

WELCHEN BEITRAG KANN DIE LINGUISTIK ZUR VERBESSERUNG DER ARZT-PATIENTEN-KOMMUNIKATION LEISTEN?

Walther Kindt

1. E i n l e i t u n g

Vor kurzem begleitete ich zwei meiner Kinder zu einem Termin beim Augenarzt. Als wir ins Behandlungszimmer gerufen wurden, wies mir der Arzt gruß- und wortlos einen Stuhl zu und nahm zunächst das Mädchen mit zu seinen Apparaten. Da er daran aber noch einige Zeit herumhantierte, stand ich wieder auf und wollte zu meiner Tochter gehen. "Setzen!" reagierte der Arzt, gab zu dieser Aufforderung jedoch keine weitere Erläuterung. Erst später wurde mir klar, daß ich in die Bahn zum (noch unbeleuchteten) Projektionsschirm geraten war und der Arzt dies offensichtlich als störend empfand.

Bereits beim ersten Besuch der Kinder hatte der Augenarzt ihnen unvermittelt angekündigt, sie müßten wahrscheinlich eine Brille tragen, eine Mitteilung, die in ihrer Direktheit sehr schockierend auf die beiden wirkte. Über den Stellenwert der einzelnen Untersuchungen, die er für seine Diagnose durchführte, gab er jedoch von sich aus keine Auskünfte und auf entsprechende Nachfragen meiner Frau anlässlich der ersten Besuche reagierte er entweder unwillig oder mit für Laien unverständlichen Erläuterungen. Mir gegenüber, offensichtlich weil er mich auf seiner Kartei als Akademiker identifizierte, war er nach Abschluß seiner Wahrnehmungstests etwas auskunftsfreudiger, gleichwohl blieben auch mir bestimmte Punkte seiner Ausführungen trotz mehrfacher Rückfragen unklar. Dies betraf sogar seine Anweisung, bei welchen Gelegenheiten die von ihm indessen als unvermeidlich behauptete Brille zu tragen sei: er drückte diese Anweisung in einer Routine-Kurzformel aus, deren genaue Bedeutung ich nicht in Erfahrung bringen konnte, weil er sie auf meine Nachfrage hin im wesentlichen nur wiederholte. Ich erinnere mich nicht mehr an den

genauen Wortlaut der Formel, aber sie hieß ungefähr: "Immer unterm Dach".

Angesichts der Diagnose-Vorankündigungen hatte ich mir für das Gespräch mit dem Arzt eigens vorgenommen, auch nach der grundsätzlichen Problematik zu fragen, inwieweit bzw. bei welchen Werten es unabdingbar sei, eine Brille zu tragen. Diese Frage beantwortete der Arzt mit einer Schilderung, in der er sich über eine frühere Patientin lustig machte, die ohne Brille auszukommen versuchte. Einen Entscheidungsspielraum im Fall meiner Kinder deutete er jedenfalls nicht an. Um diesen Spielraum in Erfahrung zu bringen, mußten wir uns selbst sachkundig machen und von anderer Seite beraten lassen.

An Erlebnissen wie dem geschilderten ist für mich bedrückend, wie wenig man - selbst bei erhöhter Sensibilität für Kommunikation - fähig ist und/oder die Möglichkeit hat, in institutionell verfestigten, aber nicht vollständig transparenten Kontexten die eigenen Interessen durchzusetzen oder zumindest hinreichend zu artikulieren und eine nach üblichen Maßstäben 'menschliche' Behandlung einzufordern. Allerdings - und dies möchte ich gleich zu Beginn meines Aufsatzes betonen - glaube ich, daß für die negativen Erscheinungen der Kommunikation zwischen Laien/Klienten und Experten/Professionsträgern nicht ausschließlich Fehlleistungen der beteiligten Personen verantwortlich sind, sondern daß sie in starkem Maße durch strukturelle Verständigungsprobleme bedingt sind. In diesem Sinne war ein späteres Telefongespräch sehr aufschlußreich, das ich mit dem betreffenden Augenarzt führte, um ihn mit meiner Wahrnehmung seines Handelns während unseres Besuchs zu konfrontieren. Erstens machte ich ihm an Beispielen deutlich, daß ich mich unhöflich behandelt gefühlt hatte; zu diesem Punkt wollte er keine Stellung nehmen. Zweitens erläuterte ich, daß die Erklärungen zu seinen ärztlichen Handlungen und Aussagen für mich nicht ausreichend gewesen seien. Und drittens monierte ich, daß er mich nicht über den m.E. vorhandenen Entscheidungsspielraum hinsichtlich seiner Anweisung, die Kinder

müßten eine Brille tragen, informiert hatte. Über die beiden letzten Punkte kam ein längeres, in freundlichem und ruhigem Ton gehaltenes, wenn auch von gegenseitigen Vorwürfen nicht freies Gespräch zustande. Darin ging der Arzt, oft ohne daß ich einen zugehörigen Punkt provoziert hatte, auf viele solcher strukturellen Verständigungsprobleme ein, und zwar versuchte er, diese Probleme mit bestimmten, m.E. stereotypen Argumentationsstrategien abzuwehren oder sogar zu leugnen. Zur Veranschaulichung will ich einige der von ihm aufgegriffenen Probleme und die korrespondierenden Strategien kurz skizzieren.

- Den Anspruch, Ärzte müßten auf die psychischen Probleme ihrer Patienten eingehen, wies er mit dem Zeitargument zurück: Wenn man pro Tag etwa 60 Brillen verschreibe und davon 20 an Kinder, könne man nicht jeden Patienten eigens auf das Brilletragen psychologisch vorbereiten.
- Der Forderung nach Verstehbarkeit ärztlicher Handlungen und medizinischer Sachverhalte für den Patienten begegnete er mit dem Komplexitätsargument: Die Materie sei zu kompliziert, als daß er sie angemessen erklären könnte.
- Die Möglichkeit, daß bestimmte ärztliche Schlußfolgerungen aus diagnostizierten Symptomen eventuell voreilig seien, schloß er unter Verweis auf seine Erfahrungspraxis aus: das Auftreten gewisser Symptome und der spätere Erfolg seiner therapeutischen Entscheidungen stünden in einem zwar zugegebenermaßen nicht logisch notwendigen, aber dennoch unbezweifelbaren Zusammenhang.
- Die Abhängigkeit des Handelns eines Arztes von eigenen Interessen, die nicht mit denen des Patienten übereinstimmen, wies er für seine Person mit den Argumenten zurück, daß es ihm nicht um's 'Moos' gehe und daß er dieselben Entscheidungen, die er bei seinen Patienten fälle, auch im Fall seiner eigenen fünf Kinder treffen würde bzw. getroffen habe.

