

# [WLG]

WIENER LINGUISTISCHE GAZETTE

## **Audience Design von Subjektiven Krankheitstheorien**

**Ein Vergleich von Arzt-Patienten-Gesprächen und Laien-  
Patienten-Gesprächen**

*Sabrina Fafßl*

Sonderdruck aus:

*Wiener Linguistische Gazette* (WLG) 80 (2017): 108–138

Universität Wien · Institut für Sprachwissenschaft · 2017

**Eigentümer, Herausgeber und Verleger:**

Universität Wien, Institut für Sprachwissenschaft  
Sensengasse 3a  
1090 Wien  
Österreich

**Redaktion:** Christian Bendl, Mi-Cha Flubacher (Angewandte Sprachwissenschaft), Stefan Schumacher (Allgemeine und Historische Sprachwissenschaft)

**Kontakt:** [wlg@univie.ac.at](mailto:wlg@univie.ac.at)

**Homepage:** <http://www.wlg.univie.ac.at>

**ISSN:** 2224-1876

**NBN:** BI,078,1063

Die *Wiener Linguistische Gazette* erscheint in loser Folge im Open-Access-Format.  
Alle Ausgaben ab Nr. 72 (2005) sind online verfügbar.

# Audience Design von Subjektiven Krankheitstheorien

## Ein Vergleich von Arzt-Patienten-Gesprächen und Laien-Patienten-Gesprächen

Sabrina Faßl\*

---

Wiener Linguistische Gazette (WLG)

Institut für Sprachwissenschaft

Universität Wien

Ausgabe 80 (2017): 108–138

### Abstract

This article shows how subjective illness theories influence the course of doctor patient communication with some examples. It focuses on the comparison of doctor patient and layman patient communication. Turn-taking in institutional contexts is often influenced by roles, expectations and the conversation purpose. This is important when talking about subjective illness theories. The data material originates from the FWF-project *Schmerzdarstellung und Krankheitserzählungen*. Patients with years of experience in doctor patient communication adapt their behavior to the institutional context. How do they apply subjective illness theories? How are they represented? How do doctors respond to them? And above all, are there differences between doctor patient and layman patient communication?

---

\* Sabrina Faßl, Universität Wien, [wlg@audience-design.de](mailto:wlg@audience-design.de)

**Schlüsselwörter:** Subjektive Krankheitstheorien, Adressatenzuschnitt, Audience Design, Recipient Design, institutionelle Kommunikation, Medizinkommunikation

## 1 Einleitung

Herr Weber:

»Ähm, da hab ich den Eindruck gehabt, das hilft. Also quasi, wenn ich in der Früh dann gleich amal ahm a Tasse Kaffee trink, wenn ich merk, ich hab so an ganz leichten Schmerz, dass ich dann verhindern kann, dass der Schmerz stärker wird. [...] Dem hat aber der Professor W. eigentlich widersprochen. Er hat gmeint, er glaubt das nicht. Hm. Schad.«

Interviewerin:

»Aber es is was, was Sie beobachten, oder?«

Herr Weber:

»Ähm was ich geglaubt hab, zu beobachten, ja. Also rein medizinisch dürft es keinen Grund geben. Ich weiß nur nicht, ich hab immer schon den Eindruck ghabt eigentlich [...]«<sup>1</sup>

Dieser kurze Dialog aus einem Laien-Patienten-Gespräch (LPG) führt uns direkt in das Thema der *Subjektiven Krankheitstheorien* (SKT) ein: Seine persönlichen Beobachtungen haben Herrn Weber zu einer, aus seiner Sicht, absolut fundierten ›Theorie‹ geführt. Herr Weber macht in seinem Gesprächsbeitrag deutlich, dass er die Ablehnung der Theorie durch seinen Arzt bedauert (»Hm. Schad.«). Die Auswirkungen, wenn die SKT nicht mit der des/der Ärzt\*in gleichklingt, sind keineswegs banal, sondern können den Lauf der Behandlung maßgeblich beeinflussen. Dies betrifft nicht nur den/die Patient\*in – die Konsequenzen tragen letztlich alle Betroffenen des Gesundheitssystems. In diesem Artikel soll anhand der Analyse von einem Fallbeispiel gezeigt werden, in welchem unterschiedlicher Ausprägung SKT

---

1 Ausschnitt aus dem Laien-Patienten Gespräch mit Herrn Weber, Projekt Schmerzdarstellung 2005, Fläche 0285-0293.

vorkommen, vor allem im Unterschied zwischen einem Ärzt\*in-Patient\*in (APG)- und Lai\*in-Patient\*in-Gespräch (LPG)<sup>2</sup> und wie hartnäckig sie manchmal verfolgt werden. Interessant ist hier auch, wie und ob Ärzt\*innen die Theorien ihrer Patient\*innen aufgreifen oder auch verwerfen. Zunächst führt der Artikel in das Thema SKT sowie in das Konzept des *Audience Design* (AD) ein. Außerdem wird das Projekt, aus welchem das Datenmaterial dieses Artikels stammt, vorgestellt. Bevor der Analyseteil beginnt, wird das Anamneseschema der Kopfschmerzambulanz erläutert.

## 2 Subjektive Krankheitstheorien

Subjektive Krankheitstheorien (SKT) entstehen durch individuelle Reflektionen und die Verarbeitung von Lebenserfahrungen in Zusammenhang mit Gesundheit und Krankheit. Die Merkmale der SKT können folgendermaßen beschrieben werden:

Im Gegensatz zu wissenschaftlichen Theorien weisen sie nicht den gleichen Grad an Präzision, Vollständigkeit und Systematik auf, ihre Elemente sind häufig nicht logisch miteinander verknüpft, und sie haben oft keinen Satzcharakter; jedoch ist ihnen eine zumindest implizite Argumentationsstruktur zuzuerkennen, d.h. sie bestehen nicht nur aus isolierten Einheiten, sondern es handelt sich um subjektiv (aus der Sicht des Handelnden) aufeinander bezogene oder aufeinander aufbauende Elemente. (Mutzeck 1998: 73; zitiert nach Birkner und Vlassenko 2015: 137)

Diese subjektive Prägung der SKT hängt damit zusammen, dass sie stark von Emotionen und emotional gesteuerten Bewertungen, aber auch von den bereits erwähnten Lebenserfahrungen geprägt sind. Fehleinschätzungen in Bezug auf SKT können demnach nicht offenkundig ausgeschlossen werden (Scheele und Groeben 2010; nach Birkner und Vlassenko 2015: 137).

---

<sup>2</sup> Im Folgenden wird auf eine gendergerechte Darstellung der Begriffe Arzt-Patienten/Ärztin-Patientin-Gespräch resp. Laien-Patienten/Laiin-Patientin-Gespräch verzichtet und die als Fachbegriff übliche männliche Form verwendet. Die Ausdrücke beziehen sich allerdings auf Menschen aller Geschlechter.

Die Relevanz von subjektiven Patiententheorien zu Krankheiten wurde bereits vielfach erforscht (vgl. Bischoff 1989; Flick 1998). Birkner (2006: 153) weist allerdings darauf hin, dass die Darstellung von SKT im Arzt-Patienten-Gespräch (APG) bisher im Detail nur wenig untersucht ist. Die raren Arbeiten zum Thema SKT stammen aus der Medizin. Diese sprachwissenschaftliche Lücke ist erstaunlich, da das Gespräch jener Ort ist, wo Ärzt\*innen Informationen über die Theorien ihrer Patient\*innen gewinnen und gemeinsam bearbeiten können (Birkner 2006: 153). Den Inhalt von SKT beschreibt Wüstner (2001) wie folgt:

Bezogen auf eine Krankheit ist eine subjektive Theorie ein System krankheitsbezogener Vorstellungen, Überzeugungen und Bewertungen. Ein Mensch bildet sie, wenn er mit einer Krankheit konfrontiert wird. Kernstücke des Konzepts sind Vorstellungen über die Verursachung einer Krankheit und über die Beeinflussbarkeit. (Wüstner 2001: 309; zitiert nach Birkner 2006: 158)

Dies bedeutet, dass neben einer Diagnose und Therapie auch die Ursache und Beeinflussbarkeit der Krankheit Thema des APG ist. Birkner beschreibt zwar Krankheiten für welche SKT keine (oder kaum) Relevanz haben (beispielsweise Karies), für die Behandlung von sehr vielen Krankheiten spielen sie aber eine wesentliche Rolle für die Therapietreue (*Compliance*) von Patient\*innen (Birkner 2006: 158). SKT gehören damit zu den Voraussetzungen eines jeden Therapieerfolges. Birkner (2006) zitiert Becker, der hinzufügt, dass »die Kluft zwischen Krankheitstheorie des Arztes und des Patienten [...] eine der Hauptursachen für Non-Compliance« (Becker 1984: 314; zitiert nach Birkner 2006: 159) darstellt. Hier wird deutlich, welche Wichtigkeit SKT für ein mögliches Gelingen einer Therapie haben bzw. dass durch sie Therapieerfolge wesentlich beeinträchtigt werden können.

