

**DIE ROLLE MEDIZINISCHER WISSENSVERMITTLUNG IN ARZT-PATIENTEN-
GESPRÄCHEN:
DIE BEDEUTUNG DES ÄRZTLICHEN CODE-WECHSELS IN
HAUSÄRZTLICHEN KONSULTATIONEN**

**THE ROLE OF MEDICAL KNOWLEDGE TRANSFER IN DOCTOR-PATIENT
INTERACTIONS: THE IMPORTANCE OF MEDICAL CODE SWITCHING IN
GENERAL PRACTITIONERS' CONSULTATIONS**

Katalin Fogarasi¹, Rita Kráncz², Renáta Halász², Anikó Hambuch²

¹*Institut für Fachsprachen, Semmelweis Universität Budapest, Ungarn*
fogarasi-nuber.katalin@semmelweis-univ.hu

²*Institut für Fachsprachen und Medizinische Kommunikation, Medizinische
Fakultät der Universität Pécs, Ungarn*

hambucha@gmail.com

rita.kranicz@aok.pte.hu

renata.halasz@aok.pte.hu

Abstract: *General practitioners frequently induce therapies based on findings presented by patients and obtained previously from specialists who performed clinical examinations on them. As any kind of medical treatment (including medication) is to be considered as bodily harm from a criminal legal perspective, seeking informed consent from the patient is prescribed by law in every case. Due to the extensive use of professional terminology in medical documentation, it is essential that patients are provided with detailed explanations of their clinical findings by their general practitioners, so that they can give their consent based on real understanding. For such reasons, however, effective code-switching is needed, requiring both terminological and communicative competencies. The present pilot study provides a terminological and conversation analytical examination of 10 general practitioner-patient conversations related to medical findings by clinical specialists, using concordancing and transcription software applications. The conversations took place in the practices of general practitioners in the countryside of Hungary, and involved mainly less-educated patients. The terminological and concordance analyses focused on the use of terms in medical documentation and during code-switching as well as on phraseological units introducing diagnosis disclosure. Conversation analytical methods were applied to find out which communicative functions can be fulfilled by switching code, and how code-switching is apparent in the interactions. The authors plan to extend the research to find practical solutions for the communication failures in order to establish the framework of the targeted education of medical students on disclosing diagnoses to patients, involving the practicing of terminological and communication skills at the same time. The results provide a basis for the elaboration of practical courses in which Hungarian and German medical students can practise diagnosis disclosure in peer groups.*

Keywords: medical terminology; phraseological units; code-switching; professional language use; disclosing diagnoses; conversation analysis

1. Einführung

Ärztinnen und Ärzte müssen einerseits die griechisch-lateinische medizinische Terminologie beherrschen, andererseits aber die Fachausdrücke der Alltagssprache einsetzen können, wenn sie mit Patienten im Gespräch sind. Ein wesentliches Element des effektiven Austausches zwischen Arzt und Patient ist der richtige Einsatz des Wechsels zwischen diesen Sprachen durch die behandelnden Ärztinnen und Ärzte.

Im Rahmen einer Pilotstudie soll der ärztliche Code- oder Sprachwechsel in ungarischen Hausarztpraxen im Falle der Erklärung von klinischen Befunden analysiert werden. In einer Vergleichsanalyse werden einerseits sowohl die Befunde als auch die Transkriptionen der Arzt-Patienten-Gespräche aus terminologischer Sicht, andererseits die Arzt-Patienten-Dialoge aus einer gesprächsanalytisch-funktionalen Betrachtungsweise untersucht.

In diesem Beitrag wird auf die rechtlichen Aspekte und dadurch die Bedeutung der Wissensvermittlung in den Arzt-Patienten-Konsultationen hingewiesen und die ersten Ergebnisse einer Pilotstudie zur Patientenaufklärung in einer hausärztlichen Praxis bekannt gegeben. An der Medizinischen Fakultät der Universität Pécs wurde im Jahre 2019 ein Pilotkurs ins Leben gerufen, in dem deutsche und ungarische Studierende der Medizin aus höheren Semestern im Rahmen einer Peergroup den Codewechsel an ungarisch- und deutschsprachigen Schauspielpatienten üben können. Die gegenwärtige Studie dient der Analyse der Diagnosemittlung zuerst in der ungarischen Praxis sowie der gültigen rechtlichen Grundlagen in beiden Ländern.

2. Rechtlicher Hintergrund der Patientenaufklärung

Strafrechtlich gesehen gilt jede medizinische Behandlung (sowohl instrumentelle Untersuchungen oder Eingriffe als auch medikamentöse Therapien) als Körperverletzung (§ 223 ff. StGB). Durch die Einwilligung des Patienten/der Patientin ist diese aber nicht rechtswidrig (§ 34 StGB; Jansen, 2019). Ohne die Einwilligung des Patienten/der Patientin wird der Tatbestand einer Körperverletzung jedoch erfüllt (Jobbágyi, 2013). Im Falle einwilligungsunfähiger Patienten wird die Einwilligung von dem dazu Berechtigten abgegeben, oder bei unaufschiebbaren Maßnahmen kann die Maßnahme auch ohne die Einwilligung durchgeführt werden, „wenn sie dem mutmaßlichen Willen des Patienten entspricht“ (Pramann, 2017).

Im Bürgerlichen Gesetzbuch sind weiterhin die Verpflichtungen des Arztes zur Patientenaufklärung im Sinne eines Behandlungsvertrages (§§ 630 a ff. BGB) festgelegt, in dem 2013 die Arzt-Patienten-Beziehung auf eine gesetzliche Grundlage gestellt wurde (Pramann, 2017). In Ungarn galt bis zu den 1990-er Jahren eine sogenannte paternalistische Auffassung der Arzt-Patienten-Beziehung, die in dem Verhältnis zwischen Behandelndem und Behandeltem eine Über- und Unterordnung voraussetzte und keine expliziten Patientenrechte

formulierte (Jobbágyi, 2013a). Das ungarische Gesundheitsgesetz von 1997 erhebt die Arzt-Patienten-Beziehung auch auf eine bürgerlich-rechtliche Ebene und betont die Autonomie sowie die Gleichberechtigung der Parteien (Jobbágyi, 2013b). Es bestimmt weiterhin, dass zwischen Behandelndem und Behandeltem ein bürgerlich-rechtlicher Vertrag besteht (Jobbágyi, 2013b).

