

FORUM FÜR FACHSPRACHEN-FORSCHUNG

FORUM FÜR  
FACHSPRACHEN-  
FORSCHUNG



**Macht im Kommunikationsgefälle:  
der Arzt und sein Patient**

Tim Peters

**T** Frank & Timme

Verlag für wissenschaftliche Literatur

Tim Peters

Macht im Kommunikationsgefälle: der Arzt und sein Patient



Forum für Fachsprachen-Forschung

Hartwig Kalverkämper (Hg.)

Band 82

Tim Peters

Macht im Kommunikationsgefälle:  
der Arzt und sein Patient

**F**Frank & Timme  
Verlag für wissenschaftliche Literatur

ISBN 978-3-86596-181-5

ISSN 0939-8945

© Frank & Timme GmbH Verlag für wissenschaftliche Literatur  
Berlin 2008. Alle Rechte vorbehalten.

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

Herstellung durch das atelier eilenberger, Leipzig.

Printed in Germany.

Gedruckt auf säurefreiem, alterungsbeständigem Papier.

[www.frank-timme.de](http://www.frank-timme.de)

Für meine Eltern

und Maïke









# Inhaltsverzeichnis

0. Vorwort	13
1. Vorbemerkungen	15
2. Eine linguistische Annäherung an den Begriff der Macht	18
2.1. Allgemeines	18
2.2. Sprachwissenschaftliche Grundlagen	19
2.2.1. Theoretisches Umfeld	20
2.2.1.1. Einfluss	21
2.2.1.2. Asymmetrie	22
2.2.1.3. Hierarchie	23
2.2.1.4. Dominanz	24
2.2.2. Linguistische Machtkonzepte	25
2.3. Die Critical Discourse Analysis (CDA)	30
2.3.1. Hintergründe	31
2.3.2. Machtkonzepte	33
2.4. Zwischenfazit	37
2.5. Der Versuch einer Kategorisierung	38
2.5.1. Grundlagen	38
2.5.2. Sprachliche Erscheinungsformen von Macht	41
3. Medizinische Kommunikation	48
3.1. Grundsätzliches	48
3.2. Historische Genese	50
3.2.1. Geschichtliches	50
3.2.2. Jüngste Entwicklungen	52

3.3. Rahmenbedingungen	54
3.3.1. Medizinische Institutionen	56
3.3.1.1. Kontextfaktoren	58
3.3.1.1.1. Der Ort	58
3.3.1.1.2. Die Zeit	60
3.3.1.1.3. Das Thema	61
3.3.1.1.4. Kommunikative Konsequenzen	63
3.3.2. Rollenbilder	64
3.3.2.1. Der Arzt: Experte und Status	65
3.3.2.2. Der ‚devote‘ Patient?	68
3.3.2.3. Gegenseitige Rollenwahrnehmung	70
3.3.3. Wissen und Versprachlichung	72
3.3.3.1. Expertenwissen und Fachsprache	73
3.3.3.2. Patientenwissen und Laiensprache	76
3.3.3.3. Grundsätze des Wissenstransfers	79
3.3.3.4. Die Rolle ärztlicher Fragen	81
3.3.3.5. Abschließendes	83
3.4. Gesprächsstrukturen	84
3.4.1. Die ‚klassische‘ Konsultationsstruktur	84
3.4.1.1. Gesprächseröffnung	86
3.4.1.2. Anamnese	87
3.4.1.3. Diagnose	89
3.4.1.4. Therapie	90
3.4.1.5. Gesprächsbeendigung	92
3.4.2. Gesprächsanalytische Besonderheiten	93
3.4.2.1. Rederechtororganisation	93
3.4.2.2. Themenstruktur	96
3.4.2.3. Hörrückmeldungen	98
3.5. Asymmetrische Strukturen	99
3.6. Behandlungsziele und –konzepte	101
3.6.1. Compliance	102
3.6.2. Paternalistische und kooperative Methoden	103
3.6.3. Somatische und psychosoziale Konzepte	107
3.7. Die Verfahrenswahl – eine ärztliche Machtquelle?	109