Auch die Kapazität zur individuellen Bewältigung einer Krankheit (*Coping*) wird von den SKT beeinflusst. Es gibt unterschiedliche Coping-Mechanismen und unterstützende Maßnahmen wie Selbsthilfegruppen, Familie und soziale Unterstützung (vgl. Faltermaier 1998: 74). SKT stehen mit Coping insofern in Zusammenhang, als die Einschätzung der Handlungs-

möglichkeiten zur Bewältigung der Krankheit von großer Bedeutung für den Heilungserfolg sind (Birkner 2006: 159).

Wie bereits angesprochen haben SKT nicht nur für den/die Patient\*in direkt eine Auswirkung, sondern für alle Teilnehmer\*innen des Gesundheitssystems. Patient\*innen, die sich und ihre Anliegen nicht ernst genommen fühlen, sind geneigt, öfters Ärzt\*innen zu wechseln. Dies ist einerseits für die Patient\*innen äußerst zeit- und aufwandsintensiv, andererseits ist es für das Gesundheitssystem kostenintensiv. Mediziner\*innen erklären die fehlende Behandlung von SKT im APG mit dem zeitlichen Mehraufwand, der dadurch entstehe. Allerdings könnte dieser Einsatz an anderer Stelle wieder eingespart werden, weil Missverständnisse und aufwendige Aushandlungsprozesse über weitere Therapien entfallen können (Birkner 2006).

Birkner (2006: 162) stellte fest, dass sich SKT inhaltlich in drei Kategorien einteilen lassen, die miteinander in einer Wechselbeziehung stehen: WIE, WAS und WOZU. Exemplarisch sind beispielsweise Heckenausdrücke (WIE), die zur Beschreibung von Symptomen und auslösenden Ereignissen (WAS) dienen. Zentral für diesen Artikel ist vor allem der Punkt WOZU. Birkners Datenmaterial entstammt Gesprächen mit Patient\*innen, die an chronischen Zahnschmerzen leiden. Ebenso wie in den Gesprächen, die dieser Arbeit zugrunde liegen, nahmen in Birkners Untersuchung (2006) Patient\*innen mit langjähriger Erfahrung teil, welche bereits an einer Vielzahl von APG teilgenommen hatten. Dies führt dazu, dass ihnen die Abläufe und Erwartungen, welche sie an ein solches Gespräch haben können, bestens bekannt sind. Patient\*innen haben Vorstellungen davon, welche SKT als legitim angesehen werden könnten und können diese gezielt platzieren, um das Gespräch in eine bestimmte Richtung zu führen und andere SKT für sich behalten, um den Arzt nicht in eine dispräferierte Richtung zu lenken (Birkner 2006: 166). Dieser Umstand macht deutlich, dass fehlende oder nur wenig vorkommende SKT in einem APG nicht zwingend zu der Annahme führen können, dass Ärzt\*innen diese nicht zulassen. Im nachfolgenden Analyseteil finden sich Beispiele, welche das (vermeintlich) zweckorientierte Einsetzen von SKT im Anamnesegespräch verdeutlichen.

Neben diesen inhaltlichen Aspekten, lassen sich strukturelle Muster von SKT erkennen. Leventhal et al. beschreiben SKT als kohärentes Geflecht aus fünf Komponenten: »Wesen der Krankheit (*identity*), Krankheitsursache (*cause of illness*), Zeitverlauf (*time line*), Konsequenzen (*consequences*) sowie Heilung und Kontrollierbarkeit (*curability and controllability*)« (Leventhal et al. 1984; zitiert nach Vlassenko 2013: 95–96). Sie stellen somit den prozesshaften Charakter von SKT in den Fokus, wobei sie auch kognitive und emotionale Aspekte miteinbeziehen, die den Verlauf einer Krankheit beeinflussen können. Im Laufe einer Krankheitsgeschichte können außerdem Erfahrungen, Informationen, Behandlungsmöglichkeiten oder soziale Faktoren SKT verändern und damit den weiteren Krankheitsverlauf beeinflussen (Leventhal et al. 1984; zitiert nach Vlassenko 2013: 96).

Leventhal et al. (2001) weisen darauf hin, dass Strategien zur Bewältigung einer Krankheit in erster Linie dann erzeugt werden, wenn ein/e Patient\*in konkrete Vorstellungen von der Krankheit hat und Theorien zu dieser entwickelt. Treten bei einer Krankheit keine konkreten physischen Probleme auf (beispielsweise bei Bluthochdruck), suchen Patient\*innen nach Symptomen, die sie dann zu einer Veränderung ihres Verhaltens motivieren (Leventhal et al. 2001; zitiert nach Förster 2003: 15). Es wird zwar zwischen kognitiven und emotionalen Krankheitstheorien unterschieden, welche aber beide zu Bewältigungsstrategien führen. Unter kognitiven SKT versteht man beispielsweise das Bewusstwerden einer Krankheit, die Interpretation der Symptome, das Qualifizieren von Beschwerden (Ignorieren geringer Beschwerden oder deren Abschwächung) und das Bilden von krankheitsrelevanten Erwartungen und Vorstellungen. Kognitive und emotionale Prozesse laufen hierbei parallel ab, interagieren miteinander und beeinflussen sich. Das bedeutet, dass ein/e Patient\*in einerseits die Krankheit mit ihren Symptomen verarbeiten und gleichzeitig die emotionalen Aspekte der Belastung bewältigen muss (Förster 2003: 15). Es wird also deutlich, dass SKT maßgeblich unterstützend oder aber blockierend für die Bewältigung einer Krankheit sein können.



### 3 Audience Design

Da das Arzt-Patienten-Gespräch (APG) in einem institutionellen Rahmen zu bestimmten Bedingungen stattfindet, unterliegt es anderen Voraussetzungen wie ein Gespräch in anderen Settings, beispielsweise mit Freunden oder innerhalb der Familie. Im Falle des APG müssen intime Details über das Leben der/des Patient\*in mit einer fremden Person geteilt werden. Die Räumlichkeiten der Institution (Praxisräume, Klinik u.ä.) schaffen zusätzlich Distanz (Bechmann 2014: 150–152). Die Gesprächsbeiträge werden deshalb auf das Gespräch mit seinen Rahmenbedingungen zugeschnitten und unterscheiden sich maßgeblich von Gesprächsbeiträgen in nicht-institutioneller Kommunikation.

Die unterschiedliche Gestaltung von Redebeiträgen, angepasst an die Gesprächssituation, beschreibt das *Audience Design* (AD), auch *Recipient Design* oder *Adressatenzuschnitt* genannt, welches eines der bekanntesten und grundlegendsten Konzepte der Konversationsanalyse ist (Hitzler 2013: 111). Es wurde in den 1970er Jahren von Sacks et al. (1974) folgendermaßen definiert:

By ›recipient design‹ we refer to a multitude of respects in which the talk by a party in a conversation is constructed or designed in ways which display an orientation and sensitivity to the particular other(s) who are co-participants. In our work, we have found recipient design to operate with regard to word selection, topic selection, admissibility and ordering of sequences, options and obligations for starting and terminating conversations etc. [...]. (Sacks et al. 1974: 727)

Vor allem die Auswahl des Themas (*topic selection*) ist für die Analyse der in diesem Artikel beschriebenen Beispiele von großer Bedeutung. Patient\*innen passen die Wahl des Themas und damit die Selektion der Subjektiven Krankheitstheorie (SKT) an den/die Gesprächspartner\*in an. Bei einem fremden Gegenüber geschieht dies mittels Vorannahmen; so stellt Duranti (1997: 299) fest, dass Sprecher\*innen ihren Redebeitrag nur durch Hypothesen über die soziale Gruppe und Klasse des Gegenübers entwerfen können. Der/die Sprecher\*in muss dem/der Empfänger\*in nicht nur eine

Identität zuweisen, sondern diese auch in der Konversation zum Ausdruck bringen und zur Ratifizierung zur Verfügung stellen.

