



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

„Artefakte in der Ausbildungssituation -
Analyse zur Gesprächsausbildung
an der Medizinischen Universität Wien“

Verfasserin

Martha A.M. Gottschamel

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag. phil.)

Wien 2011

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 328

Studienrichtung lt. Studienblatt: Diplomstudium Allgem./Angew. Sprachwissenschaft

Betreuer: Ao. Univ. Prof. Mag. Dr. Florian Menz

Danksagung

Ich möchte mich bei Herrn Professor Menz bedanken, der mein Interesse an medizinischer Kommunikation geweckt hat und mich bei der Arbeit mit seinem Wissen und seiner Erfahrung unterstützt hat.

Ein großes Dankeschön geht an Herrn Professor Schmidts und dem Team an der Medizinischen Universität Wien, nur durch ihre Hilfsbereitschaft und Zusammenarbeit war es mir möglich, mit diesen Daten zu arbeiten und die theoretische Arbeit durch eine spannende Analyse zu erweitern.

Bei meiner Familie möchte ich mich für die Geduld und Unterstützung jeglicher Art bedanken, ebenso bei all meinen Freunden, die durch mich jetzt vielleicht mehr über die Gesprächsausbildung der MedizinstudentInnen wissen, als sie je wollten.

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	1
Teil I: Theoretischer Teil	
<i>1 Medizinische Kommunikation</i>	<i>5</i>
1.1 Das Arzt-Patient-Gespräch	6
1.2 Arten des Arzt-Patient-Gesprächs	7
1.2.1 Die Visite	7
1.2.1 Das Anamnesegespräch	8
1.3 Die Besonderheiten der Arzt-Patienten-Kommunikation	9
1.3.1 Institutionelle Einbindung	9
1.3.2 Asymmetrische Beziehung zwischen ÄrztInnen und PatientInnen	11
1.3.2.1 Experten-Laien-Wissen	11
1.3.2.2 Sozialisation und Rollenbilder	13
1.3.2.2.1 Exkurs: Medizinische Soziologie	13
1.3.2.2.2 Rollen im medizinischen Bereich	16
1.3.2.2.2.1 Die Rolle Arzt/Ärztin	16
1.3.2.2.2.2 Die Rolle Patient/Patientin	17
1.3.2.2.2.3 Gegenseitige Rollenwahrnehmung	18
1.3.2.3 Perspektivendifferenz	18
1.3.2.4 Rederechtsverteilung	19
1.3.3 Zweckbezug	20
<i>2 Konzepte der Medizin</i>	<i>21</i>
2.1 Biomedizin	21
2.2 Psychosomatische Medizin und bio-psycho-sozialer Ansatz	24
2.2.1 Balint und die patientenzentrierte Medizin	25
2.2.2 Der klinische Zugang zum Patienten von Engel/Morgan	26
2.2.2.1 Themen der Anamnese	26
2.2.2.2 Fragetechnik	27
2.2.2.3 Die neun Stufen der Anamneseerhebung	27
2.2.3 Von Uexküll und Wesiak: Theorie der Medizin	30
<i>3 Ausbildungssituation an der Medizinischen Universität Wien</i>	<i>31</i>
3.1 Einführung in die Struktur und den Ablauf des Medizinstudiums	31
3.2 Gesprächsausbildung	32

3.2.1 Gesprächsführung A	32
3.2.1.1 Ziele und Grundlagen	33
3.2.1.2 Ablauf und Methodik	33
3.2.1.3 Lernunterlagen	34
3.2.1.4 Prüfungsvoraussetzungen	35
3.2.1.5 Ausbildung der TutorInnen	35
3.2.2 Gesprächsführung B	36
3.2.3 Fachtutorium Anamnesegruppe	37

4 Gesprächskompetenz und ihre Vermittlung 38

4.1 Begriffsentwicklung und Definition	38
4.2 Gesprächskompetenz	42
4.3 Vermittlung von Gesprächskompetenz	43
4.3.1 Grundlagen der Vermittlung von Gesprächskompetenz	43
4.3.2 Dimensionen des Lernprozesses	44
4.4 Vermittlung von Gesprächskompetenz während des Medizinstudiums	46
4.4.1 Ärztliche Kompetenzen und die Bedeutung der Gesprächsausbildung	46
4.4.2 Ziele des Gesprächstrainings	48
4.4.2.1 Entwicklung der Meta-Kompetenz	48
4.4.2.2 Problemorientiertes Lernen	49
4.4.3 Unterrichtsmethoden	50
4.4.3.1 Fallbesprechungen und strukturierte Kommunikationsübungen	51
4.4.3.2 Feedback	52
4.4.3.3 Gesprächssimulation	53
4.4.3.3.1 Rollenspiele zwischen Studierenden	54
4.4.3.3.2 Simulation mit standardisierten PatientInnen	55
4.4.3.3.2.1 Begriffsklärung	55
4.4.3.3.2.2 Vor- und Nachteile der standardisierten PatientInnen	56
4.4.3.3.2.3 Vergleich zwischen simulierten PatientInnen und <i>patient instructors</i>	58
4.4.3.3.2.4 Ausbildung der standardisierten PatientInnen	59
4.4.4 Probleme bei Gesprächstrainings	59
4.4.5 Überprüfung und Beurteilung von Gesprächskompetenz	63
4.4.5.1 Formative Überprüfungen	63
4.4.5.2 Summative Prüfungen	64
4.4.5.2.1 OSCE	64
4.4.5.2.2 Alternativen zur OSCE	65

<i>5 Artifizialität und Artefakte in der Simulation</i>	66
5.1 Innere Komponenten	67
5.1.1 Artifizielle Ziele der Simulation	67
5.1.2 Beziehungen und Machtverhältnisse in der Simulation	68
5.2 Artefakte oder äußere Komponenten	70
5.2.1 Vorkehrungen gegen Artefakte	71
5.2.2 Umgang mit Artefakten	72
<i>6 Die Untersuchungsmethode: Gesprächsanalyse</i>	73
6.1 Grundlagen und Ziele	73
6.2 Entstehung der Gesprächsanalyse	74
6.3 Entwicklung und Grundlagen der Konversationsanalyse	74
6.3.1 Kontextbegriff in der Konversationsanalyse	76
6.3.2 Institutionelle Kommunikation	77
6.3.3 Methodologie	78
6.4 Gesprächswirklichkeit und Kontext in der Gesprächsanalyse	79
6.5 Konkrete Vorgehensweise	80
Teil II: Empirischer Teil	
<i>7 Das Datenmaterial</i>	82
7.1 Auswahl des analysierten Materials	82
7.2 Setting und Dauer	82
7.3 Inhalte der Gespräche	83
7.4 Transkription	84
<i>8 Untersuchungsleitende Fragen</i>	84
<i>9 Allgemeine Unterschiede zwischen authentischen Gesprächen und den Übungsgesprächen</i>	85
9.1 Gesprächsort und Materialien	85
9.1 Dauer und Ablauf der Gespräche	88
9.3 TeilnehmerInnen	89
9.4 Der Zweck des Gesprächs und die Ziele der Beteiligten	91
<i>10 Artefakte</i>	96
10.1 Ersatzhandlungen und ihre Ankündigungen	96
10.1.1 Ankündigungen	97
10.1.2 Ersatzhandlungen	100
10.2 Über-Expliztheit	102
10.2.1 Orientierung	103
10.2.2 Höflichkeit	105

10.3 Der kontrafaktische Gesprächsrahmen	106
10.3.1 Besprechung des weiteren Ablaufs	107
10.3.2 Bezug auf andere Personen	111
10.4 Artefakte, die auf Wissensunterschiede hinweisen	113
10.4.1 Organisatorisches Wissen des Tutors	115
10.4.2 Darstellung der Krankengeschichte	117
<i>11 Zusammenfassung der Analyseergebnisse</i>	<i>120</i>
Abschlussbemerkung und Ausblick	123
Quellenangaben	124
Anhang: Transkriptionskonventionen	131
Transkripte	
G1	132
G2	145
G3	151
G4	155
G5	165
G6	169
Zusammenfassung	174
Abstract	175
Lebenslauf	176
CV	177

Einleitung

Diese Arbeit beschäftigt sich mit der kommunikativen Ausbildung von MedizinstudentInnen in Wien. Der Fokus liegt dabei auf der Lehrveranstaltung *Gesprächsführung A* und den Simulationsgesprächen, welche im Laufe der Lehrveranstaltung durchgeführt werden.

Kommunikationstrainings für zukünftige ÄrztInnen sind wichtig, weil Probleme wie Zeitmangel, Missverständnisse und zu wenig Informationsweitergabe ernste Folgen für die PatientInnen haben können. Wenn im Krankenhaus eine bessere Kommunikation zwischen ÄrztInnen, Pflegepersonal und PatientInnen besteht, können die PatientInnen effizienter und zeitsparender behandelt werden. Durch eine angenehmere Atmosphäre entsteht weniger emotionale Zusatzbelastung für die PatientInnen und durch das Vorbeugen und Verhindern von Fehlkommunikation können schwere Behandlungsfehler vermieden werden (Kurtz/Silverman/Draper 2005, 14-15). Aus diesen Gründen wird ein adäquates Kommunikationstraining, welches genau auf die Bedürfnisse und die Probleme des Alltags im Krankenhaus zugeschnitten ist, immer notwendiger. Die Ausbildung der kommunikativen Fähigkeiten beginnt schon an der Universität, denn so ist genug Zeit, um den Studienenden den Umgang mit PatientInnen näherzubringen.

Ein Ziel der Arbeit ist es, einen Einblick in die gesamte Gesprächsausbildung an der Medizinischen Universität Wien zu geben und genau auf die erste Lehrveranstaltung einzugehen. Die Untersuchung speziell dieser Gesprächsausbildung ist wichtig, da diese Ausbildung das einzige Training zur Gesprächsführung während des Studiums in Wien ist. Zudem ist die *Gesprächsführung A* die erste Lehrveranstaltung, in der die Studierenden mit den Themen konfrontiert werden, was die Bedeutung dieser Lehrveranstaltung verstärkt.

Ein weiteres Ziel der Arbeit ist die Untersuchung von einigen Übungsgesprächen. Die gesprächsanalytische Untersuchung von sechs Übungsgesprächen soll zeigen, auf welche Art diese Gespräche sich von authentischen Gesprächen unterscheiden und welche Artefakte auftreten. Außerdem soll untersucht werden, welche sprachlichen Strategien in den Gesprächen verwendet werden, und wie sich die Künstlichkeit der Situation und des Settings auf ein Anamnesegespräch auswirken, und welche Folgen möglicherweise dadurch entstehen.

Es gibt inzwischen eine Vielzahl an Untersuchungen zu Arzt-Patient-Interaktion und unterschiedlichste Herangehensweisen an dieses breit-gefächerte Gebiet. Wichtige Beiträge die Literatur zu organisieren, leisteten dabei Nowak/Spranz-Fogasy mit ihrer Bibliographie

(<http://hypermedia.ids.mannheim.de/gais/pdf/API-07032007>) und das Wiener Institut für Sprachwissenschaft mit der Forschungsdatenbank zur Diskursforschung über deutschsprachige Arzt-Patient-Interaktion (<http://www.univie.ac.at/linguistics/personal/florian/api-on>).

Die Ausbildungssituation und Trainingsmethoden wurden ebenfalls bereits auf unterschiedliche Arten untersucht. Sowohl die EntwicklerInnen der Ausbildungsprogramme, als auch LinguistInnen haben sich mit dieser besonderen Situation auseinandergesetzt. Zu den linguistischen Arbeiten zählen zum Beispiel Lalouschek (1995), die sich mit einer Lehrveranstaltung der Medizinischen Universität befasst oder Menz/Lalouschek/Gstettner (2008), die auf die Weiterbildung von ÄrztInnen in Österreich eingehen. Brünner (2005) befasst sich speziell mit dem Experten-Laien-Verhältnis und der Asymmetrie in dieser Art der Interaktion. Das Rollenspiel oder die Simulation als Trainingsmethode wurden unter anderem in den Sammelbänden von Becker-Mrotzek/Brünner (2004) und Bliesener/Brons-Albert (1994) behandelt. Die Literatur zum Einsatz von SimulationspatientInnen wurde in den letzten Jahrzehnten gleichzeitig mit dem vermehrten Einsatz dieser Methode ausgeweitet, wobei die Arbeit von Barrows (1993) grundlegend war. Im deutschsprachigen Raum gab es in den letzten Jahren neuere Untersuchungen, welche auch den Einsatz von simulierten PatientInnen in den aktuellen Curricula besprechen (siehe Ortwein/Fröhmel/Burger (2006), Koerfer/Köhle/Oblers/Sonntag/Thomas/Albus(2008);Dieckmann/Rall/Eich/Schnabel/Jünger/Nikendei (2008)).

Die Frage der Artefakte wurde schon in unterschiedlichen Ausbildungskontexten untersucht. Bliesener (1994) erklärt die allgemeinen Grundlagen, Brons-Albert (1995) befasst sich mit Verkaufstrainings und Brünner (1987) mit der Ausbildung in einen Bergwerksbetrieb. In diesen Arbeiten stellte sich heraus, dass durch die Simulation gewisse artifizielle Phänomene hervorgerufen werden, durch welche die Übungsgespräche sich von authentischen Gesprächen unterscheiden. Konkret zur Frage der Artefakte in der medizinischen Gesprächsausbildung liegen wenige Arbeiten vor, in einigen Untersuchungen werden die Effekte der Simulation erwähnt und Anweisungen zur Vermeidung ebendieser gegeben (siehe Kindt (1986); Kurtz/Silverman/Draper (2005); Lalouschek/Menz (1999)). Die vorliegende Arbeit soll ein Beitrag zur Erkennung dieser Phänomene speziell auf dem Gebiet der medizinischen Ausbildung sein. Es gibt noch keine linguistischen Untersuchungen speziell zur *Gesprächsführung A* und der Artefaktfrage, die vorliegende Arbeit soll dazu beitragen, diese Lücke zu schließen.

Die Arbeit unterteilt sich in einen theoretischen und einen angewandten Teil. Im ersten Teil geht es darum, die Strukturen in authentischen Gesprächen besser zu verstehen, während die anschließende Analyse die speziellen Bedingungen in den Übungsgesprächen aufzeigen soll.

In Kapitel 1 werde ich zuerst auf die allgemeinen Bedingungen der Arzt-Patient-Interaktion eingehen. Dazu zählt die Beschreibung der Asymmetrien und Besonderheiten dieses Interaktionstyps. Im nächsten Kapitel geht es um die Gegenüberstellung von Biomedizin und psychosomatischer Medizin. Da die Grundeinstellung der Beteiligten Auswirkungen auf ihr Verhalten hat und in der untersuchten Lehrveranstaltung das bio-psycho-soziale Konzept vermittelt wird, ist eine Klärung dieser Grundlagen vorteilhaft (Kap. 2).

Das dritte Kapitel widmet sich der Gesprächsausbildung an der Medizinischen Universität Wien. Dabei wird auf die einzelnen Lehrveranstaltungen und die Ziele der Gesprächsausbildung eingegangen.

Kapitel 4 geht zuerst allgemein auf die Vermittlung von Gesprächskompetenz und danach im Spezielleren auf deren Vermittlung im medizinischen Bereich ein. Ein wichtiger Teil dabei ist die Darstellung der Unterrichts- und Prüfungsmethoden, welche zurzeit angewandt werden.

Das nächste Kapitel befasst sich mit den Effekten, die durch die Simulation entstehen, dabei wird versucht, einen Überblick über mögliche Artefakte zu geben (Kap. 5).

Nach der Besprechung der Gesprächsanalyse als Analysemethode folgt die Analyse. Diese teilt sich in zwei Blöcke, im ersten Block (Kap. 9) geht es um Effekte, die mit den veränderten Bedingungen, wie zum Beispiel dem Setting oder dem Zweck der Gespräche, zusammenhängen. Anschließend werden in Kapitel 10 die in den Gesprächen vorkommenden Artefakte besprochen.

Den Abschluss der Arbeit bilden die Zusammenfassung der Analyseergebnisse und die Abschlussbemerkung.

Da in der Fachliteratur unterschiedliche Begriffe verwendet werden, möchte ich kurz auf die Begriffsverwendung in dieser Arbeit eingehen. Es wird in der vorliegenden Arbeit angestrebt, möglichst überall geschlechtsneutrale Bezeichnungen zu verwenden oder beide Geschlechter zu nennen. Allerdings erschwert dies bei manchen Bezeichnungen deutlich den Lesefluss. Aus diesem Grund wird bei allgemeinen Konzepten, wie der Arzt-Patient-Kommunikation oder dem Experten-Laien-Gespräch, sowohl auf die Verwendung des Plurals als auch die Nennung beider Geschlechter verzichtet. In diesem Fall wird von einer generalisierten Rolle

gesprächen, die sowohl von einem Mann, einer Frau oder auch mehreren Personen erfüllt werden kann, weshalb bei diesen Bezeichnungen auch alle Personen miteinbezogen werden.

1 Medizinische Kommunikation

„*Medizinische Kommunikation` durchdringt alle Bereiche des medizinischen Handelns in vielfältigen Formen.*“ (Nowak/Spranz-Fogasy 2009,80).

Die Wichtigkeit von Gesprächen mit PatientInnen ist MedizinerInnen schon lange bewusst, es gab bereits in den letzten Jahrhunderten ForscherInnen und ÄrztInnen, die sich mit diesem Thema beschäftigten. Dennoch entwickelte sich die Analyse dieser Gespräche erst ab der Mitte des letzten Jahrhunderts in mehreren Disziplinen. Michael Balint war einer der ersten, der „*ab den 1960er Jahren umfangreiche Forschungen zur medizinischen Bedeutung ärztlicher Gespräche*“ betrieb (Nowak/Spranz-Fogasy 2009, 81). Seit dieser Zeit gibt es zahlreiche Untersuchungen zu authentischen medizinischen Gesprächen überwiegend aus „*medizinischer, medizinspsychologischer oder –soziologischer Perspektive*“ (Nowak/Spranz-Fogasy 2009, 81).

Als Forschungsgegenstand der Linguistik hat die Bedeutung der Arzt-Patient-Kommunikation seit den 1970er Jahren stark zugenommen. Während zuvor der Schwerpunkt auf „*Untersuchungen von Fachausdrücken, Satzkonstruktionen und Fachtexten*“ lag, rückte ab dann die Analyse institutioneller Kommunikation und die systematische Bearbeitung ärztlicher Gespräche in das Zentrum der Forschung (Nowak/Spranz-Fogasy 2009, 82). Die neueren linguistischen Untersuchungen werden in drei Kategorien eingeteilt: die erste Gruppe beschäftigt sich vor allem mit den Mikrostrukturen der Gesprächsorganisation und Interaktionsdynamik, die zweite mit der Untersuchung von makrostrukturellen und sozialen Einflüssen und die dritte mit Studien zur praktischen Anwendung (Menz 2011, 331).

Die mikrostrukturellen Aspekte der Kommunikation beschäftigen sich mit Elementen, welche die allgemeine mehrphasige Struktur der Gespräche und die Art des Informationsaustausches betreffen (Menz 2011, 332). Auf der Makroebene geht es zum Beispiel um die Mehrsprachigkeit im Arzt-Patient-Gespräch oder um die geschlechterspezifischen Unterschiede bei der Schmerzdarstellung (Menz 2011, 331). Der dritte Aspekt, nämlich die praktische Anwendung, beschäftigt sich mit der Analyse der Gespräche und der Übertragung der Ergebnisse in den Bereich der Aus- und Fortbildung. Zur angewandten Forschung gehört außerdem die Arbeit zu Fehlfunktionen, wie etwa Epilepsie (Menz 2011, 338). „*Furthermore, actual language usage and different forms of representation of symptoms, disorders and the subjective experience of illness are of specific interest for sociolinguistic analysis.*“ (Menz 2011, 330).

Der Untersuchungsbereich zur medizinischen Kommunikation ist sehr groß. Es können sowohl mündliche als auch schriftliche Kommunikation in vielfältigen Ausführungen analysiert werden. Im Bereich der mündlichen Kommunikation gibt es einerseits Gespräche zwischen den ÄrztInnen selbst, bzw. zwischen den ÄrztInnen und anderem medizinischen Personal, andererseits gibt es auch Gespräche mit den PatientInnen, in den meisten Fällen Anamnese- oder Visitengespräche, aber auch Telefonate, Anweisungen oder Instruktionen in der Ausbildung sowie Teambesprechungen. Im schriftlichen Bereich gibt es zum Beispiel Untersuchungen zu Patientenakten, Überweisungen, Rezepten und Beipackzetteln (Nowak/Spranz-Fogasy 2009,80). Weitere Gebiete der medizinischen Kommunikation sind die psychotherapeutischen oder psychiatrischen Gespräche (Menz 2011, 331). Neben der Unterscheidung zwischen mündlicher und schriftlicher Kommunikation ist bei den Analysen auch die Unterscheidung zwischen künstlichen und authentischen Gesprächen signifikant. Durch die Verbesserung der technischen Möglichkeiten rückte die Untersuchung echter Gespräche in den Vordergrund. Seit es möglich ist, „*ärztliche Gespräche in ihrer natürlichen Umgebung zu erfassen und systematisch auszuwerten*“, beschäftigen sich viele Studien ausschließlich mit authentischer Kommunikation (Nowak/Spranz-Fogasy 2009, 82). Dennoch spielen, wie in Kapitel 4.3 genauer besprochen wird, vor allem bei der Anwendung im Lehr/Lernbereich künstlich erzeugte Gespräche eine wichtige Rolle.

1.1 Das Arzt-Patient-Gespräch

Im Bereich der medizinischen Kommunikation spielt das Arzt-Patient-Gespräch eine signifikante Rolle. Ein Arzt oder eine Ärztin führt circa 200000 medizinische Gespräche im Laufe des Berufslebens. Er/Sie verbringt folglich einen Großteil seiner/ihrer Arbeitszeit im Gespräch mit den PatientInnen (Menz/Lalouschek/Gstettner 2008, 6). In den nächsten Kapiteln wird darauf eingegangen, welche Arten Arzt-Patient-Gespräche es gibt und welchen Bedingungen sie unterliegen.

Obwohl jedes Gespräch individuell gestaltet ist, gibt es dennoch ein Grundschema, welches auf (fast) alle Arzt-Patient-Gespräche zutrifft. Zu diesem Schema gehören fünf zentrale Punkte: Gesprächseröffnung, Beschwerdeexploration, Diagnosestellung, Therapieplanung sowie Gesprächsbeendigung und Verabschiedung. Dabei muss die Abhandlung dieser Punkte nicht immer linear erfolgen, sondern es kann zu mehreren Anläufen oder zeitlichen Verschiebungen der einzelnen Komponenten kommen (Nowak/Spranz-Fogasy 2009, 86).

1.2 Arten des Arzt-Patient-Gesprächs

„Das Arzt-Patient-Gespräch“ existiert nicht, sondern jedes Gespräch lässt sich nach „*seinem Charakter oder Zielstellung (anamnestisches, diagnostisches, therapeutisches, prognostisches Gespräch), seiner Strategie (Eröffnungs- Begleit- und Abschlussgespräch), nach der Taktik (...) und seinem Zeitpunkt (Erstbegegnung, Sprechstunde, Visite, Entlassung)*“ unterscheiden (Löning 1985, 40). Die Autorin nennt das Anamnesegespräch als das am häufigsten vorkommende Gespräch in der Arzt-Patient-Interaktion. Neben dem Visitengespräch ist es im Krankenhaus die vorherrschende Art des Kontakts zwischen Arzt/Ärztin und PatientIn (Löning 1985, 40).

1.2.1 Die Visite

Bei der Visite geht es um PatientInnen, die schon in das medizinische System aufgenommen worden sind. Der Arzt/die ÄrztIn besucht auf der Station im Krankenhaus täglich kurz seine/ihre PatientInnen, meistens in Form einer Runde durch die Krankenzimmer. Die Visite folgt einem gewissen Ablauf, der für diese Gesprächssituation typisch ist. Die Gruppe betritt das Zimmer des/der PatientIn, der Arzt/die Ärztin stellt dem/der PatientIn die nötigen Fragen. An einer Visite nehmen visitierende/r Arzt oder Ärztin, PatientIn, PflegerIn und meisten noch andere ÄrztInnen und auch TurnusärztInnen teil. Die PatientInnen werden bei dieser Gelegenheit zu ihren momentanen Beschwerden befragt und mögliche Verbesserungen durch laufende Behandlungen oder auch Verschlechterungen besprochen. Häufig kommt es zur Besprechung der Beschwerden des/der PatientIn mit den TurnusärztInnen und dem Pflegepersonal (Weber/Nübling/Langewitz 2009, 86-87).

Weber/Nübling/Langewitz (2009, 77) bemerken, dass diese traditionelle Struktur der Visite in letzter Zeit gelockert wurde. „*Dies äußert sich darin, dass Ärzte ihre Patienten häufiger als früher (auch) außerhalb der Visite besuchen, um in Ruhe beispielsweise anstehende Untersuchungen zu erklären oder Untersuchungsergebnisse besprechen zu können.*“

Die Visite erfüllt nicht nur den Zweck des Gespräches mit den PatientInnen, sondern ist auch ein Treffpunkt zwischen den ÄrztInnen und dem Pflegepersonal. Die Organisation erfordert durch die Anwesenheit so vieler Personen einigen Aufwand, wodurch Probleme im Ablauf oder Verzögerungen aufgrund des Mangels von Daten oder Untersuchungsergebnissen des Patienten/der Patientin entstehen können (Weber/Nübling/Langewitz 2009, 78-79). Eine Herausforderung in diesen Gesprächen ist der Zeitmangel und die Dynamik des Gespräches. Bei der Visite müssen sowohl ÄrztInnen als auch PatientInnen flexibel sein. Der Arzt/die Ärztin muss auf mögliche neue Beschwerden der PatientInnen reagieren und die PatientInnen

müssen sich auf oft wechselnde ÄrztInnen und Persönlichkeiten einstellen. Als zusätzliche Belastung empfinden viele PatientInnen die Gespräche über sie selbst oder andere Unterbrechungen des Visitengesprächs (Weber/Nübling/Langewitz 2009, 79).

Patientenzentrierte Visitengespräche sollen dem Patienten/der Patientin mehr Gesprächsraum geben und nicht nur ein Abfragen des Zustandes sein. Stattdessen sollte das Gespräch dialogartig sein und die häufig auftretenden Störungen, wie etwa Telefonanrufe, Unterbrechungen von anderen Personen oder Gespräche mit dritten Personen vor dem Krankenzimmer stattfinden (Koerfer/Obliers/Köhle 2005, 262).

1.2.2 Das Anamnesegespräch

Das Anamnesegespräch ist ein Erstgespräch, bei dem der Arzt oder die Ärztin, mit dem Patienten oder der Patientin die Hintergründe der Krankheit und sonstige allgemeine Details klärt. Eine körperliche Untersuchung kann das Gespräch dabei ergänzen. An der Stelle des/der MedizinerIn kann ein Turnusarzt/eine Turnusärztin oder auch ein/e FamulantIn treten.

Das Anamnesegespräch wird von der Einstellung zur Medizin (siehe Kapitel 2) beeinflusst. Je nach Krankheitsauffassung verlagert sich der Schwerpunkt des Gespräches zwischen einer rein medizinischen Befragung oder vermehrter Beziehungsarbeit. Da die Medizinische Universität Wien mit dem bio-psycho-sozialen System der Anamnese arbeitet, möchte ich die Eigenschaften dieser Art darlegen.

Das Ziel eines bio-psycho-soziales Anamnesegesprächs ist nicht nur die Erhebung medizinischer Daten, sondern auch der Aufbau einer Arzt-Patient-Beziehung. Bei dem Gespräch sollte die Beziehung durch einen offenen und assoziativen Gesprächsstil unterstützt werden (Wesiack 1990, 258). Das Gespräch dient nicht nur der Informationsabfrage, sondern stellt auch ein wichtiges Element des Kontakts zwischen Arzt/Ärztin und PatientIn dar (Morgan/Engel 1977, 31). Es kann zwischen drei Ebenen der Information unterschieden werden, die im Gespräch miteinander verbunden sind. Zur Ebene der objektiven Information zählen alle Befunde und alles, was der Patient/die Patientin „... *über Tatbestände, die auch von anderen zumindest grundsätzlich nachprüfbar sind, wie z.B. die wichtigen Lebensdaten, [erzählt]*“ (Wesiack 1990, 260). Die subjektiven Informationen bestehen aus dem Teil der subjektiven Realität der PatientInnen, die sie im Gespräch mitteilen. Um diese Art der Information zu verstehen, ist die dritte Art der Information, die szenische Information wichtig. Je nachdem wie ein Patient/eine Patientin sich im Gespräch verhält und wie er/sie seine/ihre Krankheit darstellt, zum Beispiel durch Bagatellisierung oder Übertreibung, kann der Arzt/die Ärztin viel über die Einstellungen und subjektive Realität erfahren. Es wird durch die

Betrachtung der Informationsebenen schon deutlich, dass sich der Begriff Information im bio-psycho-sozialen Konzept nicht nur auf reine medizinische Fakten beschränkt, sondern auch die Empfindungen und Einstellungen der PatientInnen einschließt (Wesiack 1990, 260-261).

Zusammenfassend kann man sagen, dass das Anamnesegespräch drei Funktionen erfüllt: die Interaktionsfunktion, die Informationsfunktion und die Integrationsfunktion. Mit Integrationsfunktion ist gemeint, dass die Beschwerden in ein Gesamtbild des Patienten oder der Patientin eingefügt werden, bevor Therapiemaßnahmen gesetzt werden (Lalouschek, 1995, 47).

1.3 Die Besonderheiten der Arzt-Patient-Kommunikation

Ärztliche Gespräche unterscheiden sich grundlegend von der Alltagskommunikation, da sie „... *hochkomplexe Ereignisse sind, die eine Reihe von Aufgaben zu erfüllen haben und gleichzeitig einer Fülle von Bedingungen unterschiedlichster Art unterliegen.*“ (Menz/Lalouschek/Gstettner 2008, 7).

Nowak/Spranz-Fogasy (2009, 83-84) nennen drei Aspekte, welche die Bedingungen in einem Arzt-Patient-Gespräch entscheidend beeinflussen, nämlich die institutionelle Einbindung, die asymmetrische Beteiligungskonstellation und den Zweckbezug.

1.3.1 Institutionelle Einbindung

Das Krankenhaus und auch die Arztpraxis und somit auch die darin stattfindenden Arzt-Patient-Gespräche sind nicht total unabhängig, sondern stehen immer in Bezug zu einem übergeordneten System. Dieses Obersystem ist die Institution Gesundheitswesen, die sich gleichzeitig in mehrere miteinander in Verbindung stehende Ebenen aufteilt und Teil eines noch größeren Systems ist. Es erfüllt mehrere Zwecke und Aufgaben. „*Das System `Gesundheitswesen` hat neben dem finanziellen Rahmen auch die Beziehung zu den Benützern (= Patient/inn/en), Krankenkassen und Versicherungen sowie zu den niedergelassenen Ärzten herzustellen und ihre Koordination zu bewirken*“ (Menz 1991, 30).

Durch die institutionelle Einbindung ergeben sich einige Faktoren, die ein Arzt-Patient-Gespräch von einem normalen Gespräch unterscheiden. Durch sie gibt es zum Beispiel rechtliche Vorlagen, wie etwa die „*Pflichten der Aufklärung der Patienten, der Dokumentation der Therapie oder der Legitimation einer Rezeptierung.*“ (Nowak/Spranz-Fogasy 2009, 83). Menz/Lalouschek/Gstettner (2008, 13) zählen ferner den „*verantwortungsvolle(n) Umgang*

mit Zeitressourcen (...), die Organisation von räumlichen Ressourcen, und die Abhängigkeit von anderen Teilsystemen ...“ zu den institutionsbedingten Unterschieden zur Alltagskommunikation.

Ein wichtiger Punkt im Zusammenhang mit der Institution Krankenhaus ist der Gegensatz zwischen den internen Prozessen und dem Kontakt mit der Außenwelt. In jeder Institution wird zwischen dem produktiven und reproduktiven Aspekt unterschieden, auch wenn beide Prozesse miteinander verknüpft sind (Schülein 1987, 147). Der produktive Teil betrifft die Leistung, die eine Institution nach außen erbringt, der reproduktive Teil trägt zur „... Aufrechterhaltung eines bestimmten Verhältnisses zur Umwelt, Aufrechterhaltung einer bestimmten Binnenstruktur, Anpassung an Veränderungen und Ausbalancierung eines Gleichgewichtes der Institution gesamt ...“ bei (Schülein 1987, 148).

Im Krankenhaus befasst der produktive Teil sich mit der Pflege und Behandlung der PatientInnen. Der reproduktive Aspekt dient dem Fortbestand der Institution und schließt die Verwaltung und die Ausbildung des Personals mit ein (Menz 1991, 33). Bei der gleichzeitigen Erfüllung beider Aspekte treten, so Menz (1991,49), Widersprüche auf. Strukturelle Widersprüche beruhen auf den Vorgaben von außen, die mit den Prozessen nicht vereinbart werden können, während es auch Widersprüche, die innerhalb der Institution entstehen, gibt.

Die Widersprüche sind deutlich in der Ausbildungssituation zu erkennen, da es dort zur Überschneidung der beiden Funktionen kommt. Vor allem, wenn der Lehr- und Lerndiskurs in den Alltag des Krankenhauses eingebaut wird, um den StudentInnen die Abläufe in der Realität zu zeigen und ihnen Praxiserfahrung mit echten PatientInnen zu ermöglichen, kommt es zur Überlagerung der produktiven und reproduktiven Funktion (Menz 1991, 49-51). In dieser Situation steht

„(n)icht der Patient (...) im Zentrum des Interesses, sondern die Einschulung von Famulant/inn/en und Jungärz/inn/en; die Patient/inn/en werden eher als Objekt gesehen, an denen etwas gelernt werden kann- also nicht nur als `Objekte` im Sinne einer naturwissenschaftlich orientierten Medizin.“ (Menz 1991, 35).

Die Forderung und Erwartung von außen ist aber, dass der/die PatientIn im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit des Arztes/der Ärztin steht, um die bestmögliche Behandlung zu erhalten (Menz 1991, 35).

Die Widersprüche können im Gespräch nicht vollständig umgangen werden, allerdings kann jedes Krankenhaus Schwerpunkte setzen und dadurch die Zusammenarbeit zwischen produktivem Teil und reproduktivem Teil der Institution verändern. Bei dem Umgang mit den

Widersprüchen im Arzt-Patient-Gespräch selbst sind „*Verdrängung und Verschleierung*“ die wichtigsten sprachlichen Strategien (Menz 1991, 52).

1.3.2 *Asymmetrische Beziehung zwischen ÄrztInnen und PatientInnen*¹

Die asymmetrische Beteiligung am Gespräch geht auf die verschiedenen Rollen, welche die GesprächsteilnehmerInnen einnehmen und das Experten-Laien-Gefälle zurück. Die Perspektivendifferenz ist ein weiterer Faktor, der auf die Beziehung zwischen Arzt/ÄrztIn und PatientIn einwirkt.

1.3.2.1 Experten-Laien-Wissen

Die Arzt-Patient-Gespräche zeichnen sich durch die asymmetrische Verteilung von Macht und Wissen aus. Der Arzt/die Ärztin hat durch sein/ihr Studium mehr medizinisches Wissen erworben als der/die PatientIn, diese haben in den meisten Fällen nur Laienwissen. Aus diesem Grund kann diese Art der Gespräche den Experten-Laien-Gesprächen zugeordnet werden (Nowak/Spranz-Fogasy 2009, 83-8). Wie in allen Experten-Laien-Gesprächen ist „*(d)ie Vermittlung und der Austausch dieses speziellen und unterschiedlich strukturierten Wissens beider Seiten ... für eine erfolgreiche Kommunikation und Behandlung unerlässlich.*“ (Peters 2008, 72).

Das Laienwissen der PatientInnen setzt sich aus zwei Aspekten zusammen. Einerseits erwerben sie meistens ein „*semi-professionelles Wissen*“ (Brünner 2005, 91), zweitens haben sie die Informationen, die das „*subjektive Empfinden, das Erleben und die Erfahrung*“ (Peters 2008, 76) betreffen. Brünner (2005, 91) betont, dass „*das semi-professionelle Wissen von Patienten*“ ein wichtiger Faktor im Gespräch ist. „*Es ist typischerweise selektiv (auf die `eigenen` Beschwerden und Krankheiten bezogen), fragmentarisch (nicht vollständig) und isoliert, d.h. es besitzt nicht die interne Vernetzung des Expertenwissens.*“ (Brünner 2005, 91). Als Folge des Wissensunterschieds versucht der/die PatientIn bei der Anamnese sein/ihr Empfinden zu beschreiben, ohne allerdings über das medizinische Hintergrundwissen zu verfügen. Die Laien sind sich ihrer Laien-Rolle prinzipiell bewusst und wissen, dass sie Fehler im medizinischen Bereich machen können. Sie wünschen deshalb auch häufig die Verifizierung des Experten und akzeptieren Korrekturen (Peters 2008, 78).

¹ Dieses Kapitel beschreibt die Eigenschaften authentischer Arzt-Patient-Gespräche, die zwischen ÄrztInnen und PatientInnen stattfinden. Auf die veränderten Bedingungen im Lehr/Lerndiskurs wird in Kapitel 3 und 4 eingegangen.

Die Aufgabe des Arztes/der Ärztin im Gespräch ist es, das Erlebniswissen durch das Expertenwissen zu ergänzen, es zu strukturieren und daraus ein einheitliches Bild der Person und ihrer Krankheit zu gestalten. Dabei ist die Art, wie das Laienwissen in dem Gespräch bearbeitet und berücksichtigt wird, entscheidend für den Erfolg des Gespräches. Damit die Verständlichkeit von Seite der PatientInnen gegeben ist, müssen die Wissensunterschiede erkannt werden und der Arzt/die Ärztin muss das Gespräch dementsprechend gestalten. Die kognitive Strukturierung, ein wichtiger Bestandteil zur Sicherung von Verständlichkeit und Strukturgestaltung, setzt sich aus mehreren Faktoren zusammen. Die „*Vorstrukturierungen*“ dienen dazu, eine allgemeine Struktur in das Gespräch zu bringen, die später hilft, diese aufrechtzuerhalten (Brünner 2005, 92). Ein weiterer Faktor ist die „... hierarchisch-sequenzielle Organisation *vom Allgemeinen zum Speziellen, um Aufnahme und Behalten zu fördern ...*“ (Brünner 2005, 93, Hervorhebung im Original). *Zusammenfassungen* sollen die Klarheit und Stabilität im Gespräch erhöhen, *Hervorhebungen* die Aufmerksamkeit lenken und einzelne Elemente betonen und das *Anknüpfen an Vorwissen* dient ebenfalls dem Zweck der Strukturierung (Brünner 2005, 93).

Die Vermittlung von Information wird ferner durch die sprachlichen Unterschiede zwischen Experten- und Laiensprache erschwert. Die Expertensprache enthält spezifische Fachbegriffe, im medizinischen Bereich haben viele Ausdrücke lateinische, griechische oder englische Ursprünge (Peters 2008, 73). Sie haben den Vorteil, eindeutig und genau zu sein, werden aber von Nicht-MedizinerInnen nicht verstanden. Aus diesem Grund versuchen die ÄrztInnen umgangssprachliche Ersetzungen zu finden. Der Nachteil der Ersetzungen ist, dass sie durch ihre Uneindeutigkeit zu Missverständnissen führen können, weshalb eine unkontrollierte Mischung mit der Alltagssprache zu vermeiden ist. Ein weiterer Nachteil der Fachausdrücke im Umgang mit Laien ist, dass die Wörter sich ähnlich sind und die Wortteile nicht genau erkennbar sind. Es können auch durch den Unterschied zwischen dem Schriftbild und der Aussprache Probleme auftreten (Löning 1985, 144).

Missverständnisse können sowohl wegen der Wissensunterschiede als auch der sprachlichen Unterschiede entstehen. Diese sollten möglichst schnell geklärt werden, um spätere Komplikationen des Gespräches zu vermeiden. Das Erkennen von Missverständnissen in Gesprächen bzw. die Kontrolle des Verstehens wird allerdings durch die Beziehung zwischen Arzt/Ärztin und PatientIn erschwert. Da die Laien-Experten-Konstellation nicht thematisiert wird, hat der Arzt/die Ärztin kein Recht, das Patienten-Wissen direkt abzufragen.

Um die Höflichkeitsregeln nicht zu verletzen, nützt er/sie andere Signale, wie zum Beispiel Rückmeldesignale und die Reaktion als Anhaltspunkte (Brünner 2005, 94).

Ein weiteres Problem, das durch dieses Laien-Experten-Gefälle entstehen kann, tritt auf, wenn die PatientInnen therapeutische Entscheidungen aufgrund des mangelnden Wissens nicht treffen können. In diesem Fall überlassen viele die Entscheidung den ÄrztInnen. Während die PatientInnen dieses Verhalten als kooperativ empfinden, wird es von den ÄrztInnen aber eher negativ eingeschätzt (Menz/Lalouschek/Gstettner 2008, 10).

1.3.2.2 Sozialisation und Rollenbilder

Jeder Mensch erlernt „*grundlegende soziale Handlungsfähigkeiten*“ im Laufe seines Lebens (Sigrist 1988, 100). Prinzipiell wird zwischen primärer und sekundärer Sozialisation unterschieden. Die primäre Sozialisation findet im Kindesalter statt, durch die sekundäre lernen Erwachsene neue Handlungsmuster. „*Der wichtigste Vorgang der Sozialisation ist die Internalisation (Verinnerlichung) sozialer Werte und Normen im Zuge des Modell-Lernens.*“ (Sigrist 1988, 100).

Die zukünftigen ÄrztInnen erfahren im Laufe ihres Studiums eine Art der sekundären Sozialisation, nämlich die „*berufliche Sozialisation*“ (Sigrist 1988, 219). Diese beinhaltet nicht nur die Weitergabe von rein medizinischem Wissen, sondern auch auf die „*Verinnerlichung beruflicher Normen*“ und die Fähigkeit Entscheidungen zu treffen und mit den PatientInnen zu interagieren (Sigrist 1988, 219). Die Strukturen der Institution werden auf diese Weise weitergegeben, wobei die weitergegebenen Tätigkeiten sich auf die Diagnoseerstellung, Behandlung und therapeutische Tätigkeit beschränken, während das ärztliche Gespräch selbst „... *eher den Status eines `Rahmens`...*“ als den der eigentlichen Tätigkeit erhält (Lalouschek 1995, 24).

Der Soziologe Talcott Parsons veröffentlichte 1951 in der Aufsatzsammlung *The Social System*, den Artikel *Social structure and Dynamic Process. The Case of modern Medical Practice*, der speziell auf die soziale Struktur und die Rollenbilder im Bereich des Arzt-Patient-Verhältnisses eingeht (Parsons 1951). Bevor hier genauer auf die Aspekte der Rollenbilder eingegangen wird, ist an dieser Stelle eine kurze Einführung in die Entwicklung und Grundlagen der medizinischen Soziologie angebracht.

1.3.2.2.1 Exkurs: Medizinische Soziologie

Die Disziplin der medizinischen Soziologie ist relativ jung, obwohl die Verbindung zwischen sozialen Domänen und Medizin schon seit längerem untersucht wurde. Emile Durkheim (1952) war einer der Pioniere auf dem Gebiet der Soziologie und leistete mit seinen Untersuchungen zur Selbstmordrate in Verbindung mit religiöser Einstellung und beruflichem

Hintergrund einen wichtigen Beitrag zu Beginn dieser Disziplin. „*Post-war general sociology was dominated by a theoretical model called structural-functionalism (heavily influenced by Talcott Parsons (1902-79)), which emphasized consensus and order in social affairs.*” (Armstrong 1994, 1644). Parsons geht davon aus, dass Medizin „... a `mechanism` in the social system for coping with the illnesses of its members [is]“ (Parsons 1951, 432), da Gesundheit eine Vorbedingung („*functional prerequisites*“) des Systems ist (Parsons 1951, 430). Im Zusammenhang mit Gesundheit stehen spezielle Rollen, die durch eine Krankheit nicht mehr erfüllt werden können und dadurch die Abläufe im sozialen System beeinträchtigen. Durch den Arzt-Patient-Kontakt soll die soziale Ordnung wiederhergestellt werden (Parsons 1951, 430-431). Bei dem Arzt-Patient-Kontakt wird sowohl dem Arzt/der Ärztin als auch dem Patienten/der Patientin eine Rolle zugewiesen: Ersteren wird eine berufliche Rolle zugewiesen, Letzteren die Rolle der Kranken-Person („*sick person*“) (Parsons 1951, 433-434).

Aufbauend auf diesem Modell entwickelte sich um die Mitte des letzten Jahrhunderts die medizinische Soziologie. Sowohl MedizinerInnen als auch SoziologInnen befassten sich mit der Thematik, was dazu führte, dass sich unterschiedliche Schwerpunkte in der Forschung, ergaben. Straus (1957, 203) schlug deshalb die Unterteilung in Soziologie der Medizin („*sociology of medicine*“) und Soziologie in der Medizin („*sociology in medicine*“) vor. Erstere beruht auf Parsons und beschreibt die „... *organizational structure, role relationships, value systems, rituals, and functions of medicine as a system of behavior...*“ von außen, während die Soziologie in der Medizin in Zusammenarbeit mit den MedizinerInnen die Faktoren und Prozesse, von denen PatientInnen beeinflusst werden, analysiert (Straus 1957, 203).

Diese Unterscheidung ist allerdings nicht zielführend, da die „... *Erforschung von Krankheitsprozessen sowie der diagnostischen und therapeutischen Handlungen ... keineswegs nur immanent, d.h. vom medizinischen Denkansatz, vom Selbstverständnis der handelnden Ärzte her, sinnvoll durchführbar [ist].*“ (Sigrist 1988, 12). Zwei neuere Definitionen fassen das Untersuchungsgebiet der soziologischen Untersuchungen auf dem Gebiet der Medizin weiter, nämlich die „*Soziologie für die Medizin*“, oder noch allgemeiner die „*Soziologie der Gesundheit und Krankheit*“ (Sigrist 1988, 12). Der Einbezug der Soziologie in die medizinische Ausbildung soll helfen, die Handlungsweisen im Krankheitsfall besser zu verstehen und „... *to facilitate a more effective and comprehensive approach to these problems...*“ (Straus 1957, 203).

Obwohl Parsons Ideen fundamental für die Entwicklung dieser Disziplin waren, wurde sein Modell auch stark kritisiert und schließlich in den 1960er von Konflikt-orientierten Konzepten verdrängt. „*The new conflict perspective was increasingly critical of both the social and the economic power of the medical profession...*” (Armstrong 1994, 1649). Friedson (1979) geht zum Beispiel davon aus, dass der Arztberuf als Folge politischer Aktivität im weiteren Sinn angesehen werden kann. Außerdem beansprucht die Medizin das Recht, zu entscheiden, wer krank sei und was Krankheit allgemein sei, für sich. Er nimmt eine radikale Veränderung gegenüber den vorhergehenden Konzepten vor, indem er sagt, dass Krankheit nur als soziales Konstrukt wahrgenommen wird und, dass die biologische Komponente unwichtig ist (Friedson 1979).

Ein weiterer Ansatz, der sich aus den Anfängen der Medizinischen Soziologie entwickelte, ist die Gesundheitssoziologie, die vor allem mit den Begriffen *Public-Health* (dt. Gesundheitswissenschaft) und dem Modell der Salutogenese in Verbindung gebracht wird (Armstrong 1994, 1652-1653). „*Public-Health ist die Wissenschaft der systematischen Analyse der Verbreitung von Gesundheits- und Krankheitsbefunden in der Bevölkerung und darauf bezogener Interventionsansätze zur Verhütung von Krankheit und Förderung von Gesundheit der Bevölkerung.*“ (Hurrelmann 2006,84-85). Das Salutogenese-Modell oder Modell der Gesundheitsentstehung wurde von Antonovsky entwickelt und bildet einen Gegensatz zur Pathogenese, die sich mit der Krankendynamik befasst. Der Fokus dieses Modell ist nicht, zu erklären, wie Krankheit entsteht, sondern warum Personen trotz vieler Einflussfaktoren gesund bleiben und gesundheitliche Probleme lösen können (Hurrelmann 2006, 119-120). Der Autor geht dabei von einem „*Gesundheits-Krankheits-Kontinuum*“ aus, zwischen dessen Polen jeder Mensch sich bewegt (Antonovsky 1997, 15). Als Voraussetzung für das Bestehen von Gesundheit ist ein Kohärenzgefühl (*Sense of Coherence*) des Menschen nötig. Dieses Gefühl hilft bei der „*globalen Orientierung*“, es strukturiert die erfahrenen Stimuli der Außenwelt und hilft die Herausforderungen zu meistern (Antonovsky 1997, 36).

Zu den Entwicklungen der letzten Zeit gehört unter anderem, dass „... *Sociology, from being the dangerous subject of the 1960, is more frequently seen as a normal component of the range of skills on perspectives employed in medical research.*” (Armstrong 1994, 1656).

1.3.2.2.2 Rollen im medizinischen Bereich

1.3.2.2.2.1 Die Rolle Arzt/Ärztin

Grundlegend für die Arztrolle ist der Universalismus, d.h., dass der Arzt/die Ärztin jede Person unabhängig von Faktoren der Religion, der Nationalität oder des Geschlechts auf die gleiche Weise behandeln soll. Zur Arztrolle gehören aber auch andere Anforderungen, wie etwa die fachliche Kompetenz, die affektive Neutralität und die Orientierung an der Kollektivität (Parsons 1951, 435).

- Fachliche Kompetenz

Die Rolle des Arztes ist stark mit der in der Ausbildung erworbenen fachlichen Kompetenz verbunden. Diese Kompetenz ist aber sehr spezifisch und auf ein Gebiet begrenzt. „*The physician is not, by virtue of his modern role, a generalized `wise man` or sage ... but a specialist whose superiority to his fellows is confined to a specific sphere of his technical training and experience.*” (Parsons 1951, 435). Innerhalb dieses Bereiches gilt der Arzt/die Ärztin aber als Experte und trägt die Verantwortung dafür, das Wissen richtig umzusetzen (Parsons 1951, 447). Bei StudentInnen in der Ausbildung oder TurnusärztInnen kann es in diesem Zusammenhang zu Problemen kommen, da diese die fachliche Kompetenz noch nicht vollständig erworben haben und folglich die Rollenanforderung nicht immer erfüllen können (Menz/Lalouschek/Gstettner 2008, 8).

- Affektive Neutralität

Der Arzt/die Ärztin sollte jede Person gleichbehandeln und sich nicht durch persönliche Gefühle beeinflussen lassen. Die affektive Neutralität ist eine für jeden Wissenschaftler nötige Grundlage, um Objektivität zu wahren (Parsons 1951, 435). Die professionelle Beziehung zwischen ÄrztInnen und PatientInnen sollten nicht mit persönlichen Beziehungen gemischt werden, damit weder Sympathien noch Antipathien die Entscheidungsfähigkeit des Arztes/der Ärztin beeinträchtigen. Die professionelle Beziehung kann aber sehr wohl persönliches Wissen über die Situation des Patienten/der Patientin beinhalten, welches durch die Schweigepflicht des medizinischen Personals geschützt wird (Parsons 1951, 457-459).

- Kollektivitätsorientierung

Eine weitere Anforderung an den/die ExpertIn ist die Kollektivitätsorientierung, bei der es darum geht, dass die ÄrztInnen das Wohlergehen der PatientInnen vor ihre eigenen Anforderungen stellen und ihre Macht nicht zu eigenen Zwecken missbrauchen (Parsons

1951, 435). „*The `profit motive` is supposed to be drastically excluded from the medical world.*“ (Parsons 1951, 435).

1.3.2.2.2 Die Rolle Patient/Patientin

Die Rolle der PatientInnen als Laien ist nicht so genau definiert und zugleich komplexer, als die der ÄrztInnen, sie beinhaltet, so Parsons (1951, 436-437), zwei Verpflichtungen und zwei Faktoren, durch die der Patient/die Patientin sich von anderen Personen unterscheidet.

Zu den Verpflichtungen zählt der Wille eine Besserung anzustreben, also „...*the definition of the state of being ill as itself undesirable with its obligation to want to `get well`.*“ (Parsons 1951,437). Die zweite Verpflichtung besteht darin, professionelle Hilfe zu suchen und die ÄrztInnen durch Kooperationsbereitschaft zu unterstützen (Parsons 1951, 437).

Eine der speziellen Bedingungen wurde oben schon erwähnt, nämlich die Entbindung des/der Kranken von den üblichen Pflichten und Verantwortungen. Je nach Art der Krankheit und den damit verbundenen Einschränkungen werden dem Patienten/der Patientin die alltäglichen Pflichten abgenommen. Die Abweichung vom normalen sozialen System liegt aber nicht in der Verantwortung des/der Kranken, sondern er/sie erleidet diesen Zustand und kann auch nicht für seine/ihr Verhalten zur Rechenschaft gezogen werden. Aus diesem Grund kann auch nicht von den PatientInnen verlangt werden, dass sie tatsächlich gesund werden oder sich normal verhalten (Parsons 1951, 436-437).

Löning (1985, 40) nennt die Krankheit, die die ärztliche Behandlung erfordert und die damit zusammenhängende seelische Beeinflussung als eine der wichtigen Gemeinsamkeiten der Gruppe der PatientInnen. Hinzu kommt, dass der/die PatientIn durch vorhergehende, persönliche oder indirekte Erfahrungen im Umgang mit dem Gesundheitswesen, Erwartungen und Vorstellungen entwickelt hat und von diesen beeinflusst wird. Durch die Gemeinsamkeit der Krankheit und die Erfahrungen erleben die PatientInnen, ähnlich wie die ÄrztInnen, eine Sozialisation. Dabei ist zu bedenken, dass der Patient oder die Patientin zwar organisatorische Angelegenheiten oder auch die Gesprächserwartung der MedizinerInnen erkennen oder erlernen kann, aber nie über gleich viel medizinisches Wissen verfügen wird. Da es ferner keine Muster für die Abläufe und Verhaltensweisen je nach Krankheit gibt, können sie sich nur schwer orientieren, was wiederum Unsicherheit seitens der PatientInnen provoziert (Löning 1985,45).

1.3.2.2.3 Gegenseitige Rollenwahrnehmung

Die gegenseitige Rollenwahrnehmung ist ebenfalls ein Faktor, der das Arzt-Patient-Gespräch und die Beziehung zwischen den Beteiligten beeinflusst. Die Wahrnehmung der eigenen Rolle ist dabei genauso wichtig wie die Wahrnehmung der Rolle des anderen Gesprächsteilnehmers oder der anderen Gesprächsteilnehmerin. Die ÄrztInnen unterstellen den PatientInnen „zumeist eine generell hohe Erzählbreitschaft, die (...) oftmals gar nicht vorhanden ist, da sich der Patient sprachlich oft an die Qualitätsanforderungen der Institution anpasst.“ (Peters 2008, 70). Aus diesem Umstand ergibt sich häufig, dass der Arzt oder die Ärztin das Gespräch automatisch besser kontrolliert und strukturiert, um Ausschweifungen entgegen zu wirken. Die PatientInnen erwarten ein hohes Maß an Kompetenz, da ihnen ihre Gesundheit wichtig ist. So entsteht ein gewisser Druck für die Ärztinnen, dafür gestehen die PatientInnen dem Arzt/der Ärztin aufgrund dieser Rollenvorstellungen auch die dominante Expertenrolle zu bzw. erwarten sie sogar (Löning 1985, 126).

Das Zusammenspiel dieser Rollen und Erwartungen beider Seiten ergibt folglich das Verhältnis zwischen dem Arzt/der Ärztin und dem/der PatientIn. Die Vorstellungen, das Umfeld und das Verhalten der Personen bestätigt die jeweilige Rolle (Peters 2008, 71). Aber die „... Ausgestaltung ihrer Rolle und Selbstdarstellung müssen Ärzte in jeder konkreten Interaktion neu ausbalancieren.“ (Brünner 2005, 106).

