

# **Videotranskripte in ärztlichen Qualitätszirkeln**

**Zur Durchführung des Göttinger Videoseminars**

**Carsten Schultze**

veröffentlicht im Sammelband:

Gisela Brünner / Reinhard Fiehler / Walther Kindt (Hrsg.):

Angewandte Diskursforschung

Band 2: Methoden und Anwendungsbereiche

Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung 2002, 100 - 113

ISBN 3 - 936656 - 02 - 9 (früher: 3 - 531 - 13077 - 3)

Die PDF-Dateien bewahren die ursprünglichen Seitenumbrüche und Fußnoten-Positionen der ersten Auflage des Buches. Alle Zitationen bleiben also gültig. Bei Zeilenumbrüchen und Layout mussten jedoch Veränderungen vorgenommen werden.

**Alle Texte erhältlich unter**

**[www.verlag-gespraechsforschung.de](http://www.verlag-gespraechsforschung.de)**

**Alle Rechte vorbehalten.**

**© Verlag für Gesprächsforschung, Dr. Martin Hartung, Radolfzell 2002**

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

# Videotranskripte in ärztlichen Qualitätszirkeln

Zur Durchführung des Göttinger Videoseminars

*Carsten Schultze*

## Zusammenfassung

In diesem Text wird das Göttinger Videoseminar, ein hausärztlicher Qualitätszirkel, vorgestellt. Gesprächsanalytische Methoden sind hier zentraler Bestandteil in der Analyse hausärztlicher Arzt-Patient-Kommunikation. Ein exemplarischer Sitzungsverlauf zeigt den Unterschied dieser Seminarform zu anderen supervidierenden Seminaren auf: Hypothesen zum Interaktionsproblem werden auf der Grundlage dokumentierter Interaktionsverläufe gebildet und beziehen sich auf das manifestierte sprachliche Verhalten zwischen Arzt und Patient. Die Rezeption eigener Videofilme und die Verwendung gesprächsanalytischer Methoden aktiviert die Teilnehmer im Gruppenprozeß zur kontrollierten Reflexion über ihr sprachliches Handeln. Abschließend werden die Auswirkungen der Medien Video und Transkript auf das Seminargeschehen angesprochen.

## 1. Vorbemerkung

In diesem Beitrag wird über das Göttinger Videoseminar berichtet, das seit Januar 1989 monatlich von der Gesellschaft zur Förderung Medizinischer Kommunikation veranstaltet wird. Die Seminare finden unter dem Titel: "Patientensignale - Arztreaktionen" statt.

Das Göttinger Videoseminar hat eine eigene Konzeption zur Bearbeitung von Arzt-Patient-Interaktionsproblemen entwickelt. Es bietet eine Möglichkeit, qualitätssichernde Maßnahmen im hausärztlichen Bereich auf der Grundlage eines kollegialen Erfahrungsaustausches durchzuführen. Aus dieser Seminarform ging die Anregung hervor, ärztliche Qualitätszirkel nach teilnehmerorientierten Zielen, einem bedürfnisgerecht strukturierten Vorgehen und auf empirischer Materialgrundlage durchzuführen (Bahrs/Gerlach/Szecsényi 1994). Das Videoseminar arbeitet zyklisch, die Dokumentation des Seminars ist Teil eines selbstreflexiven Prozesses. Anhand exemplarischer Ausschnitte aus einer Seminarsitzung kann hier somit die Durchführung des Seminars beschrieben werden.<sup>1</sup> Zu Beginn wird seine Zielsetzung und Konzeption vorgestellt (Abschnitt 1), anschließend wird das Seminar in seinem Ablauf beschrieben (Abschnitt 2). Dabei wird in dieser Darstellung ein Schwerpunkt auf die Verwendung gesprächsanalytischer Methoden gelegt, da dies ein konzeptioneller Unterschied zu anderen Fortbildungen im Bereich medizinischer Kommunikation ist (Abschnitt 3). In einem Fazit wird noch einmal auf die speziellen Effekte hingewiesen, die die Verwendung von authentischem Material in Fortbildungssituationen haben kann (Abschnitt 4).

---

<sup>1</sup> Dem im folgenden behandelten Transkript liegt die Seminarsitzung vom 6.7.1991 zugrunde. Teilnehmer waren (anonymisiert) Herr Bauer (Soziologe), Herr Bojens (Soziologe), Herr Abraham (Mediziner), Frau Kühnle (niedergelassene Ärztin), Herr Forster (Soziologe), Frau Wedekind (niedergelassene Ärztin), Herr Ürküz (niedergelassener Arzt), Herr Rudolph (niedergelassener Arzt), Herr Sandmann (Sprachwissenschaftler), Herr Scholz (Mediziner und Soziologe). Ein externer Gast, Herr Geiger, präsentierte ein Video aus seiner Allgemeinarztpraxis. Diese Seminarsitzung bestand aus Teilnehmern, die mit diskursanalytischen Verfahren vertraut waren. Auch Herr Geiger beschäftigt sich professionell mit ärztlicher Gesprächsführung.

## 2. Zielsetzung und Konzeption des Göttinger Videoseminars

Das Göttinger Videoseminar entstand aus einem medizinsoziologischen Forschungsprojekt, in dem der Erstkontakt in der Allgemeinmedizin anhand der Erfahrungen niedergelassener Allgemeinärzte untersucht wurde (Bahrs 1996). Hierfür wurden mit den Ärzten Videofilme ihrer Sprechstundentätigkeit angefertigt und in Seminarsitzungen ausgewertet. Daraus entwickelte sich die Form eines Supervisionszirkels, der auf "exemplarisches Lernen im strukturierten kollegialen Erfahrungsaustausch" (Bahrs 1994) abzielt. In ihm werden die behandlungssteuernden Interaktionsmuster im Arzt-Patient-Gespräch analysiert, ein Schwerpunkt liegt auf den kommunikativen Prozessen der Arzt-Patient-Interaktion und ihren Kontexten. Die Einrichtung dieses Qualitätszirkels dient ebenso dem Ziel, die Ergebnisse aus der Supervisionsarbeit am konkreten ärztlichen Handeln der Forschung und Fortbildung zuzuführen - z.B. indem angemessenes Lehrmaterial zur Verfügung gestellt werden kann.

