

# „Sie müssen sich das ja vorstellen ...“ (und ich mir auch!) – Erklären und Beschreiben im ärztlichen kommunikativen Handeln<sup>1</sup> Qualitative Analyse zweier Simulationsgespräche aus dem Kölner Lehrmodul PJ-STArT-Block<sup>2</sup>

*Ortrun Kliche*

**Abstract** In this contribution I will analyse how medical students in their 5<sup>th</sup> year explain medical terms to simulated patients (SP) and which functions fulfil their inserted descriptions in the explanation process. Two simulated doctor-patient conversations selected from a corpus of 273 conversations constitute the object of my study. They were videotaped in the training module *Translating medical terminology in everyday language*, constituting part of a simulation training (PJ-STArT-Block) for medical students at Cologne University. The analysing tools employed are the functional pragmatic approach to discourse and, more specifically, the speech action patterns “explaining” and “describing” as well as aspects from conversation analysis regarding the role of the hearer. First, I will discuss how and to what extent the students’ and the SP’s general speech mode is influenced by the simulation itself. Then, I will analyse two exemplary transcribed excerpts of the exchanges, focussing primarily on the speaker. I will demonstrate that the addressees of the descriptions that introduce or interrupt an explanation are not primarily the hearers but actually the speakers themselves who need this communication phase to activate, to structure and to phrase their knowledge. In the conclusion I will recommend further linguistic research particularly on SP’s speech in simulated consultations.

**Keywords** comprehensibility of medical jargon, doctor-patient communication, explanation of medical terms, medical students, simulated patients, teaching communication skills

## 1 Hintergrund

In der Mediziner Ausbildung der Universität zu Köln ist das Institut für Geschichte und Ethik der Medizin mit der Lehre der Fachterminologie betraut und vermittelt Medizinstudierenden im ersten Semester Grundlagen zu deren Bildung und Bedeutung. Im Verlauf des weiteren Studiums sowie in Famulaturen und Praktika vertiefen die Studierenden ihre fachsprachlichen Kenntnisse und üben sich in deren Verwendung. Die Kehrseite der Beherrschung von Fachterminologie ist die (Un-)Verständlichkeit ärztlicher Sprache. Deren Bedeutung für die Arzt-Patient-Beziehung ist in Seminaren zu Kommunikation zwar punktuell Thema, aber wie (spätere) Ärzte ihren Patienten Fachtermini verständlich vermitteln können, wird nicht systematisch behandelt. Diesem Defizit zu begegnen ist Ziel des innerhalb des innovativen Lehr-

---

<sup>1</sup> Für wertvolle Hinweise und sichterweiternde Anstöße für diesen Aufsatz danke ich sehr meinem Hamburg-Germersheimer Bezug, Kristin Bührig, Bernd Meyer und Birte Pawlack, sowie der Kölner Projektleitung, Axel Karenberg und Daniel Schäfer.

<sup>2</sup> PJ-STArT-Block steht für Schlüsselkompetenz-Training und Anwendung in realitätsnahen Tagesabläufen für Medizinstudierende am Übergang ins Praktische Jahr. Vgl. Schiessl et al. 2010 sowie [www.pjstart-block.uni-koeln.de](http://www.pjstart-block.uni-koeln.de).

projekts EISBÄR<sup>3</sup>/PJ-STArT-Block angesiedelten Teilprojekts *Übersetzung von Fachsprache in Alltagssprache* des Instituts für Geschichte und Ethik der Medizin<sup>4</sup> der Universität zu Köln. In damit verbundenen Lehrmodul erhalten Studierende am Ende des 10. Semesters die Aufgabe, in einem simulierten<sup>5</sup> Gespräch einem Schauspielpatienten die Fachbegriffe aus einem Untersuchungsbefund zu erklären.

### 1.1 Das Lehrmodul *Übersetzung von Fachsprache in Alltagssprache und die Daten*

Auf der Grundlage eines authentischen MR-Befunds (Magnetresonanztomogramm der Lendenwirbelsäule) wurden ein Setting und das dazugehörige Rollenskript<sup>6</sup> entworfen, um mit Simulationspatienten (SP<sup>7</sup>) eine realitätsnahe und für alle Studierenden weitestgehend gleiche und damit vergleichbare Gesprächssituation durchspielen lassen zu können.

Die Studierenden erhalten den MR-Befund und haben ein paar Minuten Zeit, sich den Inhalt zu vergegenwärtigen. Dann gehen sie in das Patientenzimmer. Sie wissen, dass es der SP<sup>8</sup> nicht darum geht, zu erfahren, was der Befund im Sinne von Krankheitsverlauf und Therapiewahl für sie bedeutet. Darüber hat sie ein „Stationsarzt“ schon aufgeklärt. Die Studierenden gehen auch explizit noch als PJler (Medizinstudierende im Praktischen Jahr) und nicht schon als Ärzte in das Gespräch. Die Schauspielerinnen (es sind sieben verschiedene) halten sich an die im Skript so angelegte Rollenbeschreibung, wonach sie im Moment des Geschehens vor allem daran interessiert sind, die z. T. unverständlichen Wörter des Befunds im Einzelnen zu durchdringen. Insofern sind sie auch so geschult, dass sie ganz gezielt Fachbegriffe bzw. fachsprachliche Wendungen nachfragen, auf deren Erklärung sich die Studierenden konzentrieren müssen. Damit wird dieses Gespräch explizit nicht in einen übergeordneten Zweck (wie z. B. eine Befundmitteilung mit Erläuterung der Bedeutung für die Patientin) eingebettet. Das Erklären soll zum primären Handlungszweck werden.

<sup>3</sup> Projekt im Rahmen des studienbeitragsgeförderten Lehrprojekts EISBÄR/PJ-STArT-Block unter Beteiligung der folgenden Institutionen der Universität zu Köln: Medizinische Fakultät: Zentrum für Palliativmedizin (Prof. Dr. Voltz, PD Dr. Schiessl), Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie (PD Dr. Albus, Prof. Dr. Obliers, Dr. Koerfer), Institut für Pharmakologie (Prof. Dr. Herzig, PD Dr. Matthes), Studiendekanat und Kölner Interprofessionelles Skills Lab und Simulationszentrum (Prof. Dr. Dr. Lehmann, Dr. Boldt, Dr. h.c. (RUS) Stosch), Institut für Geschichte und Ethik der Medizin (Prof. Dr. Karenberg, Prof. Dr. Dr. Schäfer) und Humanwissenschaftliche Fakultät: Institut für vergleichende Bildungsforschung und Sozialwissenschaften (Prof. Dr. Allemann-Ghionda). Laufzeit: Sommersemester 2009 bis Wintersemester 2010/11.

<sup>4</sup> Das federführende Team, Axel Karenberg und Daniel Schäfer vom Institut für Geschichte und Ethik der Medizin, initiierte damit eine Kooperation mit den für diskursanalytische Arbeiten im Bereich der Arzt-Patient-Kommunikation ausgewiesenen Wissenschaftlern Kristin Bührig, Institut für Germanistik I der Universität Hamburg, und Bernd Meyer, Fachbereich 06 der Universität Mainz.

<sup>5</sup> Simulationen erhalten im Medizinstudium zunehmend mehr Bedeutung und ergänzen den Lehrstoff, z. B. an der Berliner Charité, am Universitätsklinikum Aachen, an der Ruhr-Universität Bochum, an der Universität Heidelberg. Ihre sprachwissenschaftliche Erforschung ist aber noch unterrepräsentiert (vgl. de la Croix/Skelton 2009: 695).

<sup>6</sup> Schiessl, Christine 2009: unveröffentlichtes Rollenskript für das Modul S4 des Lehrprojekts PJ-STArT-Block.

<sup>7</sup> SP wird im Folgenden für Singular und Plural (maskulin oder feminin) verwendet.

<sup>8</sup> In den erforschten Semestern spielen ausschließlich Frauen die Patientenrolle.

Die 8- bis 10-minütigen Gespräche werden videografiert. Direkt im Anschluss an das Gespräch geben die SP den Studierenden in Bezug auf Verständlichkeit Feedback, welches nicht aufgezeichnet wird. In einer ergänzenden Moduleinheit erhalten die Studierenden die Gelegenheit, in Kleingruppen Teile ihres Videos anzuschauen und ihr Vorgehen zu reflektieren.

In der Zeit vom Wintersemester 2009/10 bis zum Sommersemester 2011 wurden von der Autorin 514 Gespräche je einmal angeschaut, für das Reflexionsmodul ausgewertet und schriftlich kommentiert. Zusätzlich wurden alle Gespräche in Auszügen den Studierenden vorgeführt und mit ihnen diskutiert. Aus der dreisemestrigen Forschungsphase stehen 273 Aufzeichnungen für Forschungszwecke zur Verfügung und können fundierter analysiert werden.<sup>9</sup> 20 Videos wurden am Institut für Germanistik I der Universität Hamburg transkribiert in dem Bestreben, sich in den Transkripten den im Video sichtbaren multimodalen Vorgehensweisen der Sprecher anzunähern.