Nach dem bürgerlichen Gesetz ist der Behandelnde verpflichtet, „vor einer medizinischen Maßnahme die Einwilligung des Patienten nach Aufklärung einzuholen“ (§ 630 d BGB zitiert von Pramann 2017 sowie Ung. GG von 1997. CLIV. tv. 5.§ (32)). Gemäß dieser Verpflichtungen muss der Arzt den Patienten u.a. über „Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der Maßnahme sowie ihre Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten im Hinblick auf Diagnose oder Therapie“ (Pramann, 2017) aufklären.

Die Aufklärung muss nach dem deutschen Gesetzgeber mündlich und rechtzeitig erfolgen (BGB 670e (2) 1 und 2.), sie soll in beiden Ländern für den Patienten verständlich sein (Ung. GG von 1997. CLIV. §13. (8), BGB 630 e (2) 3.). Im ungarischen Gesetz steht allerdings auch, dass die Aufklärung „in einer individualisierten Form“ erfolgen soll (Ung. GG von 1997 CLIV. §13. (1), was in der Praxis wohl ebenfalls auf eine mündliche Aufklärung hinausläuft. „Dabei muss sich der Arzt auf den Patienten einstellen, auf seinen körperlichen, seelischen und geistigen Zustand“ (Pramann, 2017 sowie fast wortwörtlich im Ung. GG von 1997. CLIV. §13. (8)).

Ärzte sind ebenfalls zur Dokumentation verpflichtet, geregelt in § 630 f BGB sowie in Ungarn im § 136 Ung. GG. Der Zweck der medizinischen Dokumentation ist, dass Patienten als Laien ihre Entscheidung bezüglich weiterer Maßnahmen in Kenntnis der ausführlichsten Informationen treffen und die Meinung anderer Ärzte einholen können. Ferner kann die Dokumentation als Beweismittel in Haftungsprozessen dienen (Schneider,2017). Patienten haben das Recht, die über sie angefertigte Dokumentation kennen zu lernen, (Ung. GG von 1997 CLIV. § 24), weiterhin eventuelle Fehler korrigieren zu lassen (Ung. GG von 1997 CLIV § 4 (4)). Das heißt, Patienten sind ebenfalls Adressaten der über sie angefertigten Dokumentation, allerdings bedürfen sie beim Verständnis der Fachtermini professioneller Hilfe. Da unter medizinischen Experten die einzige eindeutige und genaue Kommunikation medizinisch-fachlicher Inhalte durch die Verwendung griechisch-lateinischer Termini möglich ist (Fogarasi, 2018), muss der behandelnde Arzt dem Patienten die Bedeutungen der Fachausdrücke in jedem Fall in einer für ihn verständlichen Sprache d.h. mit Hilfe von synonymen Ausdrücken der Nationalsprache oder Umschreibungen erklären.

Die Erklärung der Diagnosen erfordert in jedem Fall einen Code-Wechsel, zumal sich Ärzte im Rahmen des Medizinstudiums die ständige Verwendung griechisch-lateinischer Termini angewöhnt haben, um fachliche Inhalte so genau wie möglich auszudrücken. Da im Umgang mit Patienten diese Genauigkeit ebenfalls erforderlich ist, stellt es sprachlich nicht selten eine große Herausforderung dar, entsprechend der Aufnahmefähigkeit und -Bereitschaft sowie den Bedürfnissen eines gegebenen Patienten die gleichen Begriffe mit synonymen,

nationalsprachlichen Wörtern zu benennen.

Dies ist besonders der Fall, wenn ein Arzt seine Behandlung auf Grundlage von Diagnosen einleitet, die von einem anderen Facharzt gestellt wurden wie etwa in Hausarztpraxen. Hausärzte können eine Reihe von spezifischen Untersuchungen nicht durchführen, deshalb überweisen sie ihre Patienten regelmäßig zu Spezialisten. Die Durchführung der Therapie sowie die Weiterverfolgung des Behandlungsprozesses ist jedoch wieder ihre Aufgabe, zu der sie in jedem Fall die Einwilligung ihrer Patienten einholen müssen. Eine rechtlich relevante Bedingung für die Einwilligung ist in diesem Fall die Erklärung der klinischen Befunde, die die Patienten vom Spezialisten zum Hausarzt zurückbringen.

Klinische Diagnosen werden in Ungarn immer seltener mit den im medizinischen Diskurs als einzig und alleinig eindeutig geltenden griechisch-lateinischen Termini, sondern mit Hilfe der ICD-Codierung angegeben, deren Verwendung für Abrechnungszwecke in Ungarn verpflichtend ist. Bei der Verwendung der ICD-Codierung werden die Diagnosen mit Diagnosekategorien und Codes aus der ungarischen Übersetzung der ICD-Klassifikation verschlüsselt. Die ICD (International Classification of Diseases) ist ein von der Weltgesundheitsorganisation (WHO: World Health Organisation) herausgegebenes, weltweit anerkanntes Diagnoseklassifikationssystem (Schneider, 2017), das vor allem statistischen Zwecken dient. Die gängige ungarische Übersetzung der ICD-Diagnoseklassifikation (BNO-10:1995) enthält in ungefähr gleichem Maße griechisch-lateinische und ungarische Termini sowie gemischte Ausdrücke. Dadurch, dass die einzelnen Diagnosekategorien für den statistischen Vergleich konzipiert wurden, sind sie oft ziemlich allgemein gehalten. Zur Verallgemeinerung der Diagnosekategorien dienen verallgemeinernde Ausdrücke wie „ohne besondere Bezeichnung“, „nicht näher bezeichnet“, „sonstige“ etc. (Fogarasi, 2018). Selbst wenn Diagnosekategorien ungarische Elemente enthalten, stellt sich die Frage, wie allgemein sie formuliert sind und in welchem Maße sie auch eine detaillierte Erklärung durch den behandelnden Arzt erfordern.

