

Subjektive Krankheitstheorien im Gespräch¹

Karin Birkner

Abstract

Die interaktive Aushandlung von "Subjektiven Krankheitstheorien" (SKT) im Gespräch ist ein bislang wenig untersuchtes Phänomen im Bereich der Arzt/Patient-Interaktion. Hier setzt der vorliegende Beitrag an. Die Datengrundlage besteht aus 10 Erstanamnesegesprächen zwischen Patientinnen mit chronischen Gesichtsschmerzen und einem Zahnarzt sowie 10 von einem medizinischen Laien durchgeführte Interviews. Es werden die Elemente (das "WAS"), die Darstellungsformen und -verfahren (das "WIE") sowie die Funktionalisierungen (das "WOZU") von SKT als Wirkzusammenhang beleuchtet. Die häufig postulierte Dysfunktionalität von Patientendarstellungen erscheint so in einem anderen Licht. Ferner zeigt die Analyse von drei Sequenzen, in denen SKT im Arzt/Patient-Gespräch bearbeitet werden, das Misslingen der Abstimmung von Arzt- und Patientenkonzept. Eine dieser Sequenzen wird mit dem Interview verglichen, in dem die Patientin im Gespräch mit dem medizinischen Laien relevante Bestandteile ihrer Theorie preisgibt, die sie dem Arzt gegenüber nicht erwähnt. Ursachen dafür lassen sich u.a. in vorgängigen institutionellen Erfahrungen vermuten.

Keywords: Subjektive Krankheitstheorien, Arzt/Patient-Interaktion, Aushandlung, chronischer Gesichtsschmerz

English abstract

The interactive negotiation of "subjective illness theories" has so far received little attention in the analysis of doctor/patient-interaction. This article analyses subjective illness theories of female patients suffering from chronic facial pain on the basis of 10 medical histories taken by a dentist and 10 interviews taken by a medical lay person. First, the elements ("WHAT"), the practices and forms ("HOW"), as well as the functions ("WHY") of subjective illness theories will be considered. This sheds a different light on the seeming disfunctionality (as claimed by health professionals) of patients' presentations. Secondly, the analysis of three sequences, in which subjective illness theories are negotiated in doctor/patient-interaction, reveals how doctor and patient concepts fail to be reconciled. One of these sequences is compared to the interview. It shows that the patient shares relevant information with the lay person, which she does not mention to the doctor. This type of behavior might originate in prior institutional experiences.

Keywords: subjective illness theories, doctor/patient-interaction negotiation, chronic facial pain

¹ Ich danke meinen Kolleg/innen Angelika Bauer, Fabian Overlach und Anne Stresing für ihre Diskussionsbereitschaft und viele konstruktive Hinweise im Laufe des länger währenden Entstehensprozesses dieses Artikels. Auch den anonymen Gutachter/innen von "Gesprächsforschung – online" verdankt der Artikel wertvolle Anregungen. Alle verbleibenden Unstimmigkeiten liegen selbstverständlich allein in meiner Verantwortung. Mein besonderer Dank gilt den Patientinnen, die sich für unsere Studie zur Verfügung gestellt haben: Ich hoffe, mich für ihr Vertrauen revanchieren zu können, indem dieser Artikel etwas dazu beiträgt, das Verständnis für die besonderen Interaktionsbedürfnisse der von Schmerzchronifizierung Betroffenen zu verbessern.

1. Einleitung und Fragestellung
2. Das Datenmaterial
3. Chronischer Gesichtsschmerz – Was ist das?
4. SKT in der Forschungsliteratur
 - 4.1. Merkmale von SKT
 - 4.2. Relevanz der Berücksichtigung von SKT
 - 4.3. SKT im Gespräch
 - 4.4. Ein Vergleich von Arzt/Patient-Gesprächen und Interviews
5. Das Wechselwirkungsgefüge von WIE, WAS und WOZU
 - 5.1. "WAS" – Die Elemente von SKT
 - 5.2. "WIE" – Darstellungsweisen von SKT
 - 5.3. "WOZU" – Ziele von SKT
6. Sequenzanalyse von SKT im Arzt/Patient-Gespräch
 - 6.1. SKT der Patientin CG
 - 6.2. SKT der Patientin BL
 - 6.3. SKT der Patientin RT
7. Schlussbemerkung
8. Literaturangaben
9. Anhang: Transkriptionskonventionen

1. Einleitung und Fragestellung

Dass "Subjektive Theorien" von Patient/innen über ein Krankheitsgeschehen für Ärzte in vielerlei Hinsicht relevant sind, wurde in zahlreichen Studien der vergangenen Jahre nachgewiesen (vgl. u.a. die Sammelbände von Flick (1998) und Bischoff/Zenz (1989)). Wie jedoch subjektive Theorien im medizinischen Gespräch von den Beteiligten interaktiv be- und verhandelt werden, wurde im Detail bisher wenig untersucht. Die Literaturrecherche zeigt, dass es zu subjektiven Krankheitstheorien *im Gespräch* zwar psychologische und medizinische Arbeiten gibt, aber nur wenige linguistische Untersuchungen.² Das verwundert umso mehr, als das Gespräch der Ort ist, an dem Ärzt/innen von subjektiven Krankheitstheorien überhaupt erfahren können, was ja die Voraussetzung für deren Anerkennung und gegenseitigen Aushandlung darstellt. Der vorliegende Beitrag setzt an dieser Stelle an: Er beschäftigt sich mit der interaktiven Bearbeitung subjektiver Krankheitstheorien, die Patientinnen mit chronischen Gesichtsschmerzen in einem anamnestischen Erstgespräch mit einem Zahnarzt äußern.

In einer ersten Annäherung werden Subjektive Krankheitstheorien (fortan: SKT) definiert als die Vorstellungen, die Patient/innen von den Ursachen ihrer Erkrankung und – damit zusammenhängend – von deren Beeinflussbarkeit und Folgen haben (vgl. dazu genauer Abschnitt 4). Die folgenden zwei Beispiele aus dem Datenkorpus (vgl. Abschnitt 2) illustrieren solche im Gespräch geäußerten SKT: Beispiel (1) stammt aus einem Zahnarzt/Patient-Gespräch, Beispiel (2) aus einem Interview mit einer Patientin. (Ein Verzeichnis verwendeter Transkriptions-symbole steht im Anhang zur Verfügung.)

² Eine Ausnahme bildet die Arbeit von Hartog (1996). Die Daten stammen aus genetischen Beratungen, in denen werdende Eltern über Risiken von genetischen Erkrankungen des Ungeborenen aufgeklärt werden. Subjektive Theorien in diesem Kontext beziehen sich jedoch auf sehr spezielles, biologisch-medizinisches Theoriewissen. Bei den Subjektiven Theorien der Gesichtsschmerzpatientinnen geht es dagegen um Ursachen und Folgen von persönlich erfahrenen Erkrankungen.

Beispiel (1) Patientin BL im Zahnarzt/Patient-Gespräch

01 Z: SO. (---)
 02 wie hÄufig kommt=s VOR,
 03 diese diese diese SCHMERzen;
 04 f: (.) also wenn sie jetzt' SAG=n mer mal so;
 05 wieviel <rhyth>tAge im schnItt in der wOche> sind sie
 schmErzFREI. (1.18)
 06 BL: ganz EHRlich;
 07 =ich dEnk (au) dass es so bisschen PSYchosomatisch isch
 mit der knirscherEI,
 08 und (wenn) ich besonders (.) ARG (.) KNIRSCH? (.)
 09 Z: hm=hm,
 10 BL: dann hab ich=s TÄGlich.

Beispiel (2) Patientin CG im Interview

01 I: was mEinen sie denn was es: (.) SEIN KÖNNte;
 02 =oder; (2.2)
 03 CG: naja ich denk eben immer noch dass da irgendwie ne
 entZÜNdung drin is;
 04 und DIE mir dann irgendwie .hh (.) mit der ZEIT (4.9)
 hhh mh: eben (.) irgendwie noch- (-)
 05 also dass ich dann (.) noch da dran (.) zuGRUNde geh;
 06 also ich ich hab dann wirklich Angst dass ich (.) .hhhh
 (4) dass ich STERbe.

In diesen kurzen Ausschnitten kommt zum Ausdruck, dass SKT im Gespräch in ganz unterschiedlichen thematischen Kontexten auftauchen. Insbesondere das zweite Beispiel zeigt darüber hinaus, welche starken Ängste sich bisweilen für die Betroffenen mit ihren SKT verbinden.

Der vorliegende Beitrag beschäftigt sich mit SKT, die Patient/innen mit chronischen Gesichtsschmerzen in Zahnarzt/Patient-Gesprächen und in Interviews geäußert haben. Dabei wird zum einen das Ergebnis der Analyse der von den Patient/innen artikulierten SKT vorgestellt. Das Ziel ist, das Wesen von SKT im Gespräch genauer zu erfassen, indem i) die Komponenten von SKT, ii) die Formen und Verfahren ihrer Darstellung und iii) die Ziele, für die sie funktionalisiert werden, gesammelt werden. Zum zweiten wird anhand der Analyse von drei Sequenzen aus Arzt/Patient-Gesprächen der Verlauf der interaktionalen Bearbeitung von SKT nachgezeichnet. Hier soll anhand der exemplarischen Analyse der interaktiven Bearbeitung gezeigt werden, welche Differenzen bei der Abstimmung über SKT mit dem Arzt in der Anamnese auftreten können.

In Abschnitt 2 wird das Datenmaterial vorgestellt und in Abschnitt 3 eine kurze Einführung in das Phänomen der chronischen Gesichtsschmerzkrankung gegeben. In Abschnitt 4 folgt der Stand der Forschung zu SKT. In Abschnitt 5 beginnt die Darstellung der Untersuchungsergebnisse, in dem die Bestandteile von SKT als ein Wirkungsgefüge vorgestellt werden. In Abschnitt 6 erfolgt die Sequenzanalyse von SKT im Gespräch. Den Schluss bilden eine Zusammenfassung und ein Ausblick auf Forschungsdesiderata für weitere Untersuchungen in Abschnitt 7.

2. Das Datenmaterial

Die Datengrundlage der Untersuchung stammt aus einem interdisziplinären Forschungsprojekt zwischen Zahnmedizin und Linguistik.³ Sie besteht erstens aus zehn Arzt/Patient-Gesprächen (fortan: A/P-Gespräche), die in der Abteilung für Zahnärztliche Prothetik der Zahn-, Mund- und Kieferklinik der Universität Freiburg/Br., durchgeführt wurden. Es handelt sich dabei um Patientinnen mit chronischen, d. h. dauerhaften, lang anhaltenden oder immer wiederkehrenden, Schmerzen im Gesicht, die in die Schmerzprechstunde der Zahnklinik kamen. Aufgezeichnet wurden die Erstanamnesegespräche. Bei der Untersuchung wurden ausschließlich weibliche Patienten berücksichtigt, da Frauen deutlich häufiger als Männer von chronischen Gesichtsschmerzen betroffen sind (vgl. u.a. Harnes et al. 1990).

Zweitens wurden mit denselben zehn Patientinnen narrative Interviews von einem medizinischen Laien durchgeführt und aufgezeichnet. Diese Interviews wurden sehr offen geführt. Es gab zwar einen Leitfaden, der als Orientierung diente, aber der Interviewer verhielt sich bei der Gesprächssteuerung zurückhaltend, um Relevanzsetzungen der Patientinnen zu fördern und Raum für Gesprächsinitiativen zu lassen. Die Arztgespräche einerseits und die Interviews andererseits bieten eine Vergleichsfolie, um die Darstellungen und Beteiligungsweisen von Patientinnen in zwei verschiedenen Diskurskontexten zu vergleichen. Die 20 Gespräche wurden in Anlehnung an GAT (Selting et al. 1998) transkribiert.

3. Chronischer Gesichtsschmerz – Was ist das?

Die Patientinnen der Studie leiden unter chronischen Schmerzen im Gesichtsbereich. Zur Chronifizierung von Schmerzen, d. h. der Entwicklung akuter zu chronischen Schmerzen, kommt es durch lang anhaltende intensive Schmerzreize, die zu tiefgreifenden Veränderungen des peripheren und zentralen Nervensystems führen: Die Nervenzellen senden als Schmerz empfundene Reize, ohne dass eine physiologische Ursache dafür erkennbar wäre. Damit verliert der Schmerz seine Warn- und Leitfunktion, er ist kein Symptom mehr, das auf eine akute Erkrankung hinweist, wie beispielsweise ein schmerzender kariöser Zahn, sondern hat einen selbstständigen Krankheitswert erlangt; daher spricht man auch von einer "Schmerzkrankheit".