- Den Wunsch von Patienten, ärztliche Entscheidungen überprüfen oder genauer nachvollziehen zu können, bewertete er als illusionär und sogar unangemessen: auch er müsse etwa seinem Architekten vertrauen, der für ihn ein Haus baue und könne sich nicht 'überall reinhängen'. Als Patientenidealbild schilderte er den Fall eines Vaters, der auf die Frage nach der Befolgung der ärztlichen Anweisung antwortete: "Natürlich hat mein Kind jeden Tag die Brille getragen, Herr Doktor. Das ist doch ganz selbstverständlich!" (M.a.W. der mündige¹⁾, mitdenkende und auf Eigenverantwortung pochende Patient wird als störend empfunden.)

Spätestens am letzten Argumentationsbeispiel, das zwar aus der Interessenlage des Arztes her verständlich, aber politisch untragbar ist, weil es faschistoide Züge aufweist, wird deutlich, daß die strukturellen Verständigungsprobleme zwischen Arzt und Patient nicht mit Hilfe der jeweils gruppenspezifischen Abwehrstrategien unter den Tisch gekehrt werden dürfen, sondern daß die seit Jahren hierüber geführte wissenschaftliche und öffentliche Diskussion²⁾ noch intensiviert werden muß. Ich glaube, daß die Linguistik zu dieser Diskussion einiges beitragen kann, und dies will ich im folgenden etwas genauer begründen.

2. Ist der Gedanke einer Verbesserung der Arzt-Patienten-Kommunikation aufgrund linguistischer Erkenntnisse nicht illusionär?

In der Einleitung ist meine kritische Haltung zu bestimmten Erscheinungsformen der Arzt-Patienten-Kommunikation deutlich geworden, und ich werde im folgenden noch bestimmte, häufig geäußerte Kritikpunkte konkretisieren. Zugleich hatte ich aber schon angedeutet, daß es nicht darum gehen kann, Ärzte als Individuen pauschal für die zu beobachtenden Deformationen

ihrer Kommunikation mit Patienten verantwortlich zu machen. Diesen Deformationen liegen nämlich größtenteils dieselben strukturellen Verständigungsprobleme zugrunde, die sich auch auf die Kommunikation in anderen Bereichen negativ auswirken. Als Beispiel für einen solchen anderen Bereich denkt man sofort an die sogenannte Bürger-Verwaltungs-Kommunikation.³⁾ Aber Klagen über ähnliche Verständigungsschwierigkeiten habe ich z.B. auch aus Berichten über die Arbeit von Umweltschutzverbänden gehört, wo etwa die seit langer Zeit aktiven, etablierten Mitglieder vielfach nicht in der Lage sind, neue Interessenten in die Arbeit der Gruppe zu integrieren, weil ihre Identifikation mit der Expertenrolle und das Ziel der Verständigung miteinander konfliktieren. Nicht zuletzt sollte der Wissenschaftler, der Kritik an der Kommunikation in bestimmten gesellschaftlichen Bereichen übt, auch in den eigenen, den Hochschulbereich, schauen und sich vielleicht selbst beobachten: Bis zum Beweis des Gegenteils gehe ich von der Vermutung aus, daß Hochschulangehörige aller Ebenen gegenüber Nicht-Insidern zumindest in der Tendenz ähnliche Verhaltensweisen zeigen⁴⁾, wie sie bei Ärzten oder Verwaltungsangehörigen (gleichwohl zu Recht) bemängelt werden. Aber läßt diese Vermutung nicht auch schon die Schlußfolgerung zu, daß es sich bei den von mir unterstellten Verständigungsproblemen in Wirklichkeit um Interessenkonflikte und Probleme der Ausübung von Macht handelt, die nicht mit Hilfe linguistischer Erkenntnisse, sondern wenn überhaupt, dann nur durch Veränderung gesellschaftlicher Strukturen auflösbar sind.

Diese Frage bedarf einer differenzierten Erörterung und sie kann vor allem nicht pauschal bejaht oder verneint werden. Einerseits erfordert beispielsweise der Umstand, daß sich viele Ärzte nicht genügend Zeit für das Gespräch mit ihren Patienten nehmen, keine tiefeschürfenden linguistischen Untersuchungen über den Zusammenhang von Gesprächsdauer und Kommunikations-/Therapieerfolg. Andererseits glaube ich nicht, daß Ärzte, wenn sie mehr Zeit für die Gespräche veranschlagen (würden),

und damit pro Tag weniger Patienten behandeln (könnten), auch schon genügend Wissen darüber haben/hätten, welche für die Patienten vorrangigen Gesprächsziele zu verfolgen und welche kommunikativen Mittel hierfür zu wählen sind.⁵⁾ Analysen von Laien-Professionellen-Kommunikation zeigen nämlich, daß oft mit erheblichem zeitlichen Aufwand und in sehr kooperativer Weise von Gesprächsteilnehmern versucht wird, bestimmte Verständigungsschwierigkeiten zu beheben, die bei einer geschickteren Gesprächsanlage gar nicht aufgetreten wären und somit keine zusätzliche Zeit gekostet hätten.⁶⁾ M.a.W. selbst wenn bestimmte Deformationen der Arzt-Patienten-Kommunikation nur durch gesellschaftspolitische Veränderungen beseitigt werden können, bedarf es zusätzlichen Wissens über geeignete Verständigungstechniken.