3. Pilotstudie zum ärztlichen Code-Wechsel

Die terminologische Analyse der Befunde geht der Frage nach, wie eindeutig die Untersuchungsergebnisse in der Fachsprache zwischen Spezialist und Hausarzt formuliert werden, bzw. in wie vielen Fällen der Code-Wechsel in den Arzt-Patientengesprächen aus terminologischer Sicht erfolgreich stattfindet. Die Konkordanzanalyse untersucht, ob die Erklärungen von Diagnosen in Arzt-Patienten-Dialogen durch fachphraseologische Einheiten als Formulierungsmuster markiert werden, die normalerweise die hochgradig formalisierte Fachsprache der Medizin charakterisieren und vor allem als diskursgebundene Wendungen oder Kurztexthe (Diskursphraseme, Phraseotexteme) bestimmte Gliederungseinheiten einleiten und markieren (Gréciano, 2006).

Die gesprächsanalytische Annäherung beschäftigt sich mit den Fragen: a. Welche kommunikativen Aufgaben bzw. Funktionen können mit dem Sprachwechsel des Arztes verbunden werden? b. Wie wird der Code-Wechsel interaktiv sichtbar?

Hierbei folgt die Methodik der Tradition früherer gesprächsanalytischer Untersuchungen von Arzt-Patienten-Gesprächen (Heritage and Maynard 2006;

Spranz-Fogassy, 2005; Koerfer und Köhle, 2008; Peters, 2015). Diese Studien beschrieben bzw. typisierten durch die Untersuchung der sequenziellen Struktur und Muster der einzelnen Konsultation die kommunikativen Aufgaben, die in und mit der Interaktion gelöst werden. (Deppermann, 2001). Sie zeigten, dass durch die sequenzielle Analyse eines Gesprächs nicht nur die interaktive Struktur des Dialogs, sondern auch mögliche Asymmetrien (Wissen, Macht, Betroffenheit usw.), und an die sozialen Rollen gebundene Rechte und Pflichten der Gesprächspartner beschrieben werden können (Hambuch, 2013).

4. Untersuchungskorpora und -methoden

Zur Untersuchung des ärztlichen Code- oder Sprachwechsels wurden zwei Korpora herangezogen. Das erste Korpus basiert auf den schriftlichen Unterlagen, die von den Patienten in die hausärztliche Sprechstunde mitgebracht wurden. Die schriftliche Dokumentation wurde mit Hilfe der Konkordanzsoftware WordSmith 7.0 analysiert. Das zweite Korpus enthält transkribierte Texte von 10 Arzt-Patienten-Gesprächen, die in zwei Landarztpraxen in Südungarn aufgezeichnet und mit dem Programm FOLKER 1.2. transkribiert wurden. Die Länge der Gespräche beträgt 112 Minuten und 36 Sekunden. Das Alter der 4 Patientinnen lag zwischen 58-71 Jahren und das Alter der 6 Patienten zwischen 64-82 Jahren. Die Gespräche wurden im Rahmen hausärztlicher Konsultationen zur Klärung der Informationen der schriftlichen ärztlichen Dokumentation des ersten Korpus geführt.

4.1. Charakteristika der von Patienten in die Praxis mitgebrachten Dokumentation

Die von Patienten vorgelegten Dokumente widerspiegeln die Vielfalt der Textsorte „Arztbrief“, die die Grundlage der Kommunikation zwischen Ärzten, Institutionen und Patienten darstellen. Diese sind für den weiterbehandelnden Arzt konzipiert, enthalten aber auch wichtige praktische Informationen für die Patienten. Eine klare, übersichtliche Struktur wäre die Erwartung an diese Dokumente (Halász und Fogarasi, 2018), aber nur innerhalb einer beteiligten Institution ist eine einheitliche Struktur zu entdecken, ansonsten fehlt diese. In der Benennung der Befunde und Arztbriefe gibt es keine einheitliche Struktur. Die einzelnen strukturellen Einheiten werden meistens mit spezifischen Formulierungsmustern (Kühtz, 2007) eingeleitet, die aufgrund ihrer Häufigkeit und Festigkeit als Fachphraseme (Gréciano, 2006) betrachtet werden können (Halász und Fogarasi 2018).

Ungarischer Titel des Dokuments	Übersetzung
Ambulánslap (7)	Ambulantes Blatt
Ambulánslelet (1)	Ambulanter Befund
Radiológiai lelet (3)	Radiologischer Befund
Zárójelentés (1)	Abschlussbericht
Klinikaizárójelentés (2)	Klinischer Abschlussbericht
Kórlap (1)	Krankheitsblatt
Lelet (6)	Befund
Keine Benennung (1) nur Briefkopf	Briefkopf: Diagnostisches Zentrum

Tabelle 1: Die von Patienten mitgebrachte Dokumentation im Korpus 1

5. Ergebnisse der terminologischen Analyse der klinischen Befunde

Die klinischen Untersuchungsergebnisse waren in den meisten Fällen als Diagnosen ausformuliert. Die 15 Dokumentationen enthielten insgesamt 62, aus terminologischer Sicht vielfältige Diagnosen, die in Abbildung 1 zusammengefasst werden.

In vielen Fällen wurde das ICD-Klassifikationssystem für die Verschlüsselung der Diagnosen verwendet, das für die Bezeichnung eines jeden Krankheitsbildes oder Zustandes einen numerischen Code und eine dazu gehörige – meistens für statistische Zwecke ziemlich allgemein gehaltene – Diagnosekategorie anbietet.

In 3% hat der numerische ICD-Code eine medizinische Stellungnahme angedeutet, die Verschlüsselung wurde aber nicht einmal als Diagnosekategorie angegeben, z.B. M5450. In solchen Fällen muss sogar der weiterbehandelnde Arzt in der Klassifikation nachsehen, welche Veränderung hinter dem jeweiligen Code steckt.

