

# Sprache Interaktion

Arbeitspapierreihe

Arbeitspapier Nr. 62 (04/2016)

## **Das Problem der zweiten Meinung: Vom Umgang mit Misstrauen in onkologischen Therapieplanungsgesprächen**

Wolfgang Imo

<http://arbeitspapiere.sprache-interaktion.de>

## **Das Problem der zweiten Meinung: Vom Umgang mit Misstrauen in onkologischen Therapieplanungsgesprächen**

### **1. Einleitung**

Misstrauen ist eine Haltung, die in der Interaktion zwischen ÄrztInnen und PatientInnen häufig zu beobachten ist. Es geht dabei auf Seiten der Patienten typischerweise um die Sorge, dass die vorgeschlagene Therapie möglicherweise nicht die optimale ist, und auf Seiten der Ärzte um die Aufrichtigkeit der Patienten (z.B. bei der Darstellung von Symptomen, bei der Angabe von gesundheitsgefährdenden Handlungen wie der Einnahme von Drogen oder auch der ‚compliance‘ in Bezug auf die durchzuführende Therapie). Im vorliegenden Beitrag soll auf einen Aspekt fokussiert werden, der von Ärzten und Patienten gleichermaßen relevant gesetzt wird: Die Aushandlung von Vertrauen und Misstrauen in Bezug auf die vorgeschlagene Therapie. Für die Patienten ist diese Aushandlung relevant, da diese für sich die bestmögliche Behandlung wünschen und daher sicherstellen wollen, dass der Therapievorschlag tatsächlich der in ihrem Fall optimale ist. Für die Ärzte ist die Aushandlung relevant, da ein Vertrauen der Patienten in die durchzuführende Therapie förderlich für deren ‚compliance‘, also ihr aktives Mitwirken, ist, was sich letztendlich im Behandlungserfolg niederschlägt.

Anhand eines Korpus von onkologischen Therapieplanungsgesprächen sollen in einer qualitativen empirischen Untersuchung die interaktionalen Aushandlungsprozesse von Ärzten und Patienten im Kontext der heiklen Frage der Einholung einer ‚zweiten Meinung‘ in Bezug auf die vorgeschlagene Therapie beschrieben werden. Heikel ist diese Frage deshalb, weil das Einholen einer zweiten Meinung stets einen Ausdruck des Misstrauens gegenüber dem behandelnden Arzt impliziert und somit gesichtsbedrohendes Potential aufweist. Der Aspekt des Misstrauens schwingt dabei so stark mit, dass er regelmäßig im Gespräch thematisiert wird. Ein besonders deutlicher Fall ist beispielsweise der eines Patienten, der die Thematik der ‚zweiten Meinung‘ mit der modalisierenden metakommunikativen Äußerung („nicht, dass ich jetzt da misstrauen würde oder so, aber...“) einleitet.

Im Folgenden wird nun zunächst das Projekt vorgestellt, in dessen Rahmen die Daten erhoben wurden. Es folgt ein kurzer Überblick über typische Probleme in der Arzt-Patienten-Interaktion sowie generell zur Aushandlung von Misstrauen in der Interaktion. Schließlich werden in einer exemplarischen Analyse Strategien diskutiert, mit denen die Patienten das Thema der ‚zweiten Meinung‘ einleiten und die Reaktion der Ärzte darauf. Im Anschluss daran werden die Strategien der Ärzte diskutiert, mit denen sie vorgreifend Bedenken der

Patienten ausräumen, sich eine zweite Meinung einzuholen oder mit denen sie ihre Diagnose durch Verweise auf Kollegen, etablierte Routinen o.ä. stützen.

## **2. Datengrundlage: Das Projekt „Von der Pathologie zum Patienten: Optimierung von Wissenstransfer und Verstehenssicherung in der Onkologie zur Verbesserung der Patientensicherheit“**

Die Daten wurden im Rahmen eines von der Deutschen Krebshilfe (Projektnummer 111172) geförderten Forschungsprojekts mit dem Titel „Von der Pathologie zum Patienten: Optimierung von Wissenstransfer und Verstehenssicherung in der Onkologie zur Verbesserung der Patientensicherheit“ erhoben, das von mir zusammen mit Prof. Dr. med. Thomas Rüdiger (Institut für Pathologie) und Prof. Dr. med. Martin Bentz (Medizinische Klinik III), die beide am Städtischen Klinikum Karlsruhe arbeiten, geleitet wird. Den Ausgangspunkt des geplanten Projekts bildet die Erfahrung, dass immer wieder Diskrepanzen zu beobachten sind zwischen dem medizinischen Befund, der in pathologischen Gutachten dargelegt wird, und den Interpretationen, die die behandelnden Ärzte auf der Basis dieser Gutachten aufstellen und für die Therapieplanung nutzen. Diese Diskrepanzen können in vergleichsweise harmlosen Fehlinterpretationen oder Missverständnissen resultieren, die aber Zeit kosten, da sie durch Rückfragen geklärt werden müssen, bevor oder während der Therapieplan erstellt wird. Sie können aber auch ernstere Konsequenzen haben, wenn keine solchen klärenden Rückfragen stattfinden und entsprechend eine nicht optimale Therapie ausgewählt wird. Eine weitere Beobachtung ist die, dass PatientInnen häufig Probleme haben, die Befunde, Therapievorschlüsse und erwarteten Auswirkungen auf ihr Leben zu verstehen, die in den Therapieplanungsgesprächen diskutiert werden.

Im Rahmen des vorliegenden Beitrags wird auf den zweiten Forschungsbereich des Projektes fokussiert, die Analyse der Therapieplanungsgespräche. Die Analyse der pathologischen Gutachten wird dabei ausgeklammert. Ein Forschungsteilziel des Projekts besteht darin, mit Hilfe konversationsanalytischer Methoden herauszufinden, an welchen Stellen in den Arzt-Patienten-Gesprächen kommunikative Problemquellen auftreten, wodurch sie zustande kommen, und wie sie gelöst werden können. Es zeigt sich, dass eine Problemquelle, die rekurrent in den Daten auftritt, den Themenkomplex der ‚zweiten Meinung‘ betrifft. Dieses Thema ist in den Gesprächen von großer Bedeutung, da nun erstmalig eine sichere Diagnose feststeht, nachdem die erforderlichen Voruntersuchungen und das pathologische Gutachten eingegangen sind und den Patienten nun sowohl die Diagnose als auch ein Therapievorschlüsse vorgestellt wird. Den Patienten wird im Normalfall eine Therapie erläutert, die für sie

unangenehme – und teilweise auch gefährliche – Folgen haben wird: Es handelt sich dabei je nach Art der Krebserkrankung um operative Eingriffe, Chemotherapie oder Strahlentherapie, oft auch um Kombinationen dieser Therapien. Es ist nicht verwunderlich, dass die Patienten daher sichergehen wollen, dass die vorgeschlagene Therapie wirklich die für sie bestmögliche bzw. empfehlenswerte Lösung ist. Darüber hinaus stellt sich für manche der Patienten auch die Frage nach Alternativen zur Schulmedizin oder nach die konventionelle Behandlung begleitenden alternativmedizinisch (z.B. anthroposophisch) orientierten Behandlungsmethoden. Da es sich bei den Gesprächen um die Erstgespräche der Therapieplanung handelt, ist dies genau der Platz, an dem Ärzte und Patienten das Thema der ‚zweiten Meinung‘ ansprechen müssen bzw. können.

Die Datenerhebung erstreckte sich vom Oktober 2014 bis April 2015. Insgesamt wurden 56 Aufklärungs- und Therapieplanungsgespräche im Umfang von 10 bis 40 Minuten (meist 20 Minuten) in vier Abteilungen aufgezeichnet. In der *Medizinischen Klinik I: Allgemeine Innere Medizin, Nephrologie, Rheumatologie und Pneumologie* wurden sechs Aufnahmen gemacht, in der *Medizinischen Klinik III: Hämatologie, Onkologie, Infektiologie und Palliativmedizin* 13 Aufnahmen, in der *Klinik für Allgemein- und Visceralchirurgie* eine Aufnahme und in der *Frauenklinik* 26 Aufnahmen. In den Gesprächen wird den Patienten die Erstdiagnose Krebs und die folgenden Therapiemaßnahmen mitgeteilt. Die Gesprächsleitung erfolgte stets durch den jeweiligen Oberarzt. Neben den Patienten waren teilweise auch Angehörige, Stationsärzte, Studenten im praktischen Jahr oder Famulanten der Klinik anwesend. In fast allen Fällen handelt es sich um Gespräche, die von den behandelnden Ärzten direkt nach Erhalt des pathologischen Gutachtens mit den Patienten geführt werden, d.h. die Art und der Grad der Krebserkrankung stehen nun fest und die behandelnden Ärzte haben einen Therapieplan entwickelt. Beides wird nun den Patienten mitgeteilt. Je nach Art und Stärke der Krebserkrankung bedeutet das oft auch, dass der Therapiebeginn sehr kurzfristig nach dem Gespräch angesetzt werden muss. Die Gespräche wurden von den Ärzten selbst mit ihnen bereitgestellten Aufnahmegeräten aufgenommen und im Anschluss gemäß der Konventionen des gesprächsanalytischen Transkriptionssystems (Selting et al. 2009) transkribiert (eine Liste der wichtigsten Transkriptionskonventionen findet sich im Anhang).

### **3. Methodisches Vorgehen**

Die vorliegende Untersuchung ist theoretisch und methodisch dem Forschungsparadigma der Konversationsanalyse (*ethnomethodological conversation analysis*) verpflichtet. Die Konversationsanalyse wurde von Sacks, Schegloff und Jefferson (1973, 1974, 1977) – im

Deutschen liegen Arbeiten von Bergmann (1981, 1988), Deppermann (2001), Levinson (2000) sowie Gülich/Mondada (2008) vor – begründet. Gerade für die Analyse hochkomplexer institutioneller Kommunikation hat sich der Ansatz der Konversationsanalyse als besonders geeignet herausgestellt. Das führe dazu, dass im Laufe der Zeit mit der Angewandten Gesprächsforschung (z.B. Becker-Mrotzek/Meier 2002; Brünner/Fiehler/Kindt 2002; Drew/Heritage 1993; Gülich 2007; Gülich/Lindemann 2010; Gülich/Lindemann/Schöndienst 2010; Jakobs 2008; Jakobs et al. 2011; ten Have 2007 u.v.a.) ein Forschungsparadigma entstanden ist, das speziell auf die Analyse kommunikativer Prozesse in Institutionen ausgerichtet ist.