Im Göttinger Videoseminar treffen monatlich niedergelassene Hausärzte und Angehörige nicht-medizinischer Professionen zusammen. Die Ärzteschaft besteht sowohl aus niedergelassenen als auch aus klinischen Ärzten. Darüber hinaus sorgen andere Fachvertreter für eine interdisziplinäre Zusammensetzung: Soziologen, Psychologen und auch Sprachwissenschaftler nehmen ebenfalls am Seminar teil. Dies hat den Vorteil, daß die Kommunikationsanalysen vielschichtiger werden, da die Teilnehmer sich wechselseitig zur Einnahme unterschiedlicher Perspektiven anregen. Im Zentrum der Seminararbeit steht die Falldiskussion eines Arzt-Patient-Kontakts. Vorbereitet wird die Falldiskussion durch die Aufzeichnung eines authentischen Patientenkontakts mit einem der teilnehmenden Ärzte. Für die Seminarsitzung wird ein Transkript der Aufzeichnung angefertigt, das Arbeitsgrundlage der Gruppendiskussion ist.

## 3. Ablauf der Seminarsitzung

Das Seminar selbst gliedert sich von seinem Ablauf her in mehrere Phasen. Der Einstiegsphase folgt die Präsentation des Videos. Die Auswertung in der Analysephase ist in mehrere Schritte unterteilt. Zuerst wird das Video von den Teilnehmern spontan kommentiert, in der Vertiefungsphase werden dann Hintergründe der Aufnahme und einzelne Beobachtungen der Teilnehmer ausführlicher diskutiert, daran schließt sich im gesprächsanalytischen Teil der Sitzung die diskursanalytische Interpretation anhand des Videotranskripts an. Nach ca. vier Stunden wird das Seminar formell beendet. Diese Einteilung kann nur eine idealtypische Form der tatsächlichen Verläufe darstellen, da die Ausprägung der einzelnen Seminarsitzungen maßgeblich durch die Aktivitäten der Teilnehmer gestaltet wird. Die Vorstellung eines Falles von einem anwesenden Kollegen bietet ein breites Spektrum an Bearbeitungsmöglichkeiten, deren Auswahl Teil der aktuellen inhaltlichen Gruppenarbeit und der gruppendynamischen Prozesse im Seminar ist.

### 3.1 Einstiegsphase

Das Seminar hat einen informellen Beginn, in dem die Teilnehmer ankommen, untereinander selbständig Kontakt aufnehmen und eine anschließende formale

Eröffnung durch die Seminarleitung. Es wird eine Vorstellungsrunde durchgeführt, in der sich die Teilnehmer selbst vorstellen. Dies ist nötig, da zum einen die Teilnahme fluktuiert, zum anderen ebenso Externe, ärztliche Kollegen, Fachreferenten oder auch Hospitanten in das Seminar eingeladen werden und sich mit den Teilnehmern vertraut machen müssen. Berichte über Auswirkungen der letzten Sitzung stellen die Verbindung zwischen den Seminaren her. Am Schluß der Einstiegsphase werden die Protokolle verteilt, in denen die Ergebnisse der letzten Gruppendiskussion festgehalten sind.

### 3.2 Präsentationsphase

In den 'anschaulichen' Teil des Seminars wird eingeleitet, indem das Zustandekommen der Videoaufnahme näher beschrieben wird. Hieran wird deutlich, welchen Einfluß die Videodokumentation auf das übliche Geschehen am Arbeitsplatz des Arztes hatte. Bereits die Installation der Kamera und das Einholen der Erlaubnis zur Aufzeichnung verändert Routinen im Arzt-Patienten-Kontakt. Mit Erklärungen zur eigenen Fortbildungssituation kann der Kollege bereits der bisherigen Rollenverteilung zwischen ihm und dem Patienten eine neue Facette hinzufügen. Die Patienten haben explizit einen Verweigerungsanspruch, den sie einsetzen können, wenn sie sich durch die Aufnahme in ihrem Persönlichkeitsrecht eingeschränkt fühlen. Vor der Präsentation stellt der Arzt kurz den behandelten Patienten vor, soweit Vorinformationen zum Verständnis nötig sind. Vorgeführt wird ein Video von einem Arzt-Patient-Gespräch, mit dem der Kollege eine spezifische Fragestellung demonstriert.

### 3.3 Analysephase

#### 3.3.1 Spontanphase

Die Phänomene unterschiedlicher Arbeitsbedingungen und ihr Einfluß auf die Gesprächssituation werden oftmals erst durch das Video und die Kommentare der Teilnehmer deutlich. Für die Teilnehmer entsteht durch das Video ein erstes Bild von den Arbeitsbedingungen des Kollegen und wie sie sich im konkreten Fall auf die Behandlungssituation auswirken. Das Video zeigt, wie verbale und non-verbale Anteile im Gespräch verteilt sind und gibt Auskunft über die Einflußnahme non-verbaler Ausdrucksformen auf den Gesprächsverlauf.

Dem Betrachten des Videos folgt ein 'Blitzlicht' der Teilnehmer. Sie formulieren einen ersten Eindruck, der noch keinem Begründungsanspruch unterworfen wird. Die thematischen Schwerpunkte der Beiträge können dabei durchaus unterschiedlich ausfallen. Sie enthalten Wahrnehmungen der sozialen und emotionalen Atmosphäre des Kontakts wie auch Beurteilungen der Diagnose des Krankheitsbildes und der Behandlungsstrategie des Kollegen:

Herr Abraham: (Undeutl.) (.) *Also zunächst is mir aufgefallen, daß Arzt und Patient dicht (.) sich gegenübergesessen haben. Also darüber hab' ich* (undeutl., etwa: schon, vor) *längerer Zeit schon mal gesprochen, daß da die Meinungen einfach weit auseinander gehen. Einer fühlt sich wohler, wenn er mehr Abstand - also braucht raummäßigen Abstand zum Arzt hat als* (undeutl.) *Also mir wär's nich* (undeutl., etwa: so lieb) (.) *Äh,*

*was mich gewundert hat is einmal, daß die Frage, ob die - ob auf Hyptherose (?) untersucht wird, im Gespräch mit der Patientin geklärt wird. Daß die Patientin sozusagen entscheiden darf. Oder der Arzt seine - seine Entscheidung von der Auffassung der Patientin abhängt. Das's das eine, und das andere, was mich (.) gewundert hat, was ich also für gefährlich halten würde, äh daß 'ne Patientin, die offensichtlich depressiv ist, aus welchem Grund auch immer, aufgefordert wird, nicht zur Arbeit zu gehen und zuhause in dem Milieu zu bleiben, von dem ja berichtet wurde, daß die Patientin sich nicht angenommen fühlt. (.) daß sie in den depressiven Zustand aufgefordert wird. In dieses Milieu zurück zu gehen. In der Untätigkeit, also ohne Arbeit - also ich würde das (.) geradezu als den falschen Weg bezeichnen.*

