

Unterschiede in der Kommunikation bei Wahl- und Kassenärzt-Innen

Regina Geisler

Wiener Linguistische Gazette
Institut für Sprachwissenschaft
Universität Wien
77 (2013): 1-24

Abstract

This paper summarizes the results of a sociolinguistic analysis of doctor-patient-communication in primary care encounters. Primarily issued as a diploma thesis in 2011, the following paper focuses on variations in doctor-patient-interaction which might be caused by different types of health insurance. This analysis aims to determine to what extent the existence of a “two-tier health care system” can be proven linguistically.

Using conversation-analytic methods, nine different authentic conversations between doctors and patients in primary care encounters were analysed using audio recordings as well as transcripts. The selected data originates from a former project, conducted by Menz and Plansky (forthcoming), which contains about 193 conversations between doctors and patients in primary care encounters. The material was collected in different locations within Austria and does not only contain audio recordings, but has also been transferred into written form.

The analysis was conducted focussing on three components of doctor-patient-communication:

- opening and closing sequences,
- talk during physical examination,
- doctors’ reactions to questions of patients.

The results show that there are indeed qualitative variations between doctor-patient-interactions caused by different types of health care insurance. Typically those patients who are treated as “private patients” are integrated actively during the whole encounter. Doctors provide more possibilities to ask questions and generally give more information throughout the interaction, especially during physical examinations. As a consequence, those patients have a better chance to be empowered in their position, which leads to a higher rate of compliance among this group of patients.

The results lead to the conclusion that while it might be easier for private patients to efficiently communicate with physicians during their consultations, successful interaction is not strictly limited to this group. Empowering patients is therefore not confined to those doctors who have more time to spend with patients, but can be realised in temporally restricted encounters. Ultimately, it mostly depends on the doctors’ willingness and competence to strengthen patients’ status and advocate better opportunities to actively participate during their consultations.

1. Vorbemerkungen

Gesundheit und Krankheit sind integrale Bestandteile des menschlichen Lebens. Ein Gedanken- und Informationsaustausch zwischen MedizinerInnen und PatientInnen ist fast ausschließlich über das Medium der Sprache möglich- die zentrale Rolle der ÄrztInnen-PatientInnen-Kommunikation (ÄKP) für die Aufrechterhaltung und Wiederherstellung von Gesundheit steht somit außer Frage. Gespräche zwischen ÄrztInnen und PatientInnen sind daher elementare Einheiten des Gesundheitswesens (vgl. Hart, 1998: 8).

Grundsätzlich wird davon ausgegangen, dass hochwertige und produktive ÄrztInnen-PatientInnen-Interaktion (ÄPI) nicht nur anhand medizinischer Daten nachvollzogen werden kann, sondern sich erfolgreiche oder problematische Interaktion zwischen MedizinerInnen und PatientInnen auch anhand der ÄPK nachweisen lässt.

Anknüpfend an diese Überlegungen beschäftigt sich die vorliegende Untersuchung mit Unterschieden in der Kommunikation bei niedergelassenen Wahl- und KassenärztInnen und geht der Frage nach, inwieweit im österreichischen Gesundheitssystem eine „Zwei-Klassen-Medizin“ auf sprachlicher Ebene erzeugt wird.

Da es sich beim Begriff der „Zwei-Klassen-Medizin“ um eine Art Kampfbegriff in der medialen Auseinandersetzung mit der Organisation des Gesundheitssystems handelt, erfolgt einleitend eine Annäherung an gängige Definitionsmöglichkeiten.

Eine „Zwei-Klassen-Medizin“ setzt logischerweise die Existenz einer „Ein-Klassen-Medizin“ voraus. Diese bezeichnet jenes System, bei dem *„jedes Mitglied einer Gesellschaft unabhängig vom Versicherungs- oder Sozialstatus oder von finanziellen Mitteln eine im Vorfeld definierte einheitliche Gesundheitsversorgung erhält (Einheitsmedizin)“* (Schulze, Ehring & Weber, 2009: 136).

Die Tatsache, dass PatientInnen in Österreich gegenwärtig zwischen Wahl- und KassenärztInnen wählen können, somit also de facto keine „im Vorfeld definierte einheitliche Gesundheitsversorgung“ besteht, macht eine strikte „Ein-Klassen-Medizin“ systemimmanent unmöglich und manifestiert daher die Zweiteilung des Gesundheitssystems.

Ob und wenn ja inwieweit diese Zweiteilung aber tatsächlich zu einer „Zwei-Klassen-Medizin“ im Sinne einer qualitativ unterschiedlichen Behandlung von PatientInnengruppen führt, wird von unterschiedlichen AkteurInnen nicht einheitlich beantwortet. Laimböck (2009: 194) konstatiert in diesem Zusammenhang etwa, dass die „Zwei-Klassen-Medizin“ in österreichischen Praxen kaum in Erscheinung tritt, da im Gegensatz zu anderen Ländern der europäischen Union wenige

private Krankenversicherungen bestehen, die ambulante Versorgung in Praxen von WahlärztInnen abdecken. Gegenteilige Ansichten werden indes im Rahmen verschiedener Initiativen unterschiedlicher politischer Parteien, von Vereinen oder KonsumentenschützerInnen (etwa dem Verein für Konsumenteninformation) vertreten, welche von parteiunabhängigen SpezialistInnen bestätigt werden. Eine aktuelle Untersuchung wäre etwa jene zur Vergabe von OP-Terminen (Konsument 9/11).

In einer jährlich durchgeführten Studie unter dem Titel „Gesundheitsmonitor“ der Bertelsmann-Stiftung, wurden im Jahr 2007 konkret Unterschiede in der Behandlung von PatientInnen mit Privat- und Kassenvertrag untersucht. Da das deutsche und österreichische Gesundheitssystem in vielerlei Hinsicht ähnlich organisiert sind, scheinen die Ergebnisse auch grenzüberschreitende Aussagekraft zu besitzen.

Auf Basis von halbjährlichen Befragungen von 992 Privatversicherten und 13.606 Kassenversicherten aus den Jahren 2001 bis 2006 wurden hauptsächlich Fragen zum ÄrztInnen-PatientInnen-Verhältnis untersucht. Hierbei wurden Wartezeiten, Aufklärung durch ÄrztInnen, Eingehen der ÄrztInnen auf PatientInnen und Fragen zur allgemeinen Zufriedenheit der PatientInnen mit den jeweiligen ÄrztInnen miteinbezogen.

Bei der Datenaufnahme zeigten sich deutliche Unterschiede innerhalb der PatientInnengruppen: Privatversicherte waren vorwiegend männlich, im Durchschnitt jünger und verfügten über ein deutlich höheres Einkommen als KassenpatientInnen (vgl. Mielck & Helmert, 2007: 117).

Zusammenfassend kommen Mielck & Helmert zu folgenden Ergebnissen:

„Verglichen mit Privatversicherten sind Kassenversicherte:

- *kränker,*
- *müssen länger auf eine ärztliche Betreuung warten,*
- *haben kürzere Gespräche mit dem Arzt [der Ärztin]*
- *fühlen sich schlechter von ihren Ärzt[Inn]en über die Erkrankung und die Behandlungsmöglichkeiten informiert und*
- *fühlen sich weniger beteiligt am Entscheidungsprozess über die durchzuführenden medizinischen Behandlungen“* (Mielck & Helmert, 2007: 126).¹

Wenngleich in einem Land mit einer grundsätzlich sehr guten medizinischen Versorgung wie Österreich nicht von einer drastischen Benachteiligung und Unterversorgung von Kassenpatient-

¹ Geschlechtergerechte Varianten von der Autorin hinzugefügt

Innen auszugehen ist, zeigt sich dennoch deutlich, dass das österreichische Gesundheitssystem Merkmale von Qualitätsunterschieden bei der Behandlung von Kassen- und PrivatpatientInnen aufweist.

Erste sprachwissenschaftliche, primär quantitativ orientierte Untersuchungen von ÄPI von Menz & Plansky (in Druck) weisen unter anderem quantitative Unterschiede in der Behandlungsdauer zugunsten der PatientInnen von WahlärztInnen auf.