Chronischer Gesichtsschmerz ist relativ häufig, nichtsdestotrotz wird er oft erst nach jahrelangen erfolglosen Behandlungsversuchen erkannt: Nach John/Wefers (1999) liegt die Behandlungsbedürftigkeit in der Erwachsenenbevölkerung bei rund 3%. Dabei sind Frauen deutlich häufiger betroffen als Männer (Türp 2000a). Die Vorgänge der Schmerzchronifizierung sind vielen Zahnmediziner/innen weitgehend unbekannt. Niedergelassene Zahnärzte suchen vielmehr weiter nach

³ An dem Projekt waren beteiligt: PD Dr. Jens C. Türp, Abt. für Zahnärztliche Prothetik, Universitätsklinik für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde Freiburg und Klinik für Rekonstruktive Zahnmedizin und Myopathien, Zentrum für Zahnmedizin der Universität Basel; Dr. Marion E. Kreissl, Abt. für Zahnärztliche Prothetik, Univ.-Klinik für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, Freiburg, sowie Fabian Overlach und Dr. Karin Birkner, Deutsches Seminar I, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg. Wir danken der Universität Freiburg für eine einjährige Anschubfinanzierung von 2000 bis 2001.

zahnmedizinisch gängigen Ursachen für die Schmerzen; es kommt zu teilweise massiven Fehlbehandlungen: Zähne werden abgeschliffen, gezogen usw., aber der Schmerz dauert an (vgl. Türp 2000a). Häufig währt die Leidensphase der Patient/innen viele Jahre; sie verzweifeln, konsultieren einen Arzt nach dem anderen, werden als Hypochonder und Hysterikerinnen kategorisiert und erfahren damit eine Stigmatisierung, die sie allmählich selbst zu übernehmen beginnen.⁴

Chronische Gesichtsschmerzen gehen häufig auf Vorbehandlungen erkrankter Zähne zurück (z.B. Extraktion oder Wurzelspitzenresektion), die zu einer Traumatisierung der schmerzleitenden Nervenzellen geführt haben. Aber auch andere Auslöser sind möglich, wie z.B. psychosomatische Ursachen oder Verspannungen aufgrund von Fehlstellungen der Zähne. In den im Projekt aufgezeichneten anamnestischen Erstgesprächen geht es dem Zahnarzt u.a. darum zu klären, ob eine solche Schmerzchronifizierung vorliegt und wenn ja, welche Ursachen dafür verantwortlich sein könnten. Das geschieht im Wesentlichen via Befragung der Patient/innen (die klinische Untersuchung erfolgt im zweiten Schritt). Nach einer Einstiegsfrage folgt der Zahnarzt einem Fragebogen, um diagnoserelevante Bereiche abzufragen.⁵ Die Themenbereiche, die dabei berücksichtigt werden, sind im Folgenden aufgeführt:

Aktuelle Beschwerden

- Schmerzlokalisierung
- Schmerzqualität
- Häufigkeit der Schmerzen
- Dauer der Schmerzen
- Intensität der Schmerzen (aktuelle, durchschnittliche, maximale)

Chronifizierung der Schmerzen

- Schwankungen seit Beginn
- Vorbehandlungen
- Medikamentenanamnese

Einflussfaktoren

- Aktuelle Zunahme der Schmerzen
- Aktuelle Abnahme der Schmerzen
- Eigenes Verhalten/Bewältigungsstrategien
- Verhalten der Angehörigen/wichtiger Personen
- Subjektives Krankheitsmodell⁶

⁴ Vgl. Gause-Jackson (1999) für einen bedrückenden Erfahrungsbericht einer Betroffenen.

⁵ Die Befragung folgt dem von der "Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes e.V." (vgl. <http://www.dgss.org/>) empfohlenen Schmerzfragebogen.

⁶ Die Terminologie "Subjektives Krankheitsmodell" entspricht dem Begriff Krankheits*theorie*, wie er in der vorliegenden Arbeit verwendet wird.

Beeinträchtigung/Leidensdruck

- Beeinträchtigung körperlicher Funktionen
- Beeinträchtigung der Stimmung
- Subjektive Hauptbelastung

Behandlungserwartung/Behandlungsmotivation/Behandlungsziele

Die Themenbereiche der Leitfadenfragen sind durch einen "biopsychosozialen Ansatz" motiviert (Flor/Hermann 2004), bei dem nach heutigem Wissensstand davon ausgegangen wird, dass an der Schmerzchronifizierung physiologische, psychologische und soziale Faktoren beteiligt sind (Hasenbring 1999). Den besten Behandlungserfolg scheint ein multifunktionaler Ansatz zu garantieren – z.B. gilt Krankengymnastik und das Erlernen von Entspannungsübungen als ebenso wichtig wie die Einbeziehung sozialer Faktoren. Chronischer Schmerz führt unweigerlich zu Veränderungen der Stimmungslage, auch das ist eine wichtige Dimension, die bei der Anamnese von Gesichtsschmerz einbezogen werden sollte.

Die Berücksichtigung von Ursachentheorien ist bei diesem Typ von Erkrankung und deren Behandlung besonders notwendig, da die gewohnte Kausalität "Schmerz als Warnsignal für eine vorliegende Schädigung" unterbrochen ist – ein Zusammenhang, der nicht einmal allen Ärzt/innen geläufig ist. Die Therapie chronifizierter Schmerzen beruht nicht unwesentlich auf Medikamentengaben, mit denen das Senden von Schmerzsignalen durch fehlfunktionierende Nervenbahnen unterbunden oder zumindest gedämpft werden soll. Die Aussicht auf evtl. jahrelange Einnahme von Schmerzmitteln ist für viele Patient/innen aus verschiedenen Gründen (Angst vor Medikamentensucht, Einschränkungen aufgrund von Nebenwirkungen etc.) nicht unproblematisch.⁷ Diese Einstellungen zu Medikamenten einerseits und die häufige Unkenntnis von Chronifizierungsmechanismen andererseits machen deutlich, welche Relevanz Krankheitstheorien gerade für den Therapieerfolg bei Schmerzpatientinnen haben können.

4. SKT in der Forschungsliteratur

4.1. Merkmale von SKT

SKT sind einzuordnen in den Bereich der subjektiven Theorien, die in alltags- und subjektorientierter Forschung der unterschiedlichsten Disziplinen eine Rolle spielen: Soziologie, Psychologie, Medizin, Anthropologie, Gesprächsforschung (für einen Überblick vgl. Flick 1998). Die Diversität der Forschungsinteressen bildet sich nicht zuletzt in einer Vielzahl von Begriffen für den Forschungsgegenstand ab: In der Medizin hat sich der Begriff der 'subjektiven Theorien' weitgehend etabliert. Daneben gibt es Verwendungen wie 'Alltagswissen/-theorien/-konzepte', sowie 'subjektive Konzepte/Konstruktionen/Vorstellungen/Repräsentation'.

⁷ Vgl. Petermann (1998) zu ungünstigen Patientenüberzeugungen bezüglich Arzneimittelaufnahme. Auch die Patientinnen in unserer Studie äußern häufig, dass sie nur bei ganz starken Schmerzen Medikamente nehmen und sie sofort wieder absetzen, sobald sich die Schmerzen bessern.

tionen', im Englischen: '*explanatory model*', '*personal theory*' oder '*lay diagnosis*'. Es gibt auch im Deutschen Begriffsbildungen wie '*Laientheorien*' oder auch '*naive Theorien*'; sie werden in jüngerer Zeit jedoch eher abgelehnt, da sie eine implizite Abwertung enthalten.

Ein Beispiel für eine psychologische Definition ist die folgende von Wüstner (2001):

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).

SKT gelten als kulturell bedingt (Kleinman 1988), denn sie nehmen häufig Bezug auf "[k]ulturgebundene, überindividuell geteilte Vorstellungen über Krankheiten" (Faller 1990:132f.) und natürlich auch Gesundheit (ebda:137). Hasenbring (1990:78) betont, dass sie einerseits langfristig stabil, aber kurzfristig instabil sein können. Becker (1984) stellt fest, dass SKT magischem Denken unterliegen können, also nicht immer rational sind. Nichtsdestotrotz haben SKT eine wichtige Funktion bei der Bewältigung des Alltags, unterliegen aber u.U. auch unbewusst ablaufenden Bewältigungsprozessen und/oder der Wahrnehmungsabwehr (Bauer-Wittmund 1996; Verres 1986; 1989). Faller (1989:57) spricht von einer Doppelfunktion subjektiver Theorien zur rationalen Handlungssteuerung und zur rationalisierenden Abwehr von Angst, in der "die enge und unauflösliche Verknüpfung von Emotionen und Kognitionen" sichtbar wird.⁸

Verres (1998:303) kommt zu dem Schluss, dass SKT nicht nur handlungsleitend, sondern in gleichem Maße handlungsrechtfertigend wirken. Aufgrund ihrer Funktion zur Bewältigung von Emotionen in Zusammenhang mit der Erkrankung kann es bei der Thematisierung von Krankheitstheorien zu "situativen Coping-Prozessen" (Verres 1989:20) kommen, je nachdem, welche Emotionen in der Situation, in der sie geäußert werden, aktualisiert werden. Verres betont ferner den prozessualen Charakter von subjektiven Theorien, in denen sich die Adaptation an die Erkrankung als ein Prozess zwischen Rationalität und Rationalisierung spiegelt (1998:307). SKT können Ursachenvorstellungen von Schuld und Strafe verhaftet sein (Becker 1984). Allgemein gilt, dass Art und Bedeutung der SKT abhängig sind von Art, Dauer und Bedrohlichkeit der Erkrankung sowie dem Grad der persönlichen Betroffenheit (Frank 2001:39) und auch von der Erkrankungsphase beeinflusst werden, in der sich der/die Betroffene gerade befindet (Hasenbring 1989:37). Daraus folgt u.a., dass SKT je nach Erkrankung sehr unterschiedliche Relevanz haben. Wenn jemand mit Karies zum Zahnarzt geht, spielt die Krankheitstheorie des Patienten/die Patientin keine wesentliche Rolle für eine erfolgreiche Behandlung; bei den Gesichtsschmerzpatientinnen ist sie jedoch sehr viel zentraler, da sie z.B. Einfluss auf die Therapietreue haben (siehe auch Abschnitt 4.2) und zum Teil weit reichende psychosoziale Konsequenzen haben, die mit einem einmaligen Standardeingriff in der Regel nicht in den Griff zu bekommen sind (vgl. a. Muthny/Broda 1999).

⁸ Wie Beispiel (2) zeigt, können SKT allerdings auch Angst erzeugen.

4.2. Relevanz der Berücksichtigung von SKT

Die Relevanz der Berücksichtigung von SKT in der medizinischen Versorgung allgemein und für unsere Patientinnengruppe lässt sich unter drei Stichwörtern fassen: *Coping*, *Compliance*, *Kosten*.

Unter '*Coping*' versteht man die Bewältigung der Krankheit im Sinne einer Krankheitsverarbeitung und die Regulation der mit der Erkrankung einhergehenden Emotionen (Hasenbring 1990; Faller 1990; Verres 1989). SKT spielen hier eine Rolle, da die Einschätzung des eigenen Spielraums oder Einflusses auf den Krankheitsverlauf, d.h. die Kontrollüberzeugungen, direkt von den Vorstellungen über Ursachen abhängen und auf das Krankheits- und das Krankenrollenverhalten einwirken.

Das führt zum zweiten Stichwort: Die Anerkennung und Beachtung von SKT hängt eng mit *Compliance* zusammen. Unter '*Compliance*' versteht man die Bereitschaft, den Anordnungen des Arztes Folge zu leisten, was als Voraussetzung für Behandlungserfolg gilt.⁹ Nach Becker (1984) ist die "Kluft zwischen Krankheitstheorie des Arztes und des Patienten [...] eine der Hauptursachen für Non-Compliance" (Becker 1984:314).

Ripke (1994) geht davon aus, dass im AP-Gespräch Arztkonzept und Patientenkonzept aufeinander treffen und miteinander in Vereinbarung gebracht werden müssen. Das Arzt/Patient-Verhältnis wird als Arbeitsbündnis gesehen, bei dem u.a. eine Therapie in Aushandlungsprozessen vereinbart wird. Dabei kann es sich der Arzt nicht erlauben, Vorstellungen der Patienten von ihrer Krankheit zu ignorieren. So auch Bischoff und Zenz (1989):

Klaffen die Vorstellungen von Arzt und Patient auseinander und verständigen sich die beiden nicht darüber, so wird die Therapie erschwert: Der Patient ist zunehmend mit dem Therapeuten unzufrieden, seine Bereitschaft zur Kooperation schwindet. (...) Der Arzt kann sich also keinesfalls erlauben, Vorstellungen der Patienten von ihrer Krankheit zu ignorieren – auch wenn er sich ihnen nicht einfach anpasst, da sie dem therapeutischen Erfolg hinderlich sein können. Arzt und Patient müssen im Gespräch die beiderseitigen Standpunkte abklären. Ein solcher Dialog wird aber nur dann befriedigend ausfallen, wenn der Arzt weiß, welche Struktur, Inhalt und Bedeutung Laienkonzepte von Körper und Krankheit überhaupt haben (Bischoff/Zenz 1989:11f.).

Coping und *Compliance* hängen eng mit dem Vertrauen zusammen, das der Patient in den Arzt setzt. Voraussetzung für die Entwicklung einer Vertrauensbeziehung ist oft die Bereitschaft des Arztes, den Patientenkonzepten, z.B. den SKT, Beachtung zu schenken.

Auch die *Kosten* sollen nicht unerwähnt bleiben. Türp et al. (1998) untersuchten 206 Gesichtsschmerz-Patient/innen und stellten fest, dass sie bereits bei ca. fünf Therapeuten aus 44 unterschiedlichen Sparten in Behandlung gewesen waren, bevor sie in die auf Schmerz spezialisierte Uniklinik kamen. Damit sind hohe Kosten nicht nur für das Gesundheitssystem, sondern auch für die Patient/innen verbunden, da ein Großteil der Maßnahmen Privatleistungen darstellen bzw. beinhalten. Weit schwerer aber wiegt das Risiko von Fehlbehandlungen, das mit dieser Odyssee verbunden ist (Osterman et al. 1999).