In die Beiträge der Teilnehmer fließt jedoch ebenso ihre Selbstwahrnehmung während der Rezeption des Videos ein. Diese Eindrücke werden ebenfalls für eine erste Analyse des Videos verwendet:

*Frau Wedekind: Ja, ich hatte auch Schwierigkeiten dem Gespräch zu folgen, auch äh im Zusammenhang mit der mangelnden Vorinformation - also was is das für 'ne Arbeit, und was is da (undeutl.) bekannt - da hab ich mich gefragt, warum mich denn das Gespräch eigentlich so langweilt (.) denn eigentlich äh is das ja nich äh zwingend Voraussetzung, daß man die äh Vorinformationen hat, und dann is mir daran aufgegangen, daß (.) in dem Gespräch zu wenig konkretisiert wird. Es wird also äm (.) ja, es hat mich irritiert, daß Sie das Gespräch so wenig strukturieren! Nich im Sinne von die Patienten abzuwürgen, sondern, ähm, äh daß Sie sie nicht äh konkretisieren lassen. (...)*

Mit solchen ersten Beobachtungen liegen der Gruppe zahlreiche Angebote zur Vertiefung vor, die im folgenden Seminargespräch auf eine Fragestellung für die Transkriptanalyse reduziert werden.

### 3.3.2 Vertiefungsphase

An die Spontanphase schließt sich in der Vertiefungsphase eine erste Gruppendiskussion an, die den besonderen Fall, nämlich die Behandlungsstrategie des Arztes und seine Beziehungsgestaltung zum Patienten, zum Inhalt hat. Sie fußt noch auf der Betrachtung des Videos und dient zur Vertiefung der Falldiskussion. Der Kollege informiert über die Krankheitsgeschichte und erklärt Auffälligkeiten des Kontakts, die sich aus seinem Behandlungsstil ergeben, hier z.B. das Duzen des Patienten. An dieser Stelle können bereits erste Thesen entstehen, wie die spontan als problematisch wahrgenommenen Eindrücke der Arzt-Patient-Interaktion verursacht sind. Ein Aspekt, an dem sich kontroverse Vorstellungen entzünden können, ist die Behandlungsstrategie des Kollegen. Die Teilnehmer, die der Berufsgruppe der Ärzte angehören, konfrontieren sich gegenseitig mit unterschiedlichen Behandlungskonzepten:

*Frau Wedekind: Ja nu, das muß doch inhaltlich irgendwo ausgeformt werden! Also es äh also wie Sie vorhin sagten: "Das Therapieziel is erst die Beziehung zum Ehemann, dann die Beziehung ähm zu sich selbst, und dann zur Arbeit..."*

*Herr Geiger: (Fällt ein) Nee, zu den Freunden und dann zu der Arbeit*

*Frau Wedekind: ... zu den Freunden und dann äh zu der Arbeit. Also das is ja also ich (.) also ich weiß nich, ob ich hier (undeutl.) ich hab mich noch nie so ratlos gefühlt äh wie heute. Noch nie! (Lacht) Also also was überhaupt also für unterschiedliche Therapievorstellungen offenbar existieren, weil (.) das (.) man kann doch nich (.) einen dynamischen Prozeß wie eine Beziehung nach'nander abhaken, wie wie soll denn das*

*praktisch gehen? Also ich hab da überhaupt null Vorstellung, was damit gemeint sein könnte. Egal wer das jetzt formuliert hat.*

In diesem Fall führt die Konfrontation dazu, daß der Kollege eine Explikation seines Behandlungskonzepts vornimmt:

*Herr Geiger: Ja, vielleicht sollt' ich einfach mal eine grundsätzliche Bemerkung zum äh zum ähm zu meinem Ziel (oder: meinen Zielen) machen, wenn ich so'n Gespräch führe. Die grundsätzliche Bemerkung will ich einfach so auch anfangen (.) äh, es gibt äh ein Gespräch in der Praxis, ist sowohl für mich ein Planungsgespräch der Zukunft - als auch Therapie für sich. Therapie im gleichen Moment.(...)*

Bereits in dieser Phase können in der Gruppe abweichende Vorstellungen entstehen, inwieweit ein Konzept auch tatsächlich in der konkreten Interaktion wieder auffindbar ist. In diesem Fall ging der behandelnde Kollege davon aus, daß seine Aufzeichnung ein patientenorientiertes ärztliches Verhalten demonstriert. Seine am Patienten ausgerichtete Gesprächsführung sollte diesen Behandlungsstil widerspiegeln. Sie besteht insbesondere darin, durch Spiegeln der Patientenbeiträge dem Patienten ein höheres Maß an Selbstreflexion zu ermöglichen und die in den Formulierungen des Patienten enthaltenen Problemdarstellungen zum Gegenstand der ärztlichen Behandlung zu machen. Die Kritik der Seminarteilnehmer am Behandlungsstil bestand jedoch darin, daß ihr Kollege die Problemlage des Patienten nicht angemessen erkannt hatte und der Einsatz seiner Gesprächsführungstechnik nicht gelungen war. Solche gegensätzlichen Einschätzungen in der Gruppe können sich über fortgesetzte theoretische oder affektive Begründungszusammenhänge noch verschärfen. Eine solche Kontroverse kann Anlaß sein, sich statt dessen mikroanalytisch das Interaktionsgeschehen zwischen Arzt und Patientin zu vergegenwärtigen. Das subjektive Erleben des Arztes muß mit der empirischen Dokumentation in Beziehung gesetzt werden.