Die Konversationsanalyse verfolgt das Ziel, die Struktur menschlicher Interaktion auf der Basis eines strikt empirischen Vorgehens zu beschreiben. Dadurch, dass authentische Gespräche aufgenommen und dann transkribiert werden, werden intersubjektiv nachvollziehbare Aussagen über Gesprächsstrukturen möglich. Von besonderer Bedeutung ist dabei die Tatsache, dass Bedeutung interaktional hergestellt wird, wie Linell (1998: 86) betont: “A dialogue is a joint construction [...]. This collective construction is made possible by the reciprocally and mutually coordinated actions and interactions by different actors. No part is entirely one single individual’s product or experience.” (Linell 1998: 86) Das bedeutet, dass eine zentrale Ressource, die es ermöglicht, zu beschreiben, was in einem Gespräch passiert, die jeweiligen Reaktionen des Gesprächspartners sind. Mittels der ‚next turn proof procedure‘, d.h. der Analyse der Reaktionen der Gesprächspartner auf eine Äußerung, können belastbare, empirisch überprüfbare Aussagen beispielsweise darüber getroffen werden, ob eine Aussage als negativ oder positiv wahrgenommen wird (ausführlich zu dieser Methode Hutchy/Wooffitt 2008). Im Fall der vorliegenden Frage nach dem Vorhandensein von Misstrauen in der Arzt-Patienten-Kommunikation am Beispiel der Frage nach der ‚zweiten Meinung‘ bedeutet das, dass idealerweise über die jeweiligen Reaktionen entweder der PatientInnen oder der ÄrztInnen gezeigt werden muss, ob und inwieweit das Thema der ‚zweiten Meinung‘ mit Misstrauen konnotiert wird und wie damit umgegangen wird.

Da im Bereich der Analyse medizinischer Kommunikation inzwischen zahlreiche Arbeiten aus konversationsanalytischer Perspektive vorliegen, sollen im folgenden Abschnitt nun der typische Aufbau und einige typische Probleme in der Arzt-Patienten-Kommunikation vorgestellt und dann speziell auf den Aspekt des Zweifelns bzw. Misstrauens fokussiert werden.

#### **4. Kommunikative Probleme in der Arzt-Patienten-Kommunikation**

Aus der angewandten Gesprächsforschung liegen inzwischen zahlreiche Untersuchungen vor, die sich mit der Analyse medizinischer Kommunikation beschäftigen. Von besonderem Interesse waren und sind dabei Anamnesegespräche, da ihnen die Stellung als „Prototyp aller medizinischen Diskurse“ (Lalouschek 2005: 92) zugeschrieben wird. Aber auch Visiten- und Aufklärungsgespräche wurden eingehend untersucht (z.B. Köhle/Raspe 1982; Meyer 2000; Rosumek 1990). Diese Untersuchungen ergaben, dass ein typisches Problem in Arzt-Patienten-Gesprächen mit Frage-Antwort-Handlungen zusammenhängt. Die Gespräche verlaufen auf Grund ihrer inhärenten Asymmetrie (der Arzt verfügt sowohl als Vertreter der Institution *Krankenhaus* als auch auf Grund seiner professionellen Erfahrung über mehr Macht, Dominanz und Wissen) oft dysfunktional. Asymmetrische Frage-Antwort-Strukturen sowie die hochgradig routinierte, serielle Struktur führen beispielsweise in Anamnesegesprächen dazu, dass behandlungsrelevante Aspekte nicht angesprochen werden, weil die Patienten sich nicht trauen, das Wort zu ergreifen. Eine Forderung ist entsprechend, die Patienten stärker am Gespräch zu beteiligen und das starre Frage-Antwort-Muster aufzubrechen (vgl. dazu Ehlich et al. 1990; Lalouschek 2002a; Nowak/Spranz-Fogasy 2008; Quasthoff 1990; Quasthoff-Hartmann 1982; Redder/Wiese 1994; Rehbein 1993; Spranz-Fogasy 1987, 2007). Ein weiterer bekannter Problemkreis neben der Routiniertheit durch festgefahrene Handlungsschemata betrifft Aspekte des Verstehens und der Verstehenssicherung: Wie erläutern die Ärzte den Patienten ihre Krankheit, den Therapieplan, die Medikamenteneinnahmeverfahren etc. und wie stellen sie sicher, dass die Patienten dies auch verstehen? Diese Frage ist von zentraler Bedeutung für den Erfolg einer Behandlung, da das Verstehen bzw. Nicht-Verstehen der Erläuterungen die *compliance* der PatientInnen in Bezug auf die vorgeschlagene Therapie beeinflusst. Wenn die Patienten entweder inhaltlich nicht verstehen, was der Arzt von ihnen will, oder ihnen die Relevanz oder Dringlichkeit der Argumentation unklar bleibt, so kann dies dazu führen, dass beispielsweise die Medikamenteneinnahme nicht, falsch oder unregelmäßig erfolgt. Darüber hinaus ist auch die Sicherung des Verstehens die Grundlage für die in der Medizin oft geforderte Patiententeilhabe (partizipative Entscheidungsfindung, auch genannt *shared decision making* bzw. patientenzentrierte Medizin; Klemperer 2003; 2009; Weis/Härter/Schulte/Klemperer 2011). Im Bereich der Analyse des Verstehens in der Arzt-Patienten-Kommunikation liegen beispielsweise Arbeiten vor, die auf die Problematik von Fach- gegenüber Laienterminologie (Bühlig/Durlanik/Meyer 2000; Gülich 1999; Gülich/Brünner 2002; Lörcher 1983) eingehen und Lösungsvorschläge entwickeln sowie allgemein sich mit Verstehensprozessen befassende Arbeiten, die nachzeichnen, wie die Wissensvermittlung im Gespräch abläuft (Günthner

2006, Lalouschek 2002b, Rehbein/Löning 1995, Sator/Spranz-Fogasy 2004, Spranz-Fogasy/Lindtner 2009 oder Spranz-Fogasy 2005; 2010), welche Gesprächsstrategien bei der Therapieplanung zu einer höheren bzw. niedrigeren *compliance* der PatientInnen führen (Spranz-Fogasy 1999) oder wie schlechte Diagnosen und Heilungsprognosen von ÄrztInnen den PatientInnen übermittelt werden (Fallowfield/Jenkins 2004).

Ein dritter großer Problemkomplex betrifft auch die Fragestellung der vorliegenden Untersuchung: Inwieweit vertrauen Patienten den Ärzten, ihren Diagnosen und Therapievorschlügen, und inwieweit setzen Ärzte dieses Vertrauen einfach voraus oder arbeiten aktiv an seinem Aufbau mit. Solche Fragen wurden im Kontext der Analyse von medizinischen Aufklärungsgesprächen beispielsweise vor Operationen diskutiert. Meyer (2000: 9) fasst die Forschung zu solchen Aufklärungsgesprächen zusammen und stellt fest, dass die Funktion in der Herstellung von Entscheidungskompetenz bei den Patienten besteht: „Aus juristischer Sicht entscheidet der Patient nach Aufklärung durch den Arzt darüber, ob er in einen Eingriff einwilligt oder nicht. Der Arzt muss den Patienten so umfassend informieren, dass dieser die Entscheidung unter Berücksichtigung der wesentlichen Aspekte der Operation, insbesondere der Risiken, treffen kann.“ Schon hier schwingt implizit der Aspekt des Vertrauens mit: Damit der Patient die Entscheidung treffen kann, muss er sich sicher sein, dass die Beratung und Aufklärung, die er erhält, auch korrekt ist. Explizit wird die Verbindung zu Vertrauen bzw. Misstrauen aufgebaut, wenn Meyer (2000: 9) feststellt, dass in der Forschung die Meinung vertreten wird, „dass eine wichtige Funktion der Patientenaufklärung im Angstabbau und der Herstellung einer vertrauensvollen Atmosphäre liegt. Diese Effekte lassen sich auf die Erfordernisse der Kooperation im Krankenhaus beziehen [...]“. Ähnliche Zusammenhänge stellt auch Spranz-Fogasy (1999) fest, der Gespräche untersuchte, in denen Ärzte Patienten Medikamente verschreiben. Dabei lassen sich sechs Strategien der Verschreibung ausmachen – (i) „Anordnung“, (ii) „erläuterte Anordnung“, (iii) „Alternativangebot“, (iv) „kommentiertes Alternativangebot“, (v) „offenes Angebot“ und (vi) „Pauschalangebot/Gewährung“ –, die entsprechend mit sechs erwarteten Handlungsmustern der Patienten einhergehen: Im Fall einer Anordnung wird von dem Patienten eine (erzwungene) Reaktion erwartet, im Fall ein erläuterten Anordnung wird der Zwang der Reaktion durch einen Appell an die Einsicht gemildert, im Fall des Alternativangebots wird zwar ein Entscheidungszwang aufgestellt, aber der Patient erhält zumindest innerhalb dieses Zwangs eine gewisse Wahlfreiheit: Bei einem kommentierten Alternativangebot wird dieser Zwang durch einen Appell an die Einsicht abgemildert, bei einem offenen Angebot wird die Initiative nun vollständig dem Patienten überlassen und

lediglich an dessen Einsicht plädiert, während bei einem Pauschalangebot ausschließlich auf die freie und eigenständige Wahl des Patienten gesetzt wird (Spranz-Fogasy 1999: 257). Es ist unschwer zu erkennen, dass die Handlungsalternativen alle von dem Grad des Ver- bzw. Misstrauens abhängen, das der Patient in den Arzt und entsprechend die Sinnhaftigkeit der Therapievorschläge hat. Je weniger Vertrauen vorhanden ist, desto größer die Chance, dass der Patient sich schließlich widersetzt. Der Aufbau von Vertrauen – und die Versuche, Misstrauen abzubauen – sind also fundamentale, in allen Arzt-Patienten-Gesprächen immer mitlaufende, meist nebenbei erledigte, aber zuweilen auch explizit thematisierte Gesprächsaufgaben. Im folgenden Abschnitt soll nun zunächst kurz dargestellt werden, was unter Ver- bzw. Misstrauen zu verstehen ist und welche Rolle es in der Arzt-Patienten-Kommunikation spielt.