1.3.2.3 Perspektivendifferenz

Im Arzt-Patient-Gespräch treffen zwei Perspektiven aufeinander, die des Patienten oder der Patientin und die des Arztes/der Ärztin. „Perspektive meint, dass ein Sachverhalt (i.w.S.) von einer gegebenen Position aus mental repräsentiert und verbal dargestellt wird.“ (Brünner 2005, 103, Hervorhebung im Original). Einige der schon oben besprochenen Faktoren beeinflussen die Perspektive, zum Beispiel die unterschiedlichen Arten des medizinischen Wissens und die damit verbundenen Rollen-Vorstellungen (Brünner 2005, 104).

Am deutlichsten sichtbar wird der Perspektivenunterschied im Bezug auf die Betroffenheit durch die Krankheit. Das Zusammentreffen von „professioneller Distanz“ und „persönlicher Betroffenheit“ erschwert die Gesprächssituation (Brünner 2005, 104). „Während der Arzt den Patienten als Fall einer Krankheitskategorie behandeln kann, ist der Patient von der Krankheit, oft in hohem Maße, persönlich betroffen.“ (Nowak/Spranz-Fogasy 2009, 84). Der Umgang mit und die Behandlung von Krankheit ist für die ÄrztInnen Routine, sie ist für sie folglich auch nicht persönlich bedeutend, sondern Teil der Arbeitsnormalität. Das medi-

zinische Personal handelt außerdem nicht nur als Privatperson, sondern ist ein Teil der Institution und kennt nicht nur die Abläufe, sondern muss sie auch einhalten. Im Gegensatz dazu „... handelt [der/die PatientIn] als individuelle Person und kennt sie [die institutionellen Abläufe] *allenfalls ungenau*.“ (Brünner 2005, 104). Für den Patienten/die Patientin ist die Krankheit ferner eine Störung des Alltags und er/sie trägt die Konsequenzen, weshalb ihm/ihr das Anliegen von größter Bedeutung ist (Brünner 2005, 104).

Um ein gutes Verhältnis zwischen Arzt/Ärztin und PatientIn aufzubauen, ist die Vermittlung dieser Perspektivendifferenzen nötig. Durch den Einbezug der fremden Perspektive können Ängste abgebaut werden und Entscheidungshilfe oder Orientierung angeboten werden. Dies kann sowohl durch reflektiertes Denken als auch durch Thematisierungen im Gespräch geschehen. Ein anderer möglicher Schritt ist die explizite Perspektivenübernahme. Eine gute Technik zur Überbrückung von Perspektivenunterschieden ist die Verbalisierung von Emotionen (Brünner 2005, 104-105). Allerdings funktioniert die Vermittlung der Perspektiven nicht immer und beeinträchtigt in solchen Fällen die Arzt-Patient-Beziehung auf negative Weise. Lalouschek (1995, 191) meint dazu, dass

„... ÄrztInnen im Rahmen der herkömmlichen, technik- und krankheitsorientierten Ausbildung und beruflichen Praxis, keine angemessenen Umgangsformen mit individueller Bedeutung von Leid und Krankheit und affektiver Befindlichkeit der PatientInnen und mit den eigenen Gefühlen erwerben ...“.

Wenn die ÄrztInnen mit dem Umgang der persönlichen Betroffenheit und den Emotionen nicht klarkommen, kann das zu Ironie oder zur Ausblendung dieses Bereiches im Gespräch führen (Lalouschek 1995, 191).

1.3.2.3 Rederechtsverteilung

Die oben genannten Faktoren beeinflussen auch die Rederechtsverteilung, das heißt, welchen Anteil die GesprächsteilnehmerInnen am Gespräch selbst haben. Die ÄrztInnen haben neben dem medizinisch relevanten Wissen auch Wissen über die organisatorischen Abläufe. Durch diese Asymmetrie vergrößert sich das Machtgefälle zusätzlich. Auch die Tatsache, dass die ÄrztInnen die Rolle des Experten und die PatientInnen die Rolle der Laien, einnehmen, verändert die Gesprächsbedingungen zusätzlich (Nowak/Spranz-Fogasy 2009, 83-84). Während in nicht-institutionellen Gesprächen meistens beide GesprächspartnerInnen dieselben Ansprüche auf das Rederecht haben, verschiebt sich diese Balance in institutionellen Gesprächen und das Prinzip des primären Sprechers tritt in Kraft (Quasthoff 1990, 68). Da der Arzt/die Ärztin in einer Expertenposition ist, gilt für ihn/sie das Zuständigkeitsprinzip, welches beinhaltet, dass er/sie die Themen festlegt, gewisse

Äußerungen initiiert und dadurch in den meisten Fällen mehr Redezeit zur Verfügung hat. Er/Sie hat also ein Vorrecht gegenüber dem/der anderen GesprächsteilnehmerIn für die Steuerung des Gespräches (Quasthoff 1990, 74). Der Experte übernimmt deshalb auch oft die aktive Rolle, während der/die PatientIn die reaktive Gesprächsrolle innehat. Daraus folgt, dass der Arzt/die Ärztin die Fragen stellt und die Möglichkeit hat, den/die andere/n zu unterbrechen, ohne, dass dies als störend empfunden wird (Menz/Lalouschek/Gstettner 2008, 12). In ihrer Sozialisation „lernen“ die PatientInnen, dass genereller Zeitmangel existiert und passen sich den Umständen an, indem sie ihre Ausführungen kurz halten und „... *unklare Situationen prinzipiell nicht hinterfragen, sondern auf Handlungsaufforderungen warten.*“ (Lalouschek 1995, 105). Die ÄrztInnen hingegen erwarten PatientInnen, die viel zu erzählen haben und tendieren dazu, diese zu stoppen, wodurch das Gespräch sehr kurz und straff organisiert werden kann (Peters 2008, 70).

1.3.3 Zweckbezug

Medizinische Gespräche haben einen spezifischen übergeordneten Zweck, nämlich die Diagnosefindung und Therapieentwicklung. Um dies zu erreichen, müssen gewisse Aufgaben bzw. gewisse Themen behandelt werden. Dazu kann eine körperliche Untersuchung genauso zählen, wie die verschiedenen Fragen zu der Krankheit und der Vorgeschichte des Patienten/der Patientin. Für die Abwicklung dieser Aufgaben ist es hilfreich, das Gespräch zu strukturieren, wobei der Arzt oder die Ärztin wie oben erwähnt die aktive Rolle übernimmt (Nowak/Spranz-Fogasy 2009, 84). Die Autoren Nowak und Spranz-Fogasy (2009,84) weisen darauf hin, dass

„ (d)er Erfolg dieser Gespräche ... von der Erfüllung der Handlungsaufgaben ab[hängt], Aspekte wie die Beziehungsgestaltung und die Gesprächsatmosphäre sind zwar therapeutisch relevant und funktional, werden aber häufig aus ärztlicher Sicht subsidiär gesehen (nicht so aus Patientensicht!).“

Die Sicht des medizinischen Personals bezüglich des Zwecks entspricht nicht immer der des Patienten oder der Patientin, diese Divergenz kann zu Problemen führen. Das „*chief complaint*“, also die „*gesprächsleitende Intention der PatientInnen*“ ist nicht immer ein organisches Problem, sondern kann auch sozialer oder persönlicher Natur sein (Menz/Lalouschek/Gstettner 2008, 11). Wenn das Hauptaugenmerk des Arztes oder der Ärztin aber auf der Diagnose der Krankheit liegt und wenn er/sie das eigentliche Problem nicht erkennt, kann das zu einem Rahmen- oder Zielkonflikt führen. Die PatientInnen versuchen in solchen Fällen ihr Problem mehrmals ins Gespräch einzubringen, wobei es meist zur Häufung von Erzählversuchen und Unterbrechungen kommt (Menz/Lalouschek/Gstettner 2008, 11).

2 Konzepte der Medizin

Der Bereich der Medizin in der heutigen westlichen Welt folgt nicht einem einheitlichen Konzept, sondern teilt sich in mehrere Anschauungen zur Medizin auf. Je nach Konzept gibt es unterschiedliche Ansätze der Diagnosestellung und Behandlung. Je nach Idee unterscheiden sich auch die Einstellungen zum menschlichen Körper, zu „*der Körper-Seele-Geist Entität und der Umwelt oder (...) [zu] Rollengestaltung und Aufgaben der ÄrztInnen bzw. HeilerInnen und der Kranken*“ (Lalouschek 2005, 15). Prinzipiell wird zwischen der vorherrschenden Schulmedizin, auch Biomedizin, und den anderen Konzepten der alternativen oder ganzheitlichen Medizin unterschieden (Lalouschek 2005, 15).

Da die Behandlung aller aktuellen Medizinkonzepte an diesem Ort nicht möglich ist, beschränkt diese Arbeit sich auf eine kurze Darstellung der Biomedizin und des bio-psycho-sozialen Konzeptes, da dieser Ansatz im Rahmen der Gesprächsführung an der Medizinischen Universität Wien gelehrt wird.

2.1 Biomedizin

Die dominante westliche Art der Medizin wird in der wissenschaftlichen Literatur mit dem Begriff Biomedizin bezeichnet. Dazu zählt eine Vielzahl verschiedener Ausrichtungen, die je nach Gesellschaft und kulturellem Hintergrund variieren, aber auf denselben Grundlagen eines naturwissenschaftlichen Ansatzes beruhen (Kleinman 1994, 15-16). In der Umgangssprache wird auch heute noch der Begriff Medizin oder Schulmedizin für die Biomedizin verwendet. Der Begriff Schulmedizin bezog sich ursprünglich auf die in den Universitäten gelehrt Medizin, und diente der Abgrenzung zu anderen Heilpraktiken (Eckart/Jütte 2007, 338). Es gibt eine

„... Vielzahl diagnostischer und therapeutischer Verfahren, die unter verschiedenen Begriffen zusammengefaßt werden, um sie von der eigentlichen Medizin abzugrenzen. In früheren Jahren war der negativ besetzte Begriff "Kurpfuscherei" verbreitet, heute heißt es häufig vornehmer "unkonventionelle medizinische Verfahren". Zunehmend findet man die positiv besetzten Begriffe "Alternativmedizin" oder ganz modern und vermeintlich aufgeklärt 'Komplementärmedizin'...“ (Köbberling 1997, 183).

Der Autor fasst alle diese Formen unter dem Begriff Paramedizin zusammen und grenzt diese von der „eigentlichen“ Medizin² ab (Köbberling 1997, 183). Dem Begriff Schulmedizin haftet

² Die Verwendung des Begriffs *eigentliche Medizin* spiegelt an dieser Stelle die persönliche Einstellung des Autors und ist deshalb problematisch, er kann mit Biomedizin gleichgesetzt werden.

eine negative Konnotation an, die darauf zurückgeht, dass „... die Assoziation zwischen Schulmedizin und verstaubter, verkrusteter akademischer Medizin, die weit weg von der Wirklichkeit des kranken Menschen ist...“ entstand (Köbberling 1997, 184). Da der Begriff Medizin die Eindeutigkeit nicht sicherstellt und der Begriff Schulmedizin negative Assoziationen auslöst, schlägt Köbberling (1997,181) den Begriff „*wissenschaftliche Medizin*“ vor.

In dieser Arbeit wird der Begriff Biomedizin verwendet, da „... *it* [= biomedicine] *emphasizes the established institutional structure of the dominant profession of medicine in the West, and today worldwide, while also conjuring the primacy of its epistemological and ontological commitments...*“ (Kleinman 1994,16).

Die Biomedizin zeichnet sich dadurch aus, dass sie vor allem naturwissenschaftliche Grundlagen nutzt und stark „*an biologischen Prozessen und organischen Pathologien*“ interessiert ist (Lalouschek 2005, 15). Sie wurde schon im 17. Jahrhundert durch die Verbindung der Medizin mit Physik und Chemie entwickelt und blieb seither in den Grundsätzen unverändert. „*‘Bio’ wird dabei als biochemisch, molekularbiologisch verstanden, also nicht im ursprünglichen Sinn, als ‘Bio’ noch die Wissenschaft von Lebensvorgängen meinte.*“ (Adler 2005, 7).

Seit Langem wird auch an dem Prinzip der Trennung zwischen Körper und Seele, sowie den naturwissenschaftlichen Erklärungen der Prozesse im Körper festgehalten. Die Biomedizin ist heute aufgrund der historischen Erfolge bei der Bekämpfung von Krankheit in der westlichen Welt die dominante Art der Medizin und wird überall praktiziert (Kleinman 1994, 18). Auch die Fortbildung basiert großteils auch heute noch auf diesen Zweig der Medizin (Lalouschek 2005, 37).

In der Biomedizin geht man davon aus, dass die Krankheit eine reine Störung des Systems *Körper* ist (Adler 2005, 7). Diese Störung zeigt sich durch verschiedene Symptome, also pathologische Eigenschaften. Diese sind wiederum untersuchbar und folgen einem System, wodurch die Krankheit identifiziert wird. Der Mensch ist dabei „Träger“ der Krankheit und wird anhand der Untersuchungsergebnisse zu dieser Störung behandelt. Die Biomedizin schließt aus diesen Ideen, dass bei allen Menschen durch die verschiedenen Tests die richtige Diagnose gestellt werden kann und, dass die dafür entsprechende Medikation bzw. Behandlung die pathologischen Auffälligkeiten entfernt und der/die PatientIn infolgedessen gesund wird (Kleinman 1994, 17-18).

Eine wichtige Charakteristik, die sich im Laufe der Zeit entwickelte, ist auch der Verlust der Verbindung zwischen Krankheit und Umwelt und die damit verbundene Fragmentierung des Patienten/der Patientin. Mishler (1984,104) geht bei der Analyse der Arzt-Patient-Gespräche von einer Trennung zwischen „*voice of lifeworld*“ und „*voice of medicine*“ aus. Unter *voice* versteht er eine sprachliche Realisierung von tiefer liegenden Strukturen (Mishler 1984, 103). Die *voice of lifeworld* bezieht sich auf Inhalte, die mit den Erfahrungen des Patienten/der Patientin zusammenhängen, während *voice of medicine* „... *reflects a `technical` interest and expresses a `scientific attitude`...*“ (Mishler 1984, 104). Sowohl Arzt/Ärztin als auch Patient/Patientin können beide Arten der *voice* verwenden, es fällt allerdings auf, dass bei genauer Betrachtung der Patient/die Patientin fast alle Übergänge von der *voice of medicine* in den *voice of worldlife* macht. Das Gespräch wird auf diese Art fragmentiert, d.h. da in den zwei *voices* jeweils unterschiedliche Bedeutungen besprochen werden, entstehen zwei getrennte Ebenen der Kommunikation (Mishler 1984, 107-112). Die starke Betonung der Biomedizin auf die naturwissenschaftlichen Fakten führt dazu, dass die subjektiven Erfahrungen als weniger wichtig angesehen werden als die biologischen Daten. Aus diesem Grund kommt es zu einer mentalen Trennung zwischen den PatientInnen und ihrer Krankheit und daraus folgt „... *a huge split between the constructed object of biomedical cure- the dehumanized disease process- and the constructed object of most other healing systems- the all-too-humanly narrated pathos and pain and perplexity of the experience of suffering.*“ (Kleinman 1994, 19).

Die traditionelle Biomedizin hat sowohl Vor- als auch Nachteile. Sie machte in den letzten Jahrhunderten deutliche Fortschritte zur Erforschung und Heilung verschiedene Krankheiten.

„Ein Vorteil eines naturwissenschaftlichen Konzeptes zu Ursachen und Entstehung von Krankheit liegt darin, dass es verlässlich und allgemeingültig erscheint und einfache und direkte therapeutische Lösungen in Form von Medikamenten oder chirurgischen Maßnahmen anbietet.“ (Lalouschek 2005, 37).

Auf diese Art sichert die Biomedizin Ordnung und gibt den Menschen das Gefühl von Sicherheit, da alles nach dem System, welches die ÄrztInnen gut kennen und verstehen, abläuft (Lalouschek 2005, 37).

Ein Nachteil ist die schon erwähnte Trennung zwischen Körper und Geist. Die psychischen und sozialen Faktoren werden mit den körperlichen Beschwerden nicht in Verbindung gebracht (Adler 2005, 7). Probleme treten deshalb bei der Behandlung von Schmerzen oder Störungen, die keine pathologischen Befunde ergeben, auf. Da die PatientInnen aus der Sichtweise der Biomedizin ohne Befund, d.h. gesund, sind, gibt es keine Erklärungen oder Behandlungsansätze für solche Krankheiten. Die reine Betrachtung der organischen Störung

reicht in diesen Fällen nicht aus, um den Kranken zu heilen. Auch die Vorsorgemedizin, deren Bedeutung immer mehr zunimmt, ist mit diesem Ansatz schwer zu vereinbaren, da noch keine Organstörungen vorliegen (VonUexküll/Wesiack 1990, 12).

2.2 Psychosomatische Medizin und bio-psycho-sozialer Ansatz

Die moderne psychosomatische Medizin bezieht sich auf ein bio-psycho-soziales Modell³. Sie sieht im Gegensatz zur Biomedizin die psychischen und sozialen Faktoren als wichtige Details für die Behandlung an und bezieht diese in die Diagnoseermittlung und Therapie mit ein. Die gesundheitlichen Probleme werden nach dieser Auffassung durch die drei Faktoren Körper, Psyche und sozialer Kontext bedingt, wobei die Art und Stärke des Einflusses der einzelnen Faktoren wechselt (VonUexküll/Wesiack 1990, 35).

„So stehen Krankheit und Zeitpunkt ihres Ausbruchs stets in Zusammenhang mit der Person, ihren Lebensumständen, ihrer Geschichte, ihrer Psychodynamik und ihrer körperlichen Prädisposition. Krankheit wird demgemäß als Störung komplexer Regulationsvorgänge zwischen körperlichen, psychischen und sozialen Prozessen aufgefasst und als ungelöste Problemsituation oder deren Folgen definiert.“ (Lalouschek 2005, 20, Hervorhebung im Original).

Durch die Verbindung der Faktoren soll die starke Trennung der Biomedizin zwischen Körper und Seele aufgehoben und der Mensch als ganzheitliches Wesen wahrgenommen und behandelt werden (VonUexküll/Wesiack 1990, 31). Der psychosomatische Ansatz geht ferner davon aus, dass seelischer Schmerz somatisiert, d.h. in körperliche Beschwerden umgewandelt, werden kann. Dabei reagiert jede Person unterschiedlich und nicht alle Menschen sind gleich anfällig für somatische Entwicklungen. Das Zusammenspiel zwischen Körper und Seele beginnt beim Nervensystem, welches die seelischen Impulse empfängt und bearbeitet. Entstehen zusätzlich zu den normalen Belastungen weitere Probleme, entwickeln sich Krankheitssymptome als Ausdruck dieses Ungleichgewichts (Pauli 1990, 43-44). Eine Krankheit ist folglich der „Lösungsversuch“ einer schwierigen Situation und Gesundheit nicht, wie in der Biomedizin das Fehlen eines pathologischen Befunds, sondern „*ein Gefühl der Kohärenz des Individuums mit seiner Umwelt*“ (Lalouschek 2005, 21).

³ Adler/Hemmeler (1989, 6) ziehen den Begriff „*bio-psycho-sozial*“ vor, da „(d)er Begriff `psychosomatisch` ... ein unglücklicher [ist], weil er eine Kausalkette –psychische Ursache/somatische Folge– suggeriert und damit eine irreführende Vereinfachung der vielfältigen Beziehungen zwischen den biologischen, psychischen und sozialen Faktoren darstellt.“ Außerdem erinnert der Begriff psychosomatisch stark an das biomedizinische Konzept, während bio-psycho-sozial sich mehr von diesem angrenzt (Adler/Hemmeler 1989,6).

Schüffel (1983, 19-20) nennt mehrere Merkmale, welche die psychosomatische Medizin und speziell ihre Umsetzung in der Ausbildungssituation auszeichnen. Dazu gehören der Beziehungsaspekt, wie Michael Balint (1984) ihn definiert, die Arzt-Patient-Beziehung wie Engel/Morgen (1977) sie sehen, und die Theorie der Medizin, welche von VonUexküll und Wesiack (1990) entwickelt wurde.

2.2.1 Balint und die patientenzentrierte Medizin

Michael Balint (1984) unterscheidet zwischen patientenzentrierter und krankheitszentrierter Medizin.⁴ Wie der Name schon zeigt, ist der größte Unterschied der jeweilige Schwerpunkt im Umgang mit PatientInnen und deren Krankheit. Bei Ersterem liegt er auf dem Patienten/der Patientin, bei Letzterem auf deren Krankheit (Schüffel 1983, 20).

Die unterschiedlichen Auffassungen führen zu verschiedenen Arten der Beobachtung. In der patientenzentrierten Medizin ist der Arzt/die Ärztin Teil der Umwelt und somit auch beteiligte/r BeobachterIn, und nicht nur eine außenstehende Person. Die Anamnese kann nur *“... in der gemeinsamen Arbeit von zwei Menschen vor sich gehen...”* (Balint 1984, 172). Bei dieser Arbeit geht es ebenso um persönliche Konflikte wie um körperliche Probleme. Außerdem stellt die patientenzentrierte Medizin, um die individuelle Arzt-Patient-Beziehung zu erhalten und zu fördern, den Anspruch des gegenseitigen Zuhörens und Informationsaustausches auch im Bezug auf die Behandlung und die Untersuchungsergebnisse (Balint 1984, 171).

Balint entwickelte die Methode der Balint-Gruppen, ein Modell zur Weiterbildung von ÄrztInnen. Dabei handelt es sich um eine gruppenweise Supervision, bei der die ÄrztInnen durch die Besprechung konkreter medizinischer Fälle etwas über Gesprächsführung und die Umsetzung der bio-psycho-sozialen Anamnese lernen sollen. Ein wichtiger Punkt für diese Art der Besprechung ist, sich seiner eigenen Gefühle und unbewussten Vorgänge klar zu werden und darüber nachzudenken, welche Auswirkungen diese haben. So wird die Supervision auch als Möglichkeit gesehen, eine bessere und reflektierte Handlungsweise zu erlernen. Dies hat nicht nur persönliche Vorteile für den Berufsalltag, sondern wirkt sich auch stark auf das Umfeld und die PatientInnen aus (Schüffel 1983, 21-24).

⁴ Schüffel (1983, 20) setzt den Begriff `patientenzentriert` mit `psychosomatisch` gleich. Diese Gleichsetzung ist allerdings nicht unproblematisch, da `patientenzentriert` sich auf eine Fokussierung im Gespräch bezieht, während `psychosomatisch` einen allgemeinen theoretischen Ansatz wiedergibt. Die beiden Elemente können nicht immer gleichgesetzt werden, da auch Personen mit einem psychosomatischen Hintergrund mehr oder weniger patientenzentrierte Gespräche führen können.

2.2.2 Der klinische Zugang zum Patienten von Engel/Morgan

Bevor eine Diagnose nach der bio-psycho-sozialen Art gestellt wird, führt die/der Beteiligte ein ausführliches Gespräch mit dem Arzt/der Ärztin, bei dem biologische und psychosoziale Informationen besprochen werden. Das Gespräch selbst dient dabei nicht nur der Informationsweitergabe, sondern auch als Instrument, um die „... körperlichen Symptome in einen verstehbaren Sinnzusammenhang mit der äußeren und inneren Lebensgeschichte des Patienten zu bringen.“. Es ist dadurch ein wesentlicher Bestandteil der Arzt-Patient-Beziehung (Lalouschek 2005, 22).

Morgan und Engel beschäftigen sich intensiv mit der Gesprächstechnik in der MedizinerInnen-Ausbildung und publizierten 1969 einen Leitfaden zur Anamneseerhebung namens „The clinical approach to the patient“, der in den Vereinigten Staaten großen Anklang fand. „ADLER hat seine Entstehung als Mitarbeiter in der Gruppe von G.L. ENGEL in Rochester, New York, miterlebt, und es als so bedeutsam beurteilt, daß er es mit Hilfe von Studenten 1977 ins Deutsche übertragen und herausgegeben hat.“ (Adler/Hemmeler 1989, 1). Auch die deutsche Fassung „Der klinische Zugang zum Patienten“ hatte großen Erfolg und wurde an vielen Universitäten als Lehrmittel übernommen. Auch heute ist dieser Leitfaden noch die Basis für den Unterricht zur psychosomatischen Herangehensweise an Anamnesegespräche an der Medizinischen Universität Wien, weshalb an dieser Stelle genauer darauf eingegangen wird.

2.2.2.1 Themen der Anamnese

Die Autoren erklären in ihrem Leitfaden, welche Themengruppen in den Anamnesegesprächen vorkommen. Zu den Themen gehört das jetzige Leiden, die persönliche Anamnese, die Familienanamnese, die Entwicklungs- und Sozialanamnese und die Systemübersicht. Durch die Informationen zu diesen fünf Bereichen soll der Arzt/die Ärztin ein möglichst klares und übersichtliches Bild auf die Krankheit und die Lebensumstände des Patienten/der Patientin erhalten (Morgan/Engel 1977, 31).

Die ersten drei Punkte betreffen die medizinischen Probleme des/der Kranken. Das jetzige Leiden umfasst alle aktuellen Krankheiten und Beschwerden, die den/die PatientIn gerade belasten, während mit der persönlichen Anamnese die Beschwerden und Krankheiten in der Vergangenheit gemeint sind. Bei der Familienanamnese geht es um den Gesundheitszustand in der Familie, also genetische oder umweltbedingte Einflüsse. Bei der Entwicklungs- oder Sozialanamnese spricht man über „die Erfahrungen des Patienten und über seine

Beziehungen zu seiner Umgebung.“ (Morgan/Engel 1977, 31). Abschließend kommen bei der Systemübersicht alle Symptome, die bis dahin noch nicht besprochen wurden, zur Sprache.

2.2.2.2 Fragetechnik

Zur Fragetechnik meinen die Autoren, dass die Art der Frage von großer Bedeutung sei. Die Fragen sollten klar und gut verständlich sein, dazu gehört auch die Verwendung eines verständlichen, an die PatientInnen angepassten Vokabulars. Außerdem müssen die Fragen „kurz und einfach“ sein und sollten keiner weiteren Erklärung bedürfen (Morgan/Engel 1977, 48). Um das Gespräch so angenehm und verständlich wie möglich zu gestalten, ist für die Entwicklung des Gespräches ferner die Vermeidung von mehreren Fragen schnell nacheinander oder in einer Äußerung gewünscht. Der Patient/die Patientin braucht Zeit um zu überlegen, jedem Gesprächspartner und jeder Gesprächspartnerin sollte diese auch gegeben werden (Morgan/Engel 1977, 48).

Während bei der Anamnese in der Biomedizin vor allem geschlossene Fragen verwendet werden, sollten bei einem bio-psycho-sozialen Gespräch offene Fragen gestellt werden, damit der/die PatientIn mehr sprachliche Freiheit hat und so auch unerwartete Informationen präsentieren kann. Vor allem bei der Einführung eines neuen Themas sollte die Fragestellung offen sein, eventuell nötige Details können später mit geschlossenen Fragen erfragt werden. Die aktive Beteiligung am Gespräch ist wichtig für die zwischenmenschliche Beziehung und das Funktionieren der Kommunikation und sollte nicht durch die Fragetechnik eingeschränkt werden (Morgan/Engel 1977, 49).

2.2.2.3 Die neun Stufen der Anamneseerhebung

Morgan/Engel (1977) haben einen grundsätzlichen Plan entwickelt, anhand dessen Anamnesegespräche ablaufen sollten und der das Erlernen und die Durchführung der Anamnese erleichtern soll. Dieser Plan setzt sich aus neun Schritten zusammen, der „*Ablauf ergibt sich aus den Erwartungen des kranken Menschen*“, das Ziel dieser Art des Gesprächs ist der Erhalt möglichst vollständiger Informationen, aber auch der Aufbau einer Vertrauensbasis zwischen den GesprächsteilnehmerInnen (Morgan/Engel 1977, 32)⁵.

1. *Schritt: Der Arzt begrüßt den Patienten, stellt sich vor und erklärt ihm seine Rolle als Arzt.*
2. *Schritt: Er erkundigt sich, wie sich der Patient jetzt fühlt. Bevor er weiterfährt, bemüht er sich, es dem Patienten so bequem wie möglich zu machen.*

⁵ Die neun Schritte (Morgan/Engel 1977, 32) sind hier zur Verdeutlichung in kursiv.

Diese beiden Schritte dienen als Einleitung und Orientierung für das Gespräch, da man nicht annehmen kann, dass alle PatientInnen mit dem Ablauf vertraut sind. Außerdem ist in dieser Phase der Händedruck, als erster körperlicher Kontakt wichtig, um Anteilnahme auszudrücken. Danach sollte zuerst allgemein gefragt werden, wie es dem Patienten/der Patientin gehe, um eine offene Antwort darauf zu erhalten (Morgan/Engel 1977, 34-35).

3. Schritt: Er fordert den Patienten auf, alle Beschwerden zu beschreiben, die ihn ins Spital geführt haben (jetziges Leiden).

Die Autoren legen dabei sehr viel Wert auf eine offene Frage, denn nur durch sie kann der/die PatientIn dazu angeregt werden, offen zu erzählen und einen allgemeinen Überblick über die Probleme zu geben (Morgan/Engel 1977,33). Diese ersten Angaben sollen einen groben Überblick über die Beschwerden geben und zeigen, welche dem Patienten/der Patientin besonders wichtig sind oder ihn/sie stark belasten. Gleichzeitig helfen diese ersten fünf bis zehn Minuten dem/der MedizinerIn den Charakter der Person besser einzuschätzen. Es ist wichtig, nicht zu schnell zu viele Details zu erfragen, um die Spontanität nicht auf diese Weise abzublocken (Morgan/Engel 1977, 36-37).

4. Schritt: Er geht im einzelnen den Symptomen des jetzigen Leidens nach und berücksichtigt dabei besonders, in welcher Reihenfolge die einzelnen Symptome aufgetreten sind, und achtet auf ihre Merkmale und ihre Wechselbeziehungen (jetziges Leiden). Zugleich verfolgt er genau die spontanen Äußerungen des Patienten über die begleitenden Lebensumstände, über frühere Krankheiten, den Gesundheitszustand seiner Familie und über seine zwischenmenschlichen Beziehungen (persönliche Anamnese, Familienanamnese, Entwicklungs- und Sozialanamnese).

Aus diesem Schritt soll sich ein genauer chronologischer Ablauf der Beschwerde ergeben. Auch im nächsten Schritt geht es um die Anknüpfung und Anpassung an die Redeweise des Patienten/der Patientin (Morgan/Engel 1977,35). Dabei kann Arzt/die Ärztin oder der/die StudentIn „den Verlauf der Anamnese behutsam“ lenken, um dem Gegenüber zu zeigen, welche Angaben er/sie braucht (Morgan/Engel 1977,41). Die Rolle des Arztes/der Ärztin sehen die Autoren dabei weder als passiv noch als zu aggressiv. Um Missverständnissen vorzubeugen, werden die Begriffe des Patienten/der Patientin übernommen, sollten spontane Äußerungen nicht sofort behandelt werden können, sollte man sie sich merken und eventuell später darauf zurückkommen (Morgan/Engel 1977, 41-42).

5. *Schritt: Er versucht, frühere Leiden des Patienten genau zu verstehen, und knüpft dabei an bereits Erwähntes an (persönliche Anamnese).*

Schritt fünf ist wichtig um ein Gesamtbild zu ermitteln und genauer auf zuvor geäußerten Beschwerden einzugehen. Dabei weisen die Autoren darauf hin, dass man auf jeden Fall nachfragen sollte, wenn der Patient/die Patientin sich nur kurz und ungenau äußert (Morgan/Engel 1977,52).

6. *Schritt: Er erkundigt sich genau nach den einzelnen Familienmitgliedern, zuerst nach den schon erwähnten. Er fragt nach ihrer Gesundheit sowie nach ihrer Beziehung zum Patienten (Familienanamnese, Entwicklungs- und Sozialanamnese).*
7. *Er erforscht die jetzigen Lebensumstände und die frühere Entwicklung des Patienten. Dabei bezieht er sich wiederum auf Angaben, die der Patient bereits geäußert hat.*

Bei diesen beiden Schritten geht es um die Familie und die Lebensumstände der PatientInnen. Es ist zu bedenken, dass die Reaktion des/der Betroffenen auf die Erlebnisse nicht außer Acht zu lassen ist, da sich daraus Rückschlüsse auf den Gemütszustand und die Belastbarkeit ziehen lassen. Die direkten Lebensumstände, d.h., mit wem er/sie zusammenlebt und die weiteren Bezugspersonen sind ebenfalls wichtig (Morgan/Engel 1977,54). Schritt sieben ist eine Fortsetzung des vorhergehende, durch ihn sollen eventuelle Lücken geschlossen werden.

8. *Er fragt systematisch nach Beschwerden in jeder Körperregion (Systemübersicht).*

„Die Systemübersicht dient dazu, Symptome und Zeichen nach den wichtigsten Körpersystemen zu ordnen.“ (Morgan/Engel 1977,56). Sie erfüllt zwei Aufgaben, einerseits die Symptome des jetzigen Leidens erneut zu erarbeiten und andererseits kann durch sie Ordnung und Zuteilung erfolgen (Morgan/Engel 1977,56-57).

9. *Er erkundigt sich, ob der Patient noch etwas beifügen oder fragen möchte, vergewissert sich bei einzelnen wichtigen Angaben, daß er sie genau begriffen hat und setzt den Patienten über die folgende Untersuchung ins Bild.*

Zum Abschluss gibt der Arzt/die Ärztin den PatientInnen die Möglichkeit, noch etwas anzumerken, zu fragen oder zu besprechen. Es können sowohl bei der Systemübersicht als auch bei Schritt neun noch neue Informationen aufkommen, die dann auch besprochen werden müssen. Nach der Anamnese wird der Patient/die Patientin über die weiteren Schritte und Vorgehensweisen informiert. Dieser Teil ist wichtig für die Arzt-Patient-Beziehung, da

sie dem Patienten/der Patientin Respekt und Verständnis vermitteln (Morgan/Engel 1977, 58-59).

2.2.3 VonUexküll und Wesiack: Theorie der Medizin

Als drittes Element, welches zu den theoretischen Grundlagen der psychosomatischen Medizin in der Vermittlung gehört, ist die systemische Theorie der Medizin, die von VonUexküll und Wesiack (1990) beschrieben wird⁶. Einige Elemente dieser Theorie sind bereits in der Einleitung zu dem Kapitel vorgekommen, hier wird noch kurz auf den bisher vernachlässigten Aspekt der Systemtheorie eingegangen.

Die Autoren gehen davon aus, dass für die erfolgreiche Behandlung weder die Biomedizin noch die Psychoanalytik ausreicht, sondern eine Zusammenarbeit zwischen beiden Ansätzen nötig ist. Dementsprechend soll die Psychosomatik ein für die MedizinerInnen umsetzbares Modell der Seele entwickeln und den ÄrztInnen dadurch die Arbeit sowohl an der körperlichen als auch an der seelischen Belastung ermöglichen. Als Grundlage für dieses Modell dient eine Systemtheorie, die davon ausgeht, dass „... *die Vorgänge verschiedener Integrationsebenen einer Hierarchie von Systemen und Suprasystemen angehören.*“ (VonUexküll/Wesiack 1990, 35). Auf jeder Ebene des Systems gibt es eigenständige Phänomene, es existieren aber zugleich Verbindungen zwischen den einzelnen Systemebenen. Eine Ebene ist zum Beispiel die physiologische. Auf ihr „... *`verständigen` sich Zellen, Organe und Organsysteme, mit biochemischen und/oder elektrophysiologischen Zeichen...*“ (VonUexküll/Wesiack 1990, 35). Innerhalb dieses physiologischen Systems existieren weitere Unter-Systeme, wie etwa das endokrine oder nervale System. Auf der psychischen Ebene gibt es ebenfalls spezifische Zeichensysteme, etwa das der „*Sensationen und Gefühle*“, die von der Umwelt empfangen werden (VonUexküll/Wesiack 1990, 35). Das bio-psycho-soziale Modell erkennt diese Ebenen an und zeigt die Verbindung zwischen der physiologischen und der psychologischen Ebene auf. Durch die Verbindung werden sowohl „... *somatopsychische `Aufwärts-Effekte` und psychosomatische `Abwärts-Effekte` sichtbar.*“ (VonUexküll/Wesiack 1990, 35). Aufwärts-Effekte entstehen folglich dann, wenn durch körperliche Beschwerden die Seele des Patienten/der Patientin belastet wird, während bei Abwärts-Effekten die Belastung von der Seele ausgeht, und sich durch Krankheit manifestiert (VonUexküll/Wesiack 1990, 35).

⁶ In der wissenschaftlichen Literatur (Vgl. Schüffel 1983; Lalouschek 2005) wird diese auch als Theorie der Humanmedizin bezeichnet. Die Autoren selbst verwenden diesen Titel allerdings nicht.

Dieses dynamische System schließt die Zusammenarbeit zwischen dem System `Körper` und der Umwelt mit ein. Die Umwelt ist durch viele Aspekte, zum Beispiel persönliche Aspekte, die sich im Laufe der Biographie entwickeln, bestimmt (VonUexküll/Wesiack 1990, 33). Der Arzt/die Ärztin ist dabei Teil der Umwelt und die „... *Erforschung der wechselseitigen Beziehung zwischen Arzt und Patient und ihrer Folgen...*“ soll sowohl zur Diagnostik als auch zu den wissenschaftlichen Erkenntnissen beitragen (Köhle/Joraschky 1990, 415).

Zusammenfassend kann man sagen, dass in der modernen Psychosomatik viele miteinander verbundene Faktoren eine Rolle spielen. „... *Körperliches und Seelisches, Anlage- und Umwelteinflüsse, faktische Gegebenheiten der Umwelt ebenso wie die subjektive Verarbeitung, physiologische, psychologische und soziale Parameter treten in eine Wechselwirkung und in ein Ergänzungsverhältnis.*“ (Lalouschek 2005, 21).

3 Ausbildungssituation an der Medizinischen Universität Wien

3.1 Einführung in die Struktur und den Ablauf des Medizinstudiums

Das Studium der Humanmedizin an der Medizinischen Universität in Wien dauert 12 Semester und setzt sich aus über 250 Semesterstunden zusammen. Die Universität hat derzeit ein System, welches die Studienzeit nicht nach Semestern, sondern nach Jahren unterteilt. Jedes Jahr ist in mehreren thematischen Blöcken organisiert, es gibt fast keine einzelnen Prüfungen, sondern jeweils zwischen Mai und Juli des Jahres wird der gesamte Jahresstoff mittels eines Multiple-Choice-Tests, der Summativen Integrierten Prüfung, kurz SIP, abgefragt. Neben dieser großen Prüfung gibt es noch kleinere Überprüfungen zu unterschiedlichen Praktika und Übungen. Wegen der Strukturierung ist der Stundenplan ziemlich durchgeplant und den StudentInnen bleiben wenig Wahlmöglichkeiten (Studienplanführer Humanmedizin).

Bei der Vermittlung geht es um die verschiedenen medizinischen Gebiete, aber auch damit verbundene Gebiete wie Patientenumgang und Ethik werden gelehrt. Das Bewusstsein, dass neben dem fachlichen, medizinischen Dingen, auch die sprachlichen Eigenheiten, mit denen sie in ihrem späteren Beruf konfrontiert werden, von Bedeutung sind, stieg in den letzten Jahrzehnten sowohl bei ÄrztInnen als auch den Studierenden (Puchner-Matzner/Gleiss/Schmidts/Frischenschlager 2006,1). Bei dem Arztberuf geht es nicht nur um die rein

körperliche Untersuchung und das Wissen über Krankheiten, sondern auch um das Verhältnis mit den PatientInnen und die Kommunikation mit diesen. Nur so kann man alle nötigen Informationen erhalten und eine positive Beziehung aufbauen (Schüffel 1983, 31-32).

Neben der theoretischen Ausbildung sieht der Lehrplan Praktika, sogenannte Famulaturen vor. Diese müssen im Laufe des Studiums ein Ausmaß von 18 Wochen betragen und auf verschiedenen Stationen des Krankenhauses absolviert werden (Studienplanführer Humanmedizin). Die StudentInnen werden im Laufe des Studiums auf diese Famulaturen vorbereitet, unter anderem durch die Lehrveranstaltungen zur Gesprächsführung.

3.2 Gesprächsausbildung an der Medizinischen Universität Wien

Die Medizinische Universität Wien hat, wie viele andere Universitäten, ein Programm zum Erwerb der Grundlagen der Gesprächsführung und ihrer praktischen Anwendung eingeführt.

Der Lehrplan, der seit der Reform von 2002 in Kraft ist, sieht sowohl eine Vorlesung als auch Kleingruppenunterricht zur Vermittlung von Gesprächskompetenz vor. „*In der Studieneingangsphase werden die Studierenden in einer Vorlesung zu Thema `Kommunikation und Gesprächsführung` mit dem Thema vertraut gemacht und anschließend in Kleingruppe (3 Stunden) dazu animiert, sich damit eingehender auseinander zu setzen.*“ (Pucher-Matzner/Gleiss/Schmidts/Frischenschlager 2006, 2). Im weiteren Studienverlauf gibt es die Arbeit in Kleingruppen in den Lehrveranstaltungen *Gesprächsführung A* und *B* sowie dem *Fachtutorium Anamnesegruppe*. In den folgenden Kapiteln wird auf diese Lehrveranstaltungen, ihre Ziele und Methoden eingegangen, der Fokus liegt dabei auf *Gesprächsführung A*, da es die erste der Lehrveranstaltungen ist und die Analyse sich auf Daten dieser beschränkt.

3.2.1 Gesprächsführung A⁷

Die verpflichtende Lehrveranstaltung *ärztliche Gesprächsführung A* findet für alle StudentInnen im dritten Semester statt. Es besteht während der 12 Stunden (18 Unterrichtseinheiten), die sich über sechs Wochen erstrecken, Anwesenheitspflicht und aktive Mitarbeit ist erwünscht. Die Lehrveranstaltung erfolgt zeitweise als Frontalunterricht oder als Übung, so

⁷ Die Informationen zu Gesprächsführung A und B findet man, sofern nicht anders angegeben, auf der Homepage der Medizinischen Universität Wiens.

lernen die StudentInnen nicht nur theoretisches Wissen über Gespräche und Kommunikation, sondern können in der Gruppe auch praktische Fähigkeiten einüben.

3.2.1.1 Ziele und Grundlagen

Das Ziel der Gesprächsführung A ist es, den Studierenden grundlegende Fähigkeiten der Gesprächsführung und kommunikative Techniken zu vermitteln. Sie dient als Vorbereitung für die Famulatur, in der die StudentInnen unter anderem Anamnesegespräche mit echten PatientInnen führen sollen. Das direkte Ziel der Vorbereitung auf eine konkrete Situation beeinflusst sowohl den Ablauf als auch die Funktion der Lehrveranstaltung. Die starke zeitliche Begrenzung gibt den DozentInnen wenig Möglichkeit für genaue Erklärungen oder Übungen, weshalb der Schwerpunkt auf der Bewältigung der Aufgabe „Anamnesegespräch in der Famulatur“ liegt.

Die Gesprächsausbildung der Medizinischen Universität Wiens folgt dem Grundsatz der bio-psycho-sozialen Anamnese, die im Laufe der Lehrveranstaltungen erlernt werden soll. Dabei stützt man sich vor allem auf das Konzept der 9 Schritte der Anamneseerhebung (Morgan/Engel 1977), die in Kapitel 2.2.2.3 genauer besprochen wurden. Die StudentInnen sollen dadurch lernen, wie man über das reine Abfragen von Inhalten hinausgeht, um dadurch später eine vollständige Anamnese erstellen zu können.

3.2.1.2 Ablauf und Methodik

Der Ablauf der Lehrveranstaltung besteht zuerst aus einer theoretischen Phase, der dann eine Phase mit praktischen Übungen folgt.

Die ersten drei Einheiten sind der Besprechung der *Checkliste professionelles ärztliches Kommunikationsverhalten* (kurz *Checkliste PK*)(Frischenschlager/Pucher-Matzner/Eisenwort) und anderen Grundlagen des Anamnesegespräches gewidmet. Die theoretischen Hintergründe helfen die Grundlagen der Kommunikation zu verstehen und verdeutlichen, was passiert, wenn Menschen sich miteinander unterhalten und welchen Mustern und Strategien sie folgen. Hier können anhand konkreter Beispiele mögliche Schwachstellen von den DozentInnen hervorgehoben und Lösungsvorschläge von der Gruppe diskutiert werden. Auch nonverbale Ausdrucksweisen, wie etwa Schweigen, Tränen oder Gesten werden mit den StudentInnen besprochen und ihre jeweilige Bedeutung sowie mögliche Umgangsweisen mit solchen Dingen erklärt.

Als praktische Ergänzung kommen in den folgenden Stunden Simulationen hinzu. Hier ist die Vorgabe, dass ein Tutor oder eine Tutorin in der Rolle eines/r simulierten Patienten/Patientin eine bestimmte Symptomatik vorspielt und die TeilnehmerInnen ein Anamnesegespräch führen. Dabei sollen er/sie besonders auch auf die linguistischen und sozialen Faktoren Wert legen und wenn möglich alle Punkte der *Checkliste PK* mit dem/der simulierten Patienten/Patientin durchgehen. In den praktischen Versuchen können die StudentInnen ihre ersten eigenen Erfahrungen sammeln und ihre Kommunikationsmöglichkeiten ausloten. Die Übungsgespräche werden auf Video aufgenommen und später anhand dieser Aufnahmen besprochen. Dies erleichtert das konkrete Eingehen auf Verhaltensweisen oder ermöglicht die erneute Betrachtung gewisser interessanter Stellen. Dabei kann analysiert werden, wie diese Situation von außen wirkt. Diese Art der Reflexion ist sinnvoll, da der/die StudentIn sich selbst nicht erlebt und deshalb oft eine falsche Selbsteinschätzung hat. Ein weiterer Vorteil der Aufnahmen ist, dass sie sowohl dem/der Lehrenden, als auch den Studierenden als Gedächtnisstütze dienen und bei Unsicherheiten oder Zweifeln eine Kontrolle der Erinnerung ermöglichen.

Die Methodik setzt sich also aus einer Verwendung verschiedener Mittel zusammen. Die theoretische Einführung in das Gebiet der Anamneseführung wird von den Lernunterlagen unterstützt. Der praktische Teil setzt sich aus Rollenspielen mit SimulationspatientInnen und der anschließenden Videoanalyse sowie Feedback zusammen.

3.2.1.3 Lernunterlagen

Die StudentInnen können schon vor dem Beginn der Lehrveranstaltung die Lernunterlagen bzw. Lehrveranstaltungsunterlagen im Internet abrufen. Dazu gehört die schon erwähnte *Checkliste PK*, die an die Anamnesestruktur von Morgan/Engel (1977) angelehnt ist. Diese Checkliste wurde speziell entwickelt, um die Lernanforderungen in Wien zu erfüllen. Sie kam erstmals im Sommersemester 2005 zu Einsatz. „Die 26 Items des Bereiches A (Gesprächsinhalt) leiten sich davon [= Morgan/Engel 1977] ab. Weitere 10 Items (Bereich B: Gesprächsstil) dienen zur Erfassung formaler Aspekte.“ (Pucher-Matzner/Gleiss/Schmidts/Frischenschlager 2006, 2). Der dritte Bereich umfasst 12 Items und behandelt die Beziehung oder den Kontakt zum Patienten/zur Patientin.

Neben der *Checkliste PK* gibt es auch eine *Kursmanual* (Frischenschlager/Pucher-Matzner/Schmidts/Weghofer) für die Lehrveranstaltung, in dem die einzelnen Punkte der Checkliste behandelt und kurz die Themen Beziehungsaufbau, Stil und Beziehung im

Gesprächsverlauf, Kommunikationsfehler und Feedback in der Lehrveranstaltung angesprochen werden. Die Kenntnis dieses Manuals ist schon vor Beginn des Praktikums verpflichtend und dient als Grundlage für den *Knowledge on Skills Test* (KOS). Unterstützend dazu wird der Artikel „Gesprächsführung und Kommunikation“ (Pucher-Matzner) als freiwillige ergänzende Lektüre angeboten. In diesem Artikel geht die Autorin genauer auf die Kommunikationstheorie von Watzlawick/Beavin/Jackson (1990), auf das Vier-Ohren-Modell Schulz von Thuns (2006) sowie auf die Überlegungen zur Fragetechnik von Köster (1996) ein.

3.2.1.4 Prüfungsvoraussetzungen

Neben der Anwesenheit gibt es weitere Voraussetzungen für das positive Bestehen der Lehrveranstaltung. Die Anwesenheit wird mithilfe von Einträgen in ein Miniportfolio, das in der ersten Stunde ausgegeben wird, kontrolliert. Der Praktikumseinstiegstest (KOS) muss vor dem ersten Praktikumstag online positiv absolviert werden. Darin werden grundlegende Eigenschaften des Arzt-Patient-Gesprächs sowie die Anamneseschritte abgefragt. Auch über Gesprächsausschnitte von Anamnesegesprächen soll reflektiert werden. Zusätzlich zum Test muss jeder Student und jede Studentin im Laufe der Lehrveranstaltung drei Gespräche führen und zusätzlich zu einem ein Feedbackgespräch mit den DozentInnen durchlaufen. Für dieses Feedback erhalten die StudentInnen ihr Video zur Verfügung gestellt, sollen dann einen Fragebogen zur eigenen Einschätzung des Gesprächs beantworten und diesen schließlich mit einem Professor oder einer Professorin im Laufe der OSCE (siehe Kapitel 4.4.5.2.1) besprechen. Die Selbstreflexion spielt dabei eine große Rolle und der Vergleich zwischen der eigenen Einschätzung und der Experten-Meinung steht im Vordergrund. Die Bewertung des Gesprächs erfolgt ebenfalls anhand der *Checkliste PK*, d.h., die darin enthaltenen Punkte sollten behandelt werden. Die OSCE in Wien besteht aus fünf Stationen, „... *zwei Stationen ärztlicher Grundfertigkeiten, zwei Stationen physikalische Krankenuntersuchung und einer Station ärztlicher Gesprächsführung...*“ (Pucher-Matzner/Gleiss/Schmidts/Frischenschlager 2006, 2).

3.1.3.5 Ausbildung der TutorInnen⁸

Die TutorInnen, welche die Rolle der Patienten und Patientinnen übernehmen, sind bis auf wenige Ausnahmen MedizinstudentInnen aus einem höheren Semester. Da ihre Aufgaben

⁸ Seit Oktober 2010 werden die Gespräche an der Medizinischen Universität Wien mit SchauspielerInnen geführt, darauf konnte in der Arbeit aus Platzgründen nicht eingegangen werden, außerdem betrifft diese Umstellung das Datenmaterial diese Arbeit nicht.

nicht nur das Spielen von PatientInnen ist, sondern zum Teil auch Unterricht beinhalten, werden Studierende mit entsprechendem medizinischem Wissen aus den höheren Semestern bevorzugt. Nach einem Interview durchlaufen sie ein Training, d.h. sie erhalten die Rollenvorgaben und werden für ihre Rollen geschult⁹. Die TutorInnen werden von der Universität, wie auch andere studentische TutorInnen angestellt und dementsprechend für ihren Zeitaufwand bezahlt.

3.2.2 Gesprächsführung B

Diese Lehrveranstaltung findet im siebenten Semester statt und dauert 14 Unterrichtseinheiten (Pucher-Matzner/Gleiss/Schmidts/Frischenschlager 2006, 2). Sie ähnelt, was den Aufbau und die Methodik betrifft, der Gesprächsführung A und schließt inhaltlich an sie an. Es gibt neben dem theoretischen Teil ebenfalls die Aufgabe sowohl Gesprächsausschnitte zu analysieren als auch eigene Gespräche mit simulierten PatientInnen zu führen.

Der Schwerpunkt dieser Lehrveranstaltung liegt auf dem Umgang mit schwierigen PatientInnen.

„Die Schwierigkeiten, die dabei dargestellt und bearbeitet werden, reichen von krankheitsbedingten, rein technischen Kommunikationsbarrieren, wie etwa Schwerhörigkeit über emotionale Hindernisse, wie das Überbringen extrem schlechter Nachrichten bis hin zu organisatorisch bedingten Kommunikationsproblemen, wie sie etwa in einer überfüllten Ambulanz auftreten können.“
(<https://m3e.meduniwien.ac.at/studyguide/curriculum/n202-2010/>).

Ein Bestandteil der *ärztlichen Gesprächsführung B* ist auch das Mitteilen schlechter Nachrichten. Die zukünftigen ÄrztInnen sollen lernen, mit dieser problematischen Situation umzugehen und solche Gespräche zu führen. Da schlechte Ergebnisse oder Todesfälle für die Betroffenen emotional sehr belastend sind, können diese ihr eigenes Verhalten nicht immer gut kontrollieren und sind hilflos, da sie nicht über genügend medizinisches Wissen verfügen und zugleich emotional mitgenommen sind. Gerade in solchen Momenten ist die Unterstützung durch den Arzt oder die Ärztin und die bestärkende Gestaltung der Arzt-Patient-Beziehung wichtig.

Als Lernunterlagen stehen verschiedene Gesprächsausschnitte und Lernhilfen unter anderem zu *„fordernden PatientInnen“* und *„kommunikationsbeeinträchtigten PatientInnen“*, dem *„Angehörigengespräch“* und der Mitteilung schlechter Nachrichten zur Verfügung und die

⁹ Eine allgemeine Darstellung dieses Trainings für standardisierte PatientInnen folgt in Kapitel 4.4.3.3.

StudentInnen werden gebeten, diese schon vor dem Seminar zu lesen (<https://m3e.meduniwien.ac.at/studyguide/curriculum/n202-2010/>).

3.2.3 Fachtutorium Anamnesegruppe¹⁰

Das Fachtutorium Anamnesegruppe ist ein Freifach, das durch die Kooperation zwischen Medizinische Universität und StudentInnengruppen entstanden ist. Die Anamnesegruppen folgen dem Prinzip von Thure von Uexküll und Wolfram Schüffel und finden in Wien seit 1987 statt. Eine Gruppe besteht aus circa 15 TeilnehmerInnen und zwei TutorInnen. Schüffel (1983, 58-59) betont, dass die Anzahl der Mitglieder pro Gruppe bewusst klein gehalten ist, um jedem/r TeilnehmerIn genug Zeit zu geben und eine gute Atmosphäre zu schaffen. Eine weitere Charakteristik dieser Kleingruppen ist, dass es sich um *peer groups* handelt, das heißt auch die TutorInnen sind Studierende, somit haben alle in der Gruppe den gleichen Rang und sind auch ungefähr im selben Alter (Schüffel 1983, 58-59). Die TutorInnen in dieser Lehrveranstaltung sind nicht zu verwechseln mit den simulierten PatientInnen der Pflichtfächer. Sie sind dazu da, die Gruppe zu leiten und zu organisieren und haben nicht die Funktion der simulierten PatientInnen, da mit echten PatientInnen gearbeitet wird. Die StudentInnen stammen aus unterschiedlichen Disziplinen, „... (z)wei Drittel der Beteiligten aus der Medizin und ein Drittel aus anderen Bereichen wie Psychologie, Kultur- und Sozialanthropologie, Linguistik, Pädagogik, Pflegewissenschaften, Kunst, u.a ...“ (<http://www.meduniwien.ac.at/anamnesegruppen/wien/info>). Die Interdisziplinarität bringt verschiedene Gesichtspunkte und Wissensstände in die Gruppe, und so können die TeilnehmerInnen gegenseitig von den unterschiedlichen Zugängen jeder Studienrichtung und verschiedenen früheren Erfahrungen profitieren.

Jede Gruppe trifft sich zwei Semester lang jede Woche für circa zwei Stunden, in dieser Zeit bekommen die StudentInnen die Möglichkeit mit echten PatientInnen Gespräche zu führen. Danach wird das Gespräch analysiert und eventuell erfolgt auch eine Rückmeldung von dem Patienten/der PatientIn. Ziel der Gruppe ist es, die erlernten Fähigkeiten zu vertiefen, und durch den Kontakt mit echten PatientInnen neue Erfahrungen auf persönlicher Ebene zu sammeln und außerdem in der Gruppe neue Ideen oder Eindrücke zu erleben.

