztrecht (ESA). Entscheidungssammlung – Deutsche Urteile seit 1894. Berlin / Heidelberg: Springer Verlag.

Deutsche Hochdruckliga e.V. Deutsche Hypertonie Gesellschaft (2008): Leitlinien zur Behandlung der arteriellen Hypertonie. URL: http://www.hochdruckliga.de/bluthochdruck-behandlung-leitlinien.html [Stand: 15.01.2015].

Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (2012): Empfehlungen zur Aufklärung der Krankenhauspatienten über vorgesehene ärztliche Maßnahmen. [Arbeitshilfen der DKG]. 6., geänderte Auflage. Düsseldorf: Deutsche Krankenhaus-Verlags-Gesellschaft.

Deutsche Röntgengesellschaft (Pressemitteilung, 19.11.2013): Deutsche Röntgengesellschaft: Lernzielkatalog für Medizinstudium zu oberflächlich. Berlin. URL: http://www.drg.de/de-DE/1284/deutsche-roentgengesellschaft-lernzielkatalog-fuer-medizinstudium-zu-oberflaechlich [Stand: 15.01.2015].

Deutsches Ärzteblatt (2013): Verzögerung beim Nationalen Lernzielkatalog. In: *Deutsches Ärzteblatt* 110, 2399.

Deveugele, M. / Derese, A. / Van den Brink-Muinen, A. / Bensing, J. / Maeseneer J. De (2002): Consultation Length in General Practice: Cross Sectional Study in Six European Countries. In: *British Medical Journal* 325 (7362), 472.

Ditz, S. (2005): Die Mitteilung der Diagnose Brustkrebs. In: Neises, M. / Ditz, S. / Spranz-Fogasy, T. (Hrsg.): Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde. Ein interdisziplinärer Ansatz zur verbalen Intervention. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH, 224–241.

Döll, A. (2012): Shared-Decision-Making in der Allgemeinmedizin. Eine systematische Analyse des aktuellen empirischen Forschungsstands. Dissertation. Freiburg: Albert-Ludwigs-Universität Freiburg.

Domke, C. (2006): Besprechungen als organisationale Entscheidungskommunikation. Berlin / New York: Walter de Gruyter.

Drew, P. / Heritage, J. (Hrsg.) (1992): Talk at Work. Interaction in Institutional Settings. Cambridge: Cambridge University Press.

Druener, S. / Pirkl, A. / Beckers, S. / Sopka, S. (2012): Aachener Modellpatienten im Untersuchungskurs. Poster auf der Jahrestagung der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung, Aachen 2012. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House.

Duggan, A.P. / Parrott, R.L. (2001): Physicians´Nonverbal Rapport Building and Patients´ Talk about the Subjective Component of Illness. In: *Human Communication Research* 27, 299–311.

Düwell, M. (2008): Bioethik. Methoden, Theorien und Bereiche. Stuttgart: J.B. Metzler.
Eberle, T.S. (1997): Ethnomethodologische Konversationsanalyse. In: Hitzler, R. / Honer, A. (Hrsg.): Sozialwissenschaftliche Hermeneutik. Opladen: Westdeutscher Verlag, 245–279.
Eckart, W. (2005): Geschichte der Medizin. 5., korrigierte und aktualisierte Auflage. Heidelberg: Springer.
Edwards, A. / Elwyn, G. (Hrsg.) (2001): Evidence-Based Patient Choice - Inevitable or Impossible? Oxford: Oxford University Press.
Edwards, A. / Elwyn, G. (2009a): Shared Decision-Making in Health Care: Achieving Evidence-Based Patient Choice. In: Edwards, A. / Elwyn, G. (Hrsg.): Shared Decision-Making in Health Care. Achieving Evidence-Based Patient Choice. 2. Auflage. Oxford: Oxford University Press, 3–10.
Edwards, A. / Elwyn, G. (Hrsg.) (2009b): Shared Decision-Making in Health Care. Achieving Evidence-Based Patient Choice. 2. Auflage. Oxford: Oxford University Press.
Ehlich, K. / Rehbein, J. (1980): Sprache in Institutionen. In: Althaus, H.P. / Henne, H. / Wiegand, H.E. (Hrsg.): Lexikon der Germanistischen Linguistik. 2., erweiterte Auflage. Tübingen: Niemeyer Verlag, 338–345.
Ehlich, K. / Rehbein, J. (1986): Muster und Institution. Tübingen: Narr Verlag.
Ehlich, K. / Koerfer, A. / Redder, A. / Weingarten, R. (Hrsg.) (1990): Medizinische und therapeutische Kommunikation. Diskursanalytische Untersuchungen. Opladen: Westdeutscher Verlag.
Ehlich, K. (1991): Funktional-pragmatische Kommunikationsanalyse. Ziele und Verfahren. In: Fladder, D. (Hrsg.): Verbale Interaktion: Studien zur Empirie und Methodologie der Pragmatik. Stuttgart: Metzler Verlag, 127–143.
Ehlich, K. (1993): Sprachliche Prozeduren in der Arzt-Patienten-Kommunikation. In: Löning, P. / Rehbein, J. (Hrsg.): Arzt-Patienten-Kommunikation. Analysen zu interdisziplinären Problemen des medizinischen Diskurses. Berlin / New York: De Gruyter Verlag, 67–90.
Ehlich, K. / Rehbein, J. (1994): Institutionsanalyse. In: Brünner, G. / Gaefen, G. (Hrsg.): Texte und Diskurse. Opladen: Westdeutscher Verlag, 287–327.
Eickelpasch, R. (1982): Das ethnomethodologische Programm einer ‚radikalen' Soziologie. In: *Zeitschrift für Soziologie* 1, 7-27.
Eitel, F. (2002): Die neue Approbationsordnung verlangt tief greifende Änderungen in der Lehrorganisation. Gesundheitswesen. In: *GMS Zeitschrift für medizinische Ausbildung* 19 (1). URL: http://www.academia.edu/2920335/Die_neue_Approbationsordnung_fur_Arzte_Das_Hamburger_Konzept_im_Fach_Dermatologie_und_Venerologie_The_new_German_educational_law_for_medical_schools_the_Hamburg_concept_in_dermatology_and_venerology [Stand: 06.05.2014], 1–2.
Elwyn, G. / Edwards, A. / Kinnersley, P. (1999): Shared Decision-Making in Primary Care: The Neglected Second Half of the Consultation. In: *British Journal of General Practice* 49 (443), 477–482.
Elwyn, G. / Edwards, A. (2001): Evidence-Based Patient Choice? In: Edwards, A. / Elwyn, G. (Hrsg.): Evidence-Based Patient Choice - Inevitable or Impossible? Oxford: Oxford University Press, 3–18.

Emanuel, E. / Emanuel, L. (1992): Four Models of the Physician-Patient Relationship. In: *Journal of the American Medical Association (*16), 2221–2226.

Engel, C. (1991): Not Just a Method, but a Way of Learning. In: Boud, D. / Feletti, G. (Hrsg.): The Challenge of Problem-Based Learning. London: Kogan Page, 23–33.

Engel, G. (1997): From Biomedical to Biopsychosocial. In: *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 66, 7–62.

Epstein, R. / Hundert, E. (2002): Defining and Assessing Professional Competence. In: *Journal of the American Medical Association* 287 (2), 226–235.

Fabry, G. (2008): Medizindidaktik – ein Handbuch für die Praxis. Bern: Huber.

Fangerau, H. / Schulz, S. / Noack, T. / Müller, I. (2008): Medizinische Terminologie. Ein Kompaktkurs. 4., korrigierte Ausgabe. Berlin: Lehmanns Media.

Federkeil, G. (2004): CHE Alumni-Ranking Medizin. Ergebnisse einer vergleichenden Absolventenbefragung Humanmedizin des Centrums für Hochschulentwicklung (Arbeitspapier Nr. 57). Gütersloh: Centrum für Hochschulentwicklung.

Fehlenberg, D. (1987): Kommunikation zwischen Arzt und Patient. Gesprächsstrukturen der psychosomatischen Krankenvisite. [Bochumer Studien zur Publizistik- und Kommunikationswissenschaft, Band 47]. Bochum: Studienverlag Brockmeyer.

Felder, E. / Müller, M. (Hrsg.) (2009): Wissen durch Sprache. Theorie, Praxis und Erkenntnisinteresse des Forschungsnetzwerkes "Sprache und Wissen". [Sprache und Wissen, Band 3]. Berlin / New York: Walter de Gruyter.

Ferguson, C. / Heath, S. (Hrsg.) (1981): Language in the USA. Cambridge: Cambridge University Press.

Feuerstein, G. / Kuhlmann, E. (Hrsg.) (1999): Neoparternalistische Medizin. Der Mythos der Selbstbestimmung im Arzt-Patienten-Verhältnis. Bern: Hans Huber.

Fichtner, A. (2012): Lernen für die Praxis: Das Skills-Lab. In: St.Pierre, M. / Breuer, G. (Hrsg.): Simulation in der Medizin. Grundlegende Konzepte - Klinische Anwendung. Berlin, Heidelberg: Springer, 105–114.

Fiehler, R. (1990): Erleben und Emotionalität als Problem der Arzt-Patienten-Kommunikation. In: Ehlich, K. / Koerfer, A. / Redder, A. / Weingarten, R. (Hrsg.): Medizinische und therapeutische Kommunikation. Diskursanalytische Untersuchungen. Opladen: Westdeutscher Verlag, 41–65.

Fiehler, R. (2005): Erleben und Emotionalität im Arzt-Patienten-Gespräch. In: Neises, M. / Ditz, S. / Spranz-Fogasy, T. (Hrsg.): Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde. Ein interdisziplinärer Ansatz zur verbalen Intervention. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH, 120–136.

Finch, J. (2000): Interprofessional Education and Teamworking: A View from the Education Providers. In: *British Medical Journal* 321 (7269), 1138–1140.

Fischer, M. (2013): Nationale Kompetenzbasierte Lernzielkataloge Medizin und Zahnmedizin. NKLM & NKLZ, Sachstand Stand 30.10.2013. Vortrag vom 09.11.2013 auf der 2. Delegiertenkonferenz der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaft (AWMF). URL: http://www.awmf.org/fileadmin/user_upload/Die_AWMF/Delegiertenkonferenz/DK-2013-11/DK-2013-11-TOP16_Fischer.pdf [Stand: 15.01.2015].

Fisher, S. / Todd, A.D. (Hrsg.) (1983): The Social Organization of Doctor-Patient-Communication. Washington D.C.: Center for Applied Linguistics.

Fladder, D. (Hrsg.) (1991): Verbale Interaktion: Studien zur Empirie und Methodologie der Pragmatik. Stuttgart: Metzler Verlag.

Flexner, A. (1910): Medical Education in the United States and Canada: A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. [Bulletin (Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching), Band 4]. New York: Merrymount Press.

Flick, U. (1991a): Stationen des qualitativen Forschungsprozesses. In: Flick, U. / von Kardorff, E. / Keupp, H. / von Rosenstiel, L. / Wolff, S. (Hrsg.): Handbuch Qualitative Sozialforschung. München: Beltz, 148–175.

Flick, U. / von Kardorff, E. / Keupp, H. / von Rosenstiel, L. / Wolff, S. (Hrsg.) (1991b): Handbuch Qualitative Sozialforschung. München: Beltz.

Flick, U. / von Kardorff, E. / Steinke, I. (Hrsg.) (2005): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Reinbek / Berlin: Rowohlt.

Flick, U. (2007): Qualitative Sozialforschung – Eine Einführung. 5., erweiterte und aktualisierte Auflage. Reinbek: Rowohlt.

Fluck, H.-R. (1996): Fachsprachen. 5. überarbeitete und erweiterte Auflage. Tübingen: Francke Verlag.

Ford, S. / Schofield, T. / Hope, T. (2003): What Are the Ingredients for a Successful Evidence-Based Patient Choice Consultation? A Qualitative Study. In: *Social Science & Medicine* 56 (3), 589–602.

Forsbach, R. (2006): Die Medizinische Fakultät der Universität Bonn im "Dritten Reich". München: Oldenbourg.

Frank, J. (Hrsg.) (2005): The CanMEDS 2005 Physician Competency Framework. Better Standards. Better Physicians. Better Care. Ottawa: *The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada*

Frankel, R. (1984): Physicians and Patients in Social Interaction: Medical Encounters as a Discourse Process. In: *Discourse Processes* 7 (2), 103–105.

Freeman, S.H. (1987): Verbal Communication in Medical Encounters: An Overview of Recent Work. In: *Text – Interdisciplinary Journal for the Study of Discourse* 7 (1), 3–18.

Frevert, U. (1984): Krankheit als politisches Problem 1770-1880. [Kritische Studien zur Geschichtswissenschaft, Band 62]. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.

Froelich, R. / Bishop, F. (1973): Die Gesprächsführung des Arztes. Ein programmierter Leitfaden. Berlin / Heidelberg / New York: Springer.

Füeßl, H. / Middeke, M. (2005): Anamnese und klinische Untersuchung. 3., aktualisierte Auflage. Stuttgart: Thieme.

Garfinkel, H. (1967): Studies in Ethnomethodology. Englewood Cliffs NJ: Prentice Hall.

Gebert, G. (2002): Naturwissenschaftliche Grundkenntnisse nach der Vorklinik. In: *Deutsches Ärzte Blatt* 99 (5), 252–254.

Geisler, L.S. (2002): Der gute Arzt. In: *Geo Wissen: Die neuen Wege der Medizin,* Ausgabe September 2002 (30), 76–81.

General Medical Council (1993): Tomorrow´s Doctors. Outcomes and Standards for Undergraduate Medical Education. London: General Medical Council.

General Medical Council (2003): Tomorrow´s Doctors. Outcomes and Standards for Undergraduate Medical Education. London / Manchester / Edinburgh / Cardiff Bay / Belfast: General Medical Council.

General Medical Council (2009): Tomorrow´s Doctors. Outcomes and Standards for Undergraduate Medical Education. London / Manchester / Edinburgh / Cardiff Bay / Belfast: General Medical Council.

Georg, W. / Schubert, S. / Scheffner, D. / Burger, W. (2006): Fünf Jahre Prüfungen im Reformstudiengang Medizin an der Charité - Universitätsmedizin Berlin. In: *GMS Zeitschrift für medizinische Ausbildung* 23 (3). URL: http://www.egms.de/de/journals/zma/2006-23/zma000267.shtml [Stand: 15.01.2015].

Gerabek, W. / Haage, B. / Keil, G. / Wegner, W. (Hrsg.) (2005): Enzyklopädie Medizingeschichte. Berlin: Walter de Gruyter.

Gerlinger, T. / Lenhardt, U. / Simon, M. (Hrsg.) (2002): Jahrbuch für kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften. Qualifizierung und Professionalisierung, Band 37]. Hamburg: Argument-Verlag.

Geschäftsführung des Bewertungsausschusses (2013): Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 309. Sitzung am 27. Juni 2013 zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) mit Wirkung zum 1. Oktober 2013. URL: https://www.kbv.de/43707.html#1 [Stand: 01.03.2014].

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2014): Beschäftigte im Gesundheitswesen in 1.000. Gliederungsmerkmale: Jahre, Deutschland, Alter, Geschlecht, Art der Beschäftigung, Berufe. URL: http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=i&p_aid=21057189&nummer=85&p_sprache=D&p_indsp=6089&p_aid=47601282#SOURCES [Stand: 01.03.2014].

Gethmann, C.F. (1996): Heilen: Können und Wissen. Zu den philosophischen Grundlagen der wissenschaftlichen Medizin. Berlin: Walter de Gruyter.

Giersdorf, N. / Loh, A. / Bieber, C. / Caspari, C. / Deinzer, A. / Doering, T. / Eich, W. / Hamann, J. / Heesen, C. / Kasper, J. / Leppert, K. / Müller, K. / Neumann, T. / Neuner, B. / Rohlfing, H. / Scheibler, F. / van Oorschot, B. / Spies, C. / Vodermaier, A. / Weiss-Gerlach, E. / Zysno, P. / Härter, M. (2004): Entwicklung eines Fragebogens zur Partizipativen Entscheidungsfindung. In: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 47 (10), 969–976.

Gigerenzer, G. / Muir Gray, J.A. (2013): Bessere Ärzte, bessere Patienten, bessere Medizin: Aufbruch in ein transparentes Gesundheitswesen. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Giles, H. / Le Poire, Beth A. (2006): Introduction. The Ubiquity and Social Meaningfulness of Nonverbal Communication. In: Manusov, V. / Patterson, M.L. (Hrsg.): The Sage Handbook of Nonverbal Communication. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 437–459.

Gill, V. (1998): Doing Attributions in Medical Interaction: Patients´ Explanations for Illness and Doctors´ Responses. In: *Social Psychology Quarterly* 61, 342–360.

Glaser, B. / Strauss, A. (1965): Awareness of Dying. Chicago: Aldine.

Gleeson, F. (1992): Defects in Postgraduate Clinical Skills as Revealed by the Objective Structured Long Examination Record (OSLER). In: *Irish Medical Journal* 85 (1), 4–11.

Gleeson, F. (1997): AMEE Medical Education Guide No. 9: Assessment of Clinical Competence Using the Objective Structured Long Examination (OSLER). In: *Medical Teacher* 19 (1), 7–14.

Göbel, E. / Schnabel, K. (Hrsg.) (1999): Medizinische Reformstudiengänge: Beispiele aus Deutschland, Kanada, den Niederlanden, Norwegen, Schottland, der Schweiz, Schweden und den USA. Frankfurt a. Main: Mabuse-Verlag.

Graf, E.-M. / Sator, M. / Spranz-Fogasy, T. (Hrsg.) (2014): Interaction Types across Helping Professions – Differences, Similarities and Interferences of Communicative Tasks. Amsterdam: John Benjamins Publishing Company.

Greenhalgh, T. / Hurwitz, B. (2005a): Was geht uns Narration an? In: Greenhalgh, T. / Hurwitz, B. (Hrsg.): Narrative-based Medicine - Sprechende Medizin. Bern: Verlag Hans Huber, 19–35.

Greenhalgh, T. / Hurwitz, B. (Hrsg.) (2005b): Narrative-based Medicine - Sprechende Medizin. Bern: Verlag Hans Huber.

Greenhalgh, T. / Glenn, R. / Macfarlane, F. / Bate, P. / Kyriakidou, O. / Peacock, R. (2005c): Storylines of research in diffusion of innovation: a meta-narrative approach to systematic review. In: *Social Science & Medicine* 61, 417-430.

Groß, A. / Vlassenko, I. (2013): Bericht über die 16. Arbeitstagung zur Gesprächsforschung vom 21. bis 23. März 2012 in Mannheim. Medizinische Interaktion. In: *Zeitschrift für Germanistische Linguistik* 41 (3), 478–483.

Grützmann, T. / Rose, C. / Peters, T. (2012): Interkulturelle Kompetenz in der medizinischen Praxis. In: *Ethik in der Medizin* 24 (4), 323–334.

Gülich, E. / Kotschi, T. (Hrsg.) (1985): Grammatik, Konversation, Interaktion. Tübingen: Niemeyer Verlag.

Gülich, E. (1999): "Experten" und "Laien": Der Umgang mit Kompetenzunterschieden am Beispiel medizinischer Kommunikation. In: Union der deutschen Akademien der Wissenschaften zu Leipzig (Hrsg.): Werkzeug Sprache. Sprachpolitik, Sprachfähigkeit, Sprache und Macht. 3. Symposium der deutschen Akademien der Wissenschaften. Hildesheim / Zürich / New York: Georg Uhus Verlag, 165–196.

Gülich, E. / Brünner, G. (2002a): Verfahren der Veranschaulichung in der Experten-Laien-Kommunikation. In: Gülich, E. / Brünner, G. (Hrsg.): Krankheit verstehen (Interdisziplinäre Beiträge zur Sprache in Krankheitsdarstellungen). Bielefeld: Aisthesis, 17–94.

Gülich, E. / Brünner, G. (Hrsg.) (2002b): Krankheit verstehen (Interdisziplinäre Beiträge zur Sprache in Krankheitsdarstellungen). Bielefeld: Aisthesis.

Gülich, E. / Schöndienst, M. / Surmann, V. (Hrsg.) (2003): Schmerzen erzählen. [Psychotherapie und Sozialwissenschaft, Band Themenheft 4]. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Gülich, E. (2005): Krankheitserzählungen. In: Neises, M. / Ditz, S. / Spranz-Fogasy, T. (Hrsg.): Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde. Ein interdisziplinärer Ansatz zur verbalen Intervention. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH, 73–89.

Gülich, E. / Couper-Kuhlen, E. (2007): Zur Entwicklung einer Differenzierung von Angstformen im Interaktionsverlauf: Verfahren der szenischen Darstellung. In: Schmitt, R. (Hrsg.): Koordination. Analysen zur multimodalen Interaktion. Tübingen: Narr Verlag, 293–338.

Gülich, E. / Mondada, L. (2008): Konversationsanalyse. Eine Einführung am Beispiel des Französischen. [Romanistische Arbeitshefte, Band 52]. Tübingen: Niemeyer Verlag.

Günthner, S. (2013): Thematisierung moralischer Normen in der interkulturellen Kommunikation. In: Bergmann, J. / Luckmann, T. (Hrsg.): Struktur und Dynamik der Formen moralischer Kommunikation. [Kommunikative Konstruktion von Moral, Band 1]. Mannheim: Verlag für Gesprächsforschung, 325–351.

Gwede, C. / Pow-Sang, J. / Seigne, J. / Heysek, R. / Helal, M. / Shade, K. / Cantor, A. / Jacobsen, P. (2005): Treatment Decision-Making Strategies and Influences in Patients with Localized Prostate Carcinoma. In: *A Cancer Journal for Clinicians* 104 (7), 1381–1390.

Gwyn, R. / Elwyn, G. (1999): When is a Shared Decision Not (Quite) a Shared Decision? Negotiating preferences in a General Practice Encounter. In: *Social Science & Medicine* 49 (4), 437–447.

Haage, H. (1998): Reform des Medizinstudiums. In: *Medizinrecht* 16 (5), 209–214.

Haage, H. (2003): Das neue Medizinstudium. Medizinisches Ausbildungsrecht mit Bundesärzteordnung und Approbationsordnung. Aachen: Shaker Verlag.

Haage, H. (2004): Der AiP entfällt zum 1. Oktober 2004. In: *Medizinrecht* 22 (10), 533–540.

Hagemann, J. / Rolf, E. (2001): Die Bedeutung der Sprechakttheorie für die Gesprächsforschung. In: Brinker, K. / Antos, G. / Heinemann, W. / Sager, S. (Hrsg.): Text- und Gesprächslinguistik. Ein internationales Handbuch zeitgenössischer Forschung. 2. Halbband. Berlin / New York: Walter de Gruyter, 885–896.

Hahn, G. / Fischer, M. (2009): Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin (NKLM) für Deutschland: Zusammenarbeit der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA) und des medizinischen Fakultätentages (MFT). In: *GMS Zeitschrift für medizinische Ausbildung* 26 (3).

Hampton, J.R. / Harrison, M.J. / Mitchell, J.R. / Prichard, J.S. / Seymor, C. (1975): Relative Contributions of History-taking: Physical Examination and Laboratory Investigation to Diagnosis and Management of Medical Outpatients. In: *British Medical Journal* 2 (5969), 486–489.

Harden, R. / Stevenson, M. / Downie, W. / Wilson, G. (1975): Assessment of Clinical Competence Using Objective Structured Examination. URL: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1672423/ [Stand: 15.01.2015].

Harden, R. / Gleeson, F. (1979): Assessment of Clinical Competence using an Objective Structured Clinical Examination (OSCE). In: *Medical Education* 13 (1), 41–54.

Harden, R. / Snowden, S. / Dunn, W. (1984): Educational Strategies in Curriculum Development: The SPICES model. In: *Medical Education* 13 (1), 41–54.

Harrigan, J.A. / Rosenthal, R. (1986): Nonverbal Aspects of Empathy and Rapport in Physician-patient Interaction. In: Blanck, P.D. / Buch, R. / Rosenthal, R. (Hrsg.): Nonverbal Communication in the Clinical Context. University Park: The Pennsylvania University Press, 36–73.

Hart, J. (1998): Expectations of Health Care: Promoted, Managed or Shared? In: *Health Expectations* 1 (1), 3–13.

Hartog, J. (1993): Laienvorstellungen im genetischen Beratungsgespräch. In: Löning, P. / Rehbein, J. (Hrsg.): Arzt-Patienten-Kommunikation. Analysen zu interdisziplinären Problemen des medizinischen Diskurses. Berlin / New York: De Gruyter Verlag, 115–133.

Hartog, J. (1996): Das genetische Beratungsgespräch. Institutionalisierte Kommunikation zwischen Experten und Nicht-Experten. [Kommunikation und Institution, Band 24]. Tübingen: Narr Verlag.

Hausendorf, H. (2001): Gesprächsanalyse im deutschsprachigen Raum. In: Brinker, K. / Antos, G. / Heinemann, W. / Sager, S. (Hrsg.): Text- und Gesprächslinguistik. Ein internationales Handbuch zeitgenössischer Forschung. 2. Halbband. Berlin / New York: Walter de Gruyter, 971–979.

Heath, C. (1986): Body Movement and Speech in Medical Interaction. Cambridge: Cambridge University Press.

Heath, C. (1992): The Delivery and Reception of Diagnosis in the General-Practice Consultation. In: Drew, P. / Heritage, J. (Hrsg.): Talk at Work. Interaction in Institutional Settings. Cambridge: Cambridge University Press, 235–267.

Heath, C. (2006): Body Work: The Collaborative Production of the Clinical Object. In: Heritage, J. / Maynard, D. (Hrsg.): Communication in Medical Care: Interaction between Primary Care Physicians and Patients. Cambridge: University Press, 185–213.

Heath, I. (2005): Auf der Spur von Krankengeschichten: Versorgungskontinuität in der Hausarztpraxis. In: Greenhalgh, T. / Hurwitz, B. (Hrsg.): Narrative-based Medicine - Sprechende Medizin. Bern: Verlag Hans Huber, 115–125.

Heimpel, H. (1993): Gestaltungsrecht und Gestaltungspflicht der Universitäten als Voraussetzung zur Reform der Medizinischen Ausbildung. In: *Mitteilungen des Hochschulverbandes (*4), 244–247.

Hellín, T. (2002): The Physician-Patient Relationship: Recent Developments and Changes. In: *Haemophilia* 8 (3), 450–454.

Henne, H. / Mentrup, W. (Hrsg.) (1983): Wortschatz und Verständigungsprobleme. Was sind „schwere Wörter“ im Deutschen? Düsseldorf: Walter de Gruyter.

Heritage, J. (1984): Garfinkel and Ethnomethodology. Oxford: Polity Press.

Heritage, J. / Stivers, T. (1999): Online Commentary in Acute Medical Visits: A Method of Shaping Patient Expectations. In: *Social Science & Medicine* 49 (11), 1501–1517.

Heritage, J. / Maynard, D. (2006a): Introduction. Analysing Interaction between Doctors and Patients in Primary Care Encounters. In: Maynard, D. / Heritage, J. (Hrsg.): Communication in Medical Care: Interaction between Primary Care Physicians and Patients. Cambridge: Cambridge University Press, 1–21.

Heritage, J. / Maynard, D. (Hrsg.) (2006b): Communication in Medical Care: Interaction between Primary Care Physicians and Patients. Cambridge: University Press.

Heritage, J. / Elliot, M. / Stivers, T. / Richardson, A. / Mangione-Smith, R. (2010): Reducing Inappropriate Antibiotics Prescribing. The Role of Online Commentary on Physical Examination Findings. In: *Patient Education and Counselling (*81), 119–125.

Herzog, M. / Graumann, C.F. (Hrsg.) (1991): Sinn und Erfahrung. Phänomenologische Methoden in den Humanwissenschaften. Heidelberg: Asanger.

Hielscher-Fastabend, M. (2004): Klinische Linguistik – zur Behandlung neurogener Sprachstörungen. In: Knapp, K. / Antos, G. / Becker-Mrotzek, M. (Hrsg.): Angewandte Linguistik. Ein Lehrbuch. Tübingen / Basel: Francke, 526–543.

Hildebrandt, H. / Dornblüth, O. / Pschyrembel, W. (2002): Pschyrembel. Klinisches Wörterbuch. 258. Berlin: De Gruyter Verlag.

Hilgers, R.-D. / Feldmann, U. / Jöckel, K.-H. / Klar, R. / Rienhoff, O. / Schäfer, H. / Selbmann, H.-K. / Wichmann, H.-E. (2005): Empfehlung zur Umsetzung der Approbationsordnung für Ärzte vom 27.06.2002 in den Fächern Epidemiologie, Medizinische Biometrie und Medizinische Informatik. In: *GMS Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie* 1 (1). URL: http://www.egms.de/en/journals/mibe/2005-1/mibe000005.shtml [Stand: 15.01.2015].

Hitzler, R. / Honer, A. (Hrsg.) (1997): Sozialwissenschaftliche Hermeneutik. Opladen: Westdeutscher Verlag.

Holly, W. (1992): Holistische Dialoganalyse. Anmerkungen zur "Methode" pragmatischer Textanalyse. In: Stati, S. / Weigand, E. (Hrsg.): Methodologie der Dialoganalyse. Tübingen: Niemeyer Verlag, 15–40.

Holmann, H. (2004): Chronic Disease - The Need for a New Clinical Education. In: *Journal of the American Medical Association* 292 (9), 1057–1059.

Horwitz, A. / Wakefield, J. (Hrsg.) (2007): The Loss of Sadness: How Psychiatry Transformed Normal Sorrows Into Depressive Disorder. Oxford: Oxford University Press.

Hu, X. / Bell, R.A. / Kravitz, R.L. / Orrange, S. (2012): The Prepared Patient: Information Seeking of Online Support Group Members before their Medical Appointments. In: *Journal of Health Communication* 17, 960-978.

Huber, J. / Ihrig, A. / Peters, T. / Huber, C. / Kessler, A. / Hadaschik, B. / Pahernik, S. / Hohenfellner, M. (2011): Decision-Making in Localized Prostate Cancer: Lessons Learned from an Online Support Group. In: *British Journal of Urology International* 107 (10), 1570–1575.

Hudson, R.P. (1992): Abraham Flexner in Historical Perspective. In: Barzansky, B.M. / Gevitz, N. (Hrsg.): Beyond Flexner. Medical Education in the Twentieth Century. [Contributions in Medical Studies, Band 34]. New York: Greenwood Press, 1–18.

Huerkamp, C. (1985): Der Aufstieg der Ärzte im 19. Jahrhundert: Vom gelehrten Stand zum professionellen Experten - Das Beispiel Preussens. [Kritische Studien zur Geschichtswissenschaft, Band 68]. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.

Hundsnurscher, F. (1995a): Some Remarks on the Development of Dialogue Analysis. In: Hundsnurscher, F. / Weigand, E. (Hrsg.): Future Perspectives of Dialogue Analysis. Tübingen: Niemeyer Verlag, 79–93.

Hundsnurscher, F. / Weigand, E. (Hrsg.) (1995b): Future Perspectives of Dialogue Analysis. Tübingen: Niemeyer Verlag.

INTEGRAL Markt- und Meinungsforschung (2012): Digitaler Patient. Wien: INTEGRAL Markt- und Meinungsforschung.

Jackson, J. (2001): Truth, Trust and Medicine. New York: Routledge Chapman & Hall.

Jörissen, S. (2013): Mathematik multimodal. Eine sprachwissenschaftliche Untersuchung kommunikativer Verfahren im Hochschulunterricht. [Internationale Hochschulschriften, Band 588]. Münster: Waxmann Verlag.

Jung, S. (2005): Das präoperative Gespräch. Patientenorientierung und gemeinsame Entscheidungsfindung. In: Neises, M. / Ditz, S. / Spranz-Fogasy, T. (Hrsg.): Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde. Ein interdisziplinärer Ansatz zur verbalen Intervention. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH, 242–255.

Jütte, R. (1997a): Die Entwicklung des ärztlichen Vereinswesens und des organisierten Ärztestandes bis 1871. In: Jütte, R. (Hrsg.): Geschichte der deutschen Ärzteschaft. Organisierte Berufs- und Gesundheitspolitik im 19. und 20. Jahrhundert. Köln: Deutscher Ärzteverlag, 15–42.

Jütte, R. (Hrsg.) (1997b): Geschichte der deutschen Ärzteschaft. Organisierte Berufs- und Gesundheitspolitik im 19. und 20. Jahrhundert. Köln: Deutscher Ärzteverlag.

Kaba-Schönstein, L. / Kälble, K. (2004): Interdisziplinäre Kooperation im Gesundheitswesen. Eine Herausforderung für die Ausbildung in der Medizin, der Sozialen Arbeit und der Pflege. Frankfurt a. Main: Mabuse-Verlag.