### *1.2 Beobachtung*

Bei der Betrachtung der Videos während der Semester wiederholte und intensivierte sich eine ganz bestimmte Beobachtung: Die Studierenden brechen auf ähnliche Art und Weise an bestimmten Stellen ihre Rede ab, verlassen den Erklärungsversuch und fügen eine Beschreibung ein. Anschließend schreiten sie flüssiger und sortierter im Erklärprozess voran. Es verhärtete sich außerdem der Eindruck, dass Studierende, die an der gleichen Fragestelle direkt mit Beschreibungen beginnen, leichter ans Ende ihrer Erklärung gelangen. Diese Beobachtungen sind unabhängig von den wechselnden SP. Eine typische Abbruchstelle findet sich im Anschluss an die Frage der SP nach der Bedeutung von ‚Protrusion‘<sup>10</sup> im Zusammenhang mit folgendem Satz im Befund: „In diesen beschriebenen Segmenten [LWK4/5, LWK5/SWK1<sup>11</sup>] zeigen sich zudem umlaufende Protrusionen mit Pelottierung<sup>12</sup> des Duralschlauches<sup>13</sup>“. Die Abbrüche und Wiederaufnahmen folgen einem ähnlichen Schema:

1. Übersetzung/Kurzdefinition von ‚Protrusion‘
2. Abbruch/Pause
3. Ankündigung einer Beschreibung
4. Beschreibung des anatomischen Hintergrunds (unterstützt durch Zeichnung oder Gesten)
5. Wiederaufnahme der Erklärung (z. B. mit deiktischen Verweisen auf die Zeichnung oder Wenn-dann-Konstruktionen)
6. Glatter weiterer Verlauf der Erklärsequenz.

<sup>9</sup> Am Kölner Institut für Geschichte und Ethik der Medizin entstehen zwei Dissertationen: eine quantitative zu den Vorgehensweisen der Studierenden beim Erklären und seitens der Autorin eine qualitative zu den simulierten Verstehensäußerungen der SP.

<sup>10</sup> Protrusion: Bandscheibenvorwölbung, verursacht z. B. durch Verschieben des Bandscheibenkerns, der dann den Bandscheibenfaserring auswölbt, aber nicht zerreißt. Insofern besteht ein Unterschied zum Prolaps, dem sogenannten Bandscheibenvorfall.

<sup>11</sup> Die Abkürzungen stehen für die jeweils ein Segment bildenden Lendenwirbelkörper 4 und 5 sowie Lendenwirbelkörper 5 und Sakralwirbelkörper 1.

<sup>12</sup> Pelottierung: Eindellung, Bedrängung von etwas.

<sup>13</sup> Duralschlauch: eine das Rückenmark umhüllende Hirnhaut.

### 1.3 Fragestellung und Vorhaben

Es soll der Frage nachgegangen werden, inwieweit das Vorgehen im Erklärprozess nach dem oben skizzierten Schema primär sprechermotiviert ist und weniger aus Gründen der Adressatenorientierung erfolgt. Das glattere Voranschreiten im Erklärprozess nach Einschub einer (multimodalen) Beschreibung spricht dafür, dass die Studierenden vom Beschreiben der körperlichen Gegebenheiten selbst bedeutend profitieren zur Sortierung des eigenen Wissens zum Sachverhalt.

Dazu werden aus diskurs-(und konversations-)analytischer Sicht zunächst das Erklären und das Beschreiben beleuchtet, und die Rolle der Hörer wird diskutiert. Dann erhält die Tatsache, dass es sich um Gesprächssimulationen handelt, umfassende Berücksichtigung, um abzusichern, dass das kommunikative Handeln beim Erklären der Studierenden überhaupt als solches analysiert werden kann und nicht primär Simulationsverzerrungen offenbart. In dem Zusammenhang werden die Gespräche institutionellen Kontexten zugeordnet. Anhand eines Gesprächsbeispiels wird anschließend herausgearbeitet, was bei dem oben dargestellten Erklärungsabbruch mit Insertion einer Beschreibung und anschließendem Neuanfang passiert. Zum Vergleich wird ein zweites Gesprächsbeispiel herangezogen, in dem der Studierende seine Erklärsequenz gleich mit einer Beschreibung eröffnet.

## 2 Erklären aus diskursanalytischer Sicht

Für die Reflexion bzw. die Analyse von sprachlichem Handeln ist allgemein die Methode der Diskursanalyse hilfreich, die authentische Gesprächsdaten zur Grundlage nimmt und durch wiederholtes Nachlesen bzw. Nachhören eines Gesprächs „einen erlebnishaften Nachvollzug des kommunikativen Ereignisses“ ermöglicht (Becker-Mrotzek 2001: 341). Videoaufnahmen erweitern diese Nachvollzugsdimensionen um das Nachbetrachten und erlauben eine multimodale Analyseperspektive, die authentische Kommunikation in ihrer Komplexität erfassen kann (vgl. Schmitt 2005: 23).

Hier wird zunächst die funktional-pragmatische Sprach- und Diskursanalyse nach Konrad Ehlich und Jochen Rehbein (vgl. Ehlich 1986) herangezogen, die über die sprachliche Oberfläche einer Äußerung hinausgeht und den Handlungszusammenhang sowie die Prägung sprachlichen Handelns durch institutionelle Handlungszwecke betont. Ihre Vorteile für die Untersuchung des Erklärens hat Christiane Hohenstein in ihrer 2006 veröffentlichten Dissertation ausführlich dargestellt. Sie schreibt:

Methode und Terminologie der ‚Funktionalen Pragmatik‘ [...] liefern die Mittel, ‚Erklären‘ als *sprachliches Handeln* zu betrachten, das sich nicht in einer Oberflächenerscheinung erschöpft, sondern eine analysierbare Tiefenstruktur aufweist, aufgrund derer es in einem systematischen Zusammenhang mit den Zweckstrukturen menschlichen Handelns steht. Für die Erfassung solcher Tiefenstrukturen wurde der Terminus des *sprachlichen Handlungsmusters* eingeführt. Er macht die gesellschaftlich niedergelegten Zwecke und die davon zu trennenden sprecherseitigen Handlungsziele in empirischen Sprachdaten analysierbar und auf sprachliche Konstruktionen beziehbar. (Hohenstein 2006: 118; Hervorhebungen im Original)

Beim Handlungsmuster des Erklärens wird ein als erklärungsbedürftig eingestufte(r) Gegenstand in einer analytischen Tätigkeit in wesentliche, funktionale Bestandteile zerlegt, in einer

synthetisierenden Tätigkeit unter einer abschließenden Gesamtbestimmung wieder zusammengeführt und im Hörerwissen verankert (vgl. Hohenstein 2006: 126).<sup>14</sup> Dem Muster des Erklärens liegen sequentielle Sprechsituationen zugrunde, in denen die Hörer die Sprecher, bei denen sie das entsprechende Wissen vermuten, um eine Erklärung bitten (vgl. Hohenstein 2006: 90). Der Zweck des Erklärens ist in diesem Fall ein strukturierter Wissensausbau, ein Realisieren von Erkenntnis beim Hörer (vgl. Hohenstein 2009: 40). Die Simulationsgespräche sind so konzipiert, dass weiterführende, für Arzt-Patient-Kontakte übliche Handlungszwecke, wie z. B. das Herstellen von Compliance (vgl. Hohenstein 2006: 119)<sup>15</sup>, nicht verfolgt werden. Welche institutionellen Handlungszwecke auf welche Art eine Rolle spielen, wird unter dem Aspekt der Simulation genauer besprochen.

Die Bedeutung von (Nicht-)Verstehen signalisierenden Höreraktivitäten im Erklärprozess wird in der Diskursanalyse unterschiedlich diskutiert. Nach Rehbein gehören die hörerseitigen Anschlussäußerungen, die das Verstehen einer Erklärung zum Ausdruck bringen, nicht mehr systematisch zum Handlungsmuster des Erklärens (vgl. Rehbein 1977), sondern leiten ein weiteres Handlungsmuster ein. Dem schließt sich auch Hohenstein an, charakterisiert alternativ diese Verstehensäußerungen aber auch als eine „aus dem kommunikativen Apparat heraus prozessierte *Verstehensexothese*“ (Hohenstein 2006: 122; Hervorhebung im Original). Ehlich hingegen begreift das Verstehen als komplementäre Aktivität des Hörers, als zentralen Zielpunkt des Erklärens, und schließt es in die Analyse mit ein:

Der Hörer kommt in das Verständnis des *Erklärens* so herein, dass wir die komplementäre Aktivität des Hörers bei diesem *Erklären* und für es in die Analyse mit einbeziehen. Diese Aktivität des Hörers als eine mentale ist das *Verstehen*. [...] Gerade dieses *Verstehen*, das *Verstehen* als eine mentale Aktivität des Hörers, ist nun aber der zentrale Zielpunkt des *Erklärens*. (Ehlich 2009: 16; Hervorhebungen im Original)

Die Interaktivität des Erklärens, das „in besonders hohem Maß auf interaktive Rückkoppelung(ssignale) angewiesen“ ist, hebt auch Stukenbrock hervor (Stukenbrock 2009: 162). Mit Bezug auf Goodwin beschreibt sie interaktive Praxen, durch die sich Sprecher und Hörer ständig wechselseitig konstituieren und rekonstituieren (vgl. Stukenbrock 2009: 162), wodurch eben auch der Adressat im Erklärprozess eine bedeutende Rolle einnimmt. Sich auf das in der Konversationsanalyse entwickelte Konzept des *recipient design*<sup>16</sup> beziehend, betont auch Sprechels, dass der Erklärprozess die Rückmeldung braucht: „Durch Rezipientensignale wie ‚aha‘, ‚mhm‘, ‚verstehe‘ kann die Erkläradressatin der erklärenden Person signalisieren, dass sie dem Verlauf der Erklärung folgen kann, bzw. durch Rückfragen deutlich machen, dass ein Aspekt noch nicht verstanden wurde“ (Sprechels 2009: 4). Dadurch kann wiederum die erklärende Person rezipientenorientiert nachbessern oder fortfahren. Wann eine Erklärung ausreicht, hängt mithin vom Kontext ab, „d. h. die Adäquatheitsbedingungen dafür, ob und wann eine zufrieden stellende ‚Erklärleistung‘ erbracht wurde, sind variabel“ (Stukenbrock 2009: 164). In den hier behandelten Daten werden die hörerseitigen Reaktionen aufgrund der

<sup>14</sup> Vgl. dazu ebenfalls Brünner 2011: 349, Hohenstein 2009: 40, Kotthoff 2009: 122, Rehbein 1982: 131.