Allerdings ist die Linguistik beim gegenwärtigen Forschungsstand ihrer Teildisziplin 'Gesprächsanalyse' noch weit davon entfernt, ausreichende Erkenntnisse über eine angemessene Gestaltung der Arzt-Patienten-Kommunikation zur Verfügung zu stellen. Daher sollte sich die linguistische Forschung m.E. in viel stärkerem Maße als bisher diesem gesellschaftspolitisch wichtigen Kommunikationsbereich zuwenden. Mit dieser Forderung meine ich nicht nur, daß Arzt-Patienten-Gespräche mit den einschlägigen linguistischen Verfahren untersucht und die dabei gewonnenen Resultate in wissenschaftlichen Zeitschriften oder Buchreihen publiziert werden. Die Verantwortung für die Untersuchungsergebnisse reicht weiter: Erstens müssen Linguisten/innen ggf. selber dafür Sorge tragen, daß entsprechende Resultate einer breiteren Öffentlichkeit zugänglich gemacht und dort diskutiert werden; und zweitens sind Untersuchungen zu der Frage durchzuführen, wie diese Ergebnisse in bestehende oder neu einzurichtende Aus- und Weiterbildungskontexte für die betroffenen Gruppen eingebracht und dort umgesetzt werden können. Dabei halte ich die zunächst ausschließlich naheliegende und bereits praktizierte Möglichkeit von Kommunikationstrainings für Ärzte nicht für ausreichend.

bzw. sogar für gefährlich, wenn es bei dieser Einseitigkeit bleibt. Gerade wenn Interessendivergenzen zwischen Arzt und Patient eine wesentliche Ursache für Verständigungsschwierigkeiten bilden, müssen auch die Patienten befähigt werden, ihre Interessen mit geeigneten kommunikativen Strategien zu artikulieren oder durchzusetzen. Illusionär würde die Hoffnung auf Verbesserung der Arzt-Patienten-Kommunikation bleiben, wenn es nur zu einer oberflächlichen Welle bloß kosmetischer Veränderungen käme wie etwa im Fall der Bürger-Verwaltungs-Kommunikation durch die publikumswirksame Propagierung der Stichworte 'Bürgerfreundlichkeit' und 'Höflichkeit' anstelle von systematischen Untersuchungen im Feld und gründlichen Ausbildungsmaßnahmen. Und das Ziel einer Kommunikationsverbesserung könnte sich sogar ins Gegenteil verkehren, wenn einseitig die Gruppe der Ärzte ein genaueres Wissen über Kommunikation erhielte, weil bei jeder Kommunikationsschulung auch das Risiko einer mißbräuchlichen Verwendung erlernter Kommunikationsstrategien besteht; d.h. Ärzte würden ohne die Möglichkeit einer Kontrolle durch Patienten in die Lage versetzt, deren Interessen mit Hilfe von noch raffinierteren und undurchschaubaren rhetorischen Tricks zu übergehen.

3. Kritik am ärztlichen Kommunikationsverhalten und ihre Legitimation

Im folgenden möchte ich zunächst einige Kritikpunkte zusammenstellen und in zwei Gruppen ordnen, die aufgrund von Gesprächsanalysen gegenüber ärztlichem Kommunikationsverhalten vorgebracht werden und die teilweise auch in der Arbeitsgemeinschaft 'Analyse ärztlicher Gespräche' anhand von Belegstellen in unveröffentlichten Transkripten diskutiert worden sind.⁷⁾ Zum ersten gibt es eine Gruppe von Kritikpunkten, die unangemessenes Verhalten des Arztes auf der Beziehungsebene konstatieren.

- Der Patient wird entmündigt, was sich z.B. in der Verwendung der wir-Form in ärztlichen Anweisungen ausdrückt: 'Nun wollen wir mal...'
- Der Patient wird in seinem Anliegen nicht ernst genommen, wenn beispielsweise der Arzt während der Krankheitsschilderung des Patienten in irgendwelchen Akten blättert.
- Der Patient wird als Objekt behandelt und entpersönlicht: eine Spezialität in Visiten bildet das Gespräch des Arztes mit der Schwester im Beisein des Patienten durch die Referenzform 'Hat er/sie...'; als anderer Beleg wird die Sprechweise im Telegrammstil gewertet 'Dann eben in der zweiten Zyklushälfte weniger essen'.
- Die Kommunikation mit dem Patienten wird auf die Erfordernisse des Diagnose- oder Behandlungsschemas hin funktionalisiert, d.h. Äußerungen des Patienten sind für den Arzt nur insoweit von Interesse, als sie dem jeweiligen Schritt bei der Behandlung nützen.⁸⁾

Eine zweite, größere Gruppe von Kritikpunkten betrifft den Umgang des Arztes mit divergierenden (sprachlichen) Bedeutungen, Relevanzsetzungen, Erwartungen und Interessen des Patienten.

- Der Arzt hört dem Patienten nicht zu, wird bei längeren Äußerungen von ihm ungeduldig und unterbricht ihn häufig.
- Um Äußerungen von Patienten auf das 'Wesentliche' zu beschränken, verwendet der Arzt vorwiegend geschlossene Fragen.
- Schilderungen persönlichen Erlebens und Empfindens des Patienten übergeht der Arzt.⁹⁾
- Ängste und Zweifel des Patienten bezüglich den Empfehlungen/ Entscheidungen des Arztes werden von ihm nicht bearbeitet, sondern durch rhetorische Tricks überspielt.
- Vom Patienten eingeleitete und seinen Interessen dienende Gesprächsschemata (z.B. zu seiner Information und Auf-

klärung) werden vom Arzt dadurch abgebrochen, daß er das für ihn relevante Gesprächsschema durchsetzt (z.B. die Medikamentation).

- Auf Beschwerdendefinitionen und Krankheitstheorien des Patienten geht der Arzt nicht argumentativ ein, sondern setzt ohne Begründung und inhaltliche Erläuterung seine Typisierungen durch.¹⁰⁾
- Der Arzt informiert den Patienten nicht über die Schlußfolgerungen aus seinen Typisierungen und über den Zusammenhang dieser Schlußfolgerungen mit der nachfolgenden Behandlung.
- Versuche des Patienten, divergierende Vorstellungen durchzusetzen, wehrt der Arzt durch Einsatz seiner Autorität ab, schlimmstenfalls macht er ihn lächerlich oder kanzelt ihn ab.

Wenn solche Kritikpunkte gegenüber bestimmten Ärzten oder evtl. sogar gegenüber vielen Ärzten berechtigt sind, dann ist dies m.E. ein so gravierender Umstand, daß über die wenigen bisher publizierten Arbeiten hinaus umfassende und systematische Untersuchungen erforderlich werden, die das genaue Ausmaß an Deformation der Arzt-Patienten-Kommunikation bestimmen und zugleich Abhilfemöglichkeiten formulieren müssen. Zu der Bewältigung dieser Aufgabe könnte und sollte die Linguistik ihren Teil beitragen. Dabei ist wichtig, daß Kritik jeweils explizit und im Detail an realem Gesprächsverhalten festgemacht werden kann, wofür eine Dokumentation dieses Verhaltens durch Tonband- oder Videoaufzeichnung sowie eine 'Sichtbarmachung' durch Verschriftlichung erforderlich bzw. zweckmäßig ist; nur auf diese Weise können nämlich Leugnungsstrategien zurückgewiesen werden, wie sie im Alltag häufig von Personen angewendet werden, die eines 'falschen' kommunikativen Verhaltens beschuldigt werden.

