

- Walton, D.N. (1996). *Argumentation Schemes for Presumptive Reasoning*. Mahwah, N.J.: Erlbaum.
- Walton, D.N. (1999). *Appeal to Popular Opinion*. University Park: Pennsylvania State Univ. Press.
- Walton, D.N. (2000). *Scare Tactics*. Dordrecht: Cluwer.
- Walton, D.N. (2002). "The Sunk Costs Fallacy or Argument from Waste." *Argumentation* 16.4, 473-503.
- Walton, D.N. (2003). "Argumentation Schemes: The Basis of Conditional Relevance." *Michigan State Law Review* 4, 1205-1242.
- Warnick, B. (1996). "Argument Schemes and the Construction of Social Reality: John F. Kennedy's Address to the Houston Ministerial Association." *Communication Quarterly* 44.2, 183-196.
- Warnick, B. & Kline, S.L. (1992). "The New Rhetoric's Argument Schemes: a Rhetorical View of Practical Reasoning." *Argumentation and Advocacy* 29, 1-15.
- Wengeler, M. (1996). "Argumentation im Einwanderungsdiskurs: Ein Vergleich der Zeiträume 1970-1973 und 1980-1983." In: M. Jung, M. Wengeler & K. Böke (Hg.), *Die Sprache des Migrationsdiskurses*. Opladen: Westdeutscher Verlag, 121-149.
- Wengeler, M. (2003). *Topos und Diskurs*. Tübingen: Niemeyer.
- Wodak, R. et al. (1998). *Zur diskursiven Konstruktion nationaler Identität*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.

Quantifizierende Verfahren in der qualitativen Forschung zur Arzt-Patient-Kommunikation: Unterbrechungen, Status und Geschlecht

Florian Menz, Ali Al-Roubaie
Universität Wien

1. Einleitung: Untersuchungsleitende Fragestellungen

Die Überlegungen des folgenden Beitrags fußen auf einer Studie, die in der internistischen Ambulanz eines Wiener Krankenhauses durchgeführt wurde.¹ Eines der Hauptziele bestand darin, zu überprüfen, inwieweit MedizinerInnen für bestimmte störende bzw. förderliche Gesprächszüge durch kurze Schulungen sensibilisiert werden können (vgl. Lalouschek, Menz & Gstettner 2006). Im Mittelpunkt der folgenden Ausführungen steht jedoch ein anderer Aspekt: der Einfluss von Unterbrechungen auf die Qualität der ärztlichen Anamnesegespräche. Unterbrechungen sind in der Literatur zur Diskursforschung immer wieder als Indikatoren von Macht und Dominanz in Interaktionen ins Spiel gebracht worden. Insbesondere in der Feministischen Linguistik wurde dieser Aspekt – z.T. sehr kontrovers – in Bezug auf geschlechtstypische Unterschiede diskutiert.²

Mit Bezug auf die fortlaufende Diskussion interessierten uns unter dem Aspekt des medizinischen Gesprächs drei Fragenkomplexe: Korrelieren erstens Unterbrechungen, wie in der Literatur kolportiert, mit dem sozialen Geschlecht der Personen, und zwar sowohl auf Seiten der ÄrztInnen als auch auf Seiten der PatientInnen?

Stehen zweitens Unterbrechungen in einem Zusammenhang mit dem Ausbildungsgrad der ÄrztInnen, d.h. stellt (beruflicher) Status auch innerhalb der ÄrztInnengruppe einen Einflussfaktor dar?

Drittens sollten zwei gesprächsinterne Faktoren verglichen werden: Besteht eine Abhängigkeit zwischen der Zahl und der Qualität der Unterbrechungen und der Länge der Gespräche. Hintergrund dieser Fragestellung ist die immer wieder geäußerte Angst der ÄrztInnen, dass PatientIn-

nen zu viel Zeit in Anspruch nehmen würden, wenn sie in ihrem Erzähl- drang nicht unterbrochen würden. Dieser Ansicht stehen jedoch qualita- tive diskursanalytische Befunde gegenüber, die aufzeigen, dass Gesprä- che stark verkompliziert werden, wenn PatientInnen ihr Anliegen, wes- halb sie eine ärztliche Praxis aufsuchen (ihren *chief complaint*), nicht kohärent schildern können.

In Abschnitt (2) wird das der Untersuchung zu Grunde gelegte Datenma- terial kurz beschrieben, Abschnitt (3) fasst die Diskussion zu Unterbre- chungen zusammen, auf der die Entwicklung unseres Kategorienrasters zu Unterbrechungen beruht. In Abschnitt (4) werden die Ergebnisse prä- sentiert und diskutiert, um in Abschnitt (5) mit einem kritischen Ausblick über die Möglichkeiten und Grenzen derartiger Analysen zu schließen.

2. Datenmaterial

In einem zweiphasigen Zeitraum von jeweils 14 Tagen wurden im März und Juni 2002 in einer internistischen Ambulanz insgesamt 576 Gesprä- che aufgenommen, von denen 48 Gespräche, die nach GAT (Selting et al. 1998) transkribiert wurden, in die Analyse einbezogen wurden. Maßgebliche Selektionsfaktoren waren die Art der Erkrankung (Herzkrankheiten) und die Tatsache, dass die PatientInnen sowohl mit dem Turnusarzt/der Turnusärztin³ als auch der Oberärztin/dem Oberarzt⁴ gesprochen hatten.

Gerade in der Position der Turnusärzte spiegelt sich der Konflikt zwi- schen produktivem und reproduktivem Bereich (Menz 1991) der Ambu- lanz als Institution wider: Einerseits sollte der Patient im Mittelpunkt stehen, andererseits ist es die Ausbildungsaufgabe der TurnusärztInnen, das Anamnesegespräch zu erlernen und zu perfektionieren. Dies bedeut- et, dass sie sich gegenüber den OberärztInnen in einem Schüle- rin/LehrerIn-Verhältnis befinden, auf Grund dessen sie Vorschläge zu Diagnose und Therapie erstellen sollten. Das Turnusarztgespräch reflek- tiert also in der medizinischen Hierarchie einen gewichtigen Statusunter- schied zu den entscheidungsberechtigten OberärztInnen, der den Patien- tInnen jedoch so gut wie nie vermittelt wird⁵.

Die erhobenen Eigenschaften der involvierten Personen (Tabelle 1) verteil- ten sich – je nach erhobenen Parametern – recht unterschiedlich. So

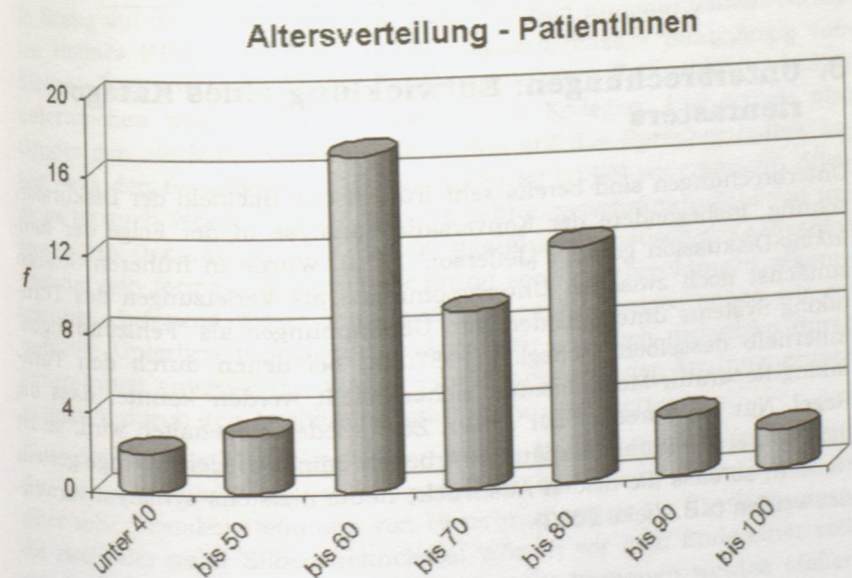
standen sich – bezogen auf das ärztliche Personal (N=7) – Ober- resp. FachärztInnen sowie Männer und Frauen zu etwa gleichen Anteilen ge- genüber.

Tabelle 1: Position und Geschlecht des ärztlichen Personals: Frequenzen

Position		Geschlecht	
Ober-, FachärztInnen	3	Weiblich	4
TurnusärztInnen	4	Männlich	3

Während bei den ärztlichen Gesprächen (N=48) die Geschlechter der Pati- entInnen zu gleichen Anteilen vertreten waren, zeigten sich bei ihrer Al- tersverteilung Abweichungen von der Alterspyramide der Gesamtbevölke- rung, was freilich der symptombedingten Auftretens-wahrscheinlichkeit kardiovaskulärer Beschwerden zugerechnet werden muss (vgl. Abbildung 1).

Abbildung 1: Altersverteilung der PatientInnen



Demgemäß sind bei den Konsultationen knapp 80 % der PatientInnen über 50 und maximal 80 Jahre alt.

Die Dauer der einzelnen Gespräche wurde aus methodisch-praktischen Gründen über eine mittelbare Schätzung erhoben. Dazu wurde die Anzahl der Transkriptzeilen pro Gespräch herangezogen. Dieses Maß drückt die eigentliche Gesprächslänge adäquater aus als die Gesprächsdauer in Minuten, da jedes Turnusarztgespräch (im Unterschied zu den Oberarztgesprächen) auch eine längere körperliche Untersuchung beinhaltete, die überwiegend schweigend vorgenommen wurde. Dadurch wäre ein Längenvergleich der beiden ausbildungsbedingten Gesprächstypen nicht mehr möglich gewesen. Gruppiert man die Häufigkeiten der Zeilen im Abstand von jeweils 100 Zeilen, so zeigt sich eine deutlich zentrale Tendenz der Verteilungsklassen im Bereich um 300 - 400 Transkriptzeilen, was für die Verteilungsgüte dieses Parameters spricht (s. Tabelle 2).