*Herr Forster: (...) Nu also - mal zum Methodischen. (Räuspert sich) Is jedenfalls mein methodisches Vorgehen als Soziologe: Mich interessiert nich, was im Kopf vorgeht. Das interessiert mich erst dann, wenn ich danach frage. Mich interessiert jetzt erstmal, wenn ich mir sowas angucke: Was seh ich da? (...) Und daß das Material über äh das wir jetzt reden uns natürlich auch nützlich, wenn Sie uns sagen äh: "Ich habe damals in der Situation das und das empfunden!" Das is is auch nützlich, aber es is 'ne ganz andere Ebene jetzt nochmal, die dazukommt. Und damit können Sie nicht entwerfen, was man hier take für take äh sich angucken kann. Ob dann die Behauptung, die ich jetzt zum Beispiel aufstelle, daß Sie zu wenig auf die Patientin eingehen, äh hält, das das muß man jetzt mal sehen! Ne, also ich äh finde wir sollten auch bald mal ans Transkript gehen.*

### 3.3.3 Gesprächsanalyse

Zentrales Element im Göttinger Videoseminar ist die Rekonstruktion der Arzt-Patient-Interaktion anhand des vollständigen verschrifteten Gesprächs. Mit diesem Transkript liegt eine weitere objektivierte Fassung des authentischen Arzt-Patient-Gesprächs vor. Es umfaßt die Siglen der Gesprächspartner, gibt den hörbaren Wortlaut wieder, kennzeichnet Unterbrechungen, überlappende Sprecherwechsel, Fortführung nach Unterbrechung und Fortführung ohne Unterbrechung und nummeriert die Sprecherwechsel.

Die diskursanalytisch erfahrene Seminarleitung stellt die Transkripte den Seminarteilnehmern zur Verfügung. Das neue Medium Transkript und die an ihm vorgenommenen Analysen sind für die Teilnehmer anfänglich ungewohnt und mühselig. Die kontinuierliche Beschäftigung mit Transkripten wird jedoch ausgesprochen positiv bewertet.<sup>2</sup>

Die Teilnehmer des Seminars erklären dem externen Kollegen den dokumentarischen Stellenwert des Transkripts folgendermaßen:

Herr Rudolph: (Undeutl., vermutl: *Wir*) *werten das glaub ich nicht unter dem äh - ja unter einem idealisierten Gesprächsverlauf, sondern versuchen nur zu analysieren,*

Herr Geiger: *Was is*

Herr Rudolph: *wie das Gespräch tatsächlich abgelaufen is,*

Herr Geiger: *Mhm!*

Mit Hilfe dieses Transkripts des Videofilms wird die Gesprächseröffnung des Kontakts sequenzanalytisch bearbeitet. Die Teilnehmer entwickeln selbst eine Interpretation aus den ersten Gesprächszügen über die Interaktion zwischen dem Arzt, in diesem Fall Herrn Geiger, und seinem Patienten. Die ausführliche Analyse der Gesprächseröffnung dient dazu wahrzunehmen, inwieweit weiterführende Probleme bereits von Beginn an erkennbar im sprachlichen Ausdruck der Gesprächspartner und in der Art des Sich-aufeinander-Beziehens enthalten sind.

Die Gesprächseröffnung des Videotranskripts von Herrn Geiger, das in diesem Seminar diskutiert wurde, lautete folgendermaßen:

(Kurzer Gesprächsvorlauf über die Videoaufnahme)

Patientin: *Also, ich wollt mir jetzt erstmal die letzte Krankmeldung mitnehmen*

Arzt: *Die letzte, sagst Du*

Patientin: *Ja, ich*

Arzt: (undeutlich)

Besprochen werden im Seminar nun z.B. Konstruktionsmerkmale der einzelnen Sprechzüge hinsichtlich der verwendeten sprachlichen Mittel, ihre Verknüpfung, die thematische Fokussierung, die interne Gesprächsorganisation und die Auffälligkeiten des Sprecherwechsels.

Herr Sandmann: (Gleichzeitig) *Mir fällt dieses - mir fällt dieses "erstmal" auf hier. Das finde ich eigentlich sehr wichtig.*

?: *Ja*

Herr Sandmann: *Also weil das eigentlich so, wenn man sich das anguckt, (Undeutl., etwa: in welche Verweissräume) das jetzt äh reinzeigt, daß sie damit eigentlich ne lange Rede anlegt! Und zum ersten, zum zweiten, zum dritten womöglich, und daß das längst nich alles is, was sie will!*

Das Arzt-Patient-Gespräch wird in diesem Beitrag aus der Perspektive der Patientin betrachtet. Herr Sandmann weist aus sprachwissenschaftlicher Sicht auf ein gesprächsstrukturierendes Element hin, mit dem er auf eine mögliche Intention der Sprecherin aufmerksam macht, die vom Arzt vermutlich so nicht wahrgenommen wurde. Die aufgrund ihrer Sprechhandlungen erschließbaren Intentionen der Patien-

---

<sup>2</sup> Nach zwanzig Seminaren wurden die Teilnehmer u.a. zum Seminarkonzept und zur Methode befragt. Weitere Ergebnisse der Befragung, wie Zusammensetzung der Teilnehmer, Teilnahmedauer, Vorerfahrungen in Bahrs (1996).

ten eröffnen auch eine neue Perspektive auf die faktischen Reaktionen des Arztes. Die Abweichung zwischen der erwartbaren und der realisierten Reaktion sind ein erster Hinweis, daß die Interpretation des Arztes die Art seiner Bezugnahme beeinflusste, die wiederum das Folgegespräch steuert. Bezugnahmen auf vorangegangene Äußerungen beeinflussen unter anderem die thematische Entwicklung, in diesem Fall die Entfaltung des Anliegens der Patientin.

Herr Sandmann: *Aber Sie nehmen ja auch schon 'ne Auswahl vor. Also sie macht ja mehrere Angebote in den ersten Sätzen.*

(...)

Herr Geiger: *Dazu kann ich was s sagen. Äh (.) das Wort "erstmal" ernstnehmen heißt, daß ich auf das Thema, was sie erst mal machen will eingehe.*

(...)

Herr Bauer: *Da könnten Sie auch "hm" sagen, und sie äh sie ihre Themen nacheinander darstellen lassen.*

Herr Geiger: *Nein! Sie sagt: erstmal.*

(...)

