

# Widerstände in der Arzt-Patienten-Kommunikation

Eine diskursanalytische Untersuchung  
von medizinischen Aufklärungsgesprächen

Dissertation zur Erlangung des Grades der Doktorin der Philosophie  
bei der Fakultät Geisteswissenschaften der Universität Hamburg

vorgelegt von

**Birte Pawlack**  
aus Schleswig

Hamburg, 2017

Gutachterin: Prof. Dr. Kristin Bührig

Gutachter: Prof. Dr. Bernd Meyer

Datum der Disputation: 15. Juni 2017

# Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Einleitung</b>	<b>1</b>
1.1	Untersuchungsgegenstand . . . . .	1
1.2	Zielsetzung und Forschungsfragen . . . . .	2
1.3	Zum theoretisch-methodischen Ansatz der Arbeit . . . . .	4
1.4	Untersuchungsdaten . . . . .	5
1.5	Ergebnisse . . . . .	7
1.6	Aufbau der Arbeit . . . . .	9
1.7	Zeichenkonventionen . . . . .	9
1.8	Transkriptionskonventionen . . . . .	10
<b>2</b>	<b>Forschungsüberblick und Forschungsfragen</b>	<b>12</b>
2.1	Abgrenzung des Begriffs ‘patientenseitiger Widerstand’ von alternativen Termini und Begriffsverwendungen . . . . .	12
2.1.1	Der ‘schwierige Patient’ . . . . .	13
2.1.2	Zu ‘Widerstand’ und ‘resistance’ in Psychologie und Medizin . . . . .	14
2.1.3	Sprachwissenschaftliche Studien zu ‘Störungen’, ‘Krisen’ und ‘Widerständen’ . . . . .	16
2.2	Bestimmung des Untersuchungsgegenstandes anhand des Begriffs ‘patientenseitiger Widerstand’ . . . . .	21
2.3	Patientenseitige Widerstände im Diskurstyp Aufklärungsgespräch . . . . .	23
2.4	Forschungsfragen . . . . .	28
<b>3</b>	<b>Theoretische Grundlagen und methodisches Vorgehen</b>	<b>32</b>
3.1	Grundlagen der Funktionalen Pragmatik . . . . .	32
3.1.1	Grundannahmen . . . . .	32
3.1.2	Einheiten sprachlichen Handelns . . . . .	36
3.1.3	Mentale Prozesse sprachlichen Handelns . . . . .	39
3.2	Methodisches Vorgehen . . . . .	43
3.2.1	Transkription nach HIAT . . . . .	43
3.2.2	Verfahren der funktional-pragmatischen Diskursanalyse . . . . .	45
<b>4</b>	<b>Untersuchungsdaten</b>	<b>47</b>
4.1	Beschreibung des Korpus ‘Dolmetschen im Krankenhaus’ . . . . .	47
4.2	Erstellen des Analysekorpus durch das Identifizieren von patientenseitigen Widerstandstypen . . . . .	48
4.3	Übersicht über untersuchte Aufklärungsgespräche . . . . .	50

<b>5</b>	<b>Diskursanalysen von patientenseitigen Widerständen</b>	<b>54</b>
5.1	Motivationsbezogene Widerstände . . . . .	54
5.1.1	Theoretische Grundlagen zum Motivationsmechanismus . . . . .	55
5.1.2	Negative Evaluierung des Plans . . . . .	57
5.1.3	Zweifel am Nutzen des Plans . . . . .	65
5.1.4	Nichtverstehen des Plans . . . . .	70
5.2	Wissensdefizite bzgl. des Behandlungsplans . . . . .	73
5.3	Fehlendes Musterwissen . . . . .	85
5.4	Selbstdiskreditierung . . . . .	88
5.5	Zusammenfassung der Analyse von patientenseitigen Widerständen . . . . .	93
5.5.1	Charakteristika patientenseitiger Widerstandstypen . . . . .	94
5.5.2	Einfluss der mehrsprachigen Konstellation auf Widerstände . . . . .	97
<b>6</b>	<b>Diskursanalysen von arztseitigen Reaktionen auf Widerstände</b>	<b>100</b>
6.1	Reaktionen auf motivationsbezogene Widerstände . . . . .	100
6.1.1	Theoretische Grundlagen zum ‘Begründen’ und ‘argumentativen Begründen’ . . . . .	101
6.1.2	Argumentative Begründungsversuche . . . . .	108
6.1.3	Vom Begründungsversuch bis zur Ermahnung – mit allen Mitteln zu Diagnose und Therapie . . . . .	127
6.2	Reaktionen auf Wissensdefizite bzgl. des Behandlungsplans . . . . .	160
6.2.1	Deplazieren . . . . .	160
6.2.2	Einbetten . . . . .	163
6.2.3	Einbinden . . . . .	166
6.2.4	Nichthandeln . . . . .	172
6.3	Reaktionen auf fehlendes Musterwissen . . . . .	176
6.3.1	Elizitieren . . . . .	177
6.3.2	Nichthandeln . . . . .	180
6.4	Reaktionen auf Selbstdiskreditierung . . . . .	183
6.4.1	Abgebrochenes Elizitieren . . . . .	184
6.5	Zusammenfassung der Analyse von Reaktionen auf Widerstände . . . . .	189
6.5.1	Charakteristika von arztseitigen Reaktionen . . . . .	189
6.5.2	Einfluss der mehrsprachigen Konstellation auf Reaktionen . . . . .	193
<b>7</b>	<b>Diskussion und Ausblick</b>	<b>196</b>
7.1	Diskussion der Ergebnisse bzgl. der Forschungsliteratur . . . . .	196
7.2	Anregungen für Praxis und Forschung . . . . .	199
	<b>Anhang</b>	<b>205</b>
1	Kurzfassung der Ergebnisse . . . . .	206
2	Summary of results . . . . .	208
3	Eidesstattliche Versicherung . . . . .	211
	<b>Literaturverzeichnis</b>	<b>212</b>

**Danksagung**

**225**

# Abbildungsverzeichnis

1.4.1 Übersicht über untersuchte Aufklärungsgespräche . . . . .	6
2.3.1 Handlungsmuster im Aufklärungsgespräch nach Meyer (2004) . . . . .	25
2.3.2 Handlungsmuster im Aufklärungsgespräch in Bezug zu den institutionellen Zwecksetzungen nach Meyer (2004) . . . . .	26
3.1.1 Das handlungstheoretische Wissensmodell nach Rehbein (1999) . . . . .	40
3.1.2 Stadien des Handlungsprozesses nach Rehbein (1977) . . . . .	40
3.1.3 Handlungsprozesse von S und H nach Kameyama (2004) . . . . .	42
4.2.1 Identifizierte patientenseitige Widerstandstypen . . . . .	49
5.1.1 Motivationsmechanismus nach Rehbein (1977) . . . . .	55
5.5.1 Identifizierte patientenseitige Widerstandstypen und ihre Zuordnung zu Dimensionen des patientenseitigen Handlungsraums . . . . .	94
6.1.1 Zusammenhang zwischen dem (argumentativen) Begründen, motivationsbezogenen Widerständen und Prozessen des Motivationsmechanismus . . . . .	107
6.5.1 Identifizierte Widerstands- und Reaktionstypen . . . . .	190

# 1 Einleitung

## 1.1 Untersuchungsgegenstand

Um diagnostische und therapeutische Eingriffe bei Patienten<sup>1</sup> durchführen zu können, wird vor dem Eingriff aus medizinischen und juristischen Gründen eine Zustimmung eingeholt. Ohne die patientenseitige Zustimmung gelten medizinische Heilverfahren in Deutschland als Körperverletzung<sup>2</sup> und sind zweifelsohne auch aus ethischer Perspektive nicht zu rechtfertigen. In medizinischer Hinsicht ist eine Zustimmung wichtig, damit die für eine Behandlung notwendige patientenseitige Kooperation – die ‘*compliance*’ bzw. ‘*adherence*’ – gewährleistet ist. Die patientenseitige Zustimmung wird im Rahmen des Aufklärungsgesprächs eingeholt. Hier vermittelt der Arzt dem Patienten Wissen über Ablauf und Risiken des Eingriffs, auf dessen Basis der Patient schließlich eine Entscheidung fällt.

In Aufklärungsgesprächen kommt es jedoch immer wieder zu Konstellationen, in denen eine Zustimmung unsicher ist. Zwar steht es dem Patienten durchaus frei, einen Eingriff abzulehnen. Diese Option aber stellt für die Institutionsseite tendenziell etwas Unerwünschtes dar, weil ohne Zustimmung keine Behandlung durchgeführt werden kann und keine angestrebte Heilung bzw. Therapie des Patienten bewirkt werden kann. Problematisch ist vor allem, wenn sich abzeichnet, dass eine Zustimmung aufgrund lückenhaften oder strittigen Wissens nicht zustande kommt oder, wenn der Patient gar keine Entscheidung treffen kann bzw. will. Derlei Konstellationen, sogenannte ‘patientenseitige Widerstände’, sind Gegenstand dieser Untersuchung.

---

<sup>1</sup> Im Folgenden wird für die Bezeichnung von unbestimmten Personen das generische Maskulinum verwendet. Es sind jedoch stets Personen männlichen und weiblichen Geschlechts gleichermaßen gemeint. Grundsätzlich ist eine geschlechtsgerechte Sprachverwendung im Sinne einer Gleichstellung zu befürworten. Im Falle dieser Arbeit sind jedoch bestimmte geschlechtsgerechte Ausdrücke wie z.B. ‘ärztliches Personal’ nicht möglich, da häufig auf die Gesprächskonstellation mit Einzelpersonen verschiedener Gruppen (Ärzte, Patienten) Bezug genommen wird. Von der Alternative, explizit beide Geschlechter zu nennen (‘der Arzt/ die Ärztin’ und ‘der Patient/ die Patientin’), wird abgesehen, um eine bessere Lesbarkeit zu ermöglichen.

<sup>2</sup> Siehe Paragraphen 223ff des Strafgesetzbuches (Weigend, 2011).

## 1 Einleitung

Es werden unterschiedliche Typen patientenseitiger Widerstände untersucht und es wird gezeigt, inwiefern diese einem Einverständnis im Wege stehen können. Weiterhin werden arztseitige Reaktionen auf die untersuchten Widerstände analysiert. Neben der Identifizierung verschiedener Reaktionstypen wird geprüft, inwiefern Widerstände durch die arztseitigen Reaktionen aufgelöst werden und eine Fortführung des Gesprächs und der Behandlung ermöglicht wird. Da die vorliegenden Gesprächsdaten mehrsprachig sind – Ärzte und Patienten sprechen unterschiedliche Sprachen und zweisprachige Pflegekräfte dolmetschen – wird außerdem geprüft, inwiefern diese mehrsprachige Konstellation Einfluss auf patientenseitige Widerstände und arztseitige Reaktionen hat.

Die Untersuchung von patientenseitigen Widerständen in Aufklärungsgesprächen wird mithilfe der funktional-pragmatischen Diskursanalyse durchgeführt (siehe z.B. Rehbein, 2001). Diese Analysemethode basiert auf der Grundidee, dass Sprache eine Form menschlichen Handelns darstellt, mit dem individuelle Ziele und gesellschaftliche Zwecke umgesetzt werden. Wesentlich ist weiterhin das methodische Vorgehen, authentische Gespräche zu untersuchen. So werden in dieser qualitativ ausgerichteten Arbeit fünf ausgewählte Aufklärungsgespräche untersucht (vier diagnostische und ein therapeutisches), die zwischen 1998 und 2000 an deutschen Krankenhäusern durchgeführt wurden.<sup>3</sup>

## 1.2 Zielsetzung und Forschungsfragen

Die vorliegende Untersuchung ist in erster Hinsicht nicht durch ein theoretisches Interesse bestimmt. Sie entstand vielmehr aus der Absicht, einen lebensweltlichen Sachverhalt genauer zu beleuchten, nämlich Momente im Arzt-Patienten-Gespräch, in denen sich sprachlich manifestiert, dass eine Umsetzung von institutionellen Diskurszwecken durch bestimmte Wissensbestände und Einstellungen von Patienten – ‘patientenseitige Widerstände’ – behindert wird.

Wie die Realisierung von diskursartenspezifischen Zwecken durch den Patienten behindert wird, wird in Arbeiten von Rehbein (1994) und Bührig (2009) thematisiert. Rehbein schildert, wie zwei Patientinnen in Therapiegesprächen auf unterschiedliche Weise blockiert sind, einen vom Arzt beschriebenen Therapieplan zu übernehmen. Und Bührig beschreibt, wie eine Patientin in einem Aufklärungsgespräch zunächst Handlungen blockiert, mit denen die Voraussetzungen für eine Zustimmung geschaf-

---

<sup>3</sup> Die Aufklärungsgespräche stammen aus dem Korpus ‘Dolmetschen im Krankenhaus’ (DiK) von Bührig und Meyer (2009).



## 1 Einleitung

fen werden sollen. Die vorliegende Arbeit knüpft an den Analysen der beiden Autoren an und macht es sich zum Ziel, patientenseitige Widerstände als zentralen Untersuchungsgegenstand in systematischer Weise zu erforschen.

Anlass für dieses Vorhaben sind folgende Beobachtungen, die die Autorin der vorliegenden Untersuchung bei der Arbeit mit dem Korpus ‘Dolmetschen im Krankenhaus’ machte. In mehreren der insgesamt 26 Aufklärungsgespräche des Korpus kommt es zu den skizzierten Konstellationen, die eine Zustimmung auf informierter Basis unsicher machen. Die Widerstände bestehen in bestimmten Ausprägungen des Motivationsmechanismus, des Bewertungsmechanismus und des Wissensraums des Patienten. Eine genaue Untersuchung dieser Konstellationen ist von praktischem Interesse, da Ursachen, Irrwege und mögliche Lösungswege aufgezeigt werden können.

Bei der Untersuchung werden verschiedene Fragen verfolgt, die auf der Idee beruhen, dass Konstellationen repetitiv sind und ‘Standardkonstellationen’ darstellen. Das sind nach Ehlich und Rehbein (1979) Konstellationen, „die durch identische oder ähnliche, strukturierte Anordnungen von Wirklichkeitspartikeln gebildet werden und Ausgangspunkte für Handlungen sind.“<sup>4</sup> Es wird davon ausgegangen, dass sich die hier untersuchten Konstellationen in anderen Gesprächen wiederholen können.

Zum einen wird der Frage nachgegangen, welche Ausprägungen des patientenseitigen Handlungsraums einem Einverständnis im Wege stehen. Besagte Ausprägungen werden in Form von patientenseitigen Widerstandstypen beschrieben.

Eine weitere Frage betrifft das sprachliche Handeln der Ärzte. Wenn sich im Aufklärungsgespräch patientenseitige Widerstände manifestieren, ist zu erwarten, dass Ärzte versuchen, diese Konstellationen sprachlich zu bearbeiten, damit der Patient im besten Fall sein Einverständnis gibt und eine Behandlung fortgeführt werden kann. Auf Basis dieser Annahme wird der Frage nachgegangen, wie Ärzte patientenseitige Widerstände sprachlich bearbeiten. Die arztseitigen Bearbeitungsversuche werden in Form von Reaktionstypen beschrieben und untersucht.

Eine weitere Frage betrifft die Mehrsprachigkeit. Die bereits bestehende Diversität im Arzt-Patienten-Gespräch<sup>5</sup> verschärft sich, wenn die Aktanten unterschiedliche Sprachen sprechen, so wie in den hier untersuchten Diskursdaten. So wird der Frage nachgegangen, inwiefern patientenseitige Widerstandstypen und arztseitige Reakti-

---

<sup>4</sup> Siehe Ehlich und Rehbein (1979, 245).

<sup>5</sup> Arzt und Patient unterscheiden sich durch abweichende Wissensbestände und Beteiligungsrollen. So besitzen Ärzte professionelles medizinisches Wissen, sind als Agenten der Institution mit Wissen über die Abläufe der Institution Krankenhaus und einem gewissen sachlichen Interesse ausgestattet. Patienten hingegen haben tendenziell eher partikulares Erlebnisswissen über ihre Krankheit und sind als Klienten existenziell betroffen (vgl. z.B. Mishler, 1984; Rehbein, 1986; Lalouschek und Nowak, 1989).

onstypen durch die mehrsprachige Konstellation beeinflusst werden.

### 1.3 Zum theoretisch-methodischen Ansatz der Arbeit

Für das Vorhaben, patientenseitige Widerstände und arztseitige Reaktionen in Aufklärungsgesprächen zu untersuchen, wird das Analysewerkzeug der funktional-pragmatischen Diskursanalyse angewendet (siehe z.B. Rehbein, 1977, 2001).

Dieser Ansatz ermöglicht es, mentale Prozesse zu erfassen, die bei Arzt und Patient im Gespräch ablaufen. Dies ist besonders hilfreich für das vorliegende Unterfangen, da patientenseitige Widerstände Produkte von mentalen Prozessen wie Bewertungen und Einschätzungen sind, die sich ggf. schließlich im Diskurs sprachlich manifestieren. Hat der Patient Zweifel, Ängste oder Vorbehalte bzgl. des Eingriffs? Versteht er die ärztlichen Ausführungen? Hört er zu? Mithilfe der funktional-pragmatischen Analysekatégorien bzgl. konstellationsbezogener Größen ('subjektive und objektive Kategorien des Handlungsraums') sowie kommunikativer Tiefenstrukturen (z.B. 'Muster', 'Handlung' und 'Prozedur') kann untersucht werden, inwiefern einem Einverständnis bestimmte Konstellationen im Wege stehen.

Ein weiterer Vorteil der funktional-pragmatischen Diskursanalyse besteht in einer systematischen Berücksichtigung des Hörers. Im Diskurstyp Aufklärungsgespräch hat der Arzt typischerweise eine aktivere Rolle. Er beschreibt den Eingriff, weist auf Risiken hin usw. Der Patient übernimmt überwiegend den Part eines Zuhörers.<sup>6</sup> Um patientenseitige Widerstände in Aufklärungsgesprächen zu untersuchen, bedarf es also in besonderem Maße der Berücksichtigung des Hörers beim sprachlichen Handeln. Dies ist in der funktionalen Pragmatik durch die Kategorie des 'Hörerplans' gegeben,<sup>7</sup> mit der hörerseitige Tätigkeiten beim Verarbeiten von sprachlichen Handlungen erfasst werden.

Weiterhin werden Spezifika des institutionellen Rahmens bei der funktional-pragmatischen Diskursanalyse beachtet. Es wird berücksichtigt, dass sich das Aufklärungsgespräch aus wesentlichen 'Mustern' zusammensetzt und ein Bestandteil der Gesamtbehandlung des Patienten ist. Weiterhin wird beachtet, dass die Interaktanten als Agenten und Klienten über typische Wissensbestände verfügen und bestimmte Ziele bzw. Zwecke im Gespräch verfolgen.

Das methodische Vorgehen der funktional-pragmatischen Diskursanalyse ist als 're-

---

<sup>6</sup> Vgl. Meyer (2004).

<sup>7</sup> Siehe Rehbein (1977); Ehlich und Rehbein (1986); Kameyama (2004) sowie die Erläuterungen in Kapitel 3.1.2.

flektiert-empirisch' und 'hermeneutisch' zu beschreiben.<sup>8</sup> Erkenntnisgewinne über regelhafte Strukturen sprachlichen Handelns werden anhand der Analyse von empirischen Diskursdaten erzeugt, wobei ein Einbezug von Alltagswissen und wissenschaftlichem Wissen in Form einer hermeneutischen Spirale stattfindet. Das Ziel der Analyse fasst Kameyama (2004) folgendermaßen zusammen: Es geht darum, „das den exemplarischen Einzelfällen von Diskursen gemeinsam zugrunde liegende allgemeine Handlungspotential als kommunikative Tiefenstruktur auf empirischer Basis zu rekonstruieren.“<sup>9</sup>

In der vorliegenden Arbeit wurden aus einem Korpus von 26 Aufklärungsgesprächen fünf Gespräche ausgewählt, die schließlich im Detail untersucht wurden. Dabei wurde die Perspektive der Institutionsvertreter eingenommen, d.h. es wurden Konstellationen untersucht, in denen die Umsetzung institutioneller Zwecke unsicher ist. Weiterhin wurden lediglich gedolmetschte deutschsprachige Handlungen analysiert. Handlungen also, die für die deutschsprachigen Ärzte zugänglich sind.

### 1.4 Untersuchungsdaten

Die Gesprächsdaten für die vorliegende Untersuchung stammen aus dem Korpus 'DiK' (Dolmetschen im Krankenhaus) von Bührig und Meyer (2009). Das Korpus entstand im Rahmen des DFG-geförderten Projektes 'Dolmetschen im Krankenhaus' zwischen 1998 und 2005 am Sonderforschungsbereich 538 Mehrsprachigkeit. In diesem Zeitraum wurden die insgesamt 91 Gespräche, die zum Teil mehrsprachig sind, aufgezeichnet, transkribiert und von Muttersprachlern ins Deutsche übersetzt. Es handelt sich um Anamnesegespräche, Aufklärungsgespräche, Befundgespräche und Beratungsgespräche.

Von Interesse für diese Arbeit sind die insgesamt 26 Aufklärungsgespräche, aus denen nach Ausführen mehrerer Kontroll- und Analyseschritte ein Analysekörper von fünf Aufklärungsgesprächen erstellt wurde. Alle diese Gespräche sind mehrsprachig. Die behandelnden Ärzte sprechen Deutsch und die Patienten sprechen Portugiesisch, Türkisch oder Spanisch. Zweisprachige Pflegekräfte oder Angehörige der Patienten fungieren als Dolmetscher und sorgen somit für eine Verständigung zwischen Arzt und Patient. Die ausgewählten Gespräche werden bzgl. einiger wesentlicher Merkmale in Abbildung 1.4.1 vorgestellt.

---

<sup>8</sup> Siehe z.B. Rehbein (2001, 927) und Redder (2001, 639).

<sup>9</sup> Siehe (Kameyama, 2004, 40).

## 1 Einleitung

Diskursnummer	Arzt (A)	Patient (P)	Dolmetschende Person (D)	Eingriff
PD-AUF-16	Herr Eckhoff, Chirurg, L1 Deutsch	Herr Marcos, L1 Portugiesisch, L2 Deutsch (geringe Kenntnisse)	Frau Rodrigues, Krankenschwester, L1 Portugiesisch, L2 Deutsch	Hüftoperation und Adduktorenkappung
PD-AUF-27	Frau Fröhlich, Internistin, L1 Deutsch	Herr Gomes, L1 Portugiesisch, L2 Deutsch (geringe Kenntnisse)	Micaela, Krankenschwester, L1 Portugiesisch, L2 Deutsch	Lungenspiegelung
PD-AUF-29	Frau Fröhlich, Internistin, L1 Deutsch	Herr Gomes, L1 Portugiesisch, L2 Deutsch (geringe Kenntnisse)	Nichte von P, L1 Portugiesisch, L2 Deutsch	Magenspiegelung und Ultraschall des Herzens
PSD-AUF-37	Frau Freitag, Internistin, L1 Deutsch	Herr Morini, L1 Spanisch, L2 Deutsch (geringe Kenntnisse)	Maria, Krankenschwester, L1 Portugiesisch, L2 Deutsch	Injektion von Kontrastmittel in den Fuß & in die Lunge
TD-AUF-57	Herr Frank (A1), Internist, L1 Deutsch, L2 Türkisch (geringe Kenntnisse); Frau Briegleb (A2), Internistin, L1 Deutsch	Frau Lale Peker, L1 Türkisch, L2 Deutsch (mittelmäßige Kenntnisse)	Frau Nuriye Peker, Krankenschwester, L1 Türkisch, L2 Deutsch	Lungenspiegelung

**Abbildung 1.4.1:** Übersicht über die untersuchten Aufklärungsgespräche aus dem Korpus ‘Dolmetschen im Krankenhaus’ von Bührig und Meyer (2009)

In der Abbildung werden die Interaktanten vorgestellt, indem Informationen über die jeweilige Rolle im Diskurs, den pseudonymisierten Namen, Geschlecht, Beruf und Sprachkenntnisse gegeben werden. Die Interaktanten sind entweder Arzt (A), Patient (P) oder dolmetschende Person (D). Die Sprachkenntnisse beziehen sich auf Muttersprache (L1) und ggf. Zweitsprache/ Fremdsprache (L2).<sup>10</sup> Weitergehende Informationen über die Diskurse (u.a. etwaige weitere Gesprächsteilnehmer) werden in ausführlicheren Übersichten in Kapitel 4 gegeben.

<sup>10</sup> L1 und L2 sind gängige Abkürzungen aus der Angewandten Linguistik, bzw. aus den *Applied Linguistics*. L1 steht für *language 1*, die Muttersprache einer Person. L2 steht für *language 2*, die Zweit- oder Fremdsprache (vgl. z.B. Edmondson und House, 2000, 8ff).

## 1.5 Ergebnisse

In der vorliegenden Arbeit wird ein handlungstheoretisches Verständnis über das Phänomen patientenseitiger Widerstände erarbeitet. Es wird gezeigt, inwiefern bestimmte Wissensbestände und Einstellungen des Patienten einer institutionell beabsichtigten Behandlung im Wege stehen können. Die besagten mentalen Voraussetzungen, die der Patient ins Aufklärungsgespräch trägt und die sich bei ihm während des Gesprächs bilden, werden genau beschrieben und in Form von unterschiedlichen Widerstandstypen klassifiziert: ‘Wissensdefizite bzgl. des Behandlungsplans’, ‘Fehlendes Musterwissen’, ‘Selbstdiskreditierung’ sowie motivationsbezogene Widerstandstypen (‘Nichtverstehen des Plans’, ‘Zweifel am Nutzen des Plans’, ‘Negative Evaluierung des Plans’).

Es wird nachgezeichnet, inwiefern eine patientenseitige Zustimmung aufgrund der unterschiedlichen Widerstände unsicher ist. Beispielsweise kommt es zu Konstellationen, in denen der Patient zeigt, dass er sich eine Entscheidung, dem ärztlichen Plan zuzustimmen oder ihn abzulehnen, nicht zutraut (Widerstand ‘Selbstdiskreditierung’). Ein Beispiel für einen motivationsbezogenen Widerstand ist der ‘Zweifel am Nutzen des Plans’. Hier macht der Patient deutlich, dass er bestimmte Nutzen eines Eingriffs in Frage stellt („[...] ob es sich lohnt“) und möglicherweise keinen überzeugenden Grund für den Eingriff sieht. Weiterhin kann einer Zustimmung auch ein Wissensdefizit bzgl. des gesamten Behandlungsplans im Wege stehen, da solche Wissensdefizite dazu führen können, dass der Patient seine eigenen Ziele verfolgt, z.B. Beschwerden vorzutragen (”Schmerzen“) und dem Arzt nicht zuhört. Dies ist problematisch, da das Wissen, das der Arzt vermitteln will, Grundlage für eine rechtmäßige Zustimmung des Patienten ist. Im Hinblick auf die Häufigkeit von Widerständen im Gespräch fallen zwei Aspekte auf: Gehäuft auftretende motivationsbezogene Widerstände können Teil eines zusammenhängenden Diskursphänomens sein, nämlich des ‘argumentativen Begründens’, in dem der Arzt für und der Patient gegen einen Eingriff argumentiert. Außerdem werden Widerstände möglicherweise immer wieder vom Patienten zur Sprache gebracht (in einem untersuchten Fall sogar über mehrere Gespräche hinweg), weil ärztliche Bearbeitungsversuche ausbleiben, sie fehlschlagen oder Widerstände lediglich umgangen werden.

Hinsichtlich der Reaktionen von Ärzten auf die patientenseitigen Widerstände können die folgenden Ergebnisse festgehalten werden. Es werden unterschiedliche Reaktionstypen in Form von sprachlichen Handlungsmustern beschrieben (z.B. ‘argumentatives Begründen’ nach motivationsbezogenen Widerständen oder ‘Elizitieren’

## 1 Einleitung

nach Manifestation eines diskursartenspezifischen Wissensdefizits). Diese arztseitigen Handlungsmuster werden nicht immer zielführend eingesetzt, in dem Sinne, dass patientenseitige Widerstände überwunden werden. Die Einstellungen und Wissensbestände des Patienten, die einer Zustimmung im Wege stehen, bleiben bisweilen auch nach den arztseitigen Bearbeitungsversuchen bestehen. So ist für das 'argumentative Begründen' festzuhalten, dass es lediglich bei einem Begründungsversuch bleibt, wenn nicht adressatenspezifisch genug gearbeitet wird, z.B. wenn der Arzt angesprochenen Ängsten nicht begegnet. Grundsätzlich wird in den untersuchten Aufklärungsgesprächen versucht, eine patientenseitige Zustimmung zu erreichen. In einigen Fällen jedoch, wird der patientenseitige Entscheidungsraum in den Hintergrund gerückt, indem äußere Zwänge als maßgeblich gekennzeichnet werden. Dies ist z.B. der Fall bei 'argumentativen Begründungsversuchen', in denen der Arzt durch das Anführen von handlungsanleitendem Wissen ('Maximenwissen') deutlich macht, dass die äußeren Umstände für das weitere Handeln ausschlaggebend sind („Sie sind eine junge Frau. Da darf man nicht abwarten und sagen, wir warten, ob/ dass der Tumor wächst.“).

Schließlich werden Erkenntnisse im Hinblick auf die mehrsprachige Konstellation gewonnen. Es wird festgestellt, dass 'Wissensdefizite bzgl. des Behandlungsplans' durch die mehrsprachige Konstellation begünstigt werden. Denn aufgrund von Dolmetscherspezifischen Verständnisproblemen (es wird nicht oder nur partiell gedolmetscht, keine Verständnissicherung etc.) kommt es eher zu unterschiedlichen Wissensbeständen von Arzt und Patient. Auf Basis dieser unterschiedlichen Wissensbestände bilden Arzt und Patient dann möglicherweise unterschiedliche Motivationen und Ziele aus und es kommt zu einem asynchronen Handeln, durch das eine patientenseitige Wissensaufnahme bzgl. des geplanten Eingriffs unsicher wird.

Weiterhin wird festgehalten, dass kulturell bedingte Wissensunterschiede zu einer Entstehung von patientenseitigen Widerständen führen können. Sind Patienten nicht mit dem deutschen Gesundheitssystem vertraut, wissen sie beispielsweise nicht, welche diskurs- undusterspezifischen Zwecke in einzelnen Gesprächstypen verfolgt werden. Folglich sind Widerstände wie 'Fehlendes Musterwissen' möglich.

Hinsichtlich einer Beeinflussung des arztseitigen Handelns durch die gegebene mehrsprachige Konstellation wurden folgende Beobachtungen gemacht. Zum einen kommt es leichter zum Scheitern arztseitiger Bearbeitungsversuche von patientenseitigen Widerständen, z.B. dadurch, dass dolmetschende Personen Aspekte von arztseitigen Ausgangshandlungen in ihren reproduzierten Handlungen verändern. Weiterhin kommt es leichter zu ausbleibenden erwarteten Folgehandlungen auf Arztseite

(‘Nichthandeln’).

Generell ist Folgendes festzuhalten: Damit Ärzte einen bestimmten Eingriff durchführen und gleichzeitig das medizinisch und juristisch begründete Selbstbestimmungsrecht des Patienten respektieren können, gilt es zunächst, aufmerksam die unterschiedlichen Zeichen von etwaigen patientenseitigen Widerständen zu lesen, um dann entsprechend reagieren und diese Widerstände ggf. überwinden zu können.

### 1.6 Aufbau der Arbeit

Die vorliegende Arbeit ist in sieben Kapitel gegliedert. In Kapitel 2 werden verschiedene Ansätze und Arbeiten präsentiert, die sich mit dem Untersuchungsphänomen befassen, welches hier als ‘patientenseitige Widerstände’ bezeichnet wird. Die eigene Begriffsverwendung wird erläutert und das Untersuchungsinteresse der Arbeit wird formuliert. Anschließend werden in Kapitel 3 die theoretisch-methodischen Grundlagen der funktional-pragmatischen Diskursanalyse, mit denen diese Untersuchung durchgeführt wird, vorgestellt. In Kapitel 4 wird das Korpus ‘Dolmetschen im Krankenhaus’ und die daraus stammenden hier untersuchten Gespräche beschrieben und es wird nachgezeichnet, wie diese Gespräche für die Diskursanalyse ausgewählt wurden. Im Anschluss werden die Diskursanalysen durchgeführt. Dabei wird den patientenseitigen Widerständen (Kapitel 5) und arztseitigen Reaktionen (Kapitel 6) zwei einzelne Kapitel gewidmet, um zunächst eine Systematik der Widerstände gewinnen zu können. Die Ergebnisse der Diskursanalysen werden am Ende des jeweiligen Kapitels gegeben. Zum Abschluss werden die Ergebnisse in Kapitel 7 diskutiert und es werden Anregungen für die kommunikative Praxis und weitergehende Forschung gegeben.

### 1.7 Zeichenkonventionen

In der Arbeit werden neu eingeführte Ausdrücke in ‘einfache Anführungszeichen’ gesetzt. Zitate aus Sekundärliteratur sowie aus den Gesprächsdaten des Korpus DiK werden in „doppelte Anführungszeichen“ gesetzt. Übersetzungen von türkischen, spanischen oder portugiesischen Transkriptausschnitten werden *kursiv* gesetzt, ebenso fremdsprachige Fachausdrücke (z.B. *compliance*). Parenthesen werden durch Gedankenstriche – wie in diesem Beispiel – kenntlich gemacht.

## 1.8 Transkriptionskonventionen

Die Transkriptionen wurden nach den Richtlinien des Transkriptionsverfahrens ‘HIAT’ erstellt.<sup>11</sup> Charakteristisch für HIAT ist die ‘Partiturschreibweise’. Diese ermöglicht eine übersichtliche Darstellung von gleichzeitigem Sprechen mehrerer Aktanten sowie eine überschaubare Kommentierung des sprachlichen Handelns hinsichtlich Sprechgeschwindigkeit, Betonung, Dehnung usw. Weiterhin wird beim Transkriptverfahren HIAT die ‘literarische Umschrift’ verwendet. Dabei wird grundsätzlich die Standardorthographie der Sprachen benutzt, die in den aufgenommenen Diskursen vorkommen.

Darüber hinaus werden für bestimmte sprachliche Phänomene Zeichen verwendet, die nicht aus der Standardorthographie stammen bzw. anders verwendet werden.<sup>12</sup>

- Abgebrochene Äußerungen werden durch Ellipsen-Punkte dargestellt: ...
- Reparaturen innerhalb von Äußerungen werden mit Schrägstrich gekennzeichnet: /
- Äußerungen ohne Modus, d.h. Äußerungen ohne Anspruch auf Turnübernahme – z.B. Höreräußerungen – werden durch einen hochgestellten Punkt gekennzeichnet, wie in diesem Beispiel: H<sup>ˆ</sup>m
- Parenthesen , d.h. Einfügungen, werden durch Gedankenstriche – wie in diesem Beispiel – notiert.
- Tonalität wird durch Akzentzeichen markiert.

Ein Beispiel für einen fallenden Tonhöhenverlauf: H<sup>ˆ</sup>m

Ein Beispiel für einen steigenden Tonhöhenverlauf: H<sup>ˆ</sup>m

Ein Beispiel für einen fallend-steigenden Tonhöhenverlauf: H<sup>ˆ</sup>m

Ein Beispiel für einen gleichbleibenden Tonhöhenverlauf: H<sup>ˆ</sup>m

- Pausen, die eine Sekunde oder länger dauern, werden in doppelten Klammern notiert – z.B. ((3s)) – und Pausen, die kürzer als eine Sekunde andauern, werden je nach Länge durch ein bis drei Pausenpunkte markiert: • • •

---

<sup>11</sup> Zu HIAT siehe Ehlich und Rehbein (1976) und Rehbein u. a. (2004) sowie die Erläuterungen in Kapitel 3.2.1 dieser Arbeit.

<sup>12</sup> Siehe auch die Transkriptionszeichen in Rehbein u. a. (2004, 76ff).



## 1 Einleitung

- Dehnungen werden durch Reduplikationen des ihm entsprechenden Buchstaben kenntlich gemacht (z. B. „äähm“).
- Und besondere Betonungen werden durch Unterstreichungen gekennzeichnet (z.B. „Und deswegen wollen wir jetzt endgültig wissen, was los ist.“).

## **2 Forschungsüberblick und Forschungsfragen**

Im Folgenden wird das Untersuchungsphänomen grob skizziert, um anschließend verschiedene Ansätze und Arbeiten aus Medizin, Psychologie und Sprachwissenschaft vorzustellen, mit denen es analysiert wurde (2.1). Dann wird die eigene Begriffsverwendung erläutert (2.2) und die Charakteristika von Aufklärungsgesprächen werden präsentiert, um zu bestimmen, welche Konstellationen in diesem Diskurstyp Widerstände darstellen (2.3). Schließlich wird das Untersuchungsinteresse mit den dazugehörigen Forschungsfragen hergeleitet (2.4).

### **2.1 Abgrenzung des Begriffs ‘patientenseitiger Widerstand’ von alternativen Termini und Begriffsverwendungen**

Das Phänomen, um welches es geht, lässt sich zunächst folgendermaßen umreißen: Etwas in der Kommunikation zwischen Arzt und Patient läuft nicht glatt. Der Diskurszweck, eine rechtmäßige patientenseitige Zustimmung für einen bestimmten Eingriff zu erreichen, wird durch etwas behindert, was hier als ‘patientenseitiger Widerstand’ bezeichnet wird. Dem Patienten ist es nicht möglich, sich mit dem im Aufklärungsgespräch besprochenen Eingriff einverstanden zu erklären. Grundsätzlich steht es dem Patienten natürlich auch frei, sich gegen einen Eingriff zu entscheiden. In manchen Fällen aber besteht eine Blockade beim Patienten, die jegliche Entscheidung – für oder gegen den Eingriff – verhindert. Und in manchen Fällen basiert die Entscheidung auf lückenhaftem Wissen oder einer negativen Einstellung, die zumindest aus institutioneller Perspektive diskussionswürdig ist. Für den Arzt, der das patientenseitige Selbstbestimmungsrecht respektiert und gleichzeitig im Sinne einer Heilung bzw. Therapie eine bestimmte Behandlung durchführen will, stellen patientenseitige Widerstände also ein Problem dar, die es zu überwinden gilt.

Das umrissene Untersuchungsphänomen wird in verschiedenen wissenschaftlichen Disziplinen auf Grundlage von unterschiedlichen Begriffen untersucht, die wiederum auf unterschiedlichen Theorien und Grundannahmen basieren. Dies spiegelt sich auch in verschiedenen Ausdrucksformen wider. So werden Ausdrücke verwendet wie ‘Störung’ bzw. ‘*trouble source*’, ‘Konflikt’, ‘Perspektivendivergenz’, ‘Widerstand’ bzw. ‘*resistance*’. Diesen Begriffen ist die Idee gemeinsam, dass ein Kommunikationsproblem interaktiv etabliert wird. Ganz anders ist es beim Begriff des sogenannten ‘schwierigen Patienten’, bei dem die Ursache für Kommunikationsprobleme in den charakterlichen Eigenschaften des Patienten angenommen wird.

So wie sich die Begriffe zum Phänomenbereich unterscheiden, so unterscheiden sich auch die fokussierten Gesprächstypen. Es werden Diagnosegespräche, Beratungsgespräche, diagnostische und therapeutische Aufklärungsgespräche sowie medizinische und psychologische Therapiegespräche untersucht. Weiterhin differieren die Arbeiten bzgl. des Untersuchungsinteresses. So geht es zum Teil um das reine Identifizieren von Widerständen – bzw. allgemeiner gesprochen Kommunikationsproblemen – oder es wird darüber hinaus ermittelt, wie der Umgang und die Überwindung des identifizierten Phänomens aussieht. Im Folgenden wird nun ein Überblick über diese Arbeiten zum Untersuchungsphänomen gegeben.

### 2.1.1 Der ‘schwierige Patient’

Die Idee, dass Patienten aufgrund bestimmter Persönlichkeitsmerkmale für existierende Kommunikationsprobleme verantwortlich sind, kam zunächst bei praktizierenden Medizinerinnen und Pflegepersonal auf (siehe z.B. Gotthardt, 1977). Doch nicht nur im Arbeitsalltag, sondern auch im Rahmen wissenschaftlicher Reflexion findet der Begriff Anwendung, vor allem in medizinischen und psychologischen Arbeiten. Groves (1978) benutzt den Begriff des ‘schwierigen Patienten’ (*hateful patient*), wobei er einräumt, dass nur wenige Patienten tatsächlich als ‘schwierig’ zu klassifizieren seien. Für diese wenigen bestimmt er dann vier unterschiedliche Typen: die Abhängigen (*dependent clingers*), die Forderer (*entitled demanders*), die Ablehner (*manipulative help rejectors*) und die Selbstdestruktiven (*self-destructive deniers*).

Auch wenn es grundsätzlich möglich ist, dass Kommunikationsprobleme aufgrund bestimmter patientenseitiger Persönlichkeitsmerkmale entstehen, ist der Begriff des ‘schwierigen Patienten’ kritisch zu bewerten. Denn er wird auch verwendet, wenn interaktive Aspekte wie z.B. Perspektivendivergenzen als Ursache für Kommunikationsprobleme bestimmt werden, wie z.B. bei Geisler (1992). Ungeachtet dieser Ur-

sachen impliziert die Verwendung des Ausdrucks, dass die Verantwortung für eine gescheiterte Kommunikation letztlich beim Patienten liegt, da dieser Aktantengruppe die negative Zuschreibung ‘schwierig’ gemacht wird. Eine wertfreie Begrifflichkeit wäre eher im Sinne eines unvoreingenommenen Analysevorgehens.

Auch für die vorliegende Arbeit ist der Begriff des ‘schwierigen Patienten’ nicht geeignet. Es wird zwar untersucht, inwiefern durch patientenseitige Aspekte die Realisierung von Diskurszwecken behindert werden, es wird jedoch angenommen, dass die Gründe hierfür nicht in unveränderbaren individuellen Persönlichkeitsmerkmalen liegen, sondern in systematisch bedingten, individuumsübergreifenden Kriterien, die grundsätzlich beeinflussbar sind. Weiterhin wird die Sichtweise einer von vornherein angenommenen patientenseitigen Schuld, die in der negativen Zuschreibung ‘schwierig’ enthalten ist, nicht geteilt. Dafür müsste der Patient sich einem unrechtmäßigen Handeln bewusst sein. Im Aufklärungsgespräch aber wird das Abwägen bestimmter Handlungspläne geradezu als patientenseitige Verantwortung angesehen und nicht als etwas Unerwünschtes.

### 2.1.2 Zu ‘Widerstand’ und ‘resistance’ in Psychologie und Medizin

In den wissenschaftlichen Disziplinen der Psychologie und Medizin existieren unterschiedliche Begriffe von ‘Widerstand’ bzw. ‘*resistance*’.

Wenden wir uns zunächst der Psychologie zu. Hier wird ein engerer Begriff für den Bereich der Psychoanalyse verwendet, der auf Freud (1942) zurück geht. Freud versteht unter ‘Widerstand’ den Unwillen, im Rahmen einer Psychoanalyse Unbewusstes bewusst zu machen.<sup>1</sup> Widerstand wird also als intrapsychischer Prozess aufgefasst. Im Abgrenzung dazu existiert ein anderer Begriff von ‘Widerstand’, der einen weiteren Bereich umfasst und sich sich auf Psychotherapie allgemein bezieht – d.h. neben der psychoanalytischen auf andere mögliche psychotherapeutischen Verfahren. Caspar und Belz (2009) geben einen Überblick über Forschung zu Widerständen in der Psychotherapie und definieren den Begriff des Widerstandes als Interessenskonflikte zwischen Therapeut und Patient, die durch unterschiedliche Ziele der beiden Aktanten zustande kommen.<sup>2</sup> Bei diesem weiteren Begriff wird Widerstand also als interpersonaler Prozess aufgefasst.

Auf Grundlage dieser weiteren Begriffsauffassung unterscheiden Caspar und Gra-

---

<sup>1</sup> Siehe Freud (1942, 521).

<sup>2</sup> Siehe Caspar und Belz (2009, 104ff).

## 2 Forschungsüberblick und Forschungsfragen

we (1981) zwischen drei möglichen Quellen für Widerstände, nämlich die Ebenen Inhalt, Beziehung und Methode. Und Caspar (1985) bestimmt mögliche Anzeichen für Widerstand: Offene und versteckte Kritik, nonverbale Anzeichen von Irritation, Diskrepanz zwischen verbalem und nonverbalem Verhalten, Nichterledigen von Aufgaben oder Ausweichen während der Therapiesitzung.

Die Begriffsauffassung von Widerstand als intrapsychischen Prozess wird nicht für die vorliegende Arbeit verwendet. Es wird vielmehr die Auffassung, Widerstand als interpersonalen Prozess zu verstehen, geteilt. Darüber hinaus wird ein sprachwissenschaftliches Analysewerkzeug angewendet, mit der u.a. die sprachliche Manifestation von Widerständen untersucht wird.

Auch medizinische und medizinsoziologische Arbeiten widmen sich dem Untersuchungsphänomen. Der Terminus ‘Widerstand’ bzw. ‘*resistance*’ wird hierbei teilweise verwendet, wobei keine grundlegenden Begriffsdefinitionen vorgenommen werden. ‘Widerstand’ wird vielmehr im Gegensatz zur patientenseitigen ‘*compliance*’ – dem kooperativen Handeln von Patienten während der eigenen Behandlung – gesehen.<sup>3</sup> So wird ‘Widerstand’ als negativer Einflussfaktor auf die *compliance* bis hin zum Gegenteil von *compliance* aufgefasst.

Die Begriffsverwendung von ‘Widerstand’ als etwas Gegensätzliches von *compliance* wird nicht für die vorliegende Arbeit übernommen. Denn die im Begriff *compliance* enthaltene Idee einer patriarchalen Rollenbeziehung von Arzt und Patient entspricht nicht mehr dem gegenwärtigen Zeitgeist, in dem der Patient als mündige Person behandelt wird und für sich selbst entscheidet.<sup>4</sup> Es soll jedoch nicht unerwähnt bleiben, dass in der Forschung zu *compliance* und (*non*)*compliance* die Qualität der Arzt-Patienten-Kommunikation – neben zahlreichen anderen Faktoren – als möglicher Einflussfaktor untersucht wird.<sup>5</sup> Hierzu gibt es bereits in den 70ern Untersuchungen, wie der Überblick von Garrity (1981) zeigt. Der Autor listet Studien auf, in denen ein Zusammenhang zwischen *compliance* und den Voraussetzungen für die

---

<sup>3</sup> Das Phänomen *compliance* wurde und wird vor allem seit den 80er Jahren intensiv erforscht, zuerst von Haynes u. a. (1982). Siehe auch den Literaturüberblick von Vermeire u. a. (2001).

<sup>4</sup> In den letzten Jahrzehnten hat sich geradezu ein Paradigmenwechsel bzgl. der arzt- und patientenseitigen Rollenauffassung vollzogen, der sich auch in Begrifflichkeiten widerspiegelt. Der heutzutage stark kritisierte Begriff der *compliance* enthält die Sichtweise einer patriarchalischen Arzt-Patienten-Beziehung, die die ärztliche Verantwortung in den Vordergrund stellt und nicht ein patientenseitiges Entscheidungsrecht. Dazu im Gegensatz werden zunehmend Begriffe verwendet, die den Patienten als aktiven Part bei der eigenen Behandlung auffassen, nämlich ‘*adherence*’ oder ‘*shared decision-making*’. Zur Verwendung der Begriffe *compliance*, *adherence* und *shared decision-making* siehe z.B. Scheibler (2004).

<sup>5</sup> Siehe den Überblick in Vermeire u. a. (2001).

Übermittlung von Wissen an den Patienten überprüft wird. So richten z.B. Ley u. a. (1976) ihr Augenmerk auf die Verständlichkeit bzw. das Verständnis von ärztlichem Rat und Svarstad (1974) fokussiert die Explizitheit ärztlicher Anweisungen.

Meist wird die Qualität der Arzt-Patienten-Kommunikation in medizinischen Untersuchungen über die Befragung von Patienten ermittelt.<sup>6</sup> Ein anderen Zugang bietet die Untersuchung von authentischen Arzt-Patienten-Gesprächen, wie es in einer Vielzahl von sprachwissenschaftlichen Studien – so auch der vorliegenden – gemacht wird und wie im folgenden dargelegt wird.

### 2.1.3 Sprachwissenschaftliche Studien zu ‘Störungen’, ‘Krisen’ und ‘Widerständen’

Zum vorliegenden Untersuchungsphänomen liegen zahlreiche sprachwissenschaftliche Arbeiten vor, in denen unterschiedliche Termini wie ‘Widerstand’, ‘Störung’ oder ‘Krise’ verwendet werden. Nicht nur die Benennung, sondern auch die Bedeutung, d.h. die begriffliche Auslegung dieser Termini unterscheidet sich je nach zugrunde gelegter sprachwissenschaftlicher Theorie. Den unterschiedlichen Begriffsdefinitionen ist gemeinsam, dass zwischen einer in der Gesprächskonstellation liegenden Ursache und einer daraus resultierenden kommunikativen Auswirkung unterschieden wird. Im folgenden werden zunächst unterschiedliche Begriffe vorgestellt, die aus eher theoretischen Arbeiten hervorgehen. Anschließend werden empirische Studien vorgestellt, in denen ‘Störungen’ oder ‘Widerstände’ etc. in der Arzt-Patienten-Kommunikation untersucht werden.

Kommen wir zunächst zur theoretischen Auseinandersetzung mit unterschiedlichen Begriffen, auf deren Grundlage der zu untersuchende Phänomenbereich analysiert wurde. Fiehler (2002) legt in der Einführung eines Sammelbandes die gesprächsanalytisch fundierten Begriffe ‘Verständigungsproblem’ und ‘Kommunikationsstörung’ vor. Er bestimmt sie als Gegenteil gelungener Verständigung, welche wiederum notwendig sind, „um bestimmte weiterreichende Ziele und Zwecke realisieren zu können“.<sup>7</sup> Er spricht nur von ‘Verständigungsproblemen’ und ‘Kommunikationsstörungen’, wenn diese bei gemeinsamen Kooperationswillen entstehen. Fälle, in denen Interaktanten kein Interesse und keinen Willen zur Verständigung haben, schließt er aus seiner Begriffsauslegung aus.

---

<sup>6</sup> Siehe Ha und Longnecker (2010, 42).

<sup>7</sup> Siehe Fiehler (2002, 7).

## 2 Forschungsüberblick und Forschungsfragen

In seiner Monographie über Gesprächskrisen definiert Bliesener (1984) den Begriff der Krise aus einer handlungstheoretischen Perspektive. Unter einer 'Krise' versteht er „eine Verkettung von Schwierigkeiten, Adaptionsmaßnahmen und Komplikationen“.<sup>8</sup> Er entwickelt eine handlungstheoretische Konzeption der Redeplanung und beschreibt zunächst, in welchen Phasen des Planungsprozesses 'Schwierigkeiten' entstehen können.<sup>9</sup> In einem zweiten Schritt legt er dar, wie durch wiederholte Versuche, die Schwierigkeiten zu lösen (Adaptionsmaßnahmen), weitere Schwierigkeiten entstehen können, die schließlich zu einer Verschärfung der Situation und somit zur Krise führen können.

Neben den Termini 'Verständigungsproblem', 'Kommunikationsstörung' und 'Krise' wird auch in sprachwissenschaftlichen Arbeiten der Terminus 'Widerstand' verwendet. Soweit bekannt liegt jedoch keine begriffliche Auseinandersetzung aus sprachwissenschaftlicher Perspektive vor. Die Arbeiten, die den Terminus 'Widerstand' anwenden, sind meist konversationsanalytisch ausgerichtet und begreifen 'Widerstand' als eine negative patientenseitige Haltung gegenüber Diagnosen und Therapievor schlägen, wobei im Fokus steht, wie Widerstand oder der Umgang mit Widerstand im Gespräch dargestellt wird.

Im weiteren werden nun die empirischen Studien präsentiert, die sich mit 'Störungen' oder 'Widerständen' etc. in der Arzt-Patienten-Kommunikation beschäftigen. Die Arbeiten lassen sich den theoretischen Ansätzen der Konversationsanalyse, der Gesprächsanalyse und der Funktionalen Pragmatik zuteilen.

In den konversationsanalytischen Studien wird wie oben erwähnt generell der Terminus '*resistance*' (Widerstand) verwendet.<sup>10</sup> Es werden Diagnosegespräche, therapeutische Aufklärungsgespräche, Beratungsgespräche und psychotherapeutische Gespräche untersucht.

Kommen wir zunächst zu patientenseitigem Widerstand im Zusammenhang mit Diagnosen, d.h. bei der diagnostischen Befragung von Patienten und bei der Vermittlung von Diagnoseurteilen. Pilnick und Coleman (2003) beschäftigen sich mit dem Auslöser für patientenseitigen Widerstand. Sie beschreiben, wie Patienten mit ungewöhnlich heftigem Widerstand reagieren, wenn der Arzt ihr Rauchen als Ursache für gesundheitliche Probleme ausmacht. Und Ijäs-Kallio u. a. (2010) sowie Peräkylä (2002) untersuchen Reaktionen auf Diagnosen, die von Patientenseite nicht

---

<sup>8</sup> Vgl. Bliesener (1984, 1).

<sup>9</sup> Der Autor entwickelt eine Typologie von 'Schwierigkeiten', die er im Prozess seiner konzipierten Redeplanung verortet (Bliesener, 1984, 115ff und 146).

<sup>10</sup> Zu den theoretischen Grundlagen der *conversation analysis* siehe z.B. Bergmann (2001).

## 2 Forschungsüberblick und Forschungsfragen

als gültig anerkannt werden. Es werden verschiedene Mittel eingesetzt, um die Nicht-Akzeptanz deutlich zu machen. Zum Beispiel wird Wissen eingebracht, das der Diagnose widerspricht. Sargent (1998) untersucht, wie Patienten und Ärzte Widerstand gegen Diagnosen des jeweiligen Gegenübers darstellen und, wie sie die durch den ausgedrückten Widerstand bedrohte soziale Ordnung auf unterschiedliche Art und Weise wieder herzustellen versuchen. Zayts und Schnurr (2011) beschreiben, wie Ärzte auf das patientenseitige Ablehnen möglicher pränataler Diagnosen mit Lachen reagieren und damit u.a. die Uneinigkeit mit der patientenseitigen Entscheidung signalisieren. Und Gill u. a. (2010) zeigen, wie Ärzte in Erwartung patientenseitigen Widerstands vorbeugend mutmaßliche patientenseitige Eigendiagnosen vorbringen, um diese zu entkräften und schließlich ihre eigene Erklärung geben.

Auch bzgl. Therapieempfehlungen erwarten Ärzte patientenseitigen Widerstand und unternehmen vorbeugende Maßnahmen. Clark und Hudak (2011) beschreiben, wie Chirurgen ihre Empfehlung gegen eine Operation durch verschiedene kommunikative Strategien vorbereiten und damit antizipiertem Widerstand begegnen. Stivers (2005b) und Stivers (2005a) hingegen beschäftigt sich mit tatsächlich im Gespräch deutlich gemachtem Widerstand von Eltern gegenüber den arztseitigen Empfehlungen für die Behandlung ihrer Kinder. Stivers (2005b) wertet die Darstellung von Widerstand als ein Zeichen von ‘*agency*’, der patientenseitigen Beteiligung am Entscheidungsprozess, welche Behandlung schließlich verfolgt wird. Ebenso beurteilt Koenig (2011) den von ihm beschriebenen patientenseitigen Widerstand gegenüber Therapieempfehlungen als Zeichen von *agency*, da Patienten mit dem Arzt aushandeln, was als annehmbare Behandlungsempfehlung gilt.

Auch in verschiedenen Formen von Beratungsgesprächen wird Widerstand untersucht. Lethinen (2007) analysiert genetische Beratungsgespräche und beschreibt einen Fall, in dem eine Patientin Widerstand gegenüber einer ärztlichen Einschätzung deutlich macht. Anstatt auf Fragen der Ärztin zu antworten, bringt sie wiederholt Wissen ein, das im Konflikt mit der Einschätzung der Ärztin steht. Und Heritage und Sefi (1992) untersuchen, wie Mütter Widerstand gegenüber Ratschlägen von sogenannten *health visitors* (ähnlich wie Wochenbetthebammen) zeigen, indem sie die vorgebrachten Ratschläge als bereits verstanden und umgesetzt kennzeichnen.

Auch in psychotherapeutischen Gesprächen wird Widerstand untersucht. Iversen (2012) untersucht psychometrische Befragungen von Kindern und beschreibt Widerstand in Form von der Verweigerung, die strukturellen Anforderungen der Befragung zu erfüllen. Anstatt Einschätzungen über Situationen abzugeben, stellen die Kinder die vorgegebenen Situationen an sich in Frage, indem sie aus ihrem Leben erzählen.



## 2 Forschungsüberblick und Forschungsfragen

Streeck (1995) untersucht ein psychotherapeutisches Gespräch, in dem ein Patient eine ambivalente Haltung gegenüber einem Diagnosewunsch deutlich macht. Einerseits fordert er den Therapeuten zum Offenlegen seiner Diagnose auf, andererseits lässt er ihn nicht zu Wort kommen. Auch Vehviläinen (2008) beschäftigt sich mit Widerstand in psychotherapeutischen Gesprächen. Sie untersucht jedoch Interaktionen im Rahmen der Psychoanalyse, in der unter Widerstand nicht ein interpersonaler sondern ein intrapsychischer Prozess aufgefasst wird.<sup>11</sup> Sie zeigt auf, wie der Therapeut die Patientin mit intrapsychischen Widerständen konfrontiert und die Bedeutung der Widerstände bespricht.

Die im folgenden präsentierten Arbeiten, die sich ebenfalls mit Problemen beschäftigen, Diskurszwecke in der Arzt-Patienten-Kommunikation zu realisieren, lassen sich der Theorie der Gesprächsanalyse zuordnen.<sup>12</sup>

Johanna Lalouschek nimmt in ihren Arbeiten vor allem die Patientenperspektive ein. Sie zeigt, dass Arzt und Patient im Gespräch unterschiedlicher Ziele verfolgen, wodurch es zu vielseitigen ‘*Kommunikationsstörungen*’ kommt. In Lalouschek (2002a) untersucht sie Anamnesegespräche zwischen Ärzten und Patienten und beschreibt, wie der starre Ablauf von Frage-Antwort-Sequenzen die sprachlichen Handlungsmöglichkeiten von Patienten einschränkt, was zu weiteren Störungen führt. Auch in Lalouschek (2002b) zeigt sie auf, wie die Orientierung an unterschiedlichen Lebenswelten – technisch-somatisch vs. ganzheitlich – Störungen hervorruft. Der somatische Gesprächsstil der Ärzte hat einen Einfluss auf das Sprachverhalten von Patienten. Patienten passen ihr Sprachverhalten dem ärztlichen Gesprächsstil an, wodurch es z.B. aufgrund mangelnden Fachwissens zu Fehlinformationen kommen kann. Auch Bliesener (1980) nimmt die Patientenperspektive ein. Er untersucht Visitengespräche, bei denen er das Nebeneinander von verschiedenen Mustern beschreibt. Eine Patientin initiiert immer wieder Erzählungen, während der Arzt versucht ein Frage-Antwort-Muster beizubehalten, um diagnoserelevantes Wissen zu ermitteln. Bliesener beschreibt, wie durch das Nebeneinander der beiden Muster Probleme im Gespräch herbeigeführt werden.<sup>13</sup> In Bliesener und Köhle (1986) wird die Perspektive der Institutionsvertreter eingenommen. Die Autoren untersuchen in

---

<sup>11</sup> Intrapsychischer Widerstand besteht in der Weigerung, Unbewusstes bewusst zu machen. Zum Unterschied zwischen interpersonalem und intrapsychischem Widerstand siehe Kapitel 2.1.2.

<sup>12</sup> Zu den theoretischen Grundlagen der Gesprächsanalyse siehe Deppermann (2008) oder Linke u. a. (2004, Kap. 7).

<sup>13</sup> Auch wenn Bliesener (1980) Termini wie ‘Muster’ verwendet, die ebenfalls in der Funktionalen Pragmatik benutzt werden, ist seine Analyseverfahren eher der Gesprächsanalyse zuzuordnen.

## 2 Forschungsüberblick und Forschungsfragen

mehreren Fallstudien, wie diskursartenspezifische Ziele in Visiten durch bestimmte patientenseitige Haltungen, die im Gespräch Ausdruck finden, behindert werden. Die aufgezeichneten Visitengespräche wurden im Rahmen eines Modellprojektes aufgenommen, bei dem die Gesprächsbedingungen verbessert wurden und nicht nur die patientenseitige *compliance*, sondern auch die seelische Krankheitsverarbeitung der Patienten – das ‘*coping*’ – verbessert werden sollte.<sup>14</sup>

Der Terminus der ‘Störung’, der häufig in den eben zitierten gesprächsanalytischen Arbeiten benutzt wird, wird für die vorliegende Arbeit nicht verwendet, weil mit dem Ausdruck ‘patientenseitige Störung’ u.a. psychische Erkrankungen bezeichnet werden und in der vorliegenden Untersuchung somit falsche Assoziationen geweckt werden können. Weiterhin wird ‘Störung’ bereits für Arbeiten verwendet, die auf gesprächsanalytischen Grundsätzen beruhen. Die Verwendung eines alternativen Terminus hat den Vorteil, sich auch in formeller Hinsicht von diesen Arbeiten abzugrenzen und für mehr Klarheit zu sorgen.

In den nun aufgeführten Arbeiten wird das Untersuchungsphänomen aus handlungstheoretischer Perspektive analysiert.<sup>15</sup> Da die Untersuchung dieser Arbeit ebenfalls handlungstheoretisch ausgerichtet ist, sind diese Arbeiten von besonderem Interesse und werden etwas detaillierter als die vorigen beschrieben.

Bührig (2009) untersucht ein Aufklärungsgespräch, in dem die Realisierung von Diskurszwecken durch ein bestimmtes Szenario gefährdet ist. Sie beschreibt folgende Konstellation: Die behandelnde Ärztin im untersuchten Gespräch leitet ein ‘Monitoren’ ein, d.h. sie prüft die Bedingungen für den Abschluss des Aufklärungsgesprächs, indem sie nach möglichem weiteren Aufklärungsbedarf fragt: „Hat sie denn noch Fragen • jetzt zu der Untersuchung • selber?“<sup>16</sup> Durch das Monitoren soll geklärt werden, ob die Voraussetzungen für das Fortfahren weiterer Handlungsschritte gegeben sind.<sup>17</sup> Die Patientin jedoch scheint sich nicht in der Lage zu sehen, eine Prüfung des zuvor verbalisierten Wissens durchzuführen und überträgt jegliche Verantwortung für ihre weitere Behandlung an die Ärztin, mit der sie im Gespräch ist. Damit sind die Voraussetzungen für den Diskurszweck, eine rechtmäßige Zustimmung einzuholen, nicht erfüllt. Auf diese Konstellation, die von Bührig beschrieben

---

<sup>14</sup> Zum Konzept des Ulmer Modellprojektes siehe Bliesener und Köhle (1986, 17ff).

<sup>15</sup> Zu den theoretischen Grundlagen der handlungstheoretisch ausgerichteten Funktionalen Pragmatik siehe Rehbein (2001), Ehlich (1986a), Rehbein (1977) sowie Kapitel 3 in dieser Arbeit.

<sup>16</sup> Die zitierte arztseitige Frage ist an die im Gespräch anwesende dolmetschende Person gerichtet und als Beispiel B1 in Bührig (siehe 2009, 159ff) wiederzufinden.

<sup>17</sup> Zum Monitoren siehe Meyer (2004, 96ff).

wird, trifft der in dieser Arbeit verwendete Begriff vom ‘patientenseitigem Widerstand’ zu.

Auch Rehbein (1994) beschreibt Konstellationen, die dem hier verwendeten Begriff des ‘patientenseitigen Widerstands’ entsprechen. In seiner Analyse von zwei einsprachigen Gesprächen zwischen deutschen Ärzten und ausländischen Patientinnen beschreibt der Autor, wie die Patientinnen aufgrund bestimmter mentaler Voraussetzungen in ihrer Übernahmebereitschaft eines besprochenen Handlungsplans, nämlich der Therapie, blockiert sind. In dem Diskurs mit einer spanischen Patientin besteht die Blockade in der Modalität des Wollens. Der Autor zeigt, dass der im Zuge der Diagnose vom Arzt verwendete Ausdruck „seelisch krank“ für die Patientin gleichbedeutend mit einer Geistesstörung ist.<sup>18</sup> Diese Diagnose bewertet sie als nicht akzeptabel. Sie streitet die Diagnose ab und damit die Grundlage für den Therapievorschlag. Und in dem Diskurs mit einer türkischen Patientin besteht die Blockade in der Modalität des Könnens. Die Patientin bringt wiederholt Beschwerdevorträge vor. Rehbein deutet dies als ein Zeichen für Angst vor der eigenen Krankheit und für Zweifel am Erfolg der besprochenen Therapie.<sup>19</sup> In beiden beschriebenen Konstellationen ist die Realisierung des Diskurszwecks - eine Planübernahme - durch eine bestimmte patientenseitige Disposition zunächst blockiert.

## 2.2 Bestimmung des Untersuchungsgegenstandes anhand des Begriffs ‘patientenseitiger Widerstand’

In dieser Arbeit wird das Untersuchungsphänomen anhand des Begriffs des ‘patientenseitigen Widerstands’ analysiert, deren Auslegung im Folgenden bestimmt wird. Dafür wird zunächst die Wahl des Terminus begründet und es wird beschrieben, inwiefern die Begriffsauslegung an die Arbeiten von Rehbein (1994) und Bührig (2009) angelehnt ist, um abschließend die eigene Begriffsauslegung zu präsentieren.

Bei der Wahl eines Terminus, dessen Bedeutung zum Untersuchungsphänomen passt, wurden die Termini ‘Störung’, ‘Krise’ sowie die Charakterzuschreibung ‘schwieriger Patient’ im vorigen Kapitel als weniger geeignet bestimmt. Für die vorliegende Untersuchung wird der Terminus ‘Widerstand’ verwendet, weil seine allgemeine Bedeutung dem hier zu untersuchenden Phänomen am ehesten entspricht.

---

<sup>18</sup> „Seelisch krank bedeutet verrückt.“ (Rehbein, 1994, 144).

<sup>19</sup> Siehe Rehbein (1994, 131f).

## 2 Forschungsüberblick und Forschungsfragen

Mit ‘Widerstand’ wird der Sachverhalt bezeichnet, der dem Erreichen eines Ziels im Wege steht. Diese Grundbedeutung gilt für verschiedene Lebensbereiche, wie im deutschen Wörterbuch von Wahrig u. a. (1984) aufgeführt wird. Unter einem Widerstand wird im Allgemeinen 1.) ein Sichertgegenstellen bzw. 2.) ein Hindernis, das jemandem oder eine Sache entgegensteht, verstanden. Außerdem wird mit ‘Widerstand’ 3.) im Bereich der Elektrotechnik ein Bauelement bezeichnet, das den den Fluss elektrischen Stroms vermindert und 4.) in den Sozialwissenschaften eine Bewegung gegen ein herrschendes Regime. In allen Bereichen ist die Rede von zwei Agenten, von denen einer etwas blockiert, das vom anderen angestrebt wird.

Der hier verwendete Begriff ‘patientenseitiger Widerstand’ ist orientiert an den Überlegungen der bereits zitierten Arbeiten von Rehbein (1994) sowie Bührig (2009). In beiden funktional-pragmatischen Untersuchungen beschreiben die Autoren Konstellationen, auf die der Begriff des patientenseitigen Widerstand zutrifft. Rehbein schildert, wie zwei Patientinnen in Therapiegesprächen auf unterschiedliche Weise blockiert sind, den Diskurszweck einer Planübernahme auszuführen. Und Bührig beschreibt einen Fall, in dem eine Patientin Handlungen blockiert, mit denen die Voraussetzungen für eine Planübernahme geschaffen werden sollen. Für die Beschreibung dieser Blockaden nutzen die Autoren die Kategorie des ‘Handlungsraums’, welche die subjektiven Dimensionen des Handlungsraums umfasst. Da die Kategorie des Handlungsraums eine genaue Erfassung von mentalen Sphären von Individuen ermöglicht, wird sie auch in der folgenden Begriffsbestimmung verwendet.<sup>20</sup> In Anlehnung an die Arbeiten von Rehbein (1994) sowie Bührig (2009) wird unter einem patientenseitigen Widerstand Folgendes verstanden.

Ein patientenseitiger Widerstand besteht in einer spezifischen Ausprägung des subjektiven patientenseitigen Handlungsraums innerhalb einer Interaktion zwischen Arzt und Patient. Charakteristisch für diese Ausprägung ist, dass sie der Realisierung von arztseitig Erstrebtem im Wege steht, nämlich der Realisierung von spezifischen Diskurszwecken. Patientenseitige Widerstände existieren als bestimmte mentale Ausprägungen und manifestieren sich ggf. an der sprachlichen Oberfläche.

Der Untersuchungsgegenstand besteht also in mentalen patientenseitigen Dispositionen, die in einer Interaktion mit einem Arzt bestehen bzw. entstehen, sich kommunikativ manifestieren können und einer Realisierung von Diskurszwecken im Wege stehen.

---

<sup>20</sup> Für eine Erläuterung dieser funktional-pragmatischen Kategorie siehe Kapitel 3.1.1.

Der Begriff des patientenseitigen Widerstands bringt mit sich, dass eine institutionelle Perspektive eingenommen wird. So wird ausnehmend untersucht, inwiefern die Realisierung von institutionellen Zwecken durch bestimmte Wissensbestände und Einstellungen des Patienten behindert wird. Arztseitige Widerstände, die einer Umsetzung von patientenseitigen Zielen im Wege stehen,<sup>21</sup> werden nicht berücksichtigt. Die Fokussierung auf die institutionelle Perspektive ist hinsichtlich einer Verbesserung der kommunikativen Praxis, z.B. durch Fortbildungen, von Vorteil. So ermöglicht die institutionelle Perspektive für Arztseite ein sofortiges Sich-Eindenken in Kommunikationskonstellationen.

### 2.3 Patientenseitige Widerstände im Diskurstyp Aufklärungsgespräch

Im Folgenden wird erläutert, welche Konstellationen im Diskurstyp Aufklärungsgespräch patientenseitige Widerstände darstellen. Dafür werden die Charakteristika von Aufklärungsgesprächen aufgeführt.