Die restlichen Diagnosen wurden aus terminologischer Sicht nach Ursprung (individuell vom Arzt formuliert oder direkt aus der ICD-Klassifikation als ICD Kategorie übernommen), nach der Sprache (griechisch-lateinisch, abgekürzt mit LAT oder ungarisch, abgekürzt mit UNG) und nach der Genauigkeit und Eindeutigkeit (zu allgemein oder genau) klassifiziert. Als zu allgemein galten Diagnosen, die verallgemeinernde Ausdrücke wie „sonstige infiltrierende Veränderungen“ beinhalteten, oder eine Veränderung ohne spezifizierende Merkmale angaben (z.B. Herzkrankheit, nicht näher bezeichnet“ . Aufgrund der untersuchten Diagnosen lässt sich feststellen, dass die meisten eindeutigen und auf einen konkreten Patienten anwendbaren Diagnosen, mit Hilfe der griechisch-lateinischen Terminologie vom Arzt selber formuliert wurden (z.B. St. p. pneumoniam l.u. = Zustand nach beidseitiger Lungenentzündung, s. individuell LAT genau in Abbildung 1).

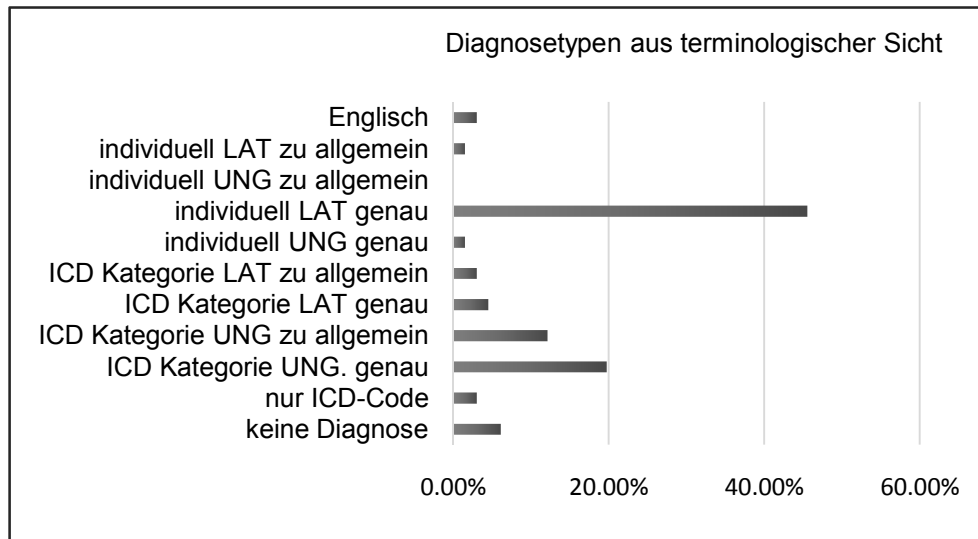


Abbildung 1: Typen der in der klinischen Dokumentation verwendeten Diagnosen aus terminologischer Sicht

In insgesamt 29 % der Fälle (inklusive der fehlenden Diagnosen) war die Stellungnahme in der klinischen Dokumentation zum Zustand des Patienten nicht informativ genug, um eine gründliche und ausführliche mündliche Patientenaufklärung als Grundlage der Patienteneinwilligung in die nachfolgende Behandlung entbehren zu können.

5.1. Ergebnisse der Konkordanzanalyse und terminologischen Untersuchung der Transkriptionen von Hausarzt-Patienten-Gesprächen

Die Transkriptionen wurden mit Hilfe einer Konkordanzanalyse nach Fachphrasemen (im Sinne von Halász und Fogarasi 2018) durchsucht, aber es wurden keine phraseologischen Einheiten gefunden, die die Erklärung der Diagnose innerhalb des Arzt-Patienten-Dialoges markiert hätten, z. B. „Das bedeutet, dass...“ etc. Allein Adverbien (z.B. also, deshalb) stellten einen Bezug zur Diagnose her. Aus fachphraseologischer Sicht konnte eine starke Kolloquialität der Konversation festgestellt werden.

Ein mehr oder weniger erfolgreicher Codewechsel aus terminologischer Sicht konnte nur im Falle von 8 Fachausdrücken entdeckt werden (Beispiele: Zuckerkrankheit statt Diabetes, Halsgefäß statt Arteria carotis), von denen sich 4 nicht auf die Diagnosen, sondern auf Symptome und sonstige Fremdwörter bezogen (Beispiele: eine erhöhte Leukozytenzahl im Laborbefund wurde für den Patienten mit Eiter „übersetzt“, Neurologe als Nervenarzt und Flecken statt intrapulmonaler Herde). In 3 Fällen ist der Codewechsel ausdrücklich misslungen, was an der Komplexität des zu erklärenden Begriffs, vermutlich der Schonung des Patienten und/oder am Fehlen nationalsprachlicher Synonyme lag (Beispiele: Zyste mit dem selben Wort, Krankheit statt Tumor, Kribbeln statt Polyneuropathie). In den Fällen, in denen die Erklärung nicht durch eine nationalsprachliche Entsprechung möglich war, bediente sich der Arzt ungenauer Hypo- und Hyperonyme bzw. einzelner Merkmale eines Krankheitsbildes.

6. Ergebnisse der gesprächsanalytisch-funktionalen Untersuchungen

6.1. Interaktive Transparenz des Code-Wechsels

Die Untersuchung der Dialogsequenzen mit Codewechsel richtete sich im ersten Schritt auf den zeitlichen Anteil dieser Gesprächsabschnitte. Abbildung 2 zeigt, wie klein der Anteil solcher Gesprächssequenzen im Vergleich zur Dauer des gesamten Gesprächs war, obwohl das Hauptziel jeder Konsultation die Besprechung der von den Patienten mitgebrachten medizinischen Dokumentation war (Abbildung 2).