<sup>15</sup> Sie zitiert aus ihrer eigenen nicht veröffentlichten Magisterarbeit von 1994: Sprachliche Prozeduren und Muster im Kontrast: Begründen und Erklären im Japanischen und Deutschen. MA-Arbeit, Germanisches Seminar, Universität Hamburg.

<sup>16</sup> Vgl. z. B. Sacks/Schegloff/Jefferson 1974; weiterführend Deppermann/Schmitt 2009.

Simulationssituation mit Vorsicht betrachtet, wie weiter unten ausgeführt wird. Zusammenfassend soll an dieser Stelle vermerkt werden, dass fast ausschließlich einfache Hörersignale die Erklärprozesse begleiten.

Nach Rehbein werden „in Erklärungen auch Beschreibungen eingelassen [...], um die einzelnen Teile in ihrer Oberfläche zu vergegenwärtigen“ – eine Handlung, die bei abwesenden Sachverhalten das Erklären ergänzt (Rehbein 1984: 88 f.). Dabei gibt „der Sprecher den Sachverhalt aus der Erinnerung, aus seinem Wissen heraus wieder“ und geht dabei am Modell, d. h. durch Nutzen von Gegenständen, Skizzen etc., vor (und/) oder anhand von sprachlichen Mitteln (Rehbein 1984: 76 f.). Er beschreibt dabei zunächst jenen Teil des Sachverhalts, „von dem er annimmt, dass der Hörer ihn am besten in seinem Vorstellungsraum ‚verankern‘ kann“ (Rehbein 1984: 78; Hervorhebung im Original). Die hier vorliegenden Daten lassen dem Beschreiben eine bedeutendere Rolle als die einer Ergänzung zukommen: Es öffnet nicht nur den Hörern, sondern auch den Sprechern den „Vorstellungsraum“ und damit den Blick auf den Sachverhalt und ist für das Erklären grundlegend. Die Häufigkeit von Beschreibungen in Erklärungen von „komplexen Zusammenhängen“ stellt auch Brünner in der Analyse von Gesundheitssendungen fest (Brünner 2011: 348 f.).

Stukenbrock beschreibt am Beispiel des Schmerzerklärens neben verbalen Vorgehensweisen auch Zeigegesten und das Demonstrieren, also das Vorführen eines Phänomens, und plädiert für eine multimodale Analyse von Erklärprozessen (Stukenbrock 2009: 163 f.). Diese ermöglicht nach Schmitt „eine systematische Erforschung des Zusammenspiels aller Ausdrucksmöglichkeiten“, um „die faktische Komplexität interaktiver Realität angemessen zu erfassen“ (Schmitt 2005: 53). In den hier vorliegenden Gesprächen setzen die Studierenden neben verbalen Äußerungen auch amplifizierende Gesten<sup>17</sup> und Zeichnungen ein; außerdem ist ihre Blickrichtung von Bedeutung, was in der Analyse zum Tragen kommt.

### 3 Das simulierte Gespräch – Chancen und Risiken

Die Gespräche des Lehrmoduls „Übertragen von Fachsprache in Alltagssprache“ des Kölner Lehrprojekts PJ-STArT-Block sind Simulationen. Unter Simulation soll eine auf authentischen Fällen beruhende, in einem Rollenskript festgehaltene Situation aus einem medizinischen Kontext verstanden werden, die Lehrzwecken dient und in der die Patienten durch geschulte (Laien-)Schauspieler ersetzt werden und Medizinstudierende bzw. Ärzte ihre (zukünftige) berufliche Rolle spielen. Damit werden Simulationen vom Rollenspiel allgemein und der Simulation authentischer Fälle nach Becker-Mrotzek/Brünner 2002 abgegrenzt. An der UK Köln greifen die Simulationen außerdem durch eine aufwendig eingerichtete Simulationsstation, die die Studierenden allein mit den SP lässt und das Beobachten durch eine verspiegelte Scheibe ermöglicht. Diese Simulationen ergänzen und erweitern die Lehre am echten Krankenbett, die bei steigenden Studierendenzahlen und kürzeren Liegezeiten der Patienten deutlich weniger Studierenden Kontakte zu Patienten erlaubt.

Diesen Vorteilen von Simulationen stehen problematische Aspekte gegenüber, die in einer Analyse berücksichtigt werden müssen. Simulierte Gespräche bergen z. B. das Risiko, dass primär Oberflächenphänomene reproduziert werden und dass ihre institutionelle Funktionalität ausgespart bleibt (vgl. Grieshaber 1994: 55), wie Grieshaber es für in Rollenspielen nachgestellte

<sup>17</sup> Zum Begriff der Amplifikation bei Gesten vgl. Bührig 2005, Scherer 1977, Scherer, K./Wallbott, H./Scherer, U. 1979.



Bewerbungsgespräche herausarbeitet. In den hier relevanten Arzt-Patient-Gesprächen wurden in der Konzeption der Simulation weitreichende institutionelle Zwecke, die ein Arzt-Patient-Kontakt mit sich bringen kann, wie z. B. bei Befundmitteilungen das Erläutern der Bedeutung für die Patienten oder bei Therapievorschlügen das Herstellen von Compliance, von vornherein ausgeschaltet. Die Medizinstudierenden sollen üben, medizinische Fachbegriffe allgemein verständlich zu erklären, und das in einem Kontext, in dem medizinische Versorgung in einem Krankenhaus räumlich und inhaltlich konstruiert wird (die Simulationen sind Teil einer auf das PJ vorbereitenden Lehrwoche, in der verschiedene Situationen im Krankenhaus nachgestellt sind), in dem die Gesprächspartnerinnen der Studierenden als Patientinnen bezeichnet werden und in dem die Studierenden selbst die Rolle von Pjlern (also von angehenden Ärzten) übernehmen. Es handelt sich also um einen konstruierten, reduzierten medizinischen Hintergrund, in dem vor allem der Aspekt des Experten-Laien-Gefälles<sup>18</sup> qua Aufgabenstellung zentral ist, auch wenn die Rolle eines noch studierenden Pjlers der Situation etwas die Schärfe nimmt.

Ein zweiter institutioneller Kontext beeinflusst auf andere Art und Weise die Simulationen: die Ausbildungssituation PJ-STArT-Block. Darin kehrt sich das Experten-Laien-Verhältnis gewissermaßen um, denn die SP, als Vertreterinnen der Lehrinstitution, haben mit zunehmenden Einsätzen medizinisches Fachwissen angehäuft und kennen die Fallstricke des Gesprächs. So äußerten einige SP, dass sie es als schwierig empfänden, bei zunehmendem Wissen über die nachgefragten Begriffe das Gegenteil zu simulieren und bei unsicheren Studierenden nicht hin und wieder Formulierungsbrücken zu liefern.<sup>19</sup> Außerdem sollen die SP den Studierenden im Anschluss an das Gespräch Feedback geben. Damit erhält der Zweck der anschließenden Beurteilung für sie eine herausragende Bedeutung, was nicht ohne Einfluss auf ihr Verhalten als Gesprächsteilnehmerinnen bleiben kann.<sup>20</sup>

Eine weitere Problematik in simulierten Erklärgesprächen entsteht auf der Hörerseite aus der Tatsache, dass Verstehen bzw. Nichtverstehen schwer zu simulieren ist, wie Rost-Roth feststellt:

Für das Vortäuschen von Nichtwissen scheinen verschiedene Formen von (,unechten') Nachfragen auch unterschiedliche Anforderungen zu stellen. Den höchsten ‚Schwierigkeitsgrad‘ stellen wohl Nachfrageformen dar, die die Koordination verschiedener Ebenen, d. h. gestischer, mimischer, intonatorischer und inhaltlich-logischer Aspekte verlangen [...]. Leichter scheint es dagegen zu sein, der Wirklichkeit in Simulationen nahe zu kommen, die sich verbal und nonverbal auf weniger komplexe Aktivitäten (wie z. B. bei der Nachfrage ‚so?‘) konzentrieren. (Rost-Roth 1994: 173; Hervorhebung im Original)

Eine erste quantitative Analyse von sieben Gesprächen mit fünf verschiedenen SP aus den PJ-STArT-Block-Erklärgesprächen hat ergeben, dass einfache Aktivitäten wie affirmative Äu-

<sup>18</sup> Zum Arzt-Patient-Gespräch als Experten-Laien-Gespräch vgl. z. B. Brünner 2009, Brünner/Gülich 2002, Laluschek/Nowak 1989, Meyer 2000, Nowak 2010.

