

## Zusammenfassung

In diesem Beitrag werden das Empirieverständnis und die Charakteristika diskursanalytischer Arbeitsmethoden besprochen. Im Zentrum stehen die Methoden der Erhebung, Transkription und Analyse *authentischer sprachlicher Daten*. Denn dadurch unterscheidet sich die Diskursanalyse wesentlich von anderen empirischen Disziplinen. Im ersten Teil werden am Beispiel von Untersuchungen zur Arzt-Patient-Kommunikation die jeweiligen Möglichkeiten unterschiedlicher qualitativer Herangehensweisen dargestellt und auf Problematiken empirischen Arbeitens - Umfang der Datenkorpora, Fragen des Datenschutzes, Beobachterparadoxon etc. - eingegangen. Im zweiten Teil wird herausgearbeitet, welche Vorteile die Verwendung *authentischer sprachlicher Daten* gegenüber inszenierten oder erdachten sprachlichen Beispielen als Analyse- und Trainingsgrundlage bietet, es wird aber auch auf die Bedeutung von Rollenspielen als *didaktisches Instrument* verwiesen.

## 1. Einleitung

In den folgenden Überlegungen wollen wir aufzeigen, was in der diskursanalytischen Forschung unter empirischem Arbeiten zu verstehen ist, wie sie sich von anderen empirischen Disziplinen diesbezüglich unterscheidet und welche Implikationen dies für Datenerhebung, Analyse und mögliche Anwendungen nach sich zieht. Unseren Schwerpunkt werden wir dabei auf folgende Aspekte legen:

- Strukturierungsgrad der empirischen Erhebung,
- Methoden der Datenerhebung,
- Struktur und Umfang von Korpora,
- Bedeutung des Kontexts von Gesprächen für die Analyse.,
- Authentizität von Gesprächen, etwa im Unterschied zu Rollenspielen, experimentellen oder erdachten Daten.

Der empirische Zugang der Diskursanalyse ist erstens qualitativ und bezieht sich zweitens auf authentische sprachliche Daten. Was bedeutet dies? Die Diskursanalyse grenzt sich einerseits von Paradigmen ab, die empirisch erhobene Daten nach quantitativen Kriterien in erster Linie auf statistisch errechnete Wahrscheinlichkeiten kausaler Zusammenhänge hin untersuchen. Andererseits unterscheidet sie sich von anderen Disziplinen (etwa der Sprachpsychologie) dadurch, daß ihre sprachlichen Daten weder mit Hilfe von Experimenten erhoben werden, noch aus konstruierten oder erdachten Äußerungen bestehen. Erfundene Äußerungen sind zwar u.U. durchaus auch *mögliche* authentische Äußerungen, d.h. sie *könnten* in einer tatsächlichen Interaktion auch so geäußert werden. In der Regel sind sie aber zu Illustrationszwecken stark vereinfacht oder unter für die jeweilige Theorie relevanten Kriterien konstruiert. Es ist also nicht gewährleistet, daß hier alle wesentlichen Aspekte einer Interaktion, eines Gesprächs, einer Unterhaltung erfaßt werden. Die Schlußfolgerungen für die Praxis auf der Basis solcher Daten könnten demnach auch zu falschen oder ungenügenden Empfehlungen führen.

Unser Beitrag gliedert sich in zwei Abschnitte: Im ersten Teil werden wir anhand von tatsächlich durchgeführten diskursanalytischen Untersuchungen die möglichen Vorgehensweisen, Probleme und Vorteile unseres Zugangs exemplarisch und illustrierend darstellen; der zweite Teil bespricht und begründet die Besonderheiten

von Kommunikationsberatung und Trainings, die im Unterschied zu anderen Ansätzen mit authentischen Beispielen arbeiten.

## 2. Die Praxis diskursanalytischer Forschung

Prinzipiell gibt es auch innerhalb des Paradigmas der qualitativen empirischen Forschung zwei grundlegende Herangehensweisen. Sie können umschrieben werden als *starke* (fokussierende) bzw. *lose* (explorative) *Strukturierung* des Erhebungsdesigns.

Eine starke Strukturierung wird meistens dann gewählt, wenn zu einem Problem bereits Analysen und Ergebnisse vorliegen, wenn die theoretischen Annahmen expliziert und begründet sind, wenn bestimmte Detailfragen innerhalb eines komplexeren Rahmens beantwortet werden sollen, wenn also, bildhaft gesprochen, einige Mosaiksteine zu einem Bild hinzugefügt werden sollen, dessen Umrisse und wahrscheinliche Gestalt man bereits erkennt bzw. kennt. Eine lose Strukturierung hingegen bietet die Möglichkeit, auch Bereiche empirisch zu erforschen, über die bisher noch wenig oder gar keine Ergebnisse vorliegen. In diesem Fall wird die Vorgehensweise offener, weniger stark theorie- bzw. hypothesengeleitet vor sich gehen, der Schwerpunkt wird auf dem Design der empirischen Untersuchung und auf der explorativen Auswertung der Daten liegen. Beide Zugänge sind allerdings die äußeren Pole eines Kontinuums. Sie schließen sich auch nicht gegenseitig aus, sondern sind zueinander durchlässig. Dies möchten wir anhand von Beispielen aus unserer Forschung zur Kommunikation zwischen ÄrztInnen und PatientInnen im Krankenhaus verdeutlichen.

### 2.1 Anamnesegespräche<sup>1</sup>

Am Institut für Sprachwissenschaft der Universität Wien gibt es seit über zehn Jahren einen Forschungsschwerpunkt zur Kommunikation zwischen Arzt und Patient. In einer der ersten Untersuchungen zu Anamnesegesprächen im deutschsprachigen Raum sollten die geschlechts-, schicht- und altersspezifischen Einflüsse sowie die Auswirkungen von Persönlichkeitsstrukturen auf die *Kommunikationsbarrieren* zwischen Arzt und Patient untersucht werden. Derartige Kommunikationsbarrieren wurden dabei aufgrund von anderen Untersuchungen zu institutioneller Kommunikation in der Schule (Bernstein 1972), vor Gericht (Leodolter 1975) usw. als gegeben angenommen. Die Fragestellung erlaubte also eine starke Strukturierung, da bereits zu Beginn der Erhebung die Hypothesen und möglichen Ergebnisse deutlich formuliert waren.

Um die Untersuchungsfragen beantworten zu können, wurden erstens mehr als fünfzig Anamnesegespräche auf Tonband aufgenommen und verschriftet, zweitens

<sup>1</sup> Hein et al. (1984), Lalouschek/Menz (1988), Hein/Wodak (1987), Lalouschek (1995 und in Bd. 1). Ein Anamnesegespräch ist das erste Gespräch zwischen Arzt und Patient nach der Aufnahme auf der Station. Es hat einen zweifachen Zweck, und zwar sollen einerseits die jetzige Erkrankung, frühere Krankheiten, Kinderkrankheiten, Medikamentenallergien und der derzeitige Status (= gesundheitlicher Zustand zur Zeit der Einweisung ins Krankenhaus) erhoben, andererseits die Basis für eine vertrauensvolle und tragfähige Beziehung zwischen Arzt und Patient geschaffen werden (vgl. Lalouschek in Bd. 1).

mit ÄrztInnen und PatientInnen Leitfadeninterviews durchgeführt und drittens mit beiden Gruppen Einschätzungstests zur jeweils eigenen Persönlichkeit durchgeführt. Viertens wurden die ÄrztInnen gebeten, die Persönlichkeit der PatientInnen nach einer geeichten Skala einzuschätzen, um mögliche Einflüsse von Persönlichkeitsstrukturen auf das Gesprächsverhalten erfassen zu können. Es wurde also durch eine ganze Bandbreite von Erhebungsmethoden versucht, einen möglichst breiten *Kontext* zu erfassen. Dies ist ein wichtiges, ja zentrales methodisches Merkmal diskursanalytischer Forschung. Wie wir uns in einem jeweiligen Kontext oder in einer bestimmten Situation äußern, hängt wesentlich davon ab, wer wann mit wem wie spricht. Daher ist es so unabdingbar, möglichst viele dieser Einflußfaktoren auch in der Datenerhebung zu erfassen, und daher ist es auch notwendig, vor allem qualitative Detailanalysen durchzuführen, um allgemeingültige sprachliche Muster und Formen anhand von authentischen Gesprächen zu *rekonstruieren*. Durch ausschließlich statistische Auswertungen würden *relevante* Einflußfaktoren notwendigerweise unberücksichtigt bleiben.

In dieser Untersuchung wurde unter anderem festgestellt,

- daß Ärzte anders mit PatientInnen sprechen als Ärztinnen;
- daß PatientInnen, mit denen auch über die reine Symptomerhebung hinaus gesprochen wurde (sogenannte "soziale Turns"), sich in den Interviews als durchwegs zufriedener mit der Behandlung bezeichneten als solche, die keine oder nur sehr wenig soziale Zuwendung hatten;
- daß PatientInnen in den Interviews mit den LinguistInnen andere sprachliche Formen verwenden als in den Anamnesegesprächen. Paradoxerweise erzählten die PatientInnen in den Interviews im allgemeinen mehr Krankheitsgeschichten und Details als in den Gesprächen mit den ÄrztInnen. Dies ist ein deutliches Indiz, wie der Kontext, die Art des Gesprächs, der Gesprächspartner etc. das Gesprächsverhalten beeinflussen.

Die Fortsetzung des Projektes ist ein sprechendes Beispiel für die Unwägbarkeiten empirischen Arbeitens. In einer weiteren Untersuchung sollte geklärt werden, ob das Geschlecht der PatientInnen eine Rolle beim Gesprächsverhalten spielte. Der Fokus wurde auf der Basis der ersten Untersuchung verengt, die Strukturierung noch verstärkt; die Ergebnisse sollten sich einpassen einerseits in das, was bereits über Arzt-Patient-Kommunikation bekannt war, andererseits auch in die bisherigen Forschungen zum geschlechtsspezifischen Sprachverhalten.

Wir konnten dieses Forschungsdesign letztlich nicht umsetzen, und zwar einfach aus dem Grund, daß zum Zeitpunkt der geplanten Untersuchung eine ausgedehnte Grippewelle in Wien herrschte, alle Krankenhausbetten des Krankenhauses belegt waren, ja die PatientInnen z.T. schon auf Gangbetten gepflegt werden mußten und aus diesem Grund keine Neuaufnahmen getätigt wurden. Anamnesegespräche finden jedoch nun einmal mit neu ins Krankenhaus aufgenommenen PatientInnen statt, so daß als Folge der nicht vorherzusehenden Grippeepidemie unsere Studie nicht wie geplant durchgeführt werden konnte.