Zum Aufklärungsgespräch gibt es medizinsoziologische Studien von Siegrist (1988), Raspe (1979), Raspe (1976) und Krafft (1987) sowie sprachwissenschaftliche Arbeiten von Jung (2005), Meyer (2004), Busch (1994), Mann (1984) und Biel (1983). Für einen Einblick in diese Arbeiten sei auf Meyer (2004) verwiesen, der Zusammenfassungen der zitierten Untersuchungen gibt, ausgenommen der später veröffentlichten Arbeit von Sybille Jung.<sup>22</sup>

Die Arbeit von Jung (2005) wird im folgenden kurz vorgestellt. Die Autorin untersucht die Merkmale des präoperativen Aufklärungsgesprächs aus einer gesprächsanalytischen Perspektive<sup>23</sup> und analysiert elf Gespräche mit Patientinnen, die eine Krebsdiagnose bekommen haben. Die Hauptproblematik des Gesprächstyps sieht sie in einer „adäquaten, patientenorientierten Emotionsbearbeitung“, welche neben der Vermittlung relevanter Inhalte Voraussetzung für die „Herstellung eines kooperativen Bündnisses zwischen Ärzten und Patienten“ sei.<sup>24</sup>

---

<sup>21</sup> In den gesprächsanalytischen Arbeiten von Lalouschek (2002a) und Bliesener (1980) wird die Patientenperspektive eingenommen, siehe Kapitel 2.1.3.

<sup>22</sup> Siehe Meyer (2004, Kapitel 4.1.2 und 4.1.3).

<sup>23</sup> Jung versteht die Methode der Gesprächsanalyse als Verbindung von Elementen der Konversationsanalyse nach Kallmeyer und Schütze (1976) sowie der Diskursanalyse nach Ehlich und Rehbein (1979) und Ehlich und Rehbein (1986) (siehe Jung, 2005, 144ff, 150).

<sup>24</sup> Siehe Jung (2005, 237).

## 2 Forschungsüberblick und Forschungsfragen

Für die vorliegende Untersuchung werden die Ergebnisse aus Meyer (2004) herangezogen, weil seine Arbeit ebenfalls handlungstheoretisch ausgerichtet ist und sich seine Untersuchungsergebnisse hier direkt anwenden lassen. Weiterhin ist eine Verwendung seiner Erkenntnisse für die Analyse von patientenseitigen Widerständen vielversprechend, weil sie in einer Bestimmung wesentlicher arzt- und patientenseitiger Handlungsschritte bestehen, einschließlich der dahinterstehenden diskursartenspezifischen Zwecke bis hin zu den kleinsten und grundlegenden Handlungsbestandteilen, wie im folgenden zusammengefasst wird.

Meyer untersucht diagnostische Aufklärungsgespräche, die er innerhalb der Gesamtbehandlung eines Patienten verortet, wie im folgenden kurz wiedergegeben werden soll. Die Gesamtbehandlung eines Patienten in einem deutschen Krankenhaus beschreibt Meyer aus handlungstheoretischer Perspektive als eine Abfolge bestimmter wesentlicher Handlungsschritte, welche das Hyperpragmem ‘Diagnose-Therapie’ bilden.<sup>25</sup> Dieses Hyperpragmem ist durch den übergeordneten Zweck der ‘Wiederherstellung des kranken Individuums’ bestimmt – der Heilung einer Krankheit oder Linderung von Krankheitssymptomen.<sup>26</sup> Die Behandlung beginnt mit der ‘Aufnahme’. In der anschließenden ‘Anamnese’ wird der Patient zu seiner Krankengeschichte befragt, woraufhin der Arzt einen ‘Verdacht’ aufstellt, dem er in einer ‘Untersuchung’ nachgeht. Mithilfe der Untersuchung wird ein ‘Befund’ erstellt, auf dessen Basis eine ‘Diagnose’ verfasst wird. Anschließend macht der Arzt einen ‘Therapie-vorschlag’ und eine ‘Therapie’ wird durchgeführt. Nach einer ‘Erfolgskontrolle’ wird das Hyperpragmem mit der ‘Entlassung’ des im Idealfall geheilten Patienten abgeschlossen. Diagnostische Aufklärungsgespräche finden nach der Erstellung eines Verdachts statt und sind bestimmten Untersuchungen aufgrund medizinischer und juristischer Zwecke vorgeschaltet. Diagnostische Aufklärungsgespräche werden im Hyperpragmem nicht mit aufgeführt, das sie lediglich optional stattfinden und keinen zwangsläufigen Handlungsschritt in jeglichen Behandlungsfällen darstellen.<sup>27</sup> So werden vor einer nicht invasiven Untersuchung wie dem Abtasten des Bauchraums keine Aufklärungsgespräche durchgeführt.

Die Aufklärungsgespräche, die Meyer untersucht, bestehen in einer mehrsprachigen Konstellation. Patient und Arzt sprechen nicht dieselbe Sprache und eine Verständni-

---

<sup>25</sup> Ein ‘Hyperpragmem’ ist eine funktional-pragmatische Kategorie, die die konstitutiven Einheiten (‘Pragmeme’) bestimmter Handlungsräume in ihrer aktantenspezifischen Verteilung zusammenfasst.

<sup>26</sup> Siehe Meyer (2004, 49ff) sowie Bühlig u. a. (2000, 18ff), die sich auf Ehlich und Rehbein (1980, 340) beziehen.

<sup>27</sup> Siehe Meyer (siehe 2004, 53).

gung wird durch dolmetschende Personen ermöglicht. Dabei handelt es sich um sogenannte ‘Ad-hoc-Dolmetscher’. Das sind zweisprachige Pflegekräfte oder Familienangehörige der Patienten, die spontan (‘ad-hoc’) zum Vermitteln herangezogen werden, auch wenn sie keine professionelle Ausbildung zum Dolmetschen haben.<sup>28</sup> Der Autor untersucht zum einen die Systematik des Diskurstyps Aufklärungsgespräch und zum anderen die Leistungen der Ad-hoc-Dolmetscher. Für die Bestimmung von Widerständen im Aufklärungsgespräch ist vor allem die generelle Systematik des Diskurstyps von Interesse. Diese bestimmt Meyer, indem er die sprachlichen Handlungen (Muster) erfasst, welche die Aktanten im diagnostischen Aufklärungsgespräch durchlaufen und indem er darlegt, auf welchen Diskurszwecken diese Handlungen basieren.<sup>29</sup> Die konstitutiven Muster sind in der folgenden Abbildung präsentiert.



**Abbildung 2.3.1:** Handlungsmuster im Aufklärungsgespräch nach Meyer (2004)

In Phase I wird die medizinische Untersuchung, um die es im Aufklärungsgespräch geht, zunächst angekündigt und beschrieben. In der ‘Ankündigung’ wird die Untersuchung vom Arzt benannt (z.B. Magenspiegelung) und als Plan gekennzeichnet (z.B. durch das Modalverb ‘wollen’). Beim ‘Beschreiben’ benennt der Arzt Details des Plans, insbesondere bzgl. seiner zeitlichen und räumlichen Struktur. Der Patient soll damit über die Abfolge und Beschaffenheit der Teilhandlungen orientiert werden, um bei einer späteren angestrebten Umsetzung des Plans kooperieren zu können. Weiterhin wird beim Beschreiben das Untersuchungsziel benannt, um dem Patienten eine Grundlage für eine Bewertung des Plans zu liefern. Indem das Untersuchungsziel transparent gemacht wird, soll der Patient für den Plan motiviert werden.

In Phase II kommt es zum Hinweisen, Monitoren und Zustimmungen. Beim ‘Hinweisen’ sollen die Grundlagen für eine patientenseitige Bewertung des Plans vervollständigt werden, indem der Arzt Risiken der Untersuchung anspricht. Dafür werden bestimmte Sachverhalte ‘Komplikationen’ als unerwünschte aber mögliche Bestandteile oder Folgen der Untersuchung gekennzeichnet (z.B. durch das Modalverb ‘können’). Oft

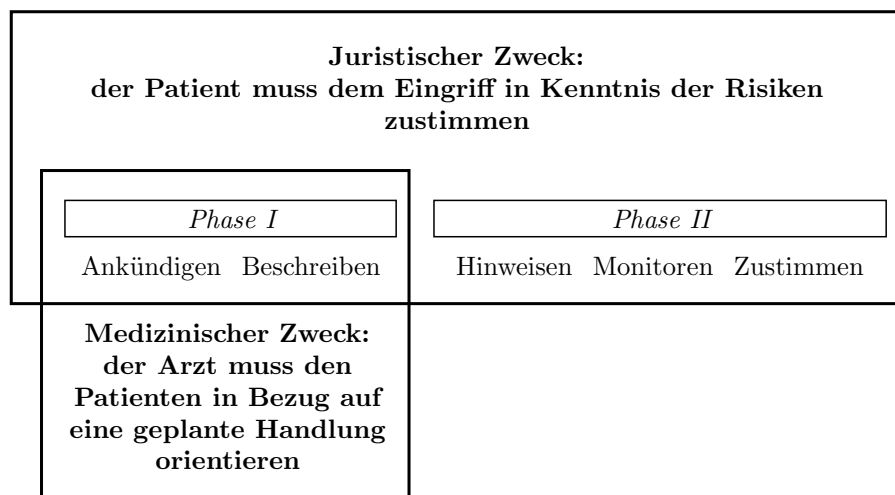
<sup>28</sup> Die Bezeichnung ‘Ad-hoc-Dolmetscher’ wird ebenfalls in dieser Arbeit verwendet.

<sup>29</sup> Zur funktional-pragmatischen Kategorie ‘Muster’ siehe die Erläuterungen in Kapitel 3.

## 2 Forschungsüberblick und Forschungsfragen

wird auch der Wahrscheinlichkeitsgrad für ein Zutreffen von Komplikationen benannt (z.B. durch Quantifikatoren wie 'selten' oder 'kaum'). Beim 'Monitoren' fragt der Arzt dann den Patienten, ob noch weiterer Aufklärungsbedarf besteht, um damit die Voraussetzungen für eine Fortführung bzw. Beendigung des Gesprächs zu kontrollieren. Der Patient prüft, ob er das vom Arzt zuvor verbalisierte Wissen verstanden hat und in sein bisheriges Wissen widerspruchsfrei integrieren konnte. Das Ergebnis dieser Prüfung teilt er schließlich dem Arzt mit. Besteht kein weiterer Aufklärungsbedarf, fragt der Arzt dann nach der patientenseitigen 'Zustimmung' zum besprochenen Plan, welche im Fall einer positiven Bewertung in Form einer Unterschrift des Patienten verstetigt wird.

Meyer zeigt auf, dass die Phasen mit ihren einzelnen Mustern durch unterschiedliche Diskurszwecke bestimmt sind, wie in der gerade gemachten Zusammenfassung bereits erwähnt wurde und wie in der folgenden Abbildung 2.3.2 veranschaulicht wird.



**Abbildung 2.3.2:** Handlungsmuster im Aufklärungsgespräch in Bezug zu den institutionellen Zwecksetzungen nach Meyer (2004)

In Phase I soll der Patient Wissen über den Plan vermittelt bekommen (Zweck der Orientierung), damit er sich an einer folgenden Umsetzung des Plans kooperativ beteiligen kann. So muss er wissen, welche Vorbereitungen zu treffen sind (z.B. bei einer Magenspiegelung nüchtern sein) oder welche Handlungen von ihm während der Untersuchung erwartet werden (Schlauch schlucken). Dieses Wissen ist notwendig für eine Durchführung des Plans, d.h. des Eingriffs. Phase I ist also durch medizinische Erfordernisse bestimmt.

Weiterhin soll im Aufklärungsgespräch ein patientenseitiges Einverständnis einge-



## 2 Forschungsüberblick und Forschungsfragen

holt werden (Zweck der Zustimmung), d.h. eine Planübernahme nach positiver Bewertung des besprochenen Plans. Anders als beim therapeutischen Aufklärungsgespräch, in dem der Patient meist zwischen mehreren Therapie- und Behandlungsmöglichkeiten entscheiden kann, wird im diagnostischen Aufklärungsgespräch lediglich ein Plan präsentiert, für oder gegen den sich der Patient entscheiden kann. Als Grundlage für die Bewertung dient u.a. das in Phase I vermittelte Wissen über den Ablauf des Plans. Dieses Wissen wird in Phase II durch das Hinweisen auf Risiken ergänzt, damit der Patient ein vollständiges Bild der Untersuchung erhält und die erstrebte Zustimmung nicht auf falschen Tatsachen beruht. Der Patient muss also sowohl über die wesentlichen Umstände der Untersuchung als auch über mögliche Komplikationen in Kenntnis gesetzt werden, damit er das Für und Wider abwägen kann. Die Zustimmung zum Plan ist in rechtlicher Hinsicht notwendig, da ein operativer Eingriff ohne Zustimmung als Körperverletzung gilt.<sup>30</sup> Die Zustimmung wird erst wirksam, wenn sie in Kenntnis von wesentlichen Umständen und Risiken der Untersuchung geleistet wird und macht erst unter diesen Voraussetzungen eine nicht strafbare Handlung aus dem Eingriff. Der Zweck der Zustimmung ist also auf juristische Erfordernisse zurückzuführen.

In seiner Arbeit weist Meyer auf die Unterschiede zwischen diagnostischen und therapeutischen Aufklärungsgesprächen hin.<sup>31</sup> Zum einen sind die Eingriffe, über die in diagnostischen Aufklärungsgesprächen gesprochen wird, generell weniger riskant als therapeutische Eingriffe. Und zum anderen ist in diagnostischen Aufklärungsgesprächen – also vor der Identifizierung einer Krankheit – noch keine Grundlage für eine Bewertung gegeben. Aufgrund dieser Charakteristika geht er davon aus, dass der Bewertungsaspekt im diagnostischen Aufklärungsgespräch „geringer ausgeprägt“ ist und fokussiert in seiner Untersuchung den Aspekt der patientenseitigen Orientierung.<sup>32</sup> Auch wenn die Begründung für seine Annahme plausibel erscheint und der Bewertungsaspekt für die Mehrheit von diagnostischen Aufklärungsgesprächen eine geringe Bedeutung haben mag, wird er in dieser Arbeit untersucht. Der Grund hierfür liegt darin, dass in den vorliegenden Untersuchungsdaten Widerstände identifiziert werden konnten, in denen der Bewertungsaspekt eine gewichtige Rolle spielt.<sup>33</sup>

---

<sup>30</sup> Siehe Paragraphen 223ff des Strafgesetzbuches (Weigend, 2011).

<sup>31</sup> Siehe Meyer (2004, 76f, 207f).

<sup>32</sup> Siehe (Meyer, 2004, 207).

<sup>33</sup> Siehe die Diskursanalysen zum patientenseitigen Widerstandstyp ‘Negative Evaluierung des Plans’ (Kapitel 5.1.2) sowie die arztseitigen Reaktionen auf diesen Widerstand (Kapitel 6.1.2 sowie 6.1.3).

Bringen wir nun die Erkenntnisse von Meyer (2004) mit dem Untersuchungsgegenstand – den patientenseitigen Widerständen – in Zusammenhang. Die von Meyer beschriebenen wesentlichen Handlungseinheiten (Ankündigen, Beschreiben, Hinweisen, Monitoren, Zustimmungen) und die dahinter liegenden Zwecke lassen sich nicht realisieren, wenn der Patient aufgrund bestimmter Ausprägungen seines subjektiven Handlungsraums nicht kooperiert, d.h. wenn patientenseitige Widerstände im Gespräch be- oder entstehen. Auch wenn in dieser Arbeit der Zweck der patientenseitigen Zustimmung im Fokus steht und damit patientenseitige Widerstände, die eine Umsetzung dieses Diskurszwecks verhindern, sind ebenfalls Widerstände von Interesse, die den Zweck der Orientierung, also der Wissensaufnahme, beeinträchtigen. Denn wie erläutert bildet das Wissen über die wesentlichen Aspekte des Eingriffs (Ablauf und Risiken) die Grundlage für die patientenseitige Entscheidung. Eine Zustimmung ist nur rechtmäßig, wenn sie unter Berücksichtigung dieser wesentlichen Aspekte gegeben wird.

Nachdem spezifiziert wurde, welche Konstellationen im Aufklärungsgespräch Widerstände darstellen, soll einem möglichen Einwand am Terminus ‘patientenseitiger Widerstand’ begegnet werden. Und zwar enthält eine Lesart des Ausdrucks die Vorstellung über einen ungehorsamen und aufsässigen Patienten. Diese Auslegung ist aber gerade nicht durch die vorliegende Definition gegeben. Denn hier wird nur das als Widerstand aufgefasst, was einer Zustimmung auf informierter Basis im Wege steht. Die Sichtweise über einen aufmüpfigen Patienten, der gefälligst gehorchen soll, ist erst gegeben, wenn der übergeordnete Zweck von Diagnose und Therapie auf Kosten des Zwecks der Zustimmung verfolgt wird. In dem Fall wird eine Zustimmung lediglich als Formalie betrachtet, damit ein geplanter Eingriff durchgeführt werden kann.

### 2.4 Forschungsfragen

Das grundlegende Interesse dieser Arbeit ist, bestimmte Konstellationen und Handlungen – patientenseitige Widerstände und arztseitige Reaktionen – in ihren Grundzügen und ihrem Wesen zu erkennen und zu beschreiben. Es geht nicht darum, Widerstände und Reaktionen bezüglich der Frage ihrer Häufigkeit zu untersuchen. Folglich beziehen sich die hier gestellten Forschungsfragen auf die Systematik von patientenseitigen Widerständen und arztseitigen Reaktionen.

### **Forschungsfragen zu patientenseitigen Widerständen**

In diagnostischen Aufklärungsgesprächen sind – wie im vorigen Kapitel an einzelnen Beispielen skizziert – unterschiedliche Typen von Widerständen möglich. So können verschieden ausgeprägte subjektive Dimensionen des patientenseitigen Handlungsraums eine verhinderte Realisierung von Diskurszwecken zur Folge haben. Die vorliegende Arbeit ist vom Interesse geleitet, mögliche Widerstandstypen anhand von empirischen Daten zu beschreiben und zu verdeutlichen, wie diese sich im Diskurs kommunikativ manifestieren. Für dieses Vorhaben lassen sich folgende Forschungsfragen formulieren:

Frage 1a: Inwiefern stehen im Diskurstyp des Aufklärungsgesprächs bestimmte Ausprägungen des patientenseitigen Handlungsraums, sogenannte patientenseitige Widerstandstypen, einer rechtmäßigen Zustimmung des Patienten im Wege?

Frage 1b: Wie manifestieren sich diese patientenseitigen Widerstandstypen in der Kommunikation?

Die Bearbeitung dieser Fragen ist zum einen von wissenschaftlichem Interesse. Die bei dieser Arbeit angewendeten Kategorien der zu Grunde gelegten Theorie der Funktionalen Pragmatik werden – wie bei jeder anderen Untersuchung – auf ihre Eignung geprüft. Weiterhin liegt die Bearbeitung der Fragen aber auch in einem praxisbezogenen Interesse. So dürften Erkenntnisse über mögliche Widerstände in Aufklärungsgesprächen sowie über deren kommunikative Manifestationen von Bedeutung für praktizierende Ärzte sein. Zu wissen, welche Widerstandstypen speziell für das Aufklärungsgespräch möglich sind und wie sich diese in der Kommunikation manifestieren, kann helfen patientenseitige Belange besser zu erkennen und unter Umständen belastende sowie zeitraubende Kommunikationsprobleme zu verhindern.

### **Forschungsfragen zu arztseitigen Reaktionen**

Wenn sich im Aufklärungsgespräch patientenseitige Widerstände manifestieren, ist zu erwarten, dass Ärzte versuchen, diese Konstellationen sprachlich zu bearbeiten, so dass der Patient dem besprochenen Eingriff schließlich zustimmt und die Behandlung weitergehen kann. Die Bearbeitungsversuche lassen sich anhand einer Zuordnung zu sprachlichen Handlungen in Form von Reaktionstypen beschreiben und voneinander abgrenzen. Da aus handlungstheoretischer Perspektive grundsätzlich gilt, dass

## 2 Forschungsüberblick und Forschungsfragen

mit unterschiedlichen Handlungen unterschiedliche Konstellationen bearbeitet werden, ist zu erwarten, dass sich die zu identifizierenden Handlungen je nach zuvor manifestiertem Widerstandstyp voneinander unterscheiden. Diese Arbeit ist vom Interesse geleitet, mögliche Reaktionstypen anhand von empirischen Daten zu beschreiben und zu verdeutlichen, wie sie sich im Diskurs kommunikativ manifestieren. Für dieses Vorhaben lassen sich in Entsprechung zu den Fragen bzgl. patientenseitiger Widerstände folgende Forschungsfragen formulieren:

Frage 2a: Wie werden patientenseitige Widerstände im Aufklärungsgespräch durch unterschiedliche arztseitige Reaktionstypen bearbeitet und ggf. überwunden?

Frage 2b: Wie manifestieren sich diese arztseitigen Reaktionstypen in der Kommunikation?

Wie auch eine Bearbeitung der Fragen zu Widerständen dürfte die Bearbeitung der Fragen zu arztseitigen Reaktionen von Interesse für die kommunikative Praxis im Krankenhausalltag sein. Indem gezeigt wird, welche sprachlichen Bearbeitungsformen bei der Überwindung von patientenseitigen Widerständen förderlich sind und welche nicht, können Wege für ein rücksichtsvolleres und effektiveres kommunikatives Handeln von Ärzten aufgezeigt werden.

### **Forschungsfrage zum Thema Mehrsprachigkeit**

Weiterhin soll die Tatsache berücksichtigt werden, dass es sich bei den Untersuchungsdaten um mehrsprachige Diskurse handelt, in denen Ad-hoc-Dolmetscher für eine Verständigung zwischen Arzt und Patient sorgen. Die Thematisierung der Mehrsprachigkeit scheint berechtigt, da die behandelnden Ärzte Deutsche und die Patienten Türken, Spanier und Portugiesen mit zum Teil gruppenspezifisch geprägten Erfahrungen und Wertvorstellungen sind. Dies hat möglicherweise Konsequenzen auf das Handeln der Interaktanten. Weiterhin sind aufgrund der vorliegenden Dolmetschkonstellation formale Auswirkungen denkbar. Arzt und Patient interagieren nicht direkt, sondern mittels dolmetschender Person miteinander, so dass es zu einer sogenannten ‘Ruptur’ kommt.<sup>34</sup> Das heißt, Arzt und Patient rezipieren die Äußerungen des anderen nicht unmittelbar, sondern erst nachdem die dolmetschende Person die Äußerung rezipiert und in einer anderen Sprache reproduziert hat. Dies kann

---

<sup>34</sup> Zur Besonderheit von gedolmetschten Diskursen siehe Bühlig und Rehbein (2000).

## 2 Forschungsüberblick und Forschungsfragen

Konsequenzen für das sprachliche Handeln der Interaktanten haben und soll für die zu untersuchenden Gesprächen geprüft werden. Für dieses Vorhaben lässt sich folgende Forschungsfrage formulieren:

Frage 3: Inwiefern sind patientenseitige Widerstände und arztseitige Reaktionen durch die mehrsprachige Konstellation beeinflusst?

Abschließend wird darauf aufmerksam gemacht, dass bzgl. des Themas Mehrsprachigkeit kein quantitativer Vergleich von einsprachigen und mehrsprachigen Aufklärungsgesprächen durchgeführt wird, wie walmöglich erwartet wird. Für ein solches Verfahren wäre ein geeignetes Vergleichskorpus notwendig. In den vorliegenden Untersuchungsdaten sind jedoch lediglich drei deutschsprachige Aufklärungsgespräche vorhanden, in denen nur wenige Vorkommnisse von patientenseitigen Widerständen identifiziert werden konnten. Daher eignen sich diese Gespräche nicht für einen quantitativen Vergleich.<sup>35</sup> In dieser Arbeit werden bzgl. des Themas Mehrsprachigkeit ausschließlich stichhaltige Annahmen formuliert, welche auf Grundlage einer qualitativen Untersuchung systematischer Gegebenheiten zustande kommen.

---

<sup>35</sup> Für eine genaue Beschreibung der Untersuchungsdaten siehe Kapitel 4.1.

# 3 Theoretische Grundlagen und methodisches Vorgehen

Um das Phänomen der patientenseitigen Widerstände zu erfassen, sind geeignete Analysekatoren erforderlich. Solche bietet die Sprachtheorie der Funktionalen Pragmatik. Die theoretischen Grundlagen der Funktionalen Pragmatik werden in diesem Kapitel vorgestellt (3.1). Die Grundannahmen und Analyseeinheiten der Theorie werden erläutert und die Bedeutung mentaler Prozesse beim sprachlichen Handeln wird verdeutlicht. Anschließend wird das methodische Analyseverfahren dargelegt (3.2). Hier wird erläutert, wie Diskursdaten für die Analyse durch Transkription zugänglich gemacht werden und wie die theoretischen Kategorien in der Analysemethode Anwendung finden.

## 3.1 Grundlagen der Funktionalen Pragmatik

### 3.1.1 Grundannahmen

Die Funktionale Pragmatik ist eine linguistische Theorie, in der Sprache als sprachliches Handeln<sup>1</sup> und sprachliches Handeln als Form gesellschaftlichen Handelns begriffen wird. Sie wurde in den 70er Jahren von Konrad Ehlich und Jochen Rehbein begründet und fußt vor allem auf der Sprechakttheorie von Austin (1962) und Searle (1969) sowie auf der Feldertheorie von Bühler (1934). Bis heute wird sie hauptsächlich im deutschsprachigen Raum angewendet und weiterentwickelt.<sup>2</sup> Analysegegenstand ist sprachliches Handeln in Diskursen und Texten in institutioneller

---

<sup>1</sup> Lange Zeit wurde in der Sprachwissenschaft lediglich eine strukturalistische Auffassung von Sprache vertreten, in der Sprache als eigenständiges System betrachtet wurde, losgelöst von Benutzer und Anwendungsbereich. Erst mit der pragmatischen Wende wurde dem Handlungscharakter von Sprache eine zentrale Rolle eingeräumt und es kam zu einer Kontroverse hinsichtlich der theoretischen Grundannahmen beider Ansätze wie z.B. Ehlich (2007) nachzeichnet.

<sup>2</sup> Für einen Überblick über den Ansatz mit den zentralen Analysekatoren siehe z.B. Redder (2008) Rehbein und Kameyama (2004), Kameyama (2004), Rehbein (2001).

sowie homileischer Kommunikation.<sup>3</sup> Im folgenden werden die zentralen Grundannahmen und Analysekategorien der Funktionalen Pragmatik vorgestellt.

#### **Sprecher (S) und Hörer (H) als kooperative Aktanten**

Für sprachliches Handeln ist eine grundlegende Differenz von ‘Sprecher’ (S) und ‘Hörer’ (H) wesentlich. Während das sprachliche Handeln von S als „eine Tätigkeit des Vermittelns ‘innerer’, d.h. mentaler Prozesse in ‘äußere’, d.h. sprachliche, Formen“ verstanden wird,<sup>4</sup> wird H ebenfalls eine Tätigkeit zugeschrieben. H perzipiert das sprachliche Handeln von S und bildet einen Hörerplan aus, d.h. H erschließt die sprachliche Handlung von S in seinen unterschiedlichen Dimensionen. Beim sprachlichen Handeln werden also S und H in unterschiedlicher Weise aktiv. Den Aktanten ist jedoch gemein, dass sie eine elementare Form der ‘Kooperation’ beim sprachlichen Handeln einhalten. Denn damit überhaupt eine Kommunikation zustande kommt, müssen die Aktanten ihr Handeln aufeinander abstimmen und auf sehr elementarer Ebene kooperativ sein.<sup>5</sup> Selbst wenn ein Konflikt ausgeführt wird, müssen die Aktanten in formaler Hinsicht kooperativ sein, um gegensätzliche Standpunkte deutlich zu machen. Diese ‘formale Kooperation’ zeigt sich in Form von ‘kommunikativen Apparaten’. Ein Beispiel für einen kommunikativen Apparat ist der ‘*turn*-Apparat’, durch den die Verteilung von Sprecher- und Höreraktivitäten in Diskursen geregelt ist, so dass sich die Aktanten nicht ins Wort fallen und eine Perzeption des sprachlichen Handelns möglich wird.<sup>6</sup>

#### **Diskurse und Texte**

Sprachliches Handeln realisiert sich in ‘Texten’ und ‘Diskursen’. Diese beiden Grundformen unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Sprechsituation. In Diskursen sind S und H kopräsent und teilen einen gemeinsamen Sprechzeitraum. Texte wiederum sind geprägt durch eine zerdehnte Sprechsituation. S und H sind bei der Produktion bzw. Rezeption der sprachlichen Handlungen nicht kopräsent.<sup>7</sup> Diese unterschiedlichen Handlungskonstellationen wirken sich auf das sprachliche Handeln der Aktanten

---

<sup>3</sup> Im Gegensatz zur institutionellen Kommunikation, bei der institutionenspezifische Zwecke verfolgt werden, zeichnet sich homileische Kommunikation durch den Zweck des geselligen Beisammenseins aus (vgl. Ehlich und Rehbein, 1980). Für einen Forschungsüberblick hinsichtlich beider Bereiche siehe Redder (2008).

<sup>4</sup> Siehe Rehbein (2001, 928).

<sup>5</sup> Zur Kooperation beim sprachlichen Handeln siehe (Ehlich, 1987a).

<sup>6</sup> Zum *turn*-Apparat siehe Sacks u. a. (1974), die das Phänomen mithilfe der ‘*conversation analysis*’ untersuchen.

<sup>7</sup> Siehe Ehlich (1984).

aus. So ist z.B. in Texten aufgrund der raumzeitlichen Trennung von S und H die Verwendung von deiktischen Ausdrücken eingeschränkt und eine Bearbeitung des hörerseitigen Rezeption ist nur im Vorwege möglich und drückt sich u.a. durch eine explizite Konnektivität aus.<sup>8</sup> Weiterhin liegen Texte häufig in schriftlicher und Diskurse in mündlicher Form vor. Die beiden Formen sind aber nicht zwangsläufig an ein Medium gebunden. So können Texte ebenfalls mündlich überliefert werden. Dies ist z.B. durch einen Boten möglich, der einen Text zunächst in der Rolle von H rezipiert, ihn memorisiert und anschließend in einer anderen Sprechsituation in der Rolle von S reproduziert.

In gedolmetschten Diskursen, wie sie dieser Untersuchung vorliegen, liegt eine besondere Sprechsituation vor. S und H sind kopräsent, was typisch für die Grundform Diskurs ist. Jedoch ist die Sprechsituation durch eine 'Ruptur' geprägt, wie Bührig und Rehbein (2000) anmerken. Die von S ausgeführten sprachlichen Handlungen werden zunächst von einer dolmetschenden Person rezipiert und anschließend in einer anderen Sprache reproduziert und erst dann vom eigentlichen Adressaten H rezipiert. Es kommt zu einer 'internen Zerdehnung' der Sprechsituation, was wiederum Auswirkungen auf das sprachliche Handeln der Interaktanten hat. Zum Beispiel besteht eine Ungleichzeitigkeit von sprachlicher Äußerung und nonverbalen Ausdrucksmitteln wie Bührig und ten Thije (2005) anmerken.<sup>9</sup>

#### **Konstellation**

Sprachliches Handeln setzt an 'Konstellationen' an. Eine Konstellation besteht nach Rehbein (1977) nicht aus jeglichen in einer Situation existierenden Faktoren, sondern aus einem „spezifischen Ensemble“ von Wirklichkeitspartikeln, die ein bestimmtes Handlungspotential enthalten, also determinierend auf das weitere Handeln wirken.<sup>10</sup> Konkret heißt dies, dass je nach Konstellation bestimmte Muster möglich sind, andere nicht.<sup>11</sup>

Konstellationen sind repetitiv und bilden somit sogenannte 'Standardkonstellationen', d.h. „Konstellationen, die durch identische oder ähnliche, strukturierte Anordnungen von Wirklichkeitspartikeln gebildet werden“. Aufgrund ihrer Repetitivität besteht die Möglichkeit „Formen für ihre zweckmäßige Veränderung“ zu entwickeln, derer sich Aktanten bedienen, um Konstellationen gemäß ihren Bedürfnissen und

---

<sup>8</sup> Siehe die Übersicht an diskurs- und textspezifischen Merkmalen in Rehbein (2001).

<sup>9</sup> Siehe Bührig und ten Thije (2005, 1228).

<sup>10</sup> Siehe Rehbein (1977, 265).

<sup>11</sup> Hat ein Aktant beispielsweise ein bestimmtes Wissensdefizit, kann dieser keine Muster zur Beseitigung des Wissensdefizits ausführen (z.B. Erklären oder Beschreiben).



Zielen zu bearbeiten.<sup>12</sup>

Dadurch, dass Aktanten Bedürfnisse ausbilden, Konstellationen zu verändern, stellen Konstellationen ‘Ansatzpunkte’ für Handlungen dar. Daher versteht Rehbein (1977) das Konzept der Konstellation als „Verbindungsstück zwischen Situationskomponenten und Handlungsprozeß“.<sup>13</sup> Das Ergebnis sprachlicher Handlungen, mit denen eine Konstellation bearbeitet wird, ist eine neue Konstellation, die ihrerseits wieder einen Ansatzpunkt für weitere sprachliche Handlungen darstellt.

Konstellationen lassen sich systematisch erfassen, indem das Konzept der ‘subjektiven und objektiven Kategorien des Handlungsraums’ von Rehbein (1977) angewendet wird.<sup>14</sup> Die objektiven Kategorien bestehen aus ‘Handlungsfeld’, ‘Interaktionsraum’, ‘Kontrollfeld’ und dem ‘System der Bedürfnisse’. Und die subjektiven Kategorien bestehen aus dem ‘Mechanismus des Wahrnehmens’, dem ‘Wissensraum’, dem ‘Mechanismus des Bewertens’, dem ‘Mechanismus des Glaubens’ und dem ‘Motivationsmechanismus’.<sup>15</sup>

In der vorliegenden Untersuchung werden Konstellationen im Aufklärungsgespräch analysiert, in denen die Kategorien des subjektiven Handlungsraums des Patienten derart ausgeprägt sind, dass die Umsetzung des diskursartenspezifischen Zwecks der Zustimmung behindert wird.

#### **Institutionen und Wissen**

Institutionen sind „Apparate zur Prozessierung der gesellschaftlichen Zwecke“ (Ehlich, 1986a, 194) und haben sich aus den in Gesellschaften existierenden Bedürfnissen heraus entwickelt. Ehlich und Rehbein (1980) unterscheiden je nach Zwecksetzung nach unterschiedlichen Typen von Institutionen. So ist das Krankenhaus eine Institution mit dem Zweck der individuellen Reproduktion und die Schule eine Institution mit dem Zweck der Ausbildung. In Institutionen lassen sich standardisierte Handlungsabläufe in Form von ‘Praxeogrammen’ erfassen. Ein Praxeogramm wird durch die Analyse empirischer Daten gewonnen und fasst die konstitutiven Einheiten (‘Pragmeme’) bestimmter Handlungsräume in ihrer aktantenspezifischen Verteilung zusammen.<sup>16</sup> Ein komplexes Beispiel für ein Praxeogramm ist das Hyperpragmem für Diagnose und Therapie von Bührig u. a. (2000), welches die Behandlung von

---

<sup>12</sup> Siehe Ehlich und Rehbein (1979, 245).

<sup>13</sup> Siehe Rehbein (1977, 265).

<sup>14</sup> Bührig (1992) zeigt in einer empirischen Untersuchung, wie Konstellationen durch subjektive und objektive Kategorien des Handlungsraums erfasst werden können.

<sup>15</sup> Siehe Rehbein (1977, 12ff).

<sup>16</sup> Zum Stellenwert des Praxeogramms als Analysewerkzeug siehe Bührig und Redder (2013).

Patienten in einem Krankenhaus der Regelversorgung darstellt.<sup>17</sup>

Ehlich und Rehbein (1980) beschreiben eine für Institutionen charakteristische Akteurenverteilung in ‘Agenten’ und ‘Klienten’.<sup>18</sup> Die Agenten als Institutionsvertreter sind mit professionellem Wissen ausgestattet (‘Institutionswissen zweiter Stufe’), während das Klientenwissen zumeist auf persönlichen Erfahrungen basiert (‘Institutionswissen erster Stufe’). Das Klientenwissen lässt sich hinsichtlich unterschiedlicher Allgemeinheitsgrade in Wissensstrukturtypen unterteilen: partikuläres Erlebniswissen, Einschätzungen, Bilder, Sentenzen, Maxime, Musterwissen und Routinewissen.<sup>19</sup>

### 3.1.2 Einheiten sprachlichen Handelns

Sprachliches Handeln lässt sich anhand seiner Bestandteile, seiner konstitutiven Einheiten untersuchen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass der gesellschaftliche ‘Zweck’ des sprachlichen Handelns den Zusammenhang zwischen den einzelnen Einheiten herstellt und eine übergeordnete Analysekategorie darstellt. Denn Sprache dient der Umsetzung von gesellschaftlichen Zwecken, so ein wesentlicher Grundgedanke der Funktionalen Pragmatik. Für die Umsetzung von Zwecken haben sich im Laufe der Zeit spezifische Strukturen der Kommunikation, sogenannte ‘Muster’ entwickelt, auf die Aktanten bei der Verfolgung individueller ‘Ziele’ zurückgreifen.<sup>20</sup>

#### Muster

Muster sind, um es mit den Worten von Ehlich (1986a) zu formulieren „gesellschaftliche Strukturen, die [der] Bearbeitung von gesellschaftlich rekurrenten Konstellationen dienen.“<sup>21</sup> Den Mitgliedern einer Gesellschaft stehen diese Strukturen in Form von ‘Musterwissen’ zur Verfügung.<sup>22</sup> Sprachliches Handeln stellt also einen Prozess dar, bei dem auf gesellschaftlich ausgearbeitetes Wissen zurückgegriffen wird. Ein Beispiel für ein sprachliches Handlungsmuster ist das Begründen. Beim Begründen

---

<sup>17</sup> Das Hyperpragmen für Diagnose und Therapie wurde bereits in 2.3 beschrieben.

<sup>18</sup> Siehe auch Ehlich und Rehbein (1977, 39f).

<sup>19</sup> Zu den Wissensstrukturtypen siehe Ehlich und Rehbein (1977).

<sup>20</sup> Zur Unterscheidung von Zweck und Ziel siehe Rehbein (1977, 108): „Ziele sind [...] verbunden mit individuellen Tätigkeiten. [...] Von ‘Zwecken’ sollte man sprechen, wenn einzelne Ziele bereits kollektiv erarbeitet wurden und der ganze Handlungsprozeß, der zur Erreichung des Ziels führte, in einem *Muster* fixiert und gewissermaßen konventionalisiert wurde. Zwecke sind also in Handlungsmustern kollektiv erarbeitete, erreichte und weiterhin erreichbare Ziele.“

<sup>21</sup> Siehe Ehlich (1986a, 188).

<sup>22</sup> Zum Musterwissen und weiteren Wissensstrukturtypen siehe die bereits erwähnte Arbeit von (Ehlich und Rehbein, 1977).

wird der Zweck realisiert, ein hörerseitiges Nichtverstehen einer Handlung in ein Verstehen zu verwandeln.<sup>23</sup>

Bei der Analyse von Mustern wird zwischen interaktionalen (verbalen sowie nonverbalen) und mentalen Tätigkeiten (Bewertungen, Einschätzungen etc.) unterschieden. Die systematische Zusammensetzung der unterschiedlichen Tätigkeiten lässt sich in Form von Flussdiagrammen graphisch darstellen, wobei die Trennung von interaktionaler und mentaler Sphäre von S und H berücksichtigt wird. Weiterhin wird der zeitliche Verlauf von aufeinander aufbauenden Tätigkeiten dargestellt und mögliche rekursive Abläufe lassen sich abbilden.<sup>24</sup>

Muster lassen sich in ihre Bestandteile zerlegen und mithilfe von entsprechenden Analysekatoren weitergehend erfassen. Und zwar bestehen Muster aus ‘Sprechhandlungen’ oder ‘sprachlichen Handlungen’, ‘Akten’ und ‘Prozeduren’. Diese Kategorien bezeichnen Elemente sprachlichen Handelns, die unterschiedlicher Größenordnungen entsprechen und werden im folgenden vorgestellt.

#### **Sprechhandlung**

Eine ‘Sprechhandlung’ ist eine Einheit sprachlichen Handelns, die sich durch eine bestimmte Handlungsqualität in einem vorliegenden Handlungszusammenhang auszeichnet.<sup>25</sup> Sprechhandlungen können einzeln (z.B. bei einer Assertion in Form einer einzigen Äußerung), sequentiell, d.h. mit vorgesehenem Sprecherwechsel (z.B. beim Frage-Antwort-Muster) oder verkettend (z.B. beim Erzählen) auftreten.<sup>26</sup> Sprechhandlungen setzen sich aus dem gleichzeitigen Vollzug von ‘Äußerungsakt’, ‘illokutivem’ und ‘propositionalen Akt’ zusammen. Der propositionale Akt beinhaltet ein von S versprochenes Wissen, der illokutive Akt gibt an, wie das Wissen von H verarbeitet werden soll und der Äußerungsakt ist die lautliche Umsetzung der beiden Akte.

#### **Prozedur**

Die Sprechhandlung wiederum besteht aus den kleinsten in der Funktionalen Pragmatik erfassten Einheiten, den ‘Prozeduren’. Ehlich (1979b) greift das Felderkonzept

---

<sup>23</sup> Zum Begründen siehe Ehlich und Rehbein (1986).

<sup>24</sup> Siehe z.B. das Flussdiagramm zum Muster der Assertion von Redder (1998, 76). Zur Verwendung von Flussdiagrammen im Rahmen von Musternanalysen siehe Bührig und Redder (2013).

<sup>25</sup> Zur Sprechhandlung siehe Ehlich (1972).

<sup>26</sup> Zur Unterscheidung der Termini ‘Verkettung’ und ‘Sequenz’ siehe Ehlich (1986a, 192).

von Bühler (1934) auf und entwickelt ein Fünffeldermodell mit dazugehörigen Prozeduren.<sup>27</sup>

- die ‘nennende’ Prozedur (Symbolfeld)
- die ‘deiktische’ Prozedur (Zeigfeld)
- die ‘expressive’ Prozedur (Malfeld)
- die ‘expeditiv’ Prozedur (Lenkfeld)
- die ‘operative’ Prozedur (Operationsfeld)

Mithilfe der Kategorie der Prozedur lassen sich kleinste Elemente bzw. Merkmale sprachlichen Handelns (morphologische, syntaktische, prosodische etc.) im Hinblick auf ihren jeweiligen sprachlichen Zweck, d.h. der Art der von S bewirkten mentalen Verarbeitung bei H, erfassen. So bewirkt eine von S ausgeführte nennende Prozedur (z.B. in Nomen, Verben, Adjektiven) bei H das Aufrufen von Wissen über den mit der nennenden Prozedur bezeichneten Wirklichkeitsausschnitt.<sup>28</sup> Mit der deiktischen Prozedur (z.B. in ‘hier’, ‘jetzt’, ‘ich’) wird die Aufmerksamkeit von H auf außersprachliche Objekte in einem bestimmten Verweisraum (Wahrnehmungsraum, Vorstellungsraum usw.) fokussiert.<sup>29</sup> Mit der expeditiven Prozedur (z.B. durch Interjektionen, Imperativ und Vokativ) werden unmittelbare, direkte Einflussnahmen in die Handlungsverläufe von H durchgeführt.<sup>30</sup> Mit der expressiven Prozedur (z.B. durch intonatorische Modulation) werden Bewertungen über das Gesagte für H nachvollziehbar gemacht.<sup>31</sup> Und mit der operativen Prozedur (z.B. in Konjunktionen und Anaphern) wird eine Verarbeitung des sprachlichen Wissens bei H bewirkt.<sup>32</sup>

Die Kategorie der Prozedur ermöglicht eine handlungstheoretische Erfassung und Deutung von konkreten grammatischen Strukturen und macht die funktionale Pragmatik somit zu einer linguistischen Theorie. Diesen besonderen Stellenwert hebt Rehbein (2001) hervor, indem er Prozeduren folgendermaßen charakterisiert: Prozeduren sind „Scharniere, in denen sich die sprachlichen Funktionen, wie sie sich in

---

<sup>27</sup> Für einen Überblick über die unterschiedlichen Felder und dazugehörige Prozeduren siehe z.B. Rehbein und Kameyama (2004), Rehbein (2001) und Ehlich (1993), der sprachliche Prozeduren in der Arzt-Patient-Kommunikation beschreibt.

<sup>28</sup> Zur nennenden Prozedur siehe z.B. Rehbein (1998), der die Verwendung von Fachbegriffen in der Arzt-Patient-Kommunikation untersucht.

<sup>29</sup> Zur deiktischen Prozedur siehe Ehlich (1979b).

<sup>30</sup> Zur expeditiven Prozedur durch Interjektionen siehe Ehlich (1986a).

<sup>31</sup> Zur expressiven Prozedur siehe Redder (1994).

<sup>32</sup> Zur operativen Prozedur durch ‘denn’ und ‘da’ siehe Redder (1990).

den mentalen Prozessen hörerseitig niederschlagen, formal erfassen lassen und damit den bekannten linguistischen Analyse-Instrumentarien öffnen.“<sup>33</sup>

### 3.1.3 Mentale Prozesse sprachlichen Handelns

Mentale Prozesse, die sich beim sprachlichen Handeln bei S und H abspielen, sind konstitutiv für sprachliches Handeln. Dieser Auffassung zufolge werden sie bei der Analyse von Texten und Diskursen systematisch berücksichtigt. So werden z.B. sprachliche Prozeduren „geradezu danach klassifiziert und analysiert, was sie mental beim Hörer leisten“, wie Kameyama (2004) anmerkt.<sup>34</sup> Mentale Prozesse beim sprachlichen Handeln bestehen sprecherseitig in der Planung von sprachlichen Handlungen (‘Stadien des Handlungsprozesses’) und hörerseitig in der Rekonstruktion ebendieser Handlungen (‘Hörerplanbildung’). Das in einer Handlung versprachlichte Wissen (p) wird von S und H je nach individuellen Voraussetzungen unterschiedlich verarbeitet (siehe ‘Handlungstheoretisches Wissensmodell’). Diese unterschiedlichen Aspekte mentaler Prozesse werden in der Funktionalen Pragmatik anhand unterschiedlicher Modelle und Schemen erfasst und im folgenden vorgestellt.

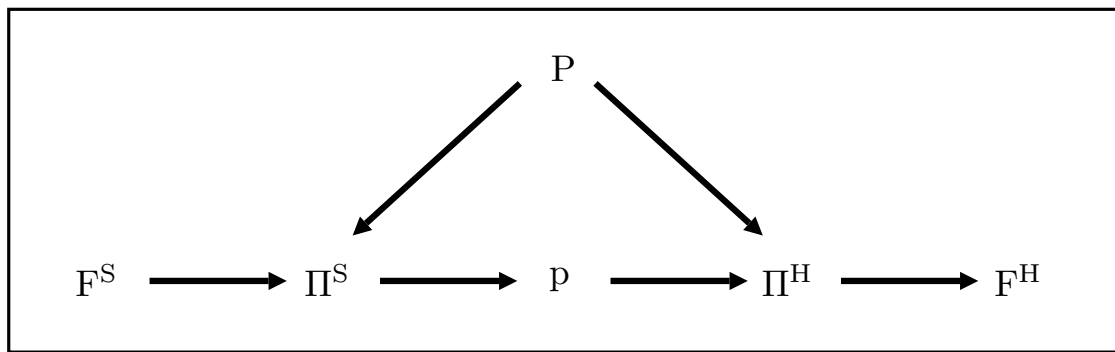
#### Das komplexe Sprachmodell

Im komplexen Sprachmodell von Ehlich und Rehbein (1986) wird das Verhältnis zwischen außersprachlichen Sachverhalten, Psyche und Sprache beim sprachlichen Handeln dargestellt. Es wird berücksichtigt, dass sich der propositionale Gehalt von sprachlichen Handlungen nicht direkt auf Sachverhalte bezieht, sondern vermittelt wird über mentale Prozesse. Das ursprüngliche Modell von Ehlich und Rehbein (1986) wird in Rehbein (1999) um die Komponenten des sprecher- und hörerseitigen Handlungsprozesses ( $F_S$  und  $F_H$ ) erweitert. In dem Modell (siehe Abbildung 3.1.1) steht P innerhalb eines sprecherseitigen ( $F_S$ ) und hörerseitigen Handlungsprozesses ( $F_H$ ) für die außersprachliche Wirklichkeit, p für die sprachliche Realität und  $\Pi^S$  für die mentale Realität von S sowie  $\Pi_H$  für die mentale Realität von H. Der propositionale Gehalt (p) bezieht sich auf einen Ausschnitt der Wirklichkeit (P) und wird im mentalen Bereich des Sprechers/ Hörers ( $\Pi_S$  oder  $\Pi_H$ ) widergespiegelt. Bei der Widerspiegelung wird die Wirklichkeit verarbeitet, indem sie komplexen Bewertungsprozessen unterzogen wird. Die Bewertungsprozesse fallen abhängig von individuellen Wissensbeständen, Bewertungsmaßstäben etc. unterschiedlich aus.

---

<sup>33</sup> Siehe (Rehbein, 2001, 937).

<sup>34</sup> Siehe Kameyama (2004, 34).



**Abbildung 3.1.1:** Das handlungstheoretische Wissensmodell nach Rehbein (1999)

### Stadien des Handlungsprozesses - sprecherseitig

Weiterhin werden mentale Prozesse sprecherseitig für die Ausführung von sprachlichen Handlungen durchgeführt. Rehbein (1977) beschreibt diese Prozesse anhand bestimmter 'Stadien des Handlungsprozesses' und stellt sie in einem Schema dar, welches für sprachliche und nicht-sprachliche Handlungen gilt (siehe Abbildung 3.1.2).

(weitere Vorgeschichte)		
(engere Vorgeschichte)	(0)	Handlungskontext
	(I)	Einschätzung der Situation
	(II)	Motivation
	(III)	Zielsetzung
(Geschichte)	(IV)	Planbildung
	(IV.1)	Fokus (Präphase 1)
	(IV.2)	Schema (Präphase 2)
	(IV.3)	Kompletter Plan
	(V)	Ausführungsstadium
	(VI)	Resultat der Ausführung
Nachgeschichte	(VII)	Folgen
(engere und weitere)		

**Abbildung 3.1.2:** Stadien des Handlungsprozesses nach Rehbein (1977)

Dem Schema zufolge beginnt eine Handlung mit einem gegebenen Handlungskontext (0), welchen S zunächst wahrnimmt und eine Einschätzung der Situation vor-

nimmt (I). Bei der Einschätzung werden Bedürfnisse registriert, aufgrund derer S eine Motivation (II) und ein Ziel ausbildet (III). Diese Prozesse gehören der ‘engeren Vorgeschichte’ an. In der ‘Geschichte’ bildet S dann zunächst einen Plan (IV), der eine Fokusbildung auf bestimmte Sachverhalte, eine noch lückenhaftes Schemenbildung der Handlung und schließlich eine Ausbildung des kompletten Plans beinhaltet. Darauf folgt das Ausführungsstadium, in dem die sprachliche Handlung an einem bestimmten Ansatzpunkt im Handlungskontext verbal umgesetzt wird (V), was das Resultat der Ausführung bedeutet, d.h. eine oder mehrere sprachliche Äußerungen (VI). Auf das Resultat der Ausführung folgt dann die ‘Nachgeschichte’, in der S oder H Folgehandlungen planen und ausführen. Die Reihenfolge der verschiedenen Stadien muss nicht zwangsläufig in der angegebenen Reihenfolge ablaufen. Sie hängt vom jeweiligen Handlungstyp und Handlungskontext ab und ist ‘dynamisch’, wie Rehbein (1977) anmerkt.<sup>35</sup>

Die Überlegungen zum Sprecherplan sind für diese Arbeit relevant, weil sie eine Rekonstruktion von mentalen Prozessen des Patienten und des Arztes ermöglichen, was wiederum wichtig für die Analyse von Sprechhandlungen ist, in denen sich patienten- seitige Widerstände manifestieren und mit denen Widerstände bearbeitet werden.

#### **Stadien des Handlungsprozesses - sprecherseitig und hörerseitig**

Auch hörerseitig werden mentale Prozesse beim sprachlichen Handeln getätigt, wie von Rehbein (1977)<sup>36</sup> sowie Ehlich und Rehbein (1986)<sup>37</sup> beschrieben wird. Die Überlegungen dieser Autoren führt Kameyama (2004) in einem Schema zusammen, das er um Vor- und Nachgeschichte erweitert und in dem er die hörerseitigen Tätigkeiten in Bezug zu dem von Rehbein (1977) erstellten Schema bzgl. sprecherseitigen Stadien des Handlungsprozesses setzt (siehe Abbildung 3.1.3).

Dieses Schema von Kameyama (2004) lässt sich folgendermaßen beschreiben. Vor der für H wahrnehmbaren Planausführung befinden sich H und S in einem Handlungskontext (0). Die ‘engere Vorgeschichte’ einer sprachlichen Handlung beginnt mit der von H und S vorgenommenen Einschätzung der vorliegenden Situation (I), welche aufgrund verschiedener Wissensbestände und Bewertungsmaßstäbe unter-

---

<sup>35</sup> Siehe Rehbein (1977, 182).

<sup>36</sup> Rehbein beschreibt die hörerseitige Tätigkeiten beim Verarbeiten von Äußerungen in Abgrenzung zu sprecherseitigen Tätigkeiten als ‘Hörerplanbildung’ und stellt diese in Form eines Schemas dar (siehe Rehbein, 1977, 190ff).

<sup>37</sup> Ehlich und Rehbein stellen die hörerseitigen Tätigkeiten beim Verarbeiten von sprachlichen Handlungen dar mit Schwerpunkt auf die Identifizierung von Äußerung, Illokution und Proposition (siehe Ehlich und Rehbein, 1986, 104ff).

### 3 Theoretische Grundlagen und methodisches Vorgehen

<b>S</b>		<b>H</b>	
(0)	Handlungskontext	(0)	Handlungskontext
<b>(engere)</b> <b>Vor-</b> <b>geschichte</b>	(I) Situations- einschätzung (S) (II) Motivation (III) Zielsetzung	<b>(engere)</b> <b>Vor-</b> <b>geschichte</b>	(I) Situations- einschätzung (H) (II) Hörererwartungen
<b>Geschichte</b>	(IV) Sprecherplan- (bildung) (1) Fokus (2) Schema (3) Kompletter Plan		
	(V) Ausführung (VI) Resultat (Äußerung)	<b>Geschichte</b>	(III) Perzeption (IV) Hörerplan(bildung) *(V) Rekonstruktion der (engeren) Vorgeschichte zum Plan von S Abgleich (* ist optional) Planübernahme
<b>Nach-</b> <b>geschichte</b>	(VII) Anschlusshandlung	<b>Nach-</b> <b>geschichte</b>	(VIII) Anschlusshandlung Planübernahme

**Abbildung 3.1.3:** Handlungsprozesse von S und H nach Kameyama (2004)



schiedlich ausfallen kann. H bildet gemäß seiner Einschätzung Hörererwartungen aus (II), während S die oben bereits beschriebenen sprecherseitigen Stadien II - IV durchläuft (Motivation, Zielsetzung, Sprecherplanbildung). Dann kommt es zum sprecherseitigen Ausführungsstadium (V), die in Äußerungen resultiert (VI). Noch während S die Handlung verbalisiert, beginnt die ‘Geschichte’, die hörerseitige ‘Rezeption’.

Die ‘Rezeption’ beinhaltet Perzeption (III), Hörerplanbildung (IV), Abgleich des Hörerplans mit den Hörererwartungen (VI) und Planübernahme (VII). Die hörerseitige Perzeption umfasst das Hören des Äußerungsaktes sowie das Identifizieren des propositionalen und illokutiven Aktes durch die Verarbeitung der in der Äußerung enthaltenen sprachlichen Prozeduren. Bei der Hörerplanbildung rekonstruiert H den Plan der Äußerung von S und gleicht diesen mit den eigenen ausgebildeten Hörererwartungen ab. Anschließend kommt es zu einer Planübernahme.

Diese in Stadien gegliederten mentalen Prozesse werden von H unternommen, bevor S oder H in der ‘Nachgeschichte’ Anschlusshandlungen ausführt.

## 3.2 Methodisches Vorgehen

Nachdem die theoretischen Grundlagen der funktionalen Pragmatik vorgestellt wurden, wird im Folgenden erläutert, wie diese Grundlagen bei einer Analyse von Diskursdaten Anwendung finden.<sup>38</sup> Zunächst wird der erste Schritt der Analyse dargestellt, nämlich die Transkription der zu untersuchenden Diskursdaten (3.2.1). Anschließend wird das Verfahren der funktional-pragmatischen Diskursanalyse in Form einzelner Analyseschritte erläutert (3.2.2).

### 3.2.1 Transkription nach HIAT

Damit Diskurse analysiert werden können, werden sie zunächst auditiv bzw. audiovisuell aufgezeichnet und anschließend transkribiert. Bei der funktional-pragmatischen Diskursanalyse wird vor allem – wie auch in dieser Arbeit – das Transkriptverfahren ‘HIAT’ eingesetzt. Es wurde von Konrad Ehlich und Jochen Rehbein erstellt (Ehlich und Rehbein, 1976) und u.a. im Hinblick auf die unterstützende Verwendung von Computerprogrammen weiter entwickelt (Rehbein u. a., 2004). Um Transkripte nach HIAT zu erstellen, wird meist das Programm ‘Exmaralda’ benutzt, wie auch

---

<sup>38</sup> Für einen Überblick über die Analysemethode der Funktionalen Pragmatik siehe auch Rehbein (2001) und Kameyama (2004).

im vorliegenden Fall.

Das Akronym ‘HIAT’ steht für Halbinterpretative Arbeittranskription. Mit der Bezeichnung ‘Arbeitstranskription’ wird darauf hingewiesen, dass Transkripte je nach Forschungsinteresse immer weiter ausgearbeitet und verfeinert werden können und eigentlich nie fertig sind. ‘Halbinterpretativ’ heißt, dass beim Transkribieren das Gehörte mithilfe des eigenen Sprachwissens gedeutet und entsprechend notiert wird. Dieser Deutungsprozess findet u.a. beim ‘Segmentieren’ der sprachlichen (und ggf. visuellen) Daten in Äußerungen und Wörter statt. Wo die Grenzen einer Äußerung liegen und wie der Modus einer Äußerung ist (Assertion, Frage etc.), wird anhand von morpho-syntaktischen und intonatorischen Kriterien bestimmt.<sup>39</sup>

Charakteristisch für HIAT ist die ‘Partiturschreibweise’. Diese ermöglicht eine übersichtliche Darstellung von gleichzeitigem Sprechen mehrerer Aktanten sowie eine überschaubare Kommentierung des sprachlichen Handelns hinsichtlich Sprechgeschwindigkeit, Betonung, Dehnung usw. Weiterhin wird beim Transkriptverfahren HIAT die ‘literarische Umschrift’ verwendet. Dabei wird grundsätzlich die Standardorthographie der Sprachen benutzt, die in den aufgenommenen Diskursen vorkommen. Abweichungen von der Standardorthographie wie das Verschlucken von Silben oder Zusammenziehen von Wörtern werden notiert, wenn diese vereinzelt vorkommen und für die Analyse relevant sind.

Die Diskursdaten, die in dieser Arbeit untersucht werden, wurden im Rahmen des DFG-geförderten Projekts ‘Dolmetschen im Krankenhaus’ am SFB 538 Mehrsprachigkeit erhoben und transkribiert. Die Autorin dieser Arbeit hat die Daten nicht selbst aufgezeichnet und verschriftlicht. Jedoch konnte sie sich durch eine Mitarbeit im genannten Projekt ‘Dolmetschen im Krankenhaus’ sowie durch die Mitarbeit in einem Folgeprojekt mit den Diskursdaten vertraut machen.<sup>40</sup> Des Weiteren hat sie die bereits bestehenden Transkripte der analysierten Diskurse durch wiederholtes Perzipieren der Audiodateien kontrolliert. In diesem Kontrollprozess wurden Segmentgrenzen, Äußerungsmodi sowie Übersetzungen des fremdsprachlichen Sprachmaterials kritisch geprüft und ggf. revidiert. Bei Unsicherheiten bzgl. der Überset-

---

<sup>39</sup> Zur sprachlichen Einheit der ‘Äußerung’ siehe Rehbein u. a. (2004, 19ff). Die Autoren beschreiben die Äußerung als diskrete Einheit sprachlichen Handelns, die der Umsetzung illokutionärer und propositionaler Zwecke dient. Äußerungen sind nicht zwangsläufig satzförmig, sie können z.B. auch in Form von hörerseitigen Interjektionen vorliegen (Hörersignale wie ‘Hm’).

<sup>40</sup> Die Diskursdaten wurden verwendet für das Projekt ‘Entwicklung und Evaluierung eines Fortbildungsmoduls für zweisprachige Krankenhausmitarbeiter’ am SFB 538, das von 2008-2011 durchgeführt wurde und in dem die Autorin als wissenschaftliche Mitarbeiterin mitgewirkt hat. In diesem Projekt wurden die Diskursdaten als authentisches Gesprächsmaterial für eine Fortbildung von dolmetschendem Krankenhauspersonal benutzt (siehe Bührig u. a., 2012).

zungen der vorkommenden Fremdsprachen (Portugiesisch, Spanisch, Türkisch) wurden Muttersprachler hinzugezogen. Bei Unsicherheiten bzgl. der Aufnahmekonstellation wurde der Aufnahmeleiter konsultiert, der die Aufzeichnungen der Diskurse durchführte.

### 3.2.2 Verfahren der funktional-pragmatischen Diskursanalyse

Das Analysevorgehen der Funktionalen Pragmatik ist als ‘reflektiert-empirisch’ und ‘hermeneutisch’ zu kennzeichnen.<sup>41</sup> Erkenntnisgewinne über regelhafte Strukturen sprachlichen Handelns werden anhand der Analyse von empirischen Diskursdaten erzeugt, wobei ein Einbezug von Alltagswissen und wissenschaftlichem Wissen in Form einer hermeneutischen Spirale stattfindet. Das Ziel der funktional-pragmatischen Diskursanalyse fasst Kameyama (2004) folgendermaßen zusammen: Es geht darum, „das den exemplarischen Einzelfällen von Diskursen gemeinsam zugrunde liegende allgemeine Handlungspotential als kommunikative Tiefenstruktur auf empirischer Basis zu rekonstruieren.“<sup>42</sup> Wie diese Analyse der Tiefenstrukturen (Muster, Handlungen, Wissensstrukturen, Apparate, Institutionen) abläuft, beschreibt Rehbein (2001) und wird im folgenden nachgezeichnet.

Zunächst wird nach einer ersten Sichtung von Sprachdaten (Texte oder Diskurse), die aus der gesellschaftlichen Wirklichkeit stammen und möglichst authentisch sind, eine vorläufige Bestimmung des Untersuchungsgegenstandes vorgenommen. Dann werden die Rahmenbedingungen des Diskurses systematisch erfasst, da diese für die folgende Analyse relevant sind: Die Konstellation des Diskurses sowie Vor- und Nachgeschichte werden beschrieben und der Diskurs wird paraphrasiert. Anschließend kommt es dann zur Kernphase der Analyse, d.h. spezifische Fragestellungen bzgl. bestimmter Tiefenstrukturen werden verfolgt, z.B. werden Diskurszwecke oder Supportmuster kommunikativer Apparate analysiert. Während der Analyse wird der Untersuchungsgegenstand durch den Abgleich mit den empirischen Daten immer weiter präzisiert.

Bei der funktional-pragmatischen Diskursanalyse ist zu beachten, dass es sich um einen komplexen Interpretationsprozess handelt, der berücksichtigt, dass die Tiefenstrukturen nicht „eins-zu-eins an der sprachlichen Oberfläche realisiert“ werden, wie Rehbein (2001) anmerkt.<sup>43</sup> Zum einen können die Tiefenstrukturen abhängig von den Handlungsbedingungen Modifizierungen erfahren, was sich entsprechend mani-

<sup>41</sup> Siehe Rehbein (2001, 927) und Redder (2001, 639).

<sup>42</sup> Siehe (Kameyama, 2004, 40).

<sup>43</sup> Siehe (Rehbein, 2001, 933).

### 3 Theoretische Grundlagen und methodisches Vorgehen

festiert.<sup>44</sup> Weiterhin treten die Einheiten unterschiedlicher Tiefenstrukturen (z.B. Muster und Apparate) nur selten in getrennter Abfolge voneinander auf, sondern sind miteinander vermengt. Daher werden Transkripte in einem eigenen Arbeitsschritt zunächst ‘gereinigt’. Dabei werden Oberflächenvorkommen unterschiedlichen Tiefenstrukturen zugeordnet und somit voneinander getrennt.

Bei der Analyse ist das Allgemein-Regelhafte und nicht das Eigentümlich-Idiosynkratische sprachlichen Handelns von Interesse.<sup>45</sup> Es werden Standardkonstellationen und deren standardmäßige Bearbeitung in Form von sprachlichen Handlungsmustern rekonstruiert, indem anhand konkreter empirischer Daten das Allgemeine erschlossen wird.<sup>46</sup>

Ebenso wurde auch in dieser Untersuchung verfahren. Es wurde ein Korpus von Aufklärungsgesprächen untersucht und der Verlauf der einzelnen Diskurse wurde mit Blick auf mögliche patientenseitige Widerstände rekonstruiert. Konkret heißt das, dass geprüft wurde, ob und welche Dimensionen des patientenseitigen Handlungsraums einer angestrebten Zustimmung im Wege stehen können. Die vorgefundenen patientenseitigen Widerstände wurden hinsichtlich möglicher Gemeinsamkeiten und Unterschiede geprüft und es konnten standardmäßige Typen identifiziert werden. Ergebnis der Analyse sind unterschiedliche Widerstandstypen, die anhand exemplarischer Analysen präsentiert werden. Weiterhin werden die ärztlichen Reaktionen in Form von sprachlichen Handlungsmustern analysiert und typenhaft gruppiert. Auch die Reaktionstypen werden anhand von exemplarischen Analysen vorgestellt.

In Folge des recht aufwändigen Verfahrens der funktional-pragmatischen Diskursanalyse werden konkrete Untersuchungen meist in qualitativer Weise durchgeführt. Ebenso wurde auch in der vorliegenden Arbeit vorgegangen, in der zunächst ein Korpus von 26 Aufklärungsgesprächen gesichtet wurde und schließlich Ausschnitte aus fünf Aufklärungsgesprächen exemplarisch untersucht wurden.

---

<sup>44</sup> Siehe z.B. die institutionelle Modifizierung von ärztlichen Fragen gegenüber der Alltagsfrage in Rehbein (1993). Der Autor untersucht die Arztfrage im Anamnesegespräch und dokumentiert ihr einen assertativen Charakter.

<sup>45</sup> Siehe Rehbein (2001, 930).

<sup>46</sup> Siehe Ehlich und Rehbein (1979).

## 4 Untersuchungsdaten

Im Folgenden wird das Korpus ‘Dolmetschen im Krankenhaus’ vorgestellt, aus dem das Analysekorpus für die vorliegende Untersuchung stammt (Kapitel 4.1). Im weiteren wird beschrieben, wie das Analysekorpus erstellt wurde, d.h. wie die Gespräche für die Diskursanalyse ausgewählt wurden (Kapitel 4.2). Schließlich werden die einzelnen Gespräche des Analysekorpus anhand tabellarischer Übersichten und Zusammenfassungen beschrieben (Kapitel 4.3).

### 4.1 Beschreibung des Korpus ‘Dolmetschen im Krankenhaus’

Für die Analyse der vorliegenden Arbeit wird das Korpus ‘DiK’ (Dolmetschen im Krankenhaus) von Bühlig und Meyer (2009) verwendet. Das Korpus entstand im Rahmen des DFG-geförderten Projektes ‘Dolmetschen im Krankenhaus’ zwischen 1998 und 2005 am Sonderforschungsbereich 538 Mehrsprachigkeit.<sup>1</sup> In diesem Zeitraum wurden die Gespräche des Korpus aufgezeichnet und transkribiert.

Für die Erstellung des Korpus wurden einsprachige sowie mehrsprachige Gespräche zwischen Arzt und Patient in deutschen Krankenhäusern aufgezeichnet. Weiterhin wurden monolinguale Gespräche in Portugal und in der Türkei aufgenommen. Insgesamt besteht das Korpus aus 91 Arzt-Patienten-Diskursen. Von den Diskursen sind 44 mehrsprachig (21 Portugiesisch-Deutsch, 3 Portugiesisch-Spanisch-Deutsch und 20 Türkisch-Deutsch) und 47 einsprachig (14 Deutsch, 21 Portugiesisch und 12 Türkisch).

Da Arzt und Patient in den mehrsprachigen Diskursen nicht dieselbe Sprache sprechen, wird eine Verständigung durch dolmetschende Personen ermöglicht. Dabei handelt es sich – wie bereits in 2.3 erwähnt – um sogenannte ‘Ad-hoc-Dolmetscher’. Das sind zweisprachige Pflegekräfte oder Familienangehörige der Patienten, die spon-

---

<sup>1</sup> Das Korpus ‘DiK’ ist nach der Erteilung eines Passwortes über folgende Adresse zugänglich: <http://www1.uni-hamburg.de/exmaralda/files/k2-dik/public/index.html>

tan ('ad-hoc') zum Vermitteln herangezogen werden, auch wenn sie keine professionelle Ausbildung zum Dolmetschen haben. Bisweilen kommunizieren Arzt und Patient in einigen Gesprächen auch direkt – ohne die Hilfe des anwesenden Ad-hoc-Dolmetschers – miteinander. Dies ist auf 'transparente' Dolmetschsituationen zurückzuführen, d.h. auf die Konstellation, in denen Patient und Arzt ein gewisses Maß an Kenntnissen bzgl. der L1 des anderen haben.<sup>2</sup> Die Sprachkenntnisse reichen aus, um stellenweise direkt mit dem Gegenüber zu kommunizieren, nicht jedoch, um ein gesamtes Gespräch mit seinen jeweiligen diskurstyp-spezifischen Besonderheiten zu meistern.