In Anbetracht der Tatsache, dass gerade bei medizinischen Behandlungsgesprächen kleine Differenzen enorme Qualitätsunterschiede bewirken können, erweist sich daher eine qualitative Untersuchung ebenjener Unterschiede in der sprachlichen Organisation von Behandlungsgesprächen als besonders relevant.

Die vorliegende Analyse, die im Rahmen einer Diplomarbeit an der Universität Wien entstanden ist, soll nun qualitative Einblicke in Unterschiede in der Kommunikation bei Wahl- und KassenärztInnen liefern. Konkret sollen speziell Differenzen in der ÄPK dahingehend untersucht werden, ob diese bei WahlärztInnen grundsätzlich effizienter abläuft, also Voraussetzungen für eine optimale medizinische Versorgung schafft, sowie gleichzeitig den Bedürfnissen aller GesprächsteilnehmerInnen zur beidseitigen Zufriedenheit Rechnung getragen wird, und welche Bestandteile der Kommunikation hierzu einen Beitrag leisten können.

Als Analyseinstrument dient die Methode der linguistischen Gesprächsanalyse.

Der folgende Abschnitt gibt einen allgemeinen Einblick in das österreichische Gesundheitssystem. Zugrundeliegende Hypothesen und das Forschungsdesign der Untersuchung werden anschließend in den Abschnitten 3 und 4 erläutert. Der fünfte Abschnitt widmet sich der Analyse, in Abschnitt 6 werden schließlich die Ergebnisse präsentiert. Abschließend erfolgt ein Ausblick in Abschnitt 7.

2. Die Organisation des österreichischen Gesundheitssystems

Gesundheitssicherung ist in Österreich primär eine Aufgabe des Staates. Die Verantwortung hierfür liegt beim jeweils für Gesundheit verantwortlichen Ministerium (derzeit das „Bundesministerium für Gesundheit“) sowie bei verschiedenen Ministerien des Bundes, den Ländern und Gemeinden und den Sozialversicherungsträgern (vgl. BMGF, Das Gesundheitswesen in Österreich, 2005: 15). Auch spielen Netzwerke und Dachverbände besonders im Bereich der Pri-

märprävention und der Gesundheitsförderung eine tragende Rolle (vgl. BMG, Gesundheit und Krankheit in Österreich, 2009: 42).

Im europäischen und internationalen Vergleich ist der Gesundheitszustand der ÖsterreicherInnen als zufriedenstellend einzustufen. Sowohl die Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes als auch statistisch erfasste Werte Gesundheitsstatus (Lebenserwartung etc.) und Ressourcen der Gesundheitsversorgung (etwa dem Zugang zu medizinischer Versorgung, Anzahl von Pflegepersonal etc.) weisen auf eine funktionstüchtige Organisation des österreichischen Gesundheitssystems hin, wenngleich Gesundheitsausgaben in Österreich verhältnismäßig hoch sind (vgl. Gesundheitsbarometer, 2010).

Die Finanzierung des öffentlichen Gesundheitswesens erfolgt einerseits über Steueraufkommen und andererseits über Sozialversicherungsabgaben (vgl. BMGF, Das Gesundheitswesen in Österreich, 2005: 15).

Das österreichische Sozialversicherungsmodell fußt auf dem Modell der Pflichtversicherung, und bietet Angaben des Gesundheitsministeriums zufolge Leistungen für 99% der Bevölkerung. Insgesamt gibt es 22 Sozialversicherungsträger, welche schlussendlich für das Leistungsangebot des Gesundheitssystems sorgen (vgl. ÖBIG, Das Österreichische Gesundheitswesen im internationalen Vergleich, 2010: 6).

Von den insgesamt 15.939 niedergelassenen ÄrztInnen (Stand Dezember 2009) stehen 4.108 allgemeine ÄrztInnen und 3.574 FachärztInnen in einem Vertragsverhältnis mit Krankenversicherungen. Insgesamt sind also 48% aller ÄrztInnen (beziehungsweise 7.682 Personen) im vertraglichen Rahmen von Krankenversicherungsträgern tätig (vgl. HVB, Handbuch der österreichischen Sozialversicherungen, 2010: 45). Der Großteil der ambulanten Versorgung wird von ebenjenen VertragsärztInnen erbracht.

Verträge zwischen ÄrztInnen und Krankenversicherungsträgern basieren überwiegend auf Gesamtverträgen, welche zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und Ärztekammern auf Landesebene ausgehandelt werden (vgl. BMGF, Das Gesundheitswesen in Österreich, 2005: 51).

Im Gegensatz dazu sind WahlärztInnen als jene ÄrztInnen definiert, welche in keinem Vertragsverhältnis mit Versicherungsträgern stehen (vgl. Österreichische Sozialversicherung). Nachdem diese nicht pauschal von Krankenversicherungsträgern bezahlt werden, sondern ihre Leistung

direkt über Honorarnoten von PatientInnen vergütet wird, sind sie in Bezug auf ihre Entlohnung abhängiger von einzelnen PatientInnen.

Im Jahr 2008 nahmen krankenversicherte Personen durchschnittlich 6,85 vertragsärztliche Hilfsleistungen in Anspruch (vgl. ÖBIG, Das Österreichische Gesundheitswesen im internationalen Vergleich, 2010: 14), wobei für die Anzahl der Konsultationen von WahlärztInnen keine Angaben vorliegen.

3. Hypothesen

Gespräche in medizinischen Kontexten unterscheiden sich maßgeblich von Alltagsgesprächen: Einerseits wird in allen Gesprächen ein bestimmter Zweck verfolgt, andererseits stehen sich KommunikationsteilnehmerInnen keinesfalls in einer gleichberechtigten Situation gegenüber. Dies ist unter anderem auf die institutionelle Rahmung eines jeden Gesprächs zurückzuführen, welche eine spezifische Rollenverteilung an die jeweiligen TeilnehmerInnen vorschreibt (vgl. Nowak & Spranz-Fogasy, 2008: 83).

Jene für Institutionen typischen hierarchischen Verhältnisse ergeben sich folglich aus einem Zusammenspiel aus bestimmten Rollen und den ihnen jeweils zugeschriebenen und inhärenten Regeln.

ÄrztInnen treten als VertreterInnen der jeweiligen Institution auf und verfügen daher über ein Routinewissen. Demgegenüber stehen PatientInnen, welche als KlientInnen eine schwächere Position einnehmen. Ihr Wissen ergibt sich aus der persönlichen Erfahrung. Institutionelle Rahmenbedingungen setzen jedoch nicht nur die Rollen der TeilnehmerInnen fest, sondern regeln auch die Interaktion. Sie bestimmen, was in Gesprächen erlaubt ist und was Normen widerspricht (vgl. Gülich, 1981: 422 zit. n. Lalouschek, 2007: 6).

Medizinische Kommunikation als eine Form von institutioneller Kommunikation anzuerkennen und dadurch entstehende Besonderheiten der Kommunikation auf allen Ebenen in der Analyse zu berücksichtigen bildet die Basis für die vorliegende Beschäftigung mit dieser Thematik.

Aufbauend auf der Annahme, dass eine Effizienzsteigerung jeglicher ÄPI durch „Empowerment“ von PatientInnen, also eine Stärkung der PatientInnenbeteiligung und die Fokussierung von gemeinsamen Entscheidungsfindungen ermöglicht wird (vgl. etwa Menz & Plansky, in Druck; Silverman, Kurtz & Draper: 2005; Lalouschek, 2004 und Menz, Lalouschek & Gstettner, 2008: 17), wurden folgende drei Hypothesen anhand des Datenmaterials untersucht:

1. PatientInnen von WahlärztInnen werden ausführlicher über gegenwärtige und zukünftige Prozesse informiert als PatientInnen von KassenärztInnen. Hierdurch ergibt sich eine deutlich stärkere Einbindung der PatientInnen in den Vorgang der Entscheidungsfindung.