Wie stehen nun aber SKT mit AD in Verbindung? In Bezug auf die Beschreibung von Schmerzen stellen Menz und Sator (2011: 419) Unterschiede zwischen der verbalen Realisierung im APG und im Laien-Patienten-Gespräch (LPG) fest. Es hat sich gezeigt, dass Patient\*innen im Gespräch mit Ärzt\*innen über Medikation, Gründe für den Arztbesuch oder aber Schmerzdifferenzierung (Qualität, Lokalität, temporale Aspekte, Intensität) sprechen, während SKT zu Schmerzen (Schmerzursachen oder Beeinträchtigungen durch Schmerzen) eher in nicht-ärztlichen Gesprächen thematisiert werden (Menz und Sator 2011: 419–420). SKT kommen in LPG thematisch breiter gefächert vor als im APG und es wird Bezug zu Alltagserfahrungen und einer persönlichen Ebene (Betroffenheit im Alltag, Empfindungen usw.) hergestellt. Kommen SKT im ärztlichen Gespräch vor, dienen sie oftmals dazu, eine Bestätigung der Theorie durch den/die Expert\*in einzuholen (Menz et al. 2008: 425–427). Geht der/die Ärzt\*in nicht auf die Theorie des/der Patient\*in ein, versuchen Patient\*innen ihre SKT immer wieder im Gespräch zu thematisieren. Doch Menz et al. (2008: 424) stellen fest, dass Patient\*innen und Ärzt\*innen einen unterschiedlichen Gesprächsplan haben. Dies machen dispräferierte Handlungen in Bezug auf SKT sehr deutlich.

Auch Bechmann (2014) sieht jeweils unterschiedliche Gesprächszwecke und -ziele bei Ärzt\*innen und Patient\*innen. Unterschiede zeigen sich sowohl was die Gesprächssymmetrie, als auch was die Interessen anbelangt. Bechmann führt dies einerseits auf den Gesprächsrahmen, der eine ›formelle Zweckbeziehung‹ (Bechmann 2014: 141) darstellt und andererseits auf das Abhängigkeitsverhältnis der Patient\*innen gegenüber Ärzt\*innen zurück. Nicht zu vernachlässigen ist auch der emotionale Aspekt: Während ein APG für Ärzt\*innen ein alltägliches Ereignis darstellt, ist es für eine/n Patient\*in mit Emotionen und Herausforderungen verbunden. Dies führt dazu, dass Ärzt\*innen eher auf der Sachebene kommunizieren können, während Patient\*innen sich persönlicher Eindrücke, Erfahrungen und Sinneswahrnehmungen bedienen, um ihre Gesprächsbeiträge zu gestalten. Geht

ein/e Ärzt\*in nicht auf die Schilderungen (SKT) von Patient\*innen ein, misslingt dieser Aspekt der Verständigung. In weiterer Folge können Informationen verloren gehen, weil keine Beziehungsebene aufgebaut wurde. Bechmann (2014: 140–143) geht sogar so weit zu sagen, dass eine objektive Erhebung des Befundes erst möglich ist, wenn alle subjektiven Themen, Wünsche und Sorgen eine/s Patient\*in thematisiert und ausreichend behandelt wurden. Denn während für den/die Ärzt\*in in erster Linie fachliche Informationen wesentlich sind, hängt für eine/n Patient\*in eine ganze Reihe zusätzlicher Themen mit einer Krankheit zusammen, wie z.B. berufliche und soziale Konsequenzen und Einschränkungen (Bechmann 2014: 144).

Von Seiten der Mediziner\*innen ist der Umgang mit Patient\*innen vor allem krankheitsorientiert. Dies ist gerade in Spezialambulanzen oder im Umgang mit chronisch kranken Menschen der Fall. Ärzt\*innen müssen im Gespräch objektive Befunde und Krankengeschichten von allgemeiner Beschwerdeschilderung unterscheiden. Für die Therapietreue der Patient\*innen ist es jedoch zentral, dass auch der Beschwerdeschilderung ausreichend Aufmerksamkeit zugestanden und auf diese eingegangen wird, da dieser Aspekt die Beziehung zwischen Ärzt\*in und Patient\*in maßgeblich beeinflusst. Gerade chronisch erkrankte Menschen empfinden sich oft als ExpertInnen, was ein sensibles Beziehungsmanagement von Seiten der Mediziner\*innen verlangt (Feinbier 2015: 25).

#### 4 Daten und Vorbemerkungen

Das Gespräch, welches in diesem Beitrag analysiert wird, stammt aus dem Datenkorpus des, durch den FWF Wissenschaftsfonds, geförderten Projekts *Schmerzarstellung und Krankheitserzählungen*<sup>3</sup>. Das Projekt, unter der Leitung von Herrn Prof. Mag. Dr. Florian Menz (Institut für Sprachwissenschaft,

---

3 Weitere Informationen finden sich auf der Projekthomepage:

<http://www.univie.ac.at/linguistics/personal/florian/Schmerzprojekt/de/index.htm>

Universität Wien), erstreckte sich über einen Zeitraum von zwei Jahren (März 2005–März 2007). Insgesamt wurden im Zuge des Projekts 21 Erstgespräche mit erwachsenen Patient\*innen mittels Audio- und Videoaufnahmen aufgezeichnet. Für die Analyse dieser Arbeit stehen die Transkripte von zwölf Gesprächen (sechs Laie-Patienten- [LPG] und sechs Arzt-Patienten-Gespräche [APG] von insgesamt sechs Patient\*innen) zur Verfügung. In diesem Beitrag werden die Gespräche (APG und LPG) einer Patientin ausführlich besprochen.

Die Aufnahmen des Datenmaterials stammen aus der Kopfschmerzambulanz des Wiener AKH. Hierbei handelt es sich um eine Spezialambulanz der Universitätsklinik für Neurologie. Die Patient\*innen, die hier zu einem Termin erscheinen sind bereits langjährige Patient\*innen, die bisher erfolglos von Fachärzt\*innen für Neurologie behandelt wurden. Grund hierfür können entweder eine schwierige Diagnosefindung oder eine fehlgeschlagene Therapie sein. In der Spezialambulanz stehen den Ärzt\*innen erweiterte Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung (beispielsweise Biofeedback, Akupunktur, Heilgymnastik). Gespräche in der Spezialambulanz unterliegen keinem engen Zeitrahmen, wie dies in der Facharztpraxis oder einer gewöhnlichen Ambulanz der Fall ist. So dauerten die aufgezeichneten Gespräche im Durchschnitt 32 Minuten, manche Erstgespräche sogar eine Stunde. Bei den APG waren stets zwei Forscherinnen anwesend, welche das Funktionieren des technischen Equipments gewährleisteten und darüber hinaus mittels teilnehmender Beobachtung und Feldnotizen die Situation dokumentierten. Nach den Gesprächen wurden die Patient\*innen über die laufende Studie aufgeklärt.

Das Forschungsprojekt ging über die APG hinaus. Es wurden zusätzlich Gespräche mit den Ärzt\*innen und Interviews mit den Patient\*innen (LPG) geführt. Für das Schmerzprojekt, aber auch für die vorliegende Analyse wurden ausschließlich Erstgespräche verwendet. Kontrollgespräche schieden in der Auswahl des Datenkorpus aus. Die Daten wurden anonymisiert, sodass kein Rückschluss auf die Identität des/der Patient\*in möglich ist (Sator 2011: 47–48). Die ursprünglichen Kürzel werden im Appendix aufgeführt, ebenso

die Transkriptionskonventionen. Um eine flüssige Leserlichkeit zu ermöglichen, werden in diesem Artikel jedoch statt Kürzel gängige Nachnamen verwendet.

