

Menz, Florian / Plansky, Luzia (2015):

**Kommunikationstrainings auf diskursanalytischer Basis für
ÄrztInnen?**

In:

*Peter Anreiter, Elisabeth Mairhofer, & Claudia Posch (Eds.),
Argumenta. Festschrift für Manfred Kienpointner zum 60. Geburtstag
(pp. 295-308). Wien: Praesens-Verlag.*

- SPENSER, Edmund (1596): *A View of the State of Ireland*. In: J. WARE (ed.), *The Histoire of Ireland Collected by Three Learned Authors*, Dublin 1633.
- STANIHURST, Richard (1577): *A Treatise Containing a Plain and Perfect Description of Ireland*. In: J. HOOKER ET AL. (eds.), *The Chronicles of England, Scotland and Ireland*, 3 vols., London 1587.

Florian MENZ – Luzia PLANSKY
(Wien)

Kommunikationstrainings auf diskursanalytischer Basis für ÄrztInnen?

In den vergangenen Jahren ist das PatientInnengespräch als zentrale ärztliche Tätigkeit nicht nur in der Diskursanalyse erneut in den Fokus der Aufmerksamkeit gerückt (LANGEWITZ 2012; NOWAK & SPRANZ-FOGASY 2009), wohl auch deshalb, weil es als ein wesentliches Heilmittel (neu-)entdeckt wurde (vgl. z. B. DI BLASI – HARKNESS – ERNST – GEORGIU – KLEIJNEN 2001). Darüber hinaus zeigen auch zahlreiche Studien, dass etwa die so genannte *compliance*, also die Bereitschaft der PatientInnen, sich an die Anweisungen des Arztes/der Ärztin zu halten, ganz wesentlich von gelingenden Kommunikationsformen abhängig ist. Denn Voraussetzung für Therapietreue ist eine tragfähige, von Vertrauen geprägte Arzt-Patient-Beziehung. Diese wird jedoch vorwiegend über Kommunikation bzw. Interaktion hergestellt und aufrechterhalten (bzw. gefährdet). Die Bedeutung der Kommunikation hat u. a. auch dazu geführt, dass in medizinischen Curricula der Erlernung von beziehungsfördernden Gesprächspraktiken ein größeres Gewicht beigemessen wird und neue Unterrichtsformen in sie Eingang gefunden haben. Neben dem Lernen am Krankenbett werden zunehmend auch Möglichkeiten, mit SchauspielerpatientInnen Kommunikationsverhalten zu üben, systematisch in der Ausbildung eingesetzt. Die Vor- und Nachteile dieser Unterrichtsformen werden mittlerweile sehr ausführlich diskutiert (GOTTSCHAMEL 2011; KOERFER ET AL., 2008; KURTZ – SILVERMAN – DRAPER 2005). Ein besonderes Problem stellt vor allem die so genannte Interaktivität oder Ko-Konstruktion von Gesprächen dar. Pointiert gesprochen, können Studierende nur so gut sein, wie die SchauspielerInnen es zulassen, oder anders ausgedrückt, wenn SchauspielerpatientInnen kein natürliches, authentisches Sprachverhalten an den Tag legen, ist es auch für die Studierenden nicht möglich, authentisch darauf zu reagieren. Daher sind aus einer gesprächslinguistischen Sicht derartige Gesprächsausbildungsformate durch zusätzliche notwendigerweise zu ergänzen.

Prinzipiell liegen jedem Training bestimmte Konzeptualisierungen von Kommunikation zugrunde und – daraus folgend – die Ableitung, was als gutes Gespräch zu gelten habe. Aus medizinischer und medizinpsychologischer Sicht, die die universitäre Gesprächsausbildung prägen, wird die kommunikative Kompetenz sehr stark utilitaristisch, normativ und arztzentriert gesehen (vgl. z. B. LANGEWITZ 2012). Demgegenüber ist aus einer interaktionsorientierten gesprächslinguistischen Perspektive das Konzept weitaus komplexer. Utilitaristische Aspekte (schnell und effizient eigene Interessen in einem Gespräch durchzusetzen) stehen allgemeinen Prinzipien der Kooperativität und Reflexion des eigenen Tuns in der Tradition Habermas' und Grice's

entgegen. DEPPERMAN (2004, 26) nennt unter Bezug auf (WEBER 1930) u. a. vor allem den Aspekt der Reflexion des Verhältnisses von Ziel und eingesetzten Mitteln als möglichen Beitrag der Gesprächsanalyse zur Normdiskussion. Dies deckt sich mit FIEHLERS (1999, 12) Postulat, dass linguistisch fundierte Kommunikationstrainings nicht Normen, sondern die Orientierung auf Alternativen in den Mittelpunkt stellen müssten. Ein empirischer Zugang, d. h. die Bezugnahme auf empirisch erhobene, reale Gespräche und ihre linguistische Aufbereitung (vorzugsweise in Form von Arbeits-Transkripten) sind ebenso Voraussetzung wie ein Zugriff auf den breiten Fundus an Erkenntnissen zur Organisation von Interaktion, auf den die Gesprächsforschung mittlerweile blicken kann (vgl. auch FIEHLER 1999, 11).