Dies verdeutlicht ein prinzipielles Problem diskursanalytischer Forschung: die spezielle Form der *Datenerhebung*. Da wir grundsätzlich mit authentischen Gesprächen arbeiten, wie sie täglich zu Abertausenden in unterschiedlichsten Kontexten

stattfinden, reicht es nicht aus, sich z.B. darauf zu beschränken, Gespräche zu inszenieren (etwa durch Rollenspiele), experimentelle Situationen zu schaffen oder Gespräche über Gespräche zu analysieren (etwa durch Fragen an ÄrztInnen wie "Was ist das Charakteristische an Anamnesegesprächen?")<sup>2</sup>. Es muß also prinzipiell möglich sein - d.h. alle Beteiligten müssen damit einverstanden sein -, Gespräche audiovisuell aufzuzeichnen und ein ausreichend großes Korpus zu erstellen. Ersteres wäre uns möglich gewesen, letzteres war aufgrund der äußeren Umstände seinerzeit nicht zu erhalten.

## 2.2 Alltag in der Ambulanz<sup>3</sup>

In einer weiteren Untersuchung wollten wir die unterschiedlichsten Kommunikationsformen in der internistischen Ambulanz eines Krankenhauses untersuchen. Es war also nicht das Ziel, einen bestimmten Gesprächstyp (Anamnesegespräch) in seinen vielfältigen Ausformungen, Regelmäßigkeiten und Besonderheiten zu analysieren, sondern das gesamte Kommunikationsgeschehen einer Teilinstitution. Dies bedeutete allerdings eine gänzlich andere methodische Herangehensweise. Da die geplante Studie in dieser Form keine Vorläuferinnen hatte, hatte sie natürlich in erster Linie explorativen Charakter. Daher entschieden wir uns für eine *lose Strukturierung*. D.h. wir verwendeten keine engen, stark strukturierten Hypothesen, um unsere Sicht auf den Gesamtkontext nicht von vornherein unzulässig einzuschränken. So hilfreich spezifische Hypothesen sein können, wenn man nach bestimmten Phänomenen sucht, so sehr können sie aber auch das eigene Problembewußtsein in eine bestimmte Richtung einschränken und behindern, wenn ein neues Feld erschlossen werden soll.

Die angemessenste Methode schien uns die *teilnehmende Beobachtung* (Lamnek 1988), ergänzt durch *Interviews* mit den beteiligten Agenten und Klienten der Institution, um deren Perspektive erfassen zu können. Während eines Zeitraums von fünf Monaten hielten sich zwei ForscherInnen regelmäßig, aber unvorhersehbar in der Ambulanz auf und beobachteten das dortige Geschehen möglichst unauffällig, um das sogenannte *Beobachterparadoxon* gering zu halten. Dies besteht darin, daß DiskursanalytikerInnen alltagssprachliche, *unbeobachtete* Kommunikation beobachten und aufzeichnen möchten, was in sich ein Widerspruch ist. Er kann dadurch gelindert werden, daß verschiedene Verfahren eingesetzt werden, um eine möglichst natürliche Atmosphäre zu erzeugen. Dies gelingt in der Regel nicht zuletzt dadurch, daß bei den beobachteten Personen mit der Zeit ein Gewöhnungseffekt eintritt und dadurch die tägliche Routine wieder die Oberhand über das Bewußtsein des Aufgenommenwerdens gewinnt. Auch die Tatsache, daß niemand

<sup>2</sup> Natürlich kann es auch sinnvoll sein, solche Gespräche über Gespräche in die Untersuchung einzubeziehen, vor allem wenn man das Interaktantenwissen erheben will. Was hier aber gemeint ist, ist, daß solche Gespräche nicht *anstelle von* etwa Anamnesegesprächen analysiert werden können.

<sup>3</sup> Lalouschek/Menz/Wodak (1988, 1990), Lalouschek/Menz (1987, 1988, 1989), Lalouschek (1995), Menz (1994).

über längere Zeit hinweg sein sprachliches Verhalten vollständig kontrollieren kann, trägt bei längerer Dauer zu einer relativ unverfälschten Aufnahmesituation bei.<sup>4</sup>

Nach einer längeren Beobachtungsphase nahmen wir schließlich insgesamt sieben Behandlungsvormittage mit zwei Kassettengeräten auf. Wir beschränkten uns dabei nicht auf einzelne Gesprächstypen oder Personen (dies hätte eher einer Vorgehensweise mit starker Strukturierung entsprochen), sondern nahmen jeweils ca. 3½ Stunden ununterbrochen auf. Dadurch konnten wir die gesamte Vielfalt der Kommunikation in der Ambulanz systematisch und ausgewogen abdecken.

Die Frage des *Datenschutzes* und der Bewahrung der Privatsphäre spielt gerade in so sensiblen Bereichen wie der Arzt-Patient-Kommunikation eine wichtige Rolle. Gegenüber dem Spitalpersonal (bzw. allgemein den Agenten einer Institution) konnten wir in gemeinsamen Vorbesprechungen Zusicherungen der Anonymität und vertrauliche Behandlung der Daten ausdiskutieren. Schwieriger war es bei den PatientInnen, von denen an manchen Tagen über zwanzig behandelt wurden. Um auch hier ethische Vorbehalte möglichst zu entkräften, fragten wir jede Patientin und jeden Patienten vor der medizinischen Untersuchung einzeln um Erlaubnis, obwohl dies die Ungestörtheit der Aufnahmesituation etwas einschränkte. Doch dieses Dilemma ist unseres Erachtens prinzipiell zugunsten der Wahrung der Privatsphäre der aufgenommenen Personen zu entscheiden.<sup>5</sup>

Nicht nur Arzt-Patienten-Kommunikation fand in dem ca. 12 m<sup>2</sup> großen Raum statt, sondern selbstverständlich auch Kommunikation mit den Ambulanzschwestern, mit Pflegern und Taxichauffeuren, die PatientInnen brachten oder abholten, mit Primarii (ChefärztInnen) und deren Abgesandten, die für bestimmte PatientInnen intervenierten, mit Verwaltungspersonal. Sogar Lautsprecherdurchsagen mit Aufforderungen an die ÄrztInnen erfolgten. Die gesamte Komplexität wurde uns nicht zuletzt dadurch deutlich vor Augen geführt, daß in diesem kleinen Raum manchmal bis zu 11 Personen (!) gleichzeitig anwesend waren. Es wurde uns klar, daß diese Kontextbedingungen natürlich ihre Auswirkungen auf die Arzt-Patient-Kommunikation haben mußten, ja daß der Patient/die Patientin hier auch optisch nicht im Mittelpunkt des Interesses stand. Darüber hinaus wurde uns auch klar, daß die Arzt-Patient-Kommunikation (hier waren es in der Regel Untersuchungen vor einer Operation) außer den sogenannten Operationsfreigaben noch viele andere Funktionen zu erfüllen hatte: Unter anderem wurde die Ambulanz von den ÄrztInnen als ein Ort der Ausbildung zum Facharzt/zur Fachärztin begriffen, wodurch ebenfalls und erneut das Interesse an den PatientInnen von seiten des ärztlichen Personals reduziert wurde. Auch Unterschiede zwischen formellen und tatsächlichen Entscheidungsstrukturen innerhalb des Ambulanzbetriebes waren eine interessante und bis dahin in der Gesprächsforschung noch nicht untersuchte Fragestellung: Obwohl Ambulanzschwestern in der Entscheidungshierarchie unterhalb des ärztlichen Personals stehen, sind sie aufgrund ihrer größeren Erfahrung und kontinuierlichen Anwesenheit in der Ambulanz häufig besser informiert als die ÄrztInnen.

<sup>4</sup> Als echtes Paradox kann das Beobachterparadoxon allerdings nie zur Gänze ausgeschaltet, sondern bestenfalls möglichst gering gehalten werden.

<sup>5</sup> Da sich während der medizinischen Untersuchungen außer den PatientInnen im Schnitt 3 - 6 Personen im Ambulanzzimmer aufhielten, war für viele PatientInnen das Wissen um die Tonaufnahme lediglich ein weiterer Bestandteil einer ohnehin als öffentlich erlebten 'privaten' Situation und keine besondere zusätzliche Belastung - ein für unseren institutionenkritischen Forschungsansatz übrigens nicht uninteressanter Befund.

nen, die nur einige wenige Monate im Zuge ihrer Ausbildung auf der Ambulanz verbringen. Allerdings müssen die Ambulanzschwestern diese Diskrepanz zwischen größerem Wissen und geringerer Entscheidungsmacht kommunikativ aufwendig überbrücken, um den Schein formell 'richtiger' Entscheidungshierarchien aufrechtzuerhalten (vgl. z.B. Lalouschek/Menz 1989 und Lalouschek/Menz/Wodak 1990).

Die Kontextbedingungen, unter denen bestimmte Gespräche stattfinden, sind demnach bei der Analyse von großer Bedeutung. Eine diskursanalytische Untersuchung von institutioneller Kommunikation muß daher immer auch in eine Analyse der Institution und in die Rekonstruktion ihrer primären und sekundären Zwecke eingebunden sein. Dies bedeutet auch die Analyse von institutionellen Widersprüchen, die im allgemeinen kommunikativ gelöst werden müssen (vgl. Becker-Mrotzek/Meier, Abschnitt 4.2.1, in Bd. 1). Dadurch kann ein bestimmtes sprachliches Handeln, das aus der einen Perspektive irrational und dysfunktional wirkt, aus einem anderen Blickwinkel sinnvoll und funktional adäquat sein. Einige diesbezügliche Beispiele aus den hier vorgestellten Analysen zur Arzt-Patient-Kommunikation haben wir oben geschildert:

- die scheinbar paradoxen kommunikativen Verhaltensweisen der Ambulanzschwestern, wenn sie ÄrztInnen auf Fehler aufmerksam machen;
- ein bestimmtes sprachliches Verhalten der ÄrztInnen gegenüber den PatientInnen, das erst aus der Perspektive der medizinischen Ausbildung einen Sinn bekommt;
- die Tatsache, daß PatientInnen den LinguistInnen in Interviews oft mehr und detaillierter über ihren Krankheitszustand erzählen als den ÄrztInnen im Anamnesegespräch.

Es zeigte sich uns also ganz deutlich, daß für eine zielführende und weitreichende Analyse unbedingt der Kontext, in dem die Gespräche stattfinden, einzubeziehen ist. Eine Beschränkung allein auf die Gespräche hätte nicht die unterschiedlichen Funktionen und die zum Teil einander widersprechenden Ansprüche an derartige Ambulanzgespräche aufdecken können. Durch die geringe Vorstrukturierung des Untersuchungsdesigns konnten wir eine Reihe von interessanten Zusammenhängen aufdecken und Problemfelder erschließen, die uns sonst verborgen geblieben wären.