Kallmeyer, W. / Schütze, F. (1976): Konversationsanalyse. In: *Studium Linguistik* 1, 1–28.
Kallmeyer, W. (1977): Verständigungsprobleme in Alltagsgesprächen. Zur Identifizierung von Sachverhalten in Handlungszusammenhängen. In: *Der Deutschunterricht* 29 (6), 52–69.
Kallmeyer, W. (1985): Handlungskonstitution im Gespräch. In: Gülich, E. / Kotschi, T. (Hrsg.): Grammatik, Konversation, Interaktion. Tübingen: Niemeyer Verlag, 81–123.
Kallmeyer, W. (2005): Konversationsanalytische Beschreibung / Conversational Analysis. In: Ammon, U. / Dittmar, N. / Mattheier, Klaus / Trudgill, Peter (Hrsg.): Soziolinguistik. [HSK 3, Band 2]. Berlin: Walter de Gruyter, 1212–1225.
Kandulla, M. (2011): Evaluationsforschung am Beispiel des problemorientierten Lernens. Eine Wirkungsanalyse des Modellstudiengangs Medizin am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Saarbrücken: Südwestdeutscher Verlag für Hochschulschriften.
Karenberg, A. (1997): Lernen am Bett der Kranken. Die frühen Universitätskliniken in Deutschland (1760-1840). [Schriften zur Wissenschaftsgeschichte, Band 15]. Hürtgenwald: Guido Pressler Verlag.
Kassenärztliche Bundesvereinigung (2011): Grunddaten zur vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland. Zahlen – Fakten – Informationen. URL: http://www.kbv.de/media/sp/Grunddaten_2011.pdf [Stand: 15.01.2015].
Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe (2014): Euro-Gebührenordnung für die Regelversorgung Kurzfassung ohne KV-spezifische Symbolnummern (SNR). URL: http://www.kvwl.de/arzt/abrechnung/euro/euro_geb_2014_01.pdf [Stand: 15.01.2015].
Kaupen-Haas, H. / Mischo-Kelling, M. / Reiter, G. (1993): Arzt-Patienten-Kommunikation "Revisited". Am Beispiel internistischer Stationsvisiten. In: Löning, P. / Rehbein, J. (Hrsg.): Arzt-Patienten-Kommunikation. Analysen zu interdisziplinären Problemen des medizinischen Diskurses. Berlin / New York: De Gruyter Verlag, 149–176.
Kennedy, J. / Hill, T. / Gephardt, G. / Cantrell, M. / Thompson, T. (2012): Hybrid Simulations Using Standardized Patients and High Fidelity Mannequins for Anaphylaxis and Asthma Treatments in an Office Setting. URL: https://www.mededportal.org/publication/9239 [Stand: 15.01.2015].
Kettner, M. (1998a): Beratung als Zwang. Die Beiträge im Kontext. In: Kettner, M. (Hrsg.): Beratung als Zwang. Frankfurt a. Main: Campus Verlag, 9–47.
Kettner, M. (Hrsg.) (1998b): Beratung als Zwang. Frankfurt a. Main: Campus Verlag.
Kettner, M. (Hrsg.) (2000): Angewandte Ethik als Politikum. Frankfurt a. Main: Suhrkamp Verlag.
Kettner, M. / Kraska, M. (2009): Kompensation von Arzt-Patient-Asymmetrien im Rahmen einer Theorie kommunikativen Handelns. In: Vollmann, J. / Schildmann, J. / Simon, A. (Hrsg.): Klinische Ethik. Aktuelle Entwicklungen in Theorie und Praxis. Frankfurt a. Main / New York: Campus Verlag, 243–259.
Kettner, M. / Koslowski, P. (2011): Wirtschaftsethik in der Medizin. Wie viel Ökonomie ist gut für die Gesundheit? Paderborn: Wilhelm Fink Verlag.
Kiessling, C. / Dieterisch, A. / Fabry, G. / Hölzer, H. / Langewitz, W. / Mühlinghaus, I. / Pruskil, S. / Scheffer, S. / Schubert, S. (2008): Basler Consensus Statement "Kommunikative und soziale Kompetenzen im Medizinstudium": Ein Positionspapier des GMA-Ausschusses Kommunikative und soziale Kompetenzen. In: *GMS Zeitschrift für medizinische Ausbildung* 25 (2).

Kiessling, C. / Esser, G. / Anvik, T. / Jankowska, K. / Meneses, R. / Tsimtsiou, Z. / Rosenbaum, M. / Silverman, J. (2012): General Principles of Assessment of Communication Skills. URL: http://www.each.nl/sites/default/files/General%20principles%20for%20the%20assessment%20of%20communication%20skills%20final%2020121202.pdf [Stand: 05.01.2014].

Kirchner, T. (2002): Die neue Ärztliche Approbationsordnung: Bedeutung für die ärztliche Ausbildung. Tagungsbericht der außerordentlichen Medizinischen Fakultätstages 2002. URL: http://www.mft-online.de/files/119_omft2002_omft2002.pdf [Stand: 15.01.2015].

Klemperer, D. (2003): Wie Ärzte und Patienten Entscheidungen treffen. Konzepte der Arzt-Patienten-Kommunikation. URL: http://bibliothek.wz-berlin.de/pdf/2003/i03-302.pdf [Stand: 15.01.2015].

Kliche, O. (2012): „Sie müssen sich das ja vorstellen …“ (und ich mir auch!) – Erklären und Beschreiben im ärztlichen kommunikativen Handeln. Qualitative Analyse zweier Simulationsgespräche aus dem Kölner Lehrmodul PJSTArT-Block. In: *Fachsprache/International Journal of Specialized Communication* 35, 125–145.

Klitzsch, W. (2010): Einfluss des gesellschaftlichen Kontextes auf den “guten Arzt”. In: Witt, C. (Hrsg.): Der gute Arzt aus interdisziplinärer Sicht. Ergebnisse eines Expertentreffens. Essen: KVC-Verlag, 69–74.

Klüber, M. / Motsch, J. / Spranz-Fogasy, T. (2012): "wenn sie sonst jetzt zum eingriff keine fragen mehr haben dann unterschreiben (.) sie nochmal hier". Verständigungssicherung in anästhesiologischen Aufklärungsgesprächen - Arztangebote und Patientenfragen. In: *Zeitschrift für Theorie, Praxis und Dokumentation (*3/12), 240–268.

Knapp, K. / Antos, G. / Becker-Mrotzek, M. (Hrsg.) (2004): Angewandte Linguistik. Ein Lehrbuch. Tübingen / Basel: Francke.

Knipper, M. / Bilgin, Y. (2009): Migration und Gesundheit. Berlin: Konrad Adenauer Stiftung.

Koerfer, A. (1994a): Institutionelle Kommunikation. Zur Methodologie und Empirie der Handlungsanalyse. Opladen: Westdeutscher Verlag.

Koerfer, A. / Köhle, K. / Obliers, R. (1994b): Zur Evaluation von Arzt-Patienten-Kommunikation – Perspektiven einer angewandten Diskursethik in der Medizin. In: Redder, A. / Wiese, I. (Hrsg.): Medizinische Kommunikation. Diskurspraxis, Diskursethik, Diskursanalyse. Opladen: Westdeutscher Verlag, 53–94.

Koerfer, A. / Obliers, R. / Köhle, K. (2005): Der Entscheidungsdialog zwischen Arzt und Patient. Modelle der Beziehungsgestaltung in der Medizin. In: Neises, M. / Ditz, S. / Spranz-Fogasy, T. (Hrsg.): Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde. Ein interdisziplinärer Ansatz zur verbalen Intervention. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH, 137–160.

Koerfer, A. / Albus, C. / Thomas, W. / Köhle, K. / Obliers, R. (2008a): Kommunikationsmuster in der medizinischen Entscheidungsfindung. In: Niemeier, S. / Diekmannshenke, H. (Hrsg.): Profession und Kommunikation. Bern: Lang, 121–156.

Koerfer, A. / Köhle, K. / Obliers, R. / Sonntag, B. / Thomas, W. / Albus, C. (2008b): Training und Prüfung kommunikativer Kompetenzen. Aus- und Fortbildungskonzepte zur ärztlichen Gesprächsführung. In*: Gesprächsforschung – Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion* 9, 34-78.

Koerfer, A. (2013): Institutionelle Kommunikation. Zur Methodologie und Empirie der Handlungsanalyse. Mannheim: Verlag für Gesprächsforschung.

Koh C.-H. G. / Khoo, E.H. / Wong, M.L. / Koh, D. (2008): The Effects of Problem-Based Learning during Medical School on Physician Competency: A Systematic Review. In: *Canadian Medical Association Journal* 178 (1), 34–41.

Köhle, K. / Raspe, H.-H. (Hrsg.) (1982): Das Gespräch während der ärztlichen Visite. Empirische Untersuchungen. München: Urban & Schwarzenberg.

Köhle, K. / Koerfer, A. / Obliers, R. (2005): Das Visitengespräch. Chancen einer dialogischen Medizin. In: Neises, M. / Ditz, S. / Spranz-Fogasy, T. (Hrsg.): Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde. Ein interdisziplinärer Ansatz zur verbalen Intervention. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH, 256–284.

Köhle, K. / Koerfer, A. / Kretschmer, B. / Obliers, R. / Reime, T. / Thomas, W. / Romotzky, V. (2010): Manual Ärztliche Gesprächsführung / Mitteilung schwerwiegender Diagnosen.

König, R. / Tönnesmann, M. (Hrsg.) (1958): Probleme der Medizinsoziologie (Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, Sonderheft 3). Opladen: Westdeutscher Verlag.

Kopetsch, T. (2010): Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus! Studie zur Altersstruktur und Arztzahlenentwicklung. 5. aktualisierte und komplett überarbeitete Auflage. Berlin.

Korsch, B. / Negrete, V. (1972): Doctor-Patient Communication. In: *Scientific American* 227 (2), 66–74.

Kreher, S. / Brockmann, S. / Sielk, M. / Wilm, S. / Wollny, A. (2009): Hausärztliche Krankheitskonzepte. Analyse ärztlicher Vorstellungen zu Kopfschmerzen, akutem Husten, Ulcus cruris und Schizophrenie. Bern: Verlag Hans Huber.

Kühn, C. (2002): Körper - Sprache. Elemente einer sprachwissenschaftlichen Explikation non-verbaler Kommunikation. Frankfurt a. Main: Lang.

Kuhnigk, O. / Weidtmann, K. / Dietsche, S. / Guse, A. / Mihalache, I. / Schultz, J. / Middendorf, R. / Kadula, H. / Harendza, S. (2006): Vom "vorklinischen Studienabschnitt" zu "Medizin I". Umstellung auf die neue ÄAppO an der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg. In: *GMS Zeitschrift für medizinische Ausbildung* 23 (2). URL: http://www.egms.de/en/journals/zma/2006-23/zma000255.shtml [Stand: 15.01.2015].

Kurtz, S. / Silverman, J. / Draper, J. (1998): Teaching and Learning Communication Skills in Medicine. Oxon: Radcliffe Medical Press.

Kutscher, P.P. / Seßler, H. (2007): Kommunikation - Erfolgsfaktor in der Medizin. Teamführung, Networking & Selbstmarketing. Heidelberg: Springer.

Laan, R.F. / Leunissen, R.R. / van Herwaarden, C.L. (2010): The 2009 Framework for Undergraduate Medical Education in the Netherlands. In: *Zeitschrift für Medizinische Ausbildung* 27 (2).

Labov, W. (1980a): Einige Prinzipien linguistischer Methodologie. In: Labov, W. (Hrsg.): Sprache im sozialen Kontext. Königstein: Athenäum, 1–24.

Labov, W. (Hrsg.) (1980b): Sprache im sozialen Kontext. Königstein: Athenäum.

Lalouschek, J. / Menz, F. / Wodak, R. (1990): Alltag in der Ambulanz. Gespräche zwischen Ärzten, Schwestern und Patienten. Tübingen: Narr Verlag.

Lalouschek, J. (1993): "Irgendwie hat man ja doch bißl Angst". In: Löning, P. / Rehbein, J. (Hrsg.): Arzt-Patienten-Kommunikation. Analysen zu interdisziplinären Problemen des medizinischen Diskurses. Berlin / New York: De Gruyter Verlag, 177–190.

Lalouschek, J. (1994): „Nur ganz normale Sachen“ – Aufgaben und Probleme der medizinischen Gesprächsausbildung. In: Redder, A. / Wiese, I. (Hrsg.): Medizinische Kommunikation. Diskurspraxis, Diskursethik, Diskursanalyse. Opladen: Westdeutscher Verlag, 199–217.

Lalouschek, J. (1995): Ärztliche Gesprächsausbildung. Eine diskursanalytische Studie zu Formen des ärztlichen Gesprächs. Opladen: Westdeutscher Verlag.

Lalouschek, J. (2002a): Ärztliche Gesprächsausbildung. Eine diskursanalytische Studie zu Formen des ärztlichen Gesprächs. Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung.

Lalouschek, J. (2002b): Frage-Antwort-Sequenzen im ärztlichen Gespräch. In: Brünner, G. / Fiehler, R. / Kindt, W. (Hrsg.): Angewandte Diskussionsforschung, Band 1 (Grundlagen und Beispielanalysen)]. Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung, 155–173.

Lalouschek, J. (2005): Medizinische Konzepte und ärztliche Gesprächsführung - am Beispiel der psychosomatischen Anamnese. In: Neises, M. / Ditz, S. / Spranz-Fogasy, T. (Hrsg.): Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde. Ein interdisziplinärer Ansatz zur verbalen Intervention. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH, 48–72.

Lalouschek, J. (2007): Ärztliche Gesprächspläne und Anliegen von PatientInnen in der chronischen Schmerzbehandlung. Arbeitspapier zum Forschungsprojekt „Schmerzdarstellung und Krankheitserzählung“. URL: http://www.univie.ac.at/linguistics/personal/florian/Schmerzprojekt/downloads/Arbeitspapier_2007_Patientenanliegen_Lalouschek.pdf [Stand: 15.01.2015].

Lalouschek, J. (2013): Anliegensformulierung im ärztlichen Gespräch - Patientenbeteiligung und neue Formen medizinischer Kommunikation. In: Menz, F. (Hrsg.): Migration und medizinische Kommunikation. Linguistische Verfahren der Patientenbeteiligung und Verständnissicherung in ärztlichen Gesprächen mit Migranten. Göttingen: V&R unipress, 353–445.

Langewitz, W. / Denz, M. / Keller, A. / Rüttimann, S. / Wössmer, B. (2002): Spontaneous talking time at start of consultation in outpatient clinic: cohort study. In: *British Medical Journal* 325 (7366), 682–683.

Langewitz, W. / Edelhaimb, H.-P. / Höfner, C. / Koschier / Alexandra / Nübling, M. / Leitner, A. (2010): Evaluation eines zweijährigen Curriculums in Psychosozialer und Psychosomatischer Medizin - Umgang mit Emotionen und patientenzentrierter Gesprächsführung. In: *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 60 (11), 451–456.

Langosch, C. / Onnasch, J.-F. / Steger, T. / Klement, A. / Grundke, S. (2012): Die "Klasse Allgemeinmedizin" als Wahlfach im vorklinischen Studienabschnitt: Didaktischer Aufbau, Lehrziele und Umsetzung. In: *GMS Zeitschrift für medizinische Ausbildung* 29 (5).

Levinson, S.C. (1983): Pragmatics. Cambridge: Cambridge University Press.

Linnen, H. (2007): Reformen ärztlicher Ausbildung. Eine Evaluationsstudie am Beispiel der Charité. Dissertation. Berlin: Charité - Universitätsmedizin Berlin, Institut für Medizinische Psychologie. URL: http://www.diss.fu-berlin.de/diss/receive/FUDISS_thesis_000000003353 [Stand: 15.01.2015].

Lipkin, M. / Frankel, R.M. / Beckman, H. / Charon, R. / Fein, O. (1995a). In: Lipkin, M. / Lazare, A. / Putnam, S. (Hrsg.): The Medical Interview: Clinical Care, Teaching and Research. New York: Springer, 65–82.

Lipkin, M. / Lazare, A. / Putnam, S. (Hrsg.) (1995b): The Medical Interview: Clinical Care, Teaching and Research. New York: Springer.

Lippert, H. (1979): Sprachliche Mittel in der Kommunikation im Bereich der Medizin. In: Mentrup, W. (Hrsg.): Fachsprachen und Gemeinsprachen. Jahrbuch 1978 des Institus für deutsche Sprache. [Schriften des Instituts für deutsche Sprache, Band 46]. Düsseldorf: Schwann Verlag, 84–100.

Löning, P. (1985): Das Arzt-Patienten-Gespräch. Gesprächsanalyse eines Fachkommunikationstyps. [Arbeiten zur Sprachanalyse, Band 3]. Bern: Peter Lang Verlag.

Löning, P. (1993a): Psychische Betreuung als kommunikatives Problem. Elizitierte Schilderung des Befindens und "ärztliches Zuhören" in der onkologischen Fachpraxis. In: Löning, P. / Rehbein, J. (Hrsg.): Arzt-Patienten-Kommunikation. Analysen zu interdisziplinären Problemen des medizinischen Diskurses. Berlin / New York: De Gruyter Verlag, 191–250.

Löning, P. / Rehbein, J. (Hrsg.) (1993b): Arzt-Patienten-Kommunikation. Analysen zu interdisziplinären Problemen des medizinischen Diskurses. Berlin / New York: De Gruyter Verlag.

Löning, P. (1994): Versprachlichung von Wissensstrukturen bei Patienten. In: Redder, A. / Wiese, I. (Hrsg.): Medizinische Kommunikation. Diskurspraxis, Diskursethik, Diskursanalyse. Opladen: Westdeutscher Verlag, 97–114.

Löning, P. (2001): Gespräche in der Medizin. In: Brinker, K. / Antos, G. / Heinemann, W. / Sager, S. (Hrsg.): Text- und Gesprächslinguistik. Ein internationales Handbuch zeitgenössischer Forschung. 2. Halbband. Berlin / New York: Walter de Gruyter, 1576–1588.

Lörcher, H. (1983): Gesprächsanalytische Untersuchungen zur Arzt-Patienten-Kommunikation. [Linguistische Arbeiten, Band 136]. Tübingen: Max Niemeyer Verlag.

Luck, J. / Peabody, J. (2002): Using Standardised Patients to Measure Physicians' Practice: Validation Study Using Audio Recordings. In: *British Medical Journal* 325 (7366), 679.

Mancia, G. / Backer, G.D. / Dominiczak, A. / Cifkova, R. / Fagard, R. / Germano, G. / Grassi, G. / Heagerty, A.M. / Kjeldsen, S.E. / Laurent, S. / Narkiewicz, K. / Ruilope, L. / Rynkiewicz, A. / Schmieder, R. / Boudier, H.A. / Zanchetti, A. / Vahanian, A. / Camm, J. / Caterina, R. de / Dean, V. / Dickstein, K. / Filippatos, G. / Funck-Brentano, C. / Hellemans, I. / Kristensen, S.D. / McGregor, K. / Sechtem, U. / Silber, S. / Tendera, M. / Widimsky, P. / Zamorano, J.L. / Erdine, S. / Kiowski, W. / Agabiti-Rosei, E. / Ambrosioni, E. / Lindholm, L.H. / Viigimaa, M. / Adamopoulos, S. / Bertomeu, V. / Clement, D. / Farsang, C. / Gaita, D. / Lip, G. / Mallion, J.M. / Manolis, A.J. / Nilsson, P.M. / O'Brien, E. / Ponikowski, P. / Redon, J. / Ruschitzka, F. / Tamargo, J. / van Zwieten, P. / Waeber, B. / Williams, B. / Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension / European Society of Cardiology. (2007): 2007 Guidelines for the Management of Arterial Hypertension. In: *Journal of hypertension* 25 (6), 1105–1187.

Mangione-Smith, R. / Stivers, T. / Elliot, M. / McDonald, L. / Heritage, J. (2003): Online commentary on physical exam findings: a communication tool for avoiding inappropriate antibiotic prescribing? In: *Social Science & Medicine* 56 (2), 313–320.

Mangione-Smith, R. / Elliot, M. / Stivers, T. / McDonald, L. / Heritage, J. (2006): Ruling Out the Need for Antibiotics. Are We Sending the Right Message? In: *Arch Pediatr Adolesc Med (*160), 945–952.

Manning, P. / Ray, G. (2002): Setting the Agenda: An Analysis of Negotiation Strategies in Clinical Talk. In: *Health Communication* 14, 451–473.

Manusov, V. / Patterson, M.L. (Hrsg.) (2006): The Sage Handbook of Nonverbal Communication. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Maynard, D.W. (1991): 'On the Interactional and Institutional Bases of Asymmetry in Clinical Discourse'. In: *American Journal of Sociology* 97, 448–495.

McKinley, R.K. / Middleton, J.F. (1999): What Do Patients Qant from Their Doctors? Content Analysis of Written Patient Agendas for the Consultation. In: British Journal of General Practice 49 (447), 796–800.

Medizinischer Fakultätentag (MFT) (1996): Protokoll des Außerordentlichen Medizinischen Fakultätentages der Bundesrepublik Deutschland am 26. November 1996 in Mainz. Frankfurt am Main: Medizinischer Fakultätentag.

Medizinischer Fakultätentag (MFT) / Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA) (2013): Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin (NKLM). Entwurfsfassung. Kap. 1-4; 22; 23: Stand Lenkungsgruppe NKLM vom 23.05. 2013. Kap. 5-21: Stand Arbeitsgruppen vom 15.07. 2013. URL: http://www.nklm.de/kataloge/nklm/lernziel/uebersicht [Stand: 15.01. 2014].

Meer, D. (2011): Kommunikation im Alltag – Kommunikation in Institutionen: Überlegungen zur Ausdifferenzierung einer Opposition. In: Birkner, K. / Meer, D. (Hrsg.): Institutionalisierter Alltag: Mündlichkeit und Schriftlichkeit in unterschiedlichen Praxisfeldern. Mannheim: Verlag für Gesprächsforschung, 28–50.

Meisel, A. / Roth, L.H. (1981): What We Do and Do Not Know about Informed Consent. In: *Journal of the American Medical Association* 246, 2473–2477.

Mentrup, W. (Hrsg.) (1979): Fachsprachen und Gemeinsprachen. Jahrbuch 1978 des Instituts für deutsche Sprache. [Schriften des Instituts für deutsche Sprache, Band 46]. Düsseldorf: Schwann Verlag.

Menz, F. (1991): Der geheime Dialog. Medizinische Ausbildung und institutionalisierte Verschleierung in der Arzt-Patienten-Kommunikation. Eine diskursanalytische Studie. Frankfurt a. Main: Peter Lang Verlag.

Menz, F. (1993): Medizinische Ausbildung im Krankenhaus am Beispiel der Lehranamnese: Die institutionalisierte Verhinderung von Kommunikation. In: Löning, P. / Rehbein, J. (Hrsg.): Arzt-Patienten-Kommunikation. Analysen zu interdisziplinären Problemen des medizinischen Diskurses. Berlin / New York: De Gruyter Verlag, 251–264.

Menz, F. (1994): Der Einfluss von medizinischer Ausbildung und von Kontingenzen auf das ärztliche Gespräch im Krankenhaus – Aprioris einer kommunikativen Schulung des medizinischen Krankenhauspersonals. In: Redder, A. / Wiese, I. (Hrsg.): Medizinische Kommunikation. Diskurspraxis, Diskursethik, Diskursanalyse. Opladen: Westdeutscher Verlag, 218–234.

Menz, F. / Lalouschek, J. / Stöllberger, C. / Vodopiutz, J. (2002): Geschlechtsspezifische Unterschiede bei der Beschreibung von Brustschmerzern. Ergebnisse einer medizinisch-linguistischen transdisziplinären Studie. In: *Linguistische Berichte (*191), 343–366.

Menz, F. / Lalouschek, J. (2005): Geschlechtsspezifische Unterschiede bei der Beschreibung von akutem Thoraxschmerz. In: Neises, M. / Ditz, S. / Spranz-Fogasy, T. (Hrsg.): Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde. Ein interdisziplinärer Ansatz zur verbalen Intervention. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH, 174–185.

Menz, F. / Lalouschek, J. / Gstettner, A. (2008a): Effiziente ärztliche Gesprächsführung. Optimierung kommunikativer Kompetenz in der ambulanten medizinischen Versorgung. Ein gesprächsanalytisches Trainingskonzept. Wien: Lit-Verlag.

Menz, F. / Nowak, P. / Rappl, A. / Nezhiba, S. (2008b): Arzt-Patienten-Interaktion im deutschsprachigen Raum: Eine Online-Forschungsdatenbank (API-on©) als Basis für Metaanalysen. In: *Gesprächsforschung - Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion (*9), 129–163.

Menz, F. (2011): Ärztliche Gespräche mit PatientInnen mit geringen Deutschkenntnissen. In: Peintinger, M. (Hrsg.): Interkulturell kompetent. Ein Handbuch für Ärztinnen und Ärzte. Wien: Facultas Universitätsverlag, 225–236.

Menz, F. / Reisigl, M. / Sator, M. (2013a): Migration, Interkulturalität und gemittelte Kommunikation im medizinischen Gespräch – einige Überlegungen. In: Menz, F. (Hrsg.): Migration und medizinische Kommunikation. Linguistische Verfahren der Patientenbeteiligung und Verständnissicherung in ärztlichen Gesprächen mit Migranten. Göttingen: V&R unipress, 17–32.

Menz, F. (Hrsg.) (2013b): Migration und medizinische Kommunikation. Linguistische Verfahren der Patientenbeteiligung und Verständnissicherung in ärztlichen Gesprächen mit Migranten. Göttingen: V&R unipress.

Meyer, B. (2000): Medizinische Aufklärungsgespräche. Struktur und Zwecksetzung aus diskursanalytischer Sicht. [Arbeiten zur Mehrsprachigkeit – Folge B, Nr. 8/2000. Hamburg: Universität Hamburg, Sonderforschungsbereich 538.

Meyer, B. (2006): Aufklärungsgespräche mit Dolmetscherbeteiligung: fachexterne Fachkommunikation im mehrsprachigen Kontext. In: *Fachsprache - Internationale Zeitschrift für Fachsprachenforschung, -didaktik und Terminologie* 1-2, 15-28.

Meyer, B. (2009): Deutschkenntnisse von Migrant/innen und ihre Konsequenzen für das Dolmetschen im Krankenhaus. In: Andres, D. / Pöllabauer, S. (Hrsg.): "Spürst du, wie der Bauch rauf-runter?" Fachdolmetschen im Gesundheitsbereich. München: Meidenbauer, 139-157.

Miller, G. (1990): The Assessment of Clinical Skills/Competence/Performance. In: *Academic Medicine* 65, 63–67.

Mishler, E.G. (1984): The Discourse of Medicine. Dialectics of Medical Interviews. Westport: Greenwood Publishing Group.

Muir Gray, J. A. (2001): Evidence-Based Medicine for Professionals. In: Edwards, A. / Elwyn, G. (Hrsg.): Evidence-Based Patient Choice - Inevitable or Impossible? Oxford: Oxford University Press, 19–33.

Müller, B. (2012): "Wir befinden uns in einer permanenten Reform (…)" - Reformen in der Medizinerausbildung zwischen 1989 bis 2009. Stuttgart: Robert-Bosch-Stiftung.

Müller, W. (2008): AWMF-Stellungnahme: Förderung der wissenschaftlichen Medizin schon in der studentischen Ausbildung. In: *GMS Mitteilungen der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften* 5. URL: http://www.egms.de/static/de/journals/awmf/2008-5/awmf000155.shtml [Stand: 15.01.2015].

Murrhardter Kreis (1995): Das Arztbild der Zukunft: Analysen künftiger Anforderungen an den Arzt. Konsequenzen für die Ausbildung und Wege zu ihren Reformen. 3., vollständig überarbeitete Auflage. Gerlingen: Bleicher-Verlag.

Musschenga, B. (2009): Was ist empirische Ethik? In: *Ethik in der Medizin* 21 (3), 187–199.

Nagel, N. (2001): Nur zufriedene Patienten? Eine kommunikationswissenschaftliche Untersuchung zur Arzt-Patienten-Kommunikation am Beispiel der umweltmedizinischen Beratung. Aachen: Shaker Verlag.

National Collaborating Centre for Chronic Conditions (2006): Hypertension Management in Adults in Primary Care: Pharmacological Update. London: Royal College of Physicians.

Nedopil, N. (2000): Ethik in der Arzt-Patienten-Beziehung. In: *Wiener Medizinische Wochenschrift* 150 (10), 198–203.

Neises, M. (1998): Krankheitsverlauf von Patientinnen mit Mammatumoren. Aachen: Shaker Verlag.

Neises, M. / Ditz, S. / Spranz-Fogasy, T. (Hrsg.) (2005): Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde. Ein interdisziplinärer Ansatz zur verbalen Intervention. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH.

Neuhauser, L. / Kreps, G.L. (2008): Online Cancer Communication: Meeting the Literacy, Cultural and Linguistic Needs of Diverse Audiences. In: *Patient Education and Counseling* 71, 365–377.

Neurath, M. / Lohse, A. (2011): Checkliste Anamnese und klinische Untersuchung. 3. aktualisierte Auflage. Stuttgart: Thieme.

Niemeier, S. / Diekmannshenke, H. (Hrsg.) (2008): Profession und Kommunikation. Bern: Lang.

Nippert, P. (2004): Curriculare Konsequenzen und Möglichkeiten durch die neue Approbationsordnung für Ärzte. In: *medizin - bibliothek - information* 4 (1). URL: http://www.agmb.de/mbi/2004_1/nippert22-24.pdf [Stand: 15.01.2015], 22–24.

Nordmeyer, J. / Steinmann, G. / Deneke, F.-W. / Nordmeyer, J.-P. / Kerekjarto, M. (1982): Verbale und nonverbale Kommunikation zwischen Problempatienten und Ärzten während der Visite. In: *Medizinische Psychologie* 8, 20–39.

Norris, S. (2004): Analyzing Multimodal Interaction: A Methodological Framework. London: Routledge & Kegan Paul Ltd.

Nothdurft, W. (1982): Zur Undurchlässigkeit von Krankenvisiten. In: Köhle, K. / Raspe, H.-H. (Hrsg.): Das Gespräch während der ärztlichen Visite. Empirische Untersuchungen. München: Urban & Schwarzenberg, 23–35.

Nothdurft, W. / Spranz-Fogasy, T. (1991): Gesprächsanalyse von Schlichtungsinteraktion. Methodische Probleme und ihre Hintergründe. In: Fladder, D. (Hrsg.): Verbale Interaktion: Studien zur Empirie und Methodologie der Pragmatik. Stuttgart: Metzler Verlag, 222–240.

Novack, D.H. / Plumer, R. / Smith, R.L. / Ochitill, H. / Morrow, G.R. / Bennett, J. (1979): Changes in Physicians´ Attitudes toward Telling the Cancer Patient. In: *Journal of the American Medical Association* 241 (9), 897–900.

Nowak, P. / Spranz-Fogasy, T. (2008): Medizinische Kommunikation - Arzt und Patient im Gespräch. In: Reuter,E. (Hrsg.): Jahrbuch Deutsch als Fremdsprache 34. Professionelle Kommunikation, München: Iudicum Verlag, 80–96.

Nowak, P. (2010): Eine Systematik der Arzt-Patienten-Interaktion. Systemtheoretische Grundlagen, qualitative Synthesemethodik und diskursanalytische Ergebnisse zum sprachlichen Handeln von Ärztinnen und Ärzten. Frankfurt a. Main: Peter Lang Verlag.

O´Malley, C. (Hrsg.) (1970): The History of Medical Education. An International Symposium Held February 5-9, 1968. Berkeley: University of California Press.

Oevermann, U. / Allert, T. /Konau, E. / Krambeck, J. (1979): Die Methodologie einer ‚objektiven Hermeneutik' und ihre allgemeine forschungslogische Bedeutung in den Sozialwissenschaften. In: Soeffner, H.G. (Hrsg.): Interpretative Verfahren in den Sozial- und Textwissenschaften. Stuttgart: Metzler, 352-433.

Ogden, J. / Bavalia, K. / Bull, M. / Frankum, S. / Goldie, C. / Gosslau, M. / Jones, A. / Kumar, S. / Vasant, K. (2004): "I want more time with my doctor": A Quantitative Study of Time and the Consultation. In: *Family Practice* 21 (5), 479–483.

Oken, D. (1961): What to Tell Cancer Patients. A Study of Medical Attitudes. In: *Journal of the American Medical Association* 175, 1120–1128.

Oksaar, E. (1995): Arzt-Patient-Begegnung. Alles Verhalten ist Kommunikation. In: *Deutsches Ärzteblatt* 92, 3045–3047.

Organisation for Economic Co-operation and Development (2013): "OECD Health Data: Health Expenditure and Financing: Health Expenditure Indicators", OECD Health Statistics (database). URL: http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/data/oecd-health-statistics/system-of-health-accounts-health-expenditure-by-function_data-00349-en [Stand: 10.05.2014].

Ortwein, H. / Fröhmel, A. (Hrsg.) (2004): Handbuch für Simulationspatientinnen und Simulationspatienten. [Reformstudiengang Medizin]. 3. Auflage. Berlin: Charité Universitätsmedizin.

Ots, T. (1994): Arzt-Patienten-Kommunikation und Krankenbegriff - Transkulturelle Erfahrungen. In: Redder, A. / Wiese, I. (Hrsg.): Medizinische Kommunikation. Diskurspraxis, Diskursethik, Diskursanalyse. Opladen: Westdeutscher Verlag, 30–42.

Parsons, T. (1951): The Social System. London: Routledge & Kegan Paul Ltd.

Parsons, T. (1958): Struktur und Funktion der modernen Medizin. In: König, R. / Tönnesmann, M. (Hrsg.): Probleme der Medizinsoziologie (Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, Sonderheft 3). Opladen: Westdeutscher Verlag, 16–37.

Partschefeld, E. / Philipp, S. / Geyer, M. / Strauß, B. (2013): Einsatz von Simunlationspatientinnen in der Psychotherapieausbildung. Vorstellung eines Lehrkonzepts. In: *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis* 45 (2), 520–531.

Parzeller, M. / Wenk, M. / Zedler, B. / Rothschild, M. (2007): Aufklärung und Einwilligung bei ärztlichen Eingriffen. In: *Deutsches Ärzteblatt* 104 (9), 576–586.

Pawelczyk, J. (2011): Talk as Therapy: Psychotherapy in a Linguistic Perspective. Amsterdam: Walter de Gruyter.

Peräkylä, A. (1998): Authority and Accountability. The Delivery of Diagnosis in Primary Health. URL: http://links.jstor.org/sici?sici=0190-2725%28199812%2961%3A4%3C301%3AAAATDO%3E2.0.CO%3B2-9 [Stand: 15.01.2015].

Peters, T. (2008): Macht im Kommunikationsgefälle - Der Arzt und sein Patient. Berlin: Frank und Timme.