### **5. Vertrauen, Misstrauen und ärztliche Kommunikation**

Vertrauen ist nicht nur in der institutionellen Kommunikation – wenngleich dort, und gerade in der Arzt-Patienten-Kommunikation ganz besonders, – eine notwendige Grundbedingung für gelingende Kommunikation. Nach Luhmann (1973: 8) handelt es sich bei Vertrauen um eine Maßnahme der Komplexitätsreduktion:

Wo es Vertrauen gibt, gibt es mehr Möglichkeiten des Erlebens und Handelns, steigt die Komplexität des sozialen Systems, also die Zahl der Möglichkeiten, die es mit seiner Struktur vereinbaren kann, weil im Vertrauen eine wirksamere Form der Reduktion von Komplexität zur Verfügung steht. (Luhmann 1973: 8)

Dies erklärt, weshalb gerade in der institutionellen Kommunikation Vertrauen unabdingbar ist: Die Möglichkeiten, Sachverhalte wahrzunehmen, und die damit einhergehenden Handlungsoptionen sind nicht nur vielfältig, sie implizieren auch oftmals nicht zu überblickende Auswirkungen auf *zukünftige* Handlungsoptionen. Als Patient ist man nicht in der Lage, über das gleiche Wissen zu verfügen, über das der Arzt verfügt – und, noch extremer, der Zusammenschluss der Ärzte, wie er im Kontext einer Krebserkrankung mit dem Hausarzt, der die Überweisung in die Klinik ausstellt, den Experten der bildgebenden Radiologie und der Ultraschalluntersuchungen, den Pathologen und schließlich den Onkologen, die mit der Therapieplanung befasst sind, auftritt. Nur durch Vertrauen sowohl in die Institution der Klinik als Ganze als auch in den mit der Therapieplanung befassten Arzt im Besonderen ist es möglich, die Handlungskomplexität auf ein erträgliches Maß zu reduzieren. Das Problem speziell im Kontext der medizinischen Interaktion ist nun, dass man durch Vertrauen auf zukünftige Ereignisse oder Gegebenheiten spekuliert, die zum eigenen Vorteil gereichen sollen: „Wer Vertrauen erweist, nimmt Zukunft vorweg. Er handelt so, als ob er der



Zukunft sicher wäre.“ (Luhmann 1973: 8) Während eine solche Spekulation auf die Zukunft bei einer Online-Bestellung beispielsweise von einem Computer bei einem dubiosen Händler zu einem überschaubaren Risiko führt – im schlimmsten Fall verliert man einige Hundert Euro – führt sie bei einer Krebsbehandlung im schlimmsten Fall zum Tod. Es steht also in diesem Fall viel zu viel auf dem Spiel, als dass man die „riskante [...] Vorleistung“, als die Luhmann (1973: 22) das Vertrauen bezeichnet, guten Gewissens eingehen könnte. Im Falle einer Krebsdiagnose und der anschließend vorgeschlagenen Therapie steckt der Patient nun in dem Dilemma, einerseits nicht selbst über ausreichend Wissen zu verfügen, um handeln zu können, und andererseits nicht zu wissen, ob und inwieweit er der Institution Klinik und dem behandelnden Arzt trauen kann. An dieser Stelle hat man es zudem mit einer hochkomplexen Verankerung von Vertrauen sowohl in die Institution Klinik als auch in die Ärzte, mit denen der Patient in Kontakt kommt, als Einzelpersonen zu tun. Luhmann (1973: 4) spricht dabei davon, dass sich Vertrauen in einem „Interaktionsfeld [ausbildet], das sowohl durch psychische als auch durch soziale Systembildungen beeinflusst wird und keiner von ihnen exklusiv zugordnet werden kann.“ Vertraut werden muss der Institution als Ganze, d.h. es muss auf die Autorität der Klinik als Apparat vertraut werden in dem Sinne, dass die kumulierten Teilleistungen der Untersuchung, des pathologischen Gutachtens, der Interpretation der Untersuchungsergebnisse etc. unanfechtbar sind, und es muss konkret auf die Autorität der Ärzte, mit denen man als Patient in Kontakt kommt, vertraut werden: Mit anderen Worten: Sowohl eine Institution als auch eine Person benötigt die „Autorität des Vertrauens, dass sie Wahrheit vermittelt.“ (Luhmann 1973: 57) Das ist viel verlangt und fordert in der Realität genau das Gegenteil des Vertrauens heraus, das Misstrauen.<sup>1</sup> Dieses hat zahlreiche Ursachen: Wissen oder Hörensagen über das Versagen von Institutionen, etablierte, medial vermittelte Topoi wie der *Ärztepfusch*, aber auch die Lexik einer Sprache selbst, wie z.B. durch Wörter wie *Behandlungsfehler* (definiert im Duden-Wörterbuch als Fehler bei einer medizinischen Behandlung; <http://www.duden.de/rechtschreibung/Behandlungsfehler>) tragen dazu bei, an den Autoritäten und ihrem Wahrheitsanspruch zu zweifeln.

Bei Vertrauen läuft somit Misstrauen als zweite Option immer mit, was Luhmann (1973: 78; vgl. auch Amos 2014) wie folgt beschreibt:

---

<sup>1</sup> Vgl. hierzu auch Amos (2014), die die Problematik von Vertrauen und Misstrauen im schulischen Kontext untersucht: „Daher sind die Bewertungen, Beurteilungen und Diagnosen der Lehrkräfte weitgehend akzeptiert. Das elterliche Anvertrauen der Kinder an die Schule ist dann enttäuscht, wenn die Entscheidungen der Lehrkräfte als dem Kind nicht gerecht werdend, vielleicht sogar unrecht tuend, empfunden werden. Der Vertrauenspakt zwischen Eltern und Schule hängt, das sollte noch hinzugefügt werden, auch mit der Autorität der Lehrkraft zusammen. Diese Autorität ist der Lehrkraft grundsätzlich zugeschrieben, sie muss sich nicht erst beweisen.“

Misstrauen ist jedoch nicht nur das Gegenteil von Vertrauen, sondern als solches zugleich ein funktionales Äquivalent von Vertrauen. Nur deshalb kann (und muss) man nämlich zwischen Vertrauen und Misstrauen wählen. Die qualitative Unterschiedlichkeit und funktionale Äquivalenz von Vertrauen und Misstrauen klärt sich, sobald man auf die Funktion des Vertrauens achtet. Vertrauen reduziert soziale Komplexität, vereinfacht also die Lebensführung durch Übernahme eines Risikos. Fehlt die Bereitschaft dazu oder wird Vertrauen ausdrücklich verneint, um die Risiken einer voreiligen Absorption durch Unsicherheit zu vermeiden, ist damit allein das Problem noch nicht gelöst. (Luhmann 1973: 78)

Dies beschreibt gut das Dilemma: Misstrauen alleine löst die Probleme nicht, im Gegenteil, damit verkompliziert sich die Entscheidungslage für die Patienten. Dieses Dilemma ist im Endeffekt nicht lösbar, es kann lediglich sprachlich verhandelt und dadurch abgemildert werden. Vertrauen muss in der Interaktion aufgebaut werden, ein Mittel dazu sind sprachliche Rituale. Wie wichtig das ist, zeigt der folgende Gesprächsausschnitt aus einem Therapieplanungsgespräch mit zwei ÄrztInnen (A1, A2) und einer Patientin (PW):

Beispiel 1

236 A1 ka i sIEbenundsechzig ist acht proZENT also dann;  
 237 A2 na ALso;  
 238 das sind das sind GUTe eigenschaften;  
 239 GOTTseidank das isch-  
 240 A1 mhm,  
 241 A2 JA?  
 242 PW glück im UNglück?  
 243 A1 mhm,  
 244 A2 ja [so was] wir bisher WISsen kann man das so sagen;  
 245 PW [geNAU;]  
 246 A2 mhm.  
 247 PW naja GUT;  
 248 ich DENke ja ma:l,  
 249 anhand der erFAHrung;  
 250 die sie (--) HABen;  
 251 sehen sie ja da SCHON a [bissl] was.  
 252 A1 [hm- ]  
 253 A2 ISCH so isch so.  
 254 JA.

Die beiden Ärzte A1 und A2 nehmen Bezug auf das pathologische Gutachten, wobei sie feststellen, dass der Wert von acht Prozent für den Indikator ki-67 ein gutes Zeichen ist. Die Patientin vervollständigt in Z. 242 kollaborativ die abgebrochene Äußerung von A2 aus Z. 239 mit „glück im UNglück?“, was von A1 zwar bestätigt wird („mhm“; Z. 243), von A2 allerdings mit einer Einschränkung versehen wird („ja so was wir bisher WISsen kann man das so sagen“; Z. 244). Daraufhin nimmt die Patientin ihre positive Bewertung ebenfalls etwas zurück („naja GUT“; Z. 247) und thematisiert dann die ärztliche Arbeit: „ich DENke ja ma:l, anhand der erFAHrung; die sie (--) HABen; sehen sie ja da SCHON a bissl was.“ (Z. 248-251). Von Seiten der Patientin wird in vielerlei Hinsicht Vertrauen verlangt: Nicht nur, dass sie selbst mit dem Indikator ki-67 nichts anfangen kann und so auf die Interpretation der

Ärzte vertrauen muss, sie muss darüber hinaus auch noch mit deren vorsichtiger Relativierung umgehen, da die Ärzte selbst ja häufig keine eindeutigen Prognosen liefern können. Wie Rosumek (1990: 36) anhand einer Analyse von Arzt-Patienten-Kommunikation zeigt, haben sprachliche Rituale, sofern sie „dazu dienen, den Gesprächspartner zu bestätigen und ihm im Idealfall mögliche Perspektiven aufzuzeigen“ das Potential, „zu den vertrauensbildenden Maßnahmen in der Arzt-Patient-Beziehung“ zu zählen. Die ‚Arbeit‘ des Ausräumens von Misstrauen und Aufbaus von Vertrauen ist also eine sprachlich-kommunikative. Um herauszufinden, mit welchen solches Mittel die Arzt-Patienten-Kommunikation verbessert werden kann, ist es nun nötig, diese Gespräche auf ihr ‚Misstrauens-Potential‘ hin zu untersuchen.

## **6. Das Problem der ‚zweiten Meinung‘ als ein Problem des Misstrauens**

Ein rekurrentes Thema, das dazu führt, dass in den Therapieplanungsgesprächen explizit oder implizit Misstrauen verhandelt wird, betrifft die Frage des Einholens einer zweiten Meinung in Bezug auf die vorgeschlagene Therapie. Diese Frage kann einerseits von den Patienten ausgehen, die sich vor die Aufgabe gestellt sehen, in irgendeiner Weise dieses Thema anzusprechen. In Abschnitt 6.1 sollen daher die Patienten als ‚Initiatoren‘ in den Blick genommen werden: Die Frage ist, wie sie das Thema der ‚zweiten Meinung‘ einleiten und wie die Ärzte auf das Thema reagieren. Doch auch von Seiten der Ärzte muss mit dem Thema des Einholens einer ‚zweiten Meinung‘ umgegangen werden. Sie können ebenfalls dieses Thema ansprechen und – im Sinne von vertrauensbildenden Maßnahmen sowie der Mithilfe, aus abhängigen Patienten mündige zu machen – die entsprechenden Alternativen aufzeigen. In Abschnitt 6.2 werden somit die Ärzte als ‚Initiatoren‘ fokussiert. Hier geht es darum, mit welchen Strategien sie ihre Therapieplanung einerseits als gesichert und somit nicht ‚zweite-Meinung-bedürftig‘ markieren und andererseits aber auch Patienten ausdrücklich ermutigen oder gar auffordern, eine zweite Meinung einzuholen.