Ein wichtiger prinzipieller Aspekt, dem wir uns auch zu stellen hatten, ist die Frage nach der *Größe des Korpus*. Dieses Problem läßt sich nicht unabhängig vom Forschungsziel beantworten. Generell läßt sich bei einer schwach strukturierten Herangehensweise wie in unserer Ambulanzstudie als Indikator angeben, daß das Korpus dann umfangreich genug ist, wenn die teilnehmenden BeobachterInnen das Gefühl bekommen, keine wesentlichen neuen Erkenntnisse mehr aus einer noch größeren Datenmenge gewinnen zu können, wenn also die aufgezeichneten Ereignisse in einer gewissen Weise repetitiv werden oder, anders ausgedrückt, ein bestimmter Sättigungsgrad eingetreten ist. Dieser Eindruck hängt von der professionellen Erfahrung der ForscherInnen, von der Auftretenshäufigkeit der zu untersuchenden Phänomene und von der Homogenität bzw. Variabilität des Datenerhebungsmaterials ab, er ist aber auch ein Produkt der Dynamik des Forschungsprozesses selbst: Gerade in einem längerdauernden Prozeß der teilnehmenden Beobachtung

und Datenerhebung beginnen ForscherInnen im Feld ganz automatisch, erste Hypothesen zu bilden und die ersten Daten sozusagen 'stillschweigend' zu kodieren; diese ersten Kategorien werden sofort wieder am Forschungsfeld überprüft, bestätigt, verworfen, verändert, erweitert; eventuell wird Zugang zu bisher nicht berücksichtigten Daten gesucht, werden weitere Daten gesammelt etc. (vgl. Strauss 1994) - bis ein bestimmter Sättigungsgrad eintritt. Ein weiteres Kriterium ist natürlich auch das der Ressourcen: was von wieviel Personen in einer bestimmten Zeit zu einem bestimmten Zweck unter meist vorgegebenen finanziellen Bedingungen geleistet werden kann.

In unserer Ambulanzstudie ergab sich dieses Gefühl der Sättigung nach ca. fünf Monaten, in denen wir insgesamt 83 Gespräche aufgezeichnet hatten, von denen wir 62 in unser endgültiges Analysekorpus aufnahmen. Bei stärker strukturierten Datenerhebungsdesigns läßt sich die Größe des Korpus z.B. aufgrund schon vorliegender Ergebnisse leichter im Vorhinein abschätzen, wenn es darum geht, für jede Fragestellung bzw. Hypothese ein ausreichend großes Sample an Daten für die Auswertung und Analyse zur Verfügung zu haben. So können z.B. für die Untersuchung der verschiedenen Formen ärztlichen Fragens in Erstgesprächen 5 - 10 aufgenommene Gespräche ausreichend sein (vgl. Rehbein 1993). Grundsätzlich ist es aber nicht möglich, für diskursanalytische Forschung exakte Regeln anzugeben, nach denen die Größe von Datenkorpora zu bestimmen ist. Es kann sich immer nur um Leitlinien oder Ermessensspielräume handeln.

62 Gespräche einer vollständigen Mikroanalyse zu unterziehen ist eine kaum zu bewerkstellende Analyseaufgabe, geschweige denn ist eine derartige Analyse dann noch zu lesen. Daher ist - aus einer erschöpfenden Erhebung heraus - die Einengung der Analysen durch induktiv aus dem Material gewonnene Hypothesen sinnvoll. Auch die Beschränkung auf Aufnahmen, die sich in der Analyse als zentral herausstellen, ist eine Möglichkeit der Fokussierung. In unserer Ambulanzstudie konzentrierten wir uns aufgrund der vorgegebenen Einschränkungen auf die bereits erwähnten Aspekte der Widersprüche zwischen medizinischer Ausbildung und Behandlung von Kranken, auf Aspekte der unterschiedlichen Entscheidungshierarchien und auf den Einfluß institutioneller Bedingungen auf die Kommunikation der ÄrztInnen mit den PatientInnen. So konnten wir z.B. nachweisen, daß sich die Gespräche bei zunehmendem Streß in der Ambulanz dramatisch und systematisch veränderten, und zwar in einer direkten Relation: Unterbrechungen der medizinischen Untersuchungen und diverse Zwischenfälle organisatorischer wie personeller Art, die oft vorhersehbar gewesen wären bzw. regelmäßig auftraten, da sie in der Ablauforganisation der Ambulanz begründet waren, führten regelmäßig zu Zeitverzögerungen und damit zu zunehmendem Druck auf das Personal. Je größer dieser Druck im Laufe eines Vormittags wurde, desto kürzer dauerten die Gespräche mit den PatientInnen, desto weniger zusätzliche Informationen wurden ihnen gegeben, desto knapper und unwilliger wurden ihre Fragen beantwortet, desto eher wurden weitere eintretende Probleme und Zwischenfälle von den ÄrztInnen und Schwestern abgewehrt anstatt konstruktiv bearbeitet bzw. als anfallende Tätigkeiten integriert.

### 2.3 Methoden der Datenerhebung: ein Überblick

Fassen wir also die Charakteristika der Erhebungsmethoden in der Diskursforschung strukturierend zusammen.

Erstens: Die Diskursforschung arbeitet mit *authentischen Sprachdaten* und versucht, zugrundeliegende Muster und Gemeinsamkeiten zu erkennen. Da diese Gemeinsamkeiten an der Sprachoberfläche, d.h. an den tatsächlich gemachten Äußerungen nicht direkt und ohne analytische Anstrengung zu erkennen sind, ist ihre *Rekonstruktion* notwendig. Der Empiriebegriff der Diskursforschung unterscheidet sich also deutlich von anderen Forschungsdisziplinen, die mit erdachten oder experimentell erhobenen Daten arbeiten, die ihre Aussagen ausschließlich oder überwiegend auf Introspektion begründen oder die Zusammenhänge und Generalisierungen aufgrund von statistischen Wahrscheinlichkeiten erstellen. Auswirkungen von *Beobachtereffekten* und *Probleme mit dem Datenschutz* müssen daher in besonders eingehender Weise reflektiert werden.

Zweitens: Als qualitativ und empirisch ausgerichtete Forschungsdisziplin ist die Frage, *wie* Untersuchungshypothesen beantwortet bzw. überprüft werden sollen, von entscheidender Bedeutung. Wir haben in diesem Zusammenhang von starker und loser Strukturierung gesprochen. Miles und Huberman (1994, 34ff.) verwenden hierfür den Ausdruck "*instrumentation*". Je nach Untersuchungsinteresse ist es sinnvoll, entweder stärker hypothesengeleitet und daher mit stärker vorgeplanter Strukturierung bzw. Instrumentierung zu arbeiten (vgl. die Anamnese studie) oder eine lose Strukturierung zu wählen (vgl. die Ambulanzstudie).

Eine lose Strukturierung ist nützlich,

- wenn es zunächst vor allem um die Beschreibung eines bis dahin wenig oder gar nicht erforschten Feldes geht;
- wenn die Studie explorativ ist und induktiv gearbeitet werden soll;
- wenn die Erfassung des Kontextes von besonderer Bedeutung ist;
- wenn Vergleichbarkeit und Generalisierbarkeit eine untergeordnete Rolle spielen.

Bei entgegengesetzter Ausgangslage wird eine enge Strukturierung gewählt. Wichtig ist jedoch, daß der Strukturierungsgrad eine Funktion des Untersuchungsinteresses, der forschungsleitenden Hypothesen und der Datenerhebungskriterien sein sollte und nicht umgekehrt.

Drittens: Die *Methoden der Datenerhebung* sollten möglichst unterschiedlich und vielfältig sein. In den besprochenen Untersuchungen wurden Leitfadeninterviews, teilnehmende Beobachtung, Aufnahmen von authentischen Gesprächen sowie psychologische Tests verwendet. Weitere mögliche Quellen sind die Einbeziehung schriftlicher Dokumente (z.B. Krankengeschichten), Tiefeninterviews, Beobachtungsprotokolle und ethnographische Beschreibungen der untersuchten Institution und ihrer Abläufe. Der Vergleich von Daten, die mit unterschiedlichen Methoden erhoben wurden, wird häufig als *Triangulation* (Cicourel 1973, Flick et al. 1991) bezeichnet. Die Triangulation ist in der qualitativen Forschung ganz allgemein ein wichtiges Instrument zur Validierung der Ergebnisse.

Viertens: Das *Datenkorpus* sollte einerseits ressourcenadäquat und andererseits in einem bestimmten Sinne vollständig sein. Je nach Untersuchungsinteresse und Ziel der Analyse können unterschiedliche Erhebungsstrategien gewählt werden. Einige sollen hier aufgezählt und kurz erläutert werden.

- *Vollständige Erhebung*: Zu einem bestimmten Bereich werden alle Daten erhoben: (vgl. z.B. wiederum die Ambulanzstudie, in der über einen bestimmten Zeitabschnitt hinweg alle GesprächsteilnehmerInnen erfaßt wurden).
- *Maximale Variation*: Eine möglichst große Heterogenität des Korpus soll ein großes Feld abdecken, anhand von Ausreißern die Haltbarkeit von Hypothesen überprüft werden.
- *Homogenisierung*: vereinheitlicht, reduziert und vereinfacht das Korpus (z.B. nur Patientinnen über 60 und Ärztinnen in Ausbildung). Gezielte Fragen können mit weniger Aufwand beantwortet werden.
- *Theoriegeleitete Erhebung*: Entsprechend einer Theorie werden gezielt Daten erhoben.
- *Schneeballerhebung*: Die Erhebungsfälle werden von Leuten genannt, die Leute kennen, von denen sie wissen, daß sie für die Untersuchung relevant sind.
- *Politisch wichtige Fälle*: Bestimmte Personen, die den Erfolg der Datenerhebung erheblich beeinflussen können, werden je nach Situation bewußt einbezogen oder bewußt ausgelassen.
- *Konvenienz*: Erhebung der Daten, wie sie gerade anfallen: Dies erspart Zeit, Geld und Aufwand, allerdings auf Kosten der Glaubwürdigkeit und Reliabilität.
- *Teilung der Datenmenge*: Falls das Korpus zu groß ist für eine vollständige Analyse, kann nach den hier erwähnten Kriterien ein Subkorpus geschaffen werden.