⁹ Roche, Med. Lexikon "Bereitschaft des Pat., bei diagnostischen u. therapeut. Maßnahmen mitzuwirken (z.B. Zuverlässigkeit bezüglich Heilmittelaufnahme = »Therapie-treue«)"

Kosten sind auch oft das Argument, das von Ärzteseite gegen die Berücksichtigung von Patiententheorien gebracht wird, nämlich dass eine starke Patientenzentrierung zeitintensiv und deshalb teuer sei. Becker setzt dem das Argument entgegen: "Die Kenntnis der subjektiven Krankheitstheorien und Lebensgeschichte erscheint zunächst zeitlich aufwändig, kann jedoch langfristig die hohe Quote an so genannter Non-Compliance verhindern helfen" (Becker 1984:321). Und Ripke (1994) führt die Erfahrung an, dass die anfangs investierte Zeit später da wieder eingespart werden kann, wo Missverständnisse entfallen, aufwendige Aushandlungsprozesse über Therapien erspart bleiben etc.¹⁰

4.3. SKT im Gespräch

Auch wenn SKT durchaus als "Wissenssysteme [...], die Strukturparallelität zu wissenschaftlichen Theorien aufweisen sollen" (Filipp/Aymanns 1997:3, vgl. a. Flick 1998), gelten, werden sie im A/P-Gespräch selten "wissenschaftlich" präsentiert. Dafür gibt es verschiedene Erklärungen (sei es, dass den medizinischen Laien die aktive Kompetenz dazu fehlt, sei es, dass es Teil eines *doing being patient* ist, sich nicht mit Ursachenattributionen in die Domäne des Arztes zu begeben). Patient/innen verwenden alltagsweltlich geprägte Diskursformen, die sich im medizinischen Setting häufig als dysfunktional erweisen (vgl. a. den sog. "frame conflict", Lalouschek 1995:18). Das Aufeinandertreffen von institutionellen Diskursformen (arztzentrierte Exploration, Schmerzfragebogen) und alltagsweltlichen Darstellungsformen des Patientenerlebens führt u.a. zu "gebrochenen Narrativen" ("*broken narratives*"; vgl. Kirmayer 2000), deren Verständlichkeit unter der Fragmentierung verloren geht. So beschreibt Deppermann (2003) bei der Analyse einer Schmerzanamnese, wie die ärztliche Exploration von Schmerzlokalisation, -qualität und -stärke den Schmerz von den alltagsweltlichen Erfahrungs- und Relevanzzusammenhängen abtrennt. Das "gebrochene Narrativ" erscheint als "Ergebnis der nicht-identischen Interessen der Gesprächspartner, die sich wechselseitig durchkreuzen" (Henningsen 2003:201). Frankel (2001:90) zeigt: "The narrative thread of patient experience and their reasoning about the causes and consequences of problems is lost as well" (zu Krankheitserzählungen und Gesichtsschmerz, vgl. Garro 1994). Gerade im Umgang mit somatoformen Patient/innen wird deshalb immer wieder gefordert, iatrogene, d.h. vom Arzt ausgehende, Ursachen für misslingende Interaktionsprozesse zu erwägen (Rudolf/Henningsen 2003; Gülich/Schöndienst/Surmann 2003:221).

Verschiedene Studien zeigen, dass Patient/innen in der medizinischen Praxis nicht immer den Gesprächsraum erhalten, der es zulassen würde, ihre SKT darzustellen. Das spiegelt sich zum einen in der Partizipationsstruktur eines typischen A/P-Gesprächs. Eine frühe Studie von Frankel/Beckmann (1984) zeigte, dass Patient/innen in einer Allgemeinarztpraxis nach durchschnittlich 18 Sekunden Beschwerdevortrag unterbrochen wurden. In einer Follow-up-Studie von Marvel et al. (1999) 15 Jahre später hatte sich die Dauer unwesentlich auf 23 Sekunden erhöht.¹¹ Es ist anzunehmen, dass auch die Darstellung von SKT so zu kurz kommt.

¹⁰ Hier schließt sich fraglos die gesundheitspolitische Forderung nach der Veränderung des Abrechnungsschlüssels an.

¹¹ Vgl. a. Koerfer et al. (1994), die 19 Sekunden angeben.

Ärzte scheinen zu befürchten, den Redefluss der Patientinnen nicht mehr eindämmen zu können (Langewitz et al. 2002). Nach der Nennung eines ersten Anliegens gehen Ärzt/innen häufig zur Beschwerdenexploration im Frage/Antwort-Schema über. Frühzeitig unterbrochene Patient/innen äußern jedoch nur selten weitere Anliegen: "the physician interruption at the beginning of the visits inhibited patients from supplying additional, and in some case critical information for decision making" (Frankel 2001:89).¹² Linguistische Analysen zeigen außerdem, dass Patient/innen nicht sofort und an jedem Punkt ausführlich zu erzählen beginnen, sondern sich an den Erzählaufforderungen der Ärzt/innen orientieren (Lalouschek 1995; vgl. a. Frankel 1990). Der Versuch, Patient/innen mit offenen Fragen zu ausführlichen Darstellungen ihrer SKT zu bewegen, kann durchaus misslingen, wenn institutionsspezifische Vorerfahrungen dies konterkarieren.

4.4. Ein Vergleich von Arzt/Patient-Gesprächen und Interviews

Die Daten, die die Grundlage der vorliegenden Arbeit bilden (vgl. Abschnitt 2), wurden von Kreissl et al. (2004) in Bezug auf die Frage untersucht, ob Patient/innen mit chronischen Schmerzen im Gesichtsbereich in Arzt/Patient-Gesprächen und in Interviews unterschiedliche Angaben zu ihrer Erkrankung machen.

Es wurden die Angaben in den beiden Gesprächstypen miteinander verglichen. Ziel des Vergleichs war es, herauszufinden, ob in den Interviews Informationen zu Erkrankungen gegeben werden, die zu erfahren auch aus Perspektive der Zahnmediziner/innen relevant gewesen wäre. In einem zweiten Schritt werden so Rückschlüsse auf gelingende Elizitierungsverfahren möglich.

Um sicherzustellen, dass die Informationen als medizinisch aufschlussreich gelten können, wurde die Auswertung maßgeblich von der Zahnmedizinerin Marion Kreissl durchgeführt. Es wurden alle in den Gesprächen *zusätzlich* gegebenen Informationen erfasst; d.h. es wurde das "Mehr" an Information und nicht der absolute Gesamtgehalt an gegebener Information ausgezählt, so dass die *Differenz* zwischen den Gesprächstypen und nicht die Informationsfülle an sich erfasst wurde.

Die Auswertung zeigte, dass in vielen Themenbereichen, z.B. bei der Schmerzbeschreibung, keine stark ausgeprägten Differenzen zwischen den Gesprächstypen bestehen. Starke Unterschiede gibt es jedoch vor allem im Bereich der Beschwerdenanamnese. Dem Interviewer gegenüber werden die Beschwerden sehr viel ausführlicher dargestellt als dem Arzt; hier wurden in den Interviews 29 Angaben gemacht, die dem Arzt gegenüber nicht gemacht wurden, während es in den Arzt-Gesprächen nur zwei Informationen waren, die in den Interviews nicht erwähnt wurden.

Besonders interessant ist der Bereich der Angaben zu psychischen Belastungen und zu SKT. In den Interviews mit dem medizinischen Laien werden 20 neue Informationen zu den SKT gegeben, während in den Arzt/Patient-Gesprächen nur zwei Informationen exklusiv erwähnt werden. Noch auffälliger ist die Differenz

¹² Die Befürchtung von Ärzteseite, Patient/innen würden zu lange sprechen, wenn man sie ungehindert ließe, widerlegen Langewitz et al. (2002). Sie schulten 14 Klinikärzte in der Ambulanz der Inneren Medizin der Universitätsklinik Basel in Gesprächsführung und instruierten sie, Patient/innen in ihren Beschwerdevorträgen nicht zu unterbrechen. Sie stellten fest, dass die durchschnittliche Redezeit von 335 Patient/innen auch dann nur 92 Sekunden betrug.

bei den Angaben zu psychischen Belastungen: Während in den Interviews 25 Informationen gegeben wurden, die dem Arzt gegenüber unerwähnt bleiben, gibt es keine Information, die ausschließlich in den Arzt/Patient-Gesprächen gegeben wurde (für eine detaillierte Darstellung vgl. Kreissl et al. 2004:297f).

Natürlich kann man in Rechnung stellen, dass die aufgezeichneten Arzt/Patient-Gespräche aus der ersten Phase der Behandlung stammen, und zwar aus dem anamnestischen Erstinterview (Erhebung der Krankengeschichte). Sie sind u.U. nur der Anfang einer längeren Behandlung, und die nicht zur Sprache gekommenen Anteile haben evtl. später noch eine Chance erhalten, geäußert zu werden. Auch konnten sie in dem umfangreichen Fragebogen genannt werden, der an Schmerzpatientinnen verteilt wurde. Aber die A/P-Gespräche haben auch eine "*gate-keeping-Funktion*", insofern der Arzt auf der Basis dessen, was er in ihnen erfährt, entscheidet, ob und wie weiterbehandelt wird. Und natürlich entscheiden auch die Patientinnen aufgrund des Gesprächsverlaufs, ob sie sich einer Weiterbehandlung unterziehen wollen.

5. Das Wechselwirkungsgefüge von WIE, WAS und WOZU

Bei der Analyse der dieser Untersuchung zugrunde liegenden A/P-Gespräche und der Interviews wurde deutlich, dass sich SKT anhand von drei in einem Wechselwirkungsgefüge stehenden Polen typisieren lassen: WAS, WIE und WOZU. Partikuläre SKT sind das Ergebnis von Darstellungsweisen (des WIE) von Elementen (des WAS, s.o.) aus spezifischen Gründen (das WOZU, s.u.). Die genaue Untersuchung der linguistischen Form in diesem Wechselverhältnis ist ein wichtiges Untersuchungsfeld, da hier große Potenziale für den ärztlichen Erkenntnisgewinn des Patientenanliegens und für die Verständnisherstellung liegen.

Unter WAS werden Elemente gefasst, aus denen SKT "materialiter" bestehen, WIE umfasst die Darstellungsweisen, mit denen Elemente von SKT sprachlich kodiert werden und unter WOZU erscheinen die Ziele, die in einem bestimmten Gespräch verfolgt werden bzw. Funktionen, die mit dem WIE und WAS verbunden sind. Diese Ebenen lassen sich zwar analytisch trennen, laufen im Gespräch aber zusammen.

Das Wechselwirkungsgefüge wird mit der folgenden Darstellung visualisiert:

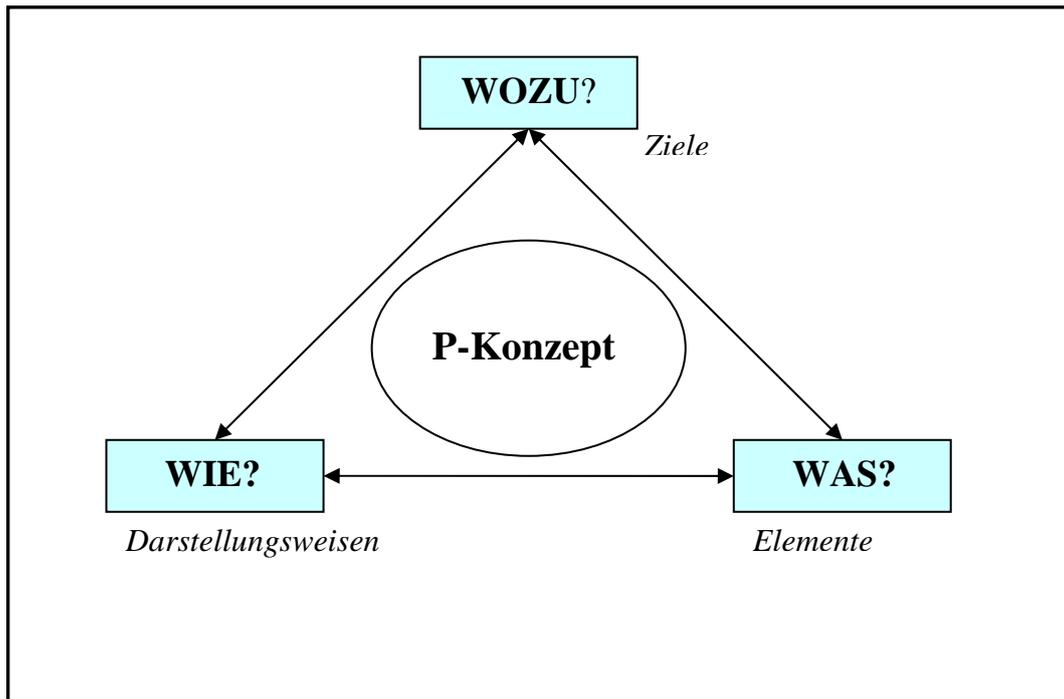


Abb. 1: Wechselwirkungsgefüge von "Elementen subjektiver Theorien", "Darstellungsweisen" und "Zielen".

Das Oval in der Mitte steht für das Zusammenwirken der drei Bereiche im "Patienten-Konzept" (vgl. Ripke 1994:37ff.). Im Folgenden sollen nun die Ergebnisse der Auswertung der 20 Gespräche zu den drei Bereichen "WAS", "WIE" und "WOZU" vorgestellt werden.