Herr Geiger, der präsentierende Arzt, sieht in seinem Gesprächsbeitrag: *Die letzte, sagst Du* eine konsensuelle Handlung. Er würde sich und der Patientin damit bewußtmachen, daß dieses Thema für die Patientin zentral wäre. Ein Teilnehmer macht auf die Fokussierung, die der Arzt vornimmt, aufmerksam:

Herr Rudolph: *Das is ja auch von der Wortwahl her äh - also nur hier von'ner Wortwahl, wie's jetzt hier aufgeschrieben steht, eine ungewöhnliche Wortwahl, wenn man sagt: "Die letzte sagst du!" (Räuspern) Wenn man einfach - wenn man einfach ähm - sozusagen eine äh eine Wiederholung des Inhalts geben wollte, würde man normalerweise sagen: "Du sagst: Die letzte." (.) Durch die ungewöhnliche Wortwahl wird auch ein anderer Akzent gesetzt.*

Herr Geiger: *Also ich könnt zum Beispiel sagen: "Die letzte." Einfach so.*

Herr Rudolph: *Zum Beispiel, ja.*

Herr Geiger: *Und daß ich sage : "Sagst du" hat seine Bedeutung.*

Herr Rudolph: *Hm, genau. Das hat seine Bedeutung, insoweit wie's eben eben gesagt wurde, daß Sie durchaus ganz anderer Ansicht sind.*

Die anderen Mitglieder der Gruppe sehen in der Art der eingesetzten sprachlichen Mittel andere Interpretationsmöglichkeiten. Die Patientin könnte z.B. durchaus das Anliegen haben, sich von der medizinischen Etikettierung der "depressiven Verstimmung" zu lösen. Eine Möglichkeit, die sie hierfür hat, ist, eine Veränderung ihres Zustands durch die Beendigung des Status quo anzukündigen und weitere progressive Schritte damit anzulegen. Der Arzt, der aus einer protektiven Haltung heraus den Status quo für die Patientin als heilsam interpretiert, kann diese angelegten Spuren jedoch nicht wahrnehmen. Die Erinnerung an die Behandlungssituation kann hierzu nur begrenzte und sehr subjektive Wahrnehmungsdaten liefern. Das Transkript hat den Sprecherwechsel zwischen Arzt und Patientin jedoch festgehalten. Aus dem hier wieder einsehbaren Verlauf bilden die Teilnehmer Hypothesen zum Interaktionsproblem zwischen Arzt und Patientin. Die in der Gesprächseröffnung identifizierte Einengung des ärztlichen Blicks versuchen sie an den Phänomenen des Sprecherwechsels aufzufinden.

Im weiteren Verlauf der Sitzung wird das Transkript von den Teilnehmern unter mehreren Gesichtspunkten analysiert. Da dieser Diskurs im Kontext der ärztlichen Sprechstunde steht, rekonstruieren die Teilnehmer anhand der Art der Sprechhandlungen und der Art der wechselseitigen Bezugnahme die rollengebundene Intention.



nen der Patientin und die Intentionen des Arztes. Die diskursive Interaktion vermittelt den Teilnehmern, wie die Patientin ihren Krankheitszustand darstellt und wie der Arzt diese Darstellung interpretiert. Über die Art der Äußerung der Patientin kann ihr Krankheitskonzept interpretiert werden. Da sie es im Moment der ärztlichen Sprechstunde mit ihrem Hausarzt verhandelt, kann auch die Funktion, die der Arzt in diesem Konzept einnimmt, interpretiert werden. Von Interesse für die Teilnehmer ist dabei, welche Intentionen der Patientin der Arzt im Gespräch anerkennt und wie er auf sie reagiert. Die Gesprächsführung beinhaltet für den behandelnden Arzt zum einen die Möglichkeit, situativ eine konzeptionell förderliche Rollengestaltung im Gespräch zu initiieren. Zum anderen dient das Gespräch auch der Erhebung von Daten, die den bisherigen Verlauf und die weitere Planung der Therapie beurteilen lassen. Die Gesprächsführung muß diesen verschiedenen Zielen gerecht werden können. Die Konzeption einer Beschränkung auf die von der Patientin eingebrachten Themen wird nicht unbedingt als patientenorientiert - im Sinne des Wohles der Patientin - verstanden:

*Frau Wedekind: Wie wie das jetzt is, als Behandlungskonzept Beziehung zum Mann, zu den Freunden und zur Arbeit ändern (.) die Kinder (der Patientin d.A.) sind in dem Behandlungskonzept nicht enthalten! Und die ganze Zeit nicht erwähnt worden, und die ganze Zeit nicht existent (...).*

*(...)*

*Herr Bauer: Aber äh - denkbar is schon auch, da würd ich mich schon dem Achim anschließen, (? : Husten) daß die Patientin äh den Arzt dazu bringt, äh die Kinder nich zum Thema zu machen.*

*Frau Wedekind: Ja um so wichtiger, daß er die Sachen die eben die Patientin vermeidet (...) Sie strukturieren das nich (.) (...) sondern's äh - konzentriert sich immer auf das was aktuell in der Situation von der Patientin gebracht wird.*

Diese permissive Art der ärztlichen Gesprächsführung unterstützt nach der Interpretation einer Kollegin, Frau Wedekind, gerade die statische patientenorientierte Perspektive auf die Krankheit. Der Verzicht auf eine therapeutisch relevante Abweichung vom thematischen Angebot der Patientin wirkt sich hier auch als Behandlungseffekt aus, mit der Fortsetzung der vertrauten Interaktionsrolle wird auch die Behandlung der Patientin auf ihrem einmal eingeschlagenen Weg belassen. Die Wahl einer angemessenen und differenzierten Reaktion auf die Patientin setzt jedoch die Kenntnis der eigenen Motive und die Anerkennung der eigenen selektiven Wahrnehmung voraus.

Die Gruppenarbeit am Transkript stimuliert zu zahlreichen Beiträgen, in denen die Einflüsse der persönlichen Disposition des behandelnden Arztes und auch der Bedingungen seines Arbeitsumfeldes auf die Arzt-Patient-Interaktion angesprochen werden. Die Interpretation von Patientenäußerungen ist von ärztlicher Seite aus ebenso motiviert a) durch eigene Ansprüche an eine präferierte Art der Patientenversorgung, b) durch autobiographische Vorerfahrungen, c) durch projizierte Erwartungshaltungen wie auch d) durch den Hintergrund des Praxismanagements. Schließlich kann im Patientengespräch auch e) die Rivalität oder Konkurrenz in einer Gemeinschaftspraxis ausgetragen werden, oder es bestehen f) ökonomische Zwänge, die die Interaktion belasten.

### 3.4 Beendigungsphase

Zum Abschluß des Seminars werden die Ergebnisse der Diskussion zusammengefaßt und mögliche Handlungsalternativen entwickelt. Mit organisatorischen Mitteilungen und Planungen für die Folgetreffen wird das Seminar beendet.