Die Mehrheit der aufgezeichneten Gesprächen sind Anamnesegespräche (41), gefolgt von Aufklärungsgesprächen (26). Weiterhin gibt es einige Befundgespräche (11) sowie Beratungsgespräche (5) und eine Untersuchung. In einigen Gesprächen sind zwei Gesprächstypen miteinander kombiniert (z.B. Aufklärung mit folgender Beratung). Alle Diskurse wurden auditiv aufgezeichnet und nach der halbinterpretativen Arbeitstranskription (HIAT) nach Rehbein u. a. (2004) transkribiert. Fremdsprachliches Material wurde dabei ins Deutsche übersetzt und persönliche Daten der an den Gesprächen teilnehmenden Personen wurden durch die Verwendung von Pseudonymen anonymisiert.

Weitere Beschreibungen des Korpus 'DiK' finden sich in Bührig u. a. (2012) und in Meyer (2004). In Bührig u. a. (2012) ist weiterhin beschrieben, für welche Forschungs- und Fortbildungszwecke das Korpus 'DiK' bereits genutzt wurde.

## **4.2 Erstellen des Analysekorpus durch das Identifizieren von patientenseitigen Widerstandstypen**

Für die vorliegende Arbeit wurde ein Analysekorpus erstellt, das aus ausgewählten Diskursausschnitten fünf unterschiedlicher Aufklärungsgespräche besteht, nämlich vier diagnostischen und einem therapeutischen Aufklärungsgespräch. Dieses Analysekorpus wurde durch das Ausführen mehrerer Kontroll- und Analyseschritte zusammengestellt, die in drei Phasen bestehen und im folgenden beschrieben werden.

---

<sup>2</sup> Zum Begriffspaar 'transparent-opak' siehe Müller (1989).

### Phase 1

Zunächst wurden die 26 Aufklärungsgespräche des Korpus ‘DiK’ hinsichtlich ihrer Gesprächsdynamik rekonstruiert und nach möglichen patientenseitigen Widerständen durchsucht. Als Filter diente dabei der in Kapitel 2.2 erarbeitete Begriff des ‘patientenseitigen Widerstands’. Durch diesen ersten Analyseschritt konnten sechs Typen an patientenseitigen Widerständen bestimmt werden, die hier aufgelistet werden:

Negative Evaluierung des Plans
Zweifel am Nutzen des Plans
Nichtverstehen des Plans
Wissensdefizit bzgl. des Behandlungsplans
Fehlendes Musterwissen
Selbstdiskreditierung

**Abbildung 4.2.1:** Für das Aufklärungsgespräch identifizierte patientenseitige Widerstandstypen

Diese Widerstandstypen bestehen in unterschiedlichen Ausprägungen des patientenseitigen Handlungsraums und stellen ein potentielles Hindernis für eine patientenseitige Zustimmung im Aufklärungsgespräch dar. Für alle Widerstandstypen konnten mehrere Manifestationen in den Aufklärungsgesprächen des Korpus DiK identifiziert werden.

### Phase 2

Diese in den Aufklärungsgesprächen identifizierten Manifestationen wiederum wurden bzgl. bestimmter Kriterien geprüft, bevor sie für die exemplarische Diskursanalyse in Erwägung gezogen wurden. Es wurden lediglich Diskurse ausgewählt, die möglichst authentisch sind. So wurden zwei Aufklärungsgespräche des Korpus ‘DiK’ von der Analyse ausgeschlossen, da sie unter artifiziellen Bedingungen stattfanden. Eines wurde bereits am Vortag geführt (D-AUF-52) und ein zweites wurde zuvor ohne dolmetschende Person durchgeführt (PD-AUF-22). Diese beiden Diskurse fanden unter der Voraussetzung statt, dass einige Teilzwecke bereits realisiert waren und Wiederholungen und damit Verzerrungen der Realität möglich waren. Weiterhin sollten die patientenseitigen Widerstände für den Arzt sprachlich zugänglich sein, da nur diese Äußerungen einen möglichen Ansatzpunkt für das weitere

sprachliche Handeln der Ärzte darstellen, welches ebenfalls einen Untersuchungsgegenstand dieser Arbeit ausmacht. Es wurden also deutschsprachige Äußerungen untersucht, die entweder von einem Ad-hoc-Dolmetscher im Deutschen reproduziert wurden oder von einem türkisch-, portugiesisch- oder spanischsprachigen Patienten in seiner L2, direkt auf Deutsch formuliert wurden.

Außerdem wurden nur Widerstände analysiert, die vom Patienten ausgehen. Widerstände, die auf die dolmetschenden Personen zurückzuführen sind, wurden nicht bei der Analyse berücksichtigt.

Und schließlich sollten die Diskursausschnitte, in denen Widerstände auftreten, gut verständlich sein. Diskursausschnitte, die im Korpus zum Teil als ‘unverständlich’ markiert sind, wurden nicht untersucht, da relevante Elemente für die Analyse ggf. nicht zugänglich sind.

### **Phase 3**

Nach der zweiten Phase wurde begutachtet, ob sich die verbleibenden Widerstände für eine exemplarische Diskursanalyse eignen. Dafür wurde kontrolliert, in welchen Diskursen gehäuft Widerstände vorkommen. Das Ziel war, möglichst vielseitige patientenseitige Widerstands- und arztseitige Reaktionsmanifestationen weniger Diskurse zu untersuchen, um eine tiefgehende Analyse zu ermöglichen, in der die gesamte Gesprächsdynamik berücksichtigt wird.

Weiterhin wurden Vorkommnisse bevorzugt, die möglichst eindeutig hinsichtlich der wesentlichen Merkmale von Widerständen und Reaktionen sind. Die Wahl fiel schließlich auf fünf Aufklärungsgespräche.

## **4.3 Übersicht über untersuchte Aufklärungsgespräche**

Im folgenden werden die in der Diskursanalyse untersuchten Gespräche nun im einzelnen tabellarisch vorgestellt. Es handelt sich um die Diskurse PD-AUF-16, PD-AUF-27, PD-AUF-29, PSD-AUF-37, TD-AUF-57, die im online-Korpus DiK von Bühlig und Meyer (2009) eingesehen werden können.

In den diskursbezogenen Abbildungen werden die Interaktanten vorgestellt, indem Informationen über Rolle im Diskurs, den jeweiligen pseudonymisierten Namen, Geschlecht, Beruf, Alter und Sprachkenntnisse gegeben werden. Die Interaktanten sind entweder Arzt (A), Patient (P), dolmetschende Person (D), Angehörige (Y) oder die aufnehmende Person, die die Tonaufzeichnungen durchgeführt hat (AU). Die Kürzel



#### 4 Untersuchungsdaten

entsprechen den in den Transkripten aufgeführten Siglen.

Die Sprachkenntnisse beziehen sich auf Muttersprache (L1) und ggf. Zweitsprache/ Fremdsprache (L2).<sup>3</sup> Weiterhin wird eine kurze Zusammenfassung der Diskurse gegeben, in der auch patientenseitige Widerstände und arztseitige Reaktionen skizziert werden. Und schließlich werden etwaige Besonderheiten der einzelnen Diskurse in einer extra Spalte ‘Anmerkungen’ angegeben. Welche Sprachen in den jeweiligen Diskursen verwendet werden, ist den Diskursnamen ‘PD-AUF-16’, ‘TD-AUF-57’ etc. zu entnehmen. So steht das Kürzel ‘PD’ für Portugiesisch-Deutsch, ‘TD’ für Türkisch-Deutsch und ‘PSD’ für den besonderen Fall, dass sogar drei Sprachen verwendet werden, nämlich Portugiesisch, Spanisch und Deutsch.

PD-AUF-16 – Therapeutisches Aufklärungsgespräch über Hüftoperation und Adduktorenkappung					
Interaktanten	Arzt (A)	Patient (P)	Dolmetschende Person (D)	Angehöriger (Y)	Aufnehmende Person (AU)
	Herr Eckhoff, Chirurg im prakt. Jahr, ca. 25 Jahre alt, L1 Deutsch	Herr Marcos, Arbeiter, 72 Jahre alt, L1 Portugiesisch, L2 Deutsch (geringe Kenntnisse)	Frau Rodrigues, Krankenschwester, 48 Jahre alt, L1 Portugiesisch, L2 Deutsch	Sohn von P, L1 Portugiesisch, L2 Deutsch	Herr Müller, Wissenschaftler, 36 Jahre alt, L1 Deutsch, L2 Portugiesisch
Zusammenfassung	A kündigt die Hüft-OP an, beschreibt sie, gibt P die Möglichkeit, Fragen zu stellen. Dann kündigt A die Adduktorenkappung an und beschreibt auch diese. P stellt den Nutzen seiner Behandlung infrage, A geht auf diesen Einwand ein. Dann nennt A spezifische Risiken, P schildert währenddessen Krankheitsgeschichte und Beschwerden. Nach einer Unterbrechung wird das Gespräch zu einem späteren Zeitpunkt weitergeführt. A nennt weitere Risiken. P stellt erneut den Nutzen seiner Behandlung infrage, worauf A kurz eingeht. A bittet P um eine Unterschrift zur Einwilligung, die P gibt. Nachdem der Zeitpunkt des Eingriffs thematisiert wird, beendet A das Gespräch.				
Anmerkung	Zu PD-AUF-16 ist hinzuzufügen, dass es sich nicht wie bei den übrigen Diskursen des Analysekörpus um ein diagnostisches Aufklärungsgespräch handelt, sondern um ein therapeutisches. Die Eingriffe, über die der Patient hier aufgeklärt wird, dienen nicht der Identifizierung einer möglichen Krankheit, sondern sollen seinen körperlichen Zustand verbessern. Sie sind mit größeren Risiken behaftet als es diagnostische Untersuchungen in der Regel sind. Folglich ist es nicht verwunderlich, dass der Bewertungsaspekt in diesem Gespräch eine bedeutende Rolle spielt, so wie Meyer (2004) es therapeutischen Aufklärungsgesprächen im allgemeinen zuschreibt.				

**Tabelle 4.3.1:** Aufklärungsgespräch PD-AUF-16

<sup>3</sup> L1 und L2 sind gängige Abkürzungen aus der Angewandten Linguistik, bzw. aus den ‘*Applied Linguistics*’. L1 steht für *language 1*, die Muttersprache einer Person. L2 steht für *language 2*, die Zweit- oder Fremdsprache (vgl. z.B. Edmondson und House, 2000, 8ff).

## 4 Untersuchungsdaten

<b>PD-AUF-27 – Diagnostisches Aufklärungsgespräch über Lungenspiegelung</b>				
Interaktanten	Arzt (A)	Patient (P)	Dolmetschende Person (D)	Aufnehmende Person (AU)
	Frau Fröhlich, Internistin, 29 Jahre alt, L1 Deutsch	Herr Gomes, Rentner, lebt seit 18 Jahren in Deutschland, L1 Portugiesisch, L2 Deutsch (geringe Kenntnisse)	Micaela, Krankenschwester, ca. 25 Jahre alt, L1 Portugiesisch, L2 Deutsch	Herr Müller, Wissenschaftler, 36 Jahre alt, L1 Deutsch, L2 Portugiesisch
Zusammenfassung	A kündigt die Lungenspiegelung an, beschreibt sie und weist auf Risiken hin. A gibt P die Möglichkeit, Fragen zu stellen. P weiß nicht, wie er darauf reagieren soll, worauf A eingeht. Schließlich bittet A um eine patientenseitige Unterschrift zur Einwilligung, die P gibt.			

**Tabelle 4.3.2:** Aufklärungsgespräch PD-AUF-27

<b>PD-AUF-29 – Diagnostisches Aufklärungsgespräch über Magenspiegelung und Ultraschall des Herzens</b>				
Interaktanten	Arzt (A)	Patient (P)	Dolmetschende Person (D)	Aufnehmende Person (AU)
	Frau Fröhlich, Internistin, 29 Jahre alt, L1 Deutsch	Herr Gomes, Rentner, lebt seit 18 Jahren in Deutschland, L1 Portugiesisch, L2 Deutsch (geringe Kenntnisse)	Nichte von P, Kauffrau, Ende 20, L1 Portugiesisch, L2 Deutsch	Herr Müller, Wissenschaftler, 36 Jahre alt, L1 Deutsch, L2 Portugiesisch
	A und P kennen sich aus PD-AUF-27			
Zusammenfassung	A kündigt beide Eingriffe an, beschreibt die Magenspiegelung, nennt spezifische Risiken der Untersuchung und gibt P die Möglichkeit, Fragen zu stellen. Dann kündigt A die Ultraschalluntersuchung erneut an. P setzt diese mit einer Voruntersuchung gleich, A korrigiert diese Annahme. Dann beschreibt A die Untersuchung und nennt spezifische Risiken. Nachdem der Zeitpunkt der Untersuchungen thematisiert wird, gibt A die Möglichkeit, Fragen zu stellen. P weiß nicht, wie er darauf reagieren soll, A geht nur formal auf diesen Bruch ein und beendet das Gespräch.			

**Tabelle 4.3.3:** Aufklärungsgespräch PD-AUF-29

## 4 Untersuchungsdaten

<b>PSD-AUF-37 – Diagnostisches Aufklärungsgespräch über Injektion von Kontrastmittel in den Fuß und in die Lunge</b>			
Interaktanten	Arzt (A)	Patient (P)	Dolmetschende Person (D)
	Frau Freitag*, Internistin, Ende 30, L1 Deutsch	Herr Morini, Matrose, 64 Jahre alt, L1 Spanisch, L2 Deutsch (geringe Kenntnisse)	Maria, Krankenschwester, Ende 20, L1 Portugiesisch, L2 Deutsch
	A und P kennen sich aus PD-ANA-36		
Zusammenfassung	<p>A kündigt beide Untersuchungen an, beschreibt die einzelnen Schritte des ersten Eingriffs und nennt Risiken. Anschließend gibt sie P die Möglichkeit, Fragen zu stellen. Dies nutzt P, um Beschwerden zu schildern. Daraufhin unterschreibt er, dass er mit der ersten Untersuchung einverstanden ist. Dann kündigt A den zweiten Eingriff an, der im Falle eines negativen Befundes des ersten Eingriffs durchgeführt werden soll, nämlich die Injektion von Kontrastmittel in die Lunge. Daraufhin fragt P nach dem Zustand seines Herzens, worauf A eingeht. Dann beschreibt A den Eingriff, nennt spezifische Risiken und gibt Anweisungen für die Zeit kurz nach der Untersuchung. Wieder bittet A um eine Unterschrift zur Einwilligung, die P gibt. Sie bietet ihm die Möglichkeit, Fragen zu stellen, woraufhin P weitere Beschwerden schildert. A registriert diese und beendet das Gespräch.</p>		
Anmerkung 1	<p>Die L1 von A ist Deutsch, von P Spanisch. D spricht Portugiesisch (L1) und Deutsch (L2). Patient und Pflegekraft können sich Dank der Ähnlichkeit ihrer jeweiligen L1 einander mitteilen, es kommt jedoch bisweilen zu Verständnisschwierigkeiten und Missverständnissen zwischen den beiden.</p>		
Anmerkung 2	<p>* Das ursprüngliche Pseudonym für die Internistin in PSD-AUF-37 lautet 'Frau Fr.'. Um deutlich zu machen, dass es sich bei dieser Internistin nicht um dieselbe Ärztin wie aus PD-AUF-27 und PD-AUF-29 handelt und 'Frau Fr.' keine Abkürzung für 'Frau Fröhlich' ist, hat die Autorin dieser Arbeit für die in PSD-AUF-37 behandelnde Ärztin das eindeutige Pseudonym 'Frau Freitag' verwendet.</p>		

**Tabelle 4.3.4:** Aufklärungsgespräch PSD-AUF-37

<b>TD-AUF-57 – Diagnostisches Aufklärungsgespräch über eine Lungenspiegelung</b>					
Interaktanten	Arzt 1 (A1)	Arzt 2 (A2)	Patientin (P)	Dolmetschende Person (D)	Aufnehmende Person (AU)
	Herr Frank, Internist & Oberarzt, L1 Deutsch, L2 Türkisch (geringe Kenntnisse)	Frau Briegleb, Internistin, 38 Jahre alt, L1 Deutsch	Lale Peker, Beruf unbekannt, 22 Jahre alt, L1 Türkisch, L2 Deutsch (mittelmäßige Kenntnisse)	Nuriye Peker, Krankenschwester, Schwester von P, L1 Türkisch, L2 Deutsch	Herr Müller, Wissenschaftler, 36 Jahre alt, L1 Deutsch, L2 Portugiesisch
Zusammenfassung	<p>A1 klärt P im Beisein von A2 über eine Lungenspiegelung auf. A1 kündigt die Untersuchung an und stellt sich vor. Er begründet, warum sie gemacht werden soll und auch, warum eine Vollnarkose geplant wird. P fragt nach der Möglichkeit, die Untersuchung ohne Vollnarkose durchzuführen, was A1 und A2 begründend ablehnen. P macht wiederholt deutlich, dass sie Angst vor der Vollnarkose hat, worauf A1 und A2 eingehen. Nachdem A1 beginnt, auf Risiken hinzuweisen, stellt P eine Bedingung für die Untersuchung, der A1 zustimmt. Dann stellt P die Untersuchung infrage, worauf A1 in vehementer Weise eingeht. A1 bietet P die Möglichkeit, Fragen zu stellen, woraufhin P sagt, dass sie Angst hat. Wieder reagiert A1 in vehementer Weise, gibt ein weiteres Mal die Möglichkeit, Fragen zu stellen und beendet das Gespräch.</p>				

**Tabelle 4.3.5:** Aufklärungsgespräch TD-AUF-57

# 5 Diskursanalysen von patientenseitigen Widerständen

In diesem Kapitel werden die bei der Erstellung des Analysekorpus identifizierten Widerstandstypen anhand exemplarischer Diskursanalysen untersucht. Im Folgenden werden Diskursanalysen zu jedem einzelnen patientenseitigen Widerstandstyp durchgeführt (5.1 – 5.4). Am Ende des Kapitels wird eine Zusammenfassung gegeben, in der die Analyseergebnisse hinsichtlich der Beantwortung der Forschungsfragen kondensiert formuliert werden (5.5).

## 5.1 Motivationsbezogene Widerstände

Die patientenseitige Zustimmung zu einem Untersuchungsplan, der im Aufklärungsgespräch besprochen wird, ist eine Voraussetzung für die patientenseitige Kooperation bei der späteren Durchführung ebendieses Plans. Bevor eine patientenseitige Zustimmung erreicht wird, ist – wie bei anderen Handlungen auch – die Ausbildung einer Motivation notwendig.<sup>1</sup>

Die patientenseitige Zustimmung in diagnostischen Aufklärungsgesprächen ist aufgrund rechtlicher Aspekte eine unerlässliche Bedingung für die weitere Behandlung und somit von besonderer Relevanz. Auch wenn eine Zustimmung in Aufklärungsgesprächen wahrscheinlich ist, wie Meyer (2004) es einschätzt,<sup>2</sup> sind Ausnahmefälle möglich. So scheint in den Aufklärungsgesprächen TD-AUF-57 und PD-AUF-16 an einigen Stellen durch, dass a) eine patientenseitige Motivation, dem Plan zuzustimmen nicht gegeben ist, dass b) eine Motivationsausbildung nicht wahrscheinlich ist bzw. c) sogar eine Ablehnung des Plans wahrscheinlich ist. Mit anderen Worten, der Patient macht motivationsbezogene Widerstände deutlich.

---

<sup>1</sup> Die Ausbildung einer Motivation stellt u.a. ein Stadium im Handlungsprozess dar. Zur Analyse von Handlungen nach Stadien siehe Rehbein (1977, 137ff), der verschiedene Handlungsstadien in Form eines Schemas darstellt. Das Schema wurde in Kapitel 3.1.3 erläutert und in Abbildung 3.1.2 präsentiert.

<sup>2</sup> Vgl. Meyer (2004, 76f, 207f) erläutert in Kapitel 2.3.

Die Widerstände, die im Folgenden exemplarisch untersucht werden, beziehen sich auf den im jeweiligen Aufklärungsgespräch besprochenen Plan. Ein Widerstand bzgl. des Plans bedeutet auch einen Widerstand bzgl. einer Zustimmung zum Plan.

Vor der Diskursanalyse werden theoretische Grundlagen erläutert, die für die Analyse relevant sind, nämlich die Funktionsweise des Motivationsmechanismus.

### 5.1.1 Theoretische Grundlagen zum Motivationsmechanismus

Im Folgenden wird erläutert, was aus handlungstheoretischer Perspektive unter ‘Motivation’ zu verstehen ist. Nach Rehbein (1977) ereignen sich Handlungen nicht ohne Grund, sondern „erfüllen Bedürfnisse“.<sup>3</sup> Der individuell Handelnde erfährt Bedürfnisse in seinen jeweiligen Handlungsräumen in spezifischer Form, nämlich als ‘Motive’. Rehbein beschreibt anhand eines Schemas (Abbildung 5.1.1), wie Bedürfnisse in einen spezifischen Handlungsraum übertragen werden und nennt diesen Vorgang ‘Motivationsmechanismus’.

- (i) Ein Aktant S ist in einem Handlungskontext, der gekennzeichnet ist durch:
  - (a) Sachverhaltslücke<sub>1</sub> (Bedürfnis<sub>1</sub>);
  - (b) Präsenz eines Sachverhalts, der Sachverhaltslücke<sub>1</sub> schließen kann;
  - (c) situative (in S)  $\pi$ -Kette, die den Sachverhalt<sub>1</sub> (b) widerspiegelt;
- (ii) „objektive“ Existenz eines zweiten Bedürfnisses<sub>2</sub>; virtuelles „subjektives“ Vorhandensein einer dem Bedürfnis<sub>2</sub> entsprechenden Sachverhaltslücke<sub>2</sub> (in S);
- (iii) S gewinnt Daten, die ihm zählen
  - (a) als Prä des defizienten Sachverhalts (: Aktualisierung einer situativen Sachverhaltslücke<sub>2</sub>);
  - (b) als Prä der Erfüllungswahrscheinlichkeit (: Erfolgsgarantie einer möglichen Handlung vom Typ F);
- (iv) S konsultiert Bewertungsskala hinsichtlich bestehender Sachverhaltslücke<sub>1</sub> und neuer Sachverhaltslücke<sub>2</sub>:
  - (a) wenn Sachverhaltslücke<sub>2</sub> höher bewertet wird als Sachverhaltslücke<sub>1</sub>, dann (v);
  - (b) andernfalls Beibehaltung des gegenwärtigen Handlungskontextes;
- (v) Aktant ist motiviert zu jeder Handlung vom Typ F, die die Sachverhaltslücke<sub>2</sub> beseitigt ( $\rightarrow$  Strukturierung des Handlungsfelds nach Vordergrund/ Hintergrund).

**Abbildung 5.1.1:** Motivationsmechanismus nach Rehbein (1977)

<sup>3</sup> Siehe Rehbein (1977, 50).

Anhand des Schemas beschreibt Rehbein, welche Voraussetzungen erfüllt sein müssen, bis ein Aktant S eine Motivation ausbildet. Diese Voraussetzungen werden hier nochmals in eigenen Worten wiedergegeben und erläutert.

Zunächst (i) befindet sich S in einem Handlungskontext, der durch drei Dinge gekennzeichnet ist. Durch a) eine erste Sachverhaltslücke<sub>1</sub>, b) einen Sachverhalt<sub>1</sub>, der diese Sachverhaltslücke<sub>1</sub> schließen kann und c) eine 'situative  $\pi$ -Kette'. Mit dem Terminus 'Sachverhaltslücke' wird der Umstand bezeichnet, dass ein Aktant ein Bedürfnis oder anders gesagt einen spezifischen Mangel hat. Und mit 'situative  $\pi$ -Kette' ist das Bewusstsein von S gemeint, dass die Sachverhaltslücke<sub>1</sub> besteht und diese durch den Sachverhalt<sub>1</sub> geschlossen werden kann. Der Aktant S ist also zusammenfassend gesagt bereits in einer Handlung involviert, für die er motiviert ist. Eine neue Motivation für andere Handlungen entsteht also nicht im luftleeren Raum, wie Rehbein anmerkt.<sup>4</sup>

Damit ein Aktant S eine Motivation ausbildet, muss weiterhin (ii) eine weitere Sachverhaltslücke<sub>2</sub> in S bestehen.

Und (iii) erhält S Daten, die ihm zählen als a) 'prä', d.h. Zeichen für die bestehende Sachverhaltslücke<sub>2</sub> und als b) 'prä', d.h. Zeichen der 'Erfüllungswahrscheinlichkeit'. Das heißt, S wird zum einen durch einen bestimmten Input bewusst, dass eine Sachverhaltslücke<sub>2</sub> besteht. Und zum anderen überlegt S anhand eigener Einschätzungen des Handlungsfeldes, ob sich die Sachverhaltslücke<sub>2</sub> durch das Resultat bestimmter Handlungen schließen lässt.<sup>5</sup> Nur dann, wenn dem Aktanten S der Erfolg von Handlungen wahrscheinlich scheint, wird eine Motivation ausgebildet.

Schließlich (iv) bewertet S auf Grundlage einer eigenen Bewertungsskala die zuvor bereits bestehende Sachverhaltslücke<sub>1</sub> und die neue Sachverhaltslücke<sub>2</sub>. Bewertet S die Sachverhaltslücke<sub>1</sub> stärker als Sachverhaltslücke<sub>2</sub>, wird der gegenwärtige Handlungskontext beibehalten und keine Motivation für das Schließen der Sachverhaltslücke<sub>2</sub> ausgebildet. Bewertet S aber die Sachverhaltslücke<sub>2</sub> höher (v), wird eine Motivation ausgebildet und S ist motiviert, Handlungen vom Typ F – zukünftige Handlungen – auszuführen, die die Sachverhaltslücke<sub>2</sub> schließen.

Für die vorliegende Untersuchung ist von besonderer Relevanz, dass die Ausbildung einer Motivation abhängig ist von individuell unterschiedlichen Bewertungsskalen und individuell unterschiedlichen Einschätzungen bzgl. einer Erfolgsgarantie bzw. Erfüllungswahrscheinlichkeit.

---

<sup>4</sup> Siehe Rehbein (1977, 52).

<sup>5</sup> Eine Einschätzung besteht in einer sogenannten 'Vorauskonstruktion' des Handlungsfeldes (Rehbein, 1977, 43), welche eine Konstruktionsrichtung im Mechanismus des Glaubens darstellt.

Die Überlegungen, wie eine Motivation für Handlungen entsteht, lassen sich auf das diagnostische und auf das therapeutische Aufklärungsgespräch anwenden.

Beim diagnostischen Aufklärungsgespräch gilt, dass Patienten auf ein Wissensdefizit aufmerksam gemacht werden, nämlich eine ausstehende Diagnose. Abhängig davon, ob der Patient das Wissensdefizit oder andere Sachverhaltslücken stärker bewertet und abhängig davon, wie wahrscheinlich ihm die Beseitigung des Wissensdefizits erscheint, bildet er eine Motivation für Handlungen aus, die das Wissensdefizit beseitigen, u.a. die Motivation, dem Plan zuzustimmen. Beim therapeutischen Aufklärungsgespräch hingegen werden Patienten auf Defizite ihres zuvor diagnostizierten Körpers oder ihrer Psyche aufmerksam gemacht und es wird eine Heilung bzw. eine Beseitigung oder Linderung von bestimmten Krankheitssymptomen in Aussicht gestellt.

Für die patientenseitige Motivationsausbildung spielen nicht nur Sachverhaltslücken eine Rolle, die durch den im Gespräch besprochenen Plan beseitigt werden sollen, d.h. Wissensdefizit oder Krankheitssymptome. Weiterhin haben auch Sachverhaltslücken eine Bedeutung, die erst durch eine Planumsetzung verursacht werden können, so z.B. mögliche Komplikationen eines Eingriffs. Um den Unterschied zwischen zu beseitigenden und entstehenden Sachverhaltslücken deutlich machen zu können, werden die folgenden Kürzel verwendet: 'SVL-F+' steht für Sachverhaltslücken, die durch eine Handlung F entstehen und 'SVL-F-' steht für Sachverhaltslücken, die durch eine Handlung F beseitigt werden.

Es folgen nun Diskursanalysen von Aufklärungsgesprächen, in denen unterschiedliche motivationsbezogene Widerstandstypen vorkommen. Zunächst werden zwei Ausschnitte von Aufklärungsgesprächen analysiert, in denen die jeweiligen Patienten eine negative Evaluierung des Plans – Vorzeichen einer Ablehnung – offenbaren (Kapitel 5.1.2). Anschließend werden unterschiedliche Fälle untersucht, in denen Patienten Widerstände deutlich machen, die Vorzeichen einer ausbleibenden Motivation zur Zustimmung bedeuten. Zum einen Zweifel am Nutzen des Plans (Kapitel 5.1.3) und zum anderen ein Nichtverstehen des Plans (Kapitel 5.1.4).

### 5.1.2 Negative Evaluierung des Plans

Ein motivationsbezogener Widerstand besteht in einer 'negativen Evaluierung' des Plans, der im Aufklärungsgespräch besprochen wird.

Vor der exemplarischen Diskursanalyse wird im Folgenden eine Anmerkung zur ver-

wendeten Terminologie gemacht. Auch wenn es sich bei diesem Widerstandstyp um das Ergebnis eines mentalen Bewertungsprozesses handelt, wird nicht der Terminus ‘Bewertung’ angewendet, sondern die lateinische Bezeichnung ‘Evaluierung’. Der Grund hierfür liegt in dem Bestreben, zwei unterschiedliche Bewertungsprozesse voneinander zu differenzieren und dies durch die Terminologie kenntlich zu machen. Bei der ‘Negativen Evaluierung’ handelt es sich um eine patientenseitige Bewertung, welche sich auf ein Element des vom Arzt favorisierten Plans bezieht. Der Plan wird negativ bewertet, weil ein Planelement als Sachverhaltslücke identifiziert wird, d.h. die Erkenntnis entsteht, dass der Plan eine Sachverhaltslücke verursachen kann. Und mit dem Terminus ‘Bewertung’, der von Rehbein (1977) bei der Beschreibung des Motivationsmechanismus verwendet wird,<sup>6</sup> handelt es sich um ein einstufiges Bewerten, bei dem unterschiedliche Sachverhaltslücken in Beziehung zueinander gesetzt werden und je nach eigener Bewertungsskala unterschiedlich stark oder schwach bewertet werden.

Negative Evaluierungen eines Plans werden deutlich durch a) das bloße Erkennen einer Sachverhaltslücke (SVL-F+), durch b) eine Bewertung einer Sachverhaltslücke (SVL-F+) oder durch c) eine Einschätzung, dass die Entstehung einer Sachverhaltslücke (SVL-F+) wahrscheinlich ist. Im Analysekorpus wurden lediglich Beispiele für die Fälle a und b gefunden. Im Folgenden werden zwei Vorkommnisse exemplarisch untersucht.

### **Negative Evaluierung durch das Bewerten einer Sachverhaltslücke (SVL-F+)**

Die hier zu untersuchende negative Evaluierung stammt aus dem Diskurs TD-AUF-57 und besteht im Ausdruck von Angstgefühlen bzgl. des besprochenen Eingriffs. Vor der Analyse wird das betreffende Aufklärungsgespräch kurz beschrieben. Der Oberarzt Stefan Frank klärt im Beisein der Internistin (Frau Briegleb) die türkischstämmige Patientin (Lale Peker, 22) über eine geplante Bronchoskopie auf. Sie verfügt über Deutschkenntnisse, so dass sie teilweise direkt mit dem ärztlichen Personal spricht. Weiterhin ist die Schwester der Patientin anwesend, die streckenweise zwischen ärztlichem Personal und der Patientin übersetzt. Der folgende Ausschnitt ist in der Gesprächsmitte einzuordnen, nachdem der Arzt zum Hinweisen auf Risiken übergeht.

---

<sup>6</sup> Siehe Rehbein (1977, 50ff) sowie die Erläuterungen in 5.1.1.



„Ich hab so Angst.“

Transkriptausschnitt 1 aus dem Aufklärungsgespräch TD-AUF-57

[81]

	175	176
D [v]		Wenn ich in
P [v]	O zaman ne yapacaklarsa yapsınlar bana.	• Sonra üç gün sonra,
P [de]	Dann sollen sie alles machen, was sie wollen.	Sonst stellen sie mich danach/

[82]

	177
D [v]	Vollnarkose bin, sagt sie, soll man alles gleich machen alle. All
P [v]	ondan sonra bi daha koyarlar böyle.
P [de]	in drei Tagen wieder davor.

[83]

	178	179	180	181	182
D [v]	es auf einmal machen. Nicht dass Sie...				
P [v]	(Wenn Sie)...	Machen Sie alles auf einmal.			

[84]

	183	184	185	186
A1 [v]	Ja.	Nein, nein, nein.		
P [v]	Nachher diese Tag nochmal möchte ich nicht das/ es			

[85]

	187	188	189
A1 [v]	((schnalzt)) Ähm die Wahrscheinlichkeit, ((räuspert sich))		
P [v]	haben.	Ich hab so Angst.	

[86]

	190
A1 [v]	die Wahrscheinlichkeit, dass wir die Diagnose ••• endgültig

[87]

	191
A1 [v]	sagen können, ist etwa neunzig Prozent.
D [v]	•• Yani bu
D [de]	Also nach dieser Untersuchung

Nachdem die Patientin bestimmte Planalternativen thematisiert (bis s186) und der Arzt schließlich die letztere vom Handlungsfeld ausschließt („Nein, nein, nein.“, s188), nennt er die Erfolgsquote des Eingriffs: „Ähm die Wahrscheinlichkeit, ((räuspert sich)) die Wahrscheinlichkeit, dass wir die Diagnose ••• endgültig sagen können, ist etwa neunzig Prozent.“ (s186-190). Während der Arzt spricht, äußert die Patientin, dass sie Angst hat (s188).

Um diese Äußerung „Ich hab so Angst.“ soll es nun gehen, da Angstgefühle per se eine negative Evaluierung von Sachverhalten beinhalten und der Ausdruck von Angst einen Einblick in Prozesse des Motivationsmechanismus erlauben.<sup>7</sup> Durch die Aussage der Patientin, sie habe Angst, wird ihre Erkenntnis deutlich, dass der arztseitige Plan eine für sie geltende Sachverhaltslücke verursachen kann. Weiterhin wird durch die Verwendung des deiktischen Ausdrucks ‘so’ deutlich, dass sie diese Sachverhaltslücke stark bewertet.

Der Symbolfeldausdruck ‘Angst’ wird in Wahrig (1975) als eine „große Sorge, Unruhe“, als ein „Gefühl des Bedrohtseins“ umschrieben.<sup>8</sup> Genau wie diese Synonyme einen Objektbezug haben (Sorge vor etwas, Bedrohung durch etwas), bezieht sich ‘Angst’ auf einen bestimmten zukünftigen bzw. hypothetischen Sachverhalt und markiert, dass dieser Sachverhalt für den Träger der Angst etwas Unerwünschtes beinhaltet, mit anderen Worten eine Sachverhaltslücke. Im vorliegenden Fall macht die Patientin nicht explizit, worauf sich ihre Angst richtet. Möglicherweise auf die Vollnarkose, die die Patientin in der Vorgeschichte bereits als etwas Unerwünschtes gekennzeichnet hatte,<sup>9</sup> möglicherweise aber auch auf die Lungenspiegelung im allgemeinen. Jedenfalls ist davon auszugehen, dass sie einen Sachverhalt fokussiert, der möglicherweise bei der Untersuchung bzw. durch ein Untersuchungselement entsteht und den sie als Sachverhaltslücke identifiziert.

Weiterhin wird in der betrachteten Äußerung deutlich, dass sie die identifizierte Sachverhaltslücke, von der sie annimmt, dass sie bei einer Planumsetzung entstehen kann, stark bewertet. Mit dem aspektdeiktischen Ausdruck ‘so’ verweist sie auf eine

---

<sup>7</sup> Während in den vorliegenden Diskursdaten lediglich die Existenz von Angst thematisiert wird, ist grundsätzlich auch die kommunikative Darstellung unterschiedlicher Formen von Angst möglich. Solchen Verbalisierungen widmet sich Lindemann (2012) in ihrer gesprächsanalytischen Arbeit über psychotherapeutische Gespräche.

<sup>8</sup> Siehe Wahrig (1975, 387).

<sup>9</sup> Die Patientin hatte vor der Äußerung über ihre Angst nach der Möglichkeit gefragt, die Vollnarkose vom Handlungsfeld auszuschließen: „• • Hm’ Şimdi Narkose olmazsa olmaz olmuyo, di mi?“ *Also es geht nicht ohne Narkose, oder?* (s59-63). Dieser Versuch, die Vollnarkose zu umgehen, wird ebenfalls als Ausdruck einer negativen Evaluierung aufgefasst, hier jedoch nicht detaillierter untersucht.

in ihrem eigenen Vorstellungsraum abgebildete Qualität und setzt diese mit der Qualität ihrer Angst gleich.<sup>10</sup> Worin diese Qualität genau besteht, wird sprachlich nicht ausgedrückt. Es ist davon auszugehen, dass die Qualität in einer derart extremen Ausprägung besteht, dass die Patientin dafür keine sprachlichen Ausdruck findet, was wiederum für eine starke Bewertung der Angst auslösenden Sachverhaltslücke spricht.

Die in der ausgedrückten Angst deutlich werdende negative Evaluierung bringt noch keine Ablehnung des Plans mit sich. Die negative Evaluierung bedeutet aber, dass die Patientin im Plan eine mögliche Sachverhaltslücke identifiziert und stellt damit einen Faktor dar, der einer Motivation für die Durchführung des Plans entgegenwirkt. Genauer gesagt begünstigt eine negative Evaluierung eine Motivation für eine Ablehnung des Plans. Und hierin liegt der Widerstand. Je nachdem, wie stark die Patientin die mit der Angst-Äußerung angedeutete Sachverhaltslücke bewertet, kann eine Ablehnung des Plans die Folge sein.

### **Negative Evaluierung durch das Erkennen einer Sachverhaltslücke (SVL-F+)**

Eine weitere negative Evaluierung wird in dem Aufklärungsgespräch PD-AUF-16 deutlich und zwar in Form einer Identifizierung von allgemein negativ Konnotiertem als einem Planelement.

Vor der Analyse wird das Gespräch kurz beschrieben. Der deutschsprachige Arzt Herr Eckhoff – 25 Jahre alt und Chirurg im praktischen Jahr – klärt den Patienten Herrn Marcos auf. Der Patient ist 72 Jahre alt und hat geringe Deutschkenntnisse. Seine Muttersprache ist Portugiesisch. Die zweisprachige Krankenschwester Frau Rodrigues dolmetscht für die beiden. Sie selbst ist 48 Jahre alt und lebt seit 30 Jahren in Deutschland.

In dem Aufklärungsgespräch geht es um zwei unterschiedliche Eingriffe: eine Hüftoperation und eine Adduktorenkappung. Nachdem der Arzt die Hüftoperation ankündigt, beschreibt er den Eingriff detailliert und gibt dem Patienten anschließend die Möglichkeit, Fragen zu stellen. Dann kündigt er den zweiten Eingriff, die Adduktorenkappung an und beschreibt auch diese. Der Patient stellt den Nutzen der Operation infrage und der Chirurg geht auf den patientenseitigen Einwand ein. Schließlich nennt er spezifische Risiken, der Patient schildert währenddessen seine Krankheitsgeschichte und bestimmte Beschwerden. Nach einer Unterbrechung wird das Gespräch zu einem späteren Zeitpunkt weitergeführt. Der Arzt nennt weitere Risiken. Der

---

<sup>10</sup> Zur aspektdeiktischen Verwendung von 'so' siehe Zifonun u. a. (1997, 325) sowie Ehlich (1987b).

## 5 Diskursanalysen von patientenseitigen Widerständen

Patient stellt erneut den Nutzen der Operation infrage, worauf der Arzt kurz eingetht. Er bittet den Patienten um eine Unterschrift zur Einwilligung, die der Patient gibt. Nachdem der Zeitpunkt des Eingriffs thematisiert wird, beendet der Arzt das Gespräch schließlich.

Der Widerstand der negativen Evaluierung wird sprachlich manifest, nachdem der Arzt den zweiten Eingriff, die Adduktorenkappung, angekündigt hat und auf einen vorherigen patientenseitigen Widerstand (der wiederum im folgenden Kapitel 5.1.3 untersucht wird) eingegangen ist.

### „Wieder ein Loch oder ein Schnitt“

Transkriptausschnitt 1 aus dem Aufklärungsgespräch PD-AUF-16

[182]

	594	595 [738.5]	596	597
A [v]				((1,5s)) Also,
D [v]	baixo, não é, e levantam os músculos para cima.			
D [de]	né,	und heben die Muskeln nach oben.		

[183]

	598	599		
A [v]	das is ne Sache von zwei Minuten. • Nur...			
D [v]			Diz, diz que não vai	
D [de]			Er sagt, er sagt, dass es nicht	

[184]

	600 [746.5]	601	602
A [v]		Nur dass er, dass e...	
D [v]	demorar mais do que dois minutos.		
D [de]	länger als zwei Minuten dauern wird.		
P [v]		Sim, não... Mas é um, é um,	
P [de]		Ja, nicht... Aber es ist ein, es ist	

[185]

	603	604	605 [750.4]
P [v]	eh mas é um, é um, é um, é um/ uma/ um um buraco que fica		
P [de]	ein, äh aber es ist ein, ist ein, ist ein, ist ein/ eine/ ein ein Loch,		das bleibt,

## 5 Diskursanalysen von patientenseitigen Widerständen

[186]

	606	607	608	609
D [v]	• Er meint, das is dann wieder ein Loch oder, • oder			
P [v]	feito, não é?	Que fica, não é?	É uma ferida, é uma ferida.	
P [de]	nicht wahr?	Das bleibt, nicht wahr?	Es ist eine Wunde, es ist eine Wunde.	

[187]

	610 [755.1]	611	612	613
A [v]	Ein klei...	Ein kleiner Schnitt von...		
D [v]	ein, • ein Schnitt, ein Schnitt, das	sie mach...		
P [v]	((unverständlich, 0,5s)) (se quiser,			
P [de]	((unverständlich, 0,5s)) (wenn man es			

[188]

	614	615 [758.5]	616
A [v]	Ja. Ein kleiner Schnitt. Aber		
D [v]			
P [v]	claro).	((murmelt unverständlich, 2s))	
P [de]	will, klar).		

[189]

	617	618	619	620 [762.2]	621	622
A [v]	der	macht keine Probleme in der Regel.				
D [v]	leise	Hm̃'				
P [v]				Sim, sim, sim	Não há	
P [de]				Ja, ja, ja.	Kein Problem.	

Dieser Transkriptausschnitt stellt dar, wie der Arzt auf den patientenseitigen Einwand eingeht (s600-601), dass sich eine OP evtl. nicht lohne. Er bricht ab, als der Patient sich zeitgleich zu Wort meldet und auf Portugiesisch die Vermutung formuliert, dass wieder ein „buraco“ (*Loch*) oder eine „ferida“ (*Wunde*) entstehen würde (s600-606). Die Pflegekraft dolmetscht („• Er meint, das is dann wieder ein Loch oder, • oder ein, • ein Schnitt, ein Schnitt, das sie mach...“, s607-613) und der Arzt geht auf diese Verdolmetschung ein (s610-618).

Die sich in diesem Ausschnitt manifestierende negative patientenseitige Evaluierung wird deutlich, indem etwas grundsätzlich negativ Konnotiertes als ein Element des Eingriffs bestimmt wird. Um es mit dem Terminus des von Rehbein (1977) beschrie-

benen Motivationsmechanismus zu bezeichnen: Es zeigt sich die situative  $\pi$ -Kette, dass eine Sachverhaltslücke durch den Plan entsteht.<sup>11</sup> Die Evaluierung wird in der Verdolmetschung „• Er meint, das is dann wieder ein Loch oder •, oder ein, •, ein Schnitt, ein Schnitt, das sie mach...“ auch für den Arzt zugänglich. Daher soll diese Äußerung nun Gegenstand der weiteren Untersuchung sein.

In der Verdolmetschung wird die Annahme formuliert, dass die behandelnden Ärzte dem Körper des Patienten bei der Durchführung der besprochenen Adduktorenkappung („das“, s608) ein „Loch“ (s609) bzw. einen „Schnitt“ (s610-611) zufügen („mach...“, s613). Genauer gesagt, wird der Eingriff mit dem Vorgang des Loch-Zufügens gleichgesetzt. Die Symbolfeldausdrücke ‘Loch’, ‘Schnitt’ und ‘machen’ werden also mit dem geplanten Eingriff in Verbindung gebracht. Die Handlung, die durch die Symbolfeldausdrücke benannt wird, wird als Teilhandlung des geplanten Eingriffs bestimmt. Durch die Verwendung dieser nennenden Prozeduren wird ein Bezug zu Elementen der Wirklichkeit hergestellt, die grundsätzlich negativ konnotiert sind. Der Vorgang, einem menschlichen Körper einen Schnitt oder ein Loch zuzufügen, stellt eine invasive, d.h. gewebsverletzende Tätigkeit dar, aus der eine Wunde resultiert. Eine Verletzung des eigenen Körpers gilt grundsätzlich als etwas Unerwünschtes, und wird im vorliegenden Fall möglicherweise als eine Sachverhaltslücke wahrgenommen.

Dafür, dass der Patient eine Verletzung durchaus als Sachverhaltslücke wahrnimmt, spricht der adversative Charakter der portugiesischen Ausgangsäußerung (s601-609), der durch „mas“, (*aber*) entsteht. Durch „mas“ wird ein Gegensatz zu der vom Arzt durchgeführten Charakterisierung hergestellt, dass der Eingriff unaufwendig sei.<sup>12</sup> Der arztseitigen Evaluierung stellt der Patient also den Sachverhalt der im Plan inbegriffenen Verletzung entgegen. Da der adversative Charakter der portugiesischen Ausgangsäußerung in der Verdolmetschung nicht zum Ausdruck kommt, ist es für den deutschsprachigen Arzt weniger deutlich, dass der Patient in der Verletzung wahrscheinlich eine entstehende Sachverhaltslücke erkennt und den Plan folglich negativ evaluiert.

Wie auch im zuvor untersuchten Fall bedeutet die negative Evaluierung noch keine Ablehnung des Plans. Sie stellt aber ebenfalls einen Faktor dar, der eine Motivationsausbildung für die Ablehnung des Plan begünstigt. Denn je nachdem wie die individuelle Bewertungsskala der Patientin strukturiert ist, kann es schließlich zu

<sup>11</sup> Zum Terminus der situativen  $\pi$ -Kette siehe Rehbein (1977, 50ff) sowie die Erläuterungen in 5.1.1.

<sup>12</sup> Der Arzt umschreibt den Eingriff als „[n]ur, nur ein Zentimeterschnitt“ (s574-575) und „ne Sache von zwei Minuten“, (s597).

einer höheren Bewertung der Sachverhaltslücke (SVL-F+) ‘Loch’ kommen, die es aus Patientenperspektive zu vermeiden gilt.

### 5.1.3 Zweifel am Nutzen des Plans

Ein weiterer motivationsbezogener Widerstand besteht in einem Zweifel am Nutzen des Plans. Zweifel am Nutzen werden dadurch deutlich, dass a) ein Patient eine zu beseitigende Sachverhaltslücke (SVL-) niedrig bewertet oder b) eine Einschätzung durchführt, dass die Beseitigung einer Sachverhaltslücke (SVL-) durch den im Aufklärungsgespräch besprochenen Plan unwahrscheinlich ist.

#### Zweifel am Nutzen des Plans durch eine Einschätzung

Ein Beispiel für einen Zweifel, der durch eine Einschätzung deutlich wird (Fall b), findet sich in dem Aufklärungsgespräch PD-AUF-16, das im vorigen Teilkapitel untersucht wurde. Der Patient, Herr Marcos, tendiert zur Einschätzung, dass die Erfolgswahrscheinlichkeit des arztseitigen Plans niedrig einzustufen ist, was ein Vorzeichen für eine ausbleibende Motivation bzgl. ebendieses Plans und damit eine ausbleibende Motivation bzgl. einer Zustimmung zum Plan darstellt. Der folgende Transkriptausschnitt, in dem sich die Einschätzung andeutet, ist nach der Ankündigung des zweiten Eingriffs, der Adduktorenkappung, einzuordnen.

**D: „[...] ob es sich lohnt, • äh solche Operationen noch (durchzustrecken).“**

Transkriptausschnitt 2 aus dem Aufklärungsgespräch PD-AUF-16

[166]

	545 [690.7]	546
D [v]	renovação.	Que vão esticar-lhe os
D [de]		Denn sie werden Ihnen die Muskeln nach
P [v]	M/ mas eu talvez eu...	
P [de]	Ab/ aber ich vielleicht ich...	

[167]

	547	548
D [v]	músculos para cima.	
D [de]	oben strecken.	
P [v]		Pois, eu digo que é capaz de dizer que isso
P [de]		Also, ich sage, dass es möglich ist, zu sagen, dass dies

5 Diskursanalysen von patientenseitigen Widerständen

[168]

	..	
<b>P [v]</b>	já não interessa muito porque eu já vou fazer setenta e um ano.	
<b>P [de]</b>	mich schon nicht mehr interessiert, weil ich schon einundsiebzig Jahre werde.	

[169]

	549	550 [698.7]	551
<b>P [v]</b>	E não/ não vale à pena se calhar ((unverständlich, 0,5s)) fazer		
<b>P [de]</b>	Und	es lohnt sich vielleicht nich/ nicht, ((unverständlich, 0,5s))	eine Sache

[170]

	..	552	553
<b>D [v]</b>		((lacht kurz))' Er	
<b>P [v]</b>	uma coisa que é p/por meia dúzia de anos.		
<b>P [de]</b>	zu machen, die f/ für ein halbes Dutzend Jahre ist.		

[171]

	554	555 [704.2]	556	557
<b>D [v]</b>	meint(e), ••	••	der is schon	
<b>P [v]</b>	Eu acho que não é. Não sei.		Não sei.	
<b>P [de]</b>	Ich finde, dass es das nicht ist. Ich weiß es nicht.		Ich weiß es nicht.	

[172]

	558	559	560 [709.0]
<b>D [v]</b>	••	über siebzig und o/ ob es sich lohnt, • äh	
<b>P [v]</b>	Não sei se isso va/ vale o tempo.		Se
<b>P [de]</b>	Ich weiß nicht, ob si/ sich die Zeit lohnt.		Wenn

[173]

	..	561	562
<b>A [v]</b>			Ja, die,
<b>D [v]</b>	solche Operationen noch		(durchzustrecken).
<b>P [v]</b>	for viver mais ((unverständlich, 1s))'		
<b>P [de]</b>	ich noch länger leben sollte ((unverständlich, 1s))'		
<b>D [k]</b>	lachend		

[174]

	..		
<b>A [v]</b>	die/ diese/ dies/ das hört sich jetzt v/ sch/ groß an, diese		



Der Transkriptausschnitt zeigt, wie die Krankenschwester die vorherige ärztliche Ankündigung der Adduktorenkappung dolmetscht (bis s544). Der Patient setzt mit einem Einwand ein: „M/ mas eu talvez eu...“ (*Ab/ aber ich vielleicht ich...*, s545) und die Krankenschwester beendet ihre Verdolmetschung (s546). Dann formuliert der Patient erneut seinen Einwand. Er sagt, dass „isso“ (*dies*) sich bei seinem hohen Lebensalter möglicherweise nicht mehr lohne (s547-551). Die Krankenschwester lacht kurz (s552) und dolmetscht die patientenseitige Äußerung (s547-551). Währenddessen ergänzt der Patient auf Portugiesisch, dass es sich seiner Meinung nach nicht lohne (s554) bzw., dass er nicht wisse, ob es sich lohne (s555-560). Anschließend geht der Arzt auf den gedolmetschten Einwand ein (ab 562).

Der Zweifel am Nutzen des Plans wird in der Verdolmetschung des patientenseitigen Einwandes auch für den Arzt deutlich: „Er meint(e), • • • • der is schon • • über siebzig und o/ ob es sich lohnt, • äh solche Operationen noch (durchzustrecken).“ Hier wird die Erfolgswahrscheinlichkeit einer Handlung bzw. eines Handlungskomplexes thematisiert und zwar durch die Verwendung des Symbolfeldausdrucks ‘lohen’. Mit der durch ‘lohen’ durchgeführten symbolischen Prozedur werden zwei Größen miteinander in Beziehung gesetzt: der Aufwand einer bestimmten Handlung und der Nutzen, der durch den Aufwand entsteht. Um es mit den Termini des Motivationsmechanismus auszudrücken: es wird ein bestimmtes Verhältnis zwischen unterschiedlichen Sachverhaltslücken thematisiert. Und zwar das Verhältnis zwischen dem Nutzen, der durch die Beseitigung von Sachverhaltslücken (SVL-F-) entsteht und den Kosten, die sich durch die Entstehung anderer Sachverhaltslücken (SVL-F+) ergeben.

Im vorliegenden Fall wird der Handlungskomplex, von dem der Patient eine Beseitigung bzw. Entstehung von Sachverhaltslücken erwartet, mit der Verbalphrase „solche Operationen [...] (durchzustrecken)“ benannt. Damit ist das Ausführen operativer Eingriffe gemeint, die sich – wie durch das aspektdeiktische ‘solche’ ausgedrückt wird – durch eine bestimmte gemeinsame Qualität auszeichnen, nämlich so zu sein wie ein bereits zuvor angesprochener Eingriff (die Adduktorenkappung) bzw. beide bereits zuvor angesprochenen Eingriffe (die Lungenspiegelung und die Adduktorenkappung). Der Widerstand besteht nun darin, dass die Erfolgswahrscheinlichkeit von Eingriffen besagter Qualität in der Verdolmetschung zunächst in Frage gestellt und darüber hinaus niedrig eingestuft wird, wie im Folgenden erläutert wird.

Zunächst wird ein Nichtwissen über die Erfolgswahrscheinlichkeit kenntlich gemacht und zwar durch die mit ‘ob’ eingeleitete indirekte Frage („ob es sich lohnt“). Durch den Einsatz bestimmter sprachlicher Mittel wird jedoch deutlich gemacht, dass der

Patient durchaus über ein Wissen bzgl. des Plans verfügt, und zwar über ein Wissen, welches ihn zur Einschätzung bringt, dass die Beseitigung einer bestimmten Sachverhaltslücke unwahrscheinlich ist. In der besagten Verdolmetschung wird das Lebensalter des Patienten (über siebzig) durch die Verwendung von „schon“ als hoch eingestuft.<sup>13</sup> Mit ‘schon’ wird Bezug auf die erwartete Zeitspanne seines Lebens genommen und es wird angedeutet, dass der Patient mit siebzig Jahren bereits alt ist und ihm nicht mehr viele Lebensjahre bleiben. Weiterhin wird in der indirekten Frage durch die Verwendung von ‘noch’ die Erwartung ausgedrückt,<sup>14</sup> etwas sei zu besagtem Zeitpunkt (des hohen Alters) abgeschlossen, nämlich der Zeitraum des Lohnens. In der Verdolmetschung wird also die Einschätzung ausgedrückt, dass der Nutzen bzw. Erfolg bestimmter Operationen – wie gesagt auch die im Gespräch genannte(n) – angesichts des als hoch eingeschätzten Lebensalters gering sei. Wie auch bei dem untersuchten Widerstandstyp der negativen Evaluierung (siehe 5.1.2) bedeutet der Zweifel am Nutzen noch keine Ablehnung. Sie stellt aber ebenfalls ein Vorzeichen für eine ausbleibende Motivation und damit für eine ausbleibende Motivation bzgl. einer Zustimmung zum Plan dar.

### **Zweifel am Nutzen des Plans durch das Bewerten von Sachverhaltslücken (SVL-F-)**

Ein Beispiel für Zweifel, die durch das Bewerten von Sachverhaltslücken deutlich werden, findet sich in dem Aufklärungsgespräch TD-AUF-57, das bereits in 5.1.2 beschrieben und untersucht wurde. Die Patientin, Lale Peker, negiert zunächst, dass eine bestimmte Sachverhaltslücke (SVL-F-) besteht und bewertet dann eine Sachverhaltslücke (SVL-F-) niedrig, die durch ihre Behandlung behoben werden soll.

Der folgende Transkriptausschnitt, in dem die Bewertung ausgedrückt wird, ist am Ende des Aufklärungsgesprächs einzuordnen, nachdem der Oberarzt zum Hinweisen auf Risiken übergeht und bereits auf einen vorherigen patientenseitigen Zweifel am Nutzen des Plans eingegangen ist.

---

<sup>13</sup>Zu ‘schon’ siehe Zifonun u. a. (1997, S.873ff).

<sup>14</sup>Zu ‘noch’ siehe Zifonun u. a. (1997, S.884ff).

**D: „Sie hat gerade keine Beschwerden und das stört sie so nicht.“**

Transkriptausschnitt 2 aus dem Aufklärungsgespräch TD-AUF-57

[115]

	273
<b>A1 [v]</b>	Grund, warum wir • so hart hinterher sind.
<b>D [v]</b>	kafesinde olan bi hastalık.
<b>D [de]</b>	Erkrankung im Brustkorb.
<b>P [v]</b>	((1s)) ((unv.)) (zararı
<b>P [de]</b>	Diese Krankheit schadet nicht.

[116]

	274	275	276	277
<b>D [v]</b>	Olmaz olur	mu?	Şimdi yok.	Sie sagt, sie
<b>D [de]</b>	Natürlich schadet es.		Aber nicht jetzt.	
<b>P [v]</b>	yok) bu hastalığın.	Niye bilmem.		
<b>P [de]</b>	Ich weiß nicht, warum.			

[117]

<b>D [v]</b>	hat im Moment keine Beschwerden, und das stört sie so nicht.
--------------	--

[118]

	278	279	280	281	282	283
<b>A1 [v]</b>	Ja.					
<b>D [v]</b>	Şimdi • olmayabilir; ama daha sonra.					
<b>D [de]</b>	Jetzt gibt es vielleicht nicht, aber später.					
<b>P [v]</b>	Später.	Sonra.	Sonra.	Sonra.	((1s)) Öyle	
<b>P [de]</b>	Später.	Später.	Später.	Dann sollen sie so		

Nachdem der Oberarzt einen Redebeitrag abgeschlossen hat (bis s272), der nur in geringen Teilen gedolmetscht wird, stellt die Patientin den Grund für die Untersuchung auf Türkisch in Frage (268-269). Darauf geht ihre Schwester kurz ein (s269-271) und dolmetscht: „Sie sagt, sie hat im Moment keine Beschwerden, und das stört sie so nicht.“ (s272). Der Arzt registriert diesen Einwand („Ja.“, s278), geht aber nicht weiter darauf ein. Lediglich die Schwester reagiert mit einer Einschätzung bzgl. der Weiterentwicklung der möglichen Krankheit (s279-281).

Der Zweifel am Nutzen des Plans wird in der Verdolmetschung thematisiert, die

Patientin habe aktuell keine „Beschwerden“ und „das“ störe sie kaum.

Hier wird zum einen ausgedrückt, dass der Sachverhalt ‘Beschwerden’ nicht von der Patientin wahrgenommen wird, für sie also auch keine Sachverhaltslücke darstellt, die es zu beseitigen gilt (keine SVL-F-). Damit wird deutlich gemacht, dass ein möglicher Grund für den besprochenen Eingriff für sie nicht gegeben ist.

Zum anderen wird ein Sachverhalt, auf den mit „das“ verwiesen wird, anhand der Verbalphrase ‘nicht so stören’ niedrig bewertet. Auch wenn sich nicht genau bestimmen lässt, auf welche Sachverhaltslücke mit „das“ verwiesen wird,<sup>15</sup> wird deutlich, dass eine wahrgenommene Sachverhaltslücke niedrig bewertet wird. Mit dem Symbolfeldausdruck ‘stören’ wird ein Vorgang benannt, der eine Person beim Ausführen einer Tätigkeit hemmt oder einschränkt. Eine solche beeinträchtigende Auswirkung sei bei dem mit ‘das’ verwiesenen Sachverhalt gering, wie durch das negierte aspektdeiktische ‘nicht so’ ausgedrückt wird.

In der Verdolmetschung werden also ausgedrückt, dass bestimmte Umstände nicht als Sachverhaltslücken wahrgenommen werden bzw. niedrig bewertet werden, so dass aus Patientensicht keine gewichtigen Gründe für die arztseitig befürwortete Untersuchung vorliegen und der Nutzen der Untersuchung für die Patientin nicht ersichtlich ist. Eine Zustimmung zum arztseitigen Plan scheint auch hier unwahrscheinlich.

#### 5.1.4 Nichtverstehen des Plans

Schließlich besteht ein weiterer motivationsbezogener Widerstand darin, dass der Patient den besprochenen Plan ‘nicht versteht’. Genauer gesagt versteht der Patient nicht, warum er dem Plan zustimmen sollte, so dass die Möglichkeit einer ausbleibenden Motivation bzgl. einer Zustimmung besteht. Was mit dem ‘Nichtverstehen’ genau gemeint ist wird anhand eines Beispiels aus dem soeben untersuchten Aufklärungsgespräch TD-AUF-57 erläutert.

Der folgende Ausschnitt ist in der ersten Gesprächshälfte einzuordnen, nachdem der Arzt (A1) die Untersuchung angekündigt hat und die Patientin die für den Eingriff geplante Vollnarkose thematisiert, woraufhin sich beide am Gespräch teilnehmende Ärzte (A1 und A2) äußern.

---

<sup>15</sup> Vermutlich wird auf bestimmte körperliche Anzeichen verwiesen, die zu arztseitigen Vermutungen über mögliche Krankheiten der Patientin führen, auf die die Patientin anhand der Bronchoskopie getestet werden soll.

5 Diskursanalysen von patientenseitigen Widerständen

Transkriptausschnitt 3 aus dem Aufklärungsgespräch TD-AUF-57

[45]

..  
A2 [v] Spritze, und die hat ja bei Ihnen auch nicht gut gewirkt muss

[46]

.. 100 101  
A2 [v] man sagen. Sie haben ja sehr viele Medikamente gebraucht.  
P [v] Ja?

[47]

.. 102 103  
A2 [v] Und waren auch sehr wach hinterher. Da Sie  
P [v] Ja, immer noch.

[48]

.. 104 105  
A2 [v] dann ganz, ganz ruhig liegen müssen.  
P [v] Hm' Ich kann...

[49]

.. 106  
A2 [v] ((schnalzt))' Und ich hab Ihnen das ja erklärt, dass Sie sonst  
P [v] Hm'

[50]

107 108  
A2 [v] auch den Hustenreiz kriegen. Das ist einfach sicherer, das in

[51]

.. 109  
A2 [v] Vollnarkose zu machen.  
P [v] ... Wieso machen wir Vollnarkose?

[52]

110	
A1 [v]	• • ((schnalzt)) Sie spüren, äh wenn wir die Vollnarkose
P [v]	((lacht))

[53]

111	
A1 [v]	machen, dann spüren Sie von der Untersuchung gar nichts.

In diesem Ausschnitt setzt die Stationsärztin (A2) an dem zuvor von der Patientin verbalisierten Erlebniswissen bzgl. einer alternativen Narkotisierung an und beschreibt diese: „Sie haben ja sehr viele Medikamente gebraucht. Und waren auch sehr wach hinterher.“ (s101). Dies bestätigt die Patientin („Ja, immer noch“, s102). Dann geht die Stationsärztin auf die Bedingung der geplanten Untersuchung ein, dass die Patientin „ganz, ganz ruhig liegen“ müsse (s103). Nachdem die Patientin eine begonnene Äußerung abbricht („Ich kann...“, 104), verweist die Ärztin auf Folgen für den Fall, dass keine Vollnarkose durchgeführt würde („Hustenreiz“, s107). Sie schließt ihren Beitrag mit einer positiven Bewertung der Vollnarkose, diese sei „einfach sicherer“ (s108). Daraufhin formuliert die Patientin auf Deutsch ein Nichtverstehen bzgl. der Vollnarkose: „• • • Wieso machen wir Vollnarkose?“ (s109). Der Oberarzt (A1) versucht, das Nichtverstehen zu bearbeiten, indem er Gründe für die Vollnarkose liefert (ab s110).

Der Widerstand des Nichtverstehens zeigt sich in der patientenseitigen Frage „Wieso machen wir Vollnarkose?“. Hier macht die Patientin deutlich, dass ihr ein Wissen fehlt, das zu einem ‘Verstehen’ und damit zu einer möglichen Motivation für eine Zustimmung zur Vollnarkose führen könnte.

Mit der besagten Frage fordert die Patientin die Ärzte dazu auf, einen Grund für die Vollnarkose zu geben. Diese Art der sprachlichen Handlung bestimmen Ehlich und Rehbein (1986) als Ansatzpunkt für das Handlungsmuster des Begründens und benennen ihn als sogenanntes ‘Nichtverstehen’ einer Handlung.<sup>16</sup> Sie charakterisieren Nichtverstehen als ‘offenes Nichtverstehen’ eines Hörers H, welches sich sprachlich meist durch den Einsatz von Fragewörtern wie ‘weshalb’, ‘wozu’, ‘wieso’, ‘warum’ äußert. Mit diesen Fragewörtern thematisiert H ein „defizientes Wissensselement,

<sup>16</sup> Zum sprachlichen Handlungsmuster des Begründens siehe Kapitel 5 in Ehlich und Rehbein (1986, 88). Siehe weiterhin die Erläuterungen in Kapitel 6.1.2 dieser Arbeit.

dessen Abwesenheit nach seiner eigenen Auffassung ihm das Verstehen unmöglich macht [...].<sup>17</sup>

Mit der Frage „Wieso machen wir Vollnarkose?“ macht die Patientin deutlich, dass sie über kein Wissen verfügt, welches schließlich zu einer Motivation, dem Eingriff zuzustimmen, führen würde. Mit dem Fragewort ‘wieso’ werden Sachverhalte thematisiert, die der Patientin möglicherweise fehlen und für sie Sachverhaltslücken darstellen, die wiederum durch eine Vollnarkose beseitigt werden könnten. Es wird also deutlich gemacht, dass kein Bewusstsein über Sachverhaltslücken (SVL-F-) besteht, welche durch die Vollnarkose behoben werden könnten. Allgemeinsprachlich formuliert, sieht sie keinen Grund für die Vollnarkose.

Der Widerstand des Nichtverstehens besteht also in einer ausbleibenden Wahrnehmung von bestimmten Sachverhaltslücken. Das Wahrnehmen von Sachverhaltslücken ist wiederum Voraussetzung für die Ausbildung einer hier notwendigen Motivation. Sieht die Patientin keinen Grund für die Zustimmung zur Vollnarkose, fehlt der Grundbaustein zur Ausbildung einer Motivation und sie stimmt dem Eingriff möglicherweise nicht zu.

## 5.2 Wissensdefizite bzgl. des Behandlungsplans

Weiterhin kann einer Zustimmung auch ein Wissensdefizit bzgl. des Behandlungsplans im Wege stehen.<sup>18</sup> Denn solche Wissensdefizite können zur Ausbildung von abweichenden Zielen beim Patienten führen, welche wiederum eine notwendige Wissensaufnahme bzgl. des geplanten Eingriffs behindern können. In dem Aufklärungsgespräch PSD-AUF-37 zeichnen sich abweichende Ziele durch bestimmte Handlungsprozesse im Gespräch ab. Und zwar verfolgen die Interaktanten abweichende Handlungslinien. Während die Ärztin dem Patienten Wissen über zwei geplante Eingriffe vermitteln will, will der Patient der Ärztin wiederum Wissen über seine Beschwerden vermitteln bzw. ein diagnostisches Wissen einholen. Es ist fraglich, inwiefern der Patient unter diesen Bedingungen das von der Ärztin verbalisierte Wissen über den Eingriff aufnehmen kann.

Dass Interaktanten abweichende Ziele gesetzt haben, wird anhand von unterschiedlichen Handlungslinien, die Interaktanten parallel verfolgen, deutlich. Handlungslinien

---

<sup>17</sup> Siehe Ehlich und Rehbein (1986, 101).

<sup>18</sup> Mit dem Behandlungsplan sind sämtliche Handlungsschritte von Aufnahme über Anamnese bis Entlassung gemeint, die im Hyperpragmem ‘Diagnose-Therapie’ zusammengefasst sind, vgl. Erläuterungen in Kapitel 2.3.

## 5 Diskursanalysen von patientenseitigen Widerständen

sind nach Rehbein (2001) „diejenigen Linien, die Sachverhalte verbinden, die durch Handlungen eines Aktanten entstehen bzw. verändert werden könnten.“<sup>19</sup> Wenn die Interaktanten unterschiedliche Sachverhalte bewirken, bzw. verändern wollen (d.h. unterschiedliche Ziele gesetzt haben), planen und vollziehen sie folglich unterschiedliche Handlungen, was sich an der sprachlichen Oberfläche als ‘asynchrones Handeln’ manifestiert.<sup>20</sup>

Je nachdem, welche Behandlungsphasen die aktantenseitigen Ziele betreffen, beeinflussen die abweichenden Zielsetzungen das Diskursgeschehen in unterschiedlicher Art und Weise. Zum einen ist die Aufmerksamkeit des Patienten möglicherweise bereits auf etwas ausgerichtet und er kann den arztseitigen Fokus nicht oder nur auf eine beeinträchtigte Art und Weise einnehmen. Und zum anderen priorisiert der Patient möglicherweise sein eigenes Ziel und will das arztseitige Ziel zunächst nicht verfolgen. Folglich heißt das, dass eine Vermittlung von Wissen über den geplanten Eingriff – die Grundlage für eine patientenseitige Zustimmung – unsicher ist.

Bevor der Widerstandstyp ‘Wissensdefizite bzgl. des Behandlungsplans’ anhand einer Diskursanalyse von Ausschnitten aus PSD-AUF-37 untersucht wird, werden Sprecherkonstellation und Verlauf des Gesprächs beschrieben.

Die Ärztin (Frau Freitag) klärt den Patienten (Herrn Morini) über zwei Untersuchungen auf, in denen Kontrastmittel zwecks der Darstellung einer möglichen Thrombose eingespritzt wird. Die zweisprachige Krankenschwester Maria dolmetscht. Die Ärztin spricht Deutsch, der Patient Spanisch und die dolmetschende Person Portugiesisch (L1) und Deutsch (L2). Patient und Pflegekraft können sich Dank der Ähnlichkeit ihrer jeweiligen L1 – Spanisch und Portugiesisch – einander mitteilen, es kommt jedoch bisweilen zu Verständnisschwierigkeiten und Missverständnissen der beiden.<sup>21</sup> Am Tag vor Durchführung des hier analysierten Aufklärungsgesprächs hat die Ärztin mithilfe der dolmetschenden Pflegekraft bereits ein Anamnesegespräch mit dem Patienten geführt (PSD-ANA-36). Die drei Interaktanten kennen sich also und die Ärztin hat nicht nur über die Krankenakte Wissen über den Patienten, sondern auch durch das vorherige gemeinsame Gespräch.