Damit sowohl der Zweckgebundenheit institutioneller Kommunikation, zu der die APK ohne Zweifel zu rechnen ist, Genüge getan, als auch dem Reflexionspotential und Deskriptionspostulat der (Angewandten) Linguistik Rechnung getragen werden kann, bedeutet dies für eine Umsetzung in Trainings, das Verhaltensrepertoire der InteraktionsteilnehmerInnen bewusst zu machen und es in Bezug auf die gewünschten Ziele auf seine Angemessenheit hin zu überprüfen (vgl. auch HARTUNG 2004, 52). Angemessenheit und Wirksamkeit sind entsprechend den gesprächslinguistischen Präsuppositionen *interaktiv* zu rekonstruieren, nämlich anhand der Reaktionen der GesprächspartnerInnen und aufgrund des weiteren Verlaufs des Gesprächs.

Konzeptualisierung eines Trainings auf gesprächslinguistischer Basis

Wie oben angeführt, zeichnen sich gesprächslinguistisch fundierte Trainings durch eine Reihe von Spezifika aus: Um dem Postulat der Empiriegeleitetheit zu entsprechen, sollten als Datengrundlage für die Trainings möglichst authentische oder sehr authentizitätsnahe Gespräche dienen, die zweitens einer systematischen Analyse unterzogen werden. Drittens sollten Transkripte zur Explikation bestimmter interaktiver Phänomene verwendet werden. Ein 2009 und 2010 durchgeführtes, das diesen Bedingungen möglichst umfangreich Rechnung trägt, möchten wir im Folgenden vorstellen. Seine inhaltlichen Ziele waren Kriterien wie Interaktivität, Alternativenorientiertheit und Funktionalität.¹

Aus didaktischer Sicht spielten v. a. die potentielle Nachhaltigkeit, Glaubwürdigkeit (Seriosität, Empiriegestütztheit), Praxisrelevanz, Umsetzbarkeit und das Interesse bzw. die Motivation der beteiligten ÄrztInnen eine zentrale Rolle. Die Einlösung dieser Ansprüche schien am ehesten und besten dadurch gewährleistet, dass die Ärzte und

¹ Die hier vorgestellte Studie wurde durch MSD Österreich finanziert. Deren Ziel war es, einigen der von ihnen betreuten ÄrztInnen einen Service anzubieten, der sie bei der Verbesserung der Kommunikation mit ihren PatientInnen unterstützen sollte. Der Auftraggeber hatte weder Einfluss auf das Studien- und Trainingsdesign, noch auf deren Umsetzung. Kodierungen und Analyse erfolgten durch Florian Menz, Luzia Plansky und Martin Reisingl. Lara Adabat, Fiorella Seppele und Antonia von Trott haben den größten Teil der Transkriptionsarbeit geleistet. Die Gespräche wurden nach den Konventionen von HIAT transkribiert (vgl. REHBEIN – SCHMIDT – MEYER – WATZKE – HERKENRATH 2004).

Ärztinnen anhand eigener Gespräche zur Reflexion angehalten wurden. Damit wird nicht nur die kognitive Ebene (wie sie etwa bei der Analyse „fremder“ Gespräche (LEPSCHY 1999) aktiviert wird), sondern auch eine emotionale Ebene der unmittelbaren Relevanz angesprochen. Die „Richtigkeit“ der Analysen kann von den jeweiligen ÄrztInnen sofort auf ihre Plausibilität hin überprüft werden, die Umsetzbarkeit in die eigene Praxis ist mit einer relativ geringen Transferleistung möglich. Um Lernen, in einem Bereich, der unmittelbar mit dem eigenen Selbstverständnis und der eigenen Identität in Zusammenhang steht (wie eben das Sprachverhalten), zu ermöglichen, ist eine vertrauensvolle, geschützte Lernatmosphäre notwendig. Diese sollte durch ein persönliches Beratungsgespräch unter vier Augen (Forscher und beteiligte Ärztin/beteiligter Arzt) ermöglicht werden, also in Form eines „Privatissimums“.

Diese Ansprüche an eine Fortbildung setzten ein komplexes Design voraus, das im Folgenden kurz erläutert werden soll.

- (1) In einem persönlichen Erstgespräch wurden jedem teilnehmenden Arzt das Design und die Chancen eines diskursanalytisch basierten Reflexionsgesprächs anhand eigener Gespräche erklärt sowie ein digitales Aufnahmegerät zur Verfügung gestellt, mit dem er/sie PatientInnengespräche seiner/ihrer Wahl aufzeichnen konnte (bis zu einem Ausmaß von 4 Stunden).
- (2) Nachdem die Geräte an den Studienleiter zurückgeschickt worden waren, wurden Gespräche im Ausmaß von mindestens einer halben Stunde ausgewählt, wobei wir Analysewünsche der ÄrztInnen berücksichtigt haben. In ihnen spiegelte sich ihr Bedürfnis nach Informationen zu spezifischen Fragen.
- (3) Die ausgewählten Gespräche wurden nach HIAT, einem diskursanalytisch fundierten System, transkribiert und anschließend von den beiden AutorInnen nach diskursanalytischen Kriterien analysiert.
- (4) Die Ergebnisse der Analyse wurden in einem zweiten ausführlichen Feedback-Gespräch mit den studienteilnehmenden ÄrztInnen anhand der Transkripte gemeinsam besprochen und diskutiert. Jedem Arzt wurde zusätzlich zu den Transkripten eine CD mit den eigenen Gesprächen zur Dokumentation überlassen. Diese Unterlagen können bei Bedarf jederzeit zu Rate gezogen werden.

