

Veränderung der Kommunikationsmodelle im Gesundheitswesen und ihre Widerspiegelung in den Interaktionen mit Klienten

Anikó Hambuch

Anita Sárkányiné Lőrinc

Rita Kránicz

Institut für Fachsprachen und Medizinische Kommunikation

Medizinische Fakultät der Universität Pécs, Ungarn

Abstrakt

Nach der Wende 1989–1990 kam es in Ungarn zu gravierenden Veränderungen in jenen Segmenten der ungarischen Gesellschaft, die auch das Gesundheitswesen betrafen; es begann ein langsamer Wandel auch in den zwischenmenschlichen Beziehungen der Vertreter und Klienten des Gesundheitswesens. Im vorliegenden Beitrag werden die Ergebnisse dreier Untersuchungen vorgestellt. Zwei Untersuchungskorpora beinhalten Arzt-Patienten-Gespräche aus insgesamt drei unterschiedlichen Hausarztpraxen, das dritte Korpus Unterrichtsstunden einer Krankenhauslehrerin der Onkologischen Station der Kinderklinik der Universität Pécs. Die Gespräche wurden nach der schriftlichen Einwilligung aller Gesprächsteilnehmer und der Eltern der Kinder aufgezeichnet und mit Hilfe der Transkriptions-Softwares ExMERALDA und FOLKER 1.2. transkribiert. Der Fokus der quantitativen und qualitativen Datenanalyse richtete sich auf die sequenzielle Struktur bzw. die Mikrodialoge der Gespräche.

Die Untersuchung der Turns der einzelnen Dialoge zeigte eine größere Turnzahl bei den Klienten. Die Analysen zeigten auch einen höheren Anteil der Klienten in der Initiierung eines überlappenden Turns. Die ärztliche Partizipation korrelierte signifikant mit der Dauer, die Partizipation der Patienten und Patientinnen mit der Turnzahl der Mikrodialoge.

Die Untersuchung der Korrelation zwischen Dauer und Turnzahl der Mikrodialoge bzw. der Partizipation der Gesprächsteilnehmer wies auf ein interessantes Phänomen hin: Erst wenn ihnen häufiger Rederecht, mehrere Turns zugeteilt wurden, hatten sie die Möglichkeit, sich mehr ins Gespräch einzubringen.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die sequenzielle Analyse der Dialoge in allen drei Korpora bestimmte Abweichungen von den für institutionelle, asymmetrische Gespräche typischen Dialogstrukturen nachweisen konnte.

Schlüsselwörter: Gesundheitswesen, SDM, Konversationsanalyse, Dialog, sequenzielle Muster, regulative Rolle

Abstract

The democratic transformation of 1990 affected client-caregiver interaction in Hungarian institutions of health care. The focus shifted to increasing the relative weight of clients' involvement in diagnostic and therapeutic encounters. Three small-scale studies including 28 physician-patient interviews and 7 hospital teacher-hospitalized oncological child patients' lessons were performed. FOLKER 1.2 transcribing software was used to carry out the quantification of the audio-recorded interactions including word count, number and length of turns and pauses, length of dialogues. Statistical analysis included binominal and Mann-Whitney tests, Spearman's rank order correlation test, incidence and



distribution. Qualitative investigations using categories of conversation analysis were also performed. The findings seem to support the idea that shared decision-making means allowing clients more freedom of initiating turns while caregivers' regulating role may be preserved by increasing the length and variety of their turns. Calling medical students' attention to this correlation could promote SDM in health care.

Keywords: health care, SDM, conversation analysis, dialog, sequential pattern, regulating role

1 Einleitung

Im vorliegenden Beitrag werden die Ergebnisse dreier Small-scale-Studien aus Ungarn vorgestellt. Die drei Studien wurden in zwei unterschiedlichen Bereichen des Gesundheitssystems – in drei Hausarztpraxen und in einer Krankenhausschule (siehe 2.3) durchgeführt. In ihrem Fokus stand die Untersuchung der institutionellen Kommunikation in diesen Feldern, jedoch unter verschiedenen Aspekten.

Jede Studie hatte ihr eigenes Forschungsdesign mit spezifischen Fragestellungen, aber mit einem gemeinsamen Interesse für die sequenzielle Struktur der Dialoge in einem institutionellen Rahmen. Zwei Studien untersuchten die globale sequenzielle Struktur der Gespräche (Arzt-akuter Patient-Gespräche, Unterrichtsstunden in der Krankenhausschule), in den Arzt-chronischer Patient-Gesprächen wurden die Mikrodialoge der Gespräche analysiert. Nach dem Vergleich der Ergebnisse konnten trotz unterschiedlicher Forschungsansätze Ähnlichkeiten bezüglich der Sequenzialität der Dialoge festgestellt werden, unabhängig davon, ob die globale Struktur oder die Mikrostruktur der Gespräche analysiert wurde.

Auf die Bedeutung einer sequenziellen Analyse der Gespräche im medizinischen Setting wies u. a. Sarah Bigi in ihrem zusammenfassenden Werk über die ärztliche Kommunikation hin (Bigi, 2016). Anhand früherer Analysen der AP-Kommunikation¹ (Wasserman & Inui, 1983) spricht sie über eine hierarchische Organisation der Phänomene und Mechanismen der AP-Kommunikation, die eine hierarchische Analyse der erfassten kommunikativen Funktionen erfordert. Dazu gehört auch die Identifizierung solcher kontextuellen Komponenten, die die Kommunikation zwischen Arzt und Patienten beeinflussen. Im Zusammenhang damit weist sie auf das Fehlen von Systemen zur Sequenzanalyse der Äußerungen in den Interaktionen hin und sagt: „There was, and there still is, the need for systems that would allow for analysis at the sequence level“ (Bigi, 2016: 9).

Das sequenzielle Muster eines Gesprächs entsteht durch aufeinanderfolgende Turns, deren Reihenfolge und Ausarbeitung von den in der und mit der Interaktion zu lösenden kommunikativen Aufgaben abhängt und eng mit den Rollenverhältnissen der Gesprächsteilnehmer verbunden ist (vgl. Deppermann, 2001: 75-76).

So kann die sequenzielle Analyse eines Gesprächs nicht nur die Struktur eines Dialogs beschreiben, sondern auch über mögliche Asymmetrien (Wissensstand, Macht, Betroffenheit) und über an sozialen Rollen gebundene interaktive Rechte und Verpflichtungen der Gesprächsteilnehmer informieren (vgl. Deppermann, 2010: 11). Deshalb ist diese Form der Analyse für die Untersuchung institutioneller Gespräche besonders geeignet.