---

<sup>19</sup> Siehe Rehbein (1977, 18).

<sup>20</sup> Die Bezeichnung des ‘asynchronen Handelns’ stammt von Rehbein (1994), der therapeutische Aufklärungsgespräche untersucht.

<sup>21</sup> Dass für einen spanischsprachigen Patienten eine portugiesischsprachige Person zum Dolmetschen herangezogen wird, spiegelt wider, wie der Alltag im mehrsprachigen Krankenhaus aussieht. Es gibt meist keinen Dolmetschdienst oder sonstige Strukturen, die dafür sorgen, dass nicht-deutschsprachige Patienten versorgt werden können. Damit aber überhaupt eine Verständigung und damit auch eine Behandlung stattfinden kann, wird dann im akuten Fall auch auf Ad-hoc-Dolmetscher zurück gegriffen, die eine ähnliche Sprache wie die Patienten sprechen.



## 5 Diskursanalysen von patientenseitigen Widerständen

Der Diskursablauf gliedert sich in zwei Phasen, in denen es um zwei unterschiedliche Untersuchungen geht, eine Injektion von Kontrastmittel in den Fuß und eine Injektion in die Lunge. Nachdem die Internistin beide Untersuchungen ankündigt, beschreibt sie zunächst die einzelnen Schritte des ersten Eingriffs und nennt Risiken. Anschließend gibt sie dem Patienten die Möglichkeit, Fragen zu stellen. Dies nutzt er, um Beschwerden zu schildern. Daraufhin unterschreibt er, dass er mit der ersten Untersuchung einverstanden ist. In der zweiten Phase des Gesprächs klärt die Internistin den Patienten über den zweiten Eingriff auf, der im Falle eines negativen Befundes des ersten durchgeführt werden soll, nämlich die Injektion von Kontrastmittel in die Lunge. Diese Untersuchung kündigt sie zunächst an. Daraufhin fragt der Patient nach dem Zustand seines Herzens, worauf die Ärztin eingeht. Dann fährt sie mit der Aufklärung über die zweite Untersuchung fort. Sie beschreibt den Eingriff, nennt spezifische Risiken und gibt Anweisungen für die Zeit kurz nach der Untersuchung. Wieder bittet die Ärztin den Patienten um eine Unterschrift zur Einwilligung, die der Patient gibt. Sie bietet ihm die Möglichkeit, Fragen zu stellen, woraufhin er weitere Beschwerden schildert. Die Internistin registriert diese und beendet das Gespräch schließlich.

Im Folgenden werden zwei Diskursausschnitte analysiert, in denen der spanischsprachige Patient deutlich macht, dass er eigene Handlungslinien verfolgt.

**Zur Bereitschaft und Fähigkeit, das ärztliche Ziel zu verfolgen**

Der erste Ausschnitt stellt das Ende der ersten Diskursphase dar und beinhaltet eine Beschwerdeschilderung, die sich auf Schmerzen im Bauchraum beziehen.

**„P: Sagen Sie ihr nur, dass es mir hier ziemlich weh tut.“**

Transkriptausschnitt 1 aus dem Aufklärungsgespräch PSD-AUF-37

[90]

	431	432	433	434	435	436
A [V]	Prima. ((holt hörbar Luft)) 'Gut' Hm̃ ' Haben S/ haben Sie noch <u>Fra</u>					

[91]

	437	438	439	440
A [V]	gen zu der Untersuchung?			
D [V]		Ainda tem perguntas?		Ainda tem
D [de]		Haben Sie noch Fragen?		Haben Sie
P [V]			¿Ah?	

[92]

	441	442	443
D [V]	perguntas por causa do exame? Agora <u>este</u> exame que ela (te)		
D [de]	noch Fragen wegen der Untersuchung?	Diese Untersuchung jetzt, die sie (dir) erklärt	

[93]

	444	445	446	447	448	449	450	451	452
D [V]	explicou.	O	exame.			Tá bem? Okay. (Se)...			
D [de]	hat.	Die	Untersuchung.			Ist gut?		(Falls)...	
P [V]		Ah ja'		Sí, está bien.				Sólo dí-	•
P [de]				Ja, ist gut.				Sagen Sie ihr	

[94]

	453	454	455	456
A [V]				Schmerzen sind
D [V]		Hm̃'		
D [de]				
P [V]	-ígale que • me duele aquí bastante. • • Y aquí que			
P [de]	nur, dass es mir hier ziemlich weh tut.		Und hier	

[95]

	457	458	459	460	461	462
A [V]	da noch,	ne?		Das wird auch untersucht werden.		
D [V]	Jă.		Genau. Ja'			gedehnt
P [V]	cuando como.					Hm'
P [de]	wenn ich esse.					

Die Internistin gibt dem Patienten die Möglichkeit, Fragen zur Untersuchung der Injektion in den Fuß zu stellen, welche sie zuvor beschrieben hat und für welche sie spezifische Risiken genannt hat. Diese Möglichkeit gibt sie in Form der Frage „Haben S/ haben Sie noch Fragen zu der Untersuchung?“ (s435-437), eine typische Form des Monitorens. Diese Äußerung wird von der Pflegekraft übersetzt (s438), woraufhin der Patient entgegnet „Sí, está bien“ (*Ja, ist gut*. s447-448). Diese Reaktion deutet die Ad-hoc-Dolmetscherin dahingehend, dass der Patient keinen Bedarf hat, Fragen zur Untersuchung zu stellen („Okay.“, s451). Der Patient spricht dann ein anderes Thema an, nämlich Schmerzen im Bauchraum (s452-457): „Sólo dígale que •me duele aquí bastante. ••Y aquí cuando como.“ (*Sagen Sie ihr nur, dass es mir hier ziemlich weh tut. Und hier, wenn ich esse.*). Die Ärztin scheint diese Äußerungen ohne Verdolmetschung zu einem gewissen Teil zu perzipieren, geht auf die genannten Beschwerden ein (s456-476) und schließt die Aufklärung über den ersten Eingriff ab.

Unser Interesse gilt nun den vom Patienten angesprochenen Beschwerden: „Sólo dígale que •me duele aquí bastante. ••Y aquí cuando como.“ (*Sagen Sie ihr nur, dass es mir hier ziemlich weh tut. Und hier, wenn ich esse.*).<sup>22</sup> Der Patient konstatiert, dass er stellenweise („aquí“, *hier*, „Y aquí“, *Und hier*) Schmerzen verspüre, die er als stark charakterisiert (‘bastante’, *ziemlich*). Anhand der Beschwerdeschilderung lässt sich rekonstruieren, dass der Patient eine andere Handlungslinie verfolgt als die Internistin und seine Bereitschaft und sein Vermögen beeinträchtigt sind, die ärztliche Handlungslinie zu verfolgen.

Betrachten wir zunächst die patientenseitige Handlungslinie. Dass er mit seiner Beschwerdeschilderung von den musterspezifischen Erwartungen des Monitorens abweicht, scheint dem Patienten bewusst zu sein. Dies wird durch das adversative

<sup>22</sup> Hier wird eine patientenseitige Original-Äußerung analysiert und nicht die von der dolmetschenden Person reproduzierte Äußerung. Der Grund hierfür liegt darin, dass die Ärztin die patientenseitige Äußerung zu einem gewissen Teil zu verstehen scheint, da sie ohne Verdolmetschung auf die spanischsprachige Beschwerdeschilderung des Patienten eingeht.

„Sólo“ (nur) klar. Die Tatsache, dass der Patient seine Beschwerden der Ärztin gegenüber konstatiert, macht deutlich, dass er von einem ärztlichen Nicht-Wissen bzw. von einem Nicht-Berücksichtigten ausgeht. Ihm scheint nicht klar zu sein, dass die Ärztin seine Beschwerden im Anamnesegespräch registriert hat und deren Klärung durch die Planung verschiedener Untersuchungen in Gang gebracht hat. Sein Ziel ist es, das angenommene arztseitige Nicht-Wissen durch die Nennung der Beschwerde in ein Wissen zu überführen, um eine mögliche Klärung bzw. Behebung in Gang zu setzen, zumal Schmerzen per se etwas Unangenehmes darstellen und als Warnsignal für eine körperliche Schädigung gelten. Die Verbindung der beiden Sachverhalte – das angenommene Nicht-Wissen über Beschwerden und die erzielte Vermittlung des Wissens – bildet die patientenseitige Handlungslinie. Diese Handlungslinie ist wesentlich für die Anamnese.

Die Anamnese stellt ein sogenanntes ‘Pragmem’ (eine Handlungseinheit) dar, in dem der Arzt den Patienten nach seiner Krankengeschichte befragt und der Patient antwortet, indem er sein Wissen über seinen kranken Körper in Form von Beschwerdeschilderungen gibt (vgl. Rehbein, 1993).<sup>23</sup> Anhand des erhobenen Wissens erstellt der Arzt einen ersten Verdacht über eine Diagnose. Ist das sprachliche Handeln der Interaktanten in ihrer Frage-Antwort-Struktur aufeinander abgestimmt, verfolgen sie dieselbe Handlungslinie. Im präsentierten Ausschnitt ist dies jedoch nicht der Fall. Der Patient, der seine Beschwerde vorträgt, tut dies nicht, weil er von der Ärztin gefragt wurde. Diese befindet sich schon weiter im Behandlungsprozess. Dies wird deutlich, wenn wir die arztseitige Handlungslinie rekonstruieren.

Nach der Anamnese am Vortag hat die Ärztin u.a. auf Basis der erfolgten Beschwerdeschilderung bereits einen Verdacht über die Krankheit des Patienten ausgebildet. Sie nimmt an, dass er eine Thrombose bzw. Lungenembolie hat(te) und will diesen Verdacht mithilfe von zwei diagnostischen Eingriffen überprüfen. Im hier vorgestellten Aufklärungsgespräch, klärt sie den Patienten über die beiden Eingriffe auf und verfolgt die Handlungslinie, ein patientenseitiges Nichtwissen über besagte Eingriffe in ein Wissen zu überführen. Sie befindet sich also in der Vorbereitung des Pragmems ‘Untersuchung’.<sup>24</sup>

Der Umstand, dass sich die Interaktanten in unterschiedlichen Pragmemen des Hy-

---

<sup>23</sup> Zur Einordnung des Pragmems ‘Anamnese’ in das Hyperpragmem ‘Diagnose-Therapie’ siehe Meyer (2004, 49ff) sowie Bühlig u. a. (2000, 18ff), die sich auf Ehlich und Rehbein (1980, 340) beziehen, sowie die Erläuterungen in Kapitel 2.3.

<sup>24</sup> Zur Einordnung des Pragmems ‘Untersuchung’ in das Hyperpragmem ‘Diagnose-Therapie’ siehe Meyer (2004, 49ff) sowie Bühlig u. a. (2000, 18ff), die sich auf Ehlich und Rehbein (1980, 340) beziehen, sowie die Erläuterungen in Kapitel 2.3.

perpragmeme befinden, ist problematisch, da die einzelnen Pragmeme aufeinander aufbauen, d.h. eine „Obligatorik in der Abfolge“ aufweisen (vgl. Bührig u. a., 2000).<sup>25</sup> Dies soll zunächst bzgl. der ärztlichen Perspektive verdeutlicht werden. Die Entscheidung für die geplanten Untersuchungen wurde gefällt, nachdem der Patient in der Anamnese über Beschwerden befragt wurde. Erst anhand des Wissens über seine Beschwerden konnte ein Verdacht über mögliche Krankheiten ausgebildet werden, dem in den geplanten Untersuchungen nachgegangen werden soll. Aus Arztperspektive ist das Hyperpragmem *bis dato* also scheinbar erfolgreich abgelaufen. Dies ist jedoch nicht der Fall, da die Anamnese für den Patienten noch nicht abgeschlossen ist und seine Bereitschaft, mit dem Behandlungsprozess fortzufahren, somit eingeschränkt sein dürfte. Er scheint davon auszugehen, dass die Ärztin nicht von seinen Schmerzen weiß oder sie zumindest keine Untersuchung der Schmerzen plant. Ohne medizinische Ausbildung kann er wahrscheinlich nicht beurteilen, ob seine Schmerzen im Bauchraum vielleicht vorrangig gegenüber der geplanten Untersuchung seiner Beine nachgegangen werden sollte. Daher hat er das Ziel ausgebildet, die Ärztin über seine Schmerzen in Kenntnis zu setzen, damit diese in einem ersten Schritt eine medizinisch sinnvolle Reihenfolge an Untersuchungen von Beschwerden abwägen kann und in folgenden Schritten mögliche Untersuchungen veranlassen kann. Bevor er sich nicht sicher ist, dass sie von seinen Schmerzen weiß, wird er möglicherweise nicht bereit sein, die ärztliche Handlungslinie mitzuverfolgen, d.h., sich kooperativ an der Vorbereitung einer Untersuchung zu beteiligen, die für ihn in keinem offensichtlichen Zusammenhang zu seinen Schmerzen steht und von der er nicht weiß, ob sie evtl. sogar zweitrangig durchgeführt werden sollte.

Weiterhin ist die patientenseitige Rezeptionsfähigkeit, die notwendig ist, um die ärztliche Handlungslinie mitverfolgen zu können, fragwürdig. Das Mitverfolgen umfasst für den Patienten zunächst vor allem hörerseitige Aktivitäten<sup>26</sup> bzgl. der Frage der Ärztin: „Haben S/ haben Sie noch Fragen zu der Untersuchung?“. Neben der Rezeption dieser Frage wird vom Patienten eine Prüfung des im Gespräch aufgenommenen Wissens erwartet, um schließlich in der Nachgeschichte ggf. Klärungsbedarf anzumelden. Zwar geht der Patient auf die reproduzierte Frage ein, indem er entgegnet: „Sí, está bien.“, (*Ja, ist gut.*). Jedoch ist fraglich, inwiefern er die komplexen mentalen Aktivitäten des Monitorens ausführen kann, wenn er seinen Fokus auf seine Schmerzen bzw. auf die angenommene ärztliche Unkenntnis seiner Schmerzen aus-

---

<sup>25</sup> Siehe Bührig u. a. (2000, 16).

<sup>26</sup> Zum Thema der hörerseitigen Rezeption siehe Rehbein (1977, 190ff), Ehlich und Rehbein (1986, 106ff) und Kameyama (2004, 109ff), sowie die Erläuterungen in Kapitel 3.1.3.

richtet, wie durch seine folgende Beschwerdeschilderung deutlich wird.

Neben der angezweifelten Bereitschaft, die eigene Handlungslinie zu verlassen, um die ärztliche Handlungslinie zu verfolgen, kommt also eine fragwürdige Rezeptionsfähigkeit, so dass eine Aufnahme von Wissen über den Plan beeinträchtigt wird.

### Zur Fähigkeit, das ärztliche Ziel zu verfolgen

Eine Entwicklung, die der soeben beschriebenen ähnelt, kommt kurze Zeit später im Gespräch vor. Wieder wird deutlich, dass die primären Diskurspartner unterschiedliche Ziele gesetzt haben und folglich unterschiedliche Handlungslinien verfolgen. Während die Ärztin dem Patienten Wissen über den besagten zweiten Eingriff vermitteln will, beschäftigt den Patienten etwas ganz anderes, nämlich sein Herz.

Der nun präsentierte Ausschnitt ist zu Beginn der zweiten Diskursphase einzuordnen. Die Ärztin kündigt die zweite Untersuchung (Injektion von Kontrastmittel in die Lunge) unter Vorbehalt an, woraufhin der Patient Herzrhythmusstörungen thematisiert.

### „D: Jetzt fragt er mich nach dem Herzen. Wie es dem Herzen geht.“

Transkriptausschnitt 2 aus dem Aufklärungsgespräch PSD-AUF-37

[109]

	526	527	528	529	530
A [v]	((1,5s)) Prima.		Dann/ • jetzt gehts leider noch einmal		
D [v]	Hm'	Gut.		Ja'	

[110]

	531	532
A [v]	weiter. ((blättert)) Wenn, • wenn man bei dieser Untersuchung	
D [v]		
[nn]	((Blättern))'	

[111]

	533	534	535	536
A [v]	nichts finden wird, né, dann würde man noch ne andereUnter			
D [v]		S...	Jä'	
D [de]		F...		
[nn]				

5 Diskursanalysen von patientenseitigen Widerständen

[112]

	537	538
A [V]	suchung machen.	
D [V]	Se neste exame eh (nem)/ não encontrarem	
D [de]	Falls sie bei dieser Untersuchung äh (nicht) nichts finden sollten/	

[113]

	539	540	541	542	543
D [V]	nada/ se não verem nada, • depois têm que fazer ainda outro				
D [de]	falls sie nichts sehen sollten, müssen sie später noch eine andere				
P [V]	Hm̃´		Sí´		
P [de]			Ja´		

[114]

	544	545	546	547	548
A [V]	Hm̃´			Genau.	
D [V]	exame.	Also, hängt davon ab, ne?			
D [de]	Untersuchung machen.				
P [V]	Jà´		Hm̃´		

[115]

	549	550	551
A [V]	Weil wir immer noch nicht wissen, ob er eben eine Lungenembolie		
D [V]	S...		
D [de]	F...		

[116]

	552
A [V]	hatte, das heißt eben Blutgerinnsel in • einer der ((räuspert sich

[117]

	553	554
A [V]	kurz)) Arterien der Lunge.	
D [V]	• Hm̃´ Porque eles a/ ainda não sabem	
D [de]	Denn sie wissen i/ noch nicht genau,	

[118]

	555	556	557	558
D [V]	bem, ehm talvez • se/ se o sangue coagulou aqui numa • veia			
D [de]	ähm vielleicht, ob/ ob das Blut hier in einer Vene hier			
P [V]	Ja´			

5 Diskursanalysen von patientenseitigen Widerständen

[119]

	559	560	561	562/563	564	565
D [V]	aqui •• do pulmão.		• Compreende?			
D [de]	der Lunge geronnen ist.		Verstehen Sie?			
P [V]	Hm̃´		Sí, sí´		Sí. •• Yy el c/ c-	
P [de]			Ja, ja´		Ja. Uund das H/ Herz	

[120]

	566	567	568	569	570	571
D [V]				Coração?		Não.
D [de]				Herz?		Nein.
P [V]	• -orazón que ¿cómo está? Preguntele.			Sí. Ese.		
P [de]	wie geht es dem? Fragen Sie sie.			Ja. Das hier.		

[121]

	572	573	574	575	576
D [V]	Agora estamos a falar do pulmão.			Da trombose, não é?	
D [de]	Jetzt sprechen wir gerade über die Lunge.			Von der Thrombose, nicht	
P [V]				Ah, el pulmón.	
P [de]				Ah, die Lunge.	

[122]

	577	578	579	580
D [V]	De ehm do sangue coagulou, agora não interessa o coração.			
D [de]	wahr? Von ähm dem Blut geronnen ist,		das Herz interessiert jetzt nicht.	
P [V]	Ah ja.			
D [k]	Relativpronomen fehlt			

[123]

	581	582	583	584	585
D [V]	Jetzt fragt er mich nach dem Herzen. Wie es dem				
P [V]	Es después. Ja, já.		((lacht))´		
P [de]	Das ist später.				

[124]

	586	587	588	589	590	591
A [V]				Jã´		
D [V]	Herzen geht. ((lacht kurz))´			Ich hab gesagt: Jetzt gehts nur um ••		
P [V]	Ja, já´			Jã´		



[125]

	592	593	594	595	596
A [v]				Die Lunge, genau. Das Herz • schlägt wahrschein/ also	
D [v]	die Lunge.				
P [v]	Ja, jà'			Jà'	

Die Internistin kündigt eine zweite Untersuchung an, die durchgeführt werden soll, wenn die erste zuvor beschriebene keine Befunde ergeben würde (s531-536). Die Pflegekraft dolmetscht die Ausgangsäußerung der Internistin (s537-543), ihre Verdolmetschung wird von Hörsignalen des Patienten begleitet („Si“ (*Ja*) in s542, „Jà“ in s544, „Hñ“ in s546). Anschließend vergewissert sich die Ad-hoc-Dolmetscherin bei der Ärztin, unter welcher Bedingung die zweite Untersuchung durchgeführt werden soll, indem sie fragt „Also, hängt davon ab, ne?“ (s547). Dies bestätigt die Internistin („Genau.“, s548) und nennt das Ziel der Untersuchung, ein evtl. entstandenes Blutgerinnsel aufzuspüren und damit zu überprüfen, ob der Patient eine Lungenembolie hat (s549-552). Die Ad-hoc-Dolmetscherin übersetzt und prüft, ob der Patient ihr folgen konnte: „Comprende?“ (*Verstehen Sie?* s563). Er bejaht und lenkt die Aufmerksamkeit auf einen Aspekt, der im Aufklärungsgespräch bis dahin nicht thematisiert wurde. Er erkundigt sich nach dem Zustand seines Herzens: „Y el c/ corazón que ¿como está?“ (*Und das Herz, wie geht es dem?* s565-566). Die Ad-hoc-Dolmetscherin vergewissert sich, ob sie ihn richtig verstanden hat (s568), was er bestätigt (s569). Sie übersetzt seine Frage zunächst nicht, sondern qualifiziert sie als deplaziert, indem sie auf das aktuelle Thema des Gesprächs hinweist, nämlich die Lunge (s571-572). Das Herz sei zum gegebenen Zeitpunkt nicht von Interesse (s580). Die Ad-hoc-Dolmetscherin schildert der Ärztin diese kurze Nebensequenz (s582-592), so dass diese die patientenseitige Frage nach dem Zustand des Herzens rezipieren und auf sie eingehen kann (ab s593).

Von Interesse ist nun die Verdolmetschung der patientenseitigen Frage: „Jetzt fragt er mich nach dem Herzen. Wie es dem Herzen geht.“ (s582-586). Hier wird deutlich, dass das patientenseitige Handeln nicht auf das arztseitige abgestimmt ist und die primären Diskurspartner asynchron handeln. Um dies zu verdeutlichen, rekonstruieren wir in einem ersten Schritt die Handlungslinie des Patienten.

In der Verdolmetschung wird zunächst das Herz als Thema der patientenseitigen Ausgangsäußerung eingebracht, welche wiederum als Frage klassifiziert wird („Jetzt

fragt er mich nach dem Herzen.“). Dann spezifiziert die Ad-hoc-Dolmetscherin die patientenseitige Ausgangsrede in Form der indirekten Frage „Wie es dem Herzen geht.“ Mit dem Fragewort ‘wie’ und dem Verb ‘gehen’ im Sinne von ‘sich in einer bestimmten Lage befindend’, wird das Wissensdefizit der Frage bestimmt, nämlich der Zustand des Herzens des Patienten. Anhand der reproduzierten Frage lässt sich die Zielsetzung des Patienten rekonstruieren, ein arztseitiges diagnostisches Wissen über sein Herz zu erlangen. Seine Handlungslinie besteht darin, den Zustand des eigenen Nicht-Wissens bzgl. einer Diagnose in einen Zustand des Wissens zu überführen.

Inwiefern macht die patientenseitige Frage nun ein asynchrones Handeln deutlich? Zunächst fällt auf, dass der Patient vom Redegegenstand der Ärztin abzuweichen scheint, indem er das Herz als ein bisher nicht thematisiertes Organ anspricht. Denn wie auch die Ad-hoc-Dolmetscherin äußert (s571-572), geht es im zweiten Teil des Aufklärungsgesprächs um die Lunge, nicht um das Herz. Dass sein Herz durchaus im Zusammenhang mit einer möglichen Lungenembolie steht, ist dem Patienten sicherlich nicht bewusst, es wird jedoch im weiteren Verlauf des Diskurses deutlich, so dass es sich hier um keine thematische Abweichung handelt. In zeitlicher Hinsicht handelt es sich jedoch tatsächlich um ein Abweichen. Denn ein diagnostisches Wissen, das er mittels seiner Frage zu erlangen erzielt, kann erst nach Ausführung der Pragmeme ‘Untersuchung’ und ‘Befund’ erstellt und dem Patienten konsequenterweise erst in dem sich anfügenden Pragmem ‘Diagnose’ mitgeteilt werden.<sup>27</sup> Die notwendige Untersuchung hat jedoch bis dato nicht stattgefunden, sondern ist lediglich geplant. Die Ärztin bereitet den Patienten gerade erst auf die Untersuchung der Lunge vor, indem sie ihm Wissen über den Plan zu vermitteln versucht und diesen dafür zunächst ankündigt („Wenn, • wenn man bei dieser Untersuchung nichts finden wird, ne, dann würde man noch ne andere Untersuchung machen.“). Die patientenseitige Handlungslinie, die durch die Frage nach einem diagnostischen Wissen entsteht, stellt somit also einen Vorgriff im Hyperpragmem ‘Diagnose/Therapie’ dar und bedeutet ein Abweichen von der ärztlichen Handlungslinie.

Und in diesem Abweichen liegt das Problem. Aufgrund der eigenen sprecherseitigen Handlungen und den damit verbundenen Planungsprozessen ist es dem Patienten zunächst nicht möglich, die arztseitige Handlungslinie mitzuverfolgen. Als Hörer der arztseitigen Ankündigung wird vom Patienten erwartet, dass er die Sprechhandlung perzipiert, einen Hörerplan ausbildet und den hörerseitigen Teil der Sprechhandlung

---

<sup>27</sup> Zur Abfolge der Pragmeme innerhalb des Hyperpragmems ‘Diagnose-Therapie’ siehe Bührig u. a. (2000, 20).

übernimmt.<sup>28</sup> Dieser besteht darin, den ärztlichen Plan („ne andere Untersuchung“) zu fokussieren und damit einen Ansatzpunkt für die folgende Beschreibung auszubilden. Wie aber im Transkript ersichtlich wird, bildet der Patient seinen eigenen Fokus auf sein Herz aus und kann den Fokus der Ärztin nicht übernehmen. Wie auch im ersten Ausschnitt sind die Voraussetzungen für eine Wissensaufnahme und damit ebenfalls die Grundlage für eine Zustimmung ungünstig.

### **Zur Entstehung von Wissensdefiziten bzgl. des Behandlungsplans**

Für eine Bearbeitung von Wissensdefiziten bzgl. des Behandlungsplans, die abweichende Ziele zur Folge haben können, ist von Interesse, wie sie überhaupt entstanden sind. Der Grund lässt sich durch einen Blick in die Vorgeschichte ermitteln. Hier zeigt sich, dass bei Ärztin und Patient abweichende Wissensstände bzgl. eines Krankheitsverdachts nicht angepasst werden, was schließlich zu unterschiedlichen Situationseinschätzungen der Interaktanten geführt haben dürfte. Und zwar lassen sich in dem Anamnesegespräch PSD-ANA-36 mehrere Verständnisprobleme zwischen Ärztin und Patient lokalisieren, die ein Angleichen von Wissensständen bei beiden verhindern. Zum einen wurden Äußerungen, in denen die Ärztin das Registrieren von Beschwerden oder die Zusammenhänge zwischen Beschwerden und geplanter Untersuchung verdeutlicht, nicht gedolmetscht und zum anderen liefen Verdolmetschungen unter hohem Zeitdruck ab. Daher ist davon auszugehen, dass es stellenweise zu keiner patientenseitigen Rezeption kam. Um diese Beobachtungen zu verifizieren, müssten sie in Form einer Diskursanalyse bestätigt werden.

## **5.3 Fehlendes Musterwissen**

Der nächste Widerstandstyp, der nun vorgestellt wird, resultiert daraus, dass der Patient ein Wissensdefizit über ein diskursartenspezifisches Muster hat, in diesem Fall über das Muster des Monitorens. Ein solcher Widerstand ist in dem Diskurs PD-AUF-27 vorzufinden. Bevor dieser untersucht wird, sei zunächst das Aufklärungsgespräch kurz beschrieben. Die Ärztin (Frau Fröhlich) klärt den Patienten (Herrn Gomes) über eine geplante Lungenspiegelung auf. Die zweisprachige Krankenschwester Micaela dolmetscht zwischen den beiden. Der folgende Transkriptausschnitt, in dem sich ein Widerstand des Typs ‘Fehlendes Musterwissen’ zeigt, ist am Gesprächsende anzusiedeln, nachdem die Ärztin auf die Risiken des Eingriffs eingegangen ist.

---

<sup>28</sup> Zum Ankündigen in Aufklärungsgesprächen siehe Meyer (2004, 77ff).

„Was soll ich frage?“

Transkriptausschnitt 1 aus dem Aufklärungsgespräch PD-AUF-27

[63]

	197
A [v]	• Das geht aber normalerweise wieder • weg nach einigen

[64]

	198	199
A [v]	Tagen, die Heiserkeit.	
D [v]	Mas isso depois sai. Depois de uns dias	
D [de]	Aber das geht danach weg. Nach ein paar Tagen geht das	

[65]

	200 [315.7]	201	202	203	204	205 [318.7]	206
A [v]		Ja?	Haben Sie noch Fragen?			Keine	
D [v]	sai.		Hm̃				
D [de]	weg.						
P [v]	Sim.				Ja	Nein.	
P [de]	Ja.						

[66]

	207	208	209	210 [323.7]
A [v]	Fragen haben Sie?	Haben Sie alles verstanden?		
D [v]	Nenhuma	pergunta?		
D [de]	Keine	Fragen?		gedehnt
P [v]	Was soll ich frage?			

[67]

	211	212	213	214
A [v]		((1,5s)) Gut. ((lacht kurz))	((1,5s))	Dann können Sie
P [v]	Ungefähr, ja.			

[68]

	215 [330.5]	216
A [v]	einmal hier unterschreiben.	Nee, d/
P [v]	Ich hab schon geschriebe.	

Nachdem die Ärztin den Eingriff der Lungenspiegelung beschrieben hat und Risiken genannt hat (bis s197), gibt sie dem Patienten die Möglichkeit, Fragen zum Eingriff zu stellen („Haben Sie noch Fragen?“ s203). Der Patient scheint die arztseitige Frage auch ohne Verdolmetschung zu perzipieren. Auf Deutsch äußert er zunächst ein Sprechersteuerungssegment („Ja“, s204) und verneint dann die Frage der Ärztin („Nein.“, s205). Als die Ärztin ihre Frage umformuliert („Keine Fragen haben Sie?“, s206-207), äußern sich Krankenschwester und Patient gleichzeitig. Die Krankenschwester dolmetscht und der Patient formuliert auf Deutsch die Frage „Was soll ich frage?“ (s207-208). Dadurch, dass der Patient die Frage auf Deutsch formuliert, kann die Ärztin die Äußerung ohne Verdolmetschung rezipieren. Sie geht kurz auf die Frage des Patienten ein (s209) und bittet ihn um eine Unterschrift, die seine Zustimmung bezeugt. Anschließend beendet sie das Gespräch.

Der Widerstand, der hier vorgestellt wird, manifestiert sich in der patientenseitigen Frage „Was soll ich frage?“ (s395). In dieser Äußerung wird ein patientenseitiges Wissensdefizit hinsichtlich eines sprachlichen Musters thematisiert, das typischerweise im Aufklärungsgespräch vorkommt. Worin das Defizit genau besteht und inwiefern es einen Widerstand darstellt, wird nun erläutert.

Zunächst ist festzuhalten, dass es sich bei der patientenseitigen Äußerung um eine Frage handelt. Wesentlich für die Frage ist die Zerlegung in Thema und Rhema, in ein Vorwissen und ein Wissensdefizit bzgl. dieses Vorwissens.<sup>29</sup> Im vorliegenden Fall wird das Vorwissen des Sprechers (das Thema) mit der Phrase „soll ich frage“ benannt.<sup>30</sup> Bei dem finiten Verb der besagten Äußerung handelt es sich um das Modalverb ‘sollen’, dessen Bedeutung darin liegt, „ein fremdes Wollen in die Welt eines anderen Aktanten zu integrieren“ (Ehlich und Rehbein, 1972a).<sup>31</sup> Durch „soll“ wird verbalisiert, dass der Patient ein fremdes Wollen, genauer gesagt eine arztseitige Erwartung wahrnimmt,<sup>32</sup> eine bestimmte Handlung auszuführen. Diese Handlung ist anhand der nennenden Prozedur „frage“ als sprachliche Handlung zu bestimmen. Das Thema der patientenseitigen Frage sind also fremde Erwartungen bzgl. des eigenen sprachlichen Handelns. Zu diesem Thema wird wiederum ein Wissensdefizit bekundet, das durch das Fragewort „was“ ausgedrückt wird. Der Patient weiß also, dass von ihm eine Frage erwartet wird, jedoch weiß er nicht, um welchen Sachverhalt es in der Frage gehen soll.

Dieses Wissensdefizit lässt sich anhand der Vorgeschichte der besagten Äußerung

<sup>29</sup> Zum Muster der Frage siehe Ehlich und Rehbein (1986, S.71ff) und Rehbein (1993, S.314f).

<sup>30</sup> Der Patient äußert eine unvollständige Form des Infinitivs ‘fragen’.

<sup>31</sup> Siehe Ehlich und Rehbein (1972a, 322f).

<sup>32</sup> Zum ‘Erwarten’ siehe Ehlich und Rehbein (1972b).

genauer bestimmen. Die Äußerung über das Wissensdefizit ist eine Reaktion auf die arztseitige Frage nach möglichem Aufklärungsbedarf. Diese Frage ist als Teilhandlung eines Monitoren einzuordnen. Das Monitoren wurde bereits beschrieben als ein Muster, in dem der Arzt den Patienten auffordert, etwaigen Aufklärungsbedarf anzumelden, um die Bedingungen für das weitere Handeln im Aufklärungsgespräch zu kontrollieren. Vom Patienten wird erwartet, „die Übernahme des bisher Gesagten in sein Wissen zu überprüfen und mit seinem Bedarf an Wissen abzugleichen.“ (Meyer, 2004).<sup>33</sup> Wie zuvor erläutert, verfügt der Patient nicht über dieses Musterwissen.<sup>34</sup> Er enttäuscht die Handlungspräsuppositionen und kann die an ihn gestellten Erwartungen bzgl. seines sprachlichen Handelns in der aktuellen Konstellation nicht erfüllen. Er führt weder die hörerseitigen Aktivitäten bzgl. der ärztlichen Frage noch mögliche Anschlusshandlungen aus (z.B. eine Frage zur Untersuchung oder das Konstatieren eines nicht bestehenden Aufklärungsbedarfs). Es kommt zu einem ‘Nichthandeln’, einer ausbleibenden erwarteten Handlung.<sup>35</sup>

Und hierin besteht der Widerstand. Der Patient verfügt nicht über das Musterwissen zum Monitoren. Er prüft sein Wissen nicht auf etwaige Lücken oder Widersprüche und kann folglich auch kein Bedürfnis bzw. keine Bedürfnislosigkeit bzgl. möglichem Aufklärungsbedarf artikulieren. Damit sind die notwendigen Voraussetzungen für eine Zustimmung auf informierter Basis und eine Fortführung des Gesprächs nicht gegeben. Denn erst, wenn der Patient deutlich macht, dass er keinen weiteren Aufklärungsbedarf hat, kann die Ärztin im Aufklärungsgespräch weiter fortfahren.

## 5.4 Selbstdiskreditierung

Im Unterschied zur gerade analysierten Konstellation, in der der Patient aufgrund fehlenden Musterwissens die Voraussetzung für eine Zustimmung nicht erfüllt, zeichnet sich die im Folgenden untersuchte Konstellation dadurch aus, dass sich der Patient selbst außerstande erklärt, eine Entscheidung bzgl. des Eingriffs zu treffen. Ein solcher Fall tritt im Diskurs PD-AUF-16 auf, welcher bereits in Kapitel 5.1.3 und 5.1.2 analysiert wurde.

In dem Gespräch klärt der deutschsprachige Arzt (Herr Eckhoff) den portugiesischsprachigen Patienten (Herrn Marcos) über eine Hüft-OP und eine Adduktorenkap-

---

<sup>33</sup> Siehe Meyer (2004, 96ff) sowie die Erläuterungen in Kapitel 2.3.

<sup>34</sup> Musterwissen ist das Wissen über „verbindliche, von allen geteilte Formen der Handlungsorganisation“ (Ehlich und Rehbein, 1977, 66).

<sup>35</sup> Zum ‘Nichthandeln’ siehe Rehbein (1977, 229f).

5 Diskursanalysen von patientenseitigen Widerständen

pung auf. Die zweisprachige Krankenschwester (Frau Rodrigues) dolmetscht für die beiden. Der Ausschnitt, der im folgenden untersucht wird, ist nach der Beschreibung der Hüftoperation und dem vom Arzt eingeleiteten Monitoren einzuordnen.

„D: Und er kann auch nicht entscheiden, ob es gut oder schlecht ist.“

Transkriptausschnitt 3 aus dem Aufklärungsgespräch PSD-AUF-16

[114]

	393	394	395 [510.4]
A [v]	Nee, gut.		
D [v]	Nein, der hat kein...		Er weiß nicht, was
P [v]	que é que vou-lhe dizer?		O que é que hei-de
P [de]	soll ich Ihnen schon sagen?		Was soll ich schon sagen?

[115]

	396	397	398	399	400 [512.9;401]
A [v]	Okay.		Ja, gut, ich mein...		
D [v]	er sagen soll.				
P [v]	dizer?	O que, o que...	Não. Eu	disso...	
P [de]	Was,	was...	Nein.	Davon...	

[116]

	402	403	404
D [v]	Hm̃'		
P [v]	Eu disse, nem que seja enganado.		Não posso falar nada
P [de]	Davon, selbst wenn ich getäuscht werde.		Ich kann nichts sagen, da ich es

[117]

	405 [517.7]	406	407	408	409
D [v]	Hm̃'				
P [v]	que não sei!	Não é?	•••	Eu posso dizer: "Eu não quero	
P [de]	nicht weiß!	Nicht wahr?	Ich kann sagen:	"Das will ich nicht!"	

5 Diskursanalysen von patientenseitigen Widerständen

[118]

	410 [520.5]	411	412
D [v]			Hm̃ •
P [v]	isto!". Mas eu também não sei se falo bem, se falo mal.		
P [de]	Aber ich weiß auch nicht, ob ich was Richtiges oder was Falsches sage.		

[119]

	413	414	415 [524.5]	416	417
D [v]	Er weiß das nicht, weil er/	•	für ihn alles fremd ist.	Und er	
P [v]	Não é?		Que está, está,	está agora, está,	
P [de]	Nicht wahr?		Denn es liegt, liegt,	liegt jetzt, liegt,	

[120]

	418	419
D [v]	kann auch nicht entscheiden, ob es gut oder schlecht ist.	
P [v]	está na mão,	está na mão de quem faz o
P [de]	liegt in der Hand,	es liegt in der Hand dessen, der die Arbeit

[121]

	420 [529.5]	421
A [v]		Gut.
D [v]		
P [v]	trabalho e da consciência, não é? O jeito é ter confiança no/	
P [de]	ausführt und des Gewissens, nicht wahr?	Die einzige Lösung ist, Vertrauen in den/ in

[122]

	422	423	424	425 [534.8]
D [v]			Er hat nur äh...	
P [v]	((1,5s)) nos médicos, não é?		Nos firmes, não é?	
P [de]	die Ärzte zu haben,	nicht wahr?	In die, die sich ihrer Sache	

[123]

	426	427
A [v]		Ja, was hält er denn von der Gegenseite?
P [v]		Eu não, eu não, eu não quero, não quero
P [de]	sicher sind, né? Ich, ich, ich will nicht,	ich will das



5 Diskursanalysen von patientenseitigen Widerständen

[124]

	428	429	430 [539.0]431
A [v]			Jā, gut'
D [v]		Ja, er hat nur Vertrauen •	zu den Ärzten
P [v]	isto, que eu não sei!		
P [de]	nicht, da ich es nicht weiß!		
A [k]			ungeduldig

[125]

	432	433434	435 [541.3]
A [v]		• Okay.	
D [v]	und damit...		
P [v]	Pois, então.	Por que se eu soubesse nãoooo (daria)	
P [de]	Nun, also.	Wenn ich es wüsste, (würde) ich keeine Arbeit bereiten.	

[126]

	436
A [v]	Und dann gibts jetzt in diesem Falle bei ihm • noch was
P [v]	trabalho.
P [de]	

Nachdem der Arzt nach weiterem Aufklärungsbedarf gefragt hat (s372) und die patientenseitige Reaktion darauf gedolmetscht wurde („Er weiß nicht, was er sagen soll.“, s395-396), erklärt der Patient auf Portugiesisch den Grund für dieses Unvermögen, eine Bewertung des Eingriffs vorzunehmen (402-410), was von Sprechersteuerungsargumenten der Ad-hoc-Dolmetscherin begleitet und schließlich gedolmetscht wird: „Er weiß das nicht, weil er/ • für ihn alles fremd ist. Und er kann auch nicht entscheiden, ob es gut oder schlecht ist.“ (s413-419). Noch während die Ad-hoc-Dolmetscherin spricht, ergänzt der Patient seine Erläuterungen auf Portugiesisch (s414-435). Inmitten dieser Äußerungen setzt die Krankenschwester mit einer Verdolmetschung an („Er hat nur äh...“, s424) und der Arzt startet einen Bearbeitungsversuch („Ja, was hält er denn von der Gegenseite?“, s424), der aber nicht ins Portugiesische übertragen wird. Ein Teil der fortlaufenden patientenseitigen Äußerungen wird jedoch gedolmetscht: „Ja, er hat nur Vertrauen • zu den Ärzten und damit...“ (s429-432). Daraufhin verlässt der Arzt seinen Bearbeitungsversuch („• Okay.“) und fährt mit der Ankündigung des zweiten Eingriffs fort (ab s436).

Im präsentierten Ausschnitt wird ausgedrückt, dass sich der Patient selbst nicht imstande sieht, eine Bewertung abzugeben und, dass er es dem ärztlichen Personal überlässt, für sein Wohlergehen zu sorgen. Wie sich diese Haltung genau zeigt und inwiefern sie einen Widerstand auf dem Weg zur Zustimmung bedeutet, äußert sich in der folgenden Verdolmetschung: „Er weiß das nicht, weil er/ • für ihn alles fremd ist. Und er kann auch nicht entscheiden, ob es gut oder schlecht ist.“

Zunächst sei das Augenmerk auf die zweite Äußerung gelegt, in der der Patient eine arztseitige Erwartung antizipiert, nämlich eine Bewertung. Hinsichtlich dieser Bewertung wird in der besagten Äußerung eine patientenseitige Einschätzung abgegeben, die durch ‘können’ ausgedrückt wird. Das Modalverb ‘können’ dient dazu, „die Einschätzung einer Handlungsmöglichkeit auszudrücken“ (Redder, 1984).<sup>36</sup> Durch die Negierung („er kann nicht“) wird bekundet, dass der Patient nicht fähig ist, etwas Bestimmtes zu tun, nämlich zu „entscheiden, ob es gut oder schlecht ist“. Diese Phrase stellt eine Umschreibung für den mentalen Bewertungsprozess bzgl. der Qualität einer Sache (gut vs. schlecht) dar. Und mit „es“ wird auf die Sache Bezug genommen, die Gegenstand der erwähnten Bewertung ist. Auf der Suche nach einem grammatisch und semantisch passenden Bezugsobjekt von „es“ wird man im engeren Rederaum nicht fündig<sup>37</sup> und H wird angewiesen, ein neues  $\pi$ -Element zu fokussieren. Es wird angenommen, dass hier auf den Plan im Allgemeinen, also den zuvor besprochenen Eingriff der Hüftoperation, Bezug genommen wird, da es im Aufklärungsgespräch darum geht, die Zustimmung bzgl. eines Plans vom Patienten zu bekommen. In der Verdolmetschung wird also ausgedrückt, dass der Patient unfähig ist, eine Bewertung über den besprochenen Eingriff abzugeben und folglich auch außerstande, eine Entscheidung (Zustimmung oder Ablehnung) zu fällen. Ein möglicher Grund für diese Selbstdiskreditierung wird in der vorangehenden Äußerung, dem ersten Teil der Verdolmetschung, geliefert.

Im ersten Teil der Verdolmetschung wird ein zuvor deklariertes Wissensdefizit wieder aufgenommen und begründet („Er weiß das nicht, weil für ihn alles fremd ist.“, s413). Das Thema des Nichtwissens wird mit dem deiktischen Ausdruck „das“ benannt, welches wiederum auf eine Verbalphrase aus der vorigen Verdolmetschung („..., was er sagen soll“, s395-396) verweist. Es wird gesagt, dass der Patient nicht weiß, was auf das Angebot des Arztes, Fragen zu stellen, bzgl. seines sprachlichen Handelns von ihm erwartet wird. Die Begründung für das Wissensdefizit stellt mögli-

---

<sup>36</sup> Siehe (Redder, 1984, 56).

<sup>37</sup> ‘Es’ ist ein phorischer Ausdruck, der H dazu anhält, einen Bezug zu bereits fokussierten  $\pi$ -Elementen herzustellen (vgl. Ehlich, 1979b, S.744). In dem diskutierten Diskursausschnitt gibt es jedoch kein passendes Bezugsobjekt.

cherweise auch den Grund für die oben rekonstruierte Selbstdiskreditierung dar. Und zwar lautet die Begründung, dass für den Patienten „alles fremd“ sei. Mit dem Quantifikativum ‘alles’ wird auf die denkbar größte aber unbestimmte Menge an Sachverhalten referiert, damit ist auch der zuvor vom Arzt beschriebene Plan über die Hüftoperation eingeschlossen. Die mit „alles“ bezeichneten Denotate werden als ‘fremd’ charakterisiert. Es wird also ausgedrückt, dass der Patient den vom Arzt beschriebenen Eingriff als etwas Unbekanntes ansieht. Der Patient hat demnach also keine Grundlage für eine Bewertung, was walmöglich den Grund dafür darstellt, dass er sich als unfähig sieht, eine Bewertung über die Hüft-OP abzugeben.

In der weiteren Verdolmetschung wird ausgedrückt, wie der Patient mit der Situation umgeht, dass er sich selbst keine Bewertung zutraut: „Ja, er hat nur Vertrauen • zu den Ärzten und damit...“. Auch wenn diese Äußerung abgebrochen wird, wird deutlich, dass den Ärzten die Verantwortung für die Entscheidung über die Durchführung der Hüft-OP überlassen wird. Der Symbolfeldausdruck ‘Vertrauen’ benennt die patientenseitige Haltung zum ärztlichen Personal und kann umschrieben werden als „die Hypothese künftigen Verhaltens, die sicher genug ist, um praktisches Handeln darauf zu gründen“ (Simmel, 1992).<sup>38</sup> Er verlasse sich also auf die Annahme, dass die Ärzte ihn gut behandeln und für ihn entscheiden, anstatt die antizipierten Erwartungen zu erfüllen, eine Entscheidung bzgl. des Plans zu fällen.

Für die eben analysierte Verdolmetschung lässt sich zusammenfassen, dass der Patient sich nicht imstande sieht, eine Bewertung bzgl. des geplanten Eingriffs abzugeben und sein Bewertungsmechanismus blockiert ist. Unter diesen Bedingungen ist eine Zustimmung auf informierter Basis nicht möglich. Der Patient entscheidet sich nicht für oder gegen den Plan, sondern überträgt die Entscheidungsmacht an den Arzt.

## 5.5 Zusammenfassung der Analyse von patientenseitigen Widerständen

Nachdem unterschiedliche patientenseitige Widerstände untersucht wurden, werden die Ergebnisse dieser Analyse hinsichtlich der Forschungsfragen zusammengefasst. Zunächst werden die einzelnen Widerstandstypen beschrieben und es wird aufgeführt, wie sie sich in den Untersuchungsdaten verbal manifestieren. Anschließend wird zusammengefasst, inwiefern die mehrsprachige Konstellation in den jeweiligen Diskursen einen Einfluss auf patientenseitige Widerstände hat.

---

<sup>38</sup> Siehe Simmel (1992, 393).

### 5.5.1 Charakteristika patientenseitiger Widerstandstypen

Die identifizierten Widerstandstypen bestehen in bestimmten Ausprägungen des patientenseitigen Handlungsraums. Welcher Dimension des patientenseitigen Handlungsraums die einzelnen Widerstandstypen zugeordnet werden können, wird in der folgenden Abbildung dargestellt.

PATIENT	
Dimensionen des subjektiven Handlungsraums	Patientenseitige Widerstandstypen
Motivationsmechanismus	Negative Evaluierung des Plans
	Zweifel am Nutzen des Plans
	Nichtverstehen
Bewertungsmechanismus	Selbstdiskreditierung
Wissensraum	Fehlendes Musterwissen
	Wissensdefizit bzgl. des Behandlungsplans

**Abbildung 5.5.1:** Für das Aufklärungsgespräch identifizierte patientenseitige Widerstandstypen und ihre Zuordnung zu Dimensionen des patientenseitigen Handlungsraums

Die Widerstandstypen Negative Evaluierung, Zweifel und Nichtverstehen sind dem Motivationsmechanismus zuzuordnen. Die Selbstdiskreditierung ist im Bewertungsmechanismus zu verorten und Wissensdefizite bzgl. des Behandlungsplans sowie bzgl. des Musters ‘Monitoren’ sind dem Wissensraum des Patienten zuzuordnen. Im Folgenden werden die Widerstandstypen anhand ihrer wesentlichen Komponenten beschrieben.

Der Widerstandstyp ‘**Negative Evaluierung**’ besteht im negativen Ergebnis eines Bewertungsprozesses bzgl. des im Aufklärungsgespräch verbalisierten Plans. Der Plan wird negativ bewertet, weil die Erkenntnis entsteht, dass der Plan eine Sachverhaltslücke verursachen kann (SVL-F+). Negative Evaluierungen eines Plans werden deutlich durch a) das Erkennen oder b) das Bewerten einer solchen Sachverhaltslücke oder c) durch eine Einschätzung, dass die Entstehung einer solchen Sachverhaltslücke

wahrscheinlich ist.

Eine negative Evaluierung stellt lediglich einen unter mehreren Prozessen des Motivationsmechanismus dar. Abhängig davon wie die individuelle Bewertungsskala des Patienten ausgestaltet ist bzw. welches individuell geprägte Wissen der Patient für seine Einschätzung heranzieht, kann eine negative Evaluierung aber eine Motivation zur Verhinderung des Plans und schließlich eine Ablehnung zur Folge haben. Eine negative Evaluierung kann 1.) ein Zeichen für noch fortlaufende Abwägungsprozesse des Motivationsmechanismus sein oder 2.) ein Zeichen einer Ablehnung darstellen und retrospektiv Einblicke in die bereits abgeschlossene Motivationsausbildung geben.

Sprachlich manifestiert sich der Widerstand der negativen Evaluierung durch das Ausdrücken von Angstgefühlen gegenüber dem Plan (siehe 5.1.2) oder durch das Identifizieren negativ konnotierter Sachverhalte als Planelement, so wie im untersuchten Fall der mit dem Symbolfeldausdruck ‘Schnitt’ bezeichnete Sachverhalt (siehe 5.1.2). Weiterhin ist der Versuch, bestimmte Elemente vom Handlungsplan auszuschließen – wie in 5.1.2 beobachtet – als Zeichen für eine negative Evaluierung zu bestimmen.

Ein weiterer motivationsbezogener Widerstand besteht im **‘Zweifel am Nutzen des Plans’**. Zweifel am Nutzen beziehen sich auf zu beseitigende Sachverhaltslücken (SVL-F-). Sie werden dadurch deutlich, dass ein Patient a) eine solche Sachverhaltslücke niedrig bewertet oder b) einschätzt, dass die Beseitigung einer solchen Sachverhaltslücke durch die besagte Handlung unwahrscheinlich ist, d.h. dass die Erfolgswahrscheinlichkeit gering eingeschätzt wird.

Ein Zweifel stellt lediglich einen unter mehreren Prozessen des Motivationsmechanismus dar. Abhängig davon wie die individuelle Bewertungsskala des Patienten ausgestaltet ist bzw. welches individuell geprägte Wissen der Patient für seine Einschätzung heranzieht, kann ein Zweifel aber eine ausbleibende Motivation bzgl. des Plans zur Folge haben. Wie auch die negative Evaluierung kann ein Zweifel am Nutzen des Plans 1.) ein Zeichen für noch fortlaufende Abwägungsprozesse des Motivationsmechanismus sein oder 2.) ein Zeichen einer ausbleibenden Motivation darstellen und retrospektiv Einblicke in die bereits abgeschlossene Motivationsausbildung geben.

Sprachlich manifestieren sich Zweifel am Nutzen des Plans in den untersuchten Fällen durch die Einschätzung einer geringen Erfolgswahrscheinlichkeit mit der Verbalphrase ‘noch lohnen’ und durch eine niedrige Bewertung einer zu beseitigenden Sachverhaltslücke mit der Verbalphrase ‘nicht so stören’ (siehe 5.1.3).

Der Widerstandstyp **‘Nichtverstehen des Plans’** besteht in einer ausbleibenden Wahrnehmung von Sachverhaltslücken (SVL-F-), für die der besprochene Plan die Lösung darstellt. Der Patient sieht keinen Grund, warum er dem Plan zustimmen sollte. Damit fehlt der Grundbaustein zur Ausbildung einer Motivation und es kommt möglicherweise nicht zu einer im Aufklärungsgespräch erzielten Zustimmung. Im Unterschied zum Zweifel am Nutzen und zur negativen Evaluierung, bei denen der Patient bestimmte Wissensstrukturen aktiviert, die ihn möglicherweise zu einer negativen Einstellung zum Plan bewegen, geht der Patient beim Nichtverstehen von einem defizienten Wissenselement aus.

Sprachlich manifestiert sich ein Nichtverstehen durch den Einsatz von Fragewörtern wie ‘wieso’ (vgl. das Beispiel in 5.1.4) sowie ‘weshalb’, ‘wozu’, ‘warum’ (vgl. Ehlich und Rehbein (1986)).<sup>39</sup>

Ein wissensbezogener Widerstandstyp besteht in **‘Wissensdefiziten bzgl. des Behandlungsplans’** und betrifft Wissen über institutionell geplante Handlungsschritte sowie den ärztlichen Verdacht über mögliche Krankheiten. Solche Wissensdefizite führen möglicherweise zur Ausbildung von Zielen, die von den ärztlichen Zielen abweichen. Verfolgt der Patient diese Ziele, kann er den arztseitigen Fokus nicht oder nur auf eine beeinträchtigte Art und Weise einnehmen. Darüber hinaus priorisiert der Patient möglicherweise sein eigenes Ziel und ist zunächst nicht bereit, das arztseitige Ziel zu verfolgen. Eine Realisierung des Zwecks der patientenseitigen Orientierung ist gefährdet, da eine Rezeption des Wissens über den Plan aufgrund der Fokussierung auf die eigenen Ziele verhindert wird. Folglich ist die Grundlage für eine rechtmäßige Zustimmung unsicher.

Wissensdefizite bzgl. des Behandlungsplans können zu abweichenden Zielen führen, welche sich wiederum durch voneinander abweichende Handlungslinien manifestieren, d.h. durch ein asynchrones Handeln von Arzt und Patient. Während der Arzt Anteile an bestimmten Handlungsmustern vollzieht (Ankündigen, Beschreiben, Hinweisen auf Risiken, Monitoren und Zustimmung), bleiben die patientenseitige Anteile an diesen Mustern unausgeführt, da der Patient versucht, Sachverhalte herbeizuführen oder zu verändern, die typischerweise in Pragmemen außerhalb des Aufklärungsgesprächs vorkommen. Er versucht z.B. Wissen über Beschwerden zu vermitteln (im untersuchten Fall durch das Schildern von „Schmerzen“, siehe 5.2) oder Wissen über eine Diagnose einzuholen (im untersuchten Fall durch das Fragen

---

<sup>39</sup> Siehe Ehlich und Rehbein (1986, 101).

nach dem scheinbar themenfremden Herzen, ebenfalls in 5.2). Ein weiteres mögliches Anzeichen ist die Thematisierung von Aspekten, die in anderen Pragmemen vorkommen, wie z.B. Therapiemöglichkeiten und Entlassungsmodalitäten.

Der Widerstandstyp **‘Fehlendes Musterwissen’** besteht in einem Wissensdefizit bzgl. sprachlicher Handlungsmuster, die typischerweise im Aufklärungsgespräch vorkommen. Im untersuchten Fall handelt es sich um ein fehlendes Musterwissen bzgl. des Monitors. Da der Patient aufgrund des Wissensdefizits von ihm erwartete Teilhandlungen des Musters nicht ausführt, kann der Arzt nicht kontrollieren, ob noch etwaiger Aufklärungsbedarf besteht. Damit wiederum sind die juristisch festgelegten Bedingungen für eine rechtmäßige Zustimmung nicht erfüllt.

Sprachlich manifestiert sich ein fehlendes Wissen über das Monitoren dadurch, dass patientenseitige Anteile an diesem Muster unausgeführt bleiben und erwartete Folgehandlungen – Fragen zum Eingriff oder Verneinen von weiterem Aufklärungsbedarf – ausbleiben (Nichthandeln). Weiterhin kann sich das fehlende Musterwissen dadurch manifestieren, dass der Patient sein Nichtwissen bzgl. der erwarteten Folgehandlungen in einer weiteren Frage benennt („Was soll ich frage?“, siehe 5.3).

Der Widerstandstyp **‘Selbstdiskreditierung’** besteht in einem blockierten Bewertungsmechanismus, der aus einer Einschätzung eigener Fähigkeiten resultiert. Dabei handelt es sich um die Fähigkeit, eine Entscheidung bzgl. einer Planübernahme zu treffen. Da der Patient sich nicht in der Lage sieht, eine Entscheidung zu fällen, ist auch eine Zustimmung nicht möglich.

Sprachlich manifestiert sich eine Selbstdiskreditierung dadurch, dass erwartete Folgehandlungen des Patienten im Muster ‘Zustimmen’ ausbleiben (Nichthandeln). Weiterhin wird die negative Einschätzung des eigenen Bewertungsmechanismus evtl. thematisiert, wie im untersuchten Fall. Hier zeigt sich der Widerstand der Selbstdiskreditierung durch das negierte möglichkeitsbezogene Modalverb ‘können’ (5.4).

### **5.5.2 Einfluss der mehrsprachigen Konstellation auf Widerstände**

Wie im Kapitel zur Entwicklung der Forschungsfragen erläutert, hat die mehrsprachige Konstellation möglicherweise Konsequenzen auf das Handeln der Interaktanten (siehe 2.4). Im Folgenden wird zusammengefasst, inwiefern diese Annahme auf die untersuchten Gespräche zutrifft und die identifizierten Widerstände durch die mehrsprachige Konstellation beeinflusst sind.

## 5 Diskursanalysen von patientenseitigen Widerständen

Zunächst soll eine Anmerkung zu den zahlenmäßigen Vorkommnissen der Widerstände gemacht werden. In den drei Aufklärungsgesprächen des Korpus DiK, die mit deutschsprachigen Patienten geführt wurden, sind keine oder nur vereinzelt patientenseitige Widerstände zu finden. In den mehrsprachigen Aufklärungsgesprächen hingegen treten häufiger patientenseitige Widerstände auf. Diese Tatsache lässt jedoch nicht die Schlussfolgerung zu, dass die Sprachenkonstellation für diesen Unterschied verantwortlich ist. Ebenso können andere soziale Faktoren wie Bildungsgrad oder Alter sowie bestimmte Behandlungsumstände der Grund für das Entstehen von Widerständen sein. Da weiterhin kein quantitativer Vergleich in dieser Arbeit durchgeführt wird, ist das zahlenmäßige Vorkommen von patientenseitigen Widerständen in einsprachigen und mehrsprachigen Aufklärungsgesprächen auch nicht von Interesse. Erkenntnisse bzgl. eines möglichen Einflusses der mehrsprachigen Konstellation auf patientenseitige Widerstände beruhen vielmehr auf der qualitativen Untersuchung von systematisch bedingten Gegebenheiten. Bei den durchgeführten Diskursanalysen wurden folgende Erkenntnisse erzielt.

Zum einen wird festgestellt, dass Wissensdefizite bzgl. des Behandlungsplans durch die mehrsprachige Konstellation begünstigt werden. Denn aufgrund von dolmetschspezifischen Verständnisproblemen (es wird nicht oder nur partiell gedolmetscht, keine Verständnissicherung etc.) kommt es eher zu unterschiedlichen Wissensständen von Arzt und Patient, was wiederum zu unterschiedlichen Situationseinschätzungen führen kann. Aufgrund dieser unterschiedlichen Situationseinschätzungen wiederum, bilden Arzt und Patient dann möglicherweise unterschiedliche Motivationen und Ziele aus und es kommt zu einem asynchronen Handeln wie in 5.2 untersucht. Schon bestehende Unterschiede in den Wissensständen der Interaktanten, wie sie u.a. Mishler (1984), Rehbein (1986) oder Lalouschek und Nowak (1989) beschreiben, werden aufgrund von dolmetschspezifischen Verständnisproblemen vergrößert. Durch die mehrsprachige Konstellation kommt es zu einer ‘Aggravierung’ von bereits bestehenden Problemen, die bereits Bührig und Meyer (2004) dokumentieren.<sup>40</sup>

Weiterhin wird festgehalten, dass kulturell bedingte Wissensunterschiede zu einer Entstehung von patientenseitigen Widerständen führen können. Sind Patienten nicht mit dem deutschen Gesundheitssystem vertraut, wissen sie nicht, welche diskurs- undusterspezifischen Zwecke in einzelnen Gesprächstypen verfolgt werden. Folglich sind Widerstände wie fehlendes Musterwissen möglich (siehe 5.3). Es ist jedoch

---

<sup>40</sup> Die Autoren zeigen, dass eine institutionell angestrebte aber selten erreichte patientenseitige Autonomie in gedolmetschten Diskursen noch weniger unterstützt wird (vgl. Bührig und Meyer, 2004, 57f).



## 5 Diskursanalysen von patientenseitigen Widerständen

anzumerken, dass die fremdsprachlichen Patienten, die in den untersuchten Aufklärungsgesprächen vorkommen, bereits längere Zeit in Deutschland leben und es durchaus möglich ist, dass sie Erfahrungen mit dem deutschen Gesundheitswesen haben, wie auch Meyer (2004) sagt.<sup>41</sup> Darüber hinaus ist auch deutschsprachigen Patienten nicht immer bewusst, dass ihre Zustimmung für eine Durchführung von bestimmten Eingriffen verlangt wird.<sup>42</sup>

Schließlich sind auch unterschiedliche kulturell geprägte Wertvorstellungen eine mögliche Quelle für patientenseitige Widerstände im Aufklärungsgespräch. So sehen sich Patienten, die eine paternalistische Arzt-Patienten-Beziehung gewohnt sind, möglicherweise nicht dazu in der Lage, eine Entscheidung über einen besprochenen Eingriff zu treffen. Dies trifft evtl. auf den untersuchten Fall der Selbstdiskreditierung zu (siehe 5.4), in dem der Patient es vorzieht, dem Arzt die Verantwortung für seine weitere Behandlung zu überlassen.

---

<sup>41</sup> Siehe Meyer (2004, 221).

<sup>42</sup> Vgl. Meyer (2004, 77 und 83).

# 6 Diskursanalysen von arztseitigen Reaktionen auf Widerstände

Nachdem im vorigen Kapitel gezeigt wurde, inwiefern patientenseitige Widerstände einer Zustimmung zum Plan im Wege stehen, wird nun untersucht, wie Ärzte diese Konstellationen bearbeiten, um schließlich doch eine Zustimmung zu ermöglichen. Es zeigt sich, dass je nach Widerstandstyp unterschiedliche Anforderungen an Ärzte gestellt werden, um eine Veränderung der patientenseitigen Wissensbestände und Einstellungen zu erreichen. Während es im vorigen Analysekapitel vorrangig darum ging, bestimmte Konstellationen – Momentaufnahmen im Aufklärungsgespräch – zu erfassen, liegt der Fokus in diesem Kapitel auf den sprachlichen Handlungsmustern, mit denen diese Konstellationen verändert werden sollen.

Für jeden Widerstandstyp wurden unterschiedliche arztseitige Reaktionstypen identifiziert, die im folgenden untersucht werden (siehe 6.1 – 6.4). Im Anschluss an die Diskursanalysen werden die Ergebnisse in Bezug auf die gestellten Forschungsfragen zusammengefasst (siehe 6.5).

## 6.1 Reaktionen auf motivationsbezogene Widerstände

Wie in 5.1 erläutert, ist die Ausbildung einer Motivation notwendig für eine patientenseitige Zustimmung. Im Folgenden wird untersucht, wie Ärzte versuchen, durch bestimmte sprachliche Handlungsmuster eine sich abzeichnende unsichere Motivation für den Plan bzw. eine sich abzeichnende Ablehnung des Plans zu bearbeiten, nämlich u.a. durch einen Begründungsversuch (in 6.1.3) sowie argumentative Begründungsversuche (in 6.1.2 und 6.1.3). Dafür werden erneut die Aufklärungsgespräche TD-AUF-57 und PD-AUF-16 analysiert, in denen der Patient motivationsbezogene Widerstände deutlich macht.

### 6.1.1 Theoretische Grundlagen zum ‘Begründen’ und ‘argumentativen Begründen’

Die für die Diskursanalysen notwendigen Ausführungen zum Begründen von Ehlich und Rehbein (1986) und Trautmann (2004) werden vorab vorgestellt.<sup>1</sup> Mithilfe der Erkenntnisse zu diesen Begründungstypen wird herausgearbeitet, vor welche Anforderungen Ärzte gestellt sind, wenn sie motivationsbezogene Widerstände auflösen wollen.

#### **Begründen nach Ehlich und Rehbein (1986)**

Ehlich und Rehbein (1986) beschreiben das Begründen als ein Handlungsmuster, das sich auf einen möglichen oder konkreten Defekt innerhalb des Handlungssystems zwischen Hörer und Sprecher bezieht und Wissen zur Beseitigung dieses Defekts bereit stellt. Die Autoren präsentieren fünf unterschiedliche Typen des Begründens, wobei das Kriterium zur Unterscheidung die Qualität der Handlung ist, deretwegen der Defekt entstanden ist.<sup>2</sup> Das Begründen, welches in den vorliegenden Diskursdaten vorzufinden ist, ist dem Typ III zuzuordnen, dem ‘Sollen-Begründen’. Diese Bezeichnung entspringt dem Ausgangspunkt, dass H etwas ‘soll’, nämlich eine Handlung F tätigen, im vorliegenden Fall eine Zustimmung zu einem Plan geben. Im Folgenden wird das Muster des Sollen-Begründens in seinem Ablauf beschrieben.

Das Sollen-Begründen beginnt mit dem ‘Nichtverstehen’ der zukünftigen Handlung F, von der S will, dass H sie tätigt. Das Nichtverstehen wird durch ein Zeichen des Unverständnisses seitens H, eine sogenannte ‘Prä-E’ deutlich. Das ‘E’ steht für eine negative Einstellung zur Handlung und ‘Prä’ steht für die Ankündigung der negativen Einstellung. Eine Prä-E ist also als Vorzeichen einer negativen Einstellung (E) anzusehen. Sprachlich äußert sich ein Nichtverstehen seitens H meist durch den Einsatz von Fragewörtern wie ‘weshalb’, ‘wozu’, ‘wieso’, ‘warum’.<sup>3</sup>

Beim Sollen-Begründen gilt die Voraussetzung, dass die betroffene zukünftige Handlung „ohne das Verstehen des Aktanten H gar nicht zustande“ kommt, wie Ehlich

---

<sup>1</sup> Trautmann (2004) untersucht ‘argumentatives Begründen’, das in einer Bearbeitung von konkurrierenden Wissensbeständen von S und H besteht. Diesen Typ des Argumentierens bezeichnet Ehlich (2014) als ‘persuasives Argumentieren’ und stellt weiterhin den Typ des ‘explorativen Argumentierens’ vor. Beim explorativen Argumentieren hingegen geht es um eine „gemeinsame Weiterentwicklung von Wissen als Umwandlung präzisiert Unbekanntem in Bekanntes“ (Ehlich, 2014, 47).

<sup>2</sup> Die Kriterien bestehen in den Merkmalen zukünftig/vergangen, sprecher-/hörerseitig, kognitiv/nicht-kognitiv.

<sup>3</sup> Siehe Ehlich und Rehbein (1986, 101).

und Rehbein (1986) anmerken.<sup>4</sup> Denn ohne ein Verstehen kommt es zu keiner positiven Einstellung (E') bzgl. der Handlung F und damit auch zu keiner notwendigen Motivation für F.

Da S für die Durchführung des Plans auf eine H-seitige positive Einstellung der betroffenen Handlung angewiesen ist, versucht er H zu beeinflussen, und zwar durch eine sogenannte 'D-Operation'. Hierbei führt S ein Wissenselement D an, von dem er annimmt, dass es zu einem Verstehen bei H führt und damit eine positive Einstellung und Motivation von H möglich wird. Wenn mit der D-Operation ein Verstehen seitens H erreicht wird, ist der Begründungsversuch erfolgreich abgeschlossen. Wenn der Versuch scheitert, ist ein erneuter Musterdurchlauf oder der Ausstieg aus dem Muster mit den Konsequenzen eines Ausstiegs aus dem gemeinsamen Handlungssystem und dem Abbruch der Handlung F möglich.

Im Folgenden wird der Ablauf des Begründens für die Prämissen, die im Aufklärungsgespräch vorliegen, konkretisiert. Zunächst liegt der Ausgangspunkt vor, dass der Arzt will, dass der Patient eine Handlung F tätigt, nämlich eine Zustimmung zu einem bestimmten Eingriff – einem Plan – zu geben. Der Patient macht durch eine Äußerung ein Nichtverstehen bzgl. des Plans deutlich.<sup>5</sup> Dieses Nichtverstehen stellt ein Vorzeichen für eine negative Einstellung gegenüber der Zustimmung dar, d.h. folglich ein Vorzeichen für eine ausbleibende Motivation. Der Arzt, der den Patienten zu einer positiven Einstellung bewegen will, führt dann ein Wissenselement an, von dem er annimmt, dass es zu einem Verstehen, d.h. einer Umstrukturierung des Wissens führt. Wenn er ein patientenseitiges Verstehen erreicht, ist der Begründungsversuch erfolgreich. Ist der Versuch jedoch gescheitert, beginnt möglicherweise ein erneuter Musterdurchlauf, indem der Patient das bestehende Nichtverstehen deutlich macht.

