

Von der Pathologie zum Patienten: Optimierung von Wissenstransfer und Verstehenssicherung in der medizinischen Kommunikation¹

Martin Bentz / Martin Binnenhei / Georgios Coussios / Juliana Gruden / Wolfgang Imo / Lisa Korte / Thomas Rüdiger / Antonia Ruf-Dördelmann / Michael R. Schön / Sebastian Stier

Abstract

Die histopathologische Diagnose ist bei Krebserkrankungen die Grundlage für die Therapieplanung und wird den betroffenen PatientInnen im Aufklärungsgespräch von den behandelnden ÄrztInnen mitgeteilt und erläutert. Es lässt sich jedoch immer wieder beobachten, dass einerseits die behandelnden ÄrztInnen die pathologischen Berichte anders interpretieren als dies von den PathologInnen intendiert war und andererseits die PatientInnen die an sie übermittelten Inhalte nicht (richtig) verstehen. Im schlimmsten Fall kann dies zu einer suboptimalen Therapie bzw. einer mangelnden Compliance führen. Diese Problematik ist der Ausgangspunkt für das von der Deutschen Krebshilfe geförderte Forschungsprojekt *Von der Pathologie zum Patienten: Optimierung von Wissenstransfer und Verstehenssicherung in der Onkologie zur Verbesserung der Patientensicherheit* (Projektnr. 111172). Ziel des Projekts ist es, mit einer Kombination aus konversationsanalytischen und textlinguistischen Methoden inhaltlich-strukturelle Unklarheiten in den pathologischen Berichten sowie rekurrente Verstehensprobleme im Arzt-Patienten-Gespräch zu lokalisieren, um auf dieser Basis Leitfäden und ein Trainingsprogramm für ÄrztInnen zu konzipieren. Im vorliegenden Beitrag wird das Projekt vorgestellt und eine exemplarische Datenanalyse präsentiert. Darauf aufbauend werden erste Optimierungsvorschläge und weiterführende Leitfragen für die Studie entwickelt.

Keywords: Angewandte Gesprächsforschung, Konversationsanalyse, medizinische Kommunikation, Textoptimierung, Verstehensanalyse

¹ Wir danken allen PatientInnen, die sich bereit erklärt haben, an der Studie teilzunehmen sowie allen ÄrztInnen, die das Forschungsprojekt mit großem Engagement unterstützt haben. Ihre Namen können aus Anonymitätsgründen hier nicht aufgeführt werden.

English Abstract:

The diagnoses documented in pathological reports serve as the basis for choosing the appropriate treatment modalities for cancer patients. However, it is no exception that discrepancies occur between what pathologists intend to convey with their reports and clinicians' interpretations thereof. Moreover, it is frequently the case that patients do not understand the meaning and consequences of the reports' contents, which are delivered to them by the attending physicians. In the worst case, such issues can result in the wrong therapy and a lack in compliance. Those observations are the starting point of the research project *Von der Pathologie zum Patienten: Optimierung von Wissenstransfer und Verstehenssicherung in der Onkologie zur Verbesserung der Patientensicherheit*, which is funded by *Deutsche Krebshilfe* (Projektnr. 111172). By combining conversation analytic and text-linguistic methods the aim of this study is to locate potential textual-structural and semantic deficiencies in the pathological reports and recurrent problems of comprehension in the respective interactions between doctors and patients. The results will be used to design guidelines for composing pathological reports as well as a training programme for clinicians treating cancer patients. In the present paper the project will be introduced and a first exemplary data analysis presented. Based on this, some provisional recommendations for interactional improvement will be made and a range of specific foci for further analysis established.

Keywords: Applied linguistics, Comprehension Analysis, Conversation Analysis, Text Optimization, Medical Communication

1. Einleitung
2. Methodisches Vorgehen und bisherige Forschung zu medizinischer Kommunikation
 - 2.1 Konversationsanalyse und Angewandte Gesprächsforschung
 - 2.2 Textlinguistik und -optimierung
3. Die Datenerhebung
4. Vom pathologischen Bericht zum Aufklärungsgespräch
 - 4.1 Der pathologische Bericht
 - 4.2 Das Aufklärungsgespräch
5. Erste Optimierungsvorschläge
6. Fazit: Leitfragen für den weiteren Projektverlauf
7. Literatur

1. Einleitung

Die Feststellung einer Krebserkrankung ist für die betroffenen PatientInnen ein großer Schock. Das Gespräch, in dem die Diagnose übermittelt und die Therapie geplant wird, ist entsprechend besonders schwierig, und es ist zu fragen, wie angesichts dieser Gesprächssituation die ÄrztInnen dafür sorgen können, dass die PatientInnen die Diagnose und die Implikaturen der vorgeschlagenen Therapie auch verstehen, d.h. welche Informationen wie bei den PatientInnen ‚ankommen‘. Der Informationstransfer und die Problematik der Verstehenssicherung spielen jedoch schon *vor* dem eigentlichen Aufklärungsgespräch zwischen ÄrztInnen und PatientInnen eine wichtige Rolle, nämlich auf dem Weg zwischen der Pathologie, die die pathologischen Berichte erstellt, zu den behandelnden ÄrztInnen, die auf dieser Basis die Therapie planen. Nur wenn die Berichte von den PathologInnen so eindeutig und verständlich verfasst sind, dass die behandelnden KlinikerInnen *selbst* sie so verstehen, wie von den PathologInnen intendiert, können diese wiederum den PatientInnen die Diagnose und Therapie korrekt und verständlich übermitteln. Den Ausgangspunkt des von der Deutschen Krebshilfe geförderten Forschungsprojekts mit dem Titel „Von der Pathologie zum Patienten: Optimierung von Wissenstransfer und Verstehenssicherung in der Onkologie zur Verbesserung der Patientensicherheit“ (Projektnummer 111172), das in diesem Artikel vorgestellt wird, bildet die Beobachtung, dass die genannten Kommunikationsprozesse (sowohl die Arzt-Arzt-Kommunikation zwischen Pathologie und behandelnder Klinik als auch die Arzt-Patienten-Kommunikation) häufig von Komplikationen geprägt sind, die das Verstehen betreffen: Zwischen den medizinischen Befunden, die in den pathologischen Berichten dargelegt werden, und deren Deutungen durch die behandelnden ÄrztInnen sind immer wieder Diskrepanzen festzustellen. Diese können sich auf vergleichsweise harmlose Fehlinterpretationen oder Missverständnisse belaufen, die aber Zeit kosten, da sie durch Rückfragen geklärt werden müssen, bevor oder während der Therapieplan erstellt wird. Sie können aber auch ernste Konsequenzen nach sich ziehen, wenn keine solchen klärenden Rückfragen mit den PathologInnen stattfinden und entsprechend eine nicht optimale Therapie ausgewählt wird.

Eine weitere, sich teilweise daran anschließende Beobachtung ist die, dass PatientInnen häufig Probleme haben, die Befunde, Therapievorschlüsse und erwarteten Auswirkungen auf ihr Leben zu verstehen, die in den Therapieplanungsgesprächen diskutiert werden. In dem von Prof. Dr. med. Martin Bentz (Medizinische Klinik III, Städtisches Klinikum Karlsruhe), Prof. Dr. Wolfgang Imo (Universität Duisburg-Essen) und Prof. Dr. med. Thomas Rüdiger (Institut für Pathologie, Städtisches Klinikum Karlsruhe) geleiteten Projekt werden text- und gesprächsanalytische Zugänge kombiniert, um den Informationsfluss und die kommunikative

Bearbeitung von Krebsdiagnosen und Therapien sowohl zwischen den ÄrztInnen der unterschiedlichen Abteilungen (PathologInnen und behandelnde KlinikerInnen) untereinander als auch zwischen ÄrztInnen und PatientInnen zu analysieren und auf dieser Basis schließlich Optimierungsvorschläge und Schulungen sowohl zur Verbesserung der institutionsinternen schriftlichen Kommunikation als auch der mündlichen Kommunikation zwischen ÄrztInnen und PatientInnen zu entwickeln. Konkret geht es darum, herauszufinden, inwieweit einerseits die pathologischen Berichte hinsichtlich ihrer Verständlichkeit und Eindeutigkeit verbessert werden können und an welchen Stellen andererseits in den Arzt-Patienten-Gesprächen rekurrente Verstehensprobleme auftreten, wodurch sie zustande kommen, und wie sie gelöst werden können.

Das methodische Vorgehen erlaubt es, die Verstehensleistungen von ÄrztInnen und PatientInnen empirisch und in natürlichen Kommunikationssituationen und bezogen auf zwei ‚Problemquellen‘ des Verstehens zu erfassen: Anstatt nur die Berichte selbst in den Mittelpunkt der Analyse zu stellen, wurden darüber hinaus die Aufklärungsgespräche der behandelnden ÄrztInnen mit den PatientInnen aufgenommen. Es wird erwartet, dass sich in diesen Gesprächen durch die verbalen Bezugnahmen der ÄrztInnen auf die ihnen vorliegenden Berichte zeigen lässt, wie sie die Berichte interpretieren, welche Informationen sie daraus relevant setzen, welche sie eventuell missverstehen oder fehlinterpretieren und welche sie ignorieren. Diese Informationen können, weil sie in dem ‚natürlichen Setting‘ des Aufklärungsgesprächs stattfinden, unseres Erachtens eine belastbarere Basis für die Analyse der pathologischen Berichte liefern als dies mit Fragebogen-Methoden oder introspektiven Optimierungsversuchen von Berichten bzw. Gesprächen (wie z.B. bei Haferlach 1994) möglich wäre. Darüber hinaus ermöglichen diese Gespräche jedoch nicht nur die Analyse von Verständnisproblemquellen in den Berichten, sondern es ist zugleich auch möglich, die interaktionale Verstehensarbeit zwischen ÄrztInnen und PatientInnen in den Blick zu nehmen. Im Fokus steht dabei die Frage, inwieweit die PatientInnen im Gespräch selbst ihr Verstehen signalisieren und inwieweit sie anzeigen, dass und ob sie zufriedenstellend aufgeklärt wurden, d.h. inwieweit die Patiententeilhabe an der Therapieplanung gelingt. Eine Kombination der Analyse schriftlicher und mündlicher Arzt-Patienten-Kommunikation unter dem Gesichtspunkt der Verstehensoptimierung, wie sie im vorliegenden Projekt angestrebt wird, ist bislang noch ein Forschungsdesiderat. Das Projekt schließt damit eine Lücke hinsichtlich der Frage nach den Prozessen des Wissenstransfers nicht nur von ExpertInnen zu LaiInnen (Arzt-Patienten-Interaktion) sondern auch zwischen ÄrztInnen selbst.

Im Folgenden wird zunächst ein Einblick in die Methodik der Konversations- und der Textanalyse gegeben und es wird der aktuelle Forschungsstand in den jeweiligen Feldern speziell im Hinblick auf medizinische Kommunikation und ihre Optimierung präsentiert (Abschnitt 2). Anschließend erfolgt die Beschreibung der Datenerhebung und des Korpus (Abschnitt 3). Anhand eines konkreten Berichts sowie zweier Gesprächspassagen aus dem entsprechenden Aufklärungsgespräch wird dann die allgemeine Struktur der pathologischen Berichte dargelegt und im Rahmen einer Sequenzanalyse exemplarisch aufgezeigt, inwiefern Informationen aus dem Bericht ins Gespräch integriert werden und wie es zu Verständigungsproblemen kommen kann (Abschnitt 4). Darauf aufbauend wird eine Reihe erster Optimierungsvorschläge unterbreitet, die das Anwendungspotenzial der Analyseergebnisse verdeutlichen sollen (Abschnitt 5). Zum Abschluss werden Leitfragen für den weiteren Verlauf der Studie aufgeführt (Abschnitt 6).

2. Methodisches Vorgehen und bisherige Forschung zu medizinischer Kommunikation

2.1. Konversationsanalyse und Angewandte Gesprächsforschung

Die Untersuchung der Gespräche ist theoretisch und methodisch dem Forschungsparadigma der Konversationsanalyse (*ethnomethodological conversation analysis*; unter anderem Sacks, Schegloff und Jefferson 1973, 1974, 1977, 1995; vgl. auch Sidnell/Stivers 2013) verpflichtet. Die Konversationsanalyse hat das Ziel, die Struktur menschlicher Interaktion auf der Basis eines strikt empirischen Vorgehens zu beschreiben. Dadurch, dass authentische Gespräche aufgenommen und dann transkribiert werden (zum Einsatz kommt das von Selting et al. 2009 entwickelte Transkriptionssystem GAT 2), sind intersubjektiv nachvollziehbare Aussagen über die Gesprächsstrukturen möglich. Zudem werden experimentelle Konstellationen abgelehnt. Statt der Erhebung von Daten über Fragebögen oder Introspektion, die zu Verfälschungen der Ergebnisse führen können, werden nur Gesprächssituationen zugelassen, die auch tatsächlich so stattfinden würden:

Konversationsanalyse bezeichnet einen Untersuchungsansatz, dessen Forschungsziel es ist, auf dem Weg einer strikt empirischen Analyse ‚natürlicher‘ Texte (vorrangig Transkriptionen von Tonband- und Videoaufzeichnungen ‚natürlicher‘ Interaktion) die formalen Prinzipien und Mechanismen zu bestimmen, mittels deren die Handelnden in ihrem Handeln die sinnhafte Strukturierung und Ordnung dessen, was um sie vorgeht und was sie in der sozialen Interaktion mit anderen äußern und tun, bewerkstelligen (Bergmann 1991:213).

Der Vorteil eines solchen Vorgehens ist, dass es ermöglicht, relativ unvoreingenommen den Gesprächsablauf zu untersuchen und somit kein potenziell relevantes Phänomen zu übersehen oder durch eine bestimmte Experimentanordnung von vornherein auszuschließen. Gerade für die Analyse hochkomplexer institutioneller Kommunikation ist der Ansatz der Konversationsanalyse – der im Laufe der Zeit zur speziell auf die Analyse institutioneller Kommunikation ausgerichteten Angewandten Gesprächsforschung erweitert wurde – daher besonders geeignet. Im Rahmen der *Angewandten Gesprächsforschung* (Becker-Mrotzek/Meier 2002; Brünner et al. 2002; Drew/Heritage 1993; Jakobs 2008; Jakobs et al. 2011; ten Have 2007) liegen inzwischen zahlreiche Studien vor, bei denen von einem doppelten Anwendungsbezug gesprochen werden kann: Einerseits bezieht sich *angewandt* darauf, dass Gespräche in Institutionen (vgl. Lalouschek 2005:93ff. zu Merkmalen von institutioneller Kommunikation mit einem Schwerpunkt auf medizinischer Kommunikation) untersucht werden. Dies geschieht vor allem unter dem Aspekt gelingender bzw. misslingender Kommunikation und hat das Ziel, dysfunktionale Gesprächskonstellationen aufzudecken.

Andererseits verweist das Stichwort *angewandt* in der Angewandten Gesprächsforschung auch darauf, dass auf der Basis der Analysen Verbesserungsvorschläge und Trainings zur Optimierung der Kommunikation ausgearbeitet werden, also eine praktische Umsetzung der Forschungsergebnisse angestrebt wird (ausführlich Fiehler 2002, 2009 und Fiehler/Schmitt 2009 zu Kommunikationstrainings und Jakobs 2008 bzw. Jakobs et al. 2011 zur Optimierung von Unternehmenskommunikation). Gerade im Bereich der medizinischen Kommunikation liegen inzwischen zahlreiche Studien vor, die unterschiedliche Aspekte der Arzt-Patienten-Interaktion in den Blick nehmen. Dabei kann man zwei große Anwendungsfelder unterscheiden: Zum einen wird versucht, konversationsanalytische Verfahren als diagnostisches Instrument einzusetzen, zum anderen wird die Konversationsanalyse dazu eingesetzt, medizinische Kommunikation hinsichtlich ihrer Strukturen zu untersuchen und darauf basierend Vorschläge zur Optimierung der Kommunikation zu erarbeiten.

Beispielhaft für den ersten Ansatz, Konversationsanalyse zu diagnostischen Zwecken zu verwenden, sind die Arbeiten von Gülich und KollegInnen zu Vorschlägen einer Differenzierung und Kategorisierung von Angstformen (Gülich 2007; Gülich/Couper-Kuhlen 2007; Gülich/Lindemann 2010; Gülich et al. 2010) sowie zur Entwicklung von Diagnoseverfahren bei unterschiedlichen Typen von Anfallskranken (Gülich/Schöndienst 1999; Gülich/Furchner 2002; Schöndienst 2001). Es konnte von Gülich und KollegInnen gezeigt werden, dass sich tatsächlich unterschiedliche Epilepsie-Typen in der sprachlichen Beschreibung der Anfälle niederschlagen, sodass eine Auswertung der Anfallserzählungen

schließlich zu der gleichen diagnostischen Trefferquote führen kann wie eine traditionelle medizinische Untersuchung.

Weitaus zahlreicher sind die Arbeiten, die im zweiten Bereich entstanden sind, der *Analyse* von medizinischer Kommunikation. Besondere Aufmerksamkeit haben dabei Anamnesegespräche erhalten, die als „Prototyp aller medizinischen Diskurse“ (Lalouschek 2005:92) angesehen werden. Hinzu kommt als weiterer Untersuchungsgegenstand das Visiten- und Aufklärungsgespräch (z.B. Köhle/Raspe 1982; Meyer 2000; Rosumek 1990). Die meisten Untersuchungen dieser Gespräche fokussieren bislang auf die zentrale Aktivität, die dort durchgeführt wird, das ärztliche Fragen. Sie zeigen dysfunktionale Auswirkungen asymmetrischer Frage-Antwort-Strukturen auf und machen Vorschläge zu einer stärkeren Beteiligung der PatientInnen an den Fragesequenzen, um zu vermeiden, dass wichtige Themen auf Grund der starren Ablaufstruktur von Anamnesegesprächen ‚unter den Tisch fallen‘. Es stellte sich heraus, dass viele PatientInnen sich nicht trauen, Punkte anzusprechen, die nicht in der Anamneseliste aufgeführt werden, und dass häufig der serielle Fragencharakter dazu führt, dass die Antworten verkürzt gegeben werden und so wichtige Informationen über die Hintergründe der Krankheit ausbleiben (z.B. Deppermann/Spranz-Fogasy 2011; Ehlich et al. 1990; Lalouschek 2002a; Nowak/Spranz-Fogasy 2008; Quasthoff 1982, 1990; Redder/Wiese 1994; Rehbein 1993; Spranz-Fogasy 1987, 2007; Spranz-Fogasy et al. 2012).