<sup>19</sup> Gespräche mit SP am Rande der Module im WS 2010/11. Vgl. zu ungewöhnlich hohen Gesprächsanteilen von SP im Vergleich zu authentischen Gesprächen: de la Croix/Skelton 2009.

<sup>20</sup> Gespräche mit SP im WS 2011/12, die in einem anderen Teilmodul semesterlang ohne moderierende Dozenten ihren Fall spielen mussten und allein für das Feedback verantwortlich waren, ergaben, dass die Befreiung von der Hauptverantwortung für ein gutes Feedback gleichzeitig ihr Schauspiel mit befreite und sie sich tiefer in die Rolle hineinbegeben konnten.

ßerungen („hm“, „ok“, „ach so“) in der Tat einen auffallend großen Teil am Redeanteil der SP im Gesamtgespräch ausmachen können.<sup>21</sup>

Der doppelte institutionelle Hintergrund der hier untersuchten Simulationsgespräche (Arzt-Patient-Kontakt und Ausbildungssituation) sowie die Problematik des Simulierens von (Nicht-)Verstehen werfen also ein Zwielicht auf das sprachliche Handeln der SP. Dessen Einbezug in die Analyse bleibt daher marginal. Dass magere Hörerreaktionen sowie die reduzierte Arzt-Patient-Begegnung überhaupt, die vieles ausspart und nur eines, nämlich das Erklären von Fachbegriffen, übrig lässt, die Studierenden irritieren, ist ebenfalls nicht auszuschließen. Schließlich ist die Bedeutung der „interaktive[n] Konstitution ärztlicher Gespräche mit Patienten“ (Sator/Spranz-Fogasy 2011: 380)<sup>22</sup> sowie des Verstehensgeschehens vielerorts herausgearbeitet worden (vgl. z. B. Brüner 2009, Spranz-Fogasy 2010), und der aktive Einbezug der Patienten in Arzt-Patient-Gespräche, das Berücksichtigen von Hörersignalen, die interaktive Sensitivität etc. werden in der Medizinerbildung seit Langem explizit so gelehrt (vgl. z. B. Köhle et al. 2007, Silverman/Kurtz/Draper 2005). Einige Studierende fanden das Gespräch auch irgendwie künstlich oder hatten Schwierigkeiten damit, das Wissen um eine gespielte, videografierte Situation im Gespräch abzuschütteln. Andere verwiesen auf eigene Erfahrungen z. B. in Famulaturen, in denen sie von Patienten auf ähnliche Art und Weise befragt worden waren. Wieder andere akzeptierten die Aufgabe als solche, der sie sich schlicht stellten.<sup>23</sup> Bei den meisten griff, sobald die Tür sich hinter ihnen geschlossen hatte und sie allein mit der SP waren, die Simulation aber und sie führten ein umfassendes Erklärgespräch, wie die Videoaufzeichnungen belegen. Für die Analyse wurden Gespräche von einer Studentin und einem Studenten ausgesucht, die kein besonderes Unbehagen formuliert hatten und die grundsätzlich mit der Thematik vertraut waren. Außerdem wurden diese Gespräche herangezogen, weil eine professionelle Schauspielerin darin die SP spielt. Sie habe bestimmte Techniken, wie sie sich „zurück auf null“ setze; das sei auf der Bühne nicht anders, gab sie auf Nachfrage, wie sie ihr zunehmendes Wissen domestiziere, an.

#### 4 Analyse zweier Gesprächsbeispiele

Im Folgenden soll nun das Vorgehen der beiden Studierenden beim Erklären unter dem Fokus der Rolle der Beschreibung analysiert werden. Im MR-Bericht, der der SP vorliegt (die Bilder sind weder ihr noch den Studierenden zugänglich), wird zunächst beschrieben, was im Bereich Lendenwirbelkörper 4 bis Sakralwirbelkörper 1 zu sehen ist. Dann folgt der Satz: „In diesen beschriebenen Segmenten zeigen sich zudem umlaufende Protrusionen mit Pelottierung des Duralschlauches.“

In den folgenden Ausschnitten, die jeweils dem Gesprächsanfang entspringen, fragt die SP u. a. den Fachterminus *Protrusion* aus dem oben zitierten Satz ab und schickt voraus, warum sie sich isoliert auf die Fachbegriffe bezieht. Im ersten Gespräch übernimmt eine Studentin die PJler-Rolle (Transkriptkürzel A), im zweiten Gespräch ein Student (A2). Beide sind Mitte 20 und stehen am Ende des 10. Semesters kurz vor Beginn ihres PJ. Die SP hat die Kürzel P im ersten und P2 im zweiten Gespräch. Es ist dieselbe Schauspielerin. Beide Gespräche wurden aus demselben Semester ausgewählt (WS 2010/11), um einen vergleichbaren Erfahrungs- und Kenntnishintergrund der Schauspielerin zu gewährleisten.

<sup>21</sup> In zwei Gesprächen umfassten diese Äußerungen 3–5 %, in vier Gesprächen 8–13 % und in einem 29 %.

<sup>22</sup> Vgl. dazu auch Stukenbrock 2009.

<sup>23</sup> Äußerungen von Studierenden in den die Gespräche ergänzenden Reflexionseinheiten in den Forschungssemestern.



Die Transkriptionen folgen den HIAT<sup>24</sup>-Konventionen (vgl. Rehbein et al. 2004). Einige im Video sichtbare Aspekte der multimodalen Gesprächsinteraktion sind in das Transkript mit aufgenommen worden, aber nicht alle, die für die Analyse wichtig sind. Zur Ergänzung wird daher immer wieder auch das Video herangezogen.

#### 4.1 Erstes Gesprächsbeispiel: 110118\_e2

Nachdem A sich namentlich vorgestellt und den Gesprächsbedarf von P bezüglich des Befunds benannt hat, erläutert P, dass ihr die Bedeutung des Befunds bereits erklärt worden sei, dass später aber ihr Mann komme und vor allem die Fachtermini nachfrage. A kündigt an, ihr Bestes geben zu wollen, schränkt aber ein, dass sie noch P]lerin sei und u. U. nicht alles wisse. P gibt an, bis zu welchem Satz im Befund der Oberarzt ihr Begriffe schon erklärt habe. Sie liest dann den anschließenden Satz vor:

[16]

P [v]	"In diesen beschriebenen Segmenten • zeigen sich zudem umlaufende Protrusionen mit
P [k]	((deutet mit Zeige- und Mittelfinger auf entsprechende Stelle im Befund)) ((deutet mit Stift auf

[17]

A [v]	Ja, • • • o kay. ((lacht, 0,7s)) Hört es
P [v]	• Pelottierung • des Duralschlauches." Also ab "umlaufend" • • • versteh
P [k]	entsprechende Stelle im Befund))

[18]

A [sup]	steigend
A [v]	auf. Okay. Also Protrusionen sind äh Vorwölbungen. • • • Das bedeutet äh...
P [v]	ich... Ja. Von was?
A [k]	((gestikuliert)) ((malt mit

[19]

A [sup]	sehr langsam
A [v]	Vorwölbung ähm von • • • ähm • dem • Bandscheibenknorpelring sozusagen. • • Ich kann
P [v]	• • Hm´
A [k]	rechter Hand runde Kreise in die Luft)) ((legt Blatt

<sup>24</sup> Erläuterungen zu den an der Hamburger Universität erstellten Transkripten siehe Anhang.

[20]

A [sup]

A [v] Ihnen das mal/ ((unv., 1,3s)) auch mal versuchen aufzuzeichnen. ••• Wenn Sie,

P [v]

A [k] *Papier von unten nach oben)**((dreht sich mit dem Blatt*

[21]

A [v] •• ((lacht, 1,3s)) •• wenn Sie hier einen •• Wirbelkörper haben... • Und da ist der

P [v]

• Hm̃´

A [k] *in das Blickfeld von P)) ((zeichnet)*

[22]

A [sup]gedehnt leise

A [v] • nächst höhere. • Dann is hier zwischen ja •• die Bandscheibe. •• Und da drin

P [v]

• Hm̃´

A [k]

[23]

A [sup]

A [v] ist der/ sozusagen der Bandscheibenkern. ◡ Hier wäre jetzt Bauch. • Und da is der

P [v]

Hm̃´

A [k]

*((zeichnet))*

[24]

A [v] Rücken. ••• Und hier hinten läuft dann — im •• sogenannten Spinalkanal, also im

P [v]

• Hm̃´

A [k]

*((deutet mit dem Stift auf die entsprechende Stelle in ihrer Zeichnung))*

[25]

A [v]	Rückenmarkskanal — da läuft das Rückenmark entlang, beziehungsweise auf der Höhe
P [v]	Hm̃´
A [k]	((deutet auf den

[26]

A [v]	schon • nicht mehr. • • Da laufen nur noch einzelne Fasern durch. • • • So. • Ähm
A [akz]	
P [v]	(Hm̃´)
A [k]	Befund)) ((zeichnet))