Tabelle 2: Anzahl der Transkripte pro Häufigkeitsklasse

bis 100	bis 200	bis 300	bis 400	bis 500	bis 600
1	6	17	13	8	3

3. Unterbrechungen: Entwicklung eines Kategorienrasters

Unterbrechungen sind bereits sehr früh in das Blickfeld der Diskursforschung, insbesondere der Konversationsanalyse in der Folge der *turn-taking*-Diskussion geraten (Jefferson 1973). Wurde in früheren Studien zunächst noch zwischen Unterbrechungen als Verletzungen des Turn-taking-Systems unterschieden und Überlappungen als "Fehlzündungen" innerhalb desselben (Schegloff 1987:85), bei denen durch den Turn-taking-Reparatur-Mechanismus sichergestellt werden konnte, dass die Regel "Nur ein Sprecher zur selben Zeit" wieder eingehalten wird, so ist diese Unterscheidung in späteren Arbeiten immer wieder in Frage gestellt worden, so dass die beiden Ausdrücke heute meistens synonym verwendet werden (z.B. Yieke 2002).

Sehr früh wurden Unterbrechungen auch in Zusammenhang mit Machtpositionen und Status gebracht und v.a. in der Genderforschung fokussiert. Wesentlicher Ausgangspunkt sind Lakoffs (1975) diesbezüglichen introspektiven Annahmen bzw. Behauptungen. Aber auch die frühe Arbeit von West & Zimmermann (1975) ist hier zu nennen, die immer wieder als Beleg für geschlechtsspezifische Unterschiede bei Unterbrechungen zitiert wird. Andere Untersuchungen (vgl. z. B. den Überblick in Sammel 2000) halten dem jedoch entgegen, dass eher Status- als Geschlechtsunterschiede für Unterbrechungen verantwortlich wären. Statushöhere Personen würden eher als statusniedrige unterbrechen. Zudem haben James & Clarke (1993) in einer Metastudie über 40 englischsprachige Einzelstudien zwischen 1965 und 1991 ausgewertet, in der sie Geschlechterdifferenzen im Gebrauch von Unterbrechungen nicht bestätigen konnten. Die meisten Untersuchungen waren wegen methodischer Mängel wenig aussagekräftig. Insbesondere kritisieren die Autorinnen Unklarheiten bei der Operationalisierung, die Verwendung sehr kleiner Stichproben, experimentelle Bedingungen statt natürlicher Kommunikationssituationen sowie fehlende oder fehlerhafte statistische Berechnungen. In unserer Untersuchung wurden daher diese monierten methodischen Kritikpunkte besonders berücksichtigt.

In Bezug auf das engere Feld der medizinischen Kommunikation berichten Holmes (1992) und West (1998) dagegen, dass – unabhängig vom Status – Ärztinnen sowohl von Patienten als auch Patientinnen häufiger unterbrochen wurden als ihre männlichen Kollegen. Hier würde also Gender den stärkeren Einfluss als Status auf das Sprachverhalten haben, was den Befunden von James & Clarke (1993) widerspricht. Allerdings ist auch Wests Studie durch die sehr eingeschränkte Zahl von untersuchten Gesprächen, das Fehlen signifikanzstatistischer Kennzahlen und die rein formale Operationalisierung von Unterbrechungen gekennzeichnet. Aufgrund dieser widersprüchlichen Ergebnisse haben wir sowohl die Unterbrechungen durch ÄrztInnen als auch diejenigen durch PatientInnen ausgewertet. Status wurde innerhalb der ÄrztInnengruppe zusätzlich durch den Ausbildungsgrad operationalisiert.

Einer der Hauptkritikpunkte an den frühen Untersuchungen im Rahmen der amerikanischen Konversationsanalyse war deren Orientierung an einer sehr formalen Definition von Unterbrechungen als Überlappungen, die zwei oder mehr Silben (manchmal Wörter) vor dem Ende einer vollständigen Äußerung des Interaktionspartners begonnen werden (Jeffer-

son 1973, Esposito 1979). Denn weiterführende Untersuchungen haben gezeigt, dass eine formal⁶ definierte Untersuchung von Unterbrechungen wegen der Polyfunktionalität von solchen überlappenden Sequenzen nicht zielführend ist und ein erweiterter Kontext einbezogen werden muss (Kotthoff 1993a, Tannen 1995). Auch Menz et al. (2001) und Vodopiutz et al. (2001) legen nahe, dass geschlechtstypische Unterschiede nur in einer umfassenden kontextuellen Analyse, die Gesprächszwecke und Aufgaben einschließt, befriedigend untersucht werden können. Goldberg (1990) ordnet Unterbrechungen auf einem Kontinuum zwischen den beiden Polen "Beziehungsorientiertheit" und "Machtorientiertheit" an und schlägt somit einen zweckorientierten, funktionalen Interpretationsrahmen vor. Auch James & Clarke (1993) befürworten als Alternative eine funktionale Herangehensweise an die Analyse von Unterbrechungen bzw. Überlappungen, indem sie eine Unterscheidung zwischen kooperativen und dominanzbezogenen Sprechakten treffen. In diesen Untersuchungen wird die ursprüngliche rein formale Unterscheidung von Überlappungen und Unterbrechungen, wie sie noch von Schegloff (1987) und West & Zimmermann (1975) getroffen wurde, zugunsten einer funktionalen Orientierung aufgehoben. In dieselbe Richtung argumentiert auch Kunsmann (2000), wenn er von graduellen Übergängen zwischen Unterbrechungen, Überlappungen und Hörersignalen (*minimal responses*) spricht. Für die richtige Zuordnung zu den Kategorisierungen der Unterbrechungen ist es allerdings notwendig, einen umfassenderen Gesprächskontext zu berücksichtigen.

Auf der Basis dieser kritischen Überlegungen haben wir für unsere Untersuchung daher sowohl die soziologischen Variablen Status und Geschlecht einbezogen als auch die linguistischen Variablen nach funktionalen und inhaltlichen Aspekten unter Berücksichtigung des Gesprächskontextes kategorisiert. Dazu haben wir Yiekes (2002) Systematik adaptiert, die Überlappungen und Unterbrechungen synonym verwendet und gemäß einer funktionalen Differenzierung in unterstützende, nicht unterstützende und neutrale Unterbrechungen klassifiziert.⁷ Diese Unterteilung ist schon allein deshalb sinnvoll, weil sich eine Reihe von Situationen denken und nachweisen lässt, in denen Unterbrechungen *keine* Verletzungen des Rederechts anderer sind. Dies ist etwa der Fall bei Nachfragen zur Klärung, bei der Ratifizierung von Erklärungen, sobald sie verstanden wurden (auch wenn der/die Erklärende möglicherweise noch

gar nicht zu Ende gekommen ist (Testa 1988)), bei der Ankündigung von unmittelbarer Gefahr ("Feuer!"), bei (einfachen und sofort korrigierten) Missverständnissen über den Sprecherwechsel.

Zusätzlich zu diesen Typen müssen noch zwei weitere Gruppen unterschieden werden, nämlich erfolglose Unterbrechungsversuche und minimale Hörersignale (Kunsmann 2000), die ihrer Natur nach meistens ebenfalls simultan geäußert werden, aber auf Grund ihrer Kürze nicht als Unterbrechungen klassifiziert werden sollten.

3.1. Unterstützende Unterbrechungen⁸

Unter dieser Kategorie versteht Yieke (2002:179f.) Höreräußerungen, die in erster Linie Interesse und Aufmerksamkeit für das Gesprochene signalisieren (vgl. auch Coates 1996). Nach Yieke können, müssen derartige Interessensbekundungen aber nicht simultan gesprochen werden. Wir haben im Sinne einer eindeutigen, eng definierten Operationalisierung allerdings nur diejenigen unterstützenden Äußerungen kategorisiert, die simultan gesprochen wurden und deren Gesprächszweck Kooperation und Unterstützung ist. Yieke zählt auch Hörersignale dazu, die wir jedoch auf Grund ihrer Spezifität eigens kategorisiert haben (vgl. unten)⁹. Unterstützende Unterbrechungen können vervollständigend, klärend oder reparierend sein. Einige Beispiele (1 - 4) sollen sie illustrieren:

Klärende Unterbrechungen

Beispiel 1: AMO1

- | | | |
|----|----|--|
| 14 | Ä: | Sie ham also [SCHMERZEN? |
| 15 | P: | [aha\ aha\ (und da [vorne hat) mhm\] |
| 16 | Ä: | [i- in=der BRUST |
| 17 | Ä: | ja,= |
| 18 | P: | <da HINTEN auf=da Rücken auf=da Schulter und da [() |
| 19 | Ä: | [mhm\] |

In Beispiel (1) findet sich die relevante simultane Sprechsequenz in Zeile 15/16. Sie ist insofern klärend, als die Lokalangabe "vorne" des Patienten durch die Ärztin genauer spezifiziert wird ("in der Brust").

Vervollständigende Unterbrechungen

Beispiel 2: AM01

50 Ä: *mhm\ / DORT in [diesem **[RUNDEN***
 51 P: [tz] **[RUNDE GROSSE. [(KAISERpalais da**
 52 Ä: [ja, ja? ja?