## 5 Anamneseschema in der Kopfschmerzambulanz

Anamnesegespräche sind neben der körperlichen Untersuchung das wichtigste Instrument zur Abklärung einer Krankheit. 90% aller Diagnosen werden anhand der Anamnese gestellt. Im Zuge der Anamnese teilen Patient\*innen Ärzt\*innen ihre Beschwerden mit und machen Angaben zu ihren Krankheitsgeschichten und Lebenssituationen. Die Ärzt\*innen erfragen zusätzlich medizinisch relevante Details, um zu passenden Diagnosen zu gelangen. Bechmann (2014: 4) sieht im Anamnesegespräch eine essentielle Quelle für Informationen, ohne welche eine Behandlung in manchen Fällen nahezu unmöglich ist. Außerdem weist er darauf hin, dass eine gute ärztliche Gesprächsführung nachweislich eine positive Auswirkung auf die Gesundheit von Patient\*innen hat (Bechmann 2014: 3–4).

Die Erstgespräche in der Kopfschmerzambulanz (Erstanamnese), folgen einem so genannten Anamneseschema. Dieses sieht ein Abfragen von Leit- und Begleitsymptomen vor, welches in die neurologische und technikunterstützte Diagnostik mittels Untersuchungen mündet (Sator 2011: 32–33). Die Befragung von Subjektiven Krankheitstheorien (SKT) findet im Anamneseschema, trotz ihrer möglichen Bedeutung für Diagnose und Therapie, keinen Platz.

Die Kopfschmerzambulanz stellt hier keine Ausnahme dar. In vielen Ambulanzen wird einem ähnlichen Muster für die Anamnese gefolgt. Lalouschek (2005) spricht von einem »unsichtbaren Formular«, das Ärzt\*innen bei Anamnesegesprächen abarbeiten. Dies ist im Gesprächsverlauf problematisch, da nur die Ärzt\*innen, nicht aber die Patient\*innen, die Struktur des Formulars kennen (Lalouschek 2005: 100). In Bezug auf die folgende Analyse ist dieser Aspekt von sehr großer Bedeutung, da den Patient\*innen diese unterschiedlichen Wissensstände bekannt sind und sie sich aufgrund der Rollenverteilung daher in der Gesprächsorganisation zurückhalten. Die ungefragte Äußerung von SKT ist somit im APG sicherlich

gehemmt. Jedenfalls ist unklar, an welcher Stelle diese geäußert werden können und sollen.

Bechmann sieht das Anwenden eines Schemas ebenfalls kritisch. Eine »Fixierung an Objektivitätsidealen« (Bechmann 2014: 160) sei nicht sinnvoll, da sich zwischenmenschliche Kommunikation nicht standardisieren lasse. Damit ist gemeint, dass das Gerüst der Dialoge im APG sich nicht am Fachgebiet der Medizin orientieren könne. Dies sei nicht zuletzt der Fall, weil durch Fachterminologie und mangelndem Verständnis der Alltagssprache der Patient\*innen Missverständnisse entstehen könnten. Bechmann plädiert daher dafür, Ärzt\*innen zu ermutigen, gezielt das subjektive Empfinden der Patient\*innen in ihre Gespräche einzubinden (Bechmann 2014: 161).

## 6 Analyse

Im Folgenden werde ich am Beispiel der Gespräche mit *Frau Bauer* (Arzt-Patientin- [APG] und Laie-Patientin-Gespräch [LPG]) zeigen, inwiefern *Audience Design* (AD) auf die Auswahl, Einbindung und verbale Gestaltung von Subjektiven Krankheitstheorien (SKT) Einfluss nimmt.

Frau Bauer ist eine junge Frau, die bereits seit einigen Jahren an chronischen Kopfschmerzen leidet. Nach ihrem Studium hat sie einen neuen Job angenommen, der sie stark fordert. Ihre Kopfschmerzsymptomatik hat in der Zeit vor ihrem Arztbesuch stark zugenommen. Durch den jahrelangen Krankheitsverlauf, aber auch durch den entstandenen Leidensdruck, hat sich Frau Bauer bereits intensiv mit ihrer Krankheit, den Symptomen und möglichen Ursachen beschäftigt, wie sich auch in den folgenden Gesprächen zeigt.

### 6.1 Frau Bauer im Arzt-Patientin-Gespräch

Das Gespräch des Arztes mit Frau Bauer dauerte 26 Minuten und begann mit einer Erzählaufforderung des Arztes, welche offen ist und zunächst keine thematische Richtung vorgibt: »Okay. Erzählen Sie. Weshalb kommen Sie?« Der Arzt überlässt der Patientin also die Wahl des Gesprächsfokus. Die

Patientin schildert zu Beginn ihre Kopfschmerzproblematik ganz allgemein. In den ersten Minuten dreht sich das Gespräch um Lokalität, Qualität, Einschränkungen und Häufigkeit der Schmerzen. Obwohl die offene Frage dies zulassen würde, erwähnt die Patientin noch keine SKT. Auf die ersten Erläuterungen folgt die nächste Sequenz.

076-077

A •• Gibt es • Dinge, die die Kopfschmerzen auslösen oder verstärken?

In Fläche 076-077 fragt der Arzt nach Auslösern für die Kopfschmerzen. Diese Frage triggert im Antwortteil die Ausführungen verschiedener SKT.

077

A verstärken? hm-

P •• Also, **früher**, als ich des nur drei Mal im Jahr hatte,

078

A hmhm\//

P war das durch Hunger und Müdigkeit, aber jetzt, äh, hab ich kein

079

A

P Hunger, bin auch nicht müde, und krieg sie trotzdem. Also, ich kann

080

A

P das nicht steuern, ich seh da kein/ • kein Muster darin. •• ((ea)) Also,

Frau Bauer gibt in Fläche 77-78 an, dass früher Hunger und Müdigkeit Auslöser für die Schmerzen waren. Damit gibt sie ihrem aktuellen Besuch noch eine höhere Relevanz, weil sich die konkreten Auslöser auf eine vergangene Zeitperiode beziehen, zu welchem die Erkrankung offenbar noch zu beeinflussen gewesen ist. Die Legitimation des Arztbesuches mit Argumenten im Gespräch mit einem/einer Mediziner\*in ist charakteristisch für Arzt-Patienten-Kommunikation, vor allem in Zusammenhang mit SKT. Dies wird in diesem Fall noch dadurch verstärkt, dass Frau Bauer in Fläche 80

angibt aktuell kein kausales Muster für Schmerzauslöser erkennen zu können. Durch »ich kann das nicht steuern« in Fläche 79–80 markiert sie ihren Kontrollverlust. Die Patientin macht also deutlich, dass ein noch höherer Leidensdruck entstanden ist, als ihre SKT sich nicht mehr bestätigt hat und sie dadurch ihre Symptomatik nicht mehr steuern kann.

081

A

P was ich mir gedacht habe, ich hab letzten September angefangen,

082

A hmhm\//

P die Pille zu nehmen. Und, in Dezember haben die

083

A

P Kopfschmerzen angefangen. Vielleicht kann des • dadurch sein.

In Fläche 81 führt die Patientin eine neue SKT ein und kennzeichnet diese explizit mit dem Heckenausdruck (Birkner 2006: 168) »was ich mir gedacht habe«. Sie stellt zunächst objektiv Tatsachen fest (Beginn der Pilleneinnahme und Beginn der Kopfschmerzen) und stellt dann ihre Laienvermutung durch das Wort »vielleicht« zur Diskussion. Damit überlässt sie die Entscheidung, ob ihre Vermutung korrekt ist, dem Arzt (vgl. Birkner 2006: 166). Obwohl Frau Bauer die Meinung des Arztes nicht direkt erfragt, deutet ihre indirekte Frage doch darauf hin, dass sie eine Bestätigung ihrer Theorie erhofft, zumal sie davor Fakten präsentiert, welche die Theorie unterstützen sollen (vgl. Menz et al. 2008: 425–427).

085

A Das heißt, wenn Sie • die Regel haben, is P und öfters. Is das noch...

086

A meistens oder immer Kopfweg?

A[k]

P äh, äh Ahm, meistens. Meistens in den

087

A



P ersten Tagen, und stärker als normal, •• und, dann,  
a/ aber

088

A

P während der Regel dann, wird s dann schwächer, aber  
es/ es

089

A

P dauert noch an, und, ja. Also, die Pille hab ich eben  
angefangen

090

A

P im September zu nehmen, ich weiß nicht, ob s  
Auswirkungen hat.