### **6.1. „nicht, dass ich jetzt da misstrauen würde, aber...“: Patienten als Initiatoren der Thematisierung von Misstrauen und ‚zweiter Meinung‘**

Eine Beobachtung – die sich mit den in der Literatur zu Arzt-Patienten-Kommunikation immer wieder festgestellten Befunden deckt, dass die Ärzte in der Regel aktiver die Gesprächssteuerung übernehmen als die Patienten und Angehörigen – ist, dass Patienten und Angehörige meist reaktiv handeln. Vor allem der Bereich der zweiten Meinung wird eher ‚über Umwege‘ ins Spiel gebracht, häufig dadurch, dass aufgezeigt wird, dass man sich – sei

es im Internet, sei es über Bekannte – bereits über Alternativen informiert hat. Dabei wird der Aspekt der zweiten Meinung im Sinne eines tatsächlichen Einholens eines zweiten Gutachtens nicht thematisiert, sondern lediglich darauf verwiesen, dass man von Alternativen zu der vorgeschlagenen Behandlung gehört hat.

Ein Beispiel für eine solche Strategie findet sich in folgendem Transkriptauszug. Eine Patientin (P) wurde gerade von dem Arzt (A) über ihre geplante Therapie aufgeklärt (ebenfalls anwesend ist ein Angehöriger der Patientin (Ang)). Im Anschluss daran initiiert sie eine Frage nach einer alternativmedizinischen Begleittherapie:

Beispiel 2: Misteltherapie

- 464 P ich hätte jetzt noch ne frage zu ner beGLEITtherapie zum  
beispiel mIstelspritzen oder so.
- 465 A mhm,
- 466 P sieht man da ne MÖglichkeit bei diesem?
- 467 A ja des isch ein ganz klares NEIN.
- 468 das sollte man bei dEr art von erkrankung NICHT machen weil man  
nicht weiß wie diese mistel in das immunsystem eingreift und  
die lymphzellen irgendwie vielleicht beeinflusst in schlechtem  
sinne.
- 469 P okay.
- 470 A was die KRANKheit betrifft.
- 471 P hat man da erfAHRungen?
- 472 A ja.
- 473 P HAT man.
- 474 A da wird also tatsächlich EINdeutig davon abgeraten.
- 475 P hat das jetzt was mit der bestimmten erkrankung des lymPHOMS zu  
tun oder mit-
- 476 A generell lymPHOM,
- 477 generell lymPHOMerkrankung ja ehm genau.
- 478 was solche beGLEITtherapien betrifft da haben wir-
- 479 kann ich ihnen auch ANbieten mal einen termin auszumachen mit  
unserer ehemaligen kolleEgin,
- 480 die anthroposophisch verSIERT ist und jetzt auch in XX hat in  
ner anthroposophischen klinik.
- 481 ham se vielleicht schon einmal geHÖRT.
- 482 P ich KENN die;
- 483 ja.
- 484 A die is dort Oberärztin.
- 485 Ang sie ist antropoSOPhin;
- 486 P nein ich bin nicht antropoSOPhin aber ich bin so orientiert.
- 487 Ang im erGEBnis schon.
- 488 A und die macht zum beispiel diese ganzen MISteltherapien.
- 489 P sie sind unter ( );
- 490 A die kommt aber die war ja bei uns n paar JAHre,
- 491 und die KOMMT einmal in zwei wochen,
- 492 und da könnte man ihnen auch mal n terMIN vermitteln um mit der  
zu sprechen was die vielleicht sonst noch für ideen hat  
außerhalb.
- 493 da gibts ja noch viele ANdere dinge außerhalb von misteln.

In der themeneröffnenden Frage kann man gut die Ambivalenz erkennen, die mit solchen Fragen nach Behandlungsalternativen verbunden sind: Zunächst wird die Frage sehr vorsichtig durch den Konjunktiv („ich hätte jetzt noch ne frage“; Z. 464) eingeleitet. Es

handelt sich dabei um eine sogenannte Prä-Sequenz, eine Struktur, die vor potentiell heikle Aktivitäten wie beispielsweise Bitten, Handlungsaufforderungen o.ä. vorgeschaltet werden kann, um den Rezipienten ‚vorzuwarnen‘, dass nun eine solche heikle Aktivität folgen wird. Eine Frage mit einer Prä-Sequenz wie *ich hätte da noch eine Frage* einzuleiten, kann in bestimmten Kontexten dazu verwendet werden, zugleich diese Frage als potentiell problematisch zu kennzeichnen. Neben dem Einsatz einer Prä-Sequenz wird darüber hinaus auch noch die Strategie verwendet, erst allgemein von „beGLEITtherapie“ zu sprechen und dann, eingeklammert durch Vagheitsmarker („hedges“ nach Lakoff 1973) wie „zum beispiel“ und „oder so“ die konkrete Therapie „mIstelspritzen“ zu erwähnen. Es ist klar, dass die Patientin sich darüber informiert hat (Fachausdrücke wie *Begleittherapie* sowie das Detailwissen, dass die Misteltherapie in Spritzen verabreicht wird, weisen darauf hin), sie moderiert das Thema jedoch in hohem Maße für den Arzt gesichtsschonend als eine vage Möglichkeit an. Der Arzt weist die Möglichkeit einer solchen Begleittherapie daraufhin zwar eindeutig zurück („des isch ein ganz klares NEIN.“; Z. 467) und liefert eine fundierte Begründung für seine Zurückweisung, nämlich dass man bei der Art der Krebserkrankung der Patientin tatsächlich weiß, dass eine begleitende Misteltherapie sich negativ auswirken kann. Vorbildlich im Sinne der Bereitstellung maximaler Handlungswahlfreiheit für die Patientin ist jedoch seine folgende Ausführung: Auch wenn die von der Patientin selbst recherchierte Begleittherapie nicht durchgeführt werden kann, wird ihr die aktiv die Möglichkeit einer fundierten – d.h. nicht selbst recherchierten, sondern durch eine Ärztin gelieferten – zweiten Meinung geboten, indem der Vorschlag der Kontaktherstellung zu einer anthroposophisch orientierten Kollegin des Arztes gemacht wird. Die Initiierung des Ansprechens von Alternativen durch die Patientin ist also durch die aktive Reaktion des Arztes schließlich zum Erfolg geführt worden.

Etwas weniger erfolgreich ist der Versuch einer Lebensgefährtin (LG) des Patienten (P), durch die Strategie, auf selbst recherchiertes Wissen mögliche Alternativen in der Behandlung anzusprechen, in folgendem Beispiel:

Beispiel 3: Stand der Wissenschaft

503 LG .hh ähm (.) des gibt verschIEdene KREBSarten,  
 504 hab ich mir SAgen lassen;  
 505 also ve? verschiedene GRAdE der- (--)  
 506 der erKRANKung oder de?-  
 507 des KREBS,  
 508 .hh äh- [hh]  
 509 A [er] hat ein aDENokarzinom.  
 510 LG und WA:S?  
 511 A das ist der STANdardtumor;  
 512 der hÄUfigste tumor im DARMBereich.  
 513 P mhm.

514 LG mhm-  
 515 oKAY,  
 516 A über den ich jetzt auch geSPROCHEn habe.  
 517 LG mhm-  
 518 P [mhm]-  
 519 A [ja,]  
 520 und weil sies vom AUSbreitungsgrad haben,  
 521 da meinen sie SICHERlich den streUgrad über den körper?  
 522 LG ja oder die TIEfe des-  
 523 es soll verschiedene TIEFwerte beim- (---)  
 524 da MEInen sie (--) polyPen,  
 525 LG (XXX)  
 526 A die mehr oder minder KRANK sind und in die dArmwand einwachsen.  
 527 P mhm;  
 528 LG das kann [SEIN] ja:;  
 529 P [ja. ]  
 530 P mhm.  
 531 [ja ja. ]  
 532 A [das IS:]-  
 533 LG [ich-]  
 534 A [is:-]  
 535 das ist schon überSCHRITten;  
 536 weil es schon gestREUT hat.  
 537 LG ach so oKAY.

Auch hier sind die eindeutig Dispräferenz markierenden Strategien zu erkennen, mit denen das Thema alternativer Meinungen eingeführt wird: Die Lebensgefährtin benennt die Quelle ihres Wissens sehr vage als „hab ich mir SAGen lassen“ (Z. 504). Sie ist dazu auch nicht in der Lage, mit genauem Wissen aufzuwarten, sie verweist unsicher auf „GRAdE der- (--) der erKRANKung“ (Z. 505-506), was von dem Arzt zunächst mit der erneuten Benennung der Krebsart durch einen Fachbegriff („adEnokarzinom“; Z. 509) beantwortet wird. Die Angehörige legt dabei offen, dass sie nicht über fundiertes Wissen verfügt, worauf der Arzt eine alltagssprachliche Erläuterung nachliefert (Z. 511-512). Erst dann geht er auf den Begriff der *Grade der Krebsart* ein und liefert seine Interpretation als „streUgrad über den körper“ (Z. 521), die von der Patienten jedoch zurückgewiesen wird („oder die TIEfe“; Z. 522). Erneut bietet der Arzt eine Interpretation an („da MEInen sie (--) polyPen“; Z. 524), die von der Patientin zögerlich („das kann SEIN ja:“; Z. 528) akzeptiert wird. Der Arzt beendet das Thema schließlich abrupt durch die Aussage „das ist schon überSCHRITten, weil es schon gestREUT hat.“ (Z. 535-536), womit die Sequenz beendet ist. Es folgt auch keine weitere Thematisierung einer möglichen Alternativbehandlung. Diese Sequenz zeigt sehr gut die Problematik einer ‚verdeckten‘ Thematisierung der Frage nach der ‚zweiten Meinung‘. Im vorliegenden Fall könnte LG entweder wirklich ‚nur‘ nach Hintergrundinformationen über die Krebsart gefragt haben, oder es könnte ein verdecktes Fragen nach Alternativen sein. Es hängt somit von in diesen Fällen nicht zuletzt von dem Arzt ab, wie er solche Fragen begreift und ob er eine explizite Thematisierung der ‚zweiten Meinung‘ an solche Fragen anhängt.

Zuweilen wird von den Angehörigen oder Patienten selbst die Möglichkeit, eine zweite Meinung einzuholen, angesprochen, wie im folgenden Beispiel:

Beispiel 4: nicht, dass ich da jetzt misstrauen würde  
 1314 P ehm EIne frage hätt ich jetzt noch;  
 1315 ehm nicht dass ich jetzt da missTRAUen würde oder so,  
 1316 aber es ist ja grundsätzlich auch so eine frage zweite MEInung.  
 1317 KLAR das is erst sicher dann sinnvoll nAch der bekanntgabe der  
 endgültigen befunde;  
 1318 A würde ich so SEhen.  
 1319 ja.  
 1320 P keine FRAge.  
 1321 ehm stehen sie dem OFFen gegenüber oder sagen sie da warum soll  
 das;  
 1322 das ist doch alles ganz KLAR.  
 1323 A nein GUT dass sie es ansprechen,  
 1324 wir stehen dem sehr OFFen gegenüber\_ne,  
 1325 also das befürworten wir aktIV und das machen sie wenn sie das  
 bedürfnis haben unbedingt.  
 1326 sie kriegen da von uns auch alle UNterlagen die sie brauchen um  
 diese zweitmeinung einzuholen\_ne,  
 1327 und das macht schon SINN.  
 1328 find ich SCHON wenn sie das bedürfnishaben machen sie das\_ne,  
 1329 P gut.