Die Ergebnisse der Sequenzanalysen in den drei Small-scale-Studien wurden für weitere Untersuchungen herangezogen. Im Fokus stand die Beantwortung von zwei Fragen: 1. Wie können in der sequenziellen Organisation der Gespräche dieser Interaktionen die interaktiven Rechte und

1 AP: Arzt-Patient

Verpflichtungen der Vertreter/-innen der Institutionen und Klienten/-innen erfasst werden? 2. Wie bildet sich das aktuelle Beziehungsmodell zwischen den Vertreter/-innen und Klienten/-innen der Institution in den Interaktionen ab?

2 Forschungshintergrund

2.1 Gesellschaftliche Hintergründe des gemeinsamen Forschungsinteresses

Nach der Wende in Ungarn kam es in den Jahren 1989 bzw. 1990 zu gravierenden Veränderungen, die jedes Segment der Gesellschaft, so auch das Gesundheitswesen betrafen. Es kam zu einem grundlegenden strukturellen Wandel im Gesundheitssystem, neue Versorgungsformen entstanden und auch private Anbieter erschienen in der Versorgung, z. B. arbeiten Hausärzte/-innen seit der Wende zunehmend unternehmerisch.

Parallel dazu wurden mit der Verbreitung der digitalen Medien medizinische Informationen auch für Patienten/-innen leichter zugänglich, es begann ein Umbruch auch in den zwischenmenschlichen Beziehungen der Vertreter/-innen bzw. Klienten/-innen des Gesundheitswesens (vgl. Gaal, 2016: 680-684; Sára & Csedő & Tóth T., et al., 2013: 20-24; Tóth & Remete & Filep, 2014: 49-54).

2.2 Arzt-Patient-Beziehung im Umbruch

Wenn wir über Kommunikation im Gesundheitswesen sprechen, sollte vor allem das Wissen erwähnt werden, das ungleich zwischen Arzt und Patient verteilt ist. Demnach sind AP-Beziehungen asymmetrisch (vgl. Bigi, 2016: 10). Seit der Wende wächst jedoch die Forderung nach einer stärkeren Patientenbeteiligung an den AP-Interaktionen, die Rolle des ‚unmündigen Patienten‘ wird immer mehr in Frage gestellt. „In der gesundheitspolitischen Debatte wird der ‚mündige Patient‘ analog zum ‚mündigen Bürger‘ gefordert, dessen Mitspracherechte auch oder gerade im Krankheitsfalle als Patientenrechte zu stärken sind“ (Koerfer & Albus, 2015: 116; Vajda & Horváth & Málovics, 2012). Ungarische Untersuchungen der AP-Beziehung wiesen darauf hin, dass nicht jeder Patient/jede Patientin den Anspruch auf eine gemeinsame Entscheidungsfindung hat, es gibt Patienten/-innen, die ungern über Behandlungsoptionen diskutieren und die therapeutischen Entscheidungen bzw. die damit verbundene Verantwortung gern ihrem Arzt/ihrer Ärztin überlassen (vgl. Málovics & Vajda & Kuba, 2009, vgl. Bigi, 2016: 13-14) .

In den letzten Jahrzehnten werden in der Fachliteratur zwei Extreme der Arzt-Patient-Beziehung unterschieden: Autorität des Patienten vs. Paternalismus (Emanuel & Emanuel, 1992: 2221). Um den Paternalismus, die überwiegende Kontrolle des Arztes zu vermeiden, wird – vor allem aus bioethischer Sicht – das informative Modell immer mehr bevorzugt, in dem der Patient absolute Macht über seine Therapie hat. In diesem Modell reduziert sich die Rolle des Arztes auf die eines Technologen.

Nach Emanuel & Emanuel werden vier Modelle des AP-Verhältnisses unterschieden, außer den zwei erwähnten Extremen beschreiben sie das interpretative Modell der AP-Beziehung, in dem der Arzt die Rolle des Beraters übernimmt und das deliberative Modell, in dem der Arzt als Freund oder gar Lehrer auftritt. Beim letzteren ist die Autonomie der Patienten/-innen sogar eine „moral self-development“ (Emanuel & Emanuel, 1992: 2222) indem er/sie die Verantwortung für seine/ihre Therapie mitträgt. Ganz ähnlich, aber nicht völlig übereinstimmend sind die von Roter und Hall beschriebenen Modelle, die durch die verschiedenen Kontrollebenen definiert werden: Paternalismus, Dienstleistung, Gegenseitigkeit und Defaultwerte (vgl. Roter & Hall, 2006: 26, zitiert von Bigi, 2016: 10).



Tabelle 1: Typen der Arzt-Patienten Beziehung

Kontrolle des Patienten		Kontrolle des Arztes	
		Niedrig	Hoch
Niedrig		Defaultwerte	Paternalismus
Hoch		Dienstleistung	Gegenseitigkeit

Quelle: Roter-Hall, 2006, 26

Die unterschiedlichen Typen der AP-Beziehung sind keine statischen Gebilde, sie befinden sich auf einem Kontinuum und verändern sich abhängig von der Art und dem Schweregrad der Erkrankung bzw. den persönlichen Erfahrungen. Letztere können auch eine Auswirkung darauf haben, wie Arzt und Patient ihre Beziehung beurteilen (vgl. Bigi, 2016: 10).

Die in der Fachliteratur bevorzugte partnerschaftliche Beziehung der AP-Beziehung (vgl. Faller & Lang, 2016: 205; Kuna, 2016: 317) äußert sich in einer gemeinsamen Übernahme von Verantwortung bei der Entscheidungsfindung, wobei weiterhin eine Asymmetrie zwischen professionellem Wissen und Laienwissen zu überbrücken ist. Eine partnerschaftliche AP-Beziehung kann erreicht werden, indem die kommunikativen Aushandlungsprozesse der einzelnen Interaktionen so gestaltet werden, „dass die Autonomie beider Interaktionspartner gewahrt werden kann“ (Koerfer & Albus, 2015: 116).