## 4. Einordnung des Seminartyps

Das Göttinger Videoseminar ist eine Fortbildungsveranstaltung, die sich durch verschiedene Merkmale von anderen Seminarformen unterscheidet. Hier werden fallbezogen die unterschiedlichen Ebenen der Arzt-Patient-Interaktion analysiert. Die Dokumente stammen aus dem Berufsalltag der Teilnehmer und erfassen deren reale Situationen. Videoaufzeichnung und Transkript schaffen die Möglichkeit für eine Konfrontation mit dem eigenen Interaktionsstil. Die Analyse in der Gruppe ermöglicht - gerade in der Phase der mikroanalytischen Sequenzanalyse -, Distanz herzustellen und die dort festgehaltenen Interpretationsprozeduren zu rekonstruieren. Die soziale Organisationsform des Seminars ist offen für eine interdisziplinäre Zusammensetzung der Teilnehmer, wodurch die Interpretationsgrenzen der jeweils eigenen Disziplin erweitert werden. Der berufliche Status der Teilnehmer, mehrheitlich niedergelassene Ärzte, ist gleichrangig. Das Seminar ist prozeßorientiert angelegt. In einem abgesprochenen Turnus finden die Veranstaltungen kontinuierlich statt. Protokolle dokumentieren den Verlauf und das Ergebnis der Seminarsitzungen. Regelmäßige Teilnahme ermöglicht zyklisches Arbeiten am Gesprächsführungsstil. Die Teilnehmer können z.B. ein Seminar gestalten, in dem die Weiterentwicklung diskutierter Interaktionsprobleme durch Folgeaufnahmen demonstriert wird.<sup>3</sup>

Aufgrund dieser Merkmale unterscheidet sich das Videoseminar von anderen Fortbildungen im Bereich medizinischer Kommunikation.

In einem anderen Modell eines *gesprächsanalytischen Trainings* zu ärztlichen Gesprächsführungsstilen (Spranz-Fogasy 1990) obliegt die Materialerhebung und die Materialanalyse einem Trainer, der das empirische Material zu einem vorgegebenen Konzeptwissen in Beziehung setzt. Die Ergebnisse fließen in ein didaktisches Trainingskonzept ein. Die für das Videoseminar beschriebene Analysephase führt der Trainer unabhängig von den Teilnehmern durch und leitet daraus verhaltensändernde kommunikative Techniken ab. Die Instruktion im Training erfolgt dann auf der Grundlage der Trainerkriterien und ist nicht Ergebnis einer fallspezifischen, teilnehmerbezogenen Problemaushandlung. Eine Modifikation des Gesprächsverhaltens wird statt dessen an generalisierten und präskriptiven Standards ausgerichtet.

*Psychologische Supervisionsmodelle* dienen der Reflexion und Bearbeitung spezifischer Arzt-Patient-Probleme. Fallseminare nach dem Balintverfahren greifen dabei auf einen psychoanalytischen Behandlungs- und Theoriehintergrund zurück. Diese Seminare sind ebenfalls fallspezifisch angelegt, die Fälle stammen aus dem

---

<sup>3</sup> Eine Teilnehmerin konnte so die Veränderung ihrer eigenen ärztlichen Gesprächsführung anhand desselben Patienten beobachten, in anderen Qualitätszirkeln kann ebenso der Umgang eines Arztes mit einem spezifischen Krankheitsbild bei verschiedenen Patienten in den Blick genommen werden. Über die Schwerpunktsetzungen informieren die "Selbstcharakterisierungen der hausärztlichen Qualitätszirkel" (Bahrs/Gerlach/Szecsényi 1994).

Berufsfeld der Teilnehmer. Das methodische Verfahren läuft jedoch maßgeblich über die Deutungsarbeit des Gruppenleiters, der psychoanalytisch orientiert ist. Die Reflexion der Teilnehmer gründet sich auf deren introspektive Fähigkeiten und der modellhaften Wiederholungssituation in der Gruppe. Da die ursprüngliche Ausgangssituation nicht mehr rekonstruierbar ist, können solche Wahrnehmungen und Interpretationen nicht mehr die spezifisch situativen Entstehungsbedingungen des Interaktionsproblems, wie sie anhand empirischer Dokumente auffindbar wären, berücksichtigen.

## **5. Auswirkungen gesprächsanalytischer Methoden auf die Seminararbeit**

Zum Abschluß sollen Wirkungen skizziert werden, die von der Verwendung gesprächsanalytischer Methoden in supervidierenden Seminaren ausgehen können. Der Einsatz von Video und Transkript zeigt Einflüsse auf die Seminararbeit, die bei der Konzeption und Durchführung solcher Seminare berücksichtigt werden sollten.

### *5.1 Zur Rezeption der Medien Video und Transkript*

Die Präsentation und Rezeption von Videofilmen, die die Seminarteilnehmer selbst hergestellt haben, hat Konsequenzen für die Durchführung von Fortbildungsseminaren. Die Einblicknahme in den Praxisalltag von anderen und das Einblicknehmenlassen in den eigenen ist für die Teilnehmer ungleich brisanter als die Analyse konstruierter Filme oder der Filme von unbekanntem Kollegen. Eigene Handlungsmerkmale, die Probleme des kommunikativen Berufsalltags erzeugen, werden selektiv von den Akteuren erfaßt - im Video sind sie jedoch wieder für alle Teilnehmer sichtbar. Die Videorezeption ist dabei jedoch flüchtiger als die Auseinandersetzung mit der verschrifteten Fassung der Kommunikation.