Beispiel 3: DT01

401 S1: *BITTEschön. (---) wie sind Sie hergekommen jetzt?*
 402 P: *auch mit=m (.) **[Roten Kreuz. ja.***
 403 S1: **[Roten KREUZ?=nehmens draussen PLATZ?**
 404 S1: *[ich ruf sie Ihnen an.*
 405 P: *[bitte.*

In den in (2) und (3) zitierten Ausschnitten ergänzen und elaborieren die Unterbrechenden die Aussagen der gerade Sprechenden.

Reparierende Klärungen

Beispiel 4: StJw02

64 T: *des (PLAVIX)nehmens scho wieda,=oda ab WANN dürfens as wieda*
 65 *nehmen,*
 66 P: *äh des is=es derzeit (-) **ABGESETZT;**=*
 67 T: *=na=ge- (.) **PAUSIERT** is nur;*
 68 P: *PAUSIERT; jojo.*

Kennzeichnend für reparierende Klärungen (Beispiel 4) ist, dass die Aussagen der Sprechenden in einem Detail korrigiert werden, ohne dass es zu einem weiteren Turnwechsel kommt. Sie kommen in unserem Material selten vor.

3.2. Nicht-unterstützende Unterbrechungen

Unter nicht-unterstützenden Unterbrechungen sind bei Yiecke (2002: 180f.) jene Überlappungen zusammengefasst, die SprecherInnenrechte verletzen und/oder dominanzbezogen sind. Da diese Kategorie dominanzbezogenes Sprechen subsummiert und um diesbezügliche Aussagen abzusichern, haben wir sie ebenfalls sehr eng definiert und operationalisiert: Als nicht-unterstützende Unterbrechungen werden solche simultanen Sprechsequenzen kategorisiert, die von einem Themen- oder AdressatInnenwechsel begleitet werden.

Nicht-unterstützende Unterbrechungen mit Themenwechsel

Beispiel 5: JW01

64 P: *(--) muss i STEHN bleibn, (-) wenn i a bissl LÄNGA*
 65 *steh, das da=dann gehts wieda WEG?=a donn tuats*
 66 *obKLINGEN=net? .h (.) oda oda i nimm an SPRAY?=
 67 T: *=<mhm\ / <p>>=
 68 P: *=donn is **[[AUCH etwas]**.
 69 T: **[mit=n MAGEN hams=NIE zu tun ghabt.**
 70 P: *<bitte? <all>>
 71 T: *mit=n MAGEN\ / hams= **[NIE zu tun ghabt-**
 72 P: *[NA=i (.) gut i=man i nimm genug******

In Beispiel (5) unterbricht der Turnusarzt nicht nur die Äußerung des Patienten an einer Stelle, an der kein Turnwechsel vorgesehen ist, sondern wechselt auch das Thema: Von den Atemproblemen springt er auf mögliche Magenbeschwerden. Das Nichtverstehen der Frage durch die Patientin (Zeile 70) ist ein weiteres Indiz dafür, dass der Wechsel unerwartet ist.

Nicht-unterstützende Unterbrechungen mit Adressatenwechsel

Anders als in Transkriptausschnitt (5) wechselt in dieser Kategorie auch die Adressierung des Turns (s. Beispiel 6): Der Arzt unterbricht die Pati-

entin und wendet sich mit seiner Äußerung gleichzeitig der Schwester als Adressatin zu.

Beispiel 6: MCw01

295 P: [und da H sogt a:, sind Sie gsch=gscheit, Sie ham
 296 sovü scho durchgmocht,=und Sie ham sovü übestandn,=und Sie ham
 297 : so ankämpft, (.) äh des [wern Sie a no;
 298 A: [gut. (---) <mach ma an Termin aus
 299 A: Montag Aufnahme;=ja? <zur Schwester>>
 300 P: ((stöhnt leise))
 301 S: mhm\|

3.3. HörerInnensignale

Im Unterschied zu Yieke (2002) haben wir HörerInnensignale eigens kodiert, weil sie zum einen in der Regel kürzer als zwei Silben sind und daher nicht in die gängige Definition von simultanem Sprechen fallen, zum anderen jedoch über ihre zahlenmäßige Erfassung *back channel behaviour* im Sinne aktiven Zuhörens dokumentiert werden kann. Im Deutschen werden derartige HörerInnensignale meistens durch "mhm\|" und "aha\|" jeweils mit fallend-steigender Intonation realisiert.

3.4. Erfolgreiche Unterbrechungsversuche

Eine weitere Kategorie, die in Yiekes Schema nicht erfasst ist, sind erfolgreiche Unterbrechungsversuche. Gerade sie können jedoch auch als Kriterium für asymmetrische Gesprächsverhältnisse herangezogen werden, zeugt es doch von einem gewissen Dominanzgefälle, wenn jemand in einem Gespräch vergeblich versucht, das Rederecht durch Unterbrechungen zu erlangen.

Schematisch sieht das Kategorienraster also wie in Tabelle (3) aus. Nicht immer waren unterstützende von nicht-unterstützenden Unterbrechungen eindeutig zu unterscheiden. Daher wurde in allen Fällen der lokale Verlauf des Gesprächs als erweiterter Kontext einbezogen, um eine nach-

vollziehbare interpretative Zuordnung treffen zu können. Insbesondere die Operationalisierung über Themen- bzw. Adressatenwechsel erwies sich als zielführend.

Tabelle 3: Kategorienraster

Arzt- bzw. Patienten-initiierte Unterbrechungen					
Unterstützende Unterbrechungen (UU)		Nichtunterstützende Unterbrechungen (NU)		misslingende Unterbrechungsversuche	HörerInnen-signale
KU	VU	RU	Themenwechsel		

4. Quantitative Ergebnisse

4.1. Datenstruktur

Während empirisch-explorative Ansätze zentrale Bestandteile der quantitativen Linguistik – etwa der Korpusanalyse – darstellen, sind entsprechende Verfahren als flankierende Ergänzung diskursanalytischer Untersuchungen eher rar. Dennoch gibt es gute Gründe für eine Synthese, die sich insbesondere in der gegenständlichen Untersuchung widerspiegeln.

Die eingangs skizzierten Fragestellungen legen eine deskriptive, aber auch inferente Analyse des kodifizierten Materials nahe, soweit dieses in Form qualitativ, respektive quantitativ parametrisierter Ausgangsvariablen vorliegt. Nicht zuletzt bot diese Vorgangsweise Gelegenheit, eine quantitativ nachvollziehbare Prognostik hinsichtlich der Gesprächseffizienz und -güte zu betreiben.

Die Variablen ergaben sich hypothesengeleitet zum einen aus den Attributen der involvierten Personen (Funktion im Rahmen des settings, Geschlecht etc.), zum anderen aus den Attributen der Kommunikation (Unterbrechung, Unterstützung, Gesprächsdauer etc.).

Wie erwähnt, sind empirische Prüf- und Analyseverfahren hier lediglich als flankierende Techniken zu verstehen, die eine quantifizierte "Folie"

des Gesamtgeschehens abbilden und damit spezifische, methodeninhärente Sektoren des gesamten Forschungsinteresses wiedergeben.

Insgesamt beruht das Datenmaterial auf 48 unterschiedlichen Transkripten, die in einem mehrstufigen Verdichtungsprozess jeweils zu einem Set von 20 Attributen (i.e. Basisvariablen) abstrahiert wurden. Neben den formalen Standardattributen – wie z.B. Transkript- oder Personalidentität – wurden einerseits personenspezifische Qualitäten (i.e. Variablen) wie etwa Alter, Geschlecht oder Status kodiert, andererseits Merkmale, die als Eigenschaften des Gesprächs selbst zu verstehen sind (erfolglose Unterbrechungsversuche, unterstützende Unterbrechungen, Gesprächslänge etc.). Soweit im Verlauf der Diskussion von "Funktion" bzw. "Position" die Rede ist, ist damit zum einen die Unterscheidung ärztlicher Funktionen gemeint (Ober-, FachärztInnen¹⁰ vs. TurnusärztInnen), zum andern die Gegenüberstellung von ÄrztInnen vs. PatientInnen.

Im Mittelpunkt des Interesses standen die jeweiligen Anamnesegespräche, deren statistisch fassbare Qualität vornehmlich aus dem Zusammenwirken der beteiligten Personen und den situativen Umständen resultierte. Der statistische Einzelfall ("case") war also das Gespräch, das seinerseits durch eine Reihe von Eigenschaften (s. o.) bestimmt war.

Das bedeutete u.a., dass die spezifische Qualität und das Verlaufsmuster der Gespräche teilweise durch idente Personen bedingt wurde. Zu berücksichtigen war daher, dass zwischen den Daten *a priori* partielle und unsystematische Abhängigkeiten vorlagen. Somit empfahlen sich diesbezüglich robuste Verfahren, deren methodische Annahmen verteilungsunabhängig sind bzw. geringe Anforderungen an das Skalenniveau der Variablen stellen.

Eine zentrale Frage war hier, ob sich die beiden Gruppen der ÄrztInnen und PatientInnen in der Zahl der Unterbrechungen signifikant unterscheiden. Gemäß der Einteilung in unterstützende und nicht-unterstützende Unterbrechungen sowie fehlgeschlagene Unterbrechungsversuche wurden die beiden Gruppen daher für jede Kategorie auch getrennt verglichen.

Die von der Gruppe der ÄrztInnen getätigten Unterbrechungen sind bei beiden Geschlechtern ähnlich linksschief verteilt. Die meisten Gespräche

wurden etwa 20-30 mal unterbrochen (Median: 17.5), doch wurden von uns auch bis zu 65 Unterbrechungen pro Gespräch registriert.