5.1. "WAS" – Die Elemente von SKT

Auslösendes Ereignis

- Hier werden die unterschiedlichsten Ereignisse genannt, z.B. Unfälle, ein Stoß auf den Kopf, das "Verschleppen" von Entzündungen etc. Diese Ereignisse werden nicht immer explizit als Ursache-Wirkungs-Zusammenhang gekennzeichnet und ihre Relevanz ist nicht immer gleich erkennbar. Manchmal bleibt sie in den Arzt/Patient-Gesprächen unaufgedeckt und wird erst in den Interviews deutlich.

Symptome

- Symptome können als gewöhnliche Kausalitäten interpretiert werden, so dass Schmerzen im Bereich der Zähne als Problem mit dem Zahn X interpretiert werden. Zu diesen werden bestimmte vermeintlich auslösende oder lindernde Bedingungen in Verbindung gesetzt: wenn Wärme hilft, spricht das gegen Entzündung usw. (hier spielt auch medizinisches Wissen eine große Rolle). Ferner werden Vergleichssymptome eingesetzt, z.B. die Schmerzempfindungen bei einer Mittelohrentzündung als Vergleich herangezogen – interessanter Weise auch dann, wenn die Patientin noch nie Mittelohrentzündung hatte, sie sich nur als vergleichbar vorstellt. Verfahren wie die Verwendung von Ver-

gleichen oder Metaphern verweisen u.a. auf das Darstellungsproblem bei der Schmerzbeschreibung.

Krankheitserfahrungen

- Häufig werden Krankheitserfahrungen, die im Laufe des bisherigen Lebens gemacht wurden, aufgeführt, z.B. mit Zahntzündungen, die vergleichbare Schmerzen ausgelöst haben (vgl. a. Symptome). Auch Erfahrungen mit Erkrankungen, die nicht in Zusammenhang von Zahnbeschwerden stehen, können Einfluss auf die SKT bei Gesichtsschmerzen nehmen. So berichtet z.B. eine Patientin im Interview von massiven Rückenbeschwerden, die sich nach dem Diagnostizieren einer Lebensmittelallergie durch einen Alternativmediziner schlagartig verbessert haben. Diese Erfahrungen erweitern das Spektrum potenzieller Ursachenzuschreibungen für die Patientin und bestärken sie, nach den Ursachen für ihre Kieferbeschwerden trotz diverser Fehldiagnosen und -behandlungen weiterzusuchen. Nicht zuletzt nähren sie außerdem Zweifel an der Schulmedizin (vgl. a. medizinische Ideologien). Deppermann (2003:172) stellte bei der Untersuchung einer Schmerzanamnese ferner fest, dass Handlungskonsequenzen, die aus der Schmerzerkrankung resultieren, einen wesentlichen Bestandteil des Schmerzkonzeptes der Patientin darstellen, ebenso wie Bewältigungsstrategien, die sich im Umgang mit dem Schmerz bewährt haben.

Biographie

- Auch biographische Fakten fließen in SKT ein: Umbruchsituationen, z.B. Tod oder schwere Erkrankung eines Angehörigen, Belastungen durch Kinder oder Prüfungen werden (z.B. als auslösende oder verschlimmernde Faktoren) herangezogen.

Diagnosen

- In den SKT der Kieferschmerzpatientinnen tauchen immer wieder in der Vergangenheit gestellte Diagnosen auf: gültige ebenso wie verworfene und auch zweifelhaft, von denen sich die Sprecherinnen abgrenzen. Aufgrund der langen Krankengeschichte wurden die meisten Patientinnen bereits mit einer beachtlichen Zahl von Diagnosen konfrontiert.

Wissen über Körper und Psyche

- In SKT fließt auch biologisches Wissen über Körperabläufe, z.B. Vererbung, und psychosoziale Zusammenhänge ein. Dieses medizinische, biologische und psychologische Wissen speist sich aus sehr verschiedenen Quellen wie z.B. medizinischen Fernsehserien, Beratungssendungen und Buchpublikationen, das Internet etc. Gerade chronisch Erkrankte informieren sich oft ausführlich über ihr Krankheitsbild. Auch Gespräche mit Ärzten, Sprechstundenhilfen, Physiotherapeuten können dem Wissen als Quellen dienen.

Medizinische Ideologien

- SKT sind maßgeblich von der Grundhaltung beeinflusst, die die Patientinnen gegenüber den medizinischen "Lagern" einnehmen: Alternativmedizin oder Schulmedizin bilden eine ganz unterschiedliche Ausgangsbasis für SKT. Außerdem unterliegen Zuschreibungen von Erkrankungsursachen auch Mode-

strömungen: Stress und schädliche Umwelteinflüsse haben derzeit einen hohen Aktualitätswert. (Natürlich unterliegen nicht nur Patient/innen, sondern auch Ärzte diesen Einflüssen!)

5.2. "WIE" – Darstellungsweisen von SKT

Es finden sich eine Fülle sprachlicher Aktivitäten, die zur Darstellung von SKT verwendet werden. So lassen sich individuelle und gesprächsphasenabhängige Präferenzen z.B. für *erzählen* oder *berichten* ausmachen. Welche Schlüsse daraus zu ziehen sind, muss in weiteren Studien noch genauer untersucht werden.

Eine große Rolle spielen *verba sentiendi*: *glauben, wissen, merken, sich wundern, sich fragen usw.*, die Gültigkeit signalisieren, einschränken etc. Dabei spielen Heckenausdrücke und epistemische Modalisierungen (z.B. mit Modalpartikeln wie *wahrscheinlich*) eine große Rolle. Es werden Ereignisse, Symptome, Entwicklungen aus verschiedenen Perspektiven beleuchtet, Beweise geliefert und Gegenbeweise erbracht, widersprüchliche Theorieanteile gegeneinander gestellt usw. Brüner/Gülich (2002) beschäftigten sich mit sprachlichen Formen der Veranschaulichung in Krankheitsdarstellungen, und zwar sowohl von Patient/innen (Herz- und Anfallsranke) als auch von so genannten "Experten", die in medialen Kontexten medizinische Sachverhalte erläutern. Sie fanden zwei große Gruppen von Verfahren: einerseits Reformulierungen, Paraphrasierungen, Explizierungen und Erklärungen und andererseits Veranschaulichungen durch sprachliche Bilder unterschiedlichster Art (Brüner/Gülich 2002:24). Letztere standen im Zentrum ihrer empirischen Untersuchung. Folgende Formen der Veranschaulichung wurden herausgearbeitet: i) Metaphern,¹³ Vergleiche und Analogien, ii) Beispiele und Beispielerzählungen, iii) Konkretisierungen (einschließlich Individualisierungen auf bestimmte Personen) und iii) Szenarien.

Auch das Zitieren fremder Stimmen ist ausgesprochen häufig. Diese "fremde Stimme" kann ein Arzt sein, aber auch Erfahrungen von Bekannten und Angehörigen. So zitiert eine Patientin z.B. ihre Schwester, deren Aussage, dass die Frauen in der Familie Stress nur schlecht verarbeiteten, die SKT "schlechte nervliche Konstitution" unterstützen soll. Auch als Zeugen kommen "fremde Stimmen" zum Einsatz, z.B. der Partner, der das Knirschen in der Nacht mitbekommt, oder der Krankengymnast, der die Verspannung als "massiv" bezeichnet usw.

SKT im Arzt/Patient-Gespräch werden als komplexe Gebilde mit einer inneren Beweisführung und einer Logik präsentiert. Dabei spielen auch nicht mehr gültige Theorieanteile eine Rolle, die *ex negativo* relevant werden. SKT gehen wie durch einen Filter der Darstellungsweisen, die auch einen spezifischen Bezug zum Gesprächstyp, dem WOZU erkennen lassen.

¹³ Zum Gebrauch von Metaphern beim Sprechen über schwer beschreibbares Krankheitserleben vgl. Surmann (2002; 2005).

5.3. "WOZU" – Ziele von SKT

Das Arzt/Patient-Gespräch ist eine kommunikative Gattung, die auf Wissensstrukturen verweist, die auf handlungspraktischen Erfahrungen basieren (vgl. u.a. Luckmann 1986, Günthner/Knoblauch 1994). Gerade die Patientinnen mit chronischen Schmerzerkrankungen haben bereits vielfach Erfahrungen sammeln können, die zu institutionsspezifischen Erwartungen führen. Einige dieser institutionsspezifischen Erwartungen werden sowohl in der Wahl der Darstellungsweisen sichtbar als auch in den Elementen, die ausgewählt werden. Zum Beispiel weiß die Patientin mit einer SKT, die um Entzündung kreist, dass der Arzt ihr ein Rezept für Antibiotika schreiben kann, das sie aufgrund ihrer SKT haben möchte. Entsprechend wird sie Elemente ihrer SKT auswählen, die die Entzündung in den Vordergrund stellen und die Darstellung durch das Anführen von Befunden untermauern.

Ein anderes Szenario: Wenn eine Patientin das Ziel verfolgt, dass der Arzt eine Diagnose stellt, erscheint es u.U. wenig sinnvoll, eine bereits ausgefeilte eigene SKT zu präsentieren. Hinzu kommt das Wissen um das typische Laien-Experten-Gefälle in Arzt/Patient-Gesprächen und vielleicht die Erfahrung, dass das Eindringen in die Domäne des Arztes – wozu die Ursachenzuschreibung gemeinhin gehört – interaktive Konsequenzen haben kann. Das bildet sich am wenigsten direkt und eindeutig auf der Formebene des Gesprächs ab und verlangt eine komplexe Analyse, die durch ethnographische Informationen abgesichert werden kann.

6. Sequenzanalyse von SKT im Arzt/Patient-Gespräch

Die Visualisierung des Wirkungsgefüges der SKT von Patient/innen stellt nur eine Seite des Geschehens im Arzt/Patient-Gespräch dar. Vielmehr interagieren Patientenkonzept und Arztkonzept, das seinerseits mit den drei Polen typisiert werden kann. In diesem Spannungsfeld von Patienten- und Arztkonzept vollzieht sich die Bearbeitung von SKT im Gespräch. Auch der Arzt verfolgt spezifische Ziele, die auf das WAS und das WIE der Darstellung einwirken.

In folgenden sollen drei unterschiedliche Verläufe der interaktiven Bearbeitung von SKT in Anamnesesitzungen mit dem Zahnarzt vorgestellt werden. Die erste Sequenz enthält eine durch den Arzt fremdinitiierte SKT. Diese Fälle, in denen der Arzt nach Ursachenkonzepten der Patientinnen fragt, sind für die Analyse zunächst die evidentesten. In der zweiten Beispielsequenz handelt es sich um eine von der Patientin eigeninitiativ geäußerte SKT. Im dritten Beispiel wiederum versucht der Zahnarzt, die Ursachenzuschreibung der Patientin zu erfragen. Natürlich kommen SKT im Gespräch auch auf weniger explizite Weise zum Ausdruck, z.B. prägen Krankheitstheorien bereits die Darstellung der Krankengeschichte, das verlangt aber ein besonderes methodisches Vorgehen und wird im Folgenden nicht berücksichtigt.

6.1. SKT der Patientin CG

Das Transkript setzt ein, kurz bevor die Patientin CG auf Nachfrage des Zahnarztes ihre SKT zu entfalten beginnt.

Beispiel (3) Patientin CG im Arzt/Patient-Gespräch

01 ((Thema: Verhalten der Angehörigen))
 02 CG: [weil ich eb=md [schon' (.) schon Öfter was hatte;
 03 Z: [jaha, [jaha,
 04 CG: [=und'
 05 Z: [mhm
 06 CG: und das'
 07 (5.6)
 08 Z: w' was is denn IHRer meinung nach der grund; (-)
 09 für diese beSCHWERden.
 10 (w' w') (.) wodurch die (.) AUSgelöst sind.
 11 <<p>und-> (-)
 12 CG: ja ich' ich DENK- i'
 13 also ich hAbe eben (.) die beFÜRCHtung,
 14 dass ich das eben am anfang diese schmerzen eben
 verSCHLEPPT hab,
 15 und (.) und dass sich da irgendwie entZÜNdung da (1.8)
 Ausgebreit=t hat;
 16 =also mir hat ma=ja immer geSACHT;
 17 =das (.) das ist nicht MÖglich;
 18 und (.) des des BLEIBT dann in dem ZAHNbereich;
 19 aber weil ich eben jetzt auch im (---)
 20 (in dieser) szintigraPHIE is ja dann auch'
 21 =also in dieser Ersten war ja NIChts sIChtbar in der
 HALSwirbelsäule;
 22 und jetzt auf einmal (-) äh (.) is da (-) was sIChtbar
 geWEsen,
 23 un und da HAT ich ja jetzt auch diese (-) diese
 SCHMERzen.
 24 Z: hm=hm, (-)
 25 CG: und (.) es is ja eigentlich KOMisch,
 26 dass sich innerhalb von nem halben JAhr dann auf einmal
 da (-) eh degenerative VerÄNDERungen (2.2) gebildet
 haben,
 27 =also ich meine;
 28 KLAR;
 28 des kann schon SEIN;
 30 aber-
 31 Z: =aber hier stEht ja;
 32 kein ANhalt für osteoMYeLItis;
 33 also-
 34 CG <<p>mhm,>
 35 Z: da is ja nix groß sIChtbar geWEsen; (.)
 36 [im SzintiGRAMM. (-)
 37 CG [<<p>mhm,>
 38 <<p>mhm,>
 39 aber es [war eben hier UNTen ja auch nichts groß
 40 Z: [ne,
 41 CG: sIChtbar geWEsen,
 42 [und wo er=s dann AUFGemacht hat,
 43 Z: [hm=hm,
 44 CG: da hat er ja dann auch am KNOchen-

45 Z: <<f>jaja> (-)
 46 da WARN [dann' (.)
 47 CG: [(also)
 48 Z: [JA gut dann
 49 CG: [da warn dann schOn'
 50 mh=hh (1)
 51 <<p>ich WEISS nich.>
 52 Z: ja er hat da=nen FREMDkörper gefunden;
 53 granuLOM;
 54 aber (.) im szintiGRAMM sieht man nUr was wenn jetzt
 erhöhte ak' aktivität is; (-)
 55 STOFFwechsel oder so=
 56 CG: =hm=hm
 57 Z: oder: (1.8)
 58 ja; (.)
 59 das is eben nIch der FALL.
 60 CG: ja: un ich habe mir geDACHT; (.)
 61 ob man nich jetzt'
 62 wenn (.) wenn es doch jetzt irgendwie noch ne
 entZÜndung;
 63 ob man da nich irgendwie (.) (n) entZÜndungs(.)hEmmendes
 medikament oder (irgend[was son..])
 64 Z: [ja: man] muss ja ersmal
 WISsen ob=s überhaupt ne entzündung IS;
 65 das SACHT [sich so leicht.
 66 CG [ja.
 67 Z: =[das äh: (-) Is ja gar nicht Sicher;
 68 CG: [hm=hm
 69 Z: dass da ne entzündung is.
 70 CG: <<p>hm=hm (.) ja> (---)
 71 Z: aber=s sin nIch blitzartig EINSchiessende schmerzen
 irgendwie; (.)