Der Kontakt mit echten PatientInnen hat sowohl Vor- als auch Nachteile. Lalouschek (2005) befasst sich genau mit diesen Anamnesegruppen und zeigt einige Probleme der stark

¹⁰ Die Informationen zu den Anamnesegruppen sind, wenn nicht anders angegeben, der Homepage der Medizinischen Universität Wien entnommen.

studentenzentrierten Lehrveranstaltung auf. Dazu zählt die Sichtweise auf die PatientInnen als Lernobjekt, denn auch wenn die StudentInnen die PatientInnen über die aktuelle Situation aufklären, kann es zum einseitigen Informationsaustausch kommen. Kompliziert wird es auch, wenn der Gesprächsleiter/die Gesprächsleiterin vergisst, die Anwesenheit der restlichen Gruppe kurz zu erwähnen. Da die PatientInnen sich nicht nur einer Person öffnen müssen, sondern gleich einer ganzen Gruppe, fällt dies ohne entsprechende Vorbereitung deutlich schwerer. Das ist auch ein Grund, warum bei den heutigen Anamnesegruppen, die Studierenden die befragte Person schon vor dem Gespräch kurz aufklären und ihnen die allgemeinen Rahmenbedingungen erklären (Lalouschek 1995,77).

4 Gesprächskompetenz und ihre Vermittlung

4.1 Begriffsentwicklung und Definition

Der Begriff der Kompetenz, bzw. der kommunikativen Kompetenz hat sich über die letzten 60 Jahre in unterschiedlichen Disziplinen (neben der Sprachwissenschaft auch in der Soziologie und Anthropologie) entwickelt, weshalb es inzwischen verschiedene Definitionen und zugrunde liegende Konzepte zu diesem Begriff gibt. Die folgende Begriffsklärung kann nicht alle Definitionen und Ansätze wiedergeben, sondern beschränkt sich auf die Eigenschaften der kommunikativen Kompetenz nach Hymes (1972) und die damit zusammenhängende Kritik an dem Konzept Chomskys (1965). Zusätzlich wird kurz auf die Überlegungen von Habermas zum kommunikativen Handeln eingegangen. Die Auswahl fiel auf diese beiden Ansätze, da Hymes den Begriff „kommunikative Kompetenz“ prägte und seine Definition eine gute Grundlage für die Definition von Gesprächskompetenz ist. Der Standpunkt von Habermas ist insofern interessant, da er große Auswirkungen im deutschsprachigen Raum für die Analyse der Arzt-Patient-Interaktion hatte und noch heute teilweise als Grundlage dient (siehe zum Beispiel Elzer 2007).

Noam Chomsky (1965) war einer der Ersten, der den Begriff Kompetenz in Verbindung mit Sprache brachte und dessen Definition auch heute noch einen großen Einfluss auf die Linguistik hat. Nach Chomsky (1965,4) bezeichnet die *competence* die menschliche Fähigkeit der Produktion und Rezeption aller möglichen Sätze einer Sprache sowie die Beurteilung deren Grammatikalität. Sie ist folglich "...the speaker-hearer's knowledge of his language..." und grenzt sich von der Performanz, der tatsächlich verwendeten Sprache in konkreten Situa-

tionen, ab (Chomsky 1965,4). Für seine Theorie der Transformationsgrammatik geht Chomsky von der *competence* aus, da diese die zugrunde liegende Einheit darstellt und die Performanz diese zwar wiedergibt, aber nicht ideal als Ausgangspunkt für die Analyse ist, da bei der „Übersetzung“ zwischen Kompetenz und Performanz Fehler (wie etwa Abbrüche, Korrekturen) entstehen (Chomsky 1965,4).

Es stellt sich heraus, dass für eine Definition der sprachlichen Fähigkeit die rein auf die Grammatikalität bezogene *competence* zur Beschreibung der kognitiven Prozesse und sprachlichen Handlungen nicht ausreicht, sondern dabei auch andere Faktoren, wie rhetorische, poetische oder pragmatische Fähigkeiten beachtet werden müssen. Auch die Einordnung der oben genannten Eigenheiten, die bei authentischer Kommunikation auftreten, als Fehler der grammatikalischen Kompetenz, erwies sich als unzureichend. Aus diesem Grund wurden mehrere Modelle entwickelt, die für die Beschreibung und Bewertung der kommunikativen Kompetenz nicht nur den Faktor der Grammatikalität verwenden (Deppermann 2004, 16).

Der Anthropologe Dell Hymes kritisiert unter anderem an der Theorie Chomskys, dass das Konzept der Kompetenz im Alltag nicht genutzt werden kann, da die Verbindung zu soziokulturellen Faktoren fehlt (Hymes 1972, 277)¹¹. Er entwickelt deshalb den Ansatz der *Ethnography of Communication* und eine breitere Definition der kommunikativen Kompetenz, bei der diese Faktoren bewusst beachtet werden.

„Ausgangspunkt und Gegenstand des zuerst (1962) noch `Ethnographie des Sprechens` und dann (1964) ... klarer `Ethnographie der Kommunikation` genannten Ansatzes ist demgemäß die Gesamtheit aller Kommunikationsgewohnheiten einer Gemeinschaft, zu deren Realisierung die Sprache als Instrument unter und im Verein mit anderen herangezogen wird.“ (Coulmas 1979, 10).

Anders als Chomsky geht Hymes also von Sprachverwendung aus, sein Bewertungskriterium der kommunikativen Kompetenz ist nicht Grammatikalität, d.h. entweder richtig oder falsch, alleine, sondern die Angemessenheit in der Gesprächssituation (Hymes 1972, 278). Ein weiterer Unterschied zwischen Hymes` und Chomsky`s Theorie ist, dass letzterer von einer idealisierten Situation ausgeht und der Schwerpunkt von Hymes auf der Untersuchung der tatsächlichen Situation und Sprachverwendung liegt (Hymes 1987, 224; Chomsky 1965, 5).

Kommunikative Kompetenz bezeichnet dementsprechend „... *what a speaker needs*

¹¹ Der Artikel „On Communicative Competence“ wurde 1971 erstmals in Gumperz, John/Hymes, Dell (Hg.), *Directions in Sociolinguistic*, New York: Holt. veröffentlicht, bei der die hier verwendete Version handelt es sich um den Neudruck in Pride, John/Holmes Janet (1972), *Sociolinguistics-Selected Readings*, Harmondsworth: Penguin, 269-293.

to know to communicate appropriately within a particular speech community...“ (Saville-Troike 1996, 362), also die Fähigkeit zur angemessenen Sprachverwendung in den jeweiligen Kommunikationssituationen. Diese Definition umfasst wie schon erwähnt, sowohl linguistische als auch kommunikationspsychologische Eigenschaften und ist stark kontextabhängig. Der Kontext spielt eine wichtige Rolle, da die *„tatsächliche Bedeutung [einer Handlung] vom Wechselspiel zwischen Kontext und sprachlicher Form [abhängt]“* (Hymes 1979a, 38). Die kommunikative Kompetenz setzt sich aus vier Ebenen (*sectors*) zusammen. Alle kommunizierenden Personen sollten über Wissen auf allen vier Ebenen verfügen, um angemessen zu kommunizieren. Diese Ebenen sind die System- Möglichkeiten, die Realisierbarkeit, die Angemessenheit und das tatsächliche Handeln (Hymes 1972, 281).

Für die Analyse dieser Art der Kompetenz und der Beschreibung der Kommunikation in Verbindung mit dem jeweiligen Kontext schlägt Hymes eine deskriptive Herangehensweise vor, welche drei Faktoren der Kommunikationssituation untersucht, nämlich *„... die Kommunikationsereignisse als solche, die für solche Ereignisse konstitutiven Faktoren und die von ihnen erfüllte Funktion.“* (Hymes 1979b, 157).

Was die konstruierenden Faktoren betrifft, entwickelte Hymes im Zuge der Arbeit zur Ethnographie des Sprechens ein Modell aus 16 Komponenten, die ein Gesprächsereignis beeinflussen und bei einer Analyse beachtet werden müssen. *„... [the] sixteen components can be grouped together under the letters of the code word SPEAKING: setting, participants, ends, act sequence, keys, instrumentalities, norms, genres.“* (Hymes 1974, 65). Die einzelnen Faktoren sind in jedem Sprechereignis vorhanden, können aber in der konkreten Ausführung variieren, wodurch die spezielle Situation des Gespräches bedingt wird (Hymes 1979a, 49).

Zu den Beschränkungen der Theorie der kommunikativen Kompetenz gehört die Unvorhersehbarkeit kommunikativer Ereignisse. Auch wenn diese Theorie hilft, die Zusammenhänge zu verstehen und die Faktoren, die ein Gespräch zu beeinflussen, beschreiben, besteht dennoch keine Möglichkeit *„...to specify absolutely and in advance the character of communicative competence for a particular case, for that will be relative to the persons, activities and needs involved, and perhaps, to judgment that have an ethical and political dimension.“* (Hymes 1987, 225). Später wurde an dem Modell von Hymes auch die Stellung der Sprache kritisiert. Diese nimmt anders als bei Chomsky (1965) einen weniger hohen Stellenwert ein, da sie nur als Teil der gesamten Kommunikation gilt (Yamashita/Noro 2004,169).

Der Forschung zur kommunikativen Kompetenz entwickelte sich in den letzten Jahrzehnten in viele verschiedene Richtungen¹². Eine wichtige Weiterentwicklung des Konzepts kam von Canale und Swain (1980), die im Zusammenhang mit der Fremdsprachenforschung die kommunikative Kompetenz in drei Untersysteme, nämlich die „*grammatical competence*“, die „*sociolinguistic competence*“ und die „*strategic competence*“ unterteilen. Die soziolinguistische Kompetenz kann dabei wieder in soziokulturelle und Diskurs-Kompetenz einteilt werden (Canale/Swain 1980, 29-30).

Jürgen Habermas geht von einer Theorie des kommunikativen Handelns und der Universalpragmatik aus, die eine „... *Nachkonstruktion des Regelsystems, nach dem wir Situationen möglicher Rede überhaupt hervorbringen oder generieren ...*“ ist (Habermas 1971, 102). Er greift für seine Theorie auf die Sprechakte von John Searle (1969) zurück und erweitert dessen Konstitutionsbedingungen um die vier Geltungsansprüche, nämlich den Anspruch auf Verständlichkeit, auf Wahrhaftigkeit, auf Wahrheit und den Anspruch auf Richtigkeit, die auf mehreren Ebenen an Äußerungen gestellt werden (Habermas 1984, 588). „*Der Sprecher beansprucht also Wahrheit für Aussagen oder Existenzpräsuppositionen, Richtigkeit für legitim geregelte Handlungen und deren normativen Kontext, und Wahrhaftigkeit für die Kundgabe subjektiver Erlebnisse.*“ (Habermas 1984, 589).

Zu den Eigenschaften von kommunikativem Handeln zählt die Einbettung in einen außersprachlichen Kontext und, dass es „... *sich in eingelebten und normativ abgesicherten Sprachspielen [vollzieht]*“ (Habermas 1971, 115). Als „Diskurs“ bezeichnet Habermas Rechtfertigungsversuche, die durch die Störung der „*Geltungsansprüche von Meinungen und Normen*“ entstehen (Habermas 1971,117). Er nennt außerdem fünf abstrakte Fälle in welchen der Diskurs auch noch eine andere (ideologische) Funktion beinhaltet. Dazu gehört

„*a) der Diskurs als Mittel kommunikativen Handelns (z.B. das informative Lehrgespräch oder gerichtlich organisierte Streitgespräch); b) ein kommunikatives Handeln, das sich den Schein des Diskurses fälschlich indiziert (...); c) der therapeutische Diskurs, der der Herstellung der Bedingungen des Diskurses durch eine methodische Förderung der Selbstreflexion dient (das psychoanalytische Gespräch zwischen Arzt und Patient); d) der Normalfall des Diskurses, der der Begründung von problematischen Geltungsansprüchen dient (z.B. wissenschaftliche Diskussion); e) der innovatorisch gezielte Diskurs (Lernen durch Diskurs...)...*“ (Habermas 1971, 121).

¹² Einen Überblick über die einzelnen Entwicklungen und Verwendungen des Begriffs kommunikative Kompetenz im Sinne Hymes in der Pädagogik, Soziologie, Fremdsprachenforschung und Spracherwerbsforschung geben Yamashita/Noro (2004).

Diese Theorie zum kommunikativen Handeln beinhaltet, ähnlich dem Ansatz von Hymes, die Angemessenheit der Äußerung an die Situation. Habermas geht aber auch, ähnlich wie Chomsky (1965) von einem idealen Sprecher und einer idealisierten Sprechsituation aus (Habermas 1971, 122) und bildet deshalb eine Art „Mittelweg“ zwischen den beiden Extrempolen der *competence* Chomsky's (1965) und der *kommunikativen Kompetenz* Hymes (1972).

4.2 Gesprächskompetenz

Die heutige Gesprächsforschung kann sich, so Deppermann (2004, 17), am ehesten an der Begriffsdefinition von Dell Hymes (1972) orientieren, der den Begriff der kommunikativen Kompetenz sehr weit fasst und von keiner idealisierten Gesprächssituation ausgeht. Angelehnt an diese Definition wird in diesem Gebiet die Gesprächskompetenz als die Fähigkeit „... *angemessen mündlich kommunizieren zu können.*“ (Becker-Mrotzek/Brünner 2004, 29) definiert.

Diese Fähigkeit unterscheidet sich von anderen menschlichen Fähigkeiten, da sie den spezifischen Bedingungen der mündlichen Kommunikation unterliegt. Zu den Eigenschaften von Gesprächen zählt Deppermann (1999,8), dass sie flüchtig und interaktiv sind, sie entstehen aus bestimmten Verfahren, sind also methodisch hergestellt und zugleich pragmatisch orientiert, d.h., sie lösen gewisse Aufgaben und schaffen soziale Wirklichkeiten. Als letzte Eigenschaft nennt der Autor, dass sie verschiedene Ebenen umfassen, dazu gehören neben der Sprache auch die Mimik, Gestik, Proxemik etc. (Deppermann 1999,8). Die ersten drei Punkte zeigen, dass Gespräche nur bedingt planbar oder vorhersehbar sind, da der Kontext von Gesprächen selbst zu flexibel ist. Die Dynamik des Gespräches entsteht auch durch die Interaktivität, denn die zu bearbeitenden Aktivitäten beziehen sich jeweils auf vorhergehende Aktivitäten und bilden den Ausgangspunkt für die folgenden Aktivitäten. Das Gespräch verändert sich aus diesem Grund, je nachdem, auf welche Art und Weise die vorhergehende Aktivität umgesetzt wurde. Die Dynamik schließt aber die Regelmäßigkeit im Gespräch nicht aus, denn alle Gespräche folgen einer Ordnung, die bei genauer Betrachtung durch Aufnahme und Transkription zum Vorschein kommt (Hartung 2004, 49).

Nimmt man das Wissen und die Fertigkeit, welche zur Bewältigung der Interaktion „Gespräch“ nötig sind, zusammen ergibt sich die Gesprächskompetenz (Becker-Mrotzek/Brünner 2004, 29). Hartung (2004, 50) unterscheidet zwischen sozialer und rhetorischer Kompetenz, die zusammen die Gesprächskompetenz ergeben. Für die Bearbeitung eines Gesprächs identifiziert er drei Entwicklungsschritte. Der erste Punkt ist die

Fähigkeit, die Situation richtig einzuschätzen, dann sollte jede/r GesprächsteilnehmerIn eine angemessene Reaktion, die „den eigenen Interessen und den eigenen Ausdrucksmöglichkeiten“ entspricht, finden (Hartung 2004, 50). Diese beiden Schritte gehören zur sozialen Kompetenz. Dabei gilt: „Je stärker der Interaktionstyp konventionalisiert ist (...), umso wichtiger ist es, Ablauf und Struktur zu kennen und das dadurch vorgegebene Gesprächsziel nicht aus den Augen zu verlieren.“ (Hartung 2004, 50). Da vieles im Gespräch nicht explizit geäußert wird, ist das richtige Einschätzen der nonverbalen Elemente (Gestik, Mimik, Körpersprache etc.) von großer Bedeutung. Zusätzlich sollte der/die GesprächsteilnehmerIn die Wirkung seiner/ihrer Handlungen kennen, um diese auch angemessen einsetzen zu können (Hartung 2004, 50-51). Der dritte Schritt gehört zur rhetorischen Kompetenz und besteht darin, die geplante Reaktion auf der körperlichen, stimmlichen und sprachlichen Ebene passend umzusetzen (Hartung 2004, 50).

4.3 Vermittlung von Gesprächskompetenz

In vielen Berufen erleichtert eine gute Gesprächskompetenz den Berufsalltag, weshalb diese in unterschiedlichen Trainings geschult wird. Es gibt eine Vielzahl unterschiedlicher Programme, die meistens auf die spezielle Situation und die TeilnehmerInnen abgestimmt sind (Hartung 2004, 54). In allen Trainings stellt sich die Frage, ob Gesprächskompetenz vermittelt werden kann und welche Lernprozesse dabei stattfinden, weshalb diese beiden Punkte noch vor der Besprechung der Vermittlung im medizinischen Bereich behandelt werden.

4.3.1 Grundlagen der Vermittlung von Gesprächskompetenz

Auf die Frage, ob und wie Gesprächskompetenz vermittelt werden kann, gibt es keine klare Antwort, da sie von vielen Faktoren, zum Beispiel der Einstellung zur Kommunikation allgemein, abhängt.

Fiehler (1999, 18) betont, dass in der Wissenschaft weder einen Konsens über die Vermittelbarkeit allgemein, noch über das Ausmaß der Vermittelbarkeit von Gesprächskompetenzen gibt. Jedem Ausbildungstraining liegt ein Konzept zugrunde, das die Methoden und die Ausführung, sowie die Ziele des Trainings beeinflusst. Diese Annahmen werden in den meisten Fällen nur implizit weitergegeben, was die Analyse erschwert. Die Rekonstruktion dieser Annahmen ist allerdings wichtig, da die zugrunde liegenden Ideen signifikante Unterschiede in der Ausbildungssituation hervorrufen (Mönnich 2004, 88-89).

Prinzipiell gibt es drei Meinungen zu den Eigenschaften der Kommunikation, die für das Training relevant sind. Bei der einen wird „*Kommunikation als natürliches Verhalten des Menschen*“ angesehen, wodurch die Frage nach der Ausbildung unnötig wird, da ein natürliches Verhalten nicht geschult werden kann bzw. muss (Fiehler 1999, 19). Die in den Gesprächstrainings übliche Meinung ist hingegen, dass eine Verbesserung stattfinden kann, da die Kommunikation als „*äußerliche Fähigkeit bzw. Technik*“ angesehen wird (Fiehler 1999, 19). Auch die Einstellung der „*Kommunikation als Teil und Ausdruck persönlicher Identität*“, lässt Veränderungen der Fähigkeiten zu, diese sind aber schwerer zu erreichen, da die Strukturen tief im Persönlichkeitsprofil verankert sind (Fiehler 1999, 19). Je nachdem, welche Einstellung zur Kommunikation als Basis dient, ist zur Vermittlung von kommunikativer Kompetenz machbar, bzw. leichter oder schwerer zu erreichen.

4.3.2 Dimensionen des Lernprozesses

Unabhängig von der Frage, ob und welche Fähigkeiten vermittelt werden können, stellt sich die Frage, wie der Lernprozess stattfindet. In jeder Lernsituation ergeben sich „*Lernerfordernisse*“, die in Zusammenhang mit den verschiedenen Ebenen des Lernprozesses stehen und im Laufe des Lernprozesses von den Lernenden gemeistert werden müssen (Becker-Mrotzek/Brünner 2004, 37). Der Erwerb von kommunikativen Fähigkeiten ist ein komplexer Prozess, der sich aus fünf Lerndimensionen zusammensetzt; in jeder der Dimensionen ergeben sich unterschiedliche Lernerfordernisse. Die Dimensionen folgen einer „... *hierarchischen Stufung, die jedoch nicht notwendig zeitliche Stadien repräsentiert...*“ (Becker-Mrotzek/Brünner 2004, 37). Becker-Mrotzek/Brünner (2004, 38-39) nennen die Dimensionen des Lernprozesses „*Verstehen*“, „*Einsicht/Überzeugung gewinnen*“, „*Behalten*“, „*Umsetzen/Anwenden*“ und „*Beibehalten*“.

- Verstehen

Für das effiziente Vermitteln von Wissen über Sprache ist es wichtig, dass die Lernenden den Kontext und die Zusammenhänge verstehen. Ohne dieses Basiswissen ist es unmöglich, das eigene Verhalten zu ändern. „*Erst das Verstehen der Kategorien und ihre jeweilige Operationalisierung ermöglichen es, den Unterschied zum eigenen faktischen Handeln zu erkennen.*“ (Becker-Mrotzek/Brünner 2004,38).

- Einsicht/Überzeugung gewinnen

Für die Verbesserung der kommunikativen Fähigkeiten ist es wichtig, nicht nur die Struktur von Gesprächen und die Zusammenhänge zu verstehen, sondern auch den Sinn bestimmter Handlungsmöglichkeiten zu erkennen. Die Überzeugung, dass ein bestimmtes Verhalten in einer bestimmten Situation von Vorteil ist, steigert die Motivation das theoretisch Gelernte auch in der Praxis umzusetzen. Die Einsicht ist eine persönliche Entwicklung und „... hängt auch davon ab, ob Gesprächserfolg als wichtiges Ziel eingeschätzt wird, das andere persönliche Interessen unterstützt ...“ (Becker-Mrotzek/Brünner 2004, 38).

Diese ersten beiden Punkte stehen meist am Beginn des Trainings und können auf verschiedene Arten, etwa der Arbeit mit Transkripten, durch Simulation oder Fallbesprechungen vermittelt werden. „*Gemeinsames Ziel all dieser Verfahren ist es, das vorhandene intuitive Wissen über Kommunikation bewusst und begrifflich verfügbar zu machen.*“ (Becker-Mrotzek/Brünner 2004, 41).

- Behalten

Bei der Verbesserung von kommunikativen Fähigkeiten geht es nicht um etwas Kurzzeitiges, im Gegenteil, der Fokus liegt eindeutig auf einer längerfristigen Veränderung. Das Verstehen alleine reicht nicht aus, um die Inhalte im Langzeitgedächtnis zu speichern. Auch die Erfahrungen werden nicht immer behalten, was ein großes Problem für die Wirksamkeit von Gesprächstrainings darstellt (Becker-Mrotzek/Brünner 2004, 38). Becker-Mrotzek/Brünner (2004, 41) betonen, dass das Behalten durch konkrete, mit Emotionen verbundene Beispiele verstärkt wird.

- Umsetzen/Anwenden

Die Dimension der Umsetzung oder die Anwendung des Erlernten ist zentral für Gesprächstrainings, denn ohne sie wären diese nicht erfolgreich. Die Lernenden müssen den Schritt der Umsetzung des theoretischen Wissens in konkreten Situationen lernen. Dazu zählt auch das Einschätzen der Situation, der jeweiligen Handlungsmöglichkeiten und die Flexibilität auf die Situation einzugehen. Der/die Lernende muss dazu in diesem Schritt „... eine Reorganisation seines [/ihres] Wissens leisten statt einer bloßen (rezepthaften) Reproduktion.“ (Becker-Mrotzek/Brünner 2004, 39).

- Beibehalten

Um das Beibehalten des Gelernten zu sichern, sollten die Lernenden eine neue Routine entwickeln, um nicht in die alten Muster zurückzufallen. Dies wird meist durch Stress, Zeit-

mangel und Alltagsdruck erschwert. Erst wenn die neuen Handlungsformen zur alltäglichen Routine gemacht wurden, können sie im Alltag problemlos umgesetzt werden (Becker-Mrotzek/Brünner 2004, 39). Hymes (1979a, 78) meint, dass der Großteil der Kommunikation aus Routinehandlungen besteht, und definiert sprachliche Routine als „eine sich häufig wiederholende Folge sprachlichen Verhaltens“.

Erst wenn alle fünf Dimensionen des Lernprozesses erfolgreich durchgemacht wurden, ist eine Verbesserung der kommunikativen Kompetenz auf Dauer möglich.

4.4 Vermittlung von Gesprächskompetenz während des Medizinstudiums

Es steht außer Frage, dass die „... *Kommunikation als Medium der ärztlichen Tätigkeit in verschiedener Hinsicht wichtig ist...*“ (Schnell/Langer 2009, 190) und, dass „... *die kommunikative Kompetenz von Ärzten durch Aus- und Fortbildung generell verbessert werden kann ...*“ (Koerfer/Köhle/Oblers/Sonntag/Thomas/Albus 2008, 38, Hervorhebung im Original).

Da es am effizientesten ist, wenn die Vermittlung der Gesprächskompetenz auf die TeilnehmerInnen abgestimmt ist, gibt es unterschiedliche Arten des Gesprächstrainings im medizinischen Bereich. Dabei spielen mehrere Faktoren eine Rolle, zum Beispiel kann je nach Grad des vorherigen Wissens zwischen Ausbildung und Fortbildung unterschieden werden. Eine weitere Unterscheidung betrifft die Funktion der TeilnehmerInnen im medizinischen Bereich, d.h. ob es sich um ÄrztInnen, PflegerInnen oder anders spezialisierte Personen handelt. Neben den TeilnehmerInnen sind auch die zugrunde liegende Idee und der Zweck der Trainings wichtig für dessen Gestaltung. Es macht einen bedeutenden Unterschied, ob die schulmedizinische, die bio-psycho-soziale Gesprächsführung oder ein therapeutischer Ansatz als Grundlage dient. Der Fokus dieser Arbeit liegt auf der Untersuchung von Gesprächstrainings mit Studierenden, die dem bio-psycho-sozialen Ansatz folgen.

4.4.1 Ärztliche Kompetenzen und die Bedeutung der Gesprächsausbildung

Für die ÄrztInnen ergeben sich aus den Anforderungen und Eigenschaften des Arzt-Patient-Gesprächs drei Arten der Kompetenz, die sie für die Gespräche erwerben und dann umsetzen, sollten. Die ärztliche Fachkompetenz und die damit verbundene Informationsfunktion des Gespräches decken den großen Bereich des medizinischen Wissens ab. Organisatorische Kompetenz ist gefragt, da sie in einer Institution arbeiten und die Vorgänge und Abläufe

kennen müssen, um anderen Personen Hilfe leisten zu können. Die dritte Kompetenz ist die kommunikative oder soziale Kompetenz (Menz/Lalouschek/Gstettner 2008,14).

Obwohl „... (a)lle drei Kompetenzen(...) Teil der professionellen ärztlichen Identität ...“ sind, existieren in Bezug auf die Ausbildung der drei Fähigkeiten große Unterschiede (Menz/Lalouschek/Gstettner 2008, 15). „Die ärztliche Kompetenz steht zentral während des gesamten Studiums und wird auch in der praktischen Ausbildung am Krankenbett gelehrt (...). Vor allem aber werden am Krankenbett organisatorische Fertigkeiten und Kompetenzen geschult ...“ (Menz/Lalouschek/Gstettner 2008, 15). Die Fachkompetenz und organisatorische Kompetenz liegen im Fokus der Ausbildung, da die Kenntnis der Abläufe im Krankenhaus helfen, den Institutionsbetrieb schnell und problemlos zu halten und das medizinische Wissen als Grundvoraussetzung für den Arztberuf gilt. Die sprachliche Kompetenz wird im Gegensatz dazu sehr wenig vermittelt, da ihre Wichtigkeit meist unterschätzt wird (Menz/Lalouschek/Gstettner 2008, 15). Die Vermittlung von Gesprächskompetenz erfolgt während der Ausbildung meist „... zu spät und zu praxisfern ...“, es gibt sowohl im Unterricht, bei den Übungen als auch bei den Überprüfungen grobe Defizite (Koerfer/Köhle/Oblers/Sonntag/Thomas/Albus 2008, 35). Die Autoren betonen, dass es nicht ausreicht, einen reinen „Rhetorikkurs“ zu absolvieren, sondern, dass die Inhalte und Ziele der Lehrveranstaltungen an die jeweilige Situation und die Ideen der bio-psycho-sozialen Medizin angepasst werden müssen (Koerfer/Köhle/Oblers/Sonntag/Thomas/Albus 2008, 35). Diese Einstellung spiegelt sich auch in den Entwicklungen der letzten Jahre in Deutschland und Österreich. Die Ausbildungen an den medizinischen Universitäten tendieren inzwischen zu dem Ziel der Ausbildung zu einer „... lernfähigen Arztpersönlichkeit, die sich möglichst `im ganzen Spektrum` ärztlicher Kernkompetenzen zu orientieren vermag. Zum `ganzen Spektrum` zählen vor allem auch soziale, ethische und kommunikative Kompetenzen.“ (Schnell/Langer 2009, 189).

Das Ansehen der Gesprächsausbildung hat im Laufe der letzten Jahrzehnte zugenommen. Die verschiedenen beteiligten Disziplinen arbeiten inzwischen besser zusammen und sind praxisbezogener. „Im Rahmen der Reform der Curricula an den medizinischen Universitäten (...) hat auch die Ausbildung in der ärztlichen Gesprächsführung in den letzten Jahren einen erheblichen Stellenwert erhalten.“ (Nowak/Spranz-Fogasy 2009, 81).

4.4.2 Ziele des Gesprächstrainings

Ein Gesprächstraining im medizinischen Bereich verfolgt gleichzeitig mehrere Ziele.

Das Modell der Richt- Grob- und Feinziele von Koerfer/Köhle/Obliers/Sonntag/Thomas/Albus (2008, 46-47) zeigt, welche Ziele auf welche Weise in der Lehre vermittelt werden sollen. Dabei gilt, dass zuerst die Richt- und Grobziele gelernt werden sollen, um dann die Feinziele zu erreichen. Die Feinziele sind nur grobe Richtlinien und können im Unterricht noch genauer ausformuliert werden.

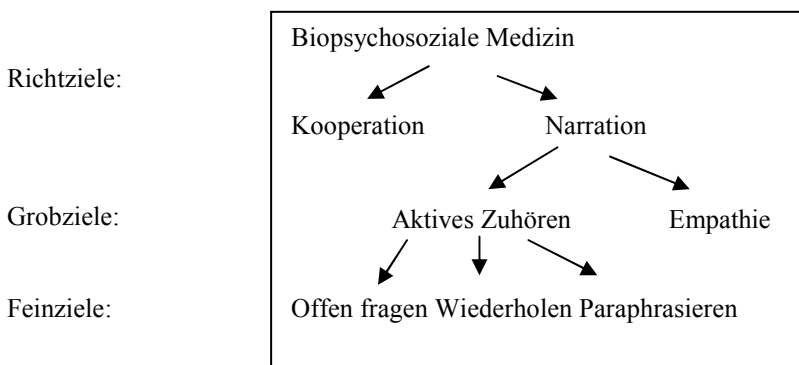


Abb. A Lerntaxonomie Biopsychosoziale Anamneseerhebung (Auszug)

Koerfer/Köhle/Obliers/Sonntag/Thomas/Albus (2008,47) erklären aber, dass die ausformulierten Gesprächsmaximen und Ziele nicht allgemeingültig sind, sondern in jedem Gespräch unter Einbeziehung des Kontexts flexibel eingesetzt werden sollen. Auf die Schwierigkeiten, die durch konkrete Handlungsanweisungen entstehen, wird im Kapitel zu den Problemen (4.4.4) genauer eingegangen.

„Die Kunst der ärztlichen Gesprächsführung besteht (...) in der kommunikativen Passung (...) von verbaler Intervention des Arztes, die nicht beliebig, sondern kontextsensitiv erfolgen muss, um etwa an dieser aktuellen Gesprächsstelle eine Erzählung in Gang zu bringen, zu fördern oder zu bearbeiten.“

(Koerfer/Köhle/Obliers/Sonntag/Thomas/Albus 2008, 47).

4.4.2.1 Entwicklung der Meta-Kompetenz

Eines der wichtigsten Ziele bei einem Gesprächstraining auf bio-psycho-sozialer Basis ist die Entwicklung einer „professionellen Meta-Kompetenz“, durch die der Arzt/die Ärztin die kommunikativen Bedürfnisse erkennen kann. In diesen Bereich fällt zum Beispiel die Art der Entscheidungsfindung, die wenn möglich ein Prozess der partizipativen Entscheidungsfindung sein sollte (Koerfer/Köhle/Obliers/Sonntag/Thomas/Albus 2008, 41). Die Patienten-

beteiligung kann anhand eines Kontinuums, an dessen Enden autoritärer Paternalismus und Dienstleistung (*informed choice*) stehen, dargestellt werden. Bei Ersterem hat der Arzt/die Ärztin die alleinige Entscheidungsmacht, d.h. er/sie stellt die Diagnose, verordnet eine Therapie und zieht den Patienten/die Patientin nicht in die Entscheidung mit ein. Das Gegenteil davon ist der Fall, wenn PatientInnen so gut informiert und so bestimmend sind, dass sie diese Entscheidungen selbst treffen. Als Position in der Mitte gilt das Konzept der partizipativen Entscheidungsfindung (*shared decision making*), bei dem beiden Parteien gemeinsam Entscheidungen besprechen und beschließen (Koerfer/Köhle/Oblers/Sonntag/Thomas/Albus 2008, 39).

Im Gegensatz zum Anamnesegegespräch der traditionellen Biomedizin ist bei einem bio-psycho-sozialem Gespräch vermehrt ein Dialog erwünscht, in dem der/die PatientIn erzählen kann und der Arzt/die Ärztin aktiv zuhört, statt einen interrogativen Gesprächsstil zu verfolgen (Koerfer/Köhle/Oblers/Sonntag/Thomas/Albus 2008,47). Das Ziel dieser dialogisch bzw. narrativen Art des Gesprächs ist nicht gleichzusetzen mit der Überwindung aller Asymmetrien. Eine vollkommene Gleichsetzung der Experten und Laien ist unmöglich und auch nicht erstrebenswert (Koerfer/Köhle/Oblers/Sonntag/Thomas/Albus 2008, 42). Deshalb unterscheiden Koerfer/Köhle/Oblers/Sonntag/Thomas/Albus (2008, 42, Hervorhebung im Original) zwischen funktionaler und dysfunktionaler Asymmetrie: „*dialogische Symmetrie* [bedeutet, dass] *auch in der ärztlichen Praxis und Visite (...) für Arzt und Patient approximativ eine Chancengleichheit (...) für die Relevanzsetzung von Themen und Zwecken der Kommunikation* [besteht].“. Nur wenn das Verhältnis sehr unausgeglichen ist, existiert eine dysfunktionale Asymmetrie. Als Folge dieser Art der Struktur ergibt sich, dass im Training selbst die Studierenden mit dem Unterschied zwischen strategischem und kommunikativem Handeln, sowie den Asymmetrieformen vertraut gemacht werden sollten (Koerfer/Köhle/Oblers/Sonntag/Thomas/Albus 2008, 43).

4.4.2.2 Problemorientiertes Lernen

Um eine effiziente Ausbildung zu ermöglichen, setzte sich in den letzten Jahrzehnten der Ansatz des *problemorientierten Lernens* im medizinischen Bereich durch. Knowles (1984) stellte in seinen Untersuchungen zu Erwachsenentrainings fest, dass die Motivation des/der Lernenden eine signifikante Rolle bei dem Erfolg des Trainings spielt und, dass die Motivation gesteigert wird, wenn der Lernprozess eigenständiges Umsetzen und Problem-

lösen beinhaltet¹³. Mit diesem Hintergrund entwickelte sich der Ansatz des Problemorientierten Lernens. Erstmals wurde damit an der *McMaster University* in Hamilton (Kanada) in den 1960er Jahren gearbeitet (Norman/Schmidt 1992, 557) und seither verbreitete er sich international und auch im deutschsprachigen Raum (Koerfer/Köhle/Obliers/Sonntag/Thomas/Albus 2008, 57). Das Ziel der Methode ist, den Studierenden nicht nur theoretisches Wissen zu vermitteln, sondern ihre Fähigkeit, selbstständig und aktiv an exemplarischen Problemsituationen zu arbeiten, zu verbessern (Norman/Schmidt 1992, 557). Aus diesem Grund wird einer Gruppe von Studierenden eine Problemsituation, meist die Beschwerden des Patienten/der Patientin in Textform, präsentiert. „*The task of the student group is to discuss these problems and produce tentative explanations for the phenomena, describing each in the terms of some underlying process, principle or mechanism.*” (Norman/Schmidt 1992, 557). Dieser Umgang mit Problemen und echten Krankheitsbildern soll dazu beitragen, dass die Studierenden lernen, Entscheidungen zu treffen und später auch die Probleme im Berufsalltag lösen zu können (Norman/Schmidt 1992, 558).

Die Grenze des Ansatzes besteht in der Einstellung der TeilnehmerInnen, denn ein „... *solches Problemlöseverhalten setzt die Bereitschaft und Fähigkeit zu einem `lebenslangen Lernen` voraus, bei dem Ungewissheiten eine Herausforderung für neue Problemlösungsversuche sind.*“ (Koerfer/Köhle/Obliers/Sonntag/Thomas/Albus 2008, 57). Außerdem ist die Frage, ob und in welchem Ausmaß der Umgang mit Problemen erlernt werden kann, nicht eindeutig beantwortbar (Norman/Schmidt 1992, 564).

4.4.3 Unterrichtsmethoden

Es existiert eine Vielzahl unterschiedlicher Unterrichtsmethoden, die je nach Art der Gruppe und dem Zweck der Ausbildung variieren. Prinzipiell gibt es in den meisten Fällen einen Teil zur Vermittlung theoretischer Grundlagen der Kommunikation und einen Teil, in dem die vorgehenden Modelle in Übungen umgesetzt und eingeübt werden (Fiehler 1999, 20). Koerfer/Köhle/Obliers/Sonntag/Thomas/Albus (2008,47) betonen, dass bei allen Gesprächstrainings im theoretischen Teil die zugrunde liegenden Ideen auch für die Lernenden erkennbar sein sollten, und die impliziten Annahmen zur Beziehungsgestaltung oder dem Ziel des Anamnesegesprächs bewusst besprochen werden müssen. Bei den Übungen sollte großer Wert auf die Reflexion gelegt werden, damit „... *eine bloß schematische Aneignung von*

¹³ Kurtz/Silverman/Draper (2005, 73) betonen, dass die Komponente der Motivation nicht auf eine Altersgruppe beschränkt ist, sondern diese ihre Anliegen nur besser zur Sprache bringen können.

Gesprächstechniken verhindert ...“ wird (Koerfer/Köhle/Obliers/Sonntag/Thomas/Albus 2008,47).

Lepschy (1999, 54) unterscheidet zwischen Repräsentationsmethoden und Bearbeitungsmethoden. Bei der ersten Gruppe wird zuerst Material gesammelt, dann analysiert und anschließend folgt die Umsetzung in Übungen. Dazu zählen etwa Gesprächssimulationen, strukturelle kommunikative Übungen, Fallbesprechungen und die Arbeit mit Transkripten (Lepschy 1999, 55). Bei der zweiten Gruppe handelt es sich um Methoden, bei denen eine analytische oder reflexive Untersuchung der „*Komponenten, Faktoren, Ablauf- und Aushandlungsprozeduren*“ im Vordergrund steht, dazu gehören Methoden des Feedbacks, die Situationsanalyse und die Prozessanalyse (Lepschy 1999, 62).

Im medizinischen Bereich kommen im „traditionellen“ Gesprächstraining vor allem Fallbesprechungen, Gesprächssimulation oder strukturierte Kommunikationsübungen vor¹⁴. In vielen Fällen werden die Übungen durch Feedbackmethoden ergänzt. Im Programm der Medizinischen Universität Wien sind sowohl Fallbesprechungen, Gesprächssimulation und strukturierte Übungen in jeweils unterschiedlichem Ausmaß vorgesehen. Der Schwerpunkt dieser Arbeit liegt auf der Gesprächssimulation, weshalb bei der Darstellung der Methoden auf diese am genauesten eingegangen wird.

4.4.3.1 Fallbesprechungen und strukturierte Kommunikationsübungen

Bei Fallbesprechungen werden konkrete medizinische Fälle besprochen. Als Grundlage dienen Patientenakte, Untersuchungsergebnisse und sonstige Aufzeichnungen zu diesem Patienten oder zu dieser Patientin. Die Aufgabe in diesem Kontext ist das Erkennen von kommunikativen Problemen, Motiven und Hintergründen. Die strukturierte Analyse echter Fälle fördert außerdem die Perspektivenübernahme. Ein weiterer Vorteil dieser Methode ist die Abgeschlossenheit der Fälle, das heißt es steht die endgültige Diagnose zur Verfügung und kann miteinbezogen werden (Lepschy 1999, 59).

Bei den strukturierten Kommunikationsübungen geht es um die Einübung einzelner Aspekte der Gesprächssituation. Je nach Bedarf kann ein Aspekt der Gesprächsfunktion oder ein Problem bearbeitet werden (Lepschy 1999, 58). Diese Methoden ermöglichen eine Teilanalyse, die besonders einen Einstieg in das Gebiet erleichtert, da nicht die gesamte Gesprächssituation behandelt werden muss. Während die strukturierten Übungen konkrete Umsetzungen sind,

¹⁴ In gesprächsanalytisch orientierten Trainings spielt die Erstellung von und Arbeit mit Transkripten eine größere Rolle. Einen Überblick über die Methodik der gesprächsanalytischen Kommunikationstrainings gibt Hartung (2004).

eignen sich Fallbesprechungen nicht „... zur Festigung und Erprobung kommunikativer Handlungsalternativen ...“ (Lepschy 1999, 62).

4.4.3.2 Feedback

„Das Feedback lässt sich als eine subjektiv-individuelle, unmittelbare, in der Regel verbale Rückmeldung einer Person an eine andere Person definieren, die dieser explizit mitteilt, wie ihr Handeln in einer bestimmten Situation wahrgenommen und in seiner Wirkung erlebt wird.“ (Lepschy 1999, 63).

Feedback erfüllt eine „Doppelfunktion“, nämlich die der Reflexion und ferner ist es ein „konkreter Beitrag zur Aneignung von Gesprächskompetenz“, da beim Feedback der Umgang mit Kritik geschult wird (Lepschy 1999, 64). Der Lernerfolg ist stark abhängig davon, wer das Feedback äußert und auf welche Art es geäußert wird. Da es keine objektive Bewertung, sondern nur subjektive Eindrücke vermittelt, sollten diese auch als solche gekennzeichnet und erkannt werden. Die Feedbacksituation ist hingegen problematisch, wenn sie ungewohnt für die StudentInnen ist und die Lehrveranstaltung mehr auf Konkurrenz als auf Zusammenarbeit ausgerichtet ist. Um eine solche Atmosphäre zu vermeiden, sollte das Feedback detailliert, nicht-wertend und wohlwollend sein. Konstruktives Feedback wirkt sich positiv auf die Trainingssituation und die Motivation aus, während „schlechte“ Rückmeldungen diese dämpfen (Kurtz/Silverman/Draper 2005, 68).

Durch die Unterstützung von Video- und Audiomaterial ergeben sich beim Feedback neue Möglichkeiten. Die Gespräche der Studierenden als Videomaterial aufzunehmen, hat sowohl Vor- als auch Nachteile, die hier kurz besprochen werden.

Zu den Vorteilen zählt die Möglichkeit, das Gespräch erneut anzusehen und dadurch die Erinnerung aufzufrischen, bzw. Streitpunkte zu klären. Da die Selbstwahrnehmung nicht immer zutreffend ist, hilft die Video- oder Tonaufnahme einen Realitätsvergleich zu machen (Kurtz/Silverman/Draper 2005, 69). Die Verbesserung betrifft nicht nur die Selbstreflexion, sondern auch den Prozess des Feedbackgebens selbst. Dank der Aufnahmen sind „*(t)he accuracy and reliability of feedback ... greatly increasing.*“ (Kurtz/Silverman/Draper 2005, 69). Das Feedback kann durch eine Videoaufnahme genauer auf einzelne Punkte eingehen, die sonst durch die Länge des Gesprächs verloren gehen würden (Kurtz/Silverman/Draper 2005, 69).

Neben den Anschaffungskosten zählen Kurtz/Silverman/Draper (2005, 83) die Einflüsse der Technologie auf die Gesprächssituation und den Zeitaufwand zu den Nachteilen der Videoaufnahmen. Die Kameras müssen sowohl im Raum platziert, als auch bedient werden.

Technische Fehler können das Training und die TeilnehmerInnen beeinträchtigen. Die AutorInnen empfehlen eine möglichst einfache Einstellung, damit keine fremde Person die Kameraführung übernehmen muss und außerdem das Testen der Kamera vor dem Gespräch. Nicht nur die Vorbereitung der Aufnahme, sondern auch das Abspielen und das Suchen der jeweiligen Gesprächsstelle beanspruchen Zeit. Die Lehrperson sollte dabei über das nötige technische Können verfügen, da für die eigentliche Besprechung sonst wenig Zeit bleibt (Kurtz/Silverman/Draper 2005, 83- 84). Ein weiterer Punkt ist das Beobachterparadoxon, das durch das Wissen über die Beobachtung ausgelöst wird. Inwiefern die Gespräche davon beeinträchtigt sind, hängt von mehreren Faktoren, wie etwa der Gesamtgestaltung des Settings oder der Auffälligkeit der Kamera, ab. „*The use of videotape can add to the fear and apprehension of observation...*“ und die GesprächsteilnehmerInnen können es als störend empfinden, sich danach am Bildschirm ansehen zu müssen (Kurtz/Silverman/Draper 2005, 84).

4.4.3.3 Gesprächssimulation

Gesprächssimulation oder Rollenspiel ist eine im medizinischen Bereich weitverbreitete Übungsmethode, sie kommt fast in allen Bereichen der Ausbildung vor (Dieckmann/Rall /Eich/Schnabel/Jünger/Nikendei 2008,642). Gerade weil die Gesprächssimulation eine so weit verbreitete Methode ist, gibt es keine einheitliche Definition und Durchführungsmethode dieser Art der Interaktion. Der Begriff Rollenspiel ist dabei im deutschen Sprachgebrauch gleichgesetzt mit Gesprächssimulation und umfasst eine Vielzahl von Gesprächs- und Trainingstypen, bei denen es um die Einübung verschiedener sprachlicher Techniken in einer künstlich erzeugten Situation geht. Der englische Begriff *simulation* umfasst ebenfalls alle Gesprächssimulationen, allerdings bezeichnet *role-play* eine spezifische Interaktion (Genauerer im nächsten Kapitel)(Barrows 1993, 443). Je nach Struktur und Art der Vorgabe kann in der Praxis zwischen stark vorstrukturierten Simulationen, die genaue Rollen und Ziele vorgeben, bis hin zu freieren Formen, in denen nur die Beziehung zwischen den Beteiligten und der Gesprächsanlass gegeben ist, unterschieden werden (Lepschy 1999, 56-57).

Alle Gesprächssimulationen haben einige zentrale Eigenschaften gemeinsam. So sind zum Beispiel alle „*in einen größeren Kontext, in das Simulationssetting*“ eingebettet (Dieckmann /Rall/Eich/Schnabel/Jünger/Nikendei 2008, 643). Die Situation ist komplexer als bei normalen Gesprächen, dabei gilt, dass

„...*das Rollenspiel selbst ein eigenständiges Interaktionsereignis [ist], das in einem spezifischen Kontext, nämlich dem Training stattfindet und dort spezifischen*

Bedingungen wie z.B. zusehende TrainingsteilnehmerInnen und TrainerInnen sowie der Aufnahme mit Videokameras unterliegt.“ (Lalouschek/Menz 1999, 65).

In diesem Simulationsrahmen findet eine andere Interaktion, das eigentliche Gespräch, statt (Lalouschek/Menz 1999, 65). Durch diese Einbettung ergeben sich die folgenden Vorteile. Die Situation kann an die Bedürfnisse und Fähigkeiten der StudentInnen angepasst werden. „*The training agenda can be determined by the needs of the learner, not the patient. Learners can focus on whole procedures or specific components, practicing these as often as necessary.*“ (Kneebone 2003, 269). Des Weiteren können in dem geschützten Rahmen Fehler gemacht und so die Handlungsspielräume ausgetestet werden, ohne schwerwiegende Folgen zu haben (Kneebone 2003, 269). Da keine wirkliche Diagnose gestellt werden muss und das Wohl der PatientInnen nicht auf dem Spiel steht, können die TeilnehmerInnen sich mehr auf die kommunikativen Strukturen konzentrieren, wodurch die medizinischen Details in den Hintergrund rücken und die Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit fokussiert wird (Hanna/Fins 2006, 265). Zu den größten Kritikpunkten der Simulation zählen die künstlich geschaffene Situation und der Abstand zur Realität, auf die in Kapitel 5 genauer eingegangen wird.

Um Klarheit über die einzelnen Gesprächstypen zu erhalten, werden diese hier nach der Art der „PatientInnen“, bzw. der TeilnehmerInnen in dieser Rolle kategorisiert und die jeweiligen Vor- und Nachteile besprochen. Dementsprechend wird zwischen Simulation zwischen Studierenden, Simulation mit simulierten und mit echten PatientInnen unterschieden.

4.4.3.3.1 Rollenspiele zwischen Studierenden

Unter *role play* verstehen Kurtz/Silverman/Draper (2005,100-101) die Art von Gesprächen, die entsteht, wenn zwei Studierende die Rollen in einem Übungsgespräch einnehmen. In den meisten Fällen spielen zwei Studierende (ein/r als PatientIn, der/die andere als Arzt/Ärztin) eine spezielle Situation vor der restlichen Gruppe durch. Auch die Darstellung von Gesprächen mit Begleitpersonen ist in diesem Kontext möglich. Die Rollen können dabei je nach Gespräch und Struktur der Trainings unterschiedlich stark von den persönlichen Erfahrungen der Rollenspielenden beeinflusst sein. Ein Vorteil dieser Methode ist die einfache Vorbereitung, da die Studierenden innerhalb kurzer Zeit in die Rollen schlüpfen können und keine speziellen organisatorischen oder räumlichen Vorkehrungen getroffen werden müssen. Durch die große Bandbreite an Rollenspielen, die je nach Bedarf verändert werden können, ist es möglich, spezifische Probleme, ausgefallene Krankheiten oder

„schwierige“ Patiententypen¹⁵ zu bearbeiten. Die Übernahme der Patienten-Rolle kann ferner ein interessantes Lernereignis für die SpielerInnen sein (Kurtz/Silverman/Draper 2005,100-101).

Der Nachteil von Rollenspielen dieser Art ist der große Abstand zur realen Situation, da sowohl die Anwesenden als auch das Setting meisten nicht mit dem Berufsalltag übereinstimmt. Außerdem können nicht alle StudentInnen sich gleich gut in ihre Rolle einbringen und zum Beispiel die Krankengeschichte improvisieren (Kurtz/Silverman/Draper 2005, 102).

4.4.3.3.2 Simulation mit standardisierten PatientInnen

„*Simulated or standardized patients are lay persons who have been trained to portray patients with a specific condition in a realistic view.*“ erklären Wind/Van Dalen/Muijtjens/Rethans (2004, 39) treffend die GesprächspartnerInnen in dieser Art der Simulation. Treffend deshalb, weil sie sowohl auf ihren Laienstatus als auch die Aktivität hinweist.

Seit der Einführung der standardisierten PatientInnen zu Beginn der zweiten Hälfte des letzten Jahrhunderts hat ihre Bedeutung stetig zugenommen. Während zu Beginn vor allem *patient instructors* zu Gesprächen gebeten wurden, „erzählt“ heute der Großteil nicht mehr die eigene Krankengeschichte. Auch bei den Einsatz- und Ausbildungsmöglichkeiten von diesen Personen haben in den letzten Jahrzehnten starke Veränderungen stattgefunden (Kurtz/Silverman/Draper 2005, 88-89).

4.4.3.3.2.1 Begriffsklärung

Bevor näher auf diese Art der PatientInnen eingegangen wird, ist an dieser Stelle eine Definition verschiedenen Simulationstypen mit standardisierten PatientInnen nötig. Wie viele andere Autoren (z.B. Schultz/Schönemann/Lauber/Nikendei/Herzog/Jünger 2007; Dieckmann/Rall/Eich/Schnabel/Jünger/Nikendei 2008) wird in dieser Arbeit die Unterscheidung zwischen simulierten und standardisierten PatientInnen in Anlehnung an Barrows (1993) übernommen.

Barrows (1993, 444) ist sich der Uneinigkeit der Definitionen bewusst und schlägt den Terminus „... *simulated patient for a normal person who has been carefully coached* ...“ vor. Bei simulierten PatientInnen handelt es sich also nicht um tatsächliche PatientInnen, sondern Personen, die keinen persönlichen Bezug zu ihrer Tätigkeit als PatientIn haben.

¹⁵ Die Bezeichnung eines Patienten/einer Patientin als schwierig kann sich sowohl auf körperliche Beeinträchtigungen als auch auf unkooperatives Verhalten beziehen. Der Begriff und seine implizite Wertung sind daher nicht unproblematisch.

Personen, die einen persönlichen Bezug zu dieser Tätigkeit haben, d.h. in den meisten Fällen eine bestimmte Krankheit haben oder hatten, unterteilen sich wiederum in *patient instructors* und echte PatientInnen. Alle vorbereiteten, also in irgendeiner Art trainierten PatientInnen werden als *patient instructors* bezeichnet. In den meisten Fällen werden die PatientInnen für die Lehrveranstaltung vorbereitet und trainiert, es gibt aber auch spontanere Treffen mit PatientInnen im Krankenhaus (zum Beispiel im Fachtutorium Anamnesegruppe). Den Begriff *standardisierter Patient/PatientIn (SP)* verwendet Barrows (1993, 444) als Überbegriff, der sowohl simulierte PatientInnen als auch *patient instructors* beinhaltet. Da die Verwendung dieses Oberbegriffs im Kontext dieser Arbeit sinnvoll ist, wird auch dieser hier übernommen.

Auch wenn in einigen Kontexten die Unterscheidung zwischen standardisiert und simuliert dazu verwendet wird, Regelmäßigkeit zu fokussieren, wird diese Unterscheidung hier nicht übernommen. Sie dient vor allem der Hervorhebung der Standardisiertheit der Rollendarstellung, die bei Prüfungen gefordert wird. Es stellt sich in diesem Zusammenhang allerdings die grundsätzliche Frage, inwiefern eine Rolle überhaupt standardisiert sein kann und in welchem Ausmaß jedes Gespräch ein „Eigenleben“, welches unter anderem auf die verschiedenen InteraktionsteilnehmerInnen und Gesprächsereignisse zurückzuführen ist, entwickelt. Da diese Fragen hier nur teilweise bearbeitet werden können, wird auf diese Unterscheidung bewusst verzichtet.

4.4.3.3.2.2 Vor- und Nachteile der standardisierten PatientInnen

Bei der Arbeit mit standardisierten PatientInnen (SP) zur Gesprächsausbildung¹⁶ darf nie vergessen werden, dass es sich um Rollenspiele handelt. Auch wenn die Simulationen mit echten PatientInnen oder *patient instructors* geführt werden, gelten sie dennoch aufgrund ihrer künstlichen Inszenierung als Rollenspiele (Kurtz/Silverman/Draper 2005, 86).

Zu den **Vorteilen** der Arbeit mit standardisierten PatientInnen zählt:

- Zeitliche und räumliche Flexibilität

Da der Zeitpunkt des Gesprächs unabhängig von der eigentlichen Erkrankung ist, kann er variieren. Außerdem können die SP auch mehrmals über längere Zeiträume verteilt Gespräch führen und stehen auch für länger dauernde Einheiten zur Verfügung (Kurtz/Silverman/Draper 2005, 86). Die räumliche Flexibilität erleichtert die Treffen. „*You can use standardized patients in classrooms and in many non clinical areas.*“ (Barrows 1993, 444).

¹⁶ Dieser Abschnitt beschäftigt sich nur mit dem Einsatz von SP im Gesprächstraining, die weiteren Einsatzmöglichkeiten fassen zum Beispiel Ortwein/Fröhmel/Burger (2006) und Barrows (1993).