Diese (und andere) Samplingstrategien gewährleisten gemeinsam mit dem Sättigungsgrad, daß einerseits das Korpus handhabbar bleibt, andererseits aber auch wissenschaftlichen Kriterien der Objektivität, Reliabilität und Validität Genüge tut. Daß diese Qualitätskriterien zunächst für quantitativ ausgerichtete, zur statistischen Auswertung bestimmte Erhebungsmethoden entwickelt wurden, widerspricht ihrer Anwendbarkeit auf qualitative Forschungsrichtungen nicht prinzipiell. Insbesondere was das entscheidende Kriterium der Validität betrifft, nämlich die Frage, ob in einer Untersuchung tatsächlich auch das gemessen bzw. erhoben wurde, was man erheben wollte, sind qualitativ analysierte Daten in der Regel weit aussagekräftiger und zuverlässiger als quantitativ ausgewertete. Auch die Reliabilität, nämlich das Problem, ob die Untersuchungsergebnisse unter vergleichbaren Bedingungen wiederholt werden können, läßt sich in der Diskursanalyse ebenso überprüfen wie in anderen Sozialwissenschaften, die mit quantitativen Parametern arbeiten. So ist die Rekonstruktion sprachlicher Muster, etwa des Musters einer Anamnese oder des Frage-Antwort-Musters, nicht an ein bestimmtes Datenmaterial gebunden, sondern kann - so sie adäquat ist! - an beliebigen vergleichbaren Datenkorpora wiederholt werden. Der Anspruch an Objektivität schießlich, wie er hier verstanden wird, betrifft Kriterien der wissenschaftlichen Redlichkeit, der Überprüfbarkeit der Methoden etc. und ist für qualitativ wie quantitativ arbeitende WissenschaftlerInnen gleichermaßen gültig.

#### 2.4 Zur Transkription gesprochener Sprache

Um die auf Tonband oder Video aufgenommenen kommunikativen Ereignisse linguistisch analysieren zu können, müssen sie detailliert verschriftet bzw. *transkribiert* werden. Der Unterschied zwischen einer reinen Abschrift von Gesprächen (wie z.B. Interviews in Zeitungen) und einer linguistischen Transkription ist, daß bei einer Abschrift das Gesprochene 'schriftsprachlich korrigiert' wird, während eine Transkription gerade die Besonderheiten des Mündlichen, wie z.B. Satzabbrüche, Versprecher, Unterbrechungen und Hörerrückmeldungen (*hm*) festhält.

Für die Transkription des Ton- und Bildmaterials stellt sich daher die Aufgabe, die Komplexität des tatsächlichen Kommunikationsverhaltens in eine schriftliche Form zu übertragen, die das Gesprächsereignis so adäquat wie möglich abbildet und dennoch lesbar bleibt. Die Komplexität entsteht dadurch, daß Gespräche durch Geschwindigkeit und Gleichzeitigkeit gekennzeichnet sind: GesprächsteilnehmerInnen unterbrechen einander oder sprechen schnell hintereinander oder gleichzeitig, mit dem verbalen Bereich gehen nonverbale Phänomene wie Intonation, Modulation, Lachen, Gesten und Körperhaltung Hand in Hand. Alle diese Faktoren müssen mit einem Transkriptionssystem prinzipiell erfaßt und dargestellt werden können: die Simultaneität verschiedener SprecherInnen, die Gleichzeitigkeit verbaler und nonverbaler Produkte eines Sprechers, diverse Notationszeichen für nonverbale Phänomene und Konventionen für umgangssprachliche und/oder dialektale Varianten und Laute, die mit der herkömmlichen Orthographie nicht verschriftbar sind.

Dies bedeutet aber nicht notwendigerweise, daß in jeder tatsächlichen Verschriftung alle Phänomene komplett erfaßt werden müssen. Die Entscheidung richtet sich z.B. nach dem Schwerpunkt und der Fragestellung der Analyse oder nach dem geplanten Einsatz eines Transkriptes, also als wissenschaftliche Detailstudie oder als Arbeitsunterlage für ein Trainingsseminar. Mit jeder Entscheidung muß aber auch geprüft werden, welche Informationen unter Umständen verzerrt werden oder verlorengehen. Somit können Transkripte nicht einfach als direkte Abbilder der Originalgespräche betrachtet werden, sondern lediglich als Modelle dieser Gespräche, die durch die Abstraktionen der Notationszeichen, die Fähigkeiten und Interpretationen derer, die die Transkripte herstellen und die Ziele der Transkription beeinflußt werden.

Transkripte ermöglichen es, Gesprächsabläufe - wie unter Zeitlupe und mit Zoom - in all ihrer Komplexität 'in Ruhe' zu untersuchen, also den gesamten Verlauf eines Gespräches im Detail zu studieren, zu einzelnen Stellen beliebig vor- und zurückzugehen, ein bestimmtes Phänomen wie z.B. Unterbrechungen oder Hörersignale an jeder im Gespräch auftretenden Stelle zu analysieren oder auch ausgewählte Gesprächsstellen aus verschiedenen Gesprächen im direkten Vergleich zu betrachten. Auch schwer verständliche Stellen, wie sie z.B. regelmäßig beim gleichzeitigen Sprechen mehrerer Personen entstehen, können anhand von Transkripten nachvollziehbar gemacht werden (im Gegensatz zu Mikrofonen besitzt das menschliche Ohr eine gute Diskriminationsfähigkeit für einzelne SprecherInnen oder parallel laufende Unterhaltungen - "Richtungshören" -, aber eben nur in der Situation selbst). Alle genannten Effekte sind durch reines Vor- und Rückspulen von audiovisuellen Aufnahmen aufgrund der schon genannten Geschwindigkeit und Gleichzeitigkeit von Gesprächen nicht annähernd erzielbar. Damit bilden Transkripte die zentrale Arbeitsgrundlage von LinguistInnen.



### 3.1 Erdachte Beispiele

Speziell in der Ratgeberliteratur finden sich häufig erdachte, u.U. explizit verdichtete Gesprächsbeispiele, die dazu dienen sollen, das jeweilige Kommunikationsmodell zu illustrieren oder kommunikative Stile und Vorgangsweisen zu verdeutlichen und sie für die Leser und Leserinnen in Alltag und Beruf identifizierbar zu machen.

Herausgegriffen sei ein Beispiel aus einem der verbreitetsten und renommiertesten Ratgeber zur zwischenmenschlichen Kommunikation, "Miteinander reden" von Schulz von Thun (1981, 1989). Ausgehend von seinem psychologisch fundierten Kommunikationsmodell arbeitet Schulz von Thun unterschiedliche individuelle Kommunikationsstile heraus, unter anderem den "sich distanzierenden Stil" (Schulz von Thun 1989, 191ff.), der sich durch eine ausgeprägte Orientierung an sachlichen Aspekten des Gesprächs auszeichnet. Illustriert wird dieses Kommunikationsverhalten am Beispiel eines Mannes, der nach Hause kommt und von seiner Frau sorgenvoll mit einem schulischen Mißerfolg des Sohnes konfrontiert wird:

- Frau: Stell dir vor, Rüdiger hat wieder eine Fünf geschrieben!
- Mann: In welchem Fach?
- Frau: In Englisch - und dabei hatte er so geübt! Vorhin saß er auf seinem Bett und heulte und ...
- Mann: Wie ist die Arbeit insgesamt ausgefallen?
- Frau: Du, das weiß ich nicht! Auf jeden Fall ist er völlig verzweifelt.
- Mann: Nun ja - handelt es sich denn um ein wiederholtes Versagen oder ist es ein erstmaliger Ausrutscher?
- Frau: Eine Fünf hatte er bisher, soviel ich weiß, noch nicht, aber Sorgen mache ich mir schon.
- Mann: Zunächst muß einmal überprüft werden, ob überhaupt Anlaß für Verzweiflung und Sorgen bestehen (sic!). Und dazu ist es nötig, die genaue Sachlage zu ermitteln. (...)

Funktion des sich distanzierenden Stils ist es, Distanz zu den anderen Menschen und zu der eigenen Betroffenheit zu wahren, "die Sprache ist gekennzeichnet durch Substantivierung, Generalisierung und Abstraktionen sowie durch die Vermeidung des Wortes 'Ich'" (Schulz von Thun 1989, 193). Diese Charakteristika werden in den konstruierten Äußerungen des Mannes durchaus sichtbar. Aus diskursanalytischer Sicht entsprechen sie den Ergebnissen der Forschung zum Diskurs von ExpertInnen in fachbezogenen oder institutionellen Kontexten (vgl. Hoffmann 1985). Fraglich ist daher, ob sich ein derartiges "bürokratisch-fachsprachliches" Kommunikationsverhalten im Kontext eines problemorientierten Partnergesprächs tatsächlich in dieser reinen Form wiederfindet oder ob sich Distanzierung nicht ganz anderer sprachlicher Mittel bedient, wie z.B. sehr subtil in der Art und Weise, wie der Mann Inhalte und Emotionsdarstellungen der Frau in seinen Redebeiträgen aufnimmt und weiterführt (vgl. Fiehler 1990, Lalouschek 1993). Eine Klärung dieser Frage kann nur über die Beziehung authentischen Vergleichsmaterials erfolgen.

Ein weiteres Problem von erdachten Beispielen ist die 'Mitkonstruktion' von Gesprächsartefakten. Ein offensichtliches Artefakt in dem zitierten Beispiel ist der

inhaltliche Widerspruch zwischen der ersten und letzten Äußerung der Frau, der Sohn hätte *wieder eine Fünf geschrieben* und *eine Fünf hatte er bisher ... noch nicht*, der in einem realen Gespräch höchst problematisch wäre. Widersprüchlich ist auch das Interesse des Mannes an der Schulkarriere seines Sohnes. Bisher hat er offensichtlich daran nicht teilgenommen und besitzt auch keine Informationen darüber (*handelt es sich denn um ein wiederholtes Versagen ...*), die Motivation, sich genau in der Situation so konkret darauf einzulassen (*... dazu ist es nötig, die genaue Sachlage zu ermitteln*), ist nicht nachvollziehbar.

Ein wesentlich unauffälligeres Artefakt ist die quasi automatisch erfolgende, traditionelle Zuordnung von Gesprächsstil und Geschlecht: Der Mann spricht 'sachlich-distanziert', die Frau 'emotional'. Diese Darstellung entspricht einem herkömmlichen Verständnis von geschlechtsspezifischem Sprachverhalten und erinnert an die von Tannen (1990) postulierte Unterscheidung von männlichem und weiblichem Sprechen in Bericht- vs. Beziehungssprache (*report vs. rapport talk*), ein Ansatz, der sich mit den Ergebnissen der jüngsten feministischen Gesprächsforschung nicht deckt und als zu simplifizierend und inadäquat zurückgewiesen wird (vgl. Günthner 1992, Samel 1995). Es wird deutlich, daß der Autor über diese Beispielkonstruktion den BenutzerInnen seines Ratgebers auch ein gängiges Stereotyp zum unterschiedlichen Sprachverhalten von Männern und Frauen mitliefert und so gewollt oder ungewollt zu dessen Verstärkung beiträgt. Aus linguistischer Sicht problematisch ist, daß diese artifiziellen Phänomene als normales Gesprächsverhalten ausgegeben werden.

Generell läßt sich sagen, daß in erdachten Gesprächsbeispielen die Komplexität und Multifunktionalität von Kommunikation zu Illustrationszwecken stark reduziert ist, dieser Prozeß aber nicht systematisch reflektiert und transparent gemacht wird. Dies birgt den Nachteil, daß sich die jeweils dargestellten sprachlichen Verhaltensweisen aufgrund ihrer Künstlichkeit und verdichteten Form in der realen, spontansprachlichen Kommunikation nicht so leicht identifizieren lassen. Was im Buch logisch und klar aussieht, kann von den BenutzerInnen in der eigenen Praxis nicht ohne weiteres wiedererkannt werden. Dies schränkt die Möglichkeiten der praktischen Umsetzung der Inhalte von Ratgebern stark ein und geht u.U. an ihrer eigentlichen Zielsetzung vorbei.