Die Ergebnisse der Besprechungen flossen in die abschließende Analyse und Auswertung ein.

Das zugrunde liegende Datenkorpus

An der Studie nahmen österreichweit 50 Ärzte und Ärztinnen aus drei Fachrichtungen, nämlich Allgemeinmedizin, Interne (Herz-Kreislaufkrankungen, Diabetes, Gastroenterologie) und Pulmologie teil. 47 davon konnten in die Studie einbezogen werden,

drei mussten wegen zu vieler fehlender Werte ausgeschlossen werden. Insgesamt wurden über 1000 authentische ärztliche Gespräche auf einem Audio-Gerät digital aufgezeichnet (ca. 200 Stunden Aufnahmedauer), von denen fast 200 in die detaillierte linguistische und diskursanalytische Analyse einbezogen wurden. Knapp zwei Drittel der beteiligten Ärzte waren Männer (63,8%), der Großteil AllgemeinmedizinerInnen (61,7%) und InternistInnen (31,9%) sowie insgesamt 3 PulmologInnen (6,4%). Drei Viertel (74,5%) von ihnen führen eine Kassenordination und ein Viertel sind Wahlärzte. Knapp die Hälfte (48,9%) arbeitet in einer größeren Stadt (Landeshauptstadt), ein Drittel auf dem Land oder in kleinen Ortschaften und der Rest (17%) in österreichischen Kleinstädten. Die nachfolgenden Tabellen illustrieren dies.

Tabelle 1: Verteilung des Datenkorpus

Geschlecht ÄrztIn					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Arzt (Mann)	30	63,8	63,8	63,8
	Ärztin (Frau)	17	36,2	36,2	100,0
	Gesamt	47	100,0	100,0	

Fachrichtung					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	AllgemeinmedizinerInnen	29	61,7	61,7	61,7
	InternistInnen	15	31,9	31,9	93,6
	PulmologInnen	3	6,4	6,4	100,0
	Gesamt	47	100,0	100,0	

Stadt/Land					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Großstadt	23	48,9	48,9	48,9
	Kleinstadt	8	17,0	17,0	66,0
	Land	16	34,0	34,0	100,0
	Gesamt	47	100,0	100,0	

Vertragsart					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Kassenordination	35	74,5	74,5	74,5
	Wahlordination	12	25,5	25,5	100,0
	Gesamt	47	100,0	100,0	

Was charakterisiert gesprächslinguistisch fundierte Trainings? Ein Beispiel

Ein zentrales Charakteristikum gesprächslinguistischer Erkenntnisse ist die Regelmäßigkeit des Sprecherwechsels, wie sie von SACKS – SCHEGLOFF – & JEFFERSON (1974) zum ersten Mal beschrieben wurde. Insbesondere Selbst- und Fremdselektion werden durch spezifische sprachliche Aktivitäten wie Pausen, Überlappungen, Intonationssenkung etc. gesteuert. InteraktionspartnerInnen signalisieren einander also wechselseitig, wann sie bereit sind, das Rederecht abzugeben, nämlich an so genannten möglichen Sprecherwechselstellen (engl. *transition relevance place*, TRP). In institutionellen Kontexten gelten dabei zusätzliche Bedingungen, denn die Asymmetrie in ÄrztInnen-PatientInnen-Gesprächen (MAYNARD 1991; ROBERTS 2000; TEN HAVE 1991) äußert sich unter anderem in unterschiedlichen Rechten bezüglich der Rede- und themenitiiierend und themensteuernd zu agieren, was u. a. dazu führt, dass PatientInnen unterbrochen werden und ÄrztInnen an jeder Stelle im Gespräch das Rederecht übernehmen dürfen.

Während Unterbrechungen und nicht nachvollziehbare Themenwechsel bereits häufig als Problemstellen in der ÄrztInnen-PatientInnen-Interaktion beschrieben wurden (JEFFERSON 1973; MENZ & AL-ROUBAIE 2008) zeigt sich in unserem Material ein bisher kaum beachtetes Phänomen:

Wenn ÄrztInnen auch dann keine Bereitschaft zeigen, das Rederecht zu übernehmen, wenn PatientInnen dies einfordern, entstehen komplexe, schleifenartig konstruierte Themenverläufe, die wesentlich zu einer Verlängerung von Gesprächen beitragen, gleichzeitig jedoch zu keinem produktiven Ende (im Sinne einer Betreuung der PatientInnen) führen.