[27]

A [v]	und • • • ähm nun ist es so, dass... Jetzt hab ich das schon fast so n bisschen so • •
-------	----------------------------------------------------------------------------------------

[28]

A [v]	gezeichnet. ((lacht, 0,9s)) Das wäre zum Beispiel eine Vorwölbung, ((1,3s)) ne? — Also
P [v]	• • • Okay´
A [k]	((zeichnet die Stelle in der Zeichnung nach))

[29]

A [sup]	steigend
A [v]	sagen wir mal: — Es wäre normalerweise vielleicht nur so leicht gebogen. • (Dann) ist das hier
P [v]	Hm̃´
A [k]	((zeichnet))

[30]

A [v]	• die Vorwölbung, die eben auch ähm • • dann unter Umständen — je nachdem, ob das
A [k]	((untermalt

[31]

A [v] jetzt • mittig geht, direkt gegen die Fasern oder • seitlich geht • • ähm wie in Ihrem Fall,

P [v] Ja' Ja'

A [k] anhand der Zeichnung die genannten Richtungen mit Armbewegungen)) ((deutet auf den Befund))

[32]

A [v] glaub ich eher — ähm • kann das eben auf die ähm • • Nerven, die austreten aus dem

P [v] Ja'

[33]

A [v] • Rückenmarkskanal und dann eben • verteilt werden in die Körperregionen, ähm kann das

A [k] ((gestikuliert mit den Händen den Lauf der Nerven))

[34]

A [v] da eben leicht ran drücken. ◡Und das is Protrusion, diese Vorwölbungen.

P [v] Ah okay'

A [k] ((zeichnet)) ((unterstreicht mit Intensivierung der Zeichnung))

#### 4.1.1 Analyse des ersten Gesprächsbeispiels

A leitet mit *Okay* die dreiteilige Erklärsequenz ein, die mit dem Diskursmarker *Also* beginnt. Sie nimmt sich den chronologisch ersten Fachterminus vor, der in dem von P vorgelesenen Satz vorkommt, zitiert ihn wie im Text im Plural und nennt die auf das Lateinische zurückgehende Wortbedeutung: [18]<sup>25</sup> *Protrusionen sind äh Vorwölbungen*. Ihre Stimme geht am Ende nach oben, es folgt eine kleine Pause, dann kündigt sie eine Ergänzung an. Aber bevor sie nennenswert weitermachen kann, erzwingt P mit *Von was?* einen Abbruch und signalisiert, dass die Übersetzung aus dem Lateinischen für ein Verstehen mindestens unvollständig ist. In ihrer von kreisenden Handbewegungen untermalten Antwort in [19] erweitert A zunächst die Übersetzung unter Hinzuziehung des in der Nachfrage eingeforderten Objektes, für das sie den inhaltlich ausdifferenzierten Ausdruck [19] *Bandscheibenknorpelring* findet. Die Suche danach geht aber nicht glatt vonstatten, wie die Pausen und die Verzögerungsaussagen *ähm* zeigen. Es folgen in [20/21] eine weitere Pause und die zerdehnt formulierte, das Hervorziehen eines passenden Blattes Papier begleitende Ankündigung, eine Zeichnung anzufertigen. Diese kann auch als Exothese ihrer Überlegungen zum weiteren Vorgehen bzw. ihrer Wissensaktivierung verstanden werden. Um nachzuvollziehen, was an dieser Stelle genau geschieht, muss das Video herangezogen werden. Wenn A in [18] die Erklärung beginnt, schaut sie P die ganze Zeit an, sie sitzt etwas vorgebeugt und ist P recht nah. Diesen Blickkontakt hält sie auch in der schwierigen Phase der Findung des Begriffs *Bandscheibenknorpelring*. Ihr Blick geht erst

<sup>25</sup> Die Zahlen in eckigen Klammern benennen die Partiturf lächen.

weg, als sie in [19] *Ich kann* sagt und das Blatt Papier sucht. Der Blick geht allerdings im gleichen Moment weg, in dem P ihr affirmatives, sehr leise gesprochenes *Hm* formuliert. Dieses *Hm* kommt zeitgleich mit der Blickloslösung und einen Bruchteil, bevor A mit *Ich kann* beginnt. Die Blickloslösung von A zur Hervorholung des Blatt Papiers zum Zweck des Zeichnens und Beschreibens des relevanten Wirbelsäulenabschnitts erfolgt also ohne Abwarten einer patientenseitigen Reaktion. A bringt in der zerdehnten Kurzdefinition für ‚Protrusion‘ so viele Pausen und Verzögerungen und mit *sozusagen* zusätzlich einen Abschwächer, dass in dieser Erklärphase die Entscheidung für eine Beschreibung des entsprechenden anatomischen Hintergrunds zum leichteren weiteren Vorgehen gefallen sein kann, ohne dass sie darauf wartet, ob P verstanden hat.

A dreht sich und ihre Zeichnungsunterlagen nun so zu P, dass diese die nach und nach entstehenden Zeichnungselemente sehen kann. A begleitet ihren Zeichnungsprozess mit beschreibenden Kommentierungen, die dem Tempo entsprechend verlangsamt und durch kleine Pausen getrennt sind. A zeichnet und benennt einen [21] *Wirbelkörper*, den [22] *nächst höhere[n], die Bandscheibe* und den [23] *Bandscheibenkern*. Der Knorpelring, den sie zu Beginn erwähnt hat, wird hier nicht wiederaufgenommen. Mit Nennung der Lokaladverbien *hier zwischen* und *da drin* zeigt sie auf die dazu gehörigen Zeichnungsstellen. An dieser Stelle unterbricht sie kurz die eigentliche Beschreibung und orientiert P auf der Zeichnung mit [23/24] *—Hier wäre jetzt Bauch. • Und da is der Rücken.* A bezieht in [24/25] die Umgebung für das zu erklärende Wort, nämlich das Rückenmark und seine Lage, mit ein. Mit Blick auf das im Befund erwähnte Segment, in dem die Protrusionen sichtbar sind (LWK4/SWK1), korrigiert sie sich und wird an dieser Stelle sehr genau, wenn sie das *Rückenmark* durch [26] *einzelne Fasern* ersetzt. Dieser Beschreibungsteil kommt mit *So* zum Abschluss. Dann kündigt sie den zweiten Erklärversuch an, der anhand des gezeichneten Modells erfolgen soll (die vorgeschalteten Verzögerungsaussagen *ähm* deuten darauf hin, dass der Übergang nicht ganz leicht ist): [27] *nun is es so, dass.* Sie bricht an dieser Stelle ab und bemerkt in [27/28], dass sie die Bandscheibe schon recht weit vorgewölbt eingezeichnet hat. Sie zeigt daher auf die gebogen eingezeichnete Bandscheibe, die sie mit dem Stift intensiviert, und assertiert: [28] *Das wäre zum Beispiel eine Vorwölbung [...] ne?* Dieser im Konjunktiv gehaltene Satz mit deiktischem Bezug auf die vorgewölbte Bandscheibe in der Zeichnung ist in diesem zweiten Anlauf die eigentliche Erklärung.

A scheint mit der Zeichnung nicht zufrieden zu sein und lässt direkt eine Korrektur mit einem dritten Erklärungsschritt folgen. Sie grenzt zeichnerisch und verbal die normale Ausdehnung der Bandscheibe vom vorgewölbten Stadium ab, wobei das Personalpronomen *es* auf die entsprechende Stelle der gezeichneten Bandscheibe verweist: [28/29] *—Also sagen wir mal: —Es wäre normalerweise vielleicht nur so leicht gebogen.* Nach Skizzierung dieser normalen Position der Bandscheibe folgt im Verhältnis dazu die vorgewölbte Position, auf die in ihrer Erklärungsassertion das Demonstrativpronomen *das* deiktisch verweist: [29/30] *• (Dann) is das hier • die Vorwölbung, ...* Mit einem nun folgenden Relativsatzfragment und einer Satzverschachtelung erklärt sie kurz – mit detaillierten Beschreibungsanteilen für den Weg der Nerven –, was die Konsequenz der Protrusion ist, nämlich die Einengung benachbarter Objekte [31/32/34]. Die Demonstrativpronomina *das* in [30/32/33] stellen den Bezug zum auf der Zeichnung sichtbaren vorgewölbten Teil der Bandscheibe her. Das lokaldeiktische *da* in [34] verweist ungenau auf die Nerven oder Fasern. A nimmt neben Worten und der Zeichnung noch Gesten zu Hilfe, um diese komplexen Informationen zu vermitteln. Die Komplexität entsteht nicht zuletzt dadurch, dass sie zwei Erklärungsinhalte vermischt: die prototypische ‚Pro-

trusion' und die konkreten Protrusionen und damit das Krankheitsbild von P. Damit verliert sie zwar den tatsächlichen Befund von P nicht aus den Augen, ihre Äußerungen werden jedoch unübersichtlich. Unter Wiederholung des Fachwortes (im Singular) und der einfachen Wortbedeutung (im Plural) beendet sie ihre Erklärung: [34] *Und das is Protrusion, diese Vorwölbungen*. Dabei intensiviert sie gleichzeitig die auf der Zeichnung sichtbare Wölbung der Bandscheibe mit dem Stift, worauf sie mit *diese* verweist.