Neben der Fokussierung auf Handlungsschemata sowie auf die Frage, wie diese durchbrochen werden können – mit anderen Worten, der Fokussierung auf strukturelle bzw. formale Aspekte dieser Gesprächsformen – befassen sich weitere Studien mit der Frage, wie gewährleistet werden kann, dass PatientInnen die Erläuterungen der ÄrztInnen *verstehen*. Das Verstehen der Erläuterungen der ÄrztInnen hat Auswirkungen auf die Compliance der PatientInnen in Bezug auf die vorgeschlagene Therapie und muss als Grundvoraussetzung für die Ermöglichung einer Patiententeilhabe (partizipative Entscheidungsfindung, *shared decision making*; patientenzentrierte Medizin) angesehen werden (vgl. Klemperer 2003, 2009; Weis et al. 2011). Der Einfluss der Wissensasymmetrien und der damit verbundenen Probleme des Verstehens ist schon lange ein Untersuchungsgegenstand der medizinischen Kommunikation, so beispielsweise bei Bührig, Durlanik und Meyer (2000), Gülich (1999), Gülich und Brünner (2002) und Lörcher (1983), die Probleme bei der Arzt-Patienten-Kommunikation auf unterschiedlich verwendete und verstandene fach- und allgemeinsprachliche Termini bzw. genereller auf Asymmetrien in Laien-Experten-Diskursen zurückführen, bei Rehbein und Löning (1995), die Prozesse der Wissensvermittlung bei der Therapieplanung untersuchen, bei Spranz-Fogasy (1988), der analysiert, welche Gesprächsstrategien bei der Therapieplanung zu

einer höheren Compliance der PatientInnen führen und welche eher kontraproduktiv wirken und bei Fallowfield und Jenkins (2004), die untersuchen, wie schlechte Diagnosen und Heilungsprognosen von ÄrztInnen den PatientInnen übermittelt werden.

In den letzten Jahren ist von VertreterInnen der Konversationsanalyse ein detailliertes Forschungsprogramm zur Identifikation und Klassifikation von Verständigungsproblemen und Kommunikationsstörungen (Fiehler 2002; Kindt 2002; Kindt/Rittgeroth 2010) sowie zur Analyse von Verstehensprozessen in der Interaktion erarbeitet worden (Deppermann 2008, 2010; Deppermann/Schmitt 2008; Deppermann/Spranz-Fogasy 2002). Der Zugang zum Verstehen erfolgt dabei strikt empirisch, indem keine spekulativen Hypothesen über mögliche psychische Verstehensleistungen gemacht werden, sondern die beobachtbaren Verstehensdokumentationen der Interagierenden untersucht werden. Als Verstehensdokumentationen werden dabei „alle Aktivitäten [bezeichnet], mit denen Gesprächsteilnehmer Verstehen thematisieren oder anzeigen bzw. mit denen sie präsupponieren, dass sie zu einem bestimmten Verständnis gelangt sind“ (Deppermann/Schmitt 2008:222). Dieses Vorgehen ermöglicht eine detaillierte und empirisch belastbare Rekonstruktion der Verstehensprozesse in einem Gespräch:

Im Einzelnen fragt sich, wie Verstehen verdeutlicht wird, welche sprachlichen und kommunikativen Verfahren dazu benutzt werden, welche sozialen Erwartungen und Regeln in Bezug auf die Konstitution von Intersubjektivität bestehen, wie Probleme und Störungen behandelt werden und welche Konsequenzen und Funktionen Ausdruck und Thematisierung von Verstehen im Gespräch haben (Deppermann 2008:230).

Diese strikt empirische Orientierung macht das konversationsanalytische Forschungsprogramm zu Verstehen im Gespräch zu einem für die Analyse von medizinischer Kommunikation besonders geeigneten Verfahren. So konnten beispielsweise Günthner (2006), Klüber, Motsch und Spranz-Fogasy (2012), Lalouschek (2002b), Sator und Spranz-Fogasy (2011), Spranz-Fogasy und Lindtner (2009) oder Spranz-Fogasy (2005; 2010) in einer Reihe aktueller Analysen für Arzt-Patienten-Gespräche wie Anamnesen, Visitengespräche und Therapieplanungsgespräche zeigen, dass Verstehensprobleme und die Strategien ihrer Behebung zentral für diese Gespräche sind und an vielen Stellen im Gespräch auftreten. Die Erforschung der Verstehensprobleme und Lösungsstrategien kann daher wertvolle Hinweise für die Optimierung von Arzt-Patienten-Gesprächen liefern.

Wie bereits erwähnt, äußert sich der Anwendungsbezug der Angewandten Gesprächsforschung nicht nur in deren Fokussierung auf institutionelle Kommunikation, sondern auch darin, dass versucht wird, Vorschläge für Gesprächstrainings zu entwickeln (Lalouschek 2002a; Spranz-Fogasy 1992). Speziell für medizinische Kommunikation herrscht

allerdings noch ein großer Bedarf an Vorschlägen für mögliche Trainingseinheiten. Lalouschek kritisiert in diesem Kontext die Tatsache, dass eine zentrale fachliche Tätigkeit in der Ausbildung von ÄrztInnen nicht gelehrt wird, nämlich „das ärztliche Gespräch“, was zu „einer Vielzahl von Kommunikationsstörungen in den Gesprächen mit PatientInnen“ führe (Lalouschek 2002b; vgl. auch Lalouschek 1995). Sie zeigt, dass Gesprächstrainings maßgeblich dazu beitragen können, diese Kommunikationsprobleme zu vermeiden und dabei sowohl zu einer effizienteren Kommunikation als auch zu einer Steigerung von Behandlungsqualität führen (Lalouschek 2002b, c).

Da sich die konversationsanalytische Forschung überwiegend auf den Bereich der Arzt-Patienten-Kommunikation konzentriert hat, ist hinsichtlich des Forschungsstandes zu bemerken, dass die organisationsinterne Kommunikation zwischen ÄrztInnen bislang noch kaum untersucht wurde (vgl. Lalouschek 2005:93). Ebenso fokussieren die Untersuchungen meist auf die verbale Interaktion, eine Kombination der Analyse schriftlicher und mündlicher Kommunikation, wie sie im vorliegenden Projekt durchgeführt wird, ist selten. Die einseitige Fokussierung auf jeweils nur eine kommunikative Konstellation stellt insofern ein Problem dar, als in der Praxis eine Kombination aus schriftlicher und mündlicher Interaktion notwendig ist, um zu Diagnosen und Therapieplanungen zu gelangen. Dass eine solche Kombination der Untersuchungsgegenstände anzustreben ist, wurde bereits früh erkannt (vgl. Rehbein 1993:318, der feststellt, dass „das Vorwissen des Arztes auch durch Schriftlichkeit fallspezifisch vorbereitet wird“). Integrative Untersuchungen, mit denen mündliche und schriftliche Verstehensprozesse sowohl zwischen ÄrztInnen als auch zwischen ÄrztInnen und PatientInnen in den Blick genommen werden, liegen bislang aber kaum vor. Der zweite Hauptaspekt des Projektes bezieht sich daher auf die schriftliche Kommunikation, die pathologischen Berichte. Im Folgenden werden Ansätze, Forschungsfragen und -ergebnisse vorgestellt, die sich mit der Verständlichkeit von Texten und der Textoptimierung befassen.

2.2. Textlinguistik und -optimierung

Die Textlinguistik (vgl. unter anderem Brinker 2010; Heinemann/Heinemann 2002; Vater 2001) befasst sich vor allem mit der Bestimmung von Textsorten und deren Merkmalen und Funktionen. Für die vorliegende Untersuchung besonders relevant sind dabei allerdings die Arbeiten, die die Textproduktion (unter anderem Antos 1996, 2006) und das technische Schreiben (Göpferich 1996a, b, 2011; Göpferich/Schmitt 1996; Jakobs 2007) behandeln, und dabei vor allem jene Ansätze, die Fragen der Textoptimierung und Verbesserung der Verständlichkeit von Texten betreffen. Nach einem anfänglichen Optimismus bezüglich der

Chancen der Textoptimierung (einen guten Überblick über den aktuellen Stand der Textoptimierungsforschung liefert Hochhaus 2004) stellte sich in der Forschung allerdings Ernüchterung ein. Das hatte vor allem damit zu tun, dass die Kriterien für eine Textoptimierung meist sehr subjektiv angelegt waren und nur schwer überprüft werden konnten. Vor allem das einflussreiche Hamburger Verständlichkeitsmodell, das versuchte, Listen mit Verständlichkeitskriterien in Beurteilungsraster anzuordnen (mit Kriterien wie „Einfachheit“, „Gliederung“ oder „Prägnanz“), geriet in Kritik, da diese Kriterien nicht „systematisch dargestellt“ werden und daher „die zu erlernende Praxis der Textoptimierung insofern schwer kritisierbar [ist], als das positive Verfahren immer nur aus exemplarischen Anwendungen extrapoliert werden kann“ (Biere 1989:180). Daraus resultiert auch eine gewisse Willkür: Ob ein Text „einfach“, „gut gegliedert“ oder „prägnant“ ist, ist in dem Modell durch die Kriterien nur unzureichend nachvollziehbar, was am Ende zu einer subjektiven Einschätzung durch die Wissenschaftler führt. Hochhaus (2004) kritisiert daher, dass die „Verständlichkeitsmessung im sogenannten ‚Hamburger Verständlichkeitsmodell‘“ lediglich auf der Basis von „‚Experteneinschätzungen‘ einzelner Texte“ erfolge. Dieses Verfahren sei zwar effizient, aber ausgesprochen subjektiv (Hochhaus 2004:45). Weniger subjektiv, da empirisch leichter überprüfbar, sind dagegen Aussagen über die rein typographische Gestaltung von Texten und ihre Auswirkung auf die Lesbarkeit und Verständlichkeit (vgl. Groeben 1982). Eine rein formale Textoptimierung lässt sich mit den von Groeben aufgestellten Anweisungen (vgl. auch Hochhaus 2004:36) somit recht schnell erreichen. Den weitaus schwierigeren Teil stellt aber die inhaltliche und textstrukturelle Optimierung dar (Textkohärenz, inhaltliche Darstellungsform, logisch-semantische Kohäsion, funktionale Adäquatheit etc.). Während über die Ziele einer solchen inhaltlich-textstrukturellen Textoptimierung keine Differenzen bestehen – Hochhaus (2004:32) beschreibt sie als die Substitution eines als suboptimal angesehenen Textes, bei der ein Äquivalent zum Ausgangstext entsteht, das in den eben genannten Kategorien keine Strukturbrüche aufweist oder die Verständlichkeit hemmende Kohärenz- und Kohäsionsverfahren enthält – ist bis heute unklar, wie diese Ziele erreicht werden können. Dies gilt umso mehr für solche Textsorten, die – wie die pathologischen Berichte, die im Rahmen des Projekts untersucht werden – ohnehin recht kurz sind und bei denen eine Reduktion im Extremfall sogar kontraproduktiv wäre. Letzteres trifft zum Beispiel dann zu, wenn Differenzialdiagnosen Eingang finden müssen oder die Diagnose unklar ist und Zweifel zulässt, die von den RezipientInnen verarbeitet werden und gegebenenfalls in den Zusammenhang anderer Befunde gestellt werden müssen, die den PathologInnen nicht bekannt sind. Für solche

Anforderungen liegen mit den bestehenden Textmodellen keine handhabbaren Vorgaben vor, nach denen man diese Texte optimieren könnte.

Nach einer anfänglichen Konzentration auf den Text selbst, d.h. „auf die Optimierung ‚klassischer‘ Textmerkmale wie übersichtliche Sätze, bekannte Wörter oder Verbesserungen der Textorganisation“ (Antos et al. 2011:642), erfolgte eine Ausweitung auf übergeordnete Produktionszusammenhänge, Umweltfaktoren, die Untersuchung des RezipientInnenverhaltens etc. Dies hatte damit zu tun, dass eine rein textbezogene Optimierung keine Erfolge bezüglich einer Verbesserung des Textverständnisses erbrachte. Das Problem bei der Ausweitung auf Umwelt- und RezipientInnenfaktoren war allerdings, dass so viele Parameter in die Untersuchung mit einbezogen werden mussten, dass schließlich deutlich wurde, dass es „keine Textverständlichkeit an sich“ gibt und die Textoptimierung daher „auf die Lösung ganz verschiedener, zum Teil auch auseinanderlaufender oder gar sich widersprechender kommunikativer, textueller und/oder sprachlich-stilistischer Probleme gerichtet“ (Antos et al. 2011: 642) sein muss. Christmann/Groeben (1996) haben schon früh festgestellt, dass es bislang keine Theorie gibt, die ‚weiß‘, wie Textverständlichkeit optimiert werden kann. Besonders deutlich wird dieser Befund in solchen Studien, in denen auch tatsächlich empirisch überprüft wird, wie das Textverstehen in der Praxis funktioniert und was RezipientInnen mit ‚optimierten‘ Texten machen. So zeigt Ehlich (1994), dass beispielsweise bei Bedienungsanleitungen gerade eine systematische Optimierung dysfunktional wird, weil die RezipientInnen von Bedienungsanleitungen „ungeduldige LeserInnen“ sind, die unsystematisch vorgehen – ein Faktor, der praktisch nicht zu kontrollieren ist (vgl. auch Möhn 1996: 569 und Biere 1996: 864 zu Problemen der Optimierung von Bedienungsanleitungen). Menz (2000: 192) weist zudem darauf hin, dass der sprachliche Ausdruck von Unsicherheit in institutioneller Kommunikation auch innerhalb eines gewissen Rahmens durchaus funktional sein kann. Im Bereich der Textverständlichkeitsforschung stellt Schendera (2000: 25) eine Untersuchung dar, in der insgesamt 51 RichterInnen einen Text mit einem fingierten Rechtsfall vorgelegt bekamen und in einer Verfahrenssimulation zu einem Urteil kommen sollten. Das Ergebnis waren 17 unterschiedliche Urteile. Der Grund für diese Differenz lag nicht daran, dass die Texte unverständlich waren, sondern dass

die Richter im ‚Textverarbeitungsprozess‘ (Text)Informationen verschieden selektieren und unterschiedlich gewichten. Die Richter entnahmen z.B. zentrale Informationen nicht den Unterlagen (hier: Texten), ignorierten den in den Schriftsätzen mitgeteilten Sachverhalt in Kernfragen und entwickelten eine eigene Anspruchstruktur. Weil der Informationswert der einzelnen Schriftsätze unterschiedlich gewichtet wurde, differierte bereits vor der simulierten Verhandlung die Fallauffassung der Richter. Der ‚Bewertungsprozess‘ der Richter hat wider Erwarten nicht notwendigerweise etwas mit dem Fall oder der Rechtssystematik zu tun. Der Umgang mit (Gesetzes)Texten führt zu einer Rezeptionsvielfalt (Schendera 2000: 25).

Diese hochgradig individuellen Strategien, mit einem Text umzugehen und dessen Informationen zu extrahieren, können nur schwer in einen Optimierungsvorgang einfließen: Jede Veränderung im Text könnte zu einer Eröffnung neuer Interpretationsspielräume führen. Die einzige Möglichkeit, solche Texte zu optimieren, bestünde darin, möglichst viele Textbestandteile und Wörter zu vereinheitlichen. Dieser Weg wird in den Bemühungen um eine „kontrollierte Sprache“ (*Controlled Language*) eingeschlagen, die sich in solchen Bereichen bewährt, bei denen Missverständnisse besonders schwerwiegende Folgen haben können, wie z.B. bei dem *Simplified Technical English* in der Luft- und Raumfahrtindustrie (Göpferich 2000; 2007). In eine kontrollierte Sprache wird sowohl auf Ebene des Wortschatzes eingegriffen – es wird eine Wortliste von 1.500 bis 2.000 Wörtern festgelegt, die invariant zu gebrauchen sind und die Synonyme oder Umschreibungen nicht zulässt – als auch auf der syntaktischen und textstrukturellen Ebene mit Regeln wie z.B. den folgenden (Göpferich 2007: o.S.):

- Nur eine Aussage pro Satz machen.
- Vollständige Sätze konstruieren.
- Zur Erteilung von Instruktionen den Imperativ verwenden.
- Pro Absatz maximal sechs Sätze verwenden.
- *Noun cluster*, also Aneinanderreihungen von Nomen, auflösen; die maximale Cluster-Länge umfasst drei Substantive [...].
- Substantive mit Artikel verwenden.
- Bei Handlungsbeschreibungen immer aktive Verben verwenden.
- Als Zeitformen sind zugelassen: Present Tense, Past Tense und Simple Future.