### 3.2 Authentische Gespräche

Um die Komplexität von Kommunikationsabläufen zu verdeutlichen, sei ein Textausschnitt aus einer Aufnahme aus der eingangs dargestellten "Ambulanzstudie" herausgegriffen: Die Patientin hat auf der Untersuchungsliege Platz genommen, sie soll von der Ärztin wegen eines bevorstehenden operativen Eingriffs intern untersucht werden; der zweite anwesende Arzt sitzt am Schreibtisch direkt hinter der Liege und ist noch mit den Befunden der vorherigen Patientin beschäftigt - eine für diese Ambulanz durchaus übliche Situation.

Aw: Ärztin  
Am: Arzt  
Pw: Patientin, 32 Jahre  
Sw: Ambulanzschwester

Aw: so' <gruß Gott!> - <sie is wer?> P. - du, die hat a ziemliche  
Pw: P. /Name/ <Aw zu Pw> <Aw sucht Pw's Befundmappe, schaut dabei über Am's  
Schulter in die Krankengeschichte der vorherigen Pw>

005

Aw: Anämie, die Patientin - 77 Komma 9 und hat a ausgeprägte Leukozytose,  
Am: ach so?

006

Aw: - ich mein Kalium, - er hat ih ein Kalioral aufgschriebm, aber ich

007

Aw: glaub schon daß man der a Konservm aufschreibm sollt. - weil das is

008

Aw: sicher - dann a größere/a größerer Eingriff. hm'  
Am: mhm<sup>v</sup> - des werma

009

Aw: <(murmelt)>  
Am: mitn X. /Name Oberarzt/ besprechn. <Aw liest in der Krankengeschichte  
der anwesenden Pw>

010

Aw: <so'> - Sie kommen von da/von welcher Station?  
Pw: Geburtenabteilung  
<Aw zu Pw>

011

Aw: aha<sup>v</sup> - wann war die Geburt? und was is worden?  
Pw: am/am Samstag.

012

Aw: na servas! ham Sie sich geplagt.  
Pw: a Mäderl, - hat über vier Kilo a

013

Aw: <S?/Name/> wir solln da  
Pw: schöns Bröckerl  
Sw: ja'  
<Ambulanzschwester Sw betritt den Raum> <Aw zu Sw >

014

Aw: jetzt noch ALLE EKGs dazuschreibm, die im Haus anfalln, oda wie?  
Sw: najo

015

Verfolgt man das Transkript, so werden unterschiedliche Kommunikationsstränge deutlich: erstens der Beginn eines Arzt-Patienten-Gesprächs zwischen der Ärztin und der Patientin (Fl. 005, Fl. 011-014), zweitens ein fachinternes Gespräch zwischen der Ärztin und dem Arzt zu den Befunden einer vorherigen Patientin (Fl. 005-010) und drittens ein organisatorisches Gespräch zwischen der Ärztin und der hereinkommenden Ambulanzschwester (Fl. 014-015). Diese drei Kommunikationsstränge spiegeln die wesentlichen Arbeitsaufgaben in der Ambulanz wider: erstens die Untersuchung von PatientInnen, zweitens die entsprechende Vervollständigung der Befundmappen und Krankengeschichten durch die ÄrztInnen und

drittens die Organisation von notwendigen Arbeitsabläufen durch die Ambulanzschwester in Absprache mit den ÄrztInnen.

Wie sich zeigt, greifen diese unterschiedlichen Kommunikationsstränge direkt ineinander, und so entsteht eine hochkomplexe Interaktionssequenz: Die Ärztin beginnt die Untersuchung der Patientin mit einer Gliederungspartikel (*so*, Fl. 005) und einer Begrüßung (*gruß Gott*, Fl. 005). Damit wird die Patientin informiert, daß die Ärztin sich ihr zugewandt hat. Mit *sie is wer?* (Fl. 005), das an den Arzt gerichtet ist, der alle Krankengeschichten auf dem Tisch vor sich liegen hat, will sich die Ärztin informieren, welche der Befundmappen sie zur Hand nehmen soll. Dabei sieht sie über die Schulter des Arztes in die Krankengeschichte der vorherigen Patientin, mit der er noch beschäftigt ist, und entdeckt einen bisher unbesprochenen Befund, die *Anämie* (Fl. 006)). Die Ärztin leitet mit direkter Adressierung (*du*, Fl. 005) das fachinterne Gespräch mit dem Arzt ein. Bemerkenswert ist der Ausdruck *die Patientin* in Fl. 006. Üblicherweise wird über anwesende PatientInnen als *sie* bzw. *er* gesprochen. Die markierte Form *die Patientin* soll den Arzt darauf hinweisen, daß es sich um eine schon bekannte, in diesem Fall also um die vorherige Patientin handelt. In Fl. 011 nimmt die Ärztin mit *so'* - *Sie kommen von...* die Untersuchung der Patientin wieder auf. Nachdem sie sich kurz in deren Krankengeschichte informiert hat, unterbricht sie aber erneut in dem Moment, als die Ambulanzschwester den Raum betritt.

Für das medizinische Personal ist das Ineinandergreifen der Handlungsstränge nichts Ungewöhnliches, als dort Berufstätige verfügen sie auch über das notwendige Routinewissen, um orientiert zu bleiben. Wie stellt sich dieser Ablauf hingegen für die Patientin dar? Sie weiß um die unterschiedlichen Aufgaben der Ambulanz ebenso wenig genau Bescheid wie um die Routine, Befunde von anderen PatientInnen parallel zu stattfindenden Untersuchungen zu diskutieren. In Fl. 005 fehlt aber z.B. ein Orientierungshinweis für die Patientin, daß es sich um eine Unterbrechung ihrer Untersuchung handelt, die außerdem ja gerade erst begonnen wurde. Sie muß annehmen, daß der Arzt und die Ärztin *ihrer* Befund besprechen. Dadurch bekommen die nachfolgenden Äußerungen wie *weil das is sicher - dann a größere/a größerer Eingriff* (Fl. 009) für die Patientin, die ja vor einem operativen Eingriff steht, eine mißverständliche und potentiell alarmierende Bedeutung.

Daß für die Patientin tatsächlich eine Verunsicherung entstanden ist, läßt sich mit folgendem Textausschnitt belegen: Gegen Ende der Untersuchung stellt die Ärztin durch Fragen nach den anderen Kindern der Patientin eine beziehungsfördernde Situation her - ein Kontext, in dem es der Patientin möglich ist, initiativ zu werden:

Aw: na i glaub des war vom vorherign  
Pw: war des von mir die Anämie?

040

Aw: Patientn. - hat Sie beunruhigt? nana, von Ihnen hamma eigentlich  
Pw: mhm<sup>v</sup>

041

Aw: no nix gsehn.  
Pw: mhm<sup>v</sup>

042

Hier muß betont werden, daß eine derartige Gesprächssequenz, in der eine Beunruhigung oder ein mögliches Mißverständnis von einem Patienten/einer Patientin



thematisiert und damit aus dem Datenmaterial her belegbar wird, als Ausnahme zu bezeichnen ist. Sie wurde vermutlich durch den genannten spezifischen situativen Kontext ermöglicht.

So werden durch die Analyse authentischer Gespräche genau die Kommunikationsstörungen deutlich, die es in Trainings und Fortbildungsveranstaltungen zu bearbeiten gilt. Es kann z.B. gezeigt werden, daß die scheinbar zeitsparende Routine, gleichzeitig Befunde zu besprechen *und* PatientInnen zu untersuchen, erstens zu ständigen Unterbrechungen der Untersuchungsabläufe führt und kontinuierliches Arbeiten verhindert - und damit in Wirklichkeit Zeit kostet - und daß sie zweitens potentiell zu Mißverständnissen und Verunsicherungen auf Seiten der PatientInnen führen kann.

Es kann auch die Unvereinbarkeit der Ansprüche, gleichzeitig PatientInnen zu behandeln und sich gegenseitig fachlich weiterzubilden, transparent gemacht und problematisiert werden. Da die Ambulanz von den ÄrztInnen, die noch in Ausbildung sind, auch als eine Stätte des Lernens wahrgenommen wird, benützen sie die Krankengeschichten der PatientInnen und die Ergebnisse der eigenen Untersuchung, wie das Transkript zeigt, als Lernmaterialien. Sie diskutieren gemeinsam Befunde und therapeutische Maßnahmen und fragen, informieren und belehren sich gegenseitig. Der Faktor fachliche Ausbildung wird jedoch nicht explizit als eine Aufgabe der Ambulanz wahrgenommen, die oft zeitintensiven fachinternen Gespräche sind daher in den zeitlichen Ablauf auch nicht eingeplant. Sowohl die ständige gegenseitige Unterbrechung der Handlungsabläufe wie die Lehr-Lern-Gespräche erweisen sich so als Faktoren, die für den als sehr belastend erlebten hohen zeitlichen Druck verantwortlich sind.

Ohne dieses Gesprächsmaterial und dessen Analyse wäre es für TrainerInnen nicht möglich, differenzierte und angemessene Problemlösungen zu entwickeln. Eine allgemeine Verhaltensanweisung für PatientInnen ist z.B., nicht passiv zu warten, bis sie Informationen bekommen, sondern die ÄrztInnen bei Unklarheiten direkt danach zu fragen. Dies ist an sich zwar richtig, aus dem Transkript wird aber deutlich, daß PatientInnen erstens zu wenig Hinweise erhalten, um sich in dieser komplexen Situation überhaupt ausreichend orientieren zu können (und dies gilt nicht nur für die Ambulanz). Diese Orientiertheit ist aber Voraussetzung, um einen günstigen Moment für das Einbringen von Fragen finden zu können. Zweitens zeigt sich, daß die Anwesenheit von zwei ÄrztInnen zu einem hohen Anteil von fachinternen Gesprächen führt, also zu einer mit Visiten vergleichbaren Situation, was eine aktive Gesprächsbeteiligung der PatientInnen zusätzlich erschwert. Die tatsächliche Möglichkeit für PatientInnen, Fragen zu stellen und Unklarheiten zu beseitigen, ist - wie der zweite Transkriptausschnitt zeigt - in hohem Maße vom unmittelbaren situativen und interaktiven Kontext abhängig.