Da Erklärungen von ÄrztInnen zu Diagnose und Therapie grundsätzlich nur selten angeboten werden (vgl. Lalouschek, 1995: 17), scheint hier die Annahme naheliegend, dass sich quantitativ nachgewiesene Unterschiede in der Behandlungsdauer zugunsten der WahlärztInnen (vgl. Menz & Plansky, in Druck) unter anderem auf einen zeitmäßig aufwändigeren Informationsaustausch zurückführen lassen. Dies würde im weiteren Verlauf zu einer Stärkung der PatientInnenrollen und zu einer Fokussierung der gemeinsamen Entscheidungsfindung führen.

2. Quantitativ nachgewiesene Unterschiede in der Dauer von Konsultationen zu Gunsten der WahlärztInnen sind auf Initiativen von ÄrztInnen zurückzuführen, umfangreiche, patientInnenrelevante Informationen anzubieten und zu vermitteln. Dementsprechend gestalten sich auch körperliche Untersuchungen länger und sind von ausführlicheren Redebeiträgen begleitet.

Als eine Erweiterung zur ersten Hypothese wird hier der Fokus speziell auf das sprachliche Verhalten von ÄrztInnen gelegt. Es wird davon ausgegangen, dass eine vergleichsweise ausführlichere Informationsweitergabe in wahlärztlichen Ordinationen explizit auf Initiativen von behandelnden ÄrztInnen zurückzuführen ist. Dabei wird angenommen, dass sich konsequenterweise auch körperliche Untersuchungen zeitlich aufwändiger gestalten, und durch vergleichsweise mehr Redebeiträge gekennzeichnet sind.

3. Initiativen von WahlärztInnen, erfolgreiche ÄrztInnen- PatientInnen- Beziehungen zu gestalten, schaffen partnerschaftliche Verhältnisse und tragen somit zur aktiven Teilnahme von PatientInnen am Untersuchungsgeschehen bei.

Leistungen von WahlärztInnen werden nicht im Rahmen von Sozialversicherungsverträgen sondern direkt von PatientInnen vergütet. MedizinerInnen befinden sich hier in einer Situation, die sie finanziell direkt von PatientInnen abhängig macht. Es scheint naheliegend, dass daher aktiv versucht wird, langfristig beidseitig zufriedenstellende und tragfähige Beziehungen aufzubauen. Weiters wird angenommen, dass WahlärztInnen eine größere Verpflichtung gegenüber ihren

PatientInnen sehen, als „DienstleisterInnen“ zu agieren. Dies führt in weiterer Folge zu einem aktiven Miteinbezug der PatientInnen (vgl. Körfer, Köhle & Obliers, 1994: 62).

PatientInnen von WahlärztInnen finden sich daher auch in einer grundlegend mächtigeren Position wieder.

Mit Hilfe der vorliegenden Hypothesen soll schlussendlich der Frage nachgegangen werden, ob und wenn ja inwieweit eine Ungleichbehandlung von Privat- und KassenpatientInnen mittels sprachwissenschaftlicher Methoden nachgewiesen werden kann.

4. Datenmaterial und Forschungsdesign

Das Datenmaterial wurde aus dem Korpus eines vorangegangenen Projekts zur Compliance- und Concordance-Förderung von Florian Menz und Luzia Plansky (in Druck) ausgewählt. Im Rahmen dieses Projekts wurden insgesamt an die 1000 Gespräche bei 47 niedergelassenen ÄrztInnen (vorwiegend AllgemeinmedizinerInnen und InternistInnen) aufgezeichnet. Hiervon wurden wiederum 193 Gespräche mit einer Gesamtaufnahmedauer von etwa 35 Stunden ausgewählt und nach der Methode der halbinterpretativen Arbeitstranskription (HIAT) im Verhältnis 1:40 verschriftlicht. Neben der präzisen Verschriftlichung des Gesagten fließen auch Überlappungen, Unterbrechungen, paraverbale Äußerungen und weitere Bestandteile natürlicher Gespräche in die Transkription mit ein. Das Datenmaterial wurde von Menz & Plansky im Hinblick auf die Eruerung von Kommunikationsmustern und Gesprächstechniken untersucht. Der Fokus lag auf der Messung und Interpretation quantitativer Parameter (etwa Gesprächsdauer, Redevertelung, Anzahl der Unterbrechungen etc.). Hierbei wurden Untersuchungskategorien wie Gender, Vertragsart und Spezialisierung der ÄrztInnen berücksichtigt. In Anknüpfung an Ergebnisse dieser Studie widmet sich die vorliegende Analyse der qualitativen Untersuchung von Unterschieden in der Kommunikation bei Wahl- und KassenärztInnen eines kleineren Samples.

Insgesamt wurden 9 authentische Gespräche bei niedergelassenen MedizinerInnen auf Makro- und Mesoebene analysiert (hierfür standen sowohl die Audioaufnahmen als auch die Transkriptionen zur Verfügung), wobei stellenweise eine Berücksichtigung von Elementen der Mikroebene notwendig war.

Die Auswahl der Gespräche erfolgte nach folgenden Kriterien:

- Ausgewogenheit des Verhältnisses zwischen Wahl- und KassenärztInnen
- Ausgewogenheit des Gender-Verhältnisses bei PatientInnen und MedizinerInnen
- Stattfinden einer körperliche Untersuchung im Rahmen der ÄPI

- Auswahl von jeweils unterschiedlichen ÄrztInnen und PatientInnen (keine „Mehrfachanalyse“ einzelner PatientInnen und MedizinerInnen)

Nachdem ein Korpus erstellt wurde,² war es vorerst notwendig, eine quantitative Gegenüberstellung des Datenmaterials zu erfassen.

Tabelle 1 veranschaulicht das Korpus und gibt einen quantitativen Überblick.

<i>Kürzel</i>	<i>Fachrichtung</i>	<i>Dauer</i>	<i>GE</i> <i>Ä</i>	<i>GE</i> <i>P</i>	<i>Vertragsart</i>	<i>WA</i> <i>Ä</i>	<i>WA</i> <i>P</i>
YNOM_K	Allgemein	00:08:14	m	m	Kassenv.	1076	728
YDOM_K	Allgemein	00:07:48	m	w	Kassenv.	666	370
QTNM_W	Allgemein	00:14:54	m	m	Wahlv.	1044	1360
POWW_K	Allgemein	00:07:48	w	w	Kassenv.	712	268
GTNF_W	Allgemein	00:18:19	w	w	Wahlv.	1169	908
OISM_W	Internist	00:24:58	m	w	Wahlv.	2413	1239
IMSM_K	Internist	00:06:58	m	w	Kassenv.	238	40
MMWF_K	Allgemein	00:09:22	w	w	Kassenv.	689	831
XNNW_W	Allgemein	00:12:48	w	m	Wahlv.	1465	871
<i>GE Ä: Geschlecht ÄrztIn</i>		<i>WA Ä: Wortanzahl ÄrztIn</i>					
<i>GE P Geschlecht P</i>		<i>WA P: Wortanzahl PatientIn</i>					

Tabelle 1: Vorstellung des Korpus

Sodann wurde jedes Gespräch für sich in seinem strukturellen Aufbau untersucht.

Hierfür wurde vorerst ein Gesprächsinventar erstellt, daraufhin erfolgte eine Eruierung der Gesprächsphasen. Für die Definition und spezifische Analysemethoden der linguistischen Gesprächsanalyse dienten die Werke von Deppermann (2008), Brinker & Sager (2006) und Henne & Rehbock (1995).

Nach einer ersten qualitativen Charakterisierung der Gesprächstypen (nach Nowak, 2010) und einer an das Forschungsmaterial angepassten Erweiterung der bestehenden Kategorien erfolgte schließlich eine Selektion spezifischer Aspekte der ÄPI. Um die leitende Forschungsfrage bestmöglich beantworten zu können, wurde eine Einschränkung der Analyse auf folgende Teilbereiche der Gespräche vorgenommen:

- Gestaltung von Gesprächsbeginn und Beendigung
- Sprachlicher Ablauf körperlicher Untersuchungen

² Eines der analysierten Gespräche wurde von der Autorin eigenständig und in einem größeren Verhältnis (1:15) transkribiert, die übrigen acht Gespräche wurden direkt dem vorhandenen Korpus entnommen und nur stellenweise nachbearbeitet.