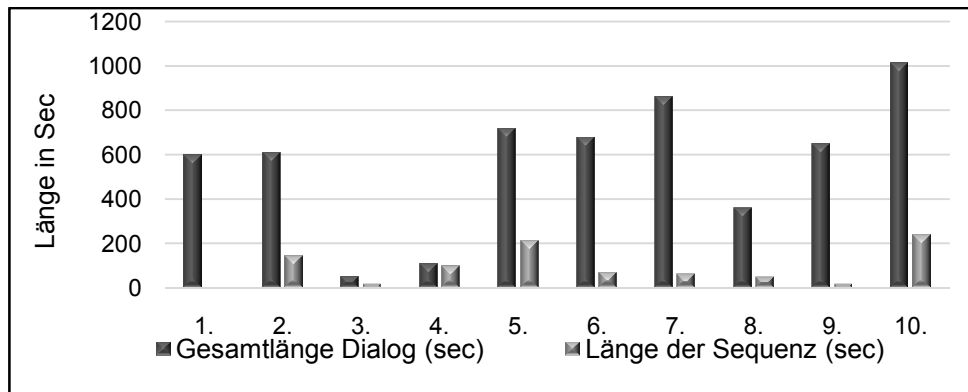


Abbildung 2: Gesprächssequenzen mit Codewechsel

Im zweiten Schritt der Untersuchung der Dialogsequenzen mit Codewechsel wurden die initialen Turns dieser Sequenzen analysiert und untersucht, von wem (der Arzt/A, der Patient/P oder die Sprechstundenhilfe/SH) und wie ein solcher Gesprächsteil initiiert wird. Früheren Forschungsergebnissen entsprechend (Brock und Meer, 2004) ergriff v.a. der Arzt die Initiative, wobei in Abbildung 3 auch ein relativ hoher Anteil von Patienteninitiativen zu beobachten ist, diese Initiierung wird jedoch sowohl vom Arzt als auch vom Patienten weniger in Form von Fragen, mehr durch Mitteilungen und Behauptungen verwirklicht.

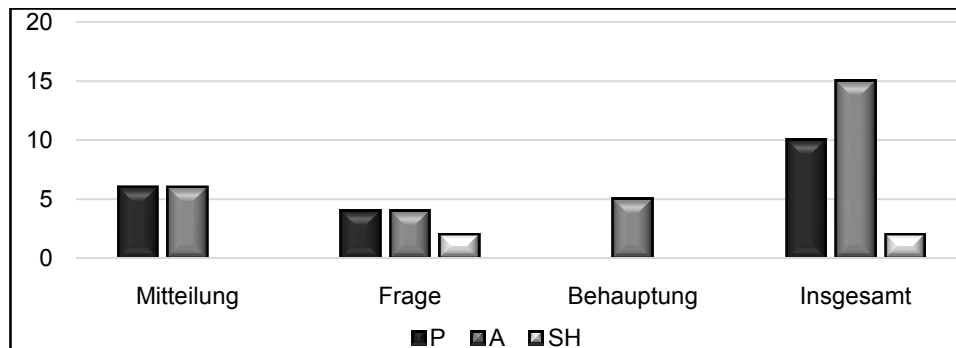


Abbildung 3: Initiale Turns der Sequenzen mit Codewechsel

6.2. Kommunikative Funktionen des Code-Switchings

Die qualitative Analyse der kommunikativen Funktionen des ärztlichen Codewechsels in den einzelnen Sequenzen ergab wie erwartet, dass der Arzt den Sprachwechsel in Erklärungen vornimmt. Überraschend war jedoch, dass diese kommunikative Strategie zur besseren Verständlichkeit medizinischer Informationen überwiegend die Erklärung therapeutischer Maßnahmen betraf und weniger der Verständigung der Informationen bezüglich der Diagnose oder des Krankheitsbildes des Patienten diente (Abbildung 4).

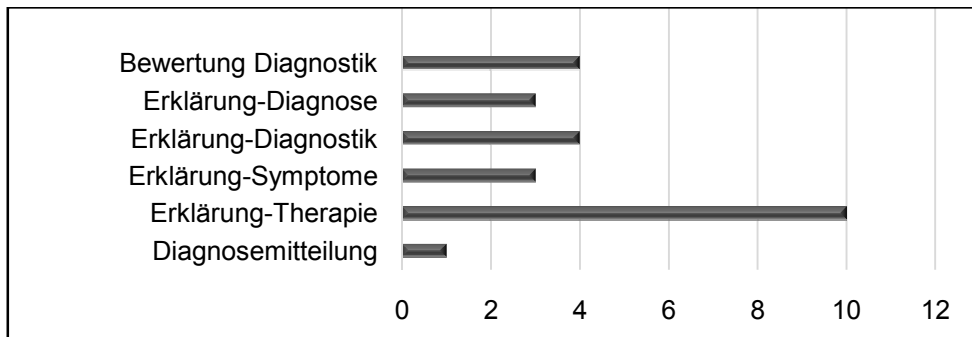


Abbildung 4: Kommunikative Funktionen des Codewechsels

6.3. Transkriptbeispiele

6.3.1. Beispiel 1: Erklärung der Diagnostik

Die Gesprächssequenz in der Tabelle 2 wurde vom Patienteninitiiert. Der ärztliche Codewechsel (006) erfolgte aufgrund des kommunikativen Anspruchs des Patienten, den in seinem dermatologischen Arztbrief stehenden Satz - und die daraus resultierenden Konsequenzen für ihn - zu verstehen:

„Der Patient soll sich wegen seines Hautsymptoms an der Schäfel an der Rezeption unserer Klinik zur Probeexzision melden.“ Um seinen kommunikativen Anspruch transparent zu machen, teilt er die Tatsache eines bevorstehenden diagnostischen Eingriffs mit (001-003). In 005 beschreibt er, wie ihm Probeexzision in der Klinik erklärt wurde: eine probe rausgenommen wird. Er versteht aber die medizinische Indikation des Eingriffs nicht ganz. Seine Unsicherheit macht er dem Arzt durch die Mitteilung „nach budapest geschickt wird ich weiß nicht wohin“ transparent. Scheinbar bezieht sich seine Unsicherheit auf den Ort der Untersuchung, der Hausarzt aber versteht, dass sein Patient den Begriff „histologische Untersuchung“ nicht benennen kann, und in 006 nennt er das Fachwort dafür, das der Patient in 007 schnell aufgreift.

```
{03:14} 001 P14 megyek (.) pénteken
          am Freitag (.) gehe ich
{03:16} 002 A1 = lesz egy Bőr beavatkozás
          =es wird einen eingriff an der HAut geben
          a Bőrből metszenek innen ki
          aus der HAut wird etwas hier ausgeschnitten
{03:19} 003 P14 =a professzor rendelte el;
          =der professor hat es angeordnet;
          Ő vizsgált meg engem (.) a PROfessor
          er hat mich untersucht (.) der PROfessor
{03:23} 004 A1 aha
          hm
```

{03:24} 005 P14 az orvosom behívta;
mein arzt hat ihn hereingerufen;
 ott volt a szomszédban valahol'
er war irgendwo in der nähe'
 és akkor azt mondta
und dann hat er gesagt
 hogy két hét múlva (.) kiveszünk egy (.) mintát
dass in zwei wochen (.) eine probe (.) rausgenommen wird
 és felküldjük budapestre .hhh nem tudom hova
und nach budapest geschickt wird .hhhich weiß nicht wohin

{03:34} 006 A1 =hát szövettani vizsgálat
=die gewebeprobeuntersuchung halt

{03:35} 007 P14 =szövettani vizsgálat;
=die gewebeprobeuntersuchung
 és ez pénteken reggel 8-kor
und es am Freitag um acht uhr

Tabelle 2: Transkriptausschnitt zum InhaltErklärung der Diagnostik; Gespräch Nr.14

6.3.2. Beispiel 2: Therapieerklärung

Die Gesprächssequenz in der Tabelle 3 wurde auch von einem Patienten initiiert. In seinem onkologischen Arztbrief berichtete der Onkologe über die Chemotherapie des Patienten: „Wegen mäßig erniedrigter Kreatinin-Clearance wird die Dosierung von Oxaliplatin auf 25% reduziert“. Der Erklärungsbedarf des Patienten bezieht sich auf die reduzierte Dosierung des verabreichten chemotherapeutischen Mittels. In 001 und 003 macht der Patient mit kurzen Mitteilungen seinen kommunikativen Anspruch transparent. In 002 und 004 wird die Ärztin dieser kommunikativen Aufgabe gerecht.

001 P15 <<p>de megnézik mindig ezt a vese meg a májt>
 <<p>**aber diese nieren und die leber werden immer angeschaut**>

002 A2 .h ezt azért kell nézni
.hes muss deshalb angeschaut werden
 mert őőő a gyógyszer (.) amit kap (.) ez ugye ez a kemoterápiás szer
denn ähm das medikament (.) das sie bekommen (.) ist ja ein
chemotherapeutisches mittel
 <<acc>ez tudja bántani sajnos itt a vesét is a májat is>
 <<acc>**es kann leider hier sowohl den nieren als auch der leber etwas**
angetan werden>
 öhm .h a legutóbbi vérvételnél; egy picikét úgy találták hogy hogy a
 vese [nem működött annyira jól
ähm .h bei der letzten blutentnahme; wurde ein bisschen so gefunden
dass dass [die niere nicht so gut funktionierte

003 P15 láttam hogy Vastagon volt odaírva]
ich sah dass es FEtt draufgeschrieben war]

004 A2 =igen igen igen
=ja ja ja
 és Ezért egy kicsivel kevesebb gyógyszert tettek bele (.) hogy azért
 kíméljék a vesét;
und deshalb haben sie ein bisschen weniger medikament da reingetan
(.) damit sie die nieren schonen

005 P15 =igen igen
=ja ja

Tabelle 3: Transkriptausschnitt zum InhaltTherapieerklärung; Gespräch Nr.15

7. Diskussion

In der vorliegenden Pilotstudie wurde die ärztliche Wissensvermittlung in hausärztlichen Konsultationen in den Mittelpunkt gestellt. Vor dem Hintergrund eines speziellen Konsultationsanlasses – in die Konsultation neu mitgebrachte medizinische Dokumentation der Patienten - wurde kontrastiv mit einem terminologischen und einem gesprächsanalytisch-funktionalen Ansatz den Wissenstransfer zwischen Arzt und Patienten untersucht.

Die terminologische Analyse zeigte eine Vielfalt von Diagnoseformulierungen (in 15 Unterlagen 62 unterschiedliche Diagnosebenennungen) und wies in fast einem Drittel der Fälle eine aus terminologischer Sicht mangelhafte klinische Stellungnahme zum Zustand des Patienten nach. In den Dialogtexten fehlten solche phraseologischen Einheiten, die die Erklärung der Diagnose eingeleitet hätten.

Aus terminologischer Sicht konnte insgesamt in 8 Fällen ein mehr oder weniger erfolgreicher Codewechsel festgestellt werden.

Die Untersuchung kommunikativer Funktionen des Codewechsels zeigte, dass Gesprächssequenzen mit Mitteilung bzw. Erklärung der Diagnose in den Gesprächen weniger präsent waren, ein ärztlicher Sprachwechsel konnte überwiegend in Sequenzen mit Erklärung und Aushandlung möglicher therapeutischer Schritte beobachtet werden. Zeitlich waren Sequenzen mit durchgeführtem ärztlichen Codewechsel proportional zur Dauer der einzelnen Dialoge kurz. Die interaktive Ausarbeitung solcher Sequenzen lässt indirekt darauf schließen, dass keiner der Gesprächspartner großen Wert auf die genaue und ausführliche Klärung der medizinischen Informationen der Unterlagen legte. Die Gründe dafür können sehr vielfältig sein und bedürfen weiterer Forschungen. Aufgrund der vorliegenden Studie scheint die Arzt-Patienten-Beziehung dabei eine wesentliche Rolle zu spielen: Die PatientInnen beider Landarztpraxen haben einen langjährigen Kontakt und damit absolutes Vertrauen zu ihren Ärzten.