Die Blickorientierung von A mit Beginn des Zeichnungsprozesses verdient wie schon im ersten Teil des Gesprächsausschnitts Beachtung, auch hierzu muss das Video herangezogen werden. Nachdem A mit Ankündigung einer Zeichnung den Blick von P abgewandt und auf die (entstehende) Zeichnung geheftet hat, lässt sie den Blick größtenteils auch dort ruhen. Nur an vier kurzen Stellen ändert sie die Blickrichtung und sieht P an: in [25] bei *Rückenmarkskanal* und in der gleichen Fläche noch einmal bei *auf der Höhe*. An diesen Stellen zeichnet A nicht, sie liefert Zusatzklärungen, im zweiten Fall unterstützt durch eine Zeigegeste auf den Befund, den P in der Hand hält. Dann gibt es noch zwei weitere Blickaufnahmen mit P in [32] *die austreten aus dem* und in [33] *und dann eben • verteilt werden in die Körperregionen*. An diesen Stellen ist sie ebenfalls nicht mit Zeichnen oder mit Zeigen auf die Zeichnung beschäftigt, sondern gestikuliert (in [32] nur angedeutet, in [33] intensiv). Außer an diesen vier kurzen Stellen blickt A P nicht mehr an. Das ist umso bemerkenswerter, als auch zentrale Momente, wie in [28] die Erklärung: *Das wäre zum Beispiel eine Vorwölbung [...] ne*, und in [34] die Schlussformel *Und das is Protrusion, diese Vorwölbungen*, mit jeweils deutlich vernehmbaren Reaktionen von P (in [28] *Okay* und in [34] *Ah okay*) ohne Blickkontakt zu P erfolgen.

Die beiden recht prononcierten Verstehensäußerungen von P in [28] und in [34], mit denen sie Erklärungen von A zustimmend quittiert, sind neben der Frage in [18] die einzigen gewichtigen Äußerungen von P. Ansonsten begleitet sie die Erklärungs- und Zeichnungsschritte von A mit wenig markierten, grundsätzlich verstehenden *Hm*'s und *Ja*'s.

#### 4.1.2 Ergebnisresümee

Nach einem verbal stark ausdifferenzierten ersten Erklärungsansatz in [19] entschließt A sich zu einer Zeichnung, in die sie die Elemente mit aufnimmt, die ihr für die Beschreibung des anatomischen Hintergrunds wesentlich erscheinen. Die beiden dann folgenden Erklärungen in [28] und [34] sind einfache Assertionen, die mit deiktischem Verweis auf die Zeichnung erfolgen, der gezeigte Sachverhalt (die Vorwölbung der Bandscheibe) wird zusätzlich aber benannt, sodass P die Verbindung von „Wort und (semiotisch abgebildeter) Wirklichkeit“ herstellen kann (Bühlig 2002: 9<sup>26</sup>). Durch die Doppelung dieses Vorgehens in [28] und [34] sorgt A zusätzlich für Nachhaltigkeit. Insgesamt handelt A, abgesehen von fehlendem Blickkontakt zu P mit Beginn der Zeichnung, recht patientenbezogen: durch die Veränderung ihrer Sitzposition, die sie mit Beginn der Zeichnung so zu P hin ändert, dass diese dem Entstehen der Skizze folgen kann, und auch, wenn sie P auf der Zeichnung durch die Nennung von Richtungsangaben orientiert. Die Beschreibung ist A dabei eine große Hilfe, wie die Tatsache, dass sie mit Blick und Stift geradezu an der Zeichnung klebt, demonstriert. Auch der Umstand, dass die letztendliche Entscheidung für die Zeichnung weitestgehend patientenunabhängig erfolgt, spricht dafür.

<sup>26</sup> Bühlig bezieht sich darin auf die ostensiven Definitionen nach Ehlich 1994.



4.2 Zweites Gesprächsbeispiel: 101130\_c2

Nachdem A2 sich namentlich und als P]ler der Station vorgestellt und den Gesprächsbedarf von P2 bezüglich des Befunds benannt hat, erläutert P2, dass ihr die Bedeutung des Befunds bereits erklärt worden sei, dass später aber ihr Mann komme und vor allem die Fachtermini nachfrage. A2 fordert sie auf, ihre Fragen zu stellen, er wolle mal sehen, was er helfen könne. P2 erläutert, welche Begriffe ihr schon erklärt wurden, und gibt dann an, wo sie im Befund mit den Fragen ansetzt:

[10]

A2 [v]	• Ja´
P2 [v]	fünfte Zeile, • • • Wo's dann heißt: "In diesen beschriebenen Segmenten • • • zeigen sich
P2 [k]	<i>((liest vor, deutet mit rechtem kleinen Finger aufentsprechende Stelle im</i>

[11]

P2 [v]	zudem umlaufende Protrusionen mit Pelottierung des Duralschlauches." • • Was sind denn
P2 [k]	<i>Befund))</i>

[12]

A2 [v]	Hm̃. Also Sie
P2 [v]	umlaufende Protrusionen? • • Was is Pelottierung? Und was ist der Duralschlauch?
A2 [k]	<i>((nickt))</i>

[13]

A2 [v]	müssen sich das ja vorstellen. Sie haben ja die Wirbelsäule • als — sagen ma — feste, ne
A2 [k]	<i>((untermalt mit linker Hand, die er in der</i>

[14]

A2 [v]	knöcherner Säule, dazwischen immer die Bandscheiben. Und die Nerven, Ihr
P2 [v]	Hm̃´
A2 [k]	<i>Luft auf und ab fährt)) ((fährt mit flacher linker Hand stufenweise nach oben))</i>

[15]

A2 [v] Rückenmark, die laufen ja in so nem, ja, Schlauch quasi, direkt dahinter. ((holt hörbar

P2 [v]

• • Hm̃´

A2 [k]

((formt Schlauch mit den Händen, bewegt Hände nach oben))

[16]

A2 [v] Luft, 0,7s)) • Und das ist dieser Duraschlauch ∪Das ist der Schlauch, der diese Nerven

P2 [v]

A2 [k]

((macht Kreisbewegungen mit rechter Hand))

[17]

A2 [sup]

*schnell*

A2 [v] umgibt. Da ist das Nervenwasser auch mit drinne.

∪Das ist also quasi eine

P2 [v]

Hm̃´

A2 [k]

((formt Schlauch mit rechter Hand, bewegt Hand nach oben)) ((untermalt mit Handgestik))

[18]

A2 [v] Schutzhülle von dem/ äh von den Nerven selber, also quasi der Nervensack. Genau. ((holt

P2 [sup]

*sehr leise*

P2 [v]

Ah ja, die Schutzhülle. Hm̃´

A2 [k]

[19]

A2 [sup]

*steigend*

A2 [v] hörbar Luft, 0,7s)) Und diese Protrusionen, das sind die Vorwölbungen der Bandscheiben.

A2 [k]

((untermalt mit Handgestik)) ((macht Vorwärtsbewegungen mit linker Hand))

[20]

A2 [v] ∪Wenn die Bandscheiben, • • wie bei so nem Bandscheibenvorfall zum Beispiel... Die

A2 [k]

((untermalt mit Handgestik))

[21]

A2 [v] Vorstufe von so nem Vorfall is, wenn die sich erstmal vorwölben, bevor die richtig

A2 [k] *((macht Vorwärtsbewegungen mit linker Hand)) ((untermalt mit Handgestik))*

[22]

A2 [v] rausbrechen. Und das nennt man Protrusionen. Die wölben sich

P2 [v] Hm̃'

Hm̃'

A2 [k] *((macht Vorwärtsbewegungen mit linker Hand))*

[23]

A2 [sup] *steigend steigend*

A2 [v] dann quasi nach hinten vor. • • Protrusion.

P2 [v] Hm̃'

A2 [k] *((schiebt Hände nach vorne))*

#### 4.2.1 Analyse des zweiten Gesprächsbeispiels

Auf die Fragen von P2 in [11/12], was *umlaufende Protrusionen*, die *Pelottierung* und der *Duralschlauch* seien, antwortet A2 in zwei Schritten. Zunächst beschreibt er aus seinem erinner- ten Wissen heraus die anatomischen Gegebenheiten. Er leitet ein mit einem hörerlenkenden Signal und einer Aufforderung an P2, die aber eher den Charakter einer Ankündigung hat, dass jetzt eine Beschreibung folgt: [12/13] *Also Sie müssen sich das ja vorstellen*. A2 verdeutlicht damit, dass eine Vorstellung der anatomischen Verhältnisse und der beteiligten Objekte die Grundlage für eine Erklärung ist. Mit dem *ja* streicht A2 sogar die Selbstverständlichkeit des Sich-vorstellen-Müssens heraus, er fragt aber nicht nach, ob und was P2 sich schon vorstellen kann. Er geht folgerichtig ohne Pause zur Beschreibung über mit dem Satz: *Sie haben ja die Wirbelsäule*, womit er (unterstützt durch ein weiteres *ja*) bei einem Minimalvorwissen von P2 anknüpft, das er als so grundlegend setzt, dass es auch da keiner Rückversicherung bedarf. Zu den wesentlichen Objekten, die den „Vorstellungsraum“ von P2 bevölkern müssen, gehören für A2 die [13/14] *Wirbelsäule als knöcherner Säule* sowie die [14] *Bandscheiben*, die er mit *dazwischen immer* lokalisiert. Seine amplifizierenden Gesten machen die Einteilung der Wirbelsäule im Ansatz durch das Stufenweise-nach-oben-Fahren mit der Hand deutlich. Wo die Bandscheiben tatsächlich liegen, nämlich zwischen Wirbelkörpern, wird durch die Gestik nur angedeutet. Mit Blick auf den Kontext, in dem ‚Protrusionen‘ nachgefragt werden, nimmt er in seine Beschreibung noch folgenden Körperbereich mit auf: [14/15] *Und die Nerven, Ihr Rückenmark, die laufen ja in so nem, ja, Schlauch quasi, direkt dahinter*. Dann beschreibt er in [16/17] das Wort ‚Duralschlauch‘<sup>27</sup> und erklärt dessen Zweck mit [18] *Schutzhülle der Nerven*.