Die Arbeit mit dem Transkript des Videos erhöht zwar die Abstraktion, die mikroskopische Dokumentation macht die Konfrontation jedoch noch unausweichlicher. Das Medium Transkript birgt noch spezielle Schwierigkeiten in sich. Es stellt für Teilnehmer, die mit dieser Art der Dokumentation nicht vertraut sind, zunächst eine Hürde dar. Natürliche Diskurse werden im Alltag bereinigt wahrgenommen, im Transkript erscheint die gleiche Situation als verfremdete. Die Wiedergabe von Unterbrechungen, Überlappungen, 'unvollständigen' Äußerungen, aus schulgrammatischer Sicht als 'ungrammatisch' wirkende Äußerungen, Partikeln, *ähs* etc. muten den Teilnehmern eine Fülle von Konstruktionsmerkmalen natürlicher Diskurse zu, die in der Selbstwahrnehmung sonst gefiltert werden. Der Stellenwert dieser zusätzlichen Informationen ist für die Teilnehmer zum Zeitpunkt einer ersten Konfrontation jedoch selten plausibel. Für sie besteht noch keine Übereinstimmung zwischen der subjektiv erlebten Situation und der Abstraktion des Transkripts. Auf dieser Abstraktionsebene die Funktion solcher Strukturmerkmale zu erschließen erfordert von den Betroffenen die Bereitschaft, sich von ihrer Selbstwahrnehmung zu trennen, sich den sichtbaren Handlungen zuzuwenden und sich auf dieser Grundlage noch einmal neu zu interpretieren - und interpretieren zu lassen. Die Zugangsschwierigkeit zum Transkript kann sich zu Beginn hemmend auf den Analyseprozeß auswirken. Das sequenzanalytische Vorgehen, aus Folgeäußerungen Interpretationen über Intentionen der Sprecher zu rekonstruieren, also sequenz-

abhängig zu interpretieren, fordert die Teilnehmer auf, ihre Sprechhandlungen als folgenreich für das Kommunikationsproblem zu sehen.

### *5.2 Zum Umgang mit Transkripten im Seminar*

Der Einsatz der Transkripte und der Erfolg ihrer Verwendung ist wieder eingebunden in den Kontext der Seminarsituation. Die Seminarform der Gruppenarbeit stellt jedoch noch weitere Anforderungen an die Teilnehmer. In der Gruppendiskussion müssen dann diese zwei Ebenen, Wahrnehmungsebene und materialorientierte Interpretation in der Gestaltung des eigenen Beitrags für die anderen Teilnehmer, plausibel und nachvollziehbar miteinander verknüpft werden. Der Gruppendiskussionsprozeß erfordert zusätzlich, daß die Beiträge der Teilnehmer zueinander in Beziehung gesetzt werden. Das Transkript zwingt und lädt zugleich ein zur Übernahme verschiedener Perspektiven. Das abwechselnde Einnehmen der Arzt- und andererseits wieder der Patientenperspektive ermöglicht zwar erst, die Art ihrer Interaktion zu bestimmen, die Reflexion über den Interaktionsstil anderer führt die Teilnehmer jedoch ebenso zur Reflexion über das eigene berufliche Alltagshandeln. Sie stimulieren die Teilnehmer aufgrund ihrer Realitätsnähe zu sehr unterschiedlichen Initiativen. Die thematische Perspektive kann im Seminar demnach durchaus zwischen Selbstdarstellung, Patientenperspektive und der Übernahme der Perspektive des Kollegen wechseln. Ebenso finden Wechsel in der Handhabung der Transkripte statt. Sie werden als Demonstrationsmittel, als 'Beweismittel' oder auch als Ausgangspunkt für Bewertungen oder Empfehlungen eingesetzt. Diese uneinheitlichen Handhabungsmöglichkeiten können den Gruppenarbeitsprozeß irritieren, weil die Zielorientierung der einzelnen Teilnehmer gelegentlich differiert. Das Transkript hilft jedoch auch, die Beiträge im Gruppengespräch wieder zu vernetzen. Die gemeinsame Arbeitsgrundlage ist auch ein kohäsionsstiftendes Instrument. Wenn die unterschiedlichen Interpretationsansätze auch breit gestreut sind, so kann die subjektive Interpretation jeweils in gemeinsamer Anschauung doch überprüft werden.

### *5.3 Zum Einfluß des Medieneinsatzes auf die Gruppendynamik*

Das Einnehmen von unterschiedlichen Reflexionsebenen, die Betrachtung der Transkripte aus verschiedenen Perspektiven und das Verfolgen unterschiedlicher Ausdeutungen kann nur funktionieren, wenn die Teilnehmer ihr Wissen als Experten ihres Praxisalltags einbringen können. Wenn in diesem Seminartyp auch eine symmetrische Ausgangssituation vorliegt, die erst eine interkollegiale Supervisionsituation ermöglicht, so nimmt doch der präsentierende Kollege eine besondere Stellung ein. Er befindet sich während der Präsentationssituation und während der Analysephase in einer exponierten Rolle. Das Video und das Transkript werden von den mitbetroffenen Berufskollegen auch affektiv rezipiert, die identifizierende Haltung mit dem dargestellten Kollegen schlägt sich interaktiv im Gesprächsverlauf der Seminarsitzung nieder. Die Ausgestaltung der Analysephase kann deshalb ausgesprochen dynamisch und konfliktvoll verlaufen (Schultze 1996). Dies äußert sich in thematischen Exkursen, monologisierenden, ausgedehnten Beiträgen, längeren Zweiergesprächen, Disputen, im abrupten Wechsel von konzeptuellen zu

transkriptbezogenen Beiträgen und im Abbrechen thematischer Initiativen. Die Durchführung des Gruppengesprächs wird den Teilnehmern selbst wieder zum Spiegel:

Herr Geiger: (...) die kontroversen Punkte vor allen Dingen jetzt in der Vormittags-Diskussion, äh, die da so aufeinander emotional aufeinander geprallt sind, auch als persönliche - persönlich genommene Strukturen, von mir persönlich genommene Strukturen, dadurch zustande kamen - von meinem Eindruck her - äh daß äh sehr starke Konzeptunterschiede (.) von mir praktiziert werden, zu dem was üblich ist. (...) Und zum Verlauf will ich gern noch dazu sagen, äh, für mich sind das zwei verschiedene Sitzungen gewesen, die erste Sitzung äh hab ich mich außerordentlich stark angegriffen gefühlt, und mich selber in 'ne starke Rechtfertigungssituation begeben (...) Ganz anders ist es mir heut nachmittag gegangen. Jetzt also in der zweiten Sitzung, wo wir angefangen haben von dieser Unterschiedlichkeitssituation ausgehend hier zusammen nachzudenken. Was könnte sein, das war sehr produktiv für mich.