Auch hier ist der ‚heikle‘ Charakter der Frage sehr gut zu sehen: Die Frage wird mit einer metasprachlichen „Prä-Sequenz“ (vgl. Jefferson 1972), die potentiell gesichtsbedrohende Stellen markieren kann, eingeleitet („EIne frage hätt ich jetzt noch“; Z. 1314) und mit einem zusätzlichen „hedging“ (1973) versehen, das explizit das potentiell gesichtsbedrohende Problem benennt – das Misstrauen: „nicht dass ich jetzt da missTRAUen würde oder so, aber“ (Z. 1315-1316). Auch die Strategie, die Frage nach der zweiten Meinung als ein grundsätzliches (Z. 1316) Problem zu benennen und nicht als ein konkretes, den Patienten in der gegenwärtigen Situation betreffendes, gehört zu den Strategien, mit denen die heikle Gesprächssituation ‚entschärft‘ werden kann. Wie sich zeigt, sind die Bedenken des Patienten allerdings völlig unbegründet: Der Arzt bewertet die Tatsache, dass der Patient das Thema angesprochen hat, positiv („GUT dass sie es ansprechen“; Z. 1323) und zeigt sich sehr kooperativ, dem Patienten bei der Einholung der zweiten Meinung zu helfen. Auch hier zeigt sich, dass der Arzt dem Patienten alle Möglichkeiten einer umfassenden Meinungsbildung bereitstellt.

Es wird in den Daten deutlich, dass das Problem des Misstrauens in der Realität eher eines der *Vorstellung* der Patienten ist, eine Art „Misstrauens-Unterstellungs-Erwartung“: Die Patienten (und Angehörigen) gehen davon aus, dass das Thema ein Problematisches ist und sind überrascht, wenn die Ärzte ganz im Gegenteil zu ihren Annahmen nicht nur kein Problem damit haben, sondern sogar unterstützend handeln. Hier ist auch eine Patientenaufklärung

nötig in dem Sinne, dass Patienten sich darüber bewusst werden müssen, dass sie mit der ‚zweiten Meinung‘ kein ‚Problem‘ ansprechen, sondern etwas ‚ganz Normales‘.

## 6.2. „oder sie sagen ich will noch eine zweite MEInung mir irgendwo anders einholen“: Ärzte als Initiatoren von Misstrauen und Fragen zu einer ‚zweiten Meinung‘

Dass die Ärzte mit dem Misstrauen der Patienten rechnen müssen, wird besonders deutlich im folgenden Gesprächsausschnitt. Die Patientin (PW) hat in dem Gespräch eben erst von der Ärztin (A1) die Diagnose Brustkrebs erfahren, die bei ihr die schlimmsten Befürchtungen auslöst:

Beispiel 5: meinen sie ich lüg sie AN?  
 050 A1 ECHT;  
 051 es is NIX schlimmes;  
 052 das ist-  
 053 PW <<weinend> das SAgen sie bloß nur;>  
 054 A1 warum soll ich das bloß nur SAgen?  
 055 PW ((schluchzt; ca. 2 Sekunden))  
 056 A1 frau ((Name)) wie kommen sie denn DA drauf?  
 057 [meinen ] sie ich lüg sie AN?  
 058 PW [<ha ja-> <weinend>>  
 059 NEIN des nicht aber-  
 060 A1 natürlich ist das ein bösartiger TUmor;  
 061 aber das ist KEI:N tumor,  
 062 der wirklich bösartig IST,  
 063 der schnell WÄCHST,

Die Ärztin versucht der Patientin zu vermitteln, dass die Diagnose Brustkrebs nicht zwangsläufig eine katastrophale Diagnose bedeutet. Vor Einsetzen des Transkripts stellte sie die Therapie als erwartungsgemäß komplikationslos und erfolgreich verlaufend dar. Die Patientin weist diese Darstellung weinend mit den Worten „das SAgen sie bloß nur“ (Z. 053) zurück und verweist damit auf den bekannten Topos des Verschweigens negativer Diagnosen durch Ärzte zum psychischen Wohl des Patienten.<sup>2</sup> Die Ärztin fragt zunächst nach, welche Motivation ihr für diese Falschaussage von der Patientin unterstellt wird (Z. 054) und als diese nicht antwortet, baut sie ihre Frage zunächst dadurch aus, dass sie die Einschätzung der Patientin als ungewöhnlich darstellt („wie kommen sie denn DA drauf?“; Z. 156) und dann explizit die Handlung der Patientin als eine Unterstellung der Lüge anspricht („meinen sie ich lüg sie AN?“; 057), was für die Patientin sehr gesichtsbedrohend ist. Auf diese Strategie reagiert die Patientin: Sie weist mit einem stark betonten „NEIN“ die Interpretation der Ärztin zurück, dass sie ihr eine Lüge unterstellen würde und deutet dann mit einer Aposiopese,

<sup>2</sup> Vgl. Peters (2015: 49-50), der Studien anführt, nach denen noch bis in die 1960er Jahre über 90 Prozent der Ärzte in den USA ihre Patienten über eine Krebsdiagnose im Unklaren ließen, um sie zu schonen. Erst Ende der 1970er Jahre setzte ein Umdenken in Richtung Aufklärung ein.



einem Abbruch ihrer Äußerung, an, dass dennoch ihre Bedenken nicht ausgeräumt sind. An dieser Stelle setzt nun die Ärztin an, indem sie eine ausführliche, für Laien verständliche Darstellung des Tumors liefert, die der Patientin hilft, zu verstehen, weshalb in ihrem Fall die Diagnose Brustkrebs keine katastrophale Diagnose darstellt.

Dieser Ausschnitt illustriert sehr gut das stets mit dem Potential von Misstrauen unterlegte Verhältnis von Arzt und Patient: Die Patienten können weder die medizinischen Fakten der Gutachten interpretieren noch verfügen sie über das Wissen über die Heilungschancen verschiedener Krebsarten. Sie sind daher davon abhängig, dass die Ärzte ihnen die Wahrheit sagen und dass ihre Aussagen auf einem – mehr oder weniger sicheren – Fundament aufbauen. Dass dieses Misstrauen ubiquitär ist, ist daran erkennbar, dass sich verbale Absicherungsstrategien der Ärzte wie ein roter Faden durch die Gespräche ziehen. Mit Absicherungsstrategien sollen die Strategien bezeichnet werden, mit denen Ärzte (meist vorausgreifend) ihre eigenen Diagnosen, Therapievorschlüsse und Heilungsprognosen durch Verweise auf Kollegen, die der gleichen Meinung sind, auf etablierte, internationale Behandlungsempfehlungen, auf Studien etc. validieren.

Im folgenden Gesprächsausschnitt ging die Information des Arztes (A) an den Patienten (P) voran, dass dieser eine chronische Krebserkrankung hat, die über einen langen Zeitraum, wenn nicht sogar lebenslang mit Tabletten behandelt werden muss. Der Patient fragt daraufhin, ob nicht eine Chance besteht, dass der Krebs verschwindet und er keine Tabletten mehr nehmen werden muss. Daraufhin antwortet der Arzt mit einer langen Ausführung:

Beispiel 6: Stand der Wissenschaft

324 A und sie haben RECHT es besteht die chance,  
 325 P (3.0) ((räuspert sich))  
 326 A dass im besten fall (2.0) sie (---) in (3.0) zwei drei jahren  
 (.) KEIne tabletten mehr nehmen müssen im besten fall.  
 327 DAS ist genau der moderne stand der wissenschaft und ehm diese  
 frage ist Unbeantwortet;  
 328 oKAY,  
 329 u::nd-  
 330 P ((räuspert sich))  
 331 A aber wir behandeln natürlich UNsere patienten nach dem besten  
 stand der wissenschaft,  
 332 so auch SIE,  
 333 u::nd für SIE:: bedeutet das (--) dass wir beide ihnen (1.5)  
 empfehlen an einer sogenannten behandlungsstudie teilzunehmen.  
 334 (3.0)  
 335 A stUdie hört sich jetzt für sie vielleicht KOmisch an aber das  
 ist der begriff der medizinischen wissenschaft;  
 336 (2.0)  
 337 in studien (-) behandeln wir patiEnten nach BESTmöglichem  
 standard und gehen bestimmten wissenschaftlichen fragen nach;  
 338 ja?  
 339 und ehm die behandlung ist also (-) europaweit verEINheitlicht.  
 340 oKAY?

((2 Minuten))

378 A .h und diese studie (--) führt auch MIT sich,  
 379 dass sie MAXimal überwacht sind;  
 380 das ist alles GA:NZ stark standardisiert und das wird ihnen  
 frau x ja nachher noch erklären;  
 381 das ist unsere studienärztin die beschäftigt sich (---) im  
 prinzip mit NICHTS anderem als solchen (---) studien\_okAy?  
 382 die ist da ganz TIEF im thema drin;

((5 Minuten, in denen der Arzt die Messmethoden erläutert, mit denen die Krebszellen im Blut erkannt werden können; zum Ende der Erläuterung kommt er darauf zu sprechen, dass es sein kann, dass man irgendwann auch mit empfindlichen Messmethoden nichts mehr finden kann und schließt rückwirkend die folgende Antwort an die Frage des Patienten an.))

489 A ja ja also das ist-  
 490 ja das is (--) MÖglich und entspricht dem stand der (.)  
 behAndlung.

Zur Stützung der Heilungsprognose – und damit auch der vorgeschlagenen Therapie – werden eine ganze Reihe von mögliche Einwände des Patienten vorgehenden Absicherungsstrategien geliefert: Es wird „der moderne stand der wissenschaft“ (Z. 327) erwähnt, womit der Arzt dem Patienten indirekt mitteilt, dass er auf genau diesem aktuellen Stand ist, also über alle relevanten Informationen über die Behandlung verfügt. Durch die Reformulierung kurz darauf, dass es sich um den „besten stand der wissenschaft“ (Z. 331) handelt, baut er zusätzlich Vertrauen auf. Eine weitere durchgängige Strategie besteht darin, dass die Ärzte sich als Teil des Kollektivs der Klinik betrachten (*wir*) und nicht als Einzelperson (*ich*).<sup>3</sup> Eine dritte Strategie besteht auf den Verweis auf die Teilnahme an Behandlungsstudien (Z. 333), die dafür sorgen, dass „patiEnten nach BESTmöglichem standard“ (Z. 337) behandelt werden, da die Studien von vielen Ärzten gemeinsam durchgeführt und vor allem „MAXimal überwacht“ (Z. 379) werden. Eine vierte Strategie besteht im Verweis auf routinierte, vereinheitlichte Behandlungsstandards (Z. 339; Z. 380),<sup>4</sup>

<sup>3</sup> Auch der Verweis auf das gemeinsame Entscheiden über die Therapie im Tumorboard gehört zu dieser Strategie:

Beispiel 7: Tumorboard

203 A WENN sie operiert sind,  
 204 P mhm,  
 205 A werden se noch mal in einem gemeinsamen Tumorboard vorgestellt,  
 206 wo die FÄLle, (--)  
 207 von verschiedenen FACHrichtungen der medizin gemei-  
 208 all? (-) allgemein besPROChen werden,  
 209 P mhm,  
 210 A dort wird mit höchster wahrscheInlichkeit dann eine systemische theraPIE  
 rauskommen,  
 211 das heißt eine CHEmotherapie.