In Fläche 85 stellt der Arzt eine Zwischenfrage, welche die Patientin beantwortet und den ihr durch die Fremdwahl<sup>4</sup> (Vetter 2009: 341) des Arztes zugeteilten Turn dazu nützt, das Thema wieder auf die Pilleneinnahme zu lenken (Fläche 90). In Fläche 87 unterstützt sie ihre Theorie, die sich auf hormonelle Veränderungen in Zusammenhang mit ihrer neuen Pille bezieht, auch mit der Betonung, dass die Schmerzen in den ersten Tagen der Menstruation stärker sind, als normal. Der Arzt hat das erste Angebot der Patientin (Fläche 83), ihre SKT zu kommentieren nicht angenommen. In Fläche 90 fordert sie implizit erneut eine Bewertung des Arztes ein, indem sie eine indirekte Frage platziert (»ich weiß nicht, ob's Auswirkungen hat«).

091

A ((16s)) ((ea)) Die • Pille wirkt sich •• sehr  
unterschiedlich auf/ auf

P

092

A Migräne und Kopfschmerzen aus, oft hat sie keinerlei  
Einfluss.

P

<sup>4</sup> Unter Fremdwahl versteht man das Zuteilen des Rederechts durch einen anderen Gesprächsteilnehmer (im Vergleich zur Selbstwahl) (vgl. Vetter 2009: 341).

Der Arzt geht ab Fläche 91 auf die SKT der Patientin ein und, obwohl er einräumt, dass die Auswirkungen der Pille sehr individuell sind, stellt er fest, dass sehr häufig kein Einfluss auf Kopfschmerzsymptome besteht. Von Fläche 93–102 erklärt der Arzt jedoch, dass aufgrund der Schilderungen der Patientin in ihrem speziellen Fall sehr wohl ein Zusammenhang zwischen ihrer Ursachenvermutung und dem Beschwerdebild bestehen kann. Nachdem einige Details, wie das Führen eines Kopfschmerzkalenders, Schmerzmedikation und Voruntersuchungen abgeklärt werden, beginnt eine lange monologische Sequenz des Arztes (Fläche 130–166). Daraufhin folgt, vor allem im Hinblick auf das LPG, das weiter unten näher beleuchtet wird, eine sehr interessante Gesprächssequenz.

176

A Wie is es mit dem Schlafen?

P Nein, ich glaub nicht. •• Nein. Ja, da...

177

A

P Also, in letzter Zeit kann ich auch sehr schlecht schlafen, also...

178

A Können Sie nicht einschlafen oder nicht durchschlafen?

179

A

P Nicht durchschlafen. Einschlafen kann ich, aber ich wach

180

A

P • immer wieder auf, und kann dann nicht mehr wirklich  
• tief

181

A ((2s)) Andere

P schlafen. Also, ich bin eher wach als schlafend.

182

A Erkrankungen? Operationen? Gibt s in der

P hmhm- hmhm- Nein.

183

A Familie jemand, der Kopfweh hat?

P Meine Mutter. Die • leidet

184

A ((4s)) Was machen Sie beruflich?

P ziemlich stark unter Migräne.

185

A ((6s)) Im Büro oder

P Ah, ich arbeite für eine Immobilienfirma.

186

A Außendienst? ((7s)) Ham Sie Familie?

P Im Büro ((bin ich)).

187

A Freund? ((12s)) ((ea)) Also, es is sicher so,

P • Nnein, ((noch nicht)). Ja.

In Fläche 177 unterbricht der Arzt den Gedankengang der Patientin mit einer ergänzenden, verständnissichernden Frage. Die Antwort lässt er unkommentiert und beginnt eine Sequenz von kurzen Frage-Antwort-Paaren. Für die Antwort lässt der Arzt zum Teil aber kaum Zeit (Fläche 182) und geht weder nachfragend noch erklärend (z.B. auf die Relevanz beziehend) auf die Antworten ein (Fläche 182–187). Nach den Fragen zu Beruf und Privatleben lässt der Arzt einige Sekunden verstreichen bevor er den Turn wieder übernimmt.

302

A ehrlicherweise dazusagen, es kann sein, dass das gar keinen

P

303

A Einfluss hat, ja? Dass ma nach zwei, drei Monaten sieht,

P Okay.

303

A ((ea)) die Pille hat keinen Einfluss. ((ea)) Aber dann, wissen Sie das

P

304

A zumindest für die Zukunft. ((ea)) Dann müssen wir eine gezielte,

P hhm\//

Abschließend teilt der Arzt Frau Bauer in Fläche 302–304 noch einmal mit, dass die Maßnahme (Wechseln der Pille), die in diesem APG beschlossen wurde, potentiell nicht zu einer Lösung der Problematik führen wird.

Zusammenfassend kann man also sagen, dass Frau Bauer dem Arzt in diesem Gespräch eine SKT anbietet, die dieser aufgreift und zum Schlüsselthema macht (vgl. Birkner 2006: 176). Obwohl er nicht uneingeschränkt von der SKT überzeugt ist, wird sie Hauptgegenstand des Gesprächs und der weiteren Therapiemaßnahme. Die Patientin hat im Gespräch an mehreren Stellen Gelegenheit, weitere SKT zu platzieren, welche sie aber nicht nützt. Man kann also mutmaßen, dass das Vorbringen dieser spezifischen SKT für Frau Bauer einen zentralen Zweck des Gesprächs (Abklärung des Zusammenhangs zwischen Pille und Kopfschmerzen) definiert (*Audience Design*). Grund für das Ausbleiben weiterer SKT ist jedenfalls nicht, dass sie keine weiteren SKT hätte, wie sich im LPG zeigt, welches im Folgenden besprochen wird.

## 6.2 Frau Bauer im Laien-Patientin-Gespräch

Das Interview mit der Patientin führte Marlene Sator etwa zwei Monate nach dem APG. Das Gespräch dauerte knapp 29 Minuten. Zu Beginn des Gesprächs erklärt Frau Bauer in Fläche 17 der Interviewerin, nachdem sie in einer kurzen Erzählsequenz ihre Beschwerden in Zusammenhang mit der Menstruation gebracht hat, dass der Arzt die Pille als Ursache für die Kopfschmerzen identifiziert hat.

17

I Hmhm\//

I[k]

P Doktor hat gesagt, es könnte von der Pille kommen,  
vom Östrogengehalt,

Die Patientin stellt diese Theorie also nicht mehr als ihre SKT dar, sondern sieht sie im APG bestätigt und damit gewissermaßen objektiviert. Dies obwohl der Arzt im APG an mehreren Stellen betont hat, dass er nicht an die Pille als Ursache glaubt bzw. ihr nur eine geringe Wahrscheinlichkeit zugesteht.

Wie bereits beschrieben, können sich SKT qualitativ und inhaltlich ändern. Die folgende Tabelle zeigt dies anhand eines Beispiels deutlich:

**Tabelle 1:** Gegenüberstellung Argumentation SKT Frau Bauer

Arzt-Patientin-Gespräch	Laien-Patientin-Gespräch
084 ((ea)) Ahm, wenn ich meine Tage hab, wird das auch • stärker, und öfters.	047 <sup>5</sup> Ja. Also ich hab manchmal das Gefühl, dass wenn ich meine Tage hab, ((ea)) dass ich das/ ahm dass die Kopfschmerzen stärker und öfter sind. Aber eigentlich is das mehr oder weniger da/ immer dasselbe. Aber während der Tage ist es ein bisschen stärker.

Diese Gegenüberstellung illustriert den Adressatenzuschnitt (im Sinne des *Audience Designs* [AD]) sehr gut und macht zwei Dinge deutlich: Erstens wird dieselbe Argumentation jeweils im APG und LPG qualitativ anders dargestellt. Frau Bauer stellt im APG fest, dass die Schmerzen während der Menstruation stärker und öfter vorkommen. Im LPG schwächt die Patientin die Basis für ihre Theorie jedoch ab und merkt an, dass sie nur manchmal das Gefühl hat, dass ein Zusammenhang bestehen könnte. Letzten Endes zweifelt sie sogar an, dass die Kopfschmerzen stärker und öfter auftreten und sagt »eigentlich is das mehr oder weniger da/ immer dasselbe« bis sie schließlich zum Schluss kommt, dass die Schmerzen während der Menstruation ein »bisschen stärker« sind. Auch hier kommt wieder die SKT zum Ausdruck. Dem Arzt gegenüber möchte sie die Überprüfung ihrer Theorie durchsetzen, weshalb sie diesen bestimmten Aspekt ohne Raum für Vorbehalte nennt.