4. Empirische Grundlage	112
4.1. Das Projekt	112
4.2. Kommunikative Konsequenzen	115
4.3. Die Gesprächsauswahl	117
5. Linguistische Analyse	119
5.1. Untersuchungskriterien	119
5.2. Gesprächseröffnung und Beginn der Anamnese	120
5.2.1. Gesprächseröffnung	122
5.2.2. Eingangsausßerung der Patientin	124
5.2.3. Anamnesebeginn	127
5.2.4. Schmerzlokalisation	128
5.2.5. Migränemerkmale	131
5.2.6. Schmerzdauer	136
5.2.7. Erhebung der Krankengeschichte	139
5.2.8. Möglicher Spannungskopfschmerz	141
5.3. Diagnose und Therapie	150
5.3.1. Neural- bzw. Quaddeltherapie	153
5.3.2. Ablehnung des Therapievorschlags	157
5.3.3. Medikationsverordnung	160
5.3.4. Konsequenzen der Therapie und mögliche Folgebehandlungen	163
5.4. Machttheoretische Einordnung	169
5.4.1. Prosodische Dimension	169
5.4.2. Kognitive Dimension	171
5.4.3. Normative Dimension	172
5.4.4. Autoritativ-Administrative Dimension	174
5.4.5. Außersprachliche Dimension	176
5.4.6. Versteckte Macht?	177
5.5. Das Verhältnis zwischen Macht und Behandlungskonzepten	178

6. Fazit	181
7. Ausblick	184
8. Quellenübersicht	187
8.1. Literatur zum Forschungsprojekt	187
8.2. Allgemeine Literatur	187
8.3. Medizinische Kommunikation	188
8.4. Der Begriff der Macht in der Linguistik	193
9. Anhang	196
10. Sach- und Stichwortverzeichnis	209

## Vorwort

Die Idee zur vorliegenden Arbeit entstand beinahe zufällig, als mir in einem Seminar die Übertragbarkeit mikropolitischer Machtdefinitionen auf die Gesprächsanalyse und deren Konsequenzen bewusst wurden. Während meines Studiums entwickelte sich die auf Interdisziplinarität aufbauende Theorie Schritt für Schritt weiter, und ich wandte sie immer wieder an verschiedenen Gesprächstypen an, um ihren wissenschaftlichen Nutzen zu untersuchen. Schnell wurde dabei klar, dass eine fundierte linguistische Analyse mit dem Schwerpunkt auf sprachlichen Erscheinungsformen von Macht zunächst auf die Untersuchung von institutionellen Gesprächen gerichtet sein musste. Innerhalb von Institutionen manifestiert sich Macht als Folge von Diskrepanzen in den Bereichen Status oder (Fach-)Wissen am ehesten und somit sind auch deren sprachliche Formen und die daraus erwachsenen gesprächsinternen wie -externen Konsequenzen in diesem Umfeld angemessen zu untersuchen. Meine Mitarbeit an einer Studie der Abteilung für Allgemeinmedizin an der Düsseldorfer Universitätsklinik brachte mir schließlich auch das empirische Material, was für meine Analyse bis dahin noch gefehlt hatte: Juristisch und ethisch abgesicherte, verdeckt aufgezeichnete Konsultationsgespräche bei Hausärzten – eine so gute Quelle musste genutzt werden.

Aus diesen mehrfachen Zufällen und Ideen entstand schließlich die vorliegende Arbeit, die sich – und das möchte ich besonders betonen – nicht als Kritik am Sprachgebrauch oder am Habitus von Mediziner\*innen verstanden wissen will, sondern als eine Beschreibung von sprachlichen Machterscheinungen in einem institutionellen Umfeld. Diese sprachwissenschaftliche und auf den Faktor Macht hinzielende Herangehensweise wäre beispielsweise auch auf gerichtliche oder schulische Gespräche anwendbar gewesen. Dennoch zeigt die Studie, dass Macht – sei es bewusst oder unbewusst – von Ärzt\*innen in der Konsultation sprachlich manifestiert wird, einen Einfluss auf die Behandlungsergebnisse hat und zudem in einer Wechselwirkung mit verschiedenen Behandlungskonzepten steht.

Ob daraus Konsequenzen gezogen werden können und wie diese möglicherweise aussehen, liegt im Ermessen des Lesers.

Bedanken möchte ich mich besonders bei Prof. Dr. Wolfgang Boettcher, der meine Arbeit betreut und mich stets mit guten Ratschlägen und viel Geduld unterstützt hat, sowie bei Prof. Dr. Heinz-Harald Abholz, Dr. Stefan Wilm und Dr. Silke Brockmann, die mir den Zugang zu den Gesprächsdaten aus der Düsseldorfer Studie ermöglichten und meine Arbeit von der allgemeinen-medizinischen Seite her betreuten.