Aber wie sicher können wir uns eigentlich der Berechtigung der o.g. Kritikpunkte sein? Auch wenn diese Kritikpunkte auf der Analyse und Bewertung von Transkripten aus realen Arzt-

Patienten-Gesprächen basieren, sind sie in verschiedener Hinsicht problematisch: sie urteilen aus einer ex post-Perspektive (im nachhinein) und unter Informationsvoraussetzungen, wie sie den Gesprächsbeteiligten selbst aufgrund der zeitlichen Bedingungen des Erlebens von Kommunikation nicht im selben Maße gegeben sind; umgekehrt bleibt unklar, ob sie alle für eine angemessene Situationseinschätzung erforderlichen Kontextvoraussetzungen berücksichtigen (beispielsweise wird sogar ein mit seinem Patienten befreundeter Arzt evtl. den Telegrammstil verwenden, ohne daß eine Beziehungsstörung vorliegt), und schließlich beruhen die Kritikpunkte auf impliziten Kommunikationsnormen und Interpretationsregeln, von denen man nicht weiß, ob sie auch für die Gesprächsteilnehmer bzw. für die Patienten gelten und in ihrem Namen als Beurteilungsmaßstab zugrundegelegt werden dürfen. Um diese Problematik an einem Beispiel zu konkretisieren: auf einer der Sitzungen der Arbeitsgemeinschaft 'Analyse ärztlicher Gespräche' berichtete Eva-Maria Rellecke über die Befragung eines Patienten nach der Behandlung, aus der hervorging, daß er das mangelnde Eingehen der behandelnden Ärztin auf einen Behandlungsvorschlag von ihm bzw. auf das zugehörige Informationsanliegen keineswegs so 'tragisch' nahm, wie dies für einen Leser des betreffenden Gesprächstranskripts nach der ersten durch Entrüstung geprägten Interpretation erwartbar ist. Aus der Pointe dieses Beispiels könnte man den Schluß ziehen, daß es gar nicht sinnvoll ist, Arzt-Patienten-Kommunikation aufgrund von Textanalysen zu beurteilen, sondern daß man durch Interviews und Einstellungstests die Einschätzung der Gesprächsteilnehmer selbst erheben muß. Diese Schlußfolgerung ist zumindest im Sinne eines Ausschließlichkeitsanspruchs aus folgenden Gründen falsch.

Erstens sind Kommunikationsteilnehmer nicht durchweg in der Lage sich alle Einzelheiten ihres Erlebens von Kommunikation bewußt zu machen und/oder zu verbalisieren. Hier kann gerade die Konfrontation der Teilnehmer mit Aufzeichnungen/Transkripten

und mit Beobachterinterpretationen eine zweckmäßige Ergänzung der Erhebungsmethodik sein. Umgekehrt und zweitens sind bestimmte Einstellungen/Erwartungen von Teilnehmern auf viel einfachere und genauere Weise aus Transkripten ablesbar, als dies durch eine nachträgliche Erhebung möglich ist, nämlich dann, wenn die Teilnehmer diese Einstellungen/Erwartungen im Gespräch schon selbst explizit geäußert haben. Drittens schließlich ist der Fall zu berücksichtigen, daß Teilnehmer bestimmte Erscheinungsformen von Kommunikation deshalb nicht negativ bewerten, weil sie nichts 'Besseres' gewohnt sind; m.a.W. es kann auch legitim sein, Gesprächsverhalten von externen Normen aus zu kritisieren.

Eine fundierte und wissenschaftlich diskutierbare Kritik an kommunikativen Verhaltensweisen bedarf eines expliziten Bezugs auf Verhaltenserwartungen, die als Beurteilungsmaßstab herangezogen werden, und zugleich einer Begründung dafür, warum oder unter welchen Voraussetzungen es legitim ist, diesen Maßstab in der zugrundeliegenden Kommunikationssituation anzulegen. In diesem Sinne halte ich es auch für erforderlich, die bisherigen Resultate kritischer Einschätzungen der Arzt-Patienten-Kommunikation genauer und breiter abzusichern; die spätere Therapie ist höchstens so gut wie die vorherige Diagnose. Daß für eine solche Absicherung wiederum die linguistische Gesprächsanalyse (zumindest langfristig) gute Dienste leisten kann, möchte ich in diesem Abschnitt noch abschließend verdeutlichen. Die diesbezügliche Hoffnung auf die Linguistik steht allerdings unter dem Vorbehalt, daß für die Gesprächsanalyse eine ausreichende Interpretationsmethodologie entwickelt und insgesamt eine breitere empirische Basis erarbeitet wird.

Da Kritik an ärztlichem Gesprächsverhalten in der Regel auf der Grundlage (implizit) unterstellter Patienteninteressen beruht, will ich diese (einseitige!) Betrachtungsperspektive hier etwas genauer diskutieren. Zum einen können solche In-

teressen normativ postuliert werden unter Bezug auf bestimmte juristische Gegebenheiten oder gesellschaftspolitische Vorstellungen, und in diesem Fall heißt die zugehörige Argumentationsfigur 'Patienten sollen diese Interessen haben', unabhängig davon, ob Patienten diese Interessen haben/äußern oder nicht;¹¹⁾ empirisch kann eine solche Argumentation allerdings insoweit gestützt werden, als man in Untersuchungen nachweisen kann, daß die für Arzt-Patienten-Kommunikation postulierten Interessen in anderen vergleichbaren kommunikativen Kontexten von den Kommunikationspartnern als legitim behandelt werden. Zum anderen kann man Bezug nehmen auf faktisch existierende Patienteninteressen; solche Interessen sind empirisch nachweisbar anhand von Patientenäußerungen, in denen sie zugehörige Erwartungen an das Gespräch mit dem Arzt formulieren, oder anhand von Patienteninitiativen im Gespräch (z.B. zur Durchsetzung ihres Aufklärungsinteresses), wobei die Dringlichkeit des jeweiligen Interesses evtl. daran ablesbar ist, daß Patienten im Fall einer mangelnden Berücksichtigung ihrer Initiative durch den Arzt bei nächstmöglicher Gelegenheit erneute Startversuche unternehmen.