Tabelle 2: Idealtypische Darstellung von drei Grundmodellen der Entscheidung

	Paternalismus	Kooperation (shared decision)	Dienstleistung (informed choice)
Ethik	Autoritative Ethik	Diskursethik	Libertäre Ethik
Beziehung	arztzentriert	beziehungsorientiert	patientenzentriert
Arztrolle	Wächter, Samariter	Partner	Dienstleister, Verkäufer
Themenfokus	biomedizinisch	biopsychosozial	biomedizinisch
Richtung	(„one way“) A→P	(„two way“) A↔P	(„one way“) P→A
Strategie/Einstellung	Zwang→Gehorsam	Dialog→Überzeugung	Manipulation→Überredung
Information	Monolog: Vermittlung und Rezeption von Teilmformationen	Dialog: Hinreichende Wissensvermittlung und wechselseitiges Verstehen	Interrogation: Selektiver Wissenserwerb durch Frage-Antwort-Muster
Entscheidung	Instruktion: Anordnung bzw. Verordnung (eb) nach ärztlicher Vorwahl	Deliberation: evidenz-basierte (eb) und präferenz-basierte (pb) Optionen	Suggestion: Werbung und Kontrakt, Angebot und Nachfrage von (pb) Optionen
Verantwortung	Fremdkontrolle: bis zur persönlichen Abhängigkeit des Patienten vom Arzt	Gemeinsame Kontrolle: in gegenseitigem Vertrauen bei beidseitiger Autonomie	Selbstkontrolle: bis zur Autarkie des Patienten bei Autonomieverlust des Arztes

Quelle: Koerfer-Albus, 2015, 121

Medizinsoziologische, medizinpsychologische und auch linguistisch-pragmatische Untersuchungen in Ungarn zeigten in den AP-Interaktionen eine langsame Verschiebung der Informationsvermittlung, der Entscheidungsfindung und der Verantwortungsübernahme vom Paternalismus in Richtung

Kooperation. Der Arzt beschränkt sich nicht nur auf Verordnungen und Anordnungen, sondern er informiert auch, macht Vorschläge, bietet Alternativen an.

Neben der Erhaltung der Autonomie beider Parteien entsteht eine auf gegenseitigem Vertrauen basierende Kontrolle über die Krankheit und ihre Therapie (vgl. László, 2006; Pilling, 2008; Lázár & Túry, 2009; Boronkai, 2014).

2.3 Krankenhausschule: ein spezieller Bereich der Lehrer-Schüler-Kommunikation

In einer Krankenhausschule werden schulpflichtige Kinder und Jugendliche betreut, die wegen einer chronischen oder lang andauernden Krankheit ihre Heimatschule nicht besuchen können. Das grundsätzliche Ziel des Unterrichts im Krankenhaus ist es, dass schwerkranke oder chronisch kranke Kinder bzw. Jugendliche den Anschluss an den Unterricht während ihres Aufenthaltes im Krankenhaus nicht verlieren. Die Lehrveranstaltungen und der Stundenplan sind nach dem Alter bzw. der Krankheit und dem Zustand der Kinder differenziert und den Behandlungen angepasst. Die Unterrichtsstunden werden individuell für die einzelnen kleinen Patienten/-innen am Krankenbett oder in kleinen Gruppen in einem kleinen Klassenzimmer im Krankenhaus gehalten. Außer dem Unterrichten hat der Krankenhauslehrer/die Krankenhauslehrerin als weitere Aufgabe, den Kontakt zu den Heimatschulen der Patienten/-innen aufzubauen und den Kindern zu helfen, sich nach ihrer Genesung wieder an ihre alte Klasse, bzw. Schule zu gewöhnen.

3 Material und Methoden

3.1 Material

Die im vorliegenden Beitrag präsentierten Ergebnisse stammen aus drei Untersuchungskorpora, die nach unterschiedlichen Aspekten erstellt worden sind. Zwei Korpora beinhalten AP-Gespräche aus insgesamt drei unterschiedlichen Hausarztpraxen. Zwei der Arztpraxen befinden sich in einem Außenbezirk der Stadt Pécs, eine Praxis liegt in einem Dorf, in der direkten Umgebung der Stadt. Das Auswahlkriterium der an den Gesprächen teilnehmenden Patienten/-innen war ihre Krankheit: In den zwei Hausarztpraxen im Außenbezirk der Stadt Pécs wurden Gespräche zwischen Hausarzt/-ärztin und ihren chronisch kranken Hypertonie-Patienten/-innen, in der Dorfpraxis Gespräche einer Hausärztin mit ihren, sich wegen einer akuten Krankheit vorstellenden Patienten/-innen aufgenommen. Das dritte Korpus beinhaltet Unterrichtsstunden einer Krankenhauslehrerin der Onkologischen Station der Kinderklinik der Universität Pécs, wo das einzige Auswahlkriterium der Schülerinnen und des Schülers ihr aktuell relativ guter Gesundheitszustand während der laufenden Forschung war. Tabelle 3 stellt die wichtigsten Angaben der drei Korpora dar.

Tabelle 3: Dialoge und Teilnehmer/-innen in den untersuchten Korpora

	Arzt-chronischer Patient Konsultationen (15)	Arzt-akuter Patient Konsultationen (13)	Unterrichtsstunden-Kranken- hausschule (7)
Klient/-in	Patientin: 9 Patient: 6	Patientin: 8 Patient: 5	Schülerin: 2 Schüler: 1
Vertreter/-in einer Institution	Ärztin: 1 Arzt: 1	Ärztin: 1	Krankenhauspädagogin: 1

Die AP-Gespräche wurden von zwei Hausärztinnen und einem Hausarzt unter Teilnahme von insgesamt 17 Patientinnen und 11 Patienten durchgeführt.



Das Durchschnittsalter der Patientinnen liegt bei 67,5, das der Patienten bei 57,1. Die Patientinnen und Patienten haben größtenteils eine niedrigere Schulbildung. An den aufgezeichneten Unterrichtsstunden in der Krankenhausschule nehmen 2 Schülerinnen und ein Schüler teil, ihr Durchschnittsalter ist 13 Jahre.

3.2 Methoden

3.2.1 Durchführung der Untersuchungen

Die Untersuchungen wurden mit vorheriger Erlaubnis der Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der Universität Pécs durchgeführt. Über die Aufnahme der Gespräche bzw. über die Forschungsziele und die Verwendung der Daten erhielten die Teilnehmer/-innen – auch die Eltern der Kinder – im Vorfeld der Gespräche eine ausführliche Auskunft. Erst nach einer schriftlichen Einwilligung aller Gesprächsteilnehmer/-innen und der Eltern der Kinder erfolgte die Aufzeichnung der einzelnen Gespräche.

3.2.2 Technischer Bezugsrahmen

Zur weiteren Analyse wurden die Gesprächsaufzeichnungen mit Hilfe der beiden verschiedenen Transkriptions-Softwares transkribiert: EXMARaLDA Partitur-Editor 1.5 (Schmidt, 2011), und FOLKER 1.2. transkribiert (Schmidt & Schütte, 2011). Die zwei Softwares sind interoperabel.

Als erster Schritt des Transkribierens wird die Audiodatei im WAV-Format hochgeladen und verarbeitet. Am Ende des Umschreibens lassen sich die Transkripte als Dateien im HTML-Format ausgeben. Drei Ansichten (Segmente, Partitur, Beiträge) sind bei der Ausgabe möglich, zwei zusätzliche Ausgaben stehen noch zur Verfügung, die eine als GAT² Basistranskript und die andere als Auszählungsfunktion (Quantifizierung), die die Anzahl und Länge der Beiträge summarisch und die Beteiligungsweise der jeweiligen Sprecher zeigt.