- Anpassung des Gesprächs an die Trainingssituation

Da die jeweilige Rolle vorbereitet wird, kann eine Vielzahl von Szenarien durchgespielt werden. Einige Situationen, wie etwa Notfälle oder sensible Fälle, in denen echten PatientInnen keine Studierenden zumutbar sind, stellen dabei kein Hindernis dar (Barrows 1993, 444). Zusätzlich kann sowohl der Schwierigkeitsgrad als auch die Art der Gespräche (z.B. Visite- oder Anamnesegespräch) je nach Bedarf verändert werden (Kurtz/Silverman/Draper 2005, 90).

- Veränderbarkeit und Improvisation im Gespräch

Anders als in einem realen Arzt-Patient-Gespräch können die Gespräche mit SP, wenn die Trainingssituation es erfordert, wiederholt oder abgebrochen und später weitergeführt werden. Außerdem können die Beteiligten in einer Pause wechseln sowie zu demselben Krankheitsbild mehrmals auf unterschiedliche Weise ein Gespräch führen. Die SP können außerdem in der jeweiligen Rolle bewusst reagieren, um die Handlungsmöglichkeiten der Studierenden zu erweitern oder auszutesten (Kurtz/Silverman/Draper 2005, 89-90).

Zu den **Nachteilen** der standardisierten PatientInnen zählen:

- Aufwand bei der Entwicklung und der Organisation

Alleine die Entwicklung der verschiedenen Fälle und die Erarbeitung einer Patient-Rolle erfordert Zeit. Die Arbeit mit SP erfordert außerdem einiges an organisatorischem Aufwand. Um diese Art des Gespräches möglich zu machen, muss eine Datenbank der PatientInnen erstellt und regelmäßig aktualisiert werden, zudem muss jemand die Treffen ausmachen und organisieren. Aus diesem Grund ist es oft nötig, Personal „... *specifically dedicated to administering the simulated patient programme and co-ordinating the training and retraining of the simulated patients...*“, einzustellen (Kurtz/Silverman/Draper 2005, 93). Auch der finanzielle Aufwand¹⁷ für die SP und das gesamte Programm ist nicht außer Acht zu lassen (Kurtz/Silverman/Draper 2005, 92).

- Training der SP

Auch wenn Barrows (1993, 445) betont, dass jede Person innerhalb weniger Stunden für ein Rolle eingeschult werden kann, ist in den meisten Fällen mehr Aufwand und Zeit für eine gute Vorbereitung der SP erforderlich. Für das Training der SP wird aber nicht nur Zeit in Anspruch genommen, schon die Auswahl sollte gut überlegt sein, da nicht alle Personen

¹⁷ Eine genaue Darstellung der Kosten des Programms an der Berliner Charité liefern Ortwein/Fröhmel/Burger (2006).

gleich gut geeignet sind. Auf jeden Fall sollte die medizinische Vergangenheit beachtet werden „...to ensure that simulated patients do not undertake roles that may stir up hidden emotions or unresolved dilemmas...“ (Kurtz/Silverman/Draper 2005, 93).

- Fehlende Authentizität

Auch die Arbeit mit *patient instructors* erzeugt keine realen Arzt-Patient-Gespräche. Wenn dieser Umstand während des Trainings nicht bewusst behandelt wird und die Beteiligten davon ausgehen, reale Gespräche zu führen, können dadurch grobe Fehler passieren. Wie in Kapitel 5 genauer untersucht wird, hat die künstlich erzeugte Situation starke Auswirkungen auf die Gespräche und führt häufig zu Artefakten.

4.4.3.3.2.3 Vergleich zwischen simulierten PatientInnen und *patient instructors*

Simulierte PatientInnen und *patient instructors* haben viele Gemeinsamkeiten, aber bei der genauen Betrachtung werden auch einige Unterschiede sichtbar.

Der große Vorteil der Übungen mit *patient instructors* gegenüber den simulierten PatientInnen ist die Realitätsnähe. Auch wenn das Setting artifiziell ist, spielt zumindest eine Person sich selbst und erzählt von ihren eigenen Erfahrungen. Bei dieser Methode sollte ganz bewusst darauf geachtet werden, dass die Darstellung der PatientInnen dennoch nicht automatisch mit einem echten Arzt-Patient-Gespräch übereinstimmt, da die Situation, die Bedürfnisse der Person und der Gesprächszweck nicht dieselben sind. Durch die Realitätsnähe ergeben sich allerdings bei der Arbeit mit einem/einer *patient instructor* größere Beschränkungen bei den dargestellten Krankheitsbildern. Die Anpassung des Schwierigkeitsgrades ist ebenfalls aufwendiger und nur bei gutem Training möglich (Kurtz/Silverman/Draper 2005, 87).

Ein weiteres Unterscheidungskriterium ist die persönliche Betroffenheit. Bei simulierten PatientInnen kann die Lehrveranstaltung rein teilnehmerzentriert sein, da diese auf die Lernsituation vorbereitet werden und im Idealfall keine persönlichen Emotionen mit der Krankheit verbinden. Die andere Art des Unterrichts kann nicht rein TeilnehmerInnen zentriert sein, da die PatientInnen immer persönlich und emotional an den Gesprächen beteiligt sind (Kurtz/Silverman/Draper 2005, 87).

4.4.3.3.2.4 Ausbildung der standardisierten PatientInnen

Um gute standardisierte PatientInnen im Training einsetzen zu können, brauchen die Personen zuerst ein ausgiebiges Training. Die TutorInnen sollten gut vorbereitet sein, bevor sie ihre Rolle übernehmen. Dazu gehört nicht nur das Wissen über die Krankheit und die Symptome, sondern auch die Besprechung, auf welche Art „...*die Rolle möglichst authentisch umgesetzt werden soll ...*“ (Dieckmann/Rall/Eich/Schnabel/Jünger/Nikendei 2008, 645).

Als Hilfsmittel können dabei verschiedene Videoaufnahmen dienen, damit auch Elemente der Gestik, Mimik und Haptik beobachtet werden können. Auch für die SP gilt, dass sie ein eigenes Training mit Feedback, Übungen und regelmäßiger Überprüfung brauchen, um ihre Rollen passend zu spielen. So muss zum Beispiel die Umgangsweise mit Fragen geklärt werden. „*Teaching simulated patients to respond appropriately to well- worded open-end questions is particular important. They may not realize how a patient might respond differently to open and closed questions.*“ (Kurtz/Silverman/Draper 2005, 94). In dem Gespräch kann Fehlverhalten in Bezug auf die Fragetechnik, begründet durch den Wunsch nicht zu viel Wissen auf einmal preiszugeben, dazu führen, dass die Studierenden falsche Fragetechniken einlernen und die Verwendung von offenen Fragen stark einschränken (Kurtz/Silverman/Draper 2005, 94-95). Ein weiteres Beispiel in diesem Zusammenhang ist die Verwendung von Über- oder Untertreibungen. In manchen Fällen kann eine Übertreibung oder Untertreibung eines Aspektes der Krankheit oder Persönlichkeit sinnvoll sein, dies sollte aber mit den DozentInnen abgesprochen werden. Auf jeden Fall sollten die „... *Rollendarsteller (...) die Motivation der von ihnen dargestellten Figur kennen und wie geplant umsetzen.*“ (Dieckmann/Rall/Eich/Schnabel/Jünger/Nikendei 2008, 645).

Für den Fall, dass die standardisierten PatientInnen selbst Feedback geben, sollte zusätzlich zum Gespräch auch das Geben von konstruktivem Feedback besprochen und erlernt werden (Kurtz/Silverman/Draper 2005, 95).

4.4.4 Probleme bei Gesprächstrainings

Auch bei guter Vorbereitung werden die Ziele von Gesprächstrainings nicht immer erreicht und unterschiedliche Schwierigkeiten treten auf, dazu gehören unter anderem auch die fünf Herausforderungen, die in diesem Abschnitt behandelt werden. Zuerst wird auf drei Punkte, die sich generell auf Gesprächstrainings beziehen, eingegangen, während die letzten beiden sich speziell auf die Simulation beziehen.

- Wirksamkeit und Wiederholung

Eines der Probleme, nämlich das der Wirksamkeit und Langzeit-Wirkung der Gesprächsausbildung, wurde schon in Kapitel 4.3.2 kurz angesprochen und soll hier vertieft werden. Um die Wirksamkeit des Trainings zu steigern, sollten die Lehrveranstaltungen im Studium möglichst über einen längeren Zeitraum gehen. Auch die Weiterbildungen für Ärzte und ÄrztInnen sind ein wichtiger Beitrag, um die erlernten Fähigkeiten zu erhalten und zu verbessern. „[Es ist] *von entscheidender Bedeutung ... nicht nur punktuell kommunikative Kompetenzen zu vermitteln, sondern den Studierenden ein longitudinales Lernen zu ermöglichen ...*“ (Schultz/Schönemann/Lauber/Nikendei/Herzog/Jünger 2007, 20).

„*Practice and rehearsal are often neglected aspects of communication skills teaching and learning.*“ (Kurtz/Silverman/Draper 2005, 69). Die Wiederholung einzelner Übungen hat zwei große Vorteile, einerseits werden die schon vorhandenen Strukturen durch die Wiederholung gestärkt, andererseits ergibt sich dadurch neues Feedback, wodurch die Fähigkeit weiter ausgebaut werden kann. Ein einzelnes Gespräch ist nicht immer aussagekräftig, da Faktoren wie die Tagesverfassung, Nervosität oder sonstige Schwierigkeiten das Bild verzerren können. Bei Wiederholungen zeigt sich deutlicher, ob eine Verbesserung eintritt und ob die vorgeschlagenen Handlungsmöglichkeiten umgesetzt werden (Kurtz/Silverman/Draper 2005, 69-70).

- Handlungsanweisungen und Normvorstellungen

In den meisten Gesprächstrainings werden Empfehlungen ausgesprochen, wie die Gespräche ablaufen sollten. „*Handlungsanweisungen können sich auf eine konkrete, singuläre Situation beziehen und festlegen, was an einer bestimmten Stelle der Interaktion geschehen soll. Insofern sind sie unproblematisch.*“ (Fiehler 1999, 29). Allerdings treten Probleme auf, wenn eine Generalisierung stattfindet. Da keine Situation gleich ist, können die Handlungsaufforderungen nicht einfach auf alle ähnlichen Situationen übertragen werden. Die Situation erfordert stattdessen die Einschätzung, ob diese Strategie auch in diesem Kontext angewendet werden kann. Allerdings wird in den „traditionellen“ Schulungen die Fähigkeit, die Situation einzuschätzen, nicht gefördert. Ferner ist auch die Übertragung der verallgemeinerten Handlungsanweisungen in die Praxis nicht immer unkompliziert (Fiehler 1999, 29-30).

Die Grundlage für solche Empfehlungen ist in den meisten Fällen eine Normvorstellung, in welcher Weise Gespräche ablaufen sollen. Auch sprachpflegerischen Normen kann „*ein falsches Verständnis über die Funktionsweise von Sprache*“ zugrunde liegen, wodurch die Wirksamkeit des Trainings vermindert wird, da die Handlungsanweisungen in der Realität nicht zielführend sind (Lalouschek/Menz 1999, 63). Lalouschek (1995) untersucht die 9-

Schritte-Technik von Morgan/Engel (1977) auf ihre praktische Umsetzbarkeit und stellt dabei fest, dass obwohl die Autoren das Werk selbst nur als „Leitfaden“ oder Hilfsmittel sehen (Morgan/Engel 1977, 7), dennoch „... eine Vielzahl von Präskriptionen, Regelbeschreibungen und Verhaltensaufforderungen...“ enthalten sind (Lalouschek 1995, 56). „Diese sind von sehr unterschiedlicher Komplexität und Konkretheit und setzen bei den ÄrztInnen oder MedizinstudentInnen ein hohes Maß an kommunikativer Kompetenz und Reflexionsfähigkeit sowie zumindest therapeutisches Basiswissen voraus.“ (Lalouschek 1995, 56). Diese Voraussetzungen können aber nicht von allen Studierenden erwartet werden, weshalb durch diese Normvorstellungen und Handlungsanweisungen in den Gesprächen Kommunikationsproblemen entstehen können (Lalouschek/Menz 1999, 64).

- Motivation

Eine Grundlage für das Gelingen von Gesprächstrainings ist die Motivation der TeilnehmerInnen. Hartung (2004, 60) stellt fest: „... (A)uch wenn die Teilnehmer lernfähig sind, heißt das noch lange nicht, dass sie lernwillig sind.“. Menz/Nowak (1992) haben im Rahmen ihres Forschungsprojekts zum Gesprächstraining für ÄrztInnen in Österreich festgestellt, dass die Verordnung der Trainings von Seite der Vorgesetzten anfänglich „Ärger und Abwehr“ provozierte und, dass die Lernbereitschaft erst aufgebaut werden musste (Menz/Nowak 1992, 84). Diese Annahme lässt sich auch auf den Universitätskontext übertragen. Sind die Studierenden im Lauf ihres Studiums gezwungen, die Lehrveranstaltung zu besuchen, beeinflusst dies ihre Motivation. Der Aufbau der Motivation beansprucht Zeit, die bei freiwilligen Lehrveranstaltungen (zum Beispiel dem Fachtutorium Anamnesegruppe) wegfällt.

- Trennung zwischen Rolle und Person

In manchen Situationen entstehen Probleme, wenn die Situation und vor allem der Simulationsrahmen nicht besprochen werden. Durch die klare Behandlung einer Simulation als solche können „Widerstandsphänomene“ vermieden und die Trennung zwischen Rolle und Person erleichtert werden (Dieckmann/Rall/Eich/Schnabel/Jünger/Nikendei 2008, 643). Den beteiligten Personen muss bewusst sein, dass sie eine Simulation durchführen und, dass auch die andere Person sich dieser entsprechend verhält.

„Teilnehmer, die der Meinung sind, dass die Unterschiede ihres Handelns beim Rollenspiel und im klinischen Setting erkannt und beachtet werden, sehen wahrscheinlich weniger Bedarf, sich im Debriefing, also der Nachbesprechung des Simulationsszenarios zu schützen und erkennen möglicherweise leichter die Relevanz der Simulation für ihre eigene Arbeit an.“

(Dieckmann/Rall/Eich/Schnabel/Jünger/Nikendei 2008, 643).

Der Selbst-Schutzmechanismus der TeilnehmerInnen sollte nicht im Vordergrund stehen, sonst kann es zur „*Relevanzverschiebung*“ kommen, welche die „... *Beschäftigung mit den Inhalten, die vermittelt werden sollen, in den Hintergrund drängt.*“ (Fiehler/Schmitt 2004, 121).

Das Bewusstsein über die Simulation und den darin bedingten Handlungsweisen wirkt sich für beide Seiten, sowohl Studierende als auch SP, positiv aus. Auf der einen Seite sollte also darauf geachtet werden, dass die Studierenden sich nicht angegriffen fühlen und nicht ständig erklären müssen, dass sie etwas in einer echten Situation unterschiedlich gemacht hätten. Auf der anderen Seite muss auch die Rolle des standardisierten Patienten oder der standardisierten Patientin von der Person getrennt werden, um zu vermeiden, dass die der Rolle zugeschriebenen Eigenschaften auf die Person übertragen werden. Speziell in Gespräche, in denen die Patient-Rolle eine negative Komponente beinhaltet, sollte die Trennung klar sein. Wenn die Trennung nicht eingehalten wird, kommt es zum Erschwernis des Feedback-Prozesses und zu einer zusätzlichen psychischen Belastung für die SP (Dieckmann/Rall/Eich/Schnabel/Jünger/Nikendei 2008, 645- 646).

Bei der Trennung zwischen Rolle und der echten Person hilft „... *das bewusste Anlegen von Szenarien-spezifischer Kleidung sowie das bewusste Überschreiten einer räumlichen Linie in den Simulationsraum hinein und wieder hinaus ...*“ (Dieckmann/Rall/Eich/Schnabel/Jünger/Nikendei 2008, 646).

- **Hintergedanken**

Da nur die DozentInnen und TutorInnen die Patientengeschichte von Beginn an kennen, kann es vor allem bei Simulationen dazu kommen, dass ein/e Studierende/r sich ungerecht behandelt fühlt. Bei den TeilnehmerInnen kann der Eindruck entstehen, genau sie bekämen die schwierigsten Fälle und die DozentInnen würden „... *deliberately planning to trip up the learner.*“ (Kurtz/Silverman/Draper 2005, 93). Diese unangenehme Situation soll möglichst vermieden werden, zum Beispiel indem die Funktion der standardisierten PatientInnen klar besprochen wird. So kann verhindert werden, dass die Studierenden, anstatt ihre Fähigkeiten zu verbessern, sich über unfaire Behandlung aufregen (Kurtz/Silverman/Draper 2005, 93).

4.4.5 Überprüfung und Beurteilung von Gesprächskompetenz

Für eine eindeutige Bewertung der Gesprächskompetenz sind reine Wissenstests nicht ausreichend, sondern eine Überprüfung der „praktischen“ Kompetenz ist zusätzlich erforderlich. Für das Testen des Wissens über Sprache, Handlungsmuster etc. stehen sowohl mündliche als auch schriftliche Prüfungsarten zur Verfügung, dazu gehören Multiple-Choice-Tests, Aufsätze oder schriftliche Arbeiten oder das mündliche Abfragen. Was den praktischen Teil der Gesprächskompetenz betrifft, stellt die Überprüfung und Beurteilung für die Entwicklung, Auswertung und Durchführung der Prüfungsmethoden angesichts der Komplexität dieser eine große Herausforderung dar (Kurtz/Silverman/Draper 2005, 263). Ähnlich wie bei der Vermittlung stellt sich auch bei der Prüfung die Frage, wie genau die Kompetenz definiert wird und woran sie messbar ist. In den meisten Trainings, wie etwa einer Mitarbeiterschulungen, liegt die formale Beurteilung der Fortschritte nicht im Fokus, während die Bewertung in einigen Formen des Trainings, etwa im Studium, einen wichtigen Faktor darstellt. Zu Bedenken ist auch der Unterschied zwischen gesprächs- oder diskursanalytischer Forschung und den „traditionellen“ Trainingskonzepten, da bei diesen jeweils andere Ziele und Bewertungsmöglichkeiten existieren. Im diesem Kapitel wird aus Platzgründen nur auf die Prüfungen, die im medizinischen Feld verwendet werden, eingegangen.

Es wird zwischen zwei Arten der Überprüfung der Kompetenz unterschieden, nämlich der formativen und der summativen bzw. zertifizierten Überprüfung. Beide Prüfungsarten sollten miteinander verbunden werden und eine ähnliche Grundfragestellung präsentieren (Rolfe/McPherson 1995, 838). Auf diese Art kann eine formative Evaluation, die dasselbe Format hat, wie die darauf folgende summative Prüfung die Studierenden auf Letztere vorbereiten, was gleichzeitig den Effekt des Trainings verbessert (Kurtz/Silverman/Draper 2005, 254).

4.4.5.1 Formative Überprüfungen

„*Formative assessment is informal, ongoing assessment that is an integral part of the teaching and learning process.*“ (Kurtz/Silverman/Draper 2005, 254). Gutes Feedback, Hilfestellung bei Problemen, sowie Korrekturen bei Fehlern und eine angstfreie Atmosphäre unterstützen den Erfolg dieser Art der Überprüfung (Rolfe/McPherson 1995, 837). Ein Vorteil dieser Methode ist, dass sie den Studierenden hilft, ihr eigenes Wissen zu üben und kritisch zu hinterfragen. Außerdem wird so den Studierenden ermöglicht die *“individual strengths and*

weaknesses“ zu identifizieren, ohne negative Noten zu riskieren (Rolfe/McPherson 1995, 837). Die Evaluation kann mehr als nur eine Unterrichts- oder Prüfungseinheit mit einbeziehen, wodurch die persönlichen Verbesserungen und Fortschritte besser zur Geltung kommen (Rolfe/McPherson 1995, 837).

4.4.5.2 Summative Prüfungen

Die summativen Prüfungen finden meist am Schluss des Trainings statt und bilden die Grundlage für den Zeugniserwerb bzw. das Weiterkommen der Studierenden. Die Motivation eine solche Prüfung zu bestehen und für sie zu lernen, ist dementsprechend größer als bei formativen Prüfungen. Eine wichtige Voraussetzung ist dabei, dass die Lerninhalte mit den Prüfungsinhalten oder Aufgaben übereinstimmen und die Aufgabenstellung klar definiert ist (Kurtz/Silverman/Draper 2005, 154-255).

4.4.5.2.1 OSCE

Die am häufigsten verwendete Prüfungsmethode in der medizinischen Ausbildung ist die OSCE. Die Abkürzung steht für *Objective Structured Clinical Evaluation* und gibt bereits drei wichtige Punkte, die für diese Art der Prüfung signifikant sind, an. Die Prüfung sollte so objektiv wie möglich erfolgen, daraus folgt, dass alle Studierenden den gleichen Prüfungsaufgaben unterzogen werden. Bei der Prüfung gibt es eine klare Struktur, mehrere Fähigkeiten werden in standardisierten und klar definierten Aufgabenbereichen (sogenannten Stationen) behandelt. Klinisch ist die Prüfung deshalb, weil es sich nicht um die Überprüfung durch die Abfrage von Wissen, sondern durch das Ausführen verschiedener medizinischer Tätigkeiten handelt (Kurtz/Silverman/Draper 2005, 264).

Harden/Stevenson/Downie/Wilson (1975) waren die Ersten, die diese Methode dokumentierten. Die „Original-Version“ enthielt eine Reihe von 16-20 Stationen zu jeweils fünf Minuten und fokussierte die klinische Untersuchung (Harden/Stevenson/Downie/Wilson 1975, 448). Seit damals kam es zu Veränderungen dieses Settings, so wurden zum Beispiel die Stationen an die jeweilige Lernenden-Gruppe angepasst und die kommunikativen Fertigkeiten stärker betont. Außerdem kommen heute in den meisten Fällen Laien als standardisierte PatientInnen vor, während Harden/Stevenson/Downie/Wilson (1975) Schauspieler engagierten.

Die Vielfalt der Stationen ist beachtlich, in

„... one station the student may be asked to interview a patient about a headache. In another station he or she may be asked to read an X-ray. In another station, the student may be asked to examine an abdomen. There are usually stations in between which the student is asked questions relevant to the previous stations.“ (Barrows 1993, 448).

Koerfer/Köhle/Obliers/Sonntag/Thomas/Albus (2008, 66) fanden bei Umfragen der Studierenden an der Universität Köln heraus, dass circa 90% der Studierenden der OSCE mit SP eine sehr gute oder gute Einschätzung geben, was eine *„... besonders hohe Akzeptanz für das Prüfungsverfahren ergibt ...“* (Koerfer/Köhle/Obliers/Sonntag/Thomas/Albus 2008, 66).

Zu den Nachteilen der OSCE gehört, dass sie zwar bestimmen kann, ob ein Student/eine Studentin in der Lage ist, die Tätigkeit auszuführen, allerdings nichts darüber aussagt, ob die Studierenden die Fähigkeiten in der Realität auch anwenden (Barrows 1993, 449).

4.4.5.2.2 Alternativen zur OSCE

Neben den unterschiedlichen Ausprägungen der OSCE gibt es auch andere Verfahren der summativen Prüfung, dazu zählt die Arbeit mit echten PatientInnen oder die Mini-CEX.

Bei der Arbeit mit echten PatientInnen wird ein Patient/eine Patientin regelmäßig mit dem Studierenden gefilmt und die Fortschritte von den DozentInnen nach dem Gespräch anhand der Aufnahme besprochen. Der Vorteil dieser Methode ist die Verwendung echter PatientInnen, wodurch die Möglichkeit der Artefakte verringert wird. Allerdings ist diese Prüfungsart deutlich aufwendiger, da sowohl technische Mittel, als auch Räume des Krankenhauses beansprucht werden und der organisatorische Aufwand durch die Beteiligung echter PatientInnen und die Häufigkeit der Begegnungen erhöht wird (Kurtz/Silverman/Draper 2005, 267).

Auch die Prüfungsart Mini-CEX ist eine Alternative zur OSCE. *„To facilitate direct observation during residency training, the American Board of Internal Medicine (ABIM) developed the miniclinal evaluation exercise (mini-CEX).“* (Holmboe/Huot/Chung/Norcini/Hawkins 2003, 826). Diese Prüfungsart wird direkt an dem Patienten/an der Patientin durchgeführt, es werden dabei verschiedene Aspekte der Ausbildung, nämlich *„...medical interviewing, physical examination, humanistic qualities/ professionalism, clinical judgment, counseling skills, organization/efficiency, and overall competence...“* geprüft (Holmboe/Huot/Chung/Norcini/Hawkins 2003, 827).

5 Artifizialität und Artefakte in der Simulation

Jede Simulation stellt eine künstlich erzeugte Gesprächssituation dar, die sich „... *erheblich von natürlichen Gesprächen desselben Typs unterscheidet ...*“ (Brons-Albert 1995, 41).

Kindt (1986, 160) bestätigt nach seinen Untersuchungen zu Arzt-Patient-Gesprächen, dass die Situation und die Sprache in der Simulation komplexer sind, und die Analyse durch den Kontext der Simulation erschwert wird. Er nennt außerdem fünf Faktoren, welche die Artifizialität verstärken. Dazu gehören die Aufgabenstellung, die von den TeilnehmerInnen abgearbeitet werden muss, der Mangel an genauer Definition der Spielsituation sowie die mangelnde Angleichung der Simulation an die Realität. Ein großes Problem stellt auch die Zeitspanne dar, die in vielen Simulationen von der realen Dauer abweicht sowie Probleme die vorhandenen Asymmetrien und Beziehungen zu konstruieren. Der letzte Punkt bezieht sich auf das Beobachterparadoxon und das schauspielerische Verhalten der Beteiligten (Kindt 1986,161).

Das Rollenspiel ist trotz der Artifizialität nicht grundsätzlich ungeeignet für Gesprächstrainings, sondern dieser Umstand bedarf besonderer Aufmerksamkeit. Besonders problematisch ist es nur in zwei Fällen. Der erste ist, „... *wenn sein Zweck [= der des Rollenspiels] auf der Ebene des Erlebens liegt und zugleich im Spiel die Erlebensseite unecht ausfällt ...*“ und „... *wenn der Zweck auf der Ebene des Verhaltens liegt und zugleich das Spiel Artefakte aufweist ...*“ (Bliesener 1994,16).

In diesem Kapitel wird zuerst auf die allgemeinen artifiziellen Eigenschaften und die Beziehungen zwischen den TeilnehmerInnen in der Simulation eingegangen, bevor die dadurch möglichen Spieleffekte, oder Artefakte und der Umgang mit ihnen, genauer untersucht werden.

Eine grundlegende Eigenschaft für eine zu dem Gesprächstyp „Simulation“ gehörenden Interaktion ist der *„rekonstruktiv-nachahmende“* und der *„konstruktiv-gestaltende“* Charakter (Lepschy 1999,56). Mit rekonstruktiv-nachahmend ist gemeint, dass die Simulationen Handlungen oder Handlungsmuster nachstellen, zugleich aber auch durch die konstruktiven Eigenschaften neue Handlungen erzeugt. Die Simulation bildet in diesem Sinne eine eigene Wirklichkeit und keines der Gespräche ist vorhersehbar oder planbar (Lepschy 1999, 56). Bliesener (1994, 15) meint dazu, dass die Simulation ein „... *Kommunikationsprozess [ist], bei dem die üblichen Voraussetzungen und Folgen von Handlungen gekappt und durch sekundäre ersetzt sind.*“. *„Welche Auswirkungen diese Künstlichkeit des Rahmens der*

Kommunikation auf ihren Verlauf hat, steht allerdings noch dahin.“ (Bliesener 1994, 15). Der artifizielle Rahmen kann sich auf zwei Arten auf die Interaktion auswirken. Einerseits kann der sekundäre Zweck dieselben Motivationen, Reaktionen und Fähigkeiten wie der primäre Zweck hervorrufen, wodurch der Authentizitätsfaktor der Simulation steigt. Auf der anderen Seite können so aber auch Eigenschaften gestärkt werden, die zu einer Abweichung von den natürlichen Verhaltensweisen führen. In dem Fall der Abweichung bezieht diese sich sowohl auf die „inneren Komponenten“, wie die Beziehungsgestaltung und das persönliche Engagement in der Simulation, als auch auf „äußeren Komponenten“, also die konkreten (sprachlichen) Handlungen der TeilnehmerInnen (Bliesener 1994, 15). Diese äußeren artifiziellen Verhaltensweisen werden als Artefakte bezeichnet und können verschiedene Ausprägungen und Formen annehmen (Bliesener 1994,16).

5.1. Innere Komponenten

Zu den inneren Komponenten zählen alle Faktoren, die das Handeln der Personen auf emotionaler Ebene beeinflussen. Dazu zählen die persönlichen und übergeordneten Ziele der Simulation, die Beziehung zwischen den TeilnehmerInnen und das Machtgefüge in der jeweiligen Gesprächssituation.

5.1.1 Artifizielle Ziele der Simulation

Die Art des Trainings und der Grad an Authentizität steht in Relation mit der Zielsetzung der Simulation. Bei der Auswertung und Zielsetzung von Simulationen schlägt Bliesener (1994, 14) deshalb zwei Dimensionen vor, die beachtet werden sollten, nämlich der „Gegenstandsbezug“ und der „Adressatenbezug“. Der Gegenstandsbezug, also die gespielte Situation selbst, benennt die Nähe der Situation zum Spieler oder zur Spielerin. Dabei können sowohl eigene schon übliche oder auch neue Verhaltensweisen sowie fremde Verhaltensweisen gespielt werden. Die Simulation kann mehrere Adressaten haben, eine Möglichkeit ist, dass sie nur für die eigene Person gedacht ist, um neue Erfahrungen und das Einfühlen in die Situation zu erleben. Die andere Möglichkeit schließt die Beobachtung für Außenstehende mit ein.

„Außenstehende können ein Rollenspiel zum Beispiel vorgeführt bekommen, damit sie darauf Rückschlüsse auf die Eigenarten und Fähigkeiten der Spieler ziehen können, also zu diagnostischen Zwecken, oder damit sie ein noch unbekanntes Verhalten mit eigenen Augen ansehen können, also zu Demonstrationszwecken.“ (Bliesener 1994, 14).

Der Adressatenbezug in Prüfungssituationen und bei der Aufnahme und Nachbearbeitung des Gesprächs liegt dabei sowohl auf den SpielerInnen selbst als auch bei den DozentInnen. Dabei ist zu bedenken, dass nur die äußere Erscheinung und nicht die emotionale Komponente aufgezeichnet werden kann (Bliesener 1994, 14). Die folgende Tabelle zeigt, welche möglichen Zielsetzungen sich aus der Kombination dieser beiden Faktoren ergeben.

Adressaten Gegenstand	Außenstehende	Spieler: Eigenes Erleben	Spieler: Eigenes Verhalten
Fremdes Verhalten	Diagnostik Demonstration	Einfühlung	Erkundung Einblick
Neues eigenes Verhalten	Diagnostik Demonstration	Erspüren „Sensibilisierung“	Erprobung Einübung
Übliches eigenes Verhalten	Diagnostik Demonstration	Selbsterfahrung Wiedererleben und Katharsis	Bewußtwerdung von Gewohnheiten Kennenlernen von Alternativen

Abb. B. Mögliche Zielsetzung von Rollenspielen

Wenn man die Kategorisierung von Bliesener (1994,14) auf die Simulationsgespräche in der Ausbildung überträgt, spielt der/die Studierende sein/ihr zukünftiges Verhalten, während der simulierte Patient/die simulierte Patientin fremdes Verhalten spielt. In Bezug auf den Adressatenbezug gilt, dass die Gespräche sowohl für Außenstehende als auch für den Spieler selbst gedacht sind, wodurch das Spektrum der Ziele in der Simulation aus Diagnostik und Demonstration, Erspüren bzw. Sensibilisierung sowie Erprobung und Einübung neuer Verhaltensweisen ergibt. Für die Studierenden ergibt sich daraus, dass sie eine neue Situation kennenlernen und erfahren sollen. Durch den Einbezug der BeobachterInnen und das Ziel der Bewertung entspricht diese aber nicht der authentischen Situation. Der primäre Zweck der Diagnosefindung im medizinischen Sinn spielt, so Kurtz/Silverman/Draper (2005, 90-91), in dem Training eine untergeordnete Rolle, er wird außerdem durch die Prüfungssituation beeinflusst.

5.1.2 Beziehungen und Machtverhältnisse in der Simulation

Durch das Einnehmen der Simulationsrollen kommt es meistens auch zu einer Verschiebung der Beziehung zwischen den TeilnehmerInnen. Prinzipiell gilt, dass, je größer die Nähe zur beruflichen Realität der TeilnehmerInnen ist, desto wirksamer das Training ist. Dabei geht es auch um die Beziehungen und Aufgaben im Gespräch (Becker-Mrotzek 1994, 252).

Da die Unterschiede zur Realität stark von der jeweiligen Simulation und dem Kontext abhängig sind, wird in diesem Abschnitt nur auf den medizinischen Bereich in der Ausbildung eingegangen.

Wie schon in Kapitel 1.3.2 beschrieben, gibt es in Arzt-Patient-Gesprächen besondere Asymmetrien, die sowohl die Rollenverteilung als auch die Verteilung des Wissens betreffen. In der Simulation, speziell zwischen Studierenden und simulierten PatientInnen, verschiebt sich die Asymmetrie, da beide Parteien nicht sich selbst spielen. TutorInnen spielen PatientInnen und Studierende spielen ÄrztInnen.

Im Zusammenhang mit der Wissensverteilung wird deutlich, dass das Laien-Experten-Verhältnis nicht reproduziert werden kann. Der SP hat in der Regel mehr organisatorisches Wissen als der/die Studierende, da er/sie durch die häufigen Wiederholungen der Simulation mehr Erfahrungen mit Anamnesegesprächen und dem Ablauf der Simulation erwirbt. Außerdem ist er/sie deutlich besser über seine/ihre Krankheit informiert als die meisten echten PatientInnen, da ihm/ihr im vorbereitenden Training speziell dieses medizinische Wissen gelehrt wird. Zusätzlich hat vor allem der simulierte Patient/die simulierte Patientin keine persönliche Verbindung zur Krankheit und verfolgt auch nicht das traditionelle Ziel der Heilung der Beschwerden, was die Situation zusätzlich von realen Arzt-Patient-Gesprächen abgrenzt (Hanna/Fins 2006, 266).

Auf der Seite des Studierenden werden in manchen Fällen zwei Dinge deutlich, erstens wie wenig Umgang diese/r mit Arzt-Patient-Gesprächen bereits hatten und zweitens, dass auch das medizinische Wissen während des Studiums noch nicht vollständig ausgebildet ist. Infolgedessen werden „... *Rollenspieler als `mächtiger` erlebt ..., als ihre `Vorbilder` in der klinischen Realität ...*“ (Dieckmann/Rall/Eich/Schnabel/Jünger/Nikendei 2008, 644).

Was die Beziehungskomponente des Gesprächs betrifft, mangelt es den Studierenden an dem Wunsch eine solche aufzubauen. Der/die Studierende wird aber im Gesprächstraining dazu aufgefordert, eine idealisierte Rolle des Arztes/der Ärztin zu spielen, die diesen Aspekt mit einbezieht. Durch die idealisierte Rollenvorstellung wird „...*the student ... encouraged to simulate an identity that cannot be found whole anywhere in reality...*“ und lernt nicht, eine echte Beziehung aufzubauen, sondern diese nur zu simulieren (Hanna/Fins 2006, 267). Hanna/Fins (2006, 267-268) schließen daraus, dass die Fertigkeit des echten Beziehungsaufbaus in den Gesprächstrainings nicht vermittelt werden kann.

5.2 Artefakte oder äußere Komponenten

Artefakte oder Spieleffekte können in unterschiedlichen Trainings auftreten. Brünner (1987) analysiert etwa die Artefakte in praktischen Übungen in einem Bergwerk bei der Lehrlingsausbildung. Brons-Albert (1995) befasst sich mit einem Training von Buchhändlerinnen, also Verkaufsgesprächen. Im medizinischen Bereich befasst sich unter anderem Kindt (1986) mit dieser Thematik. In diesem Kapitel wird versucht, eine Übersicht über die in den oben genannten Feldern gefundenen Artefakte, zu geben. Die Liste ist keineswegs vollständig, da jede Situation unterschiedliche Artefakte produziert, und kann deshalb auch nur bedingt als Grundlage für die Analyse der Übungsgespräche aus der Gesprächsführung A herangezogen werden. Neben der Beschreibung einzelner Artefakte geht es in diesem Abschnitt auch um die Möglichkeiten, diese zu vermeiden und den Umgang mit ihnen, wenn sie bereits aufgetreten sind.

- Kontrafaktische Situationsbedingungen

Die Simulationsbedingungen unterscheiden sich immer zumindest in gewisser Weise von den realen Bedingungen. Um die Simulation durchzuführen, werden deshalb die fehlenden Bedingungen in verbaler Form eingeführt, d.h. der Trainer/die Trainerin erzählt, wie die Situation sein sollte. Diese kontrafaktische und nur verbal eingeführte Situation kann entweder klar und präzise, oder aber nicht genau definiert und folglich instabil sein. In letzterem Fall können Widersprüche entstehen und die Kommunikation weicht von dem normalen Schema ab (Brünner 1987, 223-25). Die kontrafaktischen Bedingungen können zum Beispiel vergessen oder verletzt werden. Je instabiler und ungenauer sie sind, desto größer ist die Gefahr, dass es zu einem Ebenenfehler kommt. Eine Art des Ebenenfehlers ist, wenn eine Pause in der Simulation entsteht, da auf der realen Ebene der Aufgabenstellung Klärung notwendig ist. Eine andere Art des Ebenenfehlers kann auftreten, wenn „...*(f)aktische Situationselemente der Ausbildungssituation ... im simulativen Handeln (sozusagen gegen die sichtbaren Fakten) nicht berücksichtigt werden [dürfen].*“ (Brünner 1987, 226).

- (Verbaler) Ersatz für Handlungen

In vielen Simulationen werden Tätigkeiten nicht ausgeführt, sondern ganz oder teilweise durch Erklärungen ersetzt. Dieser Ersatz erspart Zeit und je nach Tätigkeit auch Materialien (Brons-Albert 1995, 105-106). Bei manchen Tätigkeiten kommt es nicht zu einem verbalen Ersatz, sondern zur Andeutung oder Simulation der Handlung. Es kann auch parallel zur Tätigkeit eine „...*Beschreibung der Tätigkeit und ... einer Begründung für sie...*“ gegeben

werden (Brünner 1987, 105). Ein Medizinstudent kann zum Beispiel andeuten, dem Patienten/der Patientin eine Spritze zu geben, ohne diese wirklich zu verabreichen.

- Über-Expliztheit

Da die Aufmerksamkeit im Training auf der Sprache und der kommunikativen Kompetenz liegt, werden bei der Simulation die erlernten Strategien und Muster bewusst umgesetzt. Die Fokussierung auf die Kommunikation kann auf mehreren Ebenen zu Über-Expliztheit führen. Brons-Albert (1995, 105-108) nennt drei Arten der Über-Expliztheit, die bei dem Training mit den Buchhändlerinnen auffällig waren. Mit „*handlungsbegleitende(m) Sprechen*“ ist ein Kommentar zur Tätigkeit, den die SpielerInnen äußern, während sie die Tätigkeit ausführen, gemeint (Brons-Alber 1995, 106). Diese begleitenden Äußerungen können als „... *Zeichen für eine sehr bewußte Wahrnehmung des eigenen Verhaltens ...*“ aufgefasst werden (Brons-Albert 1995, 107). Sowohl die „*explizite(n) Aufforderungen*“ (Brons-Albert 1995, 107) als auch die „*expliziten Antworten*“ (Brons-Albert 1995, 108) spiegeln eine deutliche Steigerung der Initiative von Seite der Buchhändlerinnen.

5.2.1 Vorkehrungen gegen Artefakte

Ein wichtiger Punkt zur Vermeidung von Artefakten ist, die „... *entscheidenden kommunikationsbeeinflussenden Variablen möglichst ähnlich [zu reproduzieren]*“ (Bliesener 1994, 19). Der Autor nennt dazu folgende signifikante Faktoren:

- „-*atmosphärische Qualität,*
- *allgemeine Auflagen und Beschränkungen, z.B. Hausordnung, Dienstvorschrift,*
- *gebräuchliche Arbeits- und Hilfsmittel,*
- *typische Behinderungen und Störungen.*“ (Bliesener 1994, 19).

Die möglichst genaue Nachstellung hat zwei Vorteile, einerseits können sich die Beteiligten besser in die Rolle hineinversetzen, andererseits treten dadurch auch die alltäglichen Komplikationen auf und werden bearbeitet. Je genauer die alltäglichen Komplikationen während des Trainings bearbeitet werden, desto einfacher fällt den Studierenden später der Umgang mit diesen im Berufsalltag. Organisatorische Angelegenheiten wie Dauer, Umgang mit Medien, Thema, Auswertung, Partnerzuordnung und eventuell die Anwesenheit von Publikum sollte schon vor der Simulation besprochen werden, um eine Störung dieser zu vermeiden (Bliesener 1994, 19). Bei der räumlichen Umgebung soll darauf geachtet werden, die typischen Bedingungen herzustellen, ohne allerdings zu viel Neues oder Spannendes hinzuzufügen, um Ablenkung zu vermeiden. Was die Beschränkungen betrifft ist, es wichtig, diese genau einzuhalten. Wie schon oben erwähnt, macht es einen Unterschied, ob etwas, zum

Beispiel ein Helm, faktisch existiert oder nur verbal realisiert wird. Dasselbe gilt für Kleidung und Arbeitsmaterialien verschiedenster Art. Bei Ärzten und Ärztinnen sollten zum Beispiel Karteikarten oder ähnliche Hilfsmittel vorhanden sein. Der Mangel an organisatorischer Dokumentation, zum Beispiel wann jemand eingeliefert wurde oder vorhergehende Blutdruckmessungen kann das Gespräch beeinflussen. Bei technischen Hilfsmitteln sind funktionstaugliche vorzuziehen. (Bliesener 1994, 20-21).

Wenige der realen Gespräche, auch wenig Anamnesegespräche, verlaufen ohne Störung von außen. Zu den Störungen gehören Telefonanrufe, Unterbrechungen durch Pflegepersonal oder Lautsprecherdurchsagen. Da auch der Umgang mit diesen Störungen erlernt werden muss, sollten sie im Training vorkommen.

„Die Folgen solcher Unterbrechungen für Stimmung, Aufmerksamkeit, Interesse und damit für den gesamten Fortgang des Gesprächs sind oft unabsehbar. Auch diese Effekte lassen sich nur dann realistisch simulieren, wenn die Hindernisse und Störungen realistisch ins Rollenspiel eingebaut werden.“ (Bliesener 1994, 21).

Es unterstützt die Natürlichkeit der Gespräche, wenn die Dauer der Simulation ungefähr mit dem echten Zeitraum des Gesprächs übereinstimmt. *„... (K)urze und lange Gespräche unterscheiden sich nicht nur nach der `Menge` der Interaktion, sondern auch nach Qualität und Struktur.“* (Bliesener 1994, 24). Wird die Dauer absichtlich verlängert, entstehen Dehn-Effekte und bei Verkürzung kommt es zur Raffung der einzelnen Handlungsschritte und eventuell der Auslassung wichtiger Punkte (Bliesener 1994, 24-25).

5.2.2 Umgang mit Artefakten

Die Artefakte treten nicht nur bei einer wissenschaftlichen Analyse hervor, sondern können auch von den Beteiligten selbst erkannt werden und dadurch das Training und das Feedback beeinflussen. Bliesener (1994, 17) nennt vier Strategien, die in der Praxis gut umsetzbar sind und beim Auftreten von Artefakten einen positiven Lerneffekt erzielen.

Die erste Strategie ist *„... (b)eim Feedback Artefakte ausklammern oder kenntlich machen...“*, nicht immer spielt jedes Artefakt eine signifikante Rolle, in diesem Fall kann es bei der Besprechung übergangen werden (Bliesener 1994, 17). Sollte ein Artefakt ein signifikantes Gesprächselement sein oder durch das Feedback in den Fokus rücken, ist eine Besprechung wichtig. Der Hinweis, dass es sich um einen Simulationseffekt handelt, ist von großer Bedeutung, damit die SpielerInnen nicht unnötiger (Selbst-)Kritik ausgesetzt sind (Bliesener 1994, 17).

Im Falle, dass das artifizielle Verhalten positiv ist, sollte es trotz des Artefakt-Charakters bestärkt werden. Dadurch verbessert sich die Motivation und die Bestärkung ermutigt den Teilnehmer/die TeilnehmerIn (Bliesener 1994, 17). Nicht nur die Motivation kann durch die Bestätigung artefaktbedingter, aber dennoch guter Interaktionshandlungen verbessert werden. Durch eine Verallgemeinerung des Artefakts kann etwas über die *“generellen Regelmäßigkeiten von Kommunikation“* vermittelt werden (Bliesener 1994, 17). Als letzte positive Umsetzung von Artefakten bietet sich die Verschiebung ins Einmalige an. Die Frage, warum gerade diese Person in diesem speziellen Gespräch so unnatürlich gehandelt hat, kann Einblicke in die Emotionen, Erwartungen und Gründe für ihr Handeln geben und dadurch auch einen Beitrag zur Verbesserung der kommunikativen Kompetenz sein (Bliesener 1994, 18).

6 Die Untersuchungsmethode: Gesprächsanalyse

6.1 Grundlagen und Ziele

Die Gesprächsanalyse erforscht systematisch die *„Bedingungen und Regeln“*, die in verschiedenen gesellschaftlichen Gebieten die Kommunikation bestimmen (Brinker/Sager 2006,19). Dabei geht sie von allgemeinen Merkmalen von Gesprächen aus, die schon besprochen wurden, nämlich der Prozesshaftigkeit, Interaktivität, Kontextgebundenheit, Regelmäßigkeit und, dass ein Gespräch auf mehreren Ebenen stattfindet (Deppermann 1999, 8).

Das Ziel einer solchen Analyse ist *„... die gesprächskonstitutiven Einheiten (Schritt, Sequenz, Phase) zur ermitteln und die Elemente der Gesprächsstruktur auf verschiedenen sprachtheoretischen Ebenen (etwa Äußerungsebene, Bedeutungsebene, Handlungs- und Beziehungsebene) zu beschreiben“* (Brinker/Sager 2006, 19). Jedes Gespräch wird dabei als interaktiver Prozess gesehen, der einer gewissen Ordnung folgt. Diese Organisation erfolgt auf drei Ebenen, der Diskursebene, der Ebene der Sprechhandlungssequenzen und der Ebene einzelner kleinerer Elemente, wie etwa Sprechhandlungen oder Teile von Äußerungen. Ein Diskurs in diesem Sinn ist folglich eine strukturierte Verbindung mehrere Sequenzen, wie zum Beispiel der Unterrichtsdiskurs (Becker-Mrotzek/Meier 1999, 19-20). Das Ziel der Analyse ist es, sowohl den *„Handlungsvollzug“* als auch das *„Handlungsergebnis“* zu beschreiben (Brinker/Sager 2006, 20). Dabei beschränkt sich die Analyse auf die

nachvollziehbaren sprachlichen Daten und versucht nicht die Intention der Beteiligten zu konstruieren (Deppermann 1999,83).

Die Gesprächsanalyse ist stark empirisch geprägt, sie befasst sich ausschließlich mit der Untersuchung von authentischem Material. Die Vorgehensweise ist dabei meist qualitativ und induktiv, d.h. die Theorie wird an das Material angepasst. Aus diesem Grund ist auch die detailgenaue Transkription sehr wichtig für eine gesprächsanalytische Untersuchung (Deppermann 1999, 10-11). Ein Problem, das sich bei der Datenerhebung ergeben kann, ist das Beobachterparadoxon. Labov (1980,17) benutzte diesen Begriff, um auszudrücken, dass „... [wir], *um die Daten zu erhalten, die am wichtigsten für die linguistische Theorie sind, (...) beobachten [müssen], wie die Leute sprechen, wenn sie nicht beobachtet werden.*“. Durch die Beobachtung selbst kann das Gespräch sich verändern, was bei der Analyse bedacht werden sollte.

6.2 Entstehung der Gesprächsanalyse

Für die Entstehung der linguistischen Gesprächsanalyse waren drei Faktoren wichtig, ersten die „... *in den 60er Jahren verstärkte einsetzende Erforschung der gesprochenen deutschen Sprache ...*“, die amerikanische Konversationsanalyse und die angelsächsische Sprechakttheorie, die heute vor allem in der Funktionalen Pragmatik zum Einsatz kommt (Brinker/Sager 2006, 14-15). Da die vorliegende Analyse konversationsanalytisch ausgerichtet ist und da die Gesprächsanalyse und Konversationsanalyse viele Gemeinsamkeiten haben, folgt eine Darstellung der theoretischen Grundlagen der Konversationsanalyse. Nach dieser Darstellung wird auf einige Unterschiede zur Gesprächsanalyse eingegangen.

6.3 Entwicklung und Grundlagen der Konversationsanalyse

Harold Garfinkel begründete die Ethnomethodologie, eine soziologische Theorie zu gesellschaftlichen Handlungsformen. Garfinkel kritisiert Parsons Theorie der sozialen Ordnung wegen des normativen Charakters von Konsens, der zur Beibehaltung sozialer Ordnung beiträgt. „*Die Ethnomethodologie hat sich in den 50er und 60er aus einer Kritik an dem damals dominanten sozialwissenschaftlichen Paradigma des Strukturfunktionalismus entwickelt.*“ (Bergmann 2001,290). Sie geht davon aus, dass die interaktiven Handlungen der Mitglieder einer Gesellschaft eine soziale Ordnung schaffen. Anders als bei Parsons wird

diese Ordnung aber nicht normativ oder durch Moral bestimmt, sondern durch Prozesse „*kognitiver Art*“ (Schneider 2002, 14).

Aus dieser Theorie der Ethnomethodologie entwickelten Harvey Sacks, Emanuel Schegloff und Gail Jefferson die ethnomethodologische Konversationsanalyse (*conversation analysis*). Zu Beginn der 1970er Jahre arbeitete diese Gruppe an einem Korpus von Gesprächen einer Telefonseelsorge für Selbstmordgefährdete in Los Angeles. Das Ziel war es, eine Methode zu entwickeln, um die sozialen Verhaltensweisen zu analysieren (Fele 2007, 9-10).

Eine der grundlegenden Eigenschaften des konversationsanalytischen Ansatzes ist, dass alle Äußerungen, auch non-verbaler Art, „*social actions*“ darstellen, die gewissen, einschränkenden Bedingungen unterliegen (Drew/Chatwin/Collins 2006, 29). Diese Handlungen sind miteinander verbunden und ergeben sogenannte Sequenzen. Die Äußerungen oder Handlungen der GesprächsteilnehmerInnen stehen also nicht für sich alleine, sondern beziehen sich jeweils auf die Handlung davor. „*Hence CA focuses on the dynamic processes through which connected sequences of actions are built up.*“ (Drew/Chatwin/Collins 2006, 29). Die Sequenzen folgen außerdem einer gewissen Ordnung, wodurch in begrenztem Ausmaß die Konsequenzen einer Sequenz auf die nächste Sequenz geplant werden können (Drew/Chatwin/Collins 2006, 29).

Die Konversationsanalyse geht ferner davon aus, dass sprachliche Handlungen verwendet werden, um soziale Ordnung herzustellen und versucht die zugrunde liegenden Mechanismen und Prinzipien zu dieser Organisation zu erforschen. Dabei übernimmt die Konversationsanalyse vier Grundannahmen aus der Ethnomethodologie, den Vollzugcharakter der sozialen Wirklichkeit, die Indexikalität, die Reflexivität und die Darstellbarkeit. Mit Vollzugscharakter der sozialen Wirklichkeit ist gemeint, dass die Wirklichkeit nicht objektiv vorhanden ist, sondern erst durch die Beteiligten und ihre Handlungen entsteht. Damit hängt zusammen, dass die Ordnung eines Gespräches sich erst in der jeweiligen Interaktion ergibt, bzw. von den TeilnehmerInnen hergestellt wird. Die Indexikalität bezieht sich auf die Verbindung zum Kontext, der das Erschließen von der Äußerungsbedeutung erst ermöglicht. Der Kontext selbst steht in einer Wechselbeziehung mit der Handlung, da diese beiden sich gegenseitig konstituieren (Reflexivität). Der letzte Punkt ist die Darstellbarkeit, die besagt, dass die GesprächsteilnehmerInnen sich durch das Einhalten der sequenziellen Ordnung zeigen, dass sie die Interaktionsregeln verstehen und akzeptieren (Bergmann 1994, 6-7).

Das Ziel der Konversationsanalyse ist, die Regeln, denen die Sequenz-Struktur folgt, zu untersuchen, um Aufschlüsse über die Konstruktion der abstrakten Organisationsprinzipien zu erhalten. Einer der zugrunde liegenden Mechanismen ist das Turn-taking System, welches Sacks/Schegloff/Jefferson (1974) beschreiben. Innerhalb dieses Systems gibt es mehrere mögliche Repräsentationen der Strukturen, die an die Gesprächssituation angepasst werden (Sacks/Schegloff/Jefferson 1974, 696). Neben dem System des Sprecherwechsels gibt es auch noch andere Mechanismen, wie Reparaturmechanismen (*repair*) (Sacks/Schegloff/Jefferson 1974, 701) oder *adjacency pairs* (Sacks/Schegloff/Jefferson 1974, 710-711).

6.3.1 Kontextbegriff in der Konversationsanalyse

Bei der konversationsanalytischen Untersuchung werden die sozio-kontextuellen Faktoren nicht in eine intrinsische oder kausale Verbindung mit der sprachlichen Äußerung gestellt. Die Konversationsanalyse schließt eine Verbindung nicht aus, allerdings muss diese zuerst anhand des Datenmaterial bewiesen werden und „... *it does require the analyst to pay close attention to empirical phenomena and to begin from the assumption that participants are active, knowledgeable agents, rather than simply the bearers of extrinsic, constraining structures.*“ (Hutchby/Wooffitt 1998, 5-6). Die Konversationsanalyse konzentriert sich auf den Kontext, der im Gespräch von den Beteiligten relevant gesetzt wird. „*Nicht alle kontextuellen Umstände eines sozialen Geschehens (Status-, Alter-, oder Geschlechtsunterschiede, Beziehungs- oder Beteiligungskonstellation, biographische Verbindungen etc.) sind in jedem Augenblick der Interaktion für die Akteure orientierungs- oder handlungsrelevant.*“ (Bergmann 2001, 922). Um trotz der unterschiedlichen Kontextbezüge der einzelnen Beteiligten den Ablauf der Interaktion zu sichern, gibt es den spezifischen sprachlichen Kontext¹⁸, der durch die Analyse der Sequenzen, untersucht werden kann (Sacks/Schegloff/Jefferson 1974, 699).

Die klassische Konversationsanalyse geht folglich davon aus, dass erst die Handlung im Gespräch diesen Kontext endgültig bestimmt, da er nicht vor dem Gespräch feststeht. Eine sprachliche Handlung ist „... *doubly contextual in being both context-shaped and context-renewing...*“ (Heritage 1984, 242, Hervorhebung im Original). Durch die erste Eigenschaft ergibt sich, dass eine Äußerung nicht ohne ihren Kontext, besonders der Äußerung direkt zuvor, verstanden werden kann. Eng damit hängt auch die zweite Besonderheit zusammen,

¹⁸ Die Unterscheidung zwischen dem außersprachlichen Kontext und dem Ko-Text, also die linguistische Umgebung einer Äußerung, wurde zu Beginn der Konversationsanalyse vernachlässigt. Der Fokus der CA liegt auf dem Ko-Text, auch wenn dieser als Kontext bezeichnet wird.

denn die neue Äußerung wird sofort zum Kontext für die folgende Äußerung, was dazu führt, dass der Kontext sich im Gespräch ständig erneuert (Heritage 1984, 242).