Die Prüfstatistik¹¹ (Tabelle (4), vgl. auch Fußnote ¹²) bestätigt hier die Schiefe der Verteilung (1.39) und weist in allen drei Varianten eine erhebliche Abweichung von der Normalverteilung aus:

Tabelle 4: Prüfstatistik auf Normalverteilung für die von ÄrztInnen initiierten Unterbrechungen¹²

K-S	d=.11412	P>.20
Lilliefors		P<.15
Shapiro-Wilk	W=.89002	P<.0001

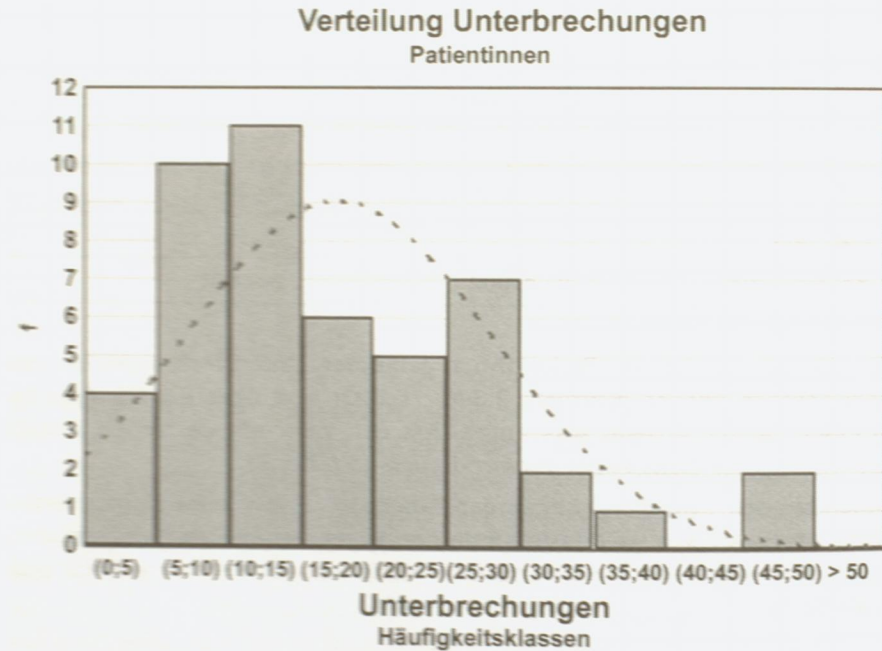
Die Verteilung der von PatientInnen getätigten Unterbrechungen ist vergleichsweise flacher (Kurtosis 2.346 : 0.523) und über die Häufigkeitsklassen breiter verteilt, was angesichts der mehr als vierfachen Anzahl der Beteiligten nicht weiter verwunderlich ist (Abb. 2).

Auch bei den Unterbrechungen der PatientInnen war keine Normalverteilung nachzuweisen, so dass auch in den folgenden Analysen ordinalbezogene respektive sog. verteilungsfreie Verfahren verwendet wurden (vgl. Tabelle 5).

Tabelle 5: Prüfstatistik auf Normalverteilung für die von PatientInnen initiierten Unterbrechungen. Erläuterung siehe Fußnote¹¹

K-S	d=.11942	P>.20
Lilliefors		P<.10
Shapiro-Wilk	W=.92319	P<.0042

Abbildung 2: Verteilung der von PatientInnen initiierten Unterbrechungen als Häufigkeitsklassen. Vertikale Achse repräsentiert Häufigkeiten f , eingeblendet die entsprechende, aus den Daten geschätzte Normalverteilung (strichliert)



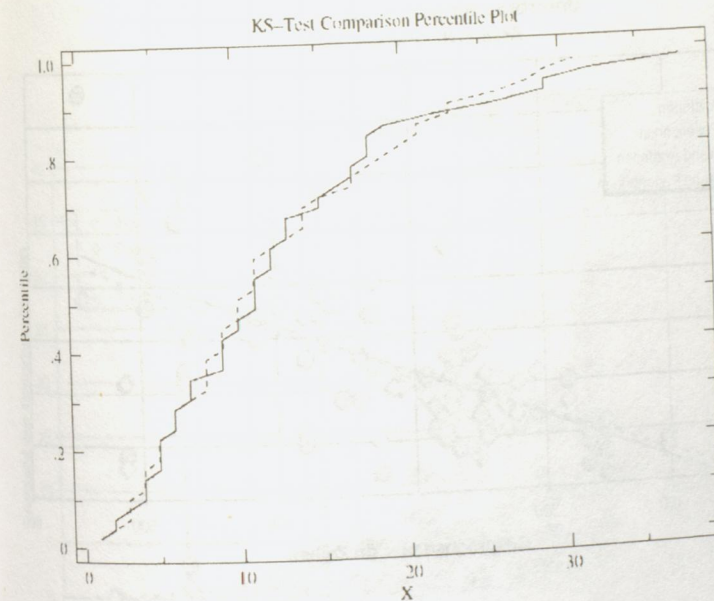
4.2. Ergebnisse

In einem ersten Schritt wurde die Gesamtgruppe der ÄrztInnen jener der PatientInnen gegenübergestellt und in den Unterbrechungskategorien (unterstützend, nicht-unterstützend und erfolglos) jeweils auf Unterschiedlichkeit geprüft. Zeigen ÄrztInnen und PatientInnen hinsichtlich der unterstützenden Interventionen unterschiedliche Verhaltensmuster? Falls ja: ändert sich dieses Verhalten im Verlauf des Gesprächs?

Nachdem uns aus vorangegangenen Tests die geringe Verteilungsgüte der Unterbrechungshäufigkeiten bekannt war, verwendeten wir eine weitere Variante des bereits erwähnten Kolmogorov-Smirnov Tests (diesmal als Vergleich zweier Stichproben). Wir wählten den K-S als Verfahren, weil er

von der Verteilungsqualität völlig absieht und seine Prüfstatistik lediglich auf der Differenz der kumulierten Häufigkeiten beider Gruppen beruht. Abbildung (3) illustriert, dass es kaum Unterschiede zwischen beiden Gruppen gibt.

Abbildung 3: Verteilungen der unterstützenden Interventionen von ÄrztInnen und PatientInnen

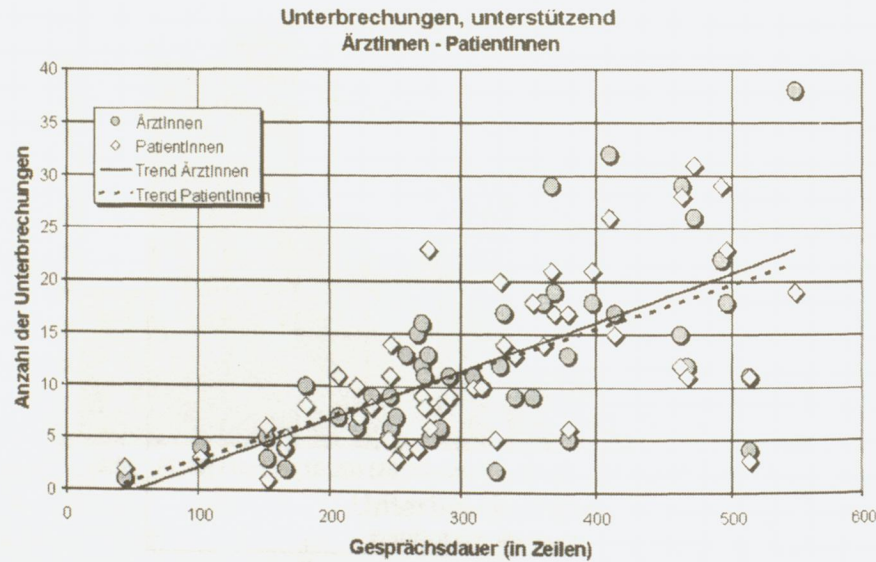


In der Kategorie der unterstützenden Kommunikationsanteile ließ sich also kein Unterschied zwischen ÄrztInnen und PatientInnen feststellen. Beide Gruppen scheinen gleich häufig auf ihr Gegenüber einzugehen, wobei dieses Ergebnis auch dann signifikant bleibt, wenn etwaige "Ausreißer"¹³ mittels der Tukey-Elimination (Tukey 1977) vor der Analyse entfernt werden (vgl. beispielsweise Abb. (4), Symbol Häufigkeit-ÄrztInnen rechts oben). Trifft das auch für alle Gespräche unabhängig von der Gesprächsdauer zu, oder sind längere Gespräche hinsichtlich ihrer unterstützenden Qualität nicht doch anders zu bewerten?

Diese Frage ließ sich annähernd beantworten, indem wir die Gespräche - nach der Anzahl der Unterbrechungen gereiht - auf einer Pseudozeitachse

se markierten, repräsentiert durch die Zeilenanzahl der Gesprächstranskripte. Um die Entwicklung beider Gruppen zu verdeutlichen, legten wir getrennt für ÄrztInnen und PatientInnen einen linearen Trend über die Interventionshäufigkeiten.