	B	A	K3	As	Ohne	Gesamt
Beiträge (Anzahl)	2	92	76	28	144	342
Beiträge (Länge)	4	505.4	402.4	104.9	531.49	1548.18
Wörter (Token)	3	595	338	35	14	985
Wörter (Types)	3	326	187	33		469
Mikropausen	0	2	8	1	0	11
Nichtphonologisches	1	18	10	11	95	135
Ein- / Ausatmen	0	2	1	0	1	4
Gemessene Pausen (Anzahl)	0	0	0	1	140	141
Gemessene Pausen (Länge)	0	0	0	2	515.7	5.18

0 Stunden, 22 Minuten, 13.29 Sekunden transkribierte Gesamtlänge. **342** Beiträge insgesamt,

Abbildung 1: Quantifizierung FOLKER 1.2³
Quelle: <http://agd.ids-mannheim.de/folker.shtml>

3.2.3 Methoden und theoretischer Bezugsrahmen der Analysen

Die von den Transkriptions-Softwares gelieferten Daten – wie zum Beispiel die Zahl bzw. Länge der Redebeiträge und Pausen, Überlappungen, Wortzahl, Ein- und Ausatmen während des Sprechens

² Gesprächsanalytisches Transkriptionssystem 2 (GAT 2)

³ Abkürzungen: B: Beobachter, A: Arzt; K3: dritter Kranker, As: Assistentin

– ermöglichten eine quantitative Analyse der einzelnen Dialoge. Die Daten wurden mit SPSS 19 statistisch bearbeitet (Spearman Test, Binomialtest).

Die quantitativen Ergebnisse dienten als Grundlage für weitere, qualitative Analysen, die einem konversationsanalytischen Ansatz folgten und die Turns (Zahl, Länge, Verteilung), die Überlappungen bzw. die Partizipation der Teilnehmer/-innen in den einzelnen Dialogen untersuchten. Die linguistische Analyse der Dialoge erfolgte mit der Methodik der Konversationsanalyse und bediente sich deren Begrifflichkeiten.

Unter dem Begriff „Turn“ werden „interaktiv hergestellte, flexible und lokal den Bedürfnissen der Interaktion anpassbare Redebeiträge eines Sprechers bzw. einer Sprecherin“ (Brinker & Antos & Heinemann & Sager, 2001: 1063) verstanden. Überlappungen sind solche Redezüge, in denen der eine Sprecher den anderen in seinem Redezug unterbrechend, eigentlich ohne Rederecht, mit dem ursprünglichen Sprecher zusammen spricht. Dieser gemeinsame Redezug der beiden Sprecher kann zwar vom Aspekt der Interaktion her unordentlich erscheinen, zeigt jedoch eine gewisse Ordnung (vgl. Jefferson, 1983; 1986), anhand der die Interaktoren sich dem Sprecherwechsel anpassen, an ihm orientieren (vgl. Sacks & Schegloff & Jefferson, 1974). Der Sprecher hat mit einer Überlappung nicht unbedingt die Absicht, das Rederecht zu bekommen (vgl. Hutchby & Wooffitt, 2006), es kann auch als eine Reaktion auf die Äußerungen des aktuellen Sprechers interpretiert werden. Überlappungen kommen in Alltagsgesprächen oft vor, sind aber in institutionellen, asymmetrischen Interaktionen zwischen Vertreter/-innen und Klienten/-innen einer Institution eher untypisch, u. U. sogar unerwünscht.

Mikrodialoge werden durch Turns aufgebaut, die ein bestimmtes Thema ausarbeiten. Der Turn, der ein neues Thema ins Gespräch einbringt, wird als der erste Turn eines neuen Mikrodialogs betrachtet. Die Grenzen eines Mikrodialogs werden also durch kommunikative Themenwechsel festgelegt. Die Ausarbeitung eines Mikrodialogs setzt den gegenseitigen Willen der Gesprächspartner/-innen für die Besprechung eines kommunikativen Themas voraus (vgl. Boronkai, 2009: 74-76).

Die Aufeinanderfolge von Mikrodialogen bestimmt die globale Struktur eines Gesprächs. Die Zahl der Mikrodialoge ist immer von den aktuellen Aushandlungsprozessen einer Interaktion abhängig, und wird durch die Gesprächspartner/-innen je nach eigenen Kommunikationszielen bestimmt.

4 Ergebnisse

Im Folgenden werden solche Ergebnisse der drei Untersuchungen vorgestellt, die die Beantwortung der gemeinsamen Forschungsfragen ermöglichen (s. Einleitung).

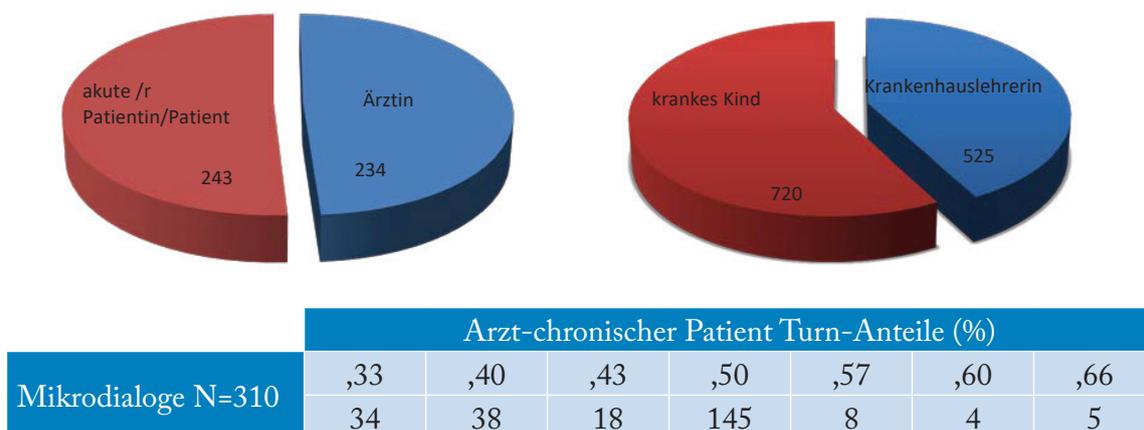


Abbildung 2: Turn-Anteile der Institutionsvertreter/-innen und der Klienten/-innen



Die Untersuchung der Turns der einzelnen Dialoge (Abbildung 2) zeigte sowohl in den Arzt-akuter Patient-Gesprächen (243-234), als auch in den Unterrichtsstunden der Krankenhauslehrerin eine größere Turnzahl der Klienten/-innen (720-525). Die Analyse der Turnanteile in den Arzt-chronischer Patient-Gesprächen brachte ein ähnliches Ergebnis. In den meisten Mikrodialogen dieser Gespräche (145) haben Arzt/Ärztin bzw. Patient/-in einen gleichen Turn-Anteil (50-50%).