- Reaktion von ÄrztInnen auf Fragen und Thematisierung von Unklarheiten von PatientInnen

Der Beginn jedes Gesprächs bestimmt maßgeblich dessen weiteren Verlauf. Besonders in der Interaktion zwischen ÄrztInnen und PatientInnen stellt sich diese Phase als bedeutsam für die Beziehungskonstellation und den Ablauf des aktuellen Gesprächs dar (vgl. Spranz-Fogasy, 2005: 23). Gesprächsbeendigungen hingegen haben erheblichen Einfluss auf das weitere Verhalten von PatientInnen und zukünftige Begegnungen (vgl. Lalouschek, 2005: 70; Menz & Plansky, in Druck). Erfolgreiche ÄPK zeichnet sich durch zweckmäßige und den institutionellen und persönlichen Bedürfnissen angepasste Gesprächsverläufe aus, welche in allen Phasen des Gesprächs gegeben sein müssen.

Durch eine genauere Betrachtung der Eröffnungs- und Beendigungsphasen der Gespräche soll schließlich eine Aussage über die Funktionalität der Gestaltung sowie über mögliche Einflüsse auf weitere Verläufe der Gespräche und Behandlungen getroffen werden.

Die Phase der körperlichen Untersuchung stellt für PatientInnen einen besonders heiklen Part der ärztlichen Konsultation dar, aus diesem Grund ist hierbei situationsspezifisch adäquates Verhalten von ÄrztInnen gefordert. Lokalen Orientierungen, die PatientInnen Information und Anleitungen zur aktuellen Situation geben, kommt sowohl bei der Überleitung zu körperlichen Untersuchungen und bei deren Beendigung, als auch während des Vorgangs große Relevanz zu (vgl. Lalouschek, 2004: 152).

Im Rahmen der Analyse wird berücksichtigt, wodurch Überleitungen zur Untersuchung sowie deren Ende sprachlich markiert sind, wie ÄrztInnen Handlungsanweisungen realisieren, und auf welche Art und Weise eine Kommunikation während des Untersuchungsvorgangs stattfindet.

Effiziente ÄPK zeichnet sich schlussendlich durch ein beidseitiges Verstehen und Verstandenwerden aus. Spranz-Fogasy (2010: 28) weist in diesem Kontext darauf hin, dass Prozesse des Verstehens durch vorwiegend verbale Ausdrucksmittel gemeinsam abgestimmt und interaktiv mit GesprächspartnerInnen aufgezeigt werden müssen. Reaktionen von ÄrztInnen auf Fragen und Thematisierung von Unklarheiten von PatientInnen sind daher als zentrale Bestandteile zufriedenstellender ÄPK zu betrachten. Auf diese Weise werden Informationen weitergegeben, Fehlannahmen aufgeklärt und Wissenslücken thematisiert. Fragen tragen demnach elementar zur Verständensdokumentation bei.

Während in vergangenen Untersuchungen zu Fragen sowie Frage-Antwort-Sequenzen in ärztlicher Kommunikation primär Fragen von ÄrztInnen in unterschiedlichen Kontexten und an-

schließende Reaktionen von PatientInnen untersucht wurden (vgl. etwa Spranz-Fogasy, 2010; Lalouschek, 2002; Boyd & Heritage, 2006), behandelt die vorliegende Analyse ausschließlich Fragen von PatientInnen.

Besonders berücksichtigt wurde in der Analyse die Art und Weise, wie ÄrztInnen auf Fragen von PatientInnen reagieren, und auf welche Weise die Informationsweitergabe gestaltet ist.

5. Analyse

5.1 Eröffnungs- und Beendigungsphasen

Die funktionale Analyse des ersten Untersuchungsbereichs fokussierte die Realisierung von Anredeformen und Gestaltung der Gesprächseröffnung sowie die Überleitung zur Verabschiedungsphase, Gestaltung der Gesprächsbeendigung und Anschlussfähigkeit in der Beendigungsphase.

Obwohl längere Sequenzen der Begrüßung durchaus wünschenswert wären, da PatientInnen so die Möglichkeit erhalten, sich auf die Untersuchungssituation einzustellen, fokussieren ÄrztInnen vorwiegend recht knappe Begrüßungsphasen und gehen sehr schnell zu anderen Phasen des Gesprächs über.

Die Analyse zeigt, dass sämtliche ÄrztInnen ähnliche Muster in der Gestaltung der Gesprächseröffnung verfolgen, und abseits von Begrüßungsformeln kaum andere Handlungstypen (etwa Orientierungen, Vorstellungen oder Situierungen) erkennbar sind. Bei WahlärztInnen sind keine großen Differenzen nachweisbar, doch es zeigt sich hier eine tendenziell variationsreichere Realisierung.

Deutlich wird auch, dass ÄrztInnen vielfach offene oder rituell- offene Fragen verwenden, um Gespräche zu eröffnen, dies jedoch faktisch die unvorteilhafteste Art und Weise ist, Konsultationen einzuleiten, da von PatientInnen gleichzeitig eine Vielzahl von Aktivitäten verlangt wird.

Ein Beispiel für eine rituell-offene Frage wäre etwa die folgende Eröffnung aus dem Gespräch POWW_K:

[1]

A [v]	Grüß Sie Gott,bitteschön.((3,5s)) Wie geht s Ihnen?
P [v]	Grüß Gott. Schlecht.

Optimal wäre eine Gesprächseröffnung, welche PatientInnen eigenständige Initiativen ermöglicht und sie in ihrer aktiven Teilnahme bestärkt. In der Literatur wird diese Form der Eröffnung „sich-zur-Verfügung-stellen“ (vgl. Spranz-Fogasy, 2005: 25 ff.) genannt. Ein Beispiel hierfür findet sich in Gespräch QTNM_0501.

[1]			
A			<i>lauter</i>
A [v]	So, grüß Gott.	Griab guat.	Sooo.
P [v]	• Grübe Sie Herr Doktor, grüß Gott!	Grüß Gott.	
[2]			
A [v]	Schau ma Herr Magister. Was derf i tuan?	Bitte.	
P [v]	Ja.	Ja.	Na, i mach s ganz ku rz. I äh...
P		--	
U [v]			Die Ergebnisse

Diese Idealform ist in nur einem WahlärztInnengespräch beobachtbar, während ansonsten kein ausgeprägter Unterschied in der Realisierung der Gesprächseröffnung bei Wahl- und KassenärztInnen zu beobachten ist.

Verabschiedungssequenzen werden häufig von beiden TeilnehmerInnen akzeptiert, selten tritt in dieser Phase die Einführung neuer Themen auf. Verzögerungen betreffen- sofern vorhanden- größtenteils organisatorische Details.

Auffallend ist zudem das häufige Auftreten von Dankesworten an ÄrztInnen, welches jedoch nur in seltenen Fällen erwidert wird und daher auf vorherrschende Differenzen in der Machtverteilung oder Wertschätzung hinweist.

Anschlussfähigkeitsfördernde Gesprächshandlungen in Beendigungsphasen sind in jedem Gespräch vorzufinden, deren Zweckmäßigkeit im Sinne einer Festigung der ÄrztInnen- PatientInnen- Beziehung und ein damit einhergehender positiver Einfluss auf langfristige Kooperation bleibt jedoch in vielen Fällen zu hinterfragen.

Motivierende Botschaften werden hauptsächlich von WahlärztInnen getätigt, dadurch wird Eigenständigkeit und Verantwortungsgefühl von PatientInnen betont, zusätzlich erfolgt auf diese Weise eine aktive Einbindung in abschließende Entscheidungsprozesse.

Hier manifestiert sich, dass jene ÄrztInnen, welche schon während den Gesprächen häufig Orientierungen geben und Anschlussfähigkeit fördern, dies auch im Rahmen der Gesprächsbeendigung aufrechterhalten. Diesbezüglich sind vor allem WahlärztInnen besonders aktiv.