Darüber hinaus ist es auch möglich, Fehlinterpretationen oder durch schnelles oder oberflächliches Lesen verursachte Verstehensprobleme durch bestimmte Darstellungsverfahren wie zum Beispiel festgelegte übersichtliche Tabellenformen zu vermeiden. Wie man an diesen Regeln sehen kann, eignet sich die kontrollierte Sprache nicht als allgemeines Kommunikationsmittel, sondern ist auf einen engen Bereich an Kommunikationssituationen mit einem überschaubaren Text- und Wortumfang beschränkt. Göpferich (2007: o.S.) führt als geeignete Textkonstellationen an:

- instruktive Texte, wie Anleitungen aller Art einschließlich Sicherheitshinweisen, und Warnschilder
- Dokumente, die mit Translation-Memory-Systemen oder maschinellen Übersetzungssystemen übersetzt werden, insbesondere dann, wenn diese Dokumente in viele Zielsprachen übersetzt werden müssen

- Texte, an denen mehrere Autoren schreiben, zur Sicherstellung stilistischer und terminologischer Konsistenz
- Dokumente für inhomogene Zielgruppen, die von der größeren Verständlichkeit profitieren

Pathologische Berichte erfüllen gleich mehrere dieser Kriterien: Sie werden von unterschiedlichen Personen geschrieben, sie werden als ‚Anleitungen‘ zur Therapieplanung genutzt und sie haben eine Mehrfachadressierung an unterschiedliche Gruppen von ÄrztInnen zu erfüllen. Es bietet sich daher an, zu versuchen, ein Set an Orientierungsregeln für das Verfassen von pathologischen Berichten aufzustellen. Dies muss nicht unbedingt so weit gehen wie bei einer ‚echten‘ kontrollierten Sprache, auch „Redaktionsleitfäden“ können als ein „erster Schritt hin zu einer kontrollierten Sprache“ angesehen werden: „Unternehmen unterscheiden sich heute nicht mehr darin, ob sie eine kontrollierte Sprache benutzen oder nicht, sondern nur noch darin, wie umfassend die Sammlung der Formulierungsregeln ist und wie streng sie eingehalten werden, wie stark in die verwendete Sprache also steuernd eingegriffen, wie streng sie ‚kontrolliert‘ wird.“ (Göpferich 2007: o.S.) Im Rahmen des vorliegenden Projekts sollen als Ergebnis einerseits der textlinguistisch informierten Analyse der pathologischen Berichte und andererseits der konversationsanalytisch informierten Analyse der Bezugnahmen und Interpretationen der Berichte durch behandelnden ÄrztInnen während des Aufklärungsgesprächs das Verstehen betreffende Problemquellen lokalisiert und Vorschläge für eine Textoptimierung erarbeitet werden.

3. Die Datenerhebung

Die Datenerhebung erfolgte in vier Abteilungen des Städtischen Klinikums Karlsruhe:

- Medizinische Klinik I: Allgemeine Innere Medizin, Nephrologie, Rheumatologie und Pneumologie
- Medizinische Klinik III: Hämatologie, Onkologie, Infektiologie und Palliativmedizin
- Klinik für Allgemein- und Visceralchirurgie
- Frauenklinik

Insgesamt wurden 56 Aufklärungsgespräche aufgezeichnet, in denen PatientInnen die jeweilige Krebsdiagnose und die folgenden Therapiemaßnahmen erstmalig mitgeteilt wurden. Die Aufklärung erfolgte stets durch die entsprechenden OberärztInnen. Zudem waren außer den PatientInnen gegebenenfalls Angehörige (z.B. EhepartnerIn/LebensgefährteIn, Eltern, Kinder, Geschwister, FreundInnen), StationsärztInnen, StudentInnen im praktischen Jahr oder FamulantInnen anwesend. Die Aufnahmen verteilen sich wie folgt: 36 Aufnahmen in der

Frauenklinik, 13 Aufnahmen in der Medizinischen Klinik III, sechs Aufnahmen in der Medizinischen Klinik I und eine Aufnahme in der Klinik für Allgemein- und Visceralchirurgie.

In die Studie aufgenommen wurden PatientInnen, die im Aufklärungsgespräch erstmals offiziell mit der jeweiligen Krebsdiagnose konfrontiert wurden. Bei manchen PatientInnen handelte es sich dabei um ein Rezidiv oder eine Metastase eines anderen Krebses. Weitere Aufnahmekriterien waren das Alter der PatientInnen (18+) sowie ihr gesundheitlicher Allgemeinzustand; beispielsweise wurden demente PatientInnen aus der Studie ausgeschlossen, da diese die Analyse von Verstehensproblemen möglicherweise verfälscht hätten.

PatientInnen, die mit dem Verdacht auf eine Krebserkrankung im Klinikum eintrafen, wurden entweder unmittelbar nach ihrer Ankunft oder kurz nach der Entnahme von Gewebeproben von Projektmitarbeitenden über die Studie informiert und bestätigten im Falle ihrer Teilnahme ihr Einverständnis schriftlich. Mit dieser frühzeitigen Information über die Studie – also bevor die endgültige Diagnose feststand – wurde vermieden, dass eine Anfrage zur Studienteilnahme von den PatientInnen als Indikator für eine spezifische Diagnose gedeutet würde. Als geringer Nachteil ergab sich daraus allerdings, dass auch PatientInnen informiert wurden, die letztendlich nicht an Krebs erkrankt waren – was erst durch den pathologischen Bericht geklärt werden konnte – und somit auch nicht weiter an der Studie teilnahmen.

Zur Gesprächsaufnahme wurde das Aufnahmegerät vor Gesprächsbeginn auf Station abgegeben und nach Beendigung wieder abgeholt. Die Bedienung der Aufnahmegeräte erfolgte durch die ÄrztInnen. Eine Ausnahme bildete die Frauenklinik: Dort fanden alle Aufklärungsgespräche – im Gegensatz zu den anderen Kliniken – an regelmäßigen Terminen (drei Mal wöchentlich, festgelegte Uhrzeiten) im Rahmen der Brustsprechstunde statt. Die Projektmitarbeitenden waren während dieses Zeitraums durchgehend im Ärztezimmer der Ambulanz anwesend und betätigten das Aufnahmegerät vor Gesprächsbeginn in der Regel selbst. Im Ärztezimmer bereiteten sich die ÄrztInnen auf die Gespräche mit den Patientinnen vor, machten sich nach den Gesprächen handschriftliche Notizen in den Patientinnenakten und zeichneten mithilfe von Diktiergeräten Arztbriefe an die betreuenden Haus- bzw. FrauenärztInnen auf. Inhalte dieser nachträglichen Notizen bzw. der Diktate waren die Protokollierung der Gespräche mit den Patientinnen sowie unter Umständen Beobachtungen zu deren psychischer Verfassung. Dadurch war es den Projektmitarbeitenden möglich, zusätzlich ethnografische Informationen vor und nach den Gesprächen zu sammeln. Um den Authentizitätsgrad der Gespräche so hoch wie möglich zu halten, waren die Projektmitarbeitenden bei keinem der Arzt-Patienten-Gespräche persönlich anwesend.

Zu jedem aufgezeichneten Aufklärungsgespräch wurde von der Pathologie der schriftliche Bericht bereitgestellt, welcher der Diagnose zugrunde lag. Die Berichte werden von den zuständigen PathologInnen zunächst mündlich diktiert und in digitaler Form abgespeichert. Daraufhin werden die Audiodateien von den Schreibkräften standardorthografisch transkribiert. Der Bericht wird vor der Freigabe überprüft, zunächst durch den/die Arzt/Ärztin, der/die ihn verfasst hat, und dann noch einmal vom Institutsdirektor oder einem/r Oberarzt/Oberärztin. Erst nach dieser Endfreigabe wird der Bericht auf einen klinikinternen Server hochgeladen. Die KlinikerInnen können dann gezielt über eine Suchfunktion die jeweiligen Berichte zu ihren PatientInnen einsehen. Alle pathologischen Berichte werden zudem ausgedruckt und direkt nach Freigabe an die zuständigen Sekretariate gefaxt und einmal täglich per Hauspost an die entsprechenden Abteilungen verschickt. Mögliche Rückfragen können telefonisch geklärt werden. Das Aufklärungsgespräch erfolgt in der Regel erst, wenn die definitive Diagnose feststeht. Es ist jedoch auch möglich, dass PatientInnen vor Abschluss der histologischen Untersuchungen über Zwischenergebnisse informiert werden, z.B. weil das vollständige Ergebnis zum vereinbarten Gesprächstermin noch nicht vorliegt.

Fälle von TumorpatientInnen werden in einem ‚Tumorboard‘ vorgestellt, bei dem sie von MedizinerInnen verschiedener Fachrichtungen diskutiert werden. Daraus resultiert ein interdisziplinärer Vorschlag zur weiteren Therapie/Diagnostik. Je nachdem, wann das Tumorboard stattfindet, besteht die Möglichkeit, dass der endgültige Therapieverlauf erst nach dem Aufklärungsgespräch festgelegt wird, sodass die angekündigten Behandlungsschritte entweder bestätigt oder modifiziert werden. Allerdings werden nicht in allen Kliniken Tumorboards durchgeführt und nicht an allen Tumorboards ist die Pathologie beteiligt. Da grundsätzlich nicht alle PathologInnen an den Tumorboards teilnehmen, kommt es außerdem vor, dass der/die VerfasserIn des Berichts selbst nicht anwesend ist.

Abgesehen von den pathologischen Berichten und den Gesprächsaufnahmen wurde für die Studie zusätzlich mithilfe eines Fragebogens der Gewissheitsgrad der PathologInnen im Hinblick auf die von ihnen gestellten Befunde eruiert. Dabei wurde zu folgenden Aspekten Stellung genommen:

- Diagnose möglich.
- Es handelt sich um einen Tumor.
- Es handelt sich um eine Präkanzerose²/einen malignen Tumor.

² „[K]linisch-morphol. [...] bzw. durch histol. Kriterien [...] definiertes potentielles Vorstadium eines Karzinoms“ (Pschyrembel 2014:1723).

- Es handelt sich um eine reaktive³ Erkrankung.
- Es handelt sich um folgende Tumorart: ____.

Die PathologInnen markierten auf einem Kontinuum in Form einer Linie, wie sicher sie sich beim Verfassen des Berichts bezüglich der jeweiligen Punkte waren. Die Endpunkte waren jeweils mit einem klaren *Nein* und einem klaren *Ja* belegt. Die Fragebögen wurden im Durchschnitt innerhalb von 24 Stunden nach Fertigstellung der Berichte ausgefüllt.

Ergänzend wurde durch teilnehmende Beobachtung der Klinikalltag dokumentiert – mit besonderem Fokus auf dem Informationsfluss und dem organisatorischen Routineablauf von der Ankunft der PatientInnen mit Krebsverdacht bis zum Aufklärungsgespräch. Der Untersuchungsverlauf und der entsprechende Informationsfluss werden in den folgenden Abbildungen schematisch dargestellt. Abbildung 1 beschreibt den Ablauf in den Medizinischen Kliniken I und III sowie der Klinik für Allgemein- und Visceralchirurgie, Abbildung 2 den Ablauf in der Frauenklinik.

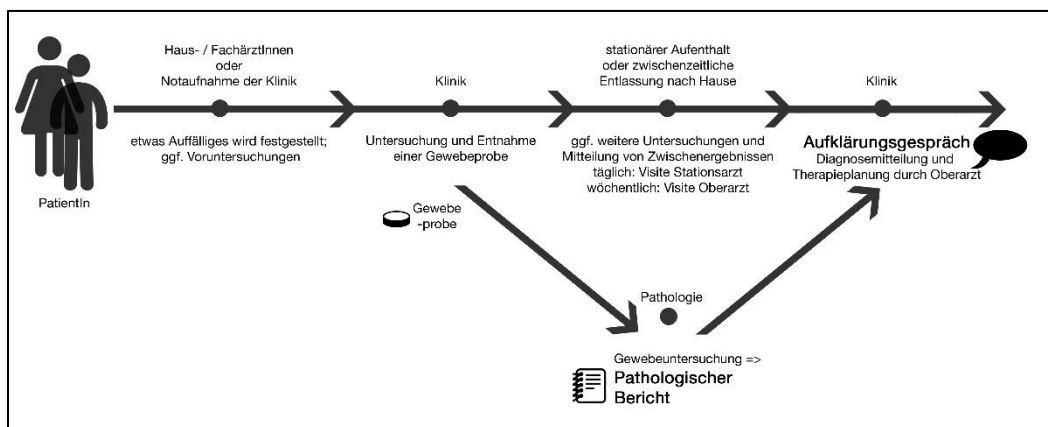


Abbildung 1: Untersuchungsverlauf und Informationsfluss Medizinische Kliniken I und III; Klinik für Allgemein- und Visceralchirurgie

Bei Ankunft der PatientInnen in die Medizinischen Kliniken I und III sowie die Klinik für Allgemein- und Visceralchirurgie liegt in der Regel eine Überweisung von Haus- bzw. FachärztInnen vor, weil bei den PatientInnen etwas Auffälliges festgestellt wurde; unter Umständen stehen bereits erste Untersuchungsergebnisse fest. Zuweilen kommt es auch vor, dass PatientInnen von einer anderen klinikinternen Abteilung überwiesen werden oder dass sie direkt in die Notaufnahme kommen. In der Klinik werden je nach Bedarf weitere

³ „[A]ls Reaktion auf einen Reiz, insbes. auf eine außergewöhnliche Belastung (Krankheit oder unbewältigte Lebenssituation) auftretend (von körperlichen oder seelischen Vorgängen gesagt)“ (DUDEN 2012:668).

Untersuchungen durchgeführt sowie Gewebeproben entnommen, welche in die Pathologie geschickt werden. Während die Proben in der Pathologie untersucht werden, gibt es für die PatientInnen zwei Möglichkeiten:

- Sie werden stationär aufgenommen und es erfolgen gegebenenfalls zusätzliche Untersuchungen. Einmal täglich kommen die StationsärztInnen und einmal wöchentlich die OberärztInnen zur Visite. Durch sie erhalten PatientInnen Informationen über Vermutungen bezüglich einer Erkrankung sowie Zwischenergebnisse. Je nach Aufenthaltsdauer besteht also bereits ein gewisses Vertrauensverhältnis zwischen den PatientInnen und den OberärztInnen, die später die Diagnose übermitteln, was für das Aufklärungsgespräch durchaus relevant sein kann.
- Sie werden zwischenzeitlich nach Hause entlassen und erst zum Gespräch wieder in die Klinik bestellt.

Sobald der endgültige pathologische Bericht vorliegt, findet das Aufklärungsgespräch in der Klinik auf Station bzw. je nach Bedarf im Büro der aufklärenden ÄrztInnen statt.

Der routinemäßige Ablauf in der Frauenklinik unterscheidet sich teilweise von dem in den anderen Abteilungen, wie das folgende Schaubild zeigt:

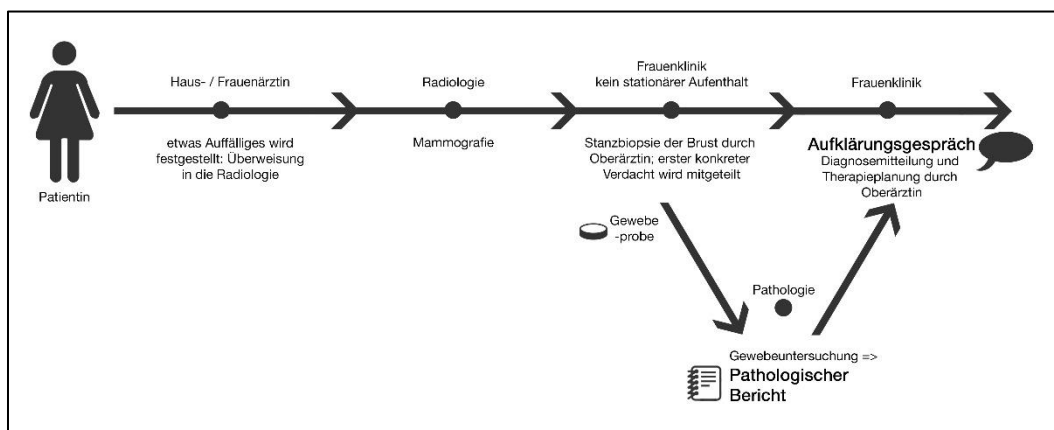


Abbildung 2: Untersuchungsverlauf und Informationsfluss Frauenklinik

Nachdem bei einem/r Haus-oder Frauenarzt/-ärztin eine Auffälligkeit festgestellt wurde, werden die Patientinnen zu einem/r Radiologen/in überwiesen, welche/r eine Mammografie durchführt. Häufig werden den Patientinnen dort keine Auskünfte über mögliche Erkrankungen erteilt. Mit dem Mammografie-Befund stellen sich die Patientinnen in der Ambulanz der Frauenklinik vor und bei Verdacht auf Brustkrebs werden stanzbiopsisch Gewebeproben der Brust entnommen. Spätestens dann werden Patientinnen mit konkreten Vermutungen konfrontiert. Es erfolgt keine stationäre Aufnahme. Die Gewebeproben werden in die Pathologie geschickt und dort untersucht. Wenn der pathologische Befund feststeht, werden die Patientinnen für das Aufklärungsgespräch wieder in die Ambulanz bestellt (in der Regel fünf

bis sieben Tage nach dem Stanztermin). Für alle Kliniken gilt gleichermaßen, dass vor Beginn einer konkreten Behandlung (OP, Chemotherapie, Bestrahlung etc.) jeweils weitere Aufklärungsgespräche zu der speziellen Therapieform stattfinden.

4. Vom pathologischen Bericht zum Aufklärungsgespräch

Im Folgenden wird ein erster Einblick in die Datengrundlage des Projekts gegeben: Es wird ein pathologischer Bericht präsentiert, an dem die grundlegende Struktur der Berichte illustriert wird. Zudem wird anhand zweier Ausschnitte aus dem Aufklärungsgespräch, dem der ausgewählte Bericht zugrunde liegt, exemplarisch aufgezeigt, welche Informationen aus dem Bericht vom Arzt in die Interaktion mit dem Patienten eingebracht werden, an welchen Stellen im Gespräch dies geschieht und wodurch die Bezugnahme auf den Inhalt des Berichts interaktional motiviert ist. Dabei wird hier auf terminologische Verständigungsprobleme fokussiert, die in diesem Zusammenhang auftreten und es werden einige vorläufige Optimierungsvorschläge gemacht, die sich in erster Linie auf den Umgang mit Fachbegriffen und insbesondere die Vermittlung und Erläuterung (bzw. deren Ausbleiben) von einzelnen Inhalten aus dem pathologischen Bericht sowie deren interaktionale Platzierung beziehen. Auf potenzielle Defizite in der Berichtsstruktur sowie deren Ausbesserung kann hier noch nicht eingegangen werden, da diese erst in einer späteren Phase des Projekts genauer untersucht werden.

