

Alexandra Groß

Arzt/Patient-Gespräche in der HIV-Ambulanz

Facetten einer chronischen
Gesprächsbeziehung

Göttingen: Verlag für Gesprächsforschung 2018
<http://www.verlag-gespraechsforschung.de>
ISBN 978 - 3 - 936656 - 75 - 6

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des akademischen Grades eines Doktors der Philosophie (Dr. phil.)
durch die Sprach- und Literaturwissenschaftliche Fakultät der Universität Bayreuth
vorgelegt von Alexandra Groß
im Januar 2018

Alle Rechte vorbehalten.

© Verlag für Gesprächsforschung, Dr. Martin Hartung, Göttingen 2018

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.

Danksagung

Die vorliegende Dissertation ist im Fachbereich Germanistische Linguistik an der Universität Bayreuth entstanden. Viele Menschen haben mich während des Entstehungsprozesses begleitet und auf verschiedene Weise unterstützt.

Mein großer Dank gilt den Patient/innen und den Ärzt/innen der untersuchten Einrichtung, die meinem Forschungsvorhaben offen und interessiert entgegengetreten sind und bereitwillig ein Aufnahmegerät in der intimen Gesprächssituation akzeptiert haben. Vor allem Ärztin G, Arzt M und Arzt C möchte ich dafür danken, dass sie mir sehr persönliche Einblicke in ihren Berufsalltag gewährten, meine vielen Fragen mit großer Geduld beantworteten und meinem Forschungsaufenthalt eine familiäre Atmosphäre verliehen haben. Ohne diese Informant/innen wäre die vorliegende Arbeit nicht möglich gewesen.

Ein besonderer Dank gebührt Karin Birkner, der Erstbetreuerin des Promotionsvorhabens, für ihr stetes Vertrauen und ihre Förderung, für die fruchtbaren Diskussionen und ihre wertvollen, immer konstruktiven Rückmeldungen. Thomas Spranz-Fogasy danke ich für die Übernahme der Zweitbegutachtung und hilfreiche Hinweise in Datensitzungen am IDS. Ferner danke ich John Heritage, der mir während meines Forschungsaufenthalts an der UCLA viele Impulse für die Analyse der Therapieentscheidungen gab. Für die finanzielle Unterstützung des Forschungsaufenthalts in Los Angeles gilt mein herzlicher Dank der Stabsabteilung Chancengleichheit der Uni Bayreuth.

Weiterhin danken möchte ich meinen Freund/innen und Kolleg/innen an der Uni Bayreuth, allen voran der „Gruppe der tapferen Wissenschaftler/innen“ Ramona Pech, Helene Steigertahl und Carolin Dix für die moralische Unterstützung, für die Motivation und lustige Momente. Erstere beiden werden im GW1 dringend vermisst. Meinen Freund/innen außerhalb der Uni Bayreuth, v. a. den (ehemaligen) Freiburger/innen, gebührt ein großer Dank dafür, die Diss zwischendurch auch mal vergessen zu können.

Zu ganz besonderem Dank verpflichtet bin ich Christian Schwarz und Helene Steigertahl, die meine Kapitel Korrektur gelesen und mir damit ein gutes Stück Sicherheit gegeben haben.

Ein großer Dank geht an Elisabeth Übelmesser, die als Oma – z. T. spontan – unzählige Male tätig wurde und dafür immer den langen Weg nach Bayreuth auf sich nahm.

Mein tiefer Dank gilt meinen Eltern Irmgard und Josef Groß sowie meinen Geschwistern Anna-Maria und Christopher, die mir von Anfang an alles zugetraut haben – und das sogar ausschließlich im positiven Sinne. Durch ihr Vertrauen und ihre Unterstützung konnte ich mich im Verlauf meiner Ausbildung in Richtungen bewegen, in die es mich jeweils zog. Das war ein besonderer Luxus. Danke auch

Walter Matheja für die manchmal recht abgeklärten, aber hoch interessanten Einblicke in die Perspektive eines behandelnden Arztes.

Ganz besonders danken möchte ich Christian Schwarz. Er hat mich während der gesamten Dissertationszeit begleitet, an mich geglaubt und in Hoch- und Tief-Phasen immer die richtigen Worte gefunden, um mich weiter zu motivieren oder mich aufzubauen. Ohne seinen spontanen Babysittereinsatz in den letzten Tagen vor der Abgabe – trotz eigener dringender Deadline für einen Aufsatz! – hätte ich den Abgabetermin wohl nicht einhalten können.

Vor allem bin ich Peter zu großem Dank verpflichtet. Er hat mir insbesondere in der finalen Schreibphase den Rücken freigehalten, unser Alltagsleben am Laufen gehalten und mich jeden Tag auf's Neue motiviert. Mein kleiner großer Oscar hat bei Letzterem auf seine eigene, ganz wunderbare Weise mitgeholfen: mit Tänzchen zur Vogelhochzeit und frühmorgendlichem „Wau Wau“. Ihm ist diese Arbeit gewidmet.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	9
2	HIV	14
2.1	Biomedizinische Grundlagen.....	15
2.1.1	Klinisches Bild und Epidemiologie	15
2.1.2	Therapie	18
2.2	HIV in der Gesellschaft: Exzeptionalismus und Normalisierung.....	22
2.3	HIV als psycho-sozialer Risikofaktor	25
2.4	Diskurse und Interaktionstypen zu HIV/AIDS	27
3	Gesprächsanalyse: Methodologische Grundlagen und Erkenntnisse zu ausgewählten Bereichen.....	34
3.1	Prinzipien und Vorgehensweisen.....	35
3.2	Weiterentwicklungen	42
3.2.1	Die ethnographische Konversationsanalyse	43
3.2.2	Interaktionale Linguistik.....	48
3.3	Medizinische Gespräche aus gesprächsanalytischer Perspektive	49
3.3.1	Charakteristika institutioneller Gespräche.....	49
3.3.2	Medizinische Gesprächsanalyse	53
3.3.3	Arzt/Patient-Gespräche als Experten/Laien-Interaktion.....	57
4	Datenkorpus und Vorgehen	71
4.1	Datenerhebung in der HIV-Ambulanz.....	71
4.2	Gesprächskorpus und Aufbereitung der Daten	75
4.3	Datenselektion und analytisches Vorgehen	79
5	Arzt/Patient-Gespräche in der akutmedizinischen Praxis und in der HIV-Ambulanz.....	84
5.1	Interaktionstypen und Aktivitäten.....	84
5.2	Sprachlich-interaktive Phänomene in Aktivitäten	94
5.2.1	Eröffnung des medizinischen Kerngesprächs.....	94
5.2.2	Quasi-informelles Sprechen.....	95
5.2.3	Mitteilung der Blutwerte.....	101
5.2.4	Wiegen.....	101
5.2.5	Blutdruck messen.....	105
5.2.6	Beschwerdendarstellung	110
5.2.7	Beschwerdenexploration und -interpretation.....	111
5.2.8	Diagnosemitteilung.....	124

5.2.9	Therapieentscheidung	127
5.2.10	Gesprächsbeendigung	129
5.3	Zusammenfassung.....	130
6	Eröffnungssequenzen.....	132
6.1	Eröffnungssequenzen in Arzt/Patient-Gesprächen	133
6.1.1	Ärztliche Eröffnungsinitiativen	133
6.1.2	Patientenseitige Beschwerdenpräsentationen und Anliegensformulierungen in der Eröffnungsphase	147
6.2	Eröffnungssequenzen in der HIV-Sprechstunde.....	149
6.2.1	„Wie geht’s Ihnen?“ – Präferenz für’s Gutgehen in Befindensfragen	151
6.2.2	„Was ist das Problem?“ – Anliegenszuschreibung und Problemexploration in problemfokussierten Eröffnungsinitiativen	181
6.2.3	„Erzählen Sie mal, wie ist es Ihnen ergangen in der Zwischenzeit?“ – Biographisch orientierte Eröffnungsfragen	188
6.2.4	„So how are we doin?“ – Patientenseitige Eröffnungsfrage.....	195
6.3	Zusammenfassung und Ausblick	197
7	Mitteilung der Blutwerte.....	202
7.1	Das Default-Muster der Mitteilung der Blutwerte	204
7.2	Typisiertes Wissensmanagement oder „Schema F für 0815-Patient“	208
7.3	Die Mitteilung und Evaluierung unauffälliger Blutwerte: Konstruktion einer <i>positiven Normalität</i>	212
7.3.1	Präferenz für gute Nachrichten	212
7.3.2	Evaluierungen der Blutwerte	213
7.3.3	Evaluieren der Blutwerte = Evaluieren des therapeutischen Handelns	223
7.4	Abweichung von Default-Muster: Mitteilung auffälliger Blutwerte, individuelles Wissensmanagement und Einbettung in übergreifende Aktivitäten	225
7.4.1	Normalisieren auffälliger Blutwerte	226
7.4.2	Individuelles Wissensmanagement – der Rezipient Patient als Aktivist	230
7.4.3	Einbettung der Mitteilung der Blutwerte in übergreifende Aktivitäten	251

7.5	Zusammenfassung und Ausblick	253
8	Therapiebezogene Aushandlungen	257
8.1	Therapieentscheidungen in Arzt/Patient-Gesprächen	263
8.1.1	Patientenpartizipation in Therapieentscheidungen – Desiderata und interaktive Realität.....	263
8.1.2	Deontik und Epistemik in Therapieentscheidungen	267
8.1.3	Zum Handlungscharakter ärztlicher Therapieempfehlungen	274
8.2	Therapieentscheidungen im Verlauf	281
8.2.1	Fallbeispiel <i>Mundpilz</i> : „wÄre es besser das dann immer mal zu pausIERen und dann zu NEHmen?“	282
8.2.2	Fallbeispiel <i>Truvada</i> : „das wOLLten wir ja RAUSnehmen.“	291
8.2.3	Fallbeispiele <i>Therapiebeginn</i> : „bei dEn werten gibt_s keinen wirklichen GRUND.“	322
8.3	Therapieoptionen einbringen und Verbindlichkeit etablieren: Empfehlungen, Ratschläge, Angebote	327
8.3.1	Praktiken ärztlicher Therapieempfehlungen	334
8.3.2	Praktiken ärztlicher Therapieangebote	345
8.3.3	Praktiken ärztlicher Ratschläge	346
8.4	Therapieentscheidungen begründen.....	357
8.4.1	Das epistemische Fundament ärztlicher Therapieempfehlungen	359
8.4.2	Die moralische Dimension eigenständig getroffener Therapieentscheidungen	367
8.5	Beteiligungsräume und Eigenverantwortung von Patient/innen.....	380
8.6	Zusammenfassung und Ausblick	396
9	Zusammenführung: Facetten der Arzt/ Patient-Gespräche in der HIV- Ambulanz	400
9.1	Chronizität und Routine	401
9.2	Quasi-Informalität	403
9.3	Normalität und Normalisieren	404
9.4	Zuständigkeit und Verantwortung	406
10	Ausblick.....	408
	Literaturverzeichnis	410
	Abbildungsverzeichnis	438
	Ausschnittsverzeichnis	439
	Tabellenverzeichnis	444
	Anhang.....	445

Groß: Arzt/Patient-Gespräche in der HIV-Ambulanz

1 Einleitung

Rasante Fortschritte in der medizinischen Forschung haben zur Folge, dass ehemals lebensbedrohliche Erkrankungen geheilt werden oder sich zu Erkrankungen entwickeln, mit denen Betroffene über lange Zeit hinweg leben können. HIV hat Mitte der 1990er Jahre dabei nicht weniger als eine Behandlungsrevolution erlebt: Die ehemals in AIDS mündende und damit in vielen Fällen tödlich verlaufende Infektionserkrankung, die sich bereits wenige Jahre nach ihrem erstmaligen Auftreten zu einer globalen Pandemie entwickelte, wurde durch die Entwicklung einer neuen medikamentösen Kombinationstherapie kontrollierbar: Das HI-Virus kann seitdem – wenn auch nicht völlig eliminiert – in Schach gehalten werden, so dass HIV-Patient/innen im günstigsten Fall eine annähernd normale Lebenserwartung haben. Auf die medizinische Chronifizierung von HIV bei einem sich nur langsam verändernden gesundheitlichen Zustand der Patient/innen folgte im Zuge der therapeutischen Neuerungen eine neue ambulante Versorgungsmodalität: Zur dauerhaften Behandlung ihrer Infektion suchen Patient/innen in regelmäßigen Abständen die ärztliche Sprechstunde auf, womit eine engmaschige Kontrolle ihres HIV-Status gewährleistet ist.

Das Untersuchungsinteresse der vorliegenden Arbeit richtet sich auf ebene in einer HIV-Schwerpunktambulanz stattfindenden Gespräche zwischen HIV-positiven Patient/innen und ihren behandelnden Mediziner/innen. Die Analyse dieser in regelmäßigen Abständen stattfindenden Routinesprechstunden bedeutet die Untersuchung von Gesprächen, die es in dieser Form erst seit rund 20 Jahren gibt, denn einhergehend mit der medizinischen Behandlungsrevolution haben auch sie eine fundamentale Veränderung erlebt: Die medizinische Chronifizierung von HIV und seine Behandlung in ambulanten Routinekontrollsprechstunden schlägt sich in einer *interaktiven Chronifizierung*, einer Kontinuität der Gesprächsbeziehung zwischen Ärzt/innen und Patient/innen nieder. Die HIV-Sprechstunde ist damit eins von vielen Beispielen, wie sich Begegnungen zwischen Ärzt/innen und Patient/innen in einem sich rasch, hin zur Dauerbehandlung chronischer Erkrankungen verändernden Medizinsystem gestalten: „Millionen Menschen sind heute langzeitkrank: laborieren an Bluthochdruck, Diabetes, Fettstoffwechselliden, Osteoporose.“ (Schöps, 2017, S. 10). Chronische medizinische Bedingungen spiegeln sich in Zielen, Aufgaben und Eigenheiten des ärztlichen Gesprächs wider, so auch in der HIV-Sprechstunde.

Leitende Fragen der vorliegenden Untersuchung sind, wie Ärzt/innen und Patient/innen die HIV-Sprechstunde im Gespräch als solche hervorbringen und durch welche Merkmale sie sich auszeichnet. Das Ziel der Arbeit besteht dementsprechend darin, übergreifende Facetten der Gespräche zwischen HIV-Patient/innen und Mediziner/innen – „rules, techniques, procedures, methods, maxims“ (Sacks,

1984b, S. 413) – durch eine systematische Analyse auf verschiedenen Ebenen des Gesprächs herauszuarbeiten.

Methodologisch ist die vorliegende Arbeit in der linguistischen Gesprächsanalyse verortet (vgl. Deppermann, 2008). Diese sieht das sprachlich-interaktive Handeln in Gesprächen und die hier stattfindende wechselseitige Verständigung als konstituierend für zwischenmenschliche Beziehungen (z. B. zwischen Arzt und Patient), für Institutionen (z. B. eine klinische Ambulanz) und gesellschaftliches Miteinander auf verschiedenen Ebenen an. Mittlerweile existieren vielzählige gesprächsanalytische Forschungsarbeiten zu Formen institutioneller Interaktion und spezifisch zu Arzt/Patient-Gesprächen (im Folgenden auch: APG). Die vorliegende Untersuchung gliedert sich hier ein; sie möchte den derzeitigen gesprächsanalytischen Forschungsstand zu APG in der allgemeinmedizinischen und fachärztlichen Praxis vergrößern und unter Berücksichtigung der mit HIV einhergehenden chronischen Krankheits- und Interaktionsbedingungen anreichern.

Das weitgehend induktive Forschungsverständnis der Gesprächsanalyse ging damit einher, dass konkrete Analysegegenstände aus den Gesprächen heraus entwickelt wurden. Im Verlauf der Forschungsarbeit stellten sich unterschiedliche Phänomene als relevante Charakteristika der untersuchten Gespräche heraus: angefangen von Handlungen der ärztlichen Gesprächseröffnung über Praktiken der Evaluierung HIV-relevanter Blutwerte bis hin zu Formen von Patientenbeteiligung in Therapieentscheidungen. Das analytische Vorgehen bestand jeweils darin, die sprachlichen Ausprägungen der interessierenden Phänomene, ihre sequenziellen Einbettungen sowie ihre lokalen Funktionen herauszuarbeiten, um diese – wenn möglich im Vergleich zu vorliegenden Ergebnissen – als Aspekte des individuellen Fingerabdrucks der HIV-Sprechstunde zu identifizieren.

Die vorliegende Arbeit wird zeigen, dass das Gespräch zwischen Ärzt/innen und Patient/innen Merkmale aufweist, die Charakteristika der Infektionserkrankung HIV sowie Modalitäten der dauerhaften ambulanten Behandlung widerspiegeln: z. B. dass der körperliche Zugang zur Erkrankung über Umwege (v. a. über die Blutwerte und über Nebenwirkungen der Medikation) erfolgt, dass Patient/innen ihre behandelnden Ärzt/innen häufig bereits seit Jahren kennen, dass die Erkrankung nicht heilbar ist und einen „Rattenschwanz“ unmittelbar oder mittelbar HIV-assoziiierter Behandlungsbedürfnisse nach sich zieht u. a. Umgekehrt werden die Analysen zeigen, dass im Gespräch ein bestimmtes Bild von HIV und seiner Behandlung erzeugt wird: wenn Patient/innen zu Beginn des Gesprächs ein hervorragendes Wohlbefinden bekunden, wenn Ärzt/innen während der Befundbesprechung eine leicht erhöhte Virusmenge bagatellisieren, wenn die Eigenverantwortung von Patient/innen in Therapieentscheidungen herausgestellt wird usw. Die interaktiven Aufgaben, die Themen und die Beteiligungsstrukturen in den Aktivitäten sind dabei nicht immer spezifisch für HIV-Sprechstunden – abgesehen von dem Gesprächsgegenstand ‚HIV‘ selbst.

Ein reichhaltiger Fundus von Arbeiten der medizinischen Gesprächsanalyse lässt Rückschlüsse auf die *Spezifität* der identifizierten sprachlich-interaktiven Phänomene zu und ermöglicht hierdurch auch umgekehrt, Gemeinsamkeiten mit anderen APG zu identifizieren. Eine mehrmonatige ethnographische Untersuchung mit Hospitationen zahlreicher Gespräche und ein Datenkorpus von 71 APG erleichterten zudem die Einschätzung der *Typizität* der Ergebnisse für die ambulante HIV-Sprechstunde.

Die vorliegende Arbeit ist in 10 Kapitel gegliedert. Nach dieser Einleitung (**Kapitel 1**) folgt in **Kapitel 2** ein Überblick auf HIV/AIDS aus multidisziplinärer Perspektive. Dieser beinhaltet zunächst eine Einführung in pathophysiologische und klinische Grundlagen des medizinischen Phänomens HIV. In Übereinstimmung mit Teilnehmerrelevanzen in den untersuchten Gesprächen werden Einblicke in den *state of the art* der medikamentösen Therapie sowie in aktuelle Herausforderungen der ambulanten Behandlungspraxis vorgestellt. Da HIV und AIDS Projektionsflächen für politische Interessen, moralische Vorstellungen und kollektive Ängste boten und bieten, darf in diesem Kapitel die Perspektivierung von HIV/AIDS als gesellschaftliches Phänomen nicht fehlen. Weiterhin wird ein Blick auf das betroffene Individuum und seine soziale Umgebung gewagt, zum einen als Patiens der Infektion: Was macht HIV mit dem Individuum? Zum anderen als Agens: Was machen Individuen und Gruppen, Medien- und Institutionenvertreter sprachlich-interaktiv mit HIV? Bereits in diesem Kapitel klingt bei der Rezeption diskursanalytischer Untersuchungen also eine konstruktivistische Sichtweise auf HIV und es umrahmende und bearbeitende sprachlich-interaktive Prozesse und Diskurse an, die für den empirischen Teil dieser Arbeit allgemein leitend ist. Es stellt sich dabei stets die Frage, welches Wissen und welches Bild zu HIV sprachlich und in der Interaktion hergestellt und tradiert werden.

In **Kapitel 3** wird die dieser Arbeit zugrundeliegende Methodologie der soziologisch fundierten und linguistisch erweiterten Gesprächsanalyse vorgestellt. Eine ausführliche Darstellung soll in die gesprächsanalytische Sichtweise auf Handeln, Wissen, Gesellschaft einführen und die auf Sprache-in-Interaktion fokussierte Herangehensweise gesprächsanalytischer Untersuchungen methodologisch fundieren. Konkreter wird es bei dem Nachvollzug der methodischen Vorgehensweise gesprächsanalytischer Untersuchungen, angefangen von der Auswahl von Gesprächsereignissen für die Analyse über die Verschriftlichung von audio- oder videoteknisch erhobenen Gesprächen bis hin zur sequenziellen Analyse. Mit der Vorstellung konversationsanalytischer Erkenntnisse zu institutionellen Gesprächen, des Forschungszweigs der medizinischen Gesprächsforschung und der Perspektivierung von APG als Experten/Laien-Interaktion erfolgt in diesem Kapitel auch eine Verortung der vorliegenden empirischen Untersuchung medizinischer Gespräche innerhalb einer größeren Forschungstradition.

Kapitel 4 hat das Ziel, das Vorgehen bei der empirischen Untersuchung – bei der Datenerhebung, bei der Selektion der Gesprächsausschnitte, bei der Analyse – transparent zu machen. Es werden Merkmale der untersuchten Institution vorgestellt; weiterhin werden die in Kapitel 3 vorgestellten Schritte einer gesprächsanalytischen Untersuchung (u. a. die Transkription) konkretisiert. Das Kapitel dient auch der Vorstellung des Gesprächskorpus.

Den empirischen Kern der vorliegenden Arbeit bilden die vier Kapitel *Arzt/Patient-Gespräche in der akutmedizinischen Praxis und in der HIV-Ambulanz* (Kapitel 5), *Eröffnungssequenzen* (Kapitel 6), *Mitteilung der Blutwerte* (Kapitel 7) sowie *Therapiebezogene Aushandlungen* (Kapitel 8). Zwischen den Kapiteln gibt es zahlreiche Verbindungslinien, allerdings bauen sie nicht aufeinander auf, so dass die Leserin/der Leser die Kapitel auch unabhängig voneinander und in beliebiger Reihenfolge lesen kann.

Kapitel 5 leistet einen Blick aus der Vogelperspektive auf APG in der akutmedizinischen Praxis und in der HIV-Ambulanz, d. h. es fokussiert die hier typischerweise vorkommenden Aktivitäten und Aktivitätenfolgen. Das Kapitel wirft zudem Schlaglichter auf Erkenntnisse zu ausgewählten sprachlich-interaktiven Phänomenen, die sich aus Fallanalysen sowie aus ausgewählten Arbeiten der medizinischen Gesprächsanalyse speisen.

Kapitel 6, 7 und 8 greifen Aktivitäten der HIV-Sprechstunde für eine vertiefte Untersuchung auf. In den Kapiteln werden jeweils Bezüge zu bisherigen Forschungsergebnissen hergestellt, sie integrieren also jeweils die Besprechung bisheriger Befunde der medizinischen Gesprächsanalyse als Vergleichsbasis für die Verortung der Analyseergebnisse. Fallanalysen sollen Induktivität und ein hohes Granularitätsniveau bei der linguistischen Beschreibung konversationeller Praktiken leisten und so auch eine methodische Anbindung dieser Arbeit an die im Vergleich zur soziologischen Konversationsanalyse (z. B. Sidnell & Stivers, 2013) sprachfokussierte linguistische Gesprächsanalyse (z. B. Deppermann, 2008) leisten. Die korpus-systematischen Ergebnisdarstellungen sollen fallübergreifende Phänomene ergebnisbezogen bündeln und prominente sequenzielle Dynamiken aufdecken. Kapitel 6 bis 8 schließen jeweils mit einer ausführlichen Zusammenfassung ab, in der zentrale Ergebnisse herausgestellt und z. T. unter angewandter Perspektive diskutiert werden. Insbesondere die Zusammenfassungen sind damit auch an behandelnde Ärzt/innen adressiert.

Kapitel 6 widmet sich der Anfangsphase der HIV-Sprechstunden; der Fokus liegt auf ärztlichen Praktiken der Gesprächseröffnung und nachfolgenden Sequenzen. Die Analysen werden u. a. zeigen, dass die allgemeine Befindensfrage „Wie geht’s Ihnen?“ als alltagskonversationell-rituelle Praktik des Begrüßens in medizinisch-institutioneller Funktion erscheint und dennoch eine Gesprächsagenda abseits beschwerdenorientierter Anliegen nahelegt. Die responsiven Beiträge der Patient/innen

ko-konstruieren den Fokus auf ‚Kontrolle‘ als übergreifenden Gesprächszweck. Biographisch orientierte Eröffnungsfragen mit anschließenden narrativen Aktivitäten der Patient/innen werden als *best practice* diskutiert.

In **Kapitel 7** wird die Kernaktivität der Gespräche untersucht, die Mitteilung und Evaluierung der aktuellen HIV-relevanten Blutwerte. Diese zeigt besonders eindrücklich auf, wie in den Kontrollsprechstunden Momente der Routine entstehen und wie im Laufe der chronischen Infektion HIV und ihrer lebenslangen Behandlung die Abwesenheit medizinischer Auffälligkeiten als positive Normalität konstruiert wird. Die Analysen werden u. a. auch verdeutlichen, welche Wissenserwartungen den ärztlichen Praktiken der Befundmitteilung zugrundeliegen und wie die Patientenklientel als homogene Adressatengruppe formiert wird.

Kapitel 8 untersucht verschiedene Aktivitäten, die vereint sind in ihrem Fokus auf Therapien als Aushandlungsgegenstand für Entscheidungen und Evaluationen. Therapieentscheidungen in der HIV-Sprechstunde als *big packages* im Gesamtgespräch lassen in ihrem Verlauf unterschiedliche Formen patientenseitiger Partizipation zu. In ihnen werden epistemische und deontische Rechte und Pflichten von Ärzt/in und Patient/in ausgehandelt. Als entscheidend für den Verlauf einer Therapieentscheidung stellt sich heraus, ob Wissensbereiche von Ärzt/innen oder von Patient/innen als epistemische Grundlage für die Entscheidung herangezogen werden und wer als Hauptagierende/r in der Umsetzung zukünftiger therapeutischer Handlungen positioniert wird. Zusammenhängend mit in Empfehlungen, Angeboten und Ratschlägen kommunizierten Handlungsnotwendigkeiten und -möglichkeiten und der HIV-Assoziiertheit des jeweiligen medizinischen Problems soll gezeigt werden, wie Verantwortung für die Entscheidung ausgehandelt wird und Partizipationsräume geschaffen werden.

Zentrale Ergebnisse der Arbeit werden in **Kapitel 9** zusammengeführt. Hier werden Verbindungslinien zwischen den Ergebnissen aus den Analysekapiteln gezogen und als übergreifende Facetten der untersuchten HIV-Sprechstunden gebündelt.

Die Arbeit endet mit einem kurzen Ausblick in **Kapitel 10**.

2 HIV

HIV ist nach wie vor ein Alarmwort und die unmittelbare Assoziation ist häufig immer noch: AIDS. HIV und AIDS nehmen aufgrund ihrer medizinischen Rätselhaftigkeit zu Beginn der weltweiten Pandemie, aufgrund gesellschaftlich-diskursiver Wahrnehmungen und moralischer (z. T. religiöser) Bewertungen eine Sonderstellung unter allen Erkrankungen ein. Diese äußerte sich u.a. in Schwierigkeiten mit der Benennung – so kursierte zu Anfang der Epidemie das Akronym GRID (*gay related immuno deficiency*) – sowie mit der Differenzierung zwischen HIV als Infektion bzw. als spezifisches Virus und AIDS (*acquired immunodeficiency syndrome*) als Sammelbezeichnung für durch HIV verursachte spezifische Erkrankungen. Das vorliegende thematische Kapitel, das der Einführung in das medizinische, psycho-soziale und gesellschaftlich-diskursive Phänomen HIV dienen soll, trägt jedoch absichtlich nicht den Titel ‚HIV und AIDS‘. Denn auch wenn AIDS als potenzielle medizinische Folge einer HIV-Infektion unausgesprochen im Hintergrund zu sein scheint, wenn z. B. Ärzt/innen in den untersuchten Gesprächen unter hohem interaktionalen Aufwand eine ungünstige Entwicklung HIV-spezifischer Blutparameter mitteilen (siehe Kap. 7.4.1) oder wenn die Medikation aufgrund von Unverträglichkeiten geändert werden muss (siehe Kap. 8.2.2): Die sprachliche Verknüpfung der beiden Begriffe an der Gesprächsoberfläche ist, zumindest in den von mir untersuchten Gesprächen, sehr selten, was sicherlich ohne die medizinische Entwicklung seit der Erfindung der jetzigen sog. hochaktiven antiretroviralen Therapie (*high active retroviral therapy*, abgekürzt durch das Akronym *HAART* oder auch: *ART* bzw. *ARV-Medikation*) in der Mitte der 1990er Jahre nicht gedeutet werden kann: HIV verläuft mittlerweile – zumindest in Staaten mit ausreichender medizinischer Versorgung – in den meisten Fällen chronisch, die Bedrohung durch AIDS-definierende Erkrankungen als Endstufe einer progredient verlaufenden HIV-Infektion wird mehr und mehr eingedämmt. Dies bedeutet zum einen, dass sich die Lebenserwartung HIV-positiver Personen der Lebenserwartung HIV-negativer Personen angleicht, als Konsequenz dessen aber auch, dass mit Langzeitfolgen des systematisch kontrollierbaren (jedoch nicht eliminierbaren) HI-Virus sowie mit Langzeitnebenwirkungen der Medikation umgegangen werden muss.

Um HIV-bezogene medizinische Inhalte in den untersuchten Arzt-Patient-Gesprächen sowie die sich aus den Besonderheiten der HIV-Infektion ergebenden Spezifika der APG verstehen zu können, sollen in diesem Kapitel Grundlagen gelegt werden, was die pathophysiologische und therapeutische Seite von HIV betrifft. Der Inhalt dieses Kapitels bildet damit zugleich weitgehend den medizinischen *common ground* von Arzt und Patient in den untersuchten Routinesprech-

stunden. Dementsprechend wurde die Schwerpunktsetzung in der Darstellung der Thematik ‚HIV‘ auch nach dem Kriterium der Teilnehmerrelevanz vorgenommen, also danach, was in den Gesprächen in der HIV-Ambulanz immer wieder thematisiert wird und welches Wissen von den Interagierenden selbst zugrundegelegt bzw. zugeschrieben wird. Dieses betrifft vor allem Möglichkeiten der medikamentösen Behandlung von HIV. Die Darstellung folgt daher vielleicht weniger einem aus medizinischer Perspektive systematischen Überblick,¹ schließt einen kurzen Überblick über physiologische Grundlagen sowie über medizinische Erkenntnisse zu Infektionsverlauf, Übertragungswegen und epidemiologischen Eckdaten zur Situation in Deutschland aber ein.

HIV ist nicht nur ein medizinisches, sondern auch ein gesellschaftliches und psycho-soziales und damit auch ein sprachlich-interaktives Phänomen. HIV und AIDS sollen im zweiten Teil des Kapitels daher mit Hinblick auf seine gesellschaftliche Wahrnehmung, die hiermit eng verknüpfte sprachlich-diskursive Konstruktion und die Folgen für das betroffene Individuum näher beleuchtet werden. Weiterhin werden Interaktionstypen rund um HIV/AIDS vorgestellt, die sich aus der Notwendigkeit der Behandlung und Beratung heraus etabliert haben. Für den folgenden Überblick werden vorwiegend Studien herangezogen, die nach der Einführung der hochaktiven antiretroviralen Medikation durchgeführt wurden, die sich also auf das so genannte *neue HIV* als chronische, medizinisch dauerhaft behandelbare Infektion beziehen.

2.1 Biomedizinische Grundlagen

2.1.1 Klinisches Bild und Epidemiologie

Das Akronym HIV steht für *humanes Immundefizienz-Virus* (engl.: *Human Immunodeficiency Virus*). Das HI-Virus gehört zur Klasse der Retroviren; es reproduziert sich im menschlichen Körper, indem es seine RNA (*Ribonukleinsäure*) in das Genom von Wirtszellen „einschleust“. Das Enzym *reverse Transkriptase* überführt die RNA in eine mit der menschlichen Erbinformation kompatible DNA (*Desoxyribonukleinsäure*), so dass weitere Viren in den körpereigenen Zellen produziert werden (Arastéh & Simon, 2000). Pro Tag repliziert das HI-Virus eine Vielzahl an Viruskopien, wenn die HIV-Infektion unbehandelt bleibt. Da HIV sich vor allem die sog. *CD4-Zellen* (auch: *T-Helferzellen*)² als Wirtszellen aussucht, die essenziell für die körpereigene Abwehr sind, ist das Immunsystem von

¹ Hierzu sei auf das umfassende, unter www.hivbuch.de frei im Netz verfügbare Lehrbuch ‚HIV 2016/17‘ verwiesen, das in regelmäßigen Abständen neu aufgelegt wird (Hoffmann & Rockstroh, 2016). Die folgenden grundlagenmedizinischen Ausführungen sind primär aus diesem entnommen. Wörtliche Zitate werden an den entsprechenden Stellen gekennzeichnet.

² CD4-Zellen sind eine Untergruppe der immunrelevanten T-Lymphozyten; sie tragen an ihrer Oberfläche den sog. CD4-Rezeptor. Dieser ist die Andockstelle für das HI-Virus.

HIV-Patient/innen betroffen. Die Immunabwehr wird schwächer dadurch, dass die befallenen Zellen nicht mehr in der Lage sind, genug neue Helferzellen zu produzieren; der Körper kann nicht mehr abwehrend auf körperfremde Strukturen oder Erreger reagieren.

Der Verlauf der HIV-Infektion im Falle einer Nichtbehandlung lässt sich in drei Stadien einteilen: Akutstadium, chronische Phase und das AIDS-Stadium. In der folgenden Abbildung ist dargestellt, wie sich die relevanten Blutparameter *CD4+-T-Zellen* und *HIV-Viruslast* (= Anzahl der nachweisbaren Viruskopien im Blut) über die Zeit hinweg entwickeln:

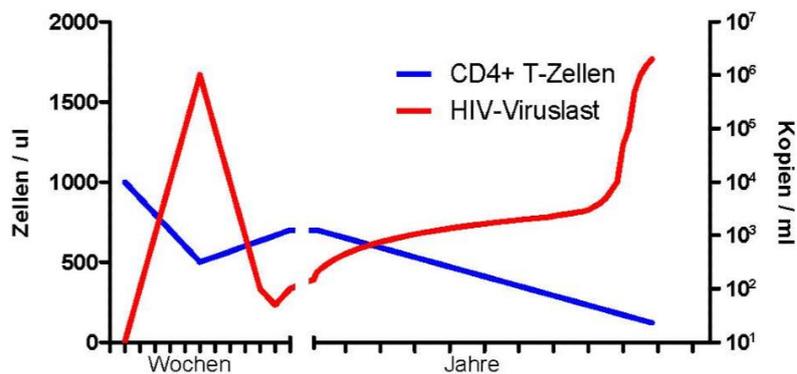


Abbildung 1: Der Verlauf der HIV-Infektion ohne ART³

Das Akutstadium von HIV ist, wie Abbildung 1 zeigt, durch einen abrupten Anstieg und Wiederabfall der Viruslast gekennzeichnet, während die Anzahl der CD4-Zellen als relevanter Marker der Immunabwehr bzw. des HIV-bedingten Immundefekts – etwas weniger abrupt – sinken und in der Latenzphase wieder ansteigen. Die Anzahl der HI-Viren im Blut nach der Akutphase kann individuell sehr unterschiedlich sein; dieser sog. virale *Setpoint* beeinflusst auch den weiteren Infektionsverlauf (siehe auch Stephan, i. V.). Die Patient/innen erleben kurz nach der Infektion grippeähnliche Symptome wie Fieber und Schmerzen, die nach spätestens vier Wochen abklingen. Nach sechs bis acht Wochen nach der Infektion bildet der Körper Antikörper gegen das HI-Virus, die im Rahmen eines HIV-Tests im Blut festgestellt werden können und auf die erworbene Infektion hinweisen. Die sich anschließende chronische Latenzphase von HIV, die etwa acht bis zehn Jahre dauert, ist weitgehend asymptomatisch. Allerdings können durch die HIV-bedingte Immunsuppression Krankheitsbilder und Symptome auftreten, die nicht zu den AIDS-definierenden Erkrankungen zählen. Hierzu gehören beispielsweise Mundpilz (*Soor*) und Herpes Zoster. In dieser Zeit bleibt die Viruslast relativ stabil, allerdings sinkt die Anzahl der CD4-Zellen stetig ab. Bei einer CD4-

³ Die Grafik ist der Internetseite des Universitätsspitals Zürich entnommen: www.usz.ch (letzter Zugriff am 11.09.2017).