Eine ähnlich allgemeine und sattsam bekannte Verhaltensanweisungen für ÄrztInnen, im Gespräch mit PatientInnen Fachsprache zur Verhinderung von Kommunikationsproblemen zu vermeiden, ist natürlich sinnvoll und richtig. Der Textausschnitt zeigt jedoch, daß die Ärztin das Gespräch mit der Patientin durchaus freundlich und ohne Einsatz von Fachsprache gestaltet. Eine derartige Verhaltensanweisung ginge für eine in der Ambulanz arbeitende Ärztin also völlig an der Komplexität des Problems vorbei, denn die Ursachen für die Kommunikationsstörungen liegen - wie das Transkript zeigt - in den komplexen situativen Bedingungen der Arbeitsituation, die sich im Gesprächsverhalten und Handeln der Ärztin

manifestieren, also z.B. in den Fachgesprächen mit dem zweiten Arzt und den mehrfachen Unterbrechungen der Untersuchung.

### 3.3 Gesprächsrezepte

In Lehrbüchern, Ratgebern und Kommunikationstrainings werden zusätzlich zu Illustrationsbeispielen rezeptartig Gesprächsregeln formuliert, die von den LeserInnen oder TrainingsteilnehmerInnen auch als praktische Empfehlungen erwartet werden. Solche Rezepte basieren häufig auf Normvorstellungen darüber, wie Kommunikationsverhalten sein soll, also z.B. "in ganzen Sätzen sprechen" oder "nicht unterbrechen". Oft beziehen sie sich auf Hypothesen über die Wirkungsweise bestimmter sprachlicher Elemente. Diese Hypothesen basieren auf Erfahrungswerten, alltagsweltlicher Plausibilität und auf (populär)wissenschaftlichen Theorien, ihre tatsächliche Wirkungsweise in authentischen Gesprächen ist empirisch aber nicht überprüft (vgl. Fiehler in Bd. 2).

In einer Studie über eine Verkauferschulung für Buchhändlerinnen untersuchte Brons-Albert (1995) die Empfehlungen und Vorschriften des Trainers für die Art der Formulierung bestimmter Aussagen, die in Verkaufsgesprächen häufig gemacht werden müssen. Der größte Teil der Formulierungsvorschriften wie "Vermeiden Sie, im Passiv zu reden." oder "Vermeiden Sie Zage- und Rückzugswörter wie Konjunktiv und *vielleicht*." wurde ausschließlich psychologisch begründet: Im Gespräch mit den Kunden würde so der Eindruck von Unsicherheit vermieden und Zufriedenheit und Verkaufserfolg erhöht (Brons-Albert 1995, 162ff.). Ein anderer Teil der Formulierungsempfehlungen wurde sprachpflegerisch begründet. Unvollständige Äußerungen wie *Wenn Sie bitte mitkommen würden ...* sollten z.B. durch vollständige Fragen wie *Kommen Sie bitte mit mir hier herüber?* ersetzt werden, sogenannte 'Füllsel' wie *also ich würde sagen* wurden überhaupt als funktionslos abgelehnt. Dies sei erstens höflicher und zweitens sprachlich sauberer (Brons-Albert 1995, 176). Hier wird deutlich, daß der Trainer seinen Formulierungsempfehlungen die schriftsprachliche Norm "in ganzen Sätzen sprechen" zugrunde legt sowie auch eine traditionsreiche soziale Norm "an die Schriftsprache angelehntes Sprechen ist sorgfältiges, also höfliches Sprechen". Brons-Albert kritisiert, daß dem Trainer nicht klar ist, daß im Bereich der Beziehungsgestaltung von Kommunikation gerade Konjunktiv und diese 'Füllsel' (sogenannte "hedges" oder "Heckensignale") wichtige sprachliche Mittel sind, um Höflichkeit auszudrücken, indem sie z.B. die Direktheit und die damit verbundene Forschheit einer Aussage abschwächen. Der Trainer empfiehlt also gegen seine Intentionen unhöfliches anstelle von höflicherem Sprachverhalten. (Würden seine Empfehlungen von den Verkäuferinnen tatsächlich umgesetzt, wäre der Buchladen wohl bald ohne KundInnen.) Damit wird deutlich, daß diesen sprachpflegerisch und psychologisch motivierten Vorschriften ein falsches Verständnis über die Funktionsweise von Sprache zugrunde liegt. So überrascht es auch nicht, daß die Verkaufsgespräche der Trainingsteilnehmerinnen, die *nach* der Schulung aufgenommen und analysiert wurden, keinen Hinweis auf Auswirkungen dieser Anweisungen zeigten.

In einer ähnlichen Studie über ein Gesprächstraining für MedizinstudentInnen (Lalouschek 1995) wurden die Gesprächsrezepte und Empfehlungen, die sich in gängigen Lehrwerken zur patientenorientierten Gesprächsführung finden, auf ihre praktische Durchführbarkeit in Gesprächen mit PatientInnen hin untersucht. In dem

Lehrbuch "Psychosoziale Medizin" von Willi & Heim (1986) wird ein Modell dargestellt, das MedizinstudentInnen und ÄrztInnen einen "inneren Leitfaden" bei der Durchführung eines patientenorientierten Erstgesprächs bieten soll. Dieser Leitfaden besteht aus einer Abfolge von vorformulierten Fragen und allgemein formulierten Ratschlägen. Einer davon lautet: "Die geschickte Befragung der Beschwerden und Symptome bringt diese automatisch mit der aktuellen Lebenssituation des Patienten in Zusammenhang." (Willi/Heim 1986, 496)

Diese Empfehlung, die der langjährigen Erfahrung der Autoren entspringt, bietet Lernenden jedoch wenig Hilfestellung für eine konkrete Umsetzung: Erstens bleibt es unklar, welche konkreten sprachlichen Verhaltensweisen eine "geschickte Befragung" ausmachen, und zweitens wird durch den Begriff "automatisch" ein sehr einfacher Wirkungszusammenhang suggeriert, den es bei den komplexen Anforderungen, die die patientenzentrierte Medizin an das sprachliche Verhalten von ÄrztInnen und PatientInnen stellt, nicht gibt (Lalouschek 1995, 56). Diese Vagheit führte in den Gesprächen, die die noch unerfahrenen MedizinstudentInnen mit PatientInnen führten, systematisch zu Kommunikationsproblemen.

In allen von uns genannten Beispielen zeigt sich, daß mit diskursanalytischen Verfahren und dem Rückgriff auf authentisches Gesprächsmaterial gerade auch die Berechtigung und postulierte Wirkungsweise von Formulierungsvorschlägen und Gesprächsrezepten überprüft werden kann.

### 3.4 Rollenspiele

In Kommunikationstrainings werden üblicherweise nicht natürliche Gespräche, sondern Gesprächs-Rollenspiele als Grundlage für praktische Demonstrationen von Gesprächsverläufen, Einübungen und Interventionen zur Änderung des Gesprächsverhaltens gewählt.

Die Diskussion des Für und Wider von Rollenspielen als Quelle für Gesprächsdaten, also empirisches Datenmaterial, und dessen Einsatz in Trainings als didaktisches Instrument hat eine lange Tradition (vgl. dazu Sader 1986 und Schmitt in Bd. 2). Im folgenden wollen wir die Vor- und Nachteile von Rollenspiel kurz skizzieren und schließlich der Arbeit mit Transkripten authentischer Gespräche gegenüberstellen.

Als Vorteil von Rollenspielen in herkömmlichen Kommunikationstrainings gilt, daß für die TrainerInnen auf diese Weise eine Datenerhebung während des Trainings ohne größeren vorhergehenden Aufwand möglich ist. Für die TrainingsteilnehmerInnen bieten Rollenspiele die Möglichkeit, sich in unterschiedlichen sozialen Rollen erfahren zu können, Ernstsituationen spielerisch vorwegzunehmen und so Erfahrungen zu machen, die sie in einer späteren realen Situation nützen können. Sie können sich mit schwierigen Gesprächsthemen auseinandersetzen, die in der Praxis nicht vorkommen, obwohl sie nötig wären, wie z.B. den Umgang mit medizinischen Fehldiagnosen. Und schließlich bieten Rollenspiele einen Schonraum, in dem Verhaltensalternativen erprobt werden können (Sohn 1994, 186). Für die das Rollenspiel beobachtenden TeilnehmerInnen bieten sie ein Instrument, Interaktionsformen bewußt zu beobachten und zu reflektieren. Als weiterer Vorteil wird das Motivationspotential von Rollenspielen genannt, denn "sich selbst in ihrem kommunikativen Verhalten im Videofilm sehen zu können, ist für die Trainingsteil-

nehmer meist eine neue und interessante Erfahrung, die sie sehr wichtig nehmen" (Brons-Albert 1995, 120).

Ein gemeinsames Ergebnis der linguistisch orientierten Untersuchungen von Rollenspiel-Gesprächen ist aber, daß sie sich in ganz wesentlichen Punkten von realen Gesprächen desselben Typs unterscheiden (vgl. dazu die schon genannte Untersuchung von Brons-Albert 1995 sowie Kindt 1986 und Bliesener/Brons-Albert 1994). Rollenspiel-Gespräche sind aufgrund ihres Inszenierungscharakters wesentlich komplexere Interaktionsereignisse als die vergleichbaren realen Gespräche. So ist das Rollenspiel selbst ein eigenständiges Interaktionsereignis, das in einem spezifischen Kontext, nämlich dem Training, stattfindet und dort spezifischen Bedingungen wie z.B. zusehenden TrainingsteilnehmerInnen und TrainerInnen sowie der Aufnahme mit Videokameras unterliegt. Dieses Interaktionsereignis bildet den Rahmen, innerhalb dessen ein weiteres Interaktionsereignis stattfindet, nämlich das zu übende Gespräch. Die RollenspielerInnen sind also immer zugleich InteraktantInnen in den vorgegebenen Gesprächsrollen und TrainingsteilnehmerInnen, die beobachtet werden, was z.B. die schauspielerischen Effekte fördert. Dieser Umstand allein relativiert die Eignung von Rollenspiel-Gesprächen als empirische Datenbasis und einziges Instrument zur Beurteilung und Veränderung von kommunikativem Verhalten in Kommunikationstrainings.

Ein weiteres Problem liegt in der Vorbereitung der Rollenspiel-Gespräche selbst. So können z.B. die vorbereiteten Handlungskataloge unflexibles Verhalten der RollenspielerInnen fördern. Wenn die Komplexität der realen Gesprächskontexte zu wenig berücksichtigt wird (oder werden kann), entstehen unzureichende oder unangemessene situative Bedingungen, die relevante natürlich auftretende Handlungen unterbinden. Oft werden Handlungsschritte dann verkürzt dargestellt, ausgeblendet oder verbalisiert statt ausgeführt.<sup>8</sup> Diese Störfaktoren sind für eine Vielzahl von Gesprächsartefakten verantwortlich und wirken sich besonders problematisch aus, wenn sie zur Grundlage für das Feedback von TrainerInnen werden (Bliesener/Brons-Albert 1994). Dies ist vor allem dann der Fall, wenn Trainings nur auf der Basis von Rollenspielen durchgeführt werden, Rollenspiele also die Datengrundlage liefern, und den TrainerInnen keine Korrektive in Form von Aufnahmen tatsächlichen kommunikativen Verhaltens der TeilnehmerInnen aus realen, vergleichbaren Gesprächen vorliegen.