4.1 Der pathologische Bericht

Der vorliegende Bericht betrifft einen zum Zeitpunkt des Aufklärungsgesprächs 71-jährigen Patienten. Bei diesem wurden im Rahmen einer hausärztlichen Untersuchung Auffälligkeiten in der Leber entdeckt, woraufhin er in die Radiologie überwiesen wurde. Dort wurde eine Computertomografie durchgeführt, durch die sich der Verdacht auf eine krankhafte Veränderung im Bereich der Leber erhärtete und zusätzlich festgestellt wurde, dass möglicherweise auch im Darm ein Tumor vorzufinden ist. Nach Vorstellung im Klinikum wurde dort eine Darmspiegelung mit Gewebeentnahme zur histologischen Untersuchung durchgeführt, um den Verdacht auf Darmkrebs zu überprüfen. Der pathologische Befund stellt nun den letzten, entscheidenden Bestandteil in dieser Reihe diagnoserelevanter Untersuchungsergebnisse dar und soll dem Patienten im Aufklärungsgespräch mitgeteilt werden. Im Fragebogen zum Grad der Gewissheit gibt der/die zuständige Pathologe/in an, dass keinerlei Zweifel bei der gestellten Diagnose bestehen.

Material: PE Coloskopie

1. PE C. ascendens: drei bis 0,3 cm große Partikel. (1 x Stufen, PAS)
2. RF Sigma: Zusammengelegt 0,5 cm messende Partikel. (1 x Stufen, PAS)
3. Rektumpolyp: ein 0,3 cm großes Partikel. (1 x Stufen, PAS)

Kritischer Bericht:

Neben unauffälliger Colonschleimhaut Anteile eines tubulären Adenoms mit leichten Dysplasien.

Modifizierte Wien-Klassifikation: Kategorie 3
(geringgradige intraepitheliale Neoplasie der Schleimhaut).

Ob das Adenom vollständig entfernt wurde, kann nicht entschieden werden, da die Abtragungsbasis nicht beurteilbar ist (1.).

Sigmaschleimhaut mit kleinen Fragmenten eines mäßiggradig differenzierten tubulären Adenocarcinoms (2.).

Ein hyperplastischer Polyp des Rektum (3.).

Angaben zum Tumor (2.)

Tumorlokalisation: Colon sigmoideum (C18.7)
Diagnose: Adenokarzinom (8140/3)
Grading: G2 (mäßig differenziert)

Abbildung 3: Pathologischer Bericht anonymisiert

Der Kopf der pathologischen Berichte enthält generell Klinik- und Patientendaten, welche im vorliegenden Fall aus Datenschutzgründen entfernt wurden. Als Erstes erfolgt obligatorisch die makroskopische Beschreibung des eingegangenen Gewebematerials: Es wird angegeben bei welchem Verfahren („Coloskopie“) und aus welchen Gebieten (Colon ascendens; Sigma; Rektum) das untersuchte Material entnommen wurde, wobei auch der Umfang dokumentiert wird.⁴ Der folgende *Kritische Bericht* ist ebenfalls in jedem pathologischen Bericht vorhanden und enthält die Zusammenfassung der Diagnose. Diese bezieht sich der Reihe nach auf die zuvor aufgeführten Proben. Neben einem tubulären Adenom im Kolon ascendens und einem hyperplastischen Polypen im Rektum (Proben 1 und 3)⁵ wird ein „mäßiggradig differenzierte[s] tubuläre[s] Adenokarzinom“ – ein bösartiger Tumor – in der Sigmaschleimhaut (Probe 2) attestiert. Die zentralen Angaben zu diesem Tumor werden darunter noch einmal prägnant zusammengefasst: Tumorlokalisation, Diagnose, Grading⁶.

Als Lokalisation wird das Colon sigmoideum angegeben. Unter dem Punkt der Diagnose wird der histologische Tumortyp bzw. die histologische Artdiagnose aufgeführt (Typing). Diese „liefert die erste Unterteilung der verschiedenen möglichen Tumorarten eines Organs“ (Wittekind/Tannapfel 2006:357). Maligne Tumoren werden je nach Ausgangsgewebe in

⁴ PE = Probeexzision; RF = Raumforderung („Verdrängungserscheinung im Körper durch Volumenzunahme von Gewebe infolge einer Krankheit“ DUDEN 2012:667).

⁵ Bei Adenomen handelt es sich um primär gutartige Neubildungen des Gewebes, die jedoch bösartig entarten können (vgl. Pschyrembel 2014:24).

⁶ Erläuterung s. unten.

unterschiedliche Typen bzw. Arten klassifiziert. Dazu gehören Karzinome (Tumoren des Epithelgewebes), Sarkome (mesenchymale maligne Tumoren, die u. a. vom Binde- und Stützgewebe ausgehen), maligne Lymphome (Tumoren des Lymphsystems) und Leukämien.⁷ Adenokarzinome, welche vom Epithel der Schleimhäute ausgehen, bilden nun neben weiteren eine Untergruppe der Karzinome (vgl. Erbar 2002; Wittekind/Tannapfel 2006). Lokalisierung und Typing des Tumors sind zusammen mit dem histopathologischen Grading ausschlaggebend für Prognosen im Hinblick auf den Krankheitsverlauf und spielen entsprechend eine entscheidende Rolle bei der Bestimmung der Therapie.

Mit dem Grading wird der Differenzierungsgrad des Tumors angegeben, d. h. wie stark die Struktur des Tumorgewebes von der des gesunden Gewebes abweicht. Das Gradingssystem, das im Städtischen Klinikum Karlsruhe angewandt wird, entspricht der Einteilung der UICC (*Union for International Cancer Control*) (vgl. Wittekind/Meyer 2010:15):

- GX – Differenzierungsgrad kann nicht bestimmt werden
- G1 – Gut differenziert
- G2 – Mäßig differenziert
- G3 – Schlecht differenziert
- G4 – Undifferenziert

Die Graduierung eines Tumors lässt unmittelbar Rückschlüsse auf die biologischen Eigenschaften der Erkrankung zu, denn „je höher die Gradzahl, d.h., je weniger differenziert der Tumor, umso höher der Malignitätsgrad“ (Pschyrembel 2014:814f).

Strukturell gemeinsam haben die pathologischen Berichte im Klinikum Karlsruhe den Dokumentenkopf mit PatientInnendaten und möglichen Vorbefunden, die Materialbeschreibung und den Kritischen Bericht. Optional gibt es einen oder mehrere Nachberichte, gegebenenfalls auch weitere Kritische Berichte, z. B. mit Ergebnissen weiterer Untersuchungen oder Zweitmeinungen von FachkollegInnen. Im Kritischen Bericht werden potenzielle Nachberichte angekündigt. Zwischenberichte sind ebenfalls möglich, falls eine genaue Diagnose noch aussteht. Alle Zwischen- und Nachberichte sowie Kritischen Berichte werden chronologisch im pathologischen Bericht aufgeführt, sodass der Verlauf der Diagnosestellung nachvollziehbar ist. Die pathologischen Berichte unterscheiden sich vor allem in Bezug auf die strukturelle Ausgestaltung, was mit den verschiedenen Krebsarten und den bei der Diagnose geforderten Vorgehensweisen sowie den standardisierten Einstufungssystematiken zu tun hat. Vor allem die Brustkrebs-Berichte der Frauenklinik

⁷ Hinzu kommt eine Reihe seltenerer Tumorarten wie embryonale Tumoren, Keimzelltumoren, Teratome und APUD-Tumoren (vgl. Erbar 2002; Wittekind/Tannapfel 2006).

unterscheiden sich deutlich von den Berichten, die andere Krebsarten betreffen. In den Berichten der Frauenklinik werden Tabellen genutzt, um Ergebnisse einzelner Untersuchungen darzustellen; beim Kritischen Bericht werden beispielsweise die Tumorangaben, in den Nachberichten verschiedene Rezeptoren tabellarisch dargestellt. In anderen Kliniken werden Nach- und Zwischenberichte häufiger als Fließtexte formuliert, nur die Tumorangaben werden gegebenenfalls in Tabellenform dargestellt. Die Länge der pathologischen Berichte variiert je nach Diagnose, Untersuchungen und Fachrichtung ca. zwischen einer und drei Seiten.

4.2 Das Aufklärungsgespräch

Im Folgenden werden nun Auszüge aus dem Aufklärungsgespräch⁸ präsentiert, in welchem dem Patienten auf der Grundlage des eben vorgestellten Berichts die Diagnose und die entsprechenden Therapiemaßnahmen erläutert werden. Außer dem behandelnden Oberarzt (A) und dem Patienten (P) nimmt im vorliegenden Fall auch dessen Ehefrau (E) am Gespräch teil. Zudem ist eine Stationsärztin anwesend, welche sich jedoch nur minimal am Gespräch beteiligt.⁹ Die erste hier vorgestellte Passage stammt aus einem frühen Zeitpunkt in der Interaktion (Min. 1:04 von insgesamt 11:05). Nach der Begrüßung, einer kurzen Thematisierung der Aufzeichnung des Gesprächs sowie einer Rekapitulation des Untersuchungsverlaufs teilt der Arzt die Diagnose mit:

Transkript 1: Aufklärungsgespräch - Ausschnitt I

050 A: und wir HAM jetzt- (.)
051 die feingewebliche unterSUchung,
052 dieses präparats beKOMMEN;
053 (-)
054 A: °hh der pathoLoge-
055 (---)
056 A: beSTätigt den verdAcht,
057 (--)
058 A: dass eine böSartige erKRANKung (.) vorliegt;
059 (--)
060 P: hm_HM;
061 A: HATten wir ja-
062 im vorfeld auch schon erWÄH:NT,
063 P: [JA-]
064 E: [JA-]
065 P: hm_HM,
066 A: diese information HAMse,
067 es ist ein sOgenanntes adENokarzinom,
068 EIN-
069 (1.2)
070 A: KREBS de:r-

⁸ Die Gespräche liegen als Basistranskripte nach GAT 2 (Selting et al. 2009) vor.

⁹ Da sie in den hier aufgeführten Ausschnitten nicht am Gespräch partizipiert, wird ihr kein Kürzel zugeteilt.

071 °hh[h] von (.) DRüsengewebe auszugehend==
 072 P: [hm_HM-]
 073 A: =es isn (.) TYpisches beispiel,
 074 (-)
 075 A: eines DICKdarmkrebsses;
 076 P: hm_HM,
 077 A: °hhh
 078 (---)
 079 A: dieser KREBS,
 080 (.) führt vor ort zu einer verENGung des dArmlumens,
 081 (1.0)
 082 P: hm_HM,
 083 A: °h
 084 (1.2)
 085 A: UND-
 086 (1.0)
 087 A: ZUsätzlich-
 088 (---)
 089 A: sieht man in der BILDgebung,
 090 strEUherde in der LEber;
 091 (1.5)
 092 P: JA-
 093 (2.1)
 094 A: was bedeutet das für SIE:,
 095 (--)
 096 A: es bedeutet für SIE?
 097 dass man mehrere behAndlungsschritte (.) empFIEHLT;
 098 (1.0)
 099 P: hm_hm;
 [...]

Unter Berufung auf die Bestätigung des Pathologen (Z. 054, 056) (mittels des pathologischen Berichts, welches das Ergebnis der „feingewebliche[n] unterSUchung, dieses präparats“ (Z. 051, 052) dokumentiert) überbringt der Arzt die Botschaft, „dass eine bÖsartige erkrankUNG (.) vorliegt;“ (Z. 058). Diese bezeichnet er in Anlehnung an den Bericht als „ein sOgenanntes aDEnokarzinom“ (Z. 067). Er rekurriert somit bereits früh im Gespräch im Rahmen der Diagnoseübermittlung eigeninitiativ auf den pathologischen Bericht, um dem Patienten und seiner Ehefrau die fachsprachliche Benennung der Krankheit zugänglich zu machen. Als Erläuterung fügt er hinzu, dass dieser Krebs vom Drüsengewebe ausgehe (Z. 070, 071) und dass es sich um ein „TYpisches beispiel, (-) eines DICKdarmkrebsses;“ (Z. 073-075) handele, welcher eine Verengung des Darmlumens zur Folge habe (Z. 080). Mit Bezug auf die durchgeführte Computertomografie („BILDgebung“, Z. 089) ergänzt er schließlich, dass der Tumor bereits in die Leber gestreut habe (Z. 090). Eine darüberhinausgehende Streuung konnte bis dato nicht festgestellt werden.

Nach einer Pause von 1,5 Sekunden signalisiert der Patient die Kenntnisnahme der gelieferten Informationen („JA-“, Z. 092). und nachdem weitere zwei Sekunden verstreichen, ohne dass Anmerkungen bzw. Fragen seitens des Patienten oder seiner Ehefrau folgen, geht der Arzt zur Besprechung der Behandlungsmaßnahmen über. Es fließen an dieser Stelle keine

weiteren Informationen aus dem Bericht in das Gespräch ein.¹⁰ Weder der Arzt scheint solche als relevant zu erachten, noch werden sie von Patientenseite eingefordert. Nachdem nun eine längere Gesprächsphase zur Therapieplanung folgt, während der sowohl der Patient als auch seine Ehefrau wiederholt Fragen zu Ablauf, Dauer und potenziell erforderlichen, unerwünschten Maßnahmen (künstlicher Darmausgang) stellen, wodurch sie deutlich ihre diesbezüglichen Sorgen zum Ausdruck bringen, kommt die Ehefrau erstmals nach 8:50 Min. speziell auf die Krankheit bzw. die Diagnose zu sprechen:

Transkript 2: Aufklärungsgespräch - Ausschnitt II

502 E: °hh ähm (.) des gibt verschIEdene KREBSar:ten-
503 hab ich mir SAgen lassen;
504 (aw) verschiedene GRA:D der-
505 (--)
506 der erKRANKung oder de'- (.)
507 des KR[EBS-]
508 A: [°hh][h]
509 E: [°h]h [ÄHM-]
510 A: [er hat] ein aDEnokarzinom;
511 (---)
512 E: und WAS:[:-]
513 A: [das] Ist der STANdardtumor;
514 der HÄUfigste tumor,
515 (--)
516 im DARMbereich.
517 P: hm_HM;
518 E: hm_HM;
519 (1.04)
520 <<p>oK[E-]>
521 A: [über] den ich jetzt auch geSPROchen habe.
522 E: hm_HM==
523 P: =hm_[HM-]
524 A: [<<p>JA?>]
525 P: JA:=
526 A: =und weil sies vom AUSbreitungsgrad haben-
527 da meinen sie SIcherlich-
528 den strEUgrad über den KÖRper?
529 E: ja o[der] die TIEfe des-
530 P: [^HM]
531 es soll verschiedene TIEFwerte beim-
532 (--)
533 A: da MEInen sie,
534 (--)
535 po LYpen?
536 (--)
537 E: °h[hh hhh°]
538 A: [die mehr oder minder KRANK sind,]
539 und in die DARMwand einwachsen.
540 P: hm_HM-
541 E: ds kann [SEIN] ja;;
542 P: [<<p>JA->]
543 P: hm_HM-
544 [ja_JA-]

¹⁰ Zuvor kommt bei der einleitenden Rekapitulation lediglich zur Sprache, dass Gewebeproben aus dem Sigma (Colon sigmoideum), der Tumorlokalisierung, entnommen wurden.

545 E: [dis:::-]
 546 E: [(ich/is)-]
 547 A: [is:: -]
 548 A: [das] ist schon überSCHRITten;
 549 E: [(xxx)]
 550 A: weil es schon geSTREUT hat;
 551 E: ach so o[KAY;]
 552 P: [HM-]
 553 P: ja_JA-
 554 hm_HM-
 555 A: [JA?]
 556 E: [GUT-]
 557 JA-
 558 (1.0)
 559 P: ((schnalzt))
 560 oKAY; (--)

In ihrem Gesprächsbeitrag führt die Ehefrau bestimmte medizinische Begrifflichkeiten ins Gespräch ein („KREBSar:ten“, Z. 502; „GRAD der- (--) der erKRANKung“ (Z. 504, 506) bzw. „des KR[EBS-“, Z. 507), die ihr bei ihrer bisherigen Auseinandersetzung mit der Krankheit Krebs begegnet sind („hab ich mir SAgen lassen;“, Z. 503).¹¹ Diese bilden den Ausgangspunkt für einen Bedeutungsaushandlungsprozess, in dem primär der Arzt und die Ehefrau darum bemüht sind, die Bezeichnungen ihres Gegenübers mit den eigenen konzeptuellen Relevanzen und dem ihnen jeweils verfügbaren terminologischen Inventar in Einklang zu bringen. Die Bedingungen für diesen Vorgang sind von Beginn an ungünstig, vor Allem weil die Ehefrau nicht dazu kommt, ihren Beitrag zu vervollständigen und potenziell eine konkrete Frage zu formulieren, mit der die eingeführten Termini in einem spezifischeren Sinnzusammenhang hätten platziert werden können. Der gleichbleibende Tonhöhenverlauf in Z. 507 in Verbindung mit der Tatsache, dass die Ehefrau eine turnhaltende Interjektion („ÄHM-“, Z. 509) produziert, nachdem der Arzt durch sein Einatmen (Z.508) bereits eine Beanspruchung des Rederechts signalisiert hat, deuten darauf hin, dass sie ihren Beitrag fortsetzen will. Der Arzt schreitet an dieser Stelle jedoch ein. Er behandelt die Aneinanderreihung der unterschiedlichen Begriffe („KREBSar:ten“, Z. 502, „GRA:D der- (--) der erKRANKung oder de‘- (.) des KR[EBS-“, Z. 504-507) durch die Ehefrau nicht etwa als Korrektur oder Paraphrase (vgl. Kotschi 2001), sondern als separate Gesichtspunkte, auf die er nacheinander eingeht (obgleich er dies zunächst zumindest nicht explizit macht).