Abschließend gilt mein Dank auch Maike Heidel, Malin Köhler, Simon Osthues, Meike Sewering, Christopher Hucke und Nicole Hinrichs für ihre fortwährende Unterstützung während des Arbeitsprozesses sowie Barbara Michels, Dr. Ursula Michels und Robin Junnicke für die Erstellung der Illustration.

Tim Peters

# 1. Vorbemerkungen

„Der Katalane Arnoldus von Vilanova (13. Jh.), einer der bedeutendsten Ärzte des Mittelalters, empfahl [...] seinen Kollegen, sich hinter einer imponierenden Sprache zu verbergen, wenn sie die Krankheit des Patienten nicht erklären konnten. Man solle dem Patienten sagen, dass er ‚eine Obstruktion der Leber‘ habe, und besonders das Wort Obstruktion gebrauchen, da der Patient nicht verstehe, was es bedeute.“

(Oksaar 1979: 16)<sup>1</sup>

Die Anekdote weist in unterhaltsamer Weise darauf hin, dass die Kommunikation zwischen Arzt<sup>2</sup> und Patient durch ein ganz bestimmtes Umfeld und Rollenverhältnis geprägt ist. Sprachproduktion wird hier, wie auch in anderen Situationen, neben inhaltlichen Gesichtspunkten durch viele äußere Faktoren bestimmt. Des Weiteren wird ebenfalls darauf hingewiesen, dass sprachliche Äußerungen in diesem Zusammenhang durchaus bewusst intendierte Hintergründe haben können und den Gegenüber beeinflussen sollen. Beide Phänomene sind von wissenschaftlicher Seite aus schon seit Jahrzehnten Disziplin übergreifend bekannt und ausführlich beschrieben worden. Obwohl es in letzter Zeit vermehrt öffentliche wie fachinterne Kritik an der ärztlichen Gesprächsführung gab, und die Heterogenität von Arzt und Patient auch empirisch belegt werden konnte (vgl. Klemperer 2003: 17 ff.), wurden die Gründe für schlechte Ergebnisse aufgrund des Behandlungsgesprächs stets in der Rahmenstruktur des medizinischen Systems und insbesondere der Sozialisation durch die ärztliche Gesprächsausbildung gesehen. Auch neuere medizinische Konzepte, wie beispielsweise die Einbindung von Kommunikationsschulungen in die universitäre Ausbildung, und die Wandlung der Rahmenbedingungen änderten nichts an dem vielfach beklagten Zustand der

---

<sup>1</sup> Aus Gründen der Einheitlichkeit und des damit verbundenen besseren Leseflusses werden alle Zitate in der neuen Rechtschreibung wiedergegeben.

<sup>2</sup> Zur leichteren Lesbarkeit wird in dieser Arbeit das generische Maskulinum verwendet, es sind jedoch immer – wenn nicht gesondert markiert – beide Geschlechter gemeint.



„grundlegenden *Asymmetrie* in der Arzt-Patienten-Interaktion“ (Lalouschek 2002a: 17).

Ein möglicherweise bewusster Einsatz sprachlicher Mittel – zur Durchsetzung von Interessen im Gespräch von ärztlicher Seite aus – wurde dabei nicht in Betracht gezogen. Den Versuch, diese Möglichkeit angemessen mittels eines gesprächsanalytischen Ansatzes zu beschreiben, soll diese Arbeit leisten. Ich möchte allerdings an dieser Stelle darauf hinweisen, dass keine Wertung des medizinischen Systems oder der Handlungen des Arzts vorgenommen werden soll, sondern lediglich eine machttheoretische Beschreibung auf gesprächsanalytischer Basis das Ziel ist. Normative Einschätzungen liegen zwar dem Begriff der Macht nahe, sollen aber weitestgehend vermieden werden.

Anhand eines differenzierten Machtkonzeptes soll ein Arzt-Patienten-Gespräch darauf untersucht werden, ob die institutionellen Ungleichheiten womöglich vom Arzt sprachlich bewusst genutzt werden, um innerhalb einer Konsultation bestimmte gewollte Ergebnisse und Abläufe zu erzielen. Zu diesem Zweck wird zunächst der Begriff der Macht linguistisch fassbar gemacht, indem auf der Basis eines medizinischen Gesprächskorpus ein eigenes Konzept präsentiert und gegenüber der Forschung abgegrenzt wird. Hierbei sollen sprachliche Merkmale bezüglich einer Beeinflussbarkeit des Gegenübers nach verschiedenen Kriterien kategorisiert werden.