Zellenanzahl von unter 200 treten häufig erstmals AIDS-definierende Erkrankungen wie bestimmte Krebsarten (z. B. Kaposi-Sarkom), und opportunistische Infektionen mit begleitendem *wasting-Syndrom*⁴ auf, die zunehmend zu medizinischen Komplikationen führen und die Lebensdauer der Patient/innen drastisch auf ein bis zwei Jahre nach Erstauftreten der Symptome verkürzen.

Neben dieser zeitlichen Phaseneinteilung richtet sich die Klassifikation des US-amerikanischen CDC (*Center for Disease Control*) aus dem Jahre 2008 nach dem klinischen Bild des jeweiligen Patienten sowie nach den CD4-Zellen im Blut. Es werden folgende drei Stadien unterschieden:

Stadium	AIDS-Erkrankungen	CD4-Zellen
1	<i>Keine</i>	<i>> 500/μl oder \geq 29 %</i>
2	<i>Keine</i>	<i>200-499/μl oder 14-28 %</i>
3	<i>Dokumentierte AIDS-Erkrankung</i>	<i>oder <200/μl oder < 14%</i>
unbekannt	<i>unbekannt</i>	<i>Keine Information vorhanden</i>

Tabelle 1: Einteilung der HIV-Infektion nach der CDC-Klassifikation von 2008 (nach Hoffmann & Rockstroh 2016, S. 11)

Für die Transmission von HIV haben sich drei Hauptübertragungswege herauskristallisiert: Sexualkontakt mit infizierten Personen, das Teilen von Spritzen oder anderen intravenös gebrauchten Utensilien und der prä-, peri- und postnatale Kontakt zwischen Mutter und Kind (z. B. Stillen). In den 1980er Jahren traten daneben noch Infektionsfälle durch Blutinfusionen und Blutpräparate auf. Andere mögliche Wege wie die Transmission über offene Wunden sind ausgesprochen selten; entsprechende berichtete Fälle gelten als „kasuistische Mitteilungen“ (Hoffmann & Rockstroh, 2016, S. 4). Das Risiko einer Übertragung bei Geschlechtsverkehr zwischen seropositiven und seronegativen Personen ist erhöht, wenn die infizierte Person bereits eine deutliche Immunsuppression als Konsequenz einer fortgeschrittenen HIV-Infektion aufweist. Das Risiko der Übertragung bei rezeptivem Sexualkontakt ist dabei stets höher als bei insertivem. Dass die Infektiosität von HIV bei niedriger Viruslast stark abnimmt, hat sich auf entsprechende Präventionsempfehlungen ausgewirkt: Bei einer erfolgreich verlaufenden ARV-Therapie können HIV-diskordante Paare ungeschützten Sexualverkehr haben.

Die Prävalenz von HIV in Deutschland ist mit rund 84 700 Fällen im internationalen Vergleich relativ gering (Robert-Koch-Institut, 2016). Homosexueller Kontakt unter Männern ist in Deutschland wie in den meisten anderen Industrienationen der prominenteste Übertragungsweg; so stehen nach

⁴ Es ist v. a. durch Diarrhoe und rapide Gewichtsabnahme gekennzeichnet.

Schätzungen des Robert-Koch-Instituts (RKI) 68 400 HIV-positive Männer 15100 infizierten Frauen gegenüber. Unter den diagnostizierten HIV-Patient/innen sind ca. 82 Prozent in antiretroviraler Behandlung. Die Zahl der Neuinfektionen ist mit rund 3200 Neuinfektionen im Jahr 2015 seit etwa 2010 leicht ansteigend. Das RKI schätzt die Zahl der nicht diagnostizierten HIV-Infektionen auf rund 12600 Fälle (ebd.). Trotz anhaltender präventiver und aufklärerischer Maßnahmen des Bundesministeriums für Gesundheit werden in medizinischen Praxen nach wie vor sog. *late presenter* diagnostiziert, Patient/innen, die trotz wiederkehrender Symptome erst spät als HIV-positiv diagnostiziert werden. Als Hürde für eine möglichst frühe Diagnose von HIV nennt Stephan (i. V.) auch „Denkblockaden“ von Allgemeinmediziner/innen, die langjährig bekannte Patient/innen nicht als Risikopersonen einstufen und daher von einer Empfehlung für einen HIV-Test absehen. Das RKI empfiehlt daher niedergelassenen Ärzt/innen, HIV-Tests noch offensiver anzubieten.

2.1.2 Therapie

Die Versorgung der HIV-Patienten in Deutschland wird zum Teil durch (spezialisierte) Hausarzt/innen, aber größtenteils durch auf HIV spezialisierte ambulante und stationäre Einrichtungen übernommen, in denen vorwiegend Internist/innen und Allgemeinmediziner/innen tätig sind. In der ambulanten HIV-Behandlung wird die Medikation individuell auf die Patienten zugeschnitten und ihre Wirksamkeit durch die regelmäßige Erhebung der HIV-relevanten Blutparameter – Viruslast und Anzahl sowie prozentualer Anteil der CD4-Helferzellen – überprüft. „Die HIV-Therapie ist heute differenziert wie nie. Erst die individualisierte Therapie – angepasst an die Lebensweise und an die medizinische Vorbedingungen des Patienten – sichert den dauerhaften Behandlungserfolg.“ (Stephan, i. V.). Die untersuchten Routinesprechstunden mit dem/der behandelnden HIV-Mediziner/in ist dabei kommunikativer Kern der HIV-Behandlung.

Die medikamentöse Therapie von HIV wurde Mitte der 1990er Jahre revolutioniert, mit entsprechenden Konsequenzen für die pathomedizinische Perspektive auf HIV: Seit der Entwicklung der hochwirksamen antiretroviralen Therapie hat sich HIV von einer ehemals tödlich verlaufenden Virusinfektion zu einer chronischen Infektion entwickelt. Das angestrebte Ziel der medikamentösen Therapie ist, den Patient/innen ein langes und beschwerdefreies Leben mit dem HI-Virus zu ermöglichen, was - zumindest in westlichen Industrienationen wie Deutschland – dank systematischer medizinischer Weiterentwicklungen immer öfter erreicht wird: Die Lebenserwartung nach dem Auftrittszeitpunkt der Infektion liegt bei mehr als 35 Jahren (Lohse, Pedersen, Kronborg, Gerstoff, & Sorensen, 2007); die Lebensdauer von HIV-Patienten gleicht sich damit zuneh-

ment HIV-negativer Personen an. Die Behandlung von HIV wird daher bereits mit der Insulin-Therapie für Diabetes-Patient/innen verglichen (Fittschen, 2001).

Als therapeutischer Durchbruch gilt die kombinierte Verwendung unterschiedlicher und neuer Wirkstoffklassen,⁵ weshalb die ART auch als *Kombinationstherapie* bezeichnet wird. Es werden folgende fünf pharmakologische Komponenten eingesetzt, die zum Teil als Einzel- und zum Teil als Kombinationspräparate auf dem Markt verfügbar sind. Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die fünf Wirkstoffklassen, ihre Wirkweise sowie einige Handels- und/oder Substanznamen:

Wirkstoffklasse	Wirkweise	Handels- und Substanznamen der Präparate⁶
<i>Nukleosidische Reverse-Transkriptase-Inhibitoren (NRTIs)</i> („Nukes“)	Ihr Ansatzpunkt ist das HIV-Enzym Reverse Transkriptase. Als „falsche Bausteine“ konkurrieren sie mit entsprechenden Virusbestandteilen.	Epivir®, Retrovir®
<i>Nicht nukleosidische Reverse-Transkriptase-Inhibitoren (NNRTIs)</i>	NNRTIs binden ebenfalls an das HIV-Enzym Reverse Transkriptase. Sie drosseln seine Aktivität, so dass weniger Virusreplikationen stattfinden.	Sustiva® (=Efavirenz),
<i>Protease-Inhibitoren (PIs)</i>	Ihr Ansatzpunkt ist das HIV-Enzym Protease, das aus einem Makromolekül infektiöse HI-Viruspartikel abspaltet. PIs hemmen diesen Prozess. Sie wurden Mitte der 1990er Jahre erstmals eingesetzt und revolutionierten die HIV-Therapie.	Crixivan®, Kaletra®, Norvir® (=Ritonavir), Prezista®, Reyataz®
<i>Entry-Inhibitoren</i>	Sie hindern den Eintritt von HIV in die CD4-Helferzelle	Celsentri® (=Maraviroc)
<i>Integrase-Inhibitoren</i>	Ihr Ansatzpunkt ist das HIV-Enzym Integrase, das für die Integration der HIV-DNA in die Wirtszelle sowie für die Virusreplikation verantwortlich ist. Die Wirkstoffe hemmen diesen Prozess.	Isentress®

⁵ Im März 2011, zur Zeit der Datenerhebung, waren insgesamt 28 Einzel- oder Kombinationspräparate auf dem Markt zugelassen.

⁶ In der Tabelle aufgelistet sind einige Handelsnamen (mit ® gekennzeichnet) bzw. Substanznamen, die in den untersuchten Sprechstunden genannt werden. Die Liste ist also unvollständig.

Kombinationspräparate	Mehrere der oben genannten Wirkstoffklassen sind in einem Medikament vereint.	Atripla®, Combivir®, Kivexa®, Trizivir®, Truvada®
-----------------------	---	---

Tabelle 2: Übersicht über einige verfügbare Einzel- und Kombinationspräparate der ART⁷

Die Entscheidung für eine Therapie wird nach den Deutsch-Österreichischen Richtlinien zur Behandlung der HIV-Infektion getroffen. Es werden vor allem Kombinationen aus einem PI mit zwei NRTIs, aus drei NRTIs oder aus zwei NRTIs mit einem NNRTI eingesetzt. Die Wahl der Präparate richtet sich u.a. danach, ob der/die Patient/in therapienaiv ist oder ob eine Schwangerschaft vorliegt. Vor allem bei Therapiewechseln müssen vorliegende Medikamentenresistenzen bedacht werden. Die Verträglichkeit der ART ist individuell sehr unterschiedlich; die Nebenwirkungen bewegen sich auf einem breiten Beschwerdenspektrum von gastrointestinalen Symptomen (Übelkeit, Erbrechen, Diarrhoe), Kopfschmerzen bis hin zu Unruhezuständen. Längerfristige, teils schwerwiegende Nebenwirkungen sind Depressionen, Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems sowie – bei älteren Medikamentenklassen – Fettumverteilungsstörungen (sog. Lipodystrophien), die erhebliche Auswirkungen auf die Lebensqualität der Patient/innen haben können (Fittschen, 2001).

Als Konsequenz der dauerhaften Suppression von HIV im Körper ist die Mortalitätsrate drastisch gesunken, mit einer fast neunzigprozentigen Reduktion der Progression zu Aids oder zum Tod (Gaab, 2010). Allerdings ist HIV nach wie vor nicht heilbar. Mittlerweile wird empfohlen, die HIV-Therapie so früh wie möglich zu beginnen, um HIV-assoziierte Erkrankungen zu vermeiden (Stephan, i. V.). Der Therapiebeginn richtet sich aber auch stets nach der Lebenssituation und Präferenzen der Patient/innen, um eine möglichst hohe Therapietreue zu erreichen. Patientenseitig ist nämlich eine hohe Partizipation bei der Durchführung der medikamentösen Therapie gefordert; die Patient/innen müssen medizinische Information und Anweisungen verstehen, diese im Alltag in konkrete Handlungspläne übersetzen und sie dauerhaft umsetzen. Für ein optimales Therapieergebnis, nämlich das HI-Virus im Blut auf einem konstant niedrigen Niveau zu halten und zugleich Nebenwirkungen zu vermeiden, müssen die Patient/innen eine hohe *Adhärenz*⁸ im Sinne einer strikten Einnahmedisziplin von mindestens 90 Prozent zei-

⁷ Die Tabelle ist aus der Ausgabe von 2011 des hivbuch.de entnommen (<https://hivbuch.de/category/teil-2-antiretrovirale-therapie-art/6-2-substanzklassen-medikamentenubersicht/>; letzter Zugriff am 13.09.2017). Weitere Erklärungen zur Wirkweise der einzelnen Wirkstoffklassen finden sich in Arastéh & Simon (2000).

⁸ Neuerdings wird eher von *Adhärenz* als von *compliance* gesprochen, da ersterer Begriff eine gemeinsame Entscheidungsfindung im Rahmen eines gleichberechtigten Bündnisses zwischen Arzt und Patient impliziert (im Gegensatz zu dem eher paternalistisch geprägten *compliance*-Begriff). Daher werde ich ebenfalls den Ausdruck *Adhärenz* verwenden, wobei dieser nicht darüber hinwegtäuschen darf, dass beide Ausdrücke sich im Fall der antiretroviralen Therapie

gen. Ein mittleres Adhärenz-Verhalten mit intermittierendem oder unregelmäßigem Einnahmeverhalten, das bei HIV-Patient/innen (wie auch bei Patient/innen anderer Erkrankungen) in einem Bereich von 54 bis 60 Prozent festgestellt wurde,⁹ ist ein hohes Risiko der Ausbildung von Virusresistenzen gegen die ART gegeben (Fittschen, 2001). Die Gründe hierfür liegen u. a. in negativen Einstellungen der Patient/innen gegenüber der medikamentösen Langzeittherapie (Wrubel et al., 2011) und die z. T. beeinträchtigenden Nebenwirkungen. Arzt M, ein Informant der vorliegenden Untersuchung, beschreibt die Schwierigkeit, HIV-positiven therapienaiven¹⁰ Patient/innen die Sinnhaftigkeit der ART zu vermitteln, folgendermaßen:

Ich fang‘ ihn an zu therapieren und er kriegt eine Allergie, er kriegt Nebenwirkungen, er muss Pillen nehmen, er muss herkommen und eigentlich weiß er gar nicht so richtig, warum. Die [neuen Patient/innen, A. G.] sind wesentlich kritischer. Und da ist die Distanz deutlich höher. Die sind reservierter. Da sind auch mehr dabei, die dann auch mal einen anderen Arzt aufsuchen und sagen: „Na ich guck‘ mal, ob der auch wirklich so gut ist.“ Und das ist der Unterschied zur Therapie früher. Früher hat man therapiert, wenn jemand krank war, damit er gesund wird. Heute therapieren wir im Prinzip klinisch Gesunde, damit sie nicht krank werden. Das muss man dem Patienten auch vermitteln. Aber selbst wenn er das auf dem Papier oder in meinen Ausführungen versteht, heißt das noch lange nicht, dass er das im Kopf auch versteht, oder nicht im Kopf, sondern annimmt. Dass er das nachvollziehen kann (Arzt M im Interview).

Angesichts bestehender Diskrepanzen zwischen den medizinischen Verhaltensempfehlungen und dem Einnahmeverhalten von (HIV-)Patient/innen dämpft Fittschen (2001, S. 22) daher die Erwartung an übergreifende Erfolge der ART: „Eine erfolgreiche ART erfordert ein optimales und langfristig stabiles Alltagsverhalten. Dies überfordert einen Teil der Patienten.“ Allerdings ist die durch die verringerte Tablettenanzahl höhere Anwendungsfreundlichkeit der ART als Adhärenz-förderlich zu werten (ebd.).

Über die Einnahmedisziplin hinaus erfordert die Behandlung von HIV ein Krankheitsmanagement seitens der Patient/innen, das nicht auf die Einnahme der Tabletten sowie auf die regelmäßigen Besuche beim HIV-Mediziner beschränkt bleibt, sondern das weitere fachmedizinische Konsultationen und gesundheitsförderliches Verhalten erforderlich macht. Patient/innen sind gefragt, möglichen Interaktionen mit HIV-unspezifischen Medikamenten sowie Gesundheitsrisiken vorzubeugen und sich mit potenziell HIV-assoziierten oder HIV-unabhängigen

auf dasselbe erwünschte Patientenverhalten beziehen. Dannecker (2000) schreibt zu Recht: „Bei dem, was Adherence genannt wird, geht es jedoch, allem anderen Anschein zum Trotz, vorrangig um die Anpassung der subjektiven Logik an die medizinische Logik.“ (ebd., S. X).

⁹ Für einen Überblick über relevante Adhärenz-Studien und eine Vorstellung der Methoden zur Messung der ART-Adhärenz bei HIV-Patient/innen, siehe z. B. Fittschen (2001) und Engelbach (2006).

¹⁰ D. h. Patient/innen, die noch nie zuvor eine ART bekommen haben.

Beschwerden bei den jeweiligen Fachmediziner/innen vorzustellen. Dagegen bleiben die HIV-Spezialist/innen an ihr Handwerk gebunden. Stephan (i. V.) schreibt aus Sicht eines behandelnden Arztes: „Eine Herausforderung für die Therapie ergibt sich dabei aus ihrer Spezialisierung: Die Behandlung beschränkt sich in der Regel primär auf die Indikationsstellung und auf die Kontrolle der antiretroviralen Therapie sowie HIV-assoziiertes Komplikationen der Patienten.“ In Folge dessen müssen HIV-Patient/innen ein hohes Maß an Eigenständigkeit an den Tag legen. Neue Herausforderungen für die HIV-Therapie ergeben sich nach Stephan (i. V.) weiterhin durch die immer älter werdene Patientenklientel, die weitreichend medizinisch versorgt werden muss und im Zusammenhang mit HIV neue Erkrankungen aufweisen. Die Chronifizierung von HIV verlangt den medizinischen sowie pflegedienstlichen Akteuren daher Anpassungs- und Innovationsleistungen ab (siehe auch Rosenbrock et al., 2003). Den Patient/innen kommt dabei das nach wie vor engmaschige Versorgungsnetz interdisziplinär agierender Hilfsinstitutionen – z. B. die AIDS-Hilfen – entgegen, die als die positive Seite des (ehemaligen) Ausnahmestatus von HIV betrachtet werden können.

2.2 HIV in der Gesellschaft: Exzeptionalismus und Normalisierung

Soziale Repräsentationen [von Erkrankungen, A.G.] werden in sozialen und politischen Diskursen innerhalb der Gesellschaft erzeugt; sie sind ein Produkt komplexer sozialer Einflussprozesse zwischen unterschiedlichen gesellschaftlichen Gruppen und Akteuren, in denen die Beteiligten die Deutungshoheit für sich reklamieren und gruppenspezifische Interessen verfolgen (z.B. die Mobilisierung von Solidarität mit denen, die zu „uns“ gehören, oder die moralische Ächtung und Ausgrenzung von „denen“, die anders sind als „wir“) (Stürmer & Salewski, 2009, S. 269).

Das Bild von HIV in der Gesellschaft ist – wie bei anderen Erkrankungen – das Ergebnis verschiedener Einflüsse, es ist komponiert aus fachmedizinischen Erkenntnissen und alltäglichen Deutungsmustern sowie aus religiösen und kulturellen Überzeugungen (Stürmer & Salewski, 2009). Doch etwas ist bei HIV/AIDS besonders: Während schwere Infektionskrankheiten wie Hepatitis sich weitgehend einer breiten gesellschaftlichen Auseinandersetzung entziehen, fachte die Ausbreitung von HIV und AIDS-Erkrankungen ab den 1980er Jahren eine durch die Printmedien geführte Debatte an, die ihresgleichen sucht. Moralisch aufgeladen wurde die gesellschaftliche Auseinandersetzung mit HIV/AIDS schon früh, was v. a. durch die Identifikation junger homosexueller Männer, Drogenabhängiger und Prostituierten als Betroffenengruppen bedingt war. Die Hauptübertragungswege über sexuellen Kontakt und intravenösen Drogengebrauch trugen ihren Teil dazu bei, dass ein hohes Maß an Eigenverantwortung für eine Ansteckung zugeschrieben und so Mitgefühl und Solidarität mit den Betroffenen verhindert wurde

(Hornung, Helminger & Hättich, 1994). HIV/AIDS galt und gilt bis heute als die Krankheit der Anderen.

Hauptakteure bei der diskursiven Konstruktion von HIV als „Jahrhundertseuche“ oder „Schwulenpest“ (siehe Kap. 2.4) waren auch bekannte deutsche Medien wie DER SPIEGEL, das Nachrichtenmagazin STERN und die BILD-Zeitung. Sie nahmen und nehmen bis heute einen großen Einfluss auf die Wahrnehmung von HIV in allen gesellschaftlichen Bereichen: So entwickelte sich HIV auch in der Politik und auch in religiösen Kontexten rasch zu einem emotionalen Thema, das mit individueller Schuld der Betroffenen und globalen Bedrohungsszenarien verknüpft wurde. In der Mitte der 1980er Jahre führte dies u. a. zu politischen Forderungen nach Maßnahmen wie Zwangstests, Isolation und Meldepflicht. Im Nachhinein wurde diskutiert, ob HIV/AIDS von Vertretern des rechtskonservativen politischen Spektrums sowie von religiösen Gruppen sogar instrumentalisiert wurde, um einem sozialliberalen Wandel der Gesellschaft (Beziehungen außerhalb der Ehe, Toleranz gegenüber Homosexuellen) entgegenzuwirken (Stürmer & Salewski, 2009). Die gesellschaftliche Konstruktion von HIV/AIDS illustriert damit besonders eindrücklich, wie Krankheiten politisiert werden könnten, um Machtunterschiede zu festigen (Stürmer & Salewski, 2009). Allerdings gab es auch eine hierzu konträre politische Position, die sich für einen humanen und liberalen Umgang mit HIV-Infizierten einsetzte, „der auf Prävention statt Repression setzte und der mit dem expliziten Ziel verbunden war, Betroffene vor Ausgrenzung und Diskriminierung zu schützen“ (Stürmer & Salewski, 2009, S. 264). Dessen Vertreter waren u. a. eine politische Gruppierung um Rita Süßmuth und die evangelische Kirche, die HIV/AIDS mit Aufklärung und gesellschaftlicher Solidarität begegnen wollte (siehe auch Eitz, 2003, S. 231). Diese politische Position setzte sich in folgenden Jahr(zehnt)en in der Bundesrepublik durch, was auch zu dem Konsens führte, dass HIV/AIDS nicht mit „dem Routinerepertoire der Gesundheitspolitik zu begegnen war“ (Rosenbrock et al., 2003, S. 15). Die Phase des *AIDS-exceptionalism* in den 1980er und 1990er Jahren (ebd.) ist auch durch breites zivilgesellschaftliche Engagement gekennzeichnet, das wohl einzigartig ist: Zahlreiche Initiativen, Netzwerke und Vereine haben seit Aufkommen der Pandemie versucht, der Stigmatisierung HIV-positiver Menschen durch Aufklärung entgegenzuwirken und Betroffenen Anlaufstellen für Information und Beratung zu bieten (Stürmer & Salewski, 2009). So war der exzeptionelle Status der HIV- und AIDS-Pandemie auch eine Triebfeder für innovative politische Maßnahmen in Prävention und Krankenversorgung, die auf Kooperation mit der Deutschen Aids-hilfe sowie wissenschaftlichen Einrichtungen basierte. Sie erforderten „eine Einbeziehung der Massenmedien, des Bildungs- und Rechtssystems sowie von Teilen der privaten Wirtschaft (...) und von Gewerkschaften [Hervorhebungen im Original, A.G.]“ (Rosenbrock et al., 2003, S. 21).

Die heutige gesellschaftliche Wahrnehmung von HIV kann als gemischt beschrieben werden: Einerseits wird eine Normalisierung von HIV festgestellt; sein Ausnahmestatus scheint beendet. HIV wird zunehmend wie andere chronische Infektionskrankheiten behandelt: „epidemiologisch eher unbedeutend, präventiv halbwegs akzeptabel kontrolliert und medizinisch zunehmend beherrschbar“ (Rosenbrock & Schaeffer, 2003, S. 7). „In Prävention, Forschung und Krankenversorgung hat sich Routine eingespielt.“ (Rosenbrock et al., 2003, S. 12) Die Normalisierung von HIV ist primär auf den therapeutischen Durchbruch 1995/96 zurückzuführen, der den Charakter von HIV/AIDS hin zu einer chronischen Erkrankung änderte. Auch gleichbleibende oder sogar abnehmende Prävalenz- und Inzidenzraten zeigten, dass die Pandemie (zumindest in Deutschland) weit unter den befürchteten Ausmaßen blieb und zu einem handhabbaren gesellschaftlichen, medizinischen und gesundheitsökonomischen Problem avancierte. Zudem ließ die öffentliche Aufmerksamkeit nach, es erfolgte eine Gewöhnung an das Phänomen HIV/AIDS und andere Themen drängten in den Vordergrund, so dass ein Rückgang von Akteuren und Initiativen zu verzeichnen war; parallel dazu lief ein „Prozess der Depolitisierung“ ab (ebd., S. 34): Die Normalisierung von HIV wurde so als *Abbau* manifest. Andererseits behaupteten sich AIDS-bezogene Innovationen im Gesundheitssystem: Hilfsangebote für Betroffene wurden institutionalisiert und professionalisiert, so dass sich die Normalisierung von HIV auch als *Stabilisierung* zeigte (ebd., S. 41).

Schmidt (2009) sieht andererseits eine Diskrepanz zwischen der beschriebenen öffentlichen und der sozialen Normalisierung von HIV. Letztere sei eine „oberflächliche Normalisierung aufgrund fehlender Auseinandersetzung“ (ebd., S. 86). Ähnlich formuliert es eine Ärztin der HIV-Ambulanz, in der die Gesprächsaufnahmen für die vorliegende Untersuchung erhoben wurden:

Aber das, was wir an Normalität medizinisch heute leisten können, das ist ja in der Gesellschaft überhaupt nicht angekommen. D.h. die gesellschaftliche Akzeptanz, die Normalität, die wir da finden, ist noch auf dem Stand, ach, von vor der Kombinationstherapie, also... Und je mehr das Thema aus der Öffentlichkeit auch verschwindet, wird auch weggedrängt und die Information darüber, wie man heute mit HIV lebt, wie man heute damit alt wird. Die ist überhaupt nicht in der breiten Bevölkerung da (Ärztin A im Interview).

Bei direkter Konfrontation mit der Krankheit ist von Normalität also keine Rede, vielmehr wirken Formen der Stigmatisierung und Diskriminierung HIV-positiver Personen bis heute fort. Die Deutsche AIDS-Hilfe ist der Ansicht, dass noch heute z. T. irrationale Ängste vor Ansteckung und vor der tödlichen Gefahr HIV greifbar sind. So wird in einem Projektpapier der DAH festgestellt:

In der Gesellschaft ist das Wissen um die veränderte Lebenssituation von Menschen mit HIV aber nicht ausreichend angekommen. Ein unaufgeregter Umgang mit HIV-Positiven kann nicht als gegeben vorausgesetzt werden:

HIV löst weiterhin oft Stress, Angst und eine Verunsicherung aus, die erklärt und aufgeklärt werden muss (Deutsche AIDS-Hilfe e.V., 2012, S. 6).

Zumindest aber in einigen gesellschaftlichen Gruppen wie in Homosexuellen-*Communities* sind die medizinischen Fortschritte bei der Behandlung von HIV und Wissen über Übertragungswege weitgehend angekommen; die soziale Normalisierung wird auch dadurch vorangetrieben, dass viele mit HIV in Berührung gekommenen Menschen niemanden mehr kennen, der an AIDS gestorben ist. Dannecker schreibt vier Jahre nach Einführung der ART über die gesellschaftliche Macht der neuen medizinischen Sicht auf HIV/AIDS:

[A]uch dann, wenn die an die neuen Therapien geknüpften Hoffnungen sich langfristig als illusionär erweisen sollten, änderte das nichts an der Wirksamkeit dieser Illusionen in der Gegenwart. Die Eigentümlichkeit der Illusionen liegt ja gerade darin, daß [sic!] sie, sofern sie nur fest genug sind, das Handeln beeinflussen und die Wirklichkeit verändern (Dannecker, 2000, S. VII-VIII).

Ein ungewollter Nebeneffekt der veränderten Wahrnehmung der Bedrohlichkeit von HIV ist, dass diese z. T. dysfunktional präventiven Bemühungen entgegenwirken; das zeigen die gleichbleibenden Inzidenzraten in Deutschland.

2.3 HIV als psycho-sozialer Risikofaktor

Eine HIV-Diagnose bedeutet einen nachhaltigen Einbruch im Leben jedes Betroffenen. „The individual is likely to experience alternating feelings of shock, disbelief, panic, fear, guilt, shame, anger, despair, hopelessness, and numbness.“ (Remien & Mellins, 2007, S. 56) Über die Bewältigung dieser anfänglichen negativen Gefühle sind Betroffene langfristig gefragt, HIV in ihren privaten und beruflichen Alltag sowie in ihren bisherigen Lebensentwurf zu integrieren. HIV greift nicht nur das Immunsystem, sondern auch das Identitätskonzept von Betroffenen an. Fragen wie „Kann ich nun noch schwanger werden?“, „Möchte mein Partner nun noch mit mir zusammenleben?“ oder „Wie lange bin ich noch leistungsfähig?“ treiben HIV-Patient/innen vor allem kurz nach der Diagnose um. Sie haben Angst, früher als erwartet zu sterben und Lebensziele nicht mehr erreichen zu können.

Die gesellschaftliche Wahrnehmung von HIV wirkt auf den individuellen Umgang mit der Infektion als Betroffene/r: Während Patient/innen anderer Erkrankungen wie Krebs meist hohe gesellschaftliche Empathie erleben, waren HIV-Patient/innen – v. a. kurz nach Aufkommen der AIDS-Pandemie – Ausgrenzungen und Vorurteilen ausgesetzt (Hornung, Helminger, & Hättich, 1994). Bis heute ist eine HIV-Infektion gesellschaftlich stigmatisiert, mit entsprechenden psycho-sozialen Folgen für die Betroffenen. Das Stigma von HIV besteht darin, dass der Serostatus ‚HIV-positiv‘ als Indikator für weitere nicht direkt beobachtbare, i. d. R. negative Eigenschaften der betroffenen Person gilt (z. B. unmoralisch)

(Stürmer & Salewski, 2009). Schmidt (2009, S. 70) bezeichnet HIV deshalb als einen „Motor sozialer Desintegration.“ Für homosexuelle Männer kann eine HIV-Infektion zudem als „doppeltes Stigma“ wahrgenommen werden, da sie bereits aufgrund ihrer sexuellen Orientierung einer gesellschaftlichen Sondergruppe angehören. Die Formen von Diskriminierung HIV-positiver Menschen sind vielschichtig und können von Entlassungen am Arbeitsplatz über die Vermeidung der Interaktion mit HIV-positiven Personen und die Beendigung freundschaftlicher Beziehungen bis hin zu Behandlungsverweigerungen in Facharztpraxen reichen (Deutsche AIDS-Hilfe e.V., 2012). Daher offenbaren viele betroffene Personen ihren HIV-Status nicht, einige nicht mal ihrer eigenen Familie.

Diese Bewältigungsstrategie hat für die Betroffenen allerdings oft einen hohen Preis: Sie entwickeln Schuldgefühle gegenüber Familienangehörigen, Freunden und Bekannten, weil sie das Gefühl haben, ihnen gegenüber nicht ehrlich zu sein; sie vermeiden soziale Kontakte und ziehen sich zurück, um Fragen über ihren Gesundheitszustand auszuweichen; oder sie nehmen notwendige medizinische, psychologische oder soziale Unterstützung nicht in Anspruch, weil sie befürchten, ihre Diagnose könnte anderen dadurch bekannt werden (Stürmer & Salewski, 2009, S. 275).

Die Folgen für die Betroffenen aus der Geheimhaltung des HIV-Status können weitreichend sein, da der fehlende Austausch mit Familienmitgliedern, Partnern und Freunden sowie mit anderen Betroffenen die Internalisierung gesellschaftlicher Deutungen von HIV (u. a. Zuschreibungen von Eigenverantwortung und negativen Charaktereigenschaften) fördert und langfristig zu Depressionen führen kann. Tatsächlich ist Depression ein unter HIV-Patient/innen weit verbreitetes Problem. Diese wirkt, v. a. vermittelt über niedrige ART-Adhärenz, ungünstig auf den Verlauf der HIV-Infektion zurück (Gonzalez et al., 2011). Aber auch ein *outing* kann negativ auf das psychische Wohlbefinden wirken, wenn das Umfeld mit Unverständnis und Distanz reagiert. Umgekehrt ist die erlebte soziale Unterstützung der größte Resilienz-Faktor im Umgang mit der Infektion (Kalichman et al., 2003). In der Entscheidung für oder gegen ein *outing* muss der/die Betroffene also seine/ihre Bedürfnisse nach sozialer Unterstützung gegen das Risiko des potenziellen Verlusts von Beziehungen abwägen (ebd.).

Jenseits potenziell negativ oder positiv wirkender sozialer Einflüsse auf das psychische Wohlbefinden von HIV-Patient/innen können Anpassungsschwierigkeiten an die HIV-Infektion weiterhin daraus resultieren, dass im Zuge eines asymptomatischen HIV-Status das subjektive körperliche Empfinden und medizinisch-objektivierte Befunde (etwa über eine sinkende CD4-Zellenanzahl) auseinanderklaffen. Die Patient/innen können sich kaum zwischen der Dichotomie gesund vs. krank verorten; körperliche Signale weisen nicht mehr zuverlässig auf eine bestehende Erkrankung hin, sondern unter Umständen umgekehrt darauf, dass sich das

Immunsystem erholt (und deshalb auf äußere Einflüsse reagiert) oder auf Nebenwirkungen der ART.

Das positive Testergebnis entscheidet nicht nur, was anders ist, sondern auch, wer <Anders> ist: ein Anderer – ein Identitätswechsel, der allein durch die Diagnose der Seropositivität ausgelöst wird, nicht durch körperliche Symptome (Weingart, 2002, S. 39).

Die Erfordernisse des individuellen *copings* mit physischen Folgen der Infektion haben sich im Zuge der medizinischen Normalisierung von HIV also stark verlagert: Vom Umgang mit körperlich beeinträchtigenden Krankheitssymptomen und einer stark verkürzten Lebenszeit hin zum Umgang mit der dauerhaften Medikalisierung ihres alltäglichen Lebens und dem veränderten Indexcharakter körperlicher Signale.

Insgesamt ändert sich auch in der heutigen Zeit des neuen chronischen HIV die subjektiv wahrgenommene Lebensqualität (*quality of life*, QOL) von HIV-Patient/innen in Folge der HIV-Diagnose; Betroffene sehen ihre „position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, standards, expectations and concerns“¹¹ (THE WHOQOL GROUP, 1995, S. 1405) als verändert an. Die allgemein recht diversen Befunde zur empfundenen Lebensqualität von HIV-Patient/innen haben den gemeinsamen Nenner, dass der gesundheitliche Status die Lebensqualität neben der erlebten sozialen Unterstützung und funktionalen *coping*-Stilen am meisten beeinflusst (Basavaraj, Navya, & Rashmi, 2010). Angesichts der oben skizzierten medizinischen und gesellschaftlichen Prozesse der Normalisierung von HIV berichten einige HIV-Patient/innen davon, dass ihr alltägliches Leben „sehr viel spannungsloser, ja geradezu banal geworden sei“, es ihnen schwerer falle, „sich selbst als existenziell Besondere zu verorten“ und ihnen auch von ihrer Umwelt zunehmend „keine Ausnahmesituation mehr zugestanden“ werde (Dannecker, 2000, S. IX). Dies erschwere allerdings bei einem dennoch vorhandenen Trauma in Folge der HIV-Diagnose seine psychische Verarbeitung (ebd.).

2.4 Diskurse und Interaktionstypen zu HIV/AIDS

Die hohe gesellschaftliche Prominenz von HIV/AIDS und sein Status als interdiskursives Phänomen führten dazu, dass es als linguistisches Phänomen erkannt und der sprachliche Anteil an der sozialen Konstruktion eines bestimmten Bildes von und Wissen über HIV in den in verschiedenen, z. T. massenmedial vermittelten Diskursen untersucht wurde (Weingart, 2002; Eitz, 2003; Jann, i. Dr.; Knuchel, i. Dr.; Higgins & Norton, 2010 u. a.). Hiermit zusammenhängend wuchs auch das Interesse an *face-to-face*-Gesprächen rund um HIV: So stehen HIV-Beratungsgespräche (Silverman, Peräkylä & Bor 1992; Peräkylä, 1995; Silverman, 1997),

¹¹ So lautet die Definition der WHO für gesundheitsbezogene Lebensqualität.