Abbildung 4: Häufigkeit positiver Interventionen – Gesprächsdauer



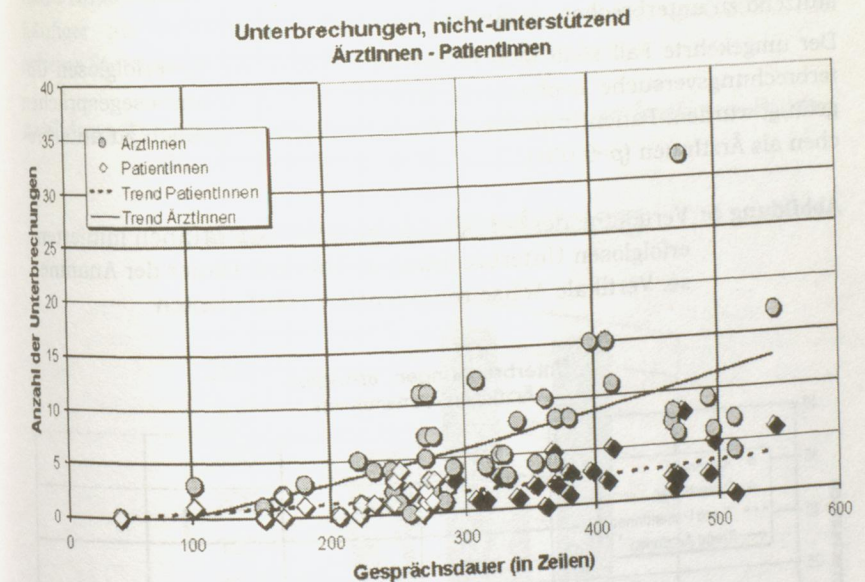
Ein Blick auf das Ergebnis in Abbildung (4) zeigt uns zwei unterschiedliche Hinweise: zum einen steigt die Anzahl der unterstützenden Unterbrechungen mit zunehmender Gesprächsdauer, zum anderen findet sich kein ausgeprägter Hinweis auf unterschiedlich häufige Interventionen einer der Gruppen. Die Trendlinien beider Gruppen verlaufen weitgehend ident.

Lässt sich dieses Ergebnis bei den beiden anderen Unterbrechungstypen (nicht-unterstützend, erfolglose Versuche) replizieren?

Wiederum prüften wir mit dem Kolmogorov-Smirnov Test für jeden Typ allfällige Unterschiede zwischen den Verteilungen.

Wie erwartet, zeigten sich nun zwischen den Positiongruppen signifikante Unterschiede, die in der Folge mit zunehmender Gesprächsdauer noch deutlicher hervortraten. Zunächst zur Frage, ob nicht-unterstützende Gesprächsunterbrechungen von ÄrztInnen und PatientInnen unterschiedslos getätigt werden:

Abbildung 5: Verteilung der von ÄrztInnen bzw. PatientInnen initiierten nicht-unterstützenden Unterbrechungen über die Dauer der Anamnese



Die Antwort fiel eindeutig aus: An nicht-unterstützenden Unterbrechungen waren ÄrztInnen nachweislich häufiger beteiligt als PatientInnen ($p=0.000$).

Wie Abbildung (5) zeigt, tritt dieses Phänomen umso deutlicher zutage, je länger die Gesprächsdauer ist. Bereits ab etwa 250 Transkriptzeilen ist eine Dominanz ärztlicher nicht-unterstützender Unterbrechungen offensichtlich. Das Pendant der von PatientInnen getätigten Unterbrechungen häuft sich zwischen 200 und 400 Transkriptzeilen, wobei die Anzahl der nicht unterstützenden Unterbrechungen fünf kaum übersteigt.

Entsprechend der Fragestellung war der Zusammenhang zwischen Dauer der Anamnese und Ausmaß der jeweiligen Unterbrechungen im Sinn einer Korrelation darzustellen. Zu berücksichtigen war wiederum die Verteilungsqualität der involvierten Daten. Eine einigermaßen robuste Schätzung des Zusammenhangs zwischen den Unterbrechungen sowie der Gesprächsdauer liefert der Rangkorrelationskoeffizient¹⁴ nach Spearman (vgl. Zimmerman & Williams 1997).

Eine beachtenswerte Korrelation fand sich in der Kategorie der nicht-unterstützten Unterbrechungen durch ÄrztInnen (vgl. auch Abb. 5). ÄrztInnen scheinen das Anamnesegespräch umso öfter nicht-unterstützt zu unterbrechen, je länger es dauert ($R=0.702$).

Der umgekehrte Fall stellt sich jedoch ein, wenn wir die erfolglosen Unterbrechungsversuche beobachten, welche in den Anamnesegesprächen getätigt wurden: PatientInnen versuchen häufiger vergeblich zu unterbrechen als ÄrztInnen ($p=0.034$).

Abbildung 6: Verteilung der von ÄrztInnen bzw. PatientInnen initiierten erfolglosen Unterbrechungen über die Dauer der Anamnese. Vertikale Achse repräsentiert Häufigkeiten

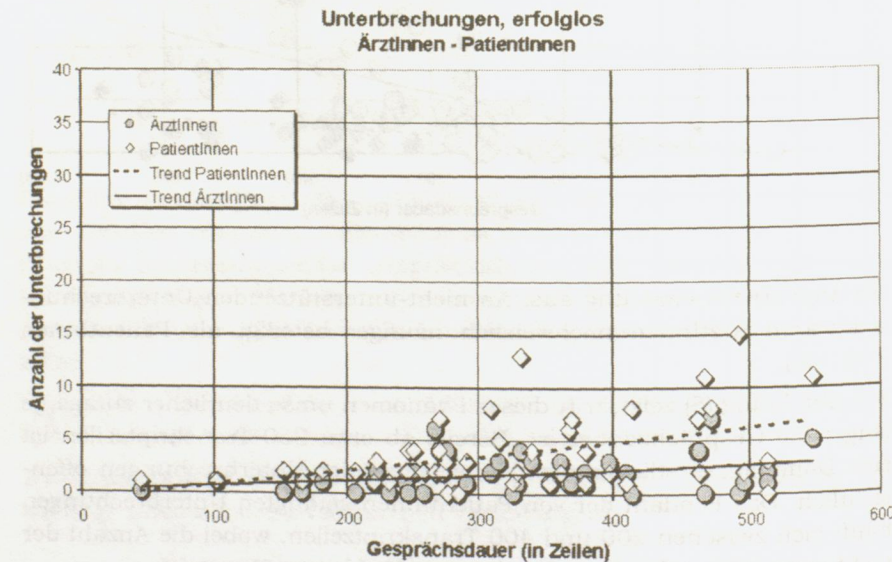
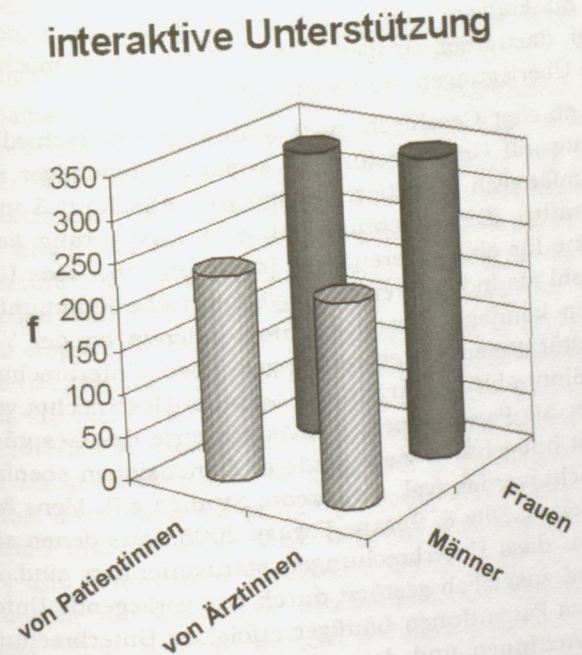


Abbildung (6) zeigt auch hier die Bedeutung der Gesprächsdauer, wenn gleich der Effekt auf Grund des vergleichsweise geringeren Volumens nicht so deutlich hervortritt, insbesondere wenn die Skalierung der vertikalen Y-Achse (Häufigkeiten der erfolglosen Unterbrechungen) den vorangehenden Diagrammen (Abb. 4 und 5) entspricht.

Betrachtet man die Gruppe der ÄrztInnen nach ihrer Funktion, so wurde auch hier untersucht, ob Ober- resp. FachärztInnen in den drei oben erwähnten Kategorien häufiger unterbrechen bzw. von PatientInnen unterbrochen werden als TurnusärztInnen. Es zeigte sich, dass bei Ober- und FachärztInnen Unterbrechungsversuche von PatientInnen signifikant häufiger als bei TurnusärztInnen erfolglos verliefen ($p=0.003$). Hier scheint Status also einen gewissen Einfluss zu haben.

Abbildung 7: Kreuztabellarische Beziehung zwischen ÄrztInnen, PatientInnen und Geschlecht



Das Geschlecht der InteraktantInnen spielte hingegen nur bei einer Form von Unterbrechungen eine Rolle: Sowohl Patientinnen als auch Ärztinnen initiierten häufiger unterstützende Unterbrechungen als männliche Personen ($p=0.013$) (Abb. 8).

5. Diskussion

Die hier präsentierten Ergebnisse beinhalten einige quantitative Ergebnisse zu einer umfassenderen Studie zu ärztlichem Gesprächsverhalten, die mehrere Untersuchungsfelder tangieren. Erstens können die Resultate in Bezug gesetzt werden zu Untersuchungen, die asymmetrische Gesprächssituationen zum Gegenstand haben, und hier insbesondere zu jenen, die Unterbrechungen und Überlappungen als Indikatoren für Dominanz- bzw. statusorientiertes Sprachverhalten postulieren. Darüber hinaus werden jedoch auch Fragen berührt in Hinsicht auf die Verbindung von qualitativen und quantitativen Methoden in der Diskursforschung (vgl. dazu auch Gruber & Menz 2001). Dazu möchten wir einige prinzipielle Überlegungen in Abschnitt (6) anstellen.