Peters, T. (2010): Der ärztliche Umgang mit kommunikativer Asymmetrie. In: Witt, C. (Hrsg.): Der gute Arzt aus interdisziplinärer Sicht. Ergebnisse eines Expertentreffens. Essen: KVC-Verlag, 119–133.

Peters, T. (2014): Doctor vs. Patient. Performing Medical Decision Making Via Communicative Negotiations. In: Graf, E.-M. / Sator, M. / Spranz-Fogasy, T. (Hrsg.): Interaction Types across Helping Professions – Differences, Similarities and Interferences of Communicative Tasks. Amsterdam: John Benjamins Publishing Company, (in Vorbereitung).

Pilau, H. (1982): Der Arzt und sein Patient. Einsichten eines Allgemeinarztes. Stuttgart: Hippokrates Verlag.

Pöltner, G. (2002): Grundkurs Medizin-Ethik. Wien: Facultas Universitätsverlag.

Pomerantz, A. (2002): How Patients Handle Lay Diagnosis during Medical Consultation. In: *Texas linguistic forum* 45, 127–138.

Quasthoff-Hartmann, U. (1982): Frageaktivitäten von Patienten in Visitengesprächen: Konversationstechnische und diskursstrukturelle Bedingungen. In: Köhle, K. / Raspe, H.-H. (Hrsg.): Das Gespräch während der ärztlichen Visite. Empirische Untersuchungen. München: Urban & Schwarzenberg, 70–101.

Quasthoff, U. (1990): Das Prinzip des primären Sprechers, das Zuständigkeitsprinzip und das Verantwortungsprinzip. Zum Verhältnis von "Alltag" und "Institution" am Beispiel der Verteilung des Rederechts in Arzt-Patienten-Interaktionen. In: Ehlich, K. / Koerfer, A. / Redder, A. / Weingarten, R. (Hrsg.): Medizinische und therapeutische Kommunikation. Diskursanalytische Untersuchungen. Opladen: Westdeutscher Verlag, 66–81.

Rabinowitz, I. / Luzzati, R. / Tamir, A. / Reis, S. (2004): Length of Patient's Monologue, Rate of Completion, and Relation to Other Components of the Clinical Encounter: Observational Intervention Study in Primary Care. In: *British Medical Journal* 328 (7438), 501–502.

Raspe, H.-H. (1983): Aufklärung und Information im Krankenhaus. Medizinsoziologische Untersuchungen. Göttingen: Verlag für Medizinische Psychologie.

Ratanawongsa, N. / Roter, D. / Beach, M.C. / Laird, S.L. / Larson, S.M. / Carson, K.A. / Cooper, L.A. (2008): Physician Burnout and Patient-Physician Communication during Primary Care Encounters. In: *Journal of General Internal Medicine* 23 (10), 1581–1588.

Redder, A. (1994a): Eine alltägliche klinische Anamnese. In: Redder, A. / Wiese, I. (Hrsg.): Medizinische Kommunikation. Diskurspraxis, Diskursethik, Diskursanalyse. Opladen: Westdeutscher Verlag, 171–198.

Redder, A. / Wiese, I. (Hrsg.) (1994b): Medizinische Kommunikation. Diskurspraxis, Diskursethik, Diskursanalyse. Opladen: Westdeutscher Verlag.

Rehbein, J. (1985a): Medizinische Beratung türkischer Eltern. In: Rehbein, J. (Hrsg.): Interkulturelle Kommunikation. [Kommunikation und Institution, Band 12]. Tübingen: Narr Verlag, 349–419.

Rehbein, J. (Hrsg.) (1985b): Interkulturelle Kommunikation. [Kommunikation und Institution, Band 12]. Tübingen: Narr Verlag.

Rehbein, J. (1986): Institutioneller Ablauf und interkulturelle Mißverständnisse in der Allgemeinpraxis. Diskursanalytische Aspekte der Arzt-Patient-Kommunikation. In: *Curare* 9, 297-328.

Rehbein, J. (1993): Ärztliches Fragen. In: Löning, P. / Rehbein, J. (Hrsg.): Arzt-Patienten-Kommunikation. Analysen zu interdisziplinären Problemen des medizinischen Diskurses. Berlin / New York: De Gruyter Verlag, 311–364.

Rehbein, J. (1994a): Widerstreit. Semiprofessionelle Rede in der interkulturellen Arzt-Patienten-Kommunikation. In: *Zeitschrift für Linguistik und Literaturwissenschaft* 93, 123–151.

Rehbein, J. (1994b): Zum Klassifizieren ärztlichen Fragens. In: Redder, A. / Wiese, I. (Hrsg.): Medizinische Kommunikation. Diskurspraxis, Diskursethik, Diskursanalyse. Opladen: Westdeutscher Verlag, 147–170.

Rehbein, J. (2001): Das Konzept der Diskursanalyse. In: Brinker, K. / Antos, G. / Heinemann, W. / Sager, S. (Hrsg.): Text- und Gesprächslinguistik. Ein internationales Handbuch zeitgenössischer Forschung. 2. Halbband. Berlin / New York: Walter de Gruyter, 927–945.

Rethans, J.-J. / Grosfeld, F. / Aper, L. / Reniers, J. / Westen, J. / van Wijngaarden, J. / van Weel-Baumgarten, E. (2012): Six Formats in Simulated and Standardized Patients Use, Based on Experiences of 13 Undergraduate Medical Curricula in Belgium and the Netherlands. In: *Medical Teacher* 34 (9), 710–716.

Richter-Kuhlmann, E. / Stüwe, H. (2011): Freude statt Praxisschock. Strukturierte Weiterbildung, Unterstützung und Motivation: Ein Symposium der Bundesärztekammer suchte nach Ansätzen, um den „Traumberuf Arzt“ zu erhalten. In: *Deutsches Ärzteblatt* 108 (49), 2066.

Richter, D. (2008): Nehmen psychische Störungen zu? Eine systematische Literaturübersicht. In: Abderhalden, C. / Needham, I. / Schulz, M. / Schoppmann, S. / Stefan, H. (Hrsg.): Psychiatrische Pflege, psychische Gesundheit und Recovery. Vorträge und Posterpräsentationen. 5. Dreiländerkongress Pflege und Psychiatrie in Bern. Mönchengladbach: Ibicura, 351–362.

Riegger, T. (2007): Die historische Entwicklung der Arzthaftung. Dissertation. Regensburg: Universität Regensburg.

Ring, A. / Dowrick, C. / Humphris, G. / Salmon, P. (2004): Do Patients with Unexplained Physical Symptoms Pressurize General Practitioners for Somatic Treatment? A Qualitative Study. In: *British Medical Journal* 328 (7447), 1057.

Robert-Koch-Institut (2011): Gesundheit in Deutschland aktuell 2009. Berlin: Oktoberdruck.

Robinson, J.D. (2001): Closing Medical Encounters. In: *Social Science & Medicine* 53 (5), 639–656.

Robinson, J.D. (2003): An Interactional Structure of Medical Activities during Acute Visits and Its Implications for Patients’ Participation. In: *Health Communication* 15 (1), 27–59.

Robinson, J.D. (2006): Nonverbal Communication and Physician-Patient Interaction: Review and New Directions. In: Manusov, V. / Patterson, L. (Hrsg.): The Sage Handbook of Nonverbal Communication. Thousand Oaks, Calif: Sage, 437–459.

Rockenbauch, K. / Fabry, G. / Petersen, C. / Daig, I. / Philipp, S. (2008): Der Einsatz von Schauspielpatienten in der Medizinischen Psychologie - allgemeiner Überblick und konkrete Umsetzungsbeispiele. In: *Zeitschrift für Medizinische Psychologie* 17 (4), 185-192.

Rockenbauch, K. / Schildmann, J. (2011): Partizipative Entscheidungsfindung (PEF): eine systematische Übersichtsarbeit zu Begriffsverwendung und Konzeptionen. *Das Gesundheitswesen* 73, 399-408.

Roelcke, T. (2010): Fachsprachen. [Grundlagen der Germanistik, Band 37]. 3. neu bearbeitete Auflage. Berlin: Erich Schmidt Verlag.

Rosumek, S. (1990): Sprachliche Rituale. Vertrauensbildende Maßnahmen in der Arzt-Patienten-Kommunikation. In: Ehlich, K. / Koerfer, A. / Redder, A. / Weingarten, R. (Hrsg.): Medizinische und therapeutische Kommunikation. Diskursanalytische Untersuchungen. Opladen: Westdeutscher Verlag, 27–40.

Roter, D. / Hall, J.A. (1989): Studies of Doctor-Patient Interaction. In: *Annual Review of Public Health* 10, 163–180.

Roter, D. / Larson, S. (2002): The Roter Interaction Analysis System (RIAS): Utility and Flexibility for Analysis of Medical Interactions. In: *Patient Education and Counseling* 46 (4), 243–251.

Rothärmel, S. / Wolfslast, G. / Fegert, J.M. (1999): Informed Consent, ein kinderfeindliches Konzept? Von der Benachteiligung minderjähriger Patienten durch das informed consent-Konzept am Beispiel der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: *Medizinrecht* 17 (7), 293–298.

Rothschuh, K.E. (1978): Konzepte der Medizin in Vergangenheit und Gegenwart. Stuttgart: Hippokrates.

Russo, S. / Nickel, E. (2012): Wie im wahren Leben: Simulation und Realitätsnähe. In: St.Pierre, M. / Breuer, G. (Hrsg.): Simulation in der Medizin. Grundlegende Konzepte - Klinische Anwendung. Berlin, Heidelberg: Springer, 121–131.

Ruusuvuori, J. (2001): Looking Means Listening: Coordinating Displays of Engagement in Doctor-Patient-Interaction. In: *Social Science & Medicine* 52, 1093–1108.

Saake, I. (2003): Die Performanz des Medizinischen. Zur Asymmetrie in der Arzt-Patienten-Interaktion. In: *Soziale Welt* 54 (4), 429–459.

Sachweh, S. (2000): "Schätzle hinsetze!". Kommunikation in der Altenpflege. Frankfurt a. Main: Peter Lang Verlag.

Sacks, H. / Schegloff, E.A. / Jefferson, G. (1974): A Simplest Systematic for the Organization of Turn-Taking for Conversations. In: *Language in Society* 50, 696–735.

Sacks, H. (1984): Notes on Methodology. In: Atkinson, J.M. / Heritage, J. (Hrsg.): Structures of Social Action. Studies in Conversation Analysis. Cambridge: Cambridge University Press, 21–27.

Sacks, H. (1992): Lectures on Conversation. Band I und II. Oxford: Basil Blackwell.

Sager, S. / Bührig, K. (2005): Einleitung. In: *Osnabrücker Beiträge zur Sprachtheorie (*70), 5–17.

Sass, H.M. (Hrsg.) (1989): Medizin und Ethik. Stuttgart: Reclam Verlag.

Sator, M. (2011): Schmerzdifferenzierung. Eine gesprächsanalytische Untersuchung ärztlicher Erstgespräche an der Kopfschmerzambulanz. [Kommunikation im Fokus - Arbeiten zur Angewandten Linguistik]. Göttingen: V&R unipress.

Sator, M. (2013): Familiendolmetschung vs. professionelle Dolmetschung I: Eine Fallstudie. In: Menz, F. (Hrsg.): Migration und medizinische Kommunikation. Linguistische

Verfahren der Patientenbeteiligung und Verständnissicherung in ärztlichen Gesprächen mit Migranten. Göttingen: V&R unipress, 33–145.

Schagen, U. (2002): Reformen auf dem Papier - Studium der Humanmedizin in der Bundesrepublik Deutschland seit 1970. In: Gerlinger, T. / Lenhardt, U. / Simon, M. (Hrsg.): Qualifizierung und Professionalisierung. [Jahrbuch für kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften, Band 37]. Hamburg: Argument-Verlag, 7–23.

Scheffer, S. (2009): Validierung des „Berliner Global Rating" (BGR) – ein Instrument zur Prüfung kommunikativer Kompetenzen Medizinstudierender im Rahmen klinisch-praktischer Prüfungen (OSCE). Dissertation. Berlin: Charité – Universitätsmedizin Berlin, Reformstudiengang Medizin. URL: http://www.diss.fu-berlin.de/diss/servlets/MCRFileNodeServlet/FUDISS_derivate_000000005855/Dissertation_Scheffer.pdf?hosts= [Stand: 15.01. 2015].

Scheffner, D. (1999): Einleitung: Die Reform des Medizinstudiums in Deutschland - Bestreben und Bedenken. In: Göbel, E. / Schnabel, K. (Hrsg.): Medizinische Reformstudiengänge: Beispiele aus Deutschland, Kanada, den Niederlanden, Norwegen, Schottland, der Schweiz, Schweden und den USA. Frankfurt a. Main: Mabuse-Verlag, 9–14.

Schegloff, E.A. / Sacks, H. (1973): Opening Up Closings. In: *Semiotica* 8 (4), 289–327.

Schegloff, E.A. / Jefferson, G. / Sacks, H. (1977): The Preference for Self-Correction in the Organization of Repair in Conversation. In: *Language in Society* 53, 361–382.

Scheibler, F. (2004): Shared Decision-Making. Von der Compliance zur partnerschaftlichen Entscheidungsfindung. Bern: Verlag Hans Huber.

Schenkein, J. (1978a): Sketch of an Analytic Mentality for the Study of Conversational Interaction. In: Schenkein, J. (Hrsg.): Studies in the Organization of Conversational Interaction. New York: Academic Press, 1–6.

Schenkein, J. (Hrsg.) (1978b): Studies in the Organization of Conversational Interaction. New York: Academic Press.

Schmidt, T. / Wörner, K. (2009): EXMARaLDA - Creating, Analysing and Sharing Spoken Language Corpora for Pragmatic Research. In: Journal of Pragmatics 19 (4), 565–582.

Schmitt, R. (2002): Rollenspiele als authentische Gespräche. Überlegungen zur deren Produktivität im Trainingszusammenhang. In: Brünner, G. / Fiehler, R. / Kindt, W. (Hrsg.): Angewandte Diskursforschung, Band 2: Methoden und Anwendungsbereiche. Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung, 81-99.

Schmitt, R. (2005): "Zur multimodalen Struktur von turn-taking.". In: *Gesprächsforschung - Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion* 6, 17–61.

Schmitt, R. (Hrsg.) (2007): Koordination. Analysen zur multimodalen Interaktion. Tübingen: Narr Verlag.

Schmitt, R. (2012): Gehen als situierte Praktik: „Gemeinsam gehen" und „hinter jemandem herlaufen". In: *Gesprächsforschung - Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion* 13, 1–44.

Schnabel, K. (2012): Simulation aus Fleisch und Blut: Schauspielpatienten. In: St.Pierre, M. / Breuer, G. (Hrsg.): Simulation in der Medizin. Grundlegende Konzepte - Klinische Anwendung. Berlin, Heidelberg: Springer, 115–120.

Schnee, M. (2002): Der Primärarzt nach dem Gesundheitsstrukturgesetz. Eine empirische Analyse der Wirkungen des GSG auf niedergelassene Allgemeinärzte und Internisten in Ost- und Westdeutschland im Panel-Vergleich 1992 und 1998. Hamburg: Kovac.

Schnell, M. / Langer, T. (2009a): Arzt-Patienten-Kommunikation im Medizinstudium. Die integrierten Curricula an der Universität Witten/Herdecke. In: Schnell, M. / Langer, T. (Hrsg.): Das Arzt-Patient/Patient-Arzt-Gespräch. Ein Leitfaden für Klinik und Praxis. München: Hans Marseille Verlag, 189-200.

Schnell, M. / Langer, T. (Hrsg.) (2009b): Das Arzt-Patient/Patient-Arzt-Gespräch. Ein Leitfaden für Klinik und Praxis. München: Hans Marseille Verlag.

Schöffler, M. / Spranz-Fogasy, T. (2012): ja m_hm. Patientenreaktionen auf prädiagnostische Mitteilungen. In: *Zeitschrift für angewandte Linguistik* 57 (1), 1–32.

Schöne-Seifert, B. (2007): Grundlagen der Medizinethik. Stuttgart: Kröner Verlag.

Schricke, D. / Mossakowski, A. / Riedlinger, A. / Wendt, O. (2010): Was macht einen guten Arzt aus? - Eine studentische Perspektive. In: Witt, C. (Hrsg.): Der gute Arzt aus interdisziplinärer Sicht. Ergebnisse eines Expertentreffens. Essen: KVC-Verlag, 1–9.

Schröder, H. (2010): Theoretische Aspekte der Arzt-Patienten-Interaktion. In: Witt, C. (Hrsg.): Der gute Arzt aus interdisziplinärer Sicht. Ergebnisse eines Expertentreffens. Essen: KVC-Verlag, 93–118.

Schröder, P. / Steger, H. (Hrsg.) (1981): Dialogforschung. Jahrbuch 1980 des Instituts für Deutsche Sprache. Düsseldorf: Schwann Verlag.

Schülein, J.A. (1987): Theorie der Institution. Opladen: Westdeutscher Verlag.

Schultz, J. / Schönemann, J. / Lauber, H. / Nikendei, C. / Herzog, W. / Jünger, J. (2007): Einsatz von Simulationspatienten im Kommunikations- und Interaktionstraining für Medizinerinnen und Mediziner (Medi-KIT): Bedarfsanalyse - Training - Perspektiven. In: *Gruppendynamik und Organisationsberatung* 38 (1), 7–23.

Schütz, A. (1932): Der sinnhafte Aufbau der sozialen Welt. Eine Einleitung in die verstehende Soziologie. Wien: Springer.

Schweickhardt, A. / Fritzsche, K. (2007): Kursbuch ärztliche Kommunikation. Grundlagen und Fallbeispiele aus Klinik und Praxis. Köln: Deutscher Ärzteverlag.

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (2013): Kommunikation im medizinischen Alltag. Ein Leitfaden für die Praxis. Muttenz: Druckerei Schwabe.

Schwitalla, J. (2001): Gesprochene-Sprache-Forschung und ihre Entwicklung zu einer Gesprächsanalyse. In: Brinker, K. / Antos, G. / Heinemann, W. / Sager, S. (Hrsg.): Text- und Gesprächslinguistik. Ein internationales Handbuch zeitgenössischer Forschung. 2. Halbband. Berlin / New York: Walter de Gruyter, 896–903.

Scottish Deans´ Medical Curriculum Group (2008): The Scottish Doctor. Learning Outcomes for the Medical Undergraduate in Scotland: A Foundation for Competent and Reflective Practitioners. 3. Dundee: Association for Medical Education in Europe.

Searle, J. (1971): Sprechakte. Ein sprachphilosophischer Essay. Frankfurt a. Main: Suhrkamp Verlag.

Seib, S. (2009): Einsatz von Rollenspielen im Hauptseminar zum Thema „Gespräche in der Schule“. In: Birkner, K. / Stukenbrock, A. (Hrsg.): Die Arbeit mit Transkripten in Fortbildung, Lehre und Forschung. Mannheim: Verlag für Gesprächsforschung, 203–215.

Selting, M. / Auer, P. / Barden, B. / Bergmann, J. / Couper-Kuhlen, E. / Günthner, S. / Meier, C. / Quasthoff, U. / Schlobinski, P. / Uhmann, S. (1998): Gesprächsanalytisches Transkriptionssystem (GAT). In: Linguistische Berichte 173, 91-122.

Selting, M. / Auer, P. / Barth-Weingarten, D. / Bergmann, J. / Bergmann, P. / Birkner, K. / Couper-Kuhlen, E. / Deppermann, A. / Gilles, P. / Günthner, S. / Hartung, M. / Kern, F. / Mertzlufft, C. / Meyer, C. / Morek, M. / Oberzaucher, F. / Peters, J. / Quasthoff, U. / Schütte, W. / Stukenbrock, A. / Uhmann, S. (2009): Gesprächsanalytisches Transkriptionssystem 2 (GAT 2). In: *Gesprächsforschung – Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion* 10, 353-402.

Selting, M. / Couper-Kuhlen, E. (2001): Forschungsprogramm ‚Interaktionale Linguistik'. In: *Linguistische Berichte* 187, 257–287.

Siegrist, J. (1978): Arbeit und Interaktion im Krankenhaus. Vergleichende medizinologische Untersuchungen in Akutkrankenhäusern. Stuttgart: Enke Verlag.

Siegrist, J. (1982): Asymmetrische Kommunikation bei klinischen Visiten. In: Köhle, K. / Raspe, H.-H. (Hrsg.): Das Gespräch während der ärztlichen Visite. Empirische Untersuchungen. München: Urban & Schwarzenberg, 16–22.

Silverman, W.A. (1989): The Myth of Informed Consent: In Daily Practice and in Clinical Trials. In: *Journal of Medical Ethics* 15, 6–11.

Siminoff, L.A. / Rogers, H.L. / Waller, A.C. / Harris-Haywood, S. / Esptein, R.M. / Carrio, F.B. / Gliva-McConvey, G. / Longo, D.R. (2011): The Advantages and Challenges of Unannounced Standardized Patient Methodology to Assess Healthcare Communication. In: *Patient Education and Counseling* 82 (3), 318–324.

Simmer, H. (1970): Principles and Problems of Medical Undergraduate Education in Germany during the nineteenth and Early Twentieth Centuries. In: O´Malley, C. (Hrsg.): The History of Medical Education. An International Symposium Held February 5-9, 1968. Berkeley: University of California Press, 173–200.

Simpson, J. / Furnance, J. Crosby, J. (2002): The Scottish Doctor - Learning Outcomes for the Medical Undergraduate in Scotland: A Foundation for Competent and Reflective Practitioners. In: *Medical Teacher* 24, 136–143.

Soeffner, H.G. (1979) (Hrsg.): Interpretative Verfahren in den Sozial- und Textwissenschaften. Stuttgart: Metzler.

Sohn, W. (1994): Medizinstudenten lernen mit Patienten sprechen. Erfahrungen aus zehn Jahren Rollenspiel in Seminaren der Allgemeinmedizin. In: Bliesener, T. / Brons-Albert, R. (Hrsg.): Rollenspiele in Kommunikations- und Verhaltenstrainings. Opladen: Westdeutscher Verlag, 177-193.

Solvi, A. / Foss, K. / Soest, T.v. / Roald, H. / Skolleborg, K. / Holte, A. (2010): Motivational Factors and Psychological Processes in Cosmetic Breast Augmentation Surgery. In: *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery* 63 (4), 673–680.

Spranz-Fogasy, T. (1990): Ärztliche Kommunikation. Transfer diskursanalytischen Wissens in die Praxis. In: Ehlich, K. / Koerfer, A. / Redder, A. / Weingarten, R. (Hrsg.): Medizinische und therapeutische Kommunikation. Diskursanalytische Untersuchungen. Opladen: Westdeutscher Verlag, 143–155.

Spranz-Fogasy, T. (2005): Kommunikatives Handeln in ärztlichen Gesprächen. Gesprächseröffnung und Beschwerdenexploration. In: Neises, M. / Ditz, S. / Spranz-Fogasy, T. (Hrsg.): Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde. Ein interdisziplinärer Ansatz zur verbalen Intervention. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH, 17–47.

Spranz-Fogasy, T. / Lindtner, H. (2009): Fragen und Verstehen. Wissenskonstitution im Gespräch zwischen Arzt und Patient. In: Felder, E. / Müller, M. (Hrsg.): Wissen durch Sprache. Theorie, Praxis und Erkenntnisinteresse des Forschungsnetzwerkes "Sprache und Wissen". [Sprache und Wissen, Band 3]. Berlin / New York: Walter de Gruyter, 141–170.

Spranz-Fogasy, T. (2010): Verstehensdokumentation in der medizinischen Kommunikation: Fragen und Antworten im Arzt-Patient-Gespräch. In: Deppermann, A. / Reitemeier, U. / Schmitt, R. / Spranz-Fogasy, T. (Hrsg.): Verstehen in professionellen Handlungsfeldern. [Studien zur Deutschen Sprache, Band 52]. Tübingen: Narr Verlag, 27–116.

Spranz-Fogasy, T. / Becker, M. / Menz, F. / Nowak, P. (2014): Literatur zur Medizinischen Kommunikation. URL: http://hypermedia.ids-mannheim.de/pragdb/Literatur_zur_Medizinischen_Kommunikation_Version2014.pdf [Stand: 31.01. 2014].

St.Pierre, M. / Breuer, G. (Hrsg.) (2012): Simulation in der Medizin. Grundlegende Konzepte - Klinische Anwendung. Berlin, Heidelberg: Springer.

Stati, S. / Weigand, E. (Hrsg.) (1992): Methodologie der Dialoganalyse. Tübingen: Niemeyer Verlag.

Statistisches Bundesamt (2010): Gesundheit auf einen Blick. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Steinkamp, N. / Gordijn, B. (2003): Ethik in der Klinik - Ein Arbeitsbuch. Zwischen Leitbild und Stationsalltag. Neuwied / Köln / München: Wolters Kluwer Deutschland.

Steinmann, G. (1977): Zur nonverbalen Kommunikation zwischen Arzt und Patient während der Visite. Hamburg: Universität Hamburg.

Steinmann, G. / Nordmeyer, J. / Deneke, F.-W. / Kerekjarto, M. (1978): Nonverbale Kommunikation zwischen Arzt und Patient während der Visite. In: *Medizinische Psychologie* 4, 68–80.

Stivers, T. (1998): Pre-Diagnostic Commentary in Veterinarian-Client Interaction. In: *Research on Language and Social Interaction* 31, 241–277.

Stivers, T. / Heritage, J. (2001): Breaking the Sequential Mould: Answering 'More than the Question' during Comprehensive History Taking. In: *Text – Interdisciplinary Journal for the Study of Discourse* 21 (1-2), 151–185.

Stivers, T. / Mangione-Smith, R. / Elliot, M. / McDonald, L. / Heritage, J. (2003): Why Do Physicians Think Parents Expect Antibiotics? What Parents Report vs what Believe. In: *The Journal of Family Practice* 52 (2), 140–148.

Stivers, T. (2005): Non-Antibiotic Treatment Recommendations: Delivery Formats and Implications for Parent Resistance. In: *Social Science & Medicine* 60 (5), 949–964.

Stivers, T. / Sidnell, J. (2005): Introduction: Multi-Modal Interaction. In: *Semiotica* 156 (1/4), 1–20.

Stivers, T. (2006): Treatment Decisions. Negotiations between Doctors and Parents in Acute Care Encounters. In: Maynard, D. / Heritage, J. (Hrsg.): Communication in Medical Care. Cambridge: Cambridge University Press, 279–312.

Streeck, J. (1983): Konversationsanalyse. Ein Reparaturversuch. In: *Zeitschrift für Sprachwissenschaft* 2 (1), 72–104.

Street, R.L. / Buller, D.B. (1987): Nonverbal Response Patterns in Physician-Patient-Interactions: A Functional Analysis. In: *Journal of Nonverbal Behavior* 11, 234–253.

Street, R.L. / Buller, D.B. (1988): Patients´ Characteristics Affecting Physician-Patient Nonverbal Communication. In: *Human Communication Research* 15, 60–90.

Strübing, J. (2004): Grounded Theory. Zur sozialtheoretischen und epistemologischen Fundierung des Verfahrens der empirisch begründeten Theoriebildung. [Qualitative Sozialforschung, Band 15]. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

Studiendekanat der Medizinischen Fakultät der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg (2006): Lernzielkatalog für das Fach Innere Medizin. URL: http://www.medizinstudium.uni-freiburg.de/lehrende/Lernzielkataloge/Innere_Medizin_gesamt.pdf [Stand: 15.01.2015].

Stukenbrock, A. (2009): Herausforderungen der multimodalen Transkription: Methodische und theoretische Überlegungen aus der wissenschaftlichen Praxis. In: Birkner, K. / Stukenbrock, A. (Hrsg.): Die Arbeit mit Transkripten in Fortbildung, Lehre und Forschung. Mannheim: Verlag für Gesprächsforschung, 144–170.

Stunder, W. / Scherer, M. / Himmel, W. (2008): Wie gut schätzen Hausarzt-Patienten den Zeitbedarf einer Konsultation ein? In: *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 133 (3), 67–70.

Surbone, A. / Lowenstein, J. (2003): Exploring Asymmetry in the Relationship between Patients and Physicians. In: *Journal of Clinical Ethics* 14 (3), 183–188.

Tamblyn, R.M. / Klass, D.K. / Schnabl, G.K. / Kopelow, M.L. (1990): Factors Associated with the Accuracy of Standardized Patient Presentation. In: *Academic Medicine* 65, 55–66.

Tashakkori, A. / Teddlie, C. (1998): Mixed methodology. Combining Qualitative and Quantitative Approaches. [Applied Social Research Methods Series, Band v. 46]. Thousand Oaks, Calif: Sage.

ten Have, P. (1990): Und der Arzt schweigt. Sprechstunden-Episoden, in denen Ärzte auf Patienteninformationen sprachlich nicht reagieren. In: Ehlich, K. / Koerfer, A. / Redder, A. / Weingarten, R. (Hrsg.): Medizinische und therapeutische Kommunikation. Diskursanalytische Untersuchungen. Opladen: Westdeutscher Verlag, 103–121.

ten Have, P. (1991): Talk an Institution: A Reconsideration of the "Asymmetry" of Doctor-Patient-Interaction. In: Boden, D. / Zimmermann, D. (Hrsg.): Talk and social structure: studies in ethnomethodology and conversation analysis. Cambridge: Polity Press, 138–163.

ten Have, P. (1993): Fragen von Ärzten. Erste Bemerkungen. In: Löning, P. / Rehbein, J. (Hrsg.): Arzt-Patienten-Kommunikation. Analysen zu interdisziplinären Problemen des medizinischen Diskurses. Berlin / New York: De Gruyter Verlag, 373–383.

ten Have, P. (1998): Doing Conversation Analysis. London: Sage.

Thistlethwaite, J. / Evans, R. / Nan Tie, R. / Heal, C. (2006): Shared Decision Making and Decision Aids. A Literature Review. In: *Australian Family Physician* 35 (7), 537–540.

Timmermanns, S. / Berg, M. (2003): The Golden Challenge of Evidence-Based Medicine and Standardization in Health Care. Philadelphia PA: Temple University Press.

Travado, L. / Grassi, L. / Gil, F. / Ventura, C. / Martins, C. / Southern European Psycho-Oncology Study Group (2005): Physician-Patient Communication among Southern European Cancer Physicians: The Influence of Psychosocial Orientation and Burnout. In: *Psycho-Oncology* 14 (8), 661–670.

Union der deutschen Akademien der Wissenschaften zu Leipzig (Hrsg.) (1999): Werkzeug Sprache. Sprachpolitik, Sprachfähigkeit, Sprache und Macht. Hildesheim / Zürich / New York: Georg Uhus Verlag.

van Berkel, H, Scherpbier, A. / Hillen, H. / van der Vleuten, C. (Hrsg.) (2010): Lessons from Problem-Based Learning. Oxford: Oxford University Press.

van Dalen, J. (2012): Skillslab. Faculty of Health, Medicine and Life Sciences. 6. durchgesehene. Lanaken: Drukkerij Pietermanns.

van den Bussche, H. (1993): Ärztliche Ausbildung und medizinische Studienreform im Nationalsozialismus. In: Bleker, J. / Jachertz, N. (Hrsg.): Medizin im "Dritten Reich". 2. Köln: Deutscher Ärzteverlag, 117–128.

van Dijk, T. (Hrsg.) (1985): Handbook of Discourse Analysis. 4. London: Academic Press.

van Dijk, T. (1989): Structures of Discourse and Structures of Power. In: Anderson, J.A. (Hrsg.): Communication Yearbook 12. Newbury Park, CA: Sage, 18–59.

Veit, I. / Huenges, B. / Köster, U. / Pieper, M. / Rusche, H. (2009): Wie kann der adäquate ärztliche Umgang mit Emotionen im Medizinstudium vermittelt werden? Ein Erfahrungsbericht aus dem Strang "Ärztliche Interaktion" im Modellstudiengang Medizin der Ruhr-Universität Bochum. In: *GMS Zeitschrift für medizinische Ausbildung* 26 (3). URL: http://www.egms.de/static/de/journals/zma/2009-26/zma000622.shtml [Stand: 15.01.2015].

Vlassenko, I. (2013): Sprache und HIV/AIDS. Traumerzählung und Multimodale Metaphern zur Veranschaulichung von subjektiven Krankheitstheorien. In: Birkner, K. / Ehmer, O. (Hrsg.): Veranschaulichungsverfahren im Gespräch. Mannheim: Verlag für Gesprächsforschung, 93–132.

Vollmann, J. / Dörris, A. (1996): Dem Einzelnen oder dem Ganzen verpflichtet? Ethische Überlegungen zur ärztlichen Verantwortung. In: *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 90, 527–532.

Vollmann, J. (2000a): Aufklärung und Einwilligung in der Psychiatrie. Ein Beitrag zur Ethik in der Medizin. Reihe: Monographien aus dem Gesamtgebiet der Psychiatrie. Darmstadt: Steinkopff.

Vollmann, J. (2000b): Das Informed Consent-Konzept als Politikum in der Medizin. Patientenaufklärung und Einwilligung aus historischer und medizinischer Perspektive. In: Kettner, M. (Hrsg.): Angewandte Ethik als Politikum. Frankfurt a. Main: Suhrkamp Verlag, 253–279.

Vollmann, J. (2008): Patientenselbstbestimmung und Selbstbestimmungsfähigkeit. Beiträge zur klinischen Ethik. Stuttgart: Kohlhammer.

Vollmann, J. / Schildmann, J. / Simon, A. (Hrsg.) (2009): Klinische Ethik. Aktuelle Entwicklungen in Theorie und Praxis. Frankfurt a. Main / New York: Campus Verlag.

Vu, N. / Barrows, H. (1994): Use of Standardized Patients in Clinical Assessments: Recent Developments and Measurement Findings. In: *Educational Researcher* 23 (3), 23–30.

Waitzkin, H. (1991): The Politics of Medical Encounters: How Patients and Doctors Deal with social problems. Binghampton, NY: Vail-Ballou Press.