6.3.2 Institutionelle Kommunikation

Zu Beginn der Arbeiten zur Konversationsanalyse wurden Telefongespräche einer Selbstmord-Hotline untersucht. Obwohl Gespräche dieser Art zum Bereich der institutionellen Kommunikation gezählt werden können, haben sie nicht alle typischen Eigenschaften von institutionellen Gesprächen. Außerdem wurde „... *the fact that these recordings were made in very specific `institutional` settings (...) ignored, or at least it is not the focus.*“ (TenHave 1999,7). Die Grundeinstellung der ForscherInnen war, dass Gespräche aus nicht- institutionellem Kontext bessere Beispiele der „... *purely local functioning of conversational devices and interactional formats ...* [seien]“ (TenHave 1999, 8).

Gegen Ende der 1970er wendeten sich einige Wissenschaftler, wie John Heritage und Paul Drew, speziell der Analyse institutioneller Kommunikation zu, um mehr über die Art, wie die Institution durch die sprachliche Interaktion entstehen, zu lernen.

Der institutionelle Charakter eines Gespräches kann anhand der „...*specific, detailed and local design of turns and sequences...*“ beobachtet werden (Heritage 1984, 290). Diese Eigenschaften institutioneller Interaktion sind nicht nur auf den institutionellen Ort beschränkt, sondern davon unabhängig. Aus diesem Grund kann institutionelle Kommunikation sowohl in den üblichen Räumen der Institution als auch an allen anderen Orten stattfinden (Heritage 1984, 290). Da die räumliche Umgebung kein konstituierender Bestandteil institutioneller Kommunikation ist, muss die Wirklichkeit der Institution aus dem Gespräch selbst erfolgen. Heritage (1984, 290) meint dazu, „... *it is within these local sequences of talk, and only there, that these institutions are ultimately and accountably talked into being....* ”.

Die reine Darstellung dieser Merkmale verbaler Interaktion im institutionellen Bereich ist nur einer der Analyseschritte. Das übergeordnete Ziel ist herauszufinden, auf welche Art die Institution durch die Interaktion reproduziert wird (Hutchby/Wooffitt 1998, 145-146).

Die Analysen ergaben drei Haupteigenschaften von institutioneller Kommunikation. Die Erste ist, dass in institutioneller Interaktion normalerweise jede Person eine spezifische Zielorientierung hat, die mit dem für die Institution relevanten Rollenbild verbunden ist. Es gibt viele unterschiedliche Ziele, die in den meisten Fällen an den Handlungsweisen und Funktionen ablesbar sind (Drew/Heritage 1992, 22-23). Die zweite Eigenschaft ist, dass in

dieser Interaktion spezielle Bedingungen über die erlaubten Handlungsweisen existieren. Bei Gesprächen in einem institutionellen Setting werden die Handlungsmöglichkeiten und Rollen der TeilnehmerInnen durch die speziellen Bedingungen dieses Settings beschränkt und geprägt. Dabei sind die Beschränkungen umso stärker, je formaler das Setting ist. Die Beschränkungen sind dabei nicht auf gleiche Weise verteilt, meist sind es die Institutionsangehörigen, deren Verhalten stärker eingeschränkt wird. Die zugrunde liegenden Beschränkungen ihres Verhaltens sind den anderen Beteiligten meist nur teilweise oder gar nicht bewusst (Drew/Heritage 1992, 23).

Als dritten Punkt nennen die Autoren, dass es „... *(i)nstitutional talk may be associated with inferential frameworks and procedures that are particular to specific institutional contexts.*“ (Drew/Heritage 1992, 22, Hervorhebung im Original).

Der Vollzugscharakter spielt in institutioneller Kommunikation ebenfalls eine besondere Rolle, da die Beteiligten ihre Rollen im Gespräch selbst konstruieren und sich an idealisierten Rollenbildern orientieren. Durch eine genaue Analyse „... *kann gezeigt werden, wann, wodurch und wieso Beteiligte an einem Gespräch als Arzt und Patient handeln, [zum Beispiel daran,] wie sie institutionelle Aufgaben bearbeiten ...*“ (Deppermann 2001, 80, Hervorhebung im Original).

6.3.3 Methodologie

Die Methodologie der Konversationsanalyse ergibt sich aus den bereits genannten theoretischen Grundlagen. Im Mittelpunkt stehen authentische Gespräche und keine erfundenen Beispiele oder künstlich erzeugte Interaktionen, wie zum Beispiel nachgestellte Gespräche oder Theaterstücke¹⁹, da diese nicht den Regeln authentischer Interaktion folgen und „... *idealisierte und verarmte ... Versionen von sozialen Vorgängen [liefern]...*“ (Bergmann 2001, 922). Die Basis der Analyse sind die Phänomene, die an der Oberfläche wahrnehmbar sind. Aus diesem Grund ist es wichtig, die Gespräche möglichst detailliert festzuhalten. „*CA emphasizes that analysis should be based entirely on closely transcribed examples of actual talk recorded in natural occurring settings ...*“ (Hutchby/Wooffitt 1998, 5). Die Konversationsanalyse profitiert stark von den technischen Entwicklungen, die sowohl Ton- als auch Videoaufnahmen ermöglichen, denn erst durch diese Aufnahmen kann eine genaue Analyse der sprachlichen Strukturen überhaupt stattfinden (TenHaven 1999, 8). Bei der Transkription muss darauf geachtet werden, möglichst viele Details, dazu gehören auch

¹⁹ Auch die in dieser Arbeit analysierten Simulationen zählen in diesem Sinn zu den authentischen Interaktionen, da alle Elemente des spontanen Sprachgebrauchs gegeben sind.

alle Pausen, Versprecher und non- verbale Elemente der Interaktion festzuhalten, da kein „*...detail in interaction can be dismissed a priori as insignificant...*“ (Heritage 1984, 242, Hervorhebung im Original).

Im Bezug auf die konkrete Vorgehensweise nach der Transkription meint Bergmann (1994, 9), dass sowohl die Ethnomethodologie als auch die Konversationsanalyse bei einer Analyse darauf achten, einen Blick von innen auf die Daten zu werfen, ohne sich von „*... methodischen Vorgaben, deren korrekte Anwendung allein häufig bereits die Wissenschaftlichkeit der Untersuchung garantieren soll...*“ beeinflussen zu lassen. Es gibt folglich auch keine festgeschriebenen Regeln, die befolgt werden sollten, sondern je nach Art des Materials unterscheidet sich die Vorgehensweise.

Es wird empfohlen, am Beginn der Arbeit ein kleines Stück des Datenmaterials auf die Interaktionsphänomene zu untersuchen. Darin sollte ein Element oder Objekt isoliert werden, das in der Interaktion in Verbindung mit der Ordnung steht. Als nächster Schritt wird das strukturelle Problem, für welches dieses Element die Lösung ist, rekonstruiert. Der Rest des Datenmaterials wird dann ebenfalls auf dieses Element durchsucht, um das zugrunde liegende Problem zu bestätigen. Auf diese Weise ergibt sich eine Aussage darüber, wie die Beteiligten mit dem Problem umgehen und welche Mechanismen sie anwenden, um es zu lösen (Bergmann 1994, 11-12).

6.4 Gesprächswirklichkeit und Kontext in der Gesprächsanalyse

Die Gesprächsanalyse geht, ebenso wie die Konversationsanalyse davon aus, dass die Gesprächswirklichkeit von den Beteiligten konstruiert wird. Diese Konstruktion erfolgt durch „*...systematische und meist routinierte Gesprächspraktiken, mit denen sie [die SprecherInnen] im Gespräch Sinn herstellen und seinen Verlauf organisieren.*“ (Deppermann 1999, 9, Hervorhebung im Original). Kallmeyer (1985) unterscheidet dabei sechs Arten der Interaktionskonstitution: Gesprächsorganisation, Darstellung der Sachverhalte, Handeln, soziale Beziehungen und Identität, Modalität des Gesprächs, Herstellung von Reziprozität. Die einzelnen Ebenen hängen in den Gesprächen zusammen und stellen spezielle Anforderungen an die Gesprächsgestaltung.

Der Einbezug des Kontexts unterscheidet die Konversationsanalyse von der ethnographisch ausgerichteten Gesprächsanalyse, oder wie Schwitalla (1986, 258) sie nennt „*ethnographischen Gesprächsanalyse*“.

Der begrenzte Kontextbegriff der Konversationsanalyse wurde von vielen ForscherInnen kritisiert und viele beziehen in ihren Arbeiten inzwischen Kontextinformationen mit ein. Dafür gibt es zwei Hauptgründe: erstens kann das Wissen um den außersprachlichen Kontext nicht vollkommen „verdrängt“ werden und zweitens kann es bei der Analyse sinnvoll eingesetzt werden (Deppermann 2001, 59-60). Besonders bei der Betrachtung institutioneller Kommunikation erscheint der Einbezug sinnvoll, wie bei Arbeiten der Diskursanalyse²⁰ (Vgl. Menz 1991, Lalouschek 1995), aber auch gesprächsanalytischen Arbeiten (Sator 2009, Deppermann 2001) gezeigt wurde (Sator 2009, 63). Auch in der vorliegenden Arbeit wird der außersprachliche Kontext beachtet, sie lehnt sich in dieser Hinsicht an die Diskursanalyse an.

Zusammenfassend kann man sagen, dass Hintergrundannahmen oder Kontext, wie die Diskursanalyse sie definiert, alle „... *implizite Annahmen über Sachverhalte, Interaktions- und Interpretationsregeln, Bedingungen für die Angemessenheit von Äußerungen, Handlungsmotive und -ziele der Interaktionsbeteiligten in der Situation, über Wissen, Fähigkeiten und Bibliographie der Interaktionsteilnehmer und das Kommunikationsereignis selbst, [sind].*“. Es ist außerdem wichtig, dass die Hintergrundannahmen bei der Analyse nicht als einzige Interpretationsquelle dienen, sondern wenn möglich an sprachlichen Manifestationen festgemacht werden. Dabei muss gezeigt werden, auf welche Weise, implizit oder explizit, die Beteiligten sich am Kontext, wie etwa den hierarchischen Verhältnissen oder der Rollenverteilung orientieren und welche Konsequenz das für die Interaktion hat (Schegloff 1992,111).

6.5 Konkrete Vorgehensweise

Nach der Darstellung der Methode wird hier kurz darauf eingegangen, warum die ethnographisch- ausgerichtete Gesprächsanalyse sich für die Fragestellung zu den Artefakten in der Simulation eignet. Wie schon erwähnt, beschäftigen sich viele gesprächs- und diskursanalytischen Untersuchungen mit dem Gebiet der institutionellen Interaktion und deren Organisationsstruktur. Die Arbeitsweise mit detaillierten Transkripten erlaubt es, das Material genau auf die verschiedenen Artefakte zu untersuchen und den Umgang der Beteiligten mit ihnen zu beobachten sowie Vergleiche zwischen den verschiedenen Gesprächen zu ziehen. Das Datenmaterial unterscheidet sich durch die Simulation stark von anderen authentischen Gesprächen und speziell im Zusammenhang mit Artefakten ist deshalb

²⁰ Die Diskursanalyse und die Kritische Diskursanalyse ziehen den außersprachlichen Kontext immer für die Analyse heran und unterscheiden zwischen Kontext und Ko-Text.

die Vorgehensweise mit einem allgemeinen und theoretischen Schema unmöglich, weshalb ein explorativer Ansatz gewählt wurde.

Da die Methodik in diesem Kapitel bewusst allgemein gehalten war, folgt hier eine Darstellung der konkreten Vorgehensweise bei der vorliegenden Analyse.

Nach der Auswahl einzelner Gespräche wurden diese zuerst anhand eines Protokolls, das grob die inhaltlichen und zeitlichen Abläufe miteinander verbindet, beschrieben. Bereits bei den Protokollen wurden außerdem Auffälligkeiten in Bezug zur artifiziellen Situation notiert, die allerdings an dieser Stelle noch nicht kategorisiert oder operationalisiert wurden. Die einzelnen Besonderheiten wurden im nächsten Schritt genauer beachtet, wodurch sich die für die Analyse relevanten Sequenzen herauskristallisierten. Diese Stellen wurden danach transkribiert und analysiert, wobei im Arbeitsprozess mehrmals zwischen Analyse und Transkription gewechselt wurde. Bei der Analyse selbst handelt es sich vor allem um eine deskriptive Beschreibung der einzelnen Artefakte, und wie die Beteiligten mit ihnen umgehen. Da noch relativ wenig Arbeiten zur Artefaktfrage vorliegen, und das Datenmaterial begrenzt ist, musste auf andere Methoden verzichtet werden.

II. Empirischer Teil

7 Das Datenmaterial

Für die Analyse stehen sechs Videoaufnahmen von Anamnesegesprächen, die während der Lehrveranstaltung *Gesprächsführung A* entstanden sind, zur Verfügung. Es handelt sich dabei um jene Videoaufzeichnungen, welche auch die Studierenden erhalten und anhand derer mit einem Dozenten/einer Dozentin im Laufe der OSCE-Prüfung gearbeitet wird.

7.1 Auswahl des analysierten Materials

Im Laufe der Gesprächsführung A entsteht für jede/n Student/StudentIn mindestens eine Aufnahme. Die Anzahl der Studierenden im zweiten Studienjahr liegt bei circa 600 (Pucher-Matzner/Gleiss/Schmidts/Frischenschlager 2006, 2), weshalb auch sehr viele Videos existieren. Die vorliegende Arbeit kann nicht alle Gespräche abdecken, sondern nur einige Aufnahmen untersuchen. Bei der Auswahl aus der Vielzahl der Gespräche wurde darauf geachtet, eine möglichst ähnliche Situation zu untersuchen. Da es um die Artifizialität der Gesprächssituation an sich geht, sollen die Beeinflussungen durch andere Faktoren, wie etwa verschiedene TutorInnen oder Krankheitsbilder, vermindert werden. Aus diesem Grund spielt in den ausgewählten Gesprächen ein Tutor (Tm) immer dasselbe Krankheitsbild, nämlich einen Harnwegsinfekt. Es wurden außerdem jeweils drei Gespräche mit weiblichen (Sw1; Sw2; Sw3) und drei Gespräche mit männlichen (Sm1; Sm2; Sm3) Studierenden ausgewählt, da Gender-Unterschiede nicht im Fokus der Untersuchung liegen. Die teilnehmenden Studierenden und der Tutor haben eine schriftliche Erklärung unterschrieben, die es erlaubt dieses Material für wissenschaftliche Zwecke zu nützen, zusätzlich wurden im Transkript alle Namen oder sonstige Hinweise auf die Identität der Personen gelöscht. Der Tutor gibt nicht seinen eigenen Namen an, sondern nennt den, der seiner Rolle zugeteilt wurde, aber auch dieser wurde anonymisiert.

7.2 Setting und Dauer

Die Gespräche finden in zwei unterschiedlichen Räumen statt (R1 und R2). Beide Räume sind klein und schlicht gehalten und wurden bewusst ähnlich gestaltet, damit die Vergleichbarkeit in der Prüfungssituation gegeben ist. In beiden Räumen steht auf dem Tisch ein Mikrofon, die Digitalkamera steht in einer Ecke des Raumes, damit beide Beteiligten im Profil

aufgezeichnet werden. In den Gesprächen G1, G2, G4, G5 und G6 liegt auf dem Tisch ein Zettel mit den Prüfungsanweisungen. In den Gesprächen G1, G2, G3 und G6 befindet sich außerdem ein Notizblock des/der jeweiligen Studenten/Studentin und ein Stift schon vor Beginn des Gesprächs auf dem Tisch.

In R1 werden die Gespräche G1, G2, G4, G5 und G6 geführt. Die Ausstattung, soweit die Kamera diese erfasst, besteht aus einem Tisch, zwei Sesseln und einem Kasten. Es gibt außerdem zwei Türen, von denen eine auf den Gang führt und die andere in das angrenzende Zimmer. Bei den Gesprächen wird nur die Erste benutzt, die sich hinter dem Sessel des Tutors und gegenüber der Kamera befindet. Der Tisch steht leicht schräg im Raum und der Tutor und der/die StudentIn sitzen jeweils ums Eck, wobei der Tutor links von der anderen Person sitzt.

R 2, in dem G3 stattfindet, unterscheidet sich nicht stark von R1, hier gehören ebenfalls ein Tisch, zwei Sessel und ein kleiner Kasten zur Ausstattung. In einem Eck des Raumes befindet sich außerdem eine Arztliege. Es gibt ebenfalls zwei Türen, wobei die Verwendete nicht im Sichtfeld der Kamera ist und sich hinter dem Sessel des Tutors befindet. Der Student und der Tutor sitzen auch hier ums Eck, der Tutor ist dabei auf der rechten Seite.

Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die GesprächsteilnehmerInnen und die Dauer²¹ der Gespräche.

Gespräch	Dauer	Gespräch	Dauer
G1 (Tm-Sw1)	10:19 min	G4 (Tm-Sw2)	13:50 min
G2 (Tm-Sm1)	10:51 min	G5 (Tm-Sw3)	7:14 min
G3 (Tm-Sm2)	12:48 min	G6 (Tm-Sm3)	16:30 min

Abb. C: Dauer der analysierten Gespräche

7.3 Inhalte der Gespräche

Die Inhalte der Gespräche ähneln sich aufgrund der Simulationsvorgabe stark, wobei unterschiedliche Schwerpunkte in den Gesprächen deutlich werden. Ein Patient, gespielt von Tm, kommt in ein Krankenhaus, da er seit einigen Tagen Beschwerden beim Harnlassen hat und die abklären lassen möchte. Der Famulant/die Famulantin (gespielt von dem/der

²¹ Die Dauer der Aufnahmen unterscheidet sich von der Dauer der Gespräche um insgesamt jeweils 5-15 Sekunden, da die Kamera schon vor dem Gespräch von dem Tutor und/oder dem/der Studierenden eingeschaltet wird und nach dem Gespräch bis zur Abschaltung noch etwas länger aufzeichnet. Die in der Tabelle angegebenen Daten bezeichnen die Aufnahmedauer.

Studierenden) begrüßt den Patienten, bittet ihn im Zimmer Platz zu nehmen und befragt ihn zu dem jetzigen Leiden, den Lebensumständen und folgt dabei wenn möglich den neun Schritten von Morgan/Engel (1977), wie schon in Kapitel 2.2.2.3 beschrieben. Den Abschluss des Gesprächs bildet die Verabschiedung und Aufklärung über die weitere Vorgehensweise.

7.4 Transkription

Die Transkription erfolgte nach HIAT 2004 (Vgl. Rehbein/Schmidt/Meyer/Watzke/Herkenrath), die Transkriptionskonventionen befinden sich im Anhang, ebenso wie alle transkribierten Gesprächsausschnitte. Für die Transkription wurde der EXMARaLDA Partitur-Editor verwendet.

8 Untersuchungsleitende Fragen

Die untersuchungsleitenden Fragen sollen an dieser Stelle kurz aufgelistet werden, um einen Überblick für die folgende Analyse zu geben.

- In welchen Punkten unterscheidet sich die Gesprächssituation der untersuchten Gespräche von jener authentischer Anamnesegespräche?

Die Artifizialität betrifft auch die allgemeine Gesprächssituation, weshalb die Analyse bei dem Setting und den sonstigen Bedingungen des Gesprächs beginnt. Dabei geht es vor allem um die Gesprächsdauer, die TeilnehmerInnen und den Zweck der Gespräche.

- Welche Artefakte treten in den einzelnen Gesprächen auf?

In einem zweiten Schritt werden die vorhandenen Artefakte identifiziert. Die Artefakte werden dabei thematisch organisiert dargestellt und analysiert. Es wird zwischen vier Überkategorien unterschieden: Ersatzhandlungen, Über-Expliztheit, sowie Artefakten die mit dem kontrafaktischen Gesprächsrahmen und den Wissensunterschieden zusammenhängen.

9 Allgemeine Unterschiede zwischen authentischen Gesprächen und den Übungsgesprächen

Die für diese Arbeit untersuchten Anamnesegespräche unterscheiden sich in mehreren Grundeigenschaften von authentischen Gesprächen desselben Typs. Da diese Unterschiede Auswirkungen auf die Ausbildungssituation und das vermittelte Bild von Anamnesegesprächen haben, werden sie in diesem Kapitel beschrieben. Als Vergleichsgrundlage dient dabei zum Teil die Darstellung der Eigenschaften von Arzt-Patient-Gesprächen in Kapitel 1.3.

9.1 Gesprächsort und Materialien

Echte Anamnesegespräche finden im Gegensatz zu Trainingsgesprächen in einer Arztpraxis oder im Krankenhaus statt. Auch wenn die Räume der Universität sich im Gebiet des Krankenhauses befinden, zählen sie trotzdem zu einem eigenen Bereich, der nicht mit dem Krankenhausbetrieb als solchem zusammenhängt. Die Räumlichkeiten sind extra für die Aktivität reserviert und werden nicht in den Krankenhausalltag mit einbezogen.

Die Zimmer, in denen die analysierten Gespräche stattfinden, dienen auch sonst nie als Räume für Arzt-Patient-Gespräche. Nicht nur die geringe Größe des Raumes, sondern auch die Möbel, d.h. zum Beispiel, dass kein typischer Schreibtisch, sondern nur ein kleiner Tisch und auch kein Kasten mit Patientenakten zur Verfügung steht, unterscheidet diese Räume von den sonst Üblichen.

Was die vorhandenen Hilfsmittel betrifft, entsprechen auch diese nicht den üblichen echten Bedingungen. In den meisten Fällen geben die FamulantInnen die Anamnese gleich in einen Computer ein, oder haben zumindest einen Anamnesebogen in Papierform vor sich, der ausgefüllt wird. Bei den Übungsgesprächen entfällt diese Art der Aufzeichnung. Es steht den Studierenden frei, Notizen zu machen, sie erhalten aber kein vorgefertigtes Schema, welches sie nur mit den Daten ergänzen müssten. Morgan/Engel (1977) geben den Studierenden den Ratschlag, Notizen zu machen, sie erwähnen aber nicht, ob dies mit dem Patienten/der Patientin besprochen werden soll. Um die Störung des Gesprächsverlaufs so niedrig wie möglich zu halten, meinen sie außerdem: *„Spricht der Patient von Dingen, welche ihn belasten, so macht man vorübergehend keine Notizen.“* (Morgan/Engel 1977, 33). Ferner erklären sie, es sei besser, das Gespräch kurz zu unterbrechen, um in den Notizen

nachzulesen, als Fragen zu wiederholen oder ungenaue Fragen zu stellen (Morgan/Engel 1977, 33).

Die Auswirkungen solcher unsystematischer Notizen auf die inhaltliche Genauigkeit sind schwer zu analysieren, da jedes Gespräch eine andere inhaltliche Entwicklung durchmacht. Nicht in allen Gesprächen kommt jede Thematik vor und die Genauigkeit oder Dauer der Behandlung eines Themas kann stark variieren. Es kann bei jedem Thema nur zu einer kurzen Nennung oder aber einer ganz genauen und ausführlichen Besprechung kommen. Es gibt aus diesem Grund kein „perfektes“ Gespräch, welches als Vergleich dienen kann. Zusätzlich müssten für eine komplette Analyse der Notizen diese selbst zur Verfügung stehen.

Bei einem Vergleich zwischen den Gesprächen ohne (G4 und G5) und mit Notizen können zwei Beobachtungen gemacht werden: eine betrifft das Schreibverhalten selbst, die Zweite die Zusammenfassungen der Studierenden.

Bei den beiden Gesprächen ohne Notizen fällt auf, dass die Studentinnen mehr Blickkontakt mit dem Tutor suchen und nicht durch das Schreiben von Notizen „abgelenkt“ sind. In den Gesprächen, in denen Notizen gemacht werden, kommt es durch die Schreibtätigkeit zu Pausen. Sw1 wiederholt außerdem sehr häufig, was Tm gesagt hat, während sie schreibt, was die Dynamik des Gespräches zusätzlich stört (Beispiele dafür finden sich in Tm-Sw1 Fl. 5, Fl.45 etc.).

Bis auf G5 fassen alle Studierenden die „Ergebnisse“ des Anamnesegespräches zusammen. Bei den Zusammenfassungen der Studierenden zeigt sich, dass das Mitschreiben sich auf die Genauigkeit der Details auswirkt. Auffallend ist, dass die Zusammenfassung in G4 (keine Notizen, Tm-Sw2h, Fl.3-7) sehr allgemein und kurz gehalten ist. Bei der Zusammenfassung geht Sw2 nur auf den Schmerz und die Schlafprobleme von Tm ein, obwohl in dem Gespräch die Belastung durch die Arbeit, die Probleme in der Beziehung und die körperlichen Beschwerden genau besprochen wurden. Um die Zusammenfassung abzuschließen meint sie:

- • Und es kommt irgendwie alles zusammen, Und das belastet Sie. (Tm-Sw2h Fl.6-7), ebenfalls eine sehr allgemein gehaltene Erwähnung der Belastungen.

In G5, dem zweiten Gespräch in dem keine Notizen gemacht werden, entfällt die Zusammenfassung, da der Patient aufs Klo muss und Sw3 beschließt, das Gespräch damit zu beenden (Tm-Sw3K Fl.2-4). Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass die Zusammenfassung aus diesem Grund entfällt, weshalb keine eindeutigen Rückschlüsse auf den Einfluss der Notizen aus dieser Sequenz gezogen werden konnten.

In den Gesprächen, in denen Notizen gemacht werden, sind die Zusammenfassungen deutlich detaillierter und länger. Sw1 und Sm2 gehen genau auf die aktuellen Beschwerden, die Sozialanamnese und die Krankengeschichte ein. Sm1 und Sm3 gehen zwar nur auf die aktuellen Beschwerden ein, aber auf diese sehr genau. In allen vier Fällen werden die Notizen als Unterstützung für die Zusammenfassung herangezogen, d.h. es wird von dem Notizblock abgelesen.

Das Anfertigen von Notizen selbst wird nur in G6 kurz thematisiert.

[5]

	17	18
Tm [v]	[Vorname][Nachname].	
Sm3 [v]	[Vorname][Nachname]. Störts Ihnen eh net, wenn i Notizen	
Sm3 [d]	<i>((macht Nozizen))</i>	

[6]

	19	20	21	22
Tm [v]	Na na. Schreibn`Sruhig.			
Sm3 [v]	mach, oda?		Wann santn Sie geboren Herr [Nachname]?	
	(Tm-Sm3Anf)			

Die Suggestivfrage ähnelt einer rhetorischen Frage, auf die keine negative Antwort erwartet wird. Der schnelle Themenwechsel von Sm3 zeigt, dass es für ihn selbstverständlich ist, Notizen zu machen und die Frage nach der Erlaubnis eine reine Formalität aus Höflichkeitsgründen ist. Bei authentischen Arzt-Patient-Kontakten ist das Aufzeichnen der Symptome und des Gespräches in schriftlicher oder elektronischer Form üblich, weder Ärztinnen noch PatientInnen zweifeln die Notwendigkeit diese Dokumentation an, sondern akzeptieren sie meist stillschweigend.

Wie an den obrigen Beispielen gezeigt wurde, ist die Dokumentation ein möglicher Störfaktor im Anamnesegespräch, da es zu Pausen und Unterbrechungen kommen kann. Die Thematisierung der Dokumentation auf einer metasprachlichen Ebene würde dabei helfen, die Notwendigkeit der Aufzeichnungen zu erklären. Der Patient/die Patientin würde dadurch einerseits Orientierung erhalten und zugleich die Laien-Rolle als „gleichberechtigt“ betont werden.

Obwohl die Kamera schon vor den Gesprächen richtig eingestellt und eingeschaltet wird, ist sie dennoch ein Element der Artefaktizität. Sie kann zum Störfaktor werden, besonders dann, wenn technische Probleme auftreten und ihre Existenz mehr ins Bewusstsein der TeilnehmerInnen rückt (Vgl. Kap. 4.4.3.3). Bei der Analyse ergab sich das Problem, dass die

Kamera direkt neben dem Fenster stand, weshalb nicht immer eindeutig klar wird, ob der/die Beteiligte aus dem Fenster oder in die Kamera schaut. Die folgende Stelle zeigt, welche Verzögerungen durch den Blick in die Kamera entstehen. Tm ist von der Kamera abgelenkt, was sich durch die Wiederholung der Frage und die Pause auch auf sprachlicher Ebene manifestiert. Auch nachdem er den Blick von der Kamera wieder Sw2 zugewandt hat, braucht er noch etwas Zeit, bis er schließlich antwortet.

[7]

	14	15	16	17	18 [04:38.0]	19
Tm [v]	•	(weil)		Wos i solba bin? ((3s))	A hm • • ja i	
Tm [d]				((schaut zu	Kamera))	
Sw2 [v]	Was sind	Sie von Beruf,	wenn ich fragen darf?			

[8]

Tm [v]	bin • • Sekretär.
---------------	-------------------

(Tm-Sw2a)

9.2 Dauer und Ablauf der Gespräche

Bei der Analyse zur Authentizität darf die Dauer der Gespräche nicht vernachlässigt werden (Bliesener 1994, 24). Zeitmangel ist ein wichtiger Punkt bei Arzt-Patient-Gesprächen, den in der Regel steht wenig Zeit dafür zu Verfügung.

Ein durchschnittliches Anamnesegespräch in der Realität dauert 5-10 Minuten. Die Medizinische Universität Wien gibt ihren Studierenden als zeitliche Richtlinie 10-20 Minuten vor. Für die Gespräche steht folglich prinzipiell deutlich mehr Zeit zur Verfügung, als dies in der realen Situation der Fall ist. Von den sechs analysierten Gesprächen sind vier, nämlich G1, G2, G3 und G4, zwischen 10 und 15 Minuten lang, eines ist knapp über 15 Minuten (G6) und nur eines, nämlich G5 mit dem schon beschriebenen schnellen Abbruch, liegt unter 10 Minuten.

Auch die eigene Zeiteinschätzung der Studierenden ist interessant. Die Studierenden (alle außer Sm2) geben zu Beginn des Gesprächs eine ungefähre Angabe, wie lange das Gespräch dauern wird. Die Angaben sind sehr unterschiedlich und gehen von „circa zehn Minuten“ (G6, Tm-Sm3 Fl. 3-4), „circa fünfzehn Minuten“ (G5), „zehn bis zwanzig Minuten“ (G2) bis zu „zwanzig Minuten“ (G4 (Tm-Sw2Anf Fl. 5) und G1 (Tm-Sw1 Fl.7-8)). Vergleicht man die echte Dauer mit der genannten Dauer, zeigt sich, dass die Studierenden deutlich mehr Zeit für das Gespräch einplanen, als tatsächlich gebraucht wird. Sm3 bildet hier die Ausnahme. Sein

Gespräch dauert circa sechs Minuten länger, als veranschlagt, ist aber auch insgesamt das Längste der Gespräche.

Der Ablauf der Gespräche unterscheidet sich ebenfalls in zwei Punkten von authentischen Anamnesegesprächen. Der eine Punkt ist die fehlende körperliche Untersuchung, der Zweite das Fehlen von Störungen.

Die meisten realen Anamnesegespräche stehen in Verbindung mit einer körperlichen Untersuchung, die idealerweise nach dem Gespräch erfolgt (Morgan/Engel (1977, 77)). Dieser Schritt wird von den Studierenden nicht als Teil des Gesprächstrainings geübt, wodurch sich das Training von den echten Vorgängen abgrenzt und die Artifizialität der Gesprächssituation verstärkt wird. Die Trennung zwischen Gespräch und Untersuchung kann dazu führen, dass der Übergang nicht geübt wird, was wiederum den Studierenden später im Berufsleben Probleme bereiten kann.

Bei den OSCE werden zwar sowohl kommunikative als auch klinische Fertigkeiten geprüft, durch die Trennung der einzelnen Stationen kann aber davon ausgegangen werden, dass keine authentischen Übergänge vorkommen. Um über die Verbindung der kommunikativen und klinischen Fertigkeiten im Rahmen einer OSCE genauere Aussagen treffen zu können, wäre allerdings eine detailliertere Untersuchung nötig.

Ein weiterer interessanter Punkt im Zusammenhang mit dem Ablauf sind Störungen des Gesprächs. In den analysierten Gesprächen kommen keine Störungen von außen vor. Die Tür bleibt geschlossen, es gibt kein Telefon und die Hintergrundgeräusche entsprechen dem normalen Lärmpegel. Diese Ungestörtheit unterscheidet die Trainingsgespräche von authentischen Gesprächen, die meist durch Störungen unterbrochen werden. Wie schon erwähnt, geht Bliesener (1994, 21) davon aus, dass solche Störungen das Gespräch auf eine nicht kontrollier- oder vorhersehbare Art und Weise beeinflussen und, dass der Umgang mit ihnen schon während des Trainings erlernt werden sollte.

9.3 TeilnehmerInnen

Die TeilnehmerInnen in den Übungsgesprächen sind (noch) nicht die TeilnehmerInnen an authentischen Anamnesegesprächen. Wie schon zuvor erwähnt, versetzen sich die Studierenden in die Lage eines/einer FamulantIn, also ihrer zukünftigen Rolle für die nächsten Jahre im medizinischen Bereich, der Tutor spielt hingegen eine ihm fremde Rolle.

In der Eröffnungsphase der Gespräche stellen sich die Studierenden vor und sagen, dass sie ein Aufnahme- (G2 und G5), Anamnese- (G4), oder Erstgespräch (G1,G3 und G6) führen werden. Vier (Sw1, Sm1, Sw3 und Sm3) stellen sich als Medizinstudent oder Medizinstudentin vor. Die anderen beiden stellen sich direkt als Famulant/FamulantIn vor. Sw2 ist die Einzige, die genauer darauf eingeht, was es bedeutet FamulantIn zu sein.

[3]

	12	13	14	15
Sw2 [v]	Mein Name ist [Vorname Nachname],		Ich bin FamulantIn auf der	
Sw2 [d]	<i>((setzt sich))</i>			
Tm [v]	Gott.		Hm [~]	

[4]

Sw2 [v] Station • das bedeutet ich mache ein Praktikum im Laufe meines Studiums • • und

[5]

Sw2 [v] werde in den nächsten zwanzig Minuten ein Anamnesegespräch mit Ihnen führen.

(Tm-Sw2Anf)

Die Tatsache, dass nur eine von sechs Personen genauer auf ihre eigene Person eingeht, zeigt, dass sie kein Erklärungsbedürfnis ihrer Position empfinden. Es kann nicht davon ausgegangen werden, dass ein echter Patient/eine echte Patientin mit dem Begriff Famulant/FamulantIn vertraut ist, oder versteht, warum ein Student/eine Studentin dieses Gespräch mit ihm/ihr führt. Der Tutor akzeptiert diese kurze Vorstellung in allen Gesprächen, weder der Begriff Famulant/FamulantIn noch die Bezeichnungen für das Anamnesegespräch werden hinterfragt.

Später im Gespräch müssen einige der StudentInnen nochmals klären, dass sie keine ÄrztInnen sind, da der Patient nach Informationen, wie etwa der weiteren Behandlung, der Krankheitsursache oder der Gabe von Medikamenten, fragt. Diese Fragen können von der/dem Studierenden nicht beantwortet werden und gehen über seinen/ihren Zuständigkeitsbereich hinaus. Die Klärung bzw. der Verweis auf den Status als Student/Studentin kann entweder explizit oder implizit erfolgen. Diese zusätzlichen Klärungen des Zuständigkeitsbereiches während der Gespräche deuten darauf hin, dass die Vorstellung in der Eingangsphase nicht ausreichend war.

Bei einer expliziten Klärung erwähnt der/die jeweilige StudentIn deutlich, dass er/sie noch kein/e Arzt/Ärztin ist. Beispiele dafür finden sich in G2 und G3, wie das folgende Beispiel aus G3 verdeutlicht.

[2]

	3
Tm [v]	oda...
Sm2 [v]	Na das wird der Arzt alles mit Ihnen nachher • • (auf jeden Fall) besprechen.

[3]

	4	5	6	7	8 [02:38.0]
Sm2 [v]	• Also i bin noch Student und deswegen... ((2s))		(Sie wissen...) • Ähm dann		
[a]	((unverst. 2s))				

(Tm-Sm2a)

Die impliziten Klärungen sind häufiger und treten in drei Gesprächen auf. In G1 (Tm-Sw1 Fl.76-78) meint die Studierende, dass sie dazu nichts sagen können und verweisen auf den Arzt. In G5 (Tm-Sw3b Fl.8-10) und G6 (Tm-Sm3d Fl. 3-5) weichen die Studierenden ebenfalls der Frage nach Medikamenten geschickt aus, ohne auf ihren Studentenstatus einzugehen.

9.4 Der Zweck des Gesprächs und die Ziele der Beteiligten

Wie schon zuvor beschrieben, ist der Hauptzweck eines bio-psycho-sozialen Anamnese-gesprächs die ganzheitliche Betrachtung des Menschen und seiner Beschwerden, die zu einer Diagnose und Therapiefindung führen soll. Außerdem ist der Beziehungsaufbau im Gespräch von Bedeutung (Schüffel 1983,19-20). In dem künstlich erzeugten Rahmen der Übungsgespräche ändert sich der Zweck des Gesprächs und zugleich auch das primäre Ziel der TeilnehmerInnen. Es unterscheiden sich bei Letzteren sowohl die Ziele der Studierenden von denen der ÄrztInnen, als auch die des Tutors von jenen eines echten Patienten.

In der Lehrveranstaltung hat das Gespräch sowohl den übergeordneten Zweck der Einübung als auch der Überprüfung. Für die reinen Übungsgespräche gilt als Ziel die Einübung von kommunikativen Fertigkeiten, während bei den Prüfungsgesprächen deutlich mehr Druck auf den StudentInnen lastet, diese „Leistung“ auch zu erbringen. Da das Bestehen der Prüfung unmittelbare Auswirkungen auf das Studium hat und die kommunikativen Fertigkeiten erst später in der Famulatur gebraucht werden, kann man davon ausgehen, dass die Prüfungssituation für die Studierenden im Vordergrund steht. Auch wenn idealerweise alle Studierenden gleichviel Interesse an dem Erwerb von Gesprächskompetenz haben sollten,

hängt es dennoch auch von ihrer persönlichen Einstellung ab, ob und wie viel jede/r einzelne durch das Training auf lange Sicht erlernen möchte. Auch wenn die Analyse keine konkreten Aufschlüsse über die persönlichen Ziele in dem Gespräch geben kann, ist klar, dass der Zeugniserwerb in vielen Fällen die Interaktion beeinflusst. Wenn der Zeugniserwerb stark im Vordergrund steht, kann es sein, dass es dem Studenten/der Studentin mehr darum geht, möglichst gut abzuschließen, als ein passendes und angenehmes Gespräch zu führen.

Im Zusammenhang mit dem Zweck des Gespräches als Beurteilungsgrundlage steht das Verhalten der Studierenden im Bezug auf die *Checkliste PK*, auf das hier kurz eingegangen wird.

Die Studierenden wissen, dass ihr Gespräch anhand einer elektronischen Form dieser Checkliste beurteilt wird. Um eine positive Bewertung zu erhalten, halten sie sich deshalb an die vorgegebenen Regeln, die während des Unterrichts durchgenommen wurden. Sofern dies möglich ist, wird also die im Unterricht bearbeitete Checkliste „abgearbeitet“. Wie in Kapitel 10 gezeigt wird, deuten einige Artefakte darauf hin, dass die Gesprächsgestaltung von der Checkliste beeinflusst ist. Artefakte wie Über-Explizitheit, die organisatorische Struktur und die Verwendung der Höflichkeitsmarker sind eine Folge dieser Fokussierung auf die Sprache, und entstehen durch das Training und die besondere Aufmerksamkeit in der Prüfungssituation.

Da den Studierenden bewusst ist, dass auch ihre Beziehungsgestaltung und ihr soziales Verhalten (*Checkliste PK*, Abschnitt B und C) beurteilt werden, kann nicht ausgeschlossen werden, dass in diesen Punkten ein nicht-authentisches Verhalten widerspiegelt wird. Das Interesse für den Patienten/die Patientin, sowie der Beziehungsaspekt verlieren durch die künstliche Situation folglich ihre Authentizität.

Die zwei folgenden Ausschnitte betreffen dem Umgang mit den persönlichen Erfahrungen und Emotionen von Tm und können zur Arbeit am Beziehungsaspekt, d.h., wie der/die Studierende auf den Patienten/die Patientin eingeht, gezählt werden. Bei dem ersten Ausschnitt aus G4 (Tm-Sw2f) erwähnt Tm seine Schmerzen, seine Probleme beim Schlafen und schließlich auch Probleme mit der Freundin.

[3]

3
Sw2 [v] Oder so irgendetwas das Sie belastet • weil Sie sogn es kummt einfach alles

[4]

4 5 6
Tm [v] Ja man das i net schlaf und/und • und so die Schmerzen und dass i ständig
Sw2 [v] zusammen. Hm

[5]

7 8
Tm [v] aufs Klo muss und • • ja über die Beziehung halt und... ((2s)) Ja is ja wurscht.
Sw2 [v]

[6]

9 10
Tm [v] ((2s)) (Nja), I waß net über
Sw2 [v] Möchten Sie da darüber sprechen • • über die Beziehung?

[7]

11 12 [05:38.0]
Tm [v] was, ((3s)) was... Na.
Sw2 [v] Okay.

(Tm-Sw2f)

Zuerst geht Sw2 nur allgemein auf die zuvor genannten Probleme ein (Fl. 3-4), die Nachfrage zur Beziehung (Fl.6) ist dann aber sehr direkt. Trotz der direkten Frage insistiert sie später nicht auf eine genauere Antwort und geht zum nächsten Thema über. Die Studentin zeigt hier zuerst starkes Interesse für die persönlichen Probleme des Patienten, lässt das Thema dann aber unbearbeitet fallen. Auch später kommt diese Thematik nicht mehr zur Sprache, was darauf hindeutet, dass es Sw2 nicht so wichtig ist.

In G5 geht es um die Treue bzw. Untreue der Partnerin. Tm äußert Bedenken, ob seine Partnerin ihm treu ist und wirkt offensichtlich betroffen. Sw3 hackt dann nach mit Ah glauben Sie, dass sie Ihnen treu ist oder • ham/ham Sie grad Probleme? (Tm-Sw3c Fl. 2-3). Die Antwort von Tm bestätigt, dass er sich um die Treue seiner Freundin Gedanken gemacht hat, zusätzlich erfährt man, dass er sie noch nicht lange kennt. An dieser Stelle ist es nicht eindeutig, ob die Studentin echtes Interesse an der Gefühlslage des Patienten hat, oder dieses nur spielen, da ein solches Verhalten von ihr erwartet wird.

Die Frage nach der Beziehung hängt auch mit dem Thema Sexualität zusammen; während das Thema Beziehung wichtiger für die Beziehung zwischen den GesprächsteilnehmerInnen ist, ist das Sexualverhalten unter Umständen relevant für die Diagnose. Es wäre prinzipiell vorstellbar, dass die Frage nach der Partnerschaft in G4 als Überleitung zum Thema Sexualität, welches für die Diagnose in diesem Fall relevant ist, gedacht ist. In diesem Fall trifft dies aber nicht zu, da die Studentin an dieser Stelle nicht näher auf das Sexualverhalten

des Patienten eingeht, sondern zum Thema Schlafverhalten übergeht. Da die Frage in G5 während der Bearbeitung des Themas Sexualität gestellt wird, trägt sie in gewisser Weise auch zur Diagnosefindung bei. Allerdings steht die Beziehungsebene im Vordergrund, da die medizinische Seite des Themas sowohl davor als auch danach noch explizit und ausführlich besprochen wird.

Ein weiterer Punkt, der mit dem artifiziellen Zweck der Simulation zusammenhängt, ist das Auftreten von Lücken oder Unklarheiten, die übergangen werden, anstatt bearbeitet zu werden. Es wird hier nur exemplarisch auf die auffälligsten dieser Elemente eingegangen, da das Ziel der Arbeit keine inhaltliche Analyse ist. Die Beispiele reichen deshalb aus, um zu zeigen, dass Unklarheiten und Lücken auftreten und in welchem Zusammenhang sie mit der Simulation stehen.

Das Erstellen einer Diagnose ist für das Gespräch nicht von großer Bedeutung, weshalb manche medizinische Elemente vernachlässigt werden können und wichtige inhaltliche Lücken entstehen, die die Authentizität des Gespräches verringern.

Interessant ist, dass in jedem Gespräch unterschiedliche Informationen behandelt werden. Die genaue Betrachtung zeigt, dass in jedem der Gespräche inhaltliche Lücken auftreten, und nicht alle Punkte, die Morgan/Engel (1977) für eine vollständige Anamnese angeben, zur Sprache kommen.

In einigen Gesprächen fehlen grundsätzliche Angaben zur Person, wie etwa das Gewicht und die Größe. Die Größe wird nur in G4 und G5 erwähnt, das Gewicht in allen außer G1. Die genaue Schreibung des Patientennamen erfragt nur Sm2, da der Nachname viele unterschiedliche Schreibweisen hat, ist diese wichtig, sie wird allerdings bei authentischen Gesprächen automatisch bei der Anmeldung kontrolliert, wodurch das Buchstabieren des Namens eher eine Abweichung von der Realität darstellt.

Zum Krankheitsbild von Tm gehört auch leichtes Fieber als Begleiterscheinung, welches in drei Gesprächen (G2, G4, G6) besprochen wird und in den anderen nicht. Es kann allerdings anhand dieser Analyse nicht eindeutig festgestellt werden, ob diese Lücke durch das Vergessen von Tm oder durch die ungenaue Fragetechnik des/der Studierenden entsteht.

Ein weiteres Beispiel von inhaltlichen Lücken sind die eingenommenen Medikamente, die bei der Medikamentenanamnese genau erfragt werden, da sie für die Diagnose und auch die Gabe von weiteren Medikamenten signifikant sind. Der Patient verwendet einen Asthaspray, dessen Anwendungshäufigkeit sowie Produktname erfragt werden muss. In allen Gesprächen

kommt bei der Medikamentenanamnese das Asthma vor, allerdings fragen nur drei Personen (Sm1, Sw3 und Sm3) direkt nach dem Namen des Sprays. Im G4 erwähnt Tm den Namen des Sprays einige Zeit nach der Medikamentenanamnese, ohne allerdings von Sw2 danach gefragt zu werden. In den anderen zwei Gesprächen kommt der Produktname nie vor.

Auch Unklarheiten, was einzelne Fakten betrifft, kommen in den Gesprächen vor. In G1 (Fl. 98-110) geht es zum Beispiel um die Frage, ob Tm mehr oder weniger seit dem Eintreten seiner Beschwerden trinkt. Auf die Frage Trinken Sie dann auch • wirklich viel oder schauen Sie dass sie weniger trinken? gibt Tm die unsichere Antwort • Ähm • • ja ((aa)) i waß net • vielleicht a bissl mehr trinken, I kanns net so genau sagen. . Sw1 geht dann davon aus, dass Tm weniger trinkt, und lässt sich dies bestätigen. Aus dieser Szene geht nicht eindeutig und klar hervor, ob Tm weniger oder mehr trinkt als zuvor, was in einem echten Anamnesegespräche zu einer weiteren Klärung führen würde. In dem Übungsgespräch wird diese Unklarheit übergangen. In der Zusammenfassung von Sw1 taucht übrigens nur die getrunkene Flüssigkeitsmenge auf und keine Angaben zur Veränderung der Trinkgewohnheiten (G1 Fl.29-33).

Da es sich um Simulationen handelt und die Fakten weder authentisch sind, noch tatsächlich gebraucht werden, haben solche Lücken oder Missverständnisse keine negativen Folgen für die Diagnose oder die weitere Vorgehensweise. Möglicherweise hat dieser lockere Umgang aber Auswirkungen auf die Gesprächskompetenz der Studierenden und ihr Verhalten während späterer Anamnesegespräche.

Da alle Gesprächspartner zum Verlauf der Interaktion beitragen, ist an dieser Stelle anzumerken, dass auch der Tm andere Ziele als echte PatientInnen verfolgt. Er ist weder krank noch hilfsbedürftig, wodurch sowohl der persönliche Bezug als auch die Belastung wegfallen. Die Motive für die Teilnahme an dem Tutorenprogramm sind verschieden, wahrscheinlich zählt der Wunsch, anderen zu helfen und neue Erfahrungen zu machen zu den häufigsten, aber auch der Einfluss der Bezahlung ist zu bedenken (vgl. Kap. 3.1.1.5). Prinzipiell gilt, dass in den Anamnesegesprächen diese Motive nicht ersichtlich sind, d.h. der Student/die Studentin weiß nicht, warum der/die TutorIn seine/ihre Zeit auf diese Art verbringt. Die unbemerkten Motive können, so Kurtz/Silverman/Draper (2005, 93), allerdings Einfluss auf das Gespräch nehmen, zum Beispiel indem die TutorInnen „extra“ schwierige Situationen provozieren, weil sie gelangweilt sind und neue Erfahrungen machen möchten. Selbstverständlich ist dies nicht erwünscht und sollte im Idealfall nicht vorkommen. In diesem Zusammenhang fällt bei den analysierten Gesprächen nichts Besonderes auf. Der Tutor verhält sich an keiner Stelle besonders auffällig oder zeigt Verhaltensweisen, die nicht

auch ein echter Patient haben könnte, es entsteht nicht der Eindruck, als würde der Tutor die Kommunikationssituation bewusst oder übertrieben erschweren.

10 Artefakte

Nach der Darstellung des Gesprächssettings sowie anderer grundlegender Faktoren folgt nun die Analyse der Artefakte. Wie in Kapitel 5 schon erwähnt, gibt es für diese Phänomene keine universelle Einteilung, da sie in jeder Gesprächssimulation unterschiedliche Formen annehmen. Die Phänomene in den analysierten Gesprächen können in vier Kategorien eingeteilt werden: Ersatzhandlungen und ihre Ankündigungen, Über-Explizitheit, außerdem Artefakte, die mit dem kontrafaktischen Gesprächsrahmen zusammenhängen und solche, die auf die Wissensunterschiede hinweisen.

10.1 Ersatzhandlungen und ihre Ankündigungen

In den Gesprächen ergibt sich durch das Krankheitsbild des Patienten, dass dieser den Raum kurz verlassen möchte, um auf die Toilette zu gehen. Diese Aufgabenstellung ist den realen Bedingungen nachgestellt, auch in authentischen Gesprächen ist eine solche Unterbrechung möglich. Der Tutor geht allerdings im Gegensatz zu echten PatientInnen nicht wirklich auf die Toilette, sondern verlässt den Raum nur für einige Sekunden.

Im Bezug zu dieser Handlung existieren zwei Kategorien von Bearbeitungen, die in den untersuchten Gesprächen vorkommen. Das eine nenne ich Ankündigung, das andere Ersatzhandlungen. Eine Ankündigung kommt dann vor, wenn der Tutor den Wunsch äußert, den Raum zu verlassen oder andeutet, dass er es in Zukunft eventuell tun muss. Bei der Ankündigung verlässt der Tutor den Raum nicht, sondern bespricht nur die Möglichkeit mit dem/der Studierenden. Eine Ersatzhandlung tritt dann auf, wenn der Tutor den Raum tatsächlich verlässt.

Beide Kategorien können in unterschiedlicher Art ausgeführt werden, weshalb bei der Analyse mehrere Faktoren berücksichtigt werden müssen. Bei beiden Kategorien soll die Analyse zeigen, auf welche Art diese Interaktionsaufgabe eingeleitet wird, d.h. ob sie zum Beispiel in einem inhaltlichen Zusammenhang mit dem vorangegangenen Thema steht. Zusätzlich wird bei den Ersatzhandlungen untersucht, was die alleingelassenen Studierenden in dieser kurzen Zeit machen und ob danach eine Rahmung, struktureller oder inhaltlicher

Natur, gegeben wird. Bei den Ankündigungen ist vor allem die Reaktion des/der GesprächspartnerIn wichtig, d.h. ob diese bestätigend oder ob der Wunsch abgeblockt wird.

10.1.1 Ankündigungen

In allen Gesprächen bis auf G3 kommen Ankündigungen vor. In allen Fällen geht die Initiative der Ankündigung von Tm aus, weshalb diese auch nach der Art der Reaktion des/der Studenten/Studentin in zwei Arten der Ankündigung eingeteilt werden.

- Ankündigungen mit positiver Reaktion

Die erste Art der Ankündigung ist eine reine Ankündigung, die von Tm ausgeht. In diesem Fall meint er das Gespräch eventuell unterbrechen zu müssen, was von den Studierenden positiv beantwortet wird. Positiv heißt in diesem Zusammenhang, dass der Student/die Studentin diesen Umstand akzeptiert und eine „Erlaubnis“ ausspricht. Beispiele dafür finden sich in G1 (Tm-Sw1 Fl.17-18 und Fl. 51-53), G2 (Tm-Sm1a Fl.2-4), G5 (Tm-Sw3a Fl.2-3) und G6 (Tm-Sm3a Fl.1-2).

[1]	0 [02:09.0]	1
Tm [v]	Ja ziemlich also so alle fünfzehn Minuten.	
Sw3 [v]	Und müssen Sie auch vermehrt aufs Klo?	
[2]	2	3 4 5 6
Tm [v]	I war jetzt grad i glaub i muss jetzt eh bald wieder gehen.	
Sw3 [v]	••• Und is...	((1s)) Kein
Sw3 [d]		((deutet auf Tür))
[3]	7 8 9 10 11 12 [02:22.0]	
Tm [v]	Ja j/ derweil •• gehts grad no.	
Sw3 [v]	Problem, • Sie können jederzeit((1s)) schnell gehen. • Und is Ihnen beim	
Sw3 [d]		
[4]		
Sw3 [v]	Harn selber was aufgefallen?	
	(Tm-Sw3a)	

Wie der obige Ausschnitt zeigt, wird die Ankündigung direkt an ein zusammenhängendes Thema angeschlossen. Dies ist bei fast allen Ankündigungen des Typs mit positiver Reaktion, der Fall. Die einzige Ausnahme bildet eine Sequenz in G1 (Fl.51-53), auf die noch eingegangen wird. Das vorangehende Thema ist immer die aktuelle Beschwerde oder wie hier spezieller das Vermehrte aus Klo-Gehen.

Die Stelle G1 (Fl. 51-53) unterscheidet sich von den anderen Stellen, da an dieser Stelle kein thematischer Zusammenhang erkennbar ist. Außerdem unterscheidet sich auch der Beginn der Ankündigung von denen in anderen Gesprächen.

[51]

	169	170	171	172	173	174
Tm [v]	Na • na. ((unvst.1s))((ea))					
Tm [d]	((verkrampft und beugt sich vor))					
Sw1 [v]	Medikamentenallergie keine bekannt?			Okay. • • Gehts? O		
Sw1 [d]	))			((macht sich Notizen))		

[52]

	175	176	177	178	179	180	181	182
Tm [v]	Ja also `s gehts scho no.		• Also bald bald		((1s))	muss i dann aufs		
Sw1 [v]	dermüssen...		Jo?		Wenn Sie/ wenn S` a Pause wollen...			

[53]

	183	184	185	186
Tm [v]	Klo • daweil gehts no.		Hñ	
Sw1 [v]	Okay. Mir sind eh bald fertig. • Ähm • wie schauts aus mit/in			
Sw1 [d]	((liest))			

(Tm-Sw1)

Die Einleitung der Ankündigung erfolgt auf non-verbale Art, indem Tm sich zusammenkrümmt und verkrampft. Sw1 reagiert so wie schon in der Stelle zuvor (Fl. 17-18) positiv, allerdings meint Tm dann, dass in diesem Moment eine Unterbrechung des Gesprächs noch nicht nötig wäre. Das Thema wird in G1 nicht wieder behandelt; es ist eines der Gespräche, in welchem keine Ersatzhandlung stattfindet.

- Ankündigungen, die abglockt oder übergangen werden

In der zweiten Gruppe der Ankündigungen wird der Wunsch des Tutors abglockt oder unkommentiert übergangen. In G4 (Tm-Sw2i Fl. 1-2 und Tm-Sw2K Fl.2-4) und G5 (Tm-Sw3K Fl.2-3) zeigt sich dementsprechend eine andere Reaktion auf die Ankündigung als in den vorhergehenden Gesprächssequenzen.