Die Antwort der Patientin (ab Z.12), die auf die Elizitierung des Arztes folgt, enthält auf der Formulierungsebene Verzögerungssignale, Abbrüche und die Verwendung des Heckenausdrucks *ich denk* als Rahmung. (*Verba sentiendi*¹⁴ sind bei Reaktionen auf SKT-Elizitierungen sehr häufig). Diese Mittel dienen u.a. der Markierung der Subjektivität der nun folgenden Äußerung. Diese ersten Formulierungsansätze werden von der Sprecherin abgebrochen, und im Neuanatz ersetzt sie das bewertungsneutrale *verbum sentiendi denken* durch die Nominalisierung *die Befürchtung haben* (Z. 13), mit der ein negatives Szenario angekündigt wird. In Z.14/15 werden in zwei Komplementsätzen zwei Argumente geäußert. Das erste Argument *dass ich das eben am anfang diese schmerzen eben verschleppt hab* bezieht sich auf ein spezifisches Verhalten/Handeln der Person, wobei das Verb "verschleppen" auf eine medizinisch-biologische Vorstellung verweist: Krankheiten können aufgrund eines der Schwere und Art der Erkrankung unangemessenen Verhaltens länger andauern bzw. sich verschlimmern. Im zweiten Argument ist das Agens eine Erkrankung, die sich verschlimmert *und und dass sich da irgendwie entzündung da (1.83) Ausgebreit=t hat*. Ob die beiden genannten Ursachen in einem Kausalitätsverhältnis stehen oder voneinander unabhängig wirken, wird nicht explizit gesagt.

¹⁴ *Verba sentiendi* bilden eine semantisch definierte Gruppe von Verben, die Vorgänge der sinnlichen Wahrnehmungen (des Glaubens, Meinens, Denkens, Fühlens) bezeichnen.

Über das Zitieren fremder Stimmen (Z.16-18, *mir hat ma=ja immer gesagt=das* (.) *das ist nicht MÖGlich, und* (.) *des des BLEIBT dann in dem ZAHNbereich*) präsentiert die Patientin eine Gegenposition zur erstgenannten Position, die sie deutlich als die ihre markiert hatte (vgl. Personalpronomen *ich*, Z.12-14). Die Gegenposition nimmt Bezug auf medizinische Sachverhalte; möglicherweise handelt es sich um in der Vergangenheit gestellte Diagnosen. Allerdings werden die Autoren dieser Einschätzungen nicht genannt und bleiben vage (*man*, Z.16, vs. *ich*, Z.13-15).

In Zeile 19 kündigt der adversative Konnektor *aber* einen abermaligen Wechsel der Perspektive an und es folgt eine komplexe Argumentation. Die Patientin liefert erfahrungsgestützte Belege, die ihre Einschätzung plausibilisieren: Schon einmal ist mittels eines medizinischen Diagnoseverfahrens dokumentiert, dass zuerst *nichts* (Z.21) sichtbar war und dann bei der Wiederholung der Untersuchung plötzlich *was* (Z.22) sichtbar wurde. Ihre subjektive Körperwahrnehmung unterstützt den zweiten Befund, insofern von dem Bereich auch symptomatisch Schmerzen ausgingen (Z.23). Was das, was gefunden wurde, allerdings ist, bleibt unklar. Der Zahnarzt ratifiziert das Gesagte mit einem Rezipientensignal (Z.24) und gibt den Turn damit an die Patientin zurück. Sie beginnt, das zuvor Geschilderte zu evaluieren, indem sie zunächst eine Bewertung (*komisch*, Z.25) äußert. Mit diesem Prädikativ lässt die Patientin das Ereignis als etwas Ungeklärtes, Rätselhaftes erscheinen. Dabei werden die zuvor mit *nichts* und *was* nur vage referierten Befunde als *degenerative verÄnderungen* (Z.26) benannt. In Zeile 27-30 räumt sie ein, dass ein Konsens dennoch möglich sein könnte (*KLAR; des kann schon SEIN; aber-*), wobei das *aber* bereits das Fortführen des Für und Wider ankündigt. Offensichtlich hat sie die genannten Befunde noch nicht endgültig in ihre SKT integriert.

Hier unterbricht sie der Zahnarzt (Z.31) und beginnt eine Gegenargumentation, deutlich markiert durch Anbindung mit *aber*, das die Nichtübereinstimmung frühzeitig signalisiert. Er knüpft an das von CG angeführte Diagnoseverfahren an und zitiert aus ihm vorliegenden Unterlagen einen Befund, der der Patientin widerspricht: *=aber hier stEht ja; kein ANhalt für osteoMYeLitis*. Damit bezeichnet er die von der Patientin vage als *was* (Z.22) und dann als *degenerative Veränderungen* (Z.26) benannten Erscheinungen als Osteomyelitis (= Entzündung des Knochens oder Knochenmarkes durch Bakterien). Er argumentiert mit dem zuvor von der Patientin angeführten Befund aus der Szintigraphie, dass nichts sichtbar gewesen sei.

Dem hält die Patientin ihre Krankheitserfahrung entgegen, die belegen soll, dass Nichtsichtbarkeit kein hinreichender Beweis für Nichtvorhandensein ist, denn der Zahnarzt hat bei einem chirurgischen Eingriff etwas gefunden, das zuvor auch nicht sichtbar gewesen war (Z.39-51). Die Patientin bedient sich dabei eines klassischen Oppositionsformats, indem sie die Formulierung des Arztes *nix groß sichtbar* aufnimmt, aber in einen gegenteiligen Kontext bettet. Was gefunden wurde, benennt die Patientin nicht, weil sie vom Zahnarzt unterbrochen wird (Z.44), der aber offensichtlich auch keinen adäquaten Begriff zur Verfügung hat. Er stimmt zwar zu, dass etwas gefunden wurde. Nichtübereinstimmung besteht aber offensichtlich hinsichtlich dessen, was gefunden wurde, wofür aber auch ihm kein Begriff zur Verfügung steht. Die Patientin holt sich das verlorene Rederecht

zurück (Z.49), ohne allerdings zu verbalisieren, was *das* war, und bricht dann ab (Z.49). Nach einer kurzen Pause äußert sie leise *ich WEISS nich* (Z.51).

In Z.52 liefert der Zahnarzt einen Namen für das fehlende Element: *ja er hat da=nen FREMDkörper gefunden; granuLOM*. Damit ist impliziert, dass ein Granulom nicht mit Osteomyelitis gleichzusetzen ist. Der Zahnarzt argumentiert, dass Granulome – unter der Voraussetzung, dass sie keine "aktiven" entzündlichen Erscheinungen sind, sondern Verkapselungen von Fremdstoffen – im szintigraphischen Verfahren gar nicht sichtbar werden können, da nur erhöhte Stoffwechselaktivitäten (z.B. Entzündungen) abgebildet werden. Damit entkräftet er das Argument der Patientin, das auf Analogiebildung zwischen der Erfahrung mit dem Fremdkörper im Kiefer und den Veränderungen im Halswirbelbereich beruht.¹⁵ Mit der Nennung des Fachbegriffs *Granulom* etabliert er – wie schon zuvor bei *Osteomyelitis* – seinen Expertenstatus.

Die Patientin bricht die Argumentation nun ab. Sie liefert mit dem *ja* – zumindest auf der Formebene – ein Übereinstimmungssignal und schafft mit dem *und* eine formale Kohäsion (Z.60). Im weiteren Verlauf zeigt es sich, dass es sich jedoch nur um einen Teilkonsens handelt, da ihre SKT von einer sich ausbreitenden Entzündung noch gültig ist, obwohl die Analogie nicht haltbar zu sein scheint. Sie verschiebt das Thema von ihrer SKT auf die Therapieerwartung, die sich aus dem Schlüsselkonzept *Entzündung* ergibt, nämlich die Gabe eines entzündungshemmenden Medikaments (Z.62). Die Zurückweisung des Arztes macht deutlich, dass er die Entzündungstheorie nicht teilt und die Erwartung der Patientin nicht zu erfüllen bereit ist (Z.64ff.).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass es sich um eine argumentative Bearbeitung einer SKT in Rede-Gegenrede handelt. In ihrer Darstellung macht die Patientin deutlich, dass in ihrer SKT eine Entzündung als Ursache einen großen Stellenwert hat. Der Arzt teilt die Ursachentheorie nicht, er widerlegt sie mit Bezug auf objektiv-rationale Befunde und knüpft damit an einem Element seines Arztkonzeptes an. Den Befürchtungen und Zweifeln der Patientin, die sie durch widersprüchlich erscheinende Befunde begründet, setzt er nur erneut die rationale Interpretation von Befunden entgegen. Es entwickelt sich eine Beteiligungsweise unter den Interagierenden, die durch einen antagonistischen Austausch von Argumenten geprägt ist. Die Tatsache, dass die Entzündungstheorie für die Patientin stark mit nicht-rationalen Ängsten behaftet ist, wie es in der in Beispiel (2) zitierten Passage aus dem Interview deutlich wird, kommt nicht zur Sprache. Das ließe sich auch über den Verlauf des Gesamtgespräches zeigen und durch das Interview belegen, was den Rahmen dieser Arbeit sprengen würde.

6.2. SKT der Patientin BL

Die folgende Bearbeitung einer SKT im Arzt/Patient-Gespräch, das ausschnittsweise bereits in Beispiel (1) vorgestellt wurde, hat einen etwas anderen interaktiven Kontext als die vorangegangene: Die Darstellung der SKT wird nicht durch

¹⁵ Ob der Zahnarzt den Befund vermutet oder den Krankenunterlagen entnimmt, ist nicht bekannt. Auch haben wir keinen Hinweis darauf, dass die Patientin das komplexe Argument des Arztes verstanden hat.

den Arzt initiiert, sondern von der Patientin in einem spezifischen argumentativen Zusammenhang eingebracht.