5.2 Die körperliche Untersuchung

Die Analyse des Abschnitts der körperlichen Untersuchung fokussierte konkret die Bereiche der Einleitung, des Abschlusses und der Formulierung der Handlungsanweisungen an PatientInnen. Weiters widmete sich die Analyse dem Vorkommen von untersuchungsbegleitenden Redebeiträgen („online-commentaries“, vgl. Heritage & Stivers, 1999: 1501 sowie Mangione-Smith et al., 2003) und zusätzlichen Orientierungen. Beiden Komponenten wird große Relevanz im Bereich

der PatientInnenaufklärung und -information zugeschrieben (vgl. Heritage & Stivers, 1999: 1501 sowie Lalouschek, 2005: 54 und Nowak, 2010: 239).

Die Analyse zeigt, dass körperliche Untersuchungen zum größten Teil von ÄrztInnen initiiert werden. Bei Überleitungen werden häufig Gradpartikeln zu Abschwächung des Untersuchungsumfangs gesetzt und auf die „wir- Form“ zurückgegriffen, um eine Kooperation zwischen ÄrztInnen und PatientInnen zu betonen.

Ein besonders anschauliches Beispiel hierfür liefert der Arzt im Gespräch QTNM_W. Nach Abschluss der Blutdruckmessung im Rahmen einer Routinekontrolle zeigt sich eine Ungereimtheit, Arzt und Patient reagieren hier wie folgt:

[104]

A [v]<		((2s)) Hu. Wir wir tuan glei weiter.
P [v]	genau an die...	((21s)) Ja, des is da Genius
P	---	

[105]

A [v]		((11s)) Was hamma daaa?Da war a Fehler.Na, mach ma glei noamal.((1,5s))
A		----
P [v]	Lozi.	Na der war...

[106]

A [v]	SooH.((58s)) Aha. • • Neunzig neunundneunzig, jaa da hamm a heut • a bissl mehr!
A	-----

Es zeigt sich hier, dass die Verwendung der „wir- Form“ gehäuft und in unterschiedlichen Kontexten (als Orientierung, als online-commentary sowie im Rahmen der Diagnosemitteilung) auftritt.

Beendigungen von körperlichen Untersuchungen gehen meist mit kurzen Phasen des Schweigens einher, oftmals treten auch Gliederungspartikeln an die Stelle von Explizierungen des Untersuchungsendes durch ganze Sätze.

Einleitung und Abschluss der körperlichen Untersuchung gestalten sich unabhängig von der Vertragsart durchwegs homogen.

Der Miteinbezug von PatientInnen in die Untersuchung kann einerseits auf Ebene der Formulierung von Handlungsanweisungen geschehen, indem hier ein partnerschaftlicher Modus gewählt wird, um PatientInnen Aufforderungen zu vermitteln. Zudem kann auch durch „online-commentaries“ eine aktive Einbindung von PatientInnen in das aktuelle Geschehen forciert werden.

In Abhängigkeit der durch die jeweils von der Untersuchungsform vorgegebenen Rahmenbedingungen zeigt die Analyse hier, dass WahlärztInnen mehr Aufwand betreiben, PatientInnen zu

informieren und Erklärungen anzubieten, und somit kooperatives Verhalten und Verständnis von Seiten der PatientInnen fördern.

Die Wortanzahl ist in diesem Kontext nicht zwangsläufig ein Indikator für situationsgerechte Formulierung von Handlungsanweisungen, tendenziell bieten jedoch längere Passagen PatientInnen mehr Möglichkeiten, passive Rollenzuschreibungen zu überwinden.

Kommentare während Untersuchungen betreffen ausschließlich positive Bewertungen oder milde Symptome. Beschränkt sich die Aussage nicht auf eine reine Bewertung sondern fließen auch zusätzliche Informationen (etwa patientInnenspezifische Erklärungen oder Kontextualisierungen) mit ein, erhöht sich auch die langfristige Relevanz durch einen allgemeineren Informationsgewinn der PatientInnen.

In diesem Zusammenhang setzen ÄrztInnen mit Wahlvertrag mehr Initiativen um PatientInnen mit in das Gespräch und die Untersuchung einzubeziehen, Fragen und Kommentare von PatientInnen während dieser Phase werden durchaus ausführlich behandelt. Untersuchungen dauern bei WahlärztInnen daher tendenziell länger.

Orientierungen während körperlicher Untersuchungen sind besonders dann sinnvoll, wenn sie mit aktuellen Ergebnissen oder bereits besprochenen Themen verknüpft werden. So können auch Handlungsanweisungen in einen Gesamtkontext gesetzt werden, der es PatientInnen durch zusätzliche Informationen ermöglicht, ein umfassenderes Verständnis für Prozeduren oder ihre eigenen Beschwerden zu erlangen. WahlärztInnen machen hiervon öfter Gebrauch, und tragen somit zu einer stärkeren Einbindung der PatientInnen in den Untersuchungskontext bei. Zusätzlich zeigt sich die Tendenz, dass jene ÄrztInnen, welche im gesamten Verlauf des Gesprächs Orientierungen an PatientInnen geben, dies auch während, oder sofern dies nicht möglich ist, unmittelbar nach der Untersuchung fortführen.

5.3 Frageverhalten und Thematisierung von Unklarheiten

Das dritte Forschungsinteresse galt dem Auftreten von und dem Umgang mit Fragen während ÄPI in Ordinationen niedergelassener MedizinerInnen. Konkret wurden dabei das Frageverhalten von PatientInnen, das Vorkommen und der Umgang mit thematisch abweichenden Fragen sowie das Erfragen zusätzlicher Informationen und die Thematisierung von Unklarheiten untersucht. Spezielles Augenmerk wurde auf Reaktionen von ÄrztInnen gelegt.

Bei der Untersuchung des Frageverhaltens von PatientInnen in Rahmen der vorliegenden Analyse ist es wenig sinnvoll, quantitative Vergleiche zu ziehen, da es sich hier um einen von unterschiedlichsten Faktoren beeinflussten Bereich handelt. Maßgebliche Auswirkungen haben etwa die Art der Untersuchung, der vorgegebene Zeitrahmen, der Grund der PatientInnen für den Ordinationsbesuch, etwaige Hürden im Bereich des Sprachverständnisses, oder die Art der ÄrztInnen-PatientInnen-Beziehung. An dieser Stelle muss daher festgestellt werden, dass weniger ein quantitativer Vergleich von Fragehandlungen von PatientInnen die Qualität eines Gespräches bestimmt. Vielmehr sind die potenziellen Möglichkeiten, welche ÄrztInnen PatientInnen offen lassen, ausschlaggebend dafür, ob und auf welche Weise PatientInnen in ihre eigene Untersuchung eingebunden werden.

Die Untersuchung legt eine auffallend große Anzahl an organisatorischen Fragen offen, deutlich werden hierbei institutionell bedingte Problematiken. ÄrztInnen zeigen sich bei der Beantwortung derartiger Fragen sehr kooperativ.

Eine geringe Anzahl an Fragen bezüglich des weiteren Ablaufs des aktuellen Gesprächs deutet weniger auf eine diesbezüglich ausreichende Information der PatientInnen hin, da Unklarheiten in diesem Bereich häufig beobachtbar sind. Vielmehr zeigt sich dadurch die vorherrschende Erwartungshaltung, wonach ÄrztInnen für die Gesprächsorganisation verantwortlich sind.

Fragen nach persönlichen Informationen über ÄrztInnen stellen eine Ausnahme dar, in den meisten Gesprächen werden institutionell bedingte Rollenverteilungen und die damit einhergehenden Einschränkungen der Gesprächsthemen und Möglichkeiten durchwegs eingehalten.

Im Allgemeinen bieten patientInneninitiierte Fragen ÄrztInnen die Möglichkeit, Relevanzsetzungen zu erkennen und entsprechend darauf zu reagieren, zudem können auf diese Weise bestehende Missverständnisse aufgedeckt werden.