Gespräche zwischen HIV-Patient/innen und Apothekern (Watermeyer & Penn, 2009a; 2009b) und Präventionsgespräche mit *peer educators* (u. a. Drescher, 2010) im Fokus gesprächsanalytischen Untersuchungen; Vlassenko (2015) widmet sich multimodalen Metaphern und Subjektiven Krankheitstheorien zu HIV und AIDS in Interviews mit HIV-positiven Männern.

Das Ziel diskursanalytischer Auseinandersetzung mit der (medial-)diskursiven Konstruktion von HIV ist, die Rolle des Sprachgebrauchs für die kollektiven Ängste vor HIV und AIDS und den Vorurteilen gegenüber der Betroffenen in der Gesellschaft offenzulegen und im Zuge einer Sprachkritik zu hinterfragen. So wurden u.a. die Konnotationen der unterschiedlichen Bezeichnungen für HIV beleuchtet: Weingart (2002, S. 8) stellt fest, dass aus dem „mysteriösen Akronym“ *A.I.D.S* (mit und ohne Punktion) im Laufe der Zeit „ein unscheinbares kleines Wort“ (*Aids*) geworden ist; die Autorin sieht diese Veränderung des Signifikanten hin zur Kleinschreibung als sprachliche Marker der Entmystifizierung, der Normalisierung von HIV/AIDS. Eitz (2003) beschreibt die Lexikalisierung hin zu *Aids* zudem als semantische Neubesetzung, u. a. im Zuge seiner Verwendung als Grundlexem für zahlreiche Kompositabildungen (*Aids-Hauptrisikogruppe*, *Aids-Bekanntnis*, *Aids-Märtyrer* etc.; ebd. S. 153-156). Weitere Begriffe, die sich als „ansteckende Wörter“ um HIV und AIDS gruppieren, sind nach Weingart (2002) z. T. sprachhygienischen Maßnahmen und dem Desiderat der *political correctness* unterworfen, allerdings trete hierdurch noch mehr hervor, dass HIV/AIDS als „Krankheit der <Anderen>“ konstruiert werde. Die Sprachverwirrung um HIV/AIDS sieht Weingart auch als „linguistische Krise“ (ebd. S. 21): Die auffällige Durchlässigkeit der Grenze zwischen wörtlichem und metaphorischem Sprechen über HIV/AIDS (*Ausbreitung*, *Übertragung*, *Seuche*) über sämtliche medizinische, politische, ethische Spezialdiskurse über HIV/AIDS hinweg weise dabei im Besonderen auf eine „interdiskursiv fest verankerte Analogie zwischen dem <biologischen> und dem <sozialen> (bzw. politischen) Körper“ hin, so dass der biomedizinische und der politische Diskurs einander Vorstellungen für den Umgang mit dem Kranken, Bedrohlichen, Fremden lieferten (ebd., S. 31). Bock (1997) sieht die Verwendung metaphorischen, v. a. personifizierenden Sprechens über HIV/AIDS dagegen grundsätzlicher in dem Vermittlungsproblem unbekannter Phänomene begründet, welches hierdurch überbrückt werde.¹² Aus einer historio-semantischen Perspektive zeichnet Eitz (2003) die diskursive Entwicklung von einschlägigen sprachlichen Ausdrücken (u. a. Stigmavokabeln wie *Schwulen-Virus* und Fahnenwörter wie *safer sex*) und Wendungen rund um das Thema HIV/AIDS im gesundheits- und gesellschaftspolitischen Diskurs nach und

¹² Zu sprachlich-interaktiven Verfahren der Vermittlung medizinischen Wissens siehe auch die Arbeiten von Brünner (u. a. 2005, 2011), Brünner & Gülich (2002) sowie Gülich (2003) (siehe auch Kap. 3.3.3.1).

veranschaulicht, wie das Medium Sprache Ideologien und politische Positionen widerspiegelt, zugleich aber auch medizinische und soziale Realitäten konstruiert:

Sprache wird im gesellschaftlichen Konflikt dazu benutzt, die jeweiligen Werte, Haltungen und politischen Zielvorstellungen – wie etwa Ehe, Familie, Treue, Monogamie auf der einen Seite und Aufklärung, Selbstbestimmung, Toleranz auf der anderen Seite – zu manifestieren, zu transportieren und legitimieren (Eitz, 2003, S. 229).

Die Thematisierung und die semantischen Kämpfe um das richtige Sprechen (die Reflexion von Sprache also) rund um HIV/AIDS zeige einmal mehr, welche entscheidende Rolle der Sprache bei der Bedeutungskonstitution der Erkrankung zukommt. Metasprachliches indiziere dabei eine Reflexion des gesellschaftlichen Wandels (ebd.). Semantische Strategien seitens unterschiedlicher HIV/AIDS-Akteure, wie die Verwendung negativ konnotierter Schlagwörter (z. B. *schwul*) würden andererseits dazu benutzt, diesen Wandel gezielt zu beeinflussen: „Geleitet von den jeweiligen Ideologien und Wertvorstellungen besetzten die jeweiligen Interessensgruppen ein spezifisches Vokabular, um die eigenen Vorstellungen, Ziele und Werte zu transportieren, durchzusetzen und zu legitimieren.“ (ebd., S. 233)

Im Zuge der durch eine liberalere Gesundheitspolitik geprägten Aufklärungs- und Präventionskampagnen wurde der HIV-Diskurs zunehmend versachlicht und lexikalisch normalisiert: Stigmavokabeln wurden weniger häufig verwendet oder verschwanden ganz (Eitz, 2003). Insgesamt wird sprachlich-diskursiv ein *neues Aids* konstruiert, auch dadurch, dass es nun nur noch als sekundäres und marginalisiertes Thema – z. B. in DER SPIEGEL – erscheint (Knuchel, i. Dr.). Jann (i. Dr.) stellt allerdings bei der diskursanalytischen Untersuchung von Zeitschriftenartikeln von 1996 bis 2013 aus DER SPIEGEL fest, dass dieses neue Aids brüchig ist: So persistierten trotz der Thematisierung der medizinischen Fortschritte spezifische Deutungsmuster, was dazu veranlasse, HIV nach wie vor einen besonderen Status unter den Infektionserkrankungen zuzuweisen. Das Bild von HIV/AIDS als Erkrankung der Anderen bestehe ebenfalls nach wie vor fort, allerdings seien die Anderen nun nicht mehr gesellschaftlich, sondern geografisch verlagert, nämlich in die Länder der so genannten Dritten Welt: „Die HIV-Infektion wird im SPIEGEL oftmals als ‚schwarze‘ Erkrankung markiert [...], wohingegen das ‚Gesicht des Kampfes‘ [...] ‚weiß‘ ist“ (ebd.). Das Virus werde so dafür instrumentalisiert, „die weltpolitischen Kräfteverhältnisse auszuloten“ (ebd., Manuskript) und eine Höherwertigkeit der westlichen Industrienationen zu postulieren. Insgesamt stellt Jann eine diskursive Ambivalenz im medialen Umgang mit HIV/AIDS fest: Trotz expliziter Bekundungen, dass HIV nun eine normale, kontrollierbare und behandelbare Infektionskrankheit sei, lieferten stabile Elemente der frühen Darstellung von HIV/AIDS argumentative Grundlagen für die andauernde Diskriminierung HIV-positiver Personen. Die

Autorin schlussfolgert daher, dass zwar aus biomedizinischer Sicht von einem *neuen Aids*¹³ gesprochen werden könne, dieses jedoch mit Hinblick auf den SPIEGEL-Diskurs relativiert werden müsse.

Ein anderer sprachwissenschaftlicher Forschungszweig rund um HIV/AIDS stellt die Untersuchung multimedial realisierter Präventionsbemühungen sowie (hiermit zusammenhängend) sprachlich-interaktiver Verfahren der Konstruktion von Wissen über HIV/AIDS rund um den Globus dar. Charakteristika von Präventionskampagnen (v. a. in afrikanischen Ländern) zeigen dabei die Relevanz lokalen Wissens bei der Wissensvermittlung über Charakteristika und Übertragungswege von HIV auf (Drescher, 2006; 2010). Drescher identifiziert in HIV-Aufklärungsgesprächen in Burkino Faso *intertextuelle Reformulierungen* als interaktives Verfahren von *peer educators*, die dazu dienen, sich von HIV-bezogenen Wissensinhalten zu distanzieren. Diese Strategie reduziere in wissensvermittelnden Gesprächsequenzen das Risiko des Sprechers, sich für abweichende Meinungen über HIV verantworten zu müssen; sie fungiere aber umgekehrt auch dazu, potenziell kontroverse Argumentationen voranzutreiben. Die Autorin weist darauf hin, dass fast ausschließlich lokales, i. d. R. durch mündliche Weitergabe tradiertes Wissen durch solche intertextuellen Reformulierungen modalisiert werde und dieses so als nicht-legitimiertes Wissen wider das biomedizinische Wissen positioniert werde. Im Gegensatz zu dieser *Heteroglossie* von Wissen über HIV/AIDS arbeitet Pech (2016) für *face-to-face*-Präventionsgespräche mit *peer educators* in der Dominikanischen Republik heraus, dass die Wissensvermittlung über biomedizinische Grundlagen auch im Verlauf der zumeist in Frage-Antwort-Sequenzen ablaufenden Gesprächen in einer standardisierten Form ohne Abweichungen von der institutionellen Agenda bzw. ohne Anpassungen an Wissenszuwächse im Laufe der Aufklärungsgespräche erfolgt. Wissensvoraussetzungen der Teilnehmenden würden zwar geprüft, jedoch kaum weiterbearbeitet, auch wenn Präventionsteilnehmer das Wissen, welches sie selbst einbringen „als laienhaft, tentativ und potenziell reparaturbedürftig markieren“ (ebd., S. 234). Vor dem Hintergrund der Annahme, dass risikobehaftetes Handeln zu weiten Teilen auf unzureichendes Wissen zurückgeht und dass umgekehrt Wissenszuwächse präventive Verhaltensweisen begünstigen, sind solche Befunde aus angewandter Perspektive bedeutsam im Sinne einer Einschätzung der Wirksamkeit von Präventionsbemühungen.¹⁴ Insgesamt zeigen die sprachwissenschaftlichen Beiträge zu Präventionskommunikation in den z. T. multidisziplinär angelegten Werken

¹³ Interessant ist m. E., dass in den oben zitierten diskursanalytischen Untersuchungen die Unterscheidung zwischen HIV und AIDS stark gemacht wird, jedoch dann ebenfalls häufig ausschließlich von ‚Aids‘ bzw. ‚AIDS‘ (und nicht von HIV) gesprochen wird.

¹⁴ U. a. Rempel (2006, S. 219) weist darauf hin, dass neben Wissen „ein relativ komplexes Set an Faktoren und Ressourcen erforderlich“ ist, „damit individuelles Wissen in präventives Handeln mündet.“

von Drescher & Klaeger (2006a) sowie Higgins & Norton (2010), dass Prävention kultursensitiv und adressatenspezifisch realisiert wird und werden muss. Dies ist durch die mediale und interaktive Vielfalt in der Präventionspraxis reflektiert: So wird in Botswana beispielsweise mit Straßentheater und Kabarett über den Gebrauch eines von der Regierung subventionierten Frauenkondoms aufgeklärt (Rakelmann, 2005). Die Rolle des unterschiedlichen Wissens von Teilnehmer/innen solcher Präventionsprogramme über HIV/AIDS spiegelt eine Spannung zwischen „lokalen und globalen Diskursen sowie den in ihnen aufgehobenen Vorstellungswelten und Referenzrahmen“ wider (Drescher & Klaeger, 2006b); biomedizinische und alltagsweltliche Diskurse treffen in der Präventionskommunikation aufeinander und werden durch die Teilnehmenden als konfligierend markiert.

Implikationen für die institutionelle Praxis sind auch gesprächsanalytischen Untersuchungen unterschiedlicher *face-to-face*-Gespräche mit HIV-Patient/innen inhärent. Das Interesse der Institutionenvertreter/innen liegt hier häufig auf der Reflexion und Optimierung von Gesprächsführungspraktiken, z. B. um HIV-Patient/innen zu präventivem Verhalten oder zu ART-Adhärenz¹⁵ zu motivieren oder um Betroffene psychosozial zu unterstützen. Watermeyer & Penn (2009a) identifizieren unterschiedliche Praktiken der Verstehenssicherung, die Apotheker/innen in einem klinischen Setting in Südafrika im Gespräch mit HIV-Patient/innen einsetzen, um sicherzugehen, dass Patient/innen ihre Dosierungsinstruktionen für die ART verstanden haben und entsprechend umsetzen können. So elizitieren Apotheker/innen Verstehensdokumentationen über Modalitäten der Tabletteneinnahme seitens der Patient/innen im Sinne eines *exhibiting understanding*, z. B. mit der Aufforderung: „*Tell me now again*“. Weiter prüfen sie explizit entsprechendes Wissen ab mit Fragen wie „*What time do you take the medication?*“, elizitieren minimale Verstehensdokumentationen mittels Rückversicherungssignalen und monitoren sehr genau die nonverbalen Reaktionen der Patient/innen auf ART-bezogene Erklärungen. Als spezifisch für den Interaktionstyp ‚Apotheker/Klienten-Gespräch‘ sind hier nicht die identifizierten Gesprächspraktiken selbst zu werten; ihr häufiger und zumeist kombinierter Einsatz weist aber auf die hohe Relevanz des richtigen Verstehens in Erkläraktivitäten in diesen Gesprächen hin.

Die Annahme, dass Wissen eine grundlegende Voraussetzung für gesundheitsförderliches Handeln ist, liegt auch der interaktiven Praxis von Präventionsberatungen vor und nach der Durchführung eines HIV-Tests zugrunde. Silverman, Peräkylä & Bor (1992) sowie Silverman (1997) identifizieren drei von Beratern typischerweise eingesetzte Formate; d. h. Gesprächshandlungen, die durch die Berater zur Wissensvermittlung eingesetzt werden: Im *Interview*-Format werden –

¹⁵ Diese ist natürlich auch im Sinne der Prävention relevant.

ähnlich wie in einer ärztlichen Anamnese – z. T. standardisierte Hintergrundinformationen über den Klienten abgefragt. Mittels Fragen wie „*Have you ever injected drugs?*“ kann sich der Berater nicht nur ein Bild von den sexuellen Verhalten und den HIV-bezogenen Vorstellungen des jeweiligen Klienten machen, sondern er vermittelt letzterem *en passant* auch Wissen über potenziell risikobehaftetes Handeln. Im Verlauf der Beratungen wird hiernach häufig das *assertive information-delivery*-Format verwendet, in dem generalisiertes „*pre-packaged*“ Wissen (ebd., S. 75) über *safer sex* gebündelt mitgeteilt wird. Aktivitäten der Klient/innen können die Beratungen weiterhin zu einem *service encounter* machen, wenn diese nämlich ihre responsiven Gesprächsslots oder Pausen initiativ für eigene Fragen nutzen und die Wissensvermittlung so für sich selbst individualisieren.

Peräkyläs (1995) Untersuchung von AIDS-Beratungen in den frühen 1990er Jahren legt den Schwerpunkt auf interaktive Praktiken der psycho-sozialen Unterstützung durch die Berater. Sie zeigt auf, dass bewährte therapeutische Gesprächspraktiken nach der *Milan School Family System Theory* – v. a. unterschiedliche Fragetechniken – auch im Beratungsgespräch mit HIV- und AIDS-Patient/innen fruchtbar angewendet werden können. Ein zentrales Ziel der AIDS-Beratungen ist damals wie heute, das Sprechen über delikate Themen im Zusammenhang mit Krankheit und verkürzter Lebenszeit in den Beratungssitzungen zu erleichtern und HIV-Patient/innen so auf entsprechende Situationen vorzubereiten, während es ihnen gesundheitlich noch relativ gut geht. Peräkylä arbeitet u. a. heraus, dass indirektes Sprechen eine zentrale Ressource ist, um Räume für die Darstellung emotionalen Erlebens zu öffnen und Ressourcen für das *coping* zu erschließen. Entsprechende Fragepraktiken der AIDS-Berater sind z. B. hypothetische Fragen; sie evozieren das Sprechen über Zukunftsängste, indem sie diese als Merkmale einer hypothetischen und nicht der gegebenen Realität konstruieren.

Neben der Bereicherung sprachwissenschaftlicher Untersuchungen für die Reflexion von Präventionskommunikation bzw. dyadisch-interaktiver oder gesellschaftlich-diskursiver Prozesse über und rund um HIV wurden auch sprachwissenschaftliche Konzepte anhand HIV-bezogener sprachlich-interaktiver Phänomene weiterentwickelt. Vlassenko (2015) zeichnet aus Interviews mit HIV-positiven Männern nach, wie sprachliche Metaphern zur Veranschaulichung von Elementen subjektiver Krankheitstheorien zu HIV/AIDS aus verbalen, visuellen und prosodischen sprachlichen Ressourcen komponiert werden. Entsprechend spricht der Autor von der *multimodalen Metapher* als „eine im interaktiven Prozess der Face-to-Face-Kommunikation verbal-prosodisch-visuelle Realisierung der Projektion von konzeptuellen Informationen von einem Gegenstand oder Sachverhalt auf einen darzustellenden Gegenstand oder Sachverhalt“ (ebd., S. 477). So kann eine multimodale Metapher zu einem Aspekt von HIV/AIDS beispielsweise aus

einer referentiell-ikonischen Geste und einer metaphorischen Äußerung konstruiert werden. Vlassenko modifiziert die herkömmliche Perspektive auf Metaphern als relativ stabile, rein verbale sprachliche Phänomene und zeigt ihre Komplexität auf Form- und Inhaltsebene, ihre Prozesshaftigkeit und ihren dynamischen Charakter auf. Abgesehen von diesen im Interesse der Sprachwissenschaft liegenden Erkenntnissen zeigt die Arbeit mittels Fokus auf HIV-bezogene subjektive Krankheitstheorien auf, welche Wahrnehmung HIV-positive Männer von der eigenen Infektion haben; sie vermag so, ein tieferes Verständnis für die individuelle Betroffenheit zu vermitteln und betont die Bedeutung subjektiven Wissens für den individuellen Umgang mit der Infektion.

3 Gesprächsanalyse: Methodologische Grundlagen und Erkenntnisse zu ausgewählten Bereichen

In diesem Kapitel soll die dem empirischen Ansatz dieser Arbeit zugrunde liegende Methodologie der linguistischen Gesprächsanalyse vorgestellt werden, die grundlegend in der soziologischen *Konversationsanalyse* fundiert ist. In Kapitel 3.1 werden mit dem Fokus auf konversationsanalytische Prinzipien der linguistischen Gesprächsanalyse zentrale Leitlinien, konversationsanalytische Konzepte und Vorgehensweisen bei der Annäherung an den Untersuchungsgegenstand ‚Gespräch‘ dargelegt, die für diese Arbeit leitend sind. Weiterhin nicht unbeachtet lassen möchte ich in einer Arbeit, in der der gesprächsanalytischen Annäherung an die ambulante HIV-Sprechstunde ein dreimonatiger ethnographischer Aufenthalt vorausging, eine methodologische Reflexion des Verhältnisses von Sprache-in-Interaktion und außersprachlichem Kontext. Die Rolle des Forschenden bzw. seines Wissens und seiner Vorannahmen für die Durchführung der Analyse ist hiermit eng verknüpft und führte zur Forderung nach einer ethnographischen Erweiterung der Konversationsanalyse (Deppermann, 2000). Essenziell ist dabei die Bedeutung von Sprache: Die feingliedrige Dokumentation sprachlich-interaktiver Praktiken gehört zur linguistischen Erweiterung der Konversationsanalyse, der *Interaktionalen Linguistik*. Diese Weiterentwicklungen der Konversationsanalyse werden in Kapitel 3.2 beschrieben.

Neben der Aufdeckung grundlegender Mechanismen *informeller* Interaktion wie der Erkenntnis, dass Sprecher/innen sich nach bestimmten Regeln in der Rede abwechseln (Sacks, Schegloff & Jefferson, 1974) gehen bis heute zahlreiche Untersuchungen über Funktionsweisen und Eigenheiten *institutioneller* Gespräche auf das Konto der mittlerweile international agierenden Gesprächsanalysiker/innen. Da auch diese Arbeit mit der Untersuchung der ambulanten HIV-Sprechstunde die spezifische Realisationsform eines medizinisch-institutionellen Interaktionstyps in einigen seiner Facetten zu fassen versucht, darf in diesem Kapitel ein Überblick über zentrale konversationsanalytische Erkenntnisse zu Konstitutiva institutioneller Gespräche allgemein und spezifisch zu Gesprächen in medizinischen Kontexten nicht fehlen (Kap. 3.3). Ein zentraler Aspekt medizinisch-institutioneller Gespräche, der in Arbeiten der *medizinischen Gesprächsanalyse* für APG vielfach untersucht wurde, sind sprachlich-interaktive Realisierungsformen des Experten/Laien-Verhältnisses zwischen Arzt und Patient. Die hiermit einhergehende Relevanz unterschiedlicher Wissensbestände und deontischer Rechte und Pflichten sowie das Einnehmen komplementärer Beteiligungsrollen etc. stellte sich auch bei der Untersuchung der HIV-Sprechstunden als relevant heraus; konversationsanalytische Erkenntnisse zu *Expertise-in-Interaktion* sollen daher etwas ausführlicher besprochen werden.

3.1 Prinzipien und Vorgehensweisen

Irgend eine Anzahl von Menschen wird nicht dadurch zur Gesellschaft, daß in jedem für sich irgend ein sachlich bestimmter oder ihn individuell bewegender Lebensinhalt besteht; sondern erst, wenn die Lebendigkeit dieser Inhalte die Form der gegenseitigen Beeinflussung gewinnt, wenn eine Wirkung von einem auf das andere – unmittelbar oder durch ein Drittes vermittelt – stattfindet, ist aus dem bloß räumlichen Nebeneinander oder auch zeitlichen Nacheinander der Menschen eine Gesellschaft geworden (Simmel, 1908, S. 7).

Die Konversationsanalyse,¹⁶ die das methodologische Fundament der linguistischen Gesprächsanalyse bildet, wurde in den 1960er Jahren von dem Soziologen Harvey Sacks erfunden und in Kooperation mit Emanuel Schegloff und Gail Jefferson nachhaltig geprägt (Sacks, Schegloff & Jefferson, 1974). Sacks' Vorlesungen an der *University of California Los Angeles* (UCLA), in denen er seine Vorschläge für eine empirische Ausrichtung mikrosoziologischer Ansätze in der universitären Lehre verbreitete, wurden nach seinem frühen Unfalltod *posthum* veröffentlicht (Sacks, 1992) und seine Ideen bis heute in unzähligen konversationsanalytischen Veröffentlichungen weiterentwickelt. Ursprünglich ein soziologischer Ansatz, „schwappte“ die KA nach und nach auch in die Linguistik über und traf dort auf den Nerv des wissenschaftlichen Zeitgeists, der eine Abwendung von isolierten und künstlichen sprachlichen Äußerungen als Untersuchungsgegenstand und eine Zuwendung zur ehemals als chaotisch geltenden gesprochenen Sprache-in-Interaktion angestoßen hatte. Die konsequente Verknüpfung von Konversationsanalyse und genuin linguistischen Forschungsinteressen kulminierte einige Jahre später in der Begründung der *Interaktionalen Linguistik* (Selting & Couper-Kuhlen, 2000; siehe Kap. 3.2.2).

Das obige Zitat von Simmel, das die konversationsanalytische „Denke“ lange vor ihrer Zeit auf den Punkt bringt, verdeutlicht, dass es sich bei KA nicht bloß um eine Methode, nicht (nur) um Handwerkszeug handelt, für dessen Anwendung man sich bei der Untersuchung von Gesprächen entscheiden kann oder eben nicht. Vielmehr steht hinter konkreten gesprächsanalytischen Herangehensweisen und Konzepten immer auch eine sozialkonstruktivistische Sichtweise auf menschliche Sozialitäten, die für die Analyse von Sprache-in-Interaktion konstitutiv und allen gesprächsanalytischen Forschungsergebnissen inhärent ist. Sprachlich-interaktive Praktiken in ihren mannigfaltigen multimodalen Facetten, in ihren universellen Organisationsprinzipien und zugleich kontextsensitiven Ausprägungen ist nach dieser Auffassung identisch mit den alltäglichen und institutionellen Bereichen der Gesellschaft, in denen sie erscheinen, und nicht von ihr zu trennen. Der amerikanische Soziologe Erving Goffman, auf dessen Gedanken die Konversations-

¹⁶ Im Folgenden auch: KA oder CA (*Conversation Analysis*).

analyse u. a. fußte, spricht gar von der alltäglichen Kommunikation als eigene Institutionsordnung (*interaction order*) (Goffman, 1983), die anderen institutionellen Interaktionsformen wie der untersuchten HIV-Sprechstunde vorgeschaltet bzw. zwischenmenschlicher Interaktion immer inhärent ist, und die ihrer eigenen Ordnung folgt. Goffmans Idee, dass Gesprächsteilnehmer in ihrem sozialen Verhalten einer *Syntax* folgen (Goffman, 1967), war impulsgebend für das konversationsanalytische Pendant der *Sequenzialität* als konstitutives Organisationsprinzip menschlicher Interaktion (siehe auch Heritage, 2001).

Die zweite, noch bedeutendere impulsgebende Quelle für die Entstehung der Konversationsanalyse war die *Ethnomethodologie* Harold Garfinkels (u. a. 1967): Für Garfinkel war entscheidend, dass Personen ihr eigenes sowie fremdes Verhalten stets mit Sinn „aufladen“ und es so zu bedeutsamen Handlungen machen. Ohne geteilten Sinn und gemeinsame Methoden der Sinnherstellung – sog. *Ethnomethoden* – in einer „common sense world of everyday life“ (Heritage, 2001, S. 50) ist eine soziale Welt unmöglich. Die ungeschriebenen und z. T. unsichtbaren Normen dieser alltäglichen sozialen Welt als Teil einer *Vollzugswirklichkeit* machte Garfinkel mit seinen berühmten *Krisenexperimenten*¹⁷ (*breaching experiments*) sichtbar; sie verdeutlichten durch die systematische Brechung routiniert-alltäglicher Verhaltensweisen und den entsprechend verwirrten bis wütenden Reaktionen der „Opfer“ zudem die intersubjektive Relevanz erfolgreicher Sinnzuschreibung. Letztere beruht auf geteilten Methoden der Produktion von Handlungen, die durch Interagierende mit dem Ziel des Wiedererkennens durch ihre Interaktionspartner/innen gestaltet sind, und so nach Garfinkel *reflexiv* sind: „The activities whereby members produce and manage the settings of organized everyday affairs are identical with members' procedures for making these settings accountable.“ (Garfinkel, 1967, S. 1) Sacks war der Ansicht, dass zur detaillierten Erfassung dieser Ethnomethoden eine Methode vonnöten war, die eine enge Bindung zu konkreten sozialen Ereignissen beibehielt, also nicht generalisierte und idealisierte: „So the question was, could there be some way that sociology could hope to deal with the details of actual events, formally and informatively?“ (Sacks, 1984a, S. 26) Dass Sacks dann natürlich vorkommende gesprochene Sprache bzw. Audioaufzeichnungen derselben als Untersuchungsobjekt der Wahl erkor, war diesem Bedürfnis geschuldet und entsprach v.a. seiner Überzeugung, dass die soziale Welt in erster Linie eine Welt der alltäglichen mündlichen Interaktion ist, die sowohl phylo- als auch ontogenetisch einen primären Status hat. Ein Gespräch wird als Geschehen betrachtet, das durch die Teilnehmenden selbst methodisch und regelhaft hergestellt wird, so dass die Aufgabe des Analytikers/der Analytikerin darin besteht, diese *order at all points* aufzudecken (Schegloff & Sacks, 1973).

¹⁷ Auer (1992) spricht von *Brechungsexperimenten*.

Die Nähe der konversationsanalytischen Methodologie zum Untersuchungsgegenstand und die daraus folgenden Prämissen wie den streng naturalistischen Empiriebegriff sieht Deppermann (2000) als Stärken der Konversationsanalyse. Bei der Analyse des Forschungsgegenstands ‚Gespräch‘ sollen keine präformierten Theorien von Interaktion auf *deduktive* Weise auf die zu analysierenden Interaktionsereignisse „gestülpt“ werden: Die Kunst der Analyse besteht vielmehr darin, eine solche analytische Vogelperspektive zu meiden und Interaktionsereignisse durch die Ohren und Augen der Interagierenden wahrzunehmen. Auf diese Weise soll (möglichst) *induktiv* rekonstruiert werden, wie diese ihre Handlungen produzieren, interpretieren und ko-konstruieren. Um die Perspektive der Interagierenden für die Analyse fruchtbar machen zu können, werden methodische Leitlinien der Konversationsanalyse unmittelbar aus konstitutiven Eigenschaften von Interaktion abgeleitet, d. h. „Die Prinzipien, nach denen Gespräche zustande kommen, werden methodisch gewendet und als Prinzipien, nach denen Gespräche analysiert werden, benutzt.“ (Deppermann, 2000, S. 97f.) Als wichtigste Konstitutionsprinzipien von Interaktion nennt Deppermann die folgenden:

- Ihren *Handlungscharakter*: Interaktive Aufgaben im Gespräch werden durch Gesprächshandlungen der Interagierenden bearbeitet. Die Frage für die Analyse ist dementsprechend, welchen Handlungscharakter einzelne Redezüge (*turns*) haben. Eine interrogative Äußerung wie „Kannst du kommen?“ kann beispielsweise eine Frage nach den Möglichkeiten der Mobilität des Gegenübers sein oder aber Aufforderungscharakter haben. Der Handlungscharakter einer Äußerung konstituiert sich aus dem „Hauptjob“, den diese ausführt, wobei zu beachten ist, dass neben diesem noch weitere Qualitäten von ‚etwas tun‘ virulent sind, die aber nicht die geforderte Reaktion des Interaktionspartners ändern (Levinson, 2013). Handlungen werden interaktiv definiert dadurch, dass ein Rezipient einen nächsten, adäquaten Gesprächsbeitrag produziert. Eine Handlung kann durch unterschiedliche sprachliche Verfahren realisiert werden, die in der Konversationsanalyse und in der Interaktionalen Linguistik als *Praktiken*¹⁸ bezeichnet werden (Selting, 2016).
- Ihre *Methodizität*: Gesprächshandlungen werden unter Anwendung von mehr oder weniger routinierten Ethnomethoden (Garfinkel, 1967) durchgeführt. Analytisches Ziel ist also entsprechend herauszufinden, welche kontextübergreifenden und kontextsensitiven Praktiken Interagierende benutzen, um interaktive Aufgaben zu absolvieren. Maynard (2003) fand beispielsweise zu ärztlichen Methoden der Diagnosemitteilung, dass diese sich sprachlich-strukturell sowie in Bezug auf ihre sequenzielle Dynamik

¹⁸ Dieses Verständnis von *Praktik* als sprachliche Manifestationsformen einer Handlung unterscheidet sich z. B. von dem Praktikenbegriff Fiehlers (2000), der sie als gesellschaftlich etablierte, konventionalisierte Verfahren der Verständigung für die Bearbeitung wiederkehrender kommunikativer Aufgaben ansieht. Ähnlich stellt die Theorie der *Kommunikativen Gattungen* (z. B. Günthner, 2006b) die Bedeutung von Verfestigungen auf unterschiedlichen Ebenen der Interaktion heraus.

systematisch unterscheiden, je nachdem, ob eine harmlose oder eine potenziell lebensbedrohliche Diagnose mitgeteilt wird.

- Ihre *Sequenzialität*: Gespräche finden immer in einer zeitlichen Abfolge statt, so dass für die Analyse gilt, nicht in der Zeitlichkeit „vorzugreifen“, sondern Gesprächshandlungen in Bezug zu dieser Zeitlichkeit zu analysieren. Der Handlungscharakter einzelner Äußerungen bzw. ihre Interpretation durch den Gesprächspartner als Vorwurf, Frage etc. ist nicht nur durch das *turn design*, sondern auch entscheidend durch ihre sequenzielle Umgebung bestimmt. Zudem bauen einige sequenzinitiiierende Äußerungen normative Erwartungen für das nachfolgende Gesprächshandeln des Gesprächspartners auf: Eine sequenzinitiiierende Bewertungshandlung beispielsweise setzt eine *alignierende* (Stivers, Mondada & Steensig, 2011) zweite relevant, Letztere untersteht also einem spezifischen Zugzwang der vorausgegangenen ersten und ist gegenüber dieser häufig hochgestuft (Pomerantz, 1984). Unmittelbare Abfolgen identischer oder komplementärer Gesprächshandlungen, die „durch eine Beziehung der *konditionellen Relevanz* [Hervorhebung A.G.] miteinander verkettet sind“ (Auer, 1999, S. 141), sind häufig; sie konstituieren *Paarsequenzen* (*adjacency pairs*). Andere Redezüge, wie z. B. Bewertungen, sind zwar ebenfalls sequenziell organisiert, setzen aber nicht absolut eine Antwort des Gegenübers relevant (Stivers & Rossano, 2010). Allerdings können responsive Gesprächsbeiträge als präferiert oder dispräferiert markiert werden, was retrospektiv auf lokale sequenzielle Erfordernisse verweist und auch Nachfolgehandlungen beeinflusst. So ist das Ablehnen einer ärztlichen Therapieempfehlung durch Patient/innen dispräferiert; sie zieht patientenseitige Erklärungen nach sich und ärztliche Bemühungen, den Patienten doch noch „ins Boot“ zu holen. Die sequenzielle Abfolge von Gesprächsbeiträgen in einem Gespräch bedeutet nicht, dass diese aufeinander folgen wie „identical beads on a string“ (Schegloff, 2007b, S. 1). Vielmehr stehen sich manche Sequenzen näher als andere und bündeln sich zu größeren Einheiten des Gesprächs, zu *Aktivitäten*. Robinson (2013, S. 258ff.) nennt, ausgehend von bisherigen Studien (u. a. Heritage & Sorjonen, 1994), als definitorische Charakteristika von Aktivitäten: Beschränkungen für Gesprächsbeiträge, Suprasegmentalität, Zielgerichtetheit und die Orientierung hin auf eine übergreifende Gesprächsstruktur (z. B. die logische Abfolge von Diagnostik und Therapieplanung). Levinson (1979, S. 368) definiert sie als „goal-defined, socially constituted, bounded, events with *constraints* on participants“.
- Ihre *Interaktivität*: Die Bedeutung einzelner Gesprächszüge wird durch Bezugnahme der Interagierenden aufeinander intersubjektiv festgelegt. Die Frage „Weißt du, wer heute zum Meeting kommt?“ kann beispielsweise durch den Gesprächspartner als eine sich aus einem Wissensbedürfnis heraus ergebende Frage behandelt werden oder aber als *Prä-Ankündigung*. Im ersten Fall würde der/die Gesprächspartner/in ggf. die Namen der Teilnehmer/innen nennen oder vielleicht Nichtwissen bekunden, im zweiten Fall fragen, wer denn alles zum Meeting kommt (Originalbeispiel siehe Hutchby & Wooffitt, 1998 [2005], S. 16). Für die Analyse bedeutet

der interaktive Charakter von Gesprächen dementsprechend die analytische Auflage, dass „sich Bedeutungszuschreibungen am Gesprächsverlauf bewähren müssen“ (Deppermann, 2000, S. 99). Letzteres ist in der Konversationsanalyse als das methodische Prinzip der *next turn proof procedure* bekannt. Eng mit der genannten Interaktivität und der Sequenzialität von Gesprächen verknüpft ist, dass sich Interagierende im Gespräch beim Sprechen abwechseln, dieser *Sprecherwechsel* auf methodisch hochgeordnete Weise ausgehandelt wird und ein stetig mitlaufender Mechanismus ist: Entweder beendet ein/e Sprecher/in ihren Redezug und übergibt das Rederecht an einen anderen Ko-Interagierenden oder diese nutzen einen *übergaberelevanten Ort* (*transition relevant place TRP*), um einen eigenen Redebeitrag zu beginnen (Sacks, Schegloff & Jefferson, 1974). Dass die Zuweisung des Rederechts in Mehrparteien-Gesprächen vorwiegend durch multimodale Ressourcen wie Blickverhalten erfolgt und mehr einen Vorschlag denn eine Aufforderung darstellt, zeigt Auer (2017a).