Anschließend werden die Rahmenbedingungen medizinischer Kommunikation wie das institutionelle Umfeld, die Verwendung von Fachsprache oder auch das Rollenverständnis näher untersucht. In diesem Zusammenhang werden auch in der Forschung bereits bekannte sprachliche Besonderheiten der Arzt-Patienten-Interaktion vorgestellt. Die Sonderrolle des Arztes in der Kommunikation, welche sich von den Positionen zweier Gesprächspartner in einem Alltagsgespräch massiv unterscheidet, wird samt möglicher Ursachen dargestellt und die sich daraus ergebenden Konsequenzen beschrieben. Um schließlich wieder einen Rückbezug zur Machtkonzeption vorzunehmen, werden verschiedene Behandlungskonzepte präsentiert, zwischen welchen der Arzt in seiner Behandlung mehr oder minder frei wählen kann. Die Einflüsse, die diese Konzepte auf die Strukturierung und sprachliche Ausgestaltung des Gesprächs haben, werden hierbei besonders berücksichtigt werden. Anschließend erfolgt die linguistische

Analyse, jedoch zunächst ohne Einbezug der Machtdefinition, da ansonsten eine zu zielgerichtete und andere Fakten ausblendende Untersuchung befürchtet wird. Erst im Nachhinein werden die beobachteten sprachlichen Besonderheiten auf die vorhergehenden Feststellungen zur Machtkonzeption bezogen und in die entsprechende Kategorie einsortiert.

Letztlich soll sich zeigen, ob ein sonst eher normativ verwendeter Begriff der Macht innerhalb eines Gesprächs überhaupt fassbar beschrieben werden kann, und damit sprachliche Besonderheiten sowie Gesprächsverläufe und -ergebnisse erschöpfend begründet werden können. Auch die Frage, welche Rückwirkungen möglicherweise eingesetzte Machtmittel auf das Arzt-Patienten-Gespräch haben und wie diese Prozesse in den Rahmenbedingungen verortet werden können, soll beantwortet werden. Insgesamt wird nicht nur der linguistische Forschungsstand zur medizinischen Kommunikation und zur Definition des Machtbegriffes herangezogen, sondern je nach Themengebiet auch Elemente der Sozialwissenschaft und der Medizin in die Analyse einbezogen. Hierbei sollen sie jedoch stets nur Hilfsmittel sein, da die Klärung einer möglichen Verwendung von Machtmitteln durch sprachliche Realisation im Zentrum dieser linguistischen Arbeit stehen soll.

## **2. Eine linguistische Annäherung an den Begriff der Macht**

### **2.1. Allgemeines**

Um sich der medizinischen Kommunikation, ihrer Asymmetrie und dem daraus resultierenden möglichen Machtpotenzial und dessen konkreter Versprachlichung nähern zu können, muss vorab eine detailgenaue Bestimmung des Machtbegriffs vorgenommen werden. Diese scheint aber gerade in Bezug auf diesen problematischen Begriff schwierig zu sein, da er von verschiedenen wissenschaftlichen Disziplinen und in vielfältiger Weise genutzt wird und darüber hinaus normativ stark aufgeladen ist.

Der Begriff der Macht in der Linguistik beschreibt zunächst ein Konzept, das in Bezug auf Analysen in der Pragmatik nur allzu logisch und gewünscht erscheint, aber dennoch auch unbekannt und fremd anmutet. Und in der Tat scheinen Machtkonzepte in den linguistischen Gebieten, wo man sie erwarten könnte, wie zum Beispiel in der Soziolinguistik oder in der Gesprächsanalyse, kaum berücksichtigt zu werden. Dorothee Meer und Alexander Brock kamen bei einer aktuellen Untersuchung von beobachtbaren Asymmetrien in der Gesprächsforschung, in welcher selbstverständlich auch mögliche Machtkonzepte ihren Platz haben, zu folgendem überraschenden Schluss: „Theoretische Leitsätze im Kontext einer systematischen Betrachtung wirksamer Ungleichheiten und Hierarchien in Gesprächen fehlen weitgehend.“ (Brock / Meer 2004: 185). Dennoch kann man es sicherlich nicht bei einer solchen pauschal anmutenden Bewertung belassen, denn selbstverständlich verschließt sich auch die Linguistik bzw. die Gesprächsanalyse nicht vollständig einem wichtigen gesellschaftlichen und wissenschaftlichen Schlüsselbegriff wie dem der Macht.