Die folgenden Transkriptausschnitte wurden einem Gespräch zwischen einem Arzt und seiner älteren Patientin entnommen, die bereits mehrmals wegen ihrer Beschwerden beim Vorgänger des Arztes in Behandlung war.² Die Besprechung des Beschwerdebildes mit körperlicher Untersuchung und Verschreibung eines Medikaments nimmt nur etwa die Hälfte der Gesamtgesprächsdauer ein (von mehr als 11 Minuten Gesprächsdauer ist die Beschwerdenbearbeitung nach 5 Minuten beendet). Die zweite Gesprächshälfte wird durch eine Initiative des Arztes eingeleitet („Und sonst gehts?“). Die Patientin übernimmt an dieser Stelle das Rederecht und macht ihre (psycho)soziale Belastung zum Thema: Nach einem Schlaganfall ihres Ehemannes hat sie dessen Pflege übernommen. Die folgenden Ausschnitte machen deutlich, dass die Patientin Unterstützung in wichtigen pflegerischen Entscheidungen sucht. Dabei werden in den folgenden Sequenzen zwei Aspekte deutlich:

Die minimal realisierten oder fehlenden Hörersignale des Arztes führen dazu, dass die Patientin das Rederecht über TRPs hinaus behält. An möglichen Themen-

² Die Form der Darstellung entspricht jener, die die ÄrztInnen im Rahmen des Projekts zur Verfügung gestellt bekamen. Um eine leichte Lesbarkeit zu garantieren wurde auf die Partiturschreibweise von HIAT verzichtet, die verwendeten Zeichen entsprechen jedoch den HIAT-Konventionen.

beendigungsstellen führt dieses abwartende Verhalten des Arztes dazu, dass die Patientin das Thema nicht abschließt, sondern im Gegenteil wiederaufnimmt und in detaillierender Form fortsetzt.

In solchen Situationen setzt die Patientin Strategien ein, die eine Reaktion des Arztes einfordern. Aus den Beispielen wird deutlich, dass sich diese Strategien häufen und intensiver werden, je länger eine Aktivität des Arztes ausbleibt. So wartet die Patientin zuerst nur eine mögliche Reaktion ab (sie macht Pausen), im weiteren Verlauf setzt sie Rückversicherungsfragen (*tag-questions*) ein; wenn auch diese nicht zu einer Reaktion auf ärztlicher Seite führen, formuliert sie explizit Fragen.

Gesprächsausschnitt 1: ONTM 0402: 211ff.

- 211 P: Und des hot mi halt schon... (Weil) i hob koa Nocht mehr schlofan keannan.
 212 Des isch... [()]
 213 A: [Aso,]
 214 jo,
 215 jo.
 216 Pfh ... hmhm^
 217 P: Ober i hon s echt gedocht,
 218 gea?
 219 Und i tu,
 220 i tuan viel üben mit em.
 221 A: Jo,
 222 fein,
 223 jo.
 225 P: Und i geh jeden Tog oa Mol a Stund spazieren mit eam ...

Die Patientin beendet hier ihre Problemdarstellung mit einer Bewertung der Situation als für sie belastend ("hob koa Nocht mehr schloffen keannan"). Den hier entstehenden TRP nutzt der Arzt nicht (211), die Patientin behält also das Rederecht, unterbricht ihre Folgeäußerung jedoch (212), worauf hin der Arzt ein kumuliertes Hörersignal gibt (213-216). Da der Arzt im Anschluss nicht das Rederecht übernimmt, bleibt die Patientin in der Sprecherrolle und formuliert neuerlich eine Bewertung der dargestellten Situation (217). Diese kombiniert sie hier mit einer zustimmungsheischenden Fragepartikel (218), das Einfordern einer ärztlichen Reaktion wird also expliziter.

Als der Arzt auch hier nicht in die Sprecherrolle wechselt, setzt die Patientin ihre Erzählung fort, indem sie eine Themenverschiebung initiiert (219-220). Der zuvor skizzierte Verlauf wird mehrmals in der Interaktion mit wenig Variation wiederholt:

Gesprächsausschnitt 2: ONTM 0402: 272ff.

- 272 P: der kiimmt nimma [(hoam).]
 273 A: [Jo.]
 274 P: Isch olles daneben gongen,
 275 P: [was daneben] gehn hot kennan.
 276 A: [hmhm^]
 277 P: ((Is)) Aber es isch gongan.
 278 Und er isch a soweit ...
 279 A: Jo.
 280 P: ••Er tuat Holz ah schlichten.

Die Patientin initiiert eine Themenbeendigung, indem sie eine Bewertung des Dargestellten formuliert (274-276: "Isch olles daneben gongen, was daneben gehn hot kennan.") Während der Arzt die vorherige Erzählung der Patientin noch mit Hörersignalen begleitet, bleibt an dieser Stelle eine Reaktion aus (277: ein-sekündige Pause). Die Patientin reformuliert ihre Bewertung (277: "Aber es isch gongan.") und initiiert eine Themenverschiebung hin zur jetzigen Situation (278-280). Der Arzt bleibt wiederum in der Hörerrolle und gibt nur minimale Rückmeldungen (276, 279).