Ein weiterer Nachteil von Rollenspielen sind die Grenzen der Simulierbarkeit von Realität. Dies betrifft zum einen die zu spielenden Gesprächsrollen: Wenn in einem Training zur Arzt-Patient-Kommunikation die Patientenrolle auch von einem Professionellen, also einem Arzt oder einer Ärztin gespielt wird, können bestimmte Kommunikationsschwierigkeiten keinesfalls erfahrbar gemacht werden, weil es den ÄrztInnen nicht wirklich möglich ist, ihr Fachwissen oder ihre Kenntnisse über gängige Behandlungsschemata zu verleugnen (Kindt 1986, 163). Zum anderen können spezifische kommunikative Verhaltensweisen, die zu typischen Gesprächskrisen führen, im Rollenspiel nicht beliebig abgerufen werden: Wenn ÄrztInnen aufgrund ihrer Routine nicht bewußt ist, daß sie in bestimmten Kontexten nicht nur ein Patientengespräch führen, sondern zugleich auch fachlich ausbilden bzw. ausgebildet werden (vgl. Lalouschek/Menz/Wodak 1990), können sie diese parallele

<sup>8</sup> Vgl. Kindt (1986), Brünner (1987), Griebhaber (1987), Lalouschek (1995).

Orientierung im Rollenspiel nicht reproduzieren. So bleiben komplexe Kommunikationsprobleme, die in der Praxis auftreten, im Training unbearbeitet.

Gegen solche Artefakte hat Bliesener (1994) einen Katalog an Vorkehrungsmaßnahmen ausgearbeitet, die bei der Vorbereitung und Durchführung von Rollenspielen helfen können, ein ausreichendes Maß an "Authentizität in der Simulation" zu bewahren. Dazu gehört z.B., die entscheidenden kommunikationsbeeinflussenden Variablen in der Simulationssituation praxisähnlich zu reproduzieren, also das Umfeld ähnlich zu gestalten, gebräuchliche Arbeits- und Hilfsmittel zur Verfügung zu stellen, u.U. auch typische Hindernisse in die Planung miteinzubauen etc. Damit werden zusätzlich bei den Rollenspielern innere Handlungsbedingungen ähnlich wie in der Praxis ausgelöst.

Trotzdem ist es TrainerInnen geboten, bei der nachfolgenden Bearbeitung von Rollenspielen auf einen reflektierten Umgang mit diesen Gesprächsdaten zu achten, d.h. Rollenspiel-Gespräche müssen als Simulationen behandelt werden und dürfen nicht mit natürlichen Gesprächen gleichgesetzt werden. Unter Umständen ist es sogar von Vorteil, diese Problematik im Training selbst zu thematisieren.

Besser allerdings erscheint die Kombination aus Transkriptarbeit und bewußt eingesetztem Rollenspiel (vgl. Becker-Mrotzek/Brünner in Bd. 2). Denn gezielt und reflektiert als didaktisches Instrument eingesetzt, haben Rollenspiele nicht zu unterschätzende Vorteile: TeilnehmerInnen können sich spielerisch in anderen als den ihnen in der Praxis zur Verfügung stehenden Rollen erfahren, sie können bestimmte Gesprächssituationen nachspielen, mit denen sie z.B. noch keine eigenen Erfahrungen haben, und sie haben im Rollenspiel einen Spielraum zur Verfügung, in dem sie Handlungsalternativen ohne reale Konsequenzen oder Sanktionen ausprobieren können (vgl. Sohn 1994).

### 3.5 Authentische Gespräche und diskursanalytische Kommunikationstrainings

Bei der empirischen Vorgangsweise des diskursanalytischen Ansatzes, wie er im ersten Teil dieses Artikels dargestellt wurde, bildet die Erhebung authentischer Kommunikation die Grundlage für die linguistische Analyse und somit auch für die Entwicklung von Kommunikationstrainings. Ein Nachteil dieses Zugangs ist zwar ein erheblicher gesamtorganisatorischer und wissenschaftlicher Aufwand. Sein großer Vorteil ist jedoch, daß die Problemanalyse und die im Training angebotenen Problemlösungen spezifisch auf die jeweilige Institution bzw. den jeweiligen Betrieb zugeschnitten sind und die Nähe zur Praxis und die unmittelbare Praxisrelevanz gewährleistet bleiben, die Diagnose also zur Therapie paßt (vgl. Antos 1992, 266 und die Beispielanalyse des Ambulanzgesprächs in 3.2).

Zugleich lassen sich in diskursanalytisch fundierten Kommunikationstrainings, die mit Aufnahmen und Transkripten authentischer Gespräche arbeiten, die aufgezeigten Nachteile anderer Dokumentationsformen vermeiden. Die Gesprächsartefakte, die durch Konstruktion und Simulation entstehen, entfallen in authentischen Gesprächen. Die Arbeit mit Transkripten authentischer Gespräche der TeilnehmerInnen bietet den TrainerInnen angemessene Informationen über deren tatsächliches Kommunikationsverhalten und hat für die TeilnehmerInnen eine ähnlich motivierende Wirkung, wie sie für Rollenspiele genannt wurde, ist aber von der häufig auftretenden Künstlichkeit, Inszeniertheit oder Befangenheit des Verhaltens, die von den RollenspielerInnen bei der Selbstbeobachtung häufig kritisiert wird, befreit (vgl.

dazu die entsprechenden Erfahrungsberichte in Fiehler/Sucharowski 1992, 68-265). Das Vorhandensein eines umfangreichen Korpus von Gesprächen ermöglicht zudem den didaktisch gezielten Einsatz von Demonstrationsbeispielen zu ungewöhnlichen oder schwierigen Gesprächsverläufen, so sie sich im Material der TeilnehmerInnen selbst nicht zeigen. Diese Beispiele sind natürlich auch als Lehr- und Lernmaterial in Trainings geeignet, in denen nicht auf eigenes Material der TeilnehmerInnen zurückgegriffen werden kann.

Aufgrund dieser Überlegungen liegt es auf der Hand, in Kommunikationstrainings von der Arbeit mit Transkripten authentischer Gespräche auszugehen, da diese die *empirisch erhobene Grundlage* für die Demonstration und Beurteilung von kommunikativem Verhalten bilden, und Rollenspiel sehr bewußt und selektiv dort als ein mögliches, sehr motivierendes und unmittelbar anschauliches *didaktisches Instrument* einzusetzen, wo seine Vorteile zur Geltung kommen. Der alleinige Einsatz von simulierten Gesprächen als Daten- und Trainingsgrundlage ist unseres Erachtens nur vertretbar, wenn es sich um Kommunikationssituationen handelt, in denen kein authentisches Gesprächsmaterial erhoben werden kann, so wie es z.B. im Bereich der Beratung (Telefonseelsorge, Aids-Beratung u.ä.) häufig der Fall ist (vgl. Bliesener 1992, Baumann 1994).

### Literatur

- Antos, G. (1992). Kommunikationstraining und Empirie. In: Fiehler, R. & Sucharowski, W. (Hrsg.), 266-275.
- Baumann, G. (1994). "Sprech ich JETZ endlich mit der TeleFONseelsorge?" Beobachtungen und Überlegungen zur Simulationsinteraktion. In: Bliesener, T. & Brons-Albert, R. (Hrsg.), 141-154.
- Bernstein, B. (1972). *Studien zur sprachlichen Sozialisation*. Amsterdam: De Munter.
- Bliesener, T. (1992). Ausbildung und Supervision von Aidsberatern. Weiterentwicklung eines Modells zur Anwendung von Telefonsimulation und Gesprächsanalyse. In: Fiehler, R. & Sucharowski, W. (Hrsg.), 126-142.
- Bliesener, T. (1994). Authentizität in der Simulation. Möglichkeiten des Trainers zur nachträglichen Behandlung und zur vorsorglichen Verhinderung von Artefakten in Rollenspielen. In: Bliesener, T. & Brons-Albert, R. (Hrsg.), 13-32.
- Bliesener, T. & Brons-Albert, R. (Hrsg.) (1994). *Rollenspiele in Kommunikations- und Verhaltenstrainings*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Brons-Albert, R. (1995). *Auswirkungen von Kommunikationstraining auf das Gesprächsverhalten*. Tübingen: Narr.
- Brünner, G. (1987). *Kommunikation in institutionellen Lehr-Lernprozessen. Diskursanalytische Untersuchungen zur Instruktion in der betrieblichen Ausbildung*. Tübingen: Narr.
- Cicourel, A. (1973). *Cognitive Sociology*. Harmondsworth: Penguin.
- Ehlich, K. & Rehbein, J. (1976). Halbinterpretative Arbeitstranskriptionen (HIAT). In: *Linguistische Berichte* 45, 21-42.
- Ehlich, K. & Rehbein, J. (1979). Erweiterte halbinterpretative Arbeitstranskriptionen (HIAT 2): Intonation. In: *Linguistische Berichte* 59, 51-75.
- Ehlich, K. & Redder, A. (1994). Einleitung. In: Redder, A. & Ehlich, K. (Hrsg.), *Gesprochene Sprache. Transkripte und Tondokumente*. Tübingen: Niemeyer, 1-6 (= Phonai 41).
- Fiehler, R. (1990). *Kommunikation und Emotion. Theoretische und empirische Untersuchungen zur Rolle von Emotionen in der verbalen Interaktion*. Berlin: de Gruyter.
- Fiehler, R. & Sucharowski, W. (Hrsg.) (1992). *Kommunikationsberatung und Kommunikationstraining. Anwendungsfelder der Diskursforschung*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Flick, U. et al. (Hrsg.) (1991). *Handbuch Qualitative Sozialforschung*. München: Psychologie Verlags Union.
- Grießhaber, W. (1987). *Authentisches und zitierendes Handeln*. Band II: *Rollenspiele im Sprachunterricht*. Tübingen: Narr.
- Günthner, S. (1992). Sprache und Geschlecht: Ist Kommunikation zwischen Frauen und Männern interkulturelle Kommunikation? In: *Linguistische Berichte* 138, 123-143.
- Hein, N. & Wodak, R. (1987). Medical Interviews in Internal Medicine. In: *Text* 7, 37-66.