Auch in einer Diskussion aus der Perspektive von Patienteninteressen muß über die Situationsangemessenheit von Gesprächserwartungen reflektiert werden. Zunächst ist wohl einleuchtend, daß in gewissen Fällen das Interesse eines Patienten aufgrund von externen Situationsbedingungen gegenüber anderen Notwendigkeiten zurückstehen muß (z.B. wenn der Arzt seine Behandlung/das Gespräch bei Vorliegen eines Notfalls abbrechen und seine Praxis verlassen muß). Der Anspruch auf Erfüllung bestimmter Gesprächserwartungen ist aber auch innerhalb des Gesprächs nicht an jeder Stelle gleichermaßen berechtigt. Ich will dies an einem Beispiel veranschaulichen. Unspezifisch formuliert wird man dem Patienten einen Anspruch darauf zubilligen, daß der Arzt ihn ausreichend zu Wort kommen läßt. Wenn man nun zur Überprüfung, inwieweit dieser Anspruch erfüllt wird, ein Arzt-Patienten-Gespräch auf seine Redeverteilung hin unter-

sucht, dann besteht die Gefahr, daß man aus den Ergebnissen dieser Untersuchung falsche Schlüsse zieht. Für eine Beurteilung, inwieweit der genannte Anspruch erfüllt wird, darf man nämlich nicht das Verhältnis der Redeanteile von Arzt und Patient über das gesamte Gespräch hin als Maß verwenden, weil dieser Anspruch in unterschiedlichen Phasen des Gesprächs auch einen unterschiedlichen Berechtigungsgrad haben kann: in der Gesprächsphase, wo der Patient sein Anliegen formulieren soll, ist dieser Grad hoch, in einer Phase, wo der Arzt einen komplizierten medizinischen Sachverhalt zusammenhängend erläutern will aber evtl. niedriger. Für eine angemessene Einschätzung des Patientenanspruchs auf Rederecht ist demgegenüber entscheidend, ob der Arzt dem Patienten in funktional geeigneten Gesprächsphasen genügend Gelegenheit zur Rede gibt und ihn dort bei eventuellen Formulierungsschwierigkeiten zusätzlich zur Redefortführung ermuntert. Für diese Einschätzung bzw. für das Urteil, wann der Anspruch auf Einlösung von Rederecht relativ zum Interaktionsziel funktional geeignet ist, bedarf man der Ergebnisse aus kontrastiven Gesprächsuntersuchungen: aufgrund solcher Resultate darf schon heute behauptet werden, daß es dem Patienten gegenüber nicht nur menschlich unangemessen, sondern auch für das Therapieziel des Arztes in hohem Grad unzweckmäßig ist, wenn er die Gesprächsphase der Anliegensformulierung und Beschwerdefinition durch den Patienten deshalb vorzeitig abbricht, weil er aufgrund der bisherigen Darstellung des Patienten schon zu einer seines Erachtens ausreichenden Typisierung des Krankheitsfalls gelangt ist.¹²⁾

Ein dritter und letzter Aspekt, unter dem die linguistische Gesprächsanalyse wichtige Informationen liefern kann, bezieht sich darauf, daß Kritik an ärztlichem Kommunikationsverhalten nur dann konstruktiv ist, wenn sie alternative Verhaltensmöglichkeiten aufzeigt. Das eben genannte Beispiel der Unzweckmäßigkeit eines vorzeitigen Abbruchs der Anliegensformulierung weist schon in diese Argumentationsrichtung.

Genereller ist als Ziel zu formulieren, daß über die Untersuchung von Arzt-Patienten-Kommunikation hinaus das Spektrum möglicher kommunikativer Verhaltensweisen bezüglich einer zugrundeliegenden Interaktionsaufgabe positiv charakterisiert wird. Um dieses Ziel wieder an einem Beispiel zu konkretisieren, das auch schon in der Einleitung eine Rolle gespielt hat: Gegen das legitime Interesse von Patienten an medizinischer Aufklärung machen Ärzte geltend, daß sie eine solche Aufklärung aufgrund der Kompliziertheit der Materie nicht leisten können und deshalb verzichten sie evtl. ganz auf eine Aufklärungsarbeit; die Ergebnisse von Gesprächsanalysen zeigen demgegenüber, daß es sehr unterschiedliche Verfahren der Sachverhaltsstrukturierung bzw. der zugehörigen Sachverhaltsklärung gibt und daß mangelndes Verstehen auf seiten von Laien oft zu einem erheblichen Grade auf der Wahl ungeeigneter Erklärungsverfahren beruht.¹³⁾

4. V o r s c h l ä g e z u r m e t h o d i s c h e n D u r c h f ü h r u n g v o n T r a i n i n g s

In Abschnitt 2 habe ich dafür plädiert, daß Linguisten/innen auch an der Umsetzung ihrer wissenschaftlichen Ergebnisse für den Bereich der Arzt-Patienten-Kommunikation aktiv mitwirken sollten. Im folgenden will ich zeigen, daß sich aus der Arbeit der linguistischen Gesprächsanalyse durchaus konkrete Perspektiven für eine Verwirklichung dieser Forderung ergeben.

Gerade weil im Rahmen von Gesprächsanalyse die Differenziertheit und Schnelligkeit von Kommunikationsprozessen in besonders eindrucksvoller Weise demonstrierbar ist, wird man zu der Überzeugung kommen, daß das Spektrum an geeigneten Transfermöglichkeiten für linguistische Erkenntnisse stark eingeschränkt ist, zumindest sofern mit dem Wissenstransfer zugleich die Zielsetzung einer Änderung von 'schlechten' Kommunikationsgewohnheiten verbunden ist. Eine alleinige Vermittlung theoretischen Wissens kann hierfür keinesfalls ausreichen, sondern sicherlich sind zusätzliche praktische Demonstrationen und Einübun-

gen erforderlich. Von daher gesehen scheint das bekannte und wohl am weitesten verbreitete Trainingskonzept, das Rollenspiel, einen guten Ansatzpunkt für Kommunikationsschulung zu bieten. Mit diesem Konzept möchte ich mich im folgenden etwas genauer kritisch auseinandersetzen.¹⁴⁾ Zuvor soll jedoch der gesellschaftspolitische Aspekt der Durchführung von Kommunikationstrainings bzw. des Einsatzes von Rollenspielen noch kurz thematisiert werden.