### **Argumentatives Begründen nach Trautmann (2004)**

Trautmann (2004) erweitert das Handlungsmuster des Begründens, indem sie für eine besondere Form dieses Musters Spezifikationen vornimmt, nämlich für das 'argumentative Begründen'. Anhand der Analyse von authentischen Diskursdaten zeigt sie, dass Argumentieren „als ein Begründen vor konkurrierendem Wissen oder als

---

<sup>4</sup> Siehe Ehlich und Rehbein (1986, 112).

<sup>5</sup> Die Konstellation des 'Nichtverstehens' wurde bereits in 5.1.4 anhand der Überlegungen von Ehlich und Rehbein (1986) beschrieben und anschließend im Rahmen einer Diskursanalyse als motivationsbezogener Widerstandstyp gekennzeichnet. In dem untersuchten Beispiel macht die Patientin ihr Nichtverstehen durch eine Frage mit 'wieso' deutlich. Siehe Analyse in 5.1.4.

‘konkurrierendes Begründen’ aufgefaßt werden“ kann.<sup>6</sup> Die von ihr durchgeführten Spezifikationen betreffen die Prä-E, die D-Operation und die diskursive Erstreckung durch rekursive Musterdurchläufe. Im Folgenden wird das Muster des argumentativen Begründens erläutert und anschließend auf die Handlungsvoraussetzungen des Aufklärungsgesprächs bezogen.

Der Ablauf des argumentativen Begründens nach Trautmann (2004) wird für den Ausgangspunkt beschrieben, dass S will, dass H eine Handlung F tätigt.<sup>7</sup> In Anlehnung an das Begründen III von Ehlich und Rehbein (1986) handelt es sich also um das argumentative Begründen III.

Zunächst steht auf Position der Prä-E ein bestimmtes Wissen bei H. Und zwar ein Wissen, das H zu einer differenten Bewertung einer Handlung veranlasst und diese somit nicht akzeptierbar, d.h. strittig macht. Kurz gesagt führt H ein bzgl. der Handlung strittiges Wissen an.

Für eine Durchführung von F ist – genau wie beim Begründen – eine Umstrukturierung des Wissens von H notwendig. Das Wissen, welches die Handlung F für H strittig macht, muss dahingehend umstrukturiert werden, dass die Handlung F akzeptierbar wird. Ohne diese Veränderung kommt es zu keiner positiven Einstellung bzgl. der Handlung F und damit auch zu keiner notwendigen Motivation für F.

Um eine positive Einstellung bei H zu erreichen, macht S eine D-Operation. Diese unterscheidet sich von der D-Operation des Begründens. Und zwar sucht S „ein Element D, von dem er annimmt, daß es unter Berücksichtigung des von S geäußerten Wissens die Kraft hat, bei H die Umformung der Alternative (E’ oder E) zu bewirken“.<sup>8</sup> S muss also nach einem D-Element suchen, welches das in der Prä-E formulierte Wissen berücksichtigt. Es handelt sich also um ein Begründen vor konkurrierendem Wissen, wie Trautman sagt.

Wenn mit der D-Operation eine Umbewertung bei H erreicht wird, ist der argumentative Begründungsversuch erfolgreich abgeschlossen. Wenn der Versuch gescheitert ist, ist ein erneuter Musterdurchlauf oder der Ausstieg aus dem Muster mit den Konsequenzen eines Ausstiegs aus dem gemeinsamen Handlungssystem und einem Abbruch der Handlung F möglich.

Im Folgenden wird der Ablauf des argumentativen Begründens für die Prämissen, die im Aufklärungsgespräch vorliegen, konkretisiert. Zunächst liegt der Ausgangspunkt vor, dass der Arzt will, dass der Patient eine Handlung F tätigt, nämlich eine

---

<sup>6</sup> Siehe Trautmann (2004, S.84).

<sup>7</sup> Die Autorin hingegen beschreibt den Ablauf des argumentativen Begründens für den Ausgangspunkt, dass S eine Handlung C getätigt hat (siehe Trautmann, 2004, 84).

<sup>8</sup> Siehe Trautmann (2004, S.85)

Zustimmung zu einem bestimmten Eingriff – einem Plan – zu geben.

Der Patient führt ein Wissen an, das eine Zustimmung zum Plan strittig bzw. nicht akzeptierbar macht. Dieses bzgl. der Handlung strittige Wissen stellt ein Vorzeichen für eine negative Einstellung gegenüber der Zustimmung dar, d.h. folglich ein Vorzeichen für eine ausbleibende Motivation für eine Zustimmung oder gar ein Vorzeichen für eine Motivation zur Ablehnung. Der Arzt, der den Patienten zu einer positiven Einstellung bewegen will, führt dann unter der Berücksichtigung des vom Patienten zuvor geäußerten strittigen Wissens ein Wissenselement an, von dem er annimmt, dass es diese Umstrukturierung des Wissens erreicht. Wenn er eine Umstrukturierung des Wissens erreicht, ist der argumentative Begründungsversuch erfolgreich. Ist der Versuch jedoch gescheitert, beginnt möglicherweise ein erneuter Musterdurchlauf, indem der Patient erneut Wissen präsentiert, welches eine Zustimmung zum Plan für ihn strittig bzw. nicht akzeptierbar macht.

### **Zum Zusammenhang zwischen dem Begründen/ argumentativen Begründen und motivationsbezogenen Widerständen**

Wie anhand der soeben beschriebenen Abläufe des Begründens und argumentativen Begründens deutlich wird, deuten die jeweiligen Vorzeichen einer negativen Einstellung (Prä-E) im Aufklärungsgespräch darauf hin, dass eine Motivation für eine patientenseitige Zustimmung unsicher ist. Beim Begründen besteht das Vorzeichen in einem angenommenen Wissensdefizit und beim argumentativen Begründen in einem strittigen Wissen. Diese Wissensstrukturen wurden durch die Diskursanalysen patientenseitiger Widerstände bereits genauer bestimmt und zwar mithilfe der Beobachtungen zu den Prozessen des Motivationsmechanismus von Rehbein (1977).<sup>9</sup> An dieser Stelle sollen diese genauer beschriebenen Wissensstrukturen auf die Handlungsmuster des Begründens und des argumentativen Begründens bezogen werden, da eine detailliertere Beschreibung der patientenseitigen Wissensstrukturen eine genauere Analyse der ärztlichen Bearbeitungsversuche ermöglicht.

Beim Muster des Begründens besteht der Ansatzpunkt für den arztseitigen Bearbeitungsversuch in einem patientenseitigen Nichtverstehen. Wie in der Analyse des Widerstandstyps ‘Nichtverstehen des Plans’ gezeigt wurde (siehe 5.1.4), besteht dieses Nichtverstehen darin, dass der Patient keine Sachverhaltslücke wahrnimmt, die mit einer Zustimmung zum Plan beseitigt werden könnte. Anders gesagt, sieht er keinen Grund dafür, dem Plan zuzustimmen.

---

<sup>9</sup> Siehe Kapitel 5.1.

Wenn der Arzt also ein patientenseitiges Verstehen erreichen will, muss er anhand einer D-Operation auf eine Sachverhaltslücke aufmerksam machen, welche durch die Zustimmung zum Plan beseitigt werden kann. Ob das Präsentieren von Sachverhaltslücken schließlich zu einer Motivation zur Zustimmung führt, hängt von den individuellen Bewertungsskalen und der jeweiligen Einschätzung der Erfolgsgarantie des Patienten ab.<sup>10</sup> Mit dem Aufführen von Sachverhaltslücken ist jedenfalls eine erste Voraussetzung für die Ausbildung einer Motivation gemacht.

Beim Muster des argumentativen Begründens besteht der Ansatzpunkt für den arztseitigen Bearbeitungsversuch in der patientenseitigen Aktualisierung eines Wissens, welches eine Zustimmung zum Plan für den Patienten strittig bzw. nicht akzeptierbar macht. Durch die Diskursanalysen von Widerstandstypen konnte dieses Wissen genauer bestimmt werden.

Zum einen wird Wissen aktualisiert, welches zu einer negativen Evaluierung des Plans führt. Der Plan wird negativ bewertet, weil ein Planelement als Sachverhaltslücke identifiziert wird, d.h. die Erkenntnis entsteht, dass der Plan eine Sachverhaltslücke verursachen kann. Negative Evaluierungen eines Plans werden deutlich a) durch das bloße Erkennen von Sachverhaltslücken, die durch den Plan entstehen können b) durch eine Bewertung einer durch den Plan entstehenden Sachverhaltslücke oder c) durch eine Einschätzung, dass die Entstehung einer Sachverhaltslücke durch den Plan wahrscheinlich ist. Die beschriebenen Wissensstrukturen können dazu führen, dass der Patient schließlich nicht nur über eine fehlende Motivation verfügt, sondern eine Motivation zur Verhinderung des Plans ausbildet und es zu einer Ablehnung kommt.

Wenn der Arzt die patientenseitige negative Evaluierung des Plans abwenden will, muss er – unter Berücksichtigung des vom Patienten aufgeführten Wissens – ein Element D präsentieren, welches zu einem Erkennen, bzw. einer Umbewertung bzw. zu einer anderen Einschätzung bzgl. der vom Patienten wahrgenommenen planbezogenen Sachverhaltslücke führt.

Ein weiterer Ansatzpunkt für das argumentative Begründen besteht im Zweifel am Nutzen des Plans. Zweifel am Nutzen werden dadurch deutlich, dass a) ein Patient eine zu beseitigende Sachverhaltslücke niedrig bewertet oder b) ein Patient die Einschätzung macht, dass die Beseitigung einer Sachverhaltslücke durch die besagte Handlung unwahrscheinlich ist, d.h. dass die Erfolgswahrscheinlichkeit gering ist.<sup>11</sup>

---

<sup>10</sup> Zu den Prozessen des Bewertens und Einschätzens innerhalb des Motivationsmechanismus siehe Rehbein (1977, 50ff), erläutert zu Beginn von 5.1.

<sup>11</sup> Wollte man der hier präsentierten Systematik von Ansatzpunkten für das (argumentative) Begründen streng folgen, wäre das 'Nichtverstehen' nach Ehlich und Rehbein (1986) als eine

Die Aktualisierung solcher Wissensstrukturen können dazu führen, dass der Patient schließlich keine Motivation ausbildet, dem dem Plan zuzustimmen, es also zu einer ausbleibenden Motivation kommt.

Wenn der Arzt den patientenseitigen Zweifel abwenden will, muss er – unter Berücksichtigung des vom Patienten aufgeführten Wissens – ein Element D präsentieren, welches zu einer Umbewertung bzw. zu einer anderen Einschätzung bzgl. der vom Patienten wahrgenommenen Sachverhaltslücke führt.

### **Anmerkungen zur Abbildung**

Um einen besseren Überblick zu gewährleisten, werden die gemachten Überlegungen über den Zusammenhang zwischen patientenseitigen Widerständen und den arztseitigen Anforderungen hinsichtlich der Handlungsmuster des Begründens sowie des argumentativen Begründens in der Abbildung 6.1.1 zusammengefasst.

Zu den Kategorien und Abkürzungen der Abbildung seien noch einige Anmerkungen gemacht. Die unterschiedlichen Ansatzpunkte (Prä-E) für die Handlungsmuster des Begründens und des argumentativen Begründens werden in der ersten Spalte aufgeführt. In der zweiten Spalte werden die Ansatzpunkte der beiden Muster anhand unterschiedlicher motivationsbezogener Widerstandstypen weiter spezifiziert, um schließlich in der dritten Spalte eine weitere Differenzierung der Widerstandstypen durch die Zuschreibung unterschiedlicher Prozesse des Motivationsmechanismus vorzunehmen. Schließlich wird aufgeführt, welche Anforderungen hinsichtlich der ärztlichen Umstrukturierungsversuche, der D-Operation, gelten (fünfte Spalte) und welcher Zusammenhang zwischen dem D-Element und den Prozessen des Motivationsmechanismus bestehen (sechste Spalte).

Die Handlung F steht für die Zustimmung zum Plan, der im Aufklärungsgespräch besprochen wird. Die Handlung F' steht für die Handlung einer Ablehnung bzgl. des Plans. E steht für die negative Einstellung und E' für eine positive Einstellung zur Zustimmung. SVL-F- steht für eine Sachverhaltslücke, die durch die Handlung F beseitigt werden soll und SVL-F+ steht für eine Sachverhaltslücke, die durch die Handlung F entstehen kann.

---

Ausprägung des Zweifels zu deuten. Demzufolge wären Zweifel dadurch deutlich, dass a) ein Patient keine zu beseitigende Sachverhaltslücke wahrnimmt, b) ein Patient eine zu beseitigende Sachverhaltslücke niedrig bewertet oder c) ein Patient die Einschätzung macht, dass die Beseitigung einer Sachverhaltslücke durch die besagte Handlung unwahrscheinlich ist, d.h. dass die Erfolgswahrscheinlichkeit gering ist.



Patientenseitige Vorzeichen einer negativen Einstellung E (Prä-E)	Spezifizierung der Prä-E anhand von patientenseitigen Widerstandstypen	Motivationsbezogene Spezifizierung der in der Prä-E aktualisierten Wissensstrukturen	Arztseitiger Versuch, eine positive patientenseitige Einstellung E' zu F zu bewirken (D-Operation)	Motivationsbezogene Spezifizierung der Anforderungen für die D-Operation
<p>Ansatzpunkt für ein Begründen nach Ehlich und Rehbein (1986): P thematisiert ein defizientes Wissenselement, dessen Abwesenheit ihm seiner Ansicht ein Verstehen von F verhindert, d.h. ihm F <b>unverständlich</b> macht.</p>	<p><b>Nichtverstehen</b> - Operieren an SVL-F- - Vorzeichen einer ausbleibenden Motivation bzgl. F</p>	<p>Die Aktualisierung des Nichtwissens macht deutlich, dass P keine Sachverhaltslücke sieht, die durch F beseitigt werden würde.</p>	<p>Begründungsversuch (nach Ehlich und Rehbein, 1986): A präsentiert ein Element D, von dem er annimmt, dass es die Kraft hat, die <b>Umformung in E'</b> bei P zu bewirken, d.h. ein Verstehen.</p>	<p>A präsentiert Wissen, mit dem er auf eine SVL-F- aufmerksam macht, von der er ausgeht, dass sie für P gilt.</p>
<p>Ansatzpunkt für ein argumentatives Begründen nach Trautmann (2004): P macht deutlich, dass er ein Wissen aktualisiert, welches F für ihn <b>strittig/ nicht akzeptierbar</b> macht.</p>	<p><b>Zweifel am Nutzen</b> - Operieren an SVL-F- - Vorzeichen einer ausbleibenden Motivation bzgl. F</p>	<p>Die Aktualisierung des Wissens macht deutlich, dass P am Nutzen von F zweifelt, indem a) P eine SVL-F- niedrig bewertet b) P zur Einschätzung kommt, dass die Beseitigung der SVL-F- durch F unwahrscheinlich ist.</p>	<p>Argumentativer Begründungsversuch (nach Trautmann, 2004): A präsentiert ein Element D, von dem er annimmt, dass es unter Berücksichtigung des von P geäußerten Wissens die Kraft hat, die <b>Umformung in E'</b> bei P zu bewirken, d.h. eine Akzeptanz.</p>	<p>A präsentiert Wissen, das P (unter Berücksichtigung des in der Prä-E sich abzeichnenden Wissens) a) zu einer starken Bewertung einer SVL-F- führt oder b) zur Einschätzung führt, dass die Beseitigung einer SVL-F- durch F wahrscheinlich ist (Einschätzung über eine hohe Erfolgswahrscheinlichkeit).</p>
	<p><b>Negative Evaluierung</b> - Operieren an SVL-F+ - Vorzeichen einer Motivation bzgl. F'</p>	<p>Die Aktualisierung des Wissens macht deutlich, dass P in F eine drohende SVL-F+ erkennt, er F also negativ evaluiert, indem a) P eine SVL-F+ erkennt b) P eine SVL-F+ hoch bewertet oder c) P zur Einschätzung kommt, dass das Eintreten einer SVL-F+ durch F wahrscheinlich ist.</p>		<p>A präsentiert Wissen, das P (unter Berücksichtigung des in der Prä-E sich abzeichnenden Wissens) a) zum Dementieren einer SVL-F+ führt, b) zu einer niedrigen Bewertung der SVL-F+ führt oder c) zur Einschätzung führt, dass das Eintreten einer SVL-F+ durch F unwahrscheinlich ist (Einschätzung über eine niedrige „Schadenswahrscheinlichkeit“).</p>

**Abbildung 6.1.1:** Zusammenhang zwischen dem Begründen III (nach Ehlich und Rehbein, 1986) bzw. argumentativen Begründen III (nach Trautmann, 2004), patientenseitigen motivationsbezogenen Widerständen und Prozessen des Motivationsmechanismus

### 6.1.2 Argumentative Begründungsversuche

Im Folgenden wird gezeigt, dass ein Begründungsversuch nicht immer erfolgreich sein muss. Ein Beispiel für einen verfehlten Begründungsversuch findet sich im Aufklärungsgespräch PD-AUF-16, welches bereits in Kapitel 5 beschrieben und untersucht wurde. Zur Erinnerung wird kurz der Inhalt des Gesprächs zusammengefasst. Der deutschsprachige Arzt (Herr Eckhoff) klärt den portugiesischsprachigen Patienten (Herrn Marcos) zunächst über eine Hüft-OP und anschließend über eine Adduktorenkappung auf. Während des Gesprächs manifestieren sich mehrfach patientenseitige Widerstände, in denen der Patient Vorzeichen einer ausbleibenden Motivation deutlich macht bzw. dass er dazu geneigt ist, die Eingriffe abzulehnen.

#### Patientenseitige Zweifel am Nutzen des Plans

Der Ausschnitt, der im folgenden untersucht wird, ist der Ansatzpunkt für mehrere Durchläufe des argumentativen Begründens. Er ist nach der Ankündigung der Adduktorenkappung einzuordnen. Der erste Teil dieses Ausschnitts wurde bereits in 5.1.3 analysiert und wird hier zur Erinnerung erneut präsentiert.

Transkriptausschnitt 2 aus dem Aufklärungsgespräch PD-AUF-16  
(bereits in 5.1.3 präsentiert)

[166]

	545 [690.7]	546
D [v]	renovação.	Que vão esticar-lhe os
D [de]		Denn sie werden Ihnen die Muskeln nach
P [v]	M/ mas eu talvez eu...	
P [de]	Ab/ aber ich vielleicht ich...	

[167]

	547	548
D [v]	músculos para cima.	
D [de]	oben strecken.	
P [v]		Pois, eu digo que é capaz de dizer que isso
P [de]		Also, ich sage, dass es möglich ist, zu sagen, dass dies

6 Diskursanalysen von arztseitigen Reaktionen auf Widerstände

[168]

	..	
<b>P [v]</b>	já não interessa muito porque eu já vou fazer setenta e um ano.	
<b>P [de]</b>	mich schon nicht mehr interessiert, weil ich schon einundsiebzig Jahre werde.	

[169]

	549	550 [698.7]	551
<b>P [v]</b>	E não/ não vale à pena se calhar ((unverständlich, 0,5s)) fazer		
<b>P [de]</b>	Und	es lohnt sich vielleicht nich/ nicht, ((unverständlich, 0,5s))	eine Sache

[170]

	552	553
<b>D [v]</b>	((lacht kurz))' Er	
<b>P [v]</b>	uma coisa que é p/por meia dúzia de anos.	
<b>P [de]</b>	zu machen, die f/ für ein halbes Dutzend Jahre ist.	

[171]

	554	555 [704.2]	556	557
<b>D [v]</b>	meint(e), ••	••	der is schon	
<b>P [v]</b>	Eu acho que não é. Não sei.		Não sei.	
<b>P [de]</b>	Ich finde, dass es das nicht ist. Ich weiß es nicht.		Ich weiß es nicht.	

[172]

	558	559	560 [709.0]
<b>D [v]</b>	••	über siebzig und o/ ob es sich lohnt, • äh	
<b>P [v]</b>	Não sei se isso va/ vale o tempo.		Se
<b>P [de]</b>	Ich weiß nicht, ob si/ sich die Zeit lohnt.		Wenn

[173]

	561	562
<b>A [v]</b>	Ja, die,	
<b>D [v]</b>	solche Operationen noch	(durchzustrecken).
<b>P [v]</b>	for viver mais ((unverständlich, 1s))'	
<b>P [de]</b>	ich noch länger leben sollte ((unverständlich, 1s))'	
<b>D [k]</b>	lachend	

[174]

<b>A [v]</b>	die/ diese/ dies/ das hört sich jetzt v/ sch/ groß an, diese
--------------	--

Der Transkriptausschnitt zeigt, wie die Krankenschwester die vorherige ärztliche Ankündigung der Adduktorenkappung dolmetscht (bis s544). Der Patient setzt mit einem Einwand ein: „M/ mas eu talvez eu...“ (*Ab/ aber ich vielleicht ich...*, s545) und die Krankenschwester beendet ihre Verdolmetschung (s546). Dann formuliert der Patient erneut seinen Einwand. Er sagt, dass „isso“ (*dies*) sich bei seinem hohen Lebensalter möglicherweise nicht mehr lohne (s547-551). Die Krankenschwester lacht kurz (s552) und dolmetscht die patientenseitige Äußerung (s547-551). Währenddessen ergänzt der Patient auf Portugiesisch, dass es sich seiner Meinung nach nicht lohne (s554) bzw., dass er nicht wisse, ob es sich lohne (s555-560). Anschließend geht der Arzt auf den gedolmetschten Einwand ein (ab 562).

In der Verdolmetschung zeigt sich ein Widerstand des Zweifels am Nutzen des Plans. Es wird die Einschätzung gegeben, dass es unwahrscheinlich ist, dass die Adduktorenkappung und evtl. auch die Hüft-OP angesichts des hohen Lebensalters einen Erfolg erbringen (siehe Analyse in 5.1.3).

Nach der Manifestation dieses Widerstands bringen sowohl Arzt als auch Patient Wissen in den Diskurs ein, welches für und gegen den besprochenen Plan spricht. Dieses Für und Wider wird im folgenden anhand von weiteren Transkriptausschnitten präsentiert und hinsichtlich der Frage analysiert, ob schließlich eine patientenseitige Motivation zur Zustimmung zum Plan ermöglicht wird.

Der Arzt reagiert zunächst, indem er Wissen über den Aufwand der Adduktorenkappung einbringt.

### Erster argumentativer Begründungsversuch des Arztes

Transkriptausschnitt 3 aus dem Aufklärungsgespräch PD-AUF-16

[173]

	561	562
A [v]		Ja, die,
D [v]	solche Operationen noch	(durchzustrecken).
P [v]	for viver mais ((unverständlich, 1s))	
P [de]	ich noch länger leben sollte ((unverständlich, 1s))	
D [k]		lachend

[174]

A [v]	die/ diese/ dies/ das hört sich jetzt v/ sch/ groß an, diese
-------	--

6 Diskursanalysen von arztseitigen Reaktionen auf Widerstände

[175]

	563	564	565 [715.4]	566	567	568
A [v]	Adduktoren <u>k</u> appung. Man muss es nur sagen. Das is ein so					
D [v]	Hm̃´					

[176]

	569	570 [718.9]	571	572	573	574	575 [721.5]
A [v]	langer Schnitt, • jeweils hier, <u>da</u> und <u>da</u> . Nur ein, ein						
D [v]	Hm̃´			Hm̃´ Diz...			
D [de]	Er sagt...						

[177]

	576	577
A [v]	Zentimeterschnitt. Dann • fasst man unter die Haut und macht	
D [v]	Hm̃´	
D [de]		

[178]

	578	579	580 [726.8]	581	582
A [v]	einmal mit so m scharfen Messer • kapp. Das is, das is gar				
D [v]	Hm̃´				
P [v]	Hm̃hm̃´				

[179]

	583	584	585 [730.0]
A [v]	keine große OP, das is n Schnitt quasi, keine Operation.		
D [v]	Eles, eles praticamente		
D [de]	Sie, sie machen praktisch		
P [v]	Estou comprendendo.		
P [de]	Ich verstehe.		

Der Arzt räumt ein, dass der Eingriff aufwendig klingt: „[...] das hört sich jetzt v/ sch/ groß an, diese Adduktorenkappung.“ (s562-564), präsentiert aber anschließend Wissen, welches den Eingriff wenig aufwendig erscheinen lassen soll. Der Arzt beschreibt den Plan als Abfolge von unterschiedlichen Teilhandlungen. Die Adduktorenkappung sei „ein so langer Schnitt“ (s567-568) und zwar „da und da“ (s571-573), d.h. auf der linken und rechten Hüftseite. Nach dem Schnitt „fasst man unter die

Haut und macht einmal mit so m scharfen Messer • kapp.“ (s577-580).<sup>12</sup>

In diesen Äußerungen sind besonders die sprachlichen Mittel interessant, die den Eingriff hinsichtlich des Aufwands beschreiben und charakterisieren.

Es fällt auf, dass der Arzt den Eingriff in seinem Ausmaß als gering darstellt. Zum einen charakterisiert er eine der Teilhandlungen als etwas Einmaliges. Die Kappung werde „einmal“ (s577) gemacht. Weiterhin sei der Schnitt „[n]ur ein, ein Zentimeterschnitt“, (s574-575). Durch die Kennzeichnung des Schnitts als ein Zentimeterschnitt wird dieser als verhältnismäßig klein bezeichnet. Und durch den Ausdruck ‘nur’ wird betont, dass der Schnitt das Maß des Zentimeters nicht überschreitet<sup>13</sup>, also eine relativ geringe Größe hat. Und schließlich bezeichnet er sogar den gesamten Eingriff als „Schnitt quasi“ (s583) und „keine große OP“ (s584-585). Durch diese Symbolfeldausdrücke reduziert er den Eingriff, den er zuvor noch als mehrteilige Handlung beschrieben hatte, auf eine einfache Handlung. Insgesamt beschreibt und bewertet er die Adduktorenkappung also als einen – aus ärztlicher Perspektive<sup>14</sup> – unkomplizierten und unaufwendigen Eingriff.

Durch die Präsentation dieses Wissens versucht der Arzt Unannehmlichkeiten des Eingriffs, die der Patient als Sachverhaltslücken (SVL-F+) wahrnehmen könnte, als gering darzustellen. Er versucht damit zu erreichen, dass der Patient diese Sachverhaltslücke(n) weniger stark bewertet und somit eine Motivation zur Ablehnung des Plans verhindert wird. Der Arzt führt jedoch kein Wissen an, welches an dem zuvor ausgedrückten Zweifel am Plan durch eine Einschätzung ansetzt. Während der Patient eine zu beseitigende Sachverhaltslücke (SVL-F-) fokussiert, geht der Arzt beschreibend und bewertend auf eine mögliche, erst durch den Plan entstehende Sachverhaltslücke (SVL-F+) ein. Somit kann er keine Veränderung der patientenseitigen Einschätzung bzgl. des Erfolges des Eingriffs erreichen und sein Begründungsversuch dürfte gescheitert sein. Diese Annahme bestätigt sich gen Ende des Gesprächs, welches in diesem Kapitel noch untersucht wird.

---

<sup>12</sup> Die in der Beschreibung verwendeten deiktischen Ausdrücke dürften von unterstützende Zeigegesten im gemeinsamen Wahrnehmungsraum begleitet werden und verweisen auf Aspekte (‘so’ in s567 und s577) und Orte (‘da’ in s571 und s573) des Eingriffs.

<sup>13</sup> Zu ‘nur’ siehe Zifonun u. a. (1997, 879ff).

<sup>14</sup> Die Beschreibung des Plans wird lediglich aus Arztperspektive gemacht, indem ausschließlich arztseitige Handlungen beschrieben werden. Die patientenseitige Beteiligungsrolle mit ihren Handlungsanteilen (z.B. OP-Vorbereitungen) und der patientenseitige Wahrnehmungsraum (evtl. Unwohlsein und Schmerzen), die zu einer anderen Bewertung führen können, werden bei der ärztlichen Bewertung nicht erwähnt.

### Weiterführung des ersten argumentativen Begründungsversuchs des Arztes

Im Folgenden wird anhand eines weiteren Transkriptausschnitts gezeigt, wie die ärztliche Reaktion gedolmetscht wird und der Arzt seinen argumentativen Begründungsversuch weiter ausführt.

Transkriptausschnitt 4 aus dem Aufklärungsgespräch PD-AUF-16

[179]

	583	584	585 [730.0]
A [v]	keine große OP, das is n Schnitt quasi, keine Operation.		
D [v]	Eles, eles praticamente		
D [de]	Sie, sie machen praktisch		
P [v]	Estou compreendendo.		
P [de]	Ich verstehe.		

[180]

	586	587	588
D [v]	que fazem aqui um golpe do lado direito e do lado esquerdo.		
D [de]	hier einen Schnitt an der rechten Seite und an der linken Seite.		
P [v]	Hm		

[181]

	589	590 [734.7]	591	592	593
D [v]	E depois metem ••		um ferro, um ferro para		
D [de]	Und danach schieben sie		ein Eisen, ein Eisen nach unten,		
P [v]	Sim		Uma redução.		
P [de]	Ja		Eine Reduzierung.		

[182]

	594	595 [738.5]	596	597
A [v]	((1,5s)) Also,			
D [v]	baixo, não é, e levantam os músculos para cima.			
D [de]	né, und heben die Muskeln nach oben.			

[183]

	598	599
A [v]	das is ne Sache von zwei Minuten. • Nur...	
D [v]	Diz, diz que não vai	
D [de]	Er sagt, er sagt, dass es nicht	

[184]

	600 [746.5]	601	602
A [v]		Nur dass er, dass e...	
D [v]	demorar mais do que dois minutos.		
D [de]	länger als zwei Minuten dauern wird.		
P [v]		Sim, não...	Mas é um, é um,
P [de]		Ja, nicht...	Aber es ist ein, es ist

Nachdem der Patient auf Portugiesisch konstatiert, dass er den deutschsprachigen Ausführungen des Arztes folgen konnte („Estou compreendendo.“ *Ich verstehe*, s583), dolmetscht die Krankenschwester die ärztlichen Äußerungen (s584-595), was von Höreräußerungen des Patienten begleitet wird. Bemerkenswerterweise lässt sie in ihrer Verdolmetschung die Teile aus, die den Eingriff als unaufwendig charakterisieren und das Potential haben, ihn annehmbar zu machen: Einmaligkeit einer Teilhandlung, Größe des Schnitts und Reduktion auf eine einfache Handlung. Es scheint, dass die Ad-hoc-Dolmetscherin den motivationsbezogenen Widerstand in der patientenseitigen Äußerung nicht erkannt hat. Daher haben die wertenden Elemente der ärztlichen Reaktion für sie keine Relevanz und sie dolmetscht lediglich die beschreibenden Anteile.

In dem Ausschnitt ist weiterhin zu sehen, wie der Arzt die Aussage, der Eingriff sei nicht aufwendig, weiter ausführt. Auch in Hinsicht des zeitlichen Aufwandes bezeichnet er ihn als gering. Der Eingriff sei „ne Sache von zwei Minuten“ (s597). Durch die Präsentation dieses Wissens über den Eingriff versucht der Arzt die Unannehmlichkeiten, die der Patient als Sachverhaltslücken wahrnehmen könnte, als gering darzustellen. Es ist davon auszugehen, dass er den Patienten mit diesem Wissen zu einer Umbewertung der Sachverhaltslücke des Aufwands bewegen will, um eine Motivation zur Ablehnung des Plans zu verhindern.

Wie aber auch schon zuvor erläutert, ist dieser argumentative Begründungsversuch nicht erfolversprechend. Der Ansatzpunkt seiner Begründung besteht – wie in 5.1.3 erläutert – in einem patientenseitigen Zweifel am Nutzen des Plans, der in der Einschätzung besteht, dass die Beseitigung einer bestimmten Sachverhaltslücke (SVL-F-) nicht wahrscheinlich ist. Der arztseitige Versuch, eine Umbewertung einer durch den Plan entstehende Sachverhaltslücke (SVL-F+) zu erreichen, trifft also nicht das Problem, welches einer Motivation des Patienten im Wege steht.



**Erste negative Evaluierung des Patienten und zweiter arztseitiger argumentativer Begründungsversuch**

Anschließend meldet sich der Patient zu Wort und präsentiert Wissen, welches gegen eine Zustimmung zum Plan spricht, wie bereits in Kapitel 5.1.2 analysiert wurde.

Transkriptausschnitt 5 aus dem Aufklärungsgespräch PD-AUF-16  
(bereits in 5.1.2 präsentiert)

[184]

	600 [746.5]	601	602
A [v]	Nur dass er, dass e...		
D [v]	demorar mais do que dois minutos.		
D [de]	länger als zwei Minuten dauern wird.		
P [v]	Sim, não... Mas é um, é um,		
P [de]	Ja, nicht... Aber es ist ein, es ist		

[185]

	603	604	605 [750.4]
P [v]	eh mas é um, é um, é um, é um/ uma/ um um buraco que fica		
P [de]	ein, äh aber es ist ein, ist ein, ist ein, ist ein/ eine/ ein ein Loch, das bleibt,		

[186]

	606	607	608	609
D [v]	• Er meint, das is dann wieder ein Loch oder, • oder			
P [v]	feito, não é?	Que fica, não é?	É uma ferida, é uma ferida.	
P [de]	nicht wahr?	Das bleibt, nicht wahr?	Es ist eine Wunde, es ist eine Wunde.	

[187]

	610 [755.1]	611	612	613
A [v]	Ein klei... Ein kleiner Schnitt von...			
D [v]	ein, • ein Schnitt, ein Schnitt, das			sie mach...
P [v]	((unverständlich, 0,5s)) (se quiser,			
P [de]	((unverständlich, 0,5s)) (wenn man es			

[188]

	614	615 [758.5]	616
A [v]	Ja. Ein kleiner Schnitt. Aber		
D [v]			
P [v]	claro).	((murmelt unverständlich, 2s))	
P [de]	will, klar).		

[189]

	617	618	619	620 [762.2]	621	622
A [v]	der macht keine Probleme in der Regel.					
	<i>leise</i>					
D [v]	Hm̃					
P [v]	Sim, sim, sim Não há					
P [de]	Ja, ja, ja. Kein Problem.					

Der Arzt setzt zeitgleich mit dem Patienten mit einer Äußerung an (ab s600), bricht jedoch ab, während der Patient widerspricht. Die portugiesischsprachige Äußerung des Patienten wird schließlich gedolmetscht: „• Er meint, das is dann wieder ein Loch oder, • oder ein,• ein Schnitt, das sie mach...“ (s607-613). Wie in Kapitel 5.1.2 erläutert, stellt diese Äußerung eine negative Evaluierung eines Planelements dar und ist als ein Vorzeichen für eine negative Einstellung zum Plan anzusehen.

Der Arzt reagiert, indem er das Element der patientenseitigen Evaluierung bzgl. räumlichem Ausmaß und Risiken als gering darstellt. Zum einen sei es nur ein „kleiner Schnitt“ (s611-612, 615) und zum anderen mache dieser „keine Probleme in der Regel“ (s616-618). Dass dieses Wissen im Gegensatz zu dem vom Patienten geäußerten steht, wird durch die Verwendung von „aber“ (s616) unterstrichen und führt vor Augen, dass es sich beim Argumentieren um ein Begründen vor konkurrierenden Wissensbeständen handelt, wie Trautmann (2004) herausstellt. Mit der Präsentation von Wissen über das räumliche Ausmaß der entstehenden Wunde und das Hinweisen auf einen erwartbaren problemlosen Verlauf versucht der Arzt eine patientenseitige Umbewertung und eine andere Einschätzung bzgl. der entstehenden Sachverhaltslücke, der Wunde, zu bewirken. Bei diesem argumentativen Begründungsversuch setzt er am selben Sachverhalt an, den auch der Patient fokussiert und argumentiert nicht an ihm vorbei.

### Zweite negative Evaluierung des Patienten und arztseitiges Nichthandeln

Im weiteren Verlauf des Gesprächs versucht der Arzt Wissen einzubringen, welches für den Eingriff spricht. Der Patient bringt jedoch zunächst eine weitere negative Evaluierung zum Ausdruck, wie im folgenden Transkriptausschnitt zu sehen ist.

Transkriptausschnitt 6 aus dem Aufklärungsgespräch PD-AUF-16

[195]

	640 [778.5]641	642	643	644	645 [781.3]	646
A [v]	D...					
D [v]	Na, na, • na.			Não.		
D [de]	Nee, nee, nee.			Nein.		
P [v]	Não é, não?			Vocês assinam ali como se		
P [de]	Ist es nicht so?			Ihr unterschreibt dort, dass ihr euch dafür		

[196]

		647	648
D [v]	((lacht kurz))' Ob wir wa/ ob •		
P [v]	responsabilizam por isso, não é?		
P [de]	verantwortlich erklärt, nicht wahr?		
V [v]	((lacht kurz))'		

[197]

	649
A [v]	((lacht kurz))'
D [v]	wir mit unterschreiben können, dass er/ dass es ihm nicht

[198]

	650 [789.3]	651
A [v]	Das/ diese Stellung, die er jetzt im Knie	
D [v]	passiert. ((lacht kurz))'	

Nachdem der Patient eine Äußerung auf Portugiesisch macht, wird diese in leicht abgewandelter Form gedolmetscht: „((lacht kurz))' Ob wir wa/ ob • wir mit unterschreiben können, dass er/ dass es ihm nicht passiert. ((lacht kurz))'“ (s647). In dieser Verdolmetschung wird der Ausschluss von bestimmten Elementen aus dem Handlungsfeld thematisiert. Und zwar wird gefragt, ob ein solcher Ausschluss in

Form einer Unterschrift versichert werde könne. Auch wenn unklar ist, was genau ausgeschlossen werden soll,<sup>15</sup> wird ausgedrückt, dass ein Bestandteil des Plans ausgeschlossen werden soll. Die Tatsache, dass der Patient versucht, diesen Bestandteil zu vermeiden, deutet darauf, dass er etwas am Plan als Sachverhaltslücke identifiziert, was wiederum ein Vorzeichen für eine negative Einstellung darstellt.

Am Rande ist anzumerken, dass nicht sicher ist, ob der Patient seine Ausgangsäußerung ernst oder als Witz gemeint hat. Ein Indiz dafür, dass der Patient einen Witz machen wollte, sind das Lachen der Ad-hoc-Dolmetscherin und des ebenfalls anwesenden Sohnes des Patienten (s647) sowie das Lachen des Arztes (s649). Da aber in der Audioaufnahme kein Lachen des Patienten hörbar ist, kann eine ernst gemeinte negative Evaluierung nicht ausgeschlossen werden.

Noch bevor die Verdolmetschung abgeschlossen ist, lacht der Arzt (s649) und geht im weiteren nicht auf die indirekte Frage ein, was dafür spricht, dass er das Anliegen des Patienten als nicht ernst gemeint einschätzt. Durch das Lachen und eine ausbleibende inhaltlich abgestimmte Reaktion – ein Nichthandeln – wird die vom Patienten zuvor zum Ausdruck gebrachte negative Evaluierung als nicht ernstzunehmend qualifiziert und es wird kein neues Wissen eingebracht, welches eine sich andeutende negative Einstellung des Patienten ändern könnte.

### Dritter Argumentativer Begründungsversuch des Arztes

Schließlich unternimmt der Arzt einen dritten argumentativen Begründungsversuch, indem er Wissen präsentiert, welches für eine Zustimmung zur Adduktorenkappung spricht, wie im folgenden Ausschnitt zu sehen ist.

Transkriptausschnitt 7 aus dem Aufklärungsgespräch PD-AUF-16

[198]

..		650 [789.3]	651
A [v]		Das/ diese Stellung, die er jetzt im Knie	
D [v]		passiert. ((lacht kurz))'	

[199]

..		652
A [v]		hat, die kommt von dieser Adduktorengo/ kontraktur. Dass das •

<sup>15</sup> Der Bezug des phorischen Elementes „es“ (s649) ist unklar.

6 Diskursanalysen von arztseitigen Reaktionen auf Widerstände

[200]

	653	654	655 [797.4]
A [v]	so einsetzrotiert is, gerade i/ besonders jetzt im linken.		
D [v]	Hm̃'		É uma
D [de]			Es ist eine
P [v]			Eu ainda,
P [de]			Ich,

[201]

	656	657	
D [v]	contracção que voc...		
D [de]	Kontraktion, die Si...		
P [v]	eu ainda	mexo melhor essa,	que não está operada
P [de]	ich	bewege immer noch besser dieses,	was nicht operiert ist,

[202]

	658	659	660 [801.6]
D [v]	Hm̃'	É uma contracção que você tem nos músculos	
D [de]	Hm̃'	Es ist eine Kontraktion, die Sie in den Muskeln haben	
P [v]	do que essa.		
P [de]	als dieses.		

[203]

	661	662	663	664
D [v]	e que tem que ser corrigida que é para você poder melhor ehh •			
D [de]	und die behoben werden muss,	damit	Sie besser	ähh

[204]

	665 [805.8]	666	667
A [v]	Und damit er das besser bewegen kann. Da hat er sofort,		
D [v]	eh...	((unverständlich,	
D [de]	äh...		
P [v]		((unverständlich, 1s))'	

[205]

	668	669
A [v]	wenn wir die ab/ abkappen, • ne be/ ähh er/ erhöhte	
D [v]	1s))`	
P [v]		Que se/
P [de]		Euer/

[206]

	670 [812.2]	671	672
A [v]	Bewegungsfreiheit.		
D [v]			((lacht kurz))`
P [v]	que se/	que seja feito à vossa vontade.	
P [de]	euer/	euer Wille geschehe.	

Zunächst thematisiert der Arzt die Sachverhaltslücke einer eingeschränkten Bewegungsfreiheit. Er erklärt, dass die für den Patienten spürbaren Symptome („diese Stellung, die er jetzt im Knie hat“, s651; „[d]ass das so einsetzrotiert is“, s652) durch die zuvor bereits thematisierte Adduktorenkontraktur verursacht werden („kommt von“, s651). Dies sei besonders auf der linken, bereits operierten Seite der Fall (s654). Die Krankenschwester dolmetscht, und der Patient bestätigt auf Portugiesisch, dass er mehr Bewegungsfreiheit auf der rechten, nicht operierten Seite hat (s656-657). Bei der Verdolmetschung fällt auf, dass die Krankenschwester die Ausführungen des Arztes antizipiert und bereits auf den Zweck des Plans eingeht, eine Verbesserung herbeizuführen: „que é para você poder melhor eh • eh...“ *damit Sie besser äh, • äh,...* (s662-664). Diesen Zusammenhang führt schließlich der Arzt aus: „Und damit er das besser bewegen kann... Da hat er sofort, wenn wir die ab/ abkappen, • ne be/ äh er/ erhöhte Bewegungsfreiheit.“ (s665-670). Der Arzt weist in diesen beiden Äußerungen auf eine Sachverhaltslücke hin, die durch besagten Eingriff beseitigt werden würde. Damit versucht er, eine patientenseitige Motivation für eine Zustimmung zu begünstigen.

In der ersten Äußerung wird der Zusammenhang nicht explizit ausgeführt, da die Äußerung zugunsten der folgenden Äußerung abgebrochen wird. Der angedeutete Zusammenhang wird durch die operative Prozedur mit „damit“ hergestellt und hat finalen Charakter. Hier wird eine Verbesserung als Ziel des Plans dargestellt. Und in der zweiten Äußerung wird durch „wenn“ (s667) ein konditionaler Zusammenhang hergestellt. Durch die Verwendung des operativen Ausdrucks ‘wenn’ wird ausge-

drückt, dass sich für die Erfüllung einer bestimmten Antezedens (Durchführung des Plans) eine bestimmte Konsequenz (Verbesserung) ergibt.<sup>16</sup> Die Verbesserung wird also als in jedem Fall eintretende Folge des Plans dargestellt, die sich zudem „sofort“ einstellen würde. Durch die Herstellung dieses konditionalen Zusammenhangs wird der Plan als Problemlösung für die zuvor erwähnte Sachverhaltslücke dargestellt.

### Patientenseitiger Verzicht, eine Entscheidung zu treffen

Dann aber tätigt der Patient eine Äußerung, in der er auf sein patientenseitiges Entscheidungsrecht zu verzichten scheint, was folglich die Notwendigkeit seiner Zustimmung aufheben würde.

Transkriptausschnitt 8 aus dem Aufklärungsgespräch PD-AUF-16

[205]

	668	669
A [v]	wenn wir die ab/ abkappen, • ne be/ ähh er/ erhöhte	
D [v]	1s))'	
P [v]		Que se/
P [de]		Euer/

[206]

	670 [812.2]	671	672
A [v]	Bewegungsfreiheit.		
D [v]			((lacht kurz))'
P [v]	que se/	que seja feito à vossa vontade.	
P [de]	euer/	euer Wille geschehe.	

[207]

	673	674	675 [818.2]
A [v]		Okay. Wunderbar.	
D [v]	• • Soll dein/ dein Wille soll geschehen so.	((lacht kurz))'	

<sup>16</sup> Zu 'wenn' siehe Zifonun u. a. (1997, 2282ff).

[208]

	676	677/678	679	680 [821.3]
A [v]	So...			
P [v]	((lacht kurz))' • Que seja feita a sua vontade, assim na terra			
P [de]	Sein Wille geschehe,		wie im Himmel so auf	

[209]

	681	682	683
A [v]	Also, die Operation is Hüfte rechts mit Adduk		
D [v]	Hm'		
P [v]	como no céu. ((lacht kurz))'		
P [de]	Erden.		

Der Patient scheint die vorherige deutschsprachige Äußerung des Arztes zu rezipieren, da er reagiert, ohne eine Verdolmetschung abzuwarten: „Que se/ que se/ que seja feito à vossa vontade.“ *Euer/ euer/ euer Wille geschehe.* (s669-671). Diese Äußerung ist gerahmt von patientenseitigem Lachen und wird von der Krankenschwester ebenfalls mit einem Lachen kommentiert. Anschließend dolmetscht sie: „Soll dein/ dein Wille soll geschehen so.“ (s673). Der Patient macht auf humorvolle oder vielleicht sogar sarkastische Art und Weise deutlich, dass er dem Arzt die Entscheidung überlässt, indem er das Vaterunser zitiert. Der Arzt zeigt sich zufrieden mit dieser Einstellung, wie seine Reaktion deutlich macht: „Okay. Wunderbar.“ (s674-675). Für ihn ist die Notwendigkeit einer Begründung aufgehoben und er fährt mit der Aufklärung fort, indem er zur Nennung von Risiken übergeht (ab s681).

Am Ende des Gesprächs bringt der Patient jedoch erneut Vorzeichen einer negativen Einstellung in Form eines Zweifels am Nutzen des Plans zum Ausdruck. Dieser Zweifel macht deutlich, dass die arztseitigen Begründungsversuche zu keiner patientenseitigen Motivation geführt haben, dem Plan zuzustimmen.

### Wiederholter patientenseitiger Zweifel am Nutzen des Plans

Dieser letzte Ausschnitt ist am Ende des Aufklärungsgesprächs zu verorten, nachdem der Arzt eine Reihe von Risiken der Hüft-OP und der Adduktorenkappung genannt hat. Hier macht der Patient wiederholt Zweifel am Nutzen des Plans deutlich.



6 Diskursanalysen von arztseitigen Reaktionen auf Widerstände

Transkriptausschnitt 9 aus dem Aufklärungsgespräch PD-AUF-16

[29]

	93	94
D [v]	movimentar tão facilmente como, •• como atrás, não é?	
D [de]	wie, wie früher, nicht?	
P [v]		Eu já
P [de]		Ich habe

[30]

	95 [113.2]	
P [v]	disse uma vez há um bocadinho, que já vou fazer setenta e um	
P [de]	schon einmal vor kurzem gesagt,	dass ich nächsten Monat schon

[31]

	96	
P [v]	ano para o mês que vem. ••• E isso o muito que pode durar a	
P [de]	einundsiebzig Jahre alt werde.	Und solange das Leben auch dauern mag

[32]

	97	98
P [v]	vida — ou b/ ou a operação bem feita ou mal feita — • o muito	
P [de]	— ob gu/ ob die Operation gut oder schlecht verläuft —	solange es

[33]

	99	100 [122.4]
P [v]	que pode durar, o muito, o muito, já digo lá, • sete, oito anos, ••	
P [de]	dauern mag, höchstens, höchstens, ich sage schon, sieben, acht Jahre, nicht?	

[34]

	101	102	103
D [v]	Er meint •• ähm:	••	"Warum
P [v]	hein? Então para quê, para quê é preciso	fazer o quê?	
P [de]	Also, wofür, wofür ist es nötig,	was zu machen?	

6 Diskursanalysen von arztseitigen Reaktionen auf Widerstände

[35]

	104	105 [128.5]	106	107	108	109
D [v]	denn so viele Fragen und warum so viele," • ((räuspert sich))					
P [v]	Eu não tenho mais nada a perder. É.					
P [de]	Ich habe nichts mehr zu verlieren. Ja.					
D [k]	lachend					

[36]

	110 [130.6]	111
D [v]	"so viele," ((2,2s))	
P [v]	E estão a pensar dum jeito/ ele tá a mult/ a multiplicar e a pen	
P [de]	Und sie denken auf eine Weise/ er mult/ multipliziert und denkt an etwas,	

[37]

	112	113	114	115 [134.3]	116	117
A [v]	Ja ja` ja					
D [v]	"so viele" •		"Dinge sagen?"		Äh ich bin	
P [v]	sar numa coisa, •		uma coisa que não t/ uma coisa que não			
P [de]	etwas,		das keine/ etwas,		das praktisch	

[38]

	118	119	120 [139.3]
D [v]	jetzt einundsiebzig, und vielleicht habe ich/ • wenn alles gut		
P [v]	tem praticamente futuro.		É.
P [de]	keine Zukunft hat.		Genau.

[39]

	121	122	123	124	125 [141.2]	126	127
D [v]	läuft, habe ich noch sechs, sieben Jahre zu leben und • so eine						
P [v]	Sim!		É.		É.		
P [de]	Ja!		Genau.		Genau.		

[40]

	128	129	130 [144.8]	131
A [v]		Na,	((1,1s))	er muss ja wissen, auf
D [v]	Aufwand.			
P [v]			gedehnt	
P [de]		Isso é só, eh quer dizer, isso é só/ só estão a pensar, a		
A [k]		Das ist nur, äh das heißt, das		ist nur/ sie denken nur daran,
		zweifelnd		

Nach dem Hinweisen auf Risiken der beiden Eingriffe meldet sich der Patient zu Wort. Er bezieht sich auf seine zuvor verbalisierten Zweifel, ob sich die Eingriffe lohnen. Er macht darauf aufmerksam, dass er bereits zuvor artikuliert hatte („Eu já disse há um bocadinho“, *Ich habe schon einmal vor kurzem gesagt*, s94), dass er sein Lebensalter von fast einundsiebzig als relativ hoch einschätzt wie durch „já“, *schon* (s95) deutlich wird.<sup>17</sup> Dies hatte er zuvor bereits erwähnt, als er den Nutzen der Eingriffe im Verhältnis zum Aufwand angezweifelt hatte. In diesem Kontext des Zweifels sind auch die folgenden Äußerungen zu verstehen. Er habe noch wenige Jahre zu leben („o muito [...] sete, oito anos“, *höchstens sieben, acht Jahre*, s100) und charakterisiert die OP als „uma coisa que não tem praticamente futuro“, *etwas, das praktisch keine Zukunft hat* (s116-118). Erneut nimmt er also eine Einschätzung des Handlungsfeldes vor, welche eine Zustimmung zum Plan für ihn zu einer erfolglosen Handlung macht. Die Tatsache, dass der Patient den Widerstand erneut formuliert, zeigt, dass die Begründungsversuche des Arztes zu keiner Veränderung seiner Einschätzung und damit auch zu keiner Motivation geführt haben dürften.

### Schlussfolgerungen aus der Diskursanalyse von PD-AUF-16

Wie Trautmann (2004) herausstellt, ist die besondere Herausforderung beim argumentativen Begründen, das D-Element unter Berücksichtigung des von H geäußerten Wissens zu formulieren (siehe Kapitel 6.1.1). Diese Erkenntnis konnte anhand der vorliegenden Diskursanalyse weiter spezifiziert werden. Es wurde gezeigt, wie das D-Element, d.h. die Wissensstrukturen, aussehen müssen, damit ein (argumentativer) Begründungsversuch erfolgversprechend wird.

Will der Arzt den Patienten für eine Zustimmung zum Plan motivieren bzw. von

<sup>17</sup> Wie bereits in 5.1.3 erläutert, wird mit ‘já’ (*schon*) Bezug auf die erwartete Zeitspanne eines Lebens genommen und es wird angedeutet, dass der Patient mit siebzig Jahren bereits alt ist und ihm nicht mehr viele Lebensjahre bleiben. Zu ‘schon’ siehe Zifonun u. a. (1997, 873ff).

einer Motivation zu einer Ablehnung abbringen, muss er zwischen verschiedenen Vorzeichen einer patientenseitigen negativen Einstellung unterscheiden. Je nachdem, ob die Vorzeichen in einem Nichtverstehen, einem Zweifel am Nutzen des Plans oder einer negativen Evaluierung bestehen, unterscheiden sich die Anforderungen, um eine positive Einstellung ( $E'$ ) zu erreichen.

- Bei einem patientenseitigen Nichtverstehen muss Wissen über das Bestehen einer für den Patienten geltenden Sachverhaltslücke präsentiert werden, die durch den Plan beseitigt werden würde (SVL-F-).
- Bei einem patientenseitigen Zweifel am Nutzen des Plans muss Wissen präsentiert werden, welches den Patienten eine zuvor thematisierte zu beseitigende Sachverhaltslücke (SVL-F-) entweder höher bewerten lässt oder ihn zur Einschätzung über eine höhere Erfolgswahrscheinlichkeit führt.
- Und bei einer patientenseitigen negativen Evaluierung des Plans muss Wissen präsentiert werden, welches den Patienten eine zuvor thematisierte durch den Plan entstehende Sachverhaltslücke (SVL-F+) entweder niedriger bewerten lässt oder ihn zur Einschätzung führt, dass das Eintreten der Sachverhaltslücke unwahrscheinlich ist.

### 6.1.3 Vom Begründungsversuch bis zur Ermahnung – mit allen Mitteln zu Diagnose und Therapie

In diesem Kapitel wird beleuchtet, wie ein möglicher arztseitiger Umgang mit häufig wiederkehrenden patientenseitigen Widerständen aussieht. Eine solches insistierendes patientenseitiges Handeln ist im Diskurs TD-AUF-57 zu finden, in dem eine Patientin über eine Bronchoskopie aufgeklärt wird und bzgl. dieser Untersuchung immer wieder motivationsbezogene Widerstände deutlich macht. Sie evaluiert ein Planelement – die von den Ärzten befürwortete Vollnarkose – negativ und stellt schließlich die gesamte Untersuchung in Frage. Im Laufe des Diskurses wird deutlich, dass ihre Einstellung in der Angst begründet liegt, nicht aus der Vollnarkose zu erwachen. Diese Angst macht es ihr unmöglich, dem ärztlichen Plan zuzustimmen. Auf die Vorzeichen ihrer Ablehnung reagiert der Arzt mit (argumentativen) Begründungsversuchen, in denen er ärztliches Fachwissen verbalisiert, die jedoch zu keinem Verstehen bzw. zu keiner Umbewertung bei der Patientin führen. Die Patientin thematisiert ihre negative Einstellung immer wieder, bis der Arzt seine Begründungen mit Maximenwissen untermauert, dem nichts mehr entgegen zu setzen ist, und die Patientin schließlich sogar ermahnt. In der Analyse wird deutlich, wie der Arzt den Entscheidungsraum der Patientin immer weiter einschränkt und eine Ablehnung des Plans folglich nicht in Frage zu kommen scheint.

Bevor diese Entwicklungen im Detail analysiert werden, werden die Rahmeninformationen des Gesprächs, welches bereits in 5.1 untersucht und beschrieben wurde, kurz wiederholt. Der Oberarzt Stefan Frank (A1) klärt im Beisein der Stationsärztin (A2) eine 22jährige türkische Patientin über eine Bronchoskopie auf. Die Patientin hat Deutschkenntnisse und kommuniziert zum Teil direkt mit den Ärzten. Zum Teil dolmetscht aber auch die Schwester der Patientin, die selbst Krankenschwester ist. Hinsichtlich der Vorgeschichte ist zu erwähnen, dass die Patientin wegen eines schlechten Allgemeinzustands ins Krankenhaus eingeliefert wurde. Sie hat Tumoranzeichen im Blut und zum Zeitpunkt der Diskursaufnahme bereits verschiedene diagnostische Untersuchungen im Krankenhaus mitgemacht. Bei diesen Untersuchungen gab es Probleme mit der Wirkung der jeweiligen Narkosemittel zur lokalen Betäubung bzw. zur Beruhigung (keine Vollnarkosen). Bei einer Magenspiegelung war die Patientin sehr wach und bei einer Knochenmarkspunktion hatte sie große Schmerzen, wie den Diskursen TD-AUF-57 und TD-AUF-60 zu entnehmen ist.

Im folgenden werden zwei Phasen des Diskurses analysiert, in denen patientenseitige Widerstände vorkommen.

## Phase I

In einer ersten Phase bringt die Patientin mehrere Male negative Evaluierungen zum Ausdruck, auf welche die Ärzte (A1 und A2) mit Begründungsversuchen und argumentativen Begründungsversuchen reagieren, damit jedoch keine positive Einstellung der Patientin zu erreichen scheinen.

### Patientenseitige negative Evaluierung und arztseitiger argumentativer Begründungsversuch

Der erste Ausschnitt aus Phase I ist zu Beginn des Gesprächs einzuordnen, nachdem der Oberarzt sich vorstellt, dann die Lungenspiegelung begründet und ankündigt.

Transkriptausschnitt 4 aus dem Aufklärungsgespräch TD-AUF-57

[27]

A1 [v]	((schnalzt))' Wir äh haben vor, oder geplant, die Untersuchung in
--------	---

[28]

A1 [v]	Narkose zu machen. Weil wir dann die größten Proben
--------	---

[29]

A1 [v]	entnehmen können.	((unv.))'
P [v]	• • Hm' Şimdi Narkose	olmazsa olmaz
P [de]	Also es geht nicht ohne Narkose, oder?	
P [k]	Codeswitching (CS)	

[30]

A1 [v]	Muayene e Narkozla yapılacak ya. Bi kaç e büyük parça da
D [v]	Die Untersuchung wird in Narkose gemacht. Ein paar große Stücke werden
D [de]	olmuyo, di mi?
P [v]	
P [de]	

6 Diskursanalysen von arztseitigen Reaktionen auf Widerstände

[31]

	66	67	68
<b>D [v]</b>	alınacak.		Onun için fazla acı, sancı olmasın diye.
<b>D [de]</b>	entnommen.		Damit es keine große Schmerzen gibt.
<b>P [v]</b>	Hm̃' ((unv.))'		

[32]

	69	70	71	72	73	74
<b>D [v]</b>						• Äh geht es auch ohne Narkose,
<b>P [v]</b>	• • Narkose'siz olmuyo, di mi?					
<b>P [de]</b>	Ohne Narkose geht es nicht, oder?					
<b>P [k]</b>	CS	für: olmuyor		für: değil mi		

[33]

	75 [470.7]
<b>A1 [v]</b>	• • Das geht ohne Narkose auch, aber • ohne Narkose
<b>D [v]</b>	fragt sie.

[34]

	76
<b>A1 [v]</b>	kann man nicht so grosse Proben entnehmen. Und die

[35]

	77
<b>A1 [v]</b>	Sicherheit, dass man weiß, wie die Krankheit heisst, • • ist nicht

[36]

	78
<b>A1 [v]</b>	so groß ohne Narkose. • Mit Narkose • kann man mehr Proben
<b>[nn]</b>	((Mikrofon-Geräusche))'

[37]

	79
<b>A1 [v]</b>	entnehmen. • • Man kann • • dann sicherer sagen, welche
<b>[nn]</b>	

[38]

80	
A1 [v]	Krankheit vorliegt.
D [v]	((1s)) Narkozsuz fazla parça • alınamaz,
D [de]	Er sagt, dass man ohne Narkose keine große Proben

Der Arzt kündigt eine Narkose (Vollnarkose) als Element der Untersuchung an und begründet diese mit dem Vorteil, große Gewebeproben zu ermöglichen (s57-58). Die Patientin scheint den deutschsprachigen Äußerungen zu folgen und fragt auf Türkisch, ob die Untersuchung nicht ohne Narkose möglich sei (s59-63). Nachdem die Schwester die Äußerungen des Arztes dolmetscht (s63-65), formuliert die Patientin ihre Frage erneut (s70-73), was die Schwester schließlich dolmetscht „• Äh geht es auch ohne Narkose, fragt sie.“ (s74). Der Arzt bejaht die Frage und unternimmt dann jedoch einen argumentativen Begründungsversuch für das Durchführen einer Vollnarkose.

In diesem Ausschnitt kommt eine patientenseitige negative Evaluierung des Plans zum Ausdruck, welche durch die Verdolmetschung („• Äh geht es auch ohne Narkose, fragt sie.“) auch für den Arzt rezipierbar wird. Hier wird der Ausschluss von bestimmten Elementen aus dem Handlungsfeld thematisiert. Es wird gefragt, ob die Lungenspiegelung ohne Vollnarkose möglich sei. Die Tatsache, dass die Patientin versucht, diesen Bestandteil zu vermeiden, deutet darauf, dass die Patientin in der Vollnarkose einen drohende Sachverhaltslücke identifiziert. Dies wiederum bedeutet eine negative Evaluierung des Plans.

Der Oberarzt reagiert auf dieses Vorzeichen, indem er die Vollnarkose begründet. Zunächst bejaht er die Frage der Patientin nach der Möglichkeit, den Eingriff ohne Vollnarkose durchzuführen („• • Das geht ohne Narkose auch.“, s75). Er spricht sich dann gegen diesen Weg aus, was auch durch den adversativen Konnektor ‘aber’ markiert wird.

Er spricht sich gegen die Möglichkeit aus, die Untersuchung ohne Vollnarkose durchzuführen, indem er ärztliches Fachwissen verbalisiert: „[...] aber • ohne Narkose kann man nicht so große Proben entnehmen. Und die Sicherheit, dass man weiß, wie die Krankheit heißt, • • ist nicht so groß ohne Narkose.“ (s75-77). Durch das Modalverb ‘können’ gibt er seine Einschätzung bzgl. der Bedingungen des Handlungsraums wieder, genauer gesagt bzgl. dessen, was möglich ist.<sup>18</sup> Ohne Narkose sei es nicht

<sup>18</sup> Zum Modalverb ‘können’ siehe Ehlich und Rehbein (1972a, 320f) sowie Redder (1984).



möglich, eine bestimmte Menge an Gewebeproben zu entnehmen. Weiterhin sagt er, dass die Genauigkeit der Diagnose („die Sicherheit, dass man weiß, wie die Krankheit heißt“) ohne Vollnarkose geringer sei. Der Arzt bringt also Wissen ins Gespräch, welches den von der Patientin favorisierten Plan (Untersuchung ohne Vollnarkose) weniger erfolgreich erscheinen lässt.

Anschließend formuliert er seine Einschätzung um und versucht damit eine positive patientenseitige Einschätzung bzgl. des von ihm favorisierten Plans zu erlangen: „• Mit Narkose • kann man mehr Proben entnehmen. • • Mann kann • • dann sicherer sagen, welche Krankheit vorliegt.“ (s78-79). In dieser Umformulierung stellt der Arzt den Zusammenhang zwischen Vollnarkose („Mit Narkose“) und Diagnosesicherheit („sicherer sagen, welche Krankheit vorliegt“) durch „dann“ deutlicher heraus.<sup>19</sup> So wird ausgedrückt, dass eine bessere Diagnosesicherheit eine direkte Folge auf die durch die Vollnarkose möglich gemachte Entnahme größerer Proben darstellt. Hier präsentiert der Arzt also Wissen, welches eine Untersuchung mit Vollnarkose bzgl. einer Beseitigung der Sachverhaltslücke ‘Wissensdefizit’ erfolgreicher erscheinen lässt. Mit diesem Versuch, eine positive patientenseitige Einschätzung zu erreichen, unternimmt er Schritte, eine Motivation für die Vollnarkose zu erreichen. Dies gelingt dem Arzt möglicherweise sogar, je nachdem, welches Wissen die Patientin bei ihrer Einschätzung der Erfolgswahrscheinlichkeit heranzieht. Sein Begründungsversuch geht jedoch an der zuvor ausgedrückten negativen Einstellung vorbei. Denn die negative Einstellung der Patientin bestand nicht in einer negativen Einschätzung über die Erfolgsgarantie der Vollnarkose, dass ein Wissensdefizit beseitigt wird, sondern in einer negativen Evaluierung dieser Narkoseart. Während die Patientin eine Sachverhaltslücke (SVL-F+) fokussiert, die durch den vom Arzt vorgestellten Plan entstehen würde – nämlich Risiken der Vollnarkose, wie sich im späteren Diskurs noch herausstellt – geht der Arzt auf die Sachverhaltslücke (SVL-F-) des bestehenden Wissensdefizits ein. Ein vielversprechenderer Begründungsversuch wäre an dieser Stelle also ein argumentativer Begründungsversuch, bei dem der Arzt dieselbe Sachverhaltslücke wie die Patientin fokussiert (Risiken der Vollnarkose) anstelle eines argumentativen Begründungsversuchs mit Fokus auf eine andere Sachverhaltslücke (Wissensdefizit) zu unternehmen.

---

<sup>19</sup> Zuvor wurde der Zusammenhang nur in additiver Weise durch ‘und’ dargestellt.

**Weitere patientenseitige negative Evaluierungen und arztseitige argumentative Begründungsversuche**

Nachdem die Schwester der Patientin den arztseitigen Begründungsversuch dolmetscht, spricht die Patientin eine Narkoseart aus einer vorherigen Untersuchung als Alternative zur Vollnarkose an. Die Stationsärztin (A2) bezieht sich auf diese und knüpft dann an die Argumentation ihres Kollegen an, indem sie sich für die Vollnarkose ausspricht.

Transkriptausschnitt 5 aus dem Aufklärungsgespräch TD-AUF-57

[39]

	81      82      83
D [v]	alınamaz, diyor.
D [de]	entnehmen kann.
P [v]	Hm̃ ((unverständlich)) hortum salmışlardı. • •
P [de]	Sie hatten einen Schlauch hinabgelassen.

[40]

	84	85 [499.5]
D [v]		
D [de]		War es
P [v]	He' o zaman • uyuttular beni az yine; ama bi uyusam biraz.	
P [de]	Damals haben Sie mich schlafen lassen; wenn ich ein bisschen schlafen könnte.	

[41]

	86
D [v]	Aynısı mıydı? • • Sie hat das schon mal gehabt. ☹ Und ich weiß
D [de]	das Gleiche?

[42]

	87	88
A2 [v]		Nee.
D [v]	jetzt nicht, ob sie von der Bronchoskopie redet.	
P [v]		Ja, haben sie

6 Diskursanalysen von arztseitigen Reaktionen auf Widerstände

[43]

	89	90	91	92
A2 [v]	Die Magen	spiegelung.		Das war n bisschen anders.
D [v]			Ach so.	O böyle değil.
D [de]				Es ist nicht so.
P [v]	aber ((unv.)).			

[44]

	93	94	95	96	97
A2 [v]	Und das war keine Vollnarkose, nicht?	Das war jetzt ne			
P [v]		Hm'		Ne, das war Spritze.	

[45]

	..
A2 [v]	Spritze, und die hat ja bei Ihnen auch nicht gut gewirkt muss

[46]

	..	100	101
A2 [v]	man sagen.	Sie haben ja sehr viele Medikamente gebraucht.	
P [v]		Ja?	

[47]

	..	102	103
A2 [v]	Und waren auch sehr wach hinterher.		Da Sie
P [v]		Ja, immer noch.	

[48]

	..	104	105
A2 [v]	dann ganz, ganz ruhig liegen müssen.		
P [v]		Hm' Ich kann...	

[49]

	..	106
A2 [v]	((schnalzt))' Und ich hab Ihnen das ja erklärt, dass Sie sonst	
P [v]		Hm'

[50]

107	108
A2 [v]	auch den Hustenreiz kriegen. Das ist einfach sicherer, das in

[51]

..	109
A2 [v]	Vollnarkose zu machen.
P [v]	••• Wieso machen wir Vollnarkose?

In diesem Ausschnitt thematisiert die Patientin zunächst eine Narkoseart aus einer zuvor durchgeführten Untersuchung (s83-84), die sie umschreibt als „uyuttular beni“ (*sie haben mich schlafen lassen*). Sie äußert den Wunsch, dieselbe Narkoseart bei der Bronchoskopie durchzuführen (s84). Die Schwester dolmetscht diese Äußerungen nicht, sondern fragt die Patientin, ob es sich bei der zuvor gemachten Untersuchung ebenfalls um eine Bronchoskopie handelte (s85). Anschließend macht sie der Ärztin ihr Nichtwissen deutlich (s86-87). Die Stationsärztin erkennt, welche Narkoseart aus einer zuvor durchgeführten Untersuchung die Patientin thematisiert und macht das auch für die Ad-hoc-Dolmetscherin deutlich („Nee. Die Magenspiegelung. Das war n bisschen anders. Und das war keine Vollnarkose, nicht? Das war jetzt ne Spritze und die hat ja bei Ihnen auch nicht gut gewirkt muss man sagen.“, s88-99). An dem patientenseitigen Erlebniswissen bzgl. der alternativen Narkoseart setzt die Stationsärztin an und beschreibt es weiter: „Sie haben ja sehr viele Medikamente gebraucht. Und waren auch sehr wach hinterher.“ (s101). Dies bestätigt die Patientin („Ja, immer noch.“, s102). Dann geht die Stationsärztin auf die Bedingung der geplanten Untersuchung ein, dass die Patientin bei der Untersuchung „ganz, ganz ruhig liegen“ müsse (s103). Nachdem die Patientin eine begonnene Äußerung abbricht („Ich kann...“, s104), verweist die Ärztin auf Folgen für den Fall, dass keine Vollnarkose durchgeführt würde („Hustenreiz“, s107). Sie schließt ihren Beitrag mit einer positiven Bewertung der Vollnarkose, diese sei „einfach sicherer“ (s108).