Beispiel (4) Patientin BL im Arzt/Patient-Gespräch

((Z. schlägt Einbeziehung von Kopfschmerzspezialisten vor))
 01 Z: SO. (---)
 02 wie häufig kommt=s VOR,
 03 diese diese diese SCHMERzen;
 04 f: (.) also wenn sie jetzt' SAG=n mer mal so;
 05 wieviel <<rhyth> tAge im schnItt in der woChe> sind sie
 schmErzFREI. (1.18)
 06 BL: ganz EHRlich;
 07 =ich dEnk (au) dass es so bisschen PSYchosomatisch isch
 mit der knirscherEI,
 08 und (wenn) ich besonders (.) ARG (.) KNIRSCH? (.)
 09 Z: hm=hm,
 10 BL: dann hab ich=s TÄGlich.
 11 (h)hh (0.79)
 12 un: da ich momentan (.) ziemlich im STRESS bin,
 13 hab ich des also seit zwei wochen kontinuIERlich.
 14 des kann ich [Sagn.]
 15 Z: [gut.]
 16 (0.97)
 17 also PSYchosomatisch,
 18 das hieße aber' das is was ANderes;
 19 das hieße dass sie psychische proBLEme haben; (-)
 20 die [dann]
 21 BL: [psychisch] STRESS momentan.
 22 Z: JA;;
 23 aber PSYchosomatisch is dann eher' (und) nich nur
 STRESS,
 24 das wär dann was ANderes.
 25 das wär dann richtig psychische erKRANKungen, (.)
 26 die sich dann aber manifestIERen in der k' im körper.
 27 BL: also ich sag mal so;
 28 ich [verArbeite momentan NACHTS wahrscheinlich n
 29 Z: [(aber)
 30 BL: bisschen zu vIel. ((lacht))
 31 Z: ja aber da is auch der doktor ((NAME)) der is äh (.)
 auch n guter schmerz(.)diagNOSTiker;
 32 sie kriegen dann- (.)
 33 wie bei uns dann auch im rahmen dieser (.) äh erHEBung
 äh (-) n=FRAGEbogenpaket;

Der Ausschnitt beginnt mit der Einleitung eines neuen Themas durch den Arzt (Z. 01-05), indem er die Patientin nach Schmerzhäufigkeit fragt. Die Patientin beginnt ihre Antwort mit einer SKT (Z.06-07). Der Einstieg mit *ganz ehrlich* (Z.06) kündigt dabei an, dass die Erfüllung der durch die Fragen etablierten thematischen konditionellen Relevanzen zunächst aufgeschoben werden und ein komplexerer Beitrag folgt, wenn sie auf die Frage nach Schmerzhäufigkeit mit einer SKT antwortet. Zum zweiten kündigt diese Modalisierung das Folgende als eine dispräferierte Enthüllung an. Und zum dritten markiert *ganz ehrlich* zusammen mit den Heckenausdrücken *ich denke* und *son bisschen* das "Subjektive" der SKT (vgl. a. Hartog 1994, die ähnliche Verzögerungsmarker im Kontext von SKT im Beratungsgespräch fand). Die Patientin begibt sich mit ihrer Ursachenzuschreibung

psychosomatisch auf medizinisches Terrain. Auch wenn diese im Rahmen des Stressmodells sehr populär und allgemein gebräuchlich erscheint, äußert sie hier doch selbstinitiativ und damit gewissermaßen ungefragt etwas, das eher in die Domäne des Arztes gehört: eine Diagnose mit (semi)fachlicher Terminologie.

In Z.08-14 folgt nun der Bezug auf die Frage des Zahnarztes, womit retrospektiv auch die Verbalisierung der SKT motiviert wird. In Z.15 ratifiziert der Zahnarzt die Antwort. Nach einer kurzen Verzögerung und einem *also* – einem typischen Element der Einleitung von Nichtübereinstimmung – beginnt der Arzt, den von der Patientin genannten Begriff *psychosomatisch* zu problematisieren (*das is was anderes*, Z.18) und der Verwendungsweise der Patientin eine andere Definition entgegenzusetzen (*psychosomatisch [...] hieße dass sie psychische proBLEME haben*, Z.19). Der Konjunktiv signalisiert eindeutig, dass der Arzt den Ansatz der Patientin disqualifiziert.

Die Patientin BL reformuliert daraufhin: *psychisch stress momentan* (Z.21), wobei sie *somatisch* gegenüber der ersten Äußerung eliminiert hat. Damit hat sie die Initiierung einer Belehrungssequenz durch den Arzt ratifiziert. Doch diese Reformulierung reicht dem Arzt noch nicht aus. Eingeleitet durch ein *weak disagreement token ja aber* (Z.22-23) wiederholt er die Einschätzung des Begriffs 'psychosomatisch' als unangemessen und erläutert seine enge Bedeutungsexension: *das wär dann richtig psychische erKRANKungen, die sich dann aber manifestIERen in der k' im körper*.

In Z.27 bereitet die Patientin nun einen Konsens vor. Sie akzeptiert die Belehrung, indem sie eine zweite Alternativformulierung zu ihrer ursprünglichen SKT anbietet: *ich verArbeite momentan NACHTS wahrscheinlich n bisschen zu viel* (Z.28). Damit hat sie ihre SKT etwas verschoben, hat den vom Arzt stigmatisierten medizinischen Begriff und die Ursachenprädikation *das ist psychosomatisch* zurückgenommen und belegt ihre SKT stattdessen mit einer Vermutung über ihr nächtliches Verhalten aus der Ich-Perspektive. Der Faktor 'psychisch' ist dabei via dem *verarbeiten* teilweise erhalten geblieben.

Der Zahnarzt beschließt nun das Thema – eingeleitet mit einem Nichtübereinstimmung ankündigenden *aber* – mit einem Hinweis auf den schon vorher erwähnten Kopfschmerzspezialist, der diese Dinge klären wird (Z.31). Zugespitzt formuliert verweist er die Patientin hier erneut in ihre Schranken, sich in Bezug auf Diagnosen nicht in die ärztliche Domäne zu wagen.

Zusammenfassend illustriert das Beispiel eine nicht durch den Arzt initiierte SKT, an der u.a. deutlich wird, dass SKT kontextspezifisch funktionalisiert werden. In diesem Fall wird sie im Zusammenhang mit der Schmerzhäufigkeit und damit im weiteren Sinne zur Krankheitsdarstellung genutzt. Die Platzierung der SKT gelingt nur bedingt. Der Arzt kritisiert den Begriffsgebrauch von *psychosomatisch*, tritt selbst aber überhaupt nicht in eine Verhandlung über den Inhalt der SKT bzw. eine mögliche Schmerzerklärung mit ihr ein. Er delegiert dies an den Spezialisten. Er selbst zeigt ein Expertendisplay, das – wie schon im ersten Beispiel – da ansetzt, wo die medizinische Domäne berührt ist, in diesem Fall der Fachbegriff *psychosomatisch*. Auch darin, dass der Arzt die dispräferierte gesprächsstrukturelle Platzierung der SKT nicht ratifiziert und es der Patientin nicht ermöglicht, die SKT als relevant einzubringen, behauptet er sein Recht auf die Gesprächsorganisation.

Im Zuge der interaktiven Bearbeitung erfährt die SKT das gleiche Schicksal wie die im ersten Beispiel: sie wird diskutiert, in Frage gestellt, am Arztkonzept gemessen und mit medizinischen Argumenten widerlegt. Anders als im ersten Beispiel, in dem sich eine kontroverse Argumentation entwickelt, vollzieht sich hier eine Belehrungssequenz, was maßgeblich auf die Beteiligungsweise der Patientin zurückzuführen ist. Die Bearbeitung verbleibt weitgehend auf der Ebene der Bedeutungsaushandlung; die Relevanz, die die SKT für die Patientin hat, welche Konsequenzen aus ihr erwachsen, bleibt dabei unberührt.

6.3. SKT der Patientin RT

Der folgende Gesprächsausschnitt stammt aus einer frühen Phase der Beschwerdenerhebung im Arzt/Patient-Gespräch (nach ca. 2,5 Minuten). Die Patientin leidet unter heftigen, schubweise wiederkehrenden Gesichtsschmerzen.

Beispiel (5) Patientin RT im Arzt/Patient-Gespräch

((Z erfragt Schmerzintensität))

01 RT: der war beSTIMMT bei acht. (--)
 02 Z: ja
 03 (3.1)
 04 es gab also seit beginn SCHWANKungen?
 05 RT: hm=hm, (-)
 06 Z: ging das allMÄHlich erst los?
 07 (1.0)
 08 oder (.) gab=s da überhaupt nen GRUND?
 09 warum die beGANnen? (-)
 10 oder (.) [ging] das aus hEiterem HIMmel los.
 11 RT: [(also)]
 12 (0.84)
 13 RT: <<p>es> (.) kam durch STRESSfaktor; (.)
 14 verSPANnung; (-)
 15 verMUTlich;
 16 (0.5)
 17 Z: hm=hm,
 18 (1.2)
 19 RT: <<p>ja>
 20 (1.0)
 21 Z: was' was WAR da grad,
 22 stuDIERen sie,
 23 oder was MACHen sie,
 24 RT: =nee: also (-) ähm: (.)
 25 ah das ENde war (-) ende stUdium,
 26 und=ähm jetzt arbeit ich als archiTEKtin; (-)
 27 und hab dementsprechend (.) [<<f>Unterschied>]lichen-
 28 Z: in [((Stadt 1))].
 29 RT: <<pp>(ja)> (--)
 30 Z: und das is=äh (.) STRESSig; (.)
 31 oder,
 32 (--)
 33 RT: <<p>mh>
 34 Z: machense' was MACHen sie=n da;
 35 BAULEitung?
 36 oder äh (-) PLAnung?
 37 oder was.=

38 RT: =PLAnung.
 39 Z: hm=hm (--)
 40 RT: aber unterschiedlich (halt terMIN)
 41 Z: in nem großen büRO(=oder);
 42 RT: hm=hm
 43 (wir ham viel (.) planung)
 44 also vier LEUte; (--)
 45 Z: aha (--) (und dann mach=n) HOCHbau [dann; ne,
 46 RT: [hm=hm
 47 (--) genau.
 48 (1.3)
 49 Z: was bauen=wa=wo sin=se denn beTEiligt;
 50 an welchen projekten dann;
 51 HÄUser oder;
 52 RT: im moMEnt grad an nem RATHaus in ((Stadt)); (---)
 53 Z: ah=so
 54 (2.6)
 55 => <<f>und DA? äh
 56 => was WAR denn> da;
 57 => vor=als es LOSging.
 58 => vor ein bis zwei JAHrn.
 59 => war da grad eh (-) staatse=oder eXAMen,
 60 => oder was,
 61 => oder' (-)
 62 RT: NEE,
 63 kann ich jetzt äh'
 64 (1.2)
 65 da hab ich Angefangen mit ARbeiten,
 66 da =mh:: viele wettbewerbsABgaben auch gleichzeitig.
 67 Z: =hm=hm,
 68 RT: isch einfach STRESS.
 69 [(immer viel)]
 70 Z: [STRESS;]
 71 ja,
 72 RT: also schon DEUTlicher.
 73 Z: wurden sie schon vorher beHANDelt jetzt, (.)
 74 in der ZWischenzeit,

Wie in Beispiel (3) handelt es sich um eine vom Zahnarzt explizit elizitierte Krankheitstheorie (Z.06-10). Er stellt eine komplexe Frage: In der Dreierstruktur ist zweimal der zeitliche Einsatz der Beschwerden fokussiert (*allmählich* vs. *plötzlich*), durch die allgemeine Frage nach dem Grund des Auftretens ist aber auch eine Antwort in Bezug auf mögliche Ursachen angelegt. Letzteres wählt die Patientin RT als Bezugspunkt für ihre Antwort, die allerdings relativ vage bleibt. Die Äußerung, in der sie angibt *es kam durch stressfaktor* (Z. 13-15), ist potenziell abgeschlossen, es folgt eine kleine Pause und damit ein redeübergaberelevanter Ort. Dran schließt eine weitere, rechtsexpansive Angabe an, die eine Konkretisierung von *stressfaktor* vornimmt: *verspannung*. Auch hierauf folgt eine kleine Pause, in der die Turnübergabe potenziell anlegt ist. Anschließend trägt RT in einer weiteren Rechtsexpansion mit dem Modalwort *vermutlich* eine Geltungseinschränkung nach.

Der Zahnarzt signalisiert nach einer halbsekündigen Pause mit einem Minimalfeedback *mh=mh* (Z.17) und der folgenden Pause von 1,2 Sekunden, dass er den Turn nicht übernehmen will, und gibt der Patientin damit deutlich Raum für wei-

tere Ausführungen. Die Patientin spielt diesen Ball mit der nicht-thematischen Äußerung *ja* jedoch wieder zurück.

Es folgt eine weitere einsekündige Pause (Z.20), dann übernimmt der Zahnarzt den Turn, bleibt aber beim Thema und fragt nach (Z.21). Es entwickelt sich eine längere Sequenz, die hier nicht im Detail analysiert werden soll, in der der Arzt durch weiteres Nachfragen versucht, den Hintergrund des Stress zu explorieren und den beruflichen Alltag der Patientin zu beleuchten. Die Beteiligungsweise der Patientin ist allerdings durch große Zurückhaltung geprägt, die Erzählaufforderungen bzw. -gelegenheiten nutzt sie systematisch nicht.

In Zeile 55-61 reetabliert der Zahnarzt die Frage aus Z.06-10, allerdings mit einem etwas veränderten Fokus. Aus der Frage nach dem Grund für das Einsetzen der Beschwerden ist die Frage nach den damaligen Lebensumständen geworden, die für den von der Patientin genannten Stress evtl. verantwortlich und damit der Auslöser für die Beschwerden sein können. An eine relativ offene Frage *<<f>und DA? äh was WAR denn> da; vor=als es LOSging. vor ein bis zwei JAHRn.* schließt er eine engere Ja/Nein-Frage (Alternativfrage) nach einem konkreten Ereignis an. Mit diesem Zug liefert er auch eine *candidate answer*, mit der er exemplarisch vorführt, welche Antworten er erwartet; das angeschlossene *oder* (Z.61) signalisiert deutlich den tentativen, unverbindlichen Status dieses Vorschlags.

Die Patientin weist den Vorschlag mit *NEE* zurück (Z.62). Nach einer fragmentarischen Äußerungseinheit (in der evtl. geplant war, die Frage als nicht beantwortbar zurückzuweisen, Z.63) und einer längeren Pause von 1,2 Sekunden gibt die Patientin an, dass sie damals die Arbeit als Architektin aufgenommen hat (Z.65). In der nächsten Äußerung nun qualifiziert sie die Zeit genauer, indem sie die – syntaktisch nur lose angehängte – Information nachliefert, dass damals viele Wettbewerbsabgaben anstanden (Z.66). Mit einer resümierenden Schlussbewertung *isch einfach stress* (Z.68) signalisiert sie ihre Bereitschaft zur Themabeendigung. Interessanterweise hat sie in dieser letzten Äußerungseinheit mittels des Tempuswechsels ins Präsens die Ebene der erzählten Zeit bereits verlassen und ist in die Erzählzeit zurückgekehrt – ein weiteres Indiz für ihre geringe Bereitschaft, über den vom Arzt thematisch relevant gesetzten Zeitraum zu sprechen. Darüber hinaus kann dieser Wechsel auch bedeuten, dass die mit der Arbeit in einem Architekturbüro und drängenden Abgabeterminen verbundenen Stressfaktoren auch in der Gegenwart wirksam sind. Es folgt ein vom Zahnarzt initiiertes Themenwechsel auf Vorbehandlungen (Z.73).