Wallace, P. (2007): Coaching Standardized Patients. For Use in the Assessment of Clinical Competence. New York: Springer Publishing Company.

Weiner, S.J. / Schwartz, A. / Cyrus, K. / Binns-Calvey, A. / Weaver, F.M. / Sharma, G. / Yudkowski, R. (2013): Unannounced Standardized Patient Assessment of the Roter Interaction Analysis System: The Challenge of Measuring Patient-Centered Communication. In: *Journal of General Internal Medicine* 28 (2), 254–260.

Weinert, F. (2002a): Vergleichende Leistungsmessung in Schulen - eine umstrittene Selbstverständlichkeit. In: Weinert, F. (Hrsg.): Leistungsmessung in Schulen. Weinheim: Beltz, 17–31.

Weinert, F. (Hrsg.) (2002b): Leistungsmessung in Schulen. Weinheim: Beltz.
Weiß, M. (2012): Gezielt zur Zweitmeinungs-Suche ermutigen! URL: http://www.medical-tribune.de/medizin/fokus-medizin/artikeldetail/gezielt-zur-zweitmeinungs-suche-ermutigen.html [Stand: 15.01.2015].
West, C. (1984): Routine Complications. Troubles with Talk between Doctors and Patients. Bloomington, IN: Indiana University Press.
White, J.C. / Rosson, C. / Christensen, J. / Hart, R. / Levinson, W (1997): Wrapping Things Up: A Qualitative Analysis of the Closing Moments of the medical Visit. In: *Patient Education and Counseling* 30 (2), 155–165.
Wichter, S. (1983): Dimensionen fachexterner Kommunikation. In: Henne, H. / Mentrup, W. (Hrsg.): Wortschatz und Verständigungsprobleme. Was sind „schwere Wörter" im Deutschen? Düsseldorf: Walter de Gruyter, 72–91.
Wichter, S. / Antos, G. (Hrsg.) (2001): Wissenstransfer zwischen Experten und Laien. Umriss einer Transferwissenschaft. [Transfer, Band 1]. Frankfurt a. Main: Peter Lang Verlag.
Wieland, W. (1986): Strukturwandel der Medizin und ärztliche Ethik. Philosophische Überlegungen zu Grundfragen einer praktischen Wissenschaft. Heidelberg: Winter.
Wiese, I. (1984): Fachsprache Medizin. Eine linguistische Analyse. Leipzig: Verlag Enzyklopädie.
Wiese, I. (1994): Zum Einfluss der ärztlichen Aufklärung auf Krankheitswissen und Sprachgebrauch bei Patienten mit chronischen Krankheiten. In: Redder, A. / Wiese, I. (Hrsg.): Medizinische Kommunikation. Diskurspraxis, Diskursethik, Diskursanalyse. Opladen: Westdeutscher Verlag, 115–124.
Wiese, I. (2001): Aspekte des Wissenstransfers im Bereich der Institution Gesundheitswesen. In: Wichter, S. / Antos, G. (Hrsg.): Wissenstransfer zwischen Experten und Laien. Umriss einer Transferwissenschaft. [Transfer, Band 1]. Frankfurt a. Main: Peter Lang Verlag, 227–235.
Williams, R. (2004): Have Standardized Patient Examination Stood the Test of Time and Experience? In: *Teaching and Learning in Medicine* 16 (2), 215–222.
Williams, S.J. / Calnan, M. (1991): Key Determinants of Consumer Satisfaction with General Practice. In: *Family Practice* 8 (3), 237–242.
Wilm, S. / Knauf, A. / Peters, T. / Bahrs, O. (2004): Wann unterbricht der Hausarzt seine Patienten zu Beginn der Konsultation? In: *Zeitschrift für Allgemeinmedizin* 80 (2), 53–57.
Wimmer, H. (1993): Information und Beratung von Krebspatienten im Krankenhaus. Voraussetzungen und Möglichkeiten von Patienten im Gespräch mit dem Arzt. In: Löning, P. / Rehbein, J. (Hrsg.): Arzt-Patienten-Kommunikation. Analysen zu interdisziplinären Problemen des medizinischen Diskurses. Berlin / New York: De Gruyter Verlag, 403–418.
Wirtz, M. (Hrsg.) (2014): Dorsch - Lexikon der Psychologie. Dorsch - 2014/2015. 16., vollständig überarbeitete Auflage. Bern: Verlag Hans Huber.
Wissenschaftsrat (1999): Empfehlungen zur Struktur der Hochschulmedizin. Aufgaben, Organisation, Finanzierung. Köln: Wissenschaftsrat.
Wissenschaftsrat (2008): Empfehlungen zur Qualitätsverbesserung von Lehre und Studium. URL: http://www.wissenschaftsrat.de/texte/8639-08.pdf [Stand: 06.05.2014].
Witt, C. (Hrsg.) (2010): Der gute Arzt aus interdisziplinärer Sicht. Ergebnisse eines Expertentreffens. Essen: KVC-Verlag.

Wodak, R. (1987): Kommunikation in Institutionen. In: Ammon, U. / Dittmar, N. / Mattheier, Klaus / Trudgill, Peter (Hrsg.) (1987): Soziolinguistik. [HSK 3, Band 2]. Berlin: Walter de Gruyter, 799-820.

Wodak, R. (2002): Aspects of Critical Discourse Analysis. In: *Zeitschrift für angewandte Linguistik* 36, 5-33.

Wolf, H.P. (1989): Arzt und Patient. In: Sass, H.M. (Hrsg.): Medizin und Ethik. Stuttgart: Reclam Verlag, 184–211.

Working Group under a Mandate of the Joint Commission of the Swiss Medical Schools (2008): Swiss Catalogue of Learning Objectives for Undergraduate Medical Training. URL: http://sclo.smifk.ch/sclo2008/downloads [Stand: 15.01.2015].

World Federation for Medical Education (2003): WFME.-Global Standards for Quality Improvement: Basic Medical Education. Kopenhagen: WFME.

World Health Organisation (2003): Adherence to Long-Term Therapies. Evidence for Action. URL: http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_ full_report.pdf [Stand: 09.05.2014].

12.2 Verzeichnis allgemeiner Internetlinks

Association of Standardized Patient Educators:
http://www.aspeducators.org [Stand: 15.01. 2015]

Forschungsdatenbank API-on© Online
URL: http://www.univie.ac.at/linguistics/florian/api-on/ [Stand: 15.01. 2015]

Nationaler Kompetenzbasierten Lernzielkatalog Medizin:
www.NKLM.de [Stand: 15.01. 2015]

Royal College of Physicians and Surgeons of Canada (RCPSC):
http://www.royalcollege.ca [Stand: 15.01. 2015]

Ruhr-Universität Bochum:
http://www.ruhr-uni-bochum.de/msm/ [Stand: 15.01. 2015]

RWTH Aachen University:
http://www.medizin.rwth-aachen.de/cms/Medizin/Studium/Studiengaenge/~vft/Modellstudiengang-Medizin/ [Stand: 15.01. 2015]

Stiftung für Hochschulzulassung:
http://www.hochschulstart.de/index.php?id=4143 [Stand: 15.01. 2015]

Universität Witten/Herdecke
http://www.uni-wh.de/gesundheit/modellstudiengang-medizin/ [Stand: 15.01. 2015]

12.3. Verzeichnis der Gesetzestexte und Verordnungen

Bundesärztekammer (2011): (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte. URL: http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/MBO_08_20111.pdf [Stand: 14.05.2014]

Bundesministerium für Gesundheit (2013): Approbationsordnung für Ärzte (ÄAppO) vom 07.01.2013. Bundesgesetzblatt Teil 1, 34

Bundesministerium für Gesundheit (1999): Approbationsordnung für Ärzte (ÄAppO) vom 11.02.1999. Bundesgesetzblatt Teil 1, 140

Bundesministerium für Gesundheit (2002): Approbationsordnung für Ärzte (ÄAppO) vom 27.06.2002. Bundesgesetzblatt Teil 1, 2405-2435.

13. Anhänge

13.1 Informationen für Studienteilnehmer

Situation	Praxis einer niedergelassenen Allgemeinmedizinerin (Sie agieren als Mutterschutzvertretung)
Zeit	Dienstagnachmittag
Konsultationsanlass	Bluthochdruck (Hypertonie)

Situationsbeschreibung:

Sie vertreten derzeit Frau Dr. Ottmann, eine niedergelassene Hausärztin (Fachärztin für Allgemeinmedizin), die sich im Mutterschutz befindet, in ihrer Praxis in einer westdeutschen Großstadt. Es ist trotz eines vollen Terminkalenders ein normaler Behandlungstag und ungewöhnliche Vorfälle sind heute ausgeblieben.

Aus den Akten entnehmen Sie, dass der nächste Patient (entweder Frau Berger oder Herr Börner) ein langjähriger Patient von Frau Dr. Ottmann ist und derzeit wegen Bluthochdruck behandelt wird. Bei einer Routineuntersuchung wurde vor etwas über einem halben Jahr ein Hypertonus (160 zu 100 mmHg) festgestellt und nach ausführlicheren Untersuchungen wurde die Diagnose eines idiopathischen arteriellen Hypertonus gestellt. Dem Patienten wurde daraufhin ein ACE-Hemmer (5mg Ramipril) verschrieben, der allerdings in den weiteren Messungen keine große Veränderung des Hochdrucks bewirkte. Daraufhin erhöhte die Hausärztin die Dosierung vor 12 Wochen auf 10mg Ramipril.

Die Aufnahme sowie eine Blutdruckmessung (150 zu 100 mmHg) sind bereits von den Arzthelferinnen erledigt worden und der Patient wartet jetzt im Behandlungszimmer. Der Patient selber ist 41 Jahre alt, hat bisher keine Begleiterkrankungen und, nach seinen bisher gemachten Angaben, prinzipiell einen nicht ungesunden Lebenswandel. Er nimmt regelmäßig den verschriebenen ACE-Hemmer und hat außer dem Bluthochdruck keine weiteren Auffälligkeiten.

Ziel:

Nach Stand der Forschung und Sichtung der Leitlinien steht bei weiterhin erhöhten Werten nun eine Kombinationstherapie aus dem schon bisher gewählten ACE-Hemmer und entweder einem Calcium-Antagonisten oder einem Diuretikum an. Beide haben in dieser Situation nach Studienlage in etwa die gleiche Wirksamkeit, jedoch unterschiedliche Nebenwirkungen.

Erklären Sie dem Patienten die Situation und besprechen Sie mit ihm die weitere Therapie sowie die Wahl des Zusatzpräparats. Im Verlauf der Konsultation soll sich für eines der Medikamente als Zusatz zum ACE-Hemmer entschieden werden. Versuchen Sie dabei eine Konsultationsdauer von maximal 20 Minuten nicht zu überschreiten.

Wirkung des ACE-Hemmers:

ACE-Hemmer blockieren die Wirkung des körpereigenen Proteins ACE, das für die Herstellung des Hormons Angiotensin-II (AT-II) verantwortlich ist. Da AT-II die Blutgefäße verengt und damit den Blutdruck hoch hält, werden durch eine Verringerung die Blutgefäße geweitet und der Blutdruck sinkt.

Wichtigste UAW (Unerwünschte Arzneimittelwirkung):

- Trockener Hustenreiz

Wirkbeschreibung Kalziumantagonist:

Kalzium spielt eine wichtige Rolle in der Muskelkontraktion, u. a. in der glatten Muskulatur in den Wänden der Blutgefäße. Durch Kalzium spannen sich die Muskeln an, die Blutgefäße verengen sich und der Blutdruck steigt. Kalziumantagonisten hemmen diese Wirkung.

Klinisch bedeutsame UAWs:

- Kopfschmerzen
- Beinschwellungen (Ödeme)
- Allergische Reaktionen

Seltene weitere UAWs:

- Gesichtsrötungen und allgemeines Wärmegefühl
- Hautausschläge

Wirkbeschreibung des Diuretikums:

Diuretika greifen in den Flüssigkeits- und Elektrolythaushalt des Körpers ein und senken über eine erhöhte Flüssigkeitsausscheidung den Blutdruck.

Klinisch bedeutsame UAWs :

- Erhöhtes Wasserlassen
- Schwindel
- Müdigkeit, Schwächegefühl

Seltene weitere UAWs:

- Sehstörungen
- Mundtrockenheit
- Beinkrämpfe

13.2. Informationen für standardisierte Patienten

Situation	Praxis Ihrer Hausärztin
Zeit	Dienstagnachmittag
Konsultationsanlass	Bluthochdruck

Zusammenfassung:

Bei Ihnen wurde vor etwas über einem halben Jahr im Rahmen einer Routineuntersuchung bei Ihrer Hausärztin (Dr. Ottmann) ein erhöhter Blutdruck (160 zu 100) festgestellt. Nach ausführlichen Untersuchungen und einer Langzeitmessung hat sie Ihnen daraufhin ein Medikament (ACE-Hemmer: 5mg Ramipril) verschrieben, das den Blutdruck senken sollte und Sie wurden angehalten zusätzlich Ihren Blutdruck regelmäßig durch eigene Messungen zu überprüfen.

Nach zwei Monaten erschienen sie erneut bei Ihrer Hausärztin und Ihre Messungen sowie die der Ärztin zeigten, dass der Blutdruck nicht gesunken war. Darauf verschrieb Ihnen Frau Ottmann eine höhere Dosierung des ACE-Hemmers (10mg Ramipril) und verordnete weitere Selbstmessungen zur Kontrolle. Nun sind knapp drei Monate vergangen und an Ihrem gemessenen Blutdruckwerten hat sich weiterhin nicht viel geändert, so dass Sie erneut Ihre Hausärztin aufsuchen. Sie haben sich einen Termin für einen Dienstagnachmittag geben lassen und mussten nun knapp 20 Minuten im Wartezimmer Platz nehmen. Dort erfuhren Sie, dass Frau Dr. Ottmann derzeit im Mutterschutz ist und von einem Kollegen vertreten wird. Schließlich werden Sie in einen Behandlungsraum gebeten, wo Ihnen die Arzthelferin einige kurze Fragen stellt sowie der Blutdruck (150 zu 100) gemessen wird.

Nun warten Sie auf den Arzt…

Symptome	Unruhe, Nervosität
Emotionale Situation	etwas besorgt aufgrund der nicht angeschlagenen Medikation
Gesundheitlicher Zustand	generell gut, nichts Besonderes
Medikation	ACE-Hemmer regelmäßig eingenommen, sonst nichts
Eigenanamnese	eigene Vorgeschichte (keine zusätzliche Medikation / keine ungewöhnliche Erkrankungen)
	gelegentlich leichtes Husten (als Nebenwirkung des ACE-Hemmers bekannt)
Familienanamnese	eigene Familienanamnese (ungewöhnliche bzw. möglicherweise relevante Erkrankungen werden vorher besprochen und möglicherweise ausgelassen)
Psychosoziales Umfeld	eigene Vorgeschichte etwas unruhig und gestresst im Moment
Belastungssituation	eigene Vorgeschichte , normale Arbeitssituation
Lebenswandel (Sport, Ernährung etc.)	eigene Vorgeschichte
Allergien	eigene Vorgeschichte (ungewöhnliche bzw. möglicherweise relevante Allergien werden vorher besprochen und möglicherweise ausgelassen)
Warum hier?	Blutdruck blieb nahezu unverändert hoch trotz des Medikaments

Grundsätzliches

Um die Authentizität der Gespräche zu gewährleisten, ist es wichtig, dass Sie trotz der unten angegebenen Vorgaben natürlich sprechen, wie Sie es auch bei sonstigen Arztbesuchen tun würden. Keine Gruppe schließt Nach- oder Rückfragen aus und Sie können sich im Gespräch frei und spontan an die Äußerungen des Gegenübers anpassen. Wichtig dabei ist lediglich, dass Sie sich an die gewünschte Art der Entscheidungsfindung halten.

Gruppe I: Devot-Akzeptierend

Gewünschte Art der Entscheidungsfindung: Paternalistisch

Der Arzt ist der Experte und soll die Behandlungsentscheidung treffen. Sie respektieren sein Fachwissen und seine Erfahrung und vertrauen ihm. Sie geben ihm bereitwillig alle Informationen, die er für die Diagnose- und Therapiefindung benötigt, und akzeptieren schließlich den Behandlungsvorschlag. Einen Einbezug in die Entscheidungsfindung oder gar eine vollständige Übernahme der Entscheidung lehnen Sie unter Verweis auf Ihr mangelndes Fachwissen und auf das Vertrauen in sein ärztliches Können ab. Bei stärkerem Drängen vonseiten des Arztes wählen Sie sichtbar zufällig ein Medikament aus oder verweigern sogar eine eigene Stellungnahme, da Sie sich nicht selber behandeln möchten, und drängen den Arzt zu einer eindeutigen Entscheidung.

Gruppe II: Dominant-Fordernd

Gewünschte Art der Entscheidungsfindung: Informativ

Der Arzt ist zwar der nominelle Experte, was Erkrankungen und ihre Behandlung angeht, aber die letztliche Entscheidung zur Behandlung treffen immer noch Sie. Es ist Ihr Körper, und über den Umgang damit entscheiden Sie allein. In Ihren Augen fungiert der Arzt als eine Art Dienstleister, der Sie mit Informationen zur Diagnose und zu möglichen Prognosen versorgt und der schließlich auch die Behandlung nach Ihrer Wahl durchführt. Die Entscheidung aber, was getan werden soll, werden Sie auf der Basis der gegebenen Informationen allein treffen wollen. Sie lassen sich nur unter großem Aufwand auf einen Konsens ein, der Sie weiter von Ihrer Wahrnehmung und gefassten Entscheidung abbringt. Auch bei einem Drängen des Arztes werden Sie darauf beharren und im Extremfall das Gespräch bzw. die Behandlung abbrechen.

13.3 Empirische Aufnahmen – Datenübersicht

Nummer	**Aufnahmedatum**	**Geschlecht (Stud)** *M = männlich* *W = weiblich*	**Gesprächspartner (StP)** *da = devot-akzeptierend* *df = dominant-fordernd*	**Gesprächscode**	**Alter (Stud)**	**Semester** *(alle Regelstudiengang, RUB)*
1	08.01.2010	W	M-da	W-M-da-Kon01	21	7
2	08.01.2010	W	M-da	W-M-da-Kon02	23	9
3	08.01.2010	M	M-da	M-M-da-Kon01	27	5
4	08.01.2010	W	M-df	W-M-df-Kon01	24	11 (PJ)
5	08.01.2010	W	W-da	W-W-da-Kon01	26	13 (nach dem PJ)
6	08.01.2010	W	W-da	W-W-da-Kon02	24	11 (PJ)
7	08.01.2010	W	W-da	W-W-da-Kon03	22	7
8	19.04.2010	W	W-df	W-W-df-Kon01	23	10
9	19.04.2010	M	W-df	M-W-df-Kon01	23	8
10	19.04.2010	M	W-da	M-W-da-Kon01	28	10
11	19.04.2010	W	M-df	W-M-df-Kon02	24	10
12	19.04.2010	M	M-df	M-M-df-Kon01	24	10
13	19.04.2010	W	M-df	W-M-df-Kon03	26	6
14	19.04.2010	M	M-df	M-M-df-Kon02	22	6
15	26.04.2010	W	W-df	W-W-df-Kon02	26	11 (PJ)
16	26.04.2010	M	W-df	M-W-df-Kon02	22	6
17	26.04.2010	M	W-df	M-W-df-Kon03	23	6
18	26.04.2010	M	W-da	M-W-da-Kon02	28	10
19	26.04.2010	M	M-da	M-M-da-Kon02	26	10
20	26.04.2010	M	M-da	M-M-da-Kon03	23	6
21	26.04.2010	M	M-df	M-M-df-Kon03	23	8
22	26.04.2010	W	M-df	W-M-df-Kon04	24	10

Nummer	**Herkunftsland**	**Famulaturen** *Anzahl*[214]	**Fachrichtung der Famulaturen**
1	Bulgarien	3	Neurochirurgie, Geriatrie, Pulmologie
2	Deutschland	5	Innere Medizin, Neurologie, Radiologie, Psychiatrie, Allgemeinmedizin
3	Deutschland	0	-
4	Deutschland	5	Kardiologie, Pneumologie, Chirurgie, Anästhesie, zentrale Notaufnahme
5	Polen	6	Chirurgie, Innere Medizin, (Chile), Neurologie, Neurochirurgie, Psychiatrie, kardiologische Praxis
6	Deutschland	5	Innere Medizin, Anästhesie, plastische Chirurgie, Gynäkologie, Pädiatrie
7	Deutschland	2	Innere Medizin (Notfallambulanz), Neurologie
8	Deutschland	4	Anästhesie, Pathologie, Pneumologie, Schmerztherapie
9	Deutschland	1	Kardiologie
10	Deutschland	3	Radiologie, Naturheilverfahren, Anästhesie
11	Deutschland	5	Innere Medizin, Internistische Praxis, Pediatrie, Anästhesie, Radiologie
12	Deutschland	5	Innere Medizin, Psychiatrie, Urologie, Radiologie, Chirurgie
13	Polen	1	Kardiologie
14	Deutschland	0	-
15	Deutschland	3	Neurologie, Anästhesie, psychiatrische Praxis
16	Deutschland	0	-
17	Kirgisien	0	-
18	Deutschland	3	Innere Medizin , Chirurgie, Anästhesie
19	Deutschland	3	Unfallchirurgie, Kardiologische Ambulanz, radiologische Praxis
20	Deutschland	0	-
21	Bulgarien	1	Innere Medizin
22	Deutschland	6	Geriatrie, Palliativmedizin, Gynäkologie, Psychiatrie, Allgemeinmedizin, pädiatrische Praxis

[214] Gezählt nach verschiedenen Abteilungen bzw. unterschiedlichen Standorten.

Nummer	**Schulungen zur Kommunikation** *außerhalb des regulären Curriculums*
1	-
2	Patientenorientierte Kommunikation (Tagungsworkshop, 1 Tag)
3	Nebenberuflich: Verkaufskurse im Callcenter
4	Wahlfach: Wahrheit am Krankenbett
5	Wahlfach: Wahrheit am Krankenbett
6	-
7	Wahlfach: Wahrheit am Krankenbett
8	-
9	Wahlfach: Wahrheit am Krankenbett
10	Wahlfach: Wahrheit am Krankenbett
11	-
12	Psychosomatik: Motivational Interviewing (Therapiekonzept für Suchtkranke)
13	Wahlfach: Wahrheit am Krankenbett
14	Wahlfach: Wahrheit am Krankenbett
15	Seminar zur Palliativmedizin
16	-
17	-
18	-
19	-
20	-
21	Wahlfach: Wahrheit am Krankenbett
22	-

13.4 Transkriptionskonventionen

13.4.1 Grundsätzliches

Transkribiert wurde mit dem Programm EXMARaLDA[215] in Partiturschreibweise. Die Transkriptionskonventionen basieren auf einem modifizierten GAT 2 (Gesprächsanalytisches Transkriptionssystem 2) von Selting und Kollegen (2009). An den dortigen Vorgaben wurden einige Auslassungen und Änderungen vorgenommen. Daher sind die in dieser Arbeit verwendeten Transkripte nach GAT 2 im Wesentlichen als Basistranskripte zu charakterisieren, die mit einigen Elementen aus dem Bereich der Feintranskripte ergänzt wurden. Eine vollständige Übersicht der verwendeten Konventionen findet sich unter 13.4.3. Darüber hinaus wurden wurde das Transkript mit Informationen zu kinesischen Aktivitäten ergänzt, wobei sich an der Unterteilung von Sager und Bührig (2005: 10) orientiert wurde (für Details vgl. Kapitel 7.4).

Demnach sind jedem Gesprächsteilnehmer insgesamt 4 Kommunikationsebenen zugeordnet:

[v]	Verbal und Paraverbal
[P/P]	Proxemik und Pantomimik
[G/H]	Gestik und Haptik
[M/A]	Mimik und Axialorientierung (einschließlich Blickrichtung)

Die Gesprächsteilnehmer selber wurden mit Stud. (Studierende/r) und StP (Standardisierte/r Patient/in) abgekürzt und eine Ebene für Umgebungsgeräusche ergänzt. Dadurch ergibt sich folgende Aufteilung:

Stud. [v]	
Stud. [P/P]	
Stud. [G/H]	
Stud. [M/A]	
StP [v]	
StP [P/P]	
StP [G/H]	
StP [M/A]	
Umgebung	

Um eine bessere Übersichtlichkeit zu gewährleisten, werden die einzelnen Ebenen nur dargestellt, wenn für ihre Zuständigkeitsbereiche Phänomene beobachtet und transkribiert werden konnten.

[215] EXMARaLDA, Version 1.5.1 (http://www.exmaralda.org/, [Stand: 15.01. 2015]

13.4.2 Transkription kinesischer Aktivitäten

Bei der Notation nonverbaler Elemente werden bis auf Substantive alle Wörter klein geschrieben. Darüber hinaus dauern alle kinesischen Aktivitäten so lange, wie die parallele graue Markierung reicht. Ausnahmen hierzu finden sich bei Änderungen der Proxemik sowie bei der Axialorientierung (inklusive Blickrichtungsänderungen), wo jeweils nur die Statusänderung markiert wird.

Änderungen bei der Axialorientierung und der Proxemik werden über folgende Verben fest codiert, wobei die eventuell betroffenen Körperteile im Transkript jeweils angegeben werden:

schauen	Blickrichtungsänderung, nach Möglichkeit mit Angabe des neuen Blickfokus
drehen	Änderung der Kopf- oder Rumpforientierung nach links oder rechts
beugen	Distanzverminderung durch eine nach vorne gerichtete Krümmung von Hals oder Rumpf
aufrichten	Distanzerhöhung durch eine nach hinten gerichtete Streckung von Hals oder Rumpf
lehnen	Distanzänderung durch Bewegung des starr bleibenden Rumpfes nach vorne oder hinten

Alle übrigen nonverbalen Aktivitäten werden in standardsprachlicher Umschrift ausgeschrieben. Bei mehreren Phänomenen innerhalb einer Ebene wird die Beschreibung der durchgehend andauernden Aktivität ähnlich den paraverbalen Markierungen mit Extension mit „<<“ und „>“ gerahmt und später mit „>“ beendet. Die dazwischen liegenden Aktivitäten werden ebenfalls mit „<<“ und „>>“ markiert. Schließungen von Aktivitäten („>“) beziehen sich demnach immer auf die zuletzt begonnene Aktivität. Hierzu ein Beispiel in der Ebene [P/P] des Studierenden aus dem Transkript M-M-df-Kon01 (Flächen 163-165):

[163]

Stud. [v]	ERsetzen;		ja; (-)	und IRgendwann
Stud. [P/P]	*rutscht auf dem Stuhl herum*	*lehnt sich zurück*		*<< lehnt sich mehrfach*
Stud. [G/H]				*gestikuliert*
Stud. [M/A]				*schaut auf die Unterlagen*
StP [v]		hm_hm,		
StP [P/P]		*nickt deutlich*		

[164]

Stud. [v]	haben wir sicherlich gemeinsam	das richtige medikament	gefunden;
Stud. [P/P]	*leicht vor und zurück >*		
Stud. [M/A]			*schaut zum StP*
StP [M/A]	*schaut auf die Unterlagen des Stud.*	*schaut zum Stud.*	

[165]

Stud. [v]	(.)	und wenn sie da	einmal mit EINgestellt sind (.)	dann
Stud. [P/P]	*<< nickt leicht >>*			*>*
Stud. [G/H]		*gestikuliert*		
Stud. [M/A]		*schaut zur Seite*		*schaut zum StP*
StP [P/P]	*nickt leicht*			

13.4.3 Transkription verbaler und paraverbaler Aktivitäten

Sequenzielle Struktur/Verlaufsstruktur

[ ]	Überlappungen und Simultansprechen
=	schneller, unmittelbarer Anschluss neuer Sprecherbeiträge oder Segmente (latching)

Ein- und Ausatmen

°h / h°	Ein- bzw. Ausatmen von ca. 0.2-0.5 Sek. Dauer
°hh / hh°	Ein- bzw. Ausatmen von ca. 0.5-1.0 Sek. Dauer

Pausen

(.)	Mikropause, geschätzt, bis ca. 0.2 Sek. Dauer
(-)	kurze geschätzte Pause von ca. 0.2-0.5 Sek. Dauer
(--)	mittlere geschätzte Pause v. ca. 0.5-0.8 Sek. Dauer
(---)	längere geschätzte Pause von ca. 0.8-1.0 Sek. Dauer
(0.5)	gemessene Pause von ca. 0.5 Sek. Dauer

Sonstige segmentale Konventionen

und_äh	Verschleifungen innerhalb von Einheiten
äh / öh / ähm	Verzögerungssignale, sog. "gefüllte Pausen"
:	Dehnung, Längung, um ca. 0.2-0.5 Sek.
::	Dehnung, Längung, um ca. 0.5-0.8 Sek.
:::	Dehnung, Längung, um ca. 0.8-1.0 Sek.

Lachen und Weinen

haha / hehe / hihi	silbisches Lachen
((lacht)) / ((weint))	Beschreibung des Lachens bzw. Weinens
<<lachend> >	Lachpartikeln in der Rede, mit Reichweite
<<:-)> soo>	"smile voice"

Rezeptionssignale

hm / ja / nein / nee	einsilbige Signale
hm_hm / ja_a / nei_ein	zweisilbige Signale
ʔhmʔhm,	zweisilbige Signale mit Glottalverschlüssen, meistens verneinend

Sonstige Konventionen

((hustet))	para- und außersprachliche Handlungen u. Ereignisse
<<hustend> >	sprachbegleitende para- und außersprachliche Handlungen und Ereignisse mit Reichweite
<<erstaunt> >	interpretierende Kommentare mit Reichweite
( )	unverständliche Passage ohne weitere Angaben
(xxx) / (xxx xxx)	ein bzw. zwei unverständliche Silben
(solche)	vermuteter Wortlaut
(solche/welche)	mögliche Alternativen
((unverständlich 1.5))	unverständliche Passage mit Angabe der Dauer
((...))	Auslassung im Transkript

Akzentuierung

akZENT	Fokusakzent
ak!ZENT!	extra starker Akzent

Tonhöhenbewegung am Ende von Intonationsphrasen

?	hoch steigend
,	mittel steigend
;	mittel fallend
.	tief fallend

Lautstärke- und Sprechgeschwindigkeitsveränderungen, mit Extension

<<f> >	forte, laut
<<ff> >	fortissimo, sehr laut
<<p> >	piano, leise
<<pp> >	pianissimo, sehr leise
<<all> >	allegro, schnell
<<len> >	lento, langsam
<<cresc> >	crescendo, lauter werdend
<<dim> >	diminuendo, leiser werdend
<<acc> >	accelerando, schneller werdend
<<rall> >	rallentando, langsamer werdend

Auffällige Tonhöhensprünge

↑	kleinere Tonhöhensprünge nach oben
↓	kleinere Tonhöhensprünge nach unten
↑↑	größere Tonhöhensprünge nach oben
↓↓	größere Tonhöhensprünge nach unten

Veränderung der Stimmqualität und Artikulationsweise

<<creaky> >	glottalisiert, "Knarrstimme"
<<flüsternd> >	Beispiel für Veränderung der Stimmqualität, wie angegeben

13.5 Transkript I: M-M-df-Kon01

Aufnahmedatum: 19.04. 2010
Ort der Aufnahme: Interaktionsräume im Gebäude MAFO der Ruhr-Universität Bochum
Aufnahmegeräte: Olympus DM-450 Digital Voice Recorder (Diktiergerät)
3x Sony DCR-TRV 345 E (Videokamera)
Aufnahmedauer: 09:32 Min.