Der patientenseitige Widerstand, der sich in diesem Ausschnitt zeigt, besteht in einer negativen Evaluierung des arztseitigen Plans, der die Vollnarkose umfasst. Die Patientin äußert den Wunsch, die zuvor angesprochene Narkoseart – „uyuttular beni“ (*sie haben mich schlafen lassen*) – auch bei der Bronchoskopie anzuwenden („ama bi uyusam biraz“, *wenn ich ein bisschen schlafen könnte*). Damit unternimmt sie den Versuch, die Vollnarkose vom Handlungsfeld auszuschließen, was wiederum auf

eine negative Evaluierung der Vollnarkose deutet. Aufgrund welchen Wissens die Patientin zu der negativen Evaluierung kommt, d.h. was genau sie an der Vollnarkose als Sachverhaltslücke wahrnimmt, bleibt an dieser Stelle unausgesprochen. Für die Ärzte A1 und A2 zeigt sich der patientenseitige Widerstand noch weniger deutlich. Denn die dolmetschende Schwester thematisiert in ihrem deutschen Beitrag lediglich die alternative Narkoseart, nicht aber den Wunsch, diese bei der Bronchoskopie anzuwenden. Sie verweist mit dem deiktischen Ausdruck „das“ lediglich auf die alternative Narkoseart und kennzeichnet sie als eine „schon mal“ durchgeführtes Verfahren (s86).

Die Ärztin A2 aber scheint die Tatsache, dass eine alternative Narkoseart angesprochen wird, als Vorzeichen einer negativen patientenseitigen Einstellung gegenüber der Vollnarkose aufzufassen und sie unternimmt weitere argumentative Begründungsversuche für die bereits vom Oberarzt propagierte Vollnarkose. Zunächst äußert sie sich zum Erfolg der von der Patientin thematisierten Narkoseart. Sie habe „nicht gut gewirkt“, die Patientin sei „sehr wach hinterher“ gewesen, obwohl sie „sehr viele Medikamente“ verabreicht bekommen habe. Mit der Präsentation dieses Wissens versucht die Ärztin die Patientin zu einer Einschätzung zu bewegen, dass die alternative Narkoseart hinsichtlich der beabsichtigten Wirkung – Beruhigung und zweitweises Ausschalten des Schmerzempfindens – wenig Erfolg hätte. Durch diese beabsichtigte Umstrukturierung des patientenseitigen Wissens versucht sie eine ausbleibende patientenseitige Motivation für diese Narkoseart zu erreichen.

Dann unternimmt sie einen weiteren argumentativen Begründungsversuch, indem sie Wissen präsentiert, welches für die Durchführung der Vollnarkose spricht. Ohne die Vollnarkose („sonst“) würde es zu einem „Hustenreiz“ kommen, was bestimmte Untersuchungsbedingungen - im Modalverb „müssen“ berücksichtigt – nicht erfülle. Die Vollnarkose sei „einfach sicherer“. Mit dem Symbolfeldausdruck ‘sicherer’ bewertet sie die Vollnarkose als Weg, der einem Bedürfnis nach Sicherheit entgegenkommt. Mit diesem eingebrachten Wissen versucht die Ärztin also, eine patientenseitige Umbewertung zu erreichen.

In ihren Begründungsversuchen thematisiert die Ärztin Sachverhaltslücken, die nicht ausschlaggebend sind für die Patientin. Zum einen eine Sachverhaltslücke, welche die Erfolgswahrscheinlichkeit der alternativen Narkoseart betrifft und zum anderen eine Sachverhaltslücke, die durch die Vollnarkose beseitigt würde. Die für die Patientin entscheidende Sachverhaltslücke besteht jedoch in einer durch die Vollnarkose entstehenden Sachverhaltslücke. Die Begründungsversuche der Ärztin gehen also an der Patientin vorbei.

### Patientenseitiges Nichtverstehen und arztseitiger Begründungsversuch

In diesem Ausschnitt zeigt sich erneut ein patientenseitiger Widerstand, der in einem Nichtverstehen besteht. Es folgt ein arztseitiger Begründungsversuch.

Transkriptausschnitt 6 aus dem Aufklärungsgespräch TD-AUF-57,  
(bereits in 5.1.4 präsentiert)

[50]

107 108  
A2 [v] auch den Hustenreiz kriegen. Das ist einfach sicherer, das in

[51]

109  
A2 [v] Vollnarkose zu machen.  
P [v] ••• Wieso machen wir Vollnarkose?

[52]

110  
A1 [v] •• ((schnalzt))' Sie spüren, äh wenn wir die Vollnarkose  
P [v] ((lacht))'

[53]

111  
A1 [v] machen, dann spüren Sie von der Untersuchung gar nichts.

In diesem Ausschnitt äußert die Patientin die Frage „Wieso machen wir Vollnarkose?“ (s109) und macht damit ein Nichtverstehen der Vollnarkose deutlich, wie bereits in der Diskursanalyse in 5.1.4 erläutert wurde.

Daraufhin startet der Oberarzt einen Begründungsversuch, indem er das von der Patientin thematisierte Wissensdefizit zu begleichen versucht: „((schnalzt))' Sie spüren, äh wenn wir die Vollnarkose machen, dann spüren Sie von der Untersuchung gar nichts.“ (s110-111). Mit dieser Äußerung führt er Wissen ein, mit dem er auf eine Sachverhaltslücke aufmerksam macht, die durch die Vollnarkose beseitigt werden würde, nämlich das Verspüren von unangenehmen und schmerzhaften Aspekten der Bronchoskopie. Doch auch mit diesem Begründungsversuch erreicht der Oberarzt keine patientenseitige Befürwortung der Vollnarkose. Dies wird im folgenden Diskursausschnitt ersichtlich.

**Patientenseitige negative Evaluierung und arztseitiger argumentativer Begründungsversuch**

Hier wird erneut die negative Einstellung der Patientin deutlich und vor allem auch, durch welches Wissen diese negative Einstellung zustande kommt.

Transkriptausschnitt 7 aus dem Aufklärungsgespräch TD-AUF-57

[54]

	112	113	114	115 [535.7]	116
		leise		leise	
P [v]	((1s)) Ich weiß, aber...			((Unv.))' (Wenn ich nicht	
[nn]			((Geräusch))'		

[55]

		117	118
P [v]	aufstehen • kann). (Bestimmt nicht aufstehen). Bi de ayılmazsam		
P [de]			Was wird passieren,

[56]

		119	120	121
A1 [v]				Doch,
D [v]			• • • Wenn sie nicht wach wird, • sondern...	
P [v]	ne olucak?		((lacht))'	
P [de]	wenn ich nicht aufwache?			

[57]

	122
A1 [v]	äh sie wird wieder wach. Also sie will/ muss vier Stunden

[58]

	123	124
A1 [v]	bleiben, dann im Bett liegen bleiben. Dann darf sie wieder	
D [v]		((unv.))'

[59]

	125      126    127
A1 [v]	aufstehen.
A2 [v]	<small>ganz leise</small>
D [v]	• • Sie hat es ja auch Freitag bei der • • Hm̃`

[60]

	128
A2 [v]	Nachbarin gesehen, wo sie ((unv.)) ist sie ja auch wieder wach
P [v]	((lacht))

[61]

	129                      130
A2 [v]	(geworden). Freitag ((unv.))`
P [v]	Hm̃`                      (Nur von) davon aus, dass ich nicht

Die Patientin formuliert zunächst einige Äußerungen auf Deutsch und richtet sich damit direkt an das deutschsprachige ärztliche Personal. Diese Äußerungen sind sehr leise und nicht gut verständlich. Es ist lediglich zu vernehmen, dass die Patientin die Möglichkeit anspricht, „nicht aufstehen“ zu können (s116-117). Sie formuliert erneut auf Türkisch (s118), was ihre Schwester dolmetscht: „• • • Wenn sie nicht wach wird, • sondern...“ (s119-121). Der Arzt (A1) fällt der dolmetschenden Schwester ins Wort, schließt diese Möglichkeit aus und beschreibt die Schritte nach der Untersuchung (s121-124). Anschließend geht auch die Ärztin auf das von der Patientin angesprochene Szenario ein, indem sie der Patientin einen typgleichen Eingriff in Erinnerung ruft.

Der patientenseitige Widerstand wird besonders in der türkischsprachigen Äußerung und in der Verdolmetschung auch für die Ärzte deutlich: „• • • Wenn sie nicht wach wird, • sondern...“. Hier wird die Option angesprochen, dass die Patientin nach der Vollnarkose nicht wieder zu Bewusstsein kommt, d.h. in ein Koma fällt oder gar stirbt. Es wird deutlich, dass die Patientin nicht Sachverhaltslücken fokussiert, die durch die Untersuchung beseitigt werden sollen (SVL-F-), sondern Sachverhaltslücken, die erst durch die Untersuchung entstehen könnten (SVL-F+).



Das von ihr angenommene Risiko, nicht wieder aus der Vollnarkose zu erwachen, lässt sie zu einer negativen Evaluierung des arztseitigen Plans kommen und ist ein Vorzeichen für eine Ablehnung.

Beide Ärzte reagieren auf die negative Evaluierung. Der Oberarzt entgegnet noch während die Ad-hoc-Dolmetscherin spricht: „Doch, äh sie wird wieder wach. Also sie will/ muss vier Stunden bleiben, dann im Bett liegen bleiben. Dann darf sie wieder aufstehen.“ In seiner Reaktion sagt er zunächst das Geschehen nach dem Eingriff voraus. Durch die Verwendung des Indikativs („sie wird [...] wach“) stellt er die von ihm prognostizierte Zukunft als Tatsache dar und lässt keinerlei Raum für das von der Patientin befürchtete Risiko. Er sagt nicht, durch welches Wissen er zu seiner Einschätzung kommt, er nennt lediglich das Ergebnis des Einschätzungsprozesses. Indem er aber der Patientin dieses Wissen vorenthält, vertut er die Chance, einen erneuten patientenseitigen Einschätzungsprozess auf Basis neuen Wissens in Gang zu setzen. Daher ist anzuzweifeln, dass er eine patientenseitige positive Einstellung zu seinem Plan erreicht.

Die Stationsärztin reagiert ebenfalls auf die von der Patientin formulierte Angst. Sie spricht sehr leise, so dass Teile ihrer Äußerungen nicht verständlich bzw. nicht gut verständlich sind. Es wird jedoch deutlich, dass sie partikuläres Erlebniswissen der Patientin verbalisiert. „• • Sie hat es ja auch Freitag bei der Nachbarin gesehen, wo sie ((unv.)) ist sie ja auch wieder wach (geworden). Freitag ((unv.))“ (s126-129). In ihrer Äußerung führt sie das Beispiel der Bettnachbarin an, wobei mit „ja auch“ ein Bezug auf die zuvor gegebenen Prognose ihres Kollegen hergestellt wird. Mit der Partikelkombination wird ausgedrückt, dass das positive Beispiel der Nachbarin die Prognose des Oberarztes stützt und dies auch von der Patientin gewusst wird.<sup>20</sup>. Die Begründungsversuche beider Ärzte ändern nichts an der Ansicht der Patientin wie im nächsten Ausschnitt deutlich wird.

---

<sup>20</sup> Zur Funktion von ‘ja auch’ siehe Thurmair (1989, 208f) und Thurmair (1991, 25f).

**Wiederholte patientenseitige negative Evaluierung und arztseitiger argumentativer Begründungsversuch**

Transkriptausschnitt 8 aus dem Aufklärungsgespräch TD-AUF-57

[61]

	129	130
A2 [v]	(geworden). Freitag ((unv.))'	
P [v]	Hm̃'	Nur von/ davon aus, dass ich nicht

[62]

P [v]	wach werde nachher. Sonst • • ich merk wieso ja nichts. Also.
-------	---

[63]

	131
A1 [v]	((1s)) ((schnalzt))' • Ja, das ist eine Standardnarkose oder ne

[64]

	132
A1 [v]	Einfachnarkose. • Da werden keine • gefährlichen Mittel

[65]

	133	134	135	136	137
A1 [v]	angewendet. Son dern die normalen Narkosemittel.				
P [v]	Hm̃'		Hm̃'		((1s)) Dört
P [de]					Werde ich da vier

In diesem Ausschnitt merkt die Patientin erneut an, dass sie es als Möglichkeit in Betracht zieht, dass sie aus der Vollnarkose nicht aufwachen könnte: „Nur von/ davon aus, dass ich nicht wach werde nachher. Sonst • • ich merk wieso ja nichts. Also.“ (130s).

In der ersten Äußerung verwendet sie eine Matrix-Konstruktion.<sup>21</sup> Im übergeordneten, illokutiven Teil dieser Konstruktion wird durch die unvollständige Phrase

<sup>21</sup> Rehbein beschreibt Matrix-Konstruktionen als zweigliedrige Konstruktion, die aus einem übergeordneten und einem untergeordneten Teil besteht, wobei im übergeordneten der illokutive Akt und im untergeordneten der propositionale Akt realisiert werden (siehe Rehbein, 2004).

„davon aus“ – verkürzt von ‘von etwas ausgehen’ – ausgedrückt, dass die Sprecherin eine bestimmte Erwartung hat. Auf was sich diese Erwartung richtet, thematisiert sie im zweiten, propositionalen Teil der Konstruktion, nämlich, dass sie „nicht wach“ werden könnte. Wie zuvor macht sie deutlich, dass sie eine Sachverhaltslücke wahrnimmt, die durch die arztseitig geplante Untersuchung entstehen könnte (eine SVL-F+). Abermals - bereits das vierte Mal - manifestiert sie hier sprachlich ihre innere Einstellung, nämlich eine negative Evaluierung gegenüber der Vollnarkose und liefert den Grund dafür mit. Es zeigt sich, dass die vorherigen ärztlichen Bemühungen erfolglos waren und keine Umbewertung stattgefunden hat.

Weiterhin macht die Patientin deutlich, dass dem Plan außer diesem ersten Aspekt nichts im Wege steht, wie durch ‘sonst’ in der zweiten Äußerung ausgedrückt wird. Schmerzen oder Unwohlsein betrachtet sie nicht als Argument gegen den Plan, da sie durch die Narkose betäubt wird, wie sie andeutet: „Sonst • • ich merk wieso ja nichts“.<sup>22</sup>

Auf die erneute Verbalisierung des Widerstands reagiert der Oberarzt folgendermaßen: „((schnalzt))’ • Ja, das ist eine Standardnarkose oder ne Einfachnarkose. • Da werden keine gefährlichen Mittel angewendet. Sondern die normalen Narkosemittel.“ (s131-136). Mit diesen Äußerungen versucht er durch das Präsentieren von Wissen eine andere Einschätzung über die Wahrscheinlichkeit des von der Patientin befürchteten Schadens zu erreichen. Und zwar bewertet er die Vollnarkose und die Narkosemittel als sicher. Die vom Arzt befürwortete Narkose wird anhand der Determinanten ‘Standard-’ und ‘Einfach-’ als ein Verfahren charakterisiert, das routiniert und unkompliziert ist. Konkreter wird diese Bewertung, indem auf ein Element des Verfahrens eingegangen wird, die Narkosemittel. Es handle sich um „keine gefährlichen Mittel“ sondern um „die normalen Narkosemittel“. Durch die Zuschreibung des negierten Symbolfeldausdrucks ‘gefährlich’ wird ausgedrückt, dass das Verfahren keine Bedrohung darstelle und keine negativen Auswirkungen habe. Außerdem wird durch die Verwendung des Adjektivs ‘normal’ der Aspekt der Routine erneut herausgestellt. Mit diesem Wissen versucht er die Patientin davon zu überzeugen, dass ein Eintreten des Risikos äußerst unwahrscheinlich ist. Mit diesem Begründungsversuch wird das erste Mal im Gespräch an den zuvor deutlich gemachten Wissensstrukturen angesetzt, die zur negativen patientenseitigen Einstellung führen. Genau wie die Patientin setzt der Arzt an den Wissensstrukturen an, die sich auf die Sachverhaltslücke beziehen, die auch für die Patientin ausschlaggebend zu sein scheint, nämlich nicht aus der Vollnarkose zu erwachen.

---

<sup>22</sup> Es wird davon ausgegangen, dass „wieso“ für ‘sowieso’ steht.

Nach der Reaktion des Arztes kommt es zu keiner Verdolmetschung seines Begründungsversuches. Möglicherweise perzipiert die Patientin die deutschsprachigen Äußerungen, darauf weist die Verwendung des Sprechersteuerungssegments ‘Hm̃’ (in s133, 135). Unklar ist in jedem Fall, ob es schließlich zu einer anderen Einschätzung bei der Patientin kommt, da sie auf die arztseitige Bemühung nicht reagiert, sondern das Thema wechselt und nach der Dauer der Untersuchung fragt (ab s137).

Die folgende Diskursphase, die mit der patientenseitigen Frage nach der Untersuchungsdauer eingeleitet wird, wird an dieser Stelle lediglich kurz zusammengefasst und nicht im Detail analysiert. Der weitere Fokus liegt nämlich auf dem ärztlichen Handeln, das nach dem zusammengefassten Ausschnitt folgt.

Nachdem die Frage nach der Untersuchungsdauer geklärt ist, leitet der Oberarzt zum Hinweisen auf Risiken der Untersuchung über. Bevor er jedoch mögliche Komplikationen benennen kann, verbalisiert die Patientin erneut negative Evaluierungen des arztseitigen Plans. Sie äußert den Wunsch, dass angesprochene Teilhandlungen direkt hintereinander durchgeführt werden sollen, was der Oberarzt gewährt. Anschließend benennt er nochmal die Erfolgswahrscheinlichkeit der Untersuchung. Dann äußert die Patientin, dass sie Angst habe.

## Phase 2

Nachdem es auf das Äußern ihrer Angst keine ärztliche Reaktion gibt, macht die Patientin erneut eine negative Evaluierung deutlich. Ab der Äußerung dieses patientenseitigen Widerstands ändert sich die Reaktionsweise des Oberarztes bis zum Gesprächsende. Diese zweite Phase unterscheidet sich von der ersten in Bezug auf die Eindringlichkeit der Begründungsversuche, wie im folgenden gezeigt wird.

### Patientenseitige Zweifel am Nutzen der Untersuchung

Transkriptausschnitt 9 aus dem Aufklärungsgespräch TD-AUF-57

[85]

	187	188	189
A1 [v]	((schnalzt)) ‘Ähm die Wahrscheinlichkeit, ((räuspert sich))		
P [v]	haben.	Ich hab so Angst.	

[86]

	190
A1 [v]	die Wahrscheinlichkeit, dass wir die Diagnose ••• endgültig

[87]

		191
A1 [v]	sagen können, ist etwa neunzig Prozent.	
D [v]	• • Yani bu	
D [de]	Also nach dieser Untersuchung	

[88]

		192
D [v]	muayeneden sonra da yüzde doksan...	
D [de]	ist es hundert Prozent...	
P [v]	Kötü bi şey mi içerde	
P [de]	Ist es schlimm da zu liegen?	

[89]

		193	194
A1 [v]	((schnalzt)) Die Krankheit?		
P [v]	yatmak? Ist es gefährlich ((unv.))?		
P [de]			

[90]

		195	196	197
A1 [v]	Wir glauben, • • • wir glauben, dass es eine gutartige			
P [v]	Ja.			

Nachdem der Arzt die Diagnosewahrscheinlichkeit der Bronchoskopie einstuft (s187-190), setzt die Schwester der Patientin mit einer Verdolmetschung an (s191). Bevor sie ihre Äußerung zu Ende formuliert, stellt die Patientin eine Frage auf Türkisch (s192) und formuliert diese auf Deutsch um: „Ist es gefährlich ((unv.))?“ (s193). Für den Arzt ist nicht gut verständlich, auf welchen Sachverhalt sich diese Frage richtet, so dass er nachfragt, ob er richtig verstanden hat: „Die Krankheit?“ (s194). Die Patientin bejaht (s195).

Auch wenn sich die gemeinsam formulierte Frage nach der Krankheit von der ursprünglichen türkischsprachigen Frage hinsichtlich ihres propositionalen Gehalts unterscheidet,<sup>23</sup> soll sie an dieser Stelle als Ansatzpunkt für das weitere arztseitige

<sup>23</sup> In der türkischen Frage wird eine Sachverhaltslücke thematisiert, die durch die Untersuchung entsteht (die SVL-F+ ‘Unwohlsein bzw. Schmerzen’), und in der gemeinsam auf Deutsch formulierten Frage wird die Sachverhaltslücke thematisiert, deren Beseitigung durch die Untersuchung

Handeln gelten. Denn es ist davon auszugehen, dass der Arzt die türkischsprachige Äußerung nicht rezipieren kann.

In der gemeinsam auf Deutsch formulierten Frage wird ein Zweifel am Nutzen der Untersuchung zum Ausdruck gebracht. Es wird Wissen über die Krankheit angefordert, auf die die Patientin getestet werden soll. Das angeforderte Wissen betrifft die Charakterisierung „gefährlich“. Dadurch, dass ein Nichtwissen bzgl. der Gefahr der zu testenden Krankheit kenntlich gemacht wird, wird die Möglichkeit einer niedrigen Bewertung der Erkrankung in Aussicht gestellt. Mit einer solchen niedrigen Bewertung wird am wesentlichen Argument für die Untersuchung operiert. Eine gefährliche Krankheit muss diagnostiziert und behandelt werden, eine ungefährliche nicht unbedingt. Das wesentliche Argument für die Untersuchung wird in Frage gestellt.

### **Vehementer arztseitiger argumentativer Begründungsversuch**

Auf diesen Widerstand des Zweifels reagiert der Arzt auf recht umfangreiche und vehemente Art, wie anhand der folgenden zwei Transkriptausschnitte deutlich wird.

Transkriptausschnitt 10 aus dem Aufklärungsgespräch TD-AUF-57

[90]

	195	196	197
A1 [v]	Wir glauben, ••• wir glauben, dass es eine gutartige		
P [v]	Ja.		

[91]

		198
A1 [v]	Krankheit ist, die man nicht behandeln muss. Aber es kann sein,	
P [v]	Ach so.	

[92]

	199	200	201
A1 [v]	dass es eine Krankheit ist, die man jetzt behandeln muss. Und		
P [v]	((unv.))'		

---

in Gange gesetzt werden soll (die SVL-F- 'mögliche Krankheit').

6 Diskursanalysen von arztseitigen Reaktionen auf Widerstände

[93]

	202	203	204	205
A1 [v]	deswegen wollen wir <u>jetzt</u> endgültig wissen, was los ist. Sie sind			
P [v]			gedehnt	Okay.
			Ah	

[94]

	206	207	208	209	210
A1 [v]	eine junge Frau. Da darf man nicht abwarten und sagen, wir				
P [v]	Hm		Hm		

[95]

A1 [v]	warten ob/ dass der Tumor wächst. Wenn es ein Tumor ist.
--------	--

[96]

	211	212	213	214
A1 [v]		Wir <u>denken</u> , dass es eine gutartige Erkrankung ist. Aber		
P [v]	Ach so.			

[97]

	215	216
A1 [v]	es kann auch eine bösartige Krankheit im Anfangsstadium sein.	
P [v]	Hm	

[98]

	217	218	219	220	221
A1 [v]	••• Wir wissen s nicht.				
D [v]		Anladın mı?		Hat sie.	
D [de]		Hast du verstanden?			
P [v]		Anladım,	anladım.	Das hab ich	
P [de]		Ich habe verstanden, verstanden.			

[99]

	222	223	224
A1 [v]	• • Nochmal. Das will ich übersetzt haben. Das ist		
D [v]		Äh şimdi	diyor
D [de]		Jetzt sagt er, dass diese Untersuchung	
P [v]	verstanden.		

[100]

	225	226	227	228
A1 [v]	ganz wichtig.	((räuspert sich))'		
D [v]	((lächelt))	äh bu rahatsızlığının ne olduğunu bilmek için/ yani		
D [de]	ganz wichtig ist, um herauszufinden, was für eine Krankheit du hast.			
P [v]		Hm'		
[nn]	((Schmunzeln))'			

Die von der Patientin angedeuteten Zweifel an der Untersuchung versucht der Oberarzt mit einem argumentativen Begründungsversuch aufzulösen (196-204). Er macht auf die Sachverhaltslücke des Nichtwissens aufmerksam und untermauert diese mithilfe von Maximenwissen (s205-210). Er betreibt außerdem einen hohen Aufwand, um sicherzustellen, dass seine sprachlichen Handlungen von der Patientin rezipiert werden, indem er seinen Begründungsversuch wiederholt (s212-216) und auf eine Verdolmetschung besteht (s222-224).

Zunächst gibt er auf die Frage, ob „die Krankheit“ (s194) gefährlich sei, zu verstehen, dass dies im Bereich des Möglichen liege: „Wir glauben, • • • wir glauben, dass es eine gutartige Krankheit ist, die man nicht behandeln muss. Aber es kann sein, dass es eine Krankheit ist, die man jetzt behandeln muss.“ (s196-197). Mit diesen Äußerungen gibt er eine Einschätzung über die Wahrscheinlichkeit ab, dass die Patientin eine ernste Krankheit habe und spricht hierbei für sich und seine ärztlichen Kollegen („wir“<sup>24</sup>). Durch die Verwendung des Modalverbs ‘können’ macht er deutlich, dass eine ernste Krankheit im Bereich des Möglichen liegt. In dieser Einschätzung fällt auf, dass der Oberarzt das Thema der Frage anders benennt. Während in der gemeinsam formulierten Frage nach einer „gefährlich[en]“ Krankheit gefragt wird, spricht der Arzt von „eine[r] Krankheit [...], die man jetzt behandeln muss“. In dieser Benennung klingt an, dass der Arzt die Notwendigkeit des Handelns über das

<sup>24</sup> Zur Verwendung des Personalpronomens ‘wir’ in Aufklärungsgesprächen siehe Bührig und Meyer (2003, 15f).



Wollen der Aktanten und damit auch der Patientin stellt. Dies macht das Wesen des gesamten Begründungsversuches aus und unterscheidet ihn von den Begründungsversuchen in der ersten Phase des Diskurses.

Dann stellt er die Beseitigung der Sachverhaltslücke des Nichtwissens („Und deswegen wollen wir jetzt endgültig wissen, was los ist.“) als Grund für die Untersuchung dar. Den kausalen Zusammenhang unterstreicht er durch die Verwendung des zusammengesetzten Verweiswortes „deswegen“. Mithilfe von „deswegen“ wird das zuvor verbalisierte Wissen (Möglichkeit einer ernsten Krankheit) als Grund für die Untersuchung gekennzeichnet, mit der das Nichtwissen behoben werden soll („wissen, was los ist“).<sup>25</sup>

Anschließend präsentiert der Oberarzt Maximienwissen, welches seinen Begründungsversuch stützen soll: „Sie sind eine junge Frau. Da darf man nicht abwarten und sagen, wir warten ob/ dass der Tumor wächst. Wenn es ein Tumor ist.“ (s205-210). In diesem Ausschnitt drückt der Oberarzt aus, dass eine Notwendigkeit besteht, die Bronchoskopie durchzuführen. Diese Notwendigkeit wird in Form eines Maximienwissens versprachlicht,<sup>26</sup> das sich folgendermaßen paraphrasieren lässt: ‚Bei jungen Menschen darf man bei Krankheit XY nicht abwarten.‘ Im Umkehrschluss heißt dies, dass man handeln müsse. Durch das generalisierende „man“ erhält die Aussage einen hohen Geltungsgrad. Und der für Maximien typische handlungsanleitende Zug hat hier durch die Verwendung des Modalverbs ‘nicht dürfen’ im Sinne von ‘müssen’ schon fast den Charakter eines Handlungszwangs.<sup>27</sup> Es wird also angedeutet, dass im Falle der Krankheit XY für das weitere Handeln die äußeren Umstände (das Alter der Patientin) von Relevanz sind und eine Notwendigkeit darstellen; auf das Wollen der Patientin – d.h. die sich abzeichnende Ablehnung aufgrund der starken Bewertung von Risiken der Vollnarkose – wird nicht eingegangen und gerät in den Hintergrund.

Dann folgen arztseitige Bemühungen auf unterschiedlichen Ebenen, eine Perzeption des Gesagten bei der Patientin zu erreichen. Zunächst schließt der Arzt seinen *turn* mit einer Wiederholung ab: „Wir denken, dass es eine gutartige Erkrankung ist. Aber es kann auch eine bösartige Krankheit im Anfangsstadium sein. • • • Wir wissen s nicht.“ (s212-216). Hier gibt er erneut zu verstehen, dass eine ernsthafte

---

<sup>25</sup> Zur Funktion von zusammengesetzten Verweiswörtern (insbesondere von ‘deswegen’) in Text und Diskurs siehe Rehbein (1995, 172ff, 183).

<sup>26</sup> Maximien sind nach Ehlich und Rehbein (1977, 58ff) ein Strukturtyp von Aktantenwissen. Die Autoren definieren Maximien als „handlungsleitende Destillate aus vorgängiger Erfahrung“, die Anleitungen für zukünftige Handlungen darstellen.

<sup>27</sup> Zu ‘nicht-dürfen’ siehe Ehlich und Rehbein (1972a, 328).

Erkrankung im Bereich des Möglichen liegt und macht die Sachverhaltslücke explizit, dass das ärztliche Personal kein Wissen über ihren Gesundheitszustand hat. Obwohl Patientin und Ad-hoc-Dolmetscherin dem Arzt versichern, dass die Patientin die Äußerungen des Arztes verstanden hat („Das hab ich verstanden.“, s220-223; „Hat sie.“, s220), besteht dieser auf eine Verdolmetschung (s222-224): „• • Nochmal. Das will ich übersetzt haben. Das ist ganz wichtig.“

### Arztseitiges Wiederholen des argumentativen Begründungsversuchs

Die Schwester dolmetscht daraufhin den argumentativen Begründungsversuch des Arztes (s223-245). Auch dies scheint dem Arzt nicht auszureichen und er formuliert eine weitere Wiederholung seines Begründungsversuches, wie im folgenden Transkriptausschnitt zu sehen ist.

Transkriptausschnitt 11 aus dem Aufklärungsgespräch TD-AUF-57

[109]

	250	251	252
A1 [v]			• Hm' Also nochmal: Das ist der
D [v]		Evet.	
D [de]		Ja.	
P [v]	lazım.	Oldu. Hm'	
P [de]	entfernen.	In Ordnung.	

[110]

	253	254	255
A1 [v]	Hauptgrund. Sie sind eine junge Frau. Sie haben eine unklare		
D [v]		Yanı onun için.	Genç olduğun için.
D [de]		Also deswegen.	Weil du jung bist.

[111]

	256	257	258	259
A1 [v]	Krankheit • • im Brustkorb.		Wahrscheinlich ist sie	
D [v]		Ne olduğu bilinmediği için.		
D [de]		Weil man nicht weißt, was da los ist.		

[112]

	260	261	262	263	264
A1 [v]	gutartig. <u>Aber wenn sie bösartig ist, ist sie im Anfangsstadium.</u>				

[113]

	265      266      267      268      269
A1 [v]	„Dann müssen wir sie <u>jetzt</u> erkennen. Wenn man sie <u>jetzt</u> •

[114]

	270      271      272
A1 [v]	dann noch heilen kann. Man darf nicht abwarten. Das ist der
D [v]	Gögüs
D [de]	Es ist eine
P [v]	Hm̃'

[115]

	273
A1 [v]	Grund, warum wir • so hart hinterher sind.
D [v]	kafesinde olan bi hastalık.
D [de]	Erkrankung im Brustkorb.
P [v]	((1s)) ((unv.)) (zararı
P [de]	Diese Krankheit schadet nicht.

Auch nach der Verdolmetschung seines Begründungsversuchs legt der Arzt noch einmal nach, um eine Perzeption des Gesagten und damit eine Umbewertung bei der Patientin zu erreichen (s248-267): „• Hm̃' Also nochmal: Das ist der Hauptgrund. Sie sind eine junge Frau. Sie haben eine unklare Krankheit • • im Brustkorb. Wahrscheinlich ist sie gutartig, aber wenn sie bösartig ist, ist sie im Anfangsstadium. „Dann müssen wir sie jetzt erkennen. Wenn man sie jetzt • dann noch heilen kann. Man darf nicht abwarten. Das ist der Grund, warum wir • so hart hinterher sind.“

Der Arzt wiederholt hier abermals seinen vehementen argumentativen Begründungsversuch für die Durchführung des arztseitigen Plans, der die Vollnarkose umfasst und kennzeichnet dies als Wiederholung („Also nochmal: das ist der Hauptgrund.“).

Dann formuliert er ein Argument für eine sofortige Untersuchung, indem er auf das Stadium der möglichen Krankheit eingeht. Im nachgewiesenen Falle sei sie im „Anfangsstadium“. Mit diesem Symbolfeldausdruck spielt er auf das Wissen an, dass die Heilungschancen zum Zeitpunkt einer noch nicht weit fortgeschrittenen Krankheit besser sind als in einem späteren Stadium.

Dass nach seiner Sicht ein bestimmter logischer Bezug zwischen dem Krankheitsstadium und der Untersuchung besteht, macht er durch eine wenn-dann Konstruk-

tion explizit („[...] wenn sie bösartig ist, ist sie im Anfangsstadium. Dann müssen wir [...]“). Durch ‘wenn-dann’ erstellt er einen konditional-hypothetischen Zusammenhang<sup>28</sup> zwischen dem anfänglichen Stadium der möglichen Krankheit und dem Handlungszwang, dem er auch bereits zuvor Ausdruck verliehen hatte. Im Falle einer diagnostizierten Krankheit bestehe die Notwendigkeit, diese zum aktuellen Zeitpunkt zu „erkennen“, d.h. die diagnostische Untersuchung durchzuführen. Hier wird ein Maximenwissen verbalisiert, in dem der typische handlungsanleitende Zug erneut den Charakter eines Handlungszwangs einnimmt. Diesen verstärkten Charakter erzeugt das Modalverb ‘müssen’ („Dann müssen wir sie jetzt erkennen“), durch das die Notwendigkeit des Handelns betont wird. Und indem er den temporalen Ausdruck ‘jetzt’ intonatorisch betont, hebt er die Relevanz eines sofortigen Handelns hervor und verschärft die Konditionen des Handlungszwangs. Das Müssen steht aus Sicht des Arztes im Vordergrund, und die sich zuvor abzeichnende patientenseitige Ablehnung aufgrund der starken Bewertung von Risiken der Vollnarkose scheint keine Relevanz zu haben.

Anschließend spricht er sich auf subtilere Art für eine sofortige Untersuchung aus. Durch eine Einschränkung deutet er an, dass die Zeit des Handelns drängt, da sich die Heilungschancen mit der Zeit verschlechtern: „Wenn man sie jetzt • dann noch heilen kann.“ Durch die Verwendung von ‘wenn’ drückt der Arzt eine Geltungsrestriktion<sup>29</sup> bzgl. einer Heilung aus. Und durch die Gradpartikel ‘noch’ äußert er außerdem, dass eine Heilung entgegen der Erwartung zu gegebenem Zeitpunkt denkbar ist.<sup>30</sup> Der Arzt deutet also an, dass die Möglichkeit einer Heilung nicht einmal aktuell garantiert ist und sich die Heilungschancen verschlechtern. Dies spricht wiederum für eine zeitnahe Untersuchung, wie er abermals anhand der Maxime „Man darf nicht abwarten.“ zusammenfasst und dabei wieder den Handlungszwang durch ‘nicht-dürfen’ hervorhebt.

Schließlich beendet er seinen argumentativen Begründungsversuch: „Das ist der Grund, warum wir • so hart hinterher sind.“

---

<sup>28</sup> Zu ‘wenn-dann’-Konstruktionen siehe Zifonun u. a. (1997, 2282ff).

<sup>29</sup> Zur Funktion von konditionalem ‘wenn’ als Geltungsspezifikation siehe Zifonun u. a. (1997, 842ff).

<sup>30</sup> Zu ‘noch’ siehe Zifonun u. a. (1997, 884f).

### Patientenseitige Zweifel am Nutzen der Untersuchung

Auch der soeben untersuchte umfangreiche und vehemente Begründungsversuch des Oberarztes bleibt erfolglos wie im folgenden Transkriptausschnitt deutlich wird.

Transkriptausschnitt 12 aus dem Aufklärungsgespräch TD-AUF-57  
bereits in 5.1.3 präsentiert

[115]

	273
A1 [v]	Grund, warum wir • so hart hinterher sind.
D [v]	kafesinde olan bi hastalık.
D [de]	Erkrankung im Brustkorb.
P [v]	((1s)) ((unv.)) (zararı
P [de]	Diese Krankheit schadet nicht.

[116]

	274	275	276	277
D [v]	Olmaz olur	mu?	Şimdi yok.	Sie sagt, sie
D [de]	Natürlich schadet es.		Aber nicht jetzt.	
P [v]	yok) bu hastalığın.	Niye bilmem.		
P [de]	Ich weiß nicht, warum.			

[117]

D [v]	hat im Moment keine Beschwerden, und das stört sie so nicht.
-------	--

[118]

	278	279	280	281	282	283
A1 [v]	Ja.					
D [v]	Şimdi • olmayabilir; ama daha sonra.					
D [de]	Jetzt gibt es vielleicht nicht, aber später.					
P [v]		Später.	Sonra.	Sonra.	((1s)) Öyle	
P [de]		Später.	Später.	Dann sollen sie so		

Nachdem der Oberarzt seinen wiederholten argumentativen Begründungsversuch abgeschlossen hat, erfolgt keine Verdolmetschung. Die Patientin stellt den Grund für die Untersuchung auf Türkisch in Frage (268-269), worauf ihre Schwester kurz eingeht (s269-271) und schließlich dolmetscht (s272): „Sie sagt, sie hat im Moment keine Beschwerden, und das stört sie so nicht.“ Der Arzt registriert diesen Einwand

(„Ja.“, s278), geht aber nicht weiter darauf ein. Lediglich die Schwester reagiert mit einer Einschätzung bzgl. der Weiterentwicklung der möglichen Krankheit (s279-281). In der Verdolmetschung zeigt sich erneut ein patientenseitiger Widerstand. Die Patientin habe aktuell keine „Beschwerden“, d.h. keine körperlichen Leiden und „das“ störe sie nicht. Hier wird zum einen ausgedrückt, dass der Sachverhalt ‘Beschwerden’ nicht von der Patientin wahrgenommen wird, für sie also auch keine Sachverhaltslücke darstellt, die es zu beseitigen gilt. Zum anderen wird ein Sachverhalt, auf den mit „das“ verwiesen wird, anhand von ‘nicht stören’ sehr niedrig bewertet.<sup>31</sup> Bestimmte Umstände werden also nicht als Sachverhaltslücken wahrgenommen bzw. werden sehr niedrig bewertet, so dass aus Patientensicht keine gewichtigen Gründe für die arztseitig befürwortete Bronchoskopie vorliegen und der Nutzen der Untersuchung für die Patientin nicht ersichtlich ist. Eine Zustimmung zum arztseitigen Plan scheint weiterhin unwahrscheinlich.

Der Arzt registriert den patientenseitigen Einwand wie gesagt („Ja.“), geht aber nicht weiter darauf ein.

### Patientenseitige negative Evaluierung

Dass die Patientin keine positive Einstellung zur Untersuchung einnimmt, sondern eine negative, wird auch durch den letzten Ausschnitt des Aufklärungsgespräches deutlich, da die Patientin auch hier einen Widerstand in Form einer negativen Evaluierung formuliert.

Transkriptausschnitt 13 aus dem Aufklärungsgespräch TD-AUF-57

[158]

	361
A1 [v]	((schnalzt)) Hat sie Fragen dazu?
D [v]	Herhangi bi sorun var mı?
D [de]	Hast du irgendwelche Fragen?

<sup>31</sup> Mit „das“ wird vermutlich auf bestimmte körperliche Anzeichen verwiesen, die zu arztseitigen Vermutungen über mögliche Krankheiten der Patientin führen, auf die die Patientin anhand der Bronchoskopie getestet werden soll.

6 Diskursanalysen von arztseitigen Reaktionen auf Widerstände

[159]

	362	363	364	365
A1 [v]	••• Nein, sonst keine ernstern Komplika tionen.			
D [v]				Başka türlü yani ••
D [de]				Es gibt also keine andere
P [v]	Hm̃'			

[160]

		366	367
D [v]	büyük e tehlike yaratabilecek ((1s)) yan tesirler, etkiler ••• yok.		
D [de]	Nebenwirkungen, Wirkungen, die gefährlich sein können.		
P [v]	Hm̃'		

[161]

	368	369
A1 [v]	((1s)) Was	
P [v]	Acayip bi rüya gördüm ((lacht))' ••• (şu yukarlarda).	
P [de]	Ich habe von ganz merkwürdigen Dingen geträumt, (da oben).	

[162]

	370	371	372
A1 [v]	sagt sie?		
A2 [v]			••• (Wann heu
D [v]	Sie hat ganz schlecht geträumt.	Konnte	

[163]

	373	374	375	376
A2 [v]	gedehnt	te)?		
D [v]	nicht richtig...			
P [v]	Hm̃.	Ich bin überhaupt nicht schlafen heute. Alle laufen		

[164]

	377	378	379
A2 [v]	((schmunzelt))'		
P [v]	hinter mir. Ich hab	•• mich versteckt. •••	Alle Ärzte viel •

[165]

	380	381
A1 [V]	((schnalzt))'	
P [V]	• • gekommen bei mir. • • • So eine Angst gehabt.	

[166]

	382	383
A1 [V]	Ja. Ähm • aber • wir wollen ja auch zum Schluss kommen. Wir	
P [V]	Hm'	

Nachdem der Arzt auf mögliche Komplikationen der Bronchoskopie hinweist, gibt er der Patientin die Möglichkeit, Fragen zu stellen (s361). Daraufhin formuliert die Patientin auf Türkisch eine Äußerung, die ihre Schwester dolmetscht: „Sie hat ganz schlecht geträumt. Konnte nicht richtig...“ (s371-375). Schließlich formuliert die Patientin direkt auf Deutsch (s376-378): „Ich bin überhaupt nicht schlafen heute. Alle laufen hinter mir. Ich hab • • mich versteckt. • • • Alle Ärzte viel • • • gekommen bei mir. • • • So eine Angst gehabt.“

In den Äußerungen der Patientin zeigt sich erneut eine negative Evaluierung des Handlungsplans, auf die der Oberarzt schließlich reagiert. Die Patientin gibt einen Traum aus der Nacht zuvor wieder und macht zunächst indirekt und dann direkt ein Angstgefühl deutlich. In dem fantastischen Handlungsraum des Traums wurde sie von Ärzten verfolgt und hat sich versteckt. Die durch die Handlungen ‘hinterherlaufen’ und ‘verstecken’ angedeutete Bedrohung habe ein Gefühl bei der Patientin ausgelöst, sie habe „[s]o eine Angst gehabt“. Angst bezieht sich wie in 5.1.2 erläutert, auf einen zukünftigen bzw. hypothetischen Sachverhalt, der unerwünscht ist und enthält somit per se eine negative Evaluierung dieses Sachverhaltes. Worauf sich die Angst der Patientin genau richtet, macht sie nicht explizit. Es ist davon auszugehen, dass sie sich auf den vorherigen Redegegenstand – die Untersuchung – bezieht. Die negative Evaluierung stellt abermals ein Vorzeichen für eine negative Einstellung zum Plan dar. Und die Tatsache, dass die Patientin ihre negative Einstellung auch nach mehreren vehementen Begründungsversuchen des Arztes zeigt und sie damit die Erfolglosigkeit seiner vorherigen Bemühungen demonstriert, macht die Stärke ihrer negativen Evaluierung deutlich. Sie scheint es in Kauf zu nehmen, den Arzt möglicherweise durch das insistierende Vergegenwärtigen ihrer sich nicht ändernden negativen Einstellung zu irritieren.



### Vehementer argumentativer Begründungsversuch und Ermahnen des Arztes

Auf die abermalige Manifestation einer negativen Einstellung reagiert der Oberarzt schließlich mit unterschiedlichen sprachlichen Handlungsmustern, mit denen die Bedeutung des patientenseitigen Entscheidungsraums vollends negiert wird.

Transkriptausschnitt 14 aus dem Aufklärungsgespräch TD-AUF-57

[165]

.. 380 381  
A1 [v] ((schnalzt))  
P [v] •• gekommen bei mir. ••• So eine Angst gehabt.

[166]

.. 382 383  
A1 [v] Ja. Ähm • aber • wir wollen ja auch zum Schluss kommen. Wir  
P [v] Hm̃'

[167]

.. 384  
A1 [v] wollen, dass Sie, äh dass sie eine Diagnose haben und dass Sie  
P [v]

[168]

.. 385  
A1 [v] wissen, • wie es weitergehen muss. Ob Sie eine Behandlung

[169]

.. 386 387 388  
A1 [v] brauchen •• oder keine Behandlung brauchen. Ob Sie eine ••  
P [v] Hm̃'

[170]

.. 389  
A1 [v] • gutartige Krankheit oder eine bösartige Krankheit haben. ••  
P [v] Hm̃'

6 Diskursanalysen von arztseitigen Reaktionen auf Widerstände

[171]

	390	391	392	393
A1 [v]	Da muss man Klarheit finden.		Und seien Sie	
P [v]			Hm̃'	
[nn]		((Tassengeräusche))'		

[172]

	394	395	396	397
A1 [v]	froh. Alle Untersuchungen, die hier gemacht worden sind, sind			
P [v]		Ja'		Hm̃'

[173]

	398	399
A1 [v]	ganz schnell nacheinander gemacht werden/ •• worden. Das	

[174]

	400	401
A1 [v]	dauert in den anderen Krankenhäusern viel länger • bis eine	

[175]

	400	401
A1 [v]	Untersuchung nach der anderen kommt.	••• Wir sind ein
P [v]		Hm̃'

[176]

	402	403
A1 [v]	gutes Krankenhaus.	
P [v]	Hm̃'	Weil ich war schon mal hier. •• Ich war

[177]

	404
A1 [v]	••• Ja. ((1s)) Noch
P [v]	schon mal hier Krankenhaus. ((schmunzelt))'

[178]

	405	406	407	408
A1 [V]	Fragen?	• • Morgen?	((flüstert der	
P [V]	• • Hm' • • Nein.		• • • Nein.	

Auf die von der Patientin dargestellte Angst (siehe Transkriptausschnitt 13) geht der Oberarzt nicht ein. Dieses Nichthandeln rechtfertigt er durch einen Hinweis auf den zeitlichen Rahmen des Gesprächs (s382) und durch die Präsentation von Wissen, welches für eine Fortsetzung des Ablaufs spricht (s383-390). Dann diszipliniert er die Patientin (s393-401) bevor er das Gespräch schließlich beendet, wie nun im Detail nachvollziehbar gemacht wird.

Der Arzt markiert, dass er die Äußerungen der Patientin rezipiert hat („Ja.“, s381), äußert dann jedoch zwei Absichten, die im Kontrast zur patientenseitigen Äußerung stehen (s382-388): „Ähm • aber • wir wollen ja auch zum Schluss kommen. Wir wollen dass Sie, äh dass Sie eine Diagnose haben und, dass Sie wissen, • wie es weitergehen muss. Ob Sie eine Behandlung brauchen • • oder keine Behandlung brauchen. Ob Sie eine • gutartige oder eine bösartige Krankheit haben.“ Die Absichten, das Gespräch zu beenden sowie Wissen über Diagnose und Therapie zu erlangen, markiert er durch „aber“ als mit der patientenseitigen Äußerung konfligierend. Sie stehen im Konflikt mit einer Erwartung, auf die zuvor verbalisierte Angst einzugehen. Durch „aber“ deutet der Arzt weiterhin an, dass er die von ihm vortragenen Absichten über die von der Patientin geäußerte Angst stellt.<sup>32</sup> Er geht also nicht auf die von der Patientin deutlich gemachte Angst ein und rechtfertigt dies mit den Absichten, Zeit zu sparen sowie Diagnose und Therapie – die zentralen Zwecke von medizinischen Institutionen<sup>33</sup> – durchzuführen. Dieses Nichthandeln ist nach Rehbein (1977) als Unterlassung zu klassifizieren, einem absichtlichen Nicht-Erfüllen von Erwartungen. Der Patient mit seiner Angst steht den institutionellen Absichten im Weg.

Was der Arzt zunächst als Absicht der institutionellen Handlungsträger markiert („Wir wollen“), stellt er am Ende seiner Argumentation als Notwendigkeit dar: „Da muss man Klarheit finden“ (s3390). Hinsichtlich der zuvor indirekt gestellten Fragen nach Art der Krankheit und Behandlung, auf die er mit dem deiktischen „Da“ ver-

<sup>32</sup> Zur Verwendung von 'aber' als adversativen Konjunktoren – auch im Rahmen von Argumentationen – siehe Zifonun u. a. (1997, 2401ff, 2407).

<sup>33</sup> Vgl. Bühlig u. a. (2000, 7).

weist, sei „Klarheit [zu] finden“, d.h. Wissen durch die Bronchoskopie zu gewinnen. Dieser Prozess sei nach Einschätzung des Arztes etwas Zwangsläufiges, wie durch das Modalverb „muss“ ausgedrückt wird. Wie schon zuvor stellt der Arzt äußere Umstände als maßgebend für das weitere Handeln dar, das Wollen der Patientin hat in seinem Beitrag keine Relevanz.

Nachdem er nicht auf die negativen Gefühle der Angst eingeht und dies mit institutionellen Absichten rechtfertigt, fordert er die Patientin auf, eine positive Einstellung einzunehmen (s393-401): „Und seien Sie froh. Alle Untersuchungen, die hier gemacht worden sind, sind ganz schnell nacheinander gemacht werden/ • • worden. Das dauert in den anderen Krankenhäusern viel länger • bis eine Untersuchung nach der anderen kommt. • • • Wir sind ein gutes Krankenhaus.“ Diese Äußerungskette stellt eine Ermahnung dar. Wie Füssenich (1981) anhand der Analyse von Unterrichtskommunikation herausarbeitet, ist die Ermahnung ein sprachliches Handlungsmuster, in dem ein Aktant einen anderen Aktanten nach einem Verstoß gegen zuvor eingegangene Verpflichtungen dazu aufruft, sich entsprechend der Verpflichtungen zu verhalten, um Handlungspräsuppositionen zu etablieren, die für das vom Ermahnenden ursprünglich geplante Handeln notwendig sind.<sup>34</sup> Im vorliegenden Fall nimmt der Arzt das sprachliche Handeln der Patientin offenbar als Verstoß gegen bestimmte Verpflichtungen wahr. Mit seinem Hinweis auf die Behandlungsbedingungen („schnell[e]“ Behandlung, „gutes Krankenhaus“) nennt er Gründe für die Verpflichtung, die für die Patientin entsteht, nämlich „froh“ zu sein. Mit der Aufforderung zu einer positiven Haltung versucht er ungeachtet ihrer zuvor ausgedrückten Angst ein kooperatives Verhalten der Patientin zu erreichen und damit Handlungspräsuppositionen zu erstellen, die eine Behandlung ermöglichen. Auch hier wird die Patientin als Hindernis ihrer eigenen medizinischen Versorgung behandelt. Der Widerstand der geäußerten Angst wird nicht aufgelöst, sondern als etwas Unangemessenes abgetan.

Die ärztliche Ermahnung mutet befremdlich an, da der Versuch, die Patientin zu einer positiven Einstellung zu verpflichten, besonders im Aufklärungsgespräch fehl am Platz ist. Denn gerade hier geht es darum, dass der Patient sich auf Basis des dargebotenen Wissens frei entscheidet. Dass mögliche innere Widerstände wegen einer dankbaren Haltung ignoriert werden, um prinzipiell bei der Umsetzung des Untersuchungsplans zu kooperieren, ist im Hinblick auf Einhaltung der juristischen Zwecke nicht angemessen.

---

<sup>34</sup> Siehe Füssenich (1981, 61ff und 83). Zum Ermahnen in der Unterrichtskommunikation siehe auch Redder (1984, 139ff), die die Rolle von Modalverben bei Ermahnungen untersucht.

Nicht nur hinsichtlich der materialen Kooperation ist das Handeln des Arztes als unangemessen zu bewerten. Auch die formale Kooperation lässt zu Wünschen übrig. Die soeben analysierte ärztliche Reaktion wird nicht gedolmetscht. Der Arzt besteht nicht wie zuvor auf eine Verdolmetschung und lässt auch während seines Beitrags keinen Raum für eine Verdolmetschung. Auch wenn die Patientin Höreräußerungen von sich gibt („Hm“ in s385, 389, 391, 394, 399, 402 und „Ja“ in s397), ist zweifelhaft, ob sie die Äußerungen des Arztes versteht.

Nachdem die Patientin der positiven Bewertung des Arztes („Wir sind ein gutes Krankenhaus.“) beipflichtet, gibt der Arzt noch einmal die Möglichkeit, Fragen zu stellen, bespricht sich kurz mit der Internistin und verabschiedet sich schließlich.

### **Zusammenfassung der Diskursanalyse von TD-AUF-57**

Genau wie im vorherigen Kapitel ist bei den ersten ärztlichen Begründungsversuchen (Phase 1) zu sehen, dass diese lediglich vergebliche Versuche darstellen, die zu keiner positiven Einstellung zum Plan und schließlich zu keiner Motivation für eine Zustimmung zum Plan führen. Weiterhin ist zu beobachten, dass im Gegensatz zu diesen Begründungsversuchen die Reaktionen gegen Ende des Diskurses (Phase 2) einen anderen Charakter einnehmen. Der Oberarzt macht deutlich, dass eine Notwendigkeit für das Durchführen der Untersuchung besteht. Die äußeren Umstände scheinen für das weitere Handeln relevant zu sein und nicht das Wollen der Patientin. Der Arzt betreibt zunächst einen hohen Aufwand formaler Kooperation, dass die Patientin seine Beiträge perzipieren kann. Schließlich wird ein erneuter patientenseitiger Widerstand nicht nur übergangen, sondern indirekt sogar als unangemessen charakterisiert. In den ärztlichen Reaktionen ist also eine Tendenz zu beschreiben, den patientenseitigen Entscheidungsraum immer weniger zu berücksichtigen. Der zentrale Zweck von Diagnose und Therapie – der medizinische Zweck – wird mit allen Mitteln verfolgt, auch auf Kosten des juristischen Zwecks.

## 6.2 Reaktionen auf Wissensdefizite bzgl. des Behandlungsplans

Wie in 5.2 deutlich gemacht wurde, kann einer rechtmäßigen Zustimmung auch ein Wissensdefizit bzgl. des gesamten Behandlungsplans im Wege stehen. In dem Aufklärungsgespräch PSD-AUF-37 zeichnet sich ein solches Wissensdefizit durch bestimmte Handlungsprozesse im Gespräch ab. Und zwar verfolgen die Interaktanten abweichende Handlungslinien. Während die Ärztin dem Patienten Wissen über zwei geplante Eingriffe zu vermitteln versucht (Untersuchung von Beinen und Lunge), will der Patient der Ärztin wiederum Wissen über seine Beschwerden vermitteln bzw. ein diagnostisches Wissen einholen. Dadurch wird der Patient in seinem Wollen und/ oder Können eingeschränkt, die ärztliche Handlungslinie mitzuverfolgen, so dass er entscheidungsrelevantes Wissen möglicherweise nicht aufnimmt.

In diesem Kapitel werden nun unterschiedliche Reaktionstypen auf die sich anbahnenden Wissensdefizite präsentiert und es wird deutlich gemacht, inwiefern diese Reaktionen eine angestrebte Orientierung und Planübernahme möglich machen. Dafür werden Diskursausschnitte aus dem Aufklärungsgespräch PSD-AUF-37 analysiert, welches bereits in 5.2 untersucht wurde und zur Erinnerung erneut kurz zusammengefasst sei. In dem Gespräch klärt die Ärztin (Frau Freitag) den Patienten (Herrn Morini) über zwei Untersuchungen auf, in denen Kontrastmittel zwecks der Darstellung einer möglichen Thrombose eingespritzt wird. Die zweisprachige Krankenschwester Maria dolmetscht. Die Ärztin spricht Deutsch, der Patient Spanisch und die dolmetschende Person Portugiesisch (L1) und Deutsch (L2).

### 6.2.1 Deplazieren

Der erste Ausschnitt ist am Ende der ersten Diskursphase zu verorten und beinhaltet die patientenseitige Beschwerde über Schmerzen im Bauchraum. Die Ärztin reagiert zunächst mit einem Deplazieren.

**„A: Das wird auch untersucht werden.“**

Transkriptausschnitt 1 aus dem Aufklärungsgespräch PSD-AUF-37  
(bereits in 5.2 präsentiert)

[90]

431	432	433	434	435	436
A [M]	Prima. ((holt hörbar Luft)) 'Gut' Hm̃ 'Haben S/ haben Sie noch <u>Fra</u>				

6 Diskursanalysen von arztseitigen Reaktionen auf Widerstände

[91]

	437	438	439	440
A [V]	gen zu der Untersuchung?			
D [V]		Ainda tem perguntas?		Ainda tem
D [de]		Haben Sie noch Fragen?		Haben Sie
P [V]			¿Ah?	

[92]

	441	442	443
D [V]	perguntas por causa do exame? Agora <u>este</u> exame que ela (te)		
D [de]	noch Fragen wegen der Untersuchung? Diese Untersuchung jetzt, die sie (dir) erklärt		

[93]

	444	445	446	447	448	449	450	451	452
D [V]	explicou.	O	exame.			Tá bem? Okay.	(Se)...		
D [de]	hat.		Die Untersuchung.			Ist gut?	(Falls)...		
P [V]		Ah ja`		Sí, está bien.				Sólo dí- •	
P [de]				Ja, ist gut.				Sagen Sie ihr	

[94]

	453	454	455	456
A [V]				Schmerzen sind
D [V]		Hm`		
D [de]				
P [V]	-ígale que • me duele aquí bastante. • • Y aquí que			
P [de]	nur, dass es mir hier ziemlich weh tut.		Und hier	

[95]

	457	458	459	460	461	462
A [V]	da noch,	ne?		Das wird auch untersucht werden.		
D [V]	Jă.		Genau. Ja`			
P [V]	cuando como.					Hm`
P [de]	wenn ich esse.					

[96]

	463	464	465	466	467	468	469	470	471
A [V]	Nech?			Das ist/ • •			das hat mit Ihrem Magen		
D [V]	Vão fa/ •	vão fazer um exa me. ((unverständlich, 1s))`							
D [de]	Sie wer/	sie werden eine Untersuchung machen.							
P [V]	Jà`			Ja?					

Nachdem die Internistin anhand einer Frage („Haben S/ haben Sie noch Fragen zu der Untersuchung?“, s435-437) ein Monitoren bzgl. der zuvor beschriebenen Untersuchung einleitet und die Pflegekraft dies dolmetscht, entgegnet der Patient: „Sí, esta bien.“ *Ja, ist gut* (s447-448). Diese Reaktion deutet die Ad-hoc-Dolmetscherin dahingehend, dass der Patient keinen Bedarf hat, Fragen zur Untersuchung zu stellen („Okay.“, s451). Der Patient bringt dann ein anderes Thema ein. Er konstatiert, dass er Schmerzen im Bauchraum habe. Diese nicht-gedolmetschte Äußerung scheint von der Ärztin rezipiert zu werden und sie geht auf die genannten Beschwerden ein, wobei in diesem Ausschnitt zunächst nur der erste Teil ihrer Reaktion präsentiert wird (s456-463).

Bevor wir auf die arztseitige Reaktion auf die Beschwerdeschilderung blicken, sei kurz wiederholt, worin der Widerstand der Beschwerdeschilderung liegt. Zum einen kann der Patient die Frage der Ärztin nur in eingeschränkter Weise rezipieren, weil er einen eigenen Fokus ausgebildet hat. Und zum anderen wird seine Bereitschaft, die hörerseitigen Anteile bei der Rezeption der Frage auszuführen, eingeschränkt sein, da die Umsetzung seines eigenen Ziels Bedingung für das Mitverfolgen der ärztlichen Handlungslinie ist (siehe genaue Analyse in 5.2).

Kommen wir nun zur Reaktion der Ärztin. Nachdem sie die nicht-gedolmetschte Äußerung rezipiert hat<sup>35</sup> und sich bzgl. der Richtigkeit vergewissert hat („Schmerzen sind da noch, ne?“), macht sie folgende Äußerung: „Das wird auch untersucht werden.“ (s460-461). In dieser Äußerung versichert sie dem Patienten, dass seinen vorgebrachten Beschwerden nachgegangen werden wird. Mit dem objektdeiktischen „[d]as“ verweist sie innerhalb des Diskursraums auf die zuvor versprachlichten Magenschmerzen und macht ihre Fokussierung auf die Beschwerden deutlich. Sie konstatiert, dass die Schmerzen Gegenstand einer Untersuchung seien, die als etwas Typgleiches neben den im Aufklärungsgespräch besprochenen Untersuchungen stünden, wie durch „auch“ ausgedrückt wird<sup>36</sup> und die in der Zukunft stattfinden werde („wird [...] untersucht werden“). Das Muster, das die Ärztin mit der betrachteten Äußerung anwendet, wird in der Forschungsliteratur als ‘Deplazieren’ benannt. Beim Deplazieren werden Handlungen vom aktuellen Diskurs bzw. Muster abgekoppelt und auf

---

<sup>35</sup> Es wird davon ausgegangen, dass die Ärztin die spanischsprachige Äußerung zumindest in Teilen perzipiert hat, da sie – ohne eine Verdolmetschung – direkt auf die patientenseitige Äußerung reagiert (s456-458). Für ein Verstehen der Ärztin spricht weiterhin, dass sie geringe Spanischkenntnisse und durch ihre medizinische Ausbildung Lateinkenntnisse hat. Weiterhin wird der Patient Zeigegesten angewendet haben, um die durch „aquí“ (*hier*) und „Y aquí“ (*Und hier*) ausgeführten deiktischen Prozeduren zu begleiten. Diese Zeigegesten werden ebenfalls bei der Rezeption der patientenseitigen spanischsprachigen Äußerung geholfen haben.

<sup>36</sup> Zur Gradpartikel ‘auch’ siehe Altmann (2007, 359).



einen anderen Zeitpunkt verschoben.<sup>37</sup> Genau das passiert im vorliegenden Fall. Die Ärztin trennt den patientenseitigen Beitrag vom aktuellen Diskurs ab, indem sie eine vom Patienten erwartete Klärung der Schmerzen auf die Zukunft legt, genauer gesagt auf eine Untersuchung des Bauchraums, die in der Zukunft durchgeführt werden soll.

Das in der Deplazierung verbalisierte Wissen ermöglicht nun eine Auflösung des beschriebenen Widerstands. Denn das patientenseitige Ziel, die Ärztin über die Schmerzen in Kenntnis zu setzen, wird als bereits realisiert gekennzeichnet. Und das Ziel, ein Wissen über die Ursache der Beschwerden zu erhalten, wird auf die Zukunft verschoben. Durch die Kennzeichnung der patientenseitigen Ziele als etwas bereits Realisiertes und etwas Geplantes wird eine neue Fokusbildung und damit das Mitverfolgen der ärztlichen Handlungslinie möglich und damit eine Aufnahme von Wissen über den Eingriff, um den es im Aufklärungsgespräch geht.

Die Ärztin belässt es aber nicht bei diesem Deplazieren, indem sie mit dem Aufklärungsgespräch fortfährt, sondern knüpft an der patientenseitigen Beschwerdeschilderung an.

### 6.2.2 Einbetten

Nachdem die Ärztin den patientenseitigen Beitrag vom aktuellen Diskurs abkoppelt, geht sie schließlich auf die vom Patienten benannten Beschwerden ein, wie im folgenden Ausschnitt ersichtlich wird.

#### „A: Das hat mit Ihrem Magen und Ihrer Leber zu tun wahrscheinlich.“

Transkriptausschnitt 2 aus dem Aufklärungsgespräch PSD-AUF-37  
(teilweise in 5.2 präsentiert)

[96]

	463	464	465	466	467	468	469	470	471
A [V]	Nech?			Das ist/	•	•		das hat mit Ihrem	Magen
D [V]	Vão fa/	•	vão fazer um	exa me.	((unverständlich, 1s))				
D [de]	Sie wer/		sie werden eine	Untersuchung	machen.				
P [V]		Jà				Ja?			

<sup>37</sup> Redder (1987, 88) identifiziert in einer Lehrerreaktion auf Schülerkritik ein Deplazieren. Der Schülerbeitrag wird vom aktuellen Muster auf ein späteres verschoben.

[97]

	472	473	474	475	476	477	478	479	480
		gedermt							
A [V]	und mit Ihrer <u>Leber</u> zu tun, wahrscheinlich.						Ne? Gut' Dann • •		
D [V]							Hm̃'		
P [V]	Hm̃'		Ja'		Ja'		Ja'		Hm̃'

[98]

							481
A [V]	ähm ((blättert, 1s)) ich hab, hab ihm alles das sozusagen • m/ m/						

Noch während die Krankenschwester die Deplazierung der Ärztin dolmetscht (s463-468), kontrolliert die Ärztin die patientenseitige Rezeption mit einem Ausdruck der Hörersteuerung („Neh?“ , 463s),<sup>38</sup> – worauf der Patient reagiert („Jà“ , s464) – und geht mit der folgenden Äußerung schließlich weiter auf die vom Patienten geäußerten Schmerzen ein: „Das ist/ • • das hat mit Ihrem Magen und mit Ihrer Leber zu tun, wahrscheinlich.“ (s466-476). Ihre Äußerung wird von patientenseitigen Ausdrücken der Sprechersteuerung begleitet („Hm̃“ , „Ja“ , „Ja“ , s473-476). Nach einer weiteren Kontrolle der hörerseitigen Rezeption („Ne?“ s478), auf die Krankenschwester („Hm̃“ , s478) und Patient („Hm̃“ , s479) reagieren, schließt die Ärztin die Beschwerdethematik ab, ohne eine Verdolmetschung abzuwarten („Gut“ , s479).

Im folgenden soll nun die Äußerung näher betrachtet werden, in der die Ärztin auf die Schmerzen des Patienten eingeht: „Das ist/ • • das hat mit Ihrem Magen und mit Ihrer Leber zu tun, wahrscheinlich.“

Den Umstand der bestehenden Schmerzen, auf den sie mit „[d]as“ verweist, stellt sie in Verbindung mit Magen und Leber des Patienten. In diesen Organen wird durch das Verb ‘zu tun haben mit’ die Ursache für die Beschwerden lokalisiert. Den Geltungsgrad über diesen Zusammenhang schwächt die Ärztin mit „wahrscheinlich“ ab, da noch keine Untersuchungen von besagten Organen durchgeführt wurden und sie über kein abgesichertes Wissen bzgl. einer Diagnose verfügt. Es handelt sich also um einen Verdacht, wo die Ursache für die Schmerzen begründet liegt. Zu diesem Verdacht gelangt sie, indem sie medizinisches Wissen auf die vom Patienten geäußerten Beschwerden appliziert – ein Vorgang, der typisch für das Anamnesegespräch ist (vgl. Rehbein, 1993).

<sup>38</sup> Zur Hörersteuerung siehe Rehbein (1979).

Das Nennen des Verdachts verkörpert ein ‘Einbetten’ in das Aufklärungsgespräch.<sup>39</sup> Denn durch das Offenlegen des Verdachts verfolgt die Ärztin die patientenseitige Handlungslinie, zunächst Wissen über themenfremde Beschwerden aufzunehmen und darüber hinaus eine Klärung dieser Beschwerden zu geben. Sie verlässt also die eigene Handlungslinie, Wissen über die Untersuchung von Beinen und Lunge zwecks einer patientenseitigen Orientierung und Zustimmung zu vermitteln und nimmt diese erst wieder nach Äußerung des Verdachts auf: „Dann • • ähm ((blättert, 1s)) ich hab, hab ihm alles das sozusagen • m/ m/ mehr oder minder/ • ja, oder ich hab ihm alles das • • versucht zu sagen, was hier auf dem Zettel steht.“, (s480-484).

Die Einbettung des Verdachts ermöglicht nun eine Auflösung des beschriebenen Widerstands. Denn durch den Verdacht wird das patientenseitige Ziel umgesetzt, die Ärztin über die Schmerzen in Kenntnis zu setzen und in einem weiteren Schritt eine Klärung der Beschwerden in Gang zu setzen. Darüber hinaus wird eine Klärung nicht nur in Aussicht gestellt (wie beim Deplazieren) sondern es wird sogar ein Verdacht über die Ursache ausgesprochen. Das Ziel ist umgesetzt bzw. sogar übertroffen und eine neue Ausrichtung des Fokus und damit das Mitverfolgen der ärztlichen Handlungslinie wieder möglich. Im Unterschied zum Deplazieren muss der Patient seine Handlungslinie nicht unterbrechen und sich auf eine Wiederaufnahme zu einem späteren Zeitpunkt verlassen. Bei der Einbettung wird seine Handlungslinie mitverfolgt und idealerweise werden seine Ziele – wie im vorliegenden Fall – umgesetzt, so dass einer Neuausrichtung des Fokus nichts im Wege steht.

---

<sup>39</sup> Zum Einbetten bzw. zu *side sequences* siehe Jefferson (1972).

### 6.2.3 Einbinden

Mit der Reaktion, die im folgenden untersucht wird, bewirkt die Ärztin eine Zusammenführung beider Handlungslinien, ein sogenanntes ‘Einbinden’.

**A: „[...] es könnte sein, dass das Herz so unregelmäßig und schnell schlägt, • weil in der Lunge ein • Blutgerinnsel ist.“**

Transkriptausschnitt 3 aus dem Aufklärungsgespräch PSD-AUF-37  
(teilweise in 5.2 präsentiert)

[109]

	526	527	528	529	530
A [v]	((1,5s)) Prima.		Dann/ • jetzt gehts leider noch einmal		
D [v]	Hm̃´		Gut.		Ja´

[110]

	531	532
A [v]	weiter. ((blättert)) Wenn, • wenn man bei dieser Untersuchung	
D [v]		((Blättern))´
[nn]		

[111]

	533	534	535	536
A [v]	nichts finden wird, né,	dann würde man noch ne andereUnter		
D [v]		gedehnt		
D [de]		S...		Jä´
[nn]		F...		