Im Hinblick auf die gewonnenen Ergebnisse bleibt jedoch zu beachten, dass Möglichkeiten für PatientInnen Fragen zu stellen sowohl bei Kassen- als auch bei WahlärztInnen nur eingeschränkt vorhanden sind.

Tendenziell wenden WahlärztInnen aber weitaus mehr Zeit auf, auf Fragen von PatientInnen einzugehen und diese zu bearbeiten. WahlärztInnen bieten zusätzlich mehr Raum für PatientInnen an, derartige Gesprächsbeiträge zu realisieren. Es zeigt sich weiters die Tendenz, dass WahlärztInnen Beantwortungen in breitere Kontexte setzen, oder Fragen an anderer Stelle erneut von selbst aufgreifen.

6. Ergebnisse

Effiziente Kommunikation zwischen ÄrztInnen und PatientInnen zeichnet sich vorwiegend dadurch aus, dass sowohl Interessen von PatientInnen als auch von ÄrztInnen insofern gewahrt und befriedigt werden, als dass schlussendlich nicht nur beide Parteien zufrieden mit dem Gespräch an sich sind, sondern auch langfristig eine sinnvolle Zusammenarbeit und zielführende medizinische Betreuung gewährleistet sein kann. Inwieweit ein Unterschied in der Effizienz der Kommunikation bei Wahl- und KassenärztInnen sprachwissenschaftlich nachgewiesen werden kann, war Gegenstand der vorliegenden Untersuchung.

Obwohl das vorliegende Korpus selbstverständlich zu klein ist, um Aussagen auf globaler Ebene zu treffen, zeigt es doch Tendenzen an, welche in Verbindung mit ähnlichen qualitativen und quantitativen Studien zu aussagekräftigen Resultaten führen.

Eine erste Durchsicht der Ergebnisse legt offen, dass vertragsbedingte Differenzen in der ÄPK nicht in allen untersuchten Bereichen mit einer ähnlichen Deutlichkeit zu Tage treten.

Einer jener Aspekte, bei dem auf Ebene der Vertragsart kaum Unterschiede zu verorten sind, ist die Gestaltung von Gesprächsbeginn und Gesprächsabschluss. Hier zeigt sich, dass Gesprächseröffnungen grundsätzlich sehr knapp ausfallen und PatientInnen kaum Möglichkeiten gelassen werden, sich ausreichend auf die neue Gesprächssituation einzustellen.

Verabschiedungen enthalten zwar in allen Gesprächen gewisse Orientierungen oder anschlussfähige fördernde Maßnahmen, das Vorkommen allein lässt allerdings noch keine Aussage über Sinnhaftigkeit und Wirkungskraft zu. Hierbei zeigt sich, dass WahlärztInnen tendenziell mehr motivierende und wertschätzende Redebeiträge liefern, und so sowohl einen Beitrag zur kurzfristigen als auch zur langfristigen Aufrechterhaltung kooperativer ÄrztInnen- PatientInnen- Beziehungen leisten.

Diese positiven Bewertungen sind nicht nur in der Eröffnungs- und Beendigungsphase der Gespräche zu beobachten. Lachen oder zustimmende Redebeiträge sowie die ausführliche Beantwortung von Fragen sind in einigen Gesprächen, vermehrt jedoch bei WahlärztInnen, vorhanden. Da derartige Redebeiträge PatientInnen vermitteln, dass Relevanzsetzungen erkannt und das Anliegen verstanden und ernst genommen wird (vgl. Baumgartinger-Seiringer, 2003: 53ff.) erweisen sich zustimmende Äußerungen oder patientInnenspezifische Reaktionen auf Fragen als wirksame kommunikative Ressourcen ärztlicher Gespräche.

Orientierungshandlungen treten in den unterschiedlichsten Phasen der Gespräche auf, ein quantitativ gehäuftes Vorkommen scheint eher auf Seiten der WahlärztInnen zu liegen. PatientInnen erhalten hier im gesamten Gesprächsverlauf öfter Orientierungen und ausführlichere Informationen bezüglich weiterer Vorgehensweisen. Vergleichbare Resultate zeigen sich auch in der quantitativen Studie von Menz & Plansky (in Druck), welche offenlegt, dass das Gespräch und die Behandlung betreffende Orientierungshandlungen deutlich häufiger von WahlärztInnen getätigt werden.

Grundsätzlich wird allerdings ersichtlich, dass nur eine geringe Anzahl von ÄrztInnen regelmäßig Orientierungen an PatientInnen gibt.

Quantitative Aspekte sind hier jedoch nicht zwangsläufig aussagekräftig. Wichtiger als die Menge ist vielmehr die Form der Realisierung. Hierbei ist es keinesfalls ausschließlich eine Frage des wortmäßigen Umfangs und der Häufigkeit des Vorkommens, da eine mehrfach wiederholte und auf Wortebene ausführlich gestaltete Orientierung ohne neue Informationen nicht produktiver ist als knappere, jedoch eindeutig und verständlich formulierte Orientierungen, welche an den Wissensstand der PatientInnen angepasst sind. Haben PatientInnen genügend Möglichkeiten, Fragen zu stellen oder Unklarheiten zu beseitigen, ist davon auszugehen, dass Informationsdefizite vielfach auch durch Eigeninitiativen von PatientInnen ausgeglichen werden können.

Die Analyse zeigt, dass gerade in diesem Bereich PatientInnen von WahlärztInnen maßgeblich aktiveres Verhalten an den Tag legen als PatientInnen von KassenärztInnen. Hier liegt es in den Händen der ÄrztInnen, diese Eigeninitiativen von PatientInnen zu fördern, und gleichzeitig der Situation angepasste Orientierungen zu tätigen.

Was die Informationsweitergabe betrifft, zeigt sich ein ähnliches Bild: vielfach erfolgen zwar ausführliche und situationsadäquate Informationen an PatientInnen, häufig jedoch nur dann, wenn PatientInnen selbst die Initiative ergreifen und konkret nachfragen.

Häufig treten rollenspezifische Problematiken auf, es zeigt sich auch hier, dass typische „Zuständigkeiten“ kaum verschoben werden: ÄrztInnen sind in den vorliegenden Gesprächen in der institutionell mächtigeren Position und daher zum Großteil für die Gesprächssteuerung verantwortlich. Das patientInnenseitige Einbringen von vorhandenem Routinewissen wirkt sich jedoch in jedem Fall positiv auf eine ausgeglichene Redevertelung aus. An dieser Stelle wird die starke institutionelle Verwurzelung der Gespräche deutlich, da eine Vielzahl der eingebrachten Fragen und angebotenen Erklärungen und Orientierungen konkret institutionsbedingte bürokratische

Abläufe anbelangt. ÄrztInnen sind auch hier in der Rolle von ExpertInnen, sie verfügen über das institutionsspezifische Wissen und geben dieses an PatientInnen weiter.

Es scheint eine Wechselwirkung zwischen aktivem PatientInnenverhalten und der Art der Beziehungsgestaltung zu geben, eindeutigen Nachweis kann die vorliegende Analyse hierfür jedoch nicht liefern. Fest steht allerdings, dass Eigeninitiativen von PatientInnen nicht nur Vorteile bei der Sicherstellung von beidseitigem Verständnis bringen, sondern von ÄrztInnen durchwegs positiv aufgenommen werden. Häufig ist eine kooperative Reaktion auf PatientInneninitiativen beobachtbar.

Grundsätzlich zeigen sich PatientInnen von WahlärztInnen aktiver und übernehmen engagierte Rollen in der Gesprächsorganisation. Dies spiegelt sich auch in den quantitativ erfassten Daten zu Differenzen in den Wortbeiträgen (siehe Tabelle 1) von ÄrztInnen und PatientInnen wieder. Selbst wenn dezidierte Möglichkeiten für Rück- oder Nachfragen in allen Gesprächen sehr spärlich ausfallen, sind PatientInnen von KassenärztInnen in ihrem Handlungsspielraum eingeschränkter als jene von WahlärztInnen, da Gespräche straffer strukturiert und zeitlich knapper bemessen sind. PatientInnen müssen daher gewissermaßen ihre „Rollengrenzen“ überschreiten und Unterbrechungen oder ähnliche Verhaltensweisen tätigen, um eigene Initiativen zu setzen. Positive Reaktionen, Signale der Wertschätzung und Gleichberechtigung während dem Gespräch können als ärztInnenseitige Ermunterung zu Eigeninitiativen erkannt werden.