Dieses auf Mikroebene beschriebene Phänomen zeigt einen grundlegenden Einfluss auf den Gesamtverlauf des Gesprächs: Die eigentliche Bearbeitung des Anliegens endet nach fünf Minuten, worauf hin der Arzt mit einer "Noch etwas?"-Frage das Gespräch neuerlich öffnet und die Bearbeitung weiterer Anliegen anbietet.

An dieser Stelle beginnt die Patientin die Darstellung ihrer psychosozialen Belastung, während der der Arzt in der beschriebenen passiv-reaktiven Position bleibt. Erst nach weiteren fast vier Minuten schleifenförmigen Gesprächsverlaufs initiiert die Patientin einen Ausstieg aus diesem Muster, indem sie eine direkte Frage an den Arzt stellt:

Gesprächsausschnitt 3: ONTM 0402, 374 ff.

- 374 P: ••• Soll i ean aloa probieren,
 375 amol zum geahn lossen?
 376 ((2s)) Des isch a Risiko.
 377 A: Schon?
 378 P: I trau ma net aloan spazieren gehn lossen.

Als der Arzt auch hier sein Reaktionsmuster beibehält – obwohl er die vorhergehenden Sequenzen mit Hörersignalen begleitet, reagiert er hier nicht auf die gestellte Frage (376: zwei-sekündige Pause) – übernimmt die Patientin erneut die Sprecherrolle (376) und damit auch die themenlenkende und gesprächssteuernde Funktion. Konsequenz aus diesem inaktiven Verhalten des Arztes ist eine neuerliche Verlängerung des Ge-

sprächs um knapp drei Minuten, in denen die Patientin in mehreren Schritten ihre Darstellung ausbaut.

Aus einer alternativenorientierten Perspektive heraus kann der Arzt auf die Folgen seines Sprachverhaltens hingewiesen werden: Möchte er PatientInnen zum Reden bringen oder ihren Redefluss erhalten, ist die Überlassung des Rederechts (Selbstselektion) eine sehr zielführende sprachliche Aktivität. Sollte dies jedoch eine unerwünschte Konsequenz sein, ist es sinnvoll, die Regeln der Rederechtsübernahme an den entsprechenden Stellen einzusetzen. Das verbesserte Erkennen möglicher Sprecherwechselstellen kann geübt werden.

Normativ und wertend werden Aussagen über Gesprächsverhalten dann, wenn etwa Ärzte und Ärztinnen solche PatientInnen als „geschwätzig“ bezeichnen, die schwer zu stoppen wären. Diese wiederholten Themeninitiativen der Patientin erscheinen nämlich nur auf den ersten Blick als „redseliges“ Gesprächsverhalten, eine genauere Analyse zeigt hier, dass es vielmehr die mangelnden Initiativen des Arztes sind, die die Patientin dazu bringen, eine strukturierende und themensteuernde Rolle zu übernehmen. Da der Arzt mögliche Sprecherwechselstellen nicht nutzt, übernimmt sie seine Gesprächsaufgabe. Empirische Evidenz und gesprächslinguistische Analyse können also zunächst kontraintuitive Interpretationen plausibel und nachvollziehbar machen (MENZ – PLANSKY 2014). Eine Konsequenz, die sich daraus ergeben könnte, ist, das eigene Gesprächsverhalten zu reflektieren und nicht PatientInnen „abstellen“ zu wollen. Die spannende Frage bleibt, wie sehr solche unzutreffenden Annahmen von „geschwätigen“ PatientInnen, die Gespräche in die Länge ziehen und damit knappe Zeitressourcen der ÄrztInnen strapazieren, verallgemeinerbar sind. Die Struktur des Trainingsdesign erlaubt darauf erste, tentative Antworten.

Verallgemeinerung gesprächslinguistischer Ergebnisse?³

Eines der nach wie vor unbefriedigend gelösten methodologischen Probleme ist die Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse detaillierter Einzelfallstudien (DEPPERMAN 1999). Die Kombination qualitativer Mikroanalysen und quantifizierender statistischer Verfahren zu einzelnen Aspekten ist dafür eine Möglichkeit (MUNTIGL – GRUBER – KALTENBACHER 2007). Aufgrund des vergleichsweise großen Korpus von beinahe 200 Gesprächen, der systematischen Erhebung und der vorbereitenden Erstanalyse konnten einige zusätzliche quantifizierende Auswertungen, etwa zur Länge von ärztlichen Gesprächen durchgeführt werden.