Dieses Vertrauensverhältnis benötigt nicht immer und nicht unbedingt weitgehende Erklärungen, bzw. die Bewältigung der Alltagswelt der PatientInnen – zu der auch die Art und Weise der Durchführung der benötigten Therapie gehört - kann mehr in den Vorschein rücken und als wichtigstes kommunikatives Ziel durch die und mit der interaktiven Struktur der Gespräche etabliert werden.

Weitere Gründe für die teils unerwarteten Ergebnisse dieser Studie können im soziodemografischen Hintergrund – wie relativ hohes Alter und niedrigeres Bildungsniveau - der PatientInnen gesucht werden. Diese Faktoren verstärken die asymmetrischen Wissens- und Rollenverhältnisse der Gesprächspartner. Auf der Interaktionsebene könnte dafür die dargelegte Ausarbeitung von initialen Turns erklärender Gesprächssequenzen als Beispiel herangezogen werden: Statt direkte Fragen zu stellen, initiiert sowohl der Arzt als auch der Patient solche Sequenzen eher mit Mitteilungen. Patienten deuten Fakten aus ihrer Alltagswelt an, etwa wie *„am Freitag muss ich gehen“*, oder *„diese Leber- und Nierenwerte werden immer angeschaut“*, wobei die erste Patientenäußerung auf die im dermatologischen Arztbrief verordnete Probeexzision, in dem zweiten Beispiel auf die durchgeführte, neulich geänderte Chemotherapie hindeutete. In beiden Fällen hatten die Patienten Erklärungsbedarf, im ersten Fall, weil der Terminus Probeexzision für den Patienten unbekannt war, im zweiten Fall, weil der onkologische

Entlassungsbrief den folgenden Abschnitt beinhaltete: *„Wegen mäßig erniedrigter Kreatinin-Clearence wird die Dosierung von Oxaliplatin auf 25% reduziert“*. In dieser Situation wusste der Patient nicht genau, warum die Dosis des chemotherapeutischen Mittels reduziert wurde, und war vielleicht um die Wirksamkeit der Therapie besorgt. Keiner der Patienten stellte direkt eine Frage etwa wie *„Was bedeutet ...“*, oder äußerte sich konkret *„Ich verstehe nicht ...“*. Selbst die Ärzte – die ihrem Rollenverständnis entsprechend die meisten Sequenzen initiierten – fragten bis auf einen Fall nicht direkt, ob der Patient/die Patientin die Informationen der mitgebrachten ärztlichen Dokumentation verstehe. Sie leiteten ihre Erklärungen mit solchen Mitteilungen oder Behauptungen ein, die inhaltlich durch die Konkordanzanalyse detailliert beschrieben wurden, etwa wie *„die Laborwerte sind schön“*, *„der Kliniker hat nichts Besonderes gefunden“* usw.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass weder die terminologische noch die gesprächsanalytisch-funktionale Analyse eine standardisierte Struktur in der Informationsvermittlung nachweisen konnte. Beide Untersuchungen zeigten, dass der Wissenstransfer und der damit verbundene ärztliche Codewechsel vor allem im Zusammenhang mit der Therapie und ihrer Verwirklichung stehen. Im Rahmen dieser Pilotstudie konnten nur einige mögliche Ursachen dafür dargelegt werden: wie die langjährige Arzt-Patienten-Beziehung und soziodemografische Aspekte. Die Rolle psychischer oder medizinisch-fachlicher Faktoren (zum Beispiel eventuelle Mängel in der Ausbildung) konnten in diesem Rahmen nicht untersucht werden, aber sie sind weiterführende Forschungsziele unseres Teams sowie die Analyse von Arzt-Patientengesprächen im deutschsprachigen Raum.

8. Ausblick: Relevanz der Forschungsergebnisse für den Fachsprachen- und Kommunikationsunterricht - Ansätze der didaktischen Vermittlung

Die vorliegende Studie zeigte, dass im Hausarzt-Patienten-Gespräch die Erklärung von Diagnosen – trotz der gesetzlichen Vorschriften - auch in dem Fall nicht im Vordergrund steht, wenn der Hausarzt eine Therapie aufgrund von Fremddiagnosen verordnet. Der Mangel an sprachlichen Mittel des Codewechsels könnte auf terminologische Schwierigkeiten sowie an fehlende phraseologische und/oder strukturelle Modelle hindeuten. In der untersuchten einschlägigen Literatur konnten auch keine allgemein anwendbaren sprachlichen Richtlinien für die Diagnosemitteilung gefunden werden.

Im Fokus des Fachsprachen- und Kommunikationsunterrichtes sollten Ansätze stehen, die sich – sowohl schriftlich, als auch mündlich – auf die Struktur der Informationsvermittlung konzentrieren und Sprach- und Kommunikationsmuster vermitteln, die im ärztlichen Alltag auf einem breiten Spektrum verwendet werden können. Die Ausbildung angehender Ärztinnen und Ärzte sollte Modelle nicht nur für das Überbringen schwerwiegender Diagnosen und heikler Themen vermitteln, sondern auch solche, die der alltäglichen medizinischen Informationsvermittlung gerecht werden. Diese sollten über die Entwicklung der ärztlichen kommunikativen Kompetenzen hinaus, als Grundlage - aus juristischer Sicht - akzeptabler Informationsvermittlungsprotokolle dienen können. Ein weiterer wichtiger Aspekt könnte auch die Weiterentwicklung der Teamkommunikation der ärztlichen Praxis sein: Sprechstundenhilfen und Krankenschwestern können als "communication broker" (Bourhis, Roth and Marqueen, 1989) betrachtet werden, die sowohl die

Alltagssprache der Patienten als auch die medizinische Fachsprache beherrschend, zwischen Patienten und Ärzten Informationen vermitteln, bzw. die Ärzte in der Informationsvermittlung unterstützen können. Diese Rolle der Vermittler könnte Studierenden der Medizin durch den Einsatz effektiver Tools sowohl im Terminologie- als auch im Kommunikationsunterricht bewusst gemacht werden. Die bereits eingeführten Pilotkurse an der Universität Pécs und künftig an der Semmelweis Universität Budapest haben sich die Ausarbeitung entsprechender sprachlicher (terminologischer, strukturell-phraseologischer und pragmatischer) Richtlinien in ungarischer und deutscher Sprache zum Ziel gesetzt, die über die Ausbildung von Studierenden hinaus in die Praxis umgesetzt werden könnten.