Betrachten wir nun im Kontrast dieselbe Patientin in den allerersten Minuten des Interviews, das einige Tage später von einem medizinischen Laien geführt wurde.

Beispiel (6) Patientin RT im Interview

((Beginn der Aufnahme))
 01 I: tja f:' (1.9)
 02 vielleicht fangen sie einfach AN wie- (3.56)
 03 RT: ich fang am BESCHten an-
 04 I: wo=s ANgefangen hat bei ihnen; (.) viel[leicht ja].
 05 RT: [ich kann] nicht
 sagen wo=s ANg=fangen hat,
 06 aber ich dEnk dass: (.) psychischer DRUCK (1.1) in die
 richtung geführt hat;
 07 =dass des so weit geKOMmen isch. (.)

08 also ich muss dazu sagen,
 09 ich hab=n architekTURstudium g=macht; (1.3)
 10 äh (.) die diPLOMarbeit;
 11 und hab danach des proBLEM gehabt;
 12 dass ich mir (-) nichts ZUgetraut hab;
 13 ich hab zwar ne gute diplomarbeit g=habt; (.)
 14 gemacht;
 15 I: hm (--)
 16 RT: und hab mir nix ZUgetraut, (-)
 17 und hab mich dann .hh (--) FASCHT innerlich geweigert
 mich zu bewerben. hh (-)

Ohne eine differenzierte Analyse der Sequenz durchzuführen, wird die Differenz in der Bereitschaft der Patientin, über psychische Belastungen Auskunft zu geben, überdeutlich. Doch wo liegen die Gründe für diese Differenz? Auch die in Beispiel (5) vorgestellte Sequenz ist dadurch gekennzeichnet, dass der Arzt der Patientin relativ viel Gesprächsraum lässt, um ihre Krankheitstheorie zu verbalisieren, Pausen macht, mögliche Turnübernahmen verstreichen lässt etc. und andererseits durch wiederholtes Nachfragen mehrfach die Gelegenheit schafft, dieses so als hochrelevant markierte Thema zu vertiefen. Diese Beteiligungsweise führt nichtsdestotrotz nicht dazu, dass die Patientin die medizinisch relevanten Informationen gibt. Die Beteiligungsweise der Patientin in Interview und Arztgespräch unterscheiden in einer Weise, die nicht allein durch die Gesprächsführung des Arztes ausgelöst sein kann; vielmehr ist das Gesprächsverhalten der Patientin als aktives Blockieren einer Elaboration dieses Teils ihrer Krankheitstheorie zu bezeichnen.¹⁶

Nur im Interview äußert – sehr direkt und auf eigene Initiative – die Patientin ihre Belastungen, Versagensängste und mangelnden Selbstwert. Als Ursache für die Zurückhaltung einer Krankheitstheorie, die auf der Nichtbewältigung von psychischen Belastungen beruht, mag eine Rolle spielen, dass die Patientin befürchten muss, dass das Enthüllen einer bestimmten psychischen Disposition in diesem institutionellen Kontext die Gefahr einer Stigmatisierung birgt. Nicht auszuschließen sind dabei institutionelle Vorerfahrungen, die die Patientin gelehrt haben mögen, dass das Ausführen von Krankheitstheorien in dieser Gesprächsgattung nicht üblich ist.

7. Schlussbemerkung

Zusammenfassend lassen sich SKT in den untersuchten Daten folgendermaßen typisieren:

Schlüsselthemen ziehen sich durch die einzelnen Gespräche, die als Kern der jeweiligen SKT bestimmt werden können, z.B. Entzündung bei CG, Stressverarbeitung bei BL, eine andere Patientin hat einen Blutwertbefund erhalten, der das zentrale Rätsel ihrer SKT bildet usw. Bestimmt man die Schlüsselkonzepte z.B. anhand der Stellen, in denen SKT explizit thematisiert werden, kann man retrospektiv viele Stellen aufzeigen, in denen sich eine SKT bereits andeutet, wenn auch implizit bleibt. Würde es in weiteren Arbeiten gelingen, die Verfahren und

¹⁶ Die Todesangst, über die die Patientin CG im Interview (vgl. Beispiel 2) spricht, bringt sie im Arzt/Patient-Gespräch ebenso wenig zur Sprache wie die mit ihrer Schmerzkrankheit einhergehenden Depressionen.

Formen von solchen frühen, weniger expliziten und häufig zur andeutungsweisen Thematisierungen zu beschreiben und Ärzt/innen und Therapeut/innen für sie zu sensibilisieren, ließen sich Aushandlungsprozesse vielleicht verkürzen.

SKT unterscheiden sich hinsichtlich der *Gefestigkeit*. Es gibt Theoriemodelle, die gefestigter erscheinen und andere, die offener sind. Hier müsste der Zusammenhang mit den Phasen des Krankheitsverlaufs und der Bewältigung überprüft werden. Die SKT der Patientin CG von der Entzündung als Ursache beispielsweise erweist sich auch in anderen als der analysierten Sequenz als außerordentlich konsistent.

SKT im Gespräch sind *veränderlich* und keine statischen Gebilde. Veränderungen im Laufe der Krankheitsgeschichte sind in unseren Daten nur indirekt abgebildet, z.B. wenn verworfene SKT geäußert werden. Deutlich werden aber Unterschiede zwischen den Gesprächstypen: Teilweise lassen sich bei einzelnen Patientinnen große Unterschiede zwischen Arzt/Patient-Gespräch und Interview aufzeigen. Aber auch Veränderungen im Gespräch selbst lassen sich aufzeigen. Beispielsweise ist zu beobachten, dass sich SKT im Verlauf der Interviews verändern: In den Interviews werden SKT kaum interaktiv ausgehandelt, da sich der Interviewer sehr zurückhält. In diesem Rahmen, in dem SKT ausführlich elaboriert und dargestellt werden können, reduziert sich die Vagheit und die Häufigkeit der Geltungseinschränkungen auf der linguistischen Form-Ebene sichtbar. Das rechtfertigt natürlich nicht die Interpretation, dass diese Darstellung die "wahrere" sei, zeigt aber deutlich die *Kontextsensitivität* der Darstellungsweisen. Beziehen wir das Modell vom Wirkungsgefüge auf das Beispiel der Patientin CG, so zeigt sich im analysierten Ausschnitt, dass das Kernkonzept ihrer SKT aus einer Entzündung besteht. Das wiederum beeinflusst ihr handlungspraktisches Ziel, ein entzündungshemmendes Medikament verschrieben zu bekommen. Um dieses Ziel zu erreichen, wählt die Patientin die Darstellungsweisen und Argumentationsweisen.

Diese Unterschiede haben auch eine hohe methodische Brisanz. Es zeigt sich einmal mehr, dass und wie ein Untersuchungsgegenstand im jeweiligen Untersuchungskontext interaktiv konstituiert wird. Das wirft nicht nur ein spezielles Licht auf Fragebogenuntersuchungen, wie sie von der Medizin und Psychologie in diesem Zusammenhang häufig eingesetzt werden, sondern legt die Forderung nach einem Mehrfachmethodenzugang nahe.

Was die Praxisrelevanz der Untersuchung von SKT im Gespräch betrifft, so sind zunächst einmal die Defizite bei der *Elizitierung* relevanter Informationen in den Arzt/Patient-Gesprächen zu konstatieren (vgl. Abschnitt 4.4). Insbesondere die Fragen nach SKT und psychischen Belastungen erwiesen sich als besonders auffällig: Drei von neun Patientinnen äußern beispielsweise nur im Interview Suizidgedanken und offenbaren damit eine Dimension der Belastung, die in den Arzt/Patient-Gesprächen nicht angesprochen wird. Die Tatsache, dass diese Bereiche zum obligatorischen Fragekanon der untersuchten Gespräche gehören, verweist darauf, dass der Zahnarzt sie für relevant hält, und dennoch zeigt es sich, dass der Arzt bei allem Wissen um die Bedeutung dieser Informationen nicht zum Ziel kommt. Es scheint, dass dazu eine spezifische Anpassung der Gesprächsführung erforderlich ist. Wenn man SKT für einen diagnoserelevanten Bereich hält, muss man Rahmenbedingungen schaffen, in denen SKT geäußert werden. Das betrifft zunächst einmal den Raum, der Patient/innen zugestanden wird, ihr Anlie-

gen und ihre Darstellung zu entfalten. Eine Beobachtung, die sich im Laufe der Analyse eingestellt hat, schließt hier an: Vielfach wurden erst bei der Lektüre der Interviews viele logische Zusammenhänge in den Darstellungen der Patientenkonzeppte deutlich, die in den Arzt/Patient-Gesprächen nicht nachvollziehbar gewesen waren. Auch die Bedeutung, die bestimmte Ereignisse, Sachverhalte etc. für die Patientinnen haben, konturiert sich erst hier. Es scheint, dass die Kohärenz komplexer "Geschichten" (Krankengeschichte, SKT etc.) in bestimmten Darstellungsformaten, wie z.B. bei einer starken Frage/Antwort-Strukturierung, wie sie in Arzt/Patient-Gesprächen üblich ist, verloren geht (vgl. auch das Stichwort "*broken narratives*"; s. Kirmayer 2000; 2003). So bleiben Krankengeschichten und SKT in den Arzt/Patient-Gesprächen teilweise unverständlich. Insbesondere die psychische Brisanz, die SKT für die Patientinnen häufig haben, z.B. deren Verflechtung mit angstbesetzten Szenarien, die Ursachen für die Resistenz von SKT gegen Veränderungen etc., bleibt im Dunkeln. Diese Diskrepanzen werden in den Arzt/Patient-Gesprächen aber nicht immer offenbar, sondern kommen oft erst beim Lesen der Interviews ans Licht. In diesem Zusammenhang wäre es gewinnbringend, die Elizitierungstechniken und das Interaktionsverhalten des Interviewers genauer zu untersuchen, um evtl. erfolgreiche Fragestrategien im Kontrast zu fokussieren.

Die nächste Aufgabe besteht darin, die *Aushandlung* von A- und P-Konzept so zu gestalten, dass interaktiv Annäherung und nicht Abschottung produziert wird. Oft reicht es nicht aus, bestimmte Dinge zu unterlassen (wie z.B. SKT kontrovers zu diskutieren oder Belehrungen zu erteilen), sondern die Gesprächsangebote und die Relevanz bestimmter Fragen müssen den Patient/innen deutlich erkennbar gemacht werden. Dabei kann es natürlich nicht darum gehen, dass Ärzt/innen alle SKT von Patient/innen widerspruchslos akzeptieren müssten: ein Dialog über Krankheitstheorien setzt jedoch die Kenntnis und wechselseitige Anerkennung der Positionen voraus.

Institutionellen Vorerfahrungen, die gerade diese Gruppe von Patient/innen reichlich zu sammeln Gelegenheit hatte, muss u.U. aktiv entgegen gewirkt werden. Dazu gehört die Erwartung, dass Krankheitstheorien irrelevant seien, nicht ernst genommen werden, dass keine Zeit dafür besteht etc. Reflexe von solchem Gattungswissen bei Patienten lassen sich in den untersuchten Gesprächen im Übermaß aufzeigen. In der Gesprächsbeteiligung der Patientin RT und in ihrer Verweigerung, ihre psychischen Belastungen zu offenbaren, die nichtsdestotrotz einen wesentlichen Teil ihrer SKT ausmachen, deuten sich auch die Grenzen an, die ärztlicher Exploration gesetzt sein können. Gesprächstechniken für dieses Spannungsfeld müssen und können gelehrt werden. Gesprächstrainingskonzepte, die Ärzten helfen können, ungewollte Gesprächsverläufe zu vermeiden und gewollte einzuleiten, sollten noch stärker in die Aus- und Fortbildung, auch von Zahnärzten, integriert werden (vgl. z.B. Lalouschek 2004). Natürlich ist nicht allein der Arzt/die Ärztin für den Gesprächsverlauf verantwortlich, doch nimmt der/die Institutionsvertreter/in via der Gesprächsführung einen maßgeblichen Einfluss auf den Gesprächsverlauf.

In den bisher angesprochenen Punkten haben sich weiterführende Forschungsprojekte bereits vielfach angedeutet. Auch das vorgeschlagene Modell der Triangularität von WIE, WAS und WOZU ist weit davon entfernt, vollständig ausgearbeitet zu sein. Besonders die wechselseitige Einflussnahme bedarf weiterer empi-

rischer Erhärtung durch Analysen von SKT im Gespräch, die insbesondere auch die interaktiven Konsequenzen spezifischer Aushandlungsstile ins Auge fassen. Daran muss dann als nächste Stufe die Umsetzung in Gesprächsführungskonzepte anschließen.