Von den Rhetorik-Seminaren abgesehen, die etwa in den Volkshochschulen veranstaltet werden und jedermann zugänglich sind, richten sich Kommunikationstrainings sonst jeweils an spezifische, professionell mit Kommunikation befaßte Adressaten. Dies gilt auch für den Bereich der Arzt-Patienten-Kommunikation: Für Ärzte werden z.B. von der Pharma-Industrie Trainings angeboten; nicht aber für Patienten. Wenn im Sinne meiner Thesen von Abschnitt 2 eine einseitige Schulung von Ärzten nicht sinnvoll ist, dann fragt sich auch, ob sich Linguisten/innen an der Verbesserung von Trainingskonzepten wie dem Rollenspiel beteiligen sollen, weil eine solche Verbesserung gegenwärtig nur der Kommunikationsschulung von Ärzten zugute käme und damit den Wissensunterschied zwischen Ärzten und Patienten vergrößern sowie das Mißbrauchsrisiko erhöhen würde. Wenn man allerdings erreichen könnte, daß sich die allgemeinbildenden Schulen und die Medien ausreichend des Themas 'Praktische Kommunikation' annehmen, dann ist allzuviel Pessimismus und Mißtrauen wohl nicht angebracht. Was hier die Medien anbetrifft, so habe ich speziell für den Bereich der Radiosendungen schon aufgrund gelegentlichen Mithörens den Eindruck, daß dort die Schwierigkeiten der Kommunikation zwischen Arzt und Patient teilweise sehr instruktiv dargestellt werden: z.B. durch bewußte Überzeichnungen des Arztverhaltens in kabarettistischen Einlagen, durch Sendungen mit Höreranrufen zum Thema 'Umgangsformen der Ärzte' etc. Auch die Versuche von Carmen Thomas, in Fernsehsendungen Rollenspiele mit (nichtprominenten) Gästen etwa zum Thema 'Verhalten in All-

tagskonflikten' zu veranstalten, zeigen eine interessante Perspektive auf. Wahrscheinlich sollte man auch gar nicht die Idealerwartung haben, daß jeder einzelne Patient genauso gut kommunikativ geschult ist wie sein Arzt, sondern es reicht zur Etablierung einer angemessenen Kommunikationspraxis aus, wenn durch Herstellung von Öffentlichkeit eine geeignete Kontrolle ausgeübt werden kann.

Von den Erfahrungen der Gesprächsanalyse her beurteilt ist es zunächst unwahrscheinlich, daß in Trainings mit dem Einsatz von Rollenspielen über eine erste Sensibilisierung für Kommunikation hinaus auch stabile Änderungen des kommunikativen Verhaltens erreicht werden können, wenn diese Trainings, wie es die vorherrschende Praxis ist, einmalig und mit einer Dauer von 2 bis 3 Tagen abgehalten werden. Üblicherweise wird auch - von der Erhebung subjektiver Teilnehmereinschätzungen abgesehen - keine echte Erfolgskontrolle durchgeführt; unter der Hand geben Trainer aber zu, daß oft weniger die faktische Verhaltensänderung als der Imagegewinn aus der Trainingsteilnahme (den zumeist auch nicht der Teilnehmer, sondern seine Institution für sich bucht) das eigentliche Ziel bildet. Insofern müßte bei echtem Wunsch nach Verhaltensänderungen zu allererst die Trainingsdauer und -frequenz erhöht werden.

Die Analyse der Kommunikation in Rollenspielen ist selber eine interessante Aufgabe für die Linguistik. In solchen Analysen stellt sich heraus (und dies berührt zentral den Punkt der Eignung von Rollenspielen für Trainings), daß die Kommunikation in Rollenspielen komplexer ist als der reale Kommunikationstyp, der im Spiel reproduziert werden soll, und daß folglich eine angemessene Beurteilung des kommunikativen Verhaltens der Rollenspielteilnehmer für den Trainer und die beobachtenden Teilnehmer noch schwieriger ist, als wenn ein reales Verhalten bewertet werden müßte. Die hier angedeutete Problematik beruht darauf, daß die Spielsituation bestimmte Verzerrungen und Überlagerungen mit sich bringt, die nach meiner Einschätzung erst durchschaubar sind, wenn man die betreffen-

den Rollenspiele anhand einer Transkription bis in Details hin rekonstruieren kann.¹⁵⁾ Mir liegen einige Diskussionen und Beurteilungen aus Trainings vor, in denen die durch das Spiel bedingten Störfaktoren nicht erkannt wurden und die daher zu ungerechtfertigten Bewertungen von Teilnehmerverhalten führten. Als Störfaktoren, die mir besonders aufgefallen sind, möchte ich hier folgende nennen:

- Vorbereitete Handlungskataloge, die von Teilnehmern vollständig abgearbeitet werden und daher zu inflexiblem Verhalten führen
- unzureichend definierte Spielsituationen und die fehlende Möglichkeit der Angleichung von Situationsdefinitionen im Spiel
- fehlende Möglichkeit, die realen Zeitbedingungen im Spiel zu simulieren
- fehlende Möglichkeit, bestimmte reale Beziehungskonstellationen (z.B. Asymmetrie) herzustellen
- schauspielerische Effekte im Verhalten, die an die Beobachter gerichtet sind.

Wenn im Rahmen von Gesprächsanalysen die hauptsächlichlichen Störfaktoren bestimmt sind, dann kann ihre Verzerrungswirkung möglicherweise durch geeignete Anlage von Rollenspielen ausgeschaltet werden und man wird besser als bisher entscheiden können, welche Ausschnitte kommunikativer Realität überhaupt im Spiel simulierbar sind.

Eine zweite Schwierigkeit der Beurteilung von Teilnehmerverhalten in Rollenspielen basiert darauf, daß Trainer und Beobachter aufgrund des üblichen Verfahrens des sukzessiven Abspielens von Ton- oder Videoaufzeichnungen des Spiels in der Regel nur lokale Verhaltenseinschätzungen vornehmen können. Wiederum von den Erfahrungen aus Gesprächsanalysen her gesehen bleiben solche Einschätzungen oft fragwürdig, weil nicht die spezifische strukturelle Position des beurteilten Verhaltens im Kontext

des zugrundeliegenden Kommunikationsmusters berücksichtigt wird. Ich kann diesen Punkt hier nicht mehr genauer ausführen; vielleicht ist aber plausibel, daß etwa das Urteil über die Zweckmäßigkeit einer Verhaltensaktivität in einem Konfliktspiel sehr stark davon abhängen muß, in welcher Phase der Konfliktaustragung, also etwa der Konfliktdefinition oder der Konfliktbewältigung, sie stattfindet.¹⁶⁾ Die aus guten Gründen für die Durchführung von Rollenspielen propagierte Vorsicht bei der Beurteilung von Teilnehmerverhalten wird nach meinen Erfahrungen in der Rollenspielpraxis oft nicht genügend durchgehalten; ein gründlicheres und umfangreicheres Wissen über Kommunikationsmuster würde diese Widersprüchlichkeit aufzuheben oder zu mildern helfen.