Eventuelle Überlappungen in den Redebeiträgen wurden in den Arzt-akuter Patient-Gesprächen bzw. in den Unterrichtsstunden der Krankenhauslehrerin analysiert (Abbildung 3). Beide Analysen zeigten einen höheren Anteil in der Initiierung eines überlappenden Turns durch Klienten/-innen.

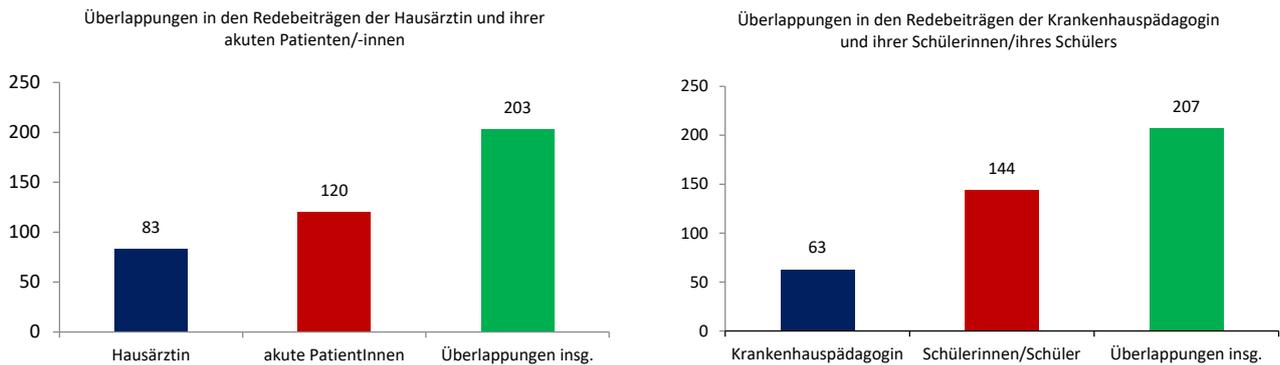


Abbildung 3: Überlappungen

In allen drei Untersuchungen wurden Zusammenhänge zwischen der Partizipation der Gesprächspartner/-innen und den strukturellen Eigenschaften der Dialoge analysiert.

Die Analyse erfolgte einerseits durch die Bestimmung der durchschnittlichen Turnlängen der Teilnehmer/-innen (Abbildung 4), andererseits durch die Untersuchung eventueller Korrelationen zwischen der Länge und der Turnzahl der Mikrodialogen eines Gesprächs (Tabelle 4).

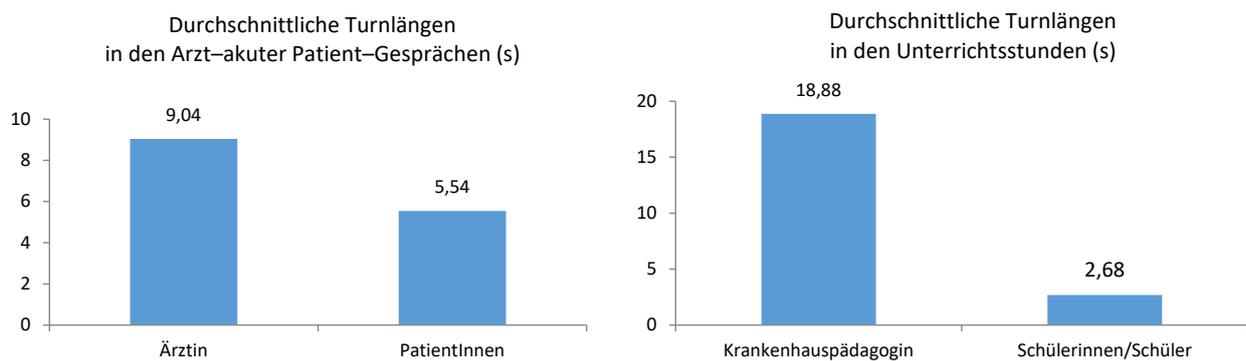


Abbildung 4: Durchschnittliche Turnlängen (s)

In den Arzt-akuter Patient-Gesprächen waren die ärztlichen Turns fast zweimal länger, als die der Patient/-innen. Die Turns der Krankenhauslehrerin dauerten durchschnittlich neunmal länger als die der Kinder.

Tabelle 4: Partizipation der Gesprächsteilnehmer/-innen in den Arzt–chronischer Patient–Interaktionen

Mikrodialoge		
	Länge (s)	Turnzahl insg.
Arzt-Partizipation in Turns (%)	p=,007	p=,160
Patient/-in-Partizipation in Turns (%)	p=,398	p=,000
		p≤ 0.05

Die ärztliche Partizipation zeigte einen signifikanten Zusammenhang mit der Dauer der Mikrodialoge ($p=0,007$), aber keine Korrelation mit der Turnzahl ($p=0,160$). Die Partizipation der Patienten/-innen korrelierte mit der Turnzahl der Mikrodialoge ($p=,000$) zeigte aber keinen signifikanten Zusammenhang mit der Dauer der Dialoge ($p=0,398$).

5 Diskussion

Die drei im Beitrag vorgestellten Studien haben durch unterschiedliche Analysemethoden nachgewiesen, dass die Regulierung der Dauer der Gespräche – sowohl in den Hausarztpraxen, als auch im Unterricht in der Krankenhausschule – weiterhin in der Hand des Vertreters der Institution liegt (Abbildung 4), so wie frühere Untersuchungen und Forschungen schon nachweisen konnten (vgl. Lalouschek, 2002; Heritage, 2006; Lalouschek 2008; Spranz-Fogasy, 2010; Bigi, 2016).

Die Turns der einzelnen Gesprächsteilnehmer/-innen zeigten aber in jeder Untersuchung eine relativ gleichmäßige Verteilung, die Redebeiträge der Gesprächspartner/-innen waren fast symmetrisch organisiert. In den Arzt-akuter Patient-Gesprächen und in den Unterrichtsstunden hatten die Klienten/-innen sogar mehr Redebeiträge, als die Vertreter/-innen der Institutionen, also sie haben mit mehr Turns zur Ausarbeitung der kommunikativen Themen, Aufgaben und Ziele der Gespräche beigetragen (Abbildung 2).