<sup>27</sup> Im Bericht steht der Begriff ‚Duralschlauch‘. Der Student benutzt den ebenfalls gebräuchlichen Terminus ‚Duraschlauch‘.

Mit [18] *Genau*, womit A2 die leise gesprochene Echoäußerung von P2 [18] *Ah ja, die Schutzhülle* bestätigt oder auch nur exothetisch das Vorhergesagte für sich abschließt, beginnt der zweite Schritt, die eigentliche Erklärung des Begriffs ‚Protrusion‘. Sie folgt unvermittelt auf die Beschreibung des ‚Duralschlauchs‘ und wird eingeleitet durch eine Wiederholung des zu erklärenden Begriffs, den A2 wie im Text im Plural nennt, [19] *Und diese Protrusionen*. Dann folgt die Assertion *das sind die Vorwölbungen der Bandscheiben*, die eine auf den lateinischen Ursprung zurückgehende Wortübersetzung beinhaltet unter Ergänzung dessen, was sich vorwölbt – auch im Plural. Anschließend setzt er mit einer unvollendeten Wenn-(dann-)Konstruktion ‚Protrusionen‘ in Bezug zum inhaltlich verwandten, allgemein gebräuchlichen Begriff ‚Bandscheibenvorfall‘, den A2 bei P2 als bekannt voraussetzen kann<sup>28</sup>: [20] *Wenn die Bandscheiben, • • wie bei so nem Bandscheibenvorfall zum Beispiel...* A2 bricht an dieser Stelle ab und ersetzt den angedeuteten Vergleich durch unterschiedliche Stufen auf einer Heftigkeitskala [21/22] *Die Vorstufe von so nem Vorfall is, wenn die sich erstmal vorwölben, bevor die richtig rausbrechen*. Das *die* verweist dabei auf *die Bandscheiben*. Hauptinhalt dieser Erklärung ist die Verortung auf der Skala. Was genau Inhalt des durch [20] *wie* eingeleiteten Vergleichs ist, wird nicht zum Ausdruck gebracht. Zentrale Teilelemente werden nur angedeutet: Was beim Rausbrechen der Bandscheiben genau passiert, wofür die Vorwölbung dann eine Vorstufe wäre, bleibt unerklärt. Diesen zweiten Schritt der Erklärsequenz beendet A2 vorläufig mit der bekräftigenden Schlussformel [22] *Und das nennt man Protrusionen*. Dann legt er aber noch einmal nach, auch hier mit dem deiktischen Pronomen *die* im Plural für *die Bandscheiben*, was durch den direkten Anschluss an *Protrusionen* an dieser Stelle nicht leicht nachvollziehbar ist. *Die wölben sich dann quasi nach hinten vor*. Diese Äußerung bleibt mit der steigenden Intonation im letzten Wort *vor* in der Schweben. Nach einer kleinen Pause wiederholt A2 isoliert den gefragten Begriff, zum ersten Mal im prototypischen Singular [23] *Protrusion*<sup>29</sup>. Er hält dauerhaften, nur momentan unterbrochenen Blickkontakt zu P2.

P2 begleitet den eigentlichen Erklärungsteil [19] bis [23] unauffällig mit zwei affirmativen *Hm̃*'s, die gleichzeitig zum Sprechen des Studenten geäußert werden. Nur das letzte *Hm̃* in [23] erfolgt im Anschluss an das Abschlusswort des Studenten und kann als etwas deutlichere Verstehensäußerung begriffen werden.

#### 4.2.2 Ergebnisresümee

A2 beginnt sein Erklärvorhaben mit einer so banalen Beschreibung, dass der „Gang durch den Vorstellungsraum“ sehr kurz ist und P2 nicht wesentlich zur Vorstellung der anatomischen Gegebenheiten befähigt wird. Das lässt das Beschreiben als situations- und patientenunabhängigen einleitenden Teil erscheinen, in dem A2 die Objekte benennt, die er zur Erklärung braucht. Es fällt auf, dass er im Beschreibungsteil [12] bis [18] einige Verzögerungsäußerungen (z. B. zweimal *ja* beim Wortsuchen in [15] und einmal *äh* in [18]) und dreimal den Abschwächer *quasi* verwendet. In seinem Erklärungsteil, in dem er auf die genannten Objekte zurückgreifen kann, kommt er fast ohne Füllworte aus. Das spricht dafür, dass er zunächst selbst mit etwas Mühe sein erinnertes Wissen suchen, seine Gedanken ordnen und in Worte kleiden muss. Anschließend kann er mit dem Erklären ansetzen, was ihm dann leicht von der Hand

<sup>28</sup> Die Rolle ist so angelegt, dass die SP bereits einen Bandscheibenvorfall hatte.

<sup>29</sup> Die auch hier steigende Intonation ist der Tatsache geschuldet, dass er sofort die nächste Erklärung anschließt.

geht. Insofern übernimmt die Beschreibung auch für ihn eine wichtige Funktion. Die Satzcellipse wie auch inhaltlich der unvermittelte Bezug zu ‚Bandscheibenvorfall‘ werfen aber die Frage auf, ob die Beschreibung für ihn ausführlich genug war.

### 5 Schluss und Anregungen für Lehre und Forschung

Die Analyse der beiden Auszüge aus simulierten Erklärgesprächen im Arzt-Patient-Kontakt hat gezeigt, dass die Beschreibungen – als Einschub oder als Auftakt eingesetzt – für die Studierenden wichtige Funktionen zum Verfügbarmachen, Sortieren und Verständlichmachen des eigenen Wissens übernehmen und ihr anschließendes Voranschreiten im Erklärprozess erleichtern. In der Lehre kann insofern die Wichtigkeit von Beschreibungen zur Unterstützung des Erklärens betont werden. Die Umsetzung ist dann allerdings besonders in den Fokus zu rücken, wie die analysierten Beispiele zeigen, damit der Sprechernutzen mit einer angemessenen Patientenorientierung in Einklang gebracht wird: Auch eine Beschreibung muss in der Wahl und der Reihenfolge der zu beschreibenden Elemente durchdacht sein, und im Eifer des Beschreibens (und ggf. Zeichnens) darf die Patientin samt ihres Vorwissens nicht aus den Augen verloren werden.

Über die Rezeption von Erklärungen und Beschreibungen auf Hörerseite kann auf Grundlage der hier herangezogenen Daten kaum eine Aussage gemacht werden. Die in Simulationen grundsätzlich problematischen Verstehensaktivitäten unterstreichen aber die Wichtigkeit, simulierte Gespräche, die zur Lehre genutzt werden, auf der Basis fundierter gesprächsanalytischer Erkenntnisse vorzubereiten und die SP z. B. auch im Hinblick auf das Simulieren von (Nicht-)Verstehen entsprechend zu schulen. Wünschenswert wären in dem Zusammenhang Forschungsvorhaben, die Verstehensäußerungen in echten und simulierten Gesprächen einander gegenüberstellen, aber auch solche, die Verstehensaktivitäten unterschiedlicher SP (z. B. professioneller Schauspieler und Laien) miteinander vergleichen.