Gesprächsteilnehmer: Herr Kühne, 24 Jahre (Name anonymisiert)
Geburtsland: Deutschland
Medizinstudierender, 10. Semester
5 Famulaturen in: Chirurgie, Innere Medizin, Urologie, Psychiatrie, Radiologie
Schulungen zur Kommunikation: Wahlfach „Wahrheit am Krankenbett“ zum Überbringen schlechter Nachrichten in der Medizin
(Studierender in der Rolle des Arztes)

Herr Noy, 39 Jahre
(Simulationspatient in der Rolle des Herrn Börner)

Transkribierende / Korrektoren: Tim Peters, Uwe Schiller, Nico Buchholz

[1]

Stud. [v]			SO;	
Stud. [P/P]			*betritt den Raum*	
Stud. [G/H]		*öffnet die Tür*	*Unterlagen und einen Stift in der*	
Stud. [M/A]			*schaut zum StP*	
StP [P/P]	*sitzt auf einem Stuhl*			
StP [M/A]		*dreht sich zur Tür*		
Umgebung	*((Klopfen an der Tür)) (1.5)*			

[2]

Stud. [v]	(--)	(1.0) HalLO herr BÖRner,		richtich?
Stud. [P/P]		*beugt sich leicht nach vorn*		*richtet sich*
Stud. [G/H]	*Hand*	*schließt die Tür*		
Stud. [M/A]	*schaut auf die Unterlagen*	*dreht sich zur Tür, schaut zur Tür*		*dreht sich*
StP [P/P]	*nickt*			
StP [M/A]	*schaut hoch zum Stud.*			*dreht sich*

[3]

Stud. [P/P]	*wieder auf*		*geht um den Stuhl des StP herum*
Stud. [M/A]	*zum StP, schaut zum StP*		*dreht sich leicht nach rechts*
StP [v]		genau;	guten tag. (1.0)
StP [P/P]		*nickt*	
StP [M/A]	*zum Tisch, schaut auf den Tisch*		*dreht sich zur rechten Seite, schaut hoch*

[4]

Stud. [v]		hallo; (-) ich bin (.)		thomas kühne; (-)			
Stud. [P/P]							
Stud. [G/H]		*hält die rechte Hand hin*		*schüttelt die Hand*			
Stud. [M/A]		*dreht sich zum StP*					
StP [v]					<<p> hallo; >	(--)	
StP [P/P]				*steht auf, nickt*		*setzt sich*	
StP [G/H]		*hebt die rechte Hand*		*schüttelt die Hand, stützt sich mit der linken*			
StP [M/A]	*zum Stud.*						

[5]

Stud. [v]	sie kennen	mich noch nich; ich bin die	PRAxis		vertretung	
Stud. [P/P]			*geht leicht wippend um den Tisch*			
Stud. [G/H]						
Stud. [M/A]			*dreht sich nach rechts*			
StP [P/P]						
StP [G/H]	*Hand am Tisch ab*					
StP [M/A]					*dreht sich*	

[6]

Stud. [v]	von frau doktor ottmann;			
Stud. [P/P]	*herum*			
Stud. [G/H]		*wippt die Unterlagen in der Hand*		
Stud. [M/A]		*dreht sich zum StP*		
StP [v]		aha.	(2.0)	
StP [P/P]			*rutscht auf dem Stuhl herum*	
StP [M/A]	*zum anderen Stuhl herum*			

[7]

Stud. [v]	SO:;
Stud. [P/P]	*setzt sich hin*
Stud. [G/H]	*legt die Unterlagen auf den Tisch, stützt sich mit der rechten Hand am Tisch ab*
Stud. [M/A]	*schaut auf die Unterlagen*
StP [M/A]	*schaut auf die Unterlagen des Stud.*

[8]

Stud. [v]	ich hab hier ihre		akte gerade,	(--)
Stud. [P/P]			*lehnt sich zurück*	*rutscht auf dem*
Stud. [G/H]	*gibt den Stift von der linken in die rechte Hand*			
Stud. [M/A]			*schaut zum StP*	*schaut auf die*
StP [P/P]			*nickt*	
StP [M/A]	*schaut zum Stud.*			

[9]

Stud. [v]		und (.)	es geht bei	ihnen um den	
Stud. [P/P]	*Stuhl herum, lehnt sich vor*	*lehnt sich zurück*			*lehnt sich*
Stud. [M/A]	*Unterlagen*		*schaut zum StP*		

[10]

Stud. [v]	blutHO:CHdruck,	hab ich recht?		ja (.)	
Stud. [P/P]	*zurück*	*lehnt sich vor*	*nickt*	*lehnt sich zurück*	
Stud. [M/A]				*schaut auf die Unterlagen*	
StP [v]			genau,	ja;	
StP [P/P]			*nickt*		
StP [M/A]				*schaut auf die Unterlagen des*	

[11]

Stud. [v]	is gerade schon	schon geMESsen	worden; (.)	ne, in der (--)	
Stud. [P/P]		*lehnt sich vor*		*nickt*	
Stud. [G/H]		*zeigt mit dem Stift auf die Unterlagen*		*spielt mit dem*	
Stud. [M/A]		*schaut zum StP*			
StP [M/A]	*Stud. schaut zum Stud.*				

[12]

Stud. [v]	in der aufnahme;	(1.0)	und der war ein bisschen
Stud. [P/P]	*mehrfach*		
Stud. [G/H]	*Stift in beiden Händen*		
Stud. [M/A]		*schaut auf die Unterlagen*	
StP [v]	hm_hm;		
StP [P/P]	*nickt*		
StP [M/A]			*schaut auf die Unterlagen*

[13]

Stud. [v]	HOCH hab ich gesehen.				
Stud. [P/P]	*lehnt sich zurück*				
Stud. [G/H]					
Stud. [M/A]	*schaut zum StP*				
StP [v]		ja.	leider immer NOCH	ja;	
StP [P/P]		*nickt*			
StP [G/H]			*gestikuliert*		
StP [M/A]	*des Stud.*			*schaut zum Stud.*	

[14]

Stud. [v]	leider immer noch ja; (-)	(-) und wie	gehts ihnen sonst	allgeMEIN so im
Stud. [G/H]				*gestikuliert*
Stud. [M/A]	*schaut auf die Unterlagen*	*schaut zum StP*		

[15]

Stud. [v]	moment? (.)	ja;	
Stud. [G/H]	*spielt mit dem Stift in beiden Händen*		
StP [v]	°hh		eigentlich
StP [G/H]	*gestikuliert*		
StP [M/A]	*verzieht das Gesicht*	*schaut auf die Unterlagen des Stud.*	

[16]

Stud. [v]				hm_hm; (.)
Stud. [P/P]		*nickt*		*nickt*
Stud. [G/H]		*legt die Hände auf den Schoß, spielt dort mit dem Stift in beiden*		
StP [v]	(.) ganz GUT.	also ich hab keine größeren	proble:me; (-)	
StP [G/H]	*gestikuliert*			
StP [M/A]		*schaut zum Stud.*		*schaut auf die*

[17]

Stud. [v]				[etwas gestresst;]	
Stud. [P/P]				*nickt*	
Stud. [G/H]	*Händen*				
StP [v]		etwas geSTRESST	und (-)	[nervös:,]	aber sonst; (-)
StP [G/H]		*gestikuliert*			
StP [M/A]	*Unterlagen des Stud.*	*schaut zum Stud.*	*runzelt die Stirn*		

[18]

Stud. [v]	ja	schon länger?	oder jetzt erst (.)	kürzlich;
Stud. [P/P]	*nickt leicht*			*nickt*
Stud. [G/H]		*gestikuliert*	*legt die Hände auf den Schoß, spielt dort mit dem Stift in*	

[19]

Stud. [P/P]		*rückt mit dem Stuhl näher an den Tisch, lehnt sich vor*
Stud. [G/H]	*beiden Händen*	*greift an den Stuhl*
Stud. [M/A]		*schaut nach unten, dann wieder hoch*
StP [v]	°hh (.) ä::h och,	<<all> ja bei uns in der firma ist eigentlich schon länger immer
StP [G/H]		*gestikuliert*
StP [M/A]	*schaut auf die Unterlagen des Stud., runzelt die Stirn*	

[20]

Stud. [v]		[hm_hm]	okE: ja:;	
Stud. [P/P]	*lehnt sich zurück*	*nickt*		
Stud. [G/H]	*legt die Hände auf die Beine*			
Stud. [M/A]			*schaut auf die Unterlagen*	*schaut zum StP,*
StP [v]	sehr viel zu > TUN	[und ähh;] (-)		hält sich so
StP [P/P]		*nickt leicht*		
StP [G/H]		*gestikuliert leicht*		
StP [M/A]	*schaut zum Stud.*			

[21]

Stud. [v]		und jetzt gerAde	beim blutdruckmessen auch,	vielleicht das er	
Stud. [G/H]		*gestikuliert*	*kratzt sich an der brust*	*gestikuliert*	
Stud. [M/A]	*lächelt*			*schaut auf die*	
StP [v]	AUFrecht;	(-)			
StP [P/P]		*nickt*			
StP [M/A]		*lächelt*			

[22]

Stud. [v]		deswegen etwas hoch war in der PRAxis;	(--)
Stud. [P/P]			*lehnt sich zurück*
Stud. [G/H]			*gestikuliert*
Stud. [M/A]	*Unterlagen*	*schaut zum StP*	*presst die Lippen*

[23]

Stud. [v]		ist manchmal so: das er (.) in der praxis etwas höher ist als zuHAUse;
Stud. [P/P]		
Stud. [G/H]		*gestikuliert*
Stud. [M/A]	*aufeinander*	

[24]

Stud. [v]	[(-)]	wenn man vielleicht länger
Stud. [P/P]		*wippt kurz vor und zurück*
StP [v]	[°hh]	
StP [M/A]	*öffnet den Mund, hebt die Augenbrauen*	

[25]

Stud. [v]	geWARtet hat	(.) und	nen_bisschen no_	AUFgeregt ist
Stud. [P/P]		*lehnt sich vor*		
Stud. [G/H]			*spielt mit beiden Händen dem Stift*	
Stud. [M/A]				*dreht den Kopf nach rechts*

[26]

Stud. [v]	aus irgendwelchen GRÜNden.		
Stud. [G/H]			
Stud. [M/A]	*dreht den Kopf zum StP*		*lächelt*
StP [v]		ja,	ich hatte mir
StP [P/P]		*neigt den Kopf nach links*	
StP [G/H]			*gestikuliert*
StP [M/A]			*schaut auf die Unterlagen*

[27]

Stud. [P/P]		*nickt*	*nickt mehrfach leicht*	
Stud. [G/H]				
Stud. [M/A]				
StP [v]		auf ANraten	von frau doktor ottmann son	ä:h blutdruckmessgerät
StP [G/H]				*umgreift sein linkes*
StP [M/A]	*des Stud.*		*schaut zum Stud.*	

[28]

Stud. [v]		[hm_hm]			
Stud. [P/P]		*nickt*			
Stud. [G/H]					
StP [v]		[äh]	gekauft; und	das ist auch eigentlich (-)	fast immer GLEICH;
StP [P/P]				*schüttelt den Kopf*	
StP [G/H]	*handgelenk*				*gestikuliert*
StP [M/A]				*verzieht das Gesicht*	

[29]

Stud. [v]				[ja:;]
Stud. [P/P]	*nickt mehrfach leicht*			*lehnt sich*
Stud. [G/H]				
StP [v]	(-) also: auch wenn	ich mo: ob ich	morgens oder abends manchmal	[(messe)]
StP [P/P]	*schüttelt den Kopf*			
StP [G/H]		*gestikuliert leicht*		

[30]

Stud. [v]		also auch	zuHAUse ist es	auch
Stud. [P/P]	*zurück*			
Stud. [G/H]			*gestikuliert*	
StP [v]	das_is			
StP [P/P]			*nickt*	
StP [M/A]	*schaut auf die Unterlagen des Stud.*	*schaut zum Stud.*	*verzieht das Gesicht*	

[31]

Stud. [v]	wenn sie in	RUhe sind	sag ich mal	und nich (-) nicht	erREGT
Stud. [G/H]		*gestikuliert*		*gestikuliert*	
StP [P/P]			*nickt*		
StP [M/A]			*hebt die Augenbrauen*		

[32]

Stud. [v]	irgendwie (.)	dann auch zu hoch;	(-)	ja.	
Stud. [G/H]		*gestikuliert*			
StP [v]					ja;
StP [P/P]		*nickt*	*nickt*		
StP [M/A]			*presst die Lippen aufeinander*		

[33]

Stud. [v]	hm, ich schau mal kurz noch mal	ich kenn den fall jetz noch nich	(.) GANZ
Stud. [P/P]	*lehnt sich vor*	*lehnt sich zurück*	*lehnt sich*
Stud. [G/H]	*zieht die Unterlagen zu sich heran*	*gestikuliert*	
Stud. [M/A]	*schaut auf die Unterlagen*	*schaut zum StP*	*schaut auf*
StP [M/A]	*schaut auf die Unterlagen des Stud.*	*schaut zum Stud.*	*schaut auf*

[34]

Stud. [v]		im detail, aber	(-) wir ham den	a: ce E: hemmer ja
Stud. [P/P]	*vor*			
Stud. [M/A]	*die Unterlagen*			
StP [M/A]	*die Unterlagen des Stud.*		*schaut zum Stud.*	

[35]

Stud. [v]	schon EINmal erhöht,			(.) sind jetz schon bei
Stud. [P/P]		*nickt*		*lehnt sich zurück*
Stud. [G/H]				*gestikuliert*
Stud. [M/A]				*schaut zum StP*
StP [v]		ja; genau hm_hm (-)		
StP [P/P]	*nickt*	*nickt mehrfach*		
StP [M/A]		*schaut auf die Unterlagen des Stud.*		*schaut zum Stud.*

[36]

Stud. [v]	ZEHN milligramm;	und (.) an	DER stelle	
Stud. [P/P]				
Stud. [G/H]			*gestikuliert*	
Stud. [M/A]		*schaut auf die Unterlagen*		
StP [P/P]	*nickt*			
StP [M/A]			*schaut auf die Unterlagen des*	

[37]

Stud. [v]	(.) können wir mit	dem medikament allEIne jetz	(-) ist es nicht mehr
Stud. [G/H]		*gestikuliert*	
Stud. [M/A]		*schaut zum StP*	
StP [M/A]	*Stud.*	*schaut zum Stud.*	

[38]

Stud. [v]	sinnvoll WEIterzuarbeiten; (.)	also das jetz noch mal zu
Stud. [G/H]		*geht mit der rechten Hand stufenförmig höher*

[39]

Stud. [v]	[erHÖhen,]	(.) wäre nicht so	GUT. (.) der nächste	schritt	wäre
Stud. [G/H]				*gestikuliert*	
Stud. [M/A]			*schaut auf die Unterlagen*		
StP [v]	[<<p> hm_hm >]				
StP [P/P]	*nickt*			*nickt*	

[40]

Stud. [v]	jetzt (.) ist nicht selten,	das man das MAchen muss, (.)	dieses präparat
Stud. [G/H]			*deutet auf die Unterlagen*
Stud. [M/A]		*schaut zum StP*	*schaut auf die Unterlagen*

[41]

Stud. [v]	den a: ce e: hemmer noch mal	mit nem	ANderen	(.) präparat zu
Stud. [G/H]		*gestikuliert*		
Stud. [M/A]	*schaut zum StP*			
StP [P/P]			*nickt*	

[42]

Stud. [v]	kombiNIEren;		um auf zwei verSCHIEdene mechanismen den blutdruck zu
Stud. [G/H]	*gestikuliert*		*gestikuliert*
StP [v]		hm_hm	
StP [P/P]		*nickt*	

[43]

Stud. [v]	SENken; (.)	wenn man es	mit einem mechanismus alleine nicht SCHAFFT.
Stud. [G/H]			
StP [P/P]	*nickt leicht*		

[44]

Stud. [v]		hm_hm;	und naTÜRlich ist es so; (.)	
Stud. [P/P]	*nickt*		*lehnt sich leicht vor*	
Stud. [G/H]			*gestikuliert*	
Stud. [M/A]		*schaut auf den Tisch*	*schaut auf die Unterlagen*	
StP [v]	ja:;	(-)		
StP [P/P]	*nickt*	*nickt leicht*		
StP [M/A]			*schaut auf die Unterlagen des Stud.*	

[45]

Stud. [v]	also es gibt jetz	prinzipiell	ZWEI alternativen,	es gibt (-)
Stud. [P/P]				*lehnt sich*
Stud. [G/H]	*schiebt die Unterlagen auseinander*	*gestikuliert*		*gestikuliert*
StP [M/A]				*schaut zum*

[46]

Stud. [v]	wir könnten ihnen	einmal einen (.) sogenannten	
Stud. [P/P]	*leicht zurück*		*lehnt sich leicht*
Stud. [G/H]			*gestikuliert*
Stud. [M/A]		*schaut zum StP, hebt die Augenbrauen*	
StP [M/A]	*Stud.*		

[47]

Stud. [v]	CALciumantagonisten	geben:,	[das sagt ihnen jetz]	(.) wahrscheinlich
Stud. [P/P]	*vor und zurück*			
Stud. [G/H]				
Stud. [M/A]			*schaut auf die Unterlagen*	
StP [v]			[hm_hm,]	
StP [P/P]			*nickt*	

[48]

Stud. [v]	°h (-) NICHTS: (.) ähm (-) es_is	einfach der wirkmechanismus, (-)	wie man das
Stud. [P/P]		*lehnt sich leicht vor*	*lehnt sich*
Stud. [G/H]		*gestikuliert*	
Stud. [M/A]		*schaut zum StP*	

[49]

Stud. [v]	in der wissenSCHAFT	so definiert,	wie er den BLUTdruck senkt.
Stud. [P/P]	*leicht zurück*		
Stud. [G/H]			*gestikuliert*
Stud. [M/A]		*schaut auf die Unterlagen*	*schaut zum StP*
StP [P/P]		*hebt leicht den Kopf*	

[50]

Stud. [v]	(-)	also;	(.)	er entSPANNT	die	gefäßwände	(-) und	dadurch wird	(-) ALles
Stud. [G/H]									
StP [P/P]	*nickt*								

[51]

Stud. [v]	entspannt und der blutdruck sinkt;			und dann gibts
Stud. [G/H]				
Stud. [M/A]		*schaut auf die Unterlagen*		
StP [v]		aha,		
StP [P/P]		*nickt leicht*		
StP [M/A]		*hebt die Augenbrauen*		*schaut auf die*

[52]

Stud. [v]	noch ein (.)	diuREtikum,	das wär die ANdere	alternative (-)	das
Stud. [G/H]			*gestikuliert*		
Stud. [M/A]		*schaut zum StP, hebt die Augenbrauen*			
StP [M/A]	*Unterlagen des Stud.*	*schaut zum Stud.*			

[53]

Stud. [v]	nennt man so	(.) im allgemeinen sprachgebrauch	WASsertablette;	
Stud. [G/H]	*gestikuliert*		*gestikuliert*	
StP [v]				hm_HM
StP [P/P]				*nickt deutlich*
StP [G/H]				*gestikuliert leicht*

[54]

Stud. [v]	kann man sich ganz einfach VORstellen;	indem man dem körper hilft (.)
Stud. [G/H]	*gestikuliert*	
Stud. [M/A]	*schaut nach rechts zur Tür*	*schaut zum StP*

[55]

Stud. [v]	MEHR wasser	auszuscheiden	mehr voLUmen	loszuwerden;	das so ein
Stud. [P/P]	*lehnt sich vor*		*lehnt sich zurück*		*lehnt sich vor*
Stud. [G/H]	*gestikuliert stark*		*gestikuliert*		
StP [P/P]			*nickt leicht*		
StP [M/A]			*runzelt leicht die Stirn*		

[56]

Stud. [v]	bisschen (.)	druck aus dem (.)	aus dem system genommen wird	quasi.
Stud. [P/P]			*nickt mehrfach*	
Stud. [G/H]				
StP [M/A]				*schaut nach oben*

[57]

Stud. [v]		das sind so die	verSCHIEdenen (.) MEchanismen (-)	u:nd (-)	
Stud. [G/H]		*gestikuliert*			
Stud. [M/A]				*schaut auf die*	
StP [v]	ja:;				
StP [P/P]	*nickt*				
StP [M/A]	*schaut zum StP*			*runzelt kurz die*	

[58]

Stud. [v]		EINS	von den BEIden (.)	würde ich jetz ihnen gerne
Stud. [G/H]		*gestikuliert*		
Stud. [M/A]	*Unterlagen*			
StP [M/A]	*Stirn, schaut auf die Unterlagen des Stud.*			

[59]

Stud. [v]	emFEHhlen noch zu dem a: ce e: hemmer daZU		zunehmen;	(--) um	(.)
Stud. [P/P]			*lehnt sich zurück*		
Stud. [M/A]			*schaut zum StP*		
StP [M/A]					*schaut*

[60]

Stud. [v]	dann können wir sehen,	ob SO der blutdruck	dann in den griff zu bekommen
Stud. [G/H]	*gestikuliert*		
StP [P/P]	*nickt*		
StP [M/A]	*zum Stud.*		

[61]

Stud. [v]	is. (-)	also es ist	<<f> OFT so, das > (.) bei	einer tablette alLEIne
Stud. [P/P]		*nickt*		
Stud. [G/H]			*gestikuliert Richtung der Unterlagen*	
Stud. [M/A]			*schaut auf die Unterlagen*	*schaut zum StP*
StP [P/P]	*nickt*			
StP [M/A]			*schaut auf die Unterlagen des Stud.*	*schaut zum Stud.*

[62]

Stud. [v]	es nicht funktioniert;	(-)	und das ist	jetz bei ihnen keine
Stud. [G/H]	*gestikuliert*		*gestikuliert*	
Stud. [M/A]				*schaut rechts am StP vorbei*
StP [P/P]		*nickt*		

[63]

Stud. [v]	*seltenheit;*	(-)	und ähm (-) ich würde sa:gen (.)
Stud. [G/H]	*gestikuliert*		
Stud. [M/A]	*schaut zum StP*	*zieht die Mundwinkel nach unten*	*schaut auf die Unterlagen*

[64]

Stud. [v]	wir versuchen das einfach mal. (-)	wären sie (.)
Stud. [P/P]	*nickt leicht*	
Stud. [G/H]	*verschiebt einen Zettel auf dem Tisch mit der linken Hand*	*deutet auf den StP*
Stud. [M/A]	*schaut zum StP*	
StP [P/P]		*nickt*
StP [G/H]		*gestikuliert leicht*

[65]

Stud. [v]	AUCH damit		einverstanden	<<nuschelnd> (noch ne) >
Stud. [P/P]			*nickt*	
Stud. [M/A]	*schaut auf die Unterlagen*		*schaut zum StP*	
StP [M/A]	*schaut auf die Unterlagen des Stud.*			*schaut zum Stud.*

[66]

Stud. [v]	(-) tablette zu nehmen?				[ja]
Stud. [P/P]			*nickt*	*lehnt sich vor*	
Stud. [G/H]				*stützt den Kopf am Kinn mit*	
Stud. [M/A]		*lächelt*			
StP [v]		ja gut wenns (.)	also	wenn (.)	[wenn]
StP [G/H]		*gestikuliert*			
StP [M/A]		*schaut nach unten*			*schaut zum*

[67]

Stud. [G/H]	*linker Hand*	
StP [v]	sich die dosis von dem EInen nicht mehr	erhöhen lässt, (.)
StP [G/H]		*zuckt die Schultern, gestikuliert*
StP [M/A]	*Stud.*	*hebt die Augenbrauen*

[68]

Stud. [v]		[ja]			[NEE,]
Stud. [P/P]	*nickt*				
Stud. [G/H]					
Stud. [M/A]		*schaut auf die Unterlagen*			
StP [v]	dann [(-)]	gehts ja anscheinend	nicht		[anders;]
StP [M/A]			*schaut auf die Unterlagen des Stud.*		

[69]

Stud. [v]	es ist auf jeden fall	sehr RA:Tsam,	[(1.0)]	[den blutdruck zu]
Stud. [G/H]				
Stud. [M/A]		*schaut zum StP*		
StP [v]			[hm_hm;]	[°hh]
StP [M/A]		*schaut zum Stud.*		*runzelt die Stirn, schaut auf die*

[70]

Stud. [v]	normalisieren;	°h	[natürlich haben]
Stud. [G/H]			*gestikuliert leicht*
Stud. [M/A]	*schaut auf die Unterlagen*		*schaut auf die Unterlagen*
StP [v]			[äh]
StP [G/H]			*gestikuliert leicht*
StP [M/A]	*Unterlagen des Stud.*	*öffnet kurz den Mund*	

[71]

Stud. [v]	BEIde	medikamente	irgendwelche (.)	NEbenwirkungen,	(--)	haben sie bei
Stud. [P/P]	*lehnt sich weit vor*					
Stud. [G/H]	*stützt den Kopf an der Wange mit der linken Hand ab*					
Stud. [M/A]						
StP [M/A]			*schaut zum Stud.*			

[72]

Stud. [v]	dem a:	ce e: hemmer NEbenwirkungen	verspürt?	(1.5)	
Stud. [P/P]		*lehnt sich kurz zurück und vor*			
Stud. [G/H]				*kratzt sich leicht mit dem*	
Stud. [M/A]		*schaut zum StP*			
StP [M/A]				*schaut am Stud. vorbei, zieht*	

[73]

Stud. [v]			[(irgendwas)]	
Stud. [G/H]	*Daumen am Hals, während der Kopf weiter an der Wange abgestützt wird*			
StP [v]		°h	[ach das] einzige	was ich so in
StP [G/H]		*zuckt die Schultern*	*gestikuliert*	
StP [M/A]	*die Mundwinkel nach unten*	*schaut zum Stud., runzelt die Stirn*		

[74]

Stud. [v]				[ja,]	
Stud. [G/H]					
Stud. [M/A]			*lächelt leicht*		
StP [v]	letzter zeit HAB is,	(.) das ich tagsüber	öfter mal HUsten	[muss;]	das war
StP [P/P]		*schüttelt den Kopf*			*schüttelt*
StP [G/H]			*gestikuliert*		
StP [M/A]		*schaut am Stud. vorbei*	*schaut zum Stud.*		

[75]

Stud. [v]	ja;		[ja:]	das
Stud. [G/H]			*<< stützt den Kopf an der Wange*	
Stud. [M/A]			*schaut auf die Unterlagen*	
StP [v]	früher nich so::	so HÄUfig, aber sonst	[ö:h]	
StP [P/P]	*leicht den Kopf*	*schüttelt den kopf*		

[76]

Stud. [v]	das_is TYpisch, dieser (-) trockene hustenreiz	(-) wahrscheinlich jetz gerade, weil
Stud. [G/H]	*fortwährend mit der linken Hand ab >*	

[77]

Stud. [v]	wir das	ein bisschen erHÖHT haben,	[(-)]	ich denke das
Stud. [G/H]		*<< bewegt die rechte Hand kurz nach oben >>*		
Stud. [M/A]		*schaut zum StP*		*schaut auf die*
StP [v]			[hm_hm]	
StP [P/P]			*nickt*	

[78]

Stud. [v]	wird dann	wieder zuRÜCKgehen,	(.) äh	wenn wir denn jetz
Stud. [P/P]		*nickt leicht*		
Stud. [G/H]				*<< gestikuliert mit der rechten Hand >>*
Stud. [M/A]	*Unterlagen*	*schaut zum StP*		*schaut auf die Unterlagen*
StP [P/P]			*nickt mehrfach*	

[79]

Stud. [v]	(--)	ne kombinationsthe:_äh	therapie den a: ce e: hemmer
Stud. [G/H]		*<< gestikuliert mit der rechten Hand >>*	
Stud. [M/A]		*schaut zum StP*	*schaut auf die Unterlagen*

[80]

Stud. [v]	wieder etwas senken können;	(-) das (.)	w_wir damit
Stud. [P/P]		*nickt*	
Stud. [G/H]	*<< gestikuliert mit der rechten Hand >> >*		*gestikuliert mit der linken Hand*
Stud. [M/A]	*schaut zum StP*		

[81]

Stud. [v]	ganz gut LEben werden können;		
Stud. [P/P]	*nickt leicht*		
Stud. [G/H]	*stützt den Kopf am Kinn mit der linken Hand, Zeigefinger an der Wange*		
StP [v]		hm_hm	
StP [P/P]		*nickt*	
StP [M/A]		*runzelt die stirn, schaut auf die Unterlagen*	

[82]

Stud. [v]		HAT	sie aber nicht	ZU sehr gestört	der
Stud. [G/H]		*gestikuliert mit der linken Hand*		*kratzt sich mit der linken*	
StP [P/P]					*schüttelt*
StP [M/A]	*des Stud.*	*schaut zum Stud.*			*zieht die*

[83]

Stud. [v]	hustenreiz ne, (-)	oke:		
Stud. [G/H]	*Hand an der Wange*			
Stud. [M/A]		*schaut auf die Unterlagen*		
StP [v]			nein; (.)	das war jetz also
StP [P/P]	*den Kopf*			*schüttelt den Kopf*
StP [M/A]	*Mundwinkel nach unten, große Augen*			*schaut auf die Unterlagen des*

[84]

Stud. [v]		[ja]		
Stud. [P/P]		*lehnt sich kurz zurück, dann weit vor*		*wippt*
Stud. [G/H]		*verschiebt Unterlagen mit der linken Hand*		
StP [v]		[<<all> nicht SCHLIMM, >]	(.) das ich ständig	immer
StP [P/P]				
StP [G/H]		*gestikuliert stark*		
StP [M/A]	*Stud.*			

[85]

Stud. [v]			ja:; (-)	also jetzt bei den
Stud. [P/P]	*zweimal zurück und vor*			
StP [v]	nur noch HUste	oder so was (.) nicht, ne;		
StP [M/A]			*schaut zum Stud.*	*schaut auf die*

[86]

Stud. [v]	CALciumantagonisten	sind die häufigsten	nebenwirkungen (--) ä:hm (-) es
Stud. [P/P]	*lehnt sich leicht zurück*		
Stud. [G/H]	*gestikuliert*		
StP [M/A]	*Unterlagen des Stud.*	*schaut zum Stud.*	

[87]

Stud. [v]	KANN	schonmal zu kopfschmerzen kommen; (-)		verSTÄRKT; (--)
Stud. [G/H]		*gestikuliert am Kopf*		
Stud. [M/A]		*schaut zum StP*		*schaut auf die Unterlagen*
StP [P/P]			*nickt*	

[88]

Stud. [v]	°h ähm: (-)	die BEIne können etwas dick werden,	[die_können etwas]
Stud. [P/P]		*lehnt sich zurück und wieder vor*	
Stud. [G/H]		*gestikuliert*	
Stud. [M/A]	*hebt die Augenbrauen*	*schaut zum StP*	
StP [v]			[hm_hm]
StP [P/P]			*nickt kurz*
StP [G/H]			*gestikuliert leicht*

[89]

Stud. [v]	wasser einlagern; (--)	und (.)	seltener kommt es	zu alLERgischen
Stud. [G/H]	*gestikuliert*			
Stud. [M/A]	*schaut auf die Unterlagen*		*schaut zum StP*	

[90]

Stud. [v]	reaktionen; (.)	wie es bei prinzipiell	ALlen mitteln kommen kann;	(-) ä:hm (.)
Stud. [G/H]	*gestikuliert*		*spielt mit dem Stift in beiden Händen*	
Stud. [M/A]			*schaut auf die Unterlagen*	*hebt die*
StP [M/A]				*schaut auf die*

[91]

Stud. [v]	noch viel SELtener sind	das das gesicht richtig	ROT wird	und WARM wird
Stud. [P/P]			*lehnt sich zurück*	
Stud. [G/H]		*gestikuliert vor dem eigenen Gesicht*		
Stud. [M/A]	*Augenbrauen*			
StP [M/A]	*Unterlagen des Stud.*		*schaut zum Stud.*	*hebt die*

[92]

Stud. [v]	oder das haut	(.)ausschläge	aufttreten können;	
Stud. [P/P]			*lehnt sich vor*	*nickt*
Stud. [G/H]	*gestikuliert*		*spielt mit dem Stift in beiden*	
Stud. [M/A]	*schaut zum StP*			*lächelt*
StP [v]				<<:-)>
StP [P/P]		*senkt leicht den Kopf*		
StP [M/A]	*Augenbrauen*	*zieht die Augenbrauen zusammen*		

[93]

Stud. [v]	(-)	[ja;]	(.) es ist (.)	beim a: ce e: (.) hemmer	werden	
Stud. [P/P]						
Stud. [G/H]	*Händen*		*gestikuliert*	*spielt mit dem Stift in beiden Händen*		
Stud. [M/A]			*schaut auf die Unterlagen*		*schaut zum*	
StP [v]	oke:: >	[((lacht kurz))]				
StP [M/A]	*lächelt*		*schaut auf die Unterlagen des Stud.*		*schaut zum*	

[94]

Stud. [v]	ähnliche	sachen (.) beSTEhen;	[es ist nicht alles ist nicht]	[HÄUfig;]
Stud. [G/H]				
Stud. [M/A]	*StP*		*schaut auf die Unterlagen*	
StP [v]			[<<p> na ja gut]	[((unverständlich 1.0))]
StP [G/H]				*gestikuliert leicht*
StP [M/A]	*Stud.*		*schaut auf die Unterlagen*	*schaut zum Stud.*

[95]

Stud. [v]	beim diuREtikum da gehen	(--) wie, (-)
Stud. [G/H]		*gestikuliert*
StP [P/P]		*nickt leicht*
StP [M/A]	*schaut kurz auf die Unterlagen des Stud., dann zum Stud.*	*schluckt sichtbar*

[96]

Stud. [v]	w_weil wie ich schon geSAGT hab;	es ist eine WASsertablette, (-)	also sie
Stud. [G/H]			*spielt mit dem*
Stud. [M/A]	*schaut zum StP*	*schaut auf die Unterlagen*	
StP [P/P]			*nickt*

[97]

Stud. [v]	werden (-) vielleicht	(-) vermehrt	spüren das sie vermehrt	WASser lassen
Stud. [G/H]	*Stift in beiden Händen*			
Stud. [M/A]		*schaut zum StP*		*schaut auf die*
StP [P/P]			*lehnt sich langsam zurück, rutscht leicht auf*	

[98]

Stud. [v]	müssen; (-) ähm	wenn der körper etwas	WASser verliert, kann es vielleicht	
Stud. [P/P]		*lehnt sich vor*		
Stud. [G/H]		*gestikuliert*		
Stud. [M/A]	*Unterlagen*	*schaut zum StP*		
StP [P/P]	*dem Stuhl herum*			

[99]

Stud. [v]	sein, das ihnen ein bisschen SCHWINdelig	manchmal wird, (.)	als hätten sie zu
Stud. [P/P]			*lehnt sich kurz*
Stud. [G/H]			*macht eine Trink-*
StP [P/P]		*nickt mehrfach*	

[100]

Stud. [v]	wenig getrunken.	(-) da kann man aber ganz gut GE:gen (.) wirken, (.)	indem man
Stud. [P/P]	*zurück und vor*		
Stud. [G/H]	*Geste*	*gestikuliert*	*deutet eine*

[101]

Stud. [v]	einfach etwas	(.) me:hr trinkt, (.) etwas me:hr	(.) FLÜSsigkeit zu sich
Stud. [G/H]	*Trink-Geste an*	*gestikuliert*	
Stud. [M/A]			*schaut auf die Unterlagen*

[102]

Stud. [v]	nimmt; (-)	vielleicht ETwas müdigkeit und	
Stud. [G/H]	*spielt mit dem Stift in der linken Hand*		
Stud. [M/A]	*presst die Lippen aufeinander*		
StP [G/H]		*hält Zeigefinger der linken Hand an den Mund*	
StP [M/A]	*runzelt die Stirn*		

[103]

Stud. [v]	schwächegefühl; (1.0) SEHR selten wären: (-) SEHstörungen ä::hm:
Stud. [G/H]	
StP [G/H]	
StP [M/A]	

[104]

Stud. [v]	mundtrockenheit,	(1.0) und (.) BEINkrämpfe.	[(-)]
Stud. [G/H]			
StP [v]			[hm_hm?]
StP [G/H]			*hält die linke Hand ans Kinn*
StP [M/A]			*schaut auf die Unterlagen des Stud.*