- Ihre *Reflexivität*: Gesprächshandlungen werden für Rezipient/innen produziert und müssen für diese verständlich gemacht werden. Verständlichmachen bedeutet, dass man mittels Sprechen auf einen konventionell bekannten Kontext verweist und diesen zugleich im Sprechen herstellt. Garfinkel hat in diesem Zusammenhang auch den Begriff des *accountings* eingeführt: Interagierende geben einander *accounts*¹⁹ (ggf. übersetzbar mit: Anhaltspunkte), um einander anzuzeigen, was sie gerade tun. Ein Beispiel hierfür sind die gesprächseröffnenden Handlungen der Interagierenden zu Beginn eines APG: Allein die Tatsache, dass es i. d. R. die Ärzt/innen sind, die das Kerngespräch eröffnen, ist ein *account* dafür, dass besondere Gesprächsumstände re-konstituiert und spezifische institutionelle Partizipationsrollen etabliert werden. Die Eröffnungsinitiativen selbst – in Erstgesprächen typischerweise Fragen wie: „Was haben Sie für Beschwerden?“ – enactieren dann explizit institutionelle Gesprächsaufgaben und -ziele und kontextualisieren hiermit einen medizinisch-institutionellen Interaktionstyp (Drew & Heritage, 1992). Interagierende haben stets die Möglichkeit, die intendierte Wirkung ihrer eigenen oder die Verständlichkeit fremder Gesprächsbeiträge zu reflektieren und *Reparaturen* zu initiieren und/oder durchzuführen, wenn die Herstellung von Intersubjektivität oder schlicht die gemeinsame Aufmerksamkeitsfokussierung (Goodwin, 1980) gefährdet scheint.

Die genannten Konstitutionseigenschaften von Gesprächen sind nicht nur methodische Leitlinien zur Untersuchung aller möglichen Gespräche, sondern stellen zugleich konversationsanalytische Grunderkenntnisse über die Funktionsweise

¹⁹ Dieses ursprüngliche ethnomethodologische Verständnis von *accounts* bzw. von der Aktivität des *accounting* spaltet sich in der Konversationsanalyse in zwei Verwendungsweisen auf: Vom *accounting of* als Sichtbar- und Verständlichmachens des eigenen Handelns (also etwa: „Was tue ich“) wird das *accounting for* unterschieden, welches das Verständlichmachen in einem moralischen Sinne meint (also etwa: „Warum tue ich etwas“) (Buttny & Morris, 2001). Letzteres wird bei therapiebezogenen Aushandlungen relevant werden (siehe Kap. 8.4).

von Gesprächen dar, die bereits in den ersten Arbeiten beschrieben wurden (Schegloff & Sacks, 1973; Sacks, Schegloff & Jefferson, 1974).

Was bedeuten oben genannte Grundsätze und methodischen Leitlinien nun ganz konkret für die Annäherung an den Untersuchungsgegenstand ‚Gespräch‘ und die analytische Vorgehensweise? Zum Beginn des gesprächsanalytischen Forschungsprozesses steht der methodische Grundsatz, dass als Untersuchungsgegenstand ausschließlich natürlich vorkommende Interaktionsereignisse und nicht etwa eigens für die Forschungsfrage arrangierte Gesprächssituationen in Frage kommen. Diese sollen bei ihrer *passiven Registrierung* (Bergmann, 1985) und der weiteren Datenaufbereitung zum Zweck der Fixierung und Protokollierung möglichst wenig von ihrer phänomenologischen Fülle einbüßen.²⁰ Eine möglichst ereignisgetreue Fixierung eines Gesprächs wird durch seine audio- oder besser videotechnische Aufnahme erreicht, die außerdem wiederholte und detailreiche Analysen sowie die intersubjektive Validierung eigener Analyseergebnisse ermöglicht. Videoaufnahmen und mehr noch Audioaufnahmen stellen dabei bereits eine signifikante Reduktion des Primäreignisses ‚Gespräch‘ dar, sind aber eine „‘good enough‘ record of what had happened“ (Sacks, 1984a, S. 26). Zumindest könne man sich, so Sacks, sicher sein, dass das, was auf der Aufnahme zu sehen oder zu hören ist, auch tatsächlich passiert sei.

Die detailreiche *Transkription* der Aufnahmen, also die Überführung des Gesprächsereignisses von einer multimodalen in eine schriftliche Form, ist der zweite Schritt der gesprächsanalytischen Datenaufbereitung. Sie ist als – oftmals unterschätzter – Forschungsschritt essenziell, um die Aufnahmen der „Flüchtigkeit des Augenblicks zu entreißen“ und sie für eine systematische und vergleichende Analyse verfügbar zu machen (Stukenbrock, 2013, S. 225). Als Transkriptionskonvention hat sich im deutschsprachigen Raum das Gesprächsanalytische Transkriptionssystem GAT2 durchgesetzt (Selting et al., 2009), während in der englischsprachigen Forschung das Transkriptionssystem nach Jefferson (2004; siehe auch Hepburn & Bolden, 2013) verwendet wird. Als essenzielles Arbeitsinstrument der Gesprächsanalyse müssen Transkripte nicht nur dem Anspruch genügen, Konstitutiva des multimodalen Ereignisses wie simultane Vorkommnisse (Überlappungen, Gleichzeitigkeit von nonverbalen und verbalen Ressourcen), zeitliche Abfolgen (Nacheinander von Äußerungen und *turns*), (para)verbale Details (Verzögerungen, Pausen, Dialektalität, unterschiedliche Sprechgeschwindigkeiten und -lautstärken...) u. v. m. auf verständliche Weise in schriftliche Form zu überführen und dabei den tatsächlichen Ablauf zu bewahren, sondern zudem, das Erkennen des Analytikers/der Analytikerin zu fördern, sprich: *forschungsgenerie-*

²⁰ Bergmann (1985) spricht in Bezug auf die audio- oder videotechnische Fixierung von Gesprächsdaten von *passiver Registrierung* im Gegensatz zu *aktiv rekonstruierenden* Methoden des Wieder-Verfügbarmachens wie Erinnerungsberichte und Erzählen.

rend zu sein (Bergmann, 1987; 1988). Hierfür gilt, dass voranalytisch irrelevant erscheinende Details nicht von vorneherein von der Verschriftlichung auszuschließen sind, allerdings mit der pragmatischen Begrenzung, dass ein Transkript lesbar bleiben muss. Allgemein bestimmt bereits die technische Umsetzung der Transkription sowie die Darstellungsweise des Transkripts, welche sprachlich-interaktiven Phänomene auch in schriftlicher Form sichtbar werden bzw. bleiben: Während z. B. bei der *Zeilenschreibweise* die intonatorischen Einheiten des Gesprächsflusses und die Sequenzialität von Interaktion in den Vordergrund treten, bildet die *Partiturschreibweise* besonders intuitiv die Simultanität des multimodalen Interaktionsereignisses ab.²¹ Ein Vorteil von Transkripten ist, dass fallvergleichende Analysen eines bestimmten sprachlich-interaktiven Phänomens (z. B. die sprachliche Gestaltung der ärztlichen Gesprächshandlung ‚Mitteilung der Blutwerte‘ in den 71 Gesprächen des vorliegenden HIV-Korpus, siehe Kap. 7) besser durchzuführen sind: Die Transkripte können im wörtlichen Sinne nebeneinander gelegt und relativ simultan gesichtet werden, ohne dass alle die entsprechenden Ausschnitte in der Audio- oder Videoaufnahme immer wieder hintereinander angehört/angeschaut und relevante Phänomene erinnert werden müssen.

Die Analyse des aufbereiteten²² Gesprächsdatums beinhaltet dann das Wörtlichnehmen der *order at all points* und wird maßgeblich durch die vielzitierte Frage ‚*Why that now?*‘ (Schegloff & Sacks, 1973, S. 299) geprägt; es geht also darum, ein sprachliches Phänomen zu beschreiben (*that*), seine Auftretensbedingungen zu betrachten (*now*) und in seinen Funktionen als Methode zur Lösung eines *unproblematischen Problems* (Berger & Luckmann, 1966) zu bestimmen (*why*). Auf spezifischere Fragen als die obige ist die Analyse zunächst nicht ausgerichtet, eine *analytische Mentalität* soll vielmehr zu datengeleiteten Entdeckungen führen (Heritage, 1984b). Der erste Analyseschritt besteht z. B. darin, das *that* in den Fokus nehmen, sprich: alle sprachlichen Aspekte eines Phänomens, die für die Interagierenden (und damit auch für Gesprächsforscher/innen) sicht- und hörbar und damit potenziell relevant sind, akribisch zu beschreiben. Dazu gehören gleichermaßen linguistische Formalia auf der verbalen Ebene, z. B. die Wortwahl, wie auch prosodische Auffälligkeiten (Stimmqualität, Intonationskonturen, Tonhöhenveränderungen, Lautstärke), bestenfalls in ihrem multimodalen Zusammenspiel mit visuellen sprachlichen Merkmalen wie Blickverhalten und Gestik. Linguistische Analysemethoden stellen bei diesem Analyse-

²¹ Bei multimodaler Transkription ist zudem die Entscheidung zu treffen, ob man das Blickverhalten, Gestik etc. mit Hilfe von Notationssymbolen oder/und Standbildern transkribieren möchte. Stukenbrock (2009) diskutiert die Vor- und Nachteile, u.a. mit Hinblick auf den Einsatzbereich des Transkripts.

²² Aufgrund des medialen Fixierungs- und Transformationsprozesses des Primärerereignisses ‚Gespräch‘ kann sich die Analyse natürlich keinesfalls auf das Transkript allein stützen, sondern das Sekundärdatum ‚Audio- bzw. Videoaufnahme‘ ist stets hinzuzuziehen (Stukenbrock, 2009).

schritt geeignetes Handwerkszeug für eine solche detailreiche, sprachtheoretisch fundierte Beschreibung sprachlicher Phänomene dar.

Bevor die Funktionen einer syntaktischen Konstruktion oder eines Intonationsmusters geklärt werden kann, muss die interaktive Umgebung des jeweiligen Phänomens, also seine sequenziellen Kontexte, die Einbettung des Phänomens in spezifische Aktivitäten sowie in Gesprächstypen untersucht werden. Sie konstruieren die Bedeutung einer sprachlichen Äußerung ebenso wie seine formalen Charakteristika (siehe oben). Die Frage nach dem *now* geht mit der Suche nach Rekurrenzen des Phänomens in derselben oder in einer anderen Umgebung einher und erfordert das Anlegen einer *Kollektion*. Wenn ein Phänomen systematisch in einem gegebenen Gesprächskontext auftritt, lässt dies wiederum nicht nur Rückschlüsse auf das *why* zu bzw. darauf, dass es ein Teil kollektiven Handlungswissens zur Lösung spezifischer interaktionaler Probleme ist. Durch den Einbezug der Auftretenskontexte können zudem sprachliche Varianten des Phänomens (*Praktiken*) zur Lösung desselben interaktionalen Problems ausgemacht werden oder es werden ähnliche Handlungen identifiziert, die unterschiedliche Funktionen haben. Dabei gilt: „Each instance in the data corpus is treated in its own right, attending to its particular as well as its general features.“ (Hutchby & Wooffitt, 1998 [2005], S. 112) Dies führt seinerseits zu der genauen Beschreibung dieser sprachlichen Realisationsformen zurück.

Abgesehen von diesem recht allgemeinen Umgang mit einzelnen Gesprächsausschnitten enthält sich die Konversationsanalyse dezidiert der Vorgabe konkreterer methodischer Leitlinien und Vorgehensweisen, um die Nähe zum Gesprächsereignis nicht durch starre Analyseprozeduren zu gefährden. Nicht nur die Fragestellungen, auch die jeweiligen Analysemethoden sollen am Datum passgenau entwickelt werden. Dennoch muss das interaktionale „Rad“ nicht bei jeder Analyse neu erfunden werden; basale konversationsanalytische Erkenntnisse zur interaktiven Strukturiertheit von Gesprächen (Handlungstypen, Sprecherwechsel, sequenzielle Organisationsprinzipien, Reparaturen, das Präferenzkonzept u.a., siehe oben) können durchaus als Analyseheuristiken (Deppermann, 2008, S. 49ff.) nutzbar gemacht werden, um die Präsenz, kontextsensitive Ausformungen und spezifische Funktionen solcher allgemeinen Funktionsweisen von Interaktion im untersuchten Interaktionstyp festzustellen.

3.2 Weiterentwicklungen

Die Konversationsanalyse ist in der Hand von Sprachwissenschaftler/innen ein Instrument, das für genuin linguistische Untersuchungsinteressen genutzt und/oder mit linguistischen Analysemethoden angereichert wird. Die oben beschriebenen konversationsanalytischen Prinzipien werden dabei zugrunde gelegt, wenn die Herstellung interaktiver Ordnung anhand einer detailreichen Analyse

sprachlich-interaktiver, multimodaler²³ Praktiken nachvollzogen wird. Die Eingebettetheit dieser Praktiken in einen größeren sprachlichen und außersprachlichen Kontext ist dabei essenziell, wurde in der Kontextualisierungstheorie reflektiert und als Desiderat der *ethnographischen Erweiterung der KA* formuliert (Kap. 3.2.1). Weiterhin werden im Rahmen der linguistischen Gesprächsanalyse konkrete sprachliche Realisierungsformen auf ihre gesprochensprachliche und/oder konversationelle Strukturiertheit hin untersucht. Letztere Forschungsansätze wurden als *Interaktionale Linguistik* (Selting & Couper-Kuhlen, 2000; 2001) gefasst, die in Kap. 3.2.2 als zweite wichtige Weiterentwicklung der Konversationsanalyse beschrieben wird.

3.2.1 Die ethnographische Konversationsanalyse

Die Grundannahme der Konversationsanalyse, dass soziale Verbände unterschiedlicher Größenordnungen (von Staaten und Ländern über kleinere Institutionen wie der hier untersuchten HIV-Ambulanz bis hin zum Mikro-Kosmos einer Paarbeziehung) nicht von ihren interaktiven Realisationsformen zu trennen sind, machte sie als gesprächsfokussierter Auswuchs sozialkonstruktivistischer Denkweise nicht nur zu einem revolutionären Ansatz für die Untersuchung von Gesellschaft, sondern führte zu einer radikalen Genügsamkeit in Bezug auf den Untersuchungsgegenstand: Wenn Interaktion – spezifisch: Gespräche – identisch ist mit der sozialen Welt der Interagierenden und sie diese (immer wieder neu) erbaut, dann ist es nicht nur ausreichend, Interaktion als multimodales (und z. T. multimediales) Geschehen zu untersuchen, sondern zudem methodologisch zwingend. Aus der Fokussierung auf den Untersuchungsgegenstand ‚Gespräch‘ und die ausschließliche Nutzung desselben bei der Ableitung methodischer Prinzipien zur Analyse folgt der strikte Grundsatz, dass man beim analytischen Nachvollzug der Bauweise der untersuchten Kommunikation nicht seine eigenen Steine und den eigenen Mörtel untermischen darf, sprich: Es dürfen keine theoretischen Vorannahmen an das, was Interagierende tun, herangetragen bzw. ihr Handeln durch die Brillengläser gesehen werden, durch die man selbst besonders scharf sieht. Ein *indifferenten* Blick auf die Gesprächsdaten gehört zu den methodologischen Grundprinzipien der Konversationsanalyse und ist wiederum eng verquickt mit dem methodologischen Selbstanspruch der *Induktivität*.

Die Tatsache, dass es aber in jedem Fall ein/e Gesprächsanalytiker/in gibt, die/der sich optimalerweise mit *analytischer Mentalität*, jedoch in jedem Fall subjektiv und mit eigenem Vorwissen dem Interaktionsereignis nähert, war lange Zeit ein blinder Fleck im methodologischen Selbstverständnis der Konversationsanalyse. Die Erkenntnis, dass bei der Analyse stets jemand etwas mit den Ge-

²³ Die Analyse der multimodalen Facetten konversationeller Praktiken muss in dieser Arbeit aufgrund fehlender Videodaten zugunsten der verbalen und paraverbalen Anteile zurücktreten.

sprächsdaten macht, nämlich Phänomene entdeckt und diese mittels eigenen Wissens interpretiert, führte zu methodologischen Reflexionen über die Rolle des Forschensubjekts im analytischen Prozess. Es kam die Frage auf, inwiefern es überhaupt möglich sei, dass der/die Gesprächsforscher/in eine *tabula rasa* ist beim analytischen Blick auf die Daten und mehr noch: ob dies überhaupt wünschenswert sei. Besonders offensichtlich bei der Untersuchung institutioneller Interaktion ist ja: Ein naives Forschensubjekt ist nicht in der Lage, relevantes Interagierendeswissen über (materialisierte) Sedimente der Institution – etwa über Interaktionssettings, die Bedeutung von Fachterminologie, über Typen von Interaktionsereignissen, implizite und explizite (Gesprächs-)normen der Institution etc. – zu erkennen bzw. adäquat zu interpretieren (vgl. auch Deppermann, 2000), denn: „Das Verstehen und das Praktizieren sprachlicher Handlungen in (fach)kommunikativen Prozessen ist – trotz der gleichen Gesamtsprache – an domänentypische Kontexte gebunden“ (Felder & Gardt, 2015, S. 16). Dass also Kommunikation das Handeln kulturspezifisch sozialisierter Akteure bedeutet, welches analytisch zu entdecken und adäquat zu interpretieren ist, bringt Konversationsanalytiker/innen natürlicherweise in die Situation, dass sie bei der Analyse einer lokalen Produktion eines Kontextes irgendeiner Art eine nicht unerhebliche Rolle für das Erkennen solcher lokalen Orientierungen spielen.

Eine methodologische Neureflexion der Rolle des Forschenden bzw. sein/ihr Wissen über den untersuchten Interaktionstyp, über materielle Begleitumstände und historische Vorbedingungen der Interaktion, seiner/ihrer Annahmen über das Wissen der Interagierenden und über Sprache an sich bedeutet zum einen, eben dieses nicht nur als Hindernis, sondern vielmehr als konstitutiv für eine adäquate Analyse anzusehen. Die Integration des relevanten Wissens des Forschensubjekts bedeutet weiterhin eine analytische Integration des äußerlich Gegebenen als historisch sedimentierte materielle und kognitive Verfestigungen dessen, was ehemals Interaktion war, des *Kontexts* also im weiteren Sinne. Die ur-konversationsanalytische Annahme, dass sich alles für die Analyse Relevante automatisch in den Handlungen, Sequenzen und Aktivitäten von Gesprächen zeigt, wurde methodologisch reflektiert und weiterentwickelt. Diese Ansätze, die mit unterschiedlicher Schwerpunktsetzung die Rolle von Kontext im weiteren Sinne zur Konstitution eines Interaktionstyps bzw. das ethnographische Wissen eines Forschensubjekts über diesen Kontext herausstellen, können übergreifend als Ansätze der *Kontextualisierung von Interaktion* bzw. als *ethnographische Erweiterung* der Konversationsanalyse bezeichnet werden. Darunter können u.a. – ohne individuelle Schwerpunktsetzungen negieren und Unterschiede nivellieren zu wollen – Gumperz' *Kontextualisierungs-Theorie* (u. a. Gumperz, 1991; Auer & di Luzio, 1992) und die Theorie der *Kommunikativen Gattungen* (u. a. Günthner & Knoblauch, 1994) subsummiert werden. Auer (1995, S. 6f.) nennt im Rahmen der

Kontextualisierungstheorie fünf Dimensionen von Kontext als relevante Indexbereiche im Gespräch:

- (1) Linguistische Kontexte
- (2) Nicht-linguistische Elemente der Umgebung (die Situation in einem physischen Sinn)
- (3) Merkmale der sozialen Situation
- (4) Elemente des gemeinsamen Hintergrundwissens der Interagierenden
- (5) Das Kommunikationsmedium.

Kontexte, auf die Interagierende im besten Fall mittels sprachlicher *Kontextualisierungshinweise* unterschiedlichster Art (Gumperz, 1989; Auer & di Luzio, 1992; Auer, 1992) verweisen, und die zugleich im Interaktionsverhalten mittels Orientierung an mehr oder weniger schematischen Ausdrucksoberflächen aktualisiert werden, sind *kollektive Episteme* (Busse, 2007) und eng verwandt mit der Konzeption kulturspezifischer, kommunikativer Sedimente. Sie müssen auch dem Analytiker/der Analytikerin bekannt sein, wenn Interagierende sie relevant setzen. Trotz oder aufgrund ihrer mittlerweile (beinahe) unstrittigen Relevanz für die Analyse gilt: Die Dualität von Kontext und Interaktionsverhalten bleibt in-Interaktion aufgehoben, indem Kontext sowohl als *Projekt* als auch als *Produkt* des interaktiven Handelns gesehen wird (Drew & Heritage, 1992, S. 19): Bekannt geworden ist in diesem Zusammenhang die Unterscheidung zwischen *brought along* als die analytische Identifikation sprachlich-interaktiver Verweise auf bereits zuvor institutionell Gegebenes und *brought about* als gemeinsame Neuerstellung der Institution durch Interaktion: „[I]t is through interaction that institutional imperatives originating from outside the interaction are evidenced and made real and enforceable for the participants.“ (Heritage, 2006, S. 4). Der Kontext sprachlich-interaktiven Handelns zeigt sich dabei nicht in jedem Gespräch, in jeder kommunikativen Aktivität in gleichem Gewand, sondern wird situativ „reinterpreted as part of the process of conversing so that it is interactively, thus ultimately socially, constructed“ (Gumperz, 1991, S. 230). Gesprächsbeiträge sind daher immer gleichermaßen *context-shaped* wie *context-renewing* (Heritage, 1984).

Solche Reflexionen finden sich als methodologische Forderungen gewendet in Deppermanns (2000) Reflexion der Konversationsanalyse sowie seiner anschließenden Forderung nach einer *ethnographischen Konversationsanalyse* wieder. Eine Herausforderung, die sich v. a. für die Analyse institutioneller Interaktionsformen ergibt, ist, dass Interaktion viele indefinite Kontexte herstellt, so dass die Beziehung zwischen Beobachtbarem und Zugrunde- oder Dahinterliegendem oft nicht klar herausstellbar ist. Die Konversationsanalyse löst das Problem der *infinitude of contexts* (Arminen, 2005, S. 34) dadurch, dass sie sich auf demonstrierbar relevante und konsequenzielle Aspekte von Kontext beschränkt. Das Relevantwerden eines Kontexts, ganz gleich, ob Merkmale einer

Institution (siehe unten), Merkmale der sozialen Beziehung oder Merkmale der Teilnehmenden selbst (z. B. Geschlecht, Alter...) betreffend, wird folglich nicht nur als lokal (re)produziert angesehen, sondern auch als jederzeit änderbar. Das gegenseitige Aufzeigen und Sichtbarmachen sinnhafter und geordneter Relevanzen bündelt sich im konversationsanalytischen *display*-Konzept (Deppermann, 2000). Während Schegloff (1991) davon ausgeht, dass ein Analytiker immer in der Lage ist, solche kontextrelevanten Aspekte einer Interaktion zu identifizieren, unterliegt die Transparenz sprachlichen Handelns nach Deppermann (2000, S. 100) der entscheidenden Beschränkung, dass nicht alles „für jeden – Gesprächsteilnehmer wie Analytiker – *gleichermaßen offensichtlich* aufgezeigt (*displayed*)“ werde. Auch Arminen (2005) schreibt: Wenn die Relevanz eines Kontexts für die Interagierenden nicht bewiesen werden kann, liegt dies entweder daran, dass dieser tatsächlich irrelevant für die Interagierenden ist oder aber dass sie entsprechende Orientierungen bewusst verschleiern.²⁴

Die Notwendigkeit des Kontext(ein)bezugs für die Analyse sowie die Relevanz der prüfenden Reflexion über seine Rolle im jeweiligen Gesprächskontext war während der Analyse der HIV-Sprechstunden in allen Gesprächen mit ihren Aktivitäten, Sequenzen bis hin zu der Gestaltung einzelner Äußerungen der Interaktionsteilnehmer/innen Ärzt/in und Patient/in notwendig. Um nur einige wenige Beispiele zu nennen: Ich musste mir zumindest rudimentäres Wissen über Medikamente aneignen, wenn in den erhobenen Gesprächen Handelsnamen antiretroviraler Pharmazeutika fielen. Weiterhin war bei ärztlichen Äußerungen wie „Sie waren unter der Nachweisgrenze“ (siehe Kap. 7) für eine adäquate Analyse notwendig, die Bedeutung der fachsprachlichen Kollokation ‚unter der Nachweisgrenze sein‘ zu verstehen und die Relevanz der obligatorischen Aktivität ‚Mitteilung der Blutwerte‘ innerhalb des Interaktionstyps nachvollziehen zu können. Auf mein ethnographisches Wissen über relevante institutionsspezifische Abläufe und HIV-spezifische Behandlungsnotwendigkeiten war ich weiterhin angewiesen, wenn es darum ging, ärztliche Äußerungen wie „Waren Sie schon bei der Blutabnahme“ zu interpretieren usw.

In jedem Fall ist zwischen eigenen Vorannahmen, die ggf. einem *unmotivated looking* im Wege stehen, und Wissen zu unterscheiden, welches auch für die Interagierenden relevant ist. Beispielsweise ging ich vor dem ethnographischen Forschungsaufenthalt in der HIV-Ambulanz davon aus, dass das Thema ‚Therapie-treue‘ in den Sprechstunden mit HIV-Patient/innen ganz oben auf der ärztlichen Gesprächsagenda stehen würde. Anlass zu dieser Annahme gaben Studien (u. a.

²⁴ Hier liegt ein Hauptkritikpunkt an konversationsanalytisch gewonnenen Ergebnissen, den auch Deppermann (2000) diskutiert. Eine mögliche Lösung liegt in der Daten- und Methodentriangulation, z. B. die Kombination der gesprächsanalytischen Untersuchung von Gesprächen und der inhaltsanalytischen Auswertung von Interviews mit den Gesprächspartner/innen.

Nieuwkerk et al., 2001), in denen festgestellt wurde, dass mangelnde Adhärenz ein verbreitetes Problem unter HIV-Patient/innen sei und dass der Kontrolle der Adhärenz eine hohe Priorität bei der ambulanten Therapie eingeräumt werden sollte. Während der Hospitation der Sprechstunden sowie bei der anfänglichen Sichtung des Gesprächskorpus suchte ich zunächst geradezu nach adhärenzkontrollierenden und -motivierenden ärztlichen Aktivitäten, was mich von Phänomenen ablenkte, die für die Interagierenden selbst von Relevanz waren. Tatsächlich spielte die Adhärenz der Patient/innen – zumindest auf der Gesprächsoberfläche – keine große Rolle; nur sehr vereinzelt äußerten Ärzt/innen Aufforderungen wie „Sie müssen versuchen, wieder an Medikament XY zu denken.“ Während also ein Rückgriff auf Theorien sowie das Herantragen von Forschererwartungen an den Untersuchungsgegenstand ‚Gespräch‘ den analytischen Blick versperrt auf die Phänomenfülle und die aus der Interaktion selbst hervorgehenden Geordnetheit, ist ein Einbringen teilnehmerrelevanten Wissens zwangsläufig und notwendig, um die mannigfaltigen Kontextualisierungen der Interaktionsteilnehmenden zu verstehen. Es gilt, zirkuläre Argumentationen sowie eigene Vorannahmen gemäß der *bucket theory of context*²⁵ (Drew & Heritage, 1992, S. 19) zu vermeiden, so weit wie möglich datengeleitet vorzugehen und ethnographisches Wissen methodisch kontrolliert einzubringen (Deppermann, 2000). Letzteres gilt vor allem für institutionelle Interaktionstypen; es ist eine fundierte Kenntnis der Institution vonnöten, um die interaktive (Re-)Konstruktion derselben zu erkennen (Arminen, 2005).

Man könnte sagen, dass spätestens die Untersuchung institutioneller Kommunikation Konversationsanalytiker/innen zur ethnographischen Erweiterung ihrer Methodik „gezwungen“ hat, denn: Die Analyse einer institutionellen Aktivität, in der institutionelle Praktiken zum Zug kommen, bleibt oberflächlich, lückenhaft und kann schlichtweg nicht aus Teilnehmerperspektive erfolgen. Ohne profundes Wissen über die Bedeutung spezifisch-institutioneller Rituale, Terminologie und Fachsprache, ungeschriebene Regeln, Interaktionstypen, die Rolle und Funktion der materiellen Umwelt etc. ist eine tiefgreifende Analyse des Interaktionsverhaltens der Teilnehmenden nicht möglich, auch wenn der sequenzielle Verlauf vielleicht mit dem traditionellen konversationsanalytischen Repertoire zu beschreiben ist²⁶ (Arminen, 2005; siehe Kap. 3.3).

²⁵ Nach der *bucket theory of context* stellt der Kontext einen festen, vorgegebenen Rahmen dar, der zur Erklärung der Teilnehmer/innenhandlungen herangezogen wird, anstatt die endogenen Dynamiken der Interaktion zu prüfen (Drew & Heritage, 1992).

²⁶ Natürlich erfordern aber auch Gespräche in alltäglichen Situationen (den methodisch kontrollierten Rückgriff auf) Analytikerwissen, sei es Wissen über die Welt, Interaktionswissen oder schlicht ausreichende Kenntnisse der in den Gesprächen verwendeten Sprache.

3.2.2 Interaktionale Linguistik

Die streng empirische Ausrichtung der Konversationsanalyse traf in der Linguistik einen Nerv: Es wurde deutlich, dass Sprache und Sprachsysteme nicht in Form reiner „Schreibtischlinguistik“ rekonstruiert werden können, dass sie vielmehr in der mündlichen Interaktion entstehen und sich wandeln, und dass ergo Sprachsystem und Sprachnutzung nicht zu trennen sind. Forschungsarbeiten an der Schnittstelle von Konversationsanalyse und Linguistik, die sich seit den 1990er Jahren mit der interaktiven Bedeutung sprachlicher Praktiken beschäftigt hatten (siehe u. a. die Beiträge in Ochs, Schegloff & Thompson, 1996) und damit genuin linguistische Forschungsfragen mit dem methodologischen Forschungsparadigma der Konversationsanalyse verbanden, fanden sich gegen Ende der Jahrtausendwende im deutschsprachigen Raum unter einem gemeinsamen Dach wieder, das Margret Selting und Elizabeth Couper-Kuhlen auf dem Gerüst entsprechender eigener und fremder Vorarbeiten (siehe u. a. die Beiträge in Couper-Kuhlen & Selting, 1996) aufbauten und als *Interaktionale Linguistik* (IL) bezeichneten. Die Autorinnen definieren die IL folgendermaßen: „Hierunter verstehen wir eine Perspektive auf die Struktur und die Verwendung von Sprache, die diese in ihrer natürlichen Umgebung erfasst, der sozialen Interaktion.“ (Selting & Couper-Kuhlen, 2000, S. 77)

Die in Kapitel 3.1 beschriebenen Prinzipien der Konversationsanalyse gelten auch für die Interaktionale Linguistik, letztere konzentriert sich aber noch stärker auf die wechselseitige Konstituiertheit von Sprache und Interaktion, sie untersucht „wie Sprache von der sozialen Interaktion geprägt wird und wie Sprache ihrerseits soziale Interaktion prägt“ (ebd., S. 78). Essenziell ist dabei ein streng interaktionaler Begriff von Bedeutung: Letztere entsteht nicht aus einer konventionalisierten, d.h. sprachsystemimmanenten Verbindung mit einer sprachlichen Form, sondern als interaktives Produkt. Ob und wie die Angabe der Semantik linguistischer Elemente angesichts der methodologisch bedingten, nur lückenhaften Sichtbarkeit interaktiv generierter Bedeutungsstrukturen mit Gesprächsanalyse vereinbar ist, diskutiert Deppermann (2011). Die *Handlungsbedeutung* einer lexikalischen Einheit in einer *Turnkonstruktionseinheit* (TKE) wird konstituiert durch ihre Behandlung durch den Gesprächspartner; „Handlungsbedeutungen sind nämlich soziale Geltungen“ und entstehen im Lauf von Interaktionsereignissen (Deppermann, 2014, S. 310). In Kapitel 6 z. B. werden lexikalische Erweiterungen der ärztlichen Eröffnungsfrage „Wie geht’s Ihnen?“ mittels Temporaladverbial ‚momentan‘ und ihre Bedeutung für die Handlungskonstitution im Sinne der responsiven Bearbeitung durch Patient/innen herausgestellt. Mit derselben Argumentationsweise werden in Arbeiten der IL prosodische Realisierungen von sprachlichen Einheiten unter die Lupe genommen, in ihrer Einbettung in den Interaktionskontext formal beschrieben und funktional, d.h. in ihrer Handlungscha-

Charakteristik und Prägung für den weiteren sequenziellen Verlauf, bestimmt.²⁷ Ein weiterer Forschungszweig, der sich an der Schnittstelle von IL und Gesprochene-Sprache-Forschung befindet, ist die interaktionale Grammatikforschung; hier steht die Verbindung zwischen der emergenten Entfaltung syntaktischer Strukturen (*Online-Syntax* nach Auer) als generelle Produktions- und Rezeptionsbedingungen der gesprochenen Sprache in ihrer Bedeutung für die Realisierung konversationeller Strukturen – v.a. dem reibungslosen Sprecherwechsel – Im Vordergrund (Auer, 2000; 2005); weiterhin werden syntaktische Konstruktionen untersucht als kontextsensitiv ausgeprägte „konstitutive Bestandteile derjenigen Aktivitäten und Gattungen, in denen sie verwendet werden“ (Günthner & Bückler, 2009, S. 1). An diesem Punkt der Untersuchung verfestigter Konstruktionen²⁸ in der mündlichen Interaktion findet sich also ihre Relevanz für die Realisierung (und rezeptive Erkennbarkeit) bestimmter Aktivitäten oder Gattungen wieder (siehe Kap. 3.2.1).

Selting und Couper-Kuhlen (2000) nennen drei Charakteristika, durch die sich der Forschungsansatz der IL auszeichnet; sie sei

- (1) *deskriptiv- und funktional-linguistisch*, da sprachliche Einheiten und ihr kontextsensitiver Zuschnitt auf allen sprachlichen Ebenen als interaktionale Ressource für die Organisation sozialer Interaktion untersucht werden;
- (2) *sprachübergreifend*, um eine Einschätzung zu ermöglichen „wie viel von einer Sprachstruktur und deren Gebrauchsweisen auf Interaktionspraktiken zurückgeführt werden kann“ (Selting & Couper-Kuhlen, 2000, S. 79) bzw. wie umgekehrt interaktionale von sprachlichen Strukturen abhängen;
- (3) *allgemeinlinguistisch*, im Sinne des übergreifenden Ziels eine Theorie zu bilden, die die strukturelle und funktionale Organisiertheit von Sprache in der Interaktion beschreibt (ebd., S. 79).

Methodisch folgt die vorliegende Arbeit v. a. dem ersten der drei Charakteristika der IL: Sprachlich-interaktive Phänomene auf der Ebene der sprachlichen Gestaltung einzelner Gesprächsbeiträge, die sich als typisch für die Organisation der HIV-Sprechstunde herausstellen, werden auf den relevanten sprachlichen Ebenen beschrieben.

3.3 Medizinische Gespräche aus gesprächsanalytischer Perspektive

3.3.1 Charakteristika institutioneller Gespräche

Angesichts des Primats informeller Alltagsgespräche basiert die konversationsanalytische Untersuchung von APG als Ausformungen institutioneller Interaktion stets auf einem expliziten oder impliziten Vergleich mit nichtinstitutionellen Gesprächstypen, die von Heritage (2006, S. 223) in Anlehnung an die Idee Goffmans

²⁷ Siehe z. B. die Arbeit von Barth-Weingarten zu prosodischen Varianten von ‚ja ja‘ (2011).