Auch hier zeigt sich ein Ungleichgewicht bei WahlärztInnen und KassenärztInnen, wobei WahlärztInnen ihren PatientInnen nachweisbar sprachlich mehr Mitspracherecht zugestehen, und Sprechhandlungen tätigen, welche Gleichberechtigung und Kooperation fördern und betonen. Dieses Ergebnis wird auch durch die subjektive Wahrnehmung der PatientInnen bekräftigt, welche im Rahmen einer großangelegten Studie der Bertelsmannstiftung erhoben, und von Mielck & Helmert (2007) ausgewertet wurde.

Besonders hervorgehoben werden sollte, dass lange Gespräche keinesfalls automatisch zu besserer Information und komplikationsfreier Kommunikation führen. Die vorliegende Analyse legt deutlich offen, dass auch bei WahlärztInnen Missverständnisse auftreten und erst spät erkannt werden, und im Gegensatz dazu knappe Orientierungshandlungen bei KassenärztInnen zum Teil ebenso produktiv sind wie ausschweifende und sich wiederholende Erklärungen von WahlärztInnen.

Vielfach erfüllen einzelne Sprechhandlungen mehrere Zwecke. So können beispielsweise Informationen an PatientInnen auch Lob und motivierende Botschaften enthalten, oder Anweisungen

gleichzeitig als Erklärungen dienen. Diese Verknüpfung von Redebeiträgen kann besonders in zeitlich knapp bemessenen Untersuchungssituationen sinnvoll nutzbar gemacht und als Chance für KassenärztInnen erkannt werden.

Bezüglich der leitenden Forschungsfrage, inwieweit die Existenz einer „Zwei-Klassen-Medizin“ nachgewiesen werden kann, ist eine klare Aussage zu treffen:

Wenngleich Unterschiede in der Kommunikation vielfach stark von individuellen Faktoren aller TeilnehmerInnen abhängig sind, bezeugen die Ergebnisse der Untersuchung konsequente Differenzen in der Kommunikation von WahlärztInnen und KassenärztInnen. Selbstverständlich handelt es sich hierbei nicht um eine offensichtliche drastische Benachteiligung von KassenpatientInnen, die Existenz von sprachlichen Behandlungsunterschieden ist jedoch nicht zu leugnen.

Wenn Sprache das wichtigste Medium für den Austausch von Informationen in der ÄrztInnen-PatientInnen- Interaktion ist, sind es in diesem Bereich gerade kleine und scheinbar unbedeutende Differenzen, welche schlussendlich maßgebliche Auswirkungen, nicht nur auf die Kommunikationssituation, sondern auf die medizinische Behandlung im Gesamten haben. Eine „Zwei-Klassen-Medizin“ ist, selbst wenn über die Qualität medizinischer Leistungen keine Aussage gemacht werden kann, zumindest in der sprachlichen Behandlung von PatientInnen nicht von der Hand zu weisen.

Ein Abgleich der anfänglich formulierten Hypothesen mit den Ergebnissen der Analyse führt zu folgenden Aussagen:

1. PatientInnen von WahlärztInnen sind tendenziell besser über gegenwärtige und zukünftige Prozesse und Abläufe aufgeklärt, und werden daher auch umfassender in Entscheidungsfindungsprozesse eingebunden.
2. Quantitativ nachgewiesene Unterschiede bezüglich der Untersuchungsdauer sind zu einem großen Teil tatsächlich auf die ausführlichere Besprechung patientInnenrelevanter Themen zurückzuführen, wobei hier vielfach auch Initiativen von PatientInnen ausschlaggebend für eine vertiefende Diskussion sind. Körperliche Untersuchungen gestalten sich länger und werden ausführlicher von Redebeiträgen begleitet. Hierbei werden PatientInnen von WahlärztInnen aktiver in Vorgänge und Abläufe während der körperlichen Untersuchung eingebunden.

3. WahlärztInnen tendieren nicht automatisch zu partnerschaftlich orientierten Modellen der Beziehungsgestaltung, tätigen jedoch grundsätzlich eher positive Bewertungen oder motivierende Aussagen und stellen so mehr Möglichkeiten und Angebote für PatientInnen zur Verfügung, eine aktive Rolle im Gespräch zu übernehmen.

7. Ausblick

Die Bedeutung dieser Ergebnisse für die Zukunft liegt hauptsächlich im Aufzeigen gewisser Handlungsspielräume sowohl für ÄrztInnen als auch für PatientInnen.

Es wäre ebenso illusorisch wie zwecklos, eine Verlängerung der Behandlungsdauer von KassenpatientInnen zu postulieren, vielmehr sollte der Fokus auf eine effiziente Nutzung bestehender Ressourcen gelegt werden. So sehr die vorliegenden Ergebnisse die Vorteile von zeitintensiven Behandlungssituationen bekräftigen, soll jedoch an dieser Stelle eindeutig festgemacht werden, dass effiziente ärztliche Kommunikation, welche sich durch Merkmale wie Kooperation, wechselseitiges Verständnis und aktive Teilnahme von PatientInnen an Entscheidungsfindungsprozessen auszeichnet, auch in zeitlich knapp bemessenen Konsultationen sinnvoll realisiert werden kann.

Rahmenbedingungen wirken zwar eindeutig auf Gestaltungsoptionen ein, Möglichkeiten zum „Empowerment“ der PatientInnen bestehen jedoch auf verschiedensten Ebenen. Inwieweit diese Möglichkeiten genutzt werden, ist letztlich nicht ausschließlich davon abhängig, ob das Behandlungsgespräch mit Wahl- oder KassenärztInnen geführt wird.

Literatur

- Baumgartinger-Seiringer, Barbara (2003): *Interaktive Bearbeitung von Schmerz- bzw. Krankheitsdarstellungen. – Eine feministisch- kritisch diskursanalytische Untersuchung an Anamneseinterviews mit Patientinnen mit Beschwerden im Thoraxbereich*. Universität Wien: Diplomarbeit.
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2009): *Gesundheit und Krankheit in Österreich. GESUNDHEITSBERICHT ÖSTERREICH 2009*. Online verfügbar unter: http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/9/8/0/CH1066/CMS1288362276132/gboe_09.pdf [März 2011]
- BMGF (Bundesministerium für Gesundheit und Frauen) (2005): *Das Gesundheitswesen in Österreich 2005*. Online verfügbar unter: <http://bmgis02.bmgfj.gv.at/BDBExtern/DocDownload.aspx?Doc=12026> [März 2011]
- Boyd, Elizabeth; Heritage, John (2006): *Taking the Patient's Medical History: Questioning during Comprehensive History Taking*. In: Heritage, John; Maynard, Douglas W. [Hrsg.] (2007): *Communication in medical care. Interaction between primary physicians and patients*. Cambridge [et al.]: Cambridge University Press. Seiten 151-148.
- Brinker, Klaus; Sager, Sven F. (2006): *Linguistische Gesprächsanalyse. Eine Einführung*. 4., durchgesehene und ergänzte Auflage. Berlin: Erich Schmid Verlag.
- Bundesministerium für Gesundheit (2010): *Gesundheitsbarometer. Was die ÖsterreicherInnen über die heimische Gesundheitsversorgung denken*. Pressekonferenz am 7. Jänner 2010. Online verfügbar unter: http://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/6/3/8/CH1330/CMS1309944715628/gb_2welle.pdf [November 2012]
- Deppermann, Arnulf (2008): *Gespräche analysieren. Eine Einführung*. 4. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Gülich, Elisabeth (1981): *Dialogkonstitution in institutionell geregelter Kommunikation*. In: Schröder, Peter; Steger, Hugo [Hrsg.] (1981): *Dialogforschung*. Düsseldorf.: Schwann. Seiten 418- 456.
- Hart, Julian (1998): *Expectations of Health Care: Promoted, managed or shared?* In: *Health Expectations*. Volume 1 (1). Seiten 3-13.
- Heath, Christian (2006): *Body work: the collaborative production of the clinical object*. In: Heritage, John; Maynard, Douglas W. [Hrsg.] (2007): *Communication in medical care. Interaction between primary physicians and patients*. Cambridge [et al.]: Cambridge University Press. Seiten 185- 213.