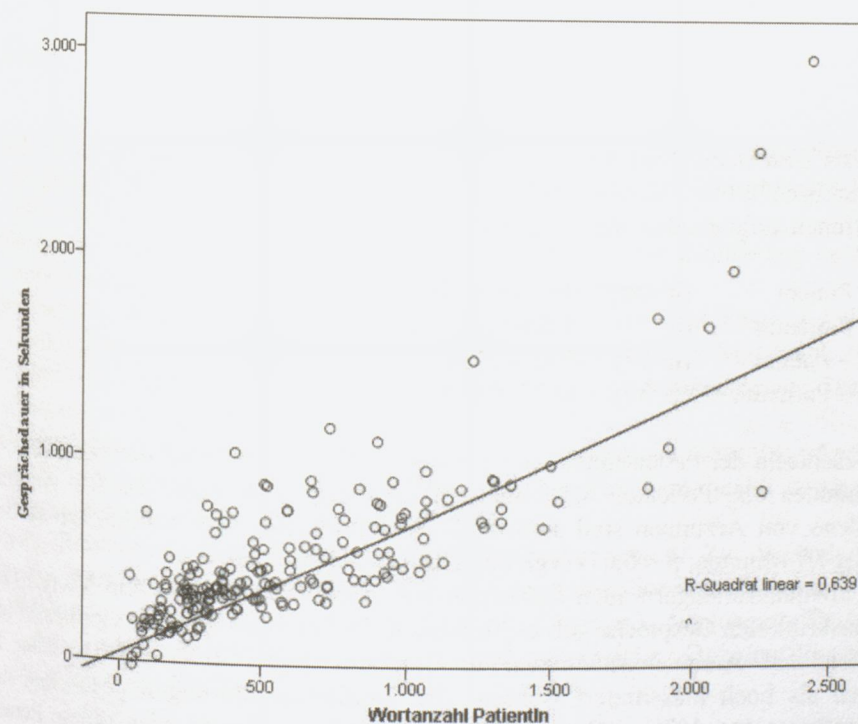
Das längste Gespräch dauerte 49,6 Minuten, das kürzeste 1,3 Minuten. Die durchschnittliche Gesprächsdauer betrug 8,7 Minuten, wobei die Wohnortgröße (Stadt, Kleinstadt, Land) keinen Einfluss auf die Gesprächsdauer hat, selbst dann nicht, wenn man Ko-Variablen wie Geschlecht und Fachrichtung berücksichtigt. Insgesamt sind die Gespräche länger als die von Balint monierten fünf Minuten, aber doch deutlich unter

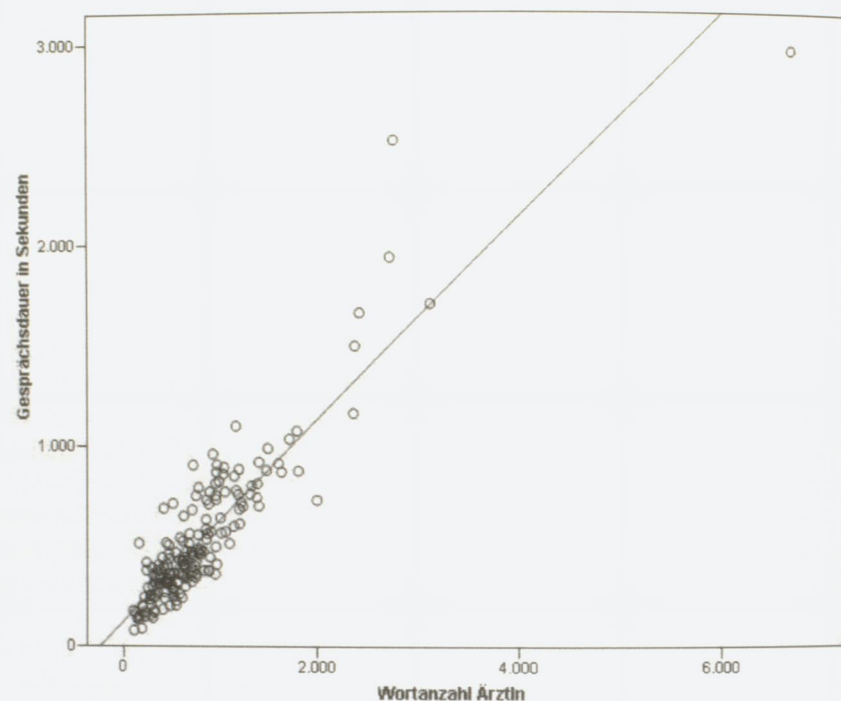
³ Die statistischen Analysen inklusive der graphischen Aufbereitung wurden vom Institut Spectra in Linz durchgeführt.

zehn Minuten. Einige wesentliche korrelationale Variablen zur Länge sollen im Folgenden kurz besprochen werden.

Zunächst hat die Variable *Vertragsart* einen signifikanten Einfluss: Die durchschnittliche Länge beim Kassenarzt beträgt 7,9 Minuten beim Wahlarzt 11,5 Minuten ($p < 0,05$). Aus dieser Perspektive bestätigt sich eine oft geäußerte Vermutung zu einer Zweiklassenmedizin in Österreich auf jeden Fall für quantitative Parameter des ärztlichen Gesprächs.