[112]

	537	538
A [v]	suchung machen.	
D [v]	Se neste exame eh (nem)/	não encontrarem
D [de]	Falls sie bei dieser Untersuchung äh (nicht)	nichts finden sollten/

[113]

	539	540	541	542	543
D [v]	nada/ se não verem nada, •		depois têm que fazer ainda outro		
D [de]	falls sie nichts sehen sollten,		müssen sie später noch eine andere		
P [v]	Hm̃´		Sí´		
P [de]			Ja´		

6 Diskursanalysen von arztseitigen Reaktionen auf Widerstände

[114]

	544	545	546	547	548
A [V]			Hm̃'		Genau.
D [V]	exame.			Also, hängt davon ab, ne?	
D [de]	Untersuchung machen.				
P [V]		Jà'	Hm̃'		

[115]

	549	550	551
A [V]	Weil wir immer noch nicht wissen, ob er eben eine Lungenembolie		
D [V]	S...		
D [de]	F...		

[116]

	552
A [V]	hatte, das heißt eben Blutgerinnsel in• einer der ((räuspert sich

[117]

	553	554
A [V]	kurz)) Arterien der Lunge.	
D [V]	• Hm̃' Porque eles a/ ainda não sabem	
D [de]	Denn sie wissen i/ noch nicht genau,	

[118]

	555	556	557	558
D [V]	bem, ehm talvez • se/	se o sangue coagulou aqui numa•	veia	
D [de]	ähm vielleicht, ob/ ob	das Blut hier in einer	Vene hier	
P [V]			Ja'	

[119]

	559	560	561	562563	564	565
D [V]	aqui • •	do pulmão.		• Compreende?		
D [de]		der Lunge geronnen ist.		Verstehen Sie?		
P [V]	Hm̃'		Sí, sí'		Sí. • • Yy el c/ c-	
P [de]			Ja, ja'		Ja. Uund das H/ Herz	

6 Diskursanalysen von arztseitigen Reaktionen auf Widerstände

[120]

	566	567	568	569	570	571
D [V]						
D [de]						
P [V]						
P [de]						

D [V] Coração? Não.  
 D [de] Herz? Nein.  
 P [V] • -orazón que ¿cómo está? Preguntele. Sí. Ese.  
 P [de] wie geht es dem? Fragen Sie sie. Ja. Das hier.

[121]

	572	573	574	575	576
D [V]					
D [de]					
P [V]					
P [de]					

D [V] Agora estamos a falar do pulmão. Da trombose, não é?  
 D [de] Jetzt sprechen wir gerade über die Lunge. Von der Thrombose, nicht  
 P [V] Ah, el pulmón.  
 P [de] Ah, die Lunge.

[122]

	577	578	579	580
D [V]				
D [de]				
P [V]				
D [k]				

D [V] De ehm do sangue coagulou, agora não interessa o coração.  
 D [de] wahr? Von ähm dem Blut geronnen ist, das Herz interessiert jetzt nicht.  
 P [V] Ah ja.  
 D [k] Relativpronomen fehlt

[123]

	581	582	583	584	585
D [V]					
P [V]					
P [de]					

D [V] Jetzt fragt er mich nach dem Herzen. Wie es dem  
 P [V] Es después. Ja, já. ((lacht))  
 P [de] Das ist später.

[124]

	586	587	588	589	590	591
A [V]						
D [V]						
P [V]						

A [V] Jã  
 D [V] Herzen geht. ((lacht kurz)) Ich hab gesagt: Jetzt gehts nur um • •  
 P [V] Ja, já Jã

[125]

	592	593	594	595	596
A [V]					
D [V]					
P [V]					

A [V] Die Lunge, genau. Das Herz • schlägt wahrschein/ also  
 D [V] die Lunge.  
 P [V] Ja, já Jã

[126]

	597	598	599	600
A [v]	w/	• wir •	<u>den</u> ken, es könnte sein, dass das Herz sou <u>n</u> regelmäßig	

[127]

	601	602	603
A [v]	und schnell schlägt, •	weil in der Lunge ein •	Blutgerinnsel ist.
D [v]			Ach
P [v]	Jà´		

[128]

	604	605	606	607
D [v]	so. ((holt hörbar Luft))	´Ehm ela está a dizer •	• ehm • • •	que o
D [de]		Ähm sie sagt gerade,	ähm	dass das Herz

In diesem Ausschnitt kündigt die Ärztin eine zweite Untersuchung unter Vorbehalt an (s531-536). Die Pflegekraft dolmetscht die Ausgangsäußerung (s537-543) und der Patient reagiert mit Hörersignalen, die ein Verstehen signalisieren („Sì“ (*Ja*) in s542, „Jà“ in s544, „Hm“ in s546). Anschließend vergewissert sich die Ad-hoc-Dolmetscherin bei der Ärztin, unter welcher Bedingung die zweite Untersuchung durchgeführt werden soll, indem sie fragt (s547): „Also, hängt davon ab, ne?“ Daraufhin bestätigt die Internistin die Äußerung der Ad-hoc-Dolmetscherin („Genau“, s548) und nennt das Ziel der Untersuchung, ein Blutgerinnsel, das evtl. entstanden war, aufzuspüren und damit zu überprüfen, ob der Patient eine Lungenembolie hat(te), s549-552. Die zweisprachige Pflegekraft dolmetscht und prüft, ob der Patient ihr folgen konnte: „Compreende?“ (*Verstehen Sie?*, s563). Er bejaht und lenkt die Aufmerksamkeit auf einen Aspekt, der im Aufklärungsgespräch bis dahin nicht thematisiert wurde. Er erkundigt sich nach dem Zustand seines Herzens (s565-566): „Y el c/ corazón que ¿como está?“ *Und das Herz, wie geht es dem?* Die Ad-hoc-Dolmetscherin vergewissert sich, ob sie ihn richtig verstanden hat (s568), was er bestätigt (s569). Sie übersetzt seine Frage zunächst nicht, sondern qualifiziert sie als deplaziert, indem sie auf das aktuelle Thema des Gesprächs hinweist, nämlich die Lunge (s571-572). Das Herz sei zum gegebenen Zeitpunkt nicht von Interesse (s580). Die Ad-hoc-Dolmetscherin schildert der Ärztin diese kurze Nebensequenz (s582-592), so dass diese die patientenseitige Frage nach dem Zustand des Herzens rezipieren und auf sie eingehen kann (ab s593). Diese arztseitige Reaktion wird nun im Detail untersucht.

Die Frage nach seinem Herzen scheint sich – wie in der Analyse von Ausschnitt 2 in 5.2 erläutert – auf ein diskursexternes Thema zu beziehen und offenbart einen Vorgriff und damit eine abweichende Handlungslinie des Patienten. Mit ihrer Reaktion bewirkt die Ärztin eine Art Zusammenführung beider Handlungslinien. Ihre Reaktion wird zur Erinnerung hier noch einmal präsentiert: „Die Lunge, genau. Das Herz • schlägt wahrschein/ also w/ • wir • denken, es könnte sein, dass das Herz so unregelmäßig und schnell schlägt, • weil in der Lunge ein • Blutgerinnsel ist.“ (s595-602). Zunächst gibt die Ärztin der dolmetschenden Pflegekraft recht, dass es im Gespräch um die Lunge geht („Die Lunge, genau.“). In der folgenden Äußerung macht sie jedoch deutlich, dass auch das Herz im Zusammenhang mit der vermuteten Lungenembolie steht.

Im ersten Teil der Äußerung liefert sie zunächst Wissen über das Herz des Patienten, indem sie dessen akuten Zustand beschreibt. Das Herz schlage „so unregelmäßig und schnell“. Mit „so“ verweist sie auf bereits im Anamnesegespräch PSD-ANA-36 verbalisiertes Wissen über das Herz des Patienten.<sup>40</sup> Dort gibt der Patient derselben Ärztin Auskunft über sein schnell und unregelmäßig schlagendes Herz. Indem sie Wissen aus zurückliegenden Beschwerdeschilderungen aufführt, demonstriert sie ihre Annahme, dass sich am Zustand des Herzens nichts geändert hat. Dass das patientenseitige Ziel, aktuelles Wissen über den Zustand seines Herzens zu erlangen, nicht realisiert wird, hat keine negativen Konsequenzen. Denn die Ärztin macht im zweiten Teil ihrer Äußerung deutlich, dass nicht das Herz das relevante Untersuchungsobjekt ist, sondern die Lunge.

Die Relevanz vom Untersuchungsobjekt Lunge gegenüber dem Herzen demonstriert sie, indem sie beide Organe in Zusammenhang bringt. Dieser Zusammenhang hat durch die Verwendung von „weil“ kausalen Charakter („[...] dass das Herz so unregelmäßig und schnell schlägt, • weil in der Lunge ein • Blutgerinnsel ist.“) Sie spricht von dem Sachverhalt, dass das vermutete Blutgerinnsel in der Lunge die Ursache für den schlechten Zustand des Herzens sei. Die Herzbeschwerden werden als Folge, als Symptom des eigentlichen Problems gekennzeichnet. Die Gültigkeit über das Bestehen dieses Zusammenhangs wird eingeschränkt („wahrschein/“, „wir • denken“, „es könnte sein“), da es sich lediglich um einen Verdacht handelt, der mit der geplanten Untersuchung verifiziert werden soll.

Inwiefern wird mit der ärztlichen Reaktion nun ein patientenseitiges Verfolgen der arztseitigen Handlungslinie und damit eine patientenseitige Wissensaufnahme ermöglicht? Im vorliegenden Ausschnitt erfolgt die Bearbeitung nicht wie beim Einbetten

<sup>40</sup> Zu 'so' Zifonun u. a. (vgl. 1997, 325f).



durch den Realisierungsversuch des patientenseitigen Ziels, also durch das Mitverfolgen der patientenseitigen Handlungslinie, sondern durch das ‘Einbinden’ des Themas der patientenseitigen Handlungslinie in die ärztliche Handlungslinie. Das patientenseitige Thema (Herzbeschwerden) wird als untergeordnetes Element des Themas der ärztlichen Handlungslinie gekennzeichnet (Herzbeschwerden als Folge einer vermuteten Lungenembolie). Da für eine Gesundung nicht die Symptome, sondern die Ursache einer Krankheit behandelt werden sollten, wird das patientenseitige Ziel (Wissen über den Zustand des Herzens zu erlangen) als hinfällig und das ärztliche Ziel (Wissen über die Untersuchung auf eine Lungenembolie zu vermitteln) als das relevante gekennzeichnet. Durch das Herstellen dieses Zusammenhangs wird eine Fokussierung auf die vermutete Lungenembolie möglich, die wiederum Ausgangspunkt der ärztlichen Handlungslinie ist.

Die ärztliche Reaktion kann hinsichtlich der Realisierung von diskursartenspezifischen Zwecken durchaus als erfolgreich bezeichnet werden, da durch die genannte Zusammenhangherstellung zum einen eine Fokussierung auf das Thema der ärztlichen Handlungslinie ermöglicht und gleichzeitig ein Grund für die Durchführung der Bronchoskopie geliefert wird. Denn der erstellte Zusammenhang zwischen Herz und Lunge lässt die Schlussfolgerung zu, dass durch die Suche nach einem vermuteten Blutgerinnsel in der Lunge auch den Folgebeschwerden der Herzrhythmusstörungen nachgegangen wird. Der Widerstand wird also nicht nur gelöst, sondern die patientenseitige Motivation für die Umsetzung der Bronchoskopie wird darüber hinaus bearbeitet.

### 6.2.4 Nichthandeln

Schließlich wird ein Diskursausschnitt untersucht, der nicht wie die vorherigen Ausschnitte bereits in Kapitel 5.2 präsentiert wurde. Er ist am Ende des Aufklärungsgesprächs angesiedelt. Hier führt der Patient eine Beschwerde auf (Atemprobleme), auf das ein arztseitiges ‘Nichthandeln’ folgt.

**A: „Jà, Ja, jà Hmhǎ Hǎ Okay“**

Transkriptausschnitt 3 aus dem Aufklärungsgespräch PSD-AUF-37

[311]

	1396	1397	1398	1399	1400 [1176.4 1401]
A [V]			• Dann wär/ wäre das <u>hier</u> zu unterschreiben.		
P [V]		• • Ja			Ja? ((6s))

[312]

	1402	1403	1404	1405 [1184.5]	1406	1407	1408	1409	1410 [1194.1]
A [V]		Hǎ. Ist richtig. ((5,5s)) Prima.					• • • Danke.		Noch
P [V]	Aqui?				Ja. Bitte.			Ja	
P [de]	Hier?								
P [k]								geflüstert	

[313]

	1411	1412	1413	1414
A [V]	irgendwelche Fragen?		Gut.	
D [V]		• Gut.		
P [V]		((lacht kurz))		Nein,
A [k]			schmunzelnd	
P [k]				lachend

[314]

	1415 [1199.5]	1416	1417	1418
A [V]		Gut.		
D [V]		(Hǎ)		
P [V]	dankeschön.	((atmet hörbar aus))	• • • Es ((Kugelschreiber	
P [de]			Es ist nur das:	
P [k]				

6 Diskursanalysen von arztseitigen Reaktionen auf Widerstände

[315]

	1419	1420 [1205.4 1421]
D [V]		••• O ar.
D [de]		Die Luft.
P [V]	klickt)) • sólo eso: • siento que me falta aire siempre.	
P [de]	ich spüre, dass mir immer die Luft fehlt.	

[316]

	1422	1423	1424	1425 [1210.0]
D [V]		Ja, sim´		
D [de]		Ja, ja´		
P [V]	Sólo cuando me estoy lavando y todo, ya estoy ((atmet hörbar			
P [de]	Wenn ich mich nur wasche und alles,	bin ich schon ((unverständlich, 0,5s))		
D [k]		deutsch		

[317]

	1426	1427	1428
D [V]	Ja´ Die Luft fehlt ihm jedes Mal vom Waschen		
P [V]	ein und aus)) ((unverständlich, 1s))´		
P [de]			

[318]

	1429	1430 [1213.8]	1431	1432	1433	1434	1435 [1216.4]
A [V]			Jà´ Ja, ja´ Hmhǎ´ Hǎ´ Okay´				
D [V]	gerade und so, sagt er noch mal.						
P [V]		Sí. ((lacht kurz))´	Ja, ja´				
P [de]		Ja.					
P [k]			lachend				

[319]

	1436	1437	1438	1439	1440 [1219.2]	1441	1442
A [V]	Gut. Vielen Dank.			Vielen Dank, Maria.			
D [V]				Okay.		Desejo boas	
D [de]						Ich wünsche	
P [V]	Ja?	Viel Dank.			Maria...		

Dieser Ausschnitt zeigt das Ende des Aufklärungsgesprächs. Nach der Aufklärung über die zweite Untersuchung unterschreibt der Patient, dass er auch mit diesem Eingriff einverstanden ist (s1405). Die Internistin gibt nochmals die Möglichkeit, Fragen zu stellen („Noch irgendwelche Fragen?“, s1410). Der Patient verneint auf Deutsch

(„Nein, dankeschön.“, s1414), äußert im Anschluss jedoch eine letzte Beschwerde, nämlich Atembeschwerden, welche er benennt und kurz imitiert (s1418-1425). Die dolmetschende Pflegekraft übersetzt seine Darstellung, wobei sie den propositionalen Gehalt leicht verändert wiedergibt („Die Luft fehlt ihm jedes Mal vom Waschen gerade und so, sagt er nochmal.“, s1427-1430). Die Internistin reagiert kurz („Jà’, Ja, jà’ Hmhǎ’ Hǎ’ Okay“., s1431-1435) und beendet das Aufklärungsgespräch recht abrupt („Gut. Vielen Dank.“, s1437-1438).

Von Interesse ist die ärztliche Reaktion auf die patientenseitige Beschwerdeschilderung. Vorab wird kurz die Bedeutung der Beschwerdeschilderung erläutert. Durch die folgende Verdolmetschung wird sie auch für die Ärztin rezipierbar (s1427-1430): „Die Luft fehlt ihm jedes mal vom Waschen gerade und so, sagt er nochmal.“ Genau wie bei der ersten Beschwerdeschilderung (Schmerzen) führt der Patient die Atembeschwerden nach einem von der Ärztin eingeleiteten Monitoring auf. Das Aufführen seiner Atemprobleme bedeutet einen Rückgriff im Behandlungsablauf und stellt eine abweichende Handlungslinie des Patienten dar. Genau wie im ersten Ausschnitt (siehe Kapitel 5.2 und 6.2.1) ist das Ziel des Patienten, die Ärztin über Beschwerden in Kenntnis zu setzen, damit diese in einem ersten Schritt eine medizinisch sinnvolle Reihenfolge an Untersuchungen von Beschwerden abwägen kann und in folgenden Schritten ggf. Therapien veranlassen kann. Bevor der Patient sich nicht sicher ist, dass die Ärztin von seinen Beschwerden weiß, wird er möglicherweise nicht bereit sein, sich an der Vorbereitung der besprochenen Untersuchung zu beteiligen, die für ihn in keinem Zusammenhang zu seinen Atembeschwerden zu stehen scheint.

Kommen wir nun zum Handeln der Ärztin. Sie reagiert mit mehreren aufeinander folgenden gesprächssteuernden Partikeln („Jà’, Ja, jà’ Hmhǎ’ Hǎ’ Okay“),<sup>41</sup> welche Konvergenz mit dem Sprecher und die Abgeschlossenheit des patientenseitigen Sprecherbeitrags signalisieren.<sup>42</sup> Die erste Partikel, eine Form von ‘JA’, ist mit einer fallenden Intonation versehen (Jà’, s1431) und hat die Funktion, ein Verstehen auszudrücken. Genauso fungieren die anschließend kurz aufeinander folgenden Formen: „Ja, jà“ (s1432). Die daraufhin folgende Partikel „Hmhǎ“ (s1433) drückt in seiner Dopplung ein Verstehen von Inhalten aus, welches eine „größere Anforderung“ an den Hörer stellt.<sup>43</sup> Die zwei letzten Formen „Hǎ“ und „Okay“ (s1434-1435) signalisieren eine Unterstellung von Abgeschlossenheit des Redebeitrags. Diese Wir-

<sup>41</sup> Unter ‘gesprächssteuernden Partikeln’ werden hier in Anlehnung an Liedke (1994, 41ff) sprachliche Formen verstanden, die als hörerseitige Rückmeldungen oder als Mittel der sprecherseitigen Verstehenssicherung dienen.

<sup>42</sup> Zu ‘HM’ und ‘JA’ vgl. Liedke (1994), Ehlich (1986b, 1979a) und Zifonun u. a. (1997).

<sup>43</sup> Siehe Zifonun u. a. (1997, 369).

kung wird insgesamt durch die Häufung der Partikeln verstärkt. Die Ärztin macht deutlich, dass sie keiner weiteren Erläuterungen mehr bedarf, da sie den Inhalt der gedolmetschten Äußerung – die Beschwerdeschilderung – registriert hat.

Mit ihrem sprachlichen Handeln geht die Ärztin ein Stück weit auf die Erwartungen des Patienten ein, indem sie zeigt, dass der erste Schritt für eine Behandlung der Atemprobleme getan ist, nämlich die Beschwerden zu registrieren. Die Reaktion ist trotz dieses Entgegenkommens als Nichthandeln – nach Rehbein (1977) eine ausbleibende erwartete Handlung – zu klassifizieren. Der Patient wird nämlich über das Registrieren hinaus eine weitergehende Erwartung bzgl. möglicher Fortsetzungshandlungen haben. Die Erwartung wird u.a. durch die vorherigen Reaktionen der Ärztin etabliert. Zuvor reagiert die Ärztin auf vom Patienten thematisierte Beschwerden, indem sie eine Untersuchung in Aussicht stellt (Deplazieren), einen Verdacht ausspricht (Einbetten) und Zusammenhänge zwischen Frage und geplanter Untersuchung verdeutlicht (Einbinden). Sie gibt zuvor also Einblicke in die Planung zur Behandlung des Patienten. Im vorliegenden Ausschnitt lässt sie jedoch offen, welche Bedeutung die Beschwerden hinsichtlich möglicher Krankheiten haben und, ob weitere Schritte zur Behandlung der Beschwerden bereits abgedeckt oder in Planung sind. Der Patient erhält also nicht wie zuvor Einblick in die Planung und seine Erwartungen, die im Aufklärungsgespräch gefestigt bzw. etabliert wurden, bleiben schließlich unerfüllt.

Im Anschluss an die arztseitige Reaktion, äußert der Patient eine Planstörungsexothese: „Ja?“ (s1436). Für diese Partikel gibt es zwei Lesarten. Zum einen ist es möglich, dass der Patient ein Rezeptionsdefizit im Bereich der Perzeption ausdrückt und zeigt, dass er Probleme hat, die deutschsprachigen Partikeln zu entschlüsseln. Ohne Verdolmetschung dürfte ihm dies aufgrund geringer Deutschkenntnisse und evtl. auch aufgrund der Sprachspezifik von Partikeln schwerfallen.<sup>44</sup> Zum anderen ist es möglich, dass das „Ja?“ eine Exothese einer enttäuschten Erwartung bzgl. einer ausgebliebenen Anschlusshandlung auf seine Beschwerdeschilderung ausdrückt.<sup>45</sup> Für beide Fälle gilt, dass patientenseitige Erwartungen bzgl. einer Anschlusshandlung auf seine Beschwerdeschilderung nicht erfüllt werden. Die Ärztin erwidert nichts auf das „Ja?“ – reagiert also mit einem weiteren Nichthandeln – und

<sup>44</sup> Liedke (1994) zeigt anhand eines Vergleichs von deutschen und griechischen Partikeln, dass diese sprachspezifisch sind. Funktion und Bedeutung der Partikeln haben vermeintlich universalen Charakter und so kommt sie in ihrer Arbeit zu dem Schluss, dass sich auch „[s]cheinbar ‘selbstverständliche’ Mittel wie beispielsweise die Partikelgruppen HM, AH oder JA [...] als Fallen für die interkulturelle Kommunikation“ erweisen (Liedke, 1994, 282).

<sup>45</sup> Zu Planstörungsexothesen als eine Form von verständnissicherndem Handeln siehe Kameyama (2004).

beendet das Gespräch schließlich („Gut. Danke.“).

Inwiefern wird mit der ärztlichen Reaktion nun der patientenseitige Widerstand des Wissensdefizits bzgl. der Behandlung bearbeitet? Auch wenn die Ärztin die Atembeschwerde registriert und damit ein Stück weit auf den Patienten eingeht, ist nicht klar, ob dies auch für den Patienten deutlich wird. Jedenfalls nutzt die Ärztin die patientenseitige Beschwerdeschilderung nicht als Ansatzpunkt, um den bestehenden Zusammenhang zwischen genannten Beschwerden und geplanter Untersuchung zu verdeutlichen (wie beim Einbinden in 6.2.3) und enttäuscht patientenseitige Erwartungen. Die unterschiedlichen Wissensbestände von Ärztin und Patient werden nicht angeglichen, unterschiedliche Situationseinschätzungen bleiben bestehen. Für den Patienten ist nicht klar, dass die Atembeschwerden als Symptom einer angenommenen Lungenembolie gedeutet werden. Er kann nicht wissen, ob eine Untersuchung der von ihm benannten Atemprobleme mit Priorität durchzuführen ist und sein Ziel wird nicht umgesetzt.

Dafür, dass der Patient sein Ziel nicht realisiert sieht, spricht weiterhin, dass er in einem Folgegespräch (PSD-AUF-39) mit einer anderen Ärztin erneut seine Atemprobleme schildert und es erneut zu asynchronem Handeln kommt. Da an der patientenseitigen Wissensstruktur hinsichtlich der Atembeschwerden nichts verändert wurde, bleibt der Widerstand bestehen und manifestiert sich also in einer neuen Patienteninitiative. Es handelt sich nicht um immer neue Widerstände, sondern um ein und denselben, den der Patient durch wiederholtes Äußern deutlich macht.

### 6.3 Reaktionen auf fehlendes Musterwissen

In diesem Kapitel geht es nun um die arztseitige Reaktion auf ein im Diskurs deutlich gemachtes fehlendes Musterwissen des Patienten. Bevor wir uns dem ärztlichen Handeln zuwenden, wird in Erinnerung gerufen, inwiefern fehlendes Musterwissen einen Widerstand darstellt. In dem in 5.3 analysierten Ausschnitt wurde ein Nichtwissen über das Muster ‘Monitoren’ rekonstruiert. Dieses äußerte sich in einem Nichthandeln und einer Thematisierung des Wissensdefizits. Die mit dem initiierten Monitoren erwartete patientenseitige Wissensprüfung und eine Aussage über möglichen Aufklärungsbedarf bleiben aus. Folglich kommt es zu keiner arztseitigen Kontrolle, ob weiterer Aufklärungsbedarf besteht und ob die Bedingungen für ein Fortfahren des Gesprächs erfüllt sind. Im folgenden werden die Muster ‘Elizitieren’ und ‘Nicht-handeln’ untersucht, mit denen Ärzte auf ein fehlendes Musterwissen des Patienten reagieren.

### 6.3.1 Elizitieren

Ein Beispiel für ein ‘Elizitieren’ nach einem fehlendem Musterwissen findet sich im Diskurs PD-AUF-27. In dem Gespräch klärt die Ärztin (Frau Fröhlich) den portugiesischsprachigen Patienten (Herrn Gomes) über eine geplante Lungen Spiegelung auf. Die zweisprachige Krankenschwester (Micaela) dolmetscht für die beiden. Der folgende Ausschnitt ist am Gesprächsende einzuordnen, nachdem die Ärztin auf Risiken des zuvor beschriebenen Eingriffs eingegangen ist und ein Monitoring einleitet.

#### A: Haben Sie alles verstanden?

Transkriptausschnitt 1 aus dem Aufklärungsgespräch PD-AUF-27

[63]

	197
A [v]	• Das geht aber normalerweise wieder • weg nach einigen

[64]

	198	199
A [v]	Tagen, die Heiserkeit.	
D [v]	Mas isso depois sai. Depois de uns dias	
D [de]	Aber das geht danach weg. Nach ein paar Tagen geht das	

[65]

	200 [315.7]	201	202	203	204	205 [318.7]	206
A [v]		Ja?	Haben Sie noch Fragen?		Keine		
D [v]	sai.		Hm̃				
D [de]	weg.						
P [v]	Sim.			Ja	Nein.		
P [de]	Ja.						

[66]

	207	208	209	210 [323.7]
A [v]	Fragen haben Sie?		Haben Sie alles verstanden?	
D [v]	Nenhuma		pergunta?	
D [de]	Keine		Fragen?	
P [v]	Was soll ich frage?			

gedehnt

[67]

	211	212	213	214
A [v]	((1,5s)) Gut. ((lacht kurz))' ((1,5s)) Dann können Sie			
P [v]	Ungefähr, ja.			

[68]

	215 [330.5]	216
A [v]	einmal hier unterschreiben.	Nee, d/
P [v]	Ich hab schon geschriebe.	

Nachdem die Ärztin den Eingriff der Lungenspiegelung beschrieben hat und Risiken genannt hat (bis 197), gibt sie dem Patienten die Möglichkeit, Fragen zum Eingriff zu stellen („Haben Sie noch Fragen?“, s203) und leitet damit ein Monitoring ein. Der Patient scheint die Ärztin auch ohne Verdolmetschung zu verstehen, äußert ein Sprechersteuerungssegment („Ja“, s204) und verneint auf Deutsch („Nein“, s205). Daraufhin reformuliert die Ärztin ihre Frage („Keine Fragen haben Sie?“, s206-207), um zu überprüfen, ob sie den Patienten richtig verstanden hat. Im Anschluss äußern sich Krankenschwester und Patient gleichzeitig. Die Krankenschwester dolmetscht die arztseitige Frage („Nenhuma pergunta?“, *Keine Fragen?*) und der Patient entgegnet auf Deutsch: „Was soll ich frage?“ (s207-208). Darauf geht die Ärztin mit einer weiteren Frage ein („Haben Sie alles verstanden?“, s209), die der Patient bejaht („Ungefähr, ja.“, s210). Schließlich bittet die Ärztin den Patienten um eine Unterschrift, die seine Zustimmung bezeugt, und beendet das Gespräch.

Von Interesse ist in diesem Kapitel die arztseitige Reaktion auf die patientenseitige Äußerung „Was soll ich frage?“. Durch die Frage macht der Patient deutlich, dass er nicht weiß, was er auf die vorherige arztseitige Frage entgegnen soll, d.h. dass er kein Musterwissen über das Monitoren hat (vgl. Analyse in 5.3). Die Ärztin reagiert mit einer weiteren Frage: „Haben Sie alles verstanden?“. Mit dieser Sprechhandlung versucht die Ärztin die durch das Nichthandeln zuvor enttäuschte Erwartung schließlich doch zu erfüllen, indem sie ein bestimmtes patientenseitiges Wissen elizitiert, wie im Folgenden erläutert wird.

Zunächst ist anzumerken, dass die Ärztin keine Antwort auf die Frage nach den mu-ster-spezifischen Erwartungen gibt, auf die der Patient zuvor anspielt („Was soll ich frage?“). Anstatt dessen macht sie eine Äußerung, die durch die Satzstellung („Ha-



ben Sie [...]?“) als Frage zu bestimmen ist. Mit dieser Frage macht die Ärztin ein Wissensdefizit deutlich und fordert den Patienten auf, das Defizit auszufüllen, indem er das fehlende Wissen aufruft und in Form einer Antwort verbalisiert.<sup>46</sup> Das Thema der Frage, mit dem die Ärztin über die Domäne des Wissensdefizits informiert, betrifft das patientenseitige Verständnis der zuvor im Aufklärungsgespräch beschriebenen Lungenspiegelung, auf die sie sich mit „alles“ bezieht. Das Rhema – das der Ärztin unbekanntes Wissens-element – betrifft die patientenseitige Einschätzung hinsichtlich des eigenen Verstehens.

Mit ihrer Frage versucht sie – genau wie mit der ersten Frage („Haben Sie noch Fragen?“) – die Bedingungen für das Fortfahren des Gesprächs zu ermitteln. Nachdem der Patient keine Aussage über möglichen Aufklärungsbedarf verbalisiert, versucht die Ärztin also auf eine andere Art die Bedingungen für das Fortfahren zu kontrollieren, sie vollzieht dafür eine Planänderung. Sie formuliert eine Frage, auf die eine Antwort leichter zu geben ist. Während bei der ersten Frage das Musterwissen über das Monitoren sowie eine Beurteilung, ob Aufklärungsbedarf besteht, notwendig sind, sind die Anforderungen an den Patienten bei der zweiten Frage niedriger. Hier wird er lediglich dazu aufgefordert, eine Einschätzung über das eigene Verstehen abzugeben. Die Ärztin entlockt dem Patienten ein bestimmtes Wissen geradezu. Derartige kommunikative Vorgehensweisen, Wissen vom Hörer zu ermitteln, werden in der Forschungsliteratur als ‘Elizitieren’ benannt.<sup>47</sup>

Überdies ist ihr Handeln als strategisches Handeln zu bestimmen. Nach Rehbein (1977) liegt eine Sprecherstrategie dann vor, wenn ein Sprecher, der für die Umsetzung seines Plans auf Kooperation des Hörers angewiesen ist, auf einen Widerstand des Hörers stößt und daraufhin den Ausgangsplan modifiziert.<sup>48</sup> Genau das ist im vorliegenden Ausschnitt der Fall. Beim Monitoren, das die Ärztin zuvor initiiert, wird vom Patienten eine Aussage über möglichen Aufklärungsbedarf erwartet. Nachdem er diese Erwartung enttäuscht, führt die Ärztin eine Planmodifizierung durch und fragt nach dem patientenseitigen Verstehen, welches sie offensichtlich als hinreichende Bedingung für das Fortfahren des Gesprächs beurteilt. Die Modifizierung besteht im Anfordern von unterschiedlichen Wissens-elementen. Im ersten Fall geht es um eine patientenseitige Beurteilung bzgl. möglichem Aufklärungsbedarf und im zweiten Fall geht es um die Einschätzung bzgl. des eigenen Verstehens.

---

<sup>46</sup> Zum Handlungspotential der Frage siehe Ehlich und Rehbein (1986, 70ff).

<sup>47</sup> Zum Elizitieren in Einstellungsgesprächen sowie in simulierten Einstellungsgesprächen (Rollen-spiel im Fremdsprachenunterricht) siehe Griebhaber (1987). Zum Elizitieren im Fremdsprachenunterricht siehe Lalayan (2013).

<sup>48</sup> Siehe Rehbein (1977, 310).

Mit ihrer Reaktion geht die Ärztin nicht direkt auf den Widerstand ein. Sie versucht nicht, das Wissensdefizit des Patienten auszufüllen, indem sie ihn über das Monitoren aufklärt. Vielmehr versucht sie, Wissen über die Bedingungen für die Fortführung des Gesprächs, welches sie mit dem Monitoren vergeblich zu ermitteln versucht hatte, auf eine andere Art und Weise zu ermitteln, nämlich durch die weitere Frage „Haben Sie alles verstanden?“. Das patientenseitige Wissensdefizit über das Monitoren bleibt also bestehen und der Widerstand wird nicht aufgelöst, sondern umgangen.

Weiterhin ist anzumerken, dass die Bedingungen für das Fortfahren des Gesprächs mit der besagten Frage nicht im selben Maße kontrolliert werden wie mit der Ausgangsfrage des initiierten Monitorens. Denn eine Aussage über ein Verstehen ist nicht gleichzusetzen mit einer Aussage darüber, keinen Aufklärungsbedarf mehr zu haben. Auch wenn der Patient die ärztlichen Ausführungen über den geplanten Eingriff verstanden hat, ist es möglich, dass ihm nicht erwähnte Sachverhalte bzgl. des Eingriffs nicht klar sind. Möglicherweise sind ihm Wissensdefizite oder Wissenskonflikte jenseits der zuvor thematisierten Aspekte bewusst, die den Eingriff im Ablauf behindern könnten oder die für sein Einverständnis relevant sind und über die er aufgeklärt werden will. Aber auch, wenn die Bedingungen für eine Fortführung des Gesprächs mit der Frage nach dem patientenseitigen Verstehen nicht im selben Maße wie mit der Ausgangsfrage kontrolliert werden, wird dem Patienten ein Ansatzpunkt geboten, einen Großteil möglicher Wissensdefizite anzusprechen und generell zu Wort zu kommen. Im vorliegenden Fall jedenfalls reicht der Ärztin die Aussage über das Verstehen des Patienten („Ungefähr, ja.“) aus, um mit dem Gespräch fortzufahren: „Gut. ((lacht kurz)) ((1,5s)) Dann können Sie einmal hier unterschreiben“.

### 6.3.2 Nichthandeln

Ein Beispiel für ein ärztliches Nichthandeln nach einem fehlendem Musterwissen findet sich im Diskurs PD-AUF-29. Die Analyse von Widerstand und Reaktion deutet darauf hin, dass das Nichthandeln ein Übergehen, also ein vorsätzliches Nichthandeln, darstellt. Weiterhin wird ersichtlich, dass es über Diskursgrenzen hinweg zu einer wiederholten Manifestation von Widerständen kommen kann, wenn an einem bestehenden Wissensdefizit nichts geändert wird, sondern es beispielsweise nur umgangen wird (wie beim Elizitieren, siehe 6.3.1).

Bevor der entsprechende Transkriptausschnitt präsentiert wird, wird das Aufklärungsgespräch PD-AUF-29 erneut kurz beschrieben. Die Ärztin (Frau Fröhlich) klärt den

## 6 Diskursanalysen von arztseitigen Reaktionen auf Widerstände

portugiesischsprachigen Patienten (Herrn Gomes) über zwei geplante Untersuchungen auf, eine Magenspiegelung und einen Ultraschall des Herzens. Die Interaktanten kennen sich bereits aus einem vorigen Aufklärungsgespräch (PD-AUF-27), welches soeben untersucht wurde (6.3.1). Die zweisprachige Nichte des Patienten dolmetscht für die beiden. Der folgenden Ausschnitt ist am Gesprächsende einzuordnen, nachdem die Ärztin auf Risiken des zuvor beschriebenen Eingriffs eingegangen ist, nach Allergien fragt und ein Monitoring einleitet.

### A: Keine Fragen? ((1s)) Okay.

Transkriptausschnitt 1 aus dem Aufklärungsgespräch PD-AUF-29

[138]

	697	698	699	700 [597.9]	701	702
A [v]	okay.		Haben Sie noch irgendwelche Fragen?			
D [v]		leise	Okay.			
P [v]						((2s)) Was
P [de]						

[139]

	703	704	705 [603.6]	706	707	708	709	710 [607.2]
A [v]			((2s)) Keine Fragen? ((1s)) Okay.					•
P [v]	soll ich frage?							((1s)) Não.
P [de]								Nein.

[140]

	711	712/713	714	715 [611.6]	716	717	718	719
A [v]	Gut.	Dann wars das. ((lacht kurz))	Gut.	((1s)) Prima, vielen				
Au [v]		((2s)) Gut. ((Lachen))						

[141]

	720 [615.8]	721	722
A [v]	Dank.	Prima.	
D [v]	Ja, dafür nicht.		
Au [v]	((unverständlich, 1s))	((lacht kurz))	

Wie auch im vorigen Diskursausschnitt (siehe 6.3.1) reagiert der Patient auf das arztseitige initiierte Monitoring („Haben Sie noch irgendwelche Fragen?“, s698-200) mit einer Frage: „Was soll ich frage?“ (s701-702). Er scheint die deutschsprachige Äußerung der Ärztin also zu verstehen und wendet sich mit seiner Gegenfrage wiederum auf Deutsch direkt an sie. Nach einer zweisekündigen Pause stellt die Ärztin erneut eine Frage: „Keine Fragen?“ (704-705) und deutet die ausbleibende Antwort als Bestätigung über einen ausbleibenden Klärungsbedarf („Okay.“, s707). Nach einer kurzen Pause verneint der Patient ihre Frage schließlich („Não.“ *Nein*, s709) und die Ärztin beendet das Gespräch (s711-715): „Gut. Dann wars das.“

Vor der Analyse der ärztlichen Reaktion wird kurz das patientenseitige Handeln rekonstruiert. Durch die Frage „Was soll ich frage?“ macht der Patient deutlich, dass er nicht weiß, was von ihm erwartet wird, d.h. dass er kein Musterwissen über das Monitoren hat (vgl. Analyse in 5.3). Es wird deutlich, dass sich an seinem bereits in PD-AUF-27 manifestierten Wissensdefizit (siehe 6.3.1) nichts geändert hat. Da der Widerstand des Wissensdefizits durch das ärztliche Elizitieren lediglich umgangen wurde und nicht aufgelöst wurde, weiß er auch bei dem hier initiierten Monitoring nicht, was von ihm erwartet wird. So kommt es zu einer abermaligen Manifestation seines Nichtwissens.

Kommen wir nun zur arztseitigen Reaktion auf das demonstrierte Wissensdefizit. Die Ärztin reagiert mit einer weiteren Frage: „Keine Fragen?“ Anstatt eine Antwort auf die patientenseitige Frage nach denusterspezifischen Erwartungen zu geben, initiiert sie also ein neues Frage-Antwort-Muster, in dem sie wiederholt nach möglichem Aufklärungsbedarf fragt. Aufgrund ihrer ausbleibenden Antwort – der erwarteten Folgehandlung – ist ihr Handeln als Nichthandeln zu bestimmen. Weiterhin scheint es sich bei dem Nichthandeln um ein ‘Übergehen’ nach Rehbein (1977) zu handeln, d.h. einem absichtlichen Nichthandeln.<sup>49</sup> Für diese Deutung spricht, dass einer Rezeption der patientenseitigen Frage nichts im Wege zu stehen scheint. Eine Perzeption wird nicht behindert (wie z.B. durch überlappende Redebeiträge oder Hintergrundgeräusche), die Frage des Patienten wird auf Deutsch formuliert und ist von zweisekündigen Pausen gerahmt. Weiterhin wird die ärztliche Hörerplanbildung durch die weitere Vorgeschichte unterstützt. Die Ärztin wurde bereits in PD-AUF-27 mit dem fehlenden Musterwissen des Patienten konfrontiert (siehe s207-208 im Transkriptausschnitt in 6.3.1), was einen zusätzlichen Hinweis für das Nachvollziehen des Sprecherplans liefert. Da keine offensichtliche Störung bei der Rezeption

---

<sup>49</sup> Zu den Begriffen ‘Nichthandeln’ und ‘Übergehen’ siehe Rehbein (1977, 229ff) sowie die Ausführungen in 6.2.4.

ausfindig zu machen ist, scheint der Grund für das ärztliche Nichthandeln nicht in einem Nichtkönnen, sondern in einem Nichtwollen zu bestehen, weshalb das ärztliche Handeln als Übergehen zu deuten ist.

Die Ärztin übergeht die patientenseitige Frage und das darin angedeutete fehlende Musterwissen nicht nur, sondern drängt den Patienten außerdem dazu, zu konstatieren, dass er keinen weiteren Aufklärungsbedarf mehr habe. Diese Antwort legt sie ihm durch die Formulierung ihrer Frage nahe: „Keine Fragen?“ In syntaktischer Hinsicht ist die Äußerung aufgrund ausgesparter Satzelemente nicht als Frage zu erkennen. Der Fragemodus wird lediglich durch die steigende Intonation am Äußerungsende deutlich. Das Wissensdefizit der Frage bezieht sich darauf, ob ein angenommener Sachverhalt zutrifft, nämlich, dass der Patient keine Fragen mehr hat. Hier wird eine ärztliche Erwartung ausgedrückt, die wiederum den Patienten bei der Beantwortung beeinflussen dürfte. Zunächst äußert er sich nicht sprachlich. Erst nachdem die Ärztin das Monitoring als abgeschlossen deutet („Okay.“) – was evtl. durch ein Kopfschütteln des Patienten bewirkt wird – antwortet er mit „Não.“ (*Nein*). Die hier nachgezeichnete Beeinflussung des Patienten macht deutlich, dass das Monitoring lediglich als formale Angelegenheit aufgefasst wird. Für die Ärztin scheint nicht von Interesse zu sein, ob der Patient tatsächlich Fragen hat. Für sie scheint lediglich die Aussage über nicht existierenden Aufklärungsbedarf von Bedeutung zu sein, damit die juristischen Anforderungen erfüllt sind.<sup>50</sup>

Durch die ausbleibende Bearbeitung des fehlenden Musterwissens und die Beeinflussung des Patienten wird nicht wirklich kontrolliert, ob der Patient Aufklärungsbedarf hat. Damit sind die Bedingungen für das Fortfahren des Gesprächs nicht gegeben.

## 6.4 Reaktionen auf Selbstdiskreditierung

Im Folgenden geht es um die arztseitige Reaktion auf eine sich manifestierende patientenseitige Selbstdiskreditierung. Und zwar wird der Fall eines abgebrochenen Elizitierens als mögliche Reaktionsform untersucht.

---

<sup>50</sup> Dass Ärzte dazu tendieren, das Monitoring als Formalität anzusehen, zeigt auch Bühlig (2009) in einer diskursanalytischen Untersuchung von drei Aufklärungsgesprächen. So werde durch die in den ärztlichen Fragen verwendeten Ausdrücke ‘noch’ und ‘irgendwelche’ angedeutet, dass patientenseitige Fragen unerwartet sind.

### 6.4.1 Abgebrochenes Elizitieren

Das Elizitieren, welches hier analysiert wird, kommt im Aufklärungsgespräch PD-AUF-16 vor. In dem Gespräch klärt der deutschsprachige Arzt (Herr Eckhoff) den portugiesischsprachigen Patienten (Herrn Marcos) zunächst über eine Hüft-OP und anschließend über eine Adduktorenkappung auf. Die zweisprachige Krankenschwester (Frau Rodrigues) dolmetscht für die beiden.

Genau wie nach dem Nichthandeln, das durch ein fehlendes Musterwissen entsteht (siehe 6.3.1), wird die Ursache für das Nichthandeln – in diesem Fall die Selbstdiskreditierung – nicht aufgelöst. Der Arzt versucht lediglich, das mit der Frage ursprünglich angeforderte Wissen durch eine weitere Frage zu elizitieren, und damit den Widerstand zu umgehen.

Der Ausschnitt, der im Folgenden untersucht wird, ist nach der Beschreibung der Hüftoperation und einem folgenden vom Arzt eingeleiteten Monitoring einzuordnen und wurde bereits in 5.4 analysiert.

Transkriptausschnitt 1 aus dem Aufklärungsgespräch PSD-AUF-16  
(bereits in 5.4 präsentiert)

[114]

	393	394	395 [510.4]
A [v]	Nee, gut.		lauter
D [v]	Nein, der hat kein...		Er weiß nicht, was
P [v]	que é que vou-lhe dizer?		O que é que hei-de
P [de]	soll ich Ihnen schon sagen?		Was soll ich schon sagen?

[115]

	396	397	398	399	400 [512.9;401]
A [v]	Okay.	Ja, gut, ich mein...			
D [v]	er sagen soll.				
P [v]	dizer?	O que, o que...	Não. Eu	disso...	
P [de]	Was,	was...	Nein.	Davon...	

6 Diskursanalysen von arztseitigen Reaktionen auf Widerstände

[116]

	402	403	404
D [v]	Hm̃'		
P [v]	Eu disse, nem que seja enganado.	Não posso falar nada	
P [de]	Davon, selbst wenn ich getäuscht werde.	Ich kann nichts sagen, da ich es	

[117]

	405 [517.7]	406	407	408	409
D [v]	Hm̃'				
P [v]	que não sei!	Não é?	•••	Eu posso dizer:	"Eu não quero
P [de]	nicht weiß!	Nicht wahr?	Ich kann sagen:	"Das will ich nicht!"	

[118]

	410 [520.5]	411	412
D [v]	Hm̃' •		
P [v]	isto!". Mas eu também não sei se falo bem, se falo mal.		
P [de]	Aber ich weiß auch nicht, ob ich was Richtiges oder was Falsches sage.		

[119]

	413	414	415 [524.5]	416	417
D [v]	Er weiß das nicht, weil er/ •	für ihn alles fremd ist.	Und er		
P [v]	Não é?	Que está, está,	está agora,	está,	
P [de]	Nicht wahr?	Denn es liegt, liegt,	liegt jetzt,	liegt,	

[120]

	418	419
D [v]	kann auch nicht entscheiden, ob es gut oder schlecht ist.	
P [v]	está na mão,	está na mão de quem faz o
P [de]	liegt in der Hand,	es liegt in der Hand dessen, der die Arbeit

[121]

	420 [529.5]	421
A [v]	Gut.	
D [v]		
P [v]	trabalho e da consciência, não é? O jeito é ter confiança no/	
P [de]	ausführt und des Gewissens, nicht wahr?	Die einzige Lösung ist, Vertrauen in den/ in

6 Diskursanalysen von arztseitigen Reaktionen auf Widerstände

[122]

	422	423	424	425 [534.8]
D [v]	Er hat nur äh...			
P [v]	((1,5s)) nos médicos, não é?		Nos firmes, não é?	
P [de]	die Ärzte zu haben,	nicht wahr?	In die, die sich ihrer Sache	

[123]

	426	427
A [v]	Ja, was hält er denn von der Gegenseite?	
P [v]	Eu não, eu não, eu não quero,	não quero
P [de]	sicher sind, né? Ich, ich, ich will nicht,	ich will das

[124]

	428	429	430 [539.0]431
A [v]	Jā, gut'		
D [v]	Ja, er hat nur Vertrauen • zu den Ärzten		
P [v]	isto, que eu não sei!		
P [de]	nicht, da ich es nicht weiß!		
A [k]	ungeduldig		

[125]

	432	433434	435 [541.3]
A [v]	• Okay.		
D [v]	und damit...		
P [v]	Pois, então.	Por que se eu soubesse nãoooo (daria)	
P [de]	Nun, also.	Wenn ich es wüsste, (würde) ich keeine Arbeit bereiten.	

[126]

	436
A [v]	Und dann gibts jetzt in diesem Falle bei ihm • noch was
P [v]	trabalho.
P [de]	



Nachdem der Arzt nach weiterem Aufklärungsbedarf gefragt hat (s372)<sup>51</sup> und die patientenseitige Reaktion darauf gedolmetscht wurde („Er weiß nicht, was er sagen soll.“, s395-396), erklärt der Patient auf Portugiesisch den Grund für dieses Unvermögen (402-410), was von Sprechersteuerungsaugmenten der Ad-hoc-Dolmetscherin begleitet und schließlich gedolmetscht wird: „Er weiß das nicht, weil er/ • für ihn alles fremd ist. Und er kann auch nicht entscheiden, ob es gut oder schlecht ist.“ (s413-419). Noch während die Ad-hoc-Dolmetscherin spricht, ergänzt der Patient seine Erläuterungen auf Portugiesisch (s414-435). Inmitten dieser Äußerungen setzt die Krankenschwester mit einer Verdolmetschung an („Er hat nur äh...“, s424) und der Arzt startet einen Bearbeitungsversuch („Ja, was hält er denn von der Gegenseite?“, s424), der aber nicht ins Portugiesische übertragen wird. Ein Teil der fortlaufenden patientenseitigen Äußerungen wird jedoch gedolmetscht: „Ja, er hat nur Vertrauen • zu den Ärzten und damit...“ (s429-432). Daraufhin verlässt der Arzt das Muster des Elizitierens („• Okay.“) und fährt mit der Ankündigung eines zweiten Eingriffs fort (ab s436).

Bevor die Handlungen des Arztes analysiert werden, wird kurz in Erinnerung gerufen, inwiefern die Selbstdiskreditierung einen Widerstand darstellt.

Der Patient reagiert mit einem Nichthandeln auf das arztseitig initiierte Monitoren („Hat er dazu noch Fragen?“). Dieses Nichthandeln, mit dem er die arztseitigen Erwartungen enttäuscht, begründet er mit einem Wissensdefizit, wie auch durch die Verdolmetschung deutlich wird („weil für ihn alles fremd ist“). Anschließend antizipiert der Patient eine weitere arztseitige Erwartung, nämlich eine Bewertung über den beschriebenen Eingriff abzugeben. Diese Erwartung benennt er und verbalisiert die Voraussetzungen für die erwartete Handlung, was ebenfalls gedolmetscht wird („Und er kann auch nicht entscheiden, ob es gut oder schlecht ist.“). In der Verdolmetschung wird die Einschätzung ausgedrückt, dass der Patient nicht befähigt ist, eine Bewertung bzgl. des geplanten Eingriffs abzugeben. Damit ist eine patientenseitige Entscheidung über den Eingriff in Form einer Zustimmung oder einer Ablehnung nicht realisierbar.

Wie geht der Arzt nun mit der sich manifestierenden Selbstdiskreditierung um? Zunächst beginnt er einen Bearbeitungsversuch, bricht ihn aber ab („Ja, gut, ich mein...“). Als dann die Selbstdiskreditierung manifest wird, macht er zunächst die eigene Rezeption durch ein Sprechersteuerungssegment deutlich („Gut“). Während

---

<sup>51</sup> Aus Platzgründen wird nicht der gesamte Ausschnitt präsentiert, sondern lediglich der Teil, in die patientenseitige Selbstdiskreditierung für den Arzt deutlich wird. Der gesamte Ausschnitt ab dem arztseitigen Monitoren (ab s372) kann im vollständigen Transkript im online-Korpus DiK von Bühlig und Meyer (2009) eingesehen werden.

der Patient seine Sichtweise weiter auf Portugiesisch ausführt, macht der Arzt eine Planänderung, um den Patienten doch zu einer Bewertung zu bewegen, und setzt diesen Plan durch einen Elizitierungsversuch um. Den geänderten Plan führt er mit folgender Äußerung aus: „Was hält er denn von der Gegenseite?“ Mit „Gegenseite“ nimmt er Bezug auf die Hüfte, die nicht Gesprächsgegenstand ist und die bereits operiert wurde. Mit seiner Frage versucht der Arzt also, sich das partikuläre Erlebniswissen des Patienten zu Nutze zu machen, indem er ihn auffordert, eine Bewertung über einen typgleichen, in der Vergangenheit liegenden Eingriff preiszugeben. Die Beurteilung des vergangenen Eingriffs stellt geringere Anforderungen an den Patienten, da tatsächlich erfolgte und nicht mögliche Aspekte (u.a. Risiken) Gegenstand der Bewertung sind. Indem der Arzt versucht, dem Patienten vor Augen zu führen, dass er durchaus dazu befähigt ist, eine Bewertung zu geben, nähert er sich dem Ziel, den Patienten zu einer Bewertung des geplanten Eingriffs zu bewegen. Das Ziel an sich ist mit der Bewertung des durchgeführten Eingriffs aber nicht erreicht, da zum aktuellen Zeitpunkt in Anbetracht veränderter Umstände (z.B. höheres Alter des Patienten) von einer anderen patientenseitigen Situationseinschätzung auszugehen ist und auch mögliche Aspekte wie Risiken mit bewertet werden sollten. Der Elizitierungsversuch bedeutet also lediglich eine Annäherung an die für eine Planübernahme erforderliche Bewertung.

Bemerkenswerterweise bricht der Arzt den Versuch ab, eine Bewertung zu elizitieren, nachdem die patientenseitige Einstellung bzgl. seiner Verantwortung am Entscheidungsprozess deutlich wird. Und zwar wird gedolmetscht, dass der Patient „Vertrauen“ zu den Ärzten habe. Dieser Symbolfeldausdruck scheint eine erneute Planänderung beim Arzt auszulösen. Direkt nachdem der Ausdruck ‘Vertrauen’ geäußert wird, gibt der Arzt ein Sprechersteuerungssegment („Ja, gut“), das eine Rezeption des Ausdrucks deutlich macht. Anschließend äußert er ein Hörersteuerungssegment („Okay.“), welches den Übergang zum nächsten Aspekt im Gespräch markiert. Der Arzt bricht den Elizitierungsversuch ab, verfolgt auch das Monitoring nicht weiter und geht zur Aufklärung des zweiten Eingriffs über („Und dann gibts jetzt in diesem Falle bei ihm • noch was Zweites, [...]“). Der Abbruch des Elizitierungsversuchs scheint durch die Aussage, der Patient habe Vertrauen zu den Ärzten, verursacht. Nachdem der Patient deutlich macht, dass er den Ärzten die Verantwortung für die Entscheidung über die Hüft-OP überträgt, sieht der Arzt wofür möglich keine Notwendigkeit mehr darin, den Patienten als Aktanten mit einer Teilverantwortung für seine medizinische Behandlung mit einzubeziehen und die Voraussetzungen für eine Entscheidung – die Rezeption des bisher gesagten – zu überprüfen.

## **6.5 Zusammenfassung der Analyse von Reaktionen auf Widerstände**

Im folgenden werden die Ergebnisse der Diskursanalysen von arztseitigen Reaktionen auf patientenseitige Widerstände hinsichtlich der Forschungsfragen (vgl. Kapitel 2.4) zusammengefasst. Zunächst werden die Handlungsmuster, mit denen die Ärzte auf die patientenseitigen Widerstände reagieren, hinsichtlich ihrer mentalen und sprachlichen Ausprägung beschrieben (Kapitel 6.5.1). Anschließend werden die Untersuchungsergebnisse hinsichtlich der Frage geprüft, inwiefern die mehrsprachige Konstellation in den jeweiligen Diskursen einen Einfluss auf arztseitige Reaktionen hat (Kapitel 6.5.2).

### **6.5.1 Charakteristika von arztseitigen Reaktionen**

Um eine Übersicht über die untersuchten arztseitigen Reaktionen zu erhalten, werden die unterschiedlichen Handlungsmuster mit denen Ärzte auf patientenseitige Widerstände reagieren, in der Abbildung 6.5.1 präsentiert. Die arztseitigen Reaktionen lassen sich – wie in der Abbildung ersichtlich wird – in drei Gruppen teilen: Reaktionen, die auf a) motivationsbezogene Widerstände des Patienten, b) einen blockierten Bewertungsmechanismus des Patienten und c) mögliche patientenseitige Wissensdefizite folgen. Auf die Reaktion des Nichthandelns wird in der folgenden Zusammenfassung nicht weiter eingegangen, sondern erst in Kapitel 6.5.2.

#### **Zu den arztseitigen Reaktionen auf motivationsbezogene Widerstände**

Oftmals betreffen motivationsbezogene Widerstände – Vorzeichen einer negativen Einstellung – Planelemente, die obligatorisch für den jeweiligen Eingriff sind. Um eine positive Einstellung zu erreichen, muss der Motivationsmechanismus des Patienten bearbeitet werden. Dies kann durch Begründungsversuche und argumentative Begründungsversuche bewerkstelligt werden. Beim argumentativen Begründen spielen sprachliche Mittel eine bedeutende Rolle, die eine Bewertung zum Ausdruck bringen („Nur ein, ein Zentimeterschnitt“, „sicherer“, „keine gefährlichen Mittel“). Und beim Begründen wird für den Fall einer Planübernahme die Beseitigung von Sachverhaltslücken in Aussicht gestellt („Bewegungsfreiheit“, „dann spüren Sie von der Untersuchung gar nichts“).

Wie die Diskursanalysen in 6.1.2 und 6.1.3 gezeigt haben, bleibt es aber oftmals nur beim Begründungsversuch bzw. beim argumentativen Begründungsversuch. Oft

PATIENT		ARZT
Dimensionen des subjektiven Handlungsraums	Patientenseitige Widerstandstypen	Arztseitige Reaktionstypen
Motivationsmechanismus	Negative Evaluierung des Plans	Argumentatives Begründen Ermahnen Nichthandeln
	Zweifel am Nutzen des Plans	Argumentatives Begründen
	Nichtverstehen des Plans	Begründen
Bewertungsmechanismus	Selbstdiskreditierung	Elizitieren
Wissensraum	Fehlendes Musterwissen	Elizitieren Nichthandeln
	Wissensdefizit bzgl. des Behandlungsplans	Deplazieren Einbetten Einbinden Nichthandeln

**Abbildung 6.5.1:** Für das Aufklärungsgespräch identifizierte patientenseitige Widerstandstypen und ihre Zuordnung zu Dimensionen des patientenseitigen Handlungsraums sowie identifizierte arztseitige Reaktionstypen, die auf Widerstände folgen

wird nicht adressatenspezifisch genug, sondern eher am Patienten vorbei begründet und zuvor zum Ausdruck gebrachte motivationsbezogene Widerstände bleiben bestehen. Will der Arzt den Patienten für eine Zustimmung zum Plan motivieren bzw. von einer Motivation zu einer Ablehnung abbringen, muss er zwischen verschiedenen Vorzeichen einer patientenseitigen negativen Einstellung unterscheiden. Je nachdem, ob die Vorzeichen in einem Nichtverstehen, einem Zweifel am Nutzen des Plans oder einer negativen Evaluierung bestehen, unterscheiden sich die Anforderungen, um eine positive Einstellung ( $E^+$ ) zu erreichen, wie u.a. in der Abbildung in der Abbildung 6.1.1 deutlich gemacht wurde.

Eine weitere arztseitige Art, motivationsbezogenen Widerständen zu begegnen besteht in sogenannten ‘vehementen’ argumentativen Begründungsversuchen und im Ermahnen wie in 6.1.3 gezeigt wurde. Bei diesen Mustern wird deutlich gemacht, dass die äußeren Umstände für das weitere Handeln ausschlaggebend sind. Beim vehementen argumentativen Begründungsversuch geschieht dies durch das Einbringen von Maximenwissen („Sie sind eine junge Frau. Da darf man nicht abwarten und

sagen, wir warten, ob/ dass der Tumor wächst.“) und beim Ermahnen durch die Aufforderung, eine bestimmte zuvor eingegangene Verpflichtung einzuhalten („Seien Sie froh!“).

Zwar bewegt die Berücksichtigung der äußeren Umstände den Patienten möglicherweise dazu, Widerstände wie Zweifel und Ängste zurückzustellen und sich zu fügen, so dass eine Fortführung der Behandlung und damit die Umsetzung des Zwecks von Diagnose und Therapie realisierbar wird. Jedoch wird der eigentlich bestehende patientenseitige Entscheidungsraum in den Hintergrund gerückt und der Zweck der Zustimmung wird übergangen.

### **Zur arztseitigen Reaktion auf einen blockierten Bewertungsmechanismus**

Darauf, dass ein Patient deutlich macht, dass er sich nicht instande sieht, eine Bewertung über einen geplanten Eingriff abzugeben, tätigt der behandelnde Arzt einen Elizitierungsversuch. Durch den Elizitierungsversuch erfragt der Arzt Wissen, dessen Produktion niedrigere Anforderungen an den Patienten stellt. Es wird nicht mehr eine Bewertung von einem geplanten Eingriff verlangt, sondern von einem ähnlichen, bereits durchgeführten Eingriff („Ja, was hält er denn von der Gegenseite?“), bei dem möglichen Aspekte (z.B. Komplikationen) nicht zu berücksichtigen sind. Indem der Arzt versucht, dem Patienten vor Augen zu führen, dass er durchaus dazu befähigt ist, eine Bewertung über einen vergangenen Eingriff zu geben, nähert er sich dem Ziel einer Bewertung des geplanten Eingriffs. Es bleibt aber lediglich bei einer Annäherung, da zum aktuellen Zeitpunkt in Anbetracht veränderter Umstände (z.B. höheres Alter des Patienten) von einer anderen patientenseitigen Situations-einschätzung auszugehen ist und mögliche Aspekte wie Risiken nicht mit bewertet werden.

### **Zu den arztseitigen Reaktionen auf patientenseitige Wissensdefizite**

Einem fehlenden Musterwissen begegnet die Ärztin in einem untersuchten Gespräch mit einem Elizitierungsversuch. Dieses Muster initiiert die Ärztin, nachdem ihre Erwartung über eine Aussage hinsichtlich etwaigem Aufklärungsbedarf des Patienten enttäuscht wurde (siehe 6.3.1). Durch den Elizitierungsversuch erfragt die Ärztin Wissen, dessen Produktion niedrigere Anforderungen an den Patienten stellt. Es wird nicht mehr danach gefragt, ob der Patient noch Aufklärungsbedarf hat, sondern, ob er alles verstanden hat („Haben Sie alles verstanden?“).

Das Wissen, welches die Ärztin mit dem Elizitieren zu erheben versucht, entspricht

jedoch nicht dem Wissen, welches ursprünglich abgefragt werden sollte. Es wird lediglich geprüft, ob der Patient den ärztlichen Ausführungen im Aufklärungsgespräch folgen konnte, jedoch wird nicht kontrolliert, ob Aufklärungsbedarf bzgl. zuvor bereits bestehender Wissensdefizite oder Widersprüche besteht. Der Zweck des ursprünglich initiierten Musters des Monitorens wird durch das Elizitieren nur zum Teil realisiert. Der patientenseitige Widerstand des fehlenden Musterwissens bleibt bestehen und führt in folgenden Gesprächen zu erneuten ausbleibenden Handlungen des Patienten (wie in 6.3.2 beschrieben).

Für sich anbahnende Wissensdefizite bzgl. des Behandlungsplans konnten die arztseitigen Reaktionen Deplazieren, Einbetten sowie Einbinden identifiziert und untersucht werden (siehe 6.2). Mit diesen Mustern wird in unterschiedlicher Weise versucht, eine patientenseitige Fokussierung weg von eigenen Zielen, die im patientenseitigen Wissensdefizit begründet liegen, hin zu arztseitigen Zielen zu erreichen. Beim Deplazieren wird die Umsetzung eines patientenseitigen Ziels auf die Zukunft verlegt („Das wird auch untersucht werden.“). Je nachdem, ob das Ziel Pragmeme betrifft, die bzgl. ihrer obligatorischen Abfolge vor oder nach dem Aufklärungsgespräch liegen,<sup>52</sup> wird der Patient sich mit dem Aufschub zufrieden geben. Geht der Patient davon aus, dass die Umsetzung seines Ziels vor dem arztseitigen Ziel liegen sollte, wird er evtl. nicht bereit sein, sich an der Realisierung des arztseitigen Ziels zu beteiligen und Wissen über einen geplanten Eingriff aufzunehmen.

Beim Einbetten wird eine Umsetzung des patientenseitigen Ziels nicht nur in Aussicht gestellt. Die Verfolgung des arztseitigen Ziels wird unterbrochen und eine Verfolgung des patientenseitigen Ziels wird – eingebettet in den durch arztseitige Ziele geprägten Diskurs – umgesetzt.

Auch beim Einbinden wird das patientenseitige Ziel umgesetzt. Dies geschieht, indem das Thema der patientenseitigen Handlungslinie mit dem Thema der ärztlichen Handlungslinie in Verbindung gebracht wird, im untersuchten Fall durch die Herstellung eines kausalen Zusammenhangs („[...] es könnte sein, dass das Herz so unregelmäßig und schnell schlägt, • weil in der Lunge ein • Blutgerinnsel ist.“). Die patientenseitige Handlungslinie wird sozusagen mit in die arztseitige Handlungslinie eingebunden. Durch ein Einbinden kann die patientenseitige Motivation für die Realisierung arztseitiger Ziele erhöht werden. Jedoch ist es nur in bestimmten Sachlagen möglich, die Ziele von Arzt und Patient thematisch miteinander zu verbinden.

---

<sup>52</sup> Zur Obligatorik der Abfolge siehe Bührig u. a. (2000, 16) und die Erläuterungen in 5.2.

### **Weitere Erkenntnisse**

Die Zusammenfassung der arztseitigen Bearbeitungsversuche macht deutlich, dass die Anforderungen sehr unterschiedlich sind, die Widerstände der drei präsentierten Gruppen zu überwinden. Während für die Überwindung von (möglichen) Wissensdefiziten lediglich ein Aufführen ebendieses Wissens notwendig ist, muss bei motivationsbezogenen Widerständen zunächst erkannt werden, worin Vorzeichen einer negativen Einstellung bestehen, um dann adressatenspezifisch den patientenseitigen Motivationsmechanismus zu bearbeiten. Diese unterschiedlichen Voraussetzungen stellen unterschiedlich hohe Anforderungen an das ärztliche Personal.

Besonders der Ausdruck von Angstgefühlen stellt Ärzte vor eine schwierige Aufgabe. Zumal es Patienten oftmals selbst nicht ganz klar ist, was das Objekt der Angst genau ist. Für eine Bearbeitung – und damit evtl. einer Überwindung – wäre zunächst eine Konkretisierung, wogegen sich die Angst richtet, hilfreich. Eine solche Konkretisierung ist unter Umständen mit einer einfachen arztseitigen Frage zu erreichen. Im Falle der Patientin aus TD-AUF-57 richtet sich die patientenseitige Angst auf das Szenario, nicht wieder aus der Narkose aufzuwachen (siehe Analyse in 6.1.3).

Die Diskursanalysen der ärztlichen Reaktionen haben weiterhin deutlich gemacht, dass patientenseitige Widerstände wiederholt auftauchen können, wenn mit den ärztlichen Reaktionen keine Auflösung der Widerstände erreicht wird, sondern diese lediglich umgangen werden (wie in 6.3.1) oder Bearbeitungsversuche fehlschlagen (wie in 6.1.2 und 6.1.3).

### **6.5.2 Einfluss der mehrsprachigen Konstellation auf Reaktionen**

Hinsichtlich einer Beeinflussung des arztseitigen Handelns durch die gegebene mehrsprachige Konstellation wurden folgende Beobachtungen gemacht. Zum einen kommt es in mehrsprachiger Arzt-Patienten-Kommunikation leichter zum Scheitern arztseitiger Bearbeitungsversuche von patientenseitigen Widerständen. Weiterhin kommt es leichter zu ausbleibenden erwarteten Folgehandlungen, d.h. zu Nichthandeln. Und schließlich ist in gedolmetschter Interaktion schwieriger zu rekonstruieren, ob ein Nichthandeln beabsichtigt oder unbeabsichtigt zustande kommt.

Kommen wir zunächst zur ersten Beobachtung, dass arztseitige Bearbeitungsversuche von Widerständen durch die Verdolmetschung scheitern. Dies passiert, wenn dolmetschende Personen Aspekte der Ausgangshandlungen in ihren reproduzierten Handlungen verändern, wie in 6.1.2 (Transkriptausschnitt 4) untersucht. Hier scheint der Ad-hoc-Dolmetscherin nicht klar zu sein, dass der Arzt versucht, eine Umbewer-

tung des Untersuchungsplans beim Patienten zu erreichen. In ihrer Verdolmetschung lässt sie die Teile aus, die den Plan als unaufwendig charakterisieren und das Potential haben, ihn annehmbar zu machen. Dadurch wird der Versuch des Arztes, den patientenseitigen Widerstand aufzulösen, vereitelt. Anders herum ist es aber auch möglich, dass dolmetschende Personen potentielle Widerstände bearbeiten, die Ärzte in ihren Handlungen nicht berücksichtigen. Einen solchen Fall beschreibt Meyer (2004).<sup>53</sup>

Wenden wir uns nun dem Nichthandeln zu. In den Diskursanalysen wurden mehrere Fälle von Nichthandeln untersucht. In dem einen Gespräch (PSD-AUF-37, 6.2.4) wurde die patientenseitige Erwartung nicht erfüllt, die geschilderte Beschwerde in Zusammenhang zum bestehenden Behandlungsplan zu stellen. Und in dem anderen Gespräch (PD-AUF-29, 6.3.2) wurde die Erwartung enttäuscht, ein durch eine Frage deutlich gemachtes patientenseitiges Wissensdefizit zu beseitigen. Diese untersuchten Fälle von Nichthandeln sind nun eher nicht auf die mehrsprachige Konstellation zurückzuführen.

Grundsätzlich gilt aber, dass gedolmetschte Interaktion anfälliger für unbeabsichtigtes Nichthandeln, für ‘Unglücksfälle’ ist. Zum einen existiert das Problem der Adressierung. Es gibt mindestens drei Interaktanten: die beiden primären Interaktanten sowie die dolmetschende Person. Nicht immer ist klar, an wen sich eine sprachliche Handlung richtet. Dies gilt besonders, wenn die primären Aktanten (Arzt und Patient) ohne Verdolmetschung direkt miteinander kommunizieren. Tatsächlich adressierte Aktanten fühlen sich evtl. nicht angesprochen, bilden keinen Hörerplan aus und übernehmen folglich auch nicht die Nachgeschichte einer Handlung. So kommt es unbeabsichtigt zur ausbleibenden Ausführung von erwarteten Handlungen.