Die meisten Mikrodialoge der Arzt-chronischer Patient-Gespräche zeigten auch eine ausgewogene Verteilung der Redebeiträge zwischen Vertretern/-innen der Institutionen und Klienten/-innen (Abbildung 2), also einen relativ gleichmäßigen Beitrag zum „Abarbeiten“ der in den Gesprächen auftauchenden kommunikativen Aufgaben und Ziele: Schilderung der Symptome, Suche nach möglichen auslösenden Ursachen, Besprechung weiterführender Diagnosemaßnahmen und entsprechender Therapieverfahren.

Die relativ große Vorkommenshäufigkeit solcher Redebeiträge, die überlappende Turns der Gesprächsteilnehmer/-innen enthielten, war ein weiteres, für institutionelle Gespräche untypisches Ergebnis (Abbildung 3). In den Arzt-akuter Patient-Gesprächen und in den Unterrichtsstunden konnten Überlappungen oft als Mittel des Erwerbs des Rederechtes beobachtet werden, es wurde häufiger durch die Klienten/-innen initiiert. Den Überlappungen konnte eine weitere kommunikative Funktion zugeordnet werden: Sie dienten auch als Signal zur Mitwirkungsbereitschaft des/der den überlappenden Turn initiiierenden Gesprächspartners/Gesprächspartnerin (vgl. Sárkányiné, 2015; Kráncz, 2015). Diese Art und Weise der Wortübernahme und der Andeutung von Kooperationsbereitschaft charakterisiert eher die Alltagskonversation und kommt in asymmetrischen Gesprächen seltener vor (vgl. Sacks & Schegloff & Jefferson, 1974; Hutchby & Wooffitt, 2006).

Die Untersuchung der Korrelation zwischen Dauer und Turnzahl der Mikrodialoge bzw. der Partizipation der Gesprächsteilnehmer/-innen fand nicht nur ein weiteres Beispiel für die in institutionellen Gesprächen untypische sequenzielle Dialogstruktur, sondern wies auf ein interessantes Phänomen hin: In den Untersuchungen wurde nachgewiesen, dass die Partizipation der Patienten/-innen nicht



durch die Erhöhung der Zeitdauer der Dialoge, sondern durch die Erhöhung der Zahl der interaktiv ausgearbeiteten Turns größer wurde (Hambuch, 2013). Aus kommunikativer Sicht könnte dies folgender Weise interpretiert werden: Mehr Zeit für die interaktive Ausarbeitung eines kommunikativen Themas gehabt zu haben (siehe: Begriff des Mikrodialogs, 3.2.3.), bedeutete nicht, dass der Patient/die Patientin mehr zum aktuellen Thema beigetragen hätte, erst wenn ihm/ihr mehrere Turns, mehr Rederecht zugeteilt wurden, hatte er/sie die Möglichkeit, sich mehr ins Gespräch einzubringen, mehr zu einem Thema beitragen zu können, unabhängig von der Dauer der Ausarbeitung eines Themas. Dieses Ergebnis verstärkt die Bedeutung entsprechender ärztlicher Gesprächsführungs-Techniken, die den Arzt/die Ärztin befähigen, trotz des meistens knappen zeitlichen Rahmens einer Konsultation, das Gespräch so zu führen, dass der Patient/die Patientin mehr zu Wort kommt und sich so zum aktuellen Gesprächsthema ausführlicher äußern kann.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die sequenzielle Analyse der Dialoge in allen drei Korpora bestimmte Abweichungen von den für institutionelle, asymmetrische Gespräche typischen Dialogstrukturen aufwies. Die Regulierung der Zeitdauer lag zwar weiterhin in der Hand des Vertreters/der Vertreterin der Institution, die Verteilung der Redebeiträge zeigte aber eine relativ gleichmäßige Verteilung, der Vertreter/die Vertreterin der Institution gab dem Klienten/der Klientin mehr interaktiven Raum und ließ ihn/sie mehr zum Gespräch beitragen. Die hohe – mit der Alltagskonversation vergleichbare – Zahl überlappender Turns verwies auf die Aufweichung der Regeln institutioneller Kommunikation und deutete so auch auf eine gewisse Lockerung des institutionellen Rahmens hin.

Wenn die Ergebnisse der Sequenzanalyse auf weiteren Ebenen des Arzt-Patienten-Gesprächs interpretiert werden, können sie in den untersuchten AP-Gesprächen auch Informationen über die Verwirklichungsformen der Grundmodelle der AP-Beziehung liefern. Die kommunikative Gestaltung der Gespräche, die zeitlich weiterhin dem Arzt/der Ärztin obliegt und von seinen/ihren kommunikativen Kompetenzen abhängt, zeigte in den analysierten Interaktionen eine Verschiebung vom paternalistischen Beziehungsmodell – der absoluten ärztlichen Kontrolle über die Interaktion – in Richtung Kooperation und gemeinsamer Entscheidungsfindung.

Diese Ergebnisse erfordern natürlich weitere systematische Untersuchungen. Sie sind Vorstufen geplanter Forschungen, die einen Bottom-up-Ansatz verfolgen (s. dazu Bigi, 2016: 11) und durch Identifizierung und detaillierte Beschreibung einzelner (Problem-)Felder der AP-Kommunikation anhand der sprachlichen Gestaltung der Interaktionen, weitere Erkenntnisse über die – einer kontinuierlichen Umwandlung ausgesetzten – AP-Beziehung liefern könnten.

6 Ergebnisse und ihre Implikationen für den Hochschulunterricht

Die Untersuchungen zeigten eine Annäherung an die Alltagskonversation in den analysierten institutionellen Gesprächen und wiesen eine relativ gleichmäßige Beteiligung der Teilnehmer/-innen an den Gesprächen nach. Es stellt sich die Frage, ob der Vertreter/die Vertreterin der Institution und Klient/-in wirklich symmetrisch und in dem Sinne gleichberechtigt am Gespräch teilnehmen und dadurch eine partnerschaftliche Beziehung entwickeln.