Die Frage, ob eher Geschlecht oder Status für unterschiedliches Verhalten in Bezug auf Unterbrechungen erklärungs mächtiger ist, ist in der Literatur umfänglich diskutiert worden (vgl. Abschnitt 3 und dort angeführte Literatur). Die Ergebnisse unserer Auswertung liefern (erneut) Anhaltspunkte für eine differenzierte Interpretation. Dass Unterbrechungen sehr wohl als Indikatoren für asymmetrische Kommunikationssituationen gelten können, lässt sich unter anderem an der Verteilung der nicht-unterstützenden Unterbrechungen (also Unterbrechungen im eigentlichen Sinn) ablesen: ÄrztInnen beiderlei Geschlechts verwenden sie weit häufiger als PatientInnen. Die Asymmetrie des Gesprächstypus "Anamnese" ist hinsichtlich vieler anderer Dimensionen ebenfalls ausführlich untersucht worden (vgl. als rezente Studien z.B. Menz & Lalouschek 2006 und Neises, Ditz & Spranz-Fogasy 2005), aus denen sich ebenfalls ablesen lässt, dass Unterbrechungen statusorientiert sind. Diese Interpretation wird zusätzlich gestützt durch das vorliegende Untersuchungsergebnis, dass PatientInnen häufiger erfolglose Unterbrechungsversuche zeitigen als ÄrztInnen und dass sie bei OberärztInnen (also besonders statushohen Personen) besonders erfolglos sind. Hier ließen sich aus unseren Daten jedoch keine statistisch signifikanten geschlechtstypischen

Unterschiede herauslesen. Dies legt den Schluss nahe, dass in Bezug auf dominantes Sprachverhalten Status (oder Funktion) einen stärkeren Einfluss hat als die Variable Geschlecht. "Doing Gender" im Sinne einer Produktion von Asymmetrie (Schoenthal 1998:165ff.) geschieht in der Arzt-Patient-Kommunikation also nicht über vermehrte Unterbrechungen, sondern über andere sprachliche Verfahren.¹⁵

Die Notwendigkeit einer funktionalen und inhaltlichen Differenzierung von Unterbrechungen wird allerdings schlagend, wenn man sich das folgende Ergebnis näher ansieht. Sowohl Ärztinnen als auch Patientinnen produzieren mehr unterstützende Unterbrechungen als ihre männlichen Kollegen. Da diese Kategorie so definiert ist, dass durch diese Unterbrechungen die Interessen der Sprecherin bzw. des Sprechers gewahrt bleiben, unterstützen diese Ergebnisse andere Befunde, die Frauen einen stärker beziehungsorientierten Sprechstil zuordnen (vgl. z.B. Tannen 1990 sowie deren Diskussion in Talbot 1998). Würden Unterbrechungen lediglich formal als längere Überlappungen vor Stellen mit möglichem SprecherInnenwechsel definiert (vgl. Abschnitt 3), wären diese Ergebnisse nicht interpretierbar und würden die Aussage verzerren.

Ein letztes, beinahe paradoxes Ergebnis, das insbesondere in Hinblick auf die Gesprächsausbildung von ÄrztInnen interessant sein könnte, besteht in der Korrelation der Länge eines Gesprächs mit der Zahl der nicht-unterstützenden Unterbrechungen. ÄrztInnen tendieren dazu, PatientInnen zu unterbrechen, häufig noch bevor ein inhaltlicher Zusammenhang erkennbar ist. Dies würden, so verschiedene Studien, ÄrztInnen deshalb machen, um den (vermeintlichen) Redefluss von PatientInnen rechtzeitig zu stoppen. Rohde (1974) hat bereits vor über 30 Jahren dieses Charakteristikum als "prophylaktisches Notfallverhalten" geißelt. Aus diskursanalytischer Sicht ist hingegen betont worden, dass Unterbrechungen in ärztlichen Gesprächen in erster Linie PatientInnen daran hindern, ihr Hauptanliegen (das so genannte *chief complaint*) anzubringen. Dies führt dazu, dass sie es immer wieder versuchen, dazu mehrer Anläufe starten und die Gespräche sich dadurch komplizieren (Lalouschek 1995) und, wie unsere Ergebnisse jetzt zeigen, auch verlängern. Unterbrechungen, um Gespräche abzukürzen, verlängern sie! Häufige nicht-unterbrechende Unterstützungen bedingen also nicht nur qualitativ, sondern auch quantitativ unerwünschte, ja paradoxe Ergebnisse.

6. Kritischer methodischer Ausblick: Diskursforschung und quantitative Verfahren komplexerer Ordnung

Die numerische Erfassung und quantifizierende Aufbereitung spiegelt sich in den verschiedensten Formen der Sprachanalyse zumeist als deskriptive Bereitstellung statistischer Kenndaten wider. Was aber, wenn wir komplexere Hypothesen prüfen, Vermutungen sondieren oder verzettelte Zusammenhänge erkunden wollen? Der Informationsgewinn ist beim Einsatz von Verteilungsprüfungen und Signifikanztests der zentralen Tendenzen sowie deren Streuungsmaße begrenzt.

So könnte sich anhand der gegenständlichen Studie beispielsweise die Frage stellen, ob hinter den konkreten Variablen (Unterbrechungen, Gesprächsdauer etc.) abstrakte Dimensionen denkbar sind, die eine allfällige Gruppierung der involvierten Variablen oder Personen bedingen. Nachdem die gegebenen Variablen lediglich intuitive oder theorieimmanente Schätzungen eines allfällig zugrunde liegenden Zusammenhanggefüges darstellen, kann eine weiterführende Analyse nützlich sein. Das führt uns unmittelbar zur Gruppe der so genannten "Dimensionsanalysen", aus der zwei typische Verfahrensrichtungen erwähnt sein sollen. Ihnen ist gemeinsam, dass sie zu einer neuen Zusammenstellung der Anamnesen bzw. Variablen führen. Im Sinn der Frage "welche Variablen, cases, Personen etc. haben mehr miteinander zu tun als andere?" sind es explorative Dimensionsanalysen, die uns mitunter die Antwort erleichtern. Freilich gilt in jedem Fall, dass der Einsatz höherer Verfahren nur bei ausreichendem Informationsvolumen sinnvoll ist. Die Anforderungen an die Qualität der Daten (Verteilungscharakteristik, Skalenniveau) sind jedoch uneinheitlich. Als weitergehender Ausblick werden darüber hinaus zwei Ansätze aus dem Bereich kognitivistischer Analysemethoden kurz diskutiert.

6.1. Clusteranalyse

Alle Varianten der Clusteranalyse versuchen, innerhalb einer uneinheitlichen Menge von Objekten homogene Teilmengen zu identifizieren. Dabei soll eine Objektmenge dermaßen in Gruppen (Segmente) aufgeteilt werden, dass sich die Objekte innerhalb der Gruppen möglichst ähneln, die Unterschiede zwischen den Gruppen aber möglichst groß sind.

Die entsprechende Frage lautet daher hier, ob sich die Anamnesen (als cases) sinnvoll gruppieren lassen: Welche Gespräche sind sich z.B. hinsichtlich "Unterbrechungen" ähnlicher als andere, gibt es also verschiedene Gesprächstypen? Die in einer Clusteranalyse als ähnlich eruierten Gespräche könnten also in einer qualitativen Re-Analyse dahingehend untersucht werden, worin diese Ähnlichkeit aus linguistischer Perspektive besteht.

6.2. Faktorenanalyse

Ein völlig anderer Aspekt stellt sich mit der Frage, ob es abstrakte Dimensionen gibt, welche durch die Variablen repräsentiert werden. So wäre es beispielsweise denkbar, dass Dimensionen wie "Gesprächserfahrung", "Bildung" oder "Harmonisierungstendenz" gewissermaßen "hinter" den erhobenen Variablen stehen. Die Faktorenanalyse prüft, ob manche Variablen mehr miteinander zu tun haben als andere. Während wir also mit der Clusteranalyse Gesprächstypen suchen, sind es hier Variablengruppen. Wie im Fall der Clusteranalyse, gibt auch die Faktorenanalyse freilich keine Auskunft über Sinnhaftigkeit und Bedeutung der (allfällig) errechneten Faktoren; vielmehr sind Interpretationsvermögen und entsprechendes methodisches und inhaltliches Vorwissen gefragt. Sie können jedoch Hinweise auf mögliche interessante neue Fragestellungen geben, die dann wiederum qualitativ diskursanalytisch exploriert werden müssten. Derartige statistische Forschungsmethoden könnten also nicht nur *ex post* eingesetzt werden, um qualitative Analysen zu ergänzen, sondern in einem Spiralprozess auch *ex ante* zur Generierung von (bis dahin unbeachteten) Hypothesen.

6.3. Zeitreihenanalyse

Die zeitlichen Veränderungen in Sprache und Kommunikation führen zu der Frage, ob diese formal beschrieben und verallgemeinert werden können oder lediglich zufälliger Natur sind. Typischerweise werden bei der Anwendung von Zeitreihenanalysen zwei verschiedene Aspekte adressiert: Prognosen im Rahmen stetiger Veränderungen (*Trends*) sowie die Entdeckung periodischer Schwankungen (*Season*). Meist handelt es sich um Regressionsanalysen, deren einfachste Variante in Abbildungen (4 - 6) Anwendung gefunden hat: wir wollten hier wissen, ob sich über einen unterschiedlichen Gesprächszeitraum das Verhalten von ÄrztInnen und PatientInnen hinsichtlich bestimmter Aspekte "trendmäßig" verändert,

und berechneten für beide Gruppen eine lineare Regression. Prognostisch gesehen können wir demnach erwarten, dass sich die Trendunterschiede bei längeren Gesprächen oder, pointiert gesprochen, bei noch mehr Unterbrechungen (als in den erhobenen Gesprächen) verstärken würden.