<sup>4</sup> Auch der Wechsel zu *man* (statt *ich* oder *wir*) dient dazu, den Therapieplan als auf extern vorgegebenen – und somit etablierten und entsprechend vertrauenswürdigen Routinen basierend – zu kennzeichnen:

Beispiel 8: die chirurgen sehens genauso

079 A was bedeutet das für SIE,  
 080 es bedeutet für SIE,  
 081 → dass man mehrere behandlungsschritte empFIEHLT;  
 082 (1.0)  
 083 LG mhm.  
 084 A der Erste schritt WÄre,  
 085 → dass man (.) den Ursprungstumor im bereich (-) des DICKdarmes entfernt.

und schließlich lässt sich auch der Verweis auf besonders kompetente Kollegen („das ist unsere Studienärztin die beschäftigt sich (---) im Prinzip mit NICHTS anderem als solchen (-- -) studien\_oKAY? die ist da ganz TIEF im Thema drin“; Z. 381-382) in die Gruppe der Absicherungsstrategien einordnen.

Die bislang beschriebenen Phänomene – der Umgang der Ärzte mit von Patienten, Lebensgefährten oder Angehörigen offen oder verdeckt gezeigtem Misstrauen und die (vorausgreifenden) Strategien der Absicherung der eigenen Aussagen – betreffen den Aspekt der zweiten Meinung nur ‚über Umwege‘, insofern ein Patient, der nicht in die Diagnose vertraut, vermutlich darüber nachdenken wird, eine zweite Meinung einzuholen. Umgekehrt wird ein Patient, der weiß, dass seine Therapie internationalen Standards genügt, von einer Studie überwacht wird und gemeinsam von mehreren Ärzten besprochen und für geeignet befunden wurde, vermutlich eher Vertrauen in die Therapie fassen und daher womöglich das Einholen einer zweiten Meinung für nicht notwendig halten. Explizit wird aber auf das Einholen einer zweiten Meinung nicht eingegangen.

Schon deutlich stärker wird dieser Aspekt allerdings dann, wenn Ärzte zeigen, dass sie damit rechnen, dass Patienten sich im Vorfeld des Therapieplanungsgesprächs über ihre vermutete Krebsart und Behandlungsmethoden informiert haben. Die Patienten werden ja jeweils mit Verdacht auf bestimmte Krebsarten eingeliefert, und auch wenn sie noch nicht sicher sind, ob sich der Verdacht erhärtet oder welcher Art oder in welchem Stadium der Krebs ist, so ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass sie sich darüber informieren. Dabei ist das Internet heute der Ort, an dem als erstes nach einer ‚zweiten Meinung‘ – bzw. gerade wenn es um medizinische Foren geht, nach dutzenden ‚zweiten‘ Meinungen – gesucht wird. Dass diese Patientenrecherche von den Ärzten inzwischen als Normalfall betrachtet wird, zeigt der folgende Gesprächsausschnitt:

Beispiel 9: Internet

265 A oder wie wir auch in den letzten Jahren sagen können eine  
kombinierte Chemotherapie.  
266 ich weiß nicht inwiefern? inwiefern sie schon nochmal irgendwie  
bereits was nachgeguckt haben im Internet,  
267 oder ob sie da schon ein bisschen was-  
268 oder haben sie sich jetzt erst einmal ein bisschen bedeckt gehalten  
mit dem Recherchieren;  
270 P nee ich hab mich jetzt noch überhaupt noch gar nicht;  
271 A oKAY.

Während der Arzt dem Patienten den Therapieplan erläutert, unterbricht er sich in Z. 265 und fragt nach, ob sich der Patient bereits über seine Krebsart und deren

---

Behandlungsmöglichkeiten erkundigt hat, was möglich gewesen wäre, da der Patient vor der eigentlichen Diagnose und dem Aufklärungsgespräch ja bereits wusste, welche Krebsart von den Ärzten vermutet wurde. Wenn der Arzt Bescheid weiß, ob ein Patient solche Informationen eingeholt hat, ist es für ihn möglich, genauer auf das angenommene Vorwissen des Patienten einzugehen, in diesem Fall beispielsweise die verschiedenen Therapieoptionen miteinander zu vergleichen. Es zeigt sich, dass der Patient in diesem Fall aber noch keine eigenen Recherchen unternommen hat und entsprechend keine Alternativen kennt.

Zum Schluss sollen nun explizite Thematisierungen der ‚zweiten Meinung‘ durch die Ärzte analysiert werden. Die Frage steht dabei im Vordergrund, wie die Ärzte damit umgehen und wie sie explizit oder implizit das Thema bewerten.

Im folgenden Gesprächsauszug beendet der Arzt gerade seine Schilderung der Therapieplanung und wechselt im Anschluss unvermittelt zu der Frage der ‚zweiten Meinung‘. Dieses Thema war von Patient und Angehörigen offenbar schon in einem vorigen Gespräch (das nicht aufgezeichnet wurde und entsprechend für die Analyse nicht vorliegt) vor dem Therapieplanungsgespräch angesprochen worden und der Arzt (A) kommt nun darauf zurück und fragt, ob jetzt, nach der Therapieplanungsdarstellung, der Patient (P) noch eine zweite Meinung einholen möchte:

Beispiel 10: sie hatten ja auch ganz offen nach ner zweiten meinung gefragt  
 834 A würden wir uns schon WÜNschen eh (--) dass wir das betreuen dürfen.=  
 835 =<<all> sie hatten ja auch ganz offen nach ner zweiten MEInung gefragt;>  
 837 das is noch THEma?  
 838 P mhm.  
 839 A gut.  
 840 ja.  
 841 ehm der ARZTbrief ist jetzt noch (.) auf den aktuellen stand zu bringen natürlich\_ja,  
 842 und das macht frau x aber und dann KRIEgen sie das und dann wenden sie sich an ein zEntrum ihrer wahl; (---)  
 843 vermutlich liegt die universität X da nah oder Y; (---)  
 844 ich WEIß nich an wen sie DENken?  
 845 P eher im beKANNtenkreis;  
 846 jemand der sich da gut AUSkennt;  
 847 A ja GERne okay;

Der Arzt beendet in Z. 834 die Erläuterung einer Studie, an der der Patient teilnehmen könne, wenn er die vorgeschlagene Therapie durchführt (vgl. die vorige Diskussion zu Absicherungsstrukturen). In einem schnellen Anschluss und mit einem hohen Sprechtempo schließt der Arzt unmittelbar an seinen Wunsch, dass er den Patienten gerne im Rahmen der Studie in der Therapie betreuen würde (Z. 834), das Thema der ‚zweiten Meinung‘ an. Dass es sich um ein potentiell heikles Thema handelt, wird durch die prosodische Gestaltung, d.h.

das schnelle Sprechen deutlich, mit dem ‚unangenehme Themen‘ eingeleitet werden können. Auch die Charakterisierung der Frage als „ganz offen“ (Z. 835) erfüllt die gleiche Funktion des Markierens einer heiklen Äußerung (vgl. ausführlich dazu Stoltenburg 2009). Nachdem der Patient sein Interesse an einer zweiten Meinung bestätigt, sind allerdings keine weiteren Dispräferenz anzeigenden Strategien auszumachen: Der Arzt versucht noch, herauszufinden, bei wem die ‚zweite Meinung‘ eingeholt werden soll, kommentiert dann die Antwort des Patienten „eher im beKANNntenkreis; jemand der sich da gut AUSkennt“ (Z. 845-846) mit „ja GERne okay“ (Z. 847) und beendet die Sequenz über die ‚zweite Meinung‘ damit.

Im Normalfall wird durch die Ärzte allerdings der Aspekt der ‚zweiten Meinung‘ nicht als potentiell heikel markiert. Im folgenden Fall setzt der Arzt nicht nur keine verbalen Strategien (schnelles Sprechen; metakomentative Kommentare) ein, mit denen das Thema als potentiell problematisch markiert wird, er bringt die Frage sogar ohne jedes Zutun des Patienten ein. Nachdem der Arzt dem Patienten mitgeteilt hatte, dass er für ihn einen sehr schnellen Termin für die Aufnahme der Patienten in der ambulanten Chemotherapie ausmachen konnte, was er positiv bewertet, fügt dann qualifizierend hinzu:

Beispiel 11: oder sie sagen ich will noch eine zweite MEInung  
 494 A und des is schon n ziemlich GÜter früher termin.  
 495 wenn sie sagen das REICHT mir nicht,  
 496 oder sie sagen ich will noch eine zweite MEInung mir irgendwo  
 anders einholen,  
 497 P mhm,  
 498 A ja des is wahrscheinlich der FALL;  
 499 oder vielLEICHT der fall,  
 500 P also ich hab im HINterkopf,  
 501 das sag ich jetzt einfach ganz OFFen,  
 502 A ja ja,  
 503 P natürlich mich noch mal also einfach ich WEIß jetzt noch nicht  
 in welcher form,  
 504 ich möchte auf JEDen fall mit meinem hAUsarzt rücksprache  
 halten und mit ihm dann noch mal drüber sprechen.  
 505 A genau.  
 506 ja.  
 507 P und dann dass wir zwei mal überLEgen ob es sinn macht noch ne  
 zweite mEInung oder nicht,  
 508 also dass ich dann EINFach dann noch n bissl-  
 509 mhm,  
 510 P also ZEIT in anführungsstrichle haben mir da.  
 511 A oKAY also ich glaub bei unter medizInern ist das jetzt wirklich  
 ne völlig EIndeutige sache.  
 512 P mhm,  
 513 A wo keine zweite meinung unbedingt [NOTwendig ist,]  
 514 P [NOTwendig ist;]  
 516 A aber wir sind da VOLLkommen offen.  
 517 P mhm.  
 518 A und wenn des für sie ein beDÜRfnis darstellt,  
 519 dann ist das überhaupt GAR kein thema,  
 520 und SO viel zeit hätten sie auch noch ja;

521 P also im im prinZIP ist mein bedürfnis des also mein bedürfnis  
sehr groß nach all also nach zusätzlichen alternativen zu  
schauen.