Eine Verbesserung der Kommunikation zwischen Arzt/Patient hätte nicht zuletzt auch den Nebeneffekt, Kosten zu sparen – das einzige Argument, das in der Gesundheitspolitik wirklich zählt, wenn es darum geht, Ergebnisse der Gesprächsforschung umzusetzen.

8. Literaturangaben

- Bauer-Wittmund, Thomas (1996): Lebensgeschichte und subjektive Krankheitstheorien. Frankfurt a. M.: VAS.
- Becker, Hans (1984): Die Bedeutung der subjektiven Krankheitstheorie des Patienten für die Arzt-Patienten-Beziehung. In: Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie 34, 313–321.
- Bischoff, Claus / Zenz, Helmuth (1989): Einführung der Herausgeber. In: Bischoff / Zenz, 11-15.
- Bischoff, Claus / Zenz, Helmuth (Hg.) (1989): Patientenkonzepte von Körper und Krankheit. Bern: Huber.
- Brünner, Gisela / Gülich, Elisabeth (2002): Verfahren der Veranschaulichung in der Experten-Laien-Kommunikation. In: dies. (Hg.), Krankheit verstehen. Interdisziplinäre Beiträge zur Sprache in Krankheitsdarstellungen. Bielefeld: Aisthesis Verlag, 17–93.
- Deppermann, Arnulf (2003): Wenn Semantik zum praktischen Problem wird: Divergierende Schmerzkonzepte von Ärztin und Patientin in der psychosomatischen Exploration. In: Psychotherapie und Sozialwissenschaft 3, Band 5, 165–181.
- Faller, Hermann (1989): Subjektive Krankheitstheorien des Herzinfarktes. In: Bischoff / Zenz, 49–60.
- Faller, Hermann (1990): Subjektive Krankheitstheorie und Krankheitsverarbeitung bei Herzinfarkt-rehabilitanden. Frankfurt am Main, Bern, New York, Paris: Lang.
- Filip, Sigrund-Heide / Aymanns, Peter (1997): Subjektive Krankheitstheorien. In: Schwarzer, Ralf (Hg.), Gesundheitspsychologie. Göttingen: Hofgrefe, 3-21.
- Flick, Uwe (1998): Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit. Weinheim und München: Juventa.
- Flick, Uwe (1991) (Hg.) Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit. Subjektive Theorien und soziale Repräsentationen. Heidelberg: Asanger.
- Flor, Herta / Hermann, Christiane (2004): Biopsychosocial models of pain. In: Dworkin, Robert H. / Breitbart, William S. (Hg.), Psychosocial and Psychiatric Aspects of Pain: A Handbook for Health Care Providers, Vol. 27, Seattle: IASP Press.
- Frank, Ulrike (2001): Subjektive Gesundheitsvorstellungen und gesundheitsförderlicher Lebensstil von Herzinfarktpatienten und -patientinnen. Regensburg: Roderer.

- Frankel, Richard (1990): Talking in interviews. A dispreference for patient-initiated questions in doctor-patient encounters. In: Psathas, George (Hg.): Interaction competence, Washington, DC: University Press of America.
- Frankel, Richard (2001): Clinical Care and conversational contingencies. The role of patients' self diagnosis in medical encounters. In: Text 21, (1/2), 83-111.
- Garro, Linda C. / Stephenson, K.A. / Good, B.J. (1994): Chronic illness of the temporomandibular joints as experienced by support-group members. In: Journal of General Internal Medicine 9, 372-378.
- Gause-Jackson, Arlene (1999): Howling against the Wind. Austin: Monarch Books.
- Gülich, E. / Schöndienst, M. / Surmann, V. (2003): Schmerzen erzählen Geschichten – Geschichten erzählen Schmerzen. In: Psychotherapie und Sozialwissenschaft 3 (5), 220-249.
- Gülich, Elisabeth / Schöndienst, Martin (1999): Das ist unheimlich schwer zu beschreiben. Formulierungsmuster in Krankheitsbeschreibungen anfallskranker Patienten: differentialdiagnostische und therapeutische Aspekte. In: Psychotherapie und Sozialwissenschaft 1 (3), 199-227.
- Günthner, Susanne / Knoblauch, Hubert (1994) 'Forms are the Food of Faith' – Gattungen als Muster kommunikativen Handelns. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 46, 4, 693–723.
- Harness, D.M. / Donlon, W.C. / Eversole, L.R. (1990): Comparison of clinical characteristics in myogenic, TMJ internal derangement and atypical facial pain patients. In: The Clinical Journal of Pain 6, 4-17.
- Hartog, Jennifer (1996): Das genetische Beratungsgespräch: institutionalisierte Kommunikation zwischen Experten und Nicht-Experten. Tübingen: Narr.
- Hasenbring, Monika (1989): Laienhafte Ursachenvorstellungen und Erwartungen zur Beeinflussbarkeit einer Krebserkrankung – erste Ergebnisse einer Studie an Krebspatienten. In: Bischoff / Zenz, 24–37.
- Hasenbring, Monika (1990): Zum Stellenwert subjektiver Theorien im Copingkonzept. In: Muthny, R.A. (Hg.), Krankheitsverarbeitung. Hintergrundtheorien, klinische Erfassung und empirische Ergebnisse, Berlin u.a.: Springer Verlag, 78–87.
- Hasenbring, Monika (1999): Prozesse der Chronifizierung von Schmerzen. In: Hoefert, H.-W. (Hg.), Schmerzbehandlung. Psychologische und medikamentöse Interventionen. München: Ernst Reinhardt Verlag, 161–176.
- Henningsen, Peter (2003): Der Kampf um Schmerz. Gesprächsanalyse zur interpersonellen Repräsentanz somatoformer Schmerzen. In: Psychotherapie und Sozialwissenschaft 5, 194-202.
- John, M. / Wefers, K-P. (Hg.) (1999): Orale Dysfunktionen bei den Erwachsenen. In: Dritte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS III). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, 316–329.
- Keppler, Angelika (1989): 'Schritt für Schritt'. Das Verfahren alltäglicher Belehrungen. In: Soziale Welt 40, 538–556.
- Kirmayer, Laurence J. (2000): Broken narratives: clinical encounters and the poetics of illness experience. In: Mattingly, C. / Garro, Linda C. (Hg.), Narrative and the cultural construction of illness and healing, Berkeley: University of California Press, 153-180.

- Kirmayer, Laurence J. (2003): Reflections on embodiment. In: Wilce, J. (Hg.) *Social Lives of Immune Systems*. New York: Routledge, 282–302.
- Kleinman, Arthur (1988): *The illness narratives. Suffering, healing, and the human condition*. New York, N.Y.: Basic Books.
- Koerfer, A. / Köhle, K. / Obliers, R. (1994): Zur Evaluation von Arzt-Patient-Kommunikation. Perspektiven einer angewandten Diskursethik in der Medizin. In: Redder, A. / Wiese, I. (Hg.) *Medizinische Kommunikation*, Opladen: Westdeutscher Verlag, 53-94.
- Kreissl, Marion E. / Overlach, Fabian / Birkner, Karin / Türp, Jens C. (2004): Das ärztliche Erstgespräch bei Patientinnen mit chronischen Gesichtsschmerzen. In: *Der Schmerz* 18, 286-299.
- Lalouschek, Johanna (1995): *Ärztliche Gesprächsausbildung. Eine diskursanalytische Studie zu Formen des ärztlichen Gesprächs*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Lalouschek, Johanna (2004) *Kommunikatives Selbst-Coaching im beruflichen Alltag. Ein sprachwissenschaftliches Trainingskonzept am Beispiel der klinischen Gesprächsführung*. In: Becker-Mrotzek, Michael / Brüner, Gisela (Hg.): *Analyse und Vermittlung von Gesprächskompetenz*. Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung, 137-158.
- Langewitz, Wolf / Denz, Martin / Keller, Anne / Kiss, Alexander / Rüttimeann, Sigmund / Wössmer, Brigitta (2002): Spontaneous talking time at start of consultation in outpatient clinic: cohort study. In: *British Medical Journal* 325, 682-683.
- Luckmann, Thomas (1986): Grundformen der gesellschaftlichen Vermittlung des Wissens: Kommunikative Gattungen. In: *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 27, 191–211.
- Marvel M. Kim / Epstein Ronald M. / Flowers Kristine / Beckman Howard B. (1999): Soliciting the patient's agenda: have we improved?. In: *Journal of the American Medical Association* 281, 283-287.
- Muthny, Fritz A. / Broda, Michael (1999): Krankheitsverhalten. In: Flor, Herta / Hermann, Christiane (Hg.) (1999): *Grundlagen der Verhaltensmedizin*, Göttingen/Bern: Hogrefe, 209-248.
- Ostermann, Ana Cristina / Dowdy Jill D. / Lindemann Stephanie / Türp, Jens C. / Swales, John M. (1999): Patterns in self-reported illness experiences: Letters to a TMJ support group. In: *Language & Communication* 19, 127–147.
- Petermann, Franz (1998) (Hg.) *Compliance und Selbstmanagement*. Göttingen/Bern: Hogrefe.
- Ripke, Thomas (1994): *Patient und Arzt im Dialog. Praxis der ärztlichen Gesprächsführung*. Stuttgart: Thieme.
- Rudolf, Gerd / Henningsen, Peter (2003): Die psychotherapeutische Behandlung somatoformer Störungen. In: *Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 49, 3-19.
- Schegloff, Emanuel A. (1987): Between Micro and Macro: Context and Other Connections. In: Alexander, Jeffrey C. / Giesen, Bernard / Münch, Richard / Smelser, Neil J. (eds.), *The Micro - Macro Link*, Berkeley/Los Angeles/London: University of California Press, 207-234.
- Selting, Margret / Auer, Peter / Barden, Birgit / Bergmann, Jörg / Couper-Kuhlen, Elizabeth / Günthner, Susanne / Meier, Christoph / Quasthoff, Uta /

- Schlobinski, Peter / Uhmann, Susanne (1998): Gesprächsanalytisches Transkriptionssystem (GAT). In: Linguistische Berichte 173, 91–122.
- Stauder, Heribert et al. (1996): Der Stellenwert der Anamneseerhebung in der Differenzierung unklarer pectanginöser Beschwerden. In : Der Klinikarzt 6/25, 196–202.
- Surmann, Volker (2002): Bildhafte Ausdrücke und metaphorische Konzepte. In: Brüner / Gülich, 95–120.
- Surmann, Volker (2005): Anfallsbilder. Metaphorische Konzepte im Sprechen anfallskranker Menschen, Würzburg: Königshausen u. Neumann.
- Türp, J.C. / Kowalski, C. / Stohler, C.S. (1998): Treatment-seeking patterns of facial pain patients: many possibilities, limited satisfaction. In: Journal of Orofacial Pain 12, 61-66.
- Türp, Jens C. (2000a): Patienten mit chronischen Schmerzen – Waisenkinder der (Zahn-) Medizin? In: Deutsche Zahnärztliche Zeitung 55, 797–804.
- Türp, Jens C. (2000b): Temporomandibular pain: clinical presentation and impact. Berlin: Quintessenz-Verlag.
- Verres, Rolf (1986): Krebs und Angst. Subjektive Theorien von Laien über Entstehung, Vorsorge, Früherkennung, Behandlung und die psychosozialen Folgen von Krebserkrankungen. Berlin: Springer
- Verres, Rolf (1989): Zur Kontextabhängigkeit subjektiver Krankheitstheorien. In: Bischoff / Zenz, 18–24.
- Verres, Rolf (1998): Gesundheitsforschung und Verantwortung. Gedanken zur Differenzierung und Vertiefung der Rekonstruktion subjektiver Gesundheits- und Krankheitstheorien. In: Flick, 301–313.
- Wüstner, Kerstin (2001): Subjektive Krankheitstheorien als Gegenstand der genetischen Beratung am Beispiel des Wiedemann-Beckwith-Syndroms. In: Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie 51, 308–319.

9. Anhang: Transkriptionskonventionen

((...))	kürzere Auslassung in zitierten Transkriptpassagen
((hustet))	Kommentar
(wort)	vermuteter Wortlaut
wo'	Abbruch; (phonetisch eindeutig markiert)
[bla bla] bla [worte]	eckige Klammern markieren simultane Passagen
=	Verschleifung
.h	einatmen
(.)	Mikropause
(-)(--)(---)	Pausen bis zu 1 Sekunde
(2.0)	gezählte Pause
blaBLA	Akzent (Primärakzent)
blabla	Sekundärakzent (nicht immer transkribiert)
bla:bla:	Dehnung
wort,	leicht steigende Intonation
wort?	stark steigende Intonation
wort;	leicht fallende Intonation

wort.	stark fallende, finale Intonation
(h)wort	lachend gesprochen
ehehe	silbisches Lachen
<<f>/<<ff>wort>	längere laut/sehr laut gesprochene Passage, endet bei >
<<p>/<<p>wort>	leise/sehr leise gesprochene Passage, endet bei >
<<all>wort>	schneller gesprochen, endet bei >
<<len>wort>	langsamer gesprochen, endet bei >
<<t>wort>	tief, endet bei >
<<h>wort>	hoch, endet bei >

Dr. Karin Birkner
Deutsches Seminar 1
Universität Freiburg
D-79085 Freiburg
Mail: karin.birkner@germanistik.uni-freiburg.de

Veröffentlicht am 13.9.2006

© Copyright by GESPRÄCHSFORSCHUNG. Alle Rechte vorbehalten.