In G4 stehen die Äußerungen ebenfalls beide Male im Zusammenhang mit dem gerade besprochenen Thema, die Reaktion der Studentin ist allerdings nicht positiv, wie das nächste Beispiel zeigt.

[2]

	2	3	4	5
Tm [v]	alle zehn Minuten • viertel Stund,		I muss jetz eh wieder gehen.	
Tm [d]				((
Sw2 [v]	Alle zehn Minuten hm̃.			Hm̃

[3]

	6	7	8	9
Tm [v]	I halts da schon fast nimma aus, ja.		Ja	
Tm [d]	<i>schaut auf den Zettel mit Gesprächsanweisungen für Gespräch am Tisch</i>			
Sw2 [v]	Ja wir sind eh gleich fertig, Mochn wir			
Sw2 [d]	<i>((klopft mit flacher</i>			

[4]

	10	11	12 [11:24.0]	13
Tm [d]))			
Sw2 [v]	das noch kurz fertig. Darf i nur kurz fragen, ahm riecht der			
Sw2 [d]	<i>Hand leicht auf Tisch))</i>			

(Tm-Sw2K)

Zuerst übergeht die Studentin die Äußerung Tms durch einen Themenwechsel (Tm-Sw2i Fl.2) und danach in Tm-Sw2K blockt sie seine Aussage (Fl.2) und der Verdeutlichung der Dringlichkeit (Fl. 3), mit der Begründung bereits am Ende des Gesprächs zu sein, ab. Das Gespräch selbst dauert nach dieser Aussage aber noch mehr als 2 Minuten, was wiederum, wie in Kapitel 9.2 schon besprochen, auf eine falsche Zeiteinschätzung hindeutet.

In G5 (Tm-Sw3K) kommt es überhaupt zu einem Abbruch des Gesprächs. Sw3 hat bereits zuvor die Möglichkeit einer kurzen Unterbrechung akzeptiert (Tm-Sw3a Fl. 2-3), an dieser Stelle, nach fast sieben Minuten, stimmt sie allerdings zu, das Gespräch zu beenden.

[2]

	2	3	4	5
Tm [v]	Jä I müssat jetz • aufs Klo dann, Kemma das irgendwie			
Sw3 [v]	Sie nicht so gut schlafen.			

[3]

	6	7	8	9
Tm [v]	abbrechen?		(Jä)	
Sw3 [v]	Ja ja natürlich. Ich glaube, ich hab jetz eh dann genug,		Ich werd das	
Sw3 [d]	<i>((nickt))</i>			

[4]

	10	11
Tm [v]	Hm̃	
Sw3 [v]	dann weiterleiten und wir werden dann ••• schauen, was wir für Sie tun können.	

(Tm-Sw3K)

Die Reaktion in Fläche 3 deutet durch den Unsicherheitsmarker Ich glaube nicht darauf hin, dass für sie das Gespräch wirklich vollständig und abschlussbereit war. Das schnelle Einlenken der Studentin und die kurze Beendigung, die auch ohne die sonst typische

Zusammenfassung ist, zeigt, dass sie in dieser Situation die leitende Funktion im Gespräch nicht vollkommen wahrnimmt, sondern sich nach dem Wunsch des Patienten richtet. Diese Sequenz deutet ebenfalls auf ein Problem mit dem Prinzip des primären Sprechers hin (siehe Kap. 1.3.2.4 und 10.4).

Interessant ist, dass es das einzige Mal ist, wo der Tutor explizit nach einem Abbruch fragt. In den anderen Sequenzen sind seine Äußerungen nicht so explizit und er verwendet das Wort Abbruch oder Unterbrechung nicht. Es wäre durchaus vorstellbar, dass das Gespräch nach einer Erstsatzhandlung fortgeführt worden wäre, wenn etwa Tm `abbrechen` durch `unterbrechen` ersetzt hätte.

10.1.2 Ersatzhandlungen

In den untersuchten Gesprächen kommen drei Sequenzen mit Ersatzhandlungen vor. Ihre Abläufe ähneln sich stark, sie rufen aber unterschiedliche Reaktionen hervor.

Alle drei Sequenzen gleichen sich zum Beispiel, was die Einleitung, die Zeitspanne und den räumlichen Ablauf betrifft. Die Einleitung der Handlungen erfolgt ohne inhaltlichen Zusammenhang, d.h. der Tutor „beschließt“ ohne direkten Anstoß, dass er in seiner Rolle auf die Toilette gehen muss. In diesen drei Fällen reagieren die drei Studenten²² alle ungefähr gleich, indem sie ihm sagen, er könne selbstverständlich den Raum verlassen. Tm steht daraufhin auf und geht zur Tür hinaus. Er schließt diese allerdings nicht hinter sich, was ein erstes Anzeichen für den künstlichen Charakter der Ersatzhandlung ist. Nach einigen Sekunden kommt Tm wieder in den Raum und setzt sich hin.

Unterschiede gibt es hingegen bei den Tätigkeiten, welche die Studenten ausführen, solange Tm nicht an seinem Platz ist und den Übergang zwischen den Ersatzhandlungen und dem weiteren Gespräch betreffend. Durch den komplexen Ablauf wird eine genaue Angabe der dafür benötigten Zeitspanne erschwert. Der gesamte Prozess beinhaltet sowohl das Hinausgehen, die Zeit vor der Türe als auch die Zeit bis Tm wieder an seinem Platz ist. Es kommt teilweise aber auch schon zu Äußerungen während dieses Prozesses, weshalb hier die Gesprächspause, d.h. die Zeit in der nicht gesprochen wird, als Anhaltspunkt für die zeitliche Einschätzung dient. Diese dauert in G2 (Tm-Sm1K Fl.2-3) neun Sekunden, in G3 (Tm-Sm2K Fl.2) und in G6 (Tm-Sm3K Fl.2) jeweils sechs Sekunden.

²² Da die Analyse kein Zusammenhang zwischen Geschlecht und den Ankündigungen oder Ersatzhandlungen erkennen lässt, wird davon ausgegangen, dass es sich um einen Zufall handelt, dass die Ersatzhandlungen bei den drei männlichen Studenten stattfinden. Dies kann durch die geringe Anzahl der Gespräche erklärt werden.

Während der Tutor vor der Tür ist, beschäftigen sich zwei der Studenten mit ihren Notizen (Sm1 und Sm2), bis sie sich wieder dem Gespräch und ihrem Patienten zuwenden.

In G6 (Tm-Sm3K) verläuft die Interaktion auffällig. Dabei fallen zwei Eigenheiten im Verhalten von Tm auf: erstens die unangebrachte Bestätigung in Fl. 1 und zweitens das Ignorieren der Frage in Fl. 2.

[1]

	0 [10:41.0]	1	2	3	4
Tm [v]	Ja i müssat wieder auf Klo.		Kann i...		Genau.
Tm [d]					((geht zur
Sm3 [v]		Hm̃		Ja kemma gern • kurz unterbrechen.	

[2]

	5	6	7	8	9	10
Tm [v]	((5s		((1s))		Dankschen.Dankschen.	Des war
Tm [d]	Tür)) ((öffnet Türe und geht hinaus))		((kommt wieder ins Zimmer))			
Sm3 [v]			Wissen`S eh wo hin, oda?			

[3]

	11	12	13	14	15
Tm [v]	jetz/war guat. ((1s))		Is a weng leichter, weil das/das zieht dann so.		
Tm [d]	((schließt Tür)) ((		geht zu Tisch		((setzt sich 1s))
Sm3 [v]				Hm̃	

(Tm-Sm3K)

Tm verletzt mit seiner Antwort Genau. in Fläche 1 die Höflichkeitsregeln, da an dieser Stelle von seitens des Patienten keine Bestätigung angemessen ist, sondern eher ein Dankeswort. Seine Äußerung zeigt, dass das Hierarchiegefüge in dem Gespräch nicht authentisch ist, da ein Patient diese Äußerung gegenüber einem Arzt/einer Ärztin nicht auf diese Weise tätigen würde. Wie in Kapitel 10. 4 noch genau besprochen wird, fällt an manchen Stellen im Gespräch auf, dass der Tutor mehr organisatorisches Wissen als der/die StudentIn hat, was auch an dieser Stelle ein Grund sein kann, weshalb der Tutor sich so verhält.

Der zweite Punkt, das Ignorieren der Frage aus Fl.2, hängt ebenfalls mit der Hierarchie zusammen, denn nur durch seine besondere Stellung kann Tm die Frage kommentarlos ignorieren, ohne dass dies Auswirkungen auf das Gespräch hat. Auch die Frage selbst deutet auf ein Problem hin. An dieser Stelle glauben die Beteiligten an unterschiedlichen Stellen der Ersatzhandlungen zu sein. Während Tm, der mehr Erfahrung mit dieser Interaktionsaufgabe hat, diese routinemäßig erfüllt, also innerhalb von Sekunden durchspielt, ist sich Sm3 nicht sicher, ob Tm in seiner Rolle als Patient zurückkommt, da er die Toilette nicht findet oder ob die Handlung schon abgeschlossen ist. Für Tm ist die Handlung eindeutig schon abgeschlossen, dies zeigt sich dadurch, dass er nicht weiter darauf eingeht und zum nächsten thematischen Unterpunkt übergeht. Dieses „Missverständnis“ verdeutlicht, dass die

Ersatzhandlung Problempotenzial hat, da nicht klar wird, an welchem Punkt des Prozesses die Beteiligten stehen und wie genau mit dieser Situation umgegangen werden soll.

Nachdem der Tutor den Raum wieder betreten hat, bedankt er sich. Alle drei Ersatzhandlungen bekommen so eine Rahmung bzw. einen sprachlichen Übergang zur nächsten Interaktionsaktivität. Die Reaktion der Studenten kann entweder rein gesprächsorganisatorischer Natur sein, wie in G3, oder aber auch einen inhaltlichen Zusammenhang herstellen wie in G2 und G6.

In G3 erfolgt die Antwort kurz und klar durch ein Bitte. (Tm-Sm2K Fl.3). Damit beendet der Student die Ersatzhandlung und geht zum nächsten Themenbereich über. Die Abgrenzung wird durch die Einleitung der nächsten Phase und die lange Pause zusätzlich unterstrichen. In G2 und G6 reagieren die beiden Studenten nicht nur kurz auf die Äußerung vom Tm, sondern gehen auch inhaltlich auf die Tätigkeit ein, indem sie nachfragen, ob die Beschwerden dieselben waren (Tm-Sm1K Fl.3-4) bzw. wie es Tm beim Harnlassen gegangen ist (Tm-Sm3K Fl.4-5).

10.2 Über-Explizitheit

In manchen der analysierten Gespräche fällt eine Häufung der Orientierungen und Höflichkeitsmarker auf. In Anlehnung an Brons-Albert (1995) werden diese als Über-Explizitheit bezeichnet, obwohl sie sich von den untersuchten Phänomenen beim Training der Buchhändlerinnen unterscheiden. All diesen Phänomenen ist gemein, dass sie durch die vermehrte Aufmerksamkeit, die im Training auf die sprachlichen Handlungen gelegt wird, bedingt sind und eine Häufung und Betonung von einzelnen sprachlichen Handlungselementen darstellen. In einigen Gesprächen treten vor allem Orientierungen hervor, in anderen Höflichkeitsmarker.

10.2.1 Orientierung

Viele Elemente tragen zur Orientierung im Gespräch bei, in diesem Kapitel geht es konkret um Äußerungen, die eine Orientierung für den Patienten/die Patientin darstellen sollen. Dazu zählen Hinweise zum Aufbau des Gesprächs oder der weiteren Vorgehensweise.

Die Orientierung in einem Gespräch ist komplex und erfolgt meist an mehreren Stellen. Da die Besprechung der weiteren Vorgehensweise in Kapitel 10.3 und die grobe zeitliche Orientierung zu Beginn der Gespräche in Kapitel 9.1 behandelt wird, geht es an dieser Stelle um explizite Hinweise, die während des Gesprächs über die einzelnen Gesprächsphasen gegeben werden.

Es gilt zu bedenken, dass Orientierungselemente prinzipiell in Gesprächen normal sind und sogar zur Verbesserung des Gesprächsklimas beitragen. Solche Elemente sind folglich keine Artefakte *per se*, sondern Elemente, die bei einigen Studierenden künstlich, bzw. übertrieben wirken, da der Eindruck erweckt wird, es handle sich mehr um das Wiederholen einer mentalen Gedächtnisstütze der Studierenden als um Gesprächsorientierung für den Patienten. Um den Unterschied zwischen unauffälligen und auffälligen Orientierungen zu verdeutlichen, werden von beiden Arten Beispiele gebracht.

Am auffälligsten sind die Orientierungen in G4. Auch in G3 und G6 gibt es mehrere Bezüge auf den thematischen Aufbau des Gesprächs, diese sind aber weniger auffällig. In den anderen Gesprächen kommen außer den allgemeinen Erklärungen zu Beginn und am Ende des Gesprächs wenige bis keine expliziten Orientierungen vor.

In G3 und G6 erfolgen die Verweise auf eine indirekte Art, wie die beiden folgenden Beispiele zeigen. Es geht dabei um den Gesprächsablauf, allerdings werden die genauen im medizinischen Bereich dafür üblichen Begriff, wie sie etwa Morgan/Engel (1977) verwenden, nicht genannt. An den nächsten beiden Beispielen kann man gut erkennen, wie Überleitungen und Orientierungen ins Gespräch eingebaut werden.

[1]

0 [12:24.0] 1

2

Sm2 [v] Na gut. Jetzt sind wir halt am Ende des Gesprächs. Fragen? • Irgendwelche
(Tm-Sm2c)

In diesem Beispiel aus G3 leitet Sm2 die Beendigungsphase des Gesprächs ein und teilt Tm dadurch mit, an welchem Punkt im Gespräch sie sich befinden.

Auch in der folgenden Sequenz aus G6 verläuft der Verweis auf einen späteren Zeitpunkt im Gespräch problemlos.

[2]	2	3	4	5
Sm3 [v]	Is des...			((1s)) Ja i kumm/ mir kumman eh auf das no
Tm [v]	Ja des müssen Sie ja wissen • I waß net.			
[3]	6			7 [04:31.0]
Sm3 [v]	genauer • also m... Die Freundin wie lang sant`S mit der jetz beinand?			
Tm [v]				((1s)) Ja so drei

(Tm-Sm3c)

Einige der Orientierungen in G4 heben sich von den anderen Orientierungen ab, wodurch diese Sequenzen etwas gekünstelt wirken. Am deutlichsten zeigt sich dies an den folgenden beiden Beispielen. Die Orientierungen stellen hier einen deutlichen thematischen Bruch dar. Die Orientierung selbst besteht aus einem klar abgegrenzten Satz, der jeweils danach noch durch eine zweite Frage ergänzt wird. Durch die Verwendung der Begriffe Lebensumständen und Medikamentenanamnese, die sonst nur in der (medizinischen) Fachsprache oder im Gesprächstraining verwendet werden, heben sich diese Äußerungen noch deutlicher vom Rest des Gespräches ab.

[1]	0 [04:40.0]	1
Sw2 [v]	Ja dann kommen wir jetzt zu den Lebensumständen. Wie darf ich mir denn Ihre	

(Tm-Sw2a)

[1]	0 [06:31.0]	1
Sw2 [v]	Dann kommen wir jetzt zu der Medikamentenanamnese. Ahm hom Sie sonst noch	

(Tm-Sw2b)

Vergleicht man die Orientierungen von G4 mit denen in G3 und G6, fällt neben der Wortwahl auch die sehr ähnliche Formulierung in G4 auf, wodurch der Eindruck entsteht, als würde Sw2 ein Schema abarbeiten und diese Äußerungen zur eigenen Orientierung im Gespräch benötigen.

Interessant ist, dass es in vier Gesprächen (G2, G3, G4 und G6) fast identische Formulierungen für die Einleitung der „allgemeinen Fragephase“ gibt. Sm1 meint Ich stell Ihnen jetzt ein paar allgemeine Fragen. (Tm-Sm1a Fl.16), Sw2 Ja dann werd ich Ihnen zum Schluss jetzt noch ein paar allgemeine Fragen • stellen. (Tm-Sw2e Fl.1) und Sm3 Dann stell i Ihnen jetz no so a paar äh

allgemeinere Fragen ähm... (Tm-Sm3b Fl.1). Sm2 gibt Tm sogar zweimal diese Orientierung (Tm-Sm2K Fl.3 und Tm-Sm2a 3-4).

Aus der Häufigkeit dieser Art der Orientierung und ihrer strukturellen Ähnlichkeit lässt sich ablesen, dass dieser Punkt im Training behandelt worden ist und dieser Übergang zwischen den einzelnen Schritten im Gespräch erwünscht war. Es stellt sich allerdings die Frage, welchen Sinn diese Orientierungen für den Patienten/die Patientin tatsächlich haben, da der Begriff „allgemeine Fragen“ selbst sehr weit gefasst ist und somit keine konkrete Orientierung bietet. Wie viele unterschiedliche Themen mit dem Begriff „allgemeine Fragen“ bezeichnet werden können, zeigt bereits die Themenwahl der Studierenden. Sie besprechen nach dieser Orientierung die Themen „andere Erkrankungen und Operationen“ (G2, G6), „Trink- und Rauchgewohnheiten“ sowie „Medikamentenanamnese“ (G3) oder „Schlafgewohnheiten“ (G4). Es liegt deshalb nahe, dass auch der Patient/die Patientin keine konkrete Vorstellung davon hat, was mit allgemeinen Fragen gemeint ist.

10.2.2 Höflichkeit

Die Beziehungskommunikation kann durch die Simulation beeinflusst werden (Brons-Albert 1995, 109). Dazu zählen auch Elemente der Höflichkeit. Eine gehäufte Verwendung von Höflichkeitsmarkern oder eingeleiteten Fragen kann auftreten, da der Fokus auf der Sprache liegt und die Beteiligten sich bemühen, höflich und sympathisch zu wirken (vgl. Kap. 4.4.3.3 und 5.2). In den untersuchten Gesprächen sind deutlich weniger Stellen mit übertriebener Höflichkeit zu finden, als mit über-expliciten Orientierungen. Im Zusammenhang damit fällt auf, dass sie nur in zwei Gesprächen vorkommen, nämlich G1 und G4. Sw1 leitet sowohl in Fl. 4, Fl. 35 als auch Fläche 111 ihre Frage mit *Darf i Sie fragen* (Fl.4), oder einer ähnlichen Formulierung ein. Die Fragen der ersten beiden Sequenzen selbst behandeln keine persönlichen Themen, die eine spezielle Umgangsweise oder besonderes Feingefühl erfordern würden. Sie betreffen den Namen und die Arbeitssituation und werden vom Tutor ohne Auffälligkeiten beantwortet. Die dritte Frage nach dem Harn ist etwas persönlicher, aber auch hier zeigt der Tutor kein Schamgefühl oder Unwohlsein, welches die besondere Vorsicht von Seite der Studentin in dieser Situation hervorrufen könnte. An dieser Stelle wäre aber durchaus denkbar, dass ein Patient/eine Patientin Scham empfindet, beim Tutor entfällt dies aufgrund seiner Erfahrung und auch, da er persönlich nicht betroffen ist.

In Gespräch 4 verhält es sich fast gleich, auch hier ist die Formulierung jeweils ähnlich, allerdings verwendet Sw2 kein Anredepronomen in der Frageeinleitung, wie das folgende Beispiel zeigt.

[12]

	30	31	32 [10:24.0]	33
Tm [v]	wenn ma sooft aufsteht, wissen`S das is...			
Tm [d]))			
Sw2 [v]	Hm̃ • Ja das is verständlich. ((ea)) Darf i			

[13]

	34
Tm [v]	Ja • • bissl.
Sw2 [v]	fragen, rauchen Sie?

(Tm-Sw2e)

Diese Formulierung taucht zu Beginn des Gesprächs (Tm-Sw2a Fl.4 und Fl.7) zweimal sehr kurz hintereinander auf. Wie in G1 lassen sich auch hier keine Faktoren erkennen, die dieses Verhalten hervorrufen. Tm reagiert sowohl auf die Frage der Beziehung als auch auf sein Rauchverhalten unauffällig. Seine verzögerte Reaktion auf die Frage nach seinem Beruf (Tm-Sw2a Fl.7) entsteht durch die Ablenkung der Kamera und nicht durch die Interaktion selbst.

Obwohl in keinem der Gespräche ein unhöfliches Gesprächsklima herrscht, ist das Verhalten der anderen Studierenden nicht auffällig, d.h., sie verwenden keine übertriebenen Höflichkeitsfloskeln.

10.3 Der kontrafaktische Gesprächsrahmen

Die Übungsgespräche können in drei Ebenen eingebettet werden. Das Gesprächstraining bildet die Grundlage für die Simulation, d.h. zum Beispiel welche Muster vermittelt werden, und welchen allgemeinen Bedingungen all die Simulationsgespräche dieses Typs unterliegen. Der Klarheit wegen wird diese Ebene hier Trainingsrahmen genannt, dieser wurde in Kapitel 4, sowie 3.2.1 im Speziellen, besprochen. Zusätzlich zu diesem allgemeinen Rahmen gibt es in jeder konkreten Simulation die Phase vor und nach dem Gespräch, die als Gesprächsumrahmung bezeichnet werden kann. Auf dieser Ebene finden Aktivitäten wie das Einschalten der Kamera und die Besprechung der Gespräche statt. Da in den untersuchten Gesprächen in dieser Zeit bis auf einzelne Worte keine Interaktion stattfindet, wird diese Ebene bei der Analyse ausgelassen. Das Gespräch selbst ist eingebettet in den kontrafaktischen Gesprächsrahmen der Institution Krankenhaus. Generell ist dieser dem eines echten Anamnesegesprächs nachempfunden. Er existiert in den Trainingsgesprächen jedoch

nicht, da kein sonstiges Personal oder sonstige Räumlichkeiten vorhanden sind und das Gespräch ein isoliertes Ereignis darstellt. Dennoch nehmen sowohl der Tutor als auch die Studierenden diesen Gesprächsrahmen an bzw. konstruieren ihn, um die Gesprächssituation so authentisch wie möglich zu gestalten. In der Analyse soll gezeigt werden, wodurch dieser Rahmen erkennbar wird und auf welche Art und Weise die Beteiligten mit ihm umgehen, d.h. konkret Bezug auf ihn nehmen.

In der Realität existiert nicht nur der Arzt/die Ärztin bzw. der Famulant/die FamulantIn alleine, sondern er/sie steht in einem institutionellen Kontext, wie in Kapitel 1.3.1 schon besprochen wurde. Wegen der institutionellen Einbindung sind die Abläufe vor und nach, aber auch während des Gesprächs anders als in einem reinen Übungsgespräch. Im Krankenhaus müssen die PatientInnen sich zum Beispiel zuerst anmelden, in den meisten Fällen gibt es also schon eine „Vorgeschichte“ mit anderem medizinischen Personal, welche zum Beispiel die Erhebung der Versicherungsdaten anhand der E-Card sowie persönliche Daten, wie den Namen und die Kontaktdaten beinhaltet. Außerdem werden die PatientInnen nach dem Gespräch zu weiteren Untersuchungen, anderen ÄrztInnen oder Stationen geschickt. Sowohl die „Vorgeschichte“ als auch die weiterführenden Untersuchungen entfallen bei einem Übungsgespräch.

Der Gesprächsrahmen der Anamnesegespräche wird in einigen Fällen von den Beteiligten nicht nur mitgedacht, sondern auch angesprochen und somit durch sprachliche Handlungen erzeugt. Dabei kann es sowohl um anderes Krankenhauspersonal als auch um den weiteren Verlauf oder um sonstige Aktivitäten im Krankenhaus gehen.

10.3.1 Besprechung des weiteren Ablaufs

Die Besprechung des weiteren Ablaufes gehört zu jedem Anamnesegespräch und soll dem Patienten/der Patientin Orientierung bieten (Morgan/Engel 1977, 59). Auch in den untersuchten Gesprächen bildet eine solche Sequenz deshalb einen Teil der Gesprächsbeendigung²³.

Die Erklärung des weiteren Ablaufs kann zwei Elemente beinhalten. Einerseits kann der/die Studierende erwähnen, was er/sie mit den Daten macht, d.h. erklären, welche seine/ihre nächsten Schritte sind, andererseits beinhaltet diese Phase aber auch konkrete Anweisungen

²³ Die Verweise auf die weitere Vorgehensweise, die in manchen Gesprächen in der Hauptphase des Gespräches vorkommen, dienen der Rollendarstellung oder stehen in Verbindung mit den Wissenssebenen und werden aus diesem Grund auch in den jeweiligen Kapiteln behandelt.

an den Patienten/die Patientin über dessen/deren nächste Handlung. In der Simulation wird weder die eine noch die andere Ebene in die Realität umgesetzt, die Studierenden geben die Angaben nicht weiter und der Tutor nimmt nicht im Warteraum Platz und wartet auf den Arzt. Aus diesem Grund verliert diese Phase allgemein an Bedeutung gegenüber einem authentischen Gespräch.

Nicht in allen Gesprächen werden beide Elemente erwähnt. Die weitere Vorgehensweise des/der Studierenden kommt in fünf Gesprächen vor, konkrete Anweisungen für das Patientenverhalten nur in drei. Die Abläufe außerhalb des Gesprächs und die Orientierung des Patienten/der Patientin für seinen/ihren nächsten Handlungsschritt, die bei authentischer Arzt-Patient-Interaktion einen wichtigen Teil bilden, werden folglich in den Gesprächen meist nur teilweise behandelt²⁴. Zusätzlich verläuft der Bezug auf den Gesprächsrahmen, wie die folgende Analyse zeigt, nicht immer problemlos, sondern erfordert besondere Aufmerksamkeit von den Beteiligten.

Auch wenn die Formulierungen zum weiteren Ablauf variieren, ist der Inhalt dennoch in allen Gesprächen sehr ähnlich. Es gibt mehrere Möglichkeiten auf die weitere Vorgehensweise einzugehen, welche sich je nach Grad der Ausführlichkeit und Inhalt voneinander unterscheiden.

Eine dieser Möglichkeiten ist, dass die Studierenden ihre nächsten Schritte erklären. Wenn man davon ausgeht, dass alle FamulantInnen nach den authentischen Gesprächen dieselben Schritte der Informationsweitergabe tätigen, stellt sich die Frage, wie die Studierenden diese in den Übungsgesprächen erklären und ob es dabei Unterschiede gibt, die darauf beruhen, dass kein echter Gesprächsrahmen existiert. Die erwähnten Schritte können daraus bestehen, dass sie die Daten weiterleiten, oder aber auch eine Besprechung mit einer anderen Person sein. Dabei kann eine konkrete Bezugsperson erwähnt werden, oder aber auf unpersönliche Strukturen zurückgegriffen werden.

In der folgenden Sequenz aus G1 findet sich sowohl die Beschreibung der weiteren Vorgangsweise (Fl.112-113 und 115) als auch die Anweisung für den Patienten (Fl. 113-114). Interessant ist dabei, dass der Tutor hier die Funktion des primären Sprechers übernimmt. Er leitet in dieser Sequenz mit der Frage in Fläche 112 die nächste Gesprächsphase ein, was durch die Unterbrechung, die zum Themenwechsel führt, noch unterstrichen wird. Dieses

²⁴ Da der Punkt „informiert über weitere Schritte“ in der *Checkliste PK* existiert, kann davon ausgegangen werden, dass dieser auch zur Benotung herangezogen wird, die genauen Auswirkungen beim Übergehen des Schrittes konnten allerdings nicht ermittelt werden.

Verhalten deutet, wie einige andere Beispiele aus Kapitel 10.4, auf die Verschiebung der Experten-Laien-Beziehung hin.

[112]

	380	381	382	383
Tm [v]	nix auffalln wirklich.	Was macht ma jetzt, oda?		
Sw1 [v]		Schäumen oda...	Ja ahm • i gib jetzt die	
Sw1 [d]		))	((schaut auf Zettel))

[113]

	384	385	386
Tm [v]		•Okay.	
Sw1 [v]	ganzen Informationen dem behandelnden war/ Arzt weiter,	((ea)) Ja und	
Sw1 [d]			

[114]

	387	388	389
Tm [v]			Ja i
Sw1 [v]	nehmen Sie daweil draußen Platz oder gehn Sie aufs W C wenn Sie müssen.		
Sw1 [d]		(lachend)

[115]

	390	391	392	393
Tm [v]	müssat eh schon wieder gehen.			Okay.
Sw1 [v]		Jo • und ah • • Sie	werden dann aufgerufen.	
Sw1 [d]		((legt Stift ab))		

[116]

	394	395	396
Tm [v]		Auf Wiederschaun.	
Sw1 [v]	Gut danke. Auf Wiedersehen.		
[a]	Sw1 steht auf, schüttelt Tm die Hand	Tm steht auf und dreht sich zur Tür	

(Tm-Sw1)

In G2 (Tm-Sm1b Fl.10-11) und G5 (Tm-Sw3K Fl.3-4) meinen die Studierenden ebenfalls, sie würden die Angaben weiterleiten. Alle Studierenden erwähnen in dieser Phase einen Arzt bzw. Oberarzt/Oberärztin, nur Sw3 erwähnt nicht, an wen sie die Daten weitergibt (Tm-Sw3K Fl. 3-5). Ihre Angabe zur weiteren Vorgehensweise ist dadurch weniger konkret und sehr allgemein gehalten. Eine etwas konkretere Alternative dazu ist die Erwähnung der Besprechung mit einem Arzt/einer Ärztin, wie in G4 (Tm.Sw2g Fl.1). Hier meint die Studentin, sie werde direkt mit der Oberärztin über den Patienten sprechen.

Eine weitere Möglichkeit, den späteren Ablauf zu besprechen, ist diesen allgemein zu schildern, wie in G6.

[10]

	36	37	38
Sm3 [v]	Okay.((1s)) Ja • dann werma jetzt äh weiterschaun, Es werden dann no weitere		
Sm3 [d]	<i>((liest Notizen))</i>		

[11]

	39	40
Sm3 [v]	Untersuchungen gmacht, Der Oberarzt schaut Sie an ((1s)) und • sonst... • • Also	
	(Tm-Sm3d)	

Der Student geht in dieser Sequenz in keiner Weise darauf ein, was er selbst nach dem Gespräch machen wird.

Die konkreten Anweisungen für den Patienten sind ebenfalls sehr kurz und allgemein gehalten. Ähnlich wie in dem Ausschnitt oben (G1 Fl. 113-114) bittet auch Sm2 (Tm-Sm2c Fl.3-4) den Tutor Platz zu nehmen. Die Anweisung draußen zu warten, bis jemand ihn aufruft oder abholt, genügt Tm, der sich daraufhin ohne weitere Verzögerungen bedankt und verabschiedet.

In G2 (Tm-Sm1b) überspringt der Student diesen Schritt und geht direkt von der Zusammenfassung der Symptome zur Verabschiedung über. Er bedankt sich und erklärt, er werde die Angaben weiterleiten (Fl.9-11). Tm ist ungeduldig, was die Überlappung deutlich zeigt, und fragt, was er nach dem Gespräch tun soll.

[8]

	22	23	24
Sm1 [v]	Minuten aufs Klo.	Und da sind/ ham Sie eben auch	
Tm [v]	<i>((1s)) ((ea))</i> Ja mittlerweile schon ja.		

[9]

	25	26	27	28	29
Sm1 [v]	Schmerzen beim Harnlassen.		Ja. • • Okay. • Gut. Dannn • •		
Sm1 [d]			<i>((liest ab)) ((nimmt Notizen))</i>		
Tm [v]	• Ja. Das brennt dann so.				

[10]

	31	32	33	34	35
Sm1 [v]	bedanke ich mich,		Und ich werd das jetzt dem Oberarzt		
Sm1 [d]	<i>in die Hände))</i>		<i>((beginnt aufzustehen))</i>		
Tm [v]	Ja danke.				•

[11]

	36	37	38
Sm1 [v]	weitergeben.		Ja. Der Oberarzt kommt dann zu Ihnen.
Tm [v]	Soll i	jetz draußen warten, oder?	Okay.

(Tm-Sm1b)

Da der Tutor in zwei Gesprächen, nämlich G1 und G2, um konkrete Anweisungen fragt, sind ihm diese anscheinend wichtig. Dies spiegelt auch das Verhalten von echten PatientInnen, für die diese Information mehr reale Bedeutung hat.

In den anderen drei Gesprächen geben die Studierenden keine Handlungsanweisungen und der Tutor fragt auch nicht danach. In diesen Fällen würden echt PatientInnen, die sich mit den organisatorischen Abläufen nicht auskennen, nicht wissen, wie sie sich nach dem Gespräch zu verhalten haben, d.h., ob sie warten oder an einen anderen Ort gehen müssen. Solche Fragen nach dem Gespräch gesondert zu klären, scheint deutlich mehr Aufwand zu sein, als eine kurze Klärung am Ende des Gesprächs. Aus diesem Grund sollte dieser Gesprächsphase, auch wenn sie sich nur auf eine kontrafaktische weitere Vorgehensweise bezieht, genug Aufmerksamkeit geschenkt werden, damit die Studierenden diese auch in der Realität nicht unterschätzen oder wie in G4 (Tm-Sw2g Fl.1-3) in einer einzigen allgemein gehaltenen Äußerung abhaken.

Im Zusammenhang mit den konkreten Anweisungen für den Patienten und die Besprechung der weiteren Vorgehensweise, zeigt sich, dass diese, wenn sie überhaupt vorkommen, nur sehr allgemein gehalten sind und, dass der Tutor keine Einzelheiten erfährt. Es kann zwischen mehreren Stufen der Konkretheit unterschieden werden. Je genauer und spezifischer ein Student/eine Studentin auf diese Punkte eingeht, desto „realer“ wirken diese Aussagen, d.h. umso konkreter wird der Gesprächsrahmen konstruiert. Der Grund, weshalb die Besprechung dieser Punkte sehr allgemein gehalten ist, könnte damit zu tun haben, dass den Studierenden die Abläufe nicht bewusst sind, bzw. sie keine konkrete Vorstellung von den Abläufen, den Räumen etc. haben.

10.3.2 Bezug auf andere Personen

In allen untersuchten Gesprächen erwähnen die Beteiligten Personen, die nicht existieren. Genau genommen beziehen sie sich jeweils auf die Funktion einer Person im medizinischen Umfeld der Institution.

In keinem der sechs Gespräche werden für diese Personen Namen genannt. Die Bezeichnungen der Studierenden sind immer nur der Arzt (G3, Tm-Sm2a Fl.2.), der Oberarzt (G2, Tm-Sm1b Fl.10 und G6, Tm-Sm3d, Fl. 11) bzw. die Oberärztin (G4, Tm-Sw2g Fl.1), der behandelnde Arzt (G1, Tm-Sw1 Fl. 9, Fl.76, Fl.113) oder der Herr Doktor (G5, Tm-Sw3b Fl.9), nie konkret Dr. X oder Oberarzt Y.

Die Erwähnung der Personen verläuft meistens problemlos, weder Tm noch die Studierenden verhalten sich auffällig bei der Nennung der Personen, sondern führen das Gespräch weiter, als würde es sich um reale Personen handeln. Es ist gut möglich, dass in authentischen Gesprächen der Patient/die Patientin genauere Rückfragen zu den Personen machen, da die Krankheit von persönlicher Bedeutung ist. Es wäre zum Beispiel die Frage nach dem Namen des Arztes/der Ärztin naheliegend. Der Fakt, dass keine solche Rückfragen zu den Personen in den analysierten Gesprächen vorkommen, zeigt, dass alle Beteiligten sich dieses artifiziellen Rahmens bewusst sind, und folglich auch keine konkreten Angaben erwarten oder wünschen, da diese weder real noch für das Gespräch relevant sind.

In Gespräch 4 (Tm-Sw2g Fl. 1) präsentiert sich eine Auffälligkeit, was den Bezug auf die Ärztin betrifft. Sw2 ist die einzige der Studierenden, die eine Frau benennt, allerdings verläuft die Nennung nur in einer von zwei Sequenzen problemlos. Es kommt hier zu einer selbst-initiierten Reparatur nach dem maskulinen Artikel; die Äußerung wird nach dem Wechsel zu einer femininen Bezeichnung weitergeführt.

[1]	0 [13:31.0]1
Sw2 [v]	Okay. Dann werde ich das jetzt mit dem/mit der zuständigen Oberärztin besprechen •
[2]	..
Sw2 [v]	• die wird alles weitere in die Wege leiten ((1,5)) uund wir werden schauen, dass mir
[3]	..
	2 3 4
Tm [v]	• • Okay. • • Danke..
Sw2 [v]	das wieder hinkriegen. Ich bedanke mich für das Gespräch.

(Tm-Sw2g)

Bei der Analyse zeigt sich, dass die Studierenden in ihren Bezeichnungen konstant sind, jede/r verwendet im Gespräch nur eine Bezeichnung für die Person, auch Sw2 nennt schon zuvor eine Oberärztin. Tm verwendet in allen Gesprächen nur selten eine direkte Bezeichnung, wenn dann sind es die Begriffe Arzt oder Oberarzt.

Die Nennung des Namens in einem Gespräch hat Vorteile. Einerseits hilft es dem Patienten/der Patientin sich zu orientieren und schwächt den formalen und unpersönlichen Charakter der Äußerung ab. Da die Studierenden keine reale Person, sondern nur die Funktion einer Person benennen, fallen auch sämtliche persönlichen oder emotionalen Zusätze bei der Erwähnung weg, durch die möglicherweise in authentischen Gesprächen Nähe zum Patienten/zur Patientin hergestellt werden kann. Vorstellbar sind dabei etwa kurze Anmerkungen über die Besonderheiten der jeweiligen Person oder ihre Verhaltensweisen.

Wie der obige Auszug (Tm-Sw2g Fl.2) zeigt, verwendet die Studentin auch das Pronomen „wir“ in einer Hörerexkludierenden Funktion. Alle Studierenden bis auf Sw1 verwenden im Laufe des Gesprächs diese Form des „Wir“ und meinen damit das medizinische Personal, welches die Untersuchungen oder die Labortests durchführt. Eine genauere Untersuchung der Verwendung des Pronomens wäre interessant, würde aber den Rahmen dieser Arbeit überschreiten, weshalb an dieser Stelle auch nur erwähnt wird, dass eine derartige Verwendung in allen Gesprächen vorkommt.

Der kontrafaktische Gesprächsrahmen entsteht durch die Interaktion zwischen den beiden Beteiligten. Die Verbindung von Nennungen der Personen und der weiteren Vorgehensweise vermittelt eine Einbettung in die Institution und in ihrer Abläufe. Zwischen den Beteiligten gibt es eine stille Akzeptanz dieser zugrunde liegenden Eigenschaften der Simulation, so akzeptiert Tm zum Beispiel die Grenzen des Gesprächsrahmens, indem er die Studierenden nicht nach Details fragt.

10.4 Artefakte, die auf Wissensunterschiede hinweisen

In den Übungsgesprächen können die Beziehungen zwischen den TeilnehmerInnen nicht exakt nachgestellt werden. Die dadurch entstehenden Unterschiede betreffen sowohl die Experten-Laien-Beziehung als auch das Wissen, welches die jeweiligen Beteiligten ins Gespräch mitbringen. Aus diesem Grund kann es zu Problemen mit der Rederechtsverteilung und der Verletzung des Prinzips des primären Sprechers (siehe Kap.1.3.2.1) kommen.

Die Studierenden können mehrere Aspekte der Experten-Rolle nicht vollkommen erfüllen, dazu zählen etwa der Aspekt des medizinischen, aber auch des organisatorischen Wissens. Wie Kindt (1986, 163) bei der Untersuchung von Trainings mit ÄrztInnen feststellte, kann die Patientenrolle von diesen nicht vollkommen übernommen werden, da sie die Fachkenntnis

nicht verleugnen können. Der Tutor hat durch sein Medizinstudium und das Training zum Tutor ebenfalls mehr fachliches und organisatorisches Wissen als normale PatientInnen, sein gespieltes Verhalten als Laie wird davon beeinflusst.

Im Zusammenhang mit dem medizinischen Wissen erklärt sich die eingeschränkte Kompetenz der Studierenden durch ihr noch nicht abgeschlossenes Studium. Ein Famulant/eine FamulantIn hat außerdem noch nicht denselben Status wie ein Arzt/eine Ärztin oder auch ein Turnusarzt/eine Turnusärztin. Zu den Auswirkungen dieser Position gehört, dass FamulantInnen während des Praktikums gewisse Tätigkeiten nur unter Aufsicht oder gar nicht machen dürfen und nicht die (volle) Verantwortung für die Diagnosestellung und Therapie übernehmen können. FamulantInnen dürfen im Laufe der Famulatur Erstgespräche führen, sie bestimmen aber nicht die weitere Vorgehensweise. Dieser Umstand spiegelt sich auch in den Übungsgesprächen, da die Studierenden deutlich auf ihre Studierenden-Rolle verweisen, den Arzt/die Ärztin erwähnen und damit ihre eigene Rolle und Kompetenz automatisch einschränken.

Einige Beispiele dieser Kompetenz-Einschränkung wurden schon in Kapitel 9.3 behandelt, weshalb hier nur auf die folgende Sequenz aus G1 (Fl. 60-80) eingegangen wird, die deutlich länger ist als die anderen Sequenzen der Kompetenzklärung. Sie zeigt außerdem sehr deutlich eines der Probleme, die für FamulantInnen aufgrund ihrer Stellung im Krankenhaus entstehen kann. Tm spielt in dieser Sequenz seine Rolle „überzeugend“; es fällt weder durch seine Wortwahl noch durch die Art seiner Fragestellung auf, dass er die möglichen Krankheitsursachen kennt und auch weiß, dass die FamulantIn an dieser Stelle keine genaueren Informationen geben kann bzw. darf.

Es geht in der Sequenz um die Ursache der Krankheit. Tm interessiert sich dafür, wie die Krankheit entsteht und wodurch sie ausgelöst worden sein könnte. Sw1 meint dazu in den Flächen 57-60, dass es verschiedene Ursachen haben könnte. In Fläche 60 und 61 meint sie dann, dass sie nichts Genaueres dazu sagen kann und verweist anschließend auf den Arzt. Der Patient gibt sich mit dieser Antwort nicht zufrieden und fragt erneut nach, worauf die Studentin meint, es könnte mit seiner Sexualität zusammenhängen (Fl.62-63). An diesem Punkt beendet sie die Erklärung und fragt Tm nach seiner Partnerin und deren Beziehung. Das Thema der Krankheitsursache ist damit aber noch nicht geklärt, denn Sw1 beginnt erneut darüber zu sprechen (Fl. 72-73). Tm reagiert darauf hin mit einer erneuten Nachfrage, auf die Sw1 aber immer noch ausweichend antwortet und meint, dass die Krankheitsursache in einem Gespräch nicht geklärt werden könne. Erst nachdem Sw1 explizit sagt, dass sie es mit Tm

nicht besprechen könne und dass es nicht ihre Aufgabe sei (Fl. 77-78), kann dieses Thema beendet werden und Tm akzeptiert die Einschränkung der Kompetenz von Sw1. Obwohl Sw1 schon in der Eingangsphase explizit sagt, sie sei Studentin und ihre Aufgabe sei das Anamnesegespräch, reicht an dieser Stelle auch eine erneute Erklärung nicht aus, sondern erst nach einigen Schritten akzeptiert der Patient die Tatsache, dass Sw1 keine Ärztin ist.

Die Darstellung der medizinischen Kompetenz und Handlungsfähigkeit entspricht in den Übungsgesprächen folglich der Situation in der Famulatur, allerdings verschwimmen die Grenzen zwischen den FamulantInnen und dem restlichen Personal durch die breite Verwendung des Pronomens „Wir“. In ihrem Berufsalltag werden die Studierenden mit einer leicht veränderten Situation konfrontiert sein, nämlich wenn sie die Arzt-Rolle vollkommen übernehmen müssen und keine akzeptierte „Erklärung“ mehr für das Fehlen von medizinischem Wissen haben. Dann erst tritt ein Konflikt mit der Rollenvorstellung des/der fachlich immer kompetenten Arztes/Ärztin ein.

Ein weiterer Einflussfaktor ist, dass sich der Wissenstand des Tutors von dem eines echten Patienten unterscheidet. Er hat einerseits schon mehrere Anamnesegespräche sowohl als Student als auch als Tutor hinter sich und wurde andererseits auch speziell auf diese Aufgabe vorbereitet. Durch diesen Umstand hat er einen Wissensvorteil gegenüber echten Patienten und Patientinnen, die Kenntnis der Abläufe eines authentischen, als auch eines simulierten Anamnesegespräches betreffend. Zusätzlich bekam er im Training das medizinische Hintergrundwissen und die Diagnose speziell für diese Rolle vermittelt. Er ist also schon von Beginn des Gesprächs an im Vorteil, da er über dieses Wissen verfügt, was sich auch im Gespräch selbst spiegelt. Zu den Auswirkungen dieser Verschiebung des Experten-Laien-Verhältnisses gehört einerseits, dass Tm zu viel organisatorisches Wissen hat, und ihm auf der anderen Seite im Gegensatz zu echten PatientInnen die persönliche Erfahrung und die Details der Krankengeschichte fehlen.

10.4.1 Organisatorisches Wissen des Tutors

In einigen Sequenzen wird deutlich, dass Tm weiß, welche Informationen der/die StudentIn von ihm benötigt, d.h., welche Informationen in einem Anamnesegespräch vorkommen sollten.

Am auffälligsten manifestiert dieses Wissen sich in der folgenden Sequenz in G4 (Tm-Sw2a Fl.1-2).

[1]

0 [04:40.0]

1

Sw2 [v] Ja dann kommen wir jetzt zu den Lebensumständen. Wie darf ich mir denn Ihre

[2]

2

3

4

Tm [v] • Ja i leb in ana Wohnung.

Sw2 [v] private Situation vorstellen?

Hm̃ Ham Sie an Mitbewohner

(Tm-Sw2a)

Sowohl der Begriff „Lebensumstände“ als auch „private Situation“ umfasst viele Faktoren und kann sich auf unterschiedlichste Bereiche beziehen. Aus diesem Grund ist es naheliegend, dass jemand auf eine solche Frage zuerst mit einer Rückfrage oder auch einer etwas unsicheren Antwort reagiert. Die Reaktion des Tutors zeigt hingegen keine solchen Phänomene. Seine Antwort ist sicher und bestimmt, woraus man ablesen kann, dass er mit den beiden Begriffen sehr wohl etwas anfangen kann und diese nicht hinterfragen muss. Aus der Nachfrage der Studentin zeigt sich wiederum, dass diese die Antwort von Tm über seine Wohnsituation akzeptiert. Im weiteren Verlauf des Gesprächs gibt es keine Anzeichen von Verwunderung, die Studentin hat sich also eine solche Antwort auf ihre Frage erwartet. Diese Sequenz verläuft also nur problemlos, da sowohl Tm als auch Sw2 mit den Begriffen und den Abläufen im Anamnesegespräch vertraut sind.

An zwei anderen Stellen verhält sich Tm auffällig und zeigt dadurch, dass er genau weiß, worauf die Fragen der Studierenden abzielen. In G2 (Tm-Sm1a) antwortet er auf die Frage, ob er Medikamente einnehme, mit Asthma. (Fl.26). Die Antwort bezieht sich nicht direkt auf die Frage, denn Sm1 fragt nicht nach der Krankheit, sondern nur allgemein, nach Medikamenten. Der Tutor weiß auch, dass die Dosierung des Medikaments wichtig ist, und erzählt dem Studenten etwas später ungefragt in Fläche 28, wie oft er den Asthmaspray verwendet. Dadurch, dass der Student etwas länger mit dem Anfertigen von Notizen beschäftigt ist, entsteht an dieser Stelle eine Pause von 3 Sekunden, die Tm dann mit diesem Detail beendet.

Eine zweite auffällige Stelle findet sich am Ende des G6. Hier fragt der Student, ob Tm raucht und Tms Antwort bezieht sich nicht nur auf die Frage, ob er raucht, sondern er gibt auch gleich die Menge an (Tm-Sm3d Fl.1). Da die Ärzte und Ärztinnen genaue Angaben zum Rauchverhalten benötigen, wird die Menge der gerauchten Zigaretten ungefähr erfragt, allerdings erst in einem zweiten Schritt, wie etwa in G1 (Fl.97) oder G3 (Tm-Sm2K Fl.5-6). Die vorschnelle Mengenangabe von Tm verwirrt den Studenten, der dann weitere zwei

Äußerungen braucht, um sicherzustellen, dass er Tm auch richtig verstanden hat, und die Antwort Tms richtig interpretiert.

10.4.2 Darstellung der Krankengeschichte

Was die Krankengeschichte betrifft, fällt an manchen Stellen deutlich auf, dass es nicht die Vergangenheit von Tm ist. Diese Unsicherheit zeigt sich vor allem bei den für die dargestellte Krankheit weniger wichtigen Themen, also solchen, die nicht direkt mit den aktuellen Symptomen in Verbindung stehen.

Bei einer genaueren Betrachtung der Besprechung der Operationen wird diese Unsicherheit oder das Unwissen deutlich erkennbar.

Wenn man davon ausgeht, dass eine Operation nach einem Skiunfall oder einem Leistenbruch ein besonderes Ereignis im Leben ist, welches auch starke und länger andauernde Auswirkungen auf den Alltag hat (z.B. durch die Physiotherapie), erinnert sich der Patient sehr wenig an die Details dieser Vorfälle.

Das glaub i im folgenden Ausschnitt ist das erste Anzeichen dafür, dass Tm was dem Zeitpunkt der Operationen betrifft, verunsichert ist (Tm-Sm1a Fl. 21).

[19]	..	59	60	61			
Tm [v]	Ja an Skiunfall hab i ghabt.						
Sm1 [v]	Krankenhausaufenthalte?	An Skiunfall. Wann war des?					
Sm1 [d]		((macht Notizen))					
[20]	62	63	64	65			
Tm [v]	((1s))Vor drei Jahren.	((2s))					
Sm1 [v]	Vor drei Jahren, das heißt zweitausendsieben.						
Sm1 [d]	((macht sich Notizen						
[21]	..	66	67	68 [03:45.0]	69		
Tm [v]	Zweitausendsechs wars glaub i.						
Sm1 [v]	Zweitausendsechs okay. Und da waren Sie • • im Spital und						
Sm1 [d]))						
[22]	..	70	71	72	73	74	75
Tm [v]	Genau.	Ja Knieverletzung da			((1s)) I		
Tm [d]		((berührt rechtes Knie					
Sm1 [v]	sind... • Was haben Sie sich da getan?	Knie			verletzung okay.		
Sm1 [d]		((macht Notizen					

[23]

	76	77	78 [03:57.0]	79
Tm [v]	waß nimma genau, • • Irgendsoa Band,			Ja bin
Tm [d])			
Sm1 [v]			((2s)) Sind`S operiert worden auch?	
Sm1 [d])			

(Tm-Sm1a)

Im weiteren Verlauf des Gesprächs stellt sich heraus, dass Tm auch nicht mehr genau weiß, welche Art der Verletzung genau vorlag oder welches Band betroffen war. Er sagt sogar selbst, dass er nicht mehr so genau weiß, was passiert ist und geht nicht weiter auf die Operation ein (Fl.22-23).

Auch in G4 wird der Skiunfall besprochen, hier nennt Tm allerdings einen komplizierten Bruch, der operiert wurde, und keine Bandverletzung. Außerdem liegt der Unfall in diesem Gespräch nicht drei, sondern neun Jahre zurück (Tm-Sw2 Fl.3-4). Auf die Frage von Sw2 Was war da genau? (Tm-Sw2c Fl.6-7) antwortet er ungenau und meint schließlich in Fläche 7, I was es nimma so genau und begründet dies damit, dass er es damals nicht so mitbekommen hätte. Die Studentin geht, nachdem sie kontrolliert hat, ob diese Operation heute noch Probleme bereitet zum nächsten Thema über, ohne weitere Fragen zu stellen oder die Information zu vertiefen.

An dieser Stelle sollte noch erwähnt werden, dass in keinem der Gespräche der Unfalls- oder Operationsort erfragt wird. Es wirkt unnatürlich, dass bei sechs Gelegenheiten der genaue Unfallhergang oder -ort oder sonstige persönlichen Belastungen dieser Eingriffe nicht zu Sprache kommen. Dies ist ein weiteres Zeichen dafür, dass Tm die Operationen nicht selbst erlebt hat. Durch das Fehlen der persönlichen Details haben die Studierenden weniger Möglichkeiten genauer auf den Patienten einzugehen.

Ein weiteres deutliches Beispiel für die Unsicherheit der Krankengeschichte betrifft die Kinderkrankheiten in G4. Im Gegensatz zu den anderen Beispielen versucht Tm aber an dieser Stelle nicht, eine Geschichte zu erzählen, sondern gibt einfach zu, es nicht zu wissen. Auf die Frage, ob er Kinderkrankheiten gehabt hätte, antwortet Tm nach zwei Sekunden Pause mit Was i net. (Tm-Sw2c Fl.1-2). Die Pause deutet zwar ein kurzes Nachdenken an, aber die Äußerung selbst ist klar und eindeutig. Das Verhalten Tms zeigt, dass es ihm in diesem Moment auch nicht wichtig ist, eine genaue Angabe zu machen. Er versucht auch nicht während Sw2 seine Äußerung kommentiert noch etwas hinzuzufügen, sondern reagiert erst auf ihre nächste Frage in Fl.2. Es kann nicht davon ausgegangen werden, dass jeder Mensch

sich an seine Kinderkrankheiten erinnert, allerdings wäre es möglich, dass diese Personen Vermutungen äußern oder ihr Denkprozess sich auch auf der sprachlichen Ebene, zum Beispiel durch (längere) Pausen oder Planungsindikatoren, manifestiert.

Der Tutor kennt seine Krankengeschichte nicht gut genug und verändert sie auch je nach Gespräch. Das reine Abändern der Krankengeschichte hat aber weniger Einfluss auf das Gespräch, als die Unsicherheit. Für die Gesprächsdynamik ist es egal, ob der Unfall drei oder neun Jahre zurückliegt, solange der Tutor sich, wie ein echter Patient auch, sicher ist und sich genau daran erinnert. Obwohl es auch vorstellbar ist, dass ein Patient/eine Patientin gewisse Informationen vergisst, fällt seine Unwissenheit besonders auf.

Über die konkreten Auswirkungen dieser Unwissenheit auf die Dynamik im Gespräch lassen sich nur Vermutungen anstellen. Es scheint so als würde das Übungsgespräch durch diese beeinflusst werden, da der Student/die Studentin zu diesem Thema nicht weiterfragt. Eventuell hängt dieses Verhalten mit dem Bewusstsein über die Simulation zusammen oder, dass er/sie den Tutor nicht verärgern möchte. Der durch die Prüfungssituation entstandene Druck würde die Studierenden folglich daran hindern, den Patienten konsequent zu befragen und dadurch in eine unangenehme Situation zu bringen.

11 Zusammenfassung der Analyseergebnisse

In der vorliegenden Arbeit wurden sechs simulierte Anamnesegespräche, die im Laufe der Lehrveranstaltung *Gesprächsführung A* an der Medizinischen Universität Wien entstanden sind, mit gesprächsanalytischen Methoden untersucht. Bei den Gesprächen handelt es sich um Simulationen mit jeweils einem Studenten/einer Studentin und einem simulierten Patienten (Tm), der die Rolle des Patienten übernimmt. Der Fokus der Analyse lag auf der Frage, in welcher Weise diese Gespräche sich von authentischen Gesprächen unterscheiden und ob Artefakte auftreten. Dabei wurde sowohl untersucht welche Artefakte in den Gesprächen auftreten, als auch wie die Beteiligten mit ihnen umgehen.

Die linguistische Analyse der Übungsgespräche ergab, dass die Gespräche sich auf mehreren Ebenen von authentischen Arzt-Patient-Gesprächen unterscheiden. Die grundlegenden Bedingungen der Simulation wirken sich auf die Gesprächsdynamik und die einzelnen Sequenzen aus. Zusätzlich entstehen durch die ungleiche Wissensverteilung zwischen den Beteiligten, die sich auch von jener in authentischen Gesprächen dieser Art unterscheidet, einige Phänomene, welche die künstlich erzeugte Situation unterstreichen.