522 A mhm.

Der Patient könnte sich durch die schnelle Abfolge von Diagnose, Vorstellung des Therapieplans und bereits vereinbartem konkreten Termin für den Therapiebeginn ‚überfahren‘ fühlen. Der Arzt baut daher das Vertrauen des Patienten in die Therapie dadurch auf, dass er aktiv dem Patienten die Möglichkeit aufzeigt, eine zweite Meinung einzuholen: „wenn sie sagen das REICHT mir nicht, oder sie sagen ich will noch eine zweite MEInung mir irgendwo anders einholen“ (Z. 495-496). Der Patient bestätigt, dass das Einholen einer ‚zweiten Meinung‘ zumindest im Raum steht und mit dem Hausarzt zusammen besprochen werden sollte. Der Arzt stellt klar, dass eine zweite Meinung eigentlich nicht notwendig sei – wieder wird als Strategie des Vertrauensaufbaus der Verweis auf das Kollektiv, hier „unter medizInern“ (Z. 511), gewählt – bestätigt aber den Patienten mehrfach („wir sind da VOLLkommen offen“; Z. 516, „überhaupt GAR kein thema“; Z. 519, „SO viel zeit hätten sie auch noch“; Z. 520) in seiner Entscheidung.

### **7. Fazit: vom Umgang mit Misstrauen in Therapieplanungsgesprächen**

Wie die Analyse gezeigt hat, ist Misstrauen etwas, das in allen der Therapieplanungsgesprächen mitläuft und verbal behandelt werden muss. Misstrauen entsteht, da Patienten nicht über das Fachwissen der Ärzte verfügen und daher nicht einschätzen können, (i) ob und inwieweit die Diagnose und darauf aufbauende Therapieplanung des Arztes korrekt und gerechtfertigt ist, (ii) ob die vorgeschlagene Therapie die bestmögliche und dem internationalen Standard entsprechende ist, (iii) ob der Arzt die Wahrheit über die Diagnose sagt oder ob er z.B. zum Schutz des Patienten negative Aspekte verschweigt und (iv) wie hoch die Heilungschancen sind. Erschwert wird die Situation auch noch dadurch, dass in vielen Fällen die Therapie und der gesamte Ablauf rund um die Therapie mit einer Reihe von Unsicherheiten verbunden sind, die auch der Arzt nicht klären kann: Es gibt optionale begleitende Untersuchungen, die nicht unbedingt notwendig sind (in einem Gespräch stellt sich heraus, nachdem der Patient seine Abneigung gegen eine Knochenmarkspunktion geäußert hat, dass man auf diese in seinem Fall auch verzichten könnte, auch wenn sie standardmäßig eigentlich durchgeführt wird),<sup>5</sup> es gibt die Wahl zwischen verschiedenen Therapieplänen, die jeweils Vor- und Nachteile haben (z.B. längere

---

<sup>5</sup> Der Arzt konzediert schließlich „also jetzt ganz dringend kann ichs ihnen jetzt guten gewissens NICHT empfehlen, aber es ist halt unsere rouTine dass man das eben bei soner lymphOmerkrankung eigentlich macht.“

Dauer gegenüber weniger Nebenwirkungen o.ä.),<sup>6</sup> und in manchen Fällen ist auch die Diagnosegrundlage tatsächlich unklar und es muss mit Wahrscheinlichkeiten operiert werden. Erschwert wird die Lage darüber hinaus auch noch dadurch, dass die Patienten sich über das Internet informieren und dort mit einer Vielzahl von schwer einzuordnenden Informationen konfrontiert werden. Um dafür zu sorgen, dass die Patienten dem Therapieplan zustimmen und der Diagnose und Therapieplanung vertrauen, müssen Ärzte auf diese Aspekte eingehen. Als eine wichtige Strategie, um das Misstrauen der PatientInnen abzubauen und Vertrauen aufzubauen, haben die ÄrztInnen vorausgreifende ‚Absicherungsstrategien‘ entwickelt: Es wird auf international etablierte Behandlungsstandards, mit Kollegen gemeinsam getroffene Entscheidungen, die Teilnahme an überwachten Studien oder auf die besondere Expertise von KollegInnen verweisen. Diese Strategien laufen das gesamte Gespräch über mit und tragen, wie man in den Daten immer wieder sehen kann, durchaus dazu bei, das Misstrauen ab- und das Vertrauen aufzubauen. Auch das von den Ärzten selbst angesprochene Einholen einer ‚zweiten Meinung‘ (sei es über das Internet oder eine tatsächlich fundierte ärztliche zweite Meinung) ist eine solche Strategie des Abbaus von Misstrauen. Hier zeigt sich besonders deutlich, dass Misstrauen nicht über objektive externe Aspekte reduziert werden kann, sondern über subjektive Aspekte des Erlebens des Handelns des Gesprächspartners:

Die Schwierigkeit hat ihren Grund darin, dass Vertrauen und Misstrauen, wie wir sahen, symbolisch vermittelte, generalisierte Handlungen sind, die nicht mit spezifisch angebbaren objektiven Ursachen variieren, sondern durch subjektive Prozesse der vereinfachenden Erlebnisverarbeitung gesteuert werden. (Luhmann 1973: 83)

Nimmt der Patient die Handlungen des Arztes als vertrauenserweckend wahr, schwindet das Misstrauen. Die konsequenten Verweise auf standardisierte Behandlungsverfahren, kollektive Entscheidungsfindung in der Klinik, Überwachung der Behandlungen durch Studien sowie die Option, eine zweite Meinung einzuholen, tragen dazu bei, dass der Patient Diagnose und Therapie als fundiert ansieht. Es ist entsprechend in der ärztlichen Gesprächsausbildung zu empfehlen, dass Ärzte das Thema des ‚Sich-Informierens‘ durch den Patienten über externe Quellen (von Ratgebern über das Internet bis zur ärztlichen ‚zweiten Meinung‘) aktiv ansprechen und als ‚normale‘ Handlungen darstellen sollen: Misstrauen durch den Patienten ist nichts, das negativ oder gesichtsbedrohend zu bewerten ist, sondern eine natürliche Einstellung, deren verbale Behandlung notwendiger Teil des Therapieplanungsgesprächs ist, um eine erfolgreiche Behandlung zu gewährleisten.

---

<sup>6</sup> In der Erläuterung einer noch nicht vollständig geplanten Therapie bewertet der Arzt die Alternativen „nur Chemotherapie“ oder „Tabletten und Chemotherapie“ mit den Worten: „wenn man tableTten nimmt, kann man das Abkürzen. (1.0) aber das hat ALles seine vor und NACHteile.“

**Literatur:**

Amos, Karin (2014): Anvertrauen, vertrauen, misstrauen: Eine pädagogische Vignette. In: Assmann, Heinz-Dieter Assmann, Frank Baasner, und Jürgen Wertheimer (Hrsg.): Vertrauen. Baden-Baden: Nomos, 29-42.

Becker-Mrotzek, Michael und Christoph Meier (2002): Arbeitsweisen und Standardverfahren der Angewandten Diskursforschung. In: Brüner, Gisela et al. (Hrsg.) Angewandte Diskursforschung (Bd. 1). Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung, 18-45.

Bergmann, Jörg (1981): Ethnomethodologische Konversationsanalyse. In: Schröder, Peter und Hugo Steger (Hrsg.): Dialogforschung. Düsseldorf: Schwann, 9–51.

Bergmann, Jörg (1988): Ethnomethodologie und Konversationsanalyse. Hagen: Skript Fernuniversität Hagen.

Brüner, Gisela, Reinhard Fiehler und Walther Kindt (Hrsg.) (2002): Angewandte Diskursforschung (2 Bände). Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung.

Bührig, Kristin, Latif Durlanik und Bernd Meyer (2000): Arzt-Patienten-Kommunikation im Krankenhaus – konstitutive Handlungseinheiten, institutionelle Handlungslinien. In: Arbeiten zur Mehrsprachigkeit 2, 1-32.

Deppermann, Arnulf (2001): Gespräche analysieren. Opladen: Leske & Budrich.

Drew, Paul und John Heritage (1993): Talk at work. Cambridge: Cambridge University Press, 3-65.

Ehlich, Konrad et al. (Hrsg.) (1990): Medizinische und therapeutische Kommunikation. Diskursanalytische Untersuchungen. Opladen: Westdeutscher Verlag.

Fallowfield, Lesley und Valerie Jenkins (2004): Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. In: Lancet 363, 312-319.

Gülich, Elisabeth (1999): ‚Experten‘ und ‚Laien‘: Der Umgang mit Kompetenzunterschieden am Beispiel medizinischer Kommunikation. In: Union der Deutschen Akademien der Wissenschaften: Sächsische Akademie der Wissenschaften zu Leipzig (Hrsg.): ‚Werkzeug Sprache‘: Sprachpolitik, Sprachfähigkeit, Sprache und Macht. Hildesheim: Olms, 165-169.

Gülich, Elisabeth (2007): ‚Volle Palette in Flammen‘. Zur Orientierung an vorgeformten Strukturen beim Reden über Angst. In: Psychotherapie & Sozialwissenschaft 1, 59-87.

Gülich, Elisabeth und Gisela Brüner (2002): Verfahren der Veranschaulichung in der Experten-Laien-Kommunikation. In: Brüner, Gisela und Elisabeth Gülich (Hrsg.) Krankheit verstehen: interdisziplinäre Beiträge zur Sprache in Krankheitsdarstellungen. Bielefeld: Aisthesis, 17-93.

Gülich, Elisabeth und Katrin Lindemann (2010): Communicating emotion in doctor-patient interaction. In: Barth-Weingarten, Dagmar, Elisabeth Reber und margret Selting (Hrsg.): Prosody in Interaction. Amsterdam: Benjamins, 269-294.

Gülich, Elisabeth, Katrin Lindemann und Martin Schöndienst (2010): Interaktive Formulierung von Angsterlebnissen im Arzt-Patient-Gespräch. In: Dausenschön-Gay, Ulrich, Christine Domke und Sören Ohlhus (Hrsg.): Wissen in (Inter-)Aktion. Verfahren der Wissensgenerierung in unterschiedlichen Praxisfeldern. Berlin: de Gruyter, 135-160.

Gülich, Elisabeth und Lorenza Mondada (2008): Konversationsanalyse: Eine Einführung an Beispielen aus französischer Kommunikation. Tübingen: Niemeyer.



Günthner, Susanne (2006): Rhetorische Verfahren bei der Vermittlung von Panikattacken. Zur Kommunikation von Angst in informellen Gesprächskontexten. In: *Gesprächsforschung – Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion* 7, 124-151.

Hutchby, Ian und Robin Wooffitt (2008): *Conversation Analysis*. Cambridge: Polity Press.

Jakobs, Eva-Maria (2008): Unternehmenskommunikation. Arbeitsfelder, Trends und Defizite. In: Niemeyer, Susanne und Hajo Diekmannshenke (Hrsg.): *Profession und Kommunikation*. Frankfurt/Main: Lang, 13-31.

Jakobs, Eva-Maria, Reinhard Fiehler, Denise Eraßme und Anne Kursten (2011): Industrielle Prozessmodellierung als kommunikativer Prozess. Eine Typologie zentraler Probleme. In: *Gesprächsforschung – Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion* 12, 223-264.