Zweitens wird hier deutlich, dass SKT nicht immer einer Logik folgen müssen (Mutzeck 1988: 73; zitiert nach Birkner und Vlassenko 2015: 137). Es hat den Anschein, als würde Frau Bauer (während des LPG) mit sich selbst

5 Das Interview wurde durch technische Probleme unterbrochen. Dieser Ausschnitt stammt aus dem Transkript LNW\_KA\_Int\_T\_TEIL2.doc.

aushandeln, wie stark der kausale Zusammenhang ist. Man kann hier also eine Umkehr der Positionen erkennen: Im APG ist die Patientin treibende Kraft und der Arzt zweifelt. Im LPG stellt die Patientin den Arzt als Urheber der Theorie dar, während sie selbst die Basis für die Theorie in Frage stellt. Birkner und Vlassenko (2015) sprechen von einer Differenz bezüglich der »Stärke der Agentivität« (Birkner und Vlassenko 2015: 145) im Vergleich von APG und LPG, die im vorliegenden Fall besonders stark ausgeprägt ist.

Im LPG äußert die Patientin noch eine ganze Reihe anderer SKT. Die Frage nach quantitativen Unterschieden des Vorkommens von SKT (Vergleich LPG und APG) lässt sich also in Bezug auf dieses Beispiel positiv beantworten. Erwähnenswert ist in diesem Zusammenhang, dass es auf Basis dieses Beispiels keinen Zusammenhang zwischen einer direkten Frage nach SKT (Fläche 76–77 im APG) und der Anzahl der genannten SKT gibt. Dies lässt die Vermutung zu, dass das AD die Platzierung von SKT so stark beeinflusst, dass die Patientin keine weiteren SKT nennt, obwohl sie direkt darauf angesprochen wird und einer möglichen Ausführung Raum gegeben worden wäre. Frau Bauer äußert in Fläche 39–42 mehrere SKT im Zusammenhang mit Auslösern für ihre Schmerzen.

39

I  
P manchmal, dass ich jetzt nicht/ ((ea)) zum Beispiel,  
wenn ich nieße, dann

40

I Ah, versteh.  
P kann das losgehen ((ea)) oder wenn ich ((ea)) Luft  
anhalte, also ich muss

41

I Aha\ / Aha\ /  
P aufpassen, dass ich keinen Druck im Kopf bekomme, und  
dann damit

42

I Hmm\ / Also das is so wirklich der Auslöser  
P das halt nicht anfängt dadurch.

Deutlich wird in der Schilderung die Tatsache, dass sie durch das Vermeiden des identifizierten Auslösers die Kontrolle zurück gewinnen will. In Fläche 47

merkt sie beispielsweise an, dass Erschrecken ihre Schmerzen auslösen kann (»und ich erschrecke, dann krieg ich auch die Schmerzen«).

In Fläche 182 des APG fragt der Arzt nach Erkrankungen (»Erkrankungen?«). Die Patientin erwidert nur »hmhm« worauf der Arzt sofort zur nächsten Frage übergeht und die Frage nach den Erkrankungen ungeklärt lässt. Im LPG hingegen berichtet Frau Bauer von einer Erkrankung, die für sie mit einer ungeklärten SKT zusammenhängt.

151

I Hmhm\ / Versteh. Hmhm\ /  
P hätte. ((ea)) Also es fällt mir noch eine Sache ein,  
ich hatte

152

I Hmhm\ /  
P vor einem Jahr/ ((ea)) es heißt Mononukleose,  
infektiöse Mononukleose,

153

I Hmhm\ /  
P äh irgendwie hab ich das nicht bemerkt, dass ich das  
habe, aber dann

153

I  
P ein paar Monate später haben die Bluttests gezeigt,  
dass ich das

154

I Hmhm\ /  
P hatte, ((ea)) und ((man/)) ((ea)) eine andere Ärztin  
hat mir gesagt, das könnte,

155

I  
P s/ das könnte auch die Ursache dafür sein, dass noch  
irgendwas/ ((ea))

156

I Hmhm\ / Hmhm\ /  
P irgendeine Infektion im Körper ist, und dadurch sind  
eben die

157

I Versteh. Hmhm\ /  
P Kopfschmerzen aufgekommen, also, die Ärzte haben zwar

158

I Hmhm\ /

P gesagt, ((ea)) sie glauben nicht, dass es deswegen ist, aber manche sagen ja,

159

I Hmhm\ / Hmhm\ /

P also es kann auch das sein. Aber die Bluttests bis jetzt haben nichts gezeigt.

In dieser Sequenz bespricht Frau Bauer eine SKT, die sie kontrovers darstellt. Sie zieht einerseits eine Expertin unterstützend als Fachmeinung für ihre Theorie heran (Fläche 154–155), gleichzeitig bringt sie aber auch die Fachmeinung anderer Ärzt\*innen gegen die Theorie vor. Die Betrachtung der SKT aus verschiedenen Blickwinkeln und das Heranziehen von Fachmeinungen zur Unterstützung von Theorien sind typisch für die Ausgestaltung von SKT (Birkner 2006: 165). Die Patientin macht deutlich, dass sie die Theorie (Mononukleose als Ursache für ihre Schmerzen) in Erwägung zieht (»also es kann auch das sein«), obwohl medizinische Untersuchungen (Bluttests) dagegensprechen. Möglicherweise ist dies auch ein Grund für ihre Entscheidung, diesen Aspekt im APG nicht zu besprechen.

In Fläche 164 fragt die Interviewerin Frau Bauer, ob sie neben den besprochenen Ursachen (Pille, Mononukleose) noch weitere Vermutungen hat, welche Ursachen sich hinter ihrer Erkrankung verbergen könnten. SKT werden damit also explizit erfragt. Anders als im APG antwortet die Patientin mit weiteren SKT.

166

I von diesen Faktoren?

P ((ea)) Ja, ich hab mir überlegt, ob das Stress sein könnte, weil ich hab

167

I Hmhm\ / Hmhm\ /

P ja angefangen im ((ea)) Mai zu arbeiten, ((ea)) ((aber)) denk ich mir, das hatt

P[k] ((aber da))

168

I Hmhm\ /

P ich schon im Januar. Also ich denk, das könnte auch psychisch sein, indem



169

I Hmhm\ / Hmhm\ /

P dass ich ((ea)) im November eben die Uni beendet hab und die ganzen

170

I Ja. Hmhm\ /

P Sorgen, ob man jetzt einen Job findet oder nicht, ((ea)) das könnte es auch

171

I Hmhm\ / Hmhm\ / Hmhm\ /

P sein natürlich, aber jetzt hab ich schon eine Arbeit also hm- sollte es

Im APG fragte der Arzt die Patientin mit eingrenzenden Fragen nach ihrer beruflichen Situation (Fläche 184 »Was machen Sie beruflich?« Fläche 185–186 »Im Büro oder Außendienst?«). Sie erwähnte ihre Theorie bezüglich der Auswirkungen der Belastung über die ungewisse und veränderte Situation nicht. Dabei ist Stress (Fläche 166–177) und Kontrollverlust zentral in den SKT der Patientin verankert. Abgesehen von der Beendigung des Studiums und der neuen Arbeit, kommt dieses Thema auch in weiteren narrativen Sequenzen der Patientin vor.

172

I Ja. Hmhm\ /

P eigentlich weggehen. Es könnte auch psychisch sein. Also ich hab

173

I

P gemerkt, ((ea)) wenn ich die ((K/)) äh Schmerzen verspür so am Anfang, werd

174

I Ah ja. Hmhm\ /

P ich nervös und dann wird s noch schlimmer. Also ich glaube, dass

175

I Hmhm\ / Hmhm\ / Und wieso wirst

P durch die Angst äh verschlechtert sich das. (( ))

176

I du nervös oder inwiefern?

P ((ea)) Naja, also weil ich mir denke, oh Gott, jetzt kommen

177

I Ja.