In Kapitel 3 ist die Problematik aufgezeigt worden, dass die Simulationssituation mit sich überlappenden unterschiedlichen institutionellen Hintergründen die Tiefenstrukturen eines Gesprächs und damit das verbale und nonverbale Geschehen beeinflussen kann. Die hier gezeigten Ausschnitte werfen hingegen zusätzlich die Frage auf, inwiefern die Studierenden trotz des besonderen, auf das Elizitieren von Erklärungen abzielenden Simulationssettings nicht doch in den ursprünglichen Zwecken ärztlichen Handelns verharren. Denn sie verstehen die abgefragten Begriffe weiterhin als Krankheitsmomente der SP, worauf die Tatsache hindeutet, dass sie ‚Protrusion‘ häufig im Plural und damit laut Befundkontext verwenden. Außerdem verfolgen sie in ihren Erklärungen eher einen ätiologischen Ansatz, wie z. B. A2, wenn er ‚Protrusion‘ als Vorstufe zum Bandscheibenvorfall bezeichnet. Das illustriert die Problematik von simulierten Gesprächen und unterstreicht die Notwendigkeit, diese stärker in der Forschung zu berücksichtigen. Immerhin werden Simulationen zunehmend in der Aus- und Fortbildung für die Kommunikation in medizinischen und anderen fachlichen Kontexten eingesetzt. •

## Literatur

- Becker-Mrotzek, Michael (2001): „Vermittlung von Diskurswissen und kommunikativen Fähigkeiten.“ *Wissens-transfer zwischen Experten und Laien: Umriss einer Transferwissenschaft*. (Transferwissenschaft 1). Hrsg. Sigurd Wichter/Gerd Antos. Frankfurt u. a.: Lang. 331–346.
- Bliesener, Thomas/Brons-Albert, Ruth, Hrsg. (1994): *Rollenspiele in Kommunikations- und Verhaltenstrainings*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Brünner, Gisela (2009): „Die Verständigung zwischen Arzt und Patient als Experten-Laien-Kommunikation.“ *Informiert und selbstbestimmt: Der mündige Bürger als mündiger Patient*. (Beiträge zum Gesundheitsmanagement 24). Hrsg. Norbert Klusen/Anja Fließgarten/Thomas Nebling. Baden-Baden: Nomos. 170–188.
- Brünner, Gisela (2011): *Gesundheit durchs Fernsehen. Linguistische Untersuchungen zur Vermittlung medizinischen Wissens und Aufklärung in Gesundheitssendungen*. Duisburg: Universitätsverlag Rhein-Ruhr.
- Brünner, Gisela/Gülich, Elisabeth (2002): „Verfahren der Veranschaulichung in der Experten-Laien-Kommunikation.“ *Krankheit verstehen*. (Interdisziplinäre Beiträge zur Sprache in Krankheitsdarstellungen). Hrsg. Gisela Brünner/Elisabeth Gülich. Bielefeld: Aisthesis. 17–94.
- Bührig, Kristin (2002): „Multimodalität“ in gedolmetschten Aufklärungsgesprächen – Graphische Abbildungen in der Wissensvermittlung. (Arbeiten zur Mehrsprachigkeit, Folge B 39). Universität Hamburg: Sonderforschungsbereich Mehrsprachigkeit.
- Bührig, Kristin (2005): „Gestik in einem inszenierten Fernsehinterview.“ *Nonverbale Kommunikation im Gespräch*. (Osnabrücker Beiträge zur Sprachtheorie 70). Hrsg. Kristin Bührig/Sven F. Sager. Osnabrück. 193–215.
- de la Croix, Anne/Skelton, John (2009): „The reality of role-play: interruptions and amount of talk in simulated consultations.“ *Medical Education* 43: 695–703.
- Ehlich, Konrad (1979): „Formen und Funktionen von ‚HM‘, eine phonologisch-pragmatische Analyse.“ *Die Partikeln der deutschen Sprache*. Hrsg. Harald Weydt. Berlin u. a.: de Gruyter. 503–517.
- Ehlich, Konrad (1986): „Funktional-pragmatische Kommunikationsanalyse – Ziele und Verfahren.“ *Untersuchungen zur Kommunikation – Ergebnisse und Perspektiven*. (Internationale Arbeitstagung in Bad Stuer, Dezember 1985). Hrsg. Wolfdietrich Hartung. Berlin: Akademie der Wissenschaften der DDR, Zentralinstitut für Sprachwissenschaft. 15–40.
- Ehlich, Konrad (2009): „Erklären verstehen – Erklären und Verstehen.“ *Erklären. Gesprächsanalytische und fachdidaktische Perspektiven*. Vogt (2009): 11–24.
- Grießhaber, Wilhelm (1994): „Unterschiede zwischen authentischen und simulierten Einstellungsgesprächen.“ Bliesener/Brons-Albert (1994): 33–90.
- Hohenstein, Christiane (2006): *Erklärendes Handeln im wissenschaftlichen Vortrag. Ein Vergleich des Deutschen mit dem Japanischen*. (Studien Deutsch 36). München: Iudicium.
- Hohenstein, Christiane (2009): „Interkulturelle Aspekte des Erklärens.“ Vogt (2009): 37–55.
- Köhle, Karl et al. (2007): *Manual zur ärztlichen Gesprächsführung und Mitteilung schwerwiegender Diagnosen*. Köln.
- Kotthoff, Helga (2009): „Erklärende Aktivitätstypen in Alltags- und Unterrichtskontexten.“ Spreckels (2009): 120–146.
- Lalouschek, Johanna/Nowak, Peter (1989): „Insider – Outsider: Die Kommunikationsbarrieren der medizinischen Fachsprache.“ *Fachsprache und Kommunikation. Experten im sprachlichen Umgang mit Laien*. Hrsg. Wolfgang U. Dressler/Ruth Wodak. Wien: Österreichischer Bundesverlag. 6–18.
- Meyer, Bernd (2000): *Medizinische Aufklärungsgespräche: Struktur und Zwecksetzung aus diskursanalytischer Sicht*. (Arbeiten zur Mehrsprachigkeit, Folge B 8). Universität Hamburg: Sonderforschungsbereich Mehrsprachigkeit.
- Nowak, Peter (2010): *Eine Systematik der Arzt-Patient-Interaktion. Systemtheoretische Grundlagen, qualitative Synthesemethodik und diskursanalytische Ergebnisse zum sprachlichen Handeln von Ärztinnen und Ärzten*. Frankfurt am Main: Lang.



- Rehbein, Jochen (1977): *Komplexes Handeln. Elemente zur Handlungstheorie der Sprache*. Stuttgart: Metzler.
- Rehbein, Jochen (1982): „Worterkklärungen türkischer Kinder.“ *Handlungsorientierung im Zweitspracherwerb von Arbeitsmigranten*. (Osnabrücker Beiträge zur Sprachtheorie 22). Hrsg. Franz Januschek/Wilfried Stölting. Osnabrück. 122–157.
- Rehbein, Jochen (1984): „Beschreiben, Berichten und Erzählen.“ *Erzählen in der Schule*. (Kommunikation und Institution 10). Hrsg. Konrad Ehlich. Tübingen: Narr. 67–124.
- Rehbein, Jochen et al. (2004): *Handbuch für das computergestützte Transkribieren nach HIAT*. (Arbeiten zur Mehrsprachigkeit, Folge B 56). Universität Hamburg: Sonderforschungsbereich Mehrsprachigkeit.
- Rost-Roth, Martina (1994): „Formen und Funktionen von Artefakten bei Nachfragen in simulierten Gesprächen.“ Bliesener/Brons-Albert (1994): 155–176.
- Sacks, Harvey/Schegloff, Emanuel/Jefferson, Gail (1974): „A Simplest Systematics for the Organisation of Turn-Taking for Conversation.“ *Language* 50: 696–735.
- Sator, Marlene/Spranz-Fogasy, Thomas (2011): „Medizinische Kommunikation.“ *Angewandte Linguistik. Ein Lehrbuch*. Hrsg. Karlfried Knapp et al. (3., komplett überarbeitete und ergänzte Auflage). Tübingen: Francke. 376–393.
- Scherer, Klaus R. (1977): „Die Funktionen des nonverbalen Verhaltens im Gespräch.“ *Gesprächsanalysen*. Hrsg. Dirk Wegner. Hamburg: Buske. 275–297.
- Scherer, Klaus R./Wallbott, Harald G./Scherer, Ursula (1979): „Methoden zur Klassifikation von Bewegungsverhalten: Ein funktionaler Ansatz.“ *Zeitschrift für Semiotik* 1: 177–192.
- Schiessl, Christine et al. (2010): *Gut vorbereitet ins PJ mit dem Kölner PJ-STARt-Block*. Vortrag auf der Jahrestagung der Gesellschaft für medizinische Ausbildung. Bochum.
- Schmitt, Reinhold (2005): „Zur multimodalen Struktur von turn-taking.“ *Gesprächsforschung – Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion* 6: 17–61.
- Silverman, Jonathan/Kurtz, Suzanne M./Draper, Juliet (2005): *Skills for Communicating with Patients*. (2nd edition) Oxford: Radcliff Medical Press.
- Spranz-Fogasy, Thomas (2010): „Verstehensdokumentation in der medizinischen Kommunikation: Fragen und Antworten im Arzt-Patient-Gespräch.“ *Verstehen in professionellen Handlungsfeldern*. (Studien zur deutschen Sprache 52). Arnulf Deppermann et al. Tübingen: Narr. 27–116.
- Spreckels, Janet, Hrsg. (2009): *Erklären im Kontext. Neue Perspektiven aus der Gesprächs- und Unterrichtsforschung*. Baltmannsweiler: Schneider Hohengehren.
- Stukenbrock, Anja (2009): „Erklären – Zeigen – Demonstrieren.“ Spreckels (2009): 160–176.
- Vogt, Rüdiger, Hrsg. (2009): *Erklären. Gesprächsanalytische und fachdidaktische Perspektiven*. Tübingen: Stauffenburg.

**Anhang: HIAT-Zeichen (vgl. Rehbein et al. 2004)**

- Hĩ Hörsersignal, Konvergenz, wie z. B. „(ein)verstanden“, ausdrückend (vgl. Ehlich 1979)
- / Reparatur bei Umplanung der Äußerungsfortsetzung
- ... Abbruch der Äußerung
- abfallende, assertive Intonation
- ca. 0,3 Sekunden Pause
  - ca. 0,6 Sekunden Pause
  - ca. 0,9 Sekunden Pause
- ⤵ schneller Anschluss