[105]

Stud. [v]	aber das ist	denke ich mal SEHR selten;	[(1.0)]
Stud. [P/P]			*lehnt sich zurück*
Stud. [G/H]			*gestikuliert*
StP [v]			[°hh]
StP [G/H]			*bewegt die linke Hand zum*
StP [M/A]	*schaut zum Stud.*		*runzelt die Stirn, öffnet den*

[106]

Stud. [v]	[was würden]		was würden SIE jetz	(1.5)
Stud. [P/P]	*lehnt sich vor*			*lehnt sich zurück*
Stud. [G/H]				*schiebt einen*
StP [v]	[aber w_]			
StP [G/H]	*Mund fächert die Hand vor dem Mund auf*		*legt die Hand auf den Mund*	
StP [M/A]	*Mund*			

[107]

Stud. [v]		was würden SIE jetz (-)	denken? (--)	
Stud. [P/P]				*lehnt sich*
Stud. [G/H]	*Zettel etwas vor*		*zieht den Zettel wieder zu sich*	*stützt den*
Stud. [M/A]		*schaut zum StP*		
StP [v]				ja ich
StP [G/H]				
StP [M/A]				*schaut*

[108]

Stud. [v]				[hm_hm;]	
Stud. [P/P]	*vor*	*nickt*		*nickt leicht*	
Stud. [G/H]	*Kopf an der Wange mit der linken Hand*		*stützt den Kopf an der Wange mit der*		
StP [v]	f_FRAge	mich die ganze zeit,	also; (-) wenn	[es:]	quasi mit
StP [G/H]	*gestikuliert mit der linken Hand vor dem Mund*			*gestikuliert*	
StP [M/A]	*nach unten*				*schaut zum*

[109]

Stud. [P/P]				*nickt*
Stud. [G/H]	*linken Faust*			
StP [v]	diesen wassertabletten,	wenn irgendwie da ö:h	(-) wasser RAUS soll	aus dem
StP [G/H]			*macht eine starke Bewegung von*	
StP [M/A]	*Stud.*		*lächelt*	

[110]

Stud. [v]		[ja;]	<<f> das is nicht der, >	das is nicht der EINzige effekt.
Stud. [P/P]	*mehrfach leicht*			
Stud. [G/H]		*gestikuliert*		
Stud. [M/A]			*schaut auf die Unterlagen*	
StP [v]	körper, (.)	[dann also]		
StP [G/H]	*sich weg*	*gestikuliert*		
StP [M/A]				

[111]

Stud. [v]	also das	das wasser	wird vermehrt AUSgeschieden, (-)	das ist der kurzfristige		
Stud. [P/P]	*lehnt sich zurück*			*lehnt sich vor*		
Stud. [G/H]	*gestikuliert stark*			*gestikuliert mit dem Stift*		
Stud. [M/A]		*schaut zum StP*				

[112]

Stud. [v]	effekt; (-)	aber es gibt darüber hinaus auch noch andere (.) LÄNgerfristige				
Stud. [G/H]	*in der Hand*					
StP [P/P]		*nickt*				

[113]

Stud. [v]	effekte:; (-) bei den wassertabletten die: (.) über dieses vermehrte					
Stud. [G/H]						

[114]

Stud. [v]	wasserausscheiden hinAUSgehen.	[(-)]	also sie können ruhich dann auch			
Stud. [G/H]			*gestikuliert mit dem Stift in der*			
Stud. [M/A]			*schaut links am StP vorbei*			
StP [v]		[hm_hm]				
StP [P/P]		*nickt leicht*				

[115]

Stud. [v]	ein bisschen mehr	TRINken.	(-)	und das wird dann (.)	die wirkung der	
Stud. [P/P]		*nickt*				
Stud. [G/H]	*Hand*	*spielt mit dem Stift in der Hand*			*gestikuliert*	
Stud. [M/A]		*schaut zum StP*				
StP [P/P]		*nickt*				

[116]

Stud. [v]	tablette nich (-) wieder (.)	zunichte machen.				
Stud. [P/P]		*lehnt sich zurück und vor*	*nickt mehrfach leicht*			
Stud. [G/H]			*spielt mit dem Stift in beiden*			
Stud. [M/A]			*lächelt*			
StP [v]			ach so. (-) ja das (-)	das		
StP [P/P]			*schüttelt den Kopf*			
StP [G/H]			*gestikuliert*			
StP [M/A]			*schaut mehrfach nach*			

[117]

Stud. [v]		ja;				
Stud. [P/P]		*nickt leicht*				
Stud. [G/H]	*Händen*					
Stud. [M/A]						
StP [v]	DACHte ich nämlich gerade		aber sie haben ja jetzt erzählt, was die			
StP [P/P]						
StP [G/H]			*gestikuliert*			
StP [M/A]	*unten und zum Stud.*		*schaut nach unten*			

[118]

Stud. [v]				hm_hm;		
Stud. [P/P]			*nickt*			
Stud. [G/H]						
StP [v]	für NEBENwirkungen	haben können, (-)	aber ähm,	(1.5)		
StP [G/H]	*gestikuliert*					
StP [M/A]	*schaut zum Stud.*		*schaut nach unten*			

[119]

Stud. [G/H]		
StP [v]	wenn da jetzt zwei verSCHIEdene sind, wie ist denn das	mit der WIRKsamkeit, (-)
StP [G/H]		*zuckt die Schultern*
StP [M/A]		*schaut zum Stud.*

[120]

Stud. [v]		[hm_hm, hm_hm]	[ja;]
Stud. [P/P]		*nickt mehrfach*	*lehnt sich zurück*
Stud. [G/H]			*schiebt einen*
Stud. [M/A]			*schaut auf die*
StP [v]	also welches ist denn davon jetzt irgendwie:	[BESse:r]	[oder wie] ä:h
StP [G/H]	*gestikuliert*		

[121]

Stud. [v]		(-) also die	die wassertabletten
Stud. [P/P]			
Stud. [G/H]	*Zettel nach vorne*		
Stud. [M/A]	*Unterlagen*		
StP [G/H]			
StP [M/A]		*schaut auf die Unterlagen des Stud.*	*schaut zum Stud.*

[122]

Stud. [v]	die diuretika sind	ähm (1.0) sind	(etwas) ältere	medikamente prinzipiell und, (-)
Stud. [G/H]	*gestikuliert*		*gestikuliert*	
Stud. [M/A]			*schaut zum StP*	

[123]

Stud. [v]	(.) sind	sehr erPROBT.	sind, (.) sie werden schon	SEHR lange, (-)
Stud. [P/P]		*nickt*		
Stud. [G/H]				*gestikuliert*
StP [v]		hm_hm,		
StP [P/P]		*nickt leicht*		

[124]

Stud. [v]	sehr umfangreich eingesetzt;	(-) die CALciumantagonisten	sind (-)	nicht
Stud. [P/P]		*neigt den Kopf leicht nach links und rechts*		
Stud. [G/H]	*spielt mit dem Stift in beiden Händen*			
Stud. [M/A]	*schaut links am StP vorbei*	*schaut auf die Unterlagen*	*schaut zum StP*	
StP [M/A]		*presst die Lippen aufeinander*		

[125]

Stud. [v]	ganz so, (-)	nicht ganz so ähm, (--)	lang erprobt sag ich mal, (.)	aber auch (.)
Stud. [P/P]				
Stud. [G/H]				*gestikuliert*
Stud. [M/A]		*schaut links am StP vorbei*	*schaut zum StP*	*hebt die*
StP [P/P]				*nickt leicht*

[126]

Stud. [v]		sehr sichere	und sehr bewährte medikaMENte.
Stud. [P/P]			*nickt mehrfach*
Stud. [G/H]		*spielt mit dem Stift in beiden Händen*	
Stud. [M/A]	*Augenbrauen*	*schaut links am StP vorbei*	*schaut zum StP*
StP [P/P]			

[127]

Stud. [v]	(--)	ALso im prinZIP (.)	kann man wirklich beides (--)	gut
Stud. [G/H]				
Stud. [M/A]		*schaut auf die Unterlagen*		
StP [P/P]	*nickt*			
StP [M/A]			*schaut auf die Unterlagen des Stud.*	*schaut*

[128]

Stud. [v]	empfehlen. (.)	ich sehe auch	sie haben jetzt keine
Stud. [P/P]		*lehnt sich vor*	
Stud. [G/H]		*schiebt ein Blatt etwas nach vorne*	*spielt mit dem Stift in*
Stud. [M/A]		*schaut auf ein anderes Blatt der Unterlagen*	
StP [M/A]	*zum Stud.*	*schaut auf die Unterlagen des Stud.*	

[129]

Stud. [v]	VORerkrankungen, (.)	keine herzerkrankungen	oder so;	(-) über den
Stud. [P/P]		*lehnt sich zurück*		
Stud. [G/H]	*beiden Händen*	*fasst sich mit der linken Hand an die Brust*		*spielt mit dem*
Stud. [M/A]		*schaut zum StP*		*schaut auf die*
StP [P/P]			*schüttelt den Kopf*	
StP [M/A]		*schaut zum Stud.*		

[130]

Stud. [v]	bluthochdruck hinaus. (-)	sind noch relativ	jung und geSUND,
Stud. [P/P]		*schüttelt leicht den Kopf*	
Stud. [G/H]	*Stift in beiden Händen*		
Stud. [M/A]	*Unterlagen*		*schaut zum StP*
StP [P/P]			*nickt leicht*
StP [M/A]		*schaut auf die Unterlagen des Stud.*	*schaut zum Stud.*

[131]

Stud. [v]	(--) und ähm (-)		ich denke, sie werden beide tabletten	(--)
Stud. [P/P]				*nickt*
Stud. [G/H]	*gestikuliert*		*spielt mit dem Stift in beiden Händen*	
Stud. [M/A]	*schaut auf die Unterlagen*			
StP [P/P]				
StP [M/A]				

[132]

Stud. [v]	wie auch den	a: ce e: hemmer jetzt ganz gut	WEGstecken; (--)	
Stud. [P/P]		*lehnt sich vor, dann zurück, dann vor*	*nickt*	
Stud. [G/H]	*gestikuliert*	*spielt mit dem Stift in beiden Händen*		
Stud. [M/A]	*schaut zum StP*			
StP [P/P]				*atmet*
StP [M/A]				*öffnet leicht*

[133]

Stud. [v]		die	NEBENwirkungen
Stud. [G/H]		*gestikuliert*	
Stud. [M/A]		*schaut auf die Unterlagen*	
StP [P/P]	*sichtbar ein*		
StP [G/H]		*gestikuliert leicht*	
StP [M/A]	*den Mund*		*schaut auf die Unterlagen des Stud.*

[134]

Stud. [v]	STEhen hier ZWAR	und beunruhigen	einen immer ein bisschen	(--)	
Stud. [G/H]		*spielt mit dem Stift in beiden Händen*			
Stud. [M/A]		*schaut zum StP*		*schüttelt leicht*	
StP [G/H]					
StP [M/A]		*schaut zum Stud.*			

[135]

Stud. [v]			[klar]		[ähm]	aber (-)
Stud. [P/P]			*nickt*			
Stud. [G/H]						
Stud. [M/A]	*den Kopf*				*schaut links am StP*	
StP [v]		ja gut,	<<all> [DAS is]	ja IMmer so, > (-)	[das öh]	
StP [P/P]		*neigt den Kopf stark nach links*				
StP [G/H]		*gestikuliert*				
StP [M/A]		*schaut nach unten*				*schaut zum*

[136]

Stud. [v]		wir können ja auch	erstmal einfach mit einer tablette	ANfangen;
Stud. [M/A]	*vorbei*	*schaut auf die Unterlagen*		
StP [M/A]	*Stud.*			*schaut auf*

[137]

Stud. [v]		(-) °h und	sozusagen (.)
Stud. [P/P]		*atmet sichtbar ein, hebt den Oberkörper*	
StP [M/A]	*die Unterlagen des Stud.*		*schaut zum*

[138]

Stud. [v]	langsam die dosis	erHÖhen, (.)	und: schaun	
Stud. [G/H]	*macht eine mehrstufige Geste nach oben*		*spielt mit dem Stift in beiden*	
Stud. [M/A]		*schaut zum StP*		
StP [M/A]	*Stud.*			

[139]

Stud. [v]	wenn was AUFtritt;	(.) probieren wir		dann eine
Stud. [G/H]	*Händen gestikuliert*			
Stud. [M/A]		*schaut auf die Unterlagen*		
StP [M/A]		*schaut auf die Unterlagen des Stud.*		

[140]

Stud. [v]	andere med (.)	ein anderes: (.)	medikaMENT;	(1.0)	
Stud. [P/P]			*nickt*		
Stud. [G/H]		*spielt mit dem Stift in beiden Händen*			
Stud. [M/A]		*schaut zum StP*			
StP [v]				<<all> gut, aber	
StP [P/P]				*bewegt den Kopf mehrfach*	
StP [G/H]				*gestikuliert schnell*	
StP [M/A]		*schaut zum Stud.*		*schaut nach unten*	

[141]

Stud. [v]	[ja,]				
Stud. [G/H]					
Stud. [M/A]	*lächelt*	*presst Lippen zusammen*			
StP [v]	[TROTZdem]	noch mal die fra:ge >	also ähm (--) wie: (-)	haben die denn	
StP [P/P]	*schnell in versch. Richtungen*			*schüttelt leicht den*	
StP [G/H]				*gestikuliert*	
StP [M/A]				*schaut zum Stud.*	

[142]

Stud. [v]			[ja;]	(.) also die	
Stud. [P/P]				*nickt leicht*	
Stud. [G/H]					
Stud. [M/A]					
StP [v]	beide (.) dieselbe	WIRkung dann im endeffekt, (.)	[oder?]		
StP [P/P]	*Kopf*				
StP [G/H]					
StP [M/A]					

[143]

Stud. [v]	wirkmechanismen sind ANders,	ANders, (-) aber (.)		das ZIEL wo sie
Stud. [P/P]				
Stud. [G/H]			*gestikuliert*	*spielt mit dem Stift in*
StP [P/P]		*nickt*		

[144]

Stud. [v]	HINführen,	sind ähm (.)	sie reduzieren	beide den
Stud. [P/P]		*neigt leicht den Kopf hin und her*	*nickt leicht*	
Stud. [G/H]	*beiden Händen*		*gestikuliert*	*spielt mit dem Stift*

[145]

Stud. [v]	BLUTdruck;	(--) nur eben auf andere Mechanismen (-)	[ja;]
Stud. [G/H]	*in beiden Händen*		
StP [v]	ja		[(aha)]
StP [P/P]	*nickt*		
StP [M/A]			*schaut nach*

[146]

Stud. [v]	(-) und man muss	(.) ja:.	(.) man gibt halt (.)	
Stud. [G/H]	*gestikuliert*		*spielt mit dem Stift in beiden*	
Stud. [M/A]		*schaut auf die Unterlagen*		
StP [M/A]	*unten schaut zum Stud.*		*schaut auf die Unterlagen des*	

[147]

Stud. [v]	bestimmte,	FESTgelegte	dosen (.)	und,	(--) ähm kann dann ja
Stud. [G/H]	*Händen*				*gestikuliert*
Stud. [M/A]		*schaut zum StP*			*schaut auf die Unterlagen*
StP [P/P]				*nickt*	
StP [M/A]	*Stud.*		*schaut zum Stud.*		

[148]

Stud. [v]	auch gut ablesen	ob es wirkt oder NICH, (.) anhand		der BLUTdruckmessung;
Stud. [P/P]				*nickt*
Stud. [G/H]		*spielt mit dem Stift in beiden Händen*		
Stud. [M/A]		*schaut zum StP*		

[149]

Stud. [v]		ja;		
Stud. [P/P]	*lehnt sich zurück*			*lehnt sich schnell nach*
Stud. [G/H]				
StP [v]	ja:; (-)		das heißt im prinzip müsste	ich mich
StP [P/P]	*nickt*			
StP [G/H]			*gestikuliert schnell*	
StP [M/A]			*schaut nach unten*	

[150]

Stud. [P/P]	*vorne, dann zurück*		
StP [v]		jetzt anhand der	möglichen NEbenwirkungen dafür für eins
StP [G/H]		*gestikuliert*	
StP [M/A]			*schaut zum Stud., lächelt*

[151]

Stud. [v]		[°hh]
Stud. [P/P]		*lehnt sich zurück, lehnt zudem den Kopf leicht nach hinten*
Stud. [G/H]		*spielt mit dem Stift in beiden Händen*
StP [v]	entscheiden, (-)	[weil die von der WIRkung beide]
StP [G/H]		
StP [M/A]		

[152]

Stud. [v]	[<<seufzend> ja:. >]		also anhand der NEbenwirkungen,
Stud. [P/P]	*lehnt Körper und Kopf wieder vor*		
Stud. [M/A]			*schaut nach unten*
StP [v]	[(.) gut sind]	oder,	

[153]

Stud. [v]	(1.0)	ja:; (.) entscheiden;	(-) könnte man so sagen; (-)	WICHtiger wäre
Stud. [P/P]			*nickt leicht*	
Stud. [G/H]			*verschiebt leicht die Unterlagen*	
Stud. [M/A]			*schaut zum StP*	

[154]

Stud. [v]	noch	anhand, (.)	wenn sie jetzt	noch andere	
Stud. [P/P]		*lehnt sich leicht zurück*			*rutscht kurz auf*
StP [P/P]		*lehnt den Kopf leicht zurück*			

[155]

Stud. [v]	NEbenerkrankungen	hätten;	[(-)]	da würde sich dann vielleicht, (.)	EIN
Stud. [P/P]	*dem Stuhl herum*				
Stud. [G/H]				*gestikuliert*	
Stud. [M/A]				*schaut auf die Unterlagen*	
StP [v]			[hm_hm,]		
StP [P/P]			*nickt*		
StP [M/A]					*schaut*

[156]

Stud. [v]	medikament	mehr anbieten,	oder (.) ein anderes vielleicht
Stud. [G/H]			
Stud. [M/A]		*schaut zum StP*	
StP [P/P]			*nickt mehrfach leicht*
StP [M/A]	*auf die Unterlagen des Stud.*	*schaut zum Stud.*	

[157]

Stud. [v]	sogar	VERbieten,		aber da sie	keine relevanten		
Stud. [G/H]		*spielt mit dem Stift in beiden Händen*					
StP [v]			hm_hm.				
StP [P/P]			*nickt deutlich*		*nickt mehrfach leicht*		

[158]

Stud. [v]	NEbenerkrankungen haben und die		(.) NEbenwirkungen zwar hier stehn,	aber (-)	
Stud. [M/A]			*schaut auf die Unterlagen*	*schaut*	
StP [P/P]					

[159]

Stud. [v]	alle (.)	nich sehr wahrSCHEINlich sind (.)		und wenn	sie	
Stud. [P/P]					*lehnt sich kurz vor und*	
Stud. [G/H]				*gestikuliert*		
Stud. [M/A]	*zum StP*			*hebt die Augenbrauen*		

[160]

Stud. [v]	AUFtreten	(-) man kann es		sowieso nich	sicher vorhersagen ob sie	
Stud. [P/P]	*zurück*					
Stud. [G/H]						
Stud. [M/A]		*schaut links am StP vorbei*		*schaut zum StP*		
StP [P/P]	nickt					

[161]

Stud. [v]	auftreten oder nicht (.)	wenn sie AUFtreten, (-)		hat man immer	noch die	
Stud. [G/H]		*gestikuliert*				
Stud. [M/A]		*schaut auf die Unterlagen*		*schaut zum StP*	*schaut links*	
StP [P/P]	*nickt mehrfach leicht*					

[162]

Stud. [v]	möglichkeit, (.)	das medikament	wieder abzusetzen und durch		ein neues zu	
Stud. [P/P]					*lehnt sich vor*	
Stud. [G/H]						
Stud. [M/A]	*am StP vorbei*	*schaut zum StP*				

[163]

Stud. [v]	ERsetzen;			ja; (-)	und IRgendwann	
Stud. [P/P]	*rutscht auf dem Stuhl herum*		*lehnt sich zurück*		*<< lehnt sich mehrfach*	
Stud. [G/H]					*gestikuliert*	
Stud. [M/A]					*schaut auf die Unterlagen*	
StP [v]			hm_hm,			
StP [P/P]			*nickt deutlich*			

[164]

Stud. [v]	haben wir sicherlich gemeinsam		das richtige medikament	gefunden;	
Stud. [P/P]	*leicht vor und zurück >*				
Stud. [M/A]				*schaut zum StP*	
StP [M/A]	*schaut auf die Unterlagen des Stud.*		*schaut zum Stud.*		

[165]

Stud. [v]	(.)	und wenn sie da	einmal mit EINgestellt sind (.)	dann	
Stud. [P/P]	*<< nickt leicht >>*			*>*	
Stud. [G/H]		*gestikuliert*			
Stud. [M/A]		*schaut zur Seite*		*schaut zum StP*	
StP [P/P]	*nickt leicht*				

[166]

Stud. [v]	is_eigentlich alles	wunderbar;	(--)	würd ich sagen, (.) dann wenn		der
Stud. [P/P]		*nickt mehrfach*				
Stud. [G/H]						
Stud. [M/A]			*lächelt*			*schaut*
StP [P/P]			*nickt*			

[167]

Stud. [v]	blutdruck im (.)	grünen beREICH ist (--)		[ja, (--)]
Stud. [G/H]	*gestikuliert*			
Stud. [M/A]	*auf die Unterlagen*	*schaut zum StP*		
StP [v]			gu:t. (-)	[°hh]
StP [M/A]			*schaut nach unten*	*öffnet den Mund*

[168]

Stud. [v]	<<f> also wenn ich	ihnen was empFEHlen darf >	(-) ich würde sagen (-)
Stud. [G/H]	*gestikuliert*	*kratzt sich mit der linken Hand leicht an der Brust*	
Stud. [M/A]	*schaut auf die Unterlagen*		
StP [M/A]			*schaut zum Stud., runzelt*

[169]

Stud. [v]	°h ä:hm. (-)	sie sind noch relativ jung und FIT und (-) ich würde	
Stud. [P/P]	*streckt den Oberkörper*		
Stud. [G/H]			
StP [M/A]	*die Stirn*		

[170]

Stud. [v]	sagen, wir können es erstmal mit dem CALcium	antagonisten	probieren als
Stud. [G/H]			
Stud. [M/A]		*schaut zum StP*	

[171]

Stud. [v]	kombinationspartner.		ist ein etwas aktuelleres medikament,	sehr
Stud. [P/P]			*nickt mehrfach leicht*	*nickt*
Stud. [G/H]		*hält die Hand an der Brust, ohne sie zu bewegen*		
Stud. [M/A]				*presst die*
StP [v]		hm_HM?		
StP [P/P]		*nickt*		

[172]

Stud. [v]	WIRKsam, (.)	sehr erPROBT	aber auch schon.	[(1.5)]
Stud. [P/P]		*lehnt sich vor*	*nickt*	
Stud. [G/H]				
Stud. [M/A]	*Lippen aufeinander*	*schaut auf die Unterlagen*	*schaut zum StP*	
StP [v]				[°hh]
StP [P/P]				*nickt*
StP [G/H]				*gestikuliert*

[173]

Stud. [v]	hm_hm;		
Stud. [P/P]	*nickt leicht*		
StP [v]	aha, ja ich hatte jetzt eigentlich eher das	ä:h (.) das (.)	
StP [G/H]			
StP [M/A]	*schaut nach unten, neigt den Kopf nach links*	*schaut zum Stud., << runzelt*	

[174]

Stud. [v]			[ja?]	
Stud. [P/P]			*lehnt sich kurz zurück und vor, nickt*	
Stud. [G/H]				*schiebt einen*
Stud. [M/A]			*hebt die Augenbrauen*	
StP [v]		diese WASserta	[bletten]	so im
StP [G/H]		*gestikuliert*		
StP [M/A]	*die Stirn >*			

[175]

Stud. [G/H]	*Zettel nach vorne*				
StP [v]	kopf, (.) weil °hh		ÄHM:	(1.0)	also wenn
StP [P/P]			*neigt den Kopf nach links und rechts*		
StP [G/H]			*zuckt die Schultern*	*gestikuliert schnell und*	
StP [M/A]	*<< schaut nach unten >>*				*<< rümpft die*

[176]

Stud. [M/A]				*schaut auf die*
StP [v]	das irgendwie möglicherweise	KOPFschmerzen und so	macht	das wär mir
StP [G/H]	*stark*			
StP [M/A]	*Nase >*	*<< schaut zum Stud. >>*		*<< schaut auf*

[177]

Stud. [v]		[oke:,]		[was
Stud. [P/P]				*lehnt sich*
Stud. [G/H]			*stützt den Kopf an der Wange mit der linken Hand*	
Stud. [M/A]	*Unterlagen*	*hebt die Augenbrauen*		
StP [v]		[jetz,]	da hätt ich jetzt	[einfach
StP [P/P]			*neigt den Kopf kurz nach links*	
StP [M/A]	*die Unterlagen des Stud. >>*			

[178]

Stud. [v]	arbeiten sie denn?]		
Stud. [P/P]	*kurz zurück und vor*		
Stud. [G/H]		*kratzt sich an der Wange mit der linken Hand*	
Stud. [M/A]		*schaut zum StP*	
StP [v]	schwierigkeiten;] (-)	ja ich	arbeite in einer
StP [P/P]		*nickt*	*nickt*
StP [M/A]	*<< schaut zum Stud. >> > >*	*hebt die Augenbrauen*	*schaut nach unten*

[179]

Stud. [v]	[ja.]	
Stud. [G/H]		
StP [v]	INternetfirma:,	[sitze]
StP [P/P]		
StP [M/A]	*schaut zum Stud., << runzelt die Stirn, verengt die Augen >*	

[180]

Stud. [v]		oke:	[JA:]
Stud. [P/P]			*nickt*
Stud. [G/H]			*<< stützt den Kopf*
Stud. [M/A]		*schaut auf die Unterlagen*	
StP [v]	sehr viel am rechner.		[und das]
StP [P/P]			*neigt den Kopf von*
StP [M/A]			

[181]

Stud. [v]			[ja: oke:;]
Stud. [P/P]			*nickt*
Stud. [G/H]	*fortwährend an der Wange mit der linken Hand >*		
StP [v]	ä:h ist sowieso	mit KOPFschmerzen so	[(xxx xxx)]
StP [P/P]	*einer Seite zur anderen*	*nickt leicht*	
StP [G/H]		*gestikuliert neben dem eigenen Kopf*	
StP [M/A]		*<< schaut nach unten >>*	

[182]

Stud. [G/H]				
StP [v]	andererseits (.) mal Eben zur toilette zu gehen, (.)		das wär jetzt	für mich kein
StP [P/P]	*nickt mehrfach leicht*			
StP [G/H]	*gestikuliert*			
StP [M/A]	*>*			

[183]

Stud. [v]	[ne: das]	also die unterschiede sind ja wie	
Stud. [G/H]			
StP [v]	proBLEM, (.) deswegen	[würd ich eigentlich] da	

[184]

Stud. [v]	geSAGT	nicht so GROß bei den BEIden;	(--)	ähm; (-) so das es sich über die	
Stud. [G/H]					
StP [P/P]			*nickt*		
StP [M/A]		*schaut zum Stud.*			

[185]

Stud. [v]	nebenwirkungen (für sich)	[entSHCEIdet]	und (.)	kann ich verstehen,
Stud. [G/H]	*<< gestikuliert kurz mit der rechten Hand >>*	*>*	*<< kratzt sich leicht an der*	
Stud. [M/A]				*schaut zum StP*
StP [v]		[hm_hm;]		
StP [P/P]		*nickt*		

[186]

Stud. [v]	das sie da kopfschmerzen weniger gebrauchen können	[als (-)]
Stud. [G/H]	*Wange >*	
StP [v]		[ja:;]
StP [M/A]		*rümpft die Nase, runzelt*

[187]

Stud. [v]	vermehrtes WASserlassen; (-)	dann würd ich sagen		äh, (-)
Stud. [G/H]		*<< deutet auf die Unterlagen >>*		
Stud. [M/A]		*schaut auf die Unterlagen*		
StP [P/P]	*nickt mehrfach*			
StP [M/A]	*die Stirn*	*schaut auf die Unterlagen*		

[188]

Stud. [v]	kann ich ihnen auch gerne das	diuRETikum aufschreiben;	
Stud. [G/H]			
Stud. [M/A]		*schaut zum StP*	
StP [v]			ja; PRIma; (.)
StP [P/P]			*nickt deutlich*
StP [M/A]			*schaut zum Stud.*

[189]

Stud. [v]	[okay,]	dann schreibe ich ihnen ein re	ZEPT	auf,
Stud. [P/P]	*nickt*			
Stud. [G/H]				
Stud. [M/A]		*schaut auf die Unterlagen*	*schaut zum StP*	
StP [v]	[<<p> ja; >]			
StP [P/P]	*nickt*			*nickt*
StP [M/A]	*schaut auf die Unterlagen*		*schaut zum Stud.*	

[190]

Stud. [v]	und sie können das dann	vorne
Stud. [P/P]		*lehnt sich zurück*
Stud. [G/H]		*<< gestikuliert mit der rechten Hand Richtung Tür >> >*

[191]

Stud. [v]	(-)	bei meiner (.) geHILfin abholen;	(-)	
Stud. [G/H]		*spielt mit dem Stift in beiden Händen*		
Stud. [M/A]			*lächelt*	
StP [v]				gut, alles klar; (-)
StP [P/P]				*nickt deutlich*
StP [M/A]				*schaut auf die Unterlagen*

[192]

Stud. [v]	oke herr BÖRner; (-)	dann: (-)
Stud. [P/P]		*lehnt sich kurz vor und zurück*
Stud. [G/H]		*legt die Unterlagen zusammen*
Stud. [M/A]	*schaut auf die Unterlagen*	
StP [M/A]		*schaut zum Stud., presst die Lippen zusammen, lächelt*

[193]

Stud. [v]	wünsch ich	noch einen schönen TA:G,	
Stud. [P/P]	*rückt mit dem Stuhl nach hinten*		*steht auf*
Stud. [G/H]	*nimmt die Unterlagen in die linke Hand*		*stützt sich mit der rechten Hand*
Stud. [M/A]		*schaut zum StP*	*schaut auf den Tisch*
StP [v]			wünsch ich auch;
StP [P/P]			*nickt deutlich*
StP [G/H]	*gestikuliert leicht*		*stützt sich mit beiden Händen am*

[194]

Stud. [v]			<<f> vielleicht SEhen	wir uns nochma:l, >
Stud. [P/P]		*geht um den Tisch herum*		
Stud. [G/H]	*am Tisch ab*			
Stud. [M/A]			*schaut vermutlich zum StP*	*< Mimik: Ab hier*
StP [v]		(--)		
StP [P/P]		*steht auf*		
StP [G/H]	*Tisch ab*			
StP [M/A]		*lächelt*		*< Mimik: Ab hier*

[195]

Stud. [v]		aber vielleicht	ist meine kollegin
Stud. [P/P]			*geht langsam weiter*
Stud. [G/H]		*hält die rechte Hand hin*	*schüttelt die Hand*
Stud. [M/A]	*außerhalb des Aufnahmebereichs >*		
StP [G/H]			*schüttelt die Hand*
StP [M/A]	*außerhalb des Aufnahmebereichs >*		

[196]

Stud. [v]	dann wieder da beim NÄCHsten mal; ne, (-)	
Stud. [P/P]		
Stud. [G/H]		
Stud. [M/A]		*dreht sich Richtung Tür*
StP [v]		<<:-)> ich wünsche mir NICH; >
StP [G/H]		
StP [M/A]		*dreht sich dem Stud. hinterher*

[197]

Stud. [v]		[((lacht 1.5))]		ah_okay,
Stud. [P/P]		*geht Richtung Tür*		
Stud. [G/H]				*öffnet die Tür*
Stud. [M/A]				*dreht sich leicht zum*
StP [v]	(-)	[aber ((unverständlich 1.5))]	(2.0)	
StP [P/P]		*geht hinter dem Stud. Richtung Tür*		
StP [G/H]	*zuckt die Schultern*			
StP [M/A]	*Richtung Tür*			

[198]

Stud. [v]	(.) tschüss,			
Stud. [P/P]		*verlässt den Raum*		
Stud. [G/H]		*lässt die Tür los*		
Stud. [M/A]	*StP dreht sich Richtung Ausgang*			
StP [v]		danke; tschüss,		
StP [P/P]			*verlässt den Raum*	

[199]

Umgebung	*Ende der Aufzeichnung*

13.6 Transkript II: W-W-da-Kon01

Aufnahmedatum:	08.01. 2010
Ort der Aufnahme:	Interaktionsräume im Gebäude MAFO der Ruhr-Universität Bochum
Aufnahmegeräte:	Olympus DM-450 Digital Voice Recorder (Diktiergerät) 3x Sony DCR-TRV 345 E (Videokamera)
Aufnahmedauer:	08:32 Min.
Gesprächsteilnehmer:	Frau Neubauer, 26 Jahre (Name anonymisiert) Geburtsland: Polen Medizinstudierende, direkt nach dem PJ 6 Famulaturen in: Chirurgie, Innere Medizin, Neurologie, Neurochirurgie, Psychiatrie, kardiologische Praxis Schulungen zur Kommunikation: Wahlfach „Wahrheit am Krankenbett“ zum Überbringen schlechter Nachrichten in der Medizin (Studierende in der Rolle der Ärztin) Frau Abou-Hamdan, 38 Jahre (Simulationspatientin in der Rolle der Frau Berger)

Transkribierende / Korrektoren: Tim Peters, Uwe Schiller, Nico Buchholz

[1]

StP [P/P]	*lehnt zurück im Stuhl*
StP [G/H]	*spielt mit dem linken Zeigefinger am Mund, Notizbuch in der rechten Hand liegt*
StP [M/A]	*schaut nach oben Richtung Decke, bewegt den Kopf leicht hin und her*