Dieses Kapitel möchte sich daher dieses ‚Problems‘ annehmen und in Vorbereitung auf die späteren Erläuterungen der medizinischen Kommunikation und der linguistischen Analyse klären, was für eine Rolle Macht in linguistischen Theorien und Analysen spielt. Hierzu wird anfangs ein grundsätzlicher

Überblick geliefert, der den Begriff zunächst allgemein beschreibt und gegenüber ähnlichen Begriffen wie Einfluss, Dominanz, Hierarchie und Asymmetrie abgrenzt, um dann verschiedene Definitionsmöglichkeiten des Begriffs zu präsentieren. Anschließend, und bewusst von den anderen Definitionen abgetrennt, wird schließlich die CDA, die Critical Discourse Analysis, vorgestellt. Dieser angloamerikanische Forschungszweig, welcher aus der Konversationsanalyse und soziolinguistischen Modellen hervorgegangen ist, und der sich zentral mit dem Begriff der Macht beschäftigt, wird zunächst historisch und theoretisch kurz umrissen, um schließlich auch hier auf die verschiedenen Begriffsdefinitionen der Macht einzugehen. Anschließend werden die verschiedenen Modelle des Machtbegriffs in einem Zwischenfazit kurz miteinander verglichen und auf diesem Fundament werde ich unter Zuhilfenahme einer mikropolitischen Differenzierung von Machtdimensionen schließlich ein eigenes Modell präsentieren.

## **2.2. Sprachwissenschaftliche Grundlagen**

Bisher weisen zahlreiche gesprächsanalytische Arbeiten immer noch darauf hin, dass „[...] prinzipiell gleiche kommunikative Zugangsmöglichkeiten [...]“ (Brock / Meer 2004: 185) sprachlicher Art zwischen den verschiedenen Sprechern bestehen würden. Sind Ungleichheiten vorhanden, werden diese häufig mit dem institutionellen Rahmen oder vorkommunikativen Strukturen begründet, ohne die Gründe für die Auffälligkeiten bei den Gesprächspartnern innerhalb der Konversation selbst zu suchen. Trotz dieses manchmal undifferenzierten Umgangs fällt ein Repertoire an Begriffen auf, welches in diesem Zusammenhang genutzt wird.

Einleitend wird daher zunächst der in der Forschung meist undefiniert genutzte, aber von mir für wichtig erachtete Grundlagenbegriff ‚Einfluss‘ näher erörtert. Anschließend werden die Begriffe ‚Asymmetrie‘, ‚Hierarchie‘ und ‚Dominanz‘ zunächst nach dem definitonischen Rahmen von Brock und Meer und dem aktuellen Forschungsstand präsentiert und darauf folgend deren Verwendung in dieser Arbeit beschrieben. Diese grundlegende Vorarbeit soll helfen, eine

spätere Abgrenzung und die Definition eines eigenen linguistischen Machtbegriffes zu erleichtern.

### 2.2.1. Theoretisches Umfeld

Ein Blick in linguistische Lexika (z. B. Glück 2005) und Einführungswerke (z. B. Linke / Portmann / Nussbaumer 2001: 257 ff. / 293 ff.) zeigt zunächst, dass Begriffen wie Einfluss, Asymmetrie, Hierarchie und Dominanz bisher wenig Aufmerksamkeit geschenkt wurde bzw. keine große Relevanz zugeordnet wird. Keiner der Begriffe wird in einem linguistischen Zusammenhang näher erklärt. Zwar finden sich in den Teildisziplinen immer wieder Anknüpfungspunkte für mögliche Machtkonzepte, seien es Fremdwahl oder overlaps in der Gesprächsanalyse (vgl. Linke / Portmann / Nussbaumer 2001: 265-266), die Code-Theorie in der Soziolinguistik (vgl. Veith 2002: 102)<sup>3</sup> oder der Verweis auf Wissensdifferenzen und institutionelle Ungleichheit im Rahmen der Fachkommunikation (vgl. Veith 2002: 87 und Fluck 1996: 255 ff.)<sup>4</sup>, doch wird hier lediglich ein heterogener Zustand beschrieben, nur vereinzelt als dieser benannt und noch seltener explizit thematisiert. Aus diesem Grund fallen die folgenden Begriffsüberblicke überraschend übersichtlich aus und können im Rahmen dieser Arbeit nicht mit der definitorischen Schärfe beschrieben werden, die wünschenswert gewesen wäre.