²⁸ Für grundlegende Einblicke und spezifische Erkenntnisse im Bereich Interaktionale Grammatikforschung siehe u.a. Günthner (2006b), Günthner & Imo (2006) und Imo (2007).

als eigene institutionelle Ordnung, als „institutional order of interaction“ bezeichnet wird. So unterliegt die Untersuchung von Gesprächen in institutionellen Kontexten derselben methodischen Herangehensweise, die sich für die Untersuchung von Gesprächen in privaten Kontexten bewährt hat (Heritage & Drew, 1992). Letztere werden institutionellen Interaktionsformen gegenüber also als vorgelagert betrachtet, sowohl im Leben des einzelnen Individuums als auch innerhalb einer Gesellschaft. Die größte Herausforderung in der gesprächsanalytischen Untersuchung institutioneller Kommunikation besteht wohl darin, die Relevanz des institutionellen Kontextes für identifizierte sprachlich-interaktive Phänomene zu belegen, also die Orientierung der Interagierenden zur Institution herauszustellen, ohne diese *a priori* überzubewerten. Groß & Harren (2016, S. 14f.) schreiben diesbezüglich, dass man bei der Analyse einerseits aufpassen müsse, sich den „Goldfisch“ Institutionalität nicht entwischen zu lassen, dass man ihn aber andererseits nicht zerquetschen dürfe. Identifizierte sprachliche-interaktive Phänomene sind folglich auf ihre potenzielle Alltäglichkeit gegenzuprüfen, d. h. nach Robinson (2001a) mögliche *mundane accounts* auszuschließen. Zu beachten ist weiterhin, dass sich das Oppositionspaar von Alltag und Institution zwar rein intuitiv als schlüssig erweist, jedoch analytisch nicht (immer) haltbar ist: So können Gespräche stets als auf einem Kontinuum zwischen den Extremen *Informalität* und *Institutionalität* liegend beschrieben werden (z. B. Hudak & Maynard, 2011). Aktivitäten in ärztlichen Gesprächen (wie auch in anderen institutionellen Kontexten) dienen graduell institutionellen und sozialen Funktionen (siehe auch Holmes 2000). Birkner & Meer (2011) sowie Meer (2011) gehen sogar noch einen Schritt weiter, wenn sie umgekehrt informelle Gespräche in alltäglichen Situationen (z. B. Tischgespräche in der Familie) als weitgehend institutionalisiert beschreiben. Dennoch kann man aus einer teilnehmerbezogenen Sicht die beiden Konzepte als Heuristiken aufrechterhalten und von *eher informeller* bzw. von *eher institutioneller* Interaktion sprechen.

Was zeichnet dann Interaktionsereignisse in Institutionen wie APG nun allgemein gegenüber nichtinstitutionellen Gesprächen aus? Ein institutionelles Gespräch wird konversationsanalytisch definiert als ein „particular type of social interaction in which the participants [...] orient to an institutional context“ (Arminen, 2005, S. 32). Letzteres ist also ein *label*, das ein Teil der Analyseergebnisse ist (Groß & Harren, 2016). Dass interaktive Ressourcen und Praktiken in der institutionellen Kommunikation auf die spezifischen Anforderungen und Ziele der Institution ausgerichtet und in sie eingebettet sind, wurde für institutionelle Gespräche unterschiedlichster Art, u. a. für medizinische Gespräche, bereits eingehend beschrieben (z. B. Robinson, 2001, 2006; Spranz-Fogasy & Lindtner, 2009).

Interaktionstypübergreifend stellte man systematisch auftretende Spezifika institutioneller Gespräche in Form spezifischer Ressourcen und Beschränkungen

fest: Beispielsweise zeigen institutionelle Gespräche häufig eine Orientierung der Interagierenden an institutionellen Rollen, etwa mittels Ungleichverteilung der Partizipationsrechte und -pflichten in spezifischen Aktivitäten. Auch institutionsrelevantes Wissen und organisationale Eigenschaften der Institution sind diesbezüglich zu nennen, die sich auf der Gesprächsoberfläche an einer spezifischen Ordnung und teilnehmerbezogenen Zuweisung von Gesprächsbeiträgen, an ihrer Länge sowie an den Gesprächsinhalten festmachen lassen (Arminen, 2005). Ebenfalls typisch sind eine selektive Reduktion der Bandbreite konversationeller Praktiken sowie eine Fokussierung auf spezifische Aktivitäten.

Als allgemeine Merkmale institutioneller Interaktion nennen Drew & Heritage (1992) die folgenden:

- (1) Institutionelle Interaktion beinhaltet eine Orientierung von mindestens einem Teilnehmer hin zu einem Ziel, einer Aufgabe, einer Identität; die Autoren sprechen hier von *goal orientations*. Sie betonen, dass einzelne Praktiken und Aktivitäten lokal von einer globalen Orientierung hin zur Institution abweichen können.
- (2) Institutionelle Interaktion beinhaltet spezifische Beschränkungen hinsichtlich und innerhalb ihrer Aktivitäten, die sich u. a. durch mehr oder weniger starke Geformtheit in sequenziellen Mustern, in einzelnen Gesprächsbeiträgen oder im Erscheinen oder Nichterscheinen spezifischer Gesprächsbeiträge ausdrücken.
- (3) Institutionelle Interaktion ist konstituiert durch inferentielle Rahmen und Prozeduren, die spezifisch für diesen institutionellen Kontext sind. Interagierende tendieren zu institutionenspezifischen Schlussfolgerungen; Äußerungen des/der Gesprächspartner/in werden zum Teil anders behandelt als in informellen Gesprächstypen.

„[S]ocial institutions *in interaction*“ (Heritage, 2006, S. 223) zeigen sich also anhand spezifischer Abweichungen von informellen Gesprächen; es kann aber auch sein, dass Interaktionsmuster eine neue, institutionelle Verwendung finden. Möglich ist dies auf allen Ebenen des Gesprächs (ebd., S. 225):

- Im Sprecherwechselsystem: Beispielsweise hebt sich das Sprecherwechselsystem in der Unterrichtskommunikation (z. B. Harren, 2015) vom Sprecherwechselsystem in informeller *face-to-face*-Interaktion dadurch ab, dass es durch die Lehrkraft reguliert wird. Das Sprecherwechselsystem in APG unterscheidet sich dagegen nicht von dem in alltäglichen Gesprächstypen.²⁹
- In der allgemeinen Makro-Struktur der Gespräche: APG weisen wie auch andere institutionelle Gesprächstypen (z. B. Gespräche vor Gericht) eine mehr oder weniger starre Aktivitätenabfolge auf, die häufig handlungslgisch begründet ist. Beispielsweise kann die Aktivität der Therapieplanung

²⁹ Heritage (2006) weist darauf hin, dass eine deutliche teilnehmerbezogene Asymmetrie in sequenzinitiierenden und sequenzresponsiven Gesprächshandlungen eine Konsequenz der Aufgabenorientiertheit und kein Merkmal eines besonderen Sprecherwechselsystems ist.

erst erfolgen, wenn diagnostisch feststeht, um welche Erkrankung es sich handelt (Robinson, 2003). Das Vorkommen spezifischer Aktivitäten in der HIV-Sprechstunde richtet sich u.a. danach, ob ein Patient Beschwerden äußert. Falls dies nicht der Fall ist, sieht die Makro-Struktur der Routine-sprechstunde obligatorische Routineaktivitäten (v.a.: die Mitteilung der Blutwerte) vor (siehe Kap. 7).

- In der Sequenzorganisation: In institutionellen Gesprächen kommen manche Sequenztypen häufiger vor als in informellem Sprechen. Ein Beispiel hierfür ist die Aktivität ‚Beschwerdenexploration‘ im APG, die vor allem durch Sequenzen ärztlicher Fragen und patientenseitiger Antworten konstituiert ist. Alltags-interaktionale Sequenzen erscheinen zudem bisweilen im institutionellen ‚Gewand‘ durch spezifische Inferenzrahmen.
- In der Gestaltung der einzelnen Gesprächsbeiträge (*turn design*), also: Welche Gesprächshandlungen werden ausgeführt und welche Praktiken werden hierfür verwendet? Birkner (2014) fand beispielsweise in einem Vergleich krankheitsbiographischer Interviews mit APG, dass sich patientenseitige Krankheitsnarrative und die Versprachlichung hierin enthaltener subjektiver Krankheitstheorien auf signifikante Weise zwischen den Gesprächstypen unterscheiden.
- In der Auswahl bestimmter lexikalischer Einheiten: Hier gibt es zahlreiche Unterschiede zwischen nichtinstitutionellen und institutionellen Interaktionstypen, die von der Adressierung des Gesprächspartners/der Gesprächspartnerin (duzen oder siezen, Verwendung des Vornamens oder Nachnamens) über die Verwendung institutioneller vs. informeller Referenzausdrücke (z. B. ‚Studierende‘ vs. ‚Studis‘) bis hin zu Selbstreferenzen (‚ich‘ vs. institutionelles ‚wir‘) reichen. Die Verwendung von Fachterminologie und Vermittlungssprache durch Institutionenvertreter/innen gehört ebenfalls dazu (u. a. Brüner, 2011).
- Im Auftreten epistemologischer (und anderer Formen von) Asymmetrie: Während Asymmetrien in informellen Interaktionsformen, z. B. in Bezug auf die Beteiligung der einzelnen Interagierenden im Gespräch, i. d. R. zeitlich begrenzt oder aktivitätsbezogen sind, stellen sie in institutionellen Gesprächen häufig ein übergreifendes Merkmal dar. Verschiedene Formen von Asymmetrie im APG, die eng mit der Konstruktion einer Experten/Laien-Beziehung verknüpft ist, werden unten noch eingehender beschrieben.

Diese Charakteristika institutioneller Interaktion zeigen sich auf vielfältige Weise in Aktivitäten, sequenziellen Dynamiken und Handlungscharakteristika der untersuchten HIV-Sprechstunden.³⁰ Ihre Aufgabenorientiertheit zeigt sich beispielsweise am obligatorischen Vorkommen der Aktivität ‚Mitteilung der Blutwerte‘, die z. T. auch durch Patient/innen eingefordert wird (siehe Kap. 7). Ein Beispiel für einen spezifisch institutionell-inferentiellen Rahmen, an dem sich Ärzt/in und/oder Patient/in orientieren, stellt die patientenseitig-responsive sowie die ärztliche nachfolgesequenzinitiierende Weiterbearbeitung der ärztlichen Eröff-

³⁰ Konkretisiert und veranschaulicht werden soll dies an passender Stelle in den Kapiteln 5 bis 8.

nungsfrage vom Typ ‚Wie geht’s Ihnen?‘ dar. Diese eröffnet trotz sprachlicher und prosodischer Identität mit der routinierten Befindensfrage aus informellen Gesprächen einen medizinisch-zweckorientierten Inferenzrahmen (siehe Kap. 6.2.1).

Die Aufgabe für gesprächsanalytische Untersuchungen, die sich institutionellen Interaktionstypen wie APG widmen, besteht allgemein nicht nur darin, spezifische kommunikative Handlungsmuster zu identifizieren, sondern auch die Verwendung von Praktiken in der jeweiligen Aktivität mit Hinblick auf ihre lokale Funktion zu analysieren und zu zeigen, dass und wie Interagierende sich an institutionsspezifischen Ressourcen und Beschränkungen orientieren (Arminen, 2005). Das Ergebnis einer umfassenden Untersuchung verschiedener sprachlich-interaktiver Phänomene ist dann die Identifikation des individuellen Fingerabdrucks des jeweiligen institutionellen Interaktionstyps (Heritage & Greatbatch, 1991, S. 95).

3.3.2 Medizinische Gesprächsanalyse

Im Zuge der ersten Hochphase konversationsanalytischer Arbeiten zur Untersuchung des institutionellen sozialen Handelns wuchs rasch das Interesse an Gesprächen in medizinischen Kontexten. Diese haben sich bis heute zu einem der prominentesten Untersuchungsobjekte entwickelt, was angesichts der zuvor bereits vorhandenen z. B. psychologischen Forschungsansätze zu Arzt/Patient-Kommunikation sowie angesichts vielfältiger Anwendungsbezüge nicht verwundert.³¹ Gesprächsanalytische Arbeiten zu Interaktionen im medizinischen Bereich stellen mittlerweile ein Schwergewicht innerhalb der gesprächsanalytischen Forschungslandschaft dar. Einschlägige Forschungsarbeiten entstanden dabei ab den späten 1970er Jahren u. a. im angloamerikanischen Raum (Byrne & Long, 1976; Frankel, 1984; Atkinson & Heath, 1981), in den Niederlanden (ten Have, 1989; 1991) und in Deutschland (Spranz-Fogasy, 1987). Gesprächsforschung über APG erfolgte im deutschsprachigen Raum weiterhin im Rahmen der funktionalen Pragmatik und Diskursanalyse (Ehlich, Koerfer, Redder & Weingarten, 1989; Rehbein & Löning, 1993; Redder & Wiese, 1994).³²

In Anwendung des streng empiriebasierten Methodenkanons der Gesprächsanalyse beschreitet man bei der Untersuchung medizinischer Gespräche vor allem deskriptive Pfade und ermöglicht auf diese Weise die Identifikation von Gesprächstypen, kommunikativen Aufgaben und Aktivitäten sowie spezifischen

³¹ Einen Überblick über bereits vorhandene bzw. sich parallel entwickelnde soziologische und psychologische Forschungsansätze und entsprechende methodische Zugänge zur Untersuchung von APG, u.a. mittels Kodiersystemen wie dem *Roter Interaction Analysis System* (RIAS) (Roter & Larson, 2002), geben Heritage & Maynard (2006).

³² Ich verwende den Begriff *medizinische Gesprächsforschung* subsummierend für alle pragmatischen Herangehensweisen an APG. Der Begriff *medizinische Gesprächsanalyse* wird zur Bezeichnung von soziologischen und linguistischen methodischen Ansätzen verwendet, die sich in der Tradition von KA und IL bewegen.

sprachlich-interaktiven Verfahren. Die Ziele der medizinischen Gesprächsanalyse sind im Sinne des konversationsanalytischen Forschungsparadigmas die feingliedrige Dokumentation sozialer Praktiken von Gesprächsteilnehmer/innen, die innerhalb medizinisch-institutioneller Kommunikations-situationen spezifische Aufgaben interaktiv lösen. Zentral hierbei ist die Annahme, dass Aktivitäten durch alle Beteiligten gemeinsam bearbeitet werden und der spezifische medizinisch-institutionelle Charakter des Gesprächs gemeinsam hergestellt wird. Letzterer manifestiert sich auf verschiedenen Ebenen des Gesprächs mit allgemeinen gesprächsorganisatorischen Merkmalen als hierarchisch größte Untersuchungsebene, über die Betrachtung einzelner Aktivitäten innerhalb der Gesprächsphasen und typischen Sequenzen aus Gesprächshandlungen, die innerhalb dieser ablaufen, bis hin zu der sprachlichen Gestaltung einzelner Gesprächsbeiträge (Heritage & Maynard, 2006; Gill & Roberts, 2013). Die interaktive Emergenz als konstitutive Eigenschaft von Gesprächen zeigt sich in vielen medizinischen Gesprächen (etwa zwischen Arzt und Patient) in der gemeinsamen Orientierung hin zu Asymmetrien in (Fach-) Wissen, Gesprächsrechten und -pflichten sowie sozialen Identitäten.

Schon früh stand der Anwendungsbezug für die medizinische Praxis im Vordergrund; so wurde u. a. das Potenzial gesehen, aus feingliedrigen Analysen medizinischer Gespräche Leitlinien für die medizinische Ausbildung entwickeln zu können. Ausgangspunkt für die Beurteilung von Gesprächspraktiken aus Anwendungsperspektive war und ist dabei – mal mehr, mal weniger explizit – Kritik an der gängigen medizinischen Praxis, an Machtasymmetrien zwischen Ärzt/innen und Patient/innen sowie an Verstehenshürden aufgrund unterschiedlicher Jargons und Wissensvoraussetzungen. Auch in Untersuchungsfelder der KA passte der neue Bereich insofern hinein, als man zunehmend daran interessiert war, herauszufinden, wie konstitutive Merkmale informeller Kommunikation verändert werden, um spezifische institutionelle Aufgaben zu lösen und wie Teilnehmer sich an institutionellen Identitäten orientieren (Drew & Heritage, 1992; Gill & Roberts, 2013).

Im Zentrum des Forschungsinteresses der medizinischen Gesprächsanalyse steht das klassische Zusammentreffen zwischen Arzt und Patient in der ärztlichen Praxis. Es macht einen Großteil des beruflichen Alltags von Ärzt/innen aus und ist der unmittelbare Anknüpfungspunkt für jedermann an die Welt der Medizin.³³ Neben APG wurden bis heute eine Vielzahl anderer medizinischer Gesprächstypen untersucht: U. a. stehen Interaktionen in klinischen Settings im Forschungsfokus, in denen typische Aktivitäten des akutmedizinischen Gesprächs eigene Interaktionstypen ausformen können, so z. B. das Anamnese- oder das Aufklärungsgespräch (Lalouschek, 2002; Busch & Spranz-Fogasy, 2015). Weiterhin wurden intradisziplinäre Gespräche zwischen medizinischen Professionellen untersucht

³³ Zu Aktivitäten und Abläufen im akutmedizinischen APG siehe Kapitel 5.

(Uhmann, 2010). Angesichts dessen, dass medizinisch-institutionelle Interaktionsformen nicht unbedingt in typisch medizinischen Institutionen stattfinden müssen, bewegt man sich mittlerweile auch außerhalb von Praxis- oder Klinikgrenzen, beispielsweise gehören Gespräche zwischen Pflegekräften und Klient/innen im häuslichen Setting in den Untersuchungsbereich (z. B. Matic, Hanselmann & Kleinberger, 2016). Jenseits des Zusammentreffens zwischen Ärzt/innen und Patient/innen in allgemein- oder fachmedizinischen Kontexten gehören zum Forschungsbereich ‚medizinische Gespräche‘ auch Gespräche, die nicht kurative Funktionen haben, z. B. Aufklärungsgespräche mit dem Ziel der Krankheitsprävention (Pech, 2016) sowie mediale Formate des Zusammentreffens zwischen medizinischen Institutionenvertreter/innen und Laien zum Zweck des „Infotainments“ (Brünner, 2011). Das Forschungsinteresse der medizinischen Gesprächsanalyse ist bis heute in vielfältige assoziierte und benachbarte kommunikative Bereiche expandiert; so gibt es nicht nur Forschungsarbeiten zu Gesprächen in verschiedenen medizinischen Disziplinen, sondern auch zu kommunikativen Spezifika in Gesprächen in der Psychotherapie (Stresing, 2009; Peräkylä, 2013; Birkner & Burbaum, 2016) und in der Hörgeräteberatung (Egbert, 2016). Das Forschungsfeld innerhalb der soziologischen Konversationsanalyse bzw. der linguistischen Gesprächsanalyse ist dermaßen „explodiert“, dass Gill & Roberts (2013, S. 575) von *medical CA* sprechen, und so nicht nur die große Bedeutung innerhalb der gesprächsanalytischen Forschung, sondern auch die starke Verbundenheit von Forschungsgegenstand und Forschungsmethode herausstellen. In Analogie hierzu spreche ich von *medizinischer Gesprächsanalyse*, um auf die Gesamtheit (angewandt) linguistischer und soziologischer gesprächsanalytischer Ansätze zur Untersuchung medizinischer Kommunikation zu referieren.

Die genannten vielfältigen medizinfachlichen Bereiche und hiermit einhergehenden unterschiedlichen Konstellationen an Gesprächsteilnehmer/innen und Gesprächstypiken konstituieren zugleich unterschiedliche zentrale Forschungsstränge der medizinischen Gesprächsanalyse. Deutlich wird, dass Gespräche zwischen medizinischen Institutionenvertreter/innen und Klient/innen bzw. Patient/innen kein einheitlicher Untersuchungsgegenstand sind, sondern dass sie bei teilweise übergreifenden handlungslogischen Übereinstimmungen (wie das Vorkommen diagnostischer Aktivitäten in verschiedenen Typen von Gesprächen zwischen medizinischen Institutionenvertreter/innen und Klient/in oder Patient/in) ausdifferenziert sind in verschiedene Interaktionstypen, in denen Interagierende unterschiedliche Beteiligungsformen ausüben können. Gill & Roberts (2013, S. 578) nennen mit Bezug auf existierende medizinisch-gesprächsanalytische Forschungslinien folgende Gesprächstypen:

- a) APG in vielfältigen medizinischen Fachbereichen mit unterschiedlichen Patientengruppen, in denen die Hauptaktivitäten aus Evaluierungs-, Diag-

- nose- und Planungsaktivitäten hinsichtlich Erkrankung und Therapie bestehen (siehe auch Busch & Spranz-Fogasy, 2015);
- b) Gespräche zwischen Patient/innen/ oder Klient/innen und weiteren medizinischen Akteuren aus verschiedenen Fachbereichen, in denen die Hauptaktivitäten aus Beratung, Assessment, Therapiedurchführung und Informieren bestehen, z. B. Gespräche in der optometrischen Beratung (Webb et al., 2013) oder in der Hörgeräteberatung (Egbert, 2016). Im Bereich HIV existieren Studien aus der AIDS-Beratung (Peräkylä, 1995) und zu Gesprächen zwischen Apothekern und HIV-Patient/innen in einem klinischen Setting in Südafrika (Watermeyer & Penn, 2009a; 2009b);
 - c) Gespräche zwischen medizinischen Professionellen, z. B. in Teambesprechungen oder im Operationssaal (z. B. Uhmann, 2010).
 - d) Zu diesen von Gill & Roberts (2013) genannten Dimensionen kommen Gespräche medial vermittelter Medizinkommunikation hinzu, beispielsweise Informationssendungen im Fernsehen, in denen – z. B. in Talkshows – Ärzt/innen als medizinische Expert/innen auf Interviewpartner/innen und/oder ein Laienpublikum stoßen. Letztere Interagierendengruppen treten nicht unbedingt als Patient/innen in Erscheinung. Hier steht meist die Vermittlung medizinischen Wissens im Vordergrund, die mittels Veranschaulichungsverfahren unterschiedlicher Art (Brünner & Gülich, 2002; Brünner, 2011) erfolgt und die den öffentlichen Medizindiskurs mitkonstituiert.

Die vorliegende Untersuchung sprachlich-interaktiver Besonderheiten der HIV-Sprechstunden ist unter Punkt a) einzuordnen, hier zeigt sich als ein gemeinsamer Nenner mit APG anderer Fachbereiche das Auftreten gemeinsamer Aktivitäten (z. B. Therapieentscheidungen; siehe Kap. 8). Allein in dieser Kategorie a) ergibt sich aus der Heterogenität der medizinischen Fachbereiche, spezifischer Krankheitsbilder sowie der unterschiedlichen Patientengruppen eine große Vielschichtigkeit an Aufgaben und Aktivitäten, dies wird in Kapitel 5 vertieft behandelt. Zudem finden sich erweiterte Teilnehmerkonstellationen in ärztlichen Gesprächen in der Pädiatrie (Schwabe, 2006; Winterscheid, 2015) sowie in Gesprächen mit Dolmetscherbeteiligung (Sator & Gülich, 2013), die durch Modifizierungen der Beteiligungsdynamik und zusätzliche interaktive Schleifen zur Verständnissicherung geprägt sind. Auch die Verschiebung von Gesprächszwecken und -zielen in Folge von „Auslagerung und Serialisierung“, z. B. in Diagnosegesprächen, sorgen dafür, dass in unterschiedlichen Typen von APG einzelne Aktivitäten stärker heraustraten und andere wegfallen (Busch & Spranz-Fogasy, 2015, S. 348). Insgesamt existieren eine Vielfalt ärztlicher Gesprächstypen der Kategorie a), die sich nach Spranz-Fogasy (2005, S. 20) vor allem hinsichtlich der Faktoren ‚Institution‘ (hier: wo findet das Gespräch statt), ‚Gesprächspartner/innen‘ und primären ‚Aufgabenstellungen‘ (Anamnese, körperliche Untersuchung u. a.) unterscheiden (näher dazu, Kap. 5.1). Als fünf zentrale Aspekte, die dagegen allen Gesprächen zwischen medizinischen Institutionenvertreter/innen und Klient/innen oder

Patient/innen gemein sind bzw. diese prägen, nennt Deppermann (2007, S. 53) die folgenden:

- Institutionelle Rahmenbedingungen, z. B. der rechtliche Aspekt der Aufklärungspflicht des Arztes gegenüber Patient/innen;
- Fachlichkeit: Patient/innen suchen Ärzt/innen aufgrund ihrer medizinischen Expertise auf, woraus im Gespräch spezifische Erfordernisse der Gesprächsführung erwachsen. Die Fachlichkeit der ärztlichen Tätigkeit im Gespräch ist eng verknüpft mit dem nächsten Aspekt, nämlich mit
- Asymmetrien zwischen den Beteiligten auf verschiedenen Ebenen, z. B. hinsichtlich Wissen, Betroffenheit, Gesprächsbeteiligung (siehe Kap. 3.3.3).
- Zielbezug: Als institutionelle Gesprächstypen sind sie einem „gesprächs-transzendenten Handlungszweck gewidmet“ (ebd., S. 55).
- Vertrauensbedingungen: Das patientenseitige Vertrauen in den Arzt ist unbedingte Voraussetzung für den Erfolg des therapeutischen Prozesses; Patient/innen müssen bereit sein, intime Informationen preiszugeben, damit Ärzt/innen einen vollständigen Einblick in das Krankheitsgeschehen bekommen.

Mittels gesprächsanalytischer Vorgehensweise können Muster sprachlich-interaktiven Handelns identifiziert und für Mediziner/innen bewusst gemacht werden. Eine vorsichtige normative Annäherung an auf diese Weise gewonnene Erkenntnisse im Rahmen einer angewandt-gesprächsanalytischen Perspektive kann in Abgleich mit expliziten und impliziten Setzungen interaktionsspezifischer (ärztlicher sowie patientenseitiger) Ziele erfolgen (vgl. Groß & Harren, 2016), sie öffnet zudem den Blick auf potenzielle kommunikative Fallstricke beim Aufeinandertreffen der *Stimme der Medizin (voice of the medicine)* und der *Stimme der Lebenswelt (voice of the lifeworld)* (Mishler, 1984). Das Offenlegen von Zusammenhängen zwischen verschiedenen ärztlichen Stilen der Gesprächsführung und gesprächsexternen Variablen (z. B. die Zufriedenheit von Patient/innen) ist dann ein nächster Schritt, der über gesprächsanalytische Methoden hinausgeht, aber auf ihnen fußt. Aus angewandter Perspektive (Brünner, Fiehler & Kindt, 2002) kann die medizinische Gesprächsanalyse in letzter Konsequenz dazu beitragen, kontextsensitive Gesprächsstrategien für medizinische Professionelle zu entwickeln, die Patientenbeteiligung, Zufriedenheit mit der wahrgenommenen Gesprächsführung als auch das Erreichen medizinischer Standards (z. B. das Vermeiden unnötiger Medikamentengaben) steigern können.

3.3.3 Arzt/Patient-Gespräche als Experten/Laien-Interaktion

Als konstitutive Aspekte institutioneller Gespräche wurden oben die gemeinsame Orientierung der Beteiligten an institutionellen Rahmenbedingungen und Zielen sowie an den im Gespräch zu Trage tretenden sozialen Identitäten der Gesprächsteilnehmer/innen herausgestellt. In zahlreichen institutionellen Gesprächen wie

auch in den vorliegenden APG sind diese durch eine institutionell legitimierte medizinfachliche Expertise des Institutionenvertreters geprägt, aufgrund derer ein/e Klient/in, Kund/in oder eben ein/e Patient/in das Gespräch aufsucht. Während der Gesprächsort, die Gesprächsumstände (u. a. Zugangshürden durch Terminvereinbarung) und das Erscheinungsbild der Institutionenvertreter/innen materielle Vorprägungen einer asymmetrischen Gesprächsbeziehung darstellen, wird aus gesprächsanalytischer Perspektive die Relevanz des sozialen Anpruchs³⁴ von Expertise betont, auf dessen Grundlage Expert/innen im (institutionellen) Gespräch mit Laien agieren. Neben im Gespräch hervortretenden Wissensasymmetrien bzw. der Anerkennung der ärztlichen Wissensautorität ist das sich im Gespräch konstituierende und manifestierende Experten/Laien-Verhältnis zwischen Arzt und Patient in weiten Teilen geprägt durch eine initiale Gesprächsführung der Arztes, durch komplementäre Beteiligungsrollen und deontische Rechte und Pflichten, insgesamt also durch verschiedene Formen von Asymmetrie (u. a. Enfield, 2011; Pilnick & Dingwall, 2011; Groß, 2015). Dies muss in der Analyse aber jeweils herausgearbeitet werden: „Ein zentrales Anliegen gesprächsanalytischer Untersuchungen zu Arzt-Patient-Gesprächen ist die Frage, wie sich die zweifellos vorhandene Asymmetrie der Beteiligten hinsichtlich Krankheitswissen und -erleben wie auch hinsichtlich interaktiver Handlungsmacht in gesprächsspezifischen Handlungen ausdrückt.“ (Spranz-Fogasy & Schöffler, 2012, S. 1) Für jedes APG ist also kleinschrittig herauszufinden, wie sich das Experten/Laien-Verhältnis zwischen Arzt und Patient im Gespräch ausprägt und an welchen Stellen dieses gegebenenfalls aufgebrochen wird.

3.3.3.1 Wissensasymmetrien in Arzt/Patient-Gesprächen

Es sind im Besonderen divergierende Wissensbestände in Bezug auf die fachmedizinische Domäne, aufgrund der die Gesprächsbeziehung von Arzt und Patient als Experten/Laien-Verhältnis beschrieben wird, als Interaktionsform also, in der unterschiedliche (fachliche) Wissensbestände in vielfältigen Formen zu medizinisch-institutionellen Gesprächszwecken verhandelt werden. Aus kognitionswissenschaftlicher Perspektive zeichnen sich Expert/innen (lat. *Expertus*: <erfahren, kundig>) dadurch aus, dass sie in einer durch Spezialisierung gekennzeichneten Wissenswelt als Sachverständige Fachwissen zu einem bestimmten Gebiet besitzen und auf Grundlage dieses Wissens in Situationen, die entsprechendes Fachwissen erfordern, agieren und interagieren können.³⁵ In einem gesprächsanalyti-

³⁴ Durch die Notwendigkeit der sozialen Zuschreibung von Expertise wird zudem deutlich, dass Expertise ein relationales Konstrukt ist, also nur in Abgrenzung zum Laientum existiert. *Expertise* wird synonym zu *Expertise-in-Interaktion* verwendet und beinhaltet alle im Folgenden beschriebenen Dimensionen. Der Begriff *Expertentum* wird verwendet, um den sozialen Status als Experte hervorzuheben.

³⁵ Kognitionswissenschaftliche Definitionen von Expertise beinhalten immer den Verweis auf ein außerordentliches Maß fachbezogenen Wissens und Leistung (Chi, Glaser & Farr, 1988).

schen Zugang an den Untersuchungsgegenstand ‚Arzt-Patient-Gespräch‘ wird das Fachwissen des Experten in erster Linie als Fachwissen-in-Interaktion begriffen. Das Gespräch zwischen Experte und Laie ist nach dieser Auffassung nicht bloß eine Manifestationsfläche für Fachwissen, es ist vielmehr notwendige Entstehungsbedingung. Anders gesagt: Fachwissen ist auf der Gesprächsoberfläche gleichermaßen als interaktiver Herstellungsprozess und Herstellungsergebnis identifizierbar (siehe u. a. Beckers, 2012).³⁶ Wissensdivergenzen bleiben im Gespräch zwischen Arzt und Patient also i. d. R. nicht im Hintergrund, sondern zeigen sich auch auf der Gesprächsoberfläche in einer gemeinsamen Hervorbringung dieser Wissensasymmetrie. Tatsächlich „monitoren“ Gesprächsteilnehmer/innen³⁷ stets das Relevantsetzens eigenen Wissens in Bezug zu dem (zugeschriebenen) Wissen des anderen. Während der Beschwerdenexploration beispielsweise (siehe Kap. 5.2.7) setzen Patient/innen vorwiegend ihr biographisches Wissen und Körperwissen ein, um anamnestische Fragen zu beantworten; Ärzt/innen ziehen dagegen insbesondere ihr kategorial-medizinisches Wissen heran, um zielführende Fragen zu stellen und aus den Angaben des Patienten diagnoserelevante Schlüsse ziehen zu können (vgl. Brünner, 2009). Es herrscht also eine funktionale Passung zwischen Teilnehmerkategorie (*membership category*‘ nach Sacks, 1972) und Wissensinhalt in Bezug auf gesprächstypische Aktivitäten.³⁸ Dabei erwarten HIV-Patient/innen nicht nur einen hohen Grad an Expertenwissen von ihren behan-

Expertise zeichnet sich aber nicht nur durch ein Mehr an bereichsspezifischem Wissen aus, man geht zudem davon aus, dass dieses qualitativ anders strukturiert ist. Psychologische Studien zu medizinischer Expertise zeigen beispielsweise, dass Medizinstudierende auf dem Weg vom medizinischen Laien (oder besser: vom Novizen) zum Arzt verschiedene Phasen der mentalen Repräsentation des medizinischen Lernstoffes von einer eher fragmentarischen zu einer holistischen Repräsentation durchlaufen und dass erfahrene Ärzt/innen durch Erfahrungswissen noch effektiver auf relevante Wissensbestände zugreifen können, da dieses einen höheren Grad der Vernetztheit und Kohärenz aufweist (Boshuizen & Schmidt, 1992).

³⁶ Die Auffassung von Wissen als etwas, das nicht von einer Person „besessen“ wird, sondern das vielmehr Interaktion als Ausdrucks- und Entstehungsbedingung benötigt, erscheint bei der Betrachtung von Expertenwissen zunächst etwas widersprüchlich, da dieses untrennbar mit individuellen Leistungen verbunden ist: Ein Arzt hat doch auch medizinisches Fachwissen, wenn er sich gerade nicht im Gespräch mit einem Patienten bzw. einem medizinischen Laien befindet! Die rein individuelle, kognitive Komponente von Expertise soll im Sinne eines gemäßigt-konstruktivistischen Ansatzes nicht negiert werden: Auch bei der Herausstellung kommunikativer Prozesse der Wissenskonstitution ist neben der interaktiven Ebene auch immer der individuelle Beitrag der Interaktionspartner zur Wissenskonstitution zu berücksichtigen. Die separate Analyse individueller Wissensbeiträge ist keineswegs ausgeschlossen: Medizinische Kategorien und Schlussschemata, Faktenwissen und Handlungsroutinen zeigen sich auf inhaltlicher sowie auf sprachlich-interaktiver Ebene in den Äußerungen der Interaktanten und sind so auch als Produkte individueller kognitiver Leistungen nachvollziehbar (Bergmann & Quasthoff, 2010).

³⁷ Auch in nicht-institutionellen Gesprächen.

³⁸ Ariss (2009, S. 908) formuliert den Bezug zwischen Wissensasymmetrie und Teilnehmerkategorie folgendermaßen: “Asymmetry of knowledge does not simply relate to knowing or not knowing. Participants in consultations also display normative entitlements to knowledge which are related to their identities in the interaction.”

delnden Ärzt/innen, die Zuschreibung ebendessen scheint auch mit höheren Adhärenzraten einherzugehen (Guenter et al., 2010).³⁹

Unterschiedliche Wissensarten werden dabei nicht nur aus Forscherperspektive als professionell oder als laienhaft angesehen, sondern von den Interagierenden selbst als solche behandelt und als unterschiedlich adäquat für die jeweils aktuell ablaufende Gesprächsaufgabe konstituiert. Heath (1992) beispielsweise zeigt für allgemeinmedizinische Diagnosemitteilungen, dass Patient/innen selbst zwischen ihrem eigenen Verständnis ihrer Erkrankung und der professionellen Diagnose unterscheiden.

Die Orientierung an den übergreifenden epistemischen Status der Interagierenden Arzt und Patient in Bezug auf teilnehmerspezifische (also z. B. fachmedizinische vs. körperbezogene und biographische) Wissensbereiche (Heritage & Raymond, 2005) bringt entsprechende epistemische Positionierungen der Gesprächspartner/innen gegenüber relevant gesetzten Wissensinhalten hervor. Konstitutiv für medizinische Expertise ist das Einnehmen einer epistemisch sicheren Haltung in Bezug auf fachbezogene Wissensinhalte. Patient/innen orientieren sich an einem gesprächsübergreifenden epistemischem Status (*epistemic status*) des Arztes/der Ärztin bezüglich fachmedizinischer Wissensinhalte (Heritage, 2012a; 2012b; 2013),⁴⁰ etwa wenn sie ihm/ihr die diagnostische Kategorisierung der geäußerten Beschwerden überlassen und diese nicht offen anzweifeln. Zum anderen zeigen sie lokal eine entsprechend unsichere epistemische Haltung gegenüber entsprechenden Wissensinhalten (*epistemic stance*), beispielsweise verwenden sie bei der Äußerung eigener laendiagnostischer Überlegungen Unsicherheitsmarker wie Heckenausdrücke und *verba sentiendi/verba cogitandi* (Gill & Maynard, 2006; Birkner & Vlassenko, 2015).