[2]

StP [P/P]		(--)	(--)
StP [G/H]	*auf einer Tasche, beides auf dem Schoß abgelegt*		
StP [M/A]		*schaut zur Tür*	*lächelt, nickt*
Umgebung		*Tür wird geöffnet*	*Tür wird*

[3]

Stud. [v]	gut[en TAG,]	(1.5)
Stud. [P/P]		*betritt den Aufnahmebereich, geht zur*
StP [v]	[guten tag;]	
StP [P/P]		*lehnt sich vor*
StP [G/H]	*<< greift mit der linken Hand die Tasche >*	*<< legt Notizbuch mit der rechten Hand*
StP [M/A]	*schaut auf die Tasche*	*schaut auf den Tisch*
Umgebung	*geschlossen*	

[4]

Stud. [v]		(-)	guten TAG frau
Stud. [P/P]	*Tischkante*		
Stud. [G/H]			*hält die rechte Hand entgegen*
StP [P/P]			*steht auf, nickt*
StP [G/H]	*auf den Tisch >>*		*<< hält die rechte Hand entgegen >>*
StP [M/A]		*schaut zur Stud.*	*dreht sich Richtung Stud.*

[5]

Stud. [v]	berger (.) neuBAUer mein	[name;]
Stud. [P/P]	*beugt sich leicht vor, nickt leicht*	*richtet sich wieder auf, geht um den*
Stud. [G/H]	*schüttelt die Hand*	
StP [v]		[(JA:;)]
StP [P/P]		*nickt*
StP [G/H]	*<< schüttelt die Hand >>*	
StP [M/A]		*dreht sich Richtung Stuhl des Stud.*

[6]

Stud. [v]	hallo		
Stud. [P/P]	*Tisch zum Stuhl, dabei weiterhin zur StP gedreht*		*beugt*
Stud. [G/H]	*stützt sich mit der rechten Hand am Tisch ab*	*greift mit der linken Hand an den*	
Stud. [M/A]	*schaut kurz nach unten, dann wieder zur StP*		
StP [v]		wie ist ihr NAme?	
StP [P/P]		*beugt sich vor*	
StP [G/H]	*>*	*hält mit beiden Händen die Tasche*	
StP [M/A]	*schaut kurz nach unten, dann wieder zur Stud.*		

[7]

Stud. [v]	neuBAUer,		ich bin die	äh
Stud. [P/P]	*sich leicht vor*	*richtet sich wieder auf*		*setzt sich*
Stud. [G/H]	*Stuhl*	*zieht den Stuhl zurück*		
Stud. [M/A]		*schaut kurz auf den Stuhl, dann wieder zur StP*		
StP [v]		ach so		
StP [P/P]		*richtet sich wieder auf, setzt sich*		
StP [G/H]			*legt die Tasche auf*	

[8]

Stud. [v]	verTREtung (-) für die äh		HAUSärztin	von ihnen; (--)	
Stud. [P/P]				*lehnt sich leicht vor*	
Stud. [G/H]		*zieht den Stuhl heran*			
Stud. [M/A]					*lächelt leicht*
StP [v]					oh (---)
StP [P/P]					*reduziert die*
StP [G/H]	*dem Schoß neu zurecht*				*rückt Stuhl*
StP [M/A]					*schaut nach*
Umgebung				*((klopfen))*	

[9]

Stud. [v]		°h [ja]		[°hh]
Stud. [M/A]				
StP [v]		[was ist] denn mit der frau		[doktor]
StP [P/P]	*Distanz zum Stud.*		*lehnt sich leicht vor*	*lehnt sich zurück*
StP [G/H]	*an den Tisch*			*legt die Tasche*
StP [M/A]	*unten, weitet die Augen, schaut zur Stud.*			

[10]

Stud. [v]		ähm:: (.) SIE macht schwangerschafts urlaub;		
Stud. [P/P]			*nickt*	
Stud. [M/A]				
StP [v]	ottmann?			frau
StP [P/P]				
StP [G/H]	*auf dem Schoß zurecht*			
StP [M/A]	*lächelt*			*stutzt, hebt*

[11]

Stud. [v]			[genau.]	
Stud. [P/P]		*nickt*		
Stud. [M/A]				*lächelt*
StP [v]	ottmann war SCHWAN	ger?	[ach]	das hab ich ja ((unverständlich 0.5))
StP [G/H]				*gestikuliert*
StP [M/A]	*die Augenbrauen*			*schaut nach unten*

[12]

Stud. [v]	<<p> [genau] >		[ja:]		
Stud. [P/P]			*schüttelt einmal den Kopf*		
Stud. [M/A]					*lächelt*
StP [v]	[so das]	hab ich gar nicht	[MIT	bekommen]	na SOwas;
StP [P/P]			*nickt*		
StP [G/H]			*zuckt die Schultern*		
StP [M/A]	*schaut zur Stud.*	*schaut nach unten*			*schaut zur Stud.*

[13]

Stud. [v]			[ja::]		
Stud. [P/P]			*nickt*		
Stud. [M/A]					
StP [v]	wurd mir auch GAR nichts	gesagt,	[(-)gu:t;] (.)		also
StP [P/P]	*schüttelt leicht den Kopf*				*lehnt sich vor*
StP [G/H]	*macht ihre Tasche an zwei Knöpfen zu*				
StP [M/A]		*lächelt*	*schaut auf ihr Notizbuch*		*schaut zur Stud.*

[14]

Stud. [v]		[NEUbauer genau.]		
Stud. [P/P]	*lehnt sich vor*	*nickt mehrfach*	*lehnt sich zurück*	
StP [v]	NOCH mal jetzt neubauer	[war der name;]	gut.	dann sind sie
StP [P/P]			*lehnt sich zurück*	
StP [G/H]			*zieht die Tasche auf dem Schoß hoch*	
StP [M/A]	*lächelt*			

[15]

Stud. [v]			genau:	ich v_verTREte	sie in der zeit solange
Stud. [P/P]			*nickt*		
Stud. [G/H]				*gestikuliert*	
StP [v]	jetzt	wahrscheinlich DIE,			
StP [P/P]		*nickt*	*lehnt den Kopf zurück*		
StP [G/H]		*gestikuliert*		*richtet ihren Schal*	

[16]

Stud. [v]	[wie sie zuhause (bleibt)]		[genau;] (.) genau;]		
Stud. [P/P]			*nickt mehrfach*		
StP [v]	[dann sehen wir uns ja sicherlich,]		[!GUT!]	(--) bis dahin	beHALte
StP [P/P]	*lehnt sich kurz vor und zurück*		*nickt*		*lehnt sich*
StP [G/H]	*gestikuliert*		*legt die Hände aufs Notizbuch*		*legt die*
StP [M/A]	*schaut auf ihr Notizbuch*		*schaut zur Stud.*		

[17]

Stud. [v]			[ja;]		
StP [v]		ich den Namen dann	[wahrscheinlich;]	gut,	ja=
StP [P/P]	*kurz vor und zurück*			*nickt*	
StP [G/H]	*Hände auf die Tasche*			*gestikuliert*	
StP [M/A]		*hebt die Augenbrauen*			

[18]

Stud. [v]	=wie GEHT es ihnen?			
StP [v]		↑ja ich (.)		möchte sagen so weit so GU:T
StP [G/H]		*zuckt die Schultern*		*streicht sich mit der linken Hand*
StP [M/A]		*schaut nach unten*		

[19]

Stud. [P/P]	*nickt*					
StP [v]	(.) und	ähm (.)	°h ja sie wissen vielleicht	das ich wegen dieser		BLUTdruck
StP [G/H]	*durch ihr Haar*					*gestikuliert*
StP [M/A]			*schaut zur Stud.*			

[20]

Stud. [v]			hm_hm	[genAU]	
Stud. [P/P]		*nickt mehrfach*			
StP [v]	geschichte	hier bin;		[die frau doktor]	OTTmann und ich
StP [P/P]	*nickt leicht*				
StP [G/H]					
StP [M/A]				*schaut auf die eigenen Hände*	

[21]

Stud. [v]		[GEnau;]	
Stud. [P/P]		*nickt*	
StP [v]	wir hatten	[da;]	(-) sozusagen kommuniZIERT drüber und das is ja so (.)

[22]

Stud. [v]		hm_hm			
Stud. [P/P]		*nickt mehrfach*			
StP [v]	beiläufig öhh, h°		zu TAge gekommen	und ähm::	(--)
StP [P/P]					*schüttelt*
StP [G/H]	*gestikuliert*			*gestikuliert*	*zuckt leicht*
StP [M/A]	*schaut zur Stud.*		*hebt die Augenbrauen*	*schaut nach unten*	

[23]

StP [v]		JA	dann hatte ich ja dieses (--) sagen sie schnell	(ramberil)
StP [P/P]	*leicht den Kopf*			
StP [G/H]	*die Schultern*			*gestikuliert*
StP [M/A]			*schaut zur Stud.*	

[24]

Stud. [v]		[hm_	hm ramipril]		[hm_HM] <<:-)> genau
Stud. [P/P]		*nickt mehrfach*			*nickt mehrfach*
StP [v]	oder? (-)	[oder (.) wie hieß das?]		<<:-)> ramipril > genau	[genau]
StP [G/H]				*gestikuliert*	
StP [M/A]				*schaut nach unten*	

[25]

Stud. [v]	ja; >				
Stud. [P/P]					
StP [v]		°hh ähm !JA! (.) und das	is ja alles irgendwie	nicht so	von erFOLG
StP [G/H]				*gestikuliert*	
StP [M/A]			*schaut zur Stud.*		

[26]

StP [v]	gekrönt, ich	hab mich	da sehr genau auch an die	ANweisungen
StP [G/H]		*gestikuliert*		
StP [M/A]		*schaut nach unten*		*schaut zur Stud.*

[27]

Stud. [v]		[okay:]				[also]	sie ham das
Stud. [P/P]			*nickt mehrfach*			*nickt mehrfach*	
StP [v]	von der frau	[doktor	ottmann]	°hh (.) geHALten	und	[ähm]	
StP [P/P]	*nickt*						
StP [G/H]			*schiebt die linke Hand in den rechten Ärmel*				
StP [M/A]				*schaut nach unten*			*schaut zur Stud.*

[28]

Stud. [v]	dann auch REgelmäßig	ein	[genommen;	okay,]	
Stud. [P/P]				*nickt*	
StP [v]			[<<all> JAjaja	jaja >]	EINgenommen;
StP [P/P]				*nickt*	
StP [G/H]					*abwehrende Handbewegung*
StP [M/A]					*schaut nach unten*

[29]

Stud. [v]			[ah ja:]	genau;	
Stud. [P/P]			*nickt leicht*		
StP [v]	(.) AUFgeschrieben;	(.) gemessen (.)	[also,]	ähm	(--) <<all> ist mir
StP [G/H]	*mit beiden Händen*				*spielt an ihrer Tasche*

[30]

StP [v]	schon ein bisschen SCHWER	gefallen,	aber ich	wusste ja das es WICHtig ist
StP [G/H]			*gestikuliert*	

[31]

Stud. [v]			[hm_HM,]	
Stud. [P/P]			*nickt*	
StP [v]	dann hab ich	das also gemacht > ja;	[°h]	und JETZT ähm:; (-)
StP [G/H]	*gestikuliert*			*streicht mit der rechten Hand*

[32]

Stud. [v]					[hm_hm.]
Stud. [P/P]					*nickt*
StP [v]		is ja nach ZWEI monaten:		kein erfolg gewesen,	[dann hatte]
StP [G/H]	*über das Notizbuch*	*gestikuliert*			
StP [M/A]				*schaut zur Stud.*	

[33]

Stud. [v]				GEnau; genau;	
Stud. [P/P]				*nickt mehrfach*	
StP [v]	sie ja glaub ich dann ne andere	doSIErung vorgenommen,			
StP [P/P]		*nickt leicht*			*nickt*
StP [G/H]	*gestikuliert*				

[34]

Stud. [v]	[<<pp> (das is) >]		[ja]	
Stud. [P/P]		*nickt mehrfach*		
StP [v]	[jetz is wieder °hh]	(-) knapp n MOnat rum	[und jetz]	ham wir ja auch grade
StP [G/H]	*gestikuliert*	*reibt mit einer Hand über ihr Gesicht*		
StP [M/A]		*schaut nach unten*		

[35]

StP [v]	gemessen hier, ich weiss	nich ob Ihnen die WERte vorliegen?
StP [P/P]		*lehnt sich kurz vor und zurück*
StP [G/H]	*reibt mit beiden Händen über ihr Gesicht*	*massiert sich die Schläfen*

[36]

Stud. [v]	[hm_hm] doch ich hab	[sie geSEhen]	ja;		[viel zu hoch ja (.)]
Stud. [P/P]	*nickt mehrfach*				*nickt mehrfach*
Stud. [G/H]	*gestikuliert*				
StP [v]	[ähm:]	[JA;]		is ja jetz auch	[noch nich SO: (-)]
StP [G/H]					
StP [M/A]				*schaut zur Stud.*	

[37]

Stud. [v]	[hm_hm:]			
Stud. [P/P]				
StP [v]	[ne? aber] hatte ich ja zuhause in der ZWIschenzeit		auch und jetzt, °h	is natürlich
StP [G/H]	*gestikuliert*		*<< faltet Hände auf Brusthöhe >*	
StP [M/A]	*schaut auf das Notizbuch*			*schaut zur*

[38]

StP [v]	nich guter rat TEUer;	aber	sie
StP [P/P]			*lehnt sich leicht zurück*
StP [G/H]		*<< deutet mit gefalteten Händen auf die Stud. >>*	
StP [M/A]	*Stud. schaut nach unten*		*schaut zur Stud.*

[39]

StP [v]	werden sicherlich	nen guten rat haben sagen wir
StP [P/P]		
StP [G/H]		*<< bewegt die gefalteten Hände auf Brusthöhe leicht vor und*

[40]

Stud. [v]	[°hh]	JA;	also sie ham ja auch SELber schon (.) gesehen AUCH; (.)	
Stud. [P/P]			*nickt mehrfach leicht*	
Stud. [G/H]			*gestikuliert*	
StP [v]	[mal so.]			
StP [G/H]	*zurück >>*		*<< reibt mit einem Finger über den Mund >>*	

[41]

Stud. [v]	zuhause ham	sie ja auch geMESsen;	das der blutdruck	ja auch	konstant zu hoch ist.
Stud. [P/P]					*nickt mehrfach leicht*
Stud. [G/H]		*gestikuliert*		*gestikuliert*	
StP [G/H]					

[42]

Stud. [v]		[sie KENnen ja auch (--)]	ja; (-)	und ich
Stud. [P/P]		*nickt mehrfach*		
Stud. [G/H]		*gestikuliert*		
StP [v]	tja; (-)	[(xxx xxx)]		
StP [P/P]			*nickt*	
StP [G/H]	*<< fächert die Hände auf, hält sie vor den Mund >>*			
StP [M/A]	*schaut nach unten*	*schaut zur Stud.*		

[43]

Stud. [v]	würde VORschlagen,	(.) das wir noch ein anderes medikament (.) dazu (.)
StP [G/H]		

[44]

Stud. [v]	dosieren. (1.5)			[das ist jetz so]
Stud. [P/P]				*nickt mehrfach*
StP [v]			OH, (--)	[(xxx xxx)]
StP [P/P]	*neigt den Kopf leicht nach links*		*lehnt sich leicht vor*	*lehnt sich leicht*
StP [G/H]			*<< fächert die Hände auf >>*	*>*

[45]

Stud. [v]	[ja das is]	jetz so der NÄCHste schritt;]
Stud. [P/P]		
StP [v]	[ja gut (-)]	
StP [P/P]	*zurück*	
StP [G/H]	*stützt den Kopf am Kinn mit rechter Hand, hält Zeigefinger über den Mund, linke Hand*	
StP [M/A]	*schaut nach oben*	*schaut zur Stud.*

[46]

Stud. [v]			[weil sie ham (-) sie ham]
Stud. [P/P]			
Stud. [G/H]			*gestikuliert*
StP [v]		ja, ja;	[sie WISsen was am besten is (.) ja;]
StP [P/P]			*lehnt sich leicht vor und zurück, schüttelt den Kopf*
StP [G/H]	*stützt rechten Ellenbogen*		*deutet mit einer Hand auf Stud.*
StP [M/A]			*schaut nach unten*

[47]

Stud. [v]	das halt,	<<all> da sie das regelmäßig >	EINgenommen
Stud. [G/H]		*gestikuliert*	
StP [P/P]		*<< neigt den Kopf leicht nach rechts >*	
StP [G/H]	*stützt den Kopf am Kinn mit rechter Hand, Zeigefinger über dem Mund, linke Hand stützt*		
StP [M/A]	*schaut zur Stud.*		

[48]

Stud. [v]	haben (.) und; bis ZEHN milligramm; das is die dosierung bis man; <<stotternd>
Stud. [G/H]	
StP [P/P]	
StP [G/H]	*rechten Ellenbogen*

[49]

Stud. [v]	w_wi > wie HOCH man geht?		und DANN, (.)	is so der nächste schritt
Stud. [G/H]			*gestikuliert*	
StP [v]		ja,		
StP [P/P]		*<< nickt >>*		
StP [G/H]				

[50]

Stud. [v]	ein anderes medikament;		da zu_zu äh	
Stud. [P/P]			*senkt den Kopf leicht*	
Stud. [G/H]			*berührt ihre Nase mit der rechten Hand*	
StP [v]		oke:;		
StP [P/P]	>			
StP [G/H]	*hält rechte Faust vor den Mund*			

[51]

Stud. [v]	äh_geben (.)	und es gibt	zwei MÖGlich↑↑keiten?		entweder ein
Stud. [P/P]					
Stud. [G/H]		*gestikuliert*			*gestikuliert*
StP [v]				hm_hm;	
StP [P/P]				*nickt*	
StP [G/H]					*zieht rechten Ärmel*

[52]

Stud. [v]	CALciumantagonist,	(-) so heisst einfach	
Stud. [G/H]			
StP [G/H]	*hoch und kratzt sich am rechten Arm*		
StP [M/A]	*schaut nach unten*	*schaut fragend zur Stud., hebt die*	

[53]

Stud. [v]	die WIRkungsgruppe;		oder (.) ein
Stud. [G/H]	*gestikuliert*		
StP [v]		ahja; (-)	
StP [P/P]		*nickt*	
StP [G/H]		*zieht den Ärmel herunter*	
StP [M/A]	*Augenbrauen, zieht Mundwinkel runter*		

[54]

Stud. [v]	diuREtikum. (-)	das sind einfach so zwei wirkungsgruppen;	(-)	dieser
Stud. [P/P]		*schüttelt leicht den Kopf*		
Stud. [G/H]				
StP [P/P]			*nickt*	
StP [G/H]		*hebt beide Hände leicht*		
StP [M/A]		*dreht den Kopf fragend zur rechten Seite*		*dreht den Kopf*

[55]

Stud. [v]	CALciumantagonist	der funktioniert so das er, °h einfach an den ge↑FÄ:ßen,
Stud. [G/H]		
StP [G/H]		*kratzt sich mit der linken Hand am Kopf, richtet Haare*
StP [M/A]	*wieder zur Stud.*	

[56]

Stud. [v]	was verändert, (--)		[und ähm]
Stud. [G/H]			
StP [v]			[ja:;]
StP [P/P]	*lehnt sich vor*		
StP [G/H]		*schiebt das Notizbuch mit der rechten Hand zur Seite*	*rechte Hand*
StP [M/A]	*schaut kurz runter, dann wieder zur Stud.*		

[57]

Stud. [v]	(.) das halt einfach (.) der	(periphere) druck	verringert wird; °h
Stud. [P/P]		*schüttelt leicht den Kopf*	
Stud. [G/H]			
StP [G/H]	*bleibt auf Notizbuch, stützt den Kopf mit linkem Arm am Tisch ab*		

[58]

Stud. [v]	(-) und, ähm: (---)	die NEbenwirkungen, die halt vorkommen	KÖnnen, (.)	sind halt
Stud. [G/H]		*gestikuliert leicht*		
StP [P/P]			*nickt*	
StP [G/H]				
StP [M/A]	*schaut nach unten*	*schaut zur StP*		

[59]

Stud. [v]	KOPFschmerzen:, (-)	oder äh BEINschwellungen:, (--)	oder ne allergische
Stud. [G/H]			*gestikuliert*
StP [G/H]			

[60]

Stud. [v]	reaktion	KANN	auftreten,	MUSS	aber nich;	ich muss ihnen das
Stud. [P/P]		*nickt*		*nickt*		
Stud. [G/H]						*gestikuliert*
StP [G/H]					*gestikuliert*	*legt die Hände*
StP [M/A]						*schaut kurz nach*

[61]

Stud. [v]	halt nur	[SAgen, was	halt sein kann;]
Stud. [P/P]		*nickt*	
Stud. [G/H]			
StP [v]		[ja ja das	verSTEH ich;]
StP [G/H]	*unterm Kinn zusammen*		*stützt den Kopf an der Wange mit der*
StP [M/A]	*unten, dann wieder zur Stud.*		*schaut nach unten*

[62]

StP [v]		das is ja auch das was dann
StP [G/H]	*linken Hand, reibt ein Auge mit der rechten Hand*	*gestikuliert*
StP [M/A]		

[63]

Stud. [v]				[genau (.) genau (.)]	ja
Stud. [P/P]				*nickt mehrfach*	
StP [v]	wahrscheinlich im	BEIpackzettel	sich dann lesen	[lässt aber, (-)]	
StP [G/H]		*reibt die Hände*			
StP [M/A]			*schaut zur Stud.*	*schaut runter*	

[64]

Stud. [v]			[genau=genau das is,]	(.) das
Stud. [P/P]			*nickt mehrfach*	*bewegt den*
Stud. [G/H]				*gestikuliert*
StP [v]	sie ham ja da sicherlich	erFAHrungswerte oder,	[((unverständlich 0.5))]	
StP [G/H]	*gestikuliert*			*hält die Hände*
StP [M/A]		*schaut zur Stud.*		

[65]

Stud. [v]	sind einfach	so die LEITlinien,	das is (.) statistisch erFORSCHT, das es das einfach	
Stud. [P/P]	*Kopf beim Reden leicht hin und her*			
Stud. [G/H]			*gestikuliert*	
StP [G/H]	*aufgefächert gefaltet vor Mund und Kinn*			

[66]

Stud. [v]	(.) GUT is;	[das]	man das einfach so MACHT (.)	[wenn der]	blutdruck nach
Stud. [P/P]					
Stud. [G/H]					*gestikuliert*
StP [v]		[hm_hm;]		[ja;]	
StP [G/H]					

[67]

Stud. [v]	einem medikaMENT	(.) nicht besser geworden ist;		und das
Stud. [P/P]				
Stud. [G/H]				
Stud. [M/A]				*schaut nach*
StP [v]			ja ich verSTEhe.	
StP [G/H]			*reibt sich beide Augen mit den*	
StP [M/A]			*schließt die Augen*	

[68]

Stud. [v]	ANdere medikament	also wir können, (-)	sie können si_sich das quasi	aussuchen
Stud. [P/P]				*schüttelt*
Stud. [G/H]	*gestikuliert*			
Stud. [M/A]	*unten*	*schaut zur StP*		
StP [G/H]	*Händen*		*hält die Hände zusammengelegt vor Nase*	
StP [M/A]			*schaut zur Stud.*	

[69]

Stud. [v]	welches sie NEHmen,=	[weil beide GLEICH,]	[((lacht 2.5))]
Stud. [P/P]	*den Kopf*		*lehnt sich vor*
Stud. [G/H]		*gestikuliert*	
Stud. [M/A]			*lächelt*
StP [v]		[oh (.) das will ich nich (machen)]	[(°h) nein]
StP [P/P]		*lehnt sich zurück, schüttelt den Kopf*	
StP [G/H]	*und Mund*	*legt Hände auf das Notizbuch*	*schiebt das Notizbuch*
StP [M/A]		*schaut nach unten*	

[70]

Stud. [v]		<<lachend> ja; >	
Stud. [P/P]	*lehnt sich zurück*		*lehnt sich vor*
Stud. [M/A]			
StP [v]	<<:-)> frau doktor NEUbauer; > (-)]		((kurzes stoßweises Lachen))
StP [P/P]	*lehnt sich vor*	*lehnt sich zurück*	
StP [G/H]	*leicht zur Seite*	*legt die Hände in den Schoß*	
StP [M/A]	*schaut kurz zur Stud., dann nach unten*	*lächelt*	

[71]

Stud. [v]	nein aber ich MEIne nur so,	[damit sie WISsen ºh]	genau;
Stud. [P/P]			*nickt*
Stud. [G/H]	*gestikuliert*		*gestikuliert*
Stud. [M/A]			
StP [v]		[da weiß ich dann halt] zu WEnig.	
StP [P/P]	*lehnt sich vor*		
StP [G/H]	*legt die Hände auf den Tisch*	*gestikuliert*	*streicht mit der*
StP [M/A]		*lächelt*	

[72]

Stud. [v]	aber es is es is EINfach,	ich kann ihnen	auch keins emPFEHlen,
Stud. [G/H]			
Stud. [M/A]		*schüttelt den Kopf*	
StP [G/H]	*linken Hand über die Finger der rechten*		
StP [M/A]		*schaut zur Stud.*	

[73]

Stud. [v]	weil einfach BEIde gleich	GUT sind.		[genau]
Stud. [P/P]		*nickt*		
Stud. [G/H]				
StP [v]		ach das können sie GAR nicht;	[das is]	is jetz
StP [P/P]		*lehnt sich zurück*		
StP [G/H]		*legt die Hände in den Schoß*		

[74]

Stud. [v]			[ja]		((lacht 1.0))
Stud. [P/P]					*lehnt sich leicht*
Stud. [M/A]					*lächelt*
StP [v]	echt SCHAde;	das habe ich mir so	EIN	[((unverständlich 1.0))]	
StP [P/P]			*nickt*		
StP [G/H]					*kratzt sich am Kopf*
StP [M/A]		*runzelt die Stirn*			

[75]

Stud. [v]		ich_ich kann ihnen ja noch mal	die nebenwirkungen von
Stud. [P/P]	*vor und zurück*		
Stud. [G/H]		*gestikuliert*	
Stud. [M/A]		*schaut nach unten*	*schaut zur StP*
StP [G/H]		*streicht sich mehrmals durch das Haar*	
StP [M/A]			*dreht den Kopf leicht hin*

[76]

Stud. [v]	diesem (.)	ä:h_andern von dem	[wassermedikaMENT]	[das:]
Stud. [G/H]				
Stud. [M/A]				
StP [v]			[ja das machen se ma;]	[WASser]medikament?
StP [P/P]				*lehnt sich vor*
StP [G/H]				
StP [M/A]	*und her, schaut zur Seite*			*dreht den Kopf zur Stud.,*

[77]

Stud. [v]		ja; (.) ich nenn das jetz einfach so
Stud. [G/H]		*gestikuliert*
StP [P/P]		
StP [G/H]		*stützt sich mit dem rechten Ellenbogen*
StP [M/A]	*schaut zur Stud., hebt die Augenbrauen*	

[78]

Stud. [v]	saLOPP; (.) also es heisst	diuretiKUM?	[das is]	so der (.)	äh HANdelsname. (-)
Stud. [P/P]		*nickt*		*nickt*	
Stud. [G/H]				*gestikuliert*	
StP [v]			[ja;]		
StP [P/P]			*nickt*		
StP [G/H]	*auf dem Tisch ab*				

[79]

Stud. [v]	und das funktioniert an der NIEre,	das sie einfach vermehrt WASser
Stud. [G/H]		
StP [P/P]	*neigt den Kopf zur linken Seite*	
StP [G/H]		

[80]

Stud. [v]	aussch_öh_schüm (.) ausführen	und deshalb	ºh äh der blutdruck einfach
Stud. [G/H]			
StP [P/P]			
StP [G/H]			
StP [M/A]			*zieht die Augen zusammen, schaut*

[81]

Stud. [v]	geringer wird;		und dann kommt
Stud. [G/H]			*zählt die*
StP [v]	ach so; hm_hm;		
StP [P/P]	*lehnt sich zurück, schlägt die Beine übereinander*		
StP [G/H]			
StP [M/A]	*skeptisch*		

[82]

Stud. [v]	es zu äh_vermehrtem WASserlassen kann es kommen,	zu SCHWINdel, (-)
Stud. [G/H]	*Nebenwirkungen an den Fingern der Hand ab*	
StP [M/A]		*schaut nach unten*

[83]

Stud. [v]	und zu	schwäche. (1.5)				gut; (.)
Stud. [P/P]						*nickt*
Stud. [G/H]			*gestikuliert*			
StP [v]			oh.		(--)	
StP [P/P]		*nickt*	*bewegt den Kopf stutzig kurz zurück*			*lehnt*
StP [M/A]	*schaut zur Stud.*					

[84]

Stud. [v]		das sind so SAchen, klar	[kann das halt
Stud. [P/P]			*lehnt sich leicht vor*
Stud. [G/H]	*gestikuliert*		
StP [v]			[<<all> kann; kann; kann;
StP [P/P]	*den Kopf leicht nach vorne*		
StP [G/H]			*macht abwehrende*
StP [M/A]			*schaut kurz nach unten und*

[85]

Stud. [v]	paSSIE:Ren,	ne?]	und ich würd vorschlagen	sie
Stud. [P/P]	*lehnt sich leicht zurück, nickt*			
Stud. [G/H]			*gestikuliert*	
StP [v]	genau; >]	ich verstehe		
StP [P/P]			*nickt*	
StP [G/H]	*Handbewegungen*			
StP [M/A]	*wieder zur Stud.*			

[86]

Stud. [v]	probieren eins AUS,	gucken wie_ob sie es gut verTRAgen,	wenn irgendwelche	
Stud. [G/H]				

[87]

Stud. [v]	nebenwirkungen AUFtreten die SCHWERwiegend sind; ºh		können sie wieder
Stud. [G/H]			

[88]

Stud. [v]	hier hin kommen und wir ÄNdern das noch.		
Stud. [G/H]			
StP [v]		hm_hm:;	
StP [M/A]		*schaut kurz nach unten, dann wieder*	

[89]

Stud. [v]		es kommt immer drauf an	wie gut sie das vertra:gen;	also
Stud. [G/H]		*gestikuliert*		
StP [M/A]	*zur Stud.*			

[90]

Stud. [v]		[hm_hm]			
Stud. [P/P]		*nickt*			
StP [v]	ja nun sind sie ja die	[FACHfrau,]	da mag ich sie dann doch	noch mal was	dazu
StP [P/P]	*lehnt sich vor*				
StP [G/H]	*legt die Hände auf das Notizbuch*			*gestikuliert*	
StP [M/A]	*schaut nach unten*				

[91]

Stud. [v]		[hm_hm,]		
Stud. [P/P]		*nickt*		
StP [v]	FRA:gen	[ähm;]	((räuspert sich 1.0))	(-) mit den
StP [G/H]			*<< hält sich die linke Faust vor den Mund >*	*<< gestikuliert*

[92]

StP [v]	nebenwirkungen;	°h ist das denn so	das die anfänglich AUFtreten	
StP [G/H]	*mit der rechten Hand >> >*	*stützt den Kopf an der Wange mit der linken Hand,*		

[93]

StP [v]		und man adaptiert das dann	irgendwie und dann ähm:;
StP [G/H]	*legt die Fingerspitzen der rechten Hand auf den Tisch*		*gestikuliert*
StP [M/A]		*schaut zur Stud.*	

[94]

StP [v]	(---) und dann ähm	treten	die wieder in den HINtergrund
StP [P/P]		*schüttelt leicht den Kopf*	
StP [G/H]			

[95]

StP [v]	oder wäre das dann (xxx xxx),	wie lange wäre überhaupt die		behandlungDAUer
StP [P/P]		*<< schüttelt leicht den Kopf >*		*<< lehnt sich leicht*
StP [G/H]	*gestikuliert*	*legt die Hände unterm Kopf zusammen*		
StP [M/A]	*verengt die Augen*	*hebt die Augenbrauen*		

[96]

Stud. [v]		°h ja	[die behandlungsdauer,]		[ja;]
Stud. [P/P]					*nickt*
StP [v]	dann;		[wäre das dann ne]	DAUER	[med]iaktion?
StP [P/P]	*vor und zurück >> >*				
StP [G/H]					
StP [M/A]					

[97]

Stud. [v]		[das is]	QUAsi:, (--)	nach oben hin OFfen		also°h
Stud. [G/H]		*gestikuliert*				*gestikuliert*
Stud. [M/A]		*schaut nach unten*	*schaut zur StP*			
StP [v]	ach	[so:]				
StP [P/P]	*hebt den Kopf*					
StP [G/H]	*gestikuliert*					

[98]

Stud. [v]	(--)	der BLUTdruck man muss einfach den blutdruck	halt
Stud. [P/P]	*schüttelt den Kopf*		
Stud. [G/H]		*gestikuliert*	

[99]

Stud. [v]	beobachten.		[hm_hm;]
Stud. [P/P]			*nickt*
StP [v]		und diesen a: ce: e: hemmer würde ich trotzdem	[AUCH nehmen;]
StP [P/P]		*neigt den Körper leicht zur linken Seite, neigt den Kopf nach links*	
StP [G/H]		*stützt den Kopf an der Wange mit der linken Hand ab, rechte Hand*	

[100]

Stud. [v]	[genau: (.)]	[BEI:des;]	[BEIdes; (-) ja;]	
Stud. [P/P]		*nickt mehrfach deutlich*		
StP [v]	[ach so: (.)]	[ich nehm dann BEIides;]	[jetz nich wir proBIEren]	was anderes;
StP [P/P]				
StP [G/H]	*gestikuliert auf dem Tisch*			

[101]