In einem ersten Schritt bezieht sich seine Antwort auf den Aspekt der Krebsart. Er wiederholt die Diagnose aus dem pathologischen Bericht („aDEnokarzinom;“, Z. 510), womit er

¹¹ Da die Ehefrau ihre Informationsquelle nicht spezifiziert, bleibt hier offen, ob es sich dabei um eine Person handelt oder ob sie sich auf eine Internetrecherche o. ä. beruft. In jedem Fall spricht ihre vage Bezugnahme („hab ich mir SAgen lassen;“, Z. 503) dafür, dass sie sich der Zuverlässigkeit ihrer Quelle selbst nicht absolut sicher ist (vgl. zum Thema des Einbringens von ‚zweiten Meinungen‘ durch die PatientInnen auch Imo 2016).

entsprechend des Beitrags der Ehefrau die Krebsart benennt, an der ihr Mann erkrankt ist. Zusätzliche Ausführungen bleiben allerdings aus. Aus dem fallenden Tonhöhenverlauf der ärztlichen Äußerung und der folgenden Pause (Z. 511) geht hervor, dass er diese Information soweit als hinreichend betrachtet und das Rederecht abgibt. In ihrer Reaktion fordert die Ehefrau jedoch eine genauere Erläuterung ein („und WAS::[:-]“, Z. 512), indem sie mit dem Fragewort *was* ein Bedeutungsverstehensproblem (Selting 1995) indiziert. Bei dessen Bearbeitung rekurriert der Arzt nun ebenfalls auf bereits Mitgeteiltes: Die bei der Diagnoseübermittlung gelieferte Erörterung „TYPisches beispiel, (-) eines DICKdarmkrebse;“ (Z. 073-075) wird als „STANdardtumor“ (Z. 513) bzw. als „der HÄUfigste tumor, (--) im DARMbereich“ (Z. 514, 516) reformuliert. Die anschließenden Hörersignale sowohl seitens des Patienten als auch der Ehefrau („hm_HM;“ Z. 517, 518) dienen hier dem „Ausdruck des Verstehens und der Bereitschaft zu weiterem Zuhören“ (Zifonun et al. 1997:369). Nach einer Sekunde Pause, in der der Arzt das Rederecht nicht ergreift, fügt die Ehefrau ein leises „<p>oK[E-“ (Z. 520) hinzu, mit dem sie die Behandlung der Thematik als potenziell beendet, wenn auch nicht, wie die gleichbleibende Prosodie zeigt, als vollständig zufriedenstellend abgeschlossen, ratifiziert. In seiner damit überlappenden Aussage „[über] den ich jetzt auch geSPROchen habe.“ (Z. 521) stellt der Arzt noch einmal explizit eine Verbindung zu seinen bisherigen Darlegungen her. Nach erneuter Ratifizierung des Patienten und seiner Ehefrau mittels Hörersignalen („hm_HM-“, Z. 522, 523) und dem Vergewisserungssignal des Arztes („<p>JA?>“, Z. 524) wird die Sequenz mit der Bestätigung des Patienten („JA:“, Z. 525) abgeschlossen.

Im weiteren Verlauf geht der Arzt dann auf den (Ausbreitungs-)Grad ein (Z. 526), wobei er mit dem beitragsinitialen „und“ kennzeichnet, dass nun ein neuer Gesichtspunkt behandelt wird, der hier auch explizit mit dem sequenzinitiiierenden Turn der Ehefrau in Verbindung gebracht wird („weil sies vom AUSbreitungsgrad haben-“, Z. 526). Dabei wird allerdings der von der Ehefrau verwendete Begriff des Grades vom Arzt in Form des Kompositums „AUSbreitungsgrad“ (Z. 526) aufgegriffen, welches von ihr in dieser Weise nicht benutzt wurde. Mit seiner folgenden Inferenzüberprüfung („da meinen sie SIcherlich- den strEUgrad über den KÖRper?“, Z. 527-528; vgl. Selting 1995) setzt er eine ganz bestimmte Lesart relevant; sein *candidate understanding* (Heritage 1984) ist ausschließlich am Aspekt der Ausbreitung (bzw. Streuung) orientiert. Der Reaktion der Ehefrau zufolge scheint diese das jedoch nicht als ihr primäres Anliegen identifizieren zu können: Ihr anschließendes „ja“ (Z. 529) fungiert eher als Diskursmarker (vgl. Imo 2013) denn als genuines Responsiv. In Verbindung mit dem darauffolgenden adversativen „od[er“ (Z. 529) bewirkt es eine „verarbeitungsgestützte

Umlenkung auf eine damit gewichtete Folgeäußerung“ (Hoffmann 2008:205). Die Ehefrau lenkt den Fokus um, ohne dabei die Deutung des Arztes, die Zustimmung einfordert („Sicherlich-“, Z. 527), explizit abzulehnen. Damit erfüllt ihre Äußerung sowohl gesichtswahrende Funktionen, da die Expertise des Arztes so nicht infrage gestellt wird. Gleichzeitig bleibt die Option offen, dass es doch der „strEUgrad über den KÖRper“ (Z. 528) sein könnte, der hier von Interesse ist. Dadurch äußert sich ihre Unsicherheit im Hinblick auf die relevanten medizinischen Konzepte und besonders die entsprechenden Bezeichnungen. Dies spiegelt sich auch in ihrem folgenden Alternativangebot wider: Die unvollendete Formulierung „es soll verschiedene TIEFwerte beim-“ (Z. 531) projiziert potenziell eine Gestaltschließung mit dem Verb *geben* (vgl. auch „des *gibt* verschIEdene KREBSar:ten-“, Z. 502). Damit nimmt sie zwar auch auf zuvor akquirierte Informationen Bezug, überlässt deren Validierung aber letztlich dem Arzt. Zudem äußert sich ihre Suche nach den passenden Begrifflichkeiten in der Reparatur von „die TIEfe des-“ (Z. 529) durch „verschiedene TIEFwerte beim-“ (Z. 531), wobei die Äußerung auch nach der Reparatur syntaktisch und semantisch unvollständig bleibt. Damit wird deutlich, dass sie sich zwar einzelne Fachtermini angeeignet hat, diese allerdings weder in einem Gesamtzusammenhang verorten noch situativ mit Gewissheit anwenden kann.

Der Arzt setzt daraufhin mit einer weiteren Inferenzüberprüfung nach: „da MEInen sie, (--)
poLYpen?“ (Z. 533-535). Im Vergleich zu seinem ersten Angebot zeigt sich hier, dass auch er sich seiner Interpretation weniger sicher ist. Er verzichtet darauf, seiner Annahme wie zuvor mit einem Adverb („Sicherlich-“, Z. 527) Nachdruck zu verleihen und es entsteht eine Pause vor der Vervollständigung („(--)
poLYpen?“ (Z. 534-535) seines Deutungsvorschlags. Nach einer weiteren Pause (Z. 536) setzt die Ehefrau zu einer Stellungnahme an (Z. 537), überlässt dann aber dem Arzt das Rederecht, der versucht, mit einer Erläuterung weiter Hilfestellung zu leisten: „[die mehr oder minder KRANK sind,] und in die DARMwand einwachsen.“ (Z. 538, 539). Mit dem stark fallenden Tonhöhenverlauf verleiht er seiner Deutung nun Bestimmtheit. Die Ehefrau ist jedoch weiterhin unsicher („ds kann [SEIN] ja:;“, Z. 541). Auffällig ist im Gegensatz dazu das Rückmeldeverhalten des Patienten, der während der Bedeutungsaushandlung zwischen seiner Ehefrau und dem Arzt stets bestätigend auf die Angebote und Erläuterungen des Arztes reagiert (Z. 517, 523, 530, 540, 542-544, 552-554). Dieses Patientenverhalten lässt sich in den bislang analysierten Gesprächen regelmäßig finden: Während die PatientInnen sich eher zurückhaltend und unkritisch am Gespräch beteiligen, übernehmen die Angehörigen die Rolle der kritischen Nachfragenden. Dies hängt sicherlich

mit dem eingangs erwähnten Schock der PatientInnen zusammen, ein Gesichtspunkt, der im Weiteren aufgegriffen wird.

Der letzte zögerliche Anlauf der Ehefrau, selbst noch einmal zur Spezifizierung der diskutierten Begriffe beizutragen („[dis:::-] [(ich/is)-]“, Z. 545, 546) bleibt unvollständig; mit Bezug auf sein Interpretationsangebot erklärt der Arzt „das“ (Z. 548) sei schon überschritten, „weil es schon geSTREUT hat;“ (Z. 550). Der Erkenntnisprozessmarker (Imo 2009; Heritage 1984) „ach so“ (Z. 551) der Ehefrau signalisiert, dass sie die Aussage des Arztes verstanden hat und dass ein Erkenntnisgewinn stattgefunden hat. Mit dem nachfolgenden „o[KAY;]“ (Z. 551) erkennt sie die Erläuterung des Arztes als ausreichend an und erklärt die Bearbeitung des Punktes ihrerseits als abgeschlossen. Auch der Patient nimmt eine Ratifizierung der ärztlichen Erklärung vor, indem er mehrere Hörsignale hintereinander produziert („[HM-] ja_JA-hm_HM-“, Z. 552-553). Mit dem Vergewisserungssignal („JA?“ Z. 555) des Arztes und den Bestätigungen von Ehefrau und Patient („JA-“, Z. 557; „oKAY;“, Z. 560) wird die Sequenz zu Ende geführt. Es wird mit Organisatorischem bezüglich des Therapieverlaufs fortgefahren.

5. Erste Optimierungsvorschläge

Anhand der obigen Gesprächsausschnitte lässt sich aufzeigen, mit welchen Schwierigkeiten ÄrztInnen und PatientInnen/Angehörige bei der interaktionalen Abstimmung ihrer Begriffssysteme konfrontiert sind. Es erweist sich als besondere Herausforderung, einerseits zu spezifizieren, worauf sich das Gegenüber mit bestimmten (Fach-)Termini bezieht, andererseits dem Gegenüber zu vermitteln, worauf man sich selbst bezieht, wenn die entsprechenden Termini nicht in einem weiteren konzeptuellen Zusammenhang verortet werden. Welche Schlüsse daraus im Einzelnen für das Interaktionsverhalten von ÄrztInnen und PatientInnen (sowie Angehörigen) und die Strukturierung des Gesprächs zu ziehen sind, wird im Folgenden diskutiert. Die gewonnenen Erkenntnisse dienen dabei vor allem der Generierung von Leitfragen für den weiteren Verlauf des Projekts, die in einem abschließenden Fazit zusammengefasst werden. Ebenso sind die unterbreiteten Optimierungsvorschläge als erste Annäherung zu verstehen, die während der detaillierten Analyse des Gesamtkorpus immer wieder auf die Probe gestellt und gegebenenfalls modifiziert werden.

Obgleich der Arzt bereits zu Beginn des Gesprächs den Terminus *Adenokarzinom* aus dem pathologischen Bericht zur Bezeichnung der „böartige[n] erKRANKung“ (Z. 058) des Patienten verwendet und zusätzlich das ausschlaggebende Unterscheidungskriterium zu anderen Karzinomtypen anführt („EIN- (1.2) KREBS de:r- °hh[h] von (.) DRÜsengewebe auszugehend-“, Z. 068-071), scheint der Ehefrau nicht bewusst zu sein, dass er damit auf die

Krebsart Bezug nimmt. Dies offenbart sich im Gespräch erst, nachdem sie diesen Begriff selbst relevant setzt (Z. 502). Mit ihrer Nachfrage (Z. 512) im Anschluss an die Wiederholung des Arztes (Z. 510) macht sie zudem deutlich, dass ihr die bloße Nennung des entsprechenden Fachausdrucks (*Adenokarzinom*) nicht weiterhilft. Die Erklärung, dass es sich um den „STANDARDtumor“ (Z. 513) bzw. „de[n] HÄufigste[n] tumor, (--) im DARMbereich“ (Z. 514, 516) handele, wird zwar letztlich akzeptiert, dennoch lässt sich fragen, welche Schlüsse Patient und Angehörige ohne weitere Ausführungen aus dem häufigen Auftreten des Tumors für ihre Situation ziehen können. Gerade wenn man davon ausgeht, dass es alltagsweltliche Relevanzen wie die Heilungs- bzw. Überlebenschancen, die Beeinträchtigung der Lebensqualität, Schwere und Nebenwirkungen der Therapie etc. sind, die für PatientInnen und ihre Angehörigen von primärem Interesse sind (vgl. Sator/Spranz-Fogasy 2011), empfiehlt es sich, solche allgemeinen Angaben mit Bezug auf die konkreten Auswirkungen auf das Leben der Betroffenen zu übersetzen: „Verständigung findet nur dann statt, wenn Arzt oder Patient bereit sind, sich auf die jeweilige Alltagswelt einzulassen, das gilt sowohl im Hinblick auf die Beschreibung von Empfindungen wie Schmerz als auch hinsichtlich der *Vermittlung eines Krankheitsverständnisses*“ (Lörcher 1983:104, Herv. der Autoren). Die Tatsache, dass die Explikation des Arztes kaum über seine ursprüngliche Angabe „es isn (.) TYPisches beispiel, (-) eines DICKdarmkrebse;“ (Z. 073-075) hinausgeht, kann der PatientInnenpartei zudem signalisieren, dass zum betreffenden Sachverhalt keine neuen Informationen zu gewinnen sind, sodass auf weitere Nachfragen verzichtet wird, selbst wenn die erwünschten Einsichten ausgeblieben sind. Wenn die Fragen von PatientInnen und Angehörigen sich auf Aspekte beziehen, die bereits erörtert wurden, sollten ÄrztInnen daher versuchen, den Gegenstand aus einer anderen Perspektive zu beleuchten, anstatt lediglich auf Alternativformulierungen zurückgreifen.

Des Weiteren erscheint es spätestens nach der ausdrücklichen Bezugnahme der Ehefrau auf die Krebsart ratsam, wenigstens oberflächlich auf das Typing von Tumoren einzugehen. Eine Gegenüberstellung der unterschiedlichen Krebsarten und ihrer Subtypen bietet wenngleich kein tiefgehendes Verständnis der Krankheit so zumindest einen groben Überblick und kann für Laien hilfreich sein, sich in einer unüberschaubaren und hochkomplexen Terminologie zu orientieren. Dies ist vor allem angesichts des Internets wichtig, da Betroffene dort unmittelbaren Zugang zu einer außerordentlichen Menge ungefilterter Informationen haben (vgl. Imo 2016). In jedem Fall zeigt sich, dass maximale Explizitheit geboten ist: Das Offenlegen der Tatsache, dass es sich bei einem (Adeno-)Karzinom um eine bestimmte *Krebsart* handelt, die *im*

Gegensatz zu anderen Krebsarten vom Epithel bzw. Drüsengewebe ausgeht, hätte womöglich bereits ausgereicht, um mehr Klarheit zu schaffen.¹²

Ähnliches lässt sich im Hinblick auf den Gesichtspunkt des (Ausbreitungs-)Grades festhalten. Auch die diesbezügliche Sequenz wird zwar ratifiziert, dennoch kann im Gesprächsverlauf nicht eindeutig konkretisiert werden, worauf die Ehefrau mit ihrer ursprünglichen Bezeichnung *Grad der Erkrankung/des Krebs* abzielt. Der Bericht kann hier mit dem histopathologischen *Grading* zusätzliche Informationen liefern, die mit dem Stichwort *Grad* in Verbindung gebracht werden können. Dessen ungeachtet ist die Graduierung des Tumors, wie oben ausgeführt, ein wichtiger Faktor für die Behandlungsprognose und Therapieplanung und sollte Betroffenen daher nahegebracht werden. Die Einordnung der Krankheit auf einer konkreten Skala (G1-G4) stellt einen handhabbaren Orientierungspunkt für PatientInnen und Angehörige dar und ermöglicht es ihnen, sich ein klareres Bild von der Schwere der Lage zu machen. Dies setzt natürlich voraus, dass nicht bloß fallbezogen der Differenzierungsgrad mitgeteilt wird (hier G2), sondern dass ganzheitlich das Gradingssystem und seine diagnostisch-therapeutische – aber in Verbindung damit eben auch lebensweltliche – Bedeutung ausreichend erläutert werden.¹³ Selbstverständlich kann dies nur im Gesamtkontext der verschiedenen diagnose- und behandlungsrelevanten Untersuchungsergebnisse geschehen. Der Ausbreitungsgrad bzw. der „strEUgrad über den KÖRper“ (Z. 528), der vom Arzt angesprochen wird, ist hier durchaus ausschlaggebend. Dieser wird durch das sogenannte *Staging* angegeben, für das überwiegend die TNM-Klassifikation der UICC (vgl. Wittekind/Meyer 2010) verwendet wird. Die Abkürzung *TNM* fasst die drei Kriterien zusammen, die für die Bestimmung der anatomischen Ausbreitung der Krebserkrankung entscheidend sind:¹⁴

- *T (Tumor)* bezieht sich auf die Größe und Ausdehnung des Tumors im Ursprungsorgan.
- *N (Nodes)* bezieht sich auf den Befall der regionären Lymphknoten.
- *M (Metastases)* bezieht sich auf Fernmetastasen, die über die regionären Lymphknoten hinausgehen.

¹² Offen bleibt, ob die Ehefrau mit dem Terminus *Krebsart* ursprünglich überhaupt auf den Tumortypen abzielte oder ob er nicht lediglich das Reparandum von „GRAD der- (--) der erKRANKung oder de'- (.) des KREBS“ (Z. 504-507) darstellte. Diese Option spricht allerdings umso mehr für größtmögliche Explizitheit und die Kontrastierung unterschiedlicher Begrifflichkeiten.

¹³ Vgl. auch Pomerantz/Rintel (2004), die unterschiedliche Praktiken bei der Mitteilung von Untersuchungsergebnissen (Blutdruck, Temperatur) – Angabe des genauen Werts bzw. bloße Interpretation des Werts – kontrastieren.

¹⁴ Es handelt sich im Folgenden um eine simplifizierte Darstellung. Für eine ausführlichere Beschreibung s. Wittekind/Meyer 2010; Wittekind/Tannapfel 2006.