Referenzen

- BNO-10 (1995) *Betegségek Nemzetközi Osztályozása*, (Hungarian Translation of ICD-10), Budapest: Népjóléti Minisztérium.
- Bourhis, RY, Roth, S., MacQueen, G. (1989) Communication in the hospital setting: a survey of medical and everyday language use amongst patients, nurses and doctors, *Soc Sci Med.* 1989;28(4), pp. 339-46.
- Brock, D., Meer, D. Bourhis, RY., Roth, S., MacQueen, G. (2004) Macht-Hierarchie-Dominanz-A-/Symmetrie: Begriffliche Überlegungen zur kommunikativen Ungleichheit in institutionellen Gesprächen. *Gesprächsforschung-online Zeitschrift zur verbalen Interaktion*, ISSN, 1617- 1837, Ausgabe 5, Available: www.gespraechsforschung-ozs.de, pp.184-209.
- Bürgerliches Gesetzbuch* (BGB). Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz. Bundesamt der Justiz. Deutschland, Available: <https://www.gesetze-im-internet.de/bgb/BJNR001950896.html>.
- Deppermann, A. (2001) Gespräche analysieren, Eine Einführung, *Qualitative Sozialforschung*, Band 3., Opladen: Leske+Budrich
- Fogarasi, K. (2018) A diagnózis jelentése és jelentősége a betegszemzögéből. In Dombi, J., Farkas, J., Gúti, E. (ed.) *Aszimmetrikus kommunikáció – aszimmetrikus viszonyok*, Bicske: SZAK, pp. 774-804.
- Gréciano, G. (2006) Zur Textrelevanz von Phraseologie im Bereich Medizin. in Häcki Buhofer, A. (Hg.) *Phraseology in motion 1. Akten der Internationalen Tagung zur Phraseologie* (Basel, 2004). Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren. pp. 219-228.
- Halász, R., Fogarasi, K. (2018) Arztbriefe im medizinischen Fachsprachenunterricht Deutsch. *Journal of Languages for Specific Purposes* 87-102.
- Hambuch, A. (2013) *Szubjektív betegség-elképzelések nyelvészeti elemzése hipertóniás beteg-háziorvos konzultációkban*, PhD Dissertation. University of Pécs, Available: http://doktoriiskola.etk.pte.hu/public/upload/files/Doktoriiskola/Teziszuzete k/ham_d.pdf.
- Heritage, J., Maynard, D. (2006) Introduction. Analysing Interaction between Doctors and Patients in Primary Care Encounters, in Maynard, D., Heritage, J. (ed.) *Communication in Medical Care: Interaction between Pimary Care Physicians and Patients*. Cambridge: Cambridge University Press, pp. 1-21.
- Jansen, Ch. (2019) *Der Medizinische Standard: Begriff und Bestimmung ärztlicher*

- Behandlungsstandards an der Schnittstelle von Medizin, Haftungsrecht und Sozialrecht*, Heidelberg-Berlin: Springer.
- Jobbágyi, G. (2013a) Az orvosi kezelési szerződés a magyar jogban – s az állam felelőssége. *Magyar Jog*. Vol. 60, No.4, pp. 486-492.
- Jobbágyi, G. (2013b) Az orvos–beteg jogviszony az új Ptk.–ban. *Polgári Jogi Kodifikáció*. Vol. 7, No.3, pp. 15–20.
- Koerfer, A.,C.,Thomas, W.,Köhle, K.,Obliers, R. (2008) Kommunikationsmuster in der medizinischen Entscheidungsfindung. in Niemeier, S.,Diekmannshenke, H. (ed.) *Profession und Kommunikation*, Bern: Lang, pp. 121–156.
- Kühtz, S. (2007) *Phraseologie und Formulierungsmuster in medizinischen Texten*. Tübingen: Narr
- Peters, T. (2015) *Die interaktionale Aushandlung der therapeutischen Entscheidungsfindung in der medizinischen Ausbildung*, Mannheim: Verlag für Gesprächsforschung.
- Pramann, O. (2017) Einwilligung des Patienten: Rechtliche Details, die Ärzte kennen sollten, *DtschArztebl* 2017; 114(38)
Available:<https://www.aerzteblatt.de/archiv/193487/Einwilligung-des-Patienten-Rechtliche-Details-die-Aerzte-kennen-sollten>.
- Schneider, P. (2017) *Die klinisch-medizinische Dokumentation von vorsätzlichen Körperverletzungsdelikten durch stumpfe und scharfe Gewalt im Strafverfahren und die Folgen unzureichender Beschreibung und unpräziser Terminologie*, PhD, PhD Dissertation. University of Pécs.
- Selting, M., Auer P., et al. (2009) Gesprächsanalytisches Transkriptionssystem 2 GAT 353-402. <http://www.gespraechsforschung-ozs.de/heft2009/px-gat2.pdf>
- Spranz-Fogasy, T. (2005) Kommunikatives Handeln in ärztlichen Gesprächen. Gesprächseröffnung und Beschwerdenexploration, in Neises, M.,–Ditz, S.,–Spranz-Fogasy, T. (ed.) *Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde. Ein interdisziplinärer Ansatz zur verbalen Intervention*. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft GmbH, pp. 17–47.
- Ungarisches Gesundheitsgesetz von 1997*. CLIV.
Available:<https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99700154.tv>.