P die Kopfschmerzen und ich kann das nicht kontrollieren ((ea)) und was mach

P[k] ((lächelnd ))

In Fläche 172 stellt die Patientin erneut fest, dass sie eine psychische Ursache vermutet. Sie unterstützt diese Annahme indem sie hinzufügt, dass sie bereits beim Verspüren erster Anzeichen nervös wird. Mit dem Heckenwort (»glaube«) in Fläche 174 rahmt die Patientin ihren folgenden Gesprächsbeitrag mit einer Einschränkung ein. Heckenausdrücke werden bei der Darstellung von SKT häufig dazu verwendet, Gültigkeit zu markieren bzw. Einschränkungen vorzunehmen (Birkner 2006: 165). In Fläche 176 spricht die Patientin explizit die Tatsache an, dass sie keine Kontrolle über die Kopfschmerzen hat (»kann das nicht kontrollieren«). In diesem Turn beschreibt sie verschiedene Situationen in der Vergangenheit, die sie als Beispiele heranzieht, um den Kontrollverlust als belastend darzustellen. Beispielsweise traten die Kopfschmerzen bei ihrer Sponion (Fläche 179) und bei Bewerbungsgesprächen (Fläche 182) auf, aber auch bei Terminen und Besprechungen in der Arbeit (Fläche 195–196). Unterstützend für ihre Argumentation bringt Frau Bauer ein positives Beispiel, das zeigen soll, dass bei Abwesenheit von Stress keine Kopfschmerzen auftreten.

224

I Hmhm\//

P Also ich hab zum Beispiel gemerkt/ ich war im Sommer eine Woche auf Urlaub

225

I Hmhm\// Hmhm\// Hmhm\//

P bei meinen Eltern, ((ea)) und da hatt ich nichts. Also kann sein, dass ich

226

I Hmhm\/  
P die ganze Woche entspannt war, ((ea)) also ich denke,  
das, das ist ne

227

I Hmhm\ / Hmhm\/  
P Kombination von mehreren Faktoren. ((ea)) ((Und  
dann)) hatte ich eine

Die Patientin erwähnt noch andere Urlaubssituationen wo keine Schmerzen spürbar waren und einen Aufenthalt, bei dem nur selten Schmerzen auftraten um diese Theorie zu besprechen. Sie fasst mit dem Heckenausdruck »ich denke« zusammen, dass es mehrere Ursachen für ihre Erkrankung gibt. Dies ist besonders interessant ist, da sie im APG nur eine Theorie präsentiert hat.

### 6.3 Fazit

Die Gespräche der Patientin Bauer enthalten viele klassische Phänomene der SKT. Außerdem wird die spezifische Gestaltung der Gesprächsbeiträge (AD) in APG und LPG sehr deutlich. So ist die Patientin um Sachlichkeit bemüht und neigt im APG eher zu Feststellungen, während sie im LPG subjektiv (z.B. durch einen Heckenausdruck) und narrativ über ihre Situation und ihre SKT berichtet. Im APG fragt der Arzt Frau Bauer direkt nach vermuteten Auslösern für die Schmerzen und damit nach ihren SKT. Die SKT werden hier also argumentativ behandelt, wobei der Arzt trotz Gegenargumenten auf diese eingeht und die Lösung sich auch auf die Abklärung dieser bezieht. Im LPG beleuchtet die Patientin ihre Theorien aus verschiedenen Perspektiven und bringt sowohl Argumente als auch Gegenargumente ein, welche sie teilweise mit Expertenmeinungen unterstreicht. Die Wandelbarkeit von SKT kommt hierbei zum Ausdruck, da die Patientin einerseits den Ursprung von sich auf den Arzt lenkt und die Stärke der SKT (bezogen auf die Pille) sich andererseits im Laufe der Gespräche ändert. Die Tatsache, dass psychische Faktoren wie Stress, Angst und Kontrollverlust nur im LPG vorkommen, kann als charakteristisch für die adressatenspezifische Verbalisierung von SKT gedeutet werden.

Was Frau Bauer betrifft, lässt sich vermuten, dass sie ihre Theorie bzgl. der Pille einerseits durch den Arzt ratifizieren wollte und andererseits durch die Änderung ihres Pillenpräparats eine objektive Überprüfung herbeiführen wollte. Dies macht sich dadurch im Gespräch deutlich, dass sie das Thema mehrfach aufgreift und auch nicht interveniert, als der Arzt es zum Schlüsselthema des Gesprächs macht. Birkner (2006: 166) weist darauf hin, dass es für Patient\*innen wenig sinnvoll sein kann, mehrere bzw. schon völlig durchdachte SKT darzulegen, wenn gezielt die Expertise des Arztes eingefordert werden soll. Außerdem ist die Diagnosefindung im Rollenbild der/des Ärzt\*in verankert, weshalb es seine/ihre Autorität untergraben könnte, wenn der/die Patient\*in diesen Part übernimmt (Birkner 2006: 166). Hierin könnten also auch die Ursache dafür liegen, dass Frau Bauer den Großteil ihrer SKT ihrem Arzt nicht mitgeteilt hat: Das von ihr eingebrachte Thema der Medikation scheint medizinisch relevant, während andere SKT aus ihrer Sicht unter Umständen anscheinend keinen Platz in einem APG haben. Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass der Gesprächszweck sowie das AD zu differierenden Äußerungen von SKT führen. Dies betrifft sowohl das quantitative, als auch das qualitative Vorkommen von SKT.

## **7 Zusammenfassung und Schlussfolgerung**

Subjektive Krankheitstheorien (SKT) wirken sich folgenreich auf den Verlauf von Arzt-Patienten-Gesprächen (APG) aus. Obwohl sie essentiell für das Gelingen von Kommunikation, Beziehung und Therapie sind, werden sie oft nur unzureichend oder gar nicht thematisiert. Die Gründe dafür sind zahlreich. Unter anderem können Aspekte wie Rollenbilder, institutioneller Rahmen, Gesprächsdynamik und -ordnung (Anamneseschema) oder ein bestimmter verfolgter Gesprächszweck für das Fehlen von SKT verantwortlich sein. Auf die Thematisierung von SKT können prinzipiell sowohl Ärzt\*innen als auch Patient\*innen Einfluss nehmen. Frau Bauer beispielsweise macht im Gespräch mit ihrem Arzt eine einzige SKT zum Thema und steuert das Gespräch immer wieder darauf hin. Abgesehen von einem schnellen Abarbeiten anderer Themen (möglicherweise auf Basis des

Anamneseschemas) geht der Arzt auf die ihm präsentierte SKT ein und behandelt die Thematik als Schlüsselthema. Im LPG bespricht Frau Bauer allerdings noch viele andere SKT, die sie dem Arzt vorenthält.

Die Analyse der in diesem Beitrag besprochenen Gespräche hat gezeigt, dass die Realisierung von SKT in APG und LPG vielfach deutliche Unterschiede aufweist bzw. aufweisen kann. Das Vorkommen von SKT ist auf Basis des vorliegenden Datenkorpus nicht an eine bestimmte Turnumgebung gebunden. So kommen SKT sowohl nach direkter Fragestellung als auch ohne Trigger vor. Es kann somit nicht daraus geschlossen werden, dass Patient\*innen ihre Theorien nur äußern, wenn ein/e Ärzt\*in diese direkt erfragt. Gleichmaßen zeigt sich anhand des vorliegenden Beispiels, dass Patient\*innen nicht unbedingt (all) ihre SKT mit dem/der Ärzt\*in teilen, auch wenn sie danach gefragt werden.

In diesem Beitrag wurde die Relevanz von SKT, aber auch die Wichtigkeit des Wissens dargestellt, dass Patient\*innen ihre Gesprächsbeiträge auf Basis ihres Gesprächszwecks und Annahmen über den Rezipienten gestalten (*Audience Design*). Da es noch verhältnismäßig wenige Untersuchungen zum Thema SKT im Gespräch gibt, wäre es wünschenswert, weitere Forschungsprojekte dazu zu fördern. Die Thematisierung von SKT im APG stellt eine wichtige Komponente für die Beziehungsbildung, aber auch für die Therapietreue (*Compliance*) dar. Zur Unterstreichung der Relevanz wäre es für weitere Untersuchungen interessant festzustellen, ob Therapievorschlüsse anders ausfallen würden, wenn einer/m Ärzt\*in alle SKT eines/r Patient\*in vorliegen. Dies würde, neben der Therapietreue, die verbesserte Behandlungsqualität als weitere Komponente in den Einflussbereich von SKT einbringen.