Das Beanspruchen von Rechten auf und Zugang zu Wissen wird von Heritage beschrieben als epistemischer Gradient (*epistemic gradient*), auf dem die Interagierenden Arzt und Patient zumeist komplementäre Positionen einnehmen: Während Ärzt/innen sich als wissend (*knowing*; K+) in Bezug auf biomedizinische Aspekte einer Erkrankung verhalten, zeigen Patient/innen – z. T. explizit – ein *display* von Nichtwissen (*unknowing*, K-). Epistemische Gradienten können bei ähnlichem Wissen flach sein und umgekehrt steil, wenn große Wissensdifferenzen zwischen den Interagierenden vorliegen.

³⁹ Guenter et al. (2010) kamen in einer inhaltsanalytischen Untersuchung von Interviews zu dem Schluss, dass die Patient/innen nicht nur fachmedizinische Expertise von ihren Ärzt/innen erwarteten, sondern auch Wissen über rechtliche Angelegenheiten im Zusammenhang mit HIV/AIDS (z. B. über die Beantragung von staatlichen Leistungen) sowie ethisch-moralische Kompetenzen.

⁴⁰ Zuvor stellten bereits Labov & Fanshel (1977), C. Goodwin (1979), Pomerantz (1980) und Kamio (1995) die Relevanz epistemischer Territorien für die Handlungsgestaltung und sequenzielle Dynamik alltäglicher Gespräche heraus.

Der folgende Ausschnitt aus dem vorliegenden Gesprächskorpus, in welchem eine Ärztin einem Patienten die aktuellen HIV-spezifischen Blutwerte mitteilt, zeigt exemplarisch, dass die lokale Konstruktion von Wissen(sdifferenzen) und Wissenszuschreibungen omnipräsent ist und diese auch misslingen kann.

Ausschnitt 3-1: Wissensaushandlungen während der Mitteilung der Blutwerte, F-1107-AP, Ärztin G, 176-181 Sekunden.

01 A: hundertsechzig koPIen?
02 zuvor waren_s zwOhunderSECHzig,
03 P: was (.) was Is nochma das mit den koPIen?

Durch das Informieren über die aktuelle (Z. 01) und die vorhergehende Anzahl (Z. 02) der Viruszellen im Blut, auf die sie mit ‘Kopien’ referiert, beansprucht die Ärztin die alleinige Wissenshoheit über die Testergebnisse. Mit der Aktivität kommt sie der für HIV-Sprechstunden typischen Gesprächsaufgabe nach, den Patienten darüber zu informieren und positioniert ihn als K-. Dadurch, dass die Ärztin den Begriff ‘Kopien’ verwendet, ohne ihn zu erklären und dadurch, dass sie die diagnostische Bedeutung der mitgeteilten Virusanzahl nicht erläutert, schreibt sie dem Patienten allerdings mit ihr vergleichbare Wissensvoraussetzungen zu der verwendeten Terminologie zu (K+). Diese Annahme erweist sich als falsch: Der Patient stellt eine Nachfrage zur Referenz des Terminus in Zeile 03, positioniert sich hierdurch als K- und etabliert einen steileren epistemischen Gradienten.

Für medizinisch-kommunikative Ziele des ärztlichen Gesprächs ist bisweilen die Vermittlung fachmedizinischer und weiterer Wissensbereiche⁴¹ vonnöten; die Verständigungsarbeit zwischen den Interagierenden gilt als konstitutives Merkmal von APG. Der Wissenstransfer erfolgt dabei in beide Richtungen: Ärzt/innen müssen beispielsweise alltagsweltliche Symptomdarstellungen in medizinische Kategorien transformieren. Weiterhin vermitteln sie Teile ihres medizinischen Expertenwissens⁴² zum Zweck gesprächstypischer Aufgaben, z. B. bei der

⁴¹ Folgende Wissensbereiche können als relevant (in Teilen nicht nur) für institutionelle Gespräche zwischen Ärzt/innen und Patient/innen gelten (Uhmann, 2010): (1) Sprachliche Wissensbereiche: grammatisches und kommunikatives Wissen. Letzteres umfasst Ko-Textwissen (manifestiert z. B. durch eingelöste konditionelle Relevanzen und kataphorische Referenzen) und interaktionstypologisches Wissen (über typische Gesprächsabläufe und -aktivitäten, auch Wissen über Aktivitäten, die außerhalb des Gesprächs ablaufen) (2) Bereiche des Weltwissens episodischer und deklarativer Art (Schemata, Frames, historische Fakten...). Relevant für die Vermittlung ist im Besonderen biomedizinisches Wissen über anatomische Gegebenheiten, physiologische Zusammenhänge, über Krankheit und Heilung. Dem Gespräch zugrunde liegend und in diesem rekonstruiert wird weiterhin (3) situatives und interaktionsbiographisches Wissen: physikalisch (räumliche Gegebenheiten) und sozial (Wissen über Funktionsrollen als zeitlich begrenzte und handlungskontextabhängige *membership categories* sowie über übergreifendere Sozialrollen als stabilere Identitätskategorien), episodisches Wissen über vergangene Gespräche.

⁴² Nach Gottschalk-Mazouz (2007) ist Fachwissen als Komplexbegriff aufzufassen: Medizinisches Fachwissen etwa hat einen praktischen Bezug, ist sozial an personale und institutionale

Diagnosestellung und Therapieplanung (vgl. Spranz-Fogasy, 2010). Auch der Patient ist gefragt, seine Körperempfindungen und Teile seines krankheitsspezifischen Wissens so zu verbalisieren, dass diese intersubjektiv nachvollziehbar sind (siehe auch Brüner, 2005). Wissensgefälle zwischen Expert/innen und Laien erscheinen im Gespräch also (auch) als potenzielle Sprachbarrieren; es bedarf sprachlicher Vermittlungsverfahren. Solche sprachlichen Manifestationen von Wissensdivergenzen zwischen Ärzt/in und Patient/in werden im Rahmen angewandt gesprächslinguistischer Forschungen auch kritisch bewertet: So stellt Brüner (2005) z. B. fest, dass ärztliches Fachwissen und Fachsprachlichkeit eine Quelle für Verstehens- und Verständigungsprobleme sei. Andererseits identifizierte Brüner (2005; 2009) in Erstgesprächen der psychosomatischen Frauenheilkunde verschiedene sprachlich-interaktive Verfahren der Intersubjektivierung, so etwa Strukturierungsstrategien wie Zusammenfassungen, Hervorhebungen oder hierarchisch-sequenzielle Redezug-Organisationen vom Allgemeineren zum Speziellen, wodurch medizinische Professionelle das zu vermittelnde Wissen ordnend aufbereiten und die Aufmerksamkeit von medizinischen Laien auf relevante Aspekte lenken. Sprachlich-interaktive Verfahren der Veranschaulichung knüpfen weiterhin an Vorwissensbestände des medizinischen Laien an; zu ihnen gehören Metaphern und Vergleiche, Beispiele und Konkretisierungen sowie Beispielerzählungen und Szenarios (Brüner 2005, 2009; Gülich, 1999). Sie alle operieren die zwischen Fachtreue und Verständlichkeit und rühren aus der Aufgabe medizinischer Expert/innen her „das zu vermittelnde medizinische Wissen auf das Laienwissen hin zu bearbeiten und zuzuschneiden, um es anschlussfähig und integrierbar zu machen“ (Brüner, 2009, S. 173).

Das sprachlich-interaktive „Auftauchen“ von Wissen an der Gesprächsoberfläche, erfolgt im APG auf unterschiedlich explizite Weise. Die Wissensvermittlung, beispielsweise die Mitteilung der Blutwerte in der HIV-Sprechstunde (Groß, 2017), macht das Wissen und bisweilen auch die Wissensquelle selbst zum kommunikativen Gegenstand. Dagegen wird Wissen ebenfalls implizit beziehungsweise *en passant* relevant gesetzt, beispielsweise wenn Teilnehmer aufgrund von Wissenszuschreibungen interagieren oder beim funktionalen Einsatz von Wissen zur Erfüllung von Handlungsaufgaben (siehe interaktive Asymmetrie), ohne dass dieses selbst expliziert wird. Beispielsweise können Diagnosen mitgeteilt werden, ohne dass das Wissen, das zu ihrer Herleitung relevant war, geäußert wird (vgl. Peräkylä, 1998).

Träger (Ärzt/innen, medizinische Expert/innen, Institutionen) gebunden und beruht auf Vertrauen. Es ist (auch) in kodierter Form repräsentiert (z. B. ICD, Textsorten), ist sozial, intertextuell und technisch vernetzt, bereichsweise normativ, aber auch dynamisch und veränderungsfähig durch wissenschaftliche Erkenntnis (siehe auch Busch & Spranz-Fogasy, 2015, S. 338).

Dass das als oppositionell geltende Verhältnis zwischen Expert/in und Laie ein graduelles ist, wurde u. a. im Zusammenhang mit Beschwerdenschilderingen beschrieben: Patient/innen drücken ihre körperlichen Wahrnehmungen oft bereits in institutionsadäquaten Kategorien aus (Löning, 1994). Damit wird dem Arzt das Wissen in einer bereits aufbereiteten, reduzierten Form geliefert, die er für seine Anschlusshandlung (z. B. für die Diagnose) nutzen kann.⁴³ In Zeiten der Internetpräsenz von Fachforen und der medialen Verfügbarkeit fachwissenschaftlicher Quellen erscheint es kaum mehr wegzudenken, dass Patient/innen fachmedizinische Kategorisierungen ins Gespräch mit dem Arzt einbringen. Viele Patient/innen eignen sich mittlerweile zumindest populärwissenschaftliches Wissen über mögliche Erkrankungen an, auf die ihre Symptome hinweisen könnten. Subjektive Krankheitstheorien (Birkner & Vlassenko, 2015), die Patient/innen in medizinischen Sprechstunden äußern, sind daher in der Regel gespickt mit medizinischen Informationen, die aus externen Meinungen oder aus anderen, zum Teil institutionell angesehenen Fachwissensquellen stammen: so genannte *hearsay evidentials* (Chafe, 1986, S. 268). Bei HIV-Patient/innen ist eine tiefgreifendere Beschäftigung mit fachmedizinischen Inhalten zu HIV allein aus der Chronizität der Erkrankung, aber auch aus der Behandlungslogik zu erwarten: Bei der Durchführung der lebenslang dauernden medikamentösen Therapie ist eine hohe Partizipation und kognitive Teilnahme gefordert; die Patient/innen müssen medizinische Information und Anweisungen verstehen und diese im Alltag in konkrete Handlungspläne übersetzen. Für ein optimales Therapieergebnis, nämlich den HI-Virus im Blut auf einem konstant niedrigen Niveau zu halten und zugleich Nebenwirkungen zu vermeiden, müssen Patient/innen nicht nur eine hohe ART-Adhärenz zeigen, sie sollten auch mögliche Interaktionen mit HIV-unspezifischen Medikamenten sowie Gesundheitsrisiken durch die Infektion (z. B. Herz-Kreislauf-Probleme) antizipieren können, sprich: eigenständige Manager/innen ihrer Erkrankung sein. Natürlich ist hinsichtlich fachnaher Wissensbestände der

⁴³ Löning (1994) ist dabei der Ansicht, dass Arzt und Patient semiprofessionelle Kategorisierungen (z. B. Nierenbeckenentzündung) aus unterschiedlichen Gründen und mit unterschiedlichen kognitiven Voraussetzungen verwenden: „Die Identität in der sprachlichen Dimension bei Ärzten und Patienten, präziser im sprachlichen Ausdruck, darf nicht darüber hinwegtäuschen, daß diese Identität für die Bedeutung, d.h. für die mentale Dimension nicht gegeben ist.“ (ebd., S. 105) Nach Löning liegt also seitens des Arztes eine Transformation von wissenschaftlich-professionellem Wissen in patientenorientiertes semi-professionelles Wissen vor. Umgekehrt ist die Autorin aber der Ansicht, dass Patienten semi-professionelle Kategorisierungen vorwiegend als pseudo-professionelle verwenden, da hier kein abstraktes medizinisches Wissen zu Grunde liegt, sondern fachnahe Ausdrücke als Versprachlichung ihrer eigenen körperlichen Empfindungen dienen. Wie die Diskrepanz patientenseitiger vs. ärztlicher mentaler Konzepte von medizinkategorialen Ausdrücken im Einzelnen aussieht beziehungsweise im Gespräch relevant wird, wird von Löning nicht bearbeitet und kann meines Erachtens nach auch lediglich dann evident werden, wenn die Verwendung fachlicher Begriffe mit einer Entschlüsselung der dahinter stehenden (subjektiven) Konzepte auf der Gesprächsoberfläche einhergeht.

Patienten eine starke Selektivität und interindividuelle Variation zu erwarten. In jedem Fall aber weisen solche HIV-Patient/innen, die bereits eine Weile in Behandlung sind, erfahrungsbedingtes Wissen über die Organisations- und Kommunikationskultur ihrer auf HIV spezialisierten medizinischen Einrichtung auf. Dieses wird durch die Ärzt/innen auch erwartet, entsprechendes Nichtwissen umgekehrt als Indikator für *non-compliance* interpretiert. Arzt M schildert im Interview eine entsprechende Begebenheit mit einer Patientin:

Gestern gerade wieder eine Patientin gesehen, die kommt seit 2005 hier her. Also seit sechs Jahren kommt die hierher. Nachdem wir hier fertig waren, sagt sie, sie geht jetzt noch Medikamente bestellen, und geht nach dahinten. Sag‘ ich: „Was machen Sie denn da?“ Ja, sie: „Wo, wo war das mit dem Medikamenten bestellen?“ Das ist... das geht nicht so was. Ja! Also das kann nicht sein: Nach sechs Jahren weiß sie nicht, dass die Medikamente dort drüben bestellt werden. Ja. Das is ‘ne Katastrophe. Das ist ‘ne echte Katastrophe (Arzt M im Interview).

3.3.3.2 *Expertise als deontische Autorität in Arzt/Patient-Gesprächen*

Stevanovic & Peräkylä (2012, S. 298) begreifen die oben beschriebene epistemische Dimension von Wissen-in-Interaktion unter Rückbezug auf eine Idee Searles (1976) als Bestreben, „about getting the *words to match the world*“, wogegen die ebenfalls relevante *deontische* Dimension von Expertise die umgekehrte Richtung des Welt-Wort-Zusammenhangs betreffe, nämlich *the world to match the words*. Das Experten/Laien-Verhältnis zwischen Ärzt/in und Patient/in äußert sich im Gespräch also weiterhin als handlungsbestimmende Autorität⁴⁴ der Professionellen. Legitimiert durch den Behandlungsauftrag der Patient/innen legen Ärzt/innen fest, welche (verbalen) Handlungen in oder nach dem Gespräch nötig oder wünschenswert sind, was aus medizinischer Sicht getan werden muss (oder nicht) und welche Beteiligungsrolle Patient/innen in diesen Handlungen innehaben. Diese *deontische Autorität* von Ärzt/innen wird prägnant gefasst als das Recht, zukünftige Handlungen Anderer determinieren zu können (z. B. Stevanovic & Peräkylä, 2012, S. 298).

Als typische Versprachlichungen deontischer Autorität werden direktive Handlungen wie Instruktionen, Aufforderungen und Empfehlungen beschrieben (z. B. Peräkylä, 2015), die in APG beispielsweise während der körperlichen Untersuchung vorkommen: Hier ist der Arzt dazu berechtigt, den Patienten aufzufordern eine bestimmte raumkinetische und körperliche Position einzunehmen. In Therapieentscheidungen (siehe Kap. 8) wird weiterhin deutlich, dass die deontische Autorität von Ärzt/innen über die Gesprächssituation hinausreicht, wenn zukünftige therapeutische Handlungen bestimmt werden. Der Lokus deontischer Autorität ist aber nicht nur auf zukünftige Handlungen beschränkt, sondern

⁴⁴ Einen Überblick über das Konzept der ‚Autorität‘ in der Philosophie, Soziologie und Sozialpsychologie gibt Stevanovic (2013).

kommt auch bei der retrospektiven Zuweisung von (moralischer) Verantwortung für vergangene Handlungen zum Tragen (Sterponi, 2003; Stevanovic & Peräkylä, 2012).⁴⁵ In APG sind die deontischen Verhältnisse zumeist stabil asymmetrisch. Allerdings ist das Verhältnis zwischen einem übergreifend höheren deontischen Status von Ärzt/innen und der bestimmten Handlungen inhärenten deontischen Haltung (*deontic stance*) als nicht zwangsläufig bedingend anzusehen: „Speakers with strong deontic rights in a domain might not need to display those rights“ (Stevanovic & Peräkylä, 2012, S. 299). Um bei dem Beispiel der Therapieentscheidung zu bleiben: Ärzt/innen können ihre Therapieempfehlung deontisch stark formulieren, etwa in einem Ankündigungsformat vom Muster ‚Ich gebe Ihnen X‘. Sie können in ihrer Therapieempfehlung andererseits patientenseitige Einwände antizipieren und Patient/innen Entscheidungsräume eröffnen, wenn sie ein interrogatives Vorschlagsformat wählen, z. B. ‚Sollen wir X machen?‘.

Deontische Haltungen werden durch Interagierende in direktiven und kommissiven kommunikativen Handlungen eingenommen, also in Vorschlägen, Empfehlungen, Ratschlägen bzw. Einladungen, Versprechen und Angeboten (siehe Kap. 8.3), die u. a. mit sprachlichen Formen der Modalität ausgedrückt werden. Allerdings ist deontische Autorität nicht immer an der linguistischen Form von Äußerungen oder am Vorkommen direkter Handlungen ablesbar: „[H]ighly authoritative speakers rarely need to command“ (Stevanovic, 2013, S. 27). Allgemein wird sie ko-konstruiert, Gesprächsteilnehmer/innen verhalten sich also kongruent (oder eben nicht) gegenüber einer mehr oder weniger klar erscheinenden deontischen Haltung eines Sprechers/einer Sprecherin oder zu einem zugewiesenen deontischen Status.

Die deontische Dimension ärztlicher Expertise ist eng mit der epistemischen und institutionellen verknüpft (siehe Abschnitt 3.3.3.4). Aufgrund seines/ihrer institutionell legitimierten fachlichen Wissensvorsprungs gegenüber medizinischen Laien, aufgrund dessen ein/e Ärzt/in von Patient/innen konsultiert wird, darf er/sie Untersuchungen festlegen, zukünftige therapeutische Handlungen bestimmen und Einnahmemodalitäten für Medikamente anweisen. Gerade Letzteres zeigt aber zugleich, dass die deontische Autorität von Ärzt/innen nie absolut ist (siehe Kap. 8.1.2): Patient/innen können sich nach dem Gespräch gegen die Einnahme der verschriebenen Medikamente entscheiden.

3.3.3.3 *Komplementäre Beteiligungsformen im Gespräch*

Die Zielgerichtetheit von APG hin auf die Erfüllung kommunikativer Aufgaben, bedingt durch die Konsultation des Arztes/der Ärztin als Expert/in, bringt neben der Zuweisung deontischer Rechte auch mit sich, dass die Interagierenden komplementäre Beteiligungsrollen ausüben. Das Gespräch geht also mit einer funktio-

⁴⁵ Zu Verantwortung in Therapieentscheidungen, siehe Kap. 8.5.

nen Verteilung interaktionstypischer Handlungen (Robinson, 2001a),⁴⁶ d. h. mit unterschiedlichen Gesprächsrechten und -pflichten einher. Diese reichen von der Mikroebene des individuellen Gesprächsbeitrags über die sequenzielle Dynamik bis hin zur Ebene der Themen- und Gesprächsorganisation. So ist es die ärztliche Pflicht im Rahmen der Anamnese, Fragen zu stellen, die auf die kategoriale Eingrenzung der Beschwerden der Patient/innen abzielen (vgl. Spranz-Fogasy, 2010). Dabei sind Ärzt/innen auf die Auskünfte ihrer Patient/innen angewiesen, so dass die komplementäre kommunikative Pflicht des Patienten darin besteht, Angaben zu den Beschwerden zu machen und die Fragen des Arztes zu beantworten. Interaktive Asymmetrien zeigen sich in kontextsensitiver Ausformung in allen Aktivitäten akutmedizinischer APG. Zudem wird aufgabenübergreifend das Recht, innerhalb der genannten Gesprächshandlungen Themen zu initiieren und den Übergang zwischen Elementen des Handlungsschemas festzulegen, Ärzt/innen zugesprochen, was als eine Unterform deontischer Autorität angesehen werden kann. Robinson (2001a) spricht von einer *Asymmetrie der Initiative*, wenn Ärzt/innen – z. B. innerhalb anamnestischer Aktivitäten – primär Aktivitäten initiieren und Antworten elizitieren. In den untersuchten Gesprächen ist es beispielsweise die Aufgabe der Ärzt/innen, den Patient/innen ihre aktuellen Blutwerte mitzuteilen und zu evaluieren, während Patient/innen die ärztlichen Mitteilungsaktivitäten i. d. R. mit Rezipientensignalen quittieren.

Die resultierende Asymmetrie in der Gesprächsbeteiligung bzw. in den Gesprächsrechten und -pflichten, wie wir es z. B. in der Mitteilung der Blutwerte *par excellence* finden (Kap. 7), ist nicht mit einer Asymmetrie gleichzusetzen, die durch unterschiedliche Wissensbestände der Beteiligten konstituiert wird. Obgleich beides insofern eng miteinander verknüpft ist, als institutionell geprüftes Expertenwissen im entsprechenden Setting eine Gesprächsrolle nahelegt, in der das Fachwissen des Experten durch die Ausübung spezifischer Rechte und Pflichten im Gespräch mit dem Laien funktional angewendet wird, ist dies kein notwendiger Zusammenhang und sollte analytisch differenziert werden. Ariss (2009) stellt heraus, dass beides zwar interagiert, dass aber Wissensasymmetrien nicht unbedingt zu Gesprächsrollenasymmetrien führen und dass Letztere umgekehrt auch im institutionellen Kontext nicht zwangsläufig auf Wissensasymmetrien verweisen (siehe auch Groß, 2015). Initiativ-ärztliche Gesprächsbeiträge zeichnen sich also nicht immer durch das Einbringen von Fachwissen aus; z. B. entbehrt die Beschwerdenexploration bisweilen jeglichen Einbringens von Fachwissen. Umgekehrt steht die sprachliche Vermittlung medizinischen (Fach-)wissens im Dienste der kommunikativen Aufgabenerfüllung, z. B. der Diagnosestellung (vgl. Ariss, 2009; Pilnick & Dingwall, 2011).

⁴⁶ Robinson (2001a) bezeichnet dies als *task asymmetry*.

3.3.3.4 *Institutionelle Legitimation von Expertise*

Expertenwissen braucht Settings und Interaktionsanlässe, in denen ein/e Expert/in als solche/r erkannt wird, und Interaktionstypen, in denen er/sie als solche behandelt wird und sein/ihr Fachwissen sich entfalten kann. Notwendige Voraussetzung für die (kommunikative) Ausübung von Expertise in der medizinischen Praxis ist daher auch ihre institutionelle Legitimation: Der Arzt/die Ärztin muss durch eine umfangreiche medizinische Ausbildung sowie zahlreiche Prüfungen belegt haben, dass er/sie über ausreichendes medizinisches Fachwissen verfügt. Dieses Fachwissen wird durch unterschiedliche, meist gesetzliche Vorgaben (z. B. Spezialisierung auf eine bestimmte Tätigkeit, Verpflichtung zu Fortbildungen etc.) gesellschaftlich kontrolliert (vgl. Brünner, 2005; 2009). Nur nach Erfüllung aller Vorgaben hinsichtlich seiner Qualifizierung darf der/die medizinische Sachverständige als Vertreter/in einer Institution agieren und professionelle Handlungsentscheidungen treffen. Folge ist der legitimierte Zugang zu Fachwissen einer Expertenkultur. (Fach)Wissen ist damit auch immer eine Form der Partizipation: Die/der professionell Handelnde ist Teil einer epistemischen Gemeinschaft, sie/er kann so auf kulturell geprägtes geteiltes Wissen und Erfahrung sowie eine idiosynkratische Sprache zurückgreifen. Das im Gespräch relevant gesetzte Fachwissen gewinnt auf diese Weise zusätzlich eine moralische Dimension, da es eng an (institutionell erworbene) Wissensberechtigungen geknüpft ist.

Die institutionelle Dimension eines APG ist in den meisten Fällen auch am spezifischen außersprachlichen Kontext erkennbar, der als materielles *a priori* die Gesprächssituation mitgestaltet: Das Gespräch findet meist in ambulanten oder klinischen Sprechzimmern statt; diese sind mit medizinischen Geräten und Artefakten ausgestattet, die in der Regel nur von medizinischen Akteur/innen (Ärzt/innen, Krankenpfleger/innen, Sprechstundenhilfen etc.) bedient werden können und dürfen. Auch das äußere Erscheinungsbild medizinischer Expert/innen unterscheidet sich in medizinischen Settings oft von dem der Patient/innen, so dass sich die Interagierenden in ihren jeweiligen Rollen erkennen, auch wenn sich die Personen unter Umständen zum ersten Mal begegnen. Das Experten/Laien-Verhältnis ist auf diese Weise durch räumliche und materielle Bedingungen sowie soziale Rollenerwartungen bereits vor Beginn des Gesprächs geprägt (siehe dazu auch den nächsten Abschnitt), jedoch keinesfalls determiniert: Der Motor des „Autos“ Arzt/Patient-Kommunikation ist also durch den materiellen und situativen Kontext bereits angelassen. Es muss aber natürlich, angetrieben durch entsprechendes Interaktionsverhalten beider Gesprächsteilnehmer, losfahren und entsprechend gelenkt werden.

3.3.3.5 *Expertentum als Inszenierung*

Wenn sich medizinische Expertise zunehmend von der sprachlich-interaktiven Vermittlung fachmedizinischer Wissensinhalte und/oder von der Ausübung pro-

fessioneller Gesprächspflichten löst und ihre Herstellung mehr über Indices der sozialen Rolle wie Arztkittel, Namensschild mit beruflicher Position etc. geleistet wird, ist es von Expertise nicht mehr weit zur Inszenierung von Expertentum. Neben entsprechenden Inszenierungstechniken im APG sind für mediale Formate wie Experteninterviews im Fernsehen mediale Darstellungsverfahren von Expertentum konstitutiv. Klemm (2016) stellt die These auf, dass Expert/innen durch sprachlich-interaktive Verfahren und in (massen)medialen Interaktionsformen durch audiovisuelle Inszenierungstechniken zu solchen gemacht werden müssen bzw. sich selbst zu solchen machen: „Expertenschaft ist somit im Wesentlichen auch eine performative Hervorbringungsleistung, ein *Doing being an expert*“ (ebd., S. 179; Hervorhebungen im Original). Auch Hitzler (1994, S. 27) betont die Bedeutung von *Inszenierungsleistungen* bei der sozialen Konstruktion von Expertentum: „Dann erscheint der Experte eben nicht als jemand, der besondere Kompetenzen hat, sondern als jemand, der es versteht, sozial zu *plausibilisieren*, daß er über besondere Kompetenzen verfügt [Hervorhebungen im Original].“ In APG können oben bereits beschriebene Aspekte ihrer Expertise, also etwa fach- und vermittlungssprachliche Ausdrücke, das Setting, aber auch typische Gesprächshandlungen wie ‚Erklären‘, ‚Diagnostizieren‘, ‚Empfehlen‘ als Inszenierungsressourcen eingesetzt werden oder als solche behandelt werden; nonverbale und paraverbale Ressourcen (Prosodie, kontrollierte Mimik) können ebenfalls zur Inszenierung von Expertentum beitragen (siehe auch Klemm, 2016).⁴⁷

3.3.3.6 Zusammenfassung und Ausblick: Manifestationsformen des Experten/Laien-Verhältnisses im APG

Zusammenfassend beinhalten APG in ihren vielfältigen sprachlich-interaktiven Manifestationsformen die Bearbeitung typischer Aktivitäten (z. B. Anamnese, Diagnoseentwicklung und -mitteilung, Therapieentscheidung) und hierin die Ausübung (teilnehmer)spezifischer Gesprächsrollen. Der Experten/Laien-Charakter von APG wird insgesamt hergestellt dadurch, dass sich beide Interagierende sprachlich-interaktiv an den unterschiedlichen sozialen Rollen, interaktiven Rechten und Pflichten, am Wissensgefälle und/oder an den gesprächsspezifischen Aufgaben orientieren.

Das Produkt oben beschriebener multidimensionaler Herstellung des Experten/Laien-Verhältnisses zwischen Ärzt/in und Patient/in ist Asymmetrie als „kommunikative Ungleichheit in Bezug auf ein spezifisches Kriterium oder Phänomen“ (Brock & Meer, 2004, S. 203), hier in Bezug auf alle beschriebenen Dimensionen medizinischer Expertise-in-Interaktion (siehe auch Groß, 2015). Es ergibt sich also ein komplexes Geflecht der Dimensionen von Expertise, aller-

⁴⁷ In medialen Formaten treffen die Inszenierungsleistungen der Expert/innen auf Techniken des *doing presenting an expert* der Fernsehmacher, die dazu dienen, die Rezipient/innen von der Kompetenz des Experten zu überzeugen (Klemm, 2016, S. 182).

dings können die einzelnen Dimensionen dabei auch unabhängig voneinander operieren: Beispielsweise kann ein Arzt durch Auftreten, Kleidung etc. sein Expertentum inszenieren, ohne dass im Gespräch sein medizinisches Wissen relevant gesetzt wird. Der (Fach-)Wissensbestand eines Gesprächspartners muss sich nicht in Form von interaktiven Asymmetrien, d. h. durch Einnehmen unterschiedlicher Partizipationsrollen manifestieren (Drew, 1991); umgekehrt können interaktive Asymmetrien bestehen, ohne dass sich ein/e vermeintliche/r Expert/in mittels expliziter Fachwissensdokumentation als solche/r ausweist.

Wie werden oben beschriebene Dimensionen des Experten/Laien-Verhältnisses zwischen Arzt und Patient für die medizinische Praxis aus angewandter Perspektive bewertet? Das Einnehmen einer normativen Perspektive der oben beschriebenen Herstellungs- und Manifestationsflächen ärztlicher Expertise und patientenseitigen Laientums mit den resultierenden Formen von Asymmetrie ist aus der anwendungsorientierten Forschung schon aus folgendem Grund nicht wegzudenken: Letztere wurde nämlich entscheidend geprägt und vorangetrieben durch soziologische Überlegungen zu ärztlicher Machtausübung und gesellschaftlich bestimmten Rollenzuschreibungen im APG.

Bevor aber eine *ex situ*-Bewertung von potenziell autoritätsdemonstrierenden Verfahren vorgenommen wird, müssen Asymmetrien in Aktivitäten von APG mit Hinblick auf die inhärente Interaktionsordnung betrachtet werden. Diese gesprächsfunktionale Perspektive auf epistemische, deontische, interaktive Ungleichheiten formulieren Pilnick & Dingwall (2011, S. 1374) folgendermaßen: „It [asymmetry, A.G] is [...] founded in what doctors are there for.“ So ist z. B. gesprächsanalytisch leicht festzustellen, dass die Partizipation von Patient/innen je nach Aktivität variiert. Nach Robinson (2003) ist das ärztliche Gespräch als ein Projekt anzusehen, das nicht nur das Vorkommen von initiativen und responsiven Gesprächsbeiträgen mitbestimmt, sondern auch das ärztliche und patientenseitige Verstehen formt: Dieses Gesamtprojekt „makes relevant an organized structure of social action that is composed of an ordered series of medical activities“ (ebd., S.27). Robinson lässt damit die Ergebnisse von einer Reihe von Studien zur als eingeschränkt beschriebenen Patientenpartizipation als Kritik an sprachlich-interaktiver Ungleichheit (unter einer Reihe anderer Studien: Mishler, 1984; Greenfield, Kaplan & Ware, 1985) in einem anderen Licht erscheinen: In diesen werden beispielsweise die seltenen Frageaktivitäten seitens der Patient/innen durchweg als durch ärztliche Dominanz und fehlende patientenseitige Kommunikationskompetenzen bedingt angesehen.

Robinson (2001a) führt interaktive Asymmetrien aber nicht nur darauf zurück, dass APG aus einem Set gesprächstypspezifischer Aktivitäten bestehen, sondern postuliert einen noch lokaleren, einen *mundane account* für Asymmetrien, wie auch zuvor Maynard (1991a, S. 486): „The asymmetry of discourse in medical

settings may have an institutional mooring, but it also has an interactional bedrock.“ Sowohl Maynard als auch Robinson argumentieren also zum einen, dass medizinische Aktivitäten auf ein globales Ziel ausgerichtet sind und hierdurch Asymmetrien erzeugen und zum anderen, dass Aktivitäten in institutioneller wie in informeller Kommunikation aus Sequenzen von Äußerungen bestehen, die kontextunabhängige Handlungen (*actions*) formen. Die Normen und Regeln mündlicher Interaktion haben also ihren eigenen, unabhängigen Effekt darauf, wie Gespräche lokal verlaufen (Robinson, 2003, S. 29). So ließe sich aus der Verteilung initiativer und responsiver Äußerungen auf keinen Fall ableiten, ob bei einem Übermaß initiativer Äußerungen institutionelle Macht ausgeübt wird: „asymmetries of initiative can and should initially be accounted for in terms of the everyday social organization of action“ (Robinson, 2001, S. 19).

Natürlich schließt die Existenz gesprächsfunktionaler und -inhärenter Gründe für wissensbezogene, deontische, interaktive Asymmetrien zwischen Ärzte- und Patientenhandeln nicht aus, dass Letztere dysfunktional, etwa übersteigert eingesetzt werden können. So können Diagnosemitteilungen medizinische Erklärungen nach sich ziehen oder nicht. Ärzt/innen können ihre Therapieempfehlung als Diskussionsgrundlage ins Gespräch einbringen oder als bereits getroffene Entscheidung. Patient/innen kann mehr oder weniger Raum für ihre individuellen Beschwerdennarrative gegeben werden, Ärzt/innen können mehr oder weniger abrupt das Gespräch beenden usw. Die normative Einordnung identifizierter interaktionaler Praktiken ärztlichen Handelns liegt daher aus einer angewandten Perspektive nahe, auch da Patient/innen eben mehr oder weniger zufrieden mit dem Gespräch sein können und ärztliches Gesprächshandeln potenziell förderlich oder schädigend auch auf gesundheitsbezogene Parameter wirkt. Das Potenzial einer vorsichtigen normativen Perspektive im Rahmen einer angewandten Gesprächsanalyse liegt darin, von Institutionenvertreter/innen oder Patient/innen geschilderte „Kommunikationsprobleme“ in kleinen Einheiten der Interaktion zu identifizieren und so vertieft verstehen zu können. Eine *ex situ*-Einschätzung spezifischer kommunikativer Problemlagen in Experten/Laien-Konstellationen wird dabei zunächst zurückgestellt und erst dann vorsichtig vorgenommen, nachdem das professionelle Handeln der Ärzt/innen detailliert deskriptiv nachvollzogen wurde. Die Offenlegung verfestigter Muster bieten einen empirisch gesicherten Anhaltspunkt für Verbesserungsvorschläge, allerdings müssen diese in Abgleich mit individuellen medizinischen und institutionellen Zielsetzungen und mit den Bedürfnissen der Patient/innen vorgenommen werden (siehe auch Groß & Harren, 2016).

4 Datenkorpus und Vorgehen

Mit diesem Kapitel beginnt der empirische Teil der vorliegenden Arbeit. Er dient der Beschreibung des methodischen Vorgehens, angefangen bei der Datenerhebung in der HIV-Ambulanz über die Aufbereitung der Gesprächsdaten bis hin zu den verwendeten Prinzipien bei der Selektion der Gesprächsausschnitte für die jeweiligen Analysen. Weiterhin wird die Zusammenstellung des zugrunde liegenden Gesprächskorpus vorgestellt.