---

<sup>3</sup> Soziale Differenzierung führt hiernach automatisch zur sprachlichen Differenzierung (sog. Codes), welche Außenstehende nicht oder nur teilweise nachvollziehen können. Auf diese Weise wird soziale Unterteilung und Abgrenzung auch über die Sprachverwendung dargestellt. Inwieweit diese kommunikative Darstellung sozialer Verhältnisse, welche stets Komponenten wie Einfluss und Macht im soziologischen Sinne beinhalten, auch mit einem linguistischen Begriff der Macht zu fassen sind, kann aus Platzgründen hier nicht weiter ausgeführt werden.

<sup>4</sup> Die Macht gegenüber Unwissenden erhöht sich nach dieser These proportional zum Wissen und zur Vertrautheit über einen Gegenstand. Diese These kann ebenfalls nicht weiter vertieft werden, aber es sei auf den Bereich der Fachkommunikation und des Wissenstransfers innerhalb der medizinischen Kommunikation verwiesen, da hier auf ähnliche Thesen zum Experten- und Laienwissen Bezug genommen wird.

### 2.2.1.1. Einfluss

Auffällig ist, dass ein grundlegender Begriff wie Einfluss, der sich sogar eignet, die anderen Schlüsselbegriffe wie Asymmetrie, Dominanz oder auch Macht in gewisser Weise als eine Art Grundbegriff zu umschließen, kaum in die machttheoretische Diskussion einbezogen wird. In der rezipierten Literatur findet der Begriff Einfluss sehr selten Verwendung und wird zudem in keiner Weise thematisch definiert oder umschrieben. Dabei beschreibt ‚Einfluss‘ doch einen grundlegenden Vorgang, den Sprache schon in der Sprechakttheorie zugestanden bekommt. Sprachliche Äußerungen werden als Handlungen verstanden, die wiederum Einfluss auf andere Gesprächspartner haben können und in der Regel auch sollen (vgl. Austin 2002: 35 ff. / 118-119).

Hiernach ist der Versuch einer Einflussnahme auf einen anderen Menschen bei einer Konversation mithilfe des illokutiven Aktes eine grundlegende Funktion von Äußerungen. Dieser Vorgang kann in einem erfolgreichen perlokutionären Akt glücken oder scheitern. Schon diese Klassifikation der Akte weist auf die wechselseitigen Einflüsse von Gesprächspartnern hin und zeigt sich am deutlichsten in explizit performativen Sätzen (vgl. Austin 2002: 28 ff.).<sup>5</sup> Searle hat mit seiner Ausdifferenzierung der illokutionären Akte (vgl. Searle 1971: 100 ff.) schon darauf verwiesen, dass es hier verschiedene Möglichkeiten gibt, dem Gegenüber die eigenen Absichten zu vermitteln. Seien es Versprechungen, Warnungen oder Befehle; auf verschiedene Weise versucht der Sprecher das Handeln des Gesprächspartners zu beeinflussen. Neben den perlokutionären Akten und der Illokutionsklassifikation ist es aber kaum möglich das Wechselspiel sprachlicher Äußerungen in einem Gespräch über eine längere Zeit hin zu analysieren und dabei die gegenseitige Beeinflussung zu beschreiben. Auch weitere linguistische Merkmale wie Intonationsänderungen oder die Verwendung von Sprachvarietäten können von ihr nicht erklärt werden und sollen dies aber aufgrund anderer Schwerpunkte auch gar nicht. Zu einer erschöpfenden Erklärung bzw. Analyse von sprachlichem Einfluss in Gesprächen kann die

---

<sup>5</sup> In dieser Verbindung von Sprache und Handlung wird der Gegenüber meist deutlich sichtbar beeinflusst, sei es bei einer Taufe oder einer Kündigung. Allerdings werden diese Handlungen dabei explizit thematisiert und nicht durch eine gewisse Verwendung von Inhalten und Sprache kodiert übermittelt.