6.4. Dynamische Modelle

Eine rudimentäre Form, die Signifikanz von Themen zu quantifizieren, ist das Ausmaß der textuellen Referenzen, d.h. wie viele Verweise auf bestimmte Topics in einem Korpus vorhanden sind. In diesem Fall ist es oft von Interesse, Ausmaß und Richtung der Querreferenzen zu bestimmen: welche Topics verweisen auf andere, in welchem Ausmaß? Diese Frage wird in der quantitativen Inhaltsanalyse traditionell mit der Tabellierung statischer Frequenzen beantwortet.

Eine gänzlich andere Herangehensweise ergibt sich jedoch durch einen probabilistischen Ansatz, der nach der (bedingten) Wahrscheinlichkeit fragt, mit der jene Topics und deren Referenzen in vergleichbaren Korpora zu finden sind. Das führt zu der Annahme, dass sich aus einem Thema funktional die *a-posteriori* Wahrscheinlichkeiten für eine Gruppe von Themen ableiten lässt; vorausgesetzt, die Häufigkeiten der entsprechenden Referenzen sind bekannt. Wir haben es also im Gegensatz zur statischen Frequenzanalyse mit einem dynamischen Modell zu tun. Solche – auch als Belief-Systeme bekannte – Verfahrensmodelle sind ein gutes Werkzeug, um kausale Zusammenhänge innerhalb eines Modells mit nominalen oder ordinalen Daten abzubilden; vorzugsweise also überall dort, wo sich inhaltliche und textuelle Kategorien finden und deren Darstellung als simple Quantität nicht zielführend scheint. Berechnet werden die (bedingten) Bayes'schen Wahrscheinlichkeiten der einzelnen Modellzustände, auf Verlangen unter der Annahme interessierender Konstellationen, so dass sich gezielte Fragen an das System richten lassen. Hinzu kommt der Vorteil der Lernfähigkeit, indem neue Informationen die Vorhersagegenauigkeit verbessern.

6.5. Netzwerkanalyse

Sobald wir die Topics eines Korpus als erzählende Akteure auffassen, entsteht eine neue Perspektive, in der eben diese Topics die Knoten eines n-dimensionalen Netzwerks darstellen und über Relationen verbunden sind. Diese Beziehungen (wegen ihrer Herkunft aus der Graphentheorie

auch "Kanten" genannt) repräsentieren die Bedeutung der Topics zueinander innerhalb des gesamten Netzes oder eines Teils davon (einem Subnetz).

Ziel der Netzwerkanalyse ist es, die Un/ähnlichkeit von Akteuren zueinander zu erheben und die Bedeutung von Subgruppen aufzuzeigen. In der Folge geht es aber auch darum, Schlüsselobjekte ausfindig zu machen (z.B. Topics zu identifizieren, deren Verlust zur Isolation ganzer Subgruppen führen würde) oder die Dynamik von Gruppierungen zu illustrieren (welche Themengruppen sind bedeutungsvoller, "mächtiger"?).

Netzwerke werden – formal gesehen – als Matrizen notiert und zwecks Visualisierung mittels dimensionsreduzierender Verfahren (z. B. multidimensionaler Skalierung, Hauptkomponentenanalyse, Blockclusterung etc.) in einen zweidimensionalen Raum verdichtet. Je nach Forschungsinteresse stehen einzelne Gruppenelemente, die Veränderung oder die "power" von Subgruppen im Vordergrund. Als Netzwerkelemente (Knoten) können thematische Topics genauso wie Organisationen, Ansichten, Termine oder Grammatiken fungieren. Überraschend viele linguistisch relevante Aspekte lassen sich als Netzwerk analysieren und interpretieren, solange ihre Relationen identifizierbar sind. Wiederrum ein Beispiel aus unserer Untersuchung: gegeben sei das ärztliche Personal als "AkteurInnen". Ihnen sind bestimmte Attribute zugeordnet (Status, Position, Geschlecht). Bilden sie auch demgemäß spezifische Netzwerke, agieren also beispielsweise TurnusärztInnen als identifizierbare Subgruppe mit homogenen Interessen, etwa hinsichtlich des Ausmaßes der Unterbrechungen oder der Gesprächsdauer? Welche andere Subgruppen sind ihnen nahe, mit welchen zeichnen sich Kooperationen ab? Sind es Ober- und FachärztInnen, PatientInnen oder Männer insgesamt? Welche "Schlüsselpersonen" könnten das gesamte Netzwerk zum Erlahmen bringen? Derartige Fragestellungen werden typischerweise durch Netzwerkanalysen adressiert, so dass auch hier noch offenes Potential die eine oder andere Fragestellung zu beantworten instande scheint.

Die Weiterentwicklung statistischer Methoden und Ansätze auch für primär qualitative Daten sowie eine zunehmende Öffnung und Bereitschaft von Seiten der Diskursforschung für quantifizierende Verfahren, wie sie ja auch in diesem Band vorgestellt und angewandt werden, nähren wieder einmal die Hoffnung einer wechselseitigen Befruchtung.

Quellenverzeichnis

- Coates, J. (1996). *Women talk: conversation between women friends*. Oxford: Blackwell.
- Esposito, A. (1979). "Sex differences in children's conversation." *Language and Speech* 22, 213-220.
- Fisher, S. (1993). "Reflections on gender, power, and discourse." In: A. Todd & S. Fisher (Eds.), *The Social Organisation of Doctor-Patient Communication*. Norwood, NJ: Ablex, 287-299.
- Goldberg, J. (1990). "Interrupting the discourse on interruptions: An analysis in terms of relationally neutral, power and rapport oriented acts." *Journal of Pragmatics* 14, 883-904.
- Gräsel, U. (1991). *Sprachverhalten und Geschlecht. Eine empirische Studie zu geschlechtsspezifischem Sprachverhalten in Fernsehdiskussionen*. Pfaffenweiler: Centaurus Verlagsgesellschaft.
- Gruber, H. & Menz, F. (Eds.) (2001). *Interdisziplinarität in der Angewandten Sprachwissenschaft. Methodenmenu oder Methodensalat?* Bern: Peter Lang.
- Holmes, J. (1992). "Women's talk in public contexts." *Discourse & Society* 3(2), 131-150.
- James, D. & Clarke, S. (1993). "Women, men, and interruptions: a critical review." In: D. Tannen (Ed.), *Gender and Conversational Interaction*. Oxford: OUP, 231-280.
- Jefferson, G. (1973). "A case of precision timing in ordinary conversation: Overlapped tag-positioned address terms in closing sequences." *Semiotica* 9, 47-96.
- Kotthoff, H. (1993a). "Kommunikative Stile, Asymmetrie und 'Doing Gender'." *Feministische Studien* 11, 79-95.
- Kotthoff, H. (1993b). "Unterbrechungen, Überlappungen und andere Interventionen. Vorschläge zur Kategorienunterscheidung und kontextorientierten Interpretation." *Deutsche Sprache* 2, 162-185.
- Kowal, S. et al. (1998). "Unterbrechungen in Medieninterviews. Geschlechtstypisches Gesprächsverhalten?" In: G. Schoenthal (Ed.), *Feministische Linguistik - Linguistische Geschlechterforschung. Ergebnisse, Konsequenzen, Perspektiven*. Hildesheim et al.: Olms, 279-299.
- Kunsmann, P. (2000). "Gender, status and power in discourse behaviour of men and women." *Linguistik Online* 5/00 (http://www.linguistik-online.com/1_00/KUNSMANN.HTM).
- Lakoff, R. (1975). *Language and Women's Place*. New York: Harper and Row.
- Lalouschek, J. (1995). *Ärztliche Gesprächsausbildung. Eine diskursanalytische Studie zu Formen des ärztlichen Gesprächs*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Lalouschek, J., Menz, F. & Gstettner, A. (2006). *Ärztliche Gesprächsführung in der ambulanten medizinischen Versorgung*. Münster: LIT-Verlag.

- Lilliefors, H. W. (1967). "On the Kolmogorov-Smirnov test for normality with mean and variance unknown." *Journal of the American Statistical Association* 64, 399-402.
- Menz, F. (1991). *Der geheime Dialog. Institutionalisierte Verschleierungen in der Arzt-Patient-Kommunikation*. Bern: Peter Lang.
- Menz, F., Lalouschek, J., Stöllberger, C. & Vodopiutz, J. (2002). "Geschlechtsspezifische Unterschiede bei der Beschreibung von akutem Brustschmerz: Ergebnisse einer medizinisch-linguistischen transdisziplinären Studie." *Linguistische Berichte* 191, 343-366.
- Neises, M., Ditz, S. & Spranz-Fogasy, Th. (Eds.) (2005). *Patientenorientiert reden - Beiträge zur psychosomatischen Grundkompetenz in der Frauenheilkunde*. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Rohde, J.J. (1974). *Soziologie des Krankenhauses*. Stuttgart: Enke.
- Samel, I. (2000). *Einführung in die feministische Sprachwissenschaft*. Berlin: Schmidt.
- Schegloff, E. (1987). "ecycled turn beginnings." In: G. Button & J. Lee (Eds.), *Talk and Social Organization*. Clevedon: Multilingual Matters, 70-85.
- Schoenthal, G. (Ed.) (1998). *Feministische Linguistik - Linguistische Geschlechterforschung. Ergebnisse, Konsequenzen, Perspektiven*. Hildesheim et al.: Olms.
- Schoenthal, G. (1998). "Geschlechtstypisches Kommunikationsverhalten: Ergebnisse, Konsequenzen und Perspektiven." In: G. Schoenthal (Ed.), *Feministische Linguistik - Linguistische Geschlechterforschung. Ergebnisse, Konsequenzen, Perspektiven*. Hildesheim et al.: Olms, 155-174.
- Selting, M., Auer, P., Barden, B., Bergmann, J et al. (1998). "Gesprächsanalytisches Transkriptionssystem (GAT)." *Linguistische Berichte* 173, 91-122.
- Shapiro, S. S. & Wilk, M. B. (1965). "An analysis of variance test for normality." *Biometrika* 52, 591-611.
- Shapiro, S. S., Wilk, M. B., & Chen, H. J. (1968). "A comparative study of various tests of normality." *Journal of the American Statistical Association* 63, 1343-1372.
- Talbot, M. (1998). *Language and Gender: An Introduction*. London: Polity Press.
- Tannen, D. (1990). *You just don't understand*. New York: William Morrow.
- Tannen, D. (1995). *Talking from 9-5: Women and Men in the Workplace. Language, Sex and Power*. New York: Avon.
- Testa, R. (1988). "Interruptive strategies in English and Italian conversation: Smooth versus contrastive linguistic preferences." *Multilingua* 7 (3), 285-312.
- Tukey, J. W. (1977). *Exploratory Data Analysis*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Vodopiutz, J., Poller, S., Schneider, B., Lalouschek, J., Menz, F. & Stöllberger, C. (2002). "Chest pain in hospitalized Patient: Cause specific and gender-specific differences." *Journal of Women's health & gender based Medicine* 11 (8), 1-9.