4.1 Datenerhebung in der HIV-Ambulanz

Die Datenerhebung erfolgte in einer Ambulanz innerhalb der infektiologischen Abteilung eines Universitätsklinikums, die sich mit ihrer Spezialisierung auf HIV für das Untersuchungsfeld der vorliegenden Arbeit als optimal herausstellte. Zur Zeit der Datenerhebung war die Ambulanz die größte von vergleichbaren Einrichtungen in Deutschland; sie wuchs mit rund 100 Neuzugängen pro Jahr. Der Zugang zu der Institution erfolgte über einen vermittelten Kontakt zu einer Ärztin, die zum Zeitpunkt der Datenerhebung bereits seit 15 Jahren in der Ambulanz tätig war. Ich schrieb dem leitenden Arzt der untersuchten Einrichtung eine E-Mail, in der ich allgemeine Informationen zum geplanten Projekt mitteilte, und formulierte eine Anfrage für die geplante Datenerhebung. Nach der Zusage seitens der Ambulanzleitung hospitierte ich im Februar und März 2011 zunächst für 6 Wochen in den ärztlichen Sprechstunden und legte Feldnotizen zum Vorkommen von Aktivitäten, zu Organisationsmerkmalen der Institution und zu sprachlich-interaktiven Phänomenen an. Zeitgleich wurde die Durchführung der audiotecnischen Erhebung der Gespräche bei der klinikinternen Ethik-Kommission beantragt, die kurze Zeit später genehmigt wurde.

Anfang Juni 2011 begann ich im Rahmen des zweiten Forschungsaufenthalts, der bis Ende August 2011 andauerte, mit der systematischen audiotecnischen Aufzeichnung von Gesprächen. Es wurden fast ausschließlich dyadische Gespräche zwischen Ärzt/innen und Patient/innen aufgenommen, die im Laufe meiner Forschungszeit in den Sprechstundenzeiten – ich war in den angegebenen Zeiträumen täglich, jeweils von Beginn bis zum Ende der Sprechstundenzeiten anwesend – geführt wurden. Die Gespräche fanden in den jeweiligen Sprechstundenzimmern der Ärzt/innen statt. In der folgenden Abbildung ist die Aufteilung der Räumlichkeiten der Ambulanz grob skizziert:

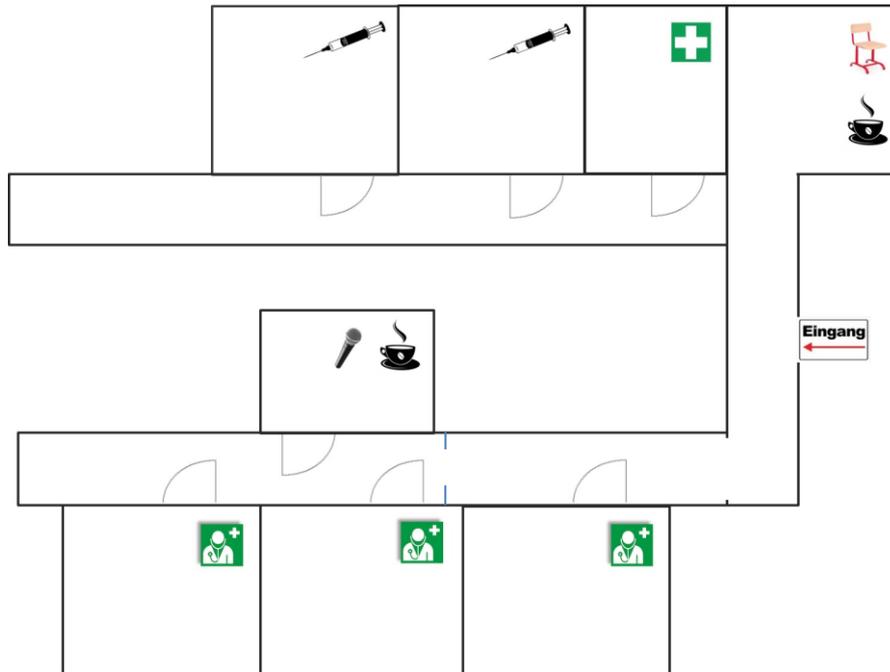


Abbildung 2: Räumliche Aufteilung der HIV-Ambulanz⁴⁸

Die Abbildung zeigt im unteren Teil die nebeneinander liegenden Sprechzimmer; sie sind jeweils gekennzeichnet durch ein grünes Ärztesymbol. Die beiden länglichen Flure (dargestellt durch die beiden parallel liegenden horizontalen Balken in Abb. 2) sind im Eingangsbereich der Ambulanz miteinander verbunden. In den Räumen, die über den oberen Flur erreichbar sind, finden Blutabnahmen und ggf. weiterführende Untersuchungen statt; erstere werden i. d. R. von medizinischen Mitarbeiter/innen durchgeführt.

Das Foto in Abbildung 3 wurde im Flur der Einrichtung von der Autorin aufgenommen. Weitere Sprechzimmer liegen hinter der Glastrennwand auf der rechten Seite. Auf der gegenüberliegenden Seite des länglichen Flurs liegt ein Raum mit einer kleinen Kaffeeküche, der mir für Gespräche mit Patient/innen zur Verfügung gestellt wurde (in Abb. 2 mit einem Mikrophon und einer Kaffeetasse gekennzeichnet). Auf dem Foto führt die Tür links im Bild zu dem entsprechenden Raum.



Abbildung 3: Flur der HIV-Ambulanz

⁴⁸ Zwecks Übersichtlichkeit wurde die Darstellung der Räumlichkeiten etwas vereinfacht.

Vor Beginn der Sprechstunden melden sich die Patient/innen zunächst bei der Anmeldung an (in Abb. 2 mit dem weiß-grünen Apothekerkreuz gekennzeichnet). Hier können sie auch ihre ART-Präparate bestellen und abholen.⁴⁹ Die Patient/innen warten in der Regel im Warteraum (mit einem Stuhl und einer Kaffeetasse gekennzeichnet) darauf, dass sie durch ihre/n behandelnde/n Ärzt/in aufgerufen werden. In manchen Fällen wurde die Audioaufnahme im Sprechzimmer bereits begonnen, bevor der/die Patient/in durch den Arzt/die Ärzt/in aus dem Wartebereich der Ambulanz abgeholt wurde: Zu Beginn dieser Aufnahmen hört man die Interagierenden – bisweilen bereits in Vorgespräche vertieft – in das Sprechstundenzimmer hineinkommen. In manchen Gesprächen ist dagegen kein solcher Vorlauf aufgezeichnet; in diesen Fällen wird die Aufzeichnung durch den/die Ärzt/in selbst unmittelbar vor dem Beginn des medizinischen Kerngesprächs, häufig beim präliminarischen Sprechen und Platz nehmen im Sprechstundenzimmer, gestartet. Die Patient/innen wurden vor der Aufnahme durch die Ärzt/innen mündlich um ihr Einverständnis für die Aufnahme gebeten; die Absicht der empirischen Untersuchung (meist allgemein formuliert wie: „Es geht um die Kommunikation zwischen Arzt und Patient“) wurde ihnen mitgeteilt, es wurden allerdings weder konkrete Untersuchungsfragen genannt noch Informationen über das methodische Vorgehen bereitgestellt. Fast alle Patient/innen, die im Aufnahmezeitraum die ärztliche Sprechstunde aufsuchten, waren zu einer Aufnahme des Gesprächs bereit. Sie wurden darüber informiert, dass es ihnen auch nach der Aufnahme frei stünde, die Aufnahme löschen zu lassen. Bei den Gesprächen selbst war ich nicht anwesend, um die für das Gespräch spezifische Situation durch eine erweiterte Teilnehmerkonstellation nicht zu verändern.

Alle Sprechstundenzimmer der Ärzt/innen, die innerhalb der Räumlichkeiten nebeneinander liegen, sind ähnlich aufgebaut. Abbildung 4 veranschaulicht die Einrichtung der Behandlungszimmer schematisch. Das Aufnahmegerät wurde zum Zweck der Aufzeichnung der Gespräche möglichst wenig sichtbar auf dem Schreibtisch zwischen Ärzt/in und Patient/in platziert. Es wurde darauf geachtet, dass der Abstand vom Aufnahmegerät zu den Gesprächspartner/innen gleich ist, um Variationen der Sprechlautstärke bei der Transkription nicht mit abstandsbedingten Lautstärkevariationen zu verwechseln. Auf dem Schreibtisch der Ärzt/innen findet sich neben dem Computer auch die jeweilige Patientenakte, in die Ärzt/innen während der Sprechstunde Eintragungen vornehmen und der die aktuellen Bluttestergebnisse entnommen werden. In wenigen Gesprächen wird der Computer während der Sprechstunde durch die Ärzt/innen bedient; hier werden

⁴⁹ Möglich ist dies aber auch in allen Apotheken; die Rezepte für die Medikamente verschreiben die Ärzt/innen in den Sprechstunden.

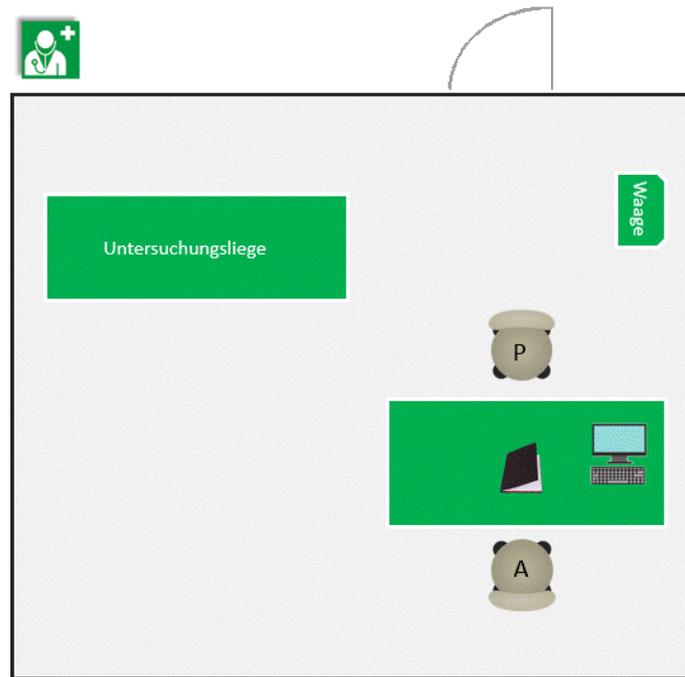


Abbildung 4: Schematische Darstellung eines Sprechstundenzimmers

Termine nachgeschaut, Informationen im Internet recherchiert und MRT-Bilder dargestellt.

Basierend auf den methodologischen Grundsätzen der Gesprächsanalyse (siehe Kap. 3) wurden durchweg natürliche Gespräche zwischen Ärzt/innen und Patient/innen aufgenommen, alle Gespräche hätten also auch ohne die Datenerhebung stattgefunden. Systematische Veränderungen des Gesprächsverhaltens seitens der Ärzt/innen oder Patient/innen im Vergleich zu den hospitierten Gesprächen konnte ich nicht feststellen, allerdings fehlt der systematische Vergleich mit nicht hospitierten, nicht aufgenommenen Gesprächen. Anhand zweier Aufnahmen im Korpus ist es allerdings möglich, die Authentizität des Gesprächsverhaltens der Interagierenden einzuschätzen: In der dritten Minute des Gesprächs T-2706-AP äußert Arzt M, dass er vergessen hat, den Patienten um sein Einverständnis für die Aufnahme zu fragen. In Gespräch P-2706-AP geschieht dasselbe kurz vor der Gesprächsbeendigung in der 13. Aufnahmeminute. Beide Patienten stimmen der Aufnahme aber im Nachhinein zu. In wenigen der aufgenommenen Gespräche hatte ich den Eindruck, dass die Eröffnungsinitiative seitens der Ärzt/innen für das Aufnahmegerät wiederholt wurde; in weiteren Gesprächen beginnt die Aufnahme erst nach der Eröffnungsinitiative. Die Gespräche sind meist dyadisch, nur in wenigen Gesprächen sind Angehörige (der Partner, in einem Gespräch der Sohn der Patientin) anwesend. Zwei der Gespräche (J-/D-2807-AP und T-/ P-2406-AP) werden mit zwei Patienten geführt, die jeweils ein Paar sind. In den Gesprächen

mit Arzt M, die am 28.06.2011 geführt wurden, ist eine Vertreterin eines Pharmaunternehmens als Hospitantin anwesend.

Nach den Gesprächen wurden die Informant/innen jeweils in einem kurzen Gespräch über Ziele und Vorgehensweisen der Studie aufgeklärt. Ihnen wurde eine schriftliche Einverständniserklärung zur Unterschrift vorgelegt sowie eine von mir unterschriebene Verpflichtungserklärung,⁵⁰ in der den Patient/innen Datenschutz und Anonymität sowie die Verwendungsbeschränkung der Aufnahme für wissenschaftliche Zwecke zugesichert wird. Die Patient/innen füllten zudem einen Fragebogen aus, in dem allgemeine soziodemographische Daten wie Geschlecht und Alter, aber auch HIV-bezogene Daten wie Dauer der Therapie erhoben wurden. Im Laufe des Forschungsaufenthalts führte ich weiterhin 20 Interviews mit 18 Patient/innen, drei Interviews mit den Ärztinnen M, A, P und ein Interview mit einem in der HIV-Ambulanz langjährig angestellten Sozialarbeiter (H). Die Interviews wurden nicht systematisch auf eine bestimmte Fragestellung hin geführt und untersucht, sondern dienten primär als ethnographische Datenquelle. Zitate aus den Interviews sind an gegebenen Stellen in die empirischen Kapitel eingebettet. Während die Interviews mit den Patient/innen als semi-narrativ bezeichnet werden können (lediglich wenn freie Ausführungen zum Ende kamen, wurden Nachfragen gestellt), waren die Interviews mit den Ärzt/innen und mit dem Sozialarbeiter stärker strukturiert: Über gezielte Fragen versuchte ich, (implizite) Regeln und Abläufe innerhalb der Ambulanz besser zu verstehen, die Geschichte der Ambulanz im Zusammenhang mit der medizinischen Entwicklung seit dem Aufkommen von HIV/AIDS seit Beginn der 1980er Jahre nachzuvollziehen sowie thematische Relevanzen und Funktionen der Sprechstunden aus Sicht der Ärzt/innen in Erfahrung zu bringen.

4.2 Gesprächskorpus und Aufbereitung der Daten

Das Gesprächskorpus besteht aus 71 Audio-Aufnahmen von ärztlichen Sprechstunden.⁵¹ Insgesamt stehen rund 16 Zeitstunden Gesprächsaufnahmen von zu meist dyadischen Gesprächen von insgesamt 72 Patient/innen und sieben Ärzt/innen zur Verfügung: (1) Arzt M, (2) Ärztin G, (3) Arzt C, (4) Ärztin A, (5) Arzt P, Ärztin L, (7) Arzt T. Auf den Aufnahmen B-1506-AP und B-2706-AP ist dieselbe Patientin im Gespräch mit Arzt M aufgenommen. Es sind mehr Patient/innen als Gesprächsaufnahmen belegt, da zwei Gespräche in einer triadischen Konstellation mit zwei Patient/innen stattfinden (J-/D-2807-AP und T-/ P-2406-AP). Die Gespräche haben eine Dauer von rund 4 bis 50 Minuten; die durchschnittliche Dauer liegt bei 14 Minuten. Drei Gespräche (J-2806-AP, S-

⁵⁰ Siehe Anhang A3 und A4.

⁵¹ Alle Audioaufnahmen wurden direkt im Anschluss an die Aufnahme auf einem Notebook und zusätzlich auf einem lokalen Datenträger gespeichert, um das Risiko des Datenverlusts zu minimieren.

2807-AP und W-2107-AP) wurden aufgrund der Sprachkenntnisse der Patient/innen in englischer Sprache durchgeführt und eins in französischer Sprache (F-2508-AP). Die HIV-Diagnose der Informant/innen lag unterschiedlich lange zurück, hiermit zusammenhängend unterscheiden sich die aufgenommenen Patient/innen bezüglich des Beginns ihrer Therapie: Im Mittel waren sie rund 90 Monate (d. h. siebeneinhalb Jahre) in medikamentöser Behandlung,⁵² was mittelbar Rückschlüsse auf die durchschnittliche Dauer der Gesprächsbeziehung zwischen dem/der behandelnden Ärzt/in und den Patient/innen zulässt. Die Patient/innen waren im Durchschnitt 47 Jahre alt,⁵³ 59 von ihnen sind männlich, 12 weiblich, ein Patient ist transsexuell (biologisch männlich).⁵⁴

Die Verteilung der Aufnahmen auf die Ärzt/innen erfolgte nach dem Prinzip der Zugänglichkeit;⁵⁵ die Anzahl der durch die jeweiligen Ärzt/innen durchgeführten Gespräche ist, u. a. aufgrund unterschiedlicher Anwesenheitszeiten der Ärzt/innen, recht unterschiedlich: Mit Arzt T ist nur ein Gespräch im Korpus vertreten, während 31 Gespräche mit Arzt M vorliegen. Die Verteilung der Gespräche ist in Tabelle 3 dargestellt:

Nr.	Arzt	Anzahl
(1)	Arzt M	31 Gespräche
(2)	Ärztin G	22 Gespräche
(3)	Arzt C	8 Gespräche
(4)	Arzt P	4 Gespräche
(5)	Ärztin A	3 Gespräche
(6)	Ärztin L	2 Gespräche
(7)	Arzt T	1 Gespräch
	Gesamt:	71 Gespräche

Tabelle 3: Verteilung der Gesprächsaufnahmen auf die Ärzt/innen

Die Bezeichnung der Gespräche wurde zwecks besserer Übersichtlichkeit systematisiert: So ist die Bezeichnung der Aufnahmen aus dem ersten Buchstaben des Vornamens des Patienten/der Patientin, aus dem Aufnahmedatum in Form einer vierstelligen Nummer und aus dem Kürzel AP für Arzt/Patient zusammengesetzt, also beispielsweise: J-2806-AP. Wie Tabelle 3 zeigt, wurden auch die Namen der Ärzt/innen auf den Anfangsbuchstaben des Vornamens abgekürzt, um die Anonymität der Informant/innen zu bewahren. Im Zuge der weiteren Datenaufberei-

⁵² Die Spannweite der Therapiedauer liegt bei 0,5 Monaten bis 300 Monaten (also 2 Wochen bis 25 Jahren). Bei fünf Patient/innen fehlt diese Angabe.

⁵³ Der jüngste Patient ist 22, der älteste 85 Jahre alt. Bei drei Patient/innen fehlt die Altersangabe.

⁵⁴ Bei drei Patient/innen fehlt diese Angabe.

⁵⁵ Eine genaue Auflistung aller aufgezeichneten Gespräche mit Angabe ihrer Länge und des/der behandelnden Arztes/Ärztin findet sich im Anhang A2 dieser Arbeit.

tung wurden zunächst Gesprächsinventare der 71 Gespräche angefertigt, um einen Überblick über die jeweiligen Gesprächsverläufe zu bekommen, um die Aktivitäten der Gespräche zu identifizieren und um potenzielle analyserelevante Phänomene voranalytisch zu kennzeichnen. Abbildung 5 zeigt, nach welchem Muster die Gesprächsinventare angelegt wurden:

Gesprächsinventar zum Gespräch A-2106-AP

Gesprächsname und -nummer: A-2106-AP

Aufnahmedatum: 21.06.2011,

Dauer der Aufnahme: 14:13 Minuten

Teilnehmer/innen: A (Patient), G (Ärztin)

Kurzbeschreibung: Regulärer Termin zur Kontrolle der Blutwerte

Als Transkription liegt vor:

Transkribentin: Alexandra Groß

Zeit	Transkribiert	Inhalt	Auffälligkeiten	Forschungsfragen
0:00		A. holt Patient aus dem Warteraum		
2:55		A bietet P Platz an. P geht aber zunächst zur Waage und wiegt sich.		- Patientenpartizipation - patientenseitige Initiativen

Abbildung 5: Muster eines Gesprächsinventars

Die erste Spalte *Zeit* diente primär der schnellen Orientierung im Gesprächsdatum und der Wiederauffindbarkeit von relevanten Stellen. In der zweiten Spalte wurde vermerkt, ob die jeweiligen Ausschnitte bereits in transkribierter Form vorliegen. In der Spalte *Inhalt* wurden Handlungen sowie Gesprächsinhalte vermerkt. Auffälligkeiten wurden nur in Einzelfällen notiert, etwa, wenn plötzlich ein lautes Bohrgeräusch die Hörbarkeit des Gesprächs beeinträchtigte. In die Spalte *Forschungsfragen* wurden Beobachtungen und mögliche Untersuchungsfragen und -schwerpunkte eingetragen; diese änderten sich im Laufe des induktiven analytischen Vorgehens allerdings z. T. grundlegend.

Die Übersicht über die Gespräche des Korpus wurde durch die Gesprächsinventare erleichtert. Auf Basis der zunehmenden Kenntnis des Gesprächskorpus wurden Ausschnitte für die Transkription ausgewählt.⁵⁶ Im Zuge der Analyse der Eröffnungssequenzen (siehe Kap. 6) wurden beispielsweise alle Gesprächsanfänge transkribiert, die von Vorlaufsequenzen vor der ärztlichen Eröffnungsinitiative bis hin zu Sequenzen der Nachfolgeaktivität reicht, um neben den fokussierten Phänomenen auch die Einbettung in den lokalen Gesprächskontext in transkribierter Form vorliegen zu haben.

Alle Transkriptionen wurden von mir selbst durchgeführt. Die Transkription erfolgte mit der Software *PRAAT* (Boersma & Weenink, 2017), die Dateien im so

⁵⁶ Zu Prinzipien der Datenselektion siehe Kapitel 4.3.

genannten TextGrid-Format erstellt. Letztere wurden zur Weiterbearbeitung und vergleichenden Analyse in die Korpusverwaltungssoftware *Transformer* (Ehmer, 2017) hochgeladen, für die Analyse wieder mit den entsprechenden Audiodateien aligniert und zur Textdarstellung in ein Textverarbeitungsformat umgewandelt. Die Transkriptionen wurden nach den Transkriptionskonventionen des *Gesprächsanalytischen Transkriptionssystems GAT2* (Selting et al., 2009) durchgeführt, das als wichtigste Transkriptionskriterien die Lesbarkeit des Transkripts, die Eindeutigkeit, Ikonizität und Formbezogenheit von Transkriptionssymbolen sowie den Einbezug relevanter Interaktionsphänomene angibt. Die Transkription erfolgte auf einer mittleren Detaillierungsstufe zwischen *Basistranskript* und *Feintranskript*. Die Basistranskription nach GAT2 sieht zunächst die Gliederung des Redeflusses in Intonationsphrasen vor, die nachher im Transkript die einzelnen Transkriptzeilen bilden. Überlappungen bei simultaner Rede werden u. a. durch gleiche Einrückungen der jeweiligen Transkriptzeilen und eckige Klammern bei Beginn und Ende der Überlappung gekennzeichnet.⁵⁷ Weiterhin sieht das Basistranskript die Erfassung von Fokusakzenten, von Tonhöhenbewegungen am Ende der Intonationsphrasen, von Dehnungen und von metasprachlichen Kommentaren vor. Es wurde erweitert um einige Merkmale des Feintranskripts, nämlich durch Kennzeichnungen der Sprechlautstärke, der Stimmqualität und der Sprechgeschwindigkeit (bei Auffälligkeiten) sowie durch die durchgängige Markierung der Haupt- und Nebensilben sowie extrastarker Akzentsilben. Abweichend von diesem Vorgehen wurden zur Analyse des Intonationsverlaufs ärztlicher Wie-geht's-Eröffnungsfragen Transkriptionen nach den GAT2-Vorgaben für die Feintranskription angefertigt. Alle übrigen, zwischen Basis- und Feintranskriptionsstufe erstellten Analysetranskripte entsprechen den in den empirischen Kapiteln dargestellten Transkripten.⁵⁸

Abweichend von den durch GAT2 vorgegebenen Symbolen wurden folgende Transkriptionsentscheidungen getroffen:

- Geräusche, wie z. B. das Schließen der Türe und der Signalton des Blutdruckmessgeräts, wurden durch entsprechende Kommentare in der Pausenzeile vermerkt; ihre zeitliche Alignierung mit den verbalen Anteilen der Interaktion wurde entsprechend GAT2-Konventionen mit eckigen Klammern [] markiert.
- Glottalisierte Stimme wurde aus platzökonomischen Gründen durch <<cv> > statt durch <creaky voice> > gekennzeichnet.
- Glottalverschlüsse wurden aus pragmatischen Gründen nach den Vorgaben von GAT1, der Vorgängerversion von GAT2, mit ' und nicht mit dem

⁵⁷ Eine Auflistung der wichtigsten Transkriptionssymbole nach GAT2 findet sich im Anhang A1 dieser Arbeit.

⁵⁸ Siehe Spiegel (2009) für die Unterscheidung zwischen *Analysetranskript* und *Publikationstranskript*.

entsprechenden Zeichen des Internationalen Phonetischen Alphabets ? gekennzeichnet.

Die Transkription der Audiodaten erfolgte analysegeleitet, die Gespräche wurden also ausschnittsweise nach dem aktuellem Analyseschwerpunkt transkribiert. Einige Gespräche liegen vollständig oder beinahe vollständig transkribiert vor. Da die Transkription bereits den ersten Analyseschritt im Zuge der gesprächsanalytischen Vorgehensweise darstellt und die transkribierten Ausschnitte für die weitergehende sequenzielle Analyse verwendet wurden, war die Selektion der Gesprächsausschnitte für die Transkription gleichbedeutend mit der Datenselektion für die Analyse.

4.3 Datenselektion und analytisches Vorgehen

Die Frage, die sich bei einem gesprächsanalytisch ausgerichteten Forschungsansatz wie bei der vorliegenden Untersuchung stellt, ist, nach welchen Kriterien Daten für die Analyse ausgewählt werden, wenn aus unterschiedlichen Gründen nicht immer alle verfügbaren Gespräche oder Gesprächsausschnitte eines Korpus in die Analyse mit einbezogen werden (können). Die vier empirischen Kapitel 5 bis 8 erforderten diesbezüglich unterschiedliche Herangehensweisen, so dass den Analysen in dieser Arbeit dementsprechend verschiedene Arten der Datenselektion zugrunde liegen. Die Selektionskriterien sind relevant, da durch sie Ausschnitte für die Analyse bestimmt werden und die Auswahl unmittelbar mit der Art der möglichen empirischen Ergebnisaussagen verknüpft sind bzw. unterschiedliche Möglichkeiten und Beschränkungen für die Generalisierung von Analyseergebnissen⁵⁹ nach sich ziehen. Ich möchte die getroffenen Entscheidungen bei der Auswahl von Gesprächsausschnitten für die Analyse in den einzelnen empirischen Kapiteln anhand des hierarchischen Schemas von Daly et al. (2007) erläutern, welches in Abbildung 6 dargestellt ist. Das Schema, das Typen der Datenselektion qualitativer Forschungsstudien aus den Gesundheitswissenschaften nach ihrer Aussagekraft für die klinische Praxis hierarchisiert, wurde für sozialwissenschaftliche Interviewstudien erstellt. Es ist m. E. auf gesprächsanalytische Forschungsvorhaben wie dem vorliegenden übertragbar.

⁵⁹ Zu unterschiedlichen Formen der Generalisierung in quantitativen und qualitativen Forschungsansätzen siehe Polit & Beck (2010). Die Autorinnen definieren Generalisierung (gleichbedeutend mit externer Validität) als „an act of reasoning that involves drawing broad conclusions from particular instances“ (ebd., S. 1451). Ohne Generalisierung sei keine evidenzbasierte Medizin möglich, da sie nur durch die Übertragung von Befunden auf andere Kontexte fruchtbar gemacht werden könne.

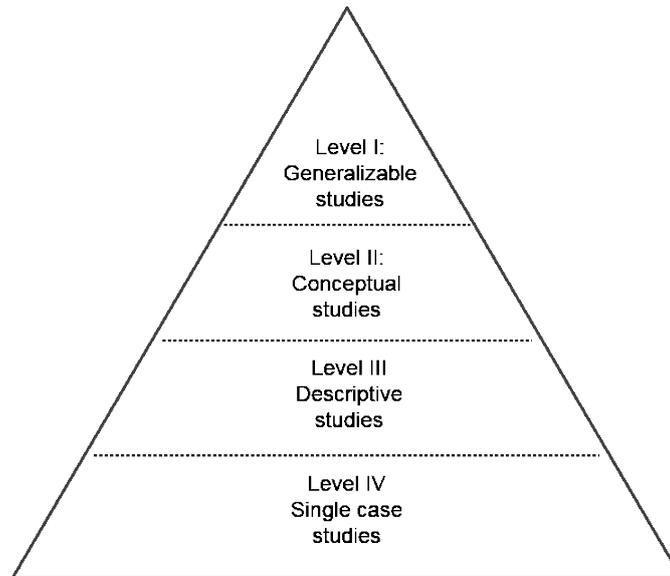


Abbildung 6: Die qualitative Hierarchie nach Daly et al. (2007, S. 45)

Die einzelnen Ebenen (*Level*) der qualitativen Hierarchie basieren auf verschiedenen Arten der Datenselektion und gehen hieraus folgend mit unterschiedlich umfassenden Kollektionen und spezifischen Untersuchungsfragen und -ergebnissen einher:

- *Single case studies*: Durch die detaillierte Analyse eines einzigen Falls können wertvolle Einsichten in bislang unerforschte Phänomene gewonnen werden. Das Ziel einer gesprächsanalytischen Fallanalyse ist, komplexe sprachlich-interaktive Verfahren zu identifizieren und in ihrer kontextuellen Einbettung nachzuvollziehen, um aufzudecken, wie die Interagierenden spezifische interaktive Aufgaben lösen. Die auf diese Weise gewonnenen Ergebnisse sind zunächst idiosynkratisch zu sehen und dennoch forschungsgenerierend für weitere Analysen. Sie sind nicht auf andere Fälle innerhalb und außerhalb des jeweiligen Settings, des vorliegenden Interaktionstyps etc. generalisierbar.
- *Descriptive studies*: Übertragen auf eine gesprächsanalytische Herangehensweise bedeutet dieser Ansatz der Datenselektion die phänomengeleitete Auswahl von Gesprächsausschnitten zur Beschreibung und Veranschaulichung einer – in einem Fallbeispiel – identifizierten sprachlich-interaktiven Praktik. Je nachdem wie groß die Kollektion aus einem Gesprächskorpus ist, kann (zumindest tendenziell) auf die Prominenz der Praktik, d. h. ihre *Typizität*, in einem Korpus geschlossen werden; es werden allerdings keine Aussagen darüber gemacht, welche anderen Praktiken zur Aushandlung der gleichen oder ähnlicher interaktiver Aufgaben existieren. Wenn im methodischen Rahmen der Interaktionalen Linguistik beispielsweise eine spezifische sprachliche Form als Analyseobjekt ausgewählt wird, befinden wir uns in diesem Ansatz.

- *Conceptual studies*: Hier werden Daten nach einem theoretischen Konzept ausgewählt.⁶⁰ Eine interaktionsgeleitete Art der konzeptuellen Datenauswahl ist dann gegeben, wenn Gesprächsausschnitte nach bereits gesprächsanalytisch identifizierten und funktional kategorisierten sprachlich-interaktiven Phänomenen selektiert werden, etwa, wenn Praktiken des bereits erforschten Konzepts ‚ärztliche Therapieempfehlung‘ innerhalb der Aktivität ‚Therapieentscheidung‘ auch für das vorliegende Gesprächskorpus als relevant identifiziert werden.⁶¹ Konzeptuelle Arten der Datenauswahl und die Analyse gehen einher mit einer Differenzierung bezüglich verschiedener sprachlich-interaktiver Realisierungsformen (Praktiken) des relevanten Phänomens. Die Anzahl der auf diese Weise selektierten und analysierten Datenstücke bedingt die Möglichkeiten verallgemeinernder Aussagen für das vorliegende Korpus.
- *Generalizable studies*: Wenn deskriptive und/oder konzeptuelle Arten der Datenselektion nicht nur auf eine Differenzierung hinsichtlich unterschiedlicher sprachlich-interaktiver Praktiken im vorliegenden Korpus angelegt sind, sondern zudem korpusübergreifend orientiert sind insofern, als auf ein bereits erforschtes Phänomen zurückgegriffen und eigene Analysen komparativ zu entsprechenden Ergebnissen aus anderen Gesprächskontexten/-settings in Bezug gesetzt werden, dann können entsprechend differenzierende und komparative Ergebnisaussagen gemacht werden. Bei flächendeckender Vergleichbarkeit kann auf die *Spezifität* identifizierter Phänomene geschlossen werden.

Wie fügen sich die vier Ebenen nun in die empirische Vorgehensweise der vorliegenden Arbeit ein: In Kapitel 5 werden einzelne Gesprächsausschnitte als Fallbeispiele für bestimmte Phänomene analysiert oder wenige Ausschnitte vorgestellt, um ein bestimmtes Phänomen zu beschreiben. Die Beispiele dienen hier der exemplarischen Veranschaulichung seiner sprachlich-interaktiven Realisierungen, ohne eine Aussage über die Häufigkeit des entsprechenden Phänomens und über alle Ausdifferenzierungen bzw. mögliche andere Realisierungen treffen zu können. Fallbeispiele aus dem Korpus sollen hier vertiefte Einblicke in ein Phänomen geben, das bis dato in der Forschungsliteratur nicht beschrieben wurde oder an dem sich in den vorliegenden Gesprächen neue Aspekte zeigen. Beispielsweise wird in Kapitel 5 beschrieben, wie ein Patient die Messung des Blutdrucks nutzt, um außerhalb der Aktivität der Anliegenklärung initiativ körperliche Beschwerden zu thematisieren. Die Messung des Blutdrucks wird in vielen der vorliegenden Gespräche nicht für entsprechende initiativ Patiententätigkeiten genutzt, in besagtem Fallbeispiel (Ausschnitt 5-5) aber schon, so dass eine empirische Aussage über interaktive Räume während der Aktivität ‚Blutdruckmessen‘, hier über

⁶⁰ Dies kann zu Problemen führen, wenn abstrakte Konzepte wie ‚Höflichkeit‘ in den Daten gesucht werden, diese aber ggf. nur wenig Teilnehmerrelevanz besitzen.

⁶¹ Dass die Auswahl von Gesprächsausschnitten und die Durchführung einer sequenziellen Analyse selbst immer auch konzeptuelle, d.h. deduktive, Komponenten haben, wird in der Gesprächsanalyse selten reflektiert.

patientenseitig initiierte Nebensequenzen, möglich ist und darüber, in welcher Ausprägung diese genutzt werden können. Ob solche Aktivitäten typisch für die untersuchten Gespräche sind, bleibt dagegen ungewiss oder kann nur tendenziell beantwortet werden. In der qualitativen Hierarchie befinden wir uns auf Level III bis IV.

In den Kapiteln 6 und 7 werden nach eingänglichen induktiven Fallanalysen alle Realisierungsformen der Eröffnung des medizinischen Kerngesprächs bzw. der Mitteilung der Blutwerte in die Analyse aufgenommen. Die jeweiligen Phänomene – u. a. identifizierte Praktiken der ärztlichen Eröffnungsinitiative oder die Art der Evaluationen der Blutwerte – wurden für die Analyse sowohl datengeleitet aus den Fallbeispielen als auch orientiert an bisherigen Ergebnissen aus der gesprächsanalytischen Forschungsliteratur erfasst (Level II). Sie werden differenziert für das gesamte Korpus beschrieben; Ergebnisaussagen sind also qualitativ und quantitativ auf dieses generalisierbar. Dadurch, dass eigene Ergebnisse komparativ mit bisherigen in Bezug gesetzt werden, ist ihre Aussagekraft sogar höher, da ihre Relevanz für andere Settings eingeschätzt werden kann (Level I).

Kapitel 8 ist mit seinem breiten thematischen Fokus auf ‚therapiebezogene Aushandlungen‘ unterschiedlichen Aktivitäten gewidmet. Vor allem Therapieentscheidungen erwiesen sich bei der ersten Korpusichtung als heterogen und z. T. äußerst komplex. Die Auswahl von Gesprächsausschnitten für Fallanalysen (siehe Kap. 8.2) war dementsprechend „strategically focused to collect the most appropriate, „rich“ data“ (Daly et al., 2007, S. 45) (Level IV). Da bisherige Erkenntnisse der medizinischen Konversationsanalyse, hier v. a. zu Praktiken ärztlicher Therapieempfehlungen, Ausgangs- und Orientierungspunkt waren, war sowohl die Datenselektion als auch die Beschreibung und Einordnung von Analysebefunden nicht ausschließlich ein induktiv-datengeleiteter, sondern auch ein konzeptuell-deduktiver Prozess (Level II).