Nach dem bisher Gesagten liegt schon der Gedanke nahe, die Auswertung von Rollenspielen in Trainings nicht auf die Möglichkeit der Diskussion von Erinnerungen und von Ton- oder Videoaufzeichnungen zu beschränken, sondern unter bestimmten Voraussetzungen auch Transkriptionen der Rollenspiele heranzuziehen. Immer wenn ich gegenüber Trainern diesen Vorschlag machte, wiesen sie mich auf die Unmöglichkeit einer Realisierung unter den gegenwärtigen Trainingsbedingungen hin. Dieser Einwand ist zwar insofern berechtigt, als die Herstellung einer Transkription je nach zur Verfügung stehendem Service einige Tage oder länger dauern kann und somit nicht für ein dreitägiges Training in Frage kommt; gleichwohl ist dieser Einwand genauso absurd, als würde jemand gegen die Verwendung von Ton- oder Videoaufzeichnungen in Trainings damit argumentieren, daß seine Trainingsinstitution keine Gelder für die Beschaffung technischer Geräte zur Verfügung stelle. M.a.W. der Verweis auf die gegenwärtige zeitliche Organisation von Trainings kann kein Argument gegen die Verwendung von Transkriptionen bilden. Vor einiger Zeit habe ich selbst mit Studenten ein vierzehntägig stattfindendes Trainingsseminar durchgeführt, in dem die zusätzliche Möglichkeit der Diskussion von Rollenspieltanskripten bestand; der dadurch in der Besprechungspraxis

erreichte Erkenntniszuwachs übertraf bei weitem die theoretisch postulierte Erwartung. So gesehen bin ich davon überzeugt, daß es nur eine Frage der Zeit ist, bis sich in Trainings das Verfahren, mit Transkriptionen zu arbeiten, durchgesetzt hat.

Die Arbeitsweise der linguistischen Gesprächsanalyse legt noch eine andere Ergänzung der Trainingsmethodik nahe. Einerseits zeigt schon die Analyse von Rollenspielen als eine Grenze der Simulierbarkeit von Realität den Umstand auf, daß nicht jeder Spieler in jede Rolle 'schlüpfen' kann. Auf den Bereich der Arzt-Patienten-Kommunikation hin konkretisiert: in einem Training, das für Ärzte veranstaltet wird und auf diese Teilnehmergruppe beschränkt ist, können bestimmte Aspekte der Kommunikationsschwierigkeiten zwischen Arzt und Patient in keinem Fall erfahrbar gemacht werden, weil es Ärzten in gewissen Hinsichten unmöglich ist, Patienten zu spielen (sie können ihre Fachkenntnisse nicht verleugnen, sie kennen die gängigen Behandlungsschemata etc.). Für die Besprechung derartiger, nicht simulierbarer Aspekte wäre es zweckmäßig, die Teilnehmer mit Transkriptionen von realen Arzt-Patienten-Gesprächen zu konfrontieren. Dieses Verfahren bietet nicht nur für den Fall einer prinzipiellen Unmöglichkeit, bestimmte Aspekte von Kommunikationsschwierigkeiten im Rollenspiel zu simulieren, Vorteile. Jeder Trainer weiß, daß bestimmte Verhaltensweisen, die er im Training problematisieren will, nicht auf beliebigen Abruf im Rollenspiel reproduzierbar sind; entsprechende Demonstrationsbeispiele aus realen Gesprächen sind demgegenüber ggf. frei verfügbar. Mein entsprechender Vorschlag, in Trainings reale Gespräche vorzuspielen bzw. Transkripte davon zu diskutieren, wurde vielfach mit dem Argument zurückgewiesen, daß die (gewünschte) Betroffenheit von Teilnehmern im Fall der Konfrontation mit eigenem, in Rollenspielen produziertem Kommunikationsverhalten zweckmäßiger sei. Auch dieses Argument halte ich nur für bedingt richtig. Die Erfahrungen von Linguisten bei der Besprechung von Transkriptionen in Lehrveranstaltungen zeigen nämlich, daß auch auf diese Weise oft eine starke Be-

troffenheit der Teilnehmer bei der Wiedererkennung eigenen Kommunikationsverhaltens durch die Beobachtung des Verhaltens von anderen ausgelöst wird; unter bestimmten Voraussetzungen bietet das Verfahren der Besprechung von Transkriptionen sogar den großen Vorteil, daß die Möglichkeit, direkt über das Kommunikationsverhalten anderer und dabei indirekt über das eigene Verhalten zu sprechen, weniger angstbesetzt ist und die Tendenz zu strategischem Verhalten in der öffentlichen Diskussion verringert. Mein Plädoyer für Kommunikationsdemonstrationen anhand realer Gespräche ist jedoch nicht als prinzipielle Alternative, sondern nur als Ergänzung zum Einsatz von Rollenspielen gemeint.

Als einen letzten Punkt, in dem sich m.E. wichtige Rückwirkungen aus der Arbeit der Gesprächsanalyse auf die Konzeption von Trainings ergeben, will ich erwähnen, daß m.E. in vielen Trainings die Auswahl der Lerninhalte nicht ausreichend auf die Erfordernisse der Praxis hin orientiert ist. Für das Beispiel der Arzt-Patienten-Kommunikation stelle ich mir folgendes Auswahlmodell als zweckmäßig vor. Zunächst ist zu klären, in welchen kommunikativen Zusammenhängen der jeweiligen Adressatengruppe hauptsächlich Kommunikationsprobleme auftreten; für den Fall praktizierender Ärzte heißt dies etwa, daß die problematischen Komponenten/Muster der Kommunikation in der Arztpraxis identifiziert werden müssen. Verständigungsprobleme treten insbesondere in solchen Komponenten auf, für deren Realisierung Arzt und Patient unterschiedliche Erwartungen haben. So muß etwa Ärzten einerseits klar gemacht werden, daß sie selber bestimmte Vorstellungen davon haben, wie eine für ihre Diagnose zweckmäßige Informationsphase zu Beginn des Gesprächs aussieht; zugleich müssen sie aber wissen, daß Patienten auf Anfragen des Arztes mit spezifischen Darstellungsmustern reagieren, die für ihre alltägliche Kommunikation zweckmäßig sind oder an die sie sich zumindest gewöhnt haben; statt kurz ihre Krankheitssymptome zu schildern, beginnen sie evtl. mit 'langatmigen' Erzählungen.¹⁷⁾ Was folgt hieraus für die Lerninhalte

des Trainings? Es reicht nicht aus bzw. ist nicht möglich, für ein bestimmtes kommunikatives Ziel in dem Arzt-Patienten-Gespräch ein zugehöriges Standardmuster zu lehren, sondern es muß ein Überblick über die verschiedenen, den Beteiligten evtl. in unterschiedlichem Grade zugänglichen Muster gegeben werden, mit denen das betreffende Ziel erreicht werden kann; zugleich sind Strategien zu lehren, wie die Divergenzen bei unterschiedlicher Musterpräferenz in kooperativer Weise und nicht nach dem Gesetz des Stärkeren aufgelöst werden können.