#### 5.4 Folgen für die Seminardurchführung

Um den beschriebenen Effekten der Intensivierung und möglicherweise kompetitiven Haltung der Teilnehmer zueinander wieder ein integratives Element zur Seite zu stellen, wird das Videoseminar in Komoderation durchgeführt. Dem Seminar kommt damit eine Arbeitsteilung von Moderatoren zugute, die zum einen die analytischen Arbeitsvorgänge ermöglichen und zum anderen den Prozeß dieser Arbeit beobachten.<sup>4</sup> Die arbeitsorientierten Aufgaben betreffen die Gesprächsführung im Seminar. Es gilt die Form der Gruppenarbeit am Transkript aufrechtzuerhalten, Erarbeitungsphasen zueinander in Beziehung zu setzen, thematische Fokussierungen aus den Beiträgen herzustellen und mit Zusammenfassungen, Überleitungen, Resümees den Arbeitsprozeß zu strukturieren. In einem supervidierenden Seminar kommt auf die Gesprächsleitung jedoch noch eine weitere Aufgabe hinzu: während der Analyse die Einflußnahme von gruppenspezifischen Prozessen auf den Gesprächsverlauf zu beobachten und gegebenenfalls zu intervenieren. Wird diese Aufgabe delegiert, kann die Prozeßbeobachtung für die Seminararbeit eine wertvolle Rückkopplung darstellen. Die Gründung von Qualitätszirkeln zog den Aufbau von Moderatorentrainings nach sich, um Gruppenleitern unabhängig von ihrer beruflichen Profession die Leitung solcher Zirkel zu ermöglichen (Weiß-Plumeyer 1994). Wünschenswert ist allerdings, daß sich eine stabilisierte Gruppe auch selbst organisiert und z.B. mit Hilfe eines Rotationsprinzips die Leitungs- und Beobachtungsfunktionen wechseln läßt.

#### 5.5 Zur Funktion von Linguisten in kommunikationssupervidierenden Seminaren

Das Göttinger Videoseminar legt methodisch einen Schwerpunkt auf die Analyse mündlicher Arzt-Patient-Kommunikation und arbeitet mit gesprächsanalytischen Methoden, die auf soziologische und linguistische Konzepte zurückgreifen. Für die Durchführung solcher Seminare sind grundlegende Kenntnisse in diesen Bereichen

<sup>4</sup> Das Videoseminar wurde interdisziplinär in Komoderation von dem Medizinsoziologen Ottomar Bahrs, dem Arzt und Sozialwissenschaftler Joachim Szecsenyi und 1992/93 von mir durchgeführt.

deshalb nötig. Diskursanalytisch ausgebildete Linguisten, die sich mit dem Transfer ihres Wissens in einen Anwendungsbereich begeben, können methodisch und interpretativ innovativ wirksam werden. Angehörige kommunikationsintensiver Berufe beginnen erst, sich mit Wirkungen und Konsequenzen ihres beruflichen sprachlichen Handelns auseinanderzusetzen. Linguisten steht dagegen bereits eine erprobte Metasprache zur Verfügung, mit der Kommunikationsprozesse beschrieben und vermittlungsfähig gemacht werden können. Für Kommunikationsseminare mit dem Schwerpunkt sprachlicher Interaktionsanalysen ist demnach das analytische Repertoire von Linguisten ein wichtiger Bestandteil. Im Anwendungsbereich ist diskursanalytische Kompetenz auf didaktische Kompetenz angewiesen. Das linguistische Wissen sollte angemessen eingesetzt werden können und auf Kommunikationsanalysen beschränkt werden. Die Verwendung und Analyse von authentischem Material stellt für die Betroffenen eine erhebliche Konfrontationssituation dar. Die Frage z.B. nach der Funktion und den Konsequenzen eines diskursanalytischen Befundes muß immer die individuellen Grenzen des Teilnehmers respektieren. Kommunikationsanalysen bewegen sich im Seminar in einer Grauzone zwischen Deskription und Intervention, hier kann sich eine explizite Kompetenzbeschränkung qualifizierend als Grenze zu psychodynamisch-therapeutischer Arbeit auswirken. Bearbeitungsprozesse kommunikativer Interaktion - und dies gilt insbesondere für die Arbeit an problematischen Kommunikationssituationen mit hoher Identifikation seitens der Betroffenen - sollten so stattfinden können, daß sie auch durch ihre methodische Transparenz für die Betroffenen nachvollziehbar sind.

### Transkriptionszeichen

(.)	kurze Pause
(...)	Auslassungszeichen für transkribierten, aber hier nicht wiedergegebenen Text
<u>schön</u>	Betonung
(undeutl.)	Kommentar der Transkripterstellerin
(?)	unklare Zuordnung

Gesprächsunterbrechungen sind durch Einrücken kenntlich gemacht

Für die Gesellschaft für medizinische Kommunikation fertigt Anja Klingenberg die Transkripte an.

### Literatur

- Bahrs, Ottomar (1994). Was ist ein Qualitätszirkel? In: Bahrs, O., Gerlach, F. & Szecsenyi, J. (Hrsg.), 17-42.
- Bahrs, Ottomar (1996). Das Videoseminar - Erfahrungen mit einem hausärztlichen Qualitätszirkel. In: Bahrs, O., Fischer-Rosenthal, W. & Szecsenyi, J. (Hrsg.), 151-182.
- Bahrs, Ottomar, Fischer-Rosenthal, Wolfram & Szecsenyi, Joachim (Hrsg.)(1996). *Vom Ablichten zum Im-Bilde-Sein. Ärztliche Qualitätszirkel und Video-Analysen*. Würzburg.
- Bahrs, Ottomar, Gerlach, Ferdinand & Szecsenyi, Joachim (Hrsg.)(1994). *Ärztliche Qualitätszirkel. Ein Leitfaden für den niedergelassenen Arzt*. Köln.
- Schultze, Carsten (1996). "Sie haben jetzt auch ganz schön viel auf die Mütze gekriegt!" - Aspekte der Konfliktentfaltung zu Seminarbeginn eines ärztlichen Qualitätszirkels. In: Bahrs, O., Fischer-Rosenthal, W. & Szecsenyi, J. (Hrsg.), 187-218.

- Spranz-Fogasy, Thomas (1990). Ärztliche Kommunikation. Transfer diskursanalytischen Wissens in die Praxis. In: Ehlich, K. et al (Hrsg.), *Medizinische und therapeutische Kommunikation*. Opladen, 143-157.
- Weiß-Plumeyer, Martina (1994). Was sollte ein Moderator beachten? In: Bahrs, O., Gerlach, F. & Szecsenyi, J. (Hrsg.), 97-108.