West, C. & Zimmerman, D. (1975). "Sex roles, interruptions and silences in conversation." In: B. Thorne & N. Henley (Eds.), *Language and Sex: Difference and Dominance*. Rowley, M.A: Newbury House, 105-129.

West, C. (1998). "When the doctor is a lady: Power, status and gender in physician-patient encounters." In: J. Coates (Ed.), *Language and Gender: A Reader*. Oxford: Blackwell, 127-138.

Yieke, Felicia A. (2002). *Language and discrimination: A study of gender and discourse in workplaces in Kenya*. Wien (unveröffl. Diss.).

Zimmerman, D. W., & Williams, R. H. (1997). "Properties of the Spearman correction for attenuation for normal and realistic non-normal distributions." *Applied Psychological Measurement* 21, 253-270.

Anmerkungen

¹ Das Projekt „Institutionelle und gesprächsstrukturelle Einflüsse auf die kommunikative Kompetenz von Ärzten und Ärztinnen in einer internistischen Ambulanz“ wurde vom Felix-Mandl-Fonds und dem Bürgermeisterfonds der Stadt Wien gefördert. Projektleitung: Univ.-Prof. Dr. Florian Menz (linguistischer Teil), Univ.-Prof. OÄ Dr. med. Claudia Stöllberger (medizinischer Teil); Projektmitarbeit: Mag. Andreas Gstettner (Linguistik), Dr. Ali Ali-Roubaie (Statistik).

² Einen guten Überblick bieten z.B. Gräsel (1991), Talbot (1998), Schoenthal (ed) (1998), Samel (2000).

³ So werden im österreichischen Gesundheitssystem ÄrztInnen genannt, die nach dem abgeschlossenen Studium eine Ausbildung zum Allgemeinarzt (3-4 Jahre) oder zum Facharzt (6 Jahre) machen, erst dann erhalten sie das *ius praticandi*.

⁴ Stations- oder Ambulanz leitende FachärztInnen.

⁵ Vgl. dazu die Ausführungen über Orientierungen in Lalouschek, Menz, Gstettner (2006).

⁶ D.h. über die Anzahl der Silben, die simultan gesprochen werden. Kowal et al. (1998: 292) führen sogar eine Kategorie „Unterbrechungen ohne simultane Rede“, die insbesondere von Medienprofis im Umgang mit dem „precision timing“ (Jefferson 1973) eingesetzt wird.

⁷ Für die vorliegende Untersuchung war es notwendig, die Gespräche mittels eines erstellten Kategorienrasters durchzuanalysieren. Die verwendeten Definitionen der einzelnen Unterbrechungsarten mussten einerseits auf das Untersuchungsfeld (Arzt-Patient-Gespräche in einer Ambulanz) abgestimmt und dementsprechend spezifisch von anderen Modellen abgegrenzt werden, andererseits mussten nicht die differenzieren Definitionen durch gut operationalisierte Dachkategorien zusammenfassbar sein, um ein für die statistische Auswertung handhabbares Raster zu schaffen. Ebenso ist das Sample der Gespräche für eine statistische Auswertung relativ klein, wodurch bei einer großen Fülle an Kategorien die sich daraus ergebenden Zahlenwerte nicht mehr auszuwerten wären. Aus diesen Gründen näherten wir uns einem möglichen Kategorienraster, indem wir von einer grundlegenden Merkmalsunterscheidung eine für unsere Zwecke weitere Differenzierung vornahmen.

⁸ Die Zuordnung der Redebeiträge zu den Kategorien wurde von unserem Projektmitarbeiter Mag. Andreas Gstettner vorgenommen, dem hiermit noch einmal herzlich gedankt sei.

⁹ Yieke (2002) summiert darunter v.a. *back channels*. Da sie funktional unterschiedlich und kontextabhängig sowohl unterstützend sein können oder aber auch nicht-unterstützend, wenn sie in gehäuftem Auftreten Ungeduld und beabsichtigte Turnübernahme ausdrücken, haben

er sie gesondert operationalisiert. Dieses Beispiel macht wieder klar, dass nur eine kontextsensitive Interpretation der Auftretensformen eine reliable und valide Zuordnung ermöglicht.

¹⁰ Oberärztinnen und Fachärztinnen wurden mitunter zu einer Gruppe zusammengefasst, um die statistische Aussagekraft zu gewährleisten. Damit war für diese argumentierbare Kombination ein knapp genügender Datenumfang gegeben.

¹¹ Für die Wahl eines bestimmten statistischen Verfahrens ist die Kenntnis der Eigenart der zugrunde liegenden Daten unumgänglich (Verteilungstyp, Skalenniveau etc.). Weiters wird geprüft, ob allfällige Abweichungen von einer thematischen Grundgesamtheit oder einer weiten Stichprobe zufällig sind. Das Ergebnis dieser Vorgangsweise wird Prüfstatistik genannt.

¹² Mit „K-S“ ist der Kolmogorov-Smirnov-Test zur Prüfung eines Samples auf Herkunft aus einer normalverteilten Grundgesamtheit gemeint. Nachdem der K-S-Test jedoch implizit die Bekanntheit der zugrunde liegenden Populationsparameter voraussetzt (was im gegenständlichen Fall nicht zutrifft), wurde zusätzlich das sog. Lilliefors-Verfahren (Lilliefors 1967) angewendet, das eine entsprechende Prüfung bei unbekanntem Mittelwert und Standardabweichung vornimmt. Zur Absicherung beider Verfahren wurde weiters die sog. W-Statistik des neuere Shapiro-Wilk-Tests (Shapiro 1965, Shapiro et al. 1968) herangezogen.

¹³ Unter „Ausreißer“ sind hier Daten zu verstehen, welche nicht dem durch die Mehrheit der übrigen Daten induzierten Verteilungsmuster folgen. Die Fehlerwahrscheinlichkeit des Kolmogorov-Smirnov-Tests wurde hier in allen Fällen nach Eliminierung der Ausreißer dargestellt. Für alle Korrekturen gilt, dass sich dadurch nicht die Richtung der Ergebnisse änderte, mitunter jedoch Signifikanz zu erzielen war.

¹⁴ Allgemein gesprochen, beschreibt die Korrelation das Ausmaß des Zusammenhangs zwischen zwei Größen. Spearmans Rangkorrelationskoeffizient R stellt vergleichsweise geringe Anforderungen an die statistische Güte der Daten.

¹⁵ Menz et al. (2002) haben als solche Verfahren z.B. unterschiedliche Fokussierungen, unterschiedliche Selbstdarstellung in Bezug auf die Schmerzhewältigung, Hoch- bzw. Rückstufung und Qualität der Schmerzbeschreibung identifiziert. In einem umfangreichen Forschungsprojekt werden diese Ergebnisse derzeit weiter evaluiert (<http://www.univie.ac.at/linguistics/personal/florian/Schmerzprojekt/de/index.html>).

Helmut Gruber
Martin Kaltenbacher
Peter Muntigl
(eds./Hrsg.)

Empirical Approaches
to Discourse Analysis
Empirieorientierte Ansätze
in der Diskursanalyse

© Peter Lang GmbH
Frankfurt am Main 2007
All rights reserved.

All parts of this publication are protected by copyright. Any
utilization outside the strict limits of the copyright law, without
the permission of the publisher, is forbidden and liable to
prosecution. This applies in particular to reproductions,
translations, microfilmings, storage and processing in
electronic systems.



PETER LANG

Frankfurt am Main · Berlin · Bern · Bruxelles · New York · Oxford · Wien

Library for
Sprachwissenschaft
changed Sep. 2007
von: Gruber
Preis: P
Inv. Nr. 20088

**Bibliographic Information published by the Deutsche
Nationalbibliothek**

The Deutsche Nationalbibliothek lists this publication in the
Deutsche Nationalbibliografie; detailed bibliographic data is
available in the internet at <<http://www.d-nb.de>>.

Printed with financial support by the Federal Ministry
for Education, Science and Culture in Vienna.

ISBN-13: 978-3-631-54393-1

© Peter Lang GmbH
Europäischer Verlag der Wissenschaften

Frankfurt am Main 2007

All rights reserved.

All parts of this publication are protected by copyright. Any
utilisation outside the strict limits of the copyright law, without
the permission of the publisher, is forbidden and liable to
prosecution. This applies in particular to reproductions,
translations, microfilming, and storage and processing in
electronic retrieval systems.

Printed in Germany 1 2 3 4 6 7

www.peterlang.de