Zu diesen Punkten wird mit Zusätzen (für T: X, 0-4; für N: X, 0-3; für M: 0-1), angegeben, wie groß die Ausdehnung ist, wobei X bedeutet, dass keine Beurteilung möglich ist und 0, dass kein Anhalt für einen Befall besteht. Mit den Ziffern 1-4 wird angezeigt, wie stark der entsprechende Befall ist. Auf dieser Grundlage kann schließlich eine Stadiengruppierung durchgeführt werden, um „bestimmte wenige Tumorstadien zu definieren, die hinsichtlich der Prognose homogen sind“ (Wittekind/Tannapfel 2006:361). Diese werden mit den römischen Ziffern I bis IV¹⁵ gekennzeichnet (vgl. Wittekind/Meyer 2010; Wittekind/Tannapfel 2006). Auf diese Weise wird der bisherige Fortschritt der Krankheit beschrieben und es können Aussagen über die Heilungsaussichten der Erkrankten getroffen werden, die für diese mehrheitlich im Zentrum des Interesses stehen dürften. Speziell angesichts der Tatsache, dass sich die Ehefrau *expressis verbis* auf den „GRAD der- (--) der erKRANKung oder de‘- (.) des KREBS“ (Z. 504-507) bezieht, erscheint eine Gegenüberstellung des histopathologischen Gradings und des Stagings im konkreten Interaktionszusammenhang besonders sinnvoll. Beide können mit dem Begriff *Grad*, der den Ausgangspunkt der eher minder erfolgreichen Bedeutungsaushandlung bildet, assoziiert werden, sodass der Ehefrau mit einer diesbezüglichen Erläuterung ein Gesamtüberblick hätte geboten werden können sowie ein Pool unterschiedlicher relevanter Konzepte, die ihr eine Präzisierung ihrer Bedeutungsintention(en) wohl erleichtert hätten.

Vor diesem Hintergrund hätten dann auch die Aspekte der „TIEfe“ (Z. 529) bzw. „TIEFwerte“ (Z. 530)¹⁶ sowie der „poLYpen? [die mehr] oder minder [KRANK sind,] und in die DARMwand einwachsen.“ (Z. 535, 538, 539) einfacher und unmissverständlich zusammengeführt werden können: Darmkrebs entsteht in der Regel aus zunächst gutartigen Geschwulsten der Darmschleimhaut – *Polypen* bzw. Adenomen. Diese können sich jedoch allmählich zu malignen Tumoren entwickeln, wenn sie beginnen, *in die Darmwand einzuwachsen*. Je *tiefer* ein Tumor in die Darmwand eindringt, d.h. je mehr Gewebeschichten er infiltriert, desto höher fallen seine Einstufung in der TNM-Klassifikation und entsprechend auch das Stadium aus. Dies betrifft die Ausdehnung im Ursprungsorgan (*T*). Beschränkt sich die Infiltration etwa auf die erste Schicht unterhalb der Schleimhaut, die Submukosa, wird der Tumor als T1 klassifiziert. Beim direkten Vordringen in benachbarte Organe oder Strukturen handelt es sich um T4. Dem entsprechen jeweils die Stadiengruppierungen I und II (vgl.

¹⁵ Eine Ausnahme bildet das sogenannte *Carcinoma in situ*, ein Tumor der noch nicht invasiv wächst. Hier wird die Ziffer 0 verwendet (vgl. Wittekind/Meyer 2010).

¹⁶ Der Begriff der Tiefe taucht auch im Zusammenhang mit der Strahlentherapie auf. Dort wird je nach *Herdtiefe* zwischen Oberflächentherapie (0-2 cm Tiefe), Halbtiefenbestrahlung (2-5 cm Tiefe) und Tiefenbestrahlung (mehr als 5 cm Tiefe) unterschieden (vgl. Erbar 2002:193f). Da für den Patienten jedoch keine Bestrahlung vorgesehen ist, ist es unwahrscheinlich, dass sich die Ehefrau darauf bezieht.

Wittekind/Meyer 2010).¹⁷ Da beim Patienten im vorliegenden Fall jedoch bereits Fernmetastasen festgestellt wurden, sind diese Stadien „schon überSCHRIITten;“ (Z. 548): „Werden (Fern-)Metastasen gefunden, spricht man in der Regel vom Tumorstadium IV“ (Wittekind/Tannapfel 2006: 361). Dass es eben diese ersten Stadien der Tumorausbreitung sind, die bereits überschritten wurden und dass dies die Bekämpfung der Krankheit wesentlich – und zwar negativ – beeinflusst, bleibt jedoch implizit. Obgleich die Ehefrau qua Erkenntnisprozessmarker („ach so“, Z. 551) anzeigt, dass sie mit dem Aspekt des ‚Überschritten-Seins‘ etwas anfangen kann, lässt der Gesprächsverlauf mit dem sukzessiven Austausch von Angebot und Gegenangebot im Hinblick auf die passenden medizinischen Begrifflichkeiten eine umfassendere Erklärung des Arztes dennoch angebracht erscheinen. Dieser Eindruck wird insgesamt durch die Unsicherheit der Ehefrau im Umgang mit den von ihr selbst eingebrachten Termini verstärkt, welche sich in ihren Redebeiträgen durch die unterschiedlichen Formen von Disfluenz (Pausen, Verzögerungen, Reparaturen) und die abschwächenden Routineformeln („hab ich mir SAgen lassen;“, Z. 503; „es soll [...]“, Z. 530; vgl. auch Lalouschek 2002b; Coulmas 1981) äußert.

Es zeigt sich somit, dass allgemeine Hintergrundinformationen nicht nur einen interpretativen Rahmen für PatientInnen und Angehörige liefern, um einzelne fallspezifische Gegebenheiten besser nachvollziehen und ihr eigenes Vorwissen ordnen zu können (vgl. Brünner 2009). Die Etablierung einer gemeinsamen konzeptuell-terminologischen Basis erweist sich – quasi *ex negativo* – besonders auch interaktionslokal als unabdingbar, um im Gespräch intersubjektive Bezugspunkte zu konstituieren (vgl. auch Deppermann 2007). Auch wenn der Arzt im Hinblick auf die Krebsart versucht, durch Wiederaufnahme des zuvor eingeführten Terminus *Adenokarzinom* und nachträgliche metasprachliche Rahmung („über] den ich jetzt auch geSPROchen habe.“, Z. 521) einen in der Interaktion vermeintlich hergestellten *common ground* (Clark 1996) zu aktivieren, erweist sich dieser als nicht umfangreich genug. Für den Aspekt des (Ausbreitungs-)Grades und die anschließend verhandelten Begriffe fehlt eine interaktionale Operationsbasis gänzlich. Eine entsprechende Grundlegung ist somit Voraussetzung dafür, dass je nach Bedarf gezielt weiter ins Detail gegangen werden kann. Der pathologische Bericht bietet dabei einen wichtigen Anlaufpunkt, seine Inhalte sind jedoch adäquat zu erläutern und mit den anderen Untersuchungsergebnissen zu verbinden.

Von fundamentaler Bedeutung ist dabei die Platzierung entsprechender Informationen im Gesprächsverlauf. Wie oben nahegelegt, kann die Bezugnahme von PatientInnen bzw.

¹⁷ Dabei werden noch Unterklassifikationen vorgenommen, auf die hier nicht eingegangen wird.

Angehörigen auf bestimmte Begriffe oder Sachverhalte ÄrztInnen einen Impuls liefern, um die relevant gesetzten Konzepte in einen umfassenden medizinischen Kontext einzuordnen und Verstehen somit zu erleichtern. Auf eine Initiative der Betroffenen zu warten, birgt jedoch die Gefahr, dass wichtige Aspekte gar nicht oder wie im vorliegenden Fall erst spät im Gespräch zur Sprache kommen. Während kaum von einer adäquaten Aufklärung die Rede sein kann, wenn eine Erörterung gewisser zentraler Gesichtspunkte und Zusammenhänge gänzlich ausbleibt, hat sich herausgestellt, dass eine zu späte Thematisierung ebenfalls kontraproduktiv sein kann: So warnen Klüber, Motsch und Spranz-Fogasy (2012: 253) in Anlehnung an Heritage et al. (2007), dass zum Gesprächsende hin „Anliegen und Fragen nicht mehr effektiv in das Gespräch einbezogen werden können und im Gesamtkontext schwach bleiben.“ Zudem drohen potenzielle Verstehensdefizite (z.B. bezüglich der Krebsart und ihrer Implikationen im weiteren Sinne), die zu einem frühen Interaktionszeitpunkt entstehen, in den weiteren Gesprächsverlauf mit hineintransportiert zu werden und Komplikationen auszulösen. Darüber hinaus fehlen unter Umständen nötige Voraussetzungen, um Zusatzinformationen prozessieren zu können. Einzelnen Themenfeldern bzw. Gesprächsphasen sollte also ausreichend Zeit gewidmet werden, bevor zum nächsten Punkt übergegangen wird. Im vorliegenden Fall betrifft dies besonders die Diagnosemitteilung/Krankheitsbeschreibung, die vergleichsweise schnell abgeschlossen wird, sodass einzelne bedeutende Gesichtspunkte, die die Beschaffenheit der Krankheit betreffen, sozusagen als *doorknob concerns* (Boyd/Heritage 2006) erst in der Endphase der Interaktion angesprochen werden. Natürlich kann nie völlig ausgeschlossen werden, dass nach Abschluss eines thematischen Abschnitts noch weitere diesbezügliche Fragen aufkommen, und dies muss auch nicht zwangsläufig dysfunktional sein. ÄrztInnen können dem jedoch vorbeugen, indem sie die grundlegendsten Konzepte zu Beginn einer Themeneinheit eigeninitiativ einführen und erklären. Nun fällt es freilich zu einem gewissen Grad in den Ermessensspielraum der jeweiligen ÄrztInnen, welche Konzepte als grundlegend zu betrachten sind, und es bleibt trotz allem eine Frage der situativen Begebenheiten und der interaktiven Aushandlung, wie umfangreich die gelieferten Basisinformationen letztendlich ausfallen (können). Die vorliegende Gesprächspassage zeigt jedoch, dass das Typing von Tumoren, das histopathologische Grading sowie das Staging unabhängig von ihrer diagnostisch-therapeutischen Relevanz von den Betroffenen mehr oder minder unmissverständlich eingefordert werden. Durch die Analyse weiterer Gesprächsdaten bietet das Projekt die Möglichkeit, zuverlässige Aussagen darüber zu treffen, welche PatientInnenanliegen rekurrent sind, um ÄrztInnen so einen Katalog mit Informationen an die Hand zu geben, die PatientInnen und Angehörigen standardmäßig mittgeteilt werden sollten.

In jedem Fall ist Betroffenen ausreichend Zeit einzuräumen, um das Mitgeteilte zu verarbeiten und unmittelbar Fragen zu stellen. Auch wenn der Arzt im hier behandelten Beispiel nach der Diagnoseübermittlung und der Ratifizierung des Patienten Pausen entstehen lässt (Z. 091, 093), die prinzipiell eine Redeübernahme durch den Patienten oder seine Ehefrau ermöglichen, stellen sie nur schwache Strategien dar, Nachfragen zu elizitieren (vgl. Klüber/Motsch/Spranz-Fogasy 2012). Explizite Aufforderungen wären hier produktiver. Dieser Punkt wird weiter unten aufgegriffen.

Auf der anderen Seite liegt es auch an den PatientInnen, sich aktiver am Gespräch zu beteiligen, ihre Anliegen anzusprechen und Verstehensprobleme aufzuzeigen. Häufig geschieht dies jedoch nur auf subtile Weise mittels unterschiedlicher Relevanzmarkierungen (vgl. Sator 2003; Sator et al. 2008) wie der bereits erwähnten Unsicherheitsmarker. Überdies lassen sich weitere Anhaltspunkte beschreiben, die auf ein unausgesprochenes Bedürfnis für genauere bzw. adressatengerechtere Erklärungen hindeuten. Zum einen ist hier das invariable Rückmeldeverhalten des Patienten zu nennen. Die durchgängige, teils durch Aufeinanderfolge mehrerer Hörersignale realisierte Bestätigung der Ausführungen des Arztes lässt vor allem in Anbetracht ihrer Gegenläufigkeit zu den weitaus weniger überzeugten Reaktionen der Ehefrau vermuten, dass sie einer verminderten Aufnahme- und Verarbeitungsfähigkeit des Patienten aufgrund der hohen psychischen Belastung geschuldet ist (vgl. Söllner/Keller 2011). Hier kann in Anlehnung an den Konvergenz-Begriff bei Zifonun et al. (1997), der im Hinblick auf die Funktionalität von Interjektionen und Responsiven verwendet wird, von einer ‚Hyper-Konvergenz‘ gesprochen werden, die quasi-mechanisch abläuft und nicht als Signal eines potenzierten Erkenntnisgewinns zu verstehen ist. Zwar sind die kognitiv-emotionalen Anforderungen an PatientInnen in derartigen Gesprächssituationen grundsätzlich sehr hoch, was die Möglichkeit einer effizienten Wissensvermittlung jedoch nicht von vornherein ausschließt. Demgemäß muss stets berücksichtigt werden, dass ÄrztInnen durch ihre Gesprächsführung die Empfänglichkeit von PatientInnen für gewisse Informationen zum Teil erheblich beeinflussen können – sowohl positiv als auch negativ. Lörcher (1983:104) bemerkt in diesem Zusammenhang: „Die Sprechhandlungen des Patienten beschränken sich also gerade dann nicht auf *mh* und *ja*, wenn der Arzt eine Beziehung zur Alltagswelt des Patienten herstellt.“ Und Bechmann (2014:68) konstatiert: „Nichtverstehen von Fachbegriffen deuten viele Patienten als eine kommunikative Unterlegenheit und nehmen sich im Gespräch zurück“ (vgl. auch Lalouschek 2002b). Daher ist es umso wichtiger, dass ÄrztInnen sich für Indikatoren für eine entsprechende Überforderung sowie potenzielle interaktionsbedingte Einflussfaktoren sensibilisieren, um angemessen damit umgehen zu können.

Die Bestätigungssignale des Patienten weisen darüber hinaus auf eine weitere Problematik hin. Sie häufen sich besonders dann, wenn der Arzt seine Aussagen mit Bestimmtheit hervorbringt (Z. 538, 539, 548, 550). Auch die Ehefrau scheint sich an dem auf diese Weise eröffneten Erwartungshorizont (*trajectory*, Sacks 1987) zu orientieren: Mit dem positiven Responsiv/Diskursmarker *ja* – einmal in beitragsinitialer („ja o[der] die TIEfe des-“, Z. 529), einmal in beitragsfinaler („ds kann [SEIN] ja:“, Z. 541) Position – passt sie ihre mehr oder weniger divergierenden Folgebeiträge den Deutungsvorschlägen des Arztes (Z. 527, 528, 538, 539) an. Dementsprechend ist von Seiten der ÄrztInnen Vorsicht geboten, wenn es darum geht, PatientInnen und Angehörige bei der Ausformulierung ihrer Anliegen zu unterstützen. Einzelne Interpretationen als besonders plausibel zu präsentieren, kann es Letzteren aufgrund des ärztlichen Expertenstatus erschweren, ihre eigenen Bedeutungsintentionen geltend zu machen, wenn diese den Angeboten der ÄrztInnen zuwiderlaufen. Die Vermittlung grundlegender Konzepte, wie oben beschrieben, wirkt hier dadurch präventiv, dass allen Interagierenden ein geteilter, interaktional etablierter Fundus an Begrifflichkeiten zu Verfügung gestellt wird. Dies macht es unwahrscheinlicher, dass auf Termini rekurriert werden muss, deren Referenten unklar sind und einer mühseligen Aushandlung bedürfen. Kommt es dennoch zu entsprechenden Aushandlungsprozessen, sollten ÄrztInnen versuchen, den suggestiven Charakter ihrer Inferenzüberprüfungen zu minimieren. Anstelle von Deklarativsatzfragen („da meinen sie SIcherlich- den streUgrad über den KÖRper?“, Z. 527, 528; „da MEInen sie, (--) [po]LYpen?“, Z. 533-535) – vor allem solchen mit fallendem Tonhöhenverlauf („[die mehr oder minder KRANK sind,] und in die DARMwand einwachsen.“, Z. 538, 539) und verstärkenden Adverbien („Sicherlich“, Z. 527) – bieten Fragen mit Verbspitzenstellung der Form *Meinen Sie damit den Streugrad über den Körper?* oder je nachdem sogar W-Fragen (*Was meinen Sie mit Grad der Erkrankung?*) neutralere Alternativen. Hier besteht die Möglichkeit, sich je nach Wissensstand und fachsprachlichem Repertoire der Betroffenen schrittweise von offeneren zu weniger offenen Fragetypen vorzuarbeiten (vgl. auch Deppermann/Spranz-Fogasy 2011 zum Einsatz unterschiedlicher Frageformate von ÄrztInnen während der Anamnese).