- Hoffmann, L. (1985). *Kommunikationsmittel Fachsprache*. 2. überarb. Aufl. Tübingen: Narr. (= Forum für Fachsprachenforschung 1)
- Kindt, W. (1986). Welchen Beitrag kann die Linguistik zur Verbesserung der Arzt-Patienten-Kommunikation leisten? In: Löning, P. & Sager, S. (Hrsg.), *Kommunikationsanalysen ärztlicher Gespräche*. Hamburg: Buske, 145-168.
- Kowal, S. & O'Connell, D. (1995). Notation und Transkription in der Gesprächsforschung. In: *Kodikas/Code*. Vol 18, Nr. 1-3.
- Lalouschek, J. (1993). "Irgendwie hat man ja doch bißl Angst." Zur Bewältigung von Emotion im psychosozialen ärztlichen Gespräch. In: Löning, P. & Rehbein, J. (Hrsg.), *Arzt-Patienten-Kommunikation*. Berlin: de Gruyter, 177-190.
- Lalouschek, J. (1995). *Ärztliche Gesprächsausbildung. Eine diskursanalytische Studie zu Formen des ärztlichen Gesprächs*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Lalouschek, J. & Menz, F. (1987). Das programmierte Chaos. Arzt-Patient-Gespräche in der Ambulanz. In: *Sprachreport 3*.
- Lalouschek, J. & Menz, F. (1988). "Jetzt geht's wieder los." Qualitative Methoden in der Soziolinguistik, dargestellt am Arzt-Patient-Gespräch. In: Diem-Wille, G. & Pechar, H. (Hrsg.), *Qualitative Forschungsmethoden in den Sozialwissenschaften*, 194-213 (= Zeitschrift für Hochschuldidaktik, Sonderheft 12).
- Lalouschek, J. & Menz, F. (1989). Die Kommunikation zwischen Ambulanzschwestern und Ärztlernen. In: Ehlich, K. et al. (Hrsg.), *Medizinische und therapeutische Kommunikation*. Opladen: Westdeutscher Verlag, 12-27.
- Lalouschek, J., Menz, F. & Wodak, R. (1988). Gespräche in der Ambulanz. Ein Zwischenbericht. In: *Deutsche Sprache 2*, 167-191.
- Lalouschek, J., Menz, F. & Wodak, R. (1990). "Alltag in der Ambulanz". *Gespräche zwischen Ärzten, Schwestern und Patienten*. Tübingen: Narr (= KUI 20).
- Lamnek, S. (1988). *Qualitative Sozialforschung*. 2 Bde. München: Psychologie Verlags Union.
- Leodolter, R. (1975). *Das Sprachverhalten von Angeklagten vor Gericht*. Kronberg/Taunus: Scriptor.
- Menz, F. (1994). Der Einfluß von medizinischer Ausbildung und von Kontingenzen auf das ärztliche Gespräch im Krankenhaus. Aprioris einer kommunikativen Schulung des medizinischen Krankenhauspersonals. In: Redder, A. & Wiese, I. (Hrsg.), *Medizinische Kommunikation. Diskurspraxis, Diskursethik, Diskursanalyse*. Opladen: Westdeutscher Verlag, 218-234.
- Miles M.B. & Huberman, A.M. (1994<sup>2</sup>). *Qualitative Data Analysis*. Thousand Oaks: Sage.
- Rehbein, J. (1993). Ärztliches Fragen. In: Löning, P. & Rehbein, J. (Hrsg.), *Arzt-Patienten-Kommunikation*. Berlin: de Gruyter, 311-364.
- Sader, M. (1986). *Rollenspiel als Forschungsmethode*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Samel, I. (1995). *Einführung in die feministische Sprachwissenschaft*. Berlin: Schmidt.
- Schulz von Thun, F. (1981). *Miteinander reden 1. Störungen und Klärungen*. Hamburg: Rowohlt.
- Schulz von Thun, F. (1989). *Miteinander reden 2. Stile, Werte und Persönlichkeitsentwicklung*. Hamburg: Rowohlt.
- Sohn, W. (1994). Medizinstudenten lernen mit Patienten sprechen. Erfahrungen aus zehn Jahren Rollenspiel in Seminaren der Allgemeinmedizin. In: Bliesener, T. & Brons-Albert, R. (Hrsg.), 177-194.
- Strauss, A.L. (1994). *Grundlagen qualitativer Sozialforschung*. München: Fink.
- Tannen, D. (1990). *You just don't understand - Women and Men in Conversation*. New York: Morrow.
- Willi, J. & Heim, E. (1986). *Psychosoziale Medizin. Gesundheit und Krankheit in bio-psycho-sozialer Sicht*. Berlin: Springer Verlag.

## Interpretationsmethodik

Walther Kindt

### Zusammenfassung

In Diskursuntersuchungen und Kommunikationstrainings wird ständig mehr oder weniger direkt von Äußerungsinterpretationen Gebrauch gemacht. Insofern stellt sich die Frage, welches theoretische und methodische Instrumentarium die Diskursforschung für die Tätigkeit des Interpretierens anbietet. Im vorliegenden Beitrag wird gezeigt, daß mittlerweile ein breites Spektrum an Interpretationsprinzipien und -verfahren zur Verfügung steht, das auf intersubjektiv kontrollierbare Weise beim Interpretieren genutzt werden kann.

### 1. Einleitung

Die Ergebnisse von Diskursforschung, wie sie im vorliegenden Band präsentiert werden, basieren maßgeblich auf der Anwendung von Analyseverfahren, die Interpretationen von Äußerungen und darauf aufbauende Handlungskategorisierungen voraussetzen. Bei der Lektüre der Beiträge des Bandes kann man den Eindruck gewinnen, als würden die betreffenden Interpretationen unabhängig von Theorien und Methoden 'klassischer' Teilgebiete der Linguistik wie Syntax und Semantik gewonnen. Dieser Eindruck ist teils richtig und teils falsch. Falsch ist er insofern, als linguistische Begründungen für Interpretationshypothesen oft der Einfachheit halber nicht im Detail ausgeführt werden, aber im Hintergrundwissen der Analysierenden verankert sind. Die entsprechende Implizitheit der Darstellung birgt wissenschaftlich gewisse Risiken; sie sind nur in dem Fall minimiert, daß für die betreffenden Äußerungen eine intersubjektive Übereinstimmung der Interpretation unterstellt werden darf. Richtig an dem genannten Eindruck ist: Insbesondere die üblichen Semantiktheorien der Linguistik stellen noch kein Methodenrepertoire zur Verfügung, das den spezifischen Anforderungen der Diskursforschung immer genügt. In solchen Fällen bleibt DiskursforscherInnen nichts anderes übrig, als auf die Intersubjektivität ihrer intuitiven Interpretationen zu vertrauen bzw. eigene Interpretationsverfahren zu entwickeln. Allerdings werden auch die vorhandenen semantischen Methoden nicht immer optimal genutzt.

Ziel dieses Beitrags ist es, einen Überblick über gegenwärtig vorliegende Interpretationsprinzipien und -methoden aus Semantik und Diskursforschung zu geben. Zugleich müssen die zugehörigen theoretischen Grundlagen skizziert werden. Insgesamt soll damit demonstriert werden, wie man in der Diskursforschung auf theoretisch fundierte und methodisch kontrollierte Weise zu validen Äußerungsinterpretationen gelangen kann.

### 2. Fragestellungen, bei deren Untersuchung man in der Diskursforschung Interpretationen braucht

Der Begriff *Interpretation* soll im folgenden ausschließlich im Sinne von *Zuordnung einer Bedeutung zu einer Äußerung oder zu einem Äußerungsbestandteil* verwendet werden.

Natürlich gibt es Fragestellungen der Diskursforschung, die man ohne Rückgriff auf Äußerungsinterpretationen untersuchen kann. Dies ist beispielsweise der Fall,

Gisela Brünner · Reinhard Fiehler  
Walther Kindt (Hrsg.)

# Angewandte Diskursforschung

*Band 1:  
Grundlagen und  
Beispielanalysen*



Westdeutscher Verlag

Die Deutsche Bibliothek – CIP-Einheitsaufnahme

Angewandte Diskursforschung / Gisela Brünner ... (Hrsg.). –  
Opladen ; Wiesbaden : Westdt. Verl.,  
Bd. 1. Grundlagen und Beispielanalysen. – 1999  
ISBN 3-531-13076-5

Alle Rechte vorbehalten  
© Westdeutscher Verlag GmbH, Opladen/Wiesbaden, 1999

Der Westdeutsche Verlag ist ein Unternehmen der Bertelsmann Fachinformation GmbH.



Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

[www.westdeutscher.de](http://www.westdeutscher.de)

Höchste inhaltliche und technische Qualität unserer Produkte ist unser Ziel. Bei der Produktion und Verbreitung unserer Bücher wollen wir die Umwelt schonen: Dieses Buch ist auf säurefreiem und chlorfrei gebleichtem Papier gedruckt. Die Einschweißfolie besteht aus Polyäthylen und damit aus organischen Grundstoffen, die weder bei der Herstellung noch bei der Verbrennung Schadstoffe freisetzen.

Umschlaggestaltung: Horst Dieter Bürkle, Darmstadt  
Druck und buchbinderische Verarbeitung: Rosch-Buch, Scheßlitz  
Printed in Germany

ISBN 3-531-13076-5

## Inhalt

### **Band 1: Grundlagen und Beispielanalysen**

*Gisela Brünner/Reinhard Fiehler/Walther Kindt*  
Einführung in die Bände 7

#### **I. Grundlagen der Angewandten Diskursforschung**

*Michael Becker-Mrotzek/Christoph Meier*  
Arbeitsweisen und Standardverfahren der Angewandten  
Diskursforschung 18

*Johanna Lalouschek/Florian Menz*  
Empirische Datenerhebung und Authentizität von Gesprächen 46

*Walther Kindt*  
Interpretationsmethodik 69

*Gerd Antos*  
Mythen, Metaphern, Modelle. Konzeptualisierung von *Kommunikation*  
aus dem Blickwinkel der Angewandten Diskursforschung 93

#### **II. Exemplarische Analysen zu unterschiedlichen Diskurstypen und Phänomenformaten**

*Reinhard Fiehler/Walther Kindt/Guido Schnieders*  
Kommunikationsprobleme in Reklamationsgesprächen 120

*Johanna Lalouschek*  
Frage-Antwort-Sequenzen im ärztlichen Gespräch 155

*Sabine Streeck*  
Dominanz und Kooperation in der neuropädiatrischen Sprechstunde 174

*Elisabeth Gülich/Mary Kastner*  
Rollenverständnis und Kooperation in Gesprächen in der  
Telefonseelsorge 197

*Carmen Spiegel/Thomas Spranz-Fogasy*  
Selbstdarstellung im öffentlichen und beruflichen Gespräch 215

### **Band 2: Methoden und Anwendungsbereiche**

*Gisela Brünner/Reinhard Fiehler/Walther Kindt*  
Einführung in die Bände 7

#### **III. Lehr- und Lernbarkeit von Kommunikation. Konzeptionen, Lehrverfahren und Organisation diskurs- analytisch fundierter Kommunikationstrainings**

*Reinhard Fiehler*  
Kann man Kommunikation lehren? Zur Veränderbarkeit von  
Kommunikationsverhalten durch Kommunikationstrainings 18