In den letzten Jahren wurden Medizinstudenten/-innen und auch Ärzte/Ärztinnen in Fortbildungen immer mehr zu einer patientenorientierten Gesprächsführung angeleitet (vgl. Koerfer et al., 2009: 131). Zahlreiche Studien beschrieben einerseits die positiven Auswirkungen gelungener ärztlicher Kommunikation auf die Patientenzufriedenheit, die Kooperationsbereitschaft, die Anzahl stationärer und Notfallaufnahmen und nicht zuletzt auf den Gesundheitszustand der Patienten/-innen (vgl. Heisler et al., 2002; Pilling, 2008; Bensing & Verheul, 2010; Politi & Street, 2011; Street, 2013; Bigi, 2016: 30-33),

andererseits konnten Kommunikationsstörungen als Ursache von mangelndem Therapieerfolg, einer beeinträchtigten AP-Beziehung und langfristig sogar in einer gestörten ärztlichen Gesundheit bis hin zu einem Burnout bewiesen werden (vgl. Sator & Jünger, 2015: 333). Welche Inhalte sollten vor diesem Hintergrund in der medizinischen Aus- und Fortbildung vermittelt werden, damit dieses grundlegende ärztliche „Werkzeug“ der Gesprächsführung richtig eingesetzt wird? Vor allem sollten die Studierenden dafür sensibilisiert werden, dass die ärztliche Entscheidungsfindung die kommunikativen Kompetenzen sehr stark fordert, und keine Selbstverständlichkeit ist, die sich etwa mit der Zeit von selbst entwickelt und durch die berufliche Routine immer leichter und besser zu verwirklichen ist. Eine sogenannte Metakompetenz der Studierenden sollte gefördert und entwickelt werden, die sie befähigt, den aktuellen Bedürfnissen des Patienten/der Patientin entsprechend kommunikativ zu handeln bzw. die potenziellen Ansprüche des Patienten/der Patientin zu aktivieren (vgl. Koerfer et al., 2009: 136-138). Im optimalen Fall kann sich ein „kooperatives Wechselspiel“ in der AP-Kommunikation entwickeln, wobei jeder Beteiligte das Recht hat, die Interaktion mitzugestalten: Themen zu nennen und Ziele zu setzen, sich zu diesen zu äußern und eventuell auch auf die Kommunikation bezüglich bestimmter Themen zu verzichten (vgl. Koerfer, 2015: 131). Die sequenzielle Strukturanalyse der untersuchten Dialoge zeigte ein relativ ausgeglichenes kommunikatives Wechselspiel zwischen den Beteiligten der institutionellen Gespräche. Koerfer weist aber bereits darauf hin, dass dies keineswegs als eine „Halbierung der Macht“ (Koerfer, 2015: 131) zwischen Vertretern/-innen von Institutionen und Klienten/-innen aufgefasst werden darf. Vielmehr geht es in diesen Interaktionen um eine „diskursive Symmetrie“ (Koerfer, 2015: 131) der Gesprächsteilnehmer/-innen, nach der die Partner mit gleichen Chancen Gesprächsthemen bestimmen und sich dazu äußern können (vgl. Koerfer, 2015: 129-131). Dadurch können in kürzeren oder längeren Phasen des gemeinsamen Denkens Entscheidungen getroffen werden, die die weitere Beziehung zwischen den Vertretern/-innen und den Klienten/-innen bestimmen.

Durch die ärztliche Gesprächsführung oder die Kommunikation der Krankenhauslehrerin wurde auf der Beziehungsebene eine Anerkennung der Gleichheit der Partner vermittelt, deren Gültigkeit in der Kontrolle der zeitlichen Ausarbeitung der Interaktionen auf ihre Grenzen stößt. Studierende sollten sich gerade diese Kunst der Gesprächsführung eines Vertreters/einer Vertreterin einer Institution aneignen: einerseits das Streben nach einem gemeinsamen Konsens mit den Klienten/-innen, in dem sie angehört, gefragt und in ihrem kommunikativen Verhalten respektiert werden (z. B. wenn sie nicht reden wollen), andererseits dem institutionellen Rahmen und den Möglichkeiten durch die Steuerung der Interaktionen gerecht zu werden ohne die Beziehung mit den Klienten/-innen zu gefährden.

Literatur

- Bigi, S. (2016). *Communicating (with) Care*. IOS Press: Amsterdam, Berlin, Washington, DC
- Bensing, J. M. & Verheul, W. (2010). The silent healer: the role of communication in placebo effects. *Patient Education and Counseling*, 80(3), 293-299.
- Boronkai, D. (2009). *Bevezetés a társalgáselemzésbe*. Ad Librum: Budapest.
- Boronkai, D. (2014). A konverzációelemzés alkalmazása az orvos beteg kommunikációban. *Porta Lingua*, 17-34.
- Brinker, K. & Antos, G. & Heinemann, W. & Sager, S. F. (Hrsg.) (2001). *Text- und Gesprächslinguistik / Linguistics of Text and Conversation*. 2. Halbband, Walter de Gruyter.
- Deppermann, A. (2001). *Gespräche analysieren. Eine Einführung*. Qualitative Sozialforschung, Band 3., Leske + Budrich: Opladen. 75-76.
- Deppermann, A. (2010). Zur Einführung: ‚Verstehen in professionellen Handlungsfeldern‘ als Gegenstand einer ethnographischen Konversationsanalyse. In Deppermann, A., & Reitemeyer, U., & Schmitt, R. Spranz-Fogasy, T. (2010). *Verstehen in professionellen Handlungsfeldern*. Studien zur deutschen Sprache. Band 52. Narr Verlag: Tübingen. 7-27.