Nicht zuletzt zeigt Frau Bauer deutliche Abweichungen ihrer SKT in APG und LPG, sowohl im qualitativen als auch im quantitativen Vorkommen. Daher wäre es zu überlegen, ob Ärzt\*innen bei spezifischen Krankheitsgeschichten und -bildern ihre Patient\*innen nicht aufklären und ihnen bewusstmachen sollten, dass es SKT gibt und, dass diese wichtig und wertvoll für das Anamnesegespräch sind. Dadurch könnte die Beeinflussung durch AD, also eine adressatengesteuerte Selektion der SKT, verhindert

werden. Denn, dass beispielsweise Faktoren wie Stress und psychische Faktoren im APG des Öfteren nicht behandelt werden, ist alarmierend, da gerade jene Faktoren nachweislich für das Entstehen oder Verschlimmern von Krankheiten verantwortlich sind. SKT werden, auch wenn sie direkt erfragt werden, bislang nicht unbedingt ausgesprochen. Deshalb scheint die Aufklärung von Patient\*innen wesentlich, um diese hervorbringen und in die Anamnese integrieren zu können. Zusätzlich könnte ein Aufklären über Zeit-horizont und Schema der Anamnese unterstützend auf die Gesprächsqualität einwirken. Dadurch könnte sichergestellt werden, dass Patient\*innen eine Vorstellung entwickeln, wann SKT platziert werden können.

Für das APG heißt dies demnach, dass ein Hierarchiebewusstsein geschaffen werden muss: SKT sollen konstruktiv im Gespräch aufgenommen und besprochen werden. Den Patient\*innen ist schließlich vielfach nicht explizit bewusst, wie wichtig und wesentlich ihr Beitrag für ihre Genesung und für den Therapie- und Heilungsprozess ist.

## Danksagung

An dieser Stelle möchte ich Herrn Prof. Mag. Dr. Florian Menz, dem ich diese Worte leider nur posthum widmen kann, für die Bereitstellung des Datenmaterials herzlich danken. Außerdem möchte ich ihm für die Betreuung der, diesem Artikel zugrundeliegenden, Bachelorarbeit durch seine fachliche und persönliche Unterstützung, meinen Dank aussprechen.

## Literatur

- Bechmann, Sascha. 2014. *Medizinische Kommunikation: Grundlagen der ärztlichen Gesprächsführung*. Tübingen: Francke.
- Becker, Hans. 1984. Die Bedeutung der subjektiven Krankheitstheorie des Patienten für die Arzt-Patienten-Beziehung. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 34. 313–321.
- Birkner, Karin. 2006. Subjektive Krankheitstheorien im Gespräch. *Gesprächsforschung Online-Zeitschrift Zur Verbalen Interaktion* 7. 152–183.

- Birkner, Karin & Vlassenko, Ivan. 2015. Subjektive Theorien zu Krankheit und Gesundheit. In Albert Busch & Thomas Spranz-Fogasy (Hrsg.), *Handbuch Sprache in der Medizin*, 135-154. Berlin: de Gruyter.
- Bischoff, Claus (Hrsg.). 1989. *Patientenkonzepte von Körper und Krankheit*. Bern: Huber.
- Duranti, Alessandro. 1997. *Linguistic anthropology*. New York: Cambridge University Press.
- Faltermaier, Toni. 1998. Subjektive Konzepte und Theorien von Gesundheit. In Uwe Flick (Hrsg.), *Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit*, 70–86. Weinheim: Juventa.
- Feinbier, Robert. 2015. *Psycholinguistik in der Gesprächsführung: Theorie und Praxis einer psycholinguistischen Sprechaktanalyse*. Wiesbaden: Springer VS.
- Flick, Uwe. 1998. *Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit*. Weinheim: Juventa.
- Förster, Michaela. 2003. *Subjektive Krankheitstheorien von Tumorpatienten*. Berlin: Freie Universität Berlin.
- Hitzler, Sarah. 2013. Recipient Design in institutioneller Mehrparteieninteraktion. *Gesprächsforschung - Online-Zeitschrift Zur Verbalen Interaktion* 14. 110–132.
- Lalouschek, Johanna. 2005. *Inszenierte Medizin: Ärztliche Kommunikation, Gesundheitsinformation und das Sprechen über Krankheit in Medizinsendungen und Talkshows*. Radolfzell am Bodensee: Verlag für Gesprächsforschung.
- Leventhal, Howard, Leventhal, Elaine A. & Cameron, Linda. 2001. Representations, procedures, and effect in illness self-regulation: A perceptual-cognitive model. In Andrew Baum, Tracey A. Revenson & Jerome Singer (Hrsg.), *Handbook of Health Psychology*, 19–47. London: Lawrence.
- Leventhal, Howard, Nerenz, David R. & Steele, D. J. 1984. Illness representations and coping with health threats. In Andrew Baum, Tracey A. Revenson & Jerome Singer (Hrsg.), *A handbook of psychology and health*, 219–252. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Menz, Florian, Lalouschek, Johanna & Gstettner, Andreas. 2008. *Effiziente ärztliche Gesprächsführung: Optimierung kommunikativer Kompetenz in der ambulanten medizinischen Versorgung; ein gesprächsanalytisches Trainingskonzept*. Wien: LIT.
- Menz, Florian & Sator, Marlene. 2011. Kommunikationstypologien des Handlungsbereichs Medizin. In S. Habscheid (Hrsg.), *Textsorten, Handlungsmuster, Oberflächen: linguistische Typologien der Kommunikation*, 414–436. Berlin & New York: De Gruyter.

- Mutzeck, Wolfgang. 1988. *Von der Absicht zum Handeln. Rekonstruktion und Analyse subjektiver Theorien zum Transfer von Fortbildungsinhalten in den Berufsalltag*. Weinheim: Deutscher Studien Verlag.
- Sacks, Harvey, Schegloff, Emanuel A. & Jefferson, Gail. 1974. A simpliest systematics for the organisation of turn-taking in conversation. *Language* 50(4). 696–735.
- Sator, Marlene. 2011. *Schmerzdifferenzierung: eine gesprächsanalytische Untersuchung ärztlicher Erstgespräche an der Kopfschmerzambulanz*. Göttingen: V&R unipress.
- Scheele, Brigitte & Groeben, Norbert. 2010. Das Forschungsprogramm Subjektive Theorien. In Günter Mey & Katja Mruck (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie*, 151–166. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Vetter, Eva. 2009. Konversationsanalyse. In Renate Buber & Hartmut H. Holzmüller (Hrsg.), *Qualitative Marktforschung: Konzepte – Methoden – Analysen*, 333–444. Wiesbaden: Gabler.
- Vlassenko, Ivan. 2013. Sprache und HIV/AIDS. Traumerzählung und Multimodale Metaphern zur Veranschaulichung von subjektiven Krankheitstheorien. In Karin Birkner & Oliver Ehmer (Hrsg.), *Veranschaulichungsverfahren im Gespräch*, 93–131. Mannheim: Verlag für Gesprächsforschung.
- Wüstner, Kerstin. 2001. Subjektive Krankheitstheorien als Gegenstand der genetischen Beratung am Beispiel des Wiedemann-Beckwith-Syndroms. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 51. 308–319.



## Appendix

### Legende zu Patient\*innennamen und anonymisierten Kürzel

Name in Originalstudie	Name in diesem Beitrag
LNW	Bauer
ELM	Weber

### Transkriptionskonventionen

A	Ärzt*in
P	Patient*in
I	Interviewerin
.	Fallende Intonation
,	stehende Intonation
•	Kurze Pause
••	Lange Pause
-	Abbruch des Wortes
\	Intonation fallend
/\	Intonation steigend-fallend
\/	Intonation fallend-steigend
/	Abbruch
((ea))	Einatmen
((16s))	Pause über die Dauer von 16 Sekunden
((und dann))	Vermutete Aussage, nicht deutlich zu hören
[k]	Kommentarzeile
((lächelnd))	Nonverbale Kommunikation