A n m e r k u n g e n

- 1) Vgl. hierzu auch die Einschätzung von MCKNIGHT (1979, 51):
"Natürlich ist es eindeutig entmündigend, wenn einem gesagt wird, man könne nicht selbst entscheiden, ob man ein Problem habe und wie damit umzugehen sei."
- 2) Das Verdienst, diese Diskussion mit einer fundierten Untersuchung eröffnet zu haben, gebührt in der BRD J. SIEGRIST (1976).
- 3) Vgl. hierzu etwa die Untersuchungen von GLOY (1981), OKSAAR (1981), WENZEL (1984) und HENRICI et al. (1985).
- 4) Vgl. hierzu die Ergebnisse in EHLICH/REHBEIN (1983).
- 5) M.a.W. anders als bei der Visite stellt der Zeitmangel sonst nicht das zentrale Problem dar.
- 6) Entsprechende Daten liegen mir zumindest aus dem Bereich der Bürger-Verwaltungs-Kommunikation vor.
- 7) Für die meisten dieser Kritikpunkte findet man aber vergleichbare Belegstellen etwa bei BLIESENER (1982).
- 8) Vgl. hierzu auch RASPE (1978, 90)
- 9) Vgl. hierzu auch SIEGRIST (1978, 119)
- 10) Vgl. hierzu auch RASPE (1978, 85f.)
- 11) Als besonders wichtiges Beispiel kann hier das sogar juristisch abgesicherte Aufklärungs- und Selbstbestimmungsinteresse des Patienten genannt werden, das sich aus dem Grundrecht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit ergibt. Insofern muß das Gespräch zwischen Arzt und Patient diesen in die Lage versetzen, auf seine Behandlung eigenverantwortlich Einfluß nehmen zu können. (Vgl. RASPE 1978, 91)
- 12) Eine ähnliche Problematik besteht bei Beratungen für die Aufgabe und Phase der Problemdefinition; vgl. hierzu etwa NOTHDURFT (1984, 87ff.).
- 13) Vgl. hierzu z.B. die in KINDT (1984) beschriebenen Verfahren der Bedeutungsangleichung.
- 14) Die nachfolgenden Überlegungen basieren auf den Analyseergebnissen eines von der Universität Bielefeld finanzierten Projekts 'Rollenspiel und Kommunikationstraining' O.Z. 2343.
- 15) In der Literatur über Rollenspiele bleiben solche Störfaktoren weitgehend unerwähnt, und überhaupt sind methodisch reflektierte Darstellungen über die Durchführung von Rollenspielen wie z.B. in FREUDENREICH et al. (1978) eher die Ausnahme.
- 16) Vgl. hierzu etwa KALLMEYER (1979).

- 17) Ähnliche Verhaltensweisen kann man auch in der Bürger-Verwaltungs-Kommunikation beobachten; vgl. hierzu etwa QUASTHOFF (1979).

L i t e r a t u r

- BLIESENER, Thomas
Die Visite - ein verhinderter Dialog, Tübingen 1982
- EHLICH, Konrad/REHBEIN, Jochen (Hrsg.)
Kommunikation in Schule und Hochschule, Tübingen 1983
- FREUDENREICH, Dorothea et al.²
Rollenspiel, Hannover 1978²
- GLOY, Klaus
Deutungsschemata des Sozialamts. In: KLEIN, H./PRESCH, G. (Hrsg.), Institutionen - Konflikte - Sprache, Tübingen 1981, S. 87-125
- ILLICH, Ivan et al.
Entmündigung durch Experten, Reinbek 1979
- HENRICI, Gert et al.
Verständigungsprobleme in der Bürger-Verwaltungs-Kommunikation: Vor Ort in der Rundfunkgebührenermäßigungsstelle. In: Der Deutschunterricht, Heft 'Pragmatische Texte), April 1985
- KALLMEYER, Werner
Kritische Momente. Zur Konversationsanalyse von Interaktionsstörungen. In: FRIER, W./LABROISSE, G. (Hrsg.), Grundfragen der Textwissenschaft, Amsterdam 1979, S. 59-109
- KINDT, Walther
Dynamische Semantik. In: RIEGER, B. (Hrsg.), Dynamik in der Bedeutungskonstitution, Hamburg 1984, S. 95-142
- KINDT, Walther/WEINGARTEN, Rüdiger
Verstehensprobleme. In: Deutsche Sprache 3/1984, S. 193-218
- MCKNIGHT, John
Professionelle Dienstleistung und entmündigende Hilfe. In: ILLICH et al. 1979, S. 37-56
- NOTHDURFT, Werner
"... äh folgendes Problem äh...". Die interaktive Ausarbeitung des 'Problems' in Beratungsgesprächen, Tübingen 1984
- OKSAAR, Els
Kommunikation und der soziokulturelle Rahmen. In: HARTIG, M. (Hrsg.), Angewandte Soziolinguistik, Tübingen 1981, S. 57-64

- QUASTHOFF, Uta
Eine interaktive Funktion von Erzählungen. In: SOEFFNER,
H.-G. (Hrsg.), Interpretative Verfahren in den Sozial-
und Textwissenschaften, Stuttgart 1979, S. 104-126
- RASPE, Hans-Heinrich
Warum fragen Patienten so wenig. In: Loccumer Protokolle
11/1978, Ev. Akademie, Rehburg-Loccum 2, S. 80-99
- SIEGRIST, Johannes
Arbeit und Interaktion im Krankenhaus, Stuttgart 1978
- WENDLANDT, Wolfgang (Hrsg.)
Rollenspiel in Erziehung und Unterricht, München 1977
- WENZEL, Angelika
Aspekte der Verstehens- und Verständigungsprozesse in
Gesprächen am Sozialamt, Tübingen 1984