Bemerkenswertestes Ergebnis ist, dass die Gesprächslänge hauptsächlich von den *Gesprächsbeiträgen der ÄrztInnen* beeinflusst wird und nicht so sehr von den PatientInnen. Zwar korreliert erwartungsgemäß sowohl die Wortanzahl der Ärzte als auch die der PatientInnen mit der Gesamtgesprächsdauer. Eine Regressionsanalyse zeigt jedoch, dass die Wortanzahl der Ärzte auf die Gesamt-Gesprächsdauer einen wesentlich stärkeren Einfluss hat (korrigiertes R-Quadrat = 0,82, T-Wert 30) als die Wortzahl der Patienten (korrigiertes R-Quadrat = 0,64, T-Wert 18,4). Dies gilt für alle Subsamples (Vertragsarzt/Kassenarzt, Fachrichtungen, Geschlecht, Wohnortgröße): Die ÄrztInnen sprechen deutlich mehr als die PatientInnen. Die folgenden Streudiagramme illustrieren dies. Optisch erkennbar ist der Befund an der deutlich flacheren Diagonale im ersten Diagramm, das die Gesprächsbeiträge der PatientInnen repräsentiert.





Auch das *Geschlecht* erwies sich als ein die Gesprächslänge beeinflussender Faktor. Die durchschnittliche Gesprächsdauer nach dem Geschlecht der ÄrztInnen und PatientInnen aufgedgliedert sieht folgendermaßen aus:

Arzt – Patient	(n= 45)	463 Sekunden
Arzt – Patientin	(n=73)	452 Sekunden
Ärztin – Patient	(n=17)	600 Sekunden
Ärztin – Patientin	(n=39)	617 Sekunden

Das Geschlecht der PatientInnen hat demnach keinen Einfluss auf die Gesprächslänge (Patientinnen 8,5, Patienten 8,3 Minuten), allerdings sehr wohl das der ÄrztInnen. Gespräche von Ärztinnen sind signifikant länger als die ihrer männlichen Kollegen (10,7 zu 7,7 Minuten; $p < 0,01$) (vgl. auch ROTER – HALL 2004).

Letztlich verlängern auch *Störungen von außen*. Bei rund einem Viertel (28%) der transkribierten Gespräche gab es Störungen. Dieser Wert ist zwar viel besser als in vergleichbaren Ambulanzsituationen in Spitälern (vgl. MENZ 2013), kann aber dennoch als hoch klassifiziert werden. Die häufigsten Störungen geschehen durch AssistentInnen (ca. 19%), während Störungen durch Telefonate oder andere Personen

vergleichsweise selten vorkommen (je ca. 4% der Störungen). Auch hat das Geschlecht oder die Form der Praxis (Klassen/ Wahlarztstatus) keinen Einfluss auf die Häufigkeit der Störungen insgesamt.

Schluss

Gesprächslinguistisch fundierte Kommunikationstrainings sind aufgrund mancher Besonderheiten auch in der medizinischen Aus- und Weiterbildung von ärztlicher Kommunikationskompetenz gut geeignet. Die Analyse von Mikroeinheiten auf einer (breiten) empirischen Basis ermöglicht eine genaue Begründung von Empfehlungen. Vor allem aber die interaktive Perspektive, die nie allein einen Interaktionspartner als verantwortlich für den Gesprächsverlauf sieht, kann von besonderer Hilfe sein: Zwar nimmt sie potentiellen Allmachtsphantasien, allein durch das eigene Gesprächsverhalten andere steuern zu können, die Grundlage, aber auf der anderen Seite kann diese Erkenntnis auch entlastend sein, weil sie die Kooperativität und die Ko-Konstruktion von sprachlicher Realität in den Mittelpunkt stellt und damit auch Verantwortung für den Verlauf teilt. Letztlich kann die Analyse zur Erkenntnis verhelfen, dass es möglicherweise leichter ist, das eigene Sprachverhalten zu reflektieren, als PatientInnen erziehen zu wollen.

Literatur

- BALINT, Enid – NORELL, J. S. (Hgg.) (1975): *Fünf Minuten pro Patient. Eine Studie über die Interaktionen in der ärztlichen Allgemeinpraxis. Literatur der Psychoanalyse*, Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- DEPPERMAN, Arnulf. (1999): *Gespräche analysieren. Eine Einführung in konversationsanalytische Methoden*, Opladen: Leske und Budrich.
- DEPPERMAN, Arnulf. (2004): „Gesprächskompetenz“ – Probleme und Herausforderungen eines möglichen Begriffs. In: Michael BECKER-MROTZEK – Gisela BRÜNNER (Hgg.), *Analyse und Vermittlung von Gesprächskompetenz*, Frankfurt/Main u. a.: Lang, 15-28.
- DI BLASI, Zelfa – HARRINESS, Elaine – ERNST, Edzard – GEORGIU, Amanda – KLEINEN, Jos (2001): Influence of context effects on health outcomes: a systematic review. In: *The Lancet* 357, 757-762.
- FIEHLER, Reinhard (1999): Kann man Kommunikation lehren? Zur Veränderbarkeit von Kommunikationsverhalten durch Kommunikationstrainings. In: Gisela BRÜNNER – Reinhard FIEHLER – Walther KINDT (Hgg.), *Angewandte Diskursforschung*, Band 2: Methoden und Anwendungsbereiche, Opladen/Wiesbaden: Westdeutscher Verlag, 18-35.