Weiterhin ist gedolmetschte Interaktion durch eine ‘Ruptur’ des Interaktionsraumes sprachlichen Handelns gekennzeichnet (Bühlig und Rehbein, 2000), die die Rezeption von sprachlichen Handlungen erschwert. Die Ruptur führt zu einer internen Zerdehnung der Sprechsituation. Erst durch einen sprachlichen Transfer, die Verdolmetschung, kann der Hörer die sprachlichen Handlungen des Sprechers rezipieren. Diese Besonderheit bringt mit sich, dass „die Rezeption sprachlicher Äußerungen durch eine Ungleichzeitigkeit gegenüber nonverbalen Ausdrucksmitteln gekennzeichnet“ ist (Bühlig und ten Thije, 2005).<sup>54</sup> So kommt es leichter zu Rezeptionsdefiziten und sich daraus ergebenden ausbleibenden Anschlusshandlungen, also unbeabsich-

---

<sup>53</sup> Siehe Meyer (2004, 195ff). Hier beschreibt der Autor, wie eine Ad-hoc-Dolmetscherin einem potentiellen Kooperationshindernis durch ein abschwächende Charakterisierung einer Teilhandlung begegnet.

<sup>54</sup> Siehe Bühlig und ten Thije (2005, 1228).



tigtem Nichthandeln.

Im untersuchten Gespräch PD-AUF-29 scheint es sich um ein beabsichtigtes Nicht-handeln – ein Übergehen – zu handeln,<sup>55</sup> da einer Rezeption der patientenseitigen Frage offenbar nichts im Wege steht. Jedoch ist es in mehrsprachiger Kommunikation schwieriger zu rekonstruieren, ob ein Nichthandeln beabsichtigt oder unbeabsichtigt zustande kommt. Auch dies ist der Tatsache geschuldet, dass die Dolmetschkonstellation komplexer strukturiert ist als einsprachige Kommunikation.

---

<sup>55</sup> Zum Übergehen siehe Rehbein (1977, 229ff).

# 7 Diskussion und Ausblick

Im Folgenden werden die Ergebnisse der durchgeführten Diskursanalyse diskutiert. Zunächst werden die Ergebnisse in Beziehung zur einschlägigen Forschungsliteratur gesetzt (7.1). Anschließend werden Anregungen für die kommunikative Praxis gegeben, die sich in der Analyse für die beteiligten Interaktantengruppen ergeben haben und es wird ein Ausblick auf mögliche weitere Forschungsfragen zu Widerständen in der Arzt-Patienten-Kommunikation gegeben (7.2).

## 7.1 Diskussion der Ergebnisse bzgl. der Forschungsliteratur

Im Folgenden wird beschrieben, wie sich die vorliegende Arbeit von den medizinischen und psychologischen Studien abgrenzen lässt, die sich ebenfalls mit dem Untersuchungsgegenstand beschäftigen.

Kommen wir zunächst zum ‘schwierigen Patienten’. Blickt man flüchtig und ohne (sprach)wissenschaftliche Brille auf die untersuchten Gespräche, könnte man zu der Vermutung kommen, dass es sich bei den teilnehmenden Patienten um sogenannte ‘schwierige Patienten’ handelt, die aufgrund bestimmter charakterlicher Eigenschaften für auftretende Kommunikationsprobleme verantwortlich sind. So bringt einer der Patienten beispielsweise wiederholt gesprächsferne Themen ein und scheint der Ärztin nicht zuzuhören (PSD-AUF-37), andere Patienten bringen insistierend immer wieder eine negative Einstellung zum besprochenen Plan zum Ausdruck und könnten als skeptisch (TD-AUF-16) und ängstlich (TD-AUF-57) typisiert werden. Beliebte es dann bei dieser Charakterisierung, könnte man den Patienten die Verantwortung für entstandene Probleme im Gespräch zuschreiben. Durch die Diskursanalyse wurde jedoch deutlich, dass einige Widerstände und vor allem das Insistieren nicht auf bestimmte patientenseitige Charakterzüge zurückzuführen sind, sondern vielmehr interaktiv etabliert werden. So bilden sich Widerstände beispielsweise aufgrund unterschiedlicher Situationseinschätzungen, die wiederum durch Verständni-

## 7 Diskussion und Ausblick

gungsprobleme in vorherigen Gesprächen entstanden sind. Und ein patientenseitiges Insistieren kommt erst durch eine ausbleibende oder eine erfolglose Bearbeitung des Arztes zustande, wie gezeigt werden konnte.

Auch verschiedene Ansätze, in denen patientenseitige Widerstände als Gegenpart von *compliance* (Kooperation bei der eigenen Behandlung) untersucht werden, unterscheiden sich von der vorliegenden Arbeit. In den meisten Studien ist die *compliance*, bzw. Kooperation bei der eigenen Therapie von Interesse, z.B. in Form von Medikamenteneinnahme oder Diäteeinhaltung. Diese Form der Kooperation wird mit soziokulturellen Faktoren und teilweise auch mit einzelnen Aspekten der Kommunikationsqualität zwischen Arzt und Patient in Zusammenhang gebracht. Von diesen Vorgehensweisen unterscheidet sich der hier verwendete Ansatz zum einen dadurch, dass nicht nur einzelne Diskursaspekte wie z.B. Explizitheit von ärztlichen Anweisungen (vgl. Svarstad, 1974) in Erwägung gezogen wurden, sondern ein umfassenderer Blickwinkel eingenommen wurde, indem mithilfe der Kategorie der Konstellation die determinierenden mentalen und diskursartenspezifischen Voraussetzungen der untersuchten Gespräche berücksichtigt wurden. Ein weiterer wesentlicher Unterschied besteht in der Qualität der Untersuchungsdaten. Während in vielen medizinischen und psychologischen Arbeiten Patientenbefragungen durchgeführt werden, wurde hier ein direkter Einblick in Gespräche unternommen, indem Transkripte authentischen Arzt-Patienten-Gespräche untersucht werden. Dadurch konnte rekonstruiert werden, wie bestimmte Kooperationsdefizite erst in der Interaktion entstehen und trotz mehrmaliger arztseitiger Bearbeitungsversuche nicht behoben werden.

In der Sprachwissenschaft lässt sich die vorliegende Arbeit folgendermaßen einordnen. Während es bereits zahlreiche gesprächs- und konversationsanalytische Arbeiten zu Blockaden bei der Umsetzung von Diskurszwecken in der Arzt-Patienten-Kommunikation gibt (vgl. Kapitel 2.1.3), existieren nur wenige handlungstheoretische Untersuchungen. Hier sind die Arbeiten von Rehbein (1994) und von Bühlig (2009) zu nennen, in denen das Phänomen patientenseitiger Widerstände bei der Analyse anderer Untersuchungsgegenstände gestreift wird. Eine umfassende Untersuchung wie die vorliegende, in der eine handlungstheoretische Methode angewendet wird, liegt jedoch nach Wissen der Autorin bisher nicht vor. Dabei ermöglicht der handlungstheoretische Ansatz der Funktionalen Pragmatik einige Erkenntnisgewinne über Arzt-Patienten-Kommunikation, wie die Diskursanalyse deutlich gemacht hat und wie hier anhand einiger wichtiger Punkte zusammenfassend erläutert wird. Die systematische Berücksichtigung der Konstellation anhand der subjektiven Ka-

tegorien des Handlungsraums ermöglicht eine detaillierte Kategorisierung von bestimmten mentalen Dispositionen, nämlich den hier untersuchten patientenseitigen Widerstandstypen: Negative Evaluierung, Zweifel, Nichtverstehen, Wissensdefizite bzgl. des Behandlungsplans, fehlendes Musterwissen und Selbstdiskreditierung.

Weiterhin hat die funktional-pragmatische Kategorie des Musters eine genaue Analyse von Handlungen ermöglicht, mit denen Ärzte auf patientenseitige Widerstände reagieren und es konnte geprüft werden, inwiefern die arztseitigen Muster zielführend angewendet wurden.

Darüber hinaus konnte mithilfe der Kategorie des Musters ein Diskursphänomen beschrieben werden, welches auf den ersten Blick wie ein Aufkommen unzusammenhängender, einzelner Diskursphänomene erscheinen mag, nämlich das argumentative Begründen. Wie Trautmann (2004) herausarbeitet, sind beim argumentativen Begründen wiederholte Durchläufe durch das Muster typisch, in denen Interaktanten immer wieder aktuell neues Wissen einführen. Es handelt sich um ein „diskursives Verfahren“, in dem einzelne Musterdurchläufe in engem Zusammenhang miteinander stehen.<sup>1</sup> Die Berücksichtigung dieses Spezifikums erlaubt also die Einsicht, dass bestimmte Widerstandsmanifestationen im Diskurs Teil eines zusammenhängenden Diskursphänomens sind.

Schließlich hat der funktional-pragmatische Ansatz, den Hörer bei der Untersuchung von sprachlichem Handeln konsequent miteinzubeziehen, zu Erkenntnisgewinnen geführt. Zum Beispiel wurde für das argumentative Begründen herausgearbeitet, dass es nur adressatenspezifisch ausgerichtet eine Auflösung von motivationsbezogenen Widerständen ermöglicht. So ist für eine zielführende arztseitige Reaktion relevant, dass verschiedene Vorzeichen einer patientenseitigen negativen Einstellung – Nichtverstehen, Zweifel, negative Evaluierung – berücksichtigt werden.

Abschließend soll eine Anmerkung zum untersuchten Diskurstyp, dem Aufklärungsgespräch, gemacht werden. Wie Meyer (2004) erläutert, ist der Bewertungsaspekt in diagnostischen Aufklärungsgesprächen weniger ausgeprägt als in therapeutischen, da es sich bei diagnostischen Untersuchungen um relativ risikoarme Eingriffe handelt. Entscheidungen gegen den ärztlichen Plan sind eher nicht zu erwarten, wie er folgert.<sup>2</sup>

Grundsätzlich aber ist eine Entscheidung gegen einen Eingriff, bzw. als Vorstufe eine negative Einstellung möglich. Kommt es zu motivationsbezogenen Widerständen beim Patienten, ist der arztseitige Versuch, eine Umbewertung zu erreichen ein an-

---

<sup>1</sup> Siehe (Trautmann, 2004, S.87).

<sup>2</sup> Siehe Meyer (2004, 207f).

spruchsvolles Unternehmen, wie die vorliegende Untersuchung gezeigt hat. Denn Bewertungen fußen zum Teil auf tief verankerten Bewertungsmaßstäben und Erfahrungen. Eine Umbewertung ist möglicherweise nur schwer zu bewirken, vor allem in der kurzen Zeit, die für ein Aufklärungsgespräch vorgesehen ist. Dies trifft auf die Patientin in dem Gespräch TD-AUF-57 zu, die Angst hat, nicht wieder aus einer für den Eingriff notwendigen Vollnarkose zu erwachen. Anhand der Reaktionen des Arztes wird deutlich, dass eine Umbewertung nicht einfach zu erreichen ist. Zudem ist die patientenseitige Befürchtung, nicht aus der Narkose zu erwachen, kein seltenes Phänomen wie medizinische Studien zeigen (z.B. Penon und Ecoffey, 1995; Hähnel u. a., 1992) und so sind die Erkenntnisse bzgl. motivationsbedingter Widerstände entgegen der Erwartungen vielleicht doch für ein breiteres Praxisfeld relevant.

### 7.2 Anregungen für Praxis und Forschung

Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung lassen sich für die kommunikative Praxis nutzbar machen. Ärzte, Patienten und dolmetschende Personen können ihr eigenes Handeln reflektieren und für das Handeln ihrer Interaktionspartner sensibilisiert werden. Im Folgenden werden Anregungen für diese drei Gruppen und ebenfalls für die Institution Krankenhaus gegeben.

#### **Anregungen für Ärzte**

Die Verständigung zwischen Arzt und Patient kann verbessert werden, indem Ärzte darauf sensibilisiert werden, patientenseitige Widerstände in einem ersten Schritt zu erkennen. Im zweiten Schritt ist dann zu reflektieren, wie die Widerstände aufgelöst bzw. überwunden werden können, um die diskursartenspezifischen Zwecke umzusetzen und eine Fortführung des Gesprächs und ggf. der Behandlung zu ermöglichen. Zum Erkennen und Bearbeiten motivationsbezogener Widerstände:

Im Hinblick auf motivationsbezogene Widerstände ist zwischen verschiedenen Vorzeichen einer negativen Einstellung zu unterscheiden. Es ist zu differenzieren zwischen Nichtverstehen (werden deutlich durch Fragewörter, z.B. „wieso“) und Zweifel am Nutzen des Plans (Einschätzungen über den Nutzen eines Eingriffs, z.B. ‘es lohnt sich nicht’) sowie negativen Evaluierungen des Plans (werden deutlich durch Ausdrücke, die eine Bewertung des Eingriffs zeigen, z.B. „Angst“). Will der Arzt eine patientenseitige Umbewertung erreichen, muss er adressatenspezifisch argumentieren und seine Begründungsversuche an den unterschiedlichen Vorzeichen der patienten-

seitigen negativen Einstellung ausrichten.

Außerdem dürfte die Sichtweise, motivationsbezogene Widerstände als Zeichen von *agency* – der patientenseitigen Beteiligung am Entscheidungsprozess – zu werten wie Stivers (2005a) und Koenig (2011) es tun, hilfreich sein. Denn Patienten, die motivationsbezogene Widerstände offen legen und etwaige Bedenken nicht verschweigen, ermöglichen es Ärzten, ihr professionelles Wissen bzgl. dieser Bedenken einzubringen und die Patientenautonomie zu fördern.

Zum Erkennen und Bearbeiten eines blockierten Bewertungsmechanismus:

Dass ein Patient sich nicht imstande sieht, eine Bewertung über einen besprochenen Eingriff zu geben, wird z.B. durch eine ausbleibende Entscheidung über diesen Eingriff sowie durch eine negative Einschätzung der eigenen Bewertungsfähigkeit deutlich („Und er kann auch nicht entscheiden, ob es gut oder schlecht ist.“). Um den Patienten zu einer positiven Einschätzung seiner Fähigkeiten zu bringen, kann eine Bewertung ähnlicher Eingriffe eliziert werden, wie im untersuchten Fall. Weiterhin kann ein Zusammenfassen der grundlegenden Vor- und Nachteile des Eingriffs den Bewertungsvorgang erleichtern.

Zum Erkennen und Bearbeiten von möglichen patientenseitigen Wissensdefiziten:

Wissensdefizite bzgl. des Behandlungsplans sind daran zu erkennen, dass ein Patient Themen anspricht, die typischerweise vor oder nach dem Aufklärungsgespräch vorkommen. Der Patient versucht z.B. Wissen über körperliche Beschwerden zu vermitteln oder Wissen über eine Diagnose und Therapie einzuholen. Um diese Wissensdefizite zu beseitigen – und damit die im Aufklärungsgespräch bezweckte Orientierung und Zustimmung des Patienten zu ermöglichen – ist es ratsam, Wissensunterschiede bzgl. der Behandlung anzugleichen. D.h., Patienten sollten über den gesamten Behandlungsplan, einschließlich dem ärztlichen Verdacht, informiert werden. Weiterhin sind ggf. Ergebnisse von Vorgesprächen zusammenzufassen und Zusammenhänge zwischen Beschwerden und möglichen Krankheiten zu geben.

Ein fehlendes Musterwissen über das Monitoren, das am Gesprächsende durch ein arztseitiges „Haben Sie noch Fragen“ eingeleitet wird, ist an einer ausbleibenden Antwort bzgl. des eigenen Aufklärungsbedarfs sowie an Gegenfragen des Patienten („Was soll ich fragen?“) zu erkennen. Um die erwünschte Anschlusshandlung – eine Aussage über etwaigen Aufklärungsbedarf – zu erreichen, sollten Patienten ggf. über den Zweck der arztseitigen Frage aufgeklärt werden wie es z.B. in einem Aufklärungsgespräch geschieht, das Bührig (2009) untersucht.<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> Hier klärt der Arzt über den medizinischen Zweck seiner Frage auf (siehe Bührig, 2009, 160).

Zur mehrsprachigen Konstellation:

Neben diesen Anregungen, wie patientenseitige Widerstände in Aufklärungsgesprächen erkannt und überwunden werden können, lassen sich Empfehlungen für die mehrsprachige Gesprächskonstellation formulieren. Um für eine Verständigung zwischen Arzt und Patient zu sorgen, sollten Ärzte auf die formale Kooperation achten, um Wissensdefizite bzgl. des Behandlungsplans (siehe 5.2) zu vermeiden. D.h., dass sie die Verdolmetschung von Beiträgen der primären Gesprächspartner ermöglichen bzw. sogar forcieren sollten. Konkret heißt das, dass sie Zeit für die Verdolmetschung lassen und ggf. um eine Verdolmetschung bitten, auch wenn der Patient signalisiert, dass er den deutschsprachigen Äußerungen folgen konnte bzw. der Arzt den Eindruck hat, den Patienten verstanden zu haben. Auch wenn Patienten Deutschkenntnisse haben und den deutschsprachigen Ausführungen des Arztes zum Teil folgen können, sollte gewährleistet sein, dass auch komplexe Sachverhalte wie Untersuchungsabläufe und Risiken verstanden werden.

Weiterhin ist es ratsam, den Umgang mit kulturell bedingten Unterschieden zu reflektieren. So können unterschiedliche Erwartungshaltungen gegenüber dem Beziehungsmodell zwischen Arzt und Patient auftreten, wie in dem Gespräch, in dem der Patient sein Entscheidungsrecht an den Arzt abtritt (siehe 5.4). Weiterhin sollte beachtet werden, dass aufgrund mangelnder Erfahrung mit dem deutschen Gesundheitswesen Wissensdefizite über Diskursartenspezifika bestehen können (siehe 5.3).

### **Anregungen für Patienten und dolmetschende Personen**

Nicht nur das ärztliche Personal sondern auch Patienten und ggf. dolmetschende Personen können für den Umgang mit Widerständen sensibilisiert werden.

Grundlegend ist es ratsam, Patienten bzgl. ihrer Behandlung über reguläre Abläufe in deutschen Krankenhäusern sowie ihre Rechte und Pflichten als Patienten zu informieren. Hierfür sind Ratgeber und Wegweiser in verschiedenen Sprachen nützlich (z.B. Djomo u. a., 2009). Weiterhin können Patienten vor Gesprächen mit dolmetschenden Personen informiert werden (z.B. in Form von kurzen Lehrvideos), wie die formale Kooperation bei mehrsprachiger Kommunikation funktioniert und die jeweiligen Gesprächsbeiträge bei den Interaktanten ankommen.

Sind dolmetschende Personen am Gespräch beteiligt, sollten auch sie Kenntnisse über Behandlungsabläufe haben, sowie Charakteristika von Aufklärungsgesprächen (bzw. anderen Diskurstypen) kennen. Dieses Wissen ist wichtig, um patientenseitige Widerstände und auch das Potential von arztseitigen Bearbeitungsversuchen

zunächst zu erkennen und bei Verdolmetschungen zu berücksichtigen. Kenntnisse über Behandlungsabläufe und Diskurstypen können beispielsweise in Fortbildungen wie von Bührig u. a. (2012) vermittelt werden.

### **Anregungen für die Institution Krankenhaus**

Kommen wir abschließend zum Dilemma, dass juristische und medizinische Zwecke im Aufklärungsgespräch nicht immer vereinbar sind.

In der Untersuchung wurde gezeigt, wie zwei Ärzte mit allen Mitteln versuchen, eine Fortführung der Behandlung zu erreichen, während die Patientin immer wieder motivationsbezogene Widerstände, vor allem Angst vor der Vollnarkose, zum Ausdruck bringt.<sup>4</sup> Nachdem die Ärzte es trotz großer Mühen nicht schaffen, die negative Einstellung der Patientin in eine positive zu wandeln, lässt der Oberarzt immer weniger Raum für die Entscheidungsfreiheit der Patientin und ihr Einverständnis scheint kaum noch relevant. Eine Kritik am ärztlichen Handeln ist leicht gemacht. Wie aber sieht ein alternativer Umgang aus, der ethisch akzeptabel ist und sowohl die patientenseitige Zustimmung berücksichtigt als auch eine Fortführung der Behandlung ermöglicht? Hilfreich wäre eine Anlaufstelle innerhalb des Krankenhauses, z.B. durch psychotherapeutisches Personal, an die sich Ärzte und Patienten mit Fragen und Zweifeln wenden könnten. In einem Folgegespräch könnte etwaigen Ängsten von Patienten auf den Grund gegangen werden. Dies würde eine Entlastung sowohl für Patienten als auch für Ärzte darstellen.

Auch aus der Untersuchung des Aufklärungsgesprächs über die Hüft-OP<sup>5</sup> lassen sich Anregungen für die kommunikative Praxis ableiten. Der patientenseitige Zweifel, ob sich eine Hüft-OP angesichts seines fortgeschrittenen Alters lohne, wird nicht vom Arzt aufgegriffen. Auch nicht, nachdem der Patient diesen Zweifel ein zweites Mal äußert. Anstatt zu versuchen, den Patienten mit nicht adressatenbezogenen Begründungsversuchen zu einer Zustimmung zu bewegen, damit schließlich die geplante Therapie durchgeführt werden kann, wäre ein gemeinsames Prüfen, ob die Operationen wirklich sinnvoll sind, eher im Sinne des Patienten. Am Ende einer solchen gemeinsamen Prüfung kommen Patienten evtl. sogar dazu, sich gegen bestimmte Eingriffe zu entscheiden. Auf diese Option sollten Ärzte vorbereitet sein. Bei Bedarf sollte seitens des Krankenhauses Raum für Austausch und Beratung geboten werden, wie ein Umgang mit patientenseitigen Zweifeln bzw. einer patientenseitigen Ablehnung von geplanten Eingriffen aussehen kann.

---

<sup>4</sup> Siehe Aufklärungsgespräch TD-AUF-57, welches in 6.1.3 untersucht wurde.

<sup>5</sup> Siehe Aufklärungsgespräch PD-AUF-16, welches in 6.1.2 untersucht wurde.



Ebenso könnte es für den beschriebenen Fall, dass der Patient auf sein Recht zu entscheiden verzichtet (wie in 6.1.2 beschrieben) Diskussionbedarf geben. Wie sollten Ärzte damit umgehen, wenn der Patient den Ärzten die Verantwortung für die Entscheidung über bestimmte Eingriffe überträgt? Die Medizinethiker Beauchamp und Childress (2009) vertreten die Sichtweise, dass eine eigenständige Entscheidung ein Recht und keine Pflicht des Patienten ist.<sup>6</sup> Wäre demzufolge ein Abtreten der patientenseitigen Entscheidungsfreiheit an den Arzt eine vertretbare Option? Fraglich ist dabei jedenfalls, ob Ärzte, die in ihrer Rolle als Institutionsvertreter auch Interessen des Krankenhauses verfolgen, immer im besten Interesse des Patienten handeln können. Für eine Diskussion, wie ein juristisch und ethisch angemessener Umgang mit dem Verzicht zu entscheiden aussehen kann, wäre vermutlich Bedarf.

### **Anregungen für weitergehende Forschung**

In der vorliegenden Arbeit wurden Widerstände aus arztseitiger Perspektive gezeigt, d.h. es wurde lediglich sprachliches Handeln analysiert, in dem sich Konstellationen manifestieren, die der Umsetzung institutioneller Zwecke im Aufklärungsgespräch im Wege stehen. Über diesen Untersuchungsbereich hinaus gibt es weitere, die in dieser Arbeit nicht berücksichtigt wurden.

Nimmt man die Perspektive von Patient und ggf. dolmetschender Person ein, ergeben sich weitere Untersuchungsgegenstände. Zum einen dürften für Patienten andere Konstellationen Widerstände darstellen, und zwar dadurch, dass Arzt bzw. dolmetschende Person mit ihrem Handeln patientenseitige Ziele blockieren; zum Beispiel das patientenseitige Bestreben, Krankheitserfahrungen in ganzheitlichen Erzählungen zu verarbeiten (vgl. Lalouschek, 2002b). Und nimmt man die Perspektive der dolmetschenden Personen ein, dürften sich besondere Herausforderungen beschreiben lassen. Denn sie haben die komplexe Aufgabe, unter Berücksichtigung der aktantenspezifischen Ziele bzw. Zwecke im Sinne einer Kooperation in Gespräch und weiterführender Behandlung zu dolmetschen. Gerade bei konfligierenden Zielen von Arzt und Patient werden dolmetschende Personen vor hohe Herausforderungen gestellt.

Über das Einnehmen anderer Aktantenperspektiven ergeben sich weitere Untersuchungsbereiche und Fragestellungen durch den Blick in andere Diskurstypen. Im Anamnesegespräch zum Beispiel steht dem Zweck des ärztlichen Wissensaufbaus das patientenseitige Ziel im Weg, ein bestimmtes Persönlichkeitsbild aufrecht zu erhal-

---

<sup>6</sup> Siehe Beauchamp und Childress (2009, 107).

## *7 Diskussion und Ausblick*

ten. So kooperieren Patienten möglicherweise nicht beim Frage-Antwort-Muster, weil sie Wissen über persönliche Dinge nicht preisgeben wollen. Auch in Diagnose-, Beratungs- und Therapiegesprächen sind diskursartenspezifische Widerstände des Patienten möglich.

Um Erkenntnisse über Widerstände in anderen Diskurstypen und aus Perspektive anderer Interaktanten zu erhalten, müssten weitere Diskursanalysen durchgeführt werden.

# Anhang

## 1 Kurzfassung der Ergebnisse

In dieser sprachwissenschaftlichen Untersuchung von medizinische Aufklärungsgesprächen werden Konstellationen erforscht, in denen deutlich wird, dass die im Gespräch angestrebte patientenseitige Zustimmung unsicher ist. Zwar steht es dem Patienten durchaus frei, einen Eingriff abzulehnen. Diese Option aber stellt für die Institutionsseite tendenziell etwas Unerwünschtes dar, weil ohne die Zustimmung keine Behandlung durchgeführt werden kann und keine angestrebte Heilung bzw. Therapie des Patienten bewirkt werden kann. Problematisch ist vor allem, wenn sich abzeichnet, dass eine Zustimmung aufgrund lückenhaften oder strittigen Wissens nicht zustande kommt oder, wenn der Patient gar keine Entscheidung treffen kann bzw. will. Derlei Konstellationen, sogenannte ‘patientenseitige Widerstände’, sind Gegenstand der Untersuchung.

Mithilfe der linguistischen Theorie der Funktionalen Pragmatik (siehe z.B. Rehbein, 2001) werden fünf authentische Aufklärungsgespräche untersucht. In diesen Gesprächen klärt der Arzt den Patienten über diagnostische oder therapeutische Eingriffe auf (z.B. Magen- oder Lungenspiegelung) und bezweckt, eine patientenseitige Zustimmung zum jeweiligen Eingriff einzuholen. Ziel der Arbeit ist zum einen, unterschiedliche Typen von Widerständen zu identifizieren und zum anderen arztseitige Reaktionen auf die Widerstände zu untersuchen. Da die vorliegenden Gesprächsdaten mehrsprachig sind – Ärzte und Patienten sprechen unterschiedliche Sprachen und zweisprachige Pflegekräfte dolmetschen – wird außerdem geprüft, inwiefern die mehrsprachige Konstellation Einfluss auf patientenseitige Widerstände und arztseitige Reaktionen hat.

Es wurden unterschiedliche Typen patientenseitiger Widerstände identifiziert. Zum einen wurden Widerstandstypen beschrieben, die die Motivation zum geplanten Eingriff betreffen. Sieht der Patient keinen Grund für den Eingriff („Warum machen wir Vollnarkose?“) oder hat er Zweifel am Erfolg (‘lohnt es sich?’), bildet er möglicherweise keine erforderliche Motivation für den Eingriff und für die Zustimmung aus. Und bewertet er Elemente des Eingriffs negativ („Ich hab so Angst.“), bildet er womöglich sogar eine Motivation aus, den Eingriff abzulehnen. Weiterhin kann einer Zustimmung auch ein Wissensdefizit bzgl. des gesamten Behandlungsplans im Wege stehen, da es dazu führen kann, dass der Patient seine eigenen Ziele verfolgt, z.B. Beschwerden vorzutragen („Schmerzen“) und dem Arzt nicht zuhört. Dies ist problematisch, da das Wissen, das der Arzt vermitteln will, Grundlage für eine rechtmäßige Zustimmung des Patienten ist. Auch Wissensdefizite über diskursar-

tenspezifische Aspekte können ein Hindernis darstellen. So ist eine vor Gesprächsabschluss vom Arzt intendierte Prüfung des patientenseitigen Wissens nicht möglich, wenn der Patient nicht weiß („Was soll ich fragen?“), dass eine solche Prüfung durch die arztseitige Frage „Haben Sie noch Fragen?“ erwartet wird. Damit ist die Voraussetzung für eine Entscheidung über den geplanten Eingriff, nämlich dass der Patient keinen Aufklärungsbedarf hat, nicht gegeben. Und schließlich sind notwendige Voraussetzungen für eine patientenseitige Entscheidung nicht gegeben, wenn der Patient deutlich macht, dass er sich nicht imstande sieht zu entscheiden („Und er kann auch nicht entscheiden, ob es gut oder schlecht ist.“).

Hinsichtlich der arztseitigen Reaktionen auf die patientenseitigen Widerstände können die folgenden Ergebnisse festgehalten werden. Es werden unterschiedliche Reaktionstypen in Form von sprachlichen Handlungsmustern (z.B. ‘argumentatives Begründen’ nach motivationsbezogenen Widerständen oder ‘Elizitieren’ nach diskursartenspezifischem Wissensdefizit) beschrieben. Diese arztseitigen Handlungsmuster werden nicht immer zielführend eingesetzt, in dem Sinne, dass patientenseitige Widerstände überwunden werden. Die patientenseitigen Einstellungen und Wissensbestände, die einer Zustimmung im Wege stehen, bleiben bisweilen auch nach den arztseitigen Bearbeitungsversuchen bestehen. So ist für das ‘argumentative Begründen’ festzuhalten, dass es lediglich bei einem Begründungsversuch bleibt, wenn nicht adressatenspezifisch genug gearbeitet wird, z.B. wenn der Arzt angesprochenen Ängsten des Patienten nicht begegnet. Grundsätzlich wird in den untersuchten Aufklärungsgesprächen versucht, eine patientenseitige Zustimmung zu erreichen. In einigen Fällen jedoch, wird der patientenseitige Entscheidungsraum in den Hintergrund gerückt, indem äußere Zwänge als maßgeblich gekennzeichnet werden. Dies ist z.B. der Fall bei ‘argumentativen Begründungsversuchen’, in denen der Arzt durch das Anführen von ‘Maximenwissen’ deutlich macht, dass die äußeren Umstände für das weitere Handeln ausschlaggebend sind („Sie sind eine junge Frau. Da darf man nicht abwarten und sagen, wir warten, ob/ dass der Tumor wächst.“).

Schließlich wurden Erkenntnisse im Hinblick auf die mehrsprachige Konstellation gewonnen. Patientenseitige Widerstände, die in Wissensdefiziten bestehen – in Bezug zum gesamten Behandlungsplan sowie zu Diskursartenpezifika – werden durch die mehrsprachige Konstellation begünstigt. Weiterhin kommt es in mehrsprachiger Arzt-Patienten-Kommunikation leichter zum Scheitern arztseitiger Bearbeitungsversuche von patientenseitigen Widerständen. So können Bearbeitungsversuche vereitelt werden, wenn dolmetschende Personen Aspekte der Ausgangshandlungen in ihren Verdolmetschungen verändern.

Für eine Verbesserung der kommunikativen Praxis ist generell Folgendes festzuhalten: Damit Ärzte einen bestimmten Eingriff durchführen und gleichzeitig das medizinisch und juristisch begründete Selbstbestimmungsrecht des Patienten respektieren können, gilt es zunächst, aufmerksam unterschiedliche Zeichen von etwaigen patientenseitigen Widerständen zu lesen, um dann entsprechend reagieren zu können und diese Widerstände ggf. zu überwinden.

## 2 Summary of results

In this linguistic study of medical briefings for informed consent, scenarios are investigated in which it becomes clear that the sought after consent of the patient is not guaranteed. Of course the patient can always refuse a procedure. However, this option tends to be undesirable for the physician as treatment cannot be carried out without the patient's consent and the necessary measures for the ultimate curing of the patient cannot be achieved. It is particularly problematic when consent cannot be obtained due to knowledge deficits or controversial knowledge, or if the patient is unable or not willing to make a decision at all. Such scenarios, so-called 'patient-side resistances', are the subject of this investigation.

Using the discourse analytical approach of 'functional pragmatics' (e.g. Rehbein, 2001), five authentic doctor-patient-interactions were analysed. In these interactions physicians inform the patient about a planned diagnostic or therapeutic intervention (e.g. gastroscopy or bronchoscopy) and seek to obtain the patient's consent. The aim of the thesis is, firstly, to identify different types of patient-side resistance and, secondly, to investigate the reactions of the physicians. Since the conversational data herein is multilingual – physicians and patients speak different languages and bilingual nurses interpret – it is also examined to what extent the multilingual scenario has an influence on patient-side resistances and the reactions of the physicians.

Different types of patient-side resistance were identified. First, resistance types have been described which relate to the motivation for the planned intervention. If the patient sees no reason for a medical treatment („Warum machen wir Vollnarkose?“, *Why do we need a general anaesthetic?*) or if he has doubts about the success ('lohnt es sich?', *is it worth it?*), he may not develop the necessary motivation to give his consent. And if he evaluates elements of the intervention negatively („Ich hab so Angst.“, *I'm so afraid.*), he may even be motivated to reject the procedure. Furthermore, a knowledge deficit regarding the whole plan for treatment is also problematic, since it may result in the patient pursuing his own goals, e.g. demonstrating physical

complaints („Schmerzen“, *pain*), and not listening to the physician’s description of the procedure. This again is problematic since a consent is only legal if the patient gives it, taking this knowledge about the procedure into account. Knowledge deficits on discourse-specific aspects can also be an obstacle. For example, a doctor’s intended verification of patient-side knowledge is impossible if the patient does not know („Was soll ich fragen?“, *What should I ask?*) that such a verification is expected by the doctor’s question „Haben Sie noch Fragen?“ (*Do you still have any questions?*). Thus, the conditions for a decision about the intended procedure, namely, that the patient has no more need of explanation, are not fulfilled. Finally, the necessary conditions for a patient-sided decision are not present if the patient sees himself unable to decide („Und er kann auch nicht entscheiden, ob es gut oder schlecht ist.“, *And he cannot decide whether it is good or bad*).

Regarding the physician’s reactions to the patient-side resistances the following results can be obtained. Different reaction types were described in the form of linguistic action patterns (e.g. ‘argumentative reasoning’ for motivation-related resistances or ‘elicitation’ for discourse-specific knowledge deficits). These action patterns are not always effectively used, in the sense that patients’ resistances are overcome. The attitudes and knowledge base of the patient, which stand in the way of consent, sometimes persist even following the doctor’s persuasive efforts. In the case of argumentative reasoning, it should be noted that the reasoning remains only a reasoning attempt, if it is not addressee-specific enough, for instance when the physician does not encounter revealed fears of the patient. Generally, in all interactions the attempt is made to obtain the patient’s consent. In some cases, however, the patient’s freedom to decide is pushed into the background by declaring external factors as crucial. This is for instance the case with argumentative reasoning when the physician makes it clear that the external circumstances determine further action („Sie sind eine junge Frau. Da darf man nicht abwarten und sagen, wir warten, ob/ dass der Tumor wächst.“, *You are a young woman. You cannot wait to see if / when the tumour will grow.*)

Finally, new insights were gained with regard to the multilingual constellation. Patient-side resistances that persists in knowledge deficits – regarding the whole plan for treatment and discourse specifics – are compounded by the multilingual scenario. Furthermore, physicians’ attempts to overcome resistances are more likely to fail in multilingual communication. For instance, physicians attempts can be undermined when interpreters change aspects of the original utterances in their interpretations.

## *Anhang*

For an improvement in communicative practice, the following statement applies in general: In order to perform a specific medical procedure and at the same time respect the medically and legally justified right to self-determination of the patient, physicians need to read the different signs of possible patient-side resistances carefully so that they can react accordingly and overcome these resistances.



### **3 Eidesstattliche Versicherung**

Hierdurch versichere ich, Birte Pawlack, an Eides Statt, dass ich die Arbeit selbständig angefertigt, andere als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und die den herangezogenen Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Birte Pawlack

# Literaturverzeichnis

- [Altmann 2007] ALTMANN, Hans: Gradpartikel. In: *Handbuch der deutschen Wortarten*. Berlin u.a.: de Gruyter, 2007, S. 357–385
- [Austin 1962] AUSTIN, John L.: *How to do things with words*. Oxford: Clarendon Press, 1962
- [Beauchamp und Childress 2009] BEAUCHAMP, Tom L. ; CHILDRESS, James F.: *Principles of bioethics, 6. ed.* New York u.a.: Oxford University Press, 2009
- [Bergmann 2001] BERGMANN, Jörg R.: *Das Konzept der Konversationsanalyse*. S. 919–927. In: BRINKER, Klaus (Hrsg.) ; ANTOS, Gerd (Hrsg.) ; HEINEMANN, Wolfgang (Hrsg.) ; SAGER, Sven F. (Hrsg.): *Text- und Gesprächslinguistik, Teilband 2*, Berlin, New York: Walter de Gruyter, 2001
- [Biel 1983] BIEL, Maria: *Vertrauen durch Aufklärung: Analyse von Gesprächsstrategien in der Aufklärung über die freiwillige Sterilisation von Frauen in einer Klinik*. Frankfurt a.M.: Verlag Peter Lang, 1983
- [Bliesener 1980] BLIESENER, Thomas: Erzählen unerwünscht. Erzählversuche von Patienten in der Visite. In: EHLICH, Konrad (Hrsg.): *Erzählen im Alltag*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp, 1980, S. 143–179
- [Bliesener 1984] BLIESENER, Thomas: *Gesprächskrisen. Entstehung und Bewältigung von Komplikationen in der Gesprächsführung*. Opladen: Westdeutscher Verlag, 1984
- [Bliesener und Köhle 1986] BLIESENER, Thomas ; KÖHLE, Karl: *Die ärztliche Visite*. Opladen: Westdeutscher Verlag, 1986
- [Bühler 1934] BÜHLER, Karl: *Sprachtheorie: die Darstellungsfunktion der Sprache*. Jena: Fischer, 1934

- [Bührig 1992] BÜHRIG, Kristin: *Zur Generalisierung qualitativer Forschungsergebnisse. Überlegungen zur Verknüpfung qualitativer und quantitativer Methoden bei der Untersuchung narrativer Diskursfähigkeiten zweisprachiger Kinder*. ENDFAS Arbeitspapier Nr. 2. Hamburg: Germanisches Seminar (mimeo), 1992
- [Bührig 2009] BÜHRIG, Kristin: Interpreting in hospitals: Starting points for cultural actions in institutionalized communication. In: BÜHRIG, Kristin (Hrsg.) ; HOUSE, Juliane (Hrsg.) ; THIJE, Jan D. ten (Hrsg.): *Translational action and intercultural communication*. St. Jerome Publishing, 2009, S. 151–174
- [Bührig u. a. 2000] BÜHRIG, Kristin ; DURLANIK, Latif ; MEYER, Bernd: *Arzt-Patienten-Kommunikation im Krankenhaus. Konstitutive Handlungseinheiten, institutionelle Handlungslinien*. Arbeiten zur Mehrsprachigkeit, Folge B, Band 2. Hamburg: Sonderforschungsbereich 538 (Mehrsprachigkeit), 2000
- [Bührig u. a. 2012] BÜHRIG, Kristin ; KLICHE, Ortrun ; MEYER, Bernd ; PAWLACK, Birte: The corpus ‘Interpreting in hospitals’ – possible applications for research and communication training. In: SCHMIDT, Thomas (Hrsg.) ; WÖRNER, Kai (Hrsg.): *Multilingual corpora and multilingual corpus analysis* Bd. 14. Amsterdam, Philadelphia: John Benjamins Publishing Company, 2012, S. 305–315
- [Bührig und Meyer 2003] BÜHRIG, Kristin ; MEYER, Bernd: Die dritte Person: Der Gebrauch von Pronomina in gedolmetschten Aufklärungsgesprächen. In: *Zeitschrift für Angewandte Linguistik* 38 (2003), S. 5–35
- [Bührig und Meyer 2004] BÜHRIG, Kristin ; MEYER, Bernd: Ad hoc interpreting and achievement of communicative purposes in briefings for informed consent. In: HOUSE, Juliane (Hrsg.) ; REHBEIN, Jochen (Hrsg.): *Multilingual communication*. Amsterdam [u.a.] : Benjamins, 2004, S. 43–62
- [Bührig und Meyer 2009] BÜHRIG, Kristin ; MEYER, Bernd: *Korpus ‘Dolmetschen im Krankenhaus’*. 2009. – URL <http://www1.uni-hamburg.de/exmaralda/files/k2-dik/public/index.html>. – Zugriffsdatum: 01.12.2016
- [Bührig und Redder 2013] BÜHRIG, Kristin ; REDDER, Angelika: Praxeogramm und Handlungsmuster als Methoden der Mehrsprachigkeitsanalyse. In: REDDER, Angelika (Hrsg.) ; PAULI, Julia (Hrsg.) ; KIESSLING, Roland (Hrsg.) ; BÜHRIG, Kristin (Hrsg.) ; BREMER, Bernhard (Hrsg.) ; BRECKNER, Ingrid (Hrsg.) ; ANDROUTSOPOULOS, Jannis (Hrsg.): *Mehrsprachige Kommunikation in der Stadt*. Münster: Waxmann, 2013, S. 81–103

## Literaturverzeichnis

- [Bührig und Rehbein 2000] BÜHRIG, Kristin ; REHBEIN, Jochen: *Reproduzierendes Handeln. Übersetzen, simultanes und konsekutives Dolmetschen im diskursanalytischen Vergleich*. Arbeiten zur Mehrsprachigkeit, Folge B, Band 6. Hamburg: Sonderforschungsbereich 538 (Mehrsprachigkeit), 2000
- [Bührig und ten Thije 2005] BÜHRIG, Kristin ; THIJE, Jan D. ten: *Diskurspragmatische Beschreibung*. S. 1225–1250. In: AMMON, Ulrich (Hrsg.) ; NORBERT, Norbert D. (Hrsg.) ; MATTHEIER, Klaus (Hrsg.): *Soziolinguistik. Ein internationales Handbuch zur Wissenschaft von Sprache und Gesellschaft*, 2. Auflage., Berlin: de Gruyter, 2005
- [Busch 1994] BUSCH, Albert: *Laienkommunikation: Vertikalitätsuntersuchungen zu medizinischen Experten-Laien-Kommunikationen*. Frankfurt am Main u.a.: Lang, 1994
- [Caspar 1985] CASPAR, Franz: Widerstand: Ein fassbares Phänomen? In: *Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis* 4 (1985), S. 515–530
- [Caspar und Belz 2009] CASPAR, Franz ; BELZ, Martina: Gesprächsführung, Motivation, Kooperation. In: *Enzyklopädie der Psychologie: Themenbereich B Methodologie und Methoden, Serie III Psychologische Interventionsmethoden, Band 2 Psychotherapeutische Methoden*. Göttingen [u.a.]: Hogrefe, Verl. für Psychologie, 2009, S. 75–115
- [Caspar und Grawe 1981] CASPAR, Franz ; GRAWE, Klaus: Widerstand in der Verhaltenstherapie. In: PETZOLD, Hilarion (Hrsg.): *Der Widerstand: Ein strittiges Konzept in der Psychotherapie*. Paderborn: Junfermann, 1981, S. 349–384
- [Clark und Hudak 2011] CLARK, Shannon J. ; HUDAK, Pamela L.: When surgeons advise against surgery. In: *Research on Language and Social Interaction* 44 (2011), Nr. 4, S. 385–412
- [Deppermann 2008] DEPPERMAN, Arnulf: *Gespräche analysieren: eine Einführung*, 4. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2008
- [Djomo u. a. 2009] DJOMO, Katja N. ; KNOSTMANN, Stephanie ; MÜLLER, Martin ; BUNDESVERBAND BETRIEBSKRANKENKASSEN (Hrsg.): *Gesundheit Hand in Hand – das deutsche Gesundheitssystem*, 2. Auflage. Essen: WOESTE Druck und Verlag, 2009

## Literaturverzeichnis

- [Edmondson und House 2000] EDMONDSON, Willis J. ; HOUSE, Juliane: *Einführung in die Sprachlehrforschung, 2. überarbeitete Auflage*. Tübingen, Basel: Francke UTB, 2000
- [Ehlich 1972] EHLICH, Konrad: Thesen zur Sprechakttheorie. In: WUNDERLICH, Dieter (Hrsg.): *Linguistische Pragmatik*. Frankfurt a.M.: Athenäum, 1972, S. 122–126
- [Ehlich 1979a] EHLICH, Konrad: Formen und Funktionen von HM. Eine phonologisch-pragmatische Analyse. In: WEYDT, Harald (Hrsg.): *Die Partikeln der deutschen Sprache*. Berlin: de Gruyter, 1979, S. 503–517
- [Ehlich 1979b] EHLICH, Konrad: *Verwendungen der Deixis beim sprachlichen Handeln: linguistisch-philologische Untersuchungen zum hebräischen deiktischen System*. Frankfurt a.M.: Lang, 1979
- [Ehlich 1984] EHLICH, Konrad: Zum Textbegriff. In: ROTHKEGEL, Annely (Hrsg.) ; SANDIG, Barbara (Hrsg.): *Text, Textsorten, Semantik: linguistische Modelle und maschinelle Verfahren*. Hamburg: Buske, 1984, S. 9–25
- [Ehlich 1986a] EHLICH, Konrad: *Funktional-pragmatische Kommunikationsanalyse - Ziele und Verfahren*. S. 15–40. In: HARTUNG, W. (Hrsg.): *Untersuchungen zur Kommunikation - Ergebnisse und Perspektiven (Internationale Arbeitstagung in Bad Stuer, Dezember 1985)*, Berlin: Akademie der Wissenschaften der DDR, Zentralinstitut für Sprachwissenschaft, 1986
- [Ehlich 1986b] EHLICH, Konrad: *Interjektionen*. Tübingen: Niemeyer, 1986
- [Ehlich 1987a] EHLICH, Konrad: Kooperation und sprachliches Handeln. In: LIEDTKE, Frank (Hrsg.) ; KELLER, Rudi (Hrsg.): *Kommunikation und Kooperation*. Tübingen: Niemeyer, 1987, S. 17–32
- [Ehlich 1987b] EHLICH, Konrad: so – Überlegungen zum Verhältnis sprachlicher Formen und sprachlichen Handelns, allgemein und an einem widerspenstigen Beispiel. In: ROSENGREN, Inger (Hrsg.): *Sprache und Pragmatik, Lunder Symposium 1986*. Stockholm: Almqvist & Wiksell, 1987, S. 279–298
- [Ehlich 1993] EHLICH, Konrad: Sprachliche Prozeduren in der Arzt-Patienten-Kommunikation. In: LÖHNING, P. (Hrsg.) ; REHBEIN, J. (Hrsg.): *Arzt-Patienten-Kommunikation. Analysen zu interdisziplinären Problemen des medizinischen Diskurses*. Berlin, New York: Mouton de Gruyter, 1993, S. 67–90

- [Ehlich 2007] EHLICH, Konrad: *Sprache als System versus Sprache als Handeln*. S. 101–123. In: *Sprache und sprachliches Handeln. Band 1. Pragmatik und Sprachtheorie*, Berlin, New York: de Gruyter, 2007
- [Ehlich 2014] EHLICH, Konrad: Argumentieren als sprachliche Ressource des diskursiven Lernens. In: HÖRNUNG, Antonie (Hrsg.) ; CAROBBIO, Gabriella (Hrsg.) ; SORRENTINO, Daniela (Hrsg.): *Diskursive und textuelle Strukturen in der Hochschuldidaktik. Deutsch und Italienisch im Vergleich*. Münster: Waxmann, 2014, S. 41–54
- [Ehlich und Rehbein 1972a] EHLICH, Konrad ; REHBEIN, Jochen: Einige Interrelationen von Modalverben. In: WUNDERLICH, Dieter (Hrsg.): *Linguistische Pragmatik*. Frankfurt a.M.: Athenäum, 1972, S. 318–340
- [Ehlich und Rehbein 1972b] EHLICH, Konrad ; REHBEIN, Jochen: Erwarten. In: WUNDERLICH, Dieter (Hrsg.): *Linguistische Pragmatik*. Frankfurt a.M.: Athenäum, 1972, S. 99–114
- [Ehlich und Rehbein 1976] EHLICH, Konrad ; REHBEIN, Jochen: Halbinterpretative Arbeitstranskription (HIAT). In: *Linguistische Berichte* 45 (1976), Nr. 76, S. 21–41
- [Ehlich und Rehbein 1977] EHLICH, Konrad ; REHBEIN, Jochen: Wissen, kommunikatives Handeln und die Schule. In: GOEPPERT, Herma C. (Hrsg.): *Sprachverhalten im Unterricht. Zur Kommunikation von Lehrer und Schüler in der Unterrichtssituation*. München: Fink, 1977, S. 36–114
- [Ehlich und Rehbein 1979] EHLICH, Konrad ; REHBEIN, Jochen: Sprachliche Handlungsmuster. In: SOEFFNER, Hans-Georg (Hrsg.): *Interpretative Verfahren in den Sozial- und Textwissenschaften*. Stuttgart: Metzler, 1979, S. 243–274
- [Ehlich und Rehbein 1980] EHLICH, Konrad ; REHBEIN, Jochen: *Sprache in Institutionen*. S. 338–345. In: ALTHAUS, Hans P. (Hrsg.) ; HENNE, Helmut (Hrsg.): *Lexikon der Germanistischen Linguistik*, Tübingen: Niemeyer, 1980
- [Ehlich und Rehbein 1986] EHLICH, Konrad ; REHBEIN, Jochen: *Muster und Institution: Untersuchungen zur schulischen Kommunikation*. Tübingen: Narr, 1986

## Literaturverzeichnis

- [Fiehler 2002] FIEHLER, Reinhard: Verständigungsprobleme und gestörte Kommunikation. Einführung in die Thematik. In: FIEHLER, Reinhard (Hrsg.): *Verständigungsprobleme und gestörte Kommunikation*. Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung, 2002, S. 7–16
- [Freud 1942] FREUD, Sigmund: *Die Traumdeutung. GW II/ III*. London: Imago Publishing, 1942
- [Füssenich 1981] FÜSSENICH, Iris: *Disziplinierende Äußerungen im Unterricht - eine sprachwissenschaftliche Untersuchung*. Bochum: Der Drucker, 1981
- [Garrity 1981] GARRITY, Thomas F.: Medical compliance and the clinician-patient relationship: A review. In: *Social Science & Medicine* 15E (1981), S. 215–222
- [Geisler 1992] GEISLER, Linus: *Arzt und Patient - Begegnung im Gespräch, Internet-Version der 3. erw. Auflage*. 1992. – URL [http://www.linus-geisler.de/ap/ap00\\_inhalt.html](http://www.linus-geisler.de/ap/ap00_inhalt.html). – Zugriffsdatum: 01.12.2016
- [Gill u. a. 2010] GILL, Virginia T. ; POMERANTZ, Anita ; DENVIR, Paul: Pre-emptive resistance: patients' participation in diagnostic sense-making activities. In: *Sociology of Health & Illness* 32 (2010), Nr. 1, S. 1–20
- [Gotthardt 1977] GOTTHARDT, Jürgen M.: *Die Bezeichnung „schwieriger“ Patient aus der Sicht des Pflegepersonals*. Freiburg im Breisgau: Inaugural-Dissertation, 1977
- [Grießhaber 1987] GRIESSHABER, Wilhelm: *Authentisches und zitierendes Handeln. Band 2: Rollenspiele im Sprachunterricht*. Tübingen: Narr, 1987
- [Groves 1978] GROVES, James E.: Taking care of the hateful patient. In: *The New England Journal of Medicine* 298 (1978), Nr. 16, S. 883–887
- [Ha und Longnecker 2010] HA, Jennifer F. ; LONGNECKER, Nancy: Doctor-patient communication: A review. In: *The Ochsner Journal* 10 (2010), S. 38–43
- [Hähnel u. a. 1992] HÄHNEL, J. ; KONRAD, F. ; GAUSS, C. ; HÜBNER, C. ; KILIAN, J.: Entspricht unsere anästhesiologische Versorgung den Erwartungen der Patienten? In: *Anästhesie & Intensivmedizin* 33 (1992), S. 332–335

## Literaturverzeichnis

- [Haynes u. a. 1982] HAYNES, Brian R. ; TAYLOR, Wayne D. ; SACKETT, David L.: *Compliance Handbuch*. München: Oldenburg, 1982
- [Heritage und Sefi 1992] HERITAGE, John ; SEFI, Sue: Dilemmas of advice: Aspects of the delivery and reception of advice in interactions between health visitors and first time mothers. In: DREW, P. (Hrsg.) ; HERITAGE, J. (Hrsg.): *Talk at Work*. Cambridge: Cambridge University Press, 1992, S. 359–419
- [Ijäs-Kallio u. a. 2010] IJÄS-KALLIO, Taru ; RUUSUVUORI, Johanna ; PERÄKYLÄ, Anssi: Patient resistance towards diagnosis in primary care: Implications for concordance. In: *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine* 14 (2010), Nr. 5, S. 505–522
- [Iversen 2012] IVERSEN, Clara: Recordability: Resistance and collusion in psychometric interviews with children. In: *Discourse Studies* 14 (2012), Nr. 6, S. 691–709
- [Jefferson 1972] JEFFERSON, Gail: Side sequences. In: *Studies in social interaction*. New York: Free Press, 1972, S. 294–338
- [Jung 2005] JUNG, Sybille: *Das präoperative Aufklärungsgespräch: zur Kommunikation zwischen Arzt und Patient*. Baden-Baden: Nomos, 2005
- [Kallmeyer und Schütze 1976] KALLMEYER, Werner ; SCHÜTZE, Fritz: Konversationsanalyse. In: *Studium Linguistik* 1 (1976), S. 1–28
- [Kameyama 2004] KAMEYAMA, Shinichi: *Verständnissicherndes Handeln*. Münster: Waxmann, 2004
- [Koenig 2011] KOENIG, Christopher J.: Patient resistance as agency in treatment decisions. In: *Social Science & Medicine* 72 (2011), Nr. 7, S. 1105–1114
- [Krafft 1987] KRAFFT, Wolf R.: *Das präoperative Aufklärungsgespräch. Eine empirische Studie zur Verbesserung von Einwilligungsgesprächen*, Universität Hamburg: Fachbereich Medizin., Dissertation, 1987
- [Lalayan 2013] LALAYAN, Marine: *Deutschsprachige Hochschulkommunikation in Armenien: eine funktional-pragmatische Diskursanalyse*. Münster: Waxmann, 2013
- [Lalouschek 2002a] LALOUSCHEK, Johanna: Frage-Antwort-Sequenzen im ärztlichen Gespräch. In: BRÜNNER, G. (Hrsg.) ; FIEHLER, R. (Hrsg.) ; KINDT, W.



## Literaturverzeichnis

- (Hrsg.): *Angewandte Diskursforschung* Bd. 1. Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung, 2002, S. 155–173
- [Lalouschek 2002b] LALOUSCHEK, Johanna: „Hypertonie?“ - oder das Gespräch mit PatientInnen als Störung ärztlichen Tuns. In: FIEHLER, Reinhard (Hrsg.): *Verständigungsprobleme und gestörte Kommunikation*. Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung, 2002, S. 97–115
- [Lalouschek und Nowak 1989] LALOUSCHEK, Johanna ; NOWAK, Peter: Insider - Outsider: Die Kommunikationsbarrieren der medizinischen Fachsprache. In: DRESSLER, Wolfgang (Hrsg.): *Fachsprache und Kommunikation*. Wien: Bundesverlag, 1989, S. 6–18
- [Lethinen 2007] LETHINEN, Esa: Merging doctor and client knowledge: On doctors' ways of dealing with clients' potentially discrepant information in genetic counseling. In: *Journal of Pragmatics* 39 (2007), Nr. 2, S. 389–427
- [Ley u. a. 1976] LEY, P. ; WHITWORTH, M. A. ; SKILBECK, C. E. ; WOODWARD, R. ; PINSENT, R. J. ; PIKE, L. A. ; CLARKSON, M. E. ; CLARK, P. B.: Improving doctor-patient communication in general practice. In: *Journal of the Royal College of General Practitioners* 26 (1976), S. 720–724
- [Liedke 1994] LIEDKE, Martina: *Die Mikro-Organisation von Verständigung: Diskursuntersuchungen zu griechischen und deutschen Partikeln*. Frankfurt a.M.: Lang, 1994
- [Lindemann 2012] LINDEMANN, Katrin: *Angst im Gespräch: eine gesprächsanalytische Studie zur kommunikativen Darstellung von Angst*. Göttingen: V & R Unipress, 2012
- [Linke u. a. 2004] LINKE, Angelika ; NUSSBAUMER, Markus ; PORTMANN, Paul R.: Gesprächsanalyse (Kapitel 7). In: *Studienbuch Linguistik, 5. erweiterte Auflage*. Tübingen: Niemeyer, 2004, S. 293–334
- [Mann 1984] MANN, Frido: *Aufklärung in der Medizin. Theorie - Empirische Ergebnisse - Praktische Anleitung*. Stuttgart, New York: Schattauer, 1984
- [Meyer 2004] MEYER, Bernd: *Dolmetschen im medizinischen Aufklärungsgespräch. Eine diskursanalytische Untersuchung zur Arzt-Patienten-Kommunikation im mehrsprachigen Krankenhaus*. Münster: Waxmann, 2004

## Literaturverzeichnis

- [Mishler 1984] MISHLER, Elliot G.: *The discourse of medicine: Dialectics of medical interviews*. Norwood, NJ: Ablex, 1984
- [Müller 1989] MÜLLER, Frank: Translation in bilingual conversation: Pragmatic aspects of translatory interaction. In: *Journal of Pragmatics* 13 (1989), S. 713–739
- [Penon und Ecoffey 1995] PENON, C. ; ECOFFEY, C.: Patient evaluation of the quality of anesthesia management. In: *Ann Fr Anesth Reanim* 14 (1995), Nr. 4, S. 374–5
- [Peräkylä 2002] PERÄKYLÄ, Anssi: Agency and Authority: Extended Responses to Diagnostic Statements in Primary Care Encounters. In: *Research on Language and Social Interaction* 35 (2002), Nr. 2, S. 219–247
- [Pilnick und Coleman 2003] PILNICK, Alison ; COLEMAN, Tim: “I’ll give up smoking when you get me better”: patients’ resistance to attempts to problematise smoking in general practice (GP) consultations. In: *Social Science & Medicine* 57 (2003), Nr. 1, S. 135–145
- [Raspe 1976] RASPE, Hans-Heinrich: Informationsbedürfnisse und faktische Informiertheit bei Krankenhauspatienten. In: BEGEMANN, Herbert (Hrsg.): *Patient und Krankenhaus*. München: Urban & Schwarzenberg, 1976, S. 49–70
- [Raspe 1979] RASPE, Hans-Heinrich: *Das Problem der Aufklärung und Information bei Akutkrankenhauspatienten und seine Erforschung*, Universität Freiburg, Dissertation, 1979
- [Redder 1984] REDDER, Angelika: *Modalverben im Unterrichtsdiskurs: Pragmatik der Modalverben am Beispiel eines institutionellen Diskurses*. Tübingen: Narr, 1984
- [Redder 1987] REDDER, Angelika: Schülerkritik - eine Unterrichtsstörung? In: *Friedrich-Jahresheft* 5 (1987), S. 86–91
- [Redder 1990] REDDER, Angelika: *Grammatiktheorie und sprachliches Handeln: denn und da*. Tübingen: Niemeyer, 1990
- [Redder 1994] REDDER, Angelika: „Bergungsunternehmen“ – Prozeduren des Malfeldes beim Erzählen. In: BRÜNNER, Gisela (Hrsg.) ; GRAEFEN, Gabriele (Hrsg.): *Texte und Diskurse. Methoden und Forschungsergebnisse der Funktionalen Pragmatik*. Opladen: Westdeutscher Verlag, 1994, S. 238–264

## Literaturverzeichnis

- [Redder 1998] REDDER, Angelika: Sprachwissen als handlungspraktisches Bewusstsein. In: *Didaktik Deutsch* 5 (1998), S. 60–76
- [Redder 2001] REDDER, Angelika: Theorie und Empirie. In: HELBIG, Gerhard (Hrsg.) ; BURKHARDT, Armin (Hrsg.) ; UNGEHEUER, Gerold (Hrsg.) ; WIEGAND, Herbert E. (Hrsg.) ; STEGER, Hugo (Hrsg.) ; BRINKER, Klaus (Hrsg.): *Deutsch als Fremdsprache. Ein internationales Handbuch* Bd. 19. Berlin: de Gruyter, 2001, S. 638–647
- [Redder 2008] REDDER, Angelika: Functional Pragmatics. In: KNAPP, Karlfried (Hrsg.): *Handbook of applied linguistics* Bd. 2. Berlin, New York: de Gruyter, 2008, S. 133–178
- [Rehbein 1977] REHBEIN, Jochen: *Komplexes Handeln. Elemente zur Handlungstheorie der Sprache*. Stuttgart: Metzler, 1977
- [Rehbein 1979] REHBEIN, Jochen: *Sprechhandlungsaugmente. Zur Organisation der Hörersteuerung*. S. 59–74. In: WEYDT, H. (Hrsg.): *Die Partikeln der deutschen Sprache*, Berlin/New York: de Gruyter, 1979
- [Rehbein 1986] REHBEIN, Jochen: Institutioneller Ablauf und interkulturelle Mißverständnisse in der Allgemeinpraxis. Diskursanalytische Aspekte der Arzt-Patient-Kommunikation. In: *Curare* 9 (1986), S. 297–328
- [Rehbein 1993] REHBEIN, Jochen: Ärztliches Fragen. In: LÖNING, P. (Hrsg.) ; REHBEIN, J. (Hrsg.): *Arzt-Patienten-Kommunikation. Analysen zu interdisziplinären Problemen des medizinischen Diskurses*. Berlin: de Gruyter, 1993, S. 311–364
- [Rehbein 1994] REHBEIN, Jochen: Widerstreit. Semiprofessionelle Rede in der interkulturellen Arzt-Patient-Kommunikation. In: *Zeitschrift für Literaturwissenschaft und Linguistik* 93 (1994), S. 123–151
- [Rehbein 1995] REHBEIN, Jochen: Über zusammengesetzte Verweiswörter und ihre Rolle in argumentierender Rede. In: WOHLRAPP, Harald (Hrsg.): *Wege der Argumentationsforschung*. Stuttgart-Bad Cannstatt: Frommann-Holzboog, 1995, S. 166–197
- [Rehbein 1998] REHBEIN, Jochen: Austauschprozesse zwischen unterschiedlichen fachlichen Kommunikationsbereichen. In: HOFFMANN, Lothar (Hrsg.) ; KALVERKÄMPER, Hartwig (Hrsg.) ; WIEGAND, Herbert E. (Hrsg.): *Fachsprachen*.

## Literaturverzeichnis

*Ein internationales Handbuch zur Fachsprachenforschung und Terminologiewissenschaft* Bd. 1. 1998, S. 689–710

- [Rehbein 1999] REHBEIN, Jochen: Zum Modus von Äußerungen. In: REDDER, Angelika (Hrsg.) ; REHBEIN, Jochen (Hrsg.): *Grammatik und mentale Prozesse*. Tübingen: Stauffenburg, 1999, S. 91–139
- [Rehbein 2001] REHBEIN, Jochen: Das Konzept der Diskursanalyse. In: ANTOS, Gerd (Hrsg.) ; BRINKER, Klaus (Hrsg.) ; HEINEMANN, Wolfgang (Hrsg.) ; SAGER, Sven F. (Hrsg.): *Text- und Gesprächslinguistik. Bd. 2*. Berlin, New York: Mouton de Gruyter, 2001, S. 927–945
- [Rehbein 2004] REHBEIN, Jochen: *Matrix-Konstruktionen in Diskurs und Text*. S. 251–275. In: BAUMGARTEN, Nicole (Hrsg.) ; BÖTTGER, Claudia (Hrsg.) ; MOTZ, Markus (Hrsg.) ; PROBST, Julia (Hrsg.): *Übersetzen, Interkulturelle Kommunikation, Spracherwerb und Sprachvermittlung - das Leben mit mehreren Sprachen. Festschrift für Juliane House zum 60. Geburtstag*, Bochum: AKS-Verlag, 2004
- [Rehbein und Kameyama 2004] REHBEIN, Jochen ; KAMEYAMA, Shinichi: Pragmatik/ Pragmatics. In: AMMON, Ulrich (Hrsg.) ; DITTMAR, Norbert (Hrsg.) ; MATTHEIER, Klaus J. (Hrsg.) ; TRUDGILL, Peter (Hrsg.): *Soziolinguistik. Ein internationales Handbuch zur Wissenschaft von Sprache und Gesellschaft, 2. Auflage*. Bd. 1. 2004, S. 556–588
- [Rehbein u. a. 2004] REHBEIN, Jochen ; SCHMIDT, Thomas ; WATZKE, Franziska ; MEYER, Bernd ; HERKENRATH, Annette: *Handbuch für das computergestützte Transkribieren nach HIAT*. Arbeiten zur Mehrsprachigkeit, Folge B, Band 56. Hamburg: Sonderforschungsbereich 538 (Mehrsprachigkeit), 2004
- [Sacks u. a. 1974] SACKS, Harvey ; SCHEGLOFF, Emanuel A. ; JEFFERSON, Gail: A Simplest Systematics for the Organization of Turn Taking for Conversation. In: SCHENKEIN, Jim (Hrsg.): *Studies in the Organization of Conversational Interaction*. New York: Academic Press, 1974, S. 696–735
- [Sargent 1998] SARGENT, Margret M.: *Strategies of compliance and resistance between doctors and patients in the medical interview: A conversation analytic approach*, Southern Illinois University at Carbondale, Dissertation, 1998

## Literaturverzeichnis

- [Scheibler 2004] SCHEIBLER, Fülöp: *Shared Decision-Making. Von der compliance zur partnerschaftlichen Entscheidungsfindung*. Bern: Huber, 2004
- [Searle 1969] SEARLE, John R.: *Speech acts: an essay in the philosophy of language*. Cambridge: Cambridge University Press, 1969
- [Siegrist 1988] SIEGRIST, Johannes: *Medizinische Soziologie*. München: Urban & Schwarzenberg, 1988
- [Simmel 1992] SIMMEL, Georg: *Gesamtausgabe*. Bd. 11: *Soziologie: Untersuchungen über die Formen der Vergesellschaftung*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp, 1992
- [Stivers 2005a] STIVERS, Tanya: Non-antibiotic treatment recommendations: delivery formats and implications for parent resistance. In: *Social Science & Medicine* 60 (2005), Nr. 5, S. 949–964
- [Stivers 2005b] STIVERS, Tanya: Parent resistance to physicians' treatment recommendations: One resource for initiating a negotiation of the treatment decision. In: *Health Communication* 18 (2005), Nr. 1, S. 41–74
- [Streeck 1995] STREECK, Ulrich: Die interaktive Herstellung von Widerstand. In: *Zeitschrift für psychosomatische Medizin* 41 (1995), S. 241–252
- [Svarstad 1974] SVARSTAD, Bonnie L.: *The doctor-patient encounter: an observational study of communication and outcome*, University of Wisconsin, Dissertation, 1974
- [Thurmair 1989] THURMAIR, Maria: *Modalpartikeln und ihre Kombinationen*. Tübingen: Niemeyer, 1989
- [Thurmair 1991] THURMAIR, Maria: 'Kombinieren Sie doch nur ruhig auch mal Modalpartikeln!': Combinatorial regularities for modal particles and their use as an Instrument of analysis. In: *Multilingua* 10 (1991), Nr. 1-2, S. 19–42
- [Trautmann 2004] TRAUTMANN, Caroline: *Argumentieren. Funktional-pragmatische Analysen praktischer und wissenschaftlicher Diskurse*. Frankfurt a.M.: Lang, 2004
- [Vehviläinen 2008] VEHVILÄINEN, Sanna: Identifying and managing resistance in psychoanalytic interaction. In: PERÄKYLÄ, Anssi (Hrsg.) ; ANTAKI, Charles (Hrsg.) ; VEHVILÄINEN, Sanna (Hrsg.) ; LEUDAR, Ivan (Hrsg.): *Conversation*

## Literaturverzeichnis

- Analysis and Psychotherapy*. Cambridge: Cambridge University Press, 2008, S. 120–138
- [Vermeire u. a. 2001] VERMEIRE, E. ; HEARNshaw, H. ; ROYEN, P. V. ; DENEKENS, J.: Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. In: *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics* 26 (2001), S. 331–342
- [Wahrig 1975] WAHRIG, Gerhard: *Deutsches Wörterbuch: mit einem Lexikon der deutschen Sprachlehre*. Gütersloh: Bertelsmann Lexikon Verlag, 1975
- [Wahrig u. a. 1984] WAHRIG, Gerhard ; KRÄMER, Hildegard ; ZIMMERMANN, Harald: *Deutsches Wörterbuch in sechs Bänden*. Wiesbaden: Brockhaus, 1984
- [Weigend 2011] WEIGEND, Thomas: *Strafgesetzbuch: StGB, 49. Auflage*. München: C.H. Beck, 2011
- [Zayts und Schnurr 2011] ZAYTS, Olga ; SCHNURR, Stephanie: Laughter as medical providers' resource: Negotiating informed choice in prenatal genetic counseling. In: *Research on Language and Social Interaction* 44 (2011), Nr. 1, S. 1–20
- [Zifonun u. a. 1997] ZIFONUN, Gisela ; HOFFMANN, Ludger ; STRECKER, Bruno: *Grammatik der deutschen Sprache*. Berlin, New York: Walter de Gruyter, 1997

# Danksagung

Diese Arbeit wäre nicht entstanden ohne die Unterstützung bestimmter Personen, denen ich an dieser Stelle herzlich danken möchte.

Ganz besonders danke ich Kristin Bührig, die mich in meinem Promotionsvorhaben betreut hat und mich nicht nur mit fachlichem Rat sondern auch mit Ihrem Interesse, Ermutigung und Zuspruch unterstützt hat.

Weiterhin danke ich Bernd Meyer, Stephan Schlickau und Shinichi Kameyama, die mir durch konstruktive Kritik bei der Themenfindung geholfen haben.

Außerdem danke ich Ortrun Kliche, Franziska Sterner und Frauke Priegnitz für ihre kollegiale Unterstützung.

Und abschließend möchte ich mich ganz besonders bei Fabian Wilde bedanken. Für seine Hilfe bei der Verwendung des Schreibprogramms Latex und vor allem für sein Zutrauen in meine Fähigkeiten und seinen Rückhalt während des gesamten Entstehungsprozesses der Arbeit.