Anzeichen für Verunsicherung, psychische und/oder kognitive Überlastung sowie statusbedingte Zurückhaltung sind von ÄrztInnen im Gespräch also stets zu beachten. Um sicherzugehen, dass ein befriedigender und ausreichender Wissenstransfer stattfindet, ist es notwendig, klar formulierte Rückfragen zur Verständnissicherung zu stellen. Anstatt lediglich kurze Vergewisserungssignale zu produzieren (Z. 524, 555), die nur implizit und vage Verstehen überprüfen, kann es empfehlenswert sein, nach einem thematischen Abschnitt

sicherheitshalber noch einmal explizit Verständnisbekundungen hinsichtlich konkreter Sachverhalte einzufordern (etwa *Ist Ihnen das Vorgehen bei der Stadieneinteilung von Tumoren klar geworden?*; vgl. Deppermann/Schmitt 2008 zu expliziten und impliziten Verfahren der Verstehensdokumentation) und zu Nachfragen zu ermutigen (*Gibt es bezüglich des Gradings Aspekte, die unklar sind? Haben Sie bezüglich der Krebsartenklassifikation Fragen?*).¹⁸ Ebenso sollte die Relevanz der Erläuterungen aus Sicht der PatientInnen sichergestellt werden, um zu vermeiden, dass aneinander vorbeigeredet wird (*Beantwortet das Ihre Frage oder geht es Ihnen um etwas Anderes?*). Potenzielle Redundanzen sind dabei in Kauf zu nehmen. Trotz alledem ist hier noch einmal darauf hinzuweisen, dass die Verantwortung für eine erfolgreiche Wissensvermittlung nicht allein bei den ÄrztInnen liegt. Dementsprechend sollten PatientInnen und Angehörige bestätigende Hörsignale und Responsive mit Bedacht verwenden; es sollte vermieden werden, ÄrztInnen den Eindruck zu vermitteln, dass etwas verstanden wurde, was noch unklar ist bzw. dass eine Thematik abgeschlossen werden kann, obwohl noch Klärungsbedarf besteht. Ebenso liegt es an den PatientInnen (und Angehörigen) Angebote zur Nachfrage zu nutzen. Sie sollten ihre Fragen möglichst klar und vollständig formulieren und dabei deutlich machen, welche Aspekte für sie im Vordergrund stehen. Wenn ÄrztInnen zu viel Interpretationsspielraum gegeben wird, steigt die Wahrscheinlichkeit von Missverständnissen. Ein Bezug zur Alltagswelt ist, sofern erwünscht, ausdrücklich einzufordern. Obgleich die emotionale Belastung der PatientInnen die Umsetzung solcher Vorschläge natürlich erschwert, sind es nicht zuletzt die grundsätzlichen Asymmetrien, welche die Kommunikation im institutionellen Kontext kennzeichnen, sowie die mangelnde Vertrautheit von PatientInnen und Angehörigen mit entsprechenden Kommunikationssituationen, die deren Interaktionsverhalten bedingen. Daher ist eine Bewusstmachung der entsprechenden Problematik und Informierung von Laien als potenziellen Patienten durchaus sinnvoll und beispielsweise im Rahmen von sogenannten Patientenhochschulen umsetzbar.¹⁹

Ein letzter kritischer Punkt, der eines besonderen Feingefühls bedarf, betrifft die Übernahme des Rederechts durch den Arzt. Im vorliegenden Gesprächsausschnitt kommt es immer wieder zu Überlappungen der Beiträge von Arzt und Ehefrau, und der Arzt ergreift wiederholt das

¹⁸ Klüber, Motsch und Spranz-Fogasy (2012) bemerken, dass Fragen, die auf einen bestimmten Gegenstand Bezug nehmen, solchen vorzuziehen sind, die das Frageobjekt offen lassen (z.B. mit dem Pronomen *irgendwelche* formuliert). Auf Grund ihrer Unbestimmtheit lassen letztere „den Patienten mit der Menge der Informationen, die sich bis zu diesem Zeitpunkt angesammelt hat, alleine“ (Klüber/Motsch/Spranz-Fogasy 2012:254; vgl. auch Heritage et al. 2007).

¹⁹ Erste Initiativen zu einer umfassenden Schulung von PatientInnen im Rahmen von Patientenhochschulen werden etwa vom Klinikum Dortmund (<http://www.patientenhochschule-dortmund.de/>; Abruf 30.08.2016) und dem Katholischen Klinikum Essen (<http://gesundinessen.de/patientenhochschule/>; Abruf 30.08.2016) unternommen. Dort finden eine Reihe von Vorträgen und Diskussionsrunden zu den Themengebieten Gesundheit und Medizin statt, die bei erfolgreicher Teilnahme zertifiziert werden können.

Wort, bevor die Ehefrau ihre Anliegen ausformuliert hat (vgl. hierzu auch Menz/Lalouschek/Gstettner 2008). Dies kann einerseits unterstützend wirken, wenn die Ehefrau signalisiert, dass sie bei ihrer Formulierung auf Hilfestellung durch den Arzt angewiesen ist. So wird bei ihrer (elliptischen) Nachfrage „und WAS:[-]“ (Z. 512) durch die Dehnung des Frageworts deutlich, dass sie Schwierigkeiten hat, ihre Frage zu komplettieren. Der Arzt liefert an dieser Stelle eine Antwort. Ebenso ist die unvollständige Selbstreparatur „es soll verschiedene TIEFwerte beim-“ (Z. 531), in Verbindung mit der darauffolgenden Pause, als Aufforderung an den Arzt zu verstehen, die verwendeten Termini auf der Grundlage seiner Expertise angemessen auszulegen. Dem kommt der Arzt mit seiner Inferenzüberprüfung nach. An anderen Punkten in der Interaktion lässt sich jedoch fragen, ob es nicht produktiver gewesen wäre, der Ehefrau das Rederecht (länger) zu überlassen. So wurde bereits angemerkt, dass zu Beginn der Sequenz möglicherweise bessere Voraussetzungen für den Verständigungsprozess hätten geschaffen werden können, wenn die Ehefrau ihren initialen Beitrag vervollständigt und ihr Anliegen genauer spezifiziert hätte (Z. 509). Im weiteren Verlauf lassen sich zudem erfolglose Ansätze der Ehefrau verzeichnen, zu den Angeboten des Arztes Stellung zu beziehen (Z. 537, 546, 549), bei denen ebenfalls offenbleibt, inwiefern zusätzliche Ausführungen seitens der Ehefrau nicht vielleicht für die Bedeutungsaushandlung hätten erhellend sein können. Besonders in Situationen, in denen die Spezifizierung einzelner Bezugsobjekte zum kommunikativen Problem wird, ist daher vorzugsweise darauf zu achten, dass alle Beteiligten genügend Redefreiraum erhalten.

6. Fazit: Leitfragen für den weiteren Projektverlauf

Die exemplarische Analyse hat gezeigt, welche Potenziale das vorgestellte Projekt bietet, um durch die integrative Untersuchung der pathologischen Berichte und der darauf basierenden Aufklärungsgespräche Optimierungsvorschläge für die onkologische Arzt-Patienten-Interaktion zu erarbeiten. Aus den vorläufigen Erkenntnissen lassen sich nun folgende Leitfragen für den weiteren Verlauf der Studie formulieren:

- Welche PatientInnenanliegen treten mit hoher Frequenz auf? Wie fließen sie ins Gespräch ein und wie werden sie interaktiv bearbeitet?
- Welche Aspekte aus den Berichten erweisen sich in den Gesprächen als besonders relevant? Wie können sie den Betroffenen nahegebracht werden?
- Welche Begrifflichkeiten und Themenbereiche führen gehäuft zu Missverständnissen und Verstehensproblemen? Wie äußert sich dies und wie wird damit umgegangen?
- Wie zeigen PatientInnen und Angehörige Unsicherheit, Verstehensschwierigkeiten oder einen Bedarf für weitere Ausführungen an, insbesondere auf subtile Weise?

- Welche Gesprächsstruktur trägt maximal zur Verständnissicherung bei?

Darüber hinaus werden – wie bereits angekündigt – in einem nächsten Analyseschritt auch der Aufbau der Berichte und die von den PathologInnen verwendeten Formulierungsweisen in den Fokus rücken, wobei stets die Interpretationen der KlinikerInnen mit einbezogen werden, insoweit sich diese in den Aufklärungsgesprächen manifestieren.

7. Literatur

- Antos, Gerd (1996): Die Produktion schriftlicher Texte. In: Günther, Hartmut / Ludwig, Otto (Hg.), *Schrift und Schriftlichkeit*. Berlin: de Gruyter, 1527-1535.
- Antos, Gerd (2006): Wissenskommunikation. Ein neues Arbeitsfeld der Angewandten Linguistik. In: Cigada, Sara / de Pietro, Jean-François / Elmiger, Daniel / Nussbaumer, Markus (eds.), *Les enjeux sociaux de la linguistique appliquée. Actes du colloque VALS/ASLA 2004. No.83/2*. Neuchâtel: Inst. de Linguistique de l'Univ. de Neuchâtel, 77-92.
- Antos, Gerd / Hasler, Ursula / Perrin, Daniel (2011): Textoptimierung. In: Habscheid, Stephan (Hg.), *Textsorten, Handlungsmuster, Oberflächen*. Berlin: de Gruyter, 638-658.
- Bechmann, Sascha (2014): *Medizinische Kommunikation. Grundlagen der ärztlichen Gesprächsführung*. Tübingen: Francke.
- Becker-Mrotzek, Michael / Meier, Christoph (2002): Arbeitsweisen und Standardverfahren der Angewandten Diskursforschung. In: Brünner, Gisela et al. (Hg.), *Angewandte Diskursforschung (Bd. 1)*. Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung, 18-45.
- Bergmann, Jörg (1991): Konversationsanalyse. In: Flick, Uwe et al. (Hg.), *Handbuch qualitative Sozialforschung*. München: PsychologieVerlagsUnion, 213–218.
- Biere, Bernd Ulrich (1989): *Verständlich-Machen. Hermeneutische Tradition – Historische Praxis – Sprachtheoretische Begründung*. Tübingen: Niemeyer.
- Biere, Bernd Ulrich (1996): Der Einfluss der Textlinguistik auf die praktische Verständlichkeitsforschung. In: Günther, Hartmut / Otto, Ludwig (Hg.), *Schrift und Schriftlichkeit*. Berlin: de Gruyter, 859-870.
- Boyd, Elizabeth / Heritage, John (2006): Taking the History. Questioning during Comprehensive History-Taking. In: Heritage, John / Maynard, Douglas W. (eds.), *Communication in Medical Care. Interaction between Primary Care Physicians and Patients*. Cambridge: CUP, 151-184.
- Brinker, Klaus (2010): *Linguistische Textanalyse*. Berlin: Erich Schmidt Verlag.
- Brünner, Gisela (2009): Die Verständigung zwischen Arzt und Patient als Experten-Laien-Kommunikation. In: Klusen, Norbert / Fließgarten, Anja / Nebling, Thomas (Hg.), *Informiert und selbstbestimmt. Der mündige Bürger als mündiger Patient*. Baden-Baden: Nomos, 170-188.
- Brünner, Gisela / Fiehler, Reinhard / Kindt, Walther (Hg.) (2002): *Angewandte Diskursforschung*. Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung.
- Bühlig, Kristin / Durlanik, Latif / Meyer, Bernd (2000): Arzt-Patienten-Kommunikation im Krankenhaus – konstitutive Handlungseinheiten, institutionelle Handlungslinien. In: *Arbeiten zur Mehrsprachigkeit 2*, 1-32.
- Christmann, Ursula / Groeben, Norbert (1996): Die Rezeption schriftlicher Texte. In: Günther, Hartmut / Ludwig, Otto (Hg.), *Schrift und Schriftlichkeit*. Berlin: de Gruyter, 1336-1545.
- Clark, Herbert (1996): *Using Language*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Coulmas, Florian (1981): *Routine im Gespräch*. Wiesbaden: Athenaion.

- Deppermann, Arnulf (2007): Grammatik und Semantik aus gesprächsanalytischer Sicht. Berlin: de Gruyter.
- Deppermann, Arnulf (2008): Verstehen im Gespräch. In: Kämper, Heidrun / Eichinger, Ludwig M. (Hg.), Sprache – Kognition – Kultur. Berlin: de Gruyter. 245-261.
- Deppermann, Arnulf (2010): Konklusionen. Interaktives Verstehen im Schnittpunkt von Sequenzialität, Kooperation und sozialer Struktur. In: Deppermann, Arnulf / Reitemeier, Ulrich / Schmitt, Reinhold / Spranz-Fogasy, Thomas (Hg.), Verstehen in professionellen Handlungsfeldern. Tübingen: Narr, 363-384.
- Deppermann, Arnulf / Schmitt, Reinhold (2008): Verstehensdokumentationen. Zur Phänomenologie von Verstehen in der Interaktion. In: Deutsche Sprache 36, 220-245.
- Deppermann, Arnulf / Spranz-Fogasy, Thomas (2002): Kommunikationsstörungen durch den Gesprächsprozess? Zur Entstehung von Interaktionsstörungen durch zeitliche Komplexierung. In: Fiehler, Reinhard (Hg.), Verständigungsprobleme und gestörte Kommunikation. Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung, 44-62.
- Deppermann, Arnulf / Spranz-Fogasy, Thomas (2011): Doctors' Questions as Displays of Understanding. In: Communication & Medicine 8, 111-124.
- Drew, Paul / Heritage, John (1993): Talk at Work. Cambridge: CUP, 3-65.
- DUDEN. Wörterbuch medizinischer Fachbegriffe (2012): 9. Aufl. Mannheim, Zürich: Dudenverlag.
- Ehlich, Konrad (1994): Verweisungen und Kohärenz in Bedienungsanleitungen. Einige Aspekte der Verständlichkeit von Texten. In: Ehlich, Konrad / Scheiter, Susanne / Noack, Claus (Hg.), Instruktion durch Text und Diskurs. Zur Linguistik ‚Technischer Texte‘. Opladen: Westdeutscher Verlag, 116-149.
- Ehlich, Konrad / Koerfer, Armin / Redder, Angelika / Weingarten, Rüdiger. (Hg.) (1990): Medizinische und therapeutische Kommunikation. Diskursanalytische Untersuchungen. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Erbar, Paul (2002): Onkologie. Compact Lehrbuch. Pathophysiologie, Klinik und Therapie maligner Tumoren, 4. Aufl. Stuttgart: Schattauer.
- Fallowfield, Lesley / Jenkins, Valerie (2004): Communicating Sad, Bad, and Difficult News in Medicine. In: Lancet 363, 312-319.
- Fiehler, Reinhard (2002): Verständigungsprobleme und gestörte Kommunikation. Einführung in die Thematik. In: Fiehler, Reinhard (Hg.), Verständigungsprobleme und gestörte Kommunikation. Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung, 7-15.
- Fiehler, Reinhard (2009): Kommunikationstraining. In: Fix, Ulla / Gardt, Andreas / Knape, Joachim (Hg.), Rhetorik und Stilistik. Berlin: de Gruyter, 2387-2403.
- Fiehler, Reinhard / Schmitt, Reinhold (2009): Die Vermittlung kommunikativer Fähigkeiten als Kommunikation. Kommunikationstrainings als Gegenstand der Gesprächsanalyse. In: Becker-Mrotzek, Michael / Brünner, Gisela (Hg.), Analyse und Vermittlung von Gesprächskompetenz. Frankfurt/Main: Lang, 113-135.
- Göpferich, Susanne (1996a): Möglichkeiten der Optimierung von Fachtexten. In: Günther, Hartmut / Ludwig, Otto (Hg.), Schrift und Schriftlichkeit. Berlin: de Gruyter, 888-899.
- Göpferich, Susanne (1996b): Schreiben in der Technik. In: Günther, Hartmut / Ludwig, Otto (Hg.), Schrift und Schriftlichkeit. Berlin: de Gruyter, 1003-1014.
- Göpferich, Susanne (2000): Von der deskriptiven zur präskriptiven (prospektiven) Fachtextsortenlinguistik. In: Baumann, Klaus-Dieter et al. (Hg.), Sprache im Beruf. Tübingen: Narr, 83-104.
- Göpferich, Susanne (2007): Textqualität steuern mit kontrollierter Sprache: Sprachstandard oder Kontrollmechanismus? In: technische kommunikation 29, o.S.
- Göpferich, Susanne (2011): Standardisierung von Kommunikation. In: Knapp, Karlfried et al. (Hg.): Angewandte Linguistik. Ein Lehrbuch. Tübingen: Francke, 513-536.

- Göpferich, Susanne / Schmitt, Peter Axel (1996): Begriff und adressatengerechte Benennung. Die Terminologiekomponente beim Technical Writing. In: Krings, Hans P. (Hg.), *Wissenschaftliche Grundlagen der Technischen Kommunikation*. Tübingen: Narr, 369-402.
- Groeben, Norbert (1982): *Leserpsychologie. Textverständnis – Textverständlichkeit*. Münster: Aschendorff.
- Gülich, Elisabeth (1999): ‚Experten‘ und ‚Laien‘. Der Umgang mit Kompetenzunterschieden am Beispiel medizinischer Kommunikation. In: Union der Deutschen Akademien der Wissenschaften: Sächsische Akademie der Wissenschaften zu Leipzig (Hg.), ‚Werkzeug Sprache‘. Sprachpolitik, Sprachfähigkeit, Sprache und Macht. Hildesheim: Olms, 165-169.
- Gülich, Elisabeth (2007): ‚Volle Palette in Flammen‘. Zur Orientierung an vorgeformten Strukturen beim Reden über Angst. In: *Psychotherapie & Sozialwissenschaft* 1, 59-87.
- Gülich, Elisabeth / Brüner, Gisela (2002): Verfahren der Veranschaulichung in der Experten-Laien-Kommunikation. In: Brüner, Gisela / Gülich, Elisabeth (Hg.), *Krankheit verstehen. interdisziplinäre Beiträge zur Sprache in Krankheitsdarstellungen*. Bielefeld: Aisthesis, 17-93.
- Gülich, Elisabeth / Couper-Kuhlen, Elizabeth (2007): Zur Entwicklung einer Differenzierung von Angstformen im Interaktionsverlauf. Verfahren der szenischen Darstellung. In: Schmitt, Reinhold (Hg.), *Koordination: Analysen zur multimodalen Interaktion*. Tübingen: Narr, 293-337.
- Gülich, Elisabeth / Furchner, Ingrid (2002): Die Beschreibung von Unbeschreibbarem. Eine konversationsanalytische Annäherung an Gespräche mit Anfallskranken. In: Keim, Inken / Schütte, Wilfried (Hg.), *Soziale Welten und kommunikative Stile*. Tübingen: Narr, 161-186.
- Gülich, Elisabeth / Lindemann, Katrin (2010): Communicating Emotion in Doctor-Patient Interaction. In: Barth-Weingarten, Dagmar / Reber, Elisabeth / Selting, Margret (eds.), *Prosody in Interaction*. Amsterdam: Benjamins, 269-294.
- Gülich, Elisabeth / Lindemann, Katrin / Schöndienst, Martin (2010): Interaktive Formulierung von Angsterlebnissen im Arzt-Patient-Gespräch. In: Dausenschön-Gay, Ulrich / Domke, Christine / Ohlhus, Sören (Hg.), *Wissen in (Inter-)Aktion. Verfahren der Wissensgenerierung in unterschiedlichen Praxisfeldern*. Berlin: de Gruyter, 135-160.
- 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, 199-227.
- Günthner, Susanne (2006): Rhetorische Verfahren bei der Vermittlung von Panikattacken. Zur Kommunikation von Angst in informellen Gesprächskontexten. In: *Gesprächsforschung – Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion* 7, 124-151.
- Haferlach, Torsten (1994): *Das Arzt-Patient-Gespräch. Ärztliches Sprechen in Anamnese Visite und Patientenaufklärung*. München: Zuckschwerdt.
- Heinemann, Margot / Heinemann, Wolfgang (2002): *Grundlagen der Textlinguistik*. Tübingen: Niemeyer.
- Heritage, John (1984): A Change-of-state Token and Aspects of Its Sequential Placement. In: Atkinson, John M. / Heritage, John (eds.): *Structures of Social Action*. Cambridge: CUP, 299-345.
- Heritage, John / Robinson, Jeffrey / Elliott, Marc / Beckett, Megan / Wilkes, Michael (2007): Reducing Patients' Unmet Concerns in Primary Care. The Difference One Word Can Make. In: *Journal of General Internal Medicine* 22, 1429-1433.
- Hochhaus, Stephan (2004): *Der verständliche Text. Perspektiven auf die Textoptimierung. Magisterarbeit.* (URL: <http://textlinguistik.pbworks.com/w/file/105467451/textoptimierung%20hochhaus.pdf>, letzter Zugriff 7.4.2016)
- Hoffmann, Ludger (2008): Über JA. In: *Deutsche Sprache* 3, 193-219.