Jefferson, Gail (1972): Sequential aspects of storytelling in conversation. In: Sudnow, Davin N. (Hrsg.): *Studies in social interaction*. New York: Free Press, 219–248.

Klemperer, Davis (2003): Wie Ärzte und Patienten Entscheidungen treffen. Konzepte der Arzt-Patient-Kommunikation. In: Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health, i03-302, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung. Berlin. URL: [bibliothek.wzb.eu/pdf/2003/i03-302.pdf](http://bibliothek.wzb.eu/pdf/2003/i03-302.pdf)

Klemperer, Davis (2009): Qualitätssicherung durch informierte Patienten. In: Klusen, Fließgarten, Nebling (Hrsg.) *Informiert und selbstbestimmt: Der mündige Bürger als mündiger Patient*. Beiträge zum Gesundheitsmanagement (24). Nomos-Verlag, 139-155.

Köhle, Karl und Hans-Heinrich Raspe (Hrsg.) (1982): *Das Gespräch während der ärztlichen Visite*. München: Urban & Schwarzenberg.

Lakoff, George (1973): Hedges: A Study in Meaning Criteria and the Logic of Fuzzy Concepts. In: *Journal of Philosophical Logic* 2, 458–508.

Lalouschek, Johanna (2002a): Frage-Antwort-Sequenzen im ärztlichen Gespräch. In: Brüner, Gisela, Reinhard Fiehler und Walther Kindt (Hrsg.): *Angewandte Diskursforschung: Grundlagen und Beispiele* (Bd. 1). Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung, 155-173.

Lalouschek, Johanna (2002b): ‚Hypertonie?‘ – oder das Gespräch mit PatientInnen als Störung ärztlichen Tuns. In: Fiehler Reinhard (Hrsg.): *Verständigungsprobleme und gestörte Kommunikation*. Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung, 97-115.

Lalouschek, Johanna (2005): *Inszenierte Medizin*. Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung.

Levinson, Stephen C. (2000): *Pragmatik*. Tübingen: Niemeyer.

Linell, Per (1998): *Approaching Dialogue*. Amsterdam: Benjamins.

Lörcher, Helgard (1983): *Gesprächsanalytische Untersuchungen zur Arzt-Patienten-Kommunikation*. Tübingen: Niemeyer.

Luhmann, Niklas (1973): *Vertrauen. Ein Mechanismus der Reduktion sozialer Komplexität*. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag.

Meyer, Bernd (2000): Medizinische Aufklärungsgespräche: Struktur und Zwecksetzung aus diskursanalytischer Sicht. In: *Arbeiten zur Mehrsprachigkeit* 8, 1-38.

Nowak, Peter und Thomas Spranz-Fogasy (2008): Gespräche mit Patienten: Ein alltägliches und komplexes Arbeits- und Steuerungsinstrument für Ärzte. In: *kliniker* 37, 15-19.

Peters, Tim (2015): „Sie können sich das quasi aussuchen, welches sie nehmen.“ – Die interaktionale Aushandlung der therapeutischen Entscheidungsfindung in der medizinischen

Ausbildung. Mannheim: Verlag für Gesprächsforschung (URL: <http://www.verlag-gespraechsforschung.de/2015/pdf/entscheidungsfindung.pdf>).

Quasthoff-Hartmann, Uta M. (1982): Frageaktivitäten von Patienten in Visitingesprächen: Konversationstechnische und diskursstrukturelle Bedingungen. In: Köhle, Karl und Hans-Heinrich Raspe (Hrsg.): Das Gespräch während der ärztlichen Visite: Empirische Untersuchungen. München: Urban & Schwarzenberg, 70-101.

Quasthoff, Uta M. (1990): Das Prinzip des primären Sprechers, das Zuständigkeitsprinzip und das Verantwortungsprinzip. Zum Verhältnis von ‚Alltag‘ und ‚Institution‘ am Beispiel der Verteilung des Rederechts in Arzt-Patient-Interaktionen. In: Ehlich, Konrad, Armin Koerfer, Angelika Redder und Rüdiger Weingarten (Hrsg.): Medizinische und therapeutische Kommunikation. Opladen: Westdeutscher Verlag, 67-81.

Redder, Angelika und Ingrid Wiese (Hrsg.) (1994): Medizinische Kommunikation: Diskurspraxis, Diskursethik, Diskursanalyse. Opladen: Westdeutscher Verlag.

Rehbein, Jochen (1993): Ärztliches Fragen. In: Löning, Petra und Jochen Rehbein (Hrsg.): Arzt-Patienten-Kommunikation. Berlin: de Gruyter, 311-364.

Rehbein, Jochen und Petra Löning (1995): Sprachliche Verständigungsprozesse in der Arzt-Patienten-Kommunikation. Hamburg: Hamburger Zentrum für Mehrsprachigkeit und Sprachkontakte.

Rosumek, Silke (1990): Sprachliche Rituale: Vertrauensbildende Maßnahmen in der Arzt-Patient-Kommunikation. In: Ehlich, Konrad, Armin Koerfer, Angelika Redder und Rüdiger Weingarten (Hrsg.): Medizinische und therapeutische Kommunikation. Opladen: Westdeutscher Verlag, 27-65.

Sacks, Harvey und Emanuel A. Schegloff, Emanuel (1973): Opening up Closings. In: *Semiotica* 8, 289–327.

Sacks, Harvey, Emanuel A. Schegloff und Gail Jefferson (1974): A Simplest Systematics for the Organization of Turn-Taking in Conversation. In: *Language* 50, 696–735.

Sacks, Harvey, Emanuel A. Schegloff und Gail Jefferson (1977): The Preference for Self-Correction in the Organization of Repair in Conversation. In: *Language* 53, 361–382.

Sator, Marlene und Thomas Spranz-Fogasy (2004): Medizinische Kommunikation. In: Antos, Gerd, Michael Becker-Mrotzek, Arnulf Deppermann, Susanne Göpferich, Joachim Grabowski, Michael Klemm und Claudia Villinger (Hrsg.): *Angewandte Linguistik*. Tübingen: Francke, 376-393.

Selting, Margret et al. (2009): Gesprächsanalytisches Transkriptionssystem 2 (GAT 2). In: *Gesprächsforschung – Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion* 10, 353–402.

Spranz-Fogasy, Thomas (1987): Alternativen der Gesprächseröffnung im ärztlichen Gespräch. In: *ZGL* 15, 293-302.

Spranz-Fogasy, Thomas (1999): Medikamente im Gespräch zwischen Arzt und Patient – Gesprächsanalysen für die Praxis. In: *Union der Deutschen Akademien der Wissenschaften: Sächsische Akademie der Wissenschaften zu Leipzig* (Hrsg.): ‚Werkzeug Sprache‘: Sprachpolitik, Sprachfähigkeit, Sprache und Macht. Hildesheim: Olms, 240-258.

Spranz-Fogasy, Thomas (2005): Kommunikatives Handeln in ärztlichen Gesprächen. In: Neises, Mechthild, Susanne Ditz und Thomas Spranz-Fogasy (Hrsg.): *Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde. Ein interdisziplinärer Ansatz zur verbalen Intervention*. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 17-47.

Spranz-Fogasy, Thomas (2007): Miteinander reden – Ärzte und Patienten im Gespräch. In: Sprachreport 23, 2-9.

Spranz-Fogasy, Thomas (2010): Verstehensdokumentation in der medizinischen Kommunikation: Fragen und Antworten im Arzt-Patient-Gespräch. In: Deppermann, Arnulf, Ulrich Reitemeier, Reinhold Schmitt und Thomas Spranz-Fogasy (Hrsg.): Verstehen in professionellen Handlungsfeldern. Tübingen: Narr, 27-116.

Spranz-Fogasy, Thomas und Heide Lindtner (2009): Fragen und Verstehen: Wissenskonstitution im Gespräch zwischen Arzt und Patient. In: Felder, Ekkehard und Marcus Müller (Hrsg.): Wissen durch Sprache. Berlin: de Gruyter, 141-169.

Stoltenburg, Benjamin (2009): „Was wir sagen, wenn wir es ‚ehrlich‘ sagen... Äußerungskommentierende Formeln bei Stellungnahmen am Beispiel von ehrlich gesagt“, in: Günthner, Susanne/Bücker, Jörg (Hg.) Grammatik im Gespräch, Berlin: de Gruyter, 249-282.

ten Have, Paul (2007): Doing Conversation Analysis. London: Sage.

Weis, J., M. Härter, H. Schulte und D. Klemperer (2011): Patientenorientierung in der Onkologie. Konzepte und Perspektiven im Nationalen Krebsplan. In: Der Onkologe 11, 1115-1136.

## **Anhang: Transkriptionskonventionen nach GAT 2 (Selting et al. 2009):**

### ***Sequenzielle Struktur***

01	eine Zeile entspricht einer Intonationskontur; erstreckt sich eine Intonationskontur über mehr als eine auf der Seitenbreite verfügbare Länge, wird sie ohne neue Nummerierung in der nächsten Zeile weitergeführt.
[ ]	
[ ]	Überlappungen und Simultansprechen
=	schneller, unmittelbarer Anschluss neuer Einheiten

### ***Pausen***

(.)	Mikropausen
(-), (--), (---)	Pausen von 0,25 bis 0,75 Sekunden
(1.5), (3.0)	Pausen in Sekunden

### ***Sonstige segmentale Konventionen***

a:, a::, a:::	Dehnung, Längung, je nach Dauer
und_äh	Verschleifungen innerhalb von Einheiten
äh, ehm etc.	Verzögerungssignale
?	Abbruch durch Glottalverschluss

Lachen	
so(h)o	Lachpartikeln beim Reden
haha hehe	silbisches Lachen

### ***Akzentuierung***

akZENT	Hauptakzent: Großbuchstaben über die ganze Silbe
akzEnt	Nebenakzent: Großbuchstabe über Vokal

### ***Tonhöhenbewegung am Einheitenende***

?	hoch steigend
,	mittel steigend
-	gleichbleibend
;	mittel fallend
.	tief fallend

***Auffällige Tonhöehensprünge***

↑	Tonhöehensprung nach oben
↓	Tonhöehensprung nach unten

**Ein- und Ausatmen**

°h, °hh, °hhh	Einatmen, je nach Dauer
h°, hh°, hhh°	Ausatmen, je nach Dauer

***Sonstige Konventionen***

<<zornig> >	interpretierende Kommentare mit Reichweite
<<lacht> >	begleitende para- und außersprachliche Handlungen
((husten))	para- und außersprachliche Handlungen und Ereignisse
(arzt)	vermuteter Wortlaut
al(s)o	vermuteter Laut oder Silbe
(alt/halt)	vermutete Alternativen
(2 Silben)	unverständlicher Abschnitt, entsprechend der Länge
(            )	unverständlicher Abschnitt, ohne hörbare Silbenstruktur
((...))	ausgelassener Text
→	Verweis auf die im Text behandelte Transkriptstelle