- Emanuel, E.J. & Emanuel, L.L. (1992). Four models of the physician-patient relationship JAMA, 267(16), 2221-2226.
- Faller, H. & Lang, H. (2016). *Medizinische Psychologie und Soziologie*. Springer: Berlin
- Gaal, I. (2016). Az internet hatása az orvos-beteg viszonyra. Orvosi Hetilap, 157(17), 680-684. <http://akademiai.com/doi/pdf/10.1556/650.2016.30456>
- Hambuch, A. (2013). *Szubjektív betegség-elképzelések nyelvészeti elemzése hipertóniás beteg - háziorvos konzultációkban*. PhD értekezés. Pécsi Tudományegyetem. Egészségtudományi Doktori Iskola. http://ltsp.etk.pte.hu/portal/wp/File/Doktoriiskola/Teziszfuzetek/ham_d.pdf
- Heisler, M. & Bouknight, R. R. & Hayvard, R. A. & Smith, D. M. & Kerr, E. A. (2002). The relative importance of physician communication, participatory decision making, and patient understanding in diabetes self-management. Journal of General Internal Medicine, 17(4), 243-252
- Heritage, J. & Maynard, D. (2006). *Communication in medical care: Interaction between primary care physicians and patients*. Cambridge
- Hutchby I. & Wooffitt R. (2006). Conversation analysis. Principles, practices and applications. Cambridge: Polity Press.
- Jefferson, G. (1983). Notes on some orderliness of overlap onset. Tilburg Papers in Language and Literature 28. Department of Linguistics, Tilburg University.
- Jefferson, G. (1986). Notes on latency in overlap onset. Human Studies, 9, 153-183.
- Koerfer, A. & Köhle, K. & Obliers, R. & Sonntag, B. & Thomas, W. & Albus, Ch. (2009). Training und Prüfung kommunikativer Kompetenz. Aus- und Fortbildungskonzepte zur ärztlichen Gesprächsführung. In: Meer, D. & Spiegel, C. (Hrsg.). Kommunikationstraining im Beruf. Verlag für Gesprächsforschung. Mannheim, 131-175.
- Koerfer, A. & Albus Ch. (2015). Dialogische Entscheidungsfindung zwischen Arzt und Patient. In: Busch, A. & Spranz-Fogasy (Hrsg.): Handbuch Sprache in der Medizin. De Gruyter. 116-135.
- Kránicz R. (2015). *Kórházpedagógus tanóráinak interakciós mintázata*. PhD értekezés. Pécsi Tudományegyetem. Egészségtudományi Doktori Iskola. http://ltsp.etk.pte.hu/portal/wp/File/Doktoriiskola/Teziszfuzetek/kranicz_dissz.pdf
- Kuna, Á. (2016). Személydeixis és önreprezentáció az orvos-beteg találkozón. Az első személyű deiktikus elemek mintázatai az orvosi kommunikációban. Magyar Nyelvőr, 2016/3.
- László, K. (2006). Az orvos-beteg kapcsolat szociológiai megközelítése. In Szántó, Zs. - Susánszky, É. (Szerk.). *Orvosi szociológia*. Semmelweis Kiadó: Budapest. 117-127.
- Lalouschek, J. (2002). Frage-Antwort-Sequenzen im ärztlichen Gespräch. In Brünner, G., & Fiehler, R., & Kindt, W. (Hrsg.). *Angewandte Diskursforschung*. Band 1. Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung. 155-173.
- Lalouschek, J. (2008). Ärztliche Gesprächspläne und Anliegen von PatientInnen in der chronischen Schmerzbehandlung. Work in Progress. Version 08/4. http://www.univie.ac.at/linguistics/personal/florian/Schmerzprojekt/downloads/Arbeitspapier_2007_Patientenanliegen_Lalouschek.pdf
- Lázár, I. & Túry, F. (2009). Az orvos-beteg kapcsolat. In Kopp M., - Berghammer R. (Szerk.). *Orvosi pszichológia*. Medicina: Budapest. 254-275.
- Málovics, É. & Vajda, B. & Kuba, P. (2009). Paternalism or shared decision making? Patients about physician-patient communication. In: Hetesi, E. & Majó, Z. & Lukovics, M. (eds.): World of services. [Paternalizmus vagy közös döntés? Páciensek az orvos-beteg kommunikációról. In: Hetesi, E. & Majó, Z. & Lukovics, M. (szerk.): A szolgáltatások világa]. JATEPress, Szeged.
- Pilling, J. (2008). *Orvosi kommunikáció*. Medicina: Budapest.
- Politi, M. C. & Street, R. L. J. (2011). The importance of communication in collaborative decision making: facilitating shared mind and the management of uncertainty. Journal of Evaluation in Clinical Practice, 17(4), 579-584
- Roter, D. & Hall, J. A. (2006). *Doctors talking with patients/patients talking with doctors: improving communication in medical visits*. Greenwood Publishing Group.
- Sacks, H. & Schegloff, E. & Jefferson, G. (1974). A simplest systematics for the organisation_of turntaking for conversation. Language, 50, 696-735.

- Sára, Z. & Csedő, Z. & Tóth, T., et al. (2013). The role of advanced information technology solutions in enhancing doctor-patient communication. [A korszerű információtechnológiai megoldások szerepe az orvos-beteg kommunikáció javításában.] *IME*, 12(4), 20–24. [Hungarian]
- Sárkányiné Lőrinc, A. (2015). *A családorvos – akut beteg kommunikáció nyelvészeti vonatkozásai*. PhD Értekezés. Pécsi Tudományegyetem. Egészségtudományi Doktori Iskola. http://ltsp.etk.pte.hu/portal/wp/File/Doktoriiskola/Teziszfuzetek/LorinczAnita_dissz.pdf
- Sator, M. & Jünger, J. (2015). Arzt-Patienten-Kommunikation in der medizinischen_Ausbildung. In: Busch, A. & Spranz-Fogasy, T. (2015): *Handbuch Sprache in der Medizin De Gruyter*, 33-347.
- Schmidt, Th. (2011). EXMARaLDA Partitur-Editor 1.5. <http://www.exmaralda.org/downloads.html>
- Schmidt, Th. & Schütte, W. (2011). Folker, Transkriptionseditor für das „Forschungs- und Lehrkorpus gesprochenes Deutsch“ (FOLK) Transkriptionshandbuch. <http://agd.idsmannheim.de/download/FOLKER-Transkriptionshandbuch.pdf>
- Selting, M. & Auer, P. & Barth-Weingarten, D. & Bergmann, J., et al. (2009). Gesprächsanalytisches Transkriptionssystem 2 (GAT 2). *Gesprächsforschung - Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion* (ISSN 1617-1837) Ausgabe 10 (2009), 353-402. www.gespraechsforschung-ozs.de
- Spranz-Fogasy, Th. (2010). Verstehensdokumentation in der medizinischen Kommunikation: Fragen und Antworten im Arzt-Patient-Gespräch. In: Deppermann, A., & Reitemeyer, U. & Schmitt, R. & Spranz-Fogasy, Th. (2010). *Verstehen in professionellen Handlungsfeldern*. Studien zur deutschen Sprache. Band 52. Tübingen: Narr Verlag.
- Street, R. L. J. (2013). How clinician-patient communication contributes to health improvement: modeling pathways from talk to outcome. *Patient Education and Counseling*, 92(3), 286-291.
- Tóth, T. & Remete, S. G. & Filep, N. et al. (2014). The e-patient is a friend or an enemy? Health-related internet use in Hungary. [E-páciens: barát vagy ellenség? Egészséggel kapcsolatos internetezési szokások Magyarországon.] *IME*, 13(9), 49–54. [Hungarian]
- Vajda, B. & Horváth, S. & Málóvics, É. (2012). Shared decision making, as an innovation in physician-patient communication. In: Bajmócy, Z. & Lengyel, I. & Málóvics, Gy. (eds.). *Regional capacity for innovation, competitiveness and sustainability*. [Közös döntéshozatal, mint innováció az orvos-beteg kommunikációban. In: Bajmócy, Z. & Lengyel, I. & Málóvics, Gy. (szerk.). *Regionális innovációs képesség, versenyképesség és fenntarthatóság*.] JATEPress, Szeged.
- Wasserman, R. C. & Inui, T. S. (1983). Systematic analysis of clinician-patient interactions: a critique of recent approaches with suggestions for future research. *Medical Care*, 21(3), 279-293.