Bei der Untersuchung des Settings und der Materialien stellt sich heraus, dass das Anfertigen von Notizen die Gespräche beeinflusst. Da nicht alle Studierenden Notizen machen, ergeben sich zwischen den einzelnen Gesprächen Unterschiede, deren Folgen schwer zu beurteilen sind. Die Materialien weichen außerdem von den echten ab, was den Grad an Authentizität verringert.

Interessant war, dass an manchen Stellen die Kamera bewusst wahrgenommen wird, aber in einem geringeren Ausmaß als erwartet und auch nicht in allen Gesprächen. Auffallend ist hingegen die Divergenz zwischen der Selbsteinschätzung und der echten Dauer der Gespräche. Es zeigt sich dabei, dass die eigenen Einschätzungen der Studierenden nicht mit der tatsächlichen Dauer übereinstimmen. Obwohl sie deutlich mehr Zeit als in durchschnittlichen Anamnesegesprächen zur Verfügung haben, nutzen sie diese nicht.

Auch der Zweck der Übungsgespräche in der Simulation und die Rollendefinitionen beeinflussen die Gespräche. Der Fokus der Studierenden liegt auf der Leistung und nicht auf der Erstellung einer vollständigen bio-psycho-sozialen Anamnese. Was die Beziehungskomponente in den Gesprächen betrifft, so wird auch diese durch die Simulation verändert, da die Beteiligten nicht sich selbst spielen. Der Beziehungsaufbau wirkt aus diesem Grund an

einige Stellen gekünstelt. Es fiel ferner auf, dass die Vorstellung der Studierenden in der Eingangsphase in einigen Fällen unklar ist, weshalb während des Gesprächs Klärungsbedarf zu den Handlungsmöglichkeiten der Studierenden existiert.

Die Simulationssituation wirkt sich im Speziellen auch auf verschiedene Handlungen aus, die nicht vollständig durchgeführt, sondern durch Ersatzhandlungen ersetzt werden. Dabei geht es in den Gesprächen konkret um Tätigkeiten, die sich von der eigentlichen Interaktion abheben, wie etwa das Verlassen des Raumes. Die Studierenden verwenden dabei unterschiedliche Strategien, um mit diesen Ereignissen umzugehen. Es zeigte sich, dass die Aktivität dabei kommentiert wird; die Rahmung geht vom Tutor aus und kann entweder nur der Gesprächsorganisation dienen, d.h. als reiner Baustein des Übergangs zwischen den Phasen sein, oder aber auf der inhaltlichen Ebene eine Verbindung zwischen der Ersatzhandlung und dem darauf folgenden Gesprächsteil aufbauen.

Öfter als Ersatzhandlung an sich, sind Ankündigungen oder Besprechungen. Dabei zeigt sich deutlich die Machtverteilung, denn es obliegt dem Studenten/der Studentin durch ihre speziellen Rederechte, zu entscheiden, ob der Patient das Zimmer verlassen darf. Zwei Extrempole konnten beobachtet werden, in einigen Fällen, verweigert der/die Studentin diesen Wunsch und der Tutor bleibt im Raum, oder aber das Gespräch wird wegen dieses Wunsches abgebrochen. In jedem Fall ist es aber letztlich der Student/die Studentin, der/die die Entscheidung trifft und die „Erlaubnis“ erteilt oder eben nicht.

Bei der Untersuchung der Über-Explizitheit ergab, dass sowohl einzelne Orientierungen als auch Höflichkeitsmarker betont verwendet werden. Das weist darauf hin, dass im Training das Wissen über sprachliche Muster und Strategien stärker ins Bewusstsein gedrungen ist. Dabei sind aber nicht alle Orientierungen hilfreich, einige heben sich zu stark vom restlichen Gespräch ab und wirken dadurch steif und künstlich.

Der kontrafaktische Simulationsrahmen verstärkt die Artifizialität der Gespräche ebenfalls. Der Bezug auf nicht-existente Personen und Abläufe, wie etwa die weitere Vorgehensweise, ist im Gegensatz zu authentischen Gesprächen sehr allgemein gehalten, wodurch das Gespräch auf einer unpersönlichen Ebene bleibt. Wie genau sich dies auf den späteren Umgang mit den PatientInnen auswirkt, konnte in dieser Analyse nicht festgestellt werden, allerdings wäre es empfehlenswert, dass die Studierenden für authentische Gespräche lernen diese Elemente anzupassen, d.h. zu konkretisieren.

Die üblichen Verhältnisse zwischen den Beteiligten können nicht nachgeahmt werden, da die TeilnehmerInnen unter anderem unterschiedlich viel Wissen haben. An einigen Stellen spielt der Tutor seine Rolle überzeugend und verhält sich wie jemand, der kein medizinisches Wissen und auch keine Erfahrung mit Anamnesegesprächen hat. In anderen Sequenzen wird dennoch bei einer genaueren Betrachtung deutlich, dass das Prinzip des primären Sprechers verletzt wird und er die führende Gesprächsposition einnimmt. Auf diese Weise wird deutlich, dass er über mehr Wissen verfügt und die Beziehungen zwischen den GesprächsteilnehmerInnen nicht mit denen eines authentischen Gespräches übereinstimmen.

Abschlussbemerkung und Ausblick

Die Arbeit zu der Gesprächsausbildung an der Medizinischen Universität Wien hat gezeigt, dass es sich dabei durch die vielen Einflussfaktoren um ein komplexes Forschungsgebiet handelt. Die Vielfalt der Unterrichts- und Prüfungsmethoden macht deutlich, wie viele unterschiedliche Konzepte existieren und die Änderungen der Curricula in den letzten Jahren weltweit unterstreichen die Wichtigkeit der Ausbildung der Studierenden auf dem Gebiet der Gesprächsführung.

Im Training treten einige Probleme auf, die unter anderem auf die stark begrenzte Zeit und die artifizielle Situation zurückzuführen sind. Gesprächskompetenz ist, wie gezeigt wurde, keine einfache Fähigkeit, sondern vielschichtig und deshalb sind für die Verbesserung dieser Kompetenz sowohl Reflexion als auch ausreichende Übungsmöglichkeiten erforderlich.

Bei der Analyse zeigten sich deutliche Unterschiede zu authentischer Kommunikation. Nicht alle dieser Faktoren können verhindert werden, allerdings sollte versucht werden, die Bedingungen der Übungsgespräche so gut wie möglich an authentische Kommunikation anzupassen. Konkret gehören dazu zum Beispiel die Materialien oder eventuelle Störungen.

In den Bereichen, in denen dies nicht möglich ist, scheint die Besprechung dieser Faktoren ein wichtiges Hilfsmittel, um den Erfolg des Trainings zu verbessern. Die Unterschiede zwischen simulierten PatientInnen und echten PatientInnen sollten etwa besprochen werden. Durch das Bewusstsein über die Simulation kann so vermieden werden, dass unpassende Verhaltensmuster in die Realität übertragen werden oder falsche Vorstellungen der Studierenden unterstützt werden.

Durch die Analyse konnten einige Artefakte aufgezeigt werden, diese Arbeit kann aufgrund des begrenzten Datenmaterials nicht als vollständig betrachtet werden. Weitere Untersuchungen zu den Artefakten und dem Grad der Authentizität sind deshalb nötig, um das gesamte Spektrum der Handlungsmöglichkeiten und Einflussfaktoren in der Simulation zu erfassen.

Quellenangaben:

Bibliographie

- ADLER, Rolf/Willi HEMMELER (1989), *Praxis und Theorie der Anamnese*, Stuttgart: Gustav Fischer Verlag.
- ADLER, Rolf (2005), *Einführung in die biopsychosoziale Medizin*, Stuttgart: Schattauer.
- ANTONOVSKY, Aaron (1997), *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: DGVT Verlag.
- ARMSTRONG, David (1994), „Medical Sociology“, in: Bynum, William/Roy Porter (Hg.), *Companion encyclopedia of the history of medicine Vol.2*, London: Routledge, 1641-1662.
- BALINT, Michael (1984), *Der Arzt, sein Patient und die Krankheit*, Stuttgart: Klett-Cotta.
- BARROWS, Howard (1993), „An Overview of the Uses of Standardized Patients for Teaching and Evaluating Clinical Skills“, *Academic Medicine*, Jg 68/6, 443-451.
- BECKER-MROTZEK, Michael (1994), „Gesprächsschulung auf linguistischer Basis“, in: Bartsch, Ernst (Hg.), *Sprechen-Führen-Kooperieren in Betrieb und Verwaltung*, München: Reinhard Verlag, 240-254.
- BECKER-MROTZEK, Michael/Gisela BRÜNNER (2004), „Der Erwerb kommunikativer Fähigkeiten: Kategorien und systematischer Überblick“, in: Becker-Mrotzek, Michael/Gisela Brünner (Hg.), *Analyse und Vermittlung von Gesprächskompetenz*, Frankfurt/ Main: Lang, 18-45.
- BECKER-MROTZEK, Michael/Christoph MAIER (1999), „Arbeitsweisen und Standardverfahren der Angewandten Diskursforschung“, in: Brünner, Gisela/Reinhard Fiehler/Walther Kindt (Hg.), *Angewandte Diskursforschung*, Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung, Bd.1, 18-35.
- BERGMANN, Jörg (1994), „Ethnomethodologische Konversationsanalyse“, in: Fritz, Gerd/Franz Hundsnurscher (Hg.), *Handbuch der Dialoganalyse*, Tübingen: Niemeyer, 3-16.
- BERGMANN, Jörg (2001), „Das Konzept der Konversationsanalyse“, in: Brinker, Klaus/Gerd Antos/Wolfgang Heinemann/Sven Sager (Hg.), *Text- und Gesprächslinguistik, Ein internationales Handbuch zeitgenössischer Forschung*, Bd.2, Berlin: deGruyter, 919-927.
- BLIESENER, Thomas (1994), „Authentizität in der Simulation. Möglichkeiten des Trainers zur nachträglichen Behandlung und zur vorsorglichen Verhinderung von Artefakten in Rollenspielen“, in: Bliesener, Thomas/Ruth Brons-Albert (Hg.), *Rollenspiele in Kommunikations- und Verhaltenstrainings*, Opladen: Westdeutscher Verlag, 13-32.
- BRINKER, Klaus/Sven SAGER (2006), *Linguistische Gesprächsanalyse: eine Einführung*. Berlin: Schmidt.
- BRONS-ALBERT, Ruth (1995), *Auswirkungen von Kommunikationstraining auf das Gesprächsverhalten*, Tübingen: Narr.
- BRÜNNER, Gisela (1987), *Kommunikation in institutionellen Lehr-Lern-Prozessen*, Tübingen: Narr.
- BRÜNNER, Gisela (2005), „Arzt- Patient-Kommunikation als Experten-Laien-Kommunikation“, in: Neises, Mechthild/ Susanne Diez/ Thomas Spranz-Fogasy(Hg.), *Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde*, Stuttgart: Wissenschaftlichen Verlagsgesellschaft, 90-109.
- CANALE, Michael/ Merrill SWAIN (1980), „Theoretical Bases of communicative Approaches to Second Language Teaching and Testing“, *Applied Linguistics*, Jg. 1/1: 1-47.
- CHOMSKY, Noam (1965), *Aspects of the theory of syntax*, Cambridge: MIT Press.

- COULMAS, Florian (1979), „Einleitung“, in: Coulmas, Florian (Hg.), *Dell Hymes Soziolinguistik- Zur Ethnographie der Kommunikation*, Frankfurt/Main: Suhrkamp, 7-28.
- DEPPERMAN, Arnulf (1999), *Gespräche analysieren. Eine Einführung in konversationsanalytische Methoden*, Opladen: Leske Budrich.
- DEPPERMAN, Arnulf (2001), „Gesprächsanalyse als explikative Konstruktion- Ein Plädoyer für eine reflexive ethnomethodologische Konversationsanalyse“, in: Iványi, Zsuzsanna/Andreas Kertész (Hg.), *Gesprächsforschung, Tendenzen und Perspektiven*, Frankfurt/Main: Peter Lang, 43-74.
- DEPPERMAN, Arnulf (2004), „`Gesprächskompetenz`-Probleme und Herausforderungen eines möglichen Begriffs“, in: Becker-Mrotzek, Michael/Gisela Brünner (Hg.), *Analyse und Vermittlung von Gesprächskompetenz*, Frankfurt/Main: Lang, 15-28.
- DIECKMANN, Peter/Marcus RALL/Christoph EICH/ Kai SCHNABEL/Jana JÜNGER/Christoph NIKENDEI (2008), „Rollenspiel als wesentliches Element bei Simulationsverfahren in der Medizin“, *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, Jg. 11, 642-647.
- DREW, Paul/John CHATWIN/Sarah COLLINS (2006), „Conversation Analysis: A Method for Research into Interactions Between Patients and Health-Care“, in: Drew, Paul/John Heritage (Hg.), *Conversation Analysis- Institutional Interactions*, London: Sage, 27-48.
- DREW, Paul/John HERITAGE (1992), „Analyzing talk at work: an introduction“, in: Drew, Paul/John Heritage (Hg.), *Talk at work-interaction in institutional settings*, Cambridge: University Press, 3-65.
- DURKHEIM, Emile (1952), *Suicide: a Study in Sociology*, London: Routledge.
- ECKART, Wolfgang/Robert JÜTTE (2007), *Medizingeschichte - Eine Einführung*. Köln: Böhlau.
- ELZER, Matthias (2007), „Einführung in die Kommunikationswissenschaft“, in Elzer, Matthias /Claudis Sciborsyki (Hg.), *Kommunikative Kompetenzen in der Pflege-Theorie und Praxis der verbalen und nonverbalen Interaktion*, Bern: Huber, 29-52.
- FELE, Giorgio (2007), *L'analisi della conversazione*, Bologna: Mulino.
- FIEHLER, Reinhard (1999), „Kann man Kommunikation lehren? Zur Veränderbarkeit von Kommunikationsverhalten durch Kommunikationstraining“, in: Brünner, Gisela/Reinhard Fiehler/Walther Kindt (Hg.), *Angewandte Diskursforschung*, Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung, Bd.2, 18-35.
- FIEHLER, Reinhard/Reinhold SCHMITT (2004), „Die Vermittlung kommunikativer Fähigkeiten als Kommunikation. Kommunikationstraining als Gegenstand der Gesprächsanalyse“, in: Becker-Mrotzek, Michael/Gisela Brünner (Hg.), *Analyse und Vermittlung von Gesprächskompetenz*, Frankfurt/Main: Lang, 113-136.
- FREIDSON, Eliot (1979), *Der Ärztstand. Berufs- und wissenschaftssoziologische Durchleuchtung einer Profession*, Stuttgart: Enke.
- HANNA, Michael/Joseph FINS (2006), „Power and Communication: Why Simulation Training Ought to Be Complemented by Experimental and Humanist Learning“, *Academic Medicine*, Jg.81/3, 265-270.
- HABERMAS, Jürgen (1984), „Erläuterungen zum Begriffs des kommunikativen Handelns“, in: *Vorstudien und Ergänzungen zur Theorie des kommunikativen Handelns*, 571-607.
- HABERMAS, Jürgen (1971), „Vorbereitende Bemerkungen zu einer Theorie der kommunikativen Kompetenz“, in: Habermas, Jürgen/Niklas Luhmann (Hg.), *Theorie der Gesellschaft oder Sozialtechnologie*, Frankfurt/Main: Suhrkamp, 101-141.

- HARDEN, Ronald/Mary STEVENSON/Wilson DOWNIE/George WILSON (1975), "Assessment of clinical competence using objective structured examination.", *British Medical Journal*, Jg.1, 447-451.
- HARTUNG, Martin (2004), „Wie lässt sich Gesprächskompetenz wirksam und nachhaltig vermitteln? Ein Erfahrungsbericht aus der Praxis.“, in: Becker-Mrotzek, Michael/Gisela Brünner (Hg.), *Analyse und Vermittlung von Gesprächskompetenz*, Frankfurt/Main: Lang, 47-66.
- HERITAGE, John (1984), *Garfinkel and Ethnomethodology*, Cambridge: Polity Press.
- HERITAGE, John (2006), "Conversation Analysis and Institutional Talk: Analysing Data", in: Drew, Paul/John Heritage (Hg.), *Conversation Analysis- Institutional Interactions*, London: Sage, 1-26.
- HOLMBOE, Eric/ Stephen HUOT/Jeff CHUNG/ John NORCINI/Richard HAWKINS (2003), "Construct Validity of the MiniClinical Evaluation Exercise (MiniCEX)", *Academic Medicine*, Jg.78/8, 826-830.
- HURRELMANN, Klaus (2006), *Gesundheitssoziologie*, Weinheim: Juventa.
- HUTCHBY, Ian/Robin WOOFFITT (1998), *Conversation Analysis*, Cambridge: Polity Press.
- HYMES, Dell (1972), „On communicative competence“, in: Pride, John/Holmes Janet (Hg.) *Sociolinguistics- Selected Readings*, Harmondsworth: Penguin, 269–293. Erstdruck des Artikels in Gumperz, John/Dell Hymes (1971)(Hg.), *Directions in Sociolinguistic*, New York: Holt.
- HYMES, Dell (1974), „Model of the Interaction of Language and Social Life“, in: Gumperz, John/Dell Hymes (Hg.), *Directions in Sociolinguistics*, New York: Holt, 35-71.
- HYMES, Dell (1979a), „Die Ethnographie des Sprechens“, in: Coulmas, Florian (Hg.), *Dell Hymes Soziolinguistik- Zur Ethnographie der Kommunikation*, Frankfurt/Main: Suhrkamp, 29-97.
- HYMES, Dell (1979b), „Perspektiven für eine (Ethno-) Linguistische Theorie“, in: Coulmas, Florian (Hg.), *Dell Hymes Soziolinguistik- Zur Ethnographie der Kommunikation*, Frankfurt/Main: Suhrkamp, 98-165.
- HYMES, Dell (1987), „Communicative Competence“, in: Ammon, Ulrich/ Norbert Dittmar/Klaus Mattheier (Hg.), *Sociolinguistics- an international handbook of the science of language and society*, Bd 1, Berlin: deGruyter, 219- 229.
- KALLMEYER, Werner (1985), „Handlungskonstitution im Gespräch. Dupont und sein Experte führen ein Beratungsgespräch.“, in: Gülich, Elisabeth /Thomas Kotschi (Hg.), *Grammatik, Konversation, Interaktion*, Berlin: deGruyter, 81-122.
- KINDT, Walther (1986), „Welchen Beitrag kann die Linguistik zur Verbesserung der Arzt-Patienten-Kommunikation leisten?“, in: Löning, Petra/Sven Sager (Hg.), *Kommunikationsanalyse ärztlicher Gespräche. Ein Hamburger Workshop*, Hamburg: Buske, 145-168.
- KLEINMAN, Arthur (1994), „What is specific to Western Medicine?“, in: Bynum, William/Roy Porter (Hg.), *Companion encyclopedia of the history of medicine Vol.1*, London: Routledge, 15-23.
- KNEEBONE, Roger (2003), "Simulation in surgical training: educational issues and practical implications", *Medical Education*, Jg. 37, 267–277.
- KNOWLES, Malcolm (1984), *The Adult Learner: a neglected Species*, Oxford: Gulf Publishing.
- KOERFER, Armin/Rainer OBLIERS/Karl KÖHLE (2005), „Das Visitengespräch-Chancen einer dialogischen Medizin“, in: Neises, Mechthild/ Susanne Diez/ Thomas Spranz-Fogasy(Hg.), *Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde*, Stuttgart: Wissenschaftlichen Verlagsgesellschaft, 256-284.

- KOERFER, Armin/Karl KÖHLE/Rainer OBLIERS/Bernd SONNTAG/Walter THOMAS/Christian ALBUS (2008), „Training und Prüfung kommunikativer Kompetenz. Aus- und Fortbildungskonzepte zur ärztlichen Gesprächsführung.“, *Gesprächsforschung- Online Zeitschrift zur verbalen Interaktion*, Jg.9, 34-78.
- KÖBBERLING, Johannes (1997), „Der Wissenschaft verpflichtet“, *Medizinische Klinik*, Jg. 92/4, 181–189.
- KÖHLE, Karl et al. (2007), *Manual zur ärztlichen Gesprächsführung und Mitteilung schwerwiegende Diagnosen*, Köln: AG Medizindidaktik.
- KÖHLE, Karl/Peter JORASCHKY (1990), Die Institutionalisierung der Psychosomatischen Medizin in klinischen Bereich“, in: Adler, Rolf et al. (Hg.): *Uexküll. Psychosomatische Medizin*. Urban Schwarzenberg: München, 415-460.
- KÖSTER, Rolf (1996), *Das gute Gespräch: Gesunden und Wohlbefinden im Dialog*. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.
- KURTZ, Suzanne/Jonathan SILVERMAN/Juliet DRAPER (2005), *Teaching and Learning Communication Skills in Medicine*, Oxford: Radcliffe.
- LALOUSCHEK, Johanna (1995), *Ärztliche Gesprächsausbildung - eine diskursanalytische Studie zu Formen des ärztlichen Gesprächs*, Opladen: Westdt. Verlag.
- LALOUSCHEK, Johanna (2005), *Inszenierte Medizin - Ärztliche Kommunikation, Gesundheitsinformation und das Sprechen über Krankheit in Medizinsendungen und Talkshows*, Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung.
- LALOUSCHEK, Johanna/Florian MENZ (1999), „Empirische Datenerhebung und Authentizität von Gesprächen“, in: Brünner, Gisela/Reinhard Fiehler/Walther Kindt (Hg.), *Angewandte Diskursforschung*, Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung, Bd.1, 46-68.
- LABOV, William (1980), „Einige Prinzipien linguistischer Methodologie“, in: Dittmar, Norbert/Bert-Olaf Rieck (Hg.), *Sprache im sozialen Kontext*, Bd2, Königstein: Scriptor, 1-24.
- LEPSCHY, Annette (1999), „Lehr- und Lernmethoden zur Entwicklung von Gesprächsfähigkeit“, in: Brünner, Gisela/Reinhard Fiehler/Walther Kindt (Hg.), *Angewandte Diskursforschung*, Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung, Bd.2, 50-71.
- LÖNING Petra (1985), *Das Arzt-Patienten-Gespräch- Gesprächsanalyse eines Fachkommunikationstyps*. Frankfurt/Main: Lang.
- MENZ, Florian (1991), *Der geheime Dialog*, Frankfurt am Main: Peter Lang.
- MENZ, Florian (2011), „Doctor-Patient Communication“, in: Wodak, Ruth/Barbara Johnstone/Paul Kerswill (Hg.), *Sage Handbook of Sociolinguistics*, London: Sage, 331-344.
- MENZ, Florian/Johanna LALOUSCHEK/Andreas GSTETTNER (2008), *Effiziente ärztliche Gesprächsführung. Optimierung kommunikativer Kompetenz in der ambulanten medizinischen Versorgung; ein gesprächsanalytisches Trainingskonzept*, Wien: Literatur Verlag.
- MENZ, Florian/Peter NOWAK (1992), „Kommunikationstraining für Ärzte und Ärztinnen in Österreich: Eine Anamnese“, in: Fiehler, Reinhard/Wolfgang Sucharowski (Hg.), *Kommunikationsberatung und Kommunikationstraining*, Opladen: Westdt. Verlag, 79-86.
- MISHLER, Elliot (1984), *The discourse of medicine- dialectics of medical interviews*, Norwood: Ablex.
- MORGAN, William/George ENGEL (1969), *The clinical approach to the patient*. Philadelphia: Saunders.

- MORGAN, William/George ENGEL (1977), *Der klinische Zugang zum Patienten: Anamnese und Körperuntersuchung; eine Anleitung für Studenten und Ärzte*, Bern: Huber.
- MÖNNICH, Annette (2004), „Gesprächsführung lernen. Welche impliziten Kontextualisierungen der Kommunikationslernens sind in Methoden zur Entwicklung der Gesprächsfähigkeit zu finden?“, in: Becker-Mrotzek, Michael/Gisela Brüner (Hg.), *Analyse und Vermittlung von Gesprächskompetenz*, Frankfurt/Main: Lang, 87-111.
- NORMAN, Geoffrey/ Henk SCHMIDT (1992), „The psychological basis of problem-based learning: A review of the evidence.“, *Academic Medicine*, Jg.67/9, 557-565.
- NOWAK, Peter/Thomas SPRANZ-FOGASY (2009), „Medizinische Kommunikation-Arzt und Patient im Gespräch“, in: Reuter, Ewald (Hg.): *Jahrbuch Deutsch als Fremdsprache 2008: Professionelle Kommunikation*, München: Iudicium, Jg.34, 80-96.
- ORTWEIN, Heiderose/Anette FRÖHMEL/Walter BURGER (2006), „Einsatz von Simulationspatienten als Lehr-Lern- und Prüfungsform“, *Psychotherapeutische psychologische Medizin*, Jg. 56, 23-29.
- PARSONS, Talcott (1951), *The Social System*, Glencoe: Free Press.
- PAULI, Hannes (1990), „Sozialmedizinische und medizinsoziologische Aspekte zur Entstehung und Erhaltung von Gesundheit und Krankheit“, in: Adler, Rolf/Jörg Herrmann/Karl Köhle/Othmar Schonecke/Thure von Uexküll/Wolfgang Wesiack, (Hg.): *Uexküll. Psychosomatische Medizin*. Urban Schwarzenberg: München, 39-48.
- PETERS, Tim (2008), *Macht im Kommunikationsgefälle: der Arzt und sein Patient*, Berlin: Frank&Timme Verlag.
- PUCHER-MATZNER, Ingeborg/Andreas GLEISS/Michael SCHMIDTS/Oskar FRISCHENSCHLAGER (2006), „Die Checkliste PK 'Professionelles ärztliches Kommunikationsverhalten' in Unterricht und Evaluation kommunikativer Fertigkeiten im Medizinstudium, *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung*, Jg. 23/4, Doc68, 1-5.
- QUASTHOFF, Uta (1990), „Das Prinzip des primären Sprechers, das Zuständigkeitsprinzip und das Verantwortungsprinzip.“, in: Ehlich, Konrad/Armin Koerfer/Angelika Redder/Rüdiger Weingarten (Hg.), *Medizinische und therapeutische Kommunikation-Diskursanalytische Untersuchungen*, Opladen: Westdt. Verlag, 66-81.
- REHBEIN, Jochen/Thomas SCHMIDT/Bernd MEYER/Franziska WATZKE/Annette HERKENRATH (2004), *Handbuch für das computergestützte Transkribieren nach HIAT, Arbeiten zu Mehrsprachigkeit-Folge B*, Nr. 56/2004, Sonderforschungsbereich 538, Universität Hamburg.
- ROLFE, Isobel/ Jean McPHERSON (1995), „Formative assessment: how am I doing?“, *The Lancet*, Vol 345/8953, 837-839.
- SACKS, Harvey/Emanuel SCHEGLOFF/Gail JEFFERSON (1974), „A Simplest Systematics for the Organization on Turn-taking of Conversation“, *Language*, Jg. 50/4, 696-735.
- SATOR, Marlene (2009), „Irgendwie schwierig das zu differenzieren!“, *Schmerzdarstellung-Eine gesprächsanalytische Untersuchung ärztlicher Erstgespräche an der Kopfschmerzambulanz*, Dissertation an der Universität Wien.
- SAVILLE- TROIKE, Muriel (1996), „The ethnography of communication“ in: McKay, Sandra/ Nancy Hornberger (Hg.), *Sociolinguistics and Language Teaching*, New York: Cambridge University Press, 351–382.
- SCHEGLOFF, Emanuel (1992), „On talk and its institutional occasions“, in: Drew, Paul/John Heritage (Hg.), *Talk at work-interaction in institutional settings*, Cambridge: University Press, 101-136.

- SCHNEIDER, Wolfgang (2002), *Grundlagen der soziologischen Theorie Bd2. Garfinkel-RC-Habermas-Luhmann*, Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- SCHNELL, Martin/ Thorsten LANGER (2009), „Arzt-Patient-Kommunikation im Medizinstudium-die integrierten Curricula an der Universität Witten/Herdecke“, in: Langer, Thorsten/ Martin Schnell (Hg.), *Das Arzt-Patient, Patient-Arzt Gespräch- Ein Leitfaden für Klinik und Praxis*, München: Marseille Verlag, 189-200.
- SCHULTZ Jobst-Hendrik/Jochen SCHÖNEMANN/Heike LAUBER/Christoph NIKENDEI/Wolfgang HERZOG/ Jana JÜNGER(2007), „Einsatz von Simulationspatienten im Kommunikations- und Interaktionstraining für Medizinerinnen und Mediziner (Medi-KIT): Bedarfsanalyse – Training – Perspektiven“, *Gruppendynamik und Organisationsberatung*, Jg. 38/1, 7-23.
- SCHULZ VON THUN, Friedemann (2006), *Miteinander reden (1). Störungen und Klärungen. Allgemeine Psychologie der Kommunikation*. Reinbeck bei Hamburg: Rowolt.
- SCHULZ VON THUN, Friedemann (2006), *Miteinander reden (2). Stile, Werte und Persönlichkeitsentwicklung*. Reinbeck bei Hamburg: Rowolt.
- SCHÜFFEL, Wolfram (Hg.) (1983), *Sprechen mit Kranken: Erfahrungen studentischer Anamnesegruppen*, München: Urban & Schwarzenberg.
- SCHÜLEIN, Johann (1987), *Theorie der Institution*, Opladen; Westdeutscher Verlag.
- SCHWITALLA, Johannes (1986), „Jugendliche hetzen über Passanten. Drei Thesen zur ethnographischen Gesprächsanalyse“, in: *Linguistische Berichte*, Nr. 149, 258-261.
- SEARLE, John (1969), *Speech Acts- an essay in the philosophy of language*, Cambridge: Univ. Press.
- SIGRIST, Johannes (1988), *Medizinische Soziologie*, München: Urban&Schwarzenberg.
- STRAUS, Robert (1957), „The Nature and Status of Medical Sociology“, *American Sociological Review*, Jg.22/2, 200-204.
- TENHAVE, Paul (1999), *Doing Conversation Analysis- a practical guide*, London: Sage.
- VONUEXKÜLL, Thure /Wolfgang WESIACK (1990), „Wissenschaftstheorie und Psychosomatische Medizin, ein bio- psycho-soziales Modell“, in: Adler, Rolf/Jörg Herrmann/Karl Köhle/Othmar Schonecke/Thure von Uexküll/Wolfgang Wesiack, (Hg.): *Uexküll. Psychosomatische Medizin*. Urban Schwarzenberg: München, 5-38.
- WATZLAWICK Paul/Janet BEAVIN/Don JACKSON (1990), *Menschliche Kommunikation: Formen, Störungen, Paradoxien*. Bern: Huber.
- WEBER, Heidemarie/Matthias NÜBLING/Wolf LANGEWITZ (2009), „Das Visitengespräch“, in: Langer, Thorsten/Martin Schnell (Hg.), *Das Arzt-Patient Patient-Arzt Gespräch- Ein Leitfaden für Klinik und Praxis*, München: Marseille Verlag, 77-88.
- WESIACK, Wolfgang (1990), „Das ärztliche Gespräch-Versuch einer Strukturanalyse“, in: Adler, Rolf/Jörg Herrmann/Karl Köhle/Othmar Schonecke/Thure von Uexküll/Wolfgang Wesiack (Hg.): *Uexküll. Psychosomatische Medizin*. Urban Schwarzenberg: München, 258-264.
- WIND, Lidewij/Jan VAN DALEN/Arno MUIJTJENS/Jan-Joost RETHANS (2004), „Assessing simulated patients in an educational setting: the MaSP (Maastricht Assessment of Simulated Patients)“, *Medical Education*, Jg.38: 39–44.
- YAMASHITA, Hitoshi/Kayoko NORO (2004), „Kommunikative Kompetenz – Sprachliche Kompetenz/Communicative Competence – Linguistic Competence“, in: Ammon, Ulrich/ Norbert Dittmar/Klaus Mattheier (Hg.), *Sociolinguistics- an international handbook of the science of language and society*, Bd 1, Berlin: de Gruyter, 165- 171.

Sonstige Quellen:

Lernunterlagen

FRISCHENSCHLAGER, Oskar/ Ingeborg PUCHER-MATZNER/ Brigitte EISENWORT:
Checkliste professionelles ärztliches Kommunikationsverhalten.

FRISCHENSCHLAGER, Oskar/ Ingeborg PUCHER-MATZNER/Michael SCHMIDTS/
Andrea WEGHOFER: *Kursmanual Gesprächsführung A.*

PUCHER-MATZNER, Ingeborg: *Gesprächsführung und Kommunikation.*

Online Quellen

Medizinische Universität Wien

Anamnesegruppen

<http://www.meduniwien.ac.at/anamnesegruppen/wien/> [04.04.2011]

<http://www.meduniwien.ac.at/anamnesegruppen/wien/info> [04.04.2011]

Gesprächsführung A

<http://www2.meduniwien.ac.at/studyguide/index.php?id=163> [04.04.2011]

http://www.meduniwien.ac.at/index.php?id=92&content_id=sg/16/2023/3830.php
[04.04.2011]

Gesprächsführung B

<http://www2.meduniwien.ac.at/studyguide/index.php?id=268> [04.04.2011]

<https://m3e.meduniwien.ac.at/studyguide/curriculum/n202-2010/> [04.04.2011]

Studienplanführer Humanmedizin

<http://www2.meduniwien.ac.at/studyguide/index.php?id=37> [04.04.2011]

Abbildungen

Abb. A Lerntaxonomie Biopsychosoziale Anamneseerhebung (Auszug):

Koerfer/Köhle/Obliers/Sonntag/Thomas/Albus (2008,46)

Abb. B Mögliche Zielsetzung von Rollenspielen: Bliesener (1994, 14)

Anhang

Transkriptionskonventionen

Die Transkription folgt den Konventionen von HIAT (2004) (Vgl. Rehbein/Schmidt/Meyer/Watzke/Herkenrath).

Zur besseren Unterscheidung wurde bei der Verwendung des Dialekts zwischen „waß“ (i.S. wissen) und „was“ (Pronomen) unterschieden. Die Kürzung der Endung –en, welches als Schwa ausgesprochen wird, wurde nur bei stark dialektaler Verwendung berücksichtigt.

Äußerungsendzeichen

.	fallend
?	stark steigend
!	auffordernd
,	stehend, schwebend
—	„elliptisches Ende“ eines Turns
...	Abgebrochene Äußerung

Pausenzeichen

- Kurzes Stocken
- Pause bis 0,5s
- Pause bis 0,75s
- ((5s)) Pause ab 1s

Zeichen für tonale Bewegung

`	fallend
´	steigend
^	steigend-fallend
ˇ	fallend-steigend
-	gleichbleibend

Intrasegmentale Phänomene und sonstige Zeichen

,	Spechhandlungsaugmente, Reihung
-	Teilwörter
:	Ankündigungen
„	Uneigentliches Sprechen
—	Schneller Anschluss
()	schwer verständlich
(())	Wortlaut unverständlich, in Kommentarzeile: Kommentar
((ea))	hörbares Einatmen
((ee))	hörbares Ausatmen

Transkriptionen

G1: Tm-Sm1

Project Name: Diplomarbeit G1
Referenced file: MOV01C.avi
Transcription Convention: HIAT

Aufnahmedauer: 10:19
Aufnahmeort: AKH Wien, Department für Medizinische Aus- und Weiterbildung
Aufnahmedatum: Anfang 2010

Transkribentin: Martha Gottschamel
Transkriptionsdatum: Dez. 2010-Jän.2011

Speakers:

Tm (Tutor)		Sw1 (Studentin)	
Sex:	m	Sex:	f
Language:	Deutsch/ Österr. Dialekt	Language:	Deutsch/Österr. Dialekt

[1]

	0 [00:00.0]1	2	3	4	5
Tm [v]			Ja, grüß Gott.		Grüß
Sw1 [v]	Soo.	Kommen `S bitte weiter!		Grüß Gott.	Grüß
[a]	<i>Tm geht aus dem Raum, schließt die Tür. Sw1 steht auf und öffnet die Tür</i>			<i>Tm und Sw1</i>	

[2]

	6	7	8	9	10	11
Tm [v]	Gott.		Okay.			
Sw1 [v]	Gott. ((1s))Nehmen `S Platz bitte!		((1s))• So da.		• Darf i mi kurz vorstellen	
[a]	<i>schütteln Hände. Sw1 zeigt auf Sessel.</i>		<i>Tm setzt sich.</i>		<i>Sw1 setzt sich.</i>	

[3]

	12	13
Sw1 [v]	mein Name ist [Vorname] [Nachname], • • Und i bin Medizinstudentin, Und meine	

[4]

	14	15	16
Tm [v]		Hñ	
Sw1 [v]	Aufgabe ist es, dass ich mit Ihnen jetzt das Erstgespräch fü hre. Darf i Sie fragen, wie		

[5]

	17	18	19	20
Tm [v]	[Vorname][Nachname]((ea))			
Sw1 [v]	Sie heißen?		• [Vorname][Nachname]. ((2s)) Und wann wurden Sie geboren?	
Sw1 [d]		<i>((macht sich Notizen))</i>		

[6]

	21	22	23	24	25
Tm [v]	Am vierzehnten dritten, ((ea))		Siebenundsechs/siebenundachtzig.		
Sw1 [v]		((1s))Das Jahr?			
Sw1 [d]		<i>((macht Notizen))</i>		<i>((macht</i>	

[7]

.. 26 27 28

Sw1 [v] Siebenundachtzig. • Gut • danke. Es wird jetzt so ablaufen, Wir werden jetzt zwanzig
Sw1 [d] Notizen)))

[8]

..

Sw1 [v] Minuten circa das Gespräch führen • und nach Ende des Gesprächs werde ich die

[9]

.. 29 30 31 32

Tm [v] Hm̃ Okay.
Sw1 [v] Informationen an den • behandelnden Arzt weitergeben. Ja? • Haben Sie

[10]

.. 33 34 35 36

Tm [v] Na • des passt. ((ea))
Sw1 [v] noch Fragen dazu, irgendwie? Nein? Gut. • Erzählen Sie mir, warum

[11]

.. 37 38

Tm [v] ((2s)) Ähmm • ja ähmm • i hab da so, • so ein Ziehen und so, so
Tm [d] ((zeigt und berührt mit beiden Händen den Unterbauch
Sw1 [v] sind Sie hier?

[12]

.. 39 40

Tm [v] Schmerzen • da im Unterbauchbereich da. Und, und vor allem beim/wenn i aufs
Tm [d]))
Sw1 [v] Hm̃
Sw1 [d] ((macht sich Notizen

[13]

.. 41 42 43 44

Tm [v] Klo geh, Und ja...((ea))
Sw1 [v] Já • Nur wenn Sie aufs/• äh auf die Toilette gehen haben Sie die
Sw1 [d]))

[14]

.. 45 46 47

Tm [v] • Hm̃ ((ea)) Nanana • es is... • da/ dann brennts halt recht dann,
Sw1 [v] Schmerzen? Oda...

[15]

48 49 50 51

Tm [v] Und i muss • sehr sehr oft aufs Klo. Jo, des is scho
Sw1 [v] Hm̃ Wie oft müssen Sie aufs Klo?
Sw1 [d] ((macht sich Notizen))

[16]

	..	52	53	54
Tm [v]	fast jede ((ea)) zehnte fuchzehnte Minutn oda so.			Ja i war z`erst grad
Sw1 [v]				Ah wirklich? Hm̃
Sw1 [d]				((macht sich Notizen

[17]

	..	55	56	57	58	59	60
Tm [v]	jetz.	I waß net vielleicht	muss i dazwischen mal weg...				Okay.
Sw1 [v]		Okay.	Wenn Sie müssen•	dann können	Sie ruhig hinaus		
Sw1 [d])					

[18]

	61	62	63	64	65
Tm [v]		Hm̃			
Sw1 [v]	gehen • is	kein/kein Problem. ((2s))	Und zieht der Schmerz irgendwie	mmm	wirklich
Sw1 [d]		((macht sich Notizen)		

[19]

	..	66	67	68	69
Tm [v]				((ea))	
Tm [d]		((schaut an sich hinunter)	
Sw1 [v]	nur mm beim Brennen, •	Zieht es sich irgendwie hin? •	Also in die Blase hinein,		

[20]

	70	71	72	73	74
Tm [v]		Meinen Sie so rauf? •	Ja schon irgendwie so.		
Tm [d]		((beide Hände seitlich über dem Nabelbereich)	
Sw1 [v]	oder • • äh	Richtung äh	rraus? Ja.		

[21]

	..	75	76
Tm [v]		((2s)) Ja vielleicht schon •	so/ naja a bissl so krampfartig.
Sw1 [v]	Krampfartig?		Hm und

[22]

	..
Sw1 [v]	vorher bevor Sie äh aufs, aufs Klo gehen müssen is auch äh so krampfartig und dann

[23]

	..	77	78	79	80
Tm [v]			• Ja genau.	So...	
Sw1 [v]	gehen Sie und dann •	brennts beim Wasserlasen, •	oder? Könnte i das so		

[24]

	..	81	82
Tm [v]		Ja so in die Richtung is es. Es brennt halt dann extrem und des is davor	
Sw1 [v]	verstehen?		

[25]

83 84

Tm [v] irgendwie so... • • Es, es wird einfach net wirklich besser, Es hört nie auf • dieser
Sw1 [d] ((macht sich Notizen))

[26]

85 86 87 88 89

Tm [v] Schmerz. (Und) Ja • seit • schon... • • so
Sw1 [v] Hm Und seit, seit wann haben Sie das schon?
Sw1 [d]

[27]

90 91 92 93 94

Tm [v] richtig stärker is vierter fünfter Tag.
Sw1 [v] Hm ((2s)) Okay. • Und haben Sie schon was
Sw1 [d] ((macht sich Notizen))

[28]

95 96 97

Tm [v] Na war i eigentlich net.
Sw1 [v] unternommen? (Was)/Waren Sie schon beim Hausarzt? Gar

[29]

98 99

Sw1 [v] nix. Und wie schaut's aus mitn Trinken? Trinken Sie dann auch • wirklich viel oder

[30]

100 101

Tm [v] • Ähm • • ja ((aa)) i waß net • vielleicht a bissl
Sw1 [v] schau'n Sie dass sie weniger trinken?
Sw1 [d] ((setzt Stift an))

[31]

102 103 104 105

Tm [v] mehr trinken, I kanns net so genau sagen. (Ziemlich...)
Sw1 [v] Hm Aber Sie trinken • weniger als

[32]

106 107 108 109 110

Tm [v] Ja es is halt ungut wenn i sooft gehn muss und wenn i no mehr • • trink
Sw1 [v] normal. Hm Hm

[33]

111

Tm [v] dann... • ((ea)) Ja in der Firma i kann ja kaum mehr wirklich ((aa)) arbeiten, weil i

[34]

112 113

Tm [v] muss ja ständig • weg aufs Klo, Und ständig diese äh Schmerzen und bin mitn
Sw1 [v] Jä

[35]

.. 114 115 116

Tm [v]	Kopf ganz weg und, ((ea))	Ja, i
Sw1 [v]	Jà • • ja`Und ähm darf i Sie fragen, was sie arbeiten?	

[36]

.. 117 118 119 120 121

Tm [v]	bin Sekretär. ((aa))	Hm̃	• • Hm,
Sw1 [v]	Als Sekretär.	Und is da ziemlich stressig dort in der/im Büro?	• Wie
Sw1 [d]		((macht sich Notizen))	

[37]

.. 122 123 124 125

Tm [v]	`s geht mom entan grad. Also es is/ es san net so viel Aufträge und so, des is...	
Sw1 [v]	schaut des aus?	Hm̃

[38]

126 127 128

Tm [v]	Ja. • Äh i man es is schon viel los halt aber jetzt mit,
Sw1 [v]	Also is es momentan ertragbar?

[39]

.. 129 130

Tm [v]	((ea)) mit allm zam is halt • scho stressig • aber sunst direkt von der Arbeit • das
Sw1 [v]	Hm̃

[40]

.. 131 132 133 134

Tm [v]	geht.	Hm̃
Sw1 [v]	Hm̃ • Okay ja.	Und ähm haben sie Unterstützung von zuhause? Also
Sw1 [d]	((setzt Stift an))	

[41]

.. 135 136

Tm [v]	Ähm • na net
Sw1 [v]	schaut jemand auf Sie auch? • Sind/leben Sie in einer Partnerschaft?

[42]

.. 137 138 139 140

Tm [v]	wirklich.	• (Naja) i hab a,a Freudin schon ((1,5s))	aber/• ja i wohn
Sw1 [v]	Sind sie single?	A Freundin.	

[43]

.. 141 142

Tm [v]	allan.	Na genau.
Sw1 [v]	Hm o/aha also Sie,Sie wohnen net in einer Wohngemeinsschaft?	

[44]

143 144 145

Tm [v]	Ja i nimm so an
Sw1 [v]	Okay. Und ähm • tz ja nehmen Sie Medikamente • regelmäßig ein?

[45]

.. 146 147 148 149

Tm [v]	Asthmaspray nimm i.	• Des is
Sw1 [v]	Einen Asthmaspray.	• Seit wann nehmen Sie den?
Sw1 [d]	<i>((macht sich Notizen))</i>	

[46]

.. 150 151 152

Tm [v]	schon länger, Des is seit i glaub i • fuchzehn sechzehn bin.	
Sw1 [v]	Hm̃ ((2s))((ea)) Und äh	
Sw1 [d]))	

[47]

153 154 155 156 157

Tm [v]	<i>((räuspert sich))</i>	
Sw1 [v]	• wird das besser? Also Asthma momentan	eher... Wie schauts aus mit der

[48]

.. 158 159

Tm [v]	Jo da/ • des passt (eigentlich	
Sw1 [v]	Situation? Sind, sind Sie in der ärztlicher Behandlung?	

[49]

.. 160 161 162

Tm [v]	glaub i ganz gut eingestellt.	<i>((1s))</i> Ja gegen
Sw1 [v]	Okay. Gut. • Ähm ham Sie Allergien?	
Sw1 [d]	<i>((macht sich Notizen))</i>	

[50]

.. 163 164 165 166 167 168

Tm [v]	Pollen • und ((2s)) • • ja • verschiedene Gräser und so.	
Sw1 [v]	Hm̃	Hm̃ Awa ah Lebensmittel oder
Sw1 [d]	))	<i>((macht sich Notizen))</i>

[51]

.. 169 170 171 172 173 174

Tm [v]	Na • na. <i>((unvst. 1s))((ea))</i>	
Tm [d]	<i>((verkrampf und beugt sich vor))</i>	
Sw1 [v]	Medikamentenallergie keine bekannt?	Okay. • • Gehts? O
Sw1 [d]	))	<i>((macht sich Notizen))</i>

[52]

175 176 177 178 179 180 181 182

Tm [v]	Ja also `s gehts scho no.	• Also bald bald	<i>((1s))</i>	muss i dann aufs
Sw1 [v]	dermüssen...	Jo?	Wenn Sie/ wenn S` a Pause wollen...	

[53]

.. 183 184 185 186

Tm [v]	Klo • daweil gehts no.	Hm̃
Sw1 [v]	Okay. Mir sind eh bald fertig. • Ähm • wie schauts aus mit/in	
Sw1 [d]	<i>((liest))</i>	

[54]

Sw1 [v] der Familie, die Eltern • haben die vielleicht auch sch/ähm mehr Probleme • äh mit

[55]

187

Sw1 [v] der/also mit der Harnblase • mitn • Brennen oder Schmerzen? _Wissen Sie des

[56]

188

189

190

191

192 193

Tm [v] Is das verwandt, oda? Kann des... ((1s)) Na, • • waß i

Sw1 [v] vielleicht? Muss net sein, nein. Eigentlich

[57]

194

195

196

Tm [v] nix da von na. Ja von was kann des kummen eigentlich?

Sw1 [v] nicht. Ja • das kann verschiedenste

[58]

197

Sw1 [v] Ursachen haben, Normal haben Frauen öfters • Blas/ aso ein Brennen beim

[59]

198

199

Sw1 [v] Harnlassen. Ähm jo bei Männern kann`s verschiedene Ursachen haben, Es könnte

[60]

200

201

202

203

Tm [v] Okaḃ

Sw1 [v] sein...((1s)) Äh also es wird verursacht durch Bakterien ((2s)) und ähm... Ja, aber da

[61]

204

Sw1 [v] kann i jetz leider • net wirklich viel • dazu sagen. I gib die Information dann dem

[62]

205

206

207

Tm [v] Wo, wo kennt i die Bakterien kriegt oda?

Sw1 [v] Arzt weiter und... Ahm • • zum Beispiel ahm

[63]

208

Sw1 [v] • ja • mm von der Sexualität her vielleicht. Ähm • ham Sie, ham Sie da/ähm ich weiß

[64]

Sw1 [v] sie haben eine Freundin aber • ah früher vielleicht haben Sie mehrere sexuelle

[65]

209

210

211

Tm [v] ((ea))((aa))

Sw1 [v] Partner oder • • wechseln Sie? Oder wie schauts mit der Potenz aus? ((2s)) Also

[66]

	212	213
Tm [v]	Ähm...	
Sw1 [v]	haben Sie da Probleme? Ich weiß es ist eine sehr unangenehme Frage, aber •	

[67]

	214	215
Tm [v]	((ea)) Ja i man i hab mir schon a bissl Sorgen jetz gmacht •	
Sw1 [v]	in dem Zusammenhang...	

[68]

	216
Tm [v]	ähm, ((3s)) Ja i kenn die Freindin net so guat • ähm.
Sw1 [v]	Ach so! • Ah sind Sie noch nicht

[69]

	217
Tm [v]	Genau. • Erst seit so vor vier Wochen oder so.
Sw1 [v]	so lange zusammen mit der Freundin?

[70]

	218	219	220	221	222
Tm [v]	• Und • • • ja...				
Tm [d]	<i>((zuckt mit den Schultern))</i>				
Sw1 [v]	Hm		Hat sie auch irgendwie Probleme?		Wissen Sie

[71]

	223	224	225
Tm [v]	Na.		
Sw1 [v]	was?	Eigentlich nicht. ((1s)) Oder irgendwelche Erkrankungen, wissen`S auch	

[72]

	226	227	228	229
Tm [v]	Des waß i net na.			
Sw1 [v]	nicht, • ob sie hat? • • Wahrscheinlich nicht. Hmhm Ja das könnte auch ein Grund			

[73]

	230	231
Tm [v]	Mannan Sie, dass sie mi ansteckt hat, oder wie?	
Sw1 [v]	sein vielleicht dass Sie äh...	Könnte

[74]

	232
Sw1 [v]	sein aber ich, ich kann nix sagen, Also das/ äh nur vom Gespräch heraus kann i Ihnen

[75]

	233	234
Tm [v]	Wie, wie wissen`S	
Sw1 [v]	des jetzt net sagen • was jetz genau die Ursache ist. Da müssma...	

[76]

.. 235 236

Tm [v]	das dann, oda?
Sw1 [v]	Das macht dann der behandelnde Arzt mit Ihnen. • • Nur Geduld.

[77]

237 238 239 240 241 242

Tm [v]	Okay.	Okay.	Hm ((ea))
Sw1 [v]	Das kann ich mit Ihnen leider nicht machen.	Okay?	Meine Aufgabe ist

[78]

.. 243 244 245

Tm [v]		• Ja okay.
Sw1 [v]	wirklich nur mit Ihnen das Gespräch machen.	Gut. Ähm • dürfte i Sie nur
Sw1 [d]		((schaut auf Zettel

[79]

.. 246 247

Tm [v]		• Na also • pf ab und zu vielleicht wenn i
Sw1 [v]	fragen, • ähm • trinken Sie Alkohol?	
Sw1 [d])	

[80]

.. 248 249

Tm [v]	fortgeh.	Ja vielleicht
Sw1 [v]	Okay also so a Bier in da Woche -kamma vielleicht sagen oda?	

[81]

.. 250 251 252 253 254

Tm [v]	sind's zwa.	Des is ja • • net recht vül.
Sw1 [v]	Okay.	Hm Und vom Stuhl • wie schaut der aus •

[82]

.. 255 256 257

Tm [v]	((1s)) Pf • a bissl mehr a Verstopfung momentan, awa.	
Sw1 [v]	der Stuhlgang?	• • Nur
Sw1 [d]		((macht

[83]

.. 258 259 260 261

Tm [v]		Na des is eher jetzt.
Sw1 [v]	momentan oder ist das auch schon länger?	Hm Und wie schaut
Sw1 [d]	sich Notizen)

[84]

.. 262

Tm [v]		((1s)) Ja (es is halt net so oft) und jo
Sw1 [v]	dann der Stuhl dann aus, ist er ziemlich hart?	

[85]

..	263	264	265	266	267
Tm [v]	hart ja.				Braun •
Sw1 [v]	Hm Und hat/ was für Farbe hat der? • Ham Sie da gesch aut?				
Sw1 [d]	((macht Notizen))				

[86]

..	268	269	270	
Tm [v]	schwärzlich.~ I waß net was/ es is wie immer halt.			Hm
Sw1 [v]	N... Aha also net tiefschwarz oda • •			

[87]

271	272	273	274	275	276	277
Tm [v]	Na. (Des also...)		Ja schon • eher... •		vielleicht a bissl	
Sw1 [v]	weißlich	Gar nix?	Normal braun.	U und...		

[88]

..	278	279	280	281
Tm [v]	dunkler, aber...			
Sw1 [v]	Dünkler a bissl. Okay. ((2s)) Gut. Und Blut • ah is net dabei oder so?			
Sw1 [d]	((macht sich Notizen))			

[89]

282	283	284	285	286
Tm [v]	Na hab i nix gsehn.			
Sw1 [v]	Ham Sie net • gsehn?	Gar nix? • Okay, gut. • Ahm treiben Sie		

[90]

..	287	288	289	290	291	292
Tm [v]	Ja eigentlich ((räuspert sich)) schon öfter. ((hustet 3s)) A bissl					
Sw1 [v]	regelmäßig Sport?					
Sw1 [d]	((macht sich Notizen))					

[91]

..	293	294	295	296
Tm [v]	Laufen gangen oda...		((3s)) Jo...	
Sw1 [v]	Hm		Trotz Asthma • also wie is dann • wenn sie	
Sw1 [d]	((macht Notizen))			

[92]

..	297	298	299
Tm [v]	• des äh mitn • Spray und so • also das/ natürlich so im Frühling		
Sw1 [v]	Asthma haben und Sie gehen laufen?		