- Henne, Helmut; Rehbock, Helmut (1995): *Einführung in die Gesprächsanalyse*. Dritte Auflage. Berlin; New York: De Gruyter.
- Heritage, John; Maynard, Douglas W. [Hrsg.] (2007): *Communication in medical care. Interaction between primary physicians and patients*. Cambridge [et al.]: Cambridge University Press.
- Heritage, John; Stivers, Tanya (1999): *Online commentary in acute medical visits: a method of shaping patient experiences*. In: *Social Sciences & Medicine*. Volume 49 (11). Seiten 1501- 1517.
- Körfer, Armin; Köhle, Karl; Obliers, Rainer (1994): *Zur Evaluation von Arzt- Patienten- Kommunikation - Perspektiven einer angewandten Diskursethik in der Medizin*. In: Redder, Angelika; Wiese, Ingrid [Hrsg.innen] (1994): *Medizinische Kommunikation*. Opladen: Westdeutscher Verlag. Seiten 53- 94.
- Laimböck, Max (2009): *Die Zukunft des österreichischen Gesundheitssystems. Wettbewerbsorientierte Patientenversorgung im internationalen Vergleich*. New York; Wien: Springer Verlag.
- Lalouschek, Johanna (2007): *Ärztliche Gesprächspläne und Anliegen chronisch kranker PatientInnen in der chronischen Schmerzbehandlung*. Arbeitspapier zum Forschungsprojekt „Schmerzdarstellung und Krankheitserzählung“. Version 07/5. Online verfügbar unter: http://www.univie.ac.at/linguistics/personal/florian/Schmerzprojekt/downloads/Arbeitspapier_2007_Patientenanliegen_Lalouschek.pdf [November 2012]
- Lalouschek, Johanna (2005): *Medizinische Konzepte und ärztliche Gesprächsführung- am Beispiel der psychosomatischen Anamnese*. In: Neises, Mechthild; Ditz, Susanne; Spranz-Fogasy, Thomas [Hrsg.Innen] (2005): *Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde. Ein interdisziplinärer Ansatz zur verbalen Intervention*. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. Seiten 48- 72.
- Lalouschek, Johanna (2004): *Kommunikatives Selbst- Coaching im beruflichen Alltag. Ein sprachwissenschaftliches Trainingskonzept am Beispiel der klinischen Gesprächsführung*. In: Becker-Mrotzek, Michael; Brünner, Gisela [Hrsg.Innen] (2004): *Analyse und Vermittlung von Gesprächskompetenz*. Frankfurt am Main: Peter Lang Verlag. Seiten 137- 158.
- Lalouschek, Johanna (1998, elektronische Neuauflage 2002): *Frage-Antwort-Sequenzen im ärztlichen Gespräch*. In: Brünner, Gisela; Fiehler, Reinhard; Kindt, Walther [Hrsg.Innen] (1998, elektronische Neuauflage 2002): *Angewandte Diskursforschung*. Band 1. Grundlagen und Beispielanalysen. Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung. Online verfü-

- bar unter: <http://www.verlag-gespraechsforschung.de/diskursforschung/1-155-173.pdf>
[November 2012]
- Lalouschek, Johanna (1995): *Ärztliche Gesprächs-ausbildung. Eine diskursanalytische Studie zu Formen des ärztlichen Gesprächs*. Opladen: Westdeutscher- Verlag.
- Menz, Florian; Lalouschek, Johanna; Gstettner, Andreas (2008): *Effiziente ärztliche Gesprächs-führung. Optimierung kommunikativer Kompetenz in der ambulanten medizinischen Ver-sorgung. Ein gesprächsanalytisches Trainingskonzept*. Wien: LIT- Verlag.
- Menz, Florian; Plansky, Luzia. (in Druck). *Time pressure and digressive speech patterns in doc-tor-patient consultations: Who is to blame?* In: Graf, Eva-Maria; Sator, Marlene; Spranz-Fogasy, Thomas [Hrsg.Innen]: *Interaction types across helping professions – Differences, similarities and interferences of communicative tasks*. Amsterdam: John Benjamins.
- Mielck, Andreas; Helmert, Uwe (2007): *Das Arzt- Patient- Verhältnis in der ambulanten Versor-gung: Unterschiede zwischen GKV- und PKV- Versicherten*. In: Böcken, Jan; Braun, Bernhard; Amhof, Robert [Hrsg.] (2007): *Gesundheitsmonitor 2007. Gesundheitsversor-gung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive von Bevölkerung und Ärzten*. Verlag Bertelsmann-Stiftung. Gütersloh. Seiten 114- 131. Online verfügbar unter:
http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xbcr/SID-7299EAE7-3393920C/bst/Gemo_2007.pdf [November 2012]
- Nowak, Peter (2010): *Eine Systematik der Arzt- Patient- Interaktion: Systemtheoretische Grund-lagen, qualitative Synthesemethodik und diskursanalytische Ergebnisse zum sprachlichen Handeln von Ärztinnen und Ärzten*. Frankfurt am Main [et al.]: Peter Lang Verlag.
- Nowak, Peter; Spranz-Fogasy, Thomas (2008): *Medizinische Kommunikation - Arzt und Patient im Gespräch*. In: Reuter, Ewald [Hrsg.] (2008): *Jahrbuch Deutsch als Fremdsprache 34. Professionelle Kommunikation*. München: Iudicium Verlag. Seiten 80- 96.
- Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (2010): *Das österreichische Gesundheits-wesen im internationalen Vergleich*. Ausgabe 2010. Online verfügbar unter:
http://www.goeg.at/cxdata/media/download/berichte/Gesundheitswesen_2010.pdf [März 2011]
- ÖBIG (Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen): *Das österreichische Gesund-heitswesen im internationalen Vergleich*. Ausgabe 2010. Online verfügbar unter:
http://www.goeg.at/cxdata/media/download/berichte/Gesundheitswesen_2010.pdf [März 2011]
- Schulze Ehring, Frank; Weber, Christian (2009): *„Zwei-Klassen-Medizin“: Zur Diskussion von Leistungs- und Qualitätsunterschieden im deutschen Gesundheitswesen*. In: Bandelow,

- Nils C.; Eckert, Florian; Rösenberg, Robin [Hrsg.]: Gesundheit 2030. Qualitätsorientierung im Fokus von Politik, Wirtschaft, Selbstverwaltung, und Wissenschaft. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. Seiten 135- 149.
- Silverman, Jonathan; Kurtz, Suzanne; Draper, Juliet (2005): *Skills for Communicating with Patients*. 2nd Edition. Oxon: Radcliff Publishing.
- Spranz-Fogasy, Thomas (2010): Verstehensdokumentation in der medizinischen Kommunikation: Fragen und Antworten im Arzt-Patient-Gespräch. In: Deppermann, Arnulf; Reitemeyer, Ulrich; Schmitt, Reinhold; Spranz-Fogasy, Thomas (2010): *Verstehen in professionellen Handlungsfeldern*. Tübingen: Narr-Verlag. Seiten 27- 116.
- Spranz-Fogasy, Thomas (2005): Kommunikatives Handeln in ärztlichen Gesprächen. In: Neises, Mechthild; Ditz, Susanne; Spranz-Fogasy, Thomas [Hrsg.Innen] (2005): *Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde. Ein interdisziplinärer Ansatz zur verbalen Intervention*. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. Seiten 17- 47.
- Verein für Konsumenteninformation/ Konsument Magazin (2011): OP-Termine. Das kann ins Auge gehen. Printausgabe September 2011. Online auszugsweise verfügbar unter: <http://www.konsument.at/cs/Satellite?pagename=Konsument/MagazinArtikel/Detail&cid=318878081077> [November 2012].