- Imo, Wolfgang (2009): Konstruktion oder Funktion? Erkenntnisprozessmarker („change-of-state tokens“) im Deutschen. In: Günthner, Susanne / Bückler, Jörg (Hg.): Grammatik im Gespräch. Berlin: de Gruyter, 57–86.
- Imo, Wolfgang (2013): Sprache in Interaktion. Analysemethoden und Untersuchungsfelder. Berlin: de Gruyter.
- Imo, Wolfgang (2016): Das Problem der ‚zweiten Meinung‘. Vom Umgang mit Misstrauen in Therapieplanungsgesprächen in der Onkologie. In: SpIn (Arbeitspapierreihe Sprache und Interaktion).
- Jakobs, Eva-Maria (2007): ‚Das lernt man im Beruf...‘. Schreibkompetenz für den Arbeitsplatz. In: Werlen, Erika / Tissot, Fabienne (Hg.), Sprachvermittlung in einem mehrsprachigen kommunikationsorientierten Umfeld. Hohengehren: Schneider Verlag, 27-42.
- Jakobs, Eva-Maria (2008): Unternehmenskommunikation. Arbeitsfelder, Trends und Defizite. In: Niemeyer, Susanne / Diekmannshenke, Hajo (Hg.), Profession und Kommunikation. Frankfurt/Main: Lang, 13-31.
- Jakobs, Eva-Maria / Fiehler, Reinhard / Eraßme, Denise / Kursten, Anne (2011): Industrielle Prozessmodellierung als kommunikativer Prozess. Eine Typologie zentraler Probleme. In: Gesprächsforschung – Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion 12, 223-264.
- Kindt, Walther (2002): Konzeptuelle Grundlagen einer Theorie der Verständigungsprobleme. In: Fiehler, Reinhard (Hg.), Verständigungsprobleme und gestörte Kommunikation. Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung, 17-43.
- Kindt, Walther / Rittgeroth, Yvonne (2010): Strategien der Verständigungssicherung. Zur Lösung einer universellen Aufgabe von Kommunikation. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Klemperer, David (2003): Wie Ärzte und Patienten Entscheidungen treffen. Konzepte der Arzt-Patient-Kommunikation. In: Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health. Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, i03-302. URL: bibliothek.wzb.eu/pdf/2003/i03-302.pdf, letzter Zugriff 5.4.2016, 16:07 Uhr).
- Klemperer, David (2009): Qualitätssicherung durch informierte Patienten. In: Klusen, Norbert / Fließgarten, Anja / Nebling, Thomas (Hg.), Informiert und selbstbestimmt. Der mündige Bürger als mündiger Patient. Baden-Baden: Nomos-Verlag, 139-155.
- Klüber, Maike / Motsch, Johann / Spranz-Fogasy, Thomas (2012): „wenn sie sonst jetzt zum eingriff keine fragen mehr haben dann unterschreiben (.) sie noch mal hier“. Verständigungssicherung in anästhesiologischen Aufklärungsgesprächen – Arztangebote und Patientenfragen. In: Deutsche Sprache 3, 240-268.
- Köhle, Karl / Raspe, Hans-Heinrich (Hg.) (1982): Das Gespräch während der ärztlichen Visite. München: Urban & Schwarzenberg.
- Kotschi, Thomas (2001): Formulierungspraxis als Mittel der Gesprächsaufrechterhaltung. In: Brinker, Klaus / Antos, Gerd / Heinemann, Wolfgang / Sager, Sven F. (Hg.), Text- und Gesprächslinguistik. Ein internationales Handbuch zeitgenössischer Forschung, 2. Halbband. Berlin: de Gruyter, 1340-1348.
- Lalouschek, Johanna (1995): Ärztliche Gesprächsausbildung. Eine diskursanalytische Studie zu Formen des ärztlichen Gesprächs. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Lalouschek, Johanna (2002a): Frage-Antwort-Sequenzen im ärztlichen Gespräch. In: Brüner, Gisela / Fiehler, Reinhard / Kindt, Walther (Hg.), Angewandte Diskursforschung. Grundlagen und Beispiele (Bd. 1). Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung, 155-173.
- Lalouschek, Johanna (2002b): ‚Hypertonie?‘ – oder das Gespräch mit PatientInnen als Störung ärztlichen Tuns. In: Fiehler, Reinhard (Hg.), Verständigungsprobleme und gestörte Kommunikation. Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung, 97-115.
- Lalouschek, Johanna (2002c): Ärztliche Gesprächsausbildung. Eine diskursanalytische Studie zu Formen des ärztlichen Gesprächs. Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung.

- Lalouschek, Johanna (2005): *Inszenierte Medizin*. Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung.
- Lörcher, Helgard (1983): *Gesprächsanalytische Untersuchungen zur Arzt-Patienten-Kommunikation*. Tübingen: Niemeyer.
- Menz, Florian (2000): *Selbst- und Fremdorganisation im Diskurs. Interne Kommunikation in Wirtschaftsunternehmen*. Wiesbaden: DUV.
- Menz, Florian / Lalouschek, Johanna / Gstettner, Andreas (2008): *Effiziente ärztliche Gesprächsführung. Optimierung kommunikativer Kompetenz in der ambulanten medizinischen Versorgung. Ein gesprächsanalytisches Trainingskonzept*. Wien: LIT-Verlag.
- Meyer, Bernd (2000): *Medizinische Aufklärungsgespräche. Struktur und Zwecksetzung aus diskursanalytischer Sicht*. In: *Arbeiten zur Mehrsprachigkeit* 8, 1-38.
- Möhn, Dieter (1996): *Textsorten und Wissenstransfer*. In: Günther, Hartmut / Ludwig, Otto (Hg.), *Schrift und Schriftlichkeit*. Berlin: de Gruyter, 561-574.
- Nowak, Peter / Spranz-Fogasy, Thomas (2008): *Gespräche mit Patienten. Ein alltägliches und komplexes Arbeits- und Steuerungsinstrument für Ärzte*. In: *klinikarzt* 37, 15-19.
- Pomerantz, Anita / Rintel, E. Sean (2004): *Practices for Reporting and Responding to Test Results during Medical Consultations. Enacting the Roles of Paternalism and Independent Expertise*. In: *Discourse Studies* 6, 9-26.
- Pschyrembel *Klinisches Wörterbuch* (2014): 266. aktualisierte Auflage. Berlin/Boston: de Gruyter.
- Quasthoff, Uta M. (1982): *Frageaktivitäten von Patienten in Visitengesprächen. Konversationstechnische und diskursstrukturelle Bedingungen*. In: Köhle, Karl / Raspe, Hans-Heinrich (Hg.), *Das Gespräch während der ärztlichen Visite. Empirische Untersuchungen*. München: Urban & Schwarzenberg, 70-101.
- Quasthoff, Uta M. (1990): *Das Prinzip des primären Sprechers, das Zuständigkeitsprinzip und das Verantwortungsprinzip. Zum Verhältnis von ‚Alltag‘ und ‚Institution‘ am Beispiel der Verteilung des Rederechts in Arzt-Patient-Interaktionen*. In: Ehlich, Konrad / Koerfer, Armin / Redder, Angelika / Weingarten, Rüdiger (Hg.), *Medizinische und therapeutische Kommunikation*. Opladen: Westdeutscher Verlag, 67-81.
- Redder, Angelika / Wiese, Ingrid (Hg.) (1994): *Medizinische Kommunikation. Diskurspraxis, Diskursethik, Diskursanalyse*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Rehbein, Jochen (1993): *Ärztliches Fragen*. In: Löning, Petra / Rehbein, Jochen (Hg.), *Arzt-Patienten-Kommunikation*. Berlin: de Gruyter, 311-364.
- Rehbein, Jochen / Löning, Petra (1995): *Sprachliche Verständigungsprozesse in der Arzt-Patienten-Kommunikation*. Hamburg: Hamburger Zentrum für Mehrsprachigkeit und Sprachkontakte.
- Rosumek, Silke (1990): *Sprachliche Rituale: Vertrauensbildende Maßnahmen in der Arzt-Patient-Kommunikation*. In: Ehlich, Konrad / Koerfer, Armin / Redder, Angelika / Weingarten, Rüdiger (Hg.), *Medizinische und therapeutische Kommunikation*. Opladen: Westdeutscher Verlag, 27-65.
- Sacks, Harvey (1987): *On the Preferences for Agreement and Contiguity in Sequences in Conversation*. In: Button, Graham / Lee, John R. E. (eds.): *Talk and Social Organisation*. Clevedon, Avon: Multilingual Matters, 54-69.
- Sacks, Harvey (1995): *Lectures on conversation*. Oxford: Blackwell.
- Sacks, Harvey / Schegloff, Emanuel A. (1973): *Opening up Closings*. In: *Semiotica* 8, 289-327.
- Sacks, Harvey / Schegloff, Emanuel A. / Jefferson, Gail (1974): *A Simplest Systematics for the Organization of Turn-Taking in Conversation*. In: *Language* 50, 696-735.
- Sacks, Harvey / Schegloff, Emanuel A. / Jefferson, Gail (1977): *The Preference for Self-Correction in the Organization of Repair in Conversation*. In: *Language* 53, 361-382.

- Sator, Marlene (2003): Zum Umgang mit Relevanzmarkierungen im Ärztinnen-Patientinnen-Gespräch. Eine konversationsanalytische Fallstudie eines Erstgesprächs auf der onkologischen Ambulanz. Magisterarbeit, Universität Wien.
- Sator, Marlene / Gstettner, Andreas / Hladschik-Kermer, Birgit (2008): „Seitdem mir der Arzt gesagt hat ‚Tumor‘ – Das war’s.“ Arzt-Patienten-Kommunikation an der onkologischen Ambulanz. Eine Sprachwissenschaftliche Pilotstudie zu Problemen der Verständigung. In: Wiener Klinische Wochenschrift 120, 158-170.
- Sator, Marlene / Spranz-Fogasy, Thomas (2011): Medizinische Kommunikation. In: Knapp, Karlfried et al. (Hg.), Angewandte Linguistik. Ein Lehrbuch. Tübingen: Francke, 376-393.
- Schendera, Christian F. G. (2000): Die Erforschung der Verständlichkeit von normativen Texten. Eine kritische Darstellung von Modellen, Methoden und Ergebnissen. In: Zeitschrift für Sprachwissenschaft 19, 3-33.
- Schöndienst, Martin (2001): Zur Differenzialdiagnose nächtlicher anfallsartiger Störungen. In: Akt Neurol 28, 33-36.
- Selting, Margret (1995): Prosodie im Gespräch. Aspekte einer interaktionalen Phonologie der Konversation. Tübingen: Niemeyer.
- Selting, Margret et al. (2009): Gesprächsanalytisches Transkriptionssystem 2 (GAT 2). In: Gesprächsforschung – Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion 10, 353-402.
- Sidnell, Jack / Stivers, Tanya (2013): The Handbook of Conversation Analysis. Chichester, West Sussex [u.a.] : Wiley-Blackwell.
- Söllner, Wolfgang / Keller, Monika (2011): Psychotherapie mit Krebspatienten. In: Adler, Rolf H. et al. (Hg.): Uexküll, Psychosomatische Medizin: Theoretische Modelle und klinische Praxis. München: Elsevier Urban & Fischer, 1008–1017.
- Spranz-Fogasy, Thomas (1987): Alternativen der Gesprächseröffnung im ärztlichen Gespräch. In: ZGL 15, 293-302.
- Spranz-Fogasy, Thomas (1988): Medikamente im Gespräch zwischen Arzt und Patient - Gesprächsanalysen für die Praxis. In: Deutsche Sprache 3, 240-258.
- Spranz-Fogasy, Thomas (1990): Ärztliche Kommunikation. Transfer diskursanalytischen Wissens in die Praxis. In: Ehlich, Konrad / Koerfer, Armin / Redder, Angelika / Weingarten, Rüdiger (Hg.), Medizinische und therapeutische Kommunikation. Opladen: Westdeutscher Verlag, 143-155.
- Spranz-Fogasy, Thomas (1992): Ärztliche Gesprächsführung – Inhalte und Erfahrungen gesprächsanalytisch fundierter Weiterbildung. In: Fiehler, Reinhard / Sucharowski, Wolfgang (Hg.), Kommunikationsberatung und Kommunikationstraining. Opladen: Westdeutscher Verlag, 68-78.
- Spranz-Fogasy, Thomas (2005): Kommunikatives Handeln in ärztlichen Gesprächen. In: Neises, Mechthild / Ditz, Susanne / Spranz-Fogasy, Thomas (Hg.), Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde. Ein interdisziplinärer Ansatz zur verbalen Intervention. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 17-47.
- Spranz-Fogasy, Thomas (2007): Miteinander reden – Ärzte und Patienten im Gespräch. In: Sprachreport 23, 2-9.
- Spranz-Fogasy, Thomas (2010): Verstehensdokumentation in der medizinischen Kommunikation. Fragen und Antworten im Arzt-Patient-Gespräch. In: Deppermann, Arnulf / Reitemeier, Ulrich / Schmitt, Reinhold / Spranz-Fogasy, Thomas (Hg.): Verstehen in professionellen Handlungsfeldern. Tübingen: Narr, 27-116.
- Spranz-Fogasy, Thomas / Klüber, Maike / Motsch, Johann (2012): Patientenbeteiligung im Prämedikationsgespräch. “Falls Sie jetzt keine Fragen mehr haben ...”. In: AINS 10/2012 (Zeitschrift für Anästhesiologie, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie), 656-659 .

- Spranz-Fogasy, Thomas / Lindtner, Heide (2009): Fragen und Verstehen. Wissenskonstitution im Gespräch zwischen Arzt und Patient. In: Felder, Ekkehard / Müller, Marcus (Hg.), Wissen durch Sprache. Berlin: de Gruyter, 141-169.
- ten Have, Paul (2007): Doing Conversation Analysis. London: Sage.
- Vater, Heinz (2001): Einführung in die Textlinguistik. München: Fink.
- Weis, Joachim / Härter, Martin / Schulte, Hilde / Klemperer, David (2011): Patientenorientierung in der Onkologie. Konzepte und Perspektiven im Nationalen Krebsplan. In: Der Onkologe 11, 1115-1136.
- Wittekind, Christian / Meyer, Hans-Joachim (Hg.) (2010): TNM. Klassifikation maligner Tumoren, 7. Aufl. Weinheim: Wiley-VCH.
- Wittekind, Christian / Tannapfel, Andrea (2006): Prinzipien der Pathologie in der Onkologie. In: Schmoll, Hans-Joachim / Höffken, Klaus / Possinger, Kurt (Hg.), Kompendium Internistische Onkologie. Standards in Diagnostik und Therapie. Heidelberg: Springer, 351-382.
- Zifonun, Gisela / Hoffmann, Ludger / Strecker, Bruno (1997): Grammatik der deutschen Sprache. Band 1. Berlin/New York: de Gruyter.

Anschriften der Autoren

Prof. Dr. Martin Bentz
Städtisches Klinikum Karlsruhe
Medizinische Klinik III
Moltkestraße 90
76133 Karlsruhe
martin.bentz@klinikum-karlsruhe.de

Dr. Martin Binnenhei
Städtisches Klinikum Karlsruhe
Medizinische Klinik III
Moltkestraße 90
76133 Karlsruhe
martin.binnenhei@klinikum-karlsruhe.de

Georgios Coussios, M.A.
Universität Duisburg-Essen
Institut für Germanistik
Berliner Platz 2-6
45117 Essen
georgios.coussios@uni-due.de

Dr. Juliana Gruden
Städtisches Klinikum Karlsruhe
Institut für Pathologie
Moltkestraße 90
76133 Karlsruhe
julianaanabell.gruden@klinikum-karlsruhe.de

Prof. Dr. Wolfgang Imo
Universität Duisburg-Essen
Institut für Germanistik
Berliner Platz 2-6
45117 Essen
wolfgang.imo@uni-due.de

Lisa Korte, M.A.
Universität Duisburg-Essen
Institut für Germanistik
Berliner Platz 2-6
45117 Essen
lisa.korte@uni-due.de

Prof. Dr. Thomas Rüdiger
Städtisches Klinikum Karlsruhe
Institut für Pathologie
Moltkestraße 90
76133 Karlsruhe
thomas.ruediger@klinikum-karlsruhe.de

Dr. Antonia Ruf-Dördelmann
Städtisches Klinikum Karlsruhe
Frauenklinik
Moltkestraße 90
76133 Karlsruhe
antonia.ruf-doerdelmann@klinikum-karlsruhe.de

Prof. Dr. Michael R. Schön
Städtisches Klinikum Karlsruhe
Klinik für Allgemein- und Visceralchirurgie
Moltkestraße 90
76133 Karlsruhe
michael.schoen@klinikum-karlsruhe.de

Sebastian Stier
Städtisches Klinikum Karlsruhe
Medizinische Klinik I
Moltkestraße 90
76133 Karlsruhe
sebastian.stier@klinikum-karlsruhe.de