[93]

..	300	301	302	303	304
Tm [v]	wenn die Pollen recht sant (reagiert`s) schlimmer • aber sonst... ((ea))		• Das geh...		
Sw1 [v]	Hm		Hm • Und wie		

[94]

305 306 307 308 309 310

Tm [v]	• Ja wasn so zwa dreimal in da Wochn oda so.
Sw1 [v]	oft...((1s)) Bitte! Okay. ((2)) Okay.
Sw1 [d]	((macht sich Notizen

[95]

311 312 313 314 315

Sw1 [v]	((2s)) Gut. ((1s)) Und ähm vom Trinken her, • wieviel trinken Sie normal? ((1s)) Äh
Sw1 [d]	)) ((liest Zettel))

[96]

316 317 318

Tm [v]	•Eineinhalb vielleicht wahscheinlich.
Sw1 [v]	einenhalb Liter oder weniger? Eineinhalb. Und
Sw1 [d]	((macht sich Notizen

[97]

319 320 321 322

Tm [v]	M ja a bissl. Also...
Sw1 [v]	rauchen Sie? • Wieviel am Ta/also wieviele Packungen • am Tag?
Sw1 [d]))

[98]

323 324 325

Tm [v]	Na eigentli ka ganzes Packerl -also i was net- so • zehn Zigaretten vielleicht.
Sw1 [v]	• • Okay.
Sw1 [d]	((macht sich Notizen

[99]

326 327 328 329

Tm [v]	((1s))((ea)) Seit i • fufzehn sechzehn war glaub i. Ja.
Sw1 [v]	Und seit wann rauchen Sie?
Sw1 [d]))

[100]

330 331 332 333 334 335

Tm [v]	Hm̃
Sw1 [v]	Okay. ((2s)) Gut. • ((ea)) So Herr [Nachname], ähmm i fass kurz zusammen. Ahmm Sie
Sw1 [d]	((macht Notizen)) ((schaut auf Zettel)) ((schaut auf

[101]

336 337 338 339

Tm [v]	Hm̃
Sw1 [v]	haben/Sie sind gekommen wegen Unterbauchsschmerzen, Sie haben • ein
Sw1 [d]	Zettel)) ((li Ha spitz zum Bauch)) ((schaut auf Zettel))

[102]

	340	341	342	343
Tm [v]	Hm̃			
Sw1 [v]	Brennen beim der Mik/also beim Wasserlassen Ahm Sie müssen alle fünfzehn			
Sw1 [d]	((schaut auf Zettel))			

[103]

	344	345	346	347
Tm [v]	Jä			
Sw1 [v]	Minuten aufs WC gehen, Uund s(ie) sind so krampfartige • Schmerzen auch vor der			
Sw1 [d]	((li Hand zum Bauch))			

[104]

	348	349	350	351
Tm [v]	Das stimmt			
Sw1 [v]	Miktion Uund sie haben das schon seit vier Tagen circa. Stimmt das?			
Sw1 [d]	((schaut auf Zettel))			

[105]

	352	353	354	355	356
Tm [v]	irgendwie. • `S wird halt immer blöder. `S wird halt immer				
Sw1 [v]	Ja. Sie sind.. Bitte?				
Sw1 [d]	((schaut auf Zettel)) ((schaut auf Zettel))				

[106]

	357	358	359	360	361
Tm [v]	schlimmer.				
Sw1 [v]	Wird immer schlimmer, ja. • Ahm Sie sind Sekretär, Sie haben Allergien				
Sw1 [d]	((schaut auf Zettel))				

[107]

	362	363	364	365	366
Tm [v]	Hm̃				
Sw1 [v]	gegen Pollen und Gräser, Sind Asthmatiker, • Sie bekommen aber den				
Sw1 [d]	((schaut auf Zettel))				

[108]

	367
Sw1 [v]	Asthaspray, Sie nehmen den regelmäßig sind gut eingestellt, ((ea)) Ahm ja haben
Sw1 [d]	((schaut auf Zettel))

[109]

	368	369	370	371
Sw1 [v]	auch momentan Verstopfung, • Ah Sie machen regelmäßig Sport, • Sie trinken			
Sw1 [d]	((schaut auf Zettel)) ((schaut auf Zettel))			

[110]

	372	373
Sw1 [v]	circa eineinhalb Liter am Tag, ((ea)) Ja der Harn • darf i Sie noch fragen, welche	

[111]

..	374	375	376	377	378	379
Tm [v]	Ja so gelblich • hell eher.					Mir is
Sw1 [v]	Farbe hat der? ((2s)) Momentan?		Gelblich hell. ((2s)) Okay.			
Sw1 [d]						<i>((macht sich Notizen))</i>

[112]

..	380	381	382	383
Tm [v]	nix auffalln wirklich.	Was macht ma jetzt, oda?		
Sw1 [v]	Schäumen oda...		Ja ahm • i gib jetzt die	
Sw1 [d]	))		<i>((schaut auf Zettel))</i>	

[113]

..	384	385	386
Tm [v]	•Okay.		
Sw1 [v]	ganzen Informationen dem behandelnden war/ Arzt weiter,		((ea)) Ja und
Sw1 [d]			

[114]

..	387	388	389
Tm [v]	Ja i		
Sw1 [v]	nehmen Sie daweil draußen Platz oder gehn Sie aufs W C wenn Sie müssen.		
Sw1 [d]	<i>((lachend))</i>		

[115]

..	390	391	392	393
Tm [v]	müssat eh schon wieder gehen.			Okay.
Sw1 [v]	Jo • und ah •• Sie werden dann aufgerufen.			
Sw1 [d]	<i>((legt Stift ab))</i>			

[116]

394	395	396
Tm [v]	Auf Wiederschaun.	
Sw1 [v]	Gut danke. Auf Wiedersehen.	
[a]	<i>Sw1 steht auf, schüttelt Tm die Hand</i>	<i>Tm steht auf und dreht sich zur Tür</i>

G2: Tm-Sm1

Project Name: Diplomarbeit G2
Referenced file: MOV01D.avi
Transcription Convention: HIAT

Aufnahmedauer: 10:51
Aufnahmeort: AKH Wien, Department für Medizinische Aus- und Weiterbildung
Aufnahmedatum: Anfang 2010

Transkribentin: Martha Gottschamel
Transkriptionsdatum: Feb.2011

Speakers:

Tm (Tutor)

Sex: m
Language: Deutsch/ Österr. Dialekt

Sm1 (Student)

Sex: m
Language: Deutsch/ Österr. Dialekt

Ausschnitte²⁵:

Tm-Sm1a

Transcription Name: Tm-Sm1a
Dauer: 2:03-4:25 (2min 22s)

[1]

	0	1
Tm [v]		• Ja es wird immer
Sm1 [v]	Und seit zwei Tagen is es so, dass Sie sagen • es is wirklich...	

[2]

	2	3 [02:08.0]	4
Tm [v]	schlimmer u/und... • • I muss... I glaub i muss jetz dann eh • • mal kurz wieder raus.		
Sm1 [d]	<i>((macht Notizen))</i>		

[3]

	5	6	7	8	9	10	11
Tm [v]			Ja • • •		es geht grad no.	I	war zerst schon am Klo
Sm1 [v]	Hñ Bitte wenn Sie • • raus müssen, • sagen Sie`s nur. ((ea))						
Sm1 [d]	<i>((deutet auf Tür))</i>						

[4]

	12	13	14	15	16
Tm [v]	• aber es is ... Also i muss halt sehr oft.				• Jaja i muss
Sm1 [v]	Hñ • Hñ		Also Sie müssen auch häufiger?		Aufs
Sm1 [d]	<i>((leise</i>				

²⁵ Die Ausschnitte wurden chronologisch gereiht, wodurch die alphabetische Bezeichnung der Transkripte nicht immer eingehalten werden kann.

[5]

	..	17	18		19	20	21	
Tm [v]		so alle zehn fünfzehn Minuten, glaub i.				((aa))		
Sm1 [v]		Klo.			Hm̃ • Hm̃((3s))	Und haben Sie das schon		
Sm1 [d]		)		((macht Notizen))

[6]

	..	22	23	24	25	26	27	28	
Tm [v]		Na.		Na • zum Glück,					
Sm1 [v]		mal früher ghobt?	Noch nie.	Des is/ Ja m̃ m̃((1s))	Hm̃ ((ea))	Ah • ham Sie • •			

[7]

Sm1 [v]	irgendwass in letzter Zeit/ sind Sie/ ham Sie irgendwie eine Erkältung gehabt oder								
----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

[8]

	..	29						30	
Tm [v]								• • • Na also ii wissat`s	
Sm1 [v]		so? Oder irgendwas vo/wodurch das ausgelöst werden könnt?							

[9]

	..			31				32	33
Tm [v]		gern von Ihnen irgendwie also..				((ea))			
Sm1 [v]		Jaja na aber falls Sie irgendwelche • Erkältung							

[10]

	..		34		35	36			37
Tm [v]			((1,5s)) Na hab i net ghabt.		Also i/i wüsste von nichts.				
Sm1 [v]		gehabt haben oda...		Nix.				Ja ja ja.	

[11]

	38			39	40			41	
Tm [v]				Na.				Na i bin jetz	
Sm1 [v]		Waren Sie deswegen schon beim Arzt?		Also bei Ihrn Hausarzt?					

[12]

	..		42	43				44	
Tm [v]		direkt zu Ihnen kommen.							
Sm1 [v]		Okay ja. ((ea)) Ahm wirts von irgendwas besser? Wann Sie							

[13]

Sm1 [v]	zum Beispiel/ • • wann Sie das ganze warmhalten also wenn Sie a Wärmflaschn								
----------------	---	--	--	--	--	--	--	--	--

[14]

	..		45			46			
Tm [v]		Das, das hilft vielleicht a bissl ja.							
Sm1 [v]		auflegen oda...				Wärme hilft. Kälte hams nicht			

[15]

.. 47 48 49 50 51 52

Tm [v]	• N/• Wärme is fast angenehmer hab i`s Gefühl.
Sm1 [v]	probiert, oder? Hm̃ ((2s)) Hm̃((2s))Aahm •
Sm1 [d]	((macht sich Notizen))

[16]

.. 53 54

Sm1 [v]	• ham Sie... • • Ich stell Ihnen jetzt ein paar allgemeine Fragen. Ham Sie in letzter
----------------	---

[17]

.. 55

Tm [v]	• • Ph direkt
Sm1 [v]	Zeit/ also ham Sie schon mal schwere Erkrankungen ghobt?

[18]

.. 56 57 58

Tm [v]	Erkrankungen • • na (eigentlich nicht).
Sm1 [v]	Nicht? Auch nicht irgendwelche • • ähm

[19]

.. 59 60 61

Tm [v]	Ja an Skiunfall hab i ghabt.
Sm1 [v]	Krankenhausaufenthalte? An Skiunfall. Wann war des?
Sm1 [d]	((macht Notizen))

[20]

62 63 64 65

Tm [v]	((1s))Vor drei Jahren. ((2s))
Sm1 [v]	Vor drei Jahren, das heißt zweitausendsieben.
Sm1 [d]	((macht sich Notizen))

[21]

.. 66 67 68 [03:45.0] 69

Tm [v]	Zweitausendsechs wars glaub i.
Sm1 [v]	Zweitausendsechs okay. Und da waren Sie • • im Spital und
Sm1 [d])

[22]

.. 70 71 72 73 74 75

Tm [v]	Genau. Ja Knieverletzung da ((1s)) I
Tm [d]	((berührt rechtes Knie
Sm1 [v]	sind... • Was haben Sie sich da getan? Knie verletzung okay.
Sm1 [d]	((macht Notizen))

[23]

.. 76 77 78 [03:57.0] 79

Tm [v]	waß nimma genau, • • Irgendsoa Band, Ja bin
Tm [d])
Sm1 [v]	((2s))Sind`S operiert worden auch?
Sm1 [d])

[24]

.. 80 81 82 83

Tm [v]	operiert worden.	((1s))Na.
Sm1 [v]	Okay. Und sonst haben Sie kein Operationen ghabt?	• •
Sm1 [d]	((macht Notizen))	

[25]

.. 84 85

Tm [v]	
Sm1 [v]	Nicht okay. • Ahm • nehmen Sie irgendwelche Medikamente dauerhaft ein?

[26]

.. 86 87

Tm [v]	Asthma.((ea))
Sm1 [v]	• • Sie sind Asthmatiker okay. Ham`S/• Wissen Sie da welche Präparat

[27]

.. 88 89 90 91 92

Tm [v]	[Medikamenten • name] oda so,	Kennen`S des?
Tm [d]	((langsam))	
Sm1 [v]	Sie nehmen?	[Medikamentenname] ja.
Sm1 [d]		((macht Notizen))

[28]

93 94 95 96 97 98 99

Tm [v]	((ea)) ((3s)) Ja das nimm i dreimal am Tag.	((2s)) Also grad jetzt
Sm1 [v]	Ja sagt ma was.	Hm`
Sm1 [d]	)	((macht Notizen))

[29]

.. 100 [04:25.0] 101

Tm [v]	wo`s...
Sm1 [v]	• Ja des is jetzt im Frühling das kann i mir vorstellen.
Sm1 [d])

Tm-Sm1K

Transcription Name: Tm-Sm1K

Dauer: 4:26-4:48 (22s)

[1]

0 [04:26.0] 1 2

Tm [v]	(Tschuldigung)	Dürft i wirklich kurz auf Klo
Sm1 [v]	Ja das is jetzt im Frühling, das kann i mir vorstellen.	

[2]

	3	4	5	6	7
Tm [v]	gehen?	Bitte,			((3s))
Tm [d]		((Steht auf))	((geht zur Tür, öffnet sie und geht hinaus 6s		)) ((kommt
Sm1 [v]	Ja bitte!				
Sm1 [d]		((deutet mit li Hand Richtung Tür))		((blättert in Notizen 2s))	((schaut

[3]

	8	9 [04:38.0]	10
Tm [v]	Danke.	Des is` a große Hülfe.	
Tm [d]	wieder herein, schließt Tür))
Sm1 [v]	Jä		• • Ham Sie jetzt wieder dieselben Beschwerden
Sm1 [d]	zu Tür))		

[4]

	11	12
Tm [v]		Ja es wird halt/ genau es kommen dann eigentlich nur ein paar
Tm [d]	((setzt sich))
Sm1 [v]	gehabt wie • • vorhin?	

[5]

	13	14
Tm [v]	Tropferl eigentlich •	aber es es wird halt dann immer schlimmer und dann glaub i
Sm1 [v]	Hm	

[6]

	15
Tm [v]	dass i mi anmach fastund...
Sm1 [v]	Jà

Tm-Sm1b

Transcription Name: Tm-Sm1b

Dauer: 9:56-10:50 (54s)

[1]

	0 [09:56.0]	1
Sm1 [v]	Ja • dann äh • • würd i des jetz noch mal zusammenfassen, Falls Sie irgendwelche	

[2]

	2	3	4
Sm1 [v]	Anmerkungen haben ((1s)) zögern Sie nicht mich zu unterbrechen. ((ea)) Sie ham seit		
Sm1 [d]	((	liest Notizen))

[3]

	5	6
Sm1 [v]	ungefäht vierzehn Tagen immer leichtes Brennen beim Harnlassen • und das iss äh	
Sm1 [d]	))	((liest ab))

[4]

	7	8	9	10	11	12
Sm1 [v]	vor zwei Tagen immer schlimmer worden, • Und es stahl da eben hier so in den					
Sm1 [d]	<i>((deutet auf Bauch))</i>					
Tm [d]	<i>((nickt))</i>					

[5]

	13
Sm1 [v]	Unterbauch und i/in die B/Region wo die Blase is aus.
Tm [v]	„Na es is eher fast li/ wobei ja

[6]

	14	15	16	17
Sm1 [v]	Eher links okay.			
Sm1 [d]	<i>((schreibt))</i>			
Tm [v]	vielleicht eher links aber...	((2s)) Wobei des/ • i habs Gefühl es		

[7]

	18	19	20	21
Sm1 [v]	Hm	Hm	• Ahm Sie müssen auch • alle zehn bis fünfzehn	
Tm [v]	wechselt fast also...	Ja ((ea))		

[8]

	22	23	24
Sm1 [v]	Minuten aufs Klo.	Und da sind/ ham Sie eben auch	
Tm [v]	((1s)) ((ea)) Ja mittlerweile schon ja.		

[9]

	25	26	27	28	29
Sm1 [v]	Schmerzen beim Harnlassen.		Ja. •• Okay. • Gut. Dannn ••		
Sm1 [d]			<i>((liest ab)) ((nimmt Notizen))</i>		
Tm [v]	• Ja. Das brennt dann so.				

[10]

	30	31	32	33	34
Sm1 [v]	bedanke ich mich,		Und ich werd das jetzt dem Oberarzt		
Sm1 [d]	<i>in die Hände)</i>		<i>((beginnt aufzustehen))</i>		
Tm [v]	Ja danke. •				

[11]

	35	36	37
Sm1 [v]	weitergeben.		Ja. Der Oberarzt kommt dann zu Ihnen.
Tm [v]	Soll i	jetz draußen warten, oder?	Okay.

[12]

	38	39	40	41	42	43	44 [10:50.0]
Sm1 [v]	Okay.	Guat. Danke. Wiederschaun.	Alles Gute.				
Tm [v]			Wiederschaun.	Wiederschaun.			
[a]	<i>beide stehen auf</i>		<i>Händeschütteln</i>				

G3: Tm-Sm2

Project Name: Diplomarbeit G3
Referenced file: MOV002.avi
Transcription Convention: HIAT

Aufnahmedauer: 12:48
Aufnahmeort: AKH Wien, Department für Medizinische Aus- und Weiterbildung
Aufnahmedatum: Anfang 2010

Transkribentin: Martha Gottschamel
Transkriptionsdatum: März. 2011

Speakers:

Tm (Tutor)

Sex: m
Language: Deutsch/ Österr. Dialekt

Sm2 (Student)

Sex: m
Language: Deutsch/ Bundesdeutscher Dialekt

Ausschnitte:

Tm-Sm2Anf

Transcription Name: Tm-Sm2Anf
Dauer: 00:08-00:45 (45s)

[1]

	0	1	2 [00:09.0]	3	4	5
Tm [v]					Grüß Gott.	
Sm2 [v]			Der nächste bitte!		Grüß Gott. •• Mein Name ist	
Sm2 [d]			((geht zu Türe, öffnet sie))			
[a]	Türe schließt			((Händeschütteln))

[2]

Sm2 [v]	[Vorname]	[Nachname]	• ich bin Famulant auf dieser Station und ich werde jetzt
----------------	-----------	------------	---

[3]

	6	7	8	9	10
Tm [v]				• Okay.	
Tm [d]		((schließt Türe))			
Sm2 [v]	mit Ihnen ein	Erstgespräch führen.		Gut. Wenn Sie bitte Platz nehmen	
Sm2 [d]				((deutet auf Sessel))

[4]

	11	12	13	14	15
Tm [v]		Okay.			
Sm2 [v]	würden.	((2s)) ((ea)) •• Darf ich ih/darf ich fragen, wie Sie/ wie Sie heißen?			
[a]		beide setzen sich			

[5]

16 17 18 19 20 21 22

Tm [v]	Ahm [Vorname][Nachname].	• Mit A Y. ((ea))
Sm2 [v]	((3s))[Nachname] wie geschrieben?	• •Und Ihr
Sm2 [d]	((schreibt))	((schreibt))

[6]

23 24 25 26 27

Tm [v]	Zwölfter vierter ((2s))	•	siebenundachtzig.
Sm2 [v]	Geburts datum • • bitte?		
Sm2 [d]	((schreibt))	((schaut zu Tm))	

[7]

28 29 30 [00:45.0]

Sm2 [v]	Siebenundachtzig. Okay. Ahm • • ja. Also Herr [Nachname] was führt Sie den heute zu uns
Sm2 [d]	((schreibt))

[8]

..

Sm2 [v]	• auf die Station?
----------------	--------------------

Tm-Sm2a

Transcription Name: Tm-Sm2a

Dauer: 2:25-2:38 (13s)

[1]

0 [02:25.0] 1 2

Tm [v]	Von/von wo oder wieso?	• • • Nja wie das jetzt herkommt
Sm2 [v]	• • Was meinen Sie wieso?	

[2]

3

Tm [v]	oda...
Sm2 [v]	Na das wird der Arzt alles mit Ihnen nachher • • (auf jeden Fall) besprechen.

[3]

4 5 6 7 8 [02:38.0]

Sm2 [v]	• Also i bin noch Student und deswegen... ((2s))	(Sie wissen...) • Ähm dann
[a]	((unverst. 2s))	

[4]

..

Sm2 [v]	hätt ich ein paar/ ein paar allgemeine Fragen,
----------------	--

Tm-Sm2K

Transcription Name: Tm-Sm2K

Dauer: 5:19-6:01 (42s)

[1]

	0 [00:00.0]	1	2 [05:23.0]	3
Tm [v]	((3s))	Wie schaut das aus, dürft i kurz aufs Klo • gehen?		
Sm2 [v]	Okay.			Ja sicher
Sm2 [d]	((macht Notizen))			

[2]

	4	5	6	7	8
Tm [v]	I komm eh glei.	((6s			)) Danke • jetzt is mir
Tm [d]		((steht auf))	((geht hinaus))		((öffnet Türe))
Sm2 [v]	natürlich.	Jä			
Sm2 [d]					((macht sich Notizen 4s))

[3]

	9	10	11	12	13	14
Tm [v]	leichter.					
Tm [d]		((schließt Türe))		((setzt sich))		
Sm2 [v]	Bitte.	((5s			))Jetzt noch ein paar ah allgemeine Fragen, Sie	
Sm2 [d]		((lächelt))	((liest Notizen))	

[4]

	15
Sm2 [v]	haben vorher schon gesagen, dass Sie • zwei Liter Wasser am Tag trinken und früher

[5]

	16	17	18	19
Tm [v]			Ja i Rauch a bissl.	
Sm2 [v]	weniger. Rauchen Sie? Und trinken Sie Alkohol?			• • Und wieviel

[6]

	20
Tm [v]	Ja so fünf Zigaretten • • so
Sm2 [v]	rauchen Sie da und was • mmeinen Sie mit ein bisschen?

[7]

	21	22	23
Tm [v]	circa vier fünf pro Tag. (Denk schon.)		• • Ja schon eher
Sm2 [v]		((2s))	Regelmäßig?

[8]

	24	25 [06:01.0]
Tm [v]	regelmäßig.	Kaum.
Sm2 [v]	• • Und trinken Sie Alkohol?	

Tm-Sm2b

Transcription Name: Tm-Sm2b

Dauer: 10:13-10:26 (13s)

[1]	0 [10:13.0]	1	2
Tm [v]		Hm	
Sm2 [v]	Dann Sie hatten vor zweieinhalb Jahren eine Leistenoperation auf/auf der rechten		
[2]	3	4	5 6 7 8
Tm [v]		Tschuldigung.	Durch, durch
Tm [d]		((gähnt 2s))	
Sm2 [v]	Seite. ((1,5s))	Äh wie kam das?	Was war da?
[3]	9	10 [10:26.0]	
Tm [v]	Sport/sportliche Sachen.		
Sm2 [v]	Okay. ((3s)) Sport. Okay.		

Tm-Sm2c

Transcription Name: Tm-Sm2c

Dauer: 12:25-12:48 (23s)

[1]	0 [12:24.0]	1	2
Sm2 [v]	Na gut. Jetzt sind wir halt am Ende des Gesprächs. Fragen? • Irgendwelche		
[2]	3	4	5 6
Tm [v]		((Unv-))	Also der Arzt
Sm2 [v]	Anregungen oder • irgendwelche...? ((2s)) Ansonsten wird der Arzt eh...		
[3]	7	8	
Tm [v]	wird mir das nachher erklären wieso?		
Sm2 [v]	((unv)) Also wenn Sie draußen noch Platz nehmen der		
[4]	9	10	11 12 13
Tm [v]	Okay. Ja.	Dankeschön.	
Sm2 [v]	Arzt kommt dann.	((Machmas so...))	• • Ich bring Sie noch zur beide stehen auf
[a]			

[5]

	14	15	16	17	18
Tm [v]	Dankesehr.		Widerschauen.		
Sm2 [v]	Tür.	Wiedersehen.		Und gute Besserung.	
[a]	<i>beide gehen zur Türe 3s</i>				

[6]

	19	20	21	22
Tm [v]	Danke.			
Sm2 [v]	((ea))Okay.			
[a]	<i>kommen wieder in den Raum</i>			

G4: Tm-Sw2

Project Name: Diplomarbeit G4
Referenced file: MOV0001.avi
Transcription Convention: HIAT

Aufnahmedauer: 13:50
Aufnahmeort: AKH Wien, Department für Medizinische Aus- und Weiterbildung
Aufnahmedatum: Anfang 2010

Transkribentin: Martha Gottschamel
Transkriptionsdatum: März-April 2011

Speakers:

Tm (Tutor)

Sex: m
Language: Deutsch/ Österr. Dialekt

Sw2 (Studentin)

Sex: f
Language: Deutsch/ Österr. Dialekt

Ausschnitte:

Tm-Sw2Anf

Transcription Name: Tm-Sw2Anf
Dauer: 00:00-00:29 (29s)

[1]

	0	1	2	3 [00:01.9]	4 [00:03.9]
Sw2 [v]					Herein bitte!
Sw2 [d]	<i>((1s))((geht zu Tür und öffnet sie 3s))</i>				
Tm [v]	Legen wir los. ((räuspert sich))				
Tm [d]	<i>((geht hinaus 1s))</i>				

[2]

	5 [00:04.0]	6 [00:04.0]	7 [00:04.0]	8 [00:04.0]9 [00:05.0]	10	11
Sw2 [v]	• Grüß Gott. Bitte setzen Sie sich.			Güß Gott.		
Sw2 [d]	((schließt Türe))					
Tm [v]	Ja grüß Gott.		Okay.			Grüß
Tm [d]	((tritt ein))		((setzt sich))			
[a]	((Händeschütteln))					

[3]

	12	13	14	15	
Sw2 [v]	Mein Name ist [Vorname Nachname],		Ich bin Famulantin auf der		
Sw2 [d]	((setzt sich))				
Tm [v]	Gott.		Hm̃		

[4]

Sw2 [v]	Station • das bedeutet ich mache ein Praktikum im Laufe meines Studiums • • und
----------------	---

[5]

Sw2 [v]	werde in den nächsten zwanzig Minuten ein Anamnesegespräch mit Ihnen führen.
----------------	--

[6]

	16
Tm [v]	Okay.

Tm-Sw2i

Transcription Name: Tm-Sw2i

Dauer: 3:11-3:19 (8s)

[1]

	0 [04:11.0]	1
Sw2 [v]	Hm̃	
Tm [v]	Aber es is davor meistens bevor i aufs Klo geh is sehr arg • da is sehr heftig.	

[2]

	2	3	4 [03:16.0]
Sw2 [v]	Hm̃		
Tm [v]	I glaub i muss eh bald wieder aufs Klo gehn. • Und ham Sie selbst irgendeine		

[3]

Tm [v]	Vermutung • • warum Sie des/ den Schmerz haben?
---------------	---

Tm-Sw2a

Transcription Name: Tm-Sw2a

Dauer: 4:00-4:40 (40s)

[1]

0 [04:40.0]

1

Sw2 [v] Ja dann kommen wir jetzt zu den Lebensumständen. Wie darf ich mir denn Ihre

[2]

2

3

4

Tm [v] • Ja i leb in ana Wohnung.

Sw2 [v] private Situation vorstellen?

Hm̃ Ham Sie an Mitbewohner

[3]

5

Tm [v] Also i bin allan •

Sw2 [v] oder mehrere Mitbewohner oder leben Sie alleine in der Wohnung?

[4]

6

7

8

Tm [v] in der Wohnung. Ja i hob a

Sw2 [v] Hm̃ Darf ich fragen, ob Sie in einer Beziehung leben?

[5]

9

10

Tm [v] Freundin.

Sw2 [v] Okay, Okay. Uund ahm wie wirken sich die Beschwerden auf den Alltag

[6]

11

12

13

Tm [v] Ja es is halt schon ziemlich schlimm jetzt • •

Sw2 [v] aus? • • Auf Ihren Beruf zum Beispiel?

Hm̃

[7]

14

15

16

17

18 [04:38.0]

19

Tm [v] • (weil) Wos i solba bin? ((3s)) Ahm • • ja i

Tm [d]

((schaut zu Kamera))

Sw2 [v] Was sind Sie von Beruf, wenn ich fragen darf?

[8]

Tm [v] bin • • Sekretär.

Tm-Sw2f

Transcription Name: Tm-Sw2f

Dauer: 5:00-5:38 (38s)

[1]

0 [05:00.0]

1

Tm [v] So stessig is im Beruf gar net aber ••• es kummt anfach alles zam.

Sw2 [v] Hm̃ •• was ham

[2]

.. 2

Sw2 [v] Sie leicht... Gibt es sonst noch irgendwelche andern •• Probleme die Sie haben?

[3]

3

Sw2 [v] Oder so irgendetwas das Sie belastet • weil Sie sogn es kummt einfach alles

[4]

.. 4 5 6

Tm [v] Ja man das i net schlaf und/und • und so die Schmerzen und dass i ständig

Sw2 [v] zusammen. Hm̃

[5]

.. 7 8

Tm [v] aufs Klo muss und •• ja über die Beziehung halt und... ((2s)) Ja is ja wurscht.

Sw2 [v]

[6]

.. 9 10

Tm [v] ((2s)) (Nja), I waß net über

Sw2 [v] Möchten Sie da darüber sprechen •• über die Beziehung?

[7]

.. 11 12 [05:38.0]

Tm [v] was, ((3s)) was... Na.

Sw2 [v] Okay.

Tm-Sw2b

Transcription Name: Tm-Sw2b

Dauer: 10:13-10:26 (9s)

[1]

0 [06:31.0]

1

Sw2 [v] Dann kommen wir jetzt zu der Medikamentenanamnese. Ahm hom Sie sonst noch

[2]

..

Sw2 [v] irgendetw/ anderen Beschwerden zuzeit gerade • außer • die Schmerzen das Brennen

[3]

Sw2 [v]	beim Urinieren?
---------	-----------------

Tm-Sw2c

Transcription Name: Tm-Sw2c

Dauer: 7:20-8:22 (1min 2s)

[1]

	0 [07:20.0]	1	2
Tm [v]			((2s)) Waß i
Sw2 [v]	Und ahm • irgendwelche früheren Erkrankungen? • • Kinderkrankheiten?		

[2]

	3	4	5
Tm [v]	net.		Ja hab i schon ghabt
Sw2 [v]	((1,5s)) Wissen Sie nicht, okay. ((1s)) Ahm Operationen?		

[3]

	6	7	8
Tm [v]	so a Leistenoperation da, ((ea))Uund ((2s)) ja an Skiunfall hab i ghabt vor neun		
Tm [d]	((berührt Leistengegend re mit li Ha)) ((nuschelt leicht))		
Sw2 [v]	Hm		

[4]

	9	10	11	12	13
Tm [v]	Jahr.	Skiunfall			((1s)) Vor zwei
Tm [d]		((deutlich))			
Sw2 [v]	Bitte?	Ah okay okay. Wann war die Leistenoperation?			

[5]

	14	15	16	17
Tm [v]	Jahr.		((1s)) Da rechts war des.	
Tm [d]			((schaut und deutet auf Leistengegend))	
Sw2 [v]	Vor/ und auf welcher Seite?		Rechts. Okay. • • Okay.	

[6]

	18	19	20	21	22
Tm [v]					• Ja genau.
Sw2 [v]	Und der Skiunfall da sind Sie auch operiert worden?			Was war das	
Sw2 [akz]	-				

[7]

	23	24	25
Tm [v]	((1,5s)) (Des) war a komplizierter Bruch. I waß es nimma so genau da • •		
Sw2 [v]	genau?		Hm

[8]

26 27 28 29 30

Tm [v]	(da war i)/ des hab i net so ganz mitkriegt.	Des war irgendwie ko/Ja ((1s))
Sw2 [v]	• Hm̃	Hm̃
Sw2 [d]		((nickt))

[9]

31 32 33

Tm [v]	Es is nomal brochen worden glaub i und jetzt passt aber.	
Sw2 [v]	((ea))	Also da haben Sie jetzt

[10]

34 35 36

Tm [v]	Na, des passt.	Des war
Sw2 [v]	keine Probleme.	Uund auf welcher Seite war der Skiunfall?

[11]

37 [08:21.0]

Tm [v]	rechts.	
Sw2 [v]	Okay. Und bei dem Leistenbruch haben Sie danach noch Beschwerden	

[12]

..

Sw2 [v]	ghobt nach der Operation oder war das dann okay?
----------------	--

Tm-Sw2d

Transcription Name: Tm-Sw2d

Dauer: 9:17-9:23 (6s)

[1]

0 [09:17.0] 1 2

Tm [d]		((blickt in die
Sw2 [v]	Erkrankungen in der Familie sind da irgendwelche bekannt? Von Ihren Eltern	

[2]

3 4 5 6 7 [09:23.0]

Tm [v]	Na. ((unverst.))	
Tm [d]	<i>Kamera 1s)</i>	
Sw2 [v]	Großeltern oder so?	Onkel Tanten? Nicht? Okay.

Tm-Sw2e

Transcription Name: Tm-Sw2e

Dauer: 9:26-10:24 (58s)

[1]

0 [09:26.0]

Sw2 [v] Ja dann werd ich Ihnen zum Schluss jetzt noch ein paar allgemeine Fragen • stellen,

[2]

1

2

3

Tm [v] Okay.

Sw2 [v] Wie is den Ihr Schlafverhalten so? _Sie haben schon gesagt • Sie können nicht

[3]

4

5

Tm [v] Ja pf

Sw2 [v] so gut schlafen, Wie lange schlafen Sie den durchschnittlich in der Nacht?

[4]

6

Tm [v] ((2s)) nja • i muss halt (da eigentlich) jede halbe Stunde aufwachen • also i was n...

Sw2 [v] • Okay.

[5]

7

8

9

10

Tm [v] Ja genau. ((1s)) Und ((1,5s)) kirza

Sw2 [v] Damit Sie auf die Toilette gehen können, Hm̃

Sw2 [d] ((nickt))

[6]

Tm [v] meistens a, weil die Freindin wull, das ma no mehr Sachen unternimmt und macht

[7]

11

12

Tm [v] und, Ja genau also ja ((2s)) i schlaf schlechter ein und w/wach oft auf

Sw2 [v] • • Hm̃ • Hm̃

[8]

13 [10:01.0]

14

15

16

17

Tm [v] dazwischen und ((gähnt))((1s)) jetz bin i scho voll fertig.

Tm [d] ((reibt sich mit li Hand die Augen und li Schläfe))

Sw2 [v] Hm̃ Hm̃ Hm̃ Ja des is verständlich.

[9]

18

19

20

Tm [d] ((stützt Kopf auf li Hand

Sw2 [v] Hm̃Und wieviele Stunden sind das durchschnittlich ungefähr würden Sie sagen pro

[10]

	..	21	22	23	24
Tm [v]		Poa • • vü zweng, • • vü zweng. ((3s))I waß net, vielleicht warn`s drei oda so			
Tm [d]		)		((	<i>reibt mit li Hand die Augen und</i>
Sw2 [v]		Nacht?			

[11]

	..	25	26	27	28	29
Tm [v]		in die letzten Nächt immer.	Oda vier, i waß net.		`S is schwierig zum sogen,	
Tm [d]		<i>Stirn</i>)	<i>((stützt Kopf auf li Hand</i>			
Sw2 [v]			Okay • Hm̃		Hm̃	

[12]

	..	30	31	32 [10:24.0]	33
Tm [v]		wenn ma sooft aufsteht, wissen`S das is...			
Tm [d])			
Sw2 [v]			Hm̃ • Ja das is verständlich. ((ea)) Darf i		

[13]

	..	34
Tm [v]		Ja • • bissl.
Sw2 [v]		fragen, rauchen Sie?

Tm-Sw2K

Transcription Name: Tm-Sw2K

Dauer: 11:22-11:26 (4s)

[1]

	0 [11:22.0]	1
Tm [v]		Nja eben
Sw2 [v]		Und wie oft durchschnittlich am Tag gehen Sie denn • so auf die Toilette?

[2]

	..	2	3	4	5
Tm [v]		alle zehn Minuten • viertel Stund,		I muss jetzt eh wieder gehen.	
Tm [d]				((
Sw2 [v]		Alle zehn Minuten hm̃.		Hm̃	

[3]

	6	7	8	9
Tm [v]		I halts da schon fast nimma aus, ja.		Ja
Tm [d]		<i>schaut auf den Zettel mit Gesprächsanweisungen für Gespräch am Tisch</i>		
Sw2 [v]			Ja wir sind eh gleich fertig, Mochn wir	
Sw2 [d]			<i>((klopft mit flacher</i>	

[4]

	10	11	12 [11:24.0]	13
Tm [d]))			
Sw2 [v]	das noch kurz fertig.		Darf i nur kurz fragen, ahm riecht der	
Sw2 [d]	<i>Hand leicht auf Tisch))</i>			

[5]

	14	15 [13:50.0]
Tm [v]	Na.	
Sw2 [v]	Harn irgendwie anders, oda so?	Okay.

Tm-Sw2h

Transcription Name: Tm-Sw2h

Dauer: 12:43-13:30 (47s)

[1]

	0 [12:43.0]	1	2
Sw2 [v]	Ja dann werd ich das gesagt jetzt nochmal kurz zusammenfassen,		Uund falls i
Tm [v]	Okay.		

[2]

	3
Sw2 [v]	irgendwas vergessen hab, dass sagen Sie mir das bitte, • Sie können gerne was

[3]

	4	5
Sw2 [v]	anfügen • oder mir auch Fragen stellen.	Also Sie sind heute hier weil Sie ein
Tm [v]	Hm̃	

[4]

	6	7	8
Sw2 [v]	Brennen • verspüren beim Urinieren • und sonst Bauchschmerzen haben • ((ea))		
Tm [v]	Hm̃		Hm̃

[5]

	9	10	11	12
Sw2 [v]	uund ja... • • Sie möchten gerne das das angeklärt wird,		Und Sie können auch	
Tm [v]	Genau.			

[6]

	13
Sw2 [v]	in letzter Zeit nicht mehr so gut schlafen, • • Und es kommt irgendwie alles

[7]

	14	15	16	17
Sw2 [v]	zusammen, Und das belastet Sie.		Okay.Okay.Hab ich da jetzt noch etwas	
Tm [v]	Hm̃			

[8] .. 18
Sw2 [v] vergessen • würden Sie da gern noch was anfügen?
Tm [v] ((1,5)) Ja i hoff halt, dass Sie mir

[9] .. 19 20 21 22
Sw2 [v] Hm̃ • Da werma auf jeden Fall schauen. Und wir
Tm [v] nur was geben was hülft halt. Und ...

[10] .. 23 24 25
Sw2 [v] werden das auf jeden Fall wieder hinkriegen des, • Da brauchen Sie sich keine
Tm [v] Okay.

[11] .. 26 [13:30.0]
Sw2 [v] Sorgen machen.
Tm [v] Okay. Na guat.

Tm-Sw2g

Transcription Name: Tm-Sw2g
Dauer: 13:31-13:45 (14s)

[1] 0 [13:31.0]1
Sw2 [v] Okay. Dann werde ich das jetzt mit dem/mit der zuständigen Oberärztin besprechen •

[2] ..
Sw2 [v] • die wird alles weitere in die Wege leiten ((1,5)) uund wir werden schauen, dass mir

[3] .. 2 3 4
Tm [v] • • Okay. • • Danke..
Sw2 [v] das wieder hinkriegen. Ich bedanke mich für das Gespräch.

[4] 5 6 7 8 9
Tm [v] Wiederschauen. Wiederschaun.
Tm [d] ((steht auf)) ((geht zur Kamera))
Sw2 [v] Dankeschön. Wiedersehen.

G5: Tm-Sw3

Project Name: Diplomarbeit G5
Referenced file: MOV01E.avi
Transcription Convention: HIAT

Aufnahmedauer: 7: 14
Aufnahmeort: AKH Wien, Department für Medizinische Aus- und Weiterbildung
Aufnahmedatum: Anfang 2010

Transkribentin: Martha Gottschamel
Transkriptionsdatum: April-Mai 2011

Speakers:

Tm (Tutor)

Sex: m
Language: Deutsch/ Österr. Dialekt

Sw3 (Studentin)

Sex: f
Language: Deutsch/ Bundesdeutscher Dialekt

Ausschnitte:

Tm-Sw3a

Transcription Name: Tm-Sw3a
Dauer: 2:09-2:23 (14s)

[1]

	0 [02:09.0]	1
Tm [v]	Ja ziemlich also so alle fünfzehn Minuten.	
Sw3 [v]	Und müssen Sie auch vermehrt aufs Klo?	

[2]

	2	3	4	5	6
Tm [v]	I war jetz grad i glaub i muss jetz eh bald wieder gehen.				
Sw3 [v]	••• Und is... ((1s)) Kein				
Sw3 [d]	((deutet auf Tür))				

[3]

	7	8	9	10	11	12 [02:22.0]
Tm [v]	Ja j/ derweil •• gehts grad no.					
Sw3 [v]	Problem, • Sie können jederzeit((1s)) schnell gehen. • Und is Ihnen beim					
Sw3 [d]						

[4]

	..
Sw3 [v]	Harn selber was aufgefallen?

Tm-Sw3b

Transcription Name: Tm-Sw3b

Dauer: 3:14-4:03 (49s)

[1]

0 [03:14.0] 1 2

Tm [v] • • Ja Kopfschmerzen is jetzt glaub i weil i jetzt so
 Sw3 [v] Und Kopfschmerzen auch immer?
 Sw3 [d] ((nickt))

[2]

.. 3 4 5

Tm [v] übermüdet bin. ((ea)) • • •
 Sw3 [v] • • Hm Und wo/wo tut das weh? • • • Also wo tut der Kopf weh?

[3]

.. 6 7 8

Tm [v] Hm ja also so hier da • so vorne da so.
 Tm [d] ((greift mit beiden Händen an die Stirn)) ((stützt Kopf auf li Faust))
 Sw3 [v] Hm ((1,5s)) Und das ham Sie seit die
 Sw3 [d] ((nickt))

[4]

.. 9 10

Tm [v] Na jetzt zum Schluss wo i kaum schlafen kann
 Tm [d])) ((reibt sich mit li Hand die Augen))
 Sw3 [v] Probleme mit dem Harnlassen sind?

[5]

.. 11 12 13 14

Tm [v] und so. Ja weil i ständig aufs Klo
 Tm [d]))
 Sw3 [v] Hm • • Und Sie können nicht schlafen weil Sie • immer aufs Klo müssen • •
 Sw3 [d] ((nickt))

[6]

.. 15 16 [03:40.0]

Tm [v] muss. • Ja weil i ständig aufs Klo muss und/und • dann halt die
 Sw3 [v] oder generell nicht?

[7]

17 18 19 20

Tm [v] Schmerzen kann ja kaum einschlafen und... • • Ja es is einfach...
 Tm [d] ((stützt Kopf auf li Faust))
 Sw3 [v] • • Hm Und ahm ...
 Sw3 [d] ((nickt))

[8]

21

22

Tm [v] Können Sie mir was geben?

Tm [d]

((stützt Kinn auf offene li Hand

Sw3 [v]

Ja also ich werd Sie jetzt voll/ • • die Aufnahme fertig

[9]

23

Tm [d]

)

Sw3 [v]

machen und dann besprechen wir das mit dem Herrn Doktor. • • Und dann sehma

[10]

24 [04:00.0]25

26

Tm [v]

Okay.

Sw3 [v]

weiter. Und wie siehts aus • in Ihrem privaten Umfeld • und beruflich? • Was

[11]

Sw3 [v]

arbeiten Sie?

Tm-Sw3c

Transcription Name: Tm-Sw3c

Dauer: 4:49-5:05 (16s)

[1]

0 [04:49.0]

1

Tm [v]

Also manen Sie

Sw3 [v]

Ob`s vielleicht irgendetwas sexuell übertragbares ist, da kann man ja auch Viren und

[2]

2

3

Tm [v]

es kommt • • von meiner Freundin oder wie?

Sw3 [v]

so übertragen ...

Ah glauben Sie, dass sie Ihnen treu ist

[3]

4

5

6

7 [05:03.0]

Tm [v]

Ja des...

Des/des hab i mi damals scho gfragt, ((räuspert

Sw3 [v]

oder • ham/ham Sie grad Probleme?

[4]

Tm [v]

sich)) • I kenn`s ja no net so lang.

Tm-Sw3K

Transcription Name: Tm-Sw3K

Dauer: 6:52-7:11 (19s)

[1]

0 [06:52.0] 1

Tm [v]	Hm̃
Sw3 [v]	Und beim Schlaf haben Sie gesagt, dass ist eben durch die Beschwerden jetzt, dass

[2]

2 3 4 5

Tm [v]	JäI müssat jetz • aufs Klo dann, Kemma das irgendwie
Sw3 [v]	Sie nicht so gut schlafen.

[3]

6 7 8 9

Tm [v]	abbrechen? (Jä)
Sw3 [v]	Ja ja natürlich. Ich glaube, ich hab jetz eh dann genug, Ich werd das
Sw3 [d]	((nickt))

[4]

10 11

Tm [v]	Hm̃
Sw3 [v]	dann weiterleiten und wir werden dann • • • schauen, was wir für Sie tun können.

[5]

12 13 14 15 16 17

Tm [v]	Okay. Widerschaun.
Sw3 [v]	Okay? Gut. Dankeschön.
[a]	beide stehen auf, geben sich die Hände ((2s))

[6]

18 [07:10.0] 19 [07:11.0]

Sw3 [v]	Wiedersehen.
[a]	Tm geht zu Kamera

G6: Tm-Sm3

Project Name: Diplomarbeit G6
Referenced file: MOV02A.avi
Transcription Convention: HIAT

Aufnahmedauer: 16:30
Aufnahmeort: AKH Wien, Department für Medizinische Aus- und Weiterbildung
Aufnahmedatum: Anfang 2010

Transkribentin: Martha Gottschamel
Transkriptionsdatum: April- Mai 2011

Speakers:

Tm (Tutor)		Sm3 (Student)	
Sex:	m	Sex:	f
Language:	Deutsch/ Österr. Dialekt	Language:	Deutsch/Österr. Dialekt

Ausschnitte:

Tm-Sm3Anf

Transcription Name: Tm-Sm3Anf
Dauer: 00:07-00:35 (28s)

[1]

	0 [00:00.0]	1	2	3	4
Tm [v]		Grüß Gott.		Grüß Gott.	
Sm3 [v]	Bitte.		Grüß Gott.		Setzten Sie sich mal daher bitte.
Sm3 [d]	<i>((re Ha. einladende Geste))</i>				
[a]		<i>((Händeschütteln</i>		<i>))</i>	

[2]

	5	6	7	8	9	10	11
Tm [v]	Okay. ((ea))		((ea))				
Tm [d]	<i>((Setzt sich))</i>						
Sm3 [v]	((4s))		((1s))		So. • Grüß Gott. I bin da [Nachname] [Vorname], I bin		
Sm3 [d]			<i>((Setzt sich))</i>				

[3]

	12	13
Sm3 [v]	Medizinstudent da, • I werd jetz das Erstgespräch mit Ihnen machen, • Des wird	

[4]

	14	15	16
Tm [v]		Hmǃ	
Sm3 [v]	circa zehn Minuten dauern.		Darf i als erstes mal fragen, wie der Name is?

[5]

.. 17 18

Tm [v]	[Vorname][Nachname].
Sm3 [v]	[Vorname][Nachname]. Störts Ihnen eh net, wenn i Notizen
Sm3 [d]	((macht Nozizen))

[6]

.. 19 20 21 22

Tm [v]	Na na. Schreibn`S ruhig.
Sm3 [v]	mach, oda? Wann santn Sie geboren Herr [Nachname]?

Tm-Sm3a

Transcription Name: Tm-Sm3a

Dauer: 1:10-1:20 (10s)

[1]

0 [01:10.0] 1 2 3

Sm3 [v]	Aber gehts jetzt • von den Schmerzen her?
Tm [v]	Ja i war grad am Klojetz gehts. Vielleicht muss i nachher • jetzt

[2]

.. 4 5 6 7 [01:20.0]

Sm3 [v]	Ja is ka Problem. • • Ähm ja fangma glei mit den Schmerzen
Tm [v]	• Sie unterbrechen, weil ...

[3]

..

Sm3 [v]	an,
----------------	-----

Tm-Sm3c

Transcription Name: Tm-Sm3c

Dauer: 4:14-4:31 (17s)

[1]

0 [04:14.0] 1

Tm [v]	Ja i was net ts ob des a mit meiner Freindin zamhängen kann oder... ((2s)) ((ea))
---------------	---

[2]

2 3 4 5

Sm3 [v]	Is des... ((1s)) Ja i kumm/ mir kumman eh auf das no
Tm [v]	Ja des müssen Sie ja wissen • I waß net.

[3]

	6	7 [04:31.0]
Sm3 [v]	genauer • also m... Die Freundin wie lang sant`S mit der jetzt beinand?	
Tm [v]	((1s)) Ja so drei	

[4]

Tm [v]	vier Wochen.
---------------	--------------

Tm-Sm3b

Transcription Name: Tm-Sm3b

Dauer: 8:37:8:51 (14s)

[1]

	0 [08:27.0]	1
Sm3 [v]	Dann stell i Ihnen jetzt no so a paar äh allgemeinere Fragen ähm... •• Ham Sie ••	

[2]

		2
Sm3 [v]	solche Krankheiten ähnliche Krankheiten oder so was ham Sie noch nie gehabt?	
Tm [v]	Na.	

[3]

	3
Sm3 [v]	Uund • schwerere Krankheiten irgend • welche besondereren in der Vergangenheit?

[4]

	4 [08:51.0]
Tm [v]	Na.

Tm-Sm3K

Transcription Name: Tm-Sm3K

Dauer: 10:41-11:12 (32s)

[1]

	0 [10:41.0]	1	2	3	4
Tm [v]	Ja i müssat wieder auf Klo. Kann i...				Genau.
Tm [d]					((geht zur
Sm3 [v]		Hm	Ja kemma gern • kurz unterbrechen.		

[2]

	5	6	7	8	9	10
Tm [v]	((5s		))((1s))		Dankschen. Dankschen. Des war	
Tm [d]	Tür)) ((öffnet Türe und geht hinaus)) ((kommt wieder ins Zimmer))					
Sm3 [v]	Wissen`S eh wo hin, oda?					

[3]

.. 11 12 13 14 15

Tm [v]	jetz/war guat. ((1s))	Is a weng leichter, weil das/das zieht dann so.
Tm [d]	((schließt Tür)) ((	geht zu Tisch)) ((setzt sich 1s))
Sm3 [v]		Hñ

[4]

16 [11:11.0]

Sm3 [v]	••• Ahm darf i glei frogn, weil S`jetzt grad kumman, wiee •• is jetzt äh/ wie guat des
----------------	--

[5]

..

Sm3 [v]	gangen ist mitn Harnlassen?
----------------	-----------------------------

Tm-Sm3d

Transcription Name: Tm-Sm3d

Dauer: 15:27-16:30 (1min 3s)

[1]

0 [15:27.0] 1 2 3 4 5 6 7 8 9

Tm [v]	Ja fünf zehn.	Na... Ja fünfzehn.	(Pro Tag) ja.
Sm3 [v]	Ahm • rauchen Sie? ((unv.))	• Fünfzehn?	Am Tag? Hñ
Sm3 [d]	((liest N.))		

[2]

10 11 12

Sm3 [v]	((5s))	((ea)) Guat ja •• des wars jetz eigentlich von meiner Seite amal
Sm3 [d]	((macht sich Notizen))	

[3]

13 14 15 16 17 18

Tm [v]	Danke.	Ja vielleicht geben`S ma
Tm [d]	((nickt))	
Sm3 [v]	• Herr [Nachname], Ham Sie • no jetz irgendwelche Fragen kon kret?	(Des ma des

[4]

.. 19 20 21

Tm [v]	irgenda Schmerz mittel oder irgendwas, „Schaun`S, dass i vielleicht (was krieg.)
Sm3 [v]	no besprechen?) Hñ Kriagn`S

[5]

22 23 24 25 26 27

Tm [v]	Genau.
Sm3 [v]	dann glei, Schauma dann glei. Ja. •• Guat also • i fass kurz zammen, • Vor zwei
Sm3 [d]	((liest Notizen))

[6]

Sm3 [v] Wochen • sind Sie ähm/ ham S`gsagt hat das angefangen mit dem Brennen beim

[7]

Sm3 [v] Harnlassen, • • Des is ungefähr die Zeit a • wo`S jetzt mit Eanan Freundin • beinand

[8]

Tm [v] Naja.
Tm [d] ((nickt))
Sm3 [v] san. Und Geschlechtsverkehr ham. ((2s)) Ähm • • genau da fehlt mir vielleicht noch

[9]

Tm [v] Na. (Hab) nix ghabt. Nix ghabt.
Sm3 [v] dazu • ähm ham Sie a Erkältung ghabt in letzter Zeit so? Davor irgendwas?

[10]

Sm3 [v] Okay. ((1s)) Ja • dann werma jetzt äh weiterschaun, Es werden dann no weitere
Sm3 [d] ((liest Notizen))

[11]

Sm3 [v] Untersuchungen gmacht, Der Oberarzt schaut Sie an ((1s)) und • sonst... • • Also

[12]

Sm3 [v] wenn das von/von Ihrer Seitn a nix mehr gibt, dann wärs des. Bedanke mich für das
[a] ((

[13]

Tm [v] Ja dankeschön gö. Danke. Danke
Tm [d] ((steht auf)) ((geht zur Kamera))
Sm3 [v] Gespräch. Alles Gute.
Sm3 [d] ((steht auf))
[a] Händeschütteln))

Zusammenfassung

Diese Diplomarbeit beschäftigt sich mit der Gesprächsausbildung der StudentInnen an der Medizinischen Universität Wien. Der Fokus liegt dabei auf der Lehrveranstaltung *Gesprächsführung A*, in der die Studierenden das Führen von Anamnesegesprächen erlernen. Im theoretischen Teil der Arbeit geht es um die verschiedenen Konzepte von Krankheit in der Medizin und die allgemeinen Grundlagen zur Vermittlung von Gesprächskompetenz. Die Unterrichtsmethoden werden dabei sowohl allgemein, als auch speziell, was die Vorgehensweise in Wien betrifft, beleuchtet, wobei der Fokus auf Simulationen liegt.

Neben dem theoretischen Teil zur Ausbildung von Gesprächskompetenz werden Übungsgespräche aus der Lehrveranstaltung mit gesprächsanalytischen Methoden untersucht. Diese Gespräche werden zwischen einem/einer Studierenden und einem simulierten Patienten in der Rolle der/des PatientIn geführt und unterliegen somit speziellen Bedingungen, wodurch Artefakte entstehen können.

Der Fokus der Analyse liegt auf der künstlichen Situation und welchen Einfluss diese auf das Gespräch hat. Neben der Darstellung des Trainings werden deshalb auch konkrete Artefakte und Unterschiede zu realen Arzt-Patient-Gesprächen aufgezeigt. Die sprachlichen Strategien, welche die Beteiligten in den Gesprächen verwenden und die Auswirkungen der artifiziellen Situation auf das Anamnesegespräch bilden dabei einen wichtigen Teil der Analyse.

Abstract

This thesis is about the communication skills training of medical students in Vienna. Its focus lies on the programme “Gesprächsführung A” where students learn how to communicate with patients. A theoretical part describes the teaching methods for communication skills in general with a particular focus on simulations. The remaining chapters are concerned with the education in Vienna and the phenomena called artefacts. Due to the artificial setting certain artefacts may exist in simulations.

Following the theoretical part we present is a linguistic analysis of six training encounters. Since the conversations are held between students and a simulated patient, they feature special conditions which are analysed and compared to authentic doctor-patient-encounters. The main question of the analysis is how this artificial situation influences the interaction and which artefacts and differences regarding real doctor patient conversations arise for that reason. The analysis demonstrates which linguistic strategies the participants use and how the simulation of an authentic situation affects them.

Lebenslauf

Name: Martha Gottschamel

Geburtsdatum: 19.08.1986

Nationalität: Österreich

Ausbildung

09/1997- 06/2005	Bundesgymnasium Tanzenberg, Maria Saal, Österreich Matura mit Auszeichnung
09/2002 – 06/2003	Liceo Classico Europeo Uccellis, Udine, Italien Austauschschuljahr
09/2005- 2011	Universität Wien, Diplomstudium Sprachwissenschaft.
03/2006-02/2010	Universität Wien, Diplomstudium Romanistik-Italienisch (Umstieg auf Bachelor 02/2011)
02/2011-07/2011	Universität Wien, Bachelorstudium Romanistik-Italienisch
09/2008-07/2009	Erasmus - Aufenthalt an der Università degli Studi RomaTre, Italien

CV

Name: Martha Gottschamel

Date of birth: 19/08/1986

Nationality: Austria

Education

- | | |
|-------------------|--|
| 09/2005-2011 | University of Vienna, Austria
Mag. phil. programme in Linguistics |
| 03/2006-02/2011 | University of Vienna, Austria
Mag. phil. programme in Romance Studies (Italian) switched to BA programme due to Bologna Process |
| 02/2011-07/2011 | University of Vienna, Austria
BA in Romance Studies (Italian) |
| 09/2008 – 07/2009 | Università degli Studi RomaTre, Rome, Italy
Exchange year with LLP/Erasmus Programme |
| 09/1997- 06/2005 | Bundesgymnasium Tanzenberg, Maria Saal, Austria
Matura (A-Levels) with distinction |
| 09/2002 – 06/2003 | Liceo Classico Europeo Uccellis, Udine, Italy
Secondary school exchange year |