- GOTTSCHAMEL, Martha (2011): *Artefakte in der Ausbildungssituation. Analyse zur Gesprächs-ausbildung an der Medizinischen Universität Wien*, Diplomarbeit, Universität Wien, Wien.
- HARTUNG, Martin (2004): Wie lässt sich Gesprächskompetenz wirksam und nachhaltig vermitteln? In: Michael BECKER-MROTZEK – Gisela BRÜNNER (Hgg.), *Analyse und Vermittlung von Gesprächskompetenz*, Frankfurt/Main u. a. : Lang, 47-66.
- JEFFERSON, Gail (1973): A case of precision timing in ordinary conversation: Overlapped tag-positioned address terms in closing sequences. In: *Semiotica* 9, 47-96.
- KOERFER, A. – KÖHLE, K. – OBLIERS, R. – SONNTAG, B. – THOMAS, W. – ALBUS, C. (2008): Training und Prüfung kommunikativer Kompetenz. Aus- und Fortbildungskonzepte zur ärztlichen Gesprächsführung. *Gesprächsforschung – Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion* 9, 34-78.
- KURTZ, Suzanne – SILVERMAN, Jonathan – DRAPER, Juliet (2005): *Teaching and Learning Communication Skills in Medicine*, Oxford : Radcliffe.
- LANGEWITZ, Wolf (2012): Zur Erlernbarkeit der Arzt-Patienten-Kommunikation in der Medizinischen Ausbildung. In: *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 55/9, 1176-1182.
- LEPSCHY, Annette (1999): Lehr- und Lernmethoden zur Entwicklung von Gesprächsfähigkeit. In: Gisela BRÜNNER – Reinhard FIEHLER – Walther KINDT (Hgg.), *Angewandte Diskursforschung*, Band 2: Methoden und Anwendungsbereiche, Opladen/Wiesbaden : Westdeutscher Verlag, 50-71.
- MAYNARD, Douglas W. (1991): Interaction and Asymmetry in Clinical Discourse. In: *The American Journal of Sociology* 97/2, 448-495.
- MENZ, Florian (2013): Zum Vergleich von ärztlichen Konsultationen zu Kopfschmerzen bei gedolmetschten und nicht gedolmetschten Gesprächen. In: Florian MENZ (Hg.), *Migration und medizinische Kommunikation*, Wien : v&r Vienna University Press, 311-352.
- MENZ, Florian – AL-ROUBAIE, Ali (2008): Interruptions, status and gender in medical interviews: the harder you brake, the longer it takes. In: *Discourse & Society* 19/5, 645-666.
- MENZ, Florian – PLANSKY, Luzia (2014): Time pressure and digressive speech patterns in doctor-patient consultations: Who is to blame? In: Eva Maria GRAF – Marlene SATOR – Thomas SPRANZ-FOGASY (Hgg.), *Interaction types across helping professions – Differences, similarities and interferences of communicative tasks*, Amsterdam : John Benjamins, 417-444.
- MUNTIGL, Peter – GRUBER, Helmut – KALTENBACHER, Martin (Hgg.) (2007): *Empirierorientierte Ansätze der Diskursanalyse im Vergleich. Empirical approaches to discourse analysis*, Bern : Lang.
- NOWAK, Peter – SPRANZ-FOGASY, Thomas (2009): Medizinische Kommunikation – Arzt und Patient im Gespräch. In: Ewald REUTER (Hg.), *Jahrbuch Deutsch als Fremdsprache 2008: Professionelle Kommunikation*, München : Iudicium, 80-96.

- REHBEIN, Jochen – SCHMIDT, Thomas – MEYER, Bernd – WATZKE, Franziska – HERKENRATH, Annette (2004): *Handbuch für das computergestützte Transkribieren nach HIAT. Arbeiten zur Mehrsprachigkeit Folge B (Nr. 56)*, Universität Hamburg : Sonderforschungsbereich Mehrsprachigkeit.
- ROBERTS, Felicia D. (2000): The Interactional Construction of Asymmetry: The Medical Agenda as a Resource for Delaying Response to Patient Questions. In: *The Sociological Quarterly*, 151-170.
- ROTER, Debra L. – HALL, Judith A. (2004): Physician Gender and Patient-Centered Communication: A Critical Review of Empirical Research. In: *Annual Review of Public Health* 25/1, 497-519.
- SACKS, Harvey – SCHEGLOFF, Emanuel A. – JEFFERSON, Gail (1974): A Simplest Systematics for the Organization of Turn-Taking for Conversation. In: *Language* 50/4, 696-735. doi: 10.2307/412243
- TEN HAVE, Paul (1991): Talk and Institution. A Reconsideration of the 'Asymmetry' of Doctor-patient Interaction. In: Deirdre BODEN – Don H. ZIMMERMAN (Hgg.), *Talk and Social Structure. Studies on Ethnomethodology and Conversation Analysis*, Cambridge : Polity Press, 139-163.
- WEBER, Max (1930): Vom inneren Beruf zur Wissenschaft. In: Max WEBER (Hg.), *Wissenschaft als Beruf*, Berlin, 11-37.