Stud. [v]	nee BEIdes (-)	°hh es muss schon BEIdes sein, °h und ähm (.)		DANN
Stud. [P/P]	*schüttelt den Kopf*	*nickt mehrfach leicht*		
Stud. [G/H]				*gestikuliert*
Stud. [M/A]			*schaut nach unten*	*schaut zur StP*
StP [P/P]				
StP [G/H]	*stützt den Kopf an der Wange mit der linken Hand ab*			

[102]

Stud. [v]	kann man gucken,	wenn der blutdruck norMA:L is, (.)	und über ne LANge zeit
Stud. [P/P]		*leichte Kopfbewegungen parallel zu Wortbetonungen*	
Stud. [G/H]			
Stud. [M/A]			
StP [P/P]			
StP [G/H]			

[103]

Stud. [v]	normal oder sogar manchmal	ZU niedrig is	kann man überlegen das man	
Stud. [P/P]				
Stud. [G/H]				
StP [P/P]				
StP [G/H]		*<< stützt den Kopf am Kinn mit der rechten Hand*		

[104]

Stud. [v]	vielleicht wieder eins wegnimmt; °h		[aber,]	gut, bei
Stud. [P/P]				
Stud. [G/H]			*gestikuliert*	
StP [v]		ja	[ja (schön);]	
StP [G/H]	*ab, Zeigefinger am Mund >*			
StP [M/A]		*schaut nach unten*		*schaut zur Stud.*

[105]

Stud. [v]	IHnen sind	natürlich, (.)	ist unser ziel ja erstma den	blutdruck
Stud. [P/P]		*lehnt sich leicht zurück*		*lehnt sich zurück,*
Stud. [G/H]				*zieht beide Hände*
StP [G/H]				
StP [M/A]	*Stud.*			

[106]

Stud. [v]	[!RUNTER!]	[zu bekommen,]	ne, (1.0)
Stud. [P/P]	*nickt ruckartig*		*lehnt sich vor,*
Stud. [G/H]	*schnell über den Tisch zu sich heran*		
StP [v]	<<p> [runter zu]	[bekommen;] >	
StP [G/H]			
StP [M/A]			*schaut nach*

[107]

Stud. [v]	(1.5)		
Stud. [P/P]	*nickt mehrfach*		
StP [v]		<<seufzend> tja; > (.) gut; was soll ich da SAgen?	
StP [P/P]		*lehnt den Kopf leicht nach vorne*	
StP [G/H]			
StP [M/A]	*unten*	*schaut auf das Notizbuch*	

[108]

Stud. [v]	[hm; haben sie denn äh;]	irgendwelche probleme schonma
Stud. [P/P]	*schüttelt leicht den Kopf*	
Stud. [G/H]	*gestikuliert*	
StP [v]	[was würden SIE denn sagen? (.) <<p> hm, >]	
StP [G/H]		
StP [M/A]	*schaut zur Stud.*	*zieht die Augenbrauen etwas zusammen,*

[109]

Stud. [v]	mit schwindel geHABT	oder irgendwelche allergischen reaktionen,		das man
Stud. [G/H]				
StP [G/H]				
StP [M/A]	*presst die Lippen leicht zusammen*			

[110]

Stud. [v]	anhand DESsen vielleicht	in eine richtung gehen kann:,	
Stud. [G/H]			
StP [v]			<<flüsternd> ach (so) das:
StP [G/H]			*<< zuckt leicht die*
StP [M/A]		*schaut nach unten*	*schaut links an der Stud.*

[111]

StP [v]		nich das ich > so wüsste, ich
StP [G/H]	*Schultern >>*	
StP [M/A]	*vorbei, zieht die Mundwinkel nach unten*	*schaut links an der Stud. vorbei hin und*

[112]

Stud. [v]	[hm_hm]		
StP [v]	[mein mir]	is manchmal SCHWINdelig;	<<all> da ich hab dann FRÜher
StP [P/P]		*leichte Kopfbewegungen und Neigungen nach links und rechts*	
StP [G/H]	>	*gestikuliert*	
StP [M/A]	*her*	*schaut nach unten*	*schaut links an der Stud. vorbei*

[113]

StP [v]	immer gedacht vielleicht hab zu niedrigen blutdruck	aber, > (-)
StP [P/P]		
StP [G/H]		
StP [M/A]		*lächelt leicht, schaut zur Stud.*

[114]

Stud. [v]		((lacht kurz))		[in die andere RICHung ja;]
Stud. [M/A]	*lächelt*			
StP [v]	((lacht kurz))		das	[das war (ja dann bei mir) das]
StP [P/P]	*neigt den Kopf zur Seite*			*lehnt den Kopf leicht nach vorne*
StP [G/H]			*faltet die Hände*	
StP [M/A]	*schaut nach unten*			*schaut auf die eigenen Hände*

[115]

StP [v]	das nich SEIN kann;	nein das könnt	ich jetz so nich sa:gen, ich
StP [P/P]		*schüttelt leicht den Kopf*	
StP [G/H]			
StP [M/A]			

[116]

Stud. [v]				hm_hm;
Stud. [P/P]		*nickt mehrfach leicht*		*nickt*
StP [v]	meine,	nein überHAUPT nich,	das KÖNNT ich so nich sagen.	
StP [P/P]		*schüttelt leicht den Kopf*	*lehnt den Kopf leicht nach hinten*	
StP [G/H]				
StP [M/A]			*schaut zur Stud.*	*schaut nach*

[117]

Stud. [P/P]				
StP [v]		was würden SIE denn da jetz mal,	oder w_wonach würden	SIE das öh, (-)
StP [P/P]				*lehnt sich leicht*
StP [G/H]		*gestikuliert*		*gestikuliert*
StP [M/A]	*unten*	*schaut zur Stud.*		

[118]

StP [v]		wenn SIE das jetz wären,	wonach würden SIE das dann,	(1.5)
StP [P/P]	*vor*	*lehnt sich leicht zurück*	*lehnt sich leicht vor*	*lehnt sich zurück*
StP [G/H]				*<< verschränkt die*

[119]

Stud. [v]			[°h]	[ach ich würde
Stud. [P/P]			*atmet sichtbar tief ein*	
Stud. [G/H]				*gestikuliert*
Stud. [M/A]			*schaut nach links oben*	
StP [v]		entscheiden; (-) ich kenn mich ja	[einfach nich] AUS	[was
StP [G/H]	*Arme vor der Brust >*			*<< zuckt die*
StP [M/A]			*schaut nach unten*	*schaut zur Stud.*

[120]

Stud. [v]	einfach vielleicht]	auch danach entSCHEIden	welche nebenwirkungen
Stud. [P/P]		*schüttelt leicht den Kopf*	
Stud. [G/H]			*gestikuliert*
Stud. [M/A]		*schaut zur StP*	*schaut nach unten*
StP [v]	((unverständlich 1.0));]		
StP [P/P]		*lehnt sich leicht vor, neigt den Kopf leicht nach links*	
StP [G/H]	*Schultern >>*		
StP [M/A]			

[121]

Stud. [v]	sie für sie vielleicht	akzeptablerer sind	tolerablerar sind,	(1.5)	
Stud. [G/H]			*zuckt die Schultern*		
Stud. [M/A]		*schaut zur StP*			
StP [v]					das EIne war?
StP [P/P]					*lehnt sich leicht*
StP [G/H]					
StP [M/A]	*schaut nach unten*	*schaut zur Stud.*			

[122]

Stud. [v]		[ähm;]		äh	[vermehrtes]
Stud. [G/H]		*gestikuliert*			*gestikuliert*
Stud. [M/A]		*schaut kurz nach unten, dann wieder zur StP*			
StP [v]	(--)	[müdig]keit,	schwäche		[und]
StP [P/P]	*vor*				*lehnt sich*
StP [G/H]					

[123]

Stud. [v]		wasserlassen	[und]	das andere KOPFschmerzen;
Stud. [G/H]				
StP [v]			[ja]	
StP [P/P]	*leicht zurück*		*nickt leicht*	
StP [G/H]				

[124]

Stud. [v]	allergische reaktionen,	und äh pff_geschwollene BEIne. (-)	
Stud. [G/H]			
StP [v]			<<p> oh. (2.0)
StP [P/P]			*beugt den Kopf leicht*
StP [G/H]			

[125]

StP [v]		<<all> ja vermehrtes	WASserlassen das hat man auch
StP [P/P]	*nach vorne*	*richtet den Kopf wieder auf*	*lehnt sich langsam leicht zurück und*
StP [G/H]		*<< zuckt leicht die Schultern >>*	
StP [M/A]		*schaut links an der Stud. vorbei*	*schaut zur Stud.*

[126]

Stud. [v]				[hm_hm]
Stud. [P/P]				*nickt*
StP [v]	schonmal wenn man ne tasse kaffe mehr trinkt,		nech? > >	[wissen]
StP [P/P]	*vor, bewegt den Kopf dabei hin und her*		*nickt*	
StP [G/H]				
StP [M/A]		*schaut links an der Stud. vorbei*	*schaut zur Stud.*	*schaut in*

[127]

Stud. [v]		ja		
Stud. [P/P]	*mehrfach*			
StP [v]	sie ja auch,		und MÜdigkeit und schwäche.	(--) na ja.
StP [P/P]				*bewegt den Kopf leicht*
StP [G/H]				
StP [M/A]	*die Kamera (Totale)*		*schaut links an der Stud. vorbei*	

[128]

Stud. [v]		°h das HEISST ja nich so das: es	[auftreten MUSS ne, desHALB
Stud. [P/P]		*nickt mehrfach*	*nickt mehrfach stark, lehnt sich*
Stud. [G/H]		*gestikuliert*	
StP [v]			[nein Eben, (.) ja ja (.) ja ja
StP [P/P]	*hin und her*		*nickt mehrfach leicht*
StP [G/H]			
StP [M/A]		*schaut zur Stud.*	

[129]

Stud. [v]	also,]	(-) ja		
Stud. [P/P]	*leicht zurück und vor*			
Stud. [G/H]				
StP [v]	!NEIN! nein]		ja verSTEhe oder hm;	(---)
StP [P/P]				
StP [G/H]				
StP [M/A]			*dreht den Kopf nach links, schaut nach unten*	

[130]

StP [v]	<<p> sagen SIE doch mal was,
StP [P/P]	*schüttelt leicht den Kopf*
StP [G/H]	*<< zuckt die Schultern >>*
StP [M/A]	*dreht den Kopf zur Stud., schaut zur Stud., zieht die Mundwinkel nach unten*

[131]

Stud. [M/A]	*schaut kurz nach unten, dann wieder zur StP*	
StP [v]	(2.0)	ich meine dicke BEIne, (-)
StP [P/P]		*lehnt sich leicht vor und zurück*
StP [G/H]		

[132]

Stud. [v]			[°h]
Stud. [P/P]			*schüttelt leicht den*
Stud. [G/H]			*gestikuliert*
Stud. [M/A]			*schaut kurz nach*
StP [v]	wenn man die umgehen KÖNNte, >	((lacht kurz verlegen))	[ist ja NETT aber,]
StP [P/P]		*wippt kurz im Stuhl*	
StP [G/H]			
StP [M/A]		*lächelt*	

[133]

Stud. [v]			ja (.)
Stud. [P/P]	*Kopf*		
Stud. [G/H]			
Stud. [M/A]	*unten, dann wieder zur StP*		
StP [v]		(.) was meinen SIE?	
StP [P/P]		*lehnt sich leicht vor, bewegt leicht den Kopf*	
StP [G/H]			

[134]

Stud. [v]	alSO (-)	wenn ihnen das wirklich (.) äh recht is dann würde für das diuretikum mich
Stud. [P/P]		*schüttelt mehrfach leicht den Kopf*
Stud. [G/H]		*gestikuliert*
StP [G/H]		

[135]

Stud. [v]	ä:hm	[entSCHEIden.] (-)			[weil sie sagen]
Stud. [P/P]	*nickt*				
Stud. [G/H]					*gestikuliert*
StP [v]		[gut,]	dann MAchen, (-) JA;	ich MACH	[das dann]
StP [P/P]		*nickt leicht*			
StP [G/H]					>
StP [M/A]			*schaut nach unten*		*schaut zur Stud.*

[136]

Stud. [v]	ja AUCH, (-) dicke beine nich SO		(.) nett und,	[mit
Stud. [G/H]				
StP [v]				[ja schwach und
StP [P/P]	*lehnt sich vor*			*lehnt sich zurück*
StP [G/H]	*stützt Kopf an der Wange mit der rechten Hand ab*			*gestikuliert*
StP [M/A]				*schaut auf ihr*

[137]

Stud. [v]	KOPFschmerzen (und so)]	[((lacht 2.0))]	
Stud. [P/P]		*lehnt sich zurück und wieder vor*	
Stud. [M/A]		*lächelt*	
StP [v]	MÜde auch nich,]	[aber (.) dicke BEIne is ja auch noch gleich]	so: (.)
StP [P/P]			
StP [G/H]		*spielt mit ihrem Notizbuch*	
StP [M/A]	*Notizbuch*		

[138]

Stud. [v]	[klar.]	ja;			hm_hm
Stud. [P/P]		*nickt mehrfach*			*nickt*
Stud. [M/A]					
StP [v]	[sie] WISsen schon;	(--) JA dann: ähm: (.)	das, (--)		
StP [P/P]		*nickt*			
StP [G/H]			*gestikuliert*	*spielt mit*	
StP [M/A]			*schaut zur Stud.*		

[139]

Stud. [v]			ja ich SCHREIB ihnen dann ein rezept auf,	
Stud. [P/P]				
Stud. [G/H]			*gestikuliert*	
Stud. [M/A]			*schaut kurz nach unten, dann wieder zur StP*	
StP [v]		hm: (-)		
StP [P/P]				*nickt*
StP [G/H]	*ihrem Notizbuch*	*gestikuliert*	*spielt mit ihrem Notizbuch*	

[140]

Stud. [v]	furosemid heisst der (.) ähm_HANdel_der,=		
Stud. [G/H]			
StP [v]			=WIE heisst das?
StP [P/P]	*mehrfach leicht*		*lehnt sich vor*
StP [G/H]			
StP [M/A]			*dreht den Kopf und das rechte Ohr*

[141]

Stud. [v]		↑WIRKstoff	(.) furo(.)se(.)mid
Stud. [P/P]		*lehnt sich leicht vor*	
Stud. [G/H]			*betont mit Gesten auf dem*
StP [P/P]			
StP [G/H]			
StP [M/A]	*zur Stud., schaut nach unten*		

[142]

Stud. [v]			und (.)	auf dem medikament steht
Stud. [P/P]			*lehnt sich leicht zurück*	
Stud. [G/H]	*Tisch die Silben*		*gestikuliert*	
Stud. [M/A]			*schaut nach unten*	
StP [v]		ja:		
StP [P/P]		*nickt*		
StP [G/H]				

[143]

Stud. [v]	drauf La::six. (-)		das	[is DANN der]=
Stud. [G/H]	*kurze Schreibgeste auf dem Tisch*			
Stud. [M/A]	*schaut zur StP*			
StP [v]		ah ja		[ich dachte]
StP [P/P]		*lehnt sich zurück*		
StP [G/H]				
StP [M/A]		*dreht den Kopf wieder zur Stud.*		*schaut zur Stud.*

[144]

Stud. [v]		ja; (-)	das is ganz (kompli_)diuretikum is die	
Stud. [G/H]		*gestikuliert*		
StP [v]	=diu_diu			
StP [P/P]	*lehnt sich leicht nach vorne*		*lehnt sich leicht nach hinten*	
StP [G/H]				

[145]

Stud. [v]	↑OBER gruppe,	davon gibt es verschiedene WIRKstoffe;		und die (.)
Stud. [G/H]		*deutet mit Händen horizontal verschiedene Stufen an*		
StP [P/P]	*nickt*			
StP [G/H]				

[146]

Stud. [v]	[die <<f> FIRmen]
Stud. [P/P]	*lehnt sich leicht vor, << bewegt den Kopf stark in verschiedene Richtungen >*
Stud. [G/H]	*gestikuliert*
StP [v]	[ach so:]
StP [P/P]	*lehnt sich zurück, nickt leicht*
StP [G/H]	
StP [M/A]	*schaut nach unten*

[147]

Stud. [v]	[ratiopha:rm oder so,	die NENNen das wieder anders, >]	<<all> [ich will ihnen]
Stud. [P/P]	*<< wippt mehrfach leicht vor und zurück >>*	*>*	
Stud. [G/H]			*gestikuliert*
StP [v]	[(da kenn ich mich auch nich mit aus,) verstehe:;]		[ja ja ja]
StP [G/H]			
StP [M/A]	*lächelt*		

[148]

Stud. [v]	das nur schonmal NENnen, damit sie das	irgendwie schonmal >
Stud. [G/H]		*zeigt mit der rechten Hand ihr Ohr*
Stud. [M/A]		*dreht den Kopf leicht nach links*
StP [G/H]		

[149]

Stud. [v]	[geHÖRT]	[haben; (.) <<all> dann kann man das
Stud. [P/P]		*nickt*
Stud. [M/A]	*dreht den Kopf wieder gerade*	
StP [v]	[ja ja]	[sonst hätt ich mich jetz nachher gewundert.]
StP [P/P]	*nickt leicht*	
StP [G/H]		
StP [M/A]	*hebt die Augenbrauen*	

[150]

Stud. [v]	WIEdererkennen; >]	[genau]	
Stud. [P/P]		*nickt*	
StP [v]		[und ähm]	dann schreiben sie mir dann auch dazu
StP [P/P]		*lehnt sich leicht vor*	
StP [G/H]			

[151]

Stud. [v]		genau das steht dann DRAUF <<p> genau. > °h
Stud. [P/P]		*nickt mehrfach*
StP [v]	wie ich das NEHme oder,	
StP [M/A]	*schaut zur Stud.*	

[152]

Stud. [v]	(--)	[und dann würd] ich VORschlagen das
Stud. [G/H]		*gestikuliert*
StP [v]		[(xxx xxx)]
StP [G/H]	*gestikuliert*	
StP [M/A]	*presst die Lippen zusammen, schaut nach unten*	*schaut zur Stud.*

[153]

Stud. [v]	wir; °h	also WENN sie merken das	es ihnen nicht gut geht;	dann können sie
Stud. [P/P]		*schüttelt leicht den Kopf*		
Stud. [G/H]		*gestikuliert*		
StP [M/A]			*hebt die Augenbrauen*	

[154]

Stud. [v]	natürlich jederzeit	WIEderkommen;	gerade wenns	irgendwie schlimm is:
Stud. [G/H]			*gestikuliert*	
StP [P/P]		*nickt leicht*		
StP [M/A]		*schaut nach unten*	*schaut zur Stud.*	

[155]

Stud. [v]	[mit dem (.)	SCHWINdel	oder irgendwie was]
Stud. [P/P]		*bewegt den Kopf vor und zurück*	
StP [v]	[ja: das würde	ich dann auch	soFORT machen;]
StP [P/P]	*lehnt sich zurück, nickt*	*schüttelt leicht den Kopf*	
StP [G/H]		*gestikuliert*	
StP [M/A]	*schaut nach unten*		

[156]

Stud. [v]	[(-) genau; (.) wasserlassen ja; (.) geNAU.]			
Stud. [P/P]	*nickt mehrfach*			
StP [v]	[da bin ich ja	dann doch auch sehr	ABhängig	von ihnen;]
StP [P/P]			*bewegt leicht den Kopf zur Seite*	
StP [G/H]	*gestikuliert*		*gestikuliert*	
StP [M/A]		*schaut zur Stud.*		

[157]

Stud. [v]				[ja;]	
Stud. [P/P]				*nickt*	*<< streckt*
StP [v]	also nich so ich bin ich dann ja		FROH	[das]	ich sie
StP [P/P]	*lehnt sich vor*				*lehnt sich*
StP [G/H]	*<< gestikuliert > << zuckt die Schultern >>*				
StP [M/A]			*schaut nach unten*		*schaut zur*

[158]

Stud. [v]		[geNAU;]	(-) °h und sonst würd	[ich]	vorschlagen
Stud. [P/P]	*kurz den Rücken durch >*	*<< nickt >> >*			
Stud. [G/H]			*gestikuliert*		
StP [v]	dann erreichen	[kann;]		[gut]	
StP [P/P]	*zurück*	*nickt*			
StP [G/H]	>		*führt rechte Hand zum Mund, streicht über*		
StP [M/A]	*Stud.*				

[159]

Stud. [v]	das wir in drei MOnaten uns noch mal wiedersehen;	und dann gucken	[wir die,]	
Stud. [G/H]		*gestikuliert*		
StP [v]			[ach SO]	
StP [G/H]	*die Lippen*			

[160]

StP [v]	lange jetz noch mal?	(-) und muss ich dann	
StP [P/P]		*neigt den Kopf leicht*	
StP [G/H]	*gestikuliert* *streicht sich mit rechter Hand durch das Haar*	*gestikuliert*	

[161]

Stud. [v]	°hh <<tief ausatmend> (1.5)	ja: >	
Stud. [M/A]	*schaut rechts an der StP vorbei*	*schaut zur StP*	
StP [v]	AUCH wieder MESsen und so?		
StP [P/P]	*nach links*		
StP [G/H]	*hält die rechte Hand in fragender Geste oben*		
StP [M/A]	*zieht die Augenbrauen zusammen*		

[162]

Stud. [v]	[ich würd ihnen SCHON vorschlagen]	genau zu messen; (.)	oder wenn sie
Stud. [P/P]	*nickt mehrfach*		*schüttelt den Kopf leicht*
Stud. [G/H]			*gestikuliert*
Stud. [M/A]			*schaut auf den Tisch*
StP [v]	[oder was empFEHlen sie;]		
StP [P/P]		*nickt*	
StP [G/H]	*gestikuliert*	*legt den rechten Zeigefinger auf den Mund*	

[163]

Stud. [v]	MERken innheralb von	einem monat,	das is IMMer noch so
Stud. [P/P]			
Stud. [G/H]			*wischt mit einer*
Stud. [M/A]			*schaut zur StP*
StP [G/H]			
StP [M/A]		*dreht den Kopf leicht nach rechts*	

[164]

Stud. [v]	hoch	würd ich schon eher	WIEderkommen dann;	
Stud. [P/P]			*nickt mehrfach leicht*	
Stud. [G/H]	*deutlichen Geste über den Tisch*			
Stud. [M/A]				
StP [G/H]				
StP [M/A]			*dreht den Kopf zur Stud.*	

[165]

Stud. [v]				hm_hm	
Stud. [P/P]				*nickt*	*nickt mehrfach leicht*
StP [v]	und wenn ich merke das es äh_ähm: gut				sich ANlässt, das es
StP [P/P]	*neigt den Kopf leicht nach links*				
StP [G/H]	*gestikuliert*				

[166]

Stud. [v]		[hm_hm]			
Stud. [P/P]					
Stud. [M/A]					*schaut auf den*
StP [v]	richtung RUNter geht; zu	[mindestens]	tendentiell, °h	so_ähm: dann	
StP [G/H]	*macht eine runterführende Geste*		*gestikuliert*	*zuckt die rechte*	

[167]

Stud. [v]	<<all> würd ich TROTZdem	vorschlagen das sie noch mal	
Stud. [P/P]	*nickt mehrfach*		
Stud. [G/H]	*gestikuliert*		
Stud. [M/A]	*Tisch schaut zur StP*		
StP [G/H]	*Schulter*		

[168]

Stud. [v]	wiederkommen,	damit_ich		genau:	ich mir das	auch
Stud. [P/P]				*nickt mehrfach*		
Stud. [G/H]		*gestikuliert*			*gestikuliert*	
StP [v]			ja ne,			
StP [P/P]			*nickt*			
StP [G/H]				*kratzt sich mit rechter Hand im Gesicht*		
StP [M/A]				*schaut nach unten*		

[169]

Stud. [v]	noch mal	[ANgucken kann:,]	und dann können wir beSPREchen	wie sie
Stud. [P/P]			*bewegt den Kopf leicht hin und her*	
Stud. [G/H]			*gestikuliert*	
StP [v]		[ja; gut;]		
StP [P/P]		*lehnt sich leicht nach vorne*		*nickt*
StP [G/H]			*reibt sich mit rechter Hand übers Kinn*	
StP [M/A]		*schaut zur Stud.*		

[170]

Stud. [v]	das vertragen,	[ob wir]	das so LASsen		oder ob
Stud. [P/P]			*beugt den Kopf stark nach vorne*		*richtet den*
Stud. [G/H]		*gestikuliert*			
StP [v]		[ja;]			
StP [P/P]					
StP [G/H]					
StP [M/A]			*öffnet leicht den Mund*		

[171]

Stud. [v]		wir irgendwas ändern wollen:; >		
Stud. [P/P]	*Kopf wieder auf*	*nickt mehrfach*		
Stud. [G/H]				
StP [v]			°h und WER weiss was in drei	
StP [P/P]			*schüttelt leicht den Kopf*	
StP [G/H]			*winkt mit der linken Hand ab*	
StP [M/A]			*schaut nach unten*	

[172]

StP [v]	monaten is,	vielleicht komme ich auch mal wegen was ANderem dann;
StP [P/P]		
StP [G/H]		*gestikuliert*
StP [M/A]		

[173]

Stud. [v]	[naja;	besser nich ne,]	[((lacht 2.0))]
Stud. [P/P]	*lehnt sich leicht vor, nickt deutlich*		*lehnt sich zurück, dann wieder vor*
Stud. [G/H]	*gestikuliert*		
Stud. [M/A]	*lächelt*		
StP [v]	[((unverständlich 1.0))]		[besser NICH, natürlich so gesehen]
StP [G/H]			*gestikuliert*
StP [M/A]	*schaut zur Stud.*		*schaut nach unten*

[174]

Stud. [v]		[genau]			
Stud. [G/H]		*gestikuliert*			
Stud. [M/A]					
StP [v]	nich naja; sie ham ja auch	[sicherlich geNUG]		zu tun	und müssen sich
StP [G/H]				*gestikuliert*	
StP [M/A]	*hebt die Augenbrauen, schaut sich im Raum um*				

[175]

Stud. [v]		[ja;]			
Stud. [P/P]		*nickt*			
Stud. [G/H]		*gestikuliert*			
StP [v]	erstmal <<p> hier	[einarbeiten] >	°hh JA; gut,	dann	würde ich das
StP [P/P]			*nickt*		
StP [G/H]			*gestikuliert*		
StP [M/A]		*schaut nach unten*	*presst die Lippen zusammen*		*schaut zur Stud.*

[176]

Stud. [v]			[ja;]		
Stud. [P/P]			*nickt mehrfach*		
StP [v]	dann gerne	so MAchen, wie sie	[das]	jetz auch mit mir	besprochen haben; (-)
StP [M/A]					*schaut nach unten*

[177]

Stud. [v]		schön;				
Stud. [P/P]						
StP [v]	prima;	((räuspert sich))		und	HOFfen,	ähm, (--)
StP [P/P]	*nickt leicht*					
StP [G/H]		*gestikuliert, zuckt die Schultern*			*gestikuliert*	

[178]

Stud. [v]	das wir den mal in den	GRIFF	bekommen den blutdruck.		
Stud. [P/P]	*nickt mehrfach*				
StP [v]				(--)	is das denn
StP [P/P]		*nickt*			*schüttelt leicht*
StP [G/H]		*zuckt leicht die Schultern*			
StP [M/A]	*schaut zur Stud.*	*zieht die Mundwinkel nach unten*			

[179]

StP [v]	norm (.)	eigentlich öh noch	möglich	das das dann	NICH
StP [P/P]	*den Kopf*				*neigt*
StP [G/H]			*zuckt leicht die Schultern*	*gestikuliert*	

[180]

Stud. [v]			h° (-) ((seufzt)) (--)	
Stud. [G/H]			*zuckt die Schultern*	
Stud. [M/A]			*schaut rechts an der StP vorbei*	
StP [v]	klappt? (--)	trotz des zweiten medikaMENtes?		
StP [P/P]	*den Kopf nach links*			
StP [G/H]		*gestikuliert*		

[181]

Stud. [v]	[möglich is eigentlich ALles;]	Aber (.) ich, (.)	<<all> is eher
Stud. [P/P]	*nickt mehrfach*	*schüttelt leicht den Kopf*	
Stud. [G/H]			*zuckt die Schultern*
StP [v]	[ich frag sie jetz mal (so)]		
StP [G/H]	*zuckt die Schultern, gestikuliert*		

[182]

Stud. [v]	unwahrscheinlich	is MÖGlich;	aber ich glaube WENN dann, (.) da müssen	wir
Stud. [P/P]		*nickt*		*schüttelt*
Stud. [G/H]			*gestikuliert*	
Stud. [M/A]			*schaut nach unten*	*schaut*

[183]

Stud. [v]	noch ein paar TESTS machen ob es	nich vielleicht doch ne andere URsache hat; >	
Stud. [P/P]	*leicht den Kopf*		
Stud. [M/A]	*zur StP*		

[184]

Stud. [v]	weil wenn das	ZWEI	medikamente dann	NICH	mehr anschlagen
Stud. [P/P]		*nickt*		*nickt*	

[185]

Stud. [v]	[dann WÄre das SCHON wirklich; (.)]	ja: geNAU, (-)
Stud. [P/P]	*nickt mehrfach*	*nickt deutlich*
StP [v]	[also gehen wir mal davon aus das es ANschlägt ne,]	
StP [P/P]	*lehnt sich vor, nickt*	
StP [G/H]	*gestikuliert, legt die Hände auf das Notizbuch*	*spielt am Notizbuch*
StP [M/A]	*schaut nach unten*	*schiebt die Unterlippe vor*

[186]

Stud. [v]	auf jeden fall.		gut,	schön;	
Stud. [P/P]			*nickt*		
StP [v]		↑dann MAchen wir das so;	ja;		jetz sagen
StP [P/P]			*nickt leicht*		*lehnt sich*
StP [G/H]	*zuckt die Schultern*	*faltet die Hände zusammen*			
StP [M/A]		*schaut zur Stud.*			

[187]

Stud. [v]			<<:-)> neu:bauer; >		
Stud. [P/P]			*lehnt sich vor*		
Stud. [M/A]			*lächelt*		
StP [v]	sie mir noch mal ihren NAmen.			gibts denn da vorne	auch ne
StP [P/P]	*weit vor auf den Tisch*			*lehnt sich zurück*	
StP [G/H]				*deutet zur Tür*	

[188]

Stud. [v]					ja: da	[liegen]
Stud. [P/P]			*lehnt sich zurück*		*nickt*	
Stud. [G/H]					*deutet leicht Richtung Tür*	
Stud. [M/A]						*lächelt*
StP [v]	karte wo das jetz DRAUF	steht?	das ich das dann MAL;			[GUT;]
StP [P/P]			*lehnt sich leicht vor*			*lehnt sich leicht*
StP [G/H]	*gestikuliert stark*					
StP [M/A]						*schaut runter*

[189]

Stud. [v]	viSItenkarten, da können sie sich das mal mitnehmen;	
Stud. [P/P]	*nickt mehrfach leicht*	
Stud. [G/H]		
Stud. [M/A]		
StP [P/P]	*zurück*	
StP [G/H]		*lässt auf dem Schoß die rechte Hand geräuschvoll auf die Linke klatschen*
StP [M/A]		

[190]

Stud. [P/P]	*nickt mehrfach*				
StP [v]	DANN	werde ich das	beim nächsten mal (.)	erfasst haben; (-)	
StP [P/P]	*nickt deutlich*				
StP [G/H]				*Gestikuliert Richtung des eigenen*	
StP [M/A]	*lächelt*			*schaut zur Stud.*	

[191]

Stud. [v]	GEnau,		gut,	[schön;]	
Stud. [P/P]	*nickt mehrfach*				*lehnt sich zurück*
Stud. [M/A]	*lächelt*				*schaut auf das Notizbuch*
StP [v]		schön;		[alles klar;]	dann bedanke ich mich
StP [P/P]		*nickt*			*lehnt sich zurück*
StP [G/H]	*Kopfes*				
StP [M/A]					*schaut auf die Tasche*

[192]

Stud. [v]	ja GERN ge		[schehen;]	
Stud. [P/P]	*rückt mit dem Stuhl zurück*			*steht auf*
Stud. [M/A]	*der StP*		*schaut zur StP*	
StP [v]	HERZlich,		[nich wahr,]	(.) geNAU;
StP [P/P]				*steht auf*
StP [G/H]	*greift Tasche und Notizbuch*			
StP [M/A]			*dreht sich Richtung Tür*	

[193]

Stud. [v]			[GEnau;]	
Stud. [P/P]	*geht einen Schritt seitwärts Richtung Tür*		*nickt*	
Stud. [G/H]	*legt die Fingerspitzen auf den Tisch*			
Stud. [M/A]				*schaut nach unten*
StP [v]	und reZEPT bekomm ich dann vorne (.)		[wie immer,]	ne;
StP [G/H]	*hängt sich die Tasche um*			
StP [M/A]	*dreht sich zur Stud., schaut zur Stud.*			

[194]

Stud. [v]	ok;		[su:per;]		[ja]
Stud. [G/H]				*schüttelt die Hand*	
Stud. [M/A]	*<<lächelt >*	*<< schaut zur StP >>*			
StP [v]		ja; (.)	[dann bis in]	DREI monaten	[am]
StP [G/H]	*nimmt Notizbuch vom Tisch*		*reicht die Hand*	*schüttelt die Hand*	
StP [M/A]	*schaut auf den Tisch*	*schaut zur Stud.*			

[195]

Stud. [v]		[gute besserung]		<<:-)> [tschüss;] >		
Stud. [G/H]						
Stud. [M/A]				*<< dreht sich der StP hinterher >> >*		
StP [v]	allerbesten	[nech?]	JA::;	<<:-)> [TSCHÜ_Üß;] > tschüß,		
StP [P/P]				*wendet sich ab und geht*		
StP [G/H]						
StP [M/A]		*<< lächelt >*	*<< dreht sich zur Tür >>*		*>*	
Umgebung						*Tür wird*

[196]

Umgebung	*geöffnet*	*Ende der Aufzeichnung*