Die in Kapitel 3.1 beschriebenen Grundannahmen der Gesprächsanalyse waren bei der weiteren analytischen Vorgehensweise leitend. Die analytischen Kategorien, die in den empirischen Kapiteln relevant werden, wurden maßgeblich aus den Gesprächsdaten selbst heraus entwickelt und unter Rückgriff auf Teilnehmerwissen und -kategorien (siehe Kap. 3.2.1) beschrieben. Bisherige Forschungsbefunde aus der mittlerweile umfassenden gesprächsanalytisch gewonnenen Forschungsbasis zu – vorwiegend akut- und/oder allgemeinmedizinischen – APG wurden für eine Vergleichsperspektive genutzt und bestehende Kategorien als Analysehinweise auf ihre sprachlich-interaktive Realität in den untersuchten Gesprächen sowie auf potenzielle spezifische Ausformungen geprüft. Die finalen Analysekatoren, die sich im Verlaufe der Analysen ergaben, speisten sich aus diesen beiden Herangehensweisen. Die große Auswahl der Gesprächsausschnitte für die korpusweite Analyse bzw. für ihre Darstellung in den Kapiteln sollte im

Unterschied zu den Fallbeispielen Tendenzen im Gesamtkorpus widerspiegeln, ohne die kontextsensitive Einbettung von Phänomenen aus den Augen zu verlieren. Den Ergebnisdarstellungen in den Kapiteln 5 bis 8 liegen zudem weitere Analysen nicht gezeigter Gesprächsausschnitte zugrunde.

Die an gegebenen Stellen feinere linguistische Beschreibung der identifizierten Praktiken, wie die Analyse des Grundfrequenzverlaufs der ärztlichen Befindensfrage ‚Wie geht es Ihnen?‘, diente ihrer Untersuchung als spezifisch zugeschnittene Ressource zur Organisation der sozialen Ordnung innerhalb der untersuchten Aktivitäten der HIV-Sprechstunde. Dieses Vorgehen entspricht der in Kap. 3.2.2 beschriebenen deskriptiv- und funktional-linguistischen Ebene der Interaktionalen Linguistik.

5 Arzt/Patient-Gespräche in der akutmedizinischen Praxis und in der HIV-Ambulanz

Das Gespräch zwischen Arzt und Patient ist das „Herzstück“ der Medizin und macht als „Kristallisationspunkt ärztlichen Handelns“ (Menz, 2015, S. 75) einen Großteil des beruflichen Alltags von Ärzt/innen aus. Das gilt auch für HIV-Sprechstunden; sie sind das zentrale Interaktionsereignis innerhalb der untersuchten medizinischen Einrichtung. Als übergreifendes Ziel der vorliegenden Arbeit wurde angegeben, Facetten dieser Gespräche mittels gesprächsanalytischer Methoden herauszuarbeiten und vor dem Hintergrund bisheriger gesprächsanalytischer Erkenntnisse zu APG zu perspektivieren. In diesem Kapitel soll zunächst der Blick auf strukturelle Charakteristika der HIV-Sprechstunden im Vergleich zu den vielfach untersuchten akut-, vor allem allgemeinmedizinischen APG gerichtet werden, um Mikrophänomene auf der Praktikenebene, auf der Handlungs- und der sequenziellen Ebene sowie auch größere Einheiten des Gesprächs in ihrer Eingebettetheit in das Gesamtgeschehen ‚HIV-Sprechstunde‘ beurteilen zu können. Das Einnehmen einer gesprächsanalytischen ‚Vogelperspektive‘ auf HIV-Sprechstunden betrifft folgende Fragen: Um welchen medizinischen Interaktionstyp handelt es sich? Welche Aktivitäten enthalten die Gespräche zwischen HIV-Mediziner/in und Patient/in? Gibt es feststehende Reihenfolgen in ihrem Ablauf (Kap. 5.1)?

Die vielfältigen Facetten des Gesprächs zwischen HIV-Mediziner/innen und HIV-Patient/innen stehen vor dem Hintergrund der method(olog)ischen Verortung in die medizinische Gesprächsanalyse nicht für sich; vielmehr lassen sich diverse Verbindungslinien ziehen. Sie sollen in diesem Kapitel überblicksartig dargestellt werden bzw. sollen vorbereitend auf die empirischen Analysen ab Kapitel 6 etwas tiefere Einblicke in exemplarisch herausgestellte sprachlich-interaktive Phänomene innerhalb der jeweiligen Aktivitäten gegeben werden (Kap. 5.2).⁶²

5.1 Interaktionstypen und Aktivitäten

Bereits aus einer *ex situ*-Perspektive liegt nahe, dass ärztliche Gespräche in ambulanten Settings, die Patient/innen aufgrund akuter Beschwerden aufsuchen, einer anderen Handlungslogik folgen als die vorliegenden Gespräche zwischen chronisch erkrankten HIV-Patient/innen und auf HIV spezialisierten Mediziner/innen, die zur ambulanten Dauerbehandlung der chronischen Infektion im Rahmen regelmäßig aufeinanderfolgender Kontrolltermine auch in Abwesenheit akuter Beschwerden stattfinden. Es gibt also nicht *das* ärztliche Gespräch: Die

⁶² Auf detailliertere Darstellungen und Diskussionen spezifischer gesprächsanalytischer Forschungsergebnisse (z. B. zu sprachlich-interaktiven Praktiken ärztlicher Eröffnungsinitiativen) werden ausgewählte Schlaglichter geworfen, sie treten in diesem Kapitel aber weitgehend zugunsten eines allgemeinen Überblicks zurück.

Spezialisierung der Schulmedizin, verschiedene Teilnehmerkonstellationen (triadische Konstellationen mit Dolmetscherbeteiligung), die Zweckfokussierung von Gesprächen auf bestimmte medizinische Aktivitäten bringt vielmehr ganz unterschiedliche Gesprächstypen zwischen Ärzt/innen und Patient/innen hervor. Für eine Grundsystematisierung ärztlicher Gesprächstypen berücksichtigt Nowak (2010) die unterschiedlichen Zwecke und kommunikativen Aufgaben, die sich in jeweils spezifischen Kombinationen obligatorischer und optionaler Gesprächskomponenten⁶³ widerspiegeln. Neben den vielfach untersuchten

- klassischen *akutmedizinischen Erstgesprächen* zwischen Arzt und Patient, die nach Ansicht Nowaks in dieselbe Kategorie fallen wie *Aufnahmegespräche*, unterscheidet er:
- *Visitengespräche/Hausbesuche*, die meist am Krankenbett der Patient/innen stattfinden;
- *Aufklärungsgespräche*, die Patient/innen in erster Linie über die Anwendung diagnostischer und therapeutischer Methoden informieren sollen (Spranz-Fogasy & Becker, 2017 sprechen von *Therapieplanungsgesprächen*);
- *Befundgespräche*, in denen Patient/innen Informationen über Diagnosen und Prognosen erhalten (*Diagnosemitteilungsgespräch* bei Spranz-Fogasy & Becker 2017);
- *Entlassungsgespräche*, die im Rahmen eines Krankenhausaufenthalts der abschließenden Einschätzung und Prognose dienen;
- *Folge-/Zweitgespräche*, die Spranz-Fogasy & Becker (2017) *Nachsorgegespräche* nennen.

Die untersuchten HIV-Sprechstunden könnten als sich in regelmäßigen Abständen wiederholende Interaktionsereignisse zunächst der Kategorie ‚Folge-/Zweitgespräche‘ zugeordnet werden. Diese Kategorie, die Gespräche bündelt, „die in einer laufenden Behandlung eines/r Patienten/ Patientin nach dem Erstgespräch stattfinden“ (Nowak, 2010, S. 229), müsste allerdings m. E. noch stärker binnendifferenziert werden: So ist zu erwarten, dass ein allgemeinmedizinisches Zweitgespräch, in dem beispielsweise der Gesundheitszustand eines Patienten mit Bronchitis nach zwischenzeitlichen Einnahme eines Antibiotikums überprüft wird, andere Aktivitäten enthält als Routinesprechstunden mit klinisch Gesunden, etwa in der gynäkologischen Praxis. Zudem bringen Letztere wiederum andere Voraussetzungen mit sich als die untersuchten Gespräche zwischen HIV-positiven Patient/innen und Ärzt/innen: Zwar ist der HIV-bezogene Gesundheitszustand bei

⁶³ Die Gesprächskomponenten wurden nach dem handlungsstrukturellen Analyseansatz (Spiegel & Spranz-Fogasy, 2001) identifiziert, nach welchem das APG als Handlungsschema begriffen wird. Der Terminus ‚Gesprächskomponente‘, der weitgehend synonym verwendet wird zu (komplexer) ‚Aktivität‘, bezieht sich auf unterschiedlich umfangreiche Einheiten des Gesprächs, die funktional definiert werden. Gesprächskomponenten nach der Handlungsschemanalyse umfassen sowohl einzelne Sequenzen als auch die komplexere Einheiten wie Aktivitäten im Gespräch (wie Erzählen, Beraten, Gespräch beenden).

vielen Patient/innen seit einer Vielzahl von Gesprächen anhaltend stabil im Sinne einer kaum nachweisbaren Virusmenge und der Gesundheitszustand häufig ebenfalls, jedoch finden HIV-Sprechstunden wie auch Kontrollsprechstunden mit Diabetespatient/innen im Rahmen einer laufenden medikamentösen Behandlung statt.

Die obige Systematik ist daher m. E. um die Gesprächstypkategorie der

- *Routinekontrollgespräche* zu ergänzen. Diese können mit klinisch gesunden oder mit chronisch erkrankten Patient/innen durchgeführt werden. Mit Ersteren ist zu erwarten, dass Ärzt/in und Patient/in eine *well visit* (Heritage & Raymond, 2010) etablieren, d. h. Beschwerdefreiheit zugrundelegen.

An der ärztlichen Eröffnungsinitiative (Kap. 6) sowie an der Weise, wie anhaltend unauffällige Blutwerte mitgeteilt werden (Kap. 7), ist in den vorliegenden Gesprächen erkennbar, dass Ärzt/innen und Patient/innen trotz des Vorliegens der chronischen HIV-Infektion eine *well visit* konstruieren können, die vergleichbar ist mit zahnmedizinischen oder gynäkologischen Routinekontrollgesprächen. In solchen Fällen ist das Gespräch auch meist schnell „erledigt“:

Hab‘ ich einen Patienten gesehen, der kommt rein, es geht ihm prima, die Therapie funktioniert astrein und er ist eigentlich nach drei Minuten wieder draußen. Und dann sacht der dann: "Muss ich überhaupt noch kommen?" (Arzt M im Interview).

Umgekehrt kann die Behandlung von HIV bzw. die Kontrolle des klinischen Zustands zugunsten akuter (z. T. HIV-unspezifischer medizinischer) Probleme zurücktreten, so dass die gesprächsextern vordefinierten Routinesprechstunden auch Merkmale akutmedizinischer Erstgespräche aufweisen.

Die Vielschichtigkeit medizinisch vordefinierter primärer Gesprächszwecke – Behandlung vs. Kontrolle – wird interaktiv in entsprechenden Orientierungen der Gesprächspartner/innen gemeinsam (re-)konstruiert, u. a. durch das Vorkommen spezifischer Aktivitäten und Abläufe: So ist die Mitteilung der Blutwerte ein Charakteristikum der ambulanten HIV-Sprechstunde; Befundmitteilungen allgemein kommen aber auch z. B. in onkologischen Kontrollsprechstunden vor. Bestimmte Ausprägungen von Gesprächshandlungen und -sequenzen, die in allen ärztlichen Gesprächstypen vorkommen, kontextualisieren ebenfalls unterschiedliche Erscheinensgründe bzw. Anliegen und Ziele: Während Ärzt/innen in allgemeinmedizinischen Sprechstunden das medizinische Kerngespräch häufig durch eine problemorientierte Frage wie „Was kann ich für Sie tun?“ eröffnen, ist die allgemeine Befindenfrage „Wie geht’s Ihnen?“ die prominenteste ärztliche Eröffnungsinitiative (Kap. 6).

In Forschungsarbeiten der medizinischen Gesprächsanalyse lag der Untersuchungsfokus lange auf ärztlichen Erstgesprächen (seltener: auf Nachfolgesprächen) in medizinischen Akutsettings, so dass sich die im Folgenden dargestellten, vielfach recht ähnlichen gesprächsanalytischen Systematisierungen auf diesen

Interaktionstyp beziehen. Die Forschungsarbeit, die in Überblickskapiteln und -aufsätzen zu Arzt/Patient-Interaktion zuverlässig mit Bezug auf den Verlauf ärztlicher Gespräche erwähnt wird, ist die aufwändig angelegte Studie von Byrne & Long (1976). Die Autoren untersuchten mehr als 2500 APG und nahmen diese hinsichtlich ihrer Aktivitätsstruktur beziehungsweise der Abfolge typischer Gesprächsaufgaben in den Blick. Sie identifizierten folgende aufeinander aufbauende Aktivitäten:

- (i) *opening* (Gesprächseröffnung),
- (ii) *problem presentation* (Beschwerdendarstellung),
- (iii) *history taking/physical examination* (Beschwerdenexploration/körperliche Untersuchung),
- (iv) *diagnosis* (Diagnosemitteilung),
- (v) *treatment recommendation* (Therapieplanung/-entscheidung),
- (vi) *closing* (Gesprächsbeendigung).

Das rekurrente Vorkommen der genannten Aktivitäten in APG ist dabei bis heute mehrfach untermauert (Heritage & Maynard, 2006) und spezifiziert bzw. auch modifiziert worden (Nowak, 2010). Interaktionale Besonderheiten sowie Möglichkeiten und Beschränkungen für die Partizipation der Interagierenden innerhalb dieser Aktivitäten wurden in zahlreichen Studien beschrieben. In wenigen Arbeiten wurde die obige Aktivitätsstruktur modifiziert: Spranz-Fogasy (2010) etwa identifiziert in der Bestimmung von Handlungskomponenten des akutmedizinischen Erstgesprächs zwischen Arzt und Patient mittels der Handlungsschemaanalyse (Spiegel & Spranz-Fogasy, 2001) lediglich fünf Komponenten:

- (i) Begrüßung und Gesprächseröffnung,
- (ii) Beschwerdenschilderung und Exploration der Beschwerden (mit fakultativer körperlicher Untersuchung),
- (iii) Diagnosestellung,
- (iv) Therapieplanung und -entwicklung,
- (v) Gesprächsbeendigung und Verabschiedung.

Dass Spranz-Fogasy die Beschwerdenschilderung und -exploration als eine Komponente zusammenfasst, wird mit der Zielgerichtetheit beider Aktivitäten auf die diagnostische Interpretation der Beschwerden hin begründet. Zudem wird argumentiert, dass die durch patientenseitige Gesprächsbeteiligung dominierte Aktivität der Beschwerdenschilderung durch Rezipientensignale des Arztes/der Ärztin bereits in Richtung seiner/ihrer eigenen Relevanzen gelenkt werden kann, wodurch die Grenzen zur aktiven Beschwerdenexploration, die vorwiegend durch ärztliche Fragen geleitet wird (siehe z. B. Spranz-Fogasy, 2010), verschwimmen. Letztlich ist es eine Sache der Gewichtung potenziell konfligierender Charakteristika von Aktivitäten, die zu unterschiedlichen Systematiken bei der makrostrukturellen Beschreibung von APG führen kann: Wenn die unterschiedliche Beteiligungsdynamik in der patientenseitigen Beschwerdendarstellung vs. in der

ärztlich dominierten Beschwerdenexploration stärker gewichtet wird als die gemeinsame Zielsetzung beider Aktivitäten hin auf die diagnostische Interpretation der Beschwerden, ist eine Orientierung an der Aktivitätenabfolge nach Byrne & Long (1976) schlüssiger, an welcher sich auch u. a. Heritage & Maynard (2006) orientieren. Die Makrostruktur von APG, die den Detaillierungsgrad auf der Ebene von Aktivitäten ansetzt, ist natürlich noch weiter in Sequenzen und Gesprächshandlungen untergliederbar und systematisierbar (siehe z. B. Nowak, 2010; Robinson, 2003): So ist z. B. die Aktivität der Therapieentscheidung u. a. durch Therapieempfehlungen und Erklärungen zu den Empfehlungen auf Seiten der Ärzt/innen und (minimale) Verstehensdokumentationen und Zustimmungsausprägungen auf Seiten der Patient/innen geprägt.⁶⁴

Robinson (2003) expliziert die gesetzte Annahme, dass die genannten Aktivitäten nicht in beliebiger Reihenfolge im Gespräch durchgeführt werden, sondern dass sie in wechselseitiger Interdependenz und logischer Reihenfolge ablaufen (siehe auch Menz, 2015). Der Autor argumentiert, dass die Problempräsentation seitens eines Patienten ein „transaktionales“ Projekt eröffnet, in welchem eine Aktivität logisch aus der anderen folgt:

[T]reatment is contingent upon diagnosis, which is itself contingent upon physicians obtaining information about patients' problems, which is initially garnered from patients' presentations of their problems and subsequently from history taking and/or physical examination (Robinson, 2003, S. 47).

Dennoch gilt, dass die Abfolge idealtypisch ist: Die genannten Aktivitäten erscheinen nicht immer als Abfolge, sondern als Schleifen von Aktivitätenmustern und werden z. T. auch in mehreren „Anläufen“ bearbeitet (vgl. auch Menz, 2015): So können in der Therapieplanung erneut beschwerdeninterpretative Momente eingebracht und aufgegriffen werden, in der Beschwerdendarstellung können bereits diagnostische Überlegungen und subjektive Theorien einfließen; sogar die Begrüßung kann für Ärzt/innen bisweilen diagnostisch wertvoll sein, etwa wenn in der psychiatrischen Behandlung das Sozialverhalten von Patient/innen aufschlussreich für die Diagnose und Behandlung ist.

Am obigen Ablaufschema wurde aus angewandt-gesprächsanalytischer Perspektive Kritik geübt: Nowak (2010) ist beispielsweise der Ansicht, dass die körperliche Untersuchung als eigenständige Aktivität angesehen werden sollte, da während dieser das verbale Verhalten stark auf die Untersuchungsaktivitäten ausgerichtet sei und spezifische Aufgaben erfülle. Spranz-Fogasy (u. a. 2014) bezweifelt weiterhin den obligatorischen Status von Diagnosemitteilungen, da diese empirisch gesehen häufig ausbleiben (siehe unten, Kap. 5.2.8). Im Zusammenhang mit rekurrent identifizierten sprachlich-interaktiven Dynamiken

⁶⁴ Siehe Kapitel 5.2.9 für einen kurzen Überblick über Befunde zur Aktivität der medizinischen Entscheidungsfindung und Kapitel 8.1 für eine detailliertere Darstellung gesprächsanalytischer Forschungsergebnisse.

der Gesprächseröffnung – etwa dass ärztliche Eröffnungsfragen häufig beschwerdenorientiert seien – weist Lalouschek (2013) darauf hin, dass die Benennung der Aktivitäten vor allem aus der ärztlichen Teilnehmerperspektive vorgenommen wurde; sie fordert aus angewandt-gesprächsanalytischer Perspektive eine explizite Erweiterung des Modells, nämlich die Einführung einer „initialen Anliegenklärung“ als zusätzliche Aktivität zu Beginn von APG, u. a. da patientenseitige Anliegen sich vor allem bei chronischen Erkrankungen systematisch von medizinisch relevanten Problemen unterscheiden könnten (siehe Kap. 6).

Im Zentrum der untersuchten Gespräche zwischen HIV-Mediziner/innen und Patient/innen steht der medizinische Verlauf der HIV-Infektion des Patienten mit ihren Auswirkungen auf die physische Gesundheit. In der ambulanten HIV-Behandlung wird die Medikation individuell auf die Patient/innen zugeschnitten und ihre Wirksamkeit in den regelmäßigen Kontrollterminen überprüft. Zusätzlich zur Überprüfung relevanter Blutwerte wie der CD4-Helferzellen und der Viruslast werden in der untersuchten ambulanten Einrichtung Körpergewicht und Blutdruck kontrolliert, damit potenzielle Nebenwirkungen der Medikamente früh erkannt und diesen entgegengewirkt werden kann. In der Sprechstunde sind demnach v. a. wiederkehrende obligatorische Gesprächsaufgaben zu bewältigen. Die Patienten nutzen die regelmäßige Sprechstunde aber auch, um HIV-unspezifische Beschwerden zu schildern; der HIV-Spezialist übernimmt daher in einem gewissen Rahmen auch hausärztliche Aufgaben. Des Weiteren können die psycho-soziale Befindlichkeit und sozialrechtliche Belange der/des Patient/in zur Sprache kommen und Überweisungsmodalitäten bei spezifischen Beschwerden besprochen werden. Die besondere Herausforderung für beide Interagierende besteht hierbei darin, sowohl obligatorische Gesprächsaufgaben als auch aktuelle Anliegen zu bearbeiten, und das in einem begrenzten Zeitfenster.

Die untersuchten Gespräche zwischen Ärzt/innen und HIV-positiven Patient/innen können also teilweise die oben genannten Aktivitäten akutmedizinischer APG aufweisen, sind aber zudem durch Aktivitäten geprägt, die die übergreifende Zielsetzung der Gespräche – die Kontrolle des HIV-spezifischen körperlichen Zustands der Patient/innen – widerspiegeln. In der folgenden Abbildung 7 sind obligatorische und fakultative Aktivitäten sowie typische Abläufe innerhalb der HIV-Sprechstunde schematisiert dargestellt:

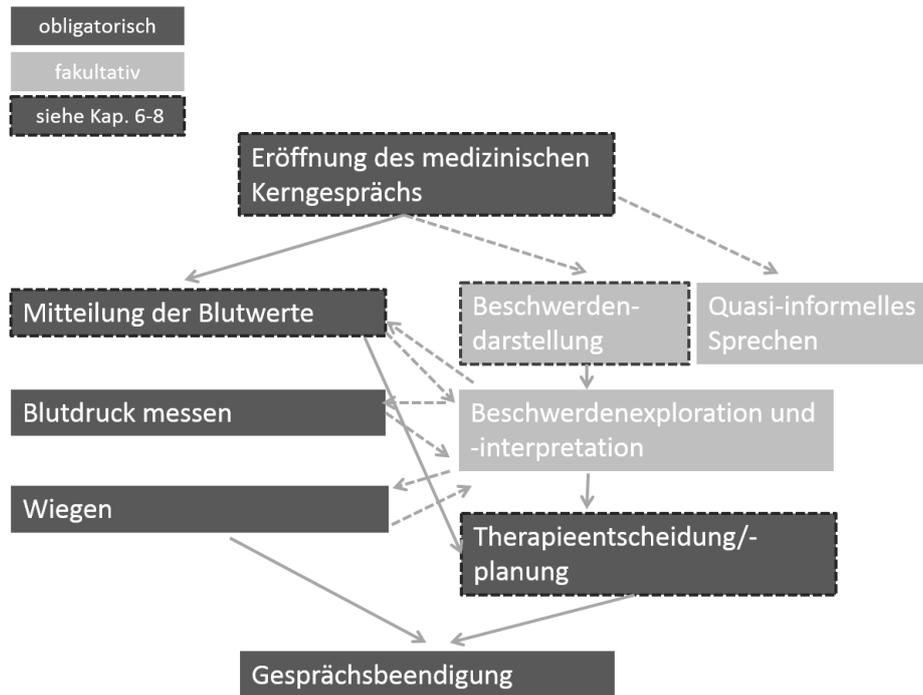


Abbildung 7: Aktivitäten in der HIV-Sprechstunde

Wie das Ablaufschema in Abbildung 7 zeigt, weist die HIV-Sprechstunde verschiedene Verlaufspfade auf, die teils obligatorische, teils fakultative Aktivitäten enthalten. Erstere sind in den Textfeldern mit dem dunklen Grauton unterlegt, zweitere mit dem hellen Grauton.⁶⁵ Obligatorisch in jeder Routinesprechstunde, d. h. wenn Patient/innen das Gespräch nicht außerplanmäßig aufgrund akuter medizinischer Probleme aufsuchen, sind nach der Eröffnung des Kerngesprächs die Aktivitäten ‚Mitteilung der Blutwerte‘, ‚Blutdruck messen‘ und ‚Wiegen‘ sowie hiermit zusammenhängende Therapieentscheidungen für ein „weiter so“, bevor die Gesprächsbeendigung eingeleitet werden kann. Die dunkelgrau unterlegten Aktivitäten in Abbildung 7 kommen also typischerweise in jedem Gespräch des untersuchten Gesprächskorpus vor. Die z. T. fehlenden Verlaufspfeile zwischen diesen Aktivitäten markieren, dass ihre Abfolge nicht festgelegt ist. So ist im Korpus in wenigen Gesprächen belegt, dass der Patient unmittelbar nach der Gesprächseröffnung aufgefordert wird, sich zu wiegen; in vielen Fällen folgt der Eröffnung des medizinischen Kerngesprächs jedoch die Mitteilung der Blutwerte. Die obligatorischen Aktivitäten der ‚HIV-Sprechstunde‘ weisen also im Gegensatz zum akutmedizinischen APG nur teilweise handlungslogisch zwingende Abfolgen auf (durch die durchgezogenen Ablaufpfeile gekennzeichnet); v. a. die größeren Gesprächsphasen Gesprächseröffnung, die Kernaktivitäten (Mitteilung der Blutwerte, Blutdruck messen, Wiegen) und die Gesprächsbeendigung haben feste Positionen innerhalb des Gesamtgesprächs.

⁶⁵ Siehe auch die Legende im linken oberen Teil der Abbildung 7.

Auch bei den optionalen Aktivitäten ‚Beschwerdendarstellung‘, und ‚Beschwerdenexploration und -interpretation‘ sind – analog zur oben beschriebenen Abfolgestruktur akutmedizinischer APG – aktivitätenbezogene Interdependenzen belegt, die in der obigen Abbildung durch (gestrichelte) Ablaufpfeile dargestellt sind. Minimale Therapieentscheidungen für das Beibehalten des therapeutischen Vorgehens erfolgen nach der Mitteilung der Blutwerte. In beschwerdenexplorative und dann auch in Aktivitäten der Therapieentscheidung und -planung kann das Gespräch im Falle patientenseitiger Beschwerdendarstellungen im Anschluss an eine ärztliche Eröffnungsfrage zu Beginn des Kerngesprächs münden (siehe Kap. 6). Alternativ können sich Arzt und Patient im Anschluss an die Eröffnungsfrage in Aktivitäten engagieren, die ich als *quasi-informelles Sprechen* bezeichne (siehe Kap. 5.2.2).

Weiterhin können die drei obligatorischen Aktivitäten der HIV-Sprechstunde auf der linken Seite der Abbildung zu problemexplorativen/-interpretativen Aktivitäten und/ oder zu mehr oder weniger ausführlichen Therapieentscheidungen führen. Im Falle unauffälliger Blutwerte z. B. ist die Therapieentscheidung für das Beibehalten der Therapie oder für das Aufschieben einer ART (siehe Kap. 8.2.3) nur minimal auf der Gesprächsoberfläche auszumachen; entsprechende Aktivitäten sind aufwändiger, wenn die Blutwerte, der Blutdruck oder das Gewicht des Patienten/der Patientin medizinische Auffälligkeiten aufweisen. Die gestrichelte Pfeile von der linken zur rechten Seite in Abbildung 7 markieren die Optionalität solcher Verläufe. Informelle Aktivitäten wie patientenseitige Narrative über den letzten Urlaub sind zwar häufig nach der Eröffnungsfrage, können aber auch aus den anderen Aktivitäten entstehen bzw. in sie eingebettet sein oder durch Ärzt/innen oder Patient/innen in Übergangsphasen initiiert werden. In bisherigen Aktivitätenschemata von APG ist solches quasi-informelles Sprechen nicht integriert, ich sehe es für die HIV-Sprechstunden aber trotz seines fakultativen Status als konstitutiv an, da es die Sicht von Ärzt/innen und Patient/innen auf die Gespräche in hohem Maße prägt.

Weiterhin sind in Abbildung 7 Verbindungspfeile von der fakultativen ‚Beschwerdenexploration und -interpretation‘ in der linken Spalte hin zu den drei obligatorischen Aktivitäten erkennbar; diese sollen anzeigen, dass letztere bisweilen nicht ausschließlich „für sich alleine“, sondern zusätzlich im Dienste der diagnostischen Einordnung von Beschwerden stehen können. Insbesondere die regelmäßig erhobenen und in der Patientenakte dokumentierten Blutwerte können als diagnostischer (Ausschluss-)Indikator für akute Beschwerden fungieren, so dass ihre Mitteilung in eine beschwerdenexplorative Aktivität eingebettet sein kann und so zur diagnostischen Einordnung des jeweiligen Problems beiträgt. Gesprächsstrukturell zeigt sich eine zusätzliche Funktion der Routineaktivitäten ‚Wiegen‘, ‚Messen des Blutdrucks‘ und ‚Mitteilen der Blutwerte‘ zunächst natür-

lich an ihrer Platzierung innerhalb des Prozesses der Beschwerdenexploration und -interpretation. Sprachlich verweisen Informationsstrukturierer wie Konjunkionaladverbien und (kausale) Konjunktionen auf Verbindungen zwischen und Verschachtelungen von Aktivitäten. Folgender Ausschnitt aus dem Gespräch B-1506-AP mit Arzt M soll dies veranschaulichen:

Ausschnitt 5-1: Einbettung der Mitteilung der Blutwerte in eine übergreifende Beschwerdenexploration, B-1506-AP, Arzt M, 128-141 Sekunden.⁶⁶

93 A: °h <<all> sagen sie ma> und wie IS das-
 94 glAUBen sie dass das (.) an den medikaMENTen liegt?
 95 P: ich WEIß es nich; (---)
 96 A: was MEInen_se.
 97 P: <<p> keine Ahnung;>
 98 A: **a:lso-**
 99 gUcken wir_s doch (**jetzt erst**) **erstmal** nach den
 WERten.
 ((8 Zeilen ausgelassen))
 108 A: hElferzellen sind dreihundertneunundNEUNzig-
 109 das ist PRIma. (-)
 110 ja?
 111 mit SECHSunddreißig <<all> proz.>
 112 °hh <<all> blUt bild leberwerte nierenwerte> ist !ALL!es
 gut. (-)
 113 das heißt dAs ist alles (-) PRIma.
 114 **!A!ber?** (-)
 115 gUtgehn tut_s ihnen **TROTZdem** nich. (-)
 116 !WANN! fing das denn Ungefähr AN.
 117 ((Blättern))

Die Patientin hatte vor Beginn des Ausschnitts über häufig auftretende Übelkeit geklagt (nicht gezeigt), die hier in Frage-Antwort-Sequenzen exploriert wird. In Zeile 93 erfragt der Arzt die patientenseitige Kausalattribution, woraufhin die Patientin sich auf Nichtwissen beruft. Sie beantwortet damit zwar gemäß gesetzter konditioneller Relevanzen die Frage des Arztes, trägt aber inhaltlich nicht zum Finden der potenziellen Ursache bei (bis Z. 97). Die Mitteilung der Blutwerte, die der Arzt mittels Diskursmarker (Z. 98) und explizit mit *gUcken wir_s doch (jetzt erst) erstmal* nach den *WERten*. ankündigt, offenbart zunächst eine Orientierung an der Obligatorik der Mitteilungsaktivität, da er sie mit ‚erstmal‘ priorisiert (und scheinbar die Beschwerdenexploration hierdurch unterbricht). Im weiteren Verlauf des Ausschnitts wird dann deutlich, dass die Platzierung der Aktivität innerhalb der Beschwerdenexploration zu diagnostischen Zwecken funktional ist: Die mitgeteilten und global als ‚gut‘ evaluierten Werte (bis Z. 112) werden explizit als im Gegensatz zum schlechten Wohlbefinden der Patientin stehend präsentiert (Z. 113 bis 115); versprachlicht wird diese Beziehung durch den – extrastark akzentuierten – adversativen Konnektor **!A!ber?** sowie durch das

⁶⁶ Ein Teil dieses Ausschnitts wird in Kapitel 5.2.7 erneut im Zusammenhang mit interaktionstyp-typischen Merkmalen der Aktivität ‚Beschwerdenexploration und -interpretation‘ aufgegriffen und dort ausführlicher analysiert.

Konjunktionaladverb ‚trotzdem‘. *Post hoc* werden die Blutwerte also als Ausschlusskriterium konstruiert; die Mitteilung der Blutwerte wird damit in beschwerdeninterpretative Aktivitäten eingebunden.

Primär nonverbale bzw. instrumentelle und mediale Aktivitäten der Interagierenden sind nicht explizit in die obigen Schemata akutmedizinischer und HIV-spezifischer APG integriert. Hierzu gehören beispielsweise die schriftliche Dokumentation relevanter Gesprächsinhalte in die Patientenakte (u. a. der gemessene Blutdruck, Medikamentendosen) und die Verwendung des Computers durch den Arzt/die Ärztin, um z. B. freie Termine für die nächste Sprechstunde zu recherchieren oder um Patient/innen Aufnahmen bildgebender Verfahren zu zeigen und diese zu besprechen. Der Grund dafür, dass sie in der obigen Aktivitätenstruktur nicht aufgeführt wurden, ist u. a. der, dass sie i. d. R. den genannten Aktivitäten untergeordnet sind: Die Recherche eines Termins für die nächste Sprechstunde oder der Kontakt zu einer anderen medizinischen Fachpraxis erfolgt beispielsweise innerhalb gesprächsbeendigender Koordinierungsaktivitäten, patientenseitige Angaben zu bisheriger Einnahme von Medikamenten werden im Rahmen der Beschwerdenexploration in der Patientenakte notiert etc.

Zudem erfordert die Analyse des multimodalen und multimedialen Handelns der Gesprächsteilnehmenden Videodaten als Datengrundlage. Im Rahmen dieser Arbeit mussten daher – bedingt durch das Fehlen von Videoaufnahmen der Gespräche im Korpus sowie in zahlreichen Studien der medizinischen KA – Ausformungsmuster visueller bzw. visuell wahrnehmbarer Modalitäten für die Realisierung oben genannter Aktivitäten (z. B. Zuwendung des ärztlichen Blicks auf die Patientenakte und visuelle Wahrnehmungswahrnehmung durch den Patienten/die Patientin) sowie mediale Interaktionsressourcen (z. B. der Computerbildschirm) in den Hintergrund treten. In den vorliegenden Audioaufnahmen erscheinen visuelle, etwa instrumentelle Handlungen (z. B. das schriftliche Notieren in die Patientenakte) als verbale Pause, da während ihrer Durchführung verbale Interaktionsanteile zugunsten der visuell für beide Interagierenden zugänglichen Handlungen zurücktreten. Zu möglichen Auswirkungen solcher Verbalpausen während der aktiven oder rezeptiven Nutzung von (digitalen) Medien auf die Beteiligungsdynamik der Interagierenden Arzt und Patient sei auf die Studien von Greatbatch et al. (1993) und Newman, Button & Cairns (2010) verwiesen. Die Autor/innen beschreiben die ärztliche Nutzung des Computers und hiermit einhergehende verbale Pausen als interaktive Ressource für Initiativen seitens der Patient/innen. Eine Beobachtung ist, dass lange Verbalpausen und das Vorkommen patientenseitig wahrnehmbarer Aktivitätszäsuren in der Nutzung des Computers (z. B. das Drücken der Enter-Taste) patienteninitiierte Themen- und Aktivitätsänderungen befördern. Auch Gibson et al. (2005) untersuchen die Einbettung manuell-visueller Handlungen am/mit dem Computer in laufende Aktivitäten und beschreiben die

Hinwendung beider Interagierenden zum Computer als Einbezug eines „dritten Gesprächspartners“.

5.2 Sprachlich-interaktive Phänomene in Aktivitäten

Beginnend mit Eröffnungssequenzen sollen nun zentrale Ergebnisse der medizinischen Gesprächsanalyse zu den oben aufgeführten Kernaktivitäten ärztlicher Gespräche überblicksartig skizziert und mit eigenen Beobachtungen zu Aktivitäten in der HIV-Sprechstunde in Bezug gesetzt werden. Das durch Byrne & Long (1976) identifizierte typische Aktivitätenrepertoire akutmedizinischer APG (siehe Kap. 5.1) wird in der HIV-Sprechstunde erweitert durch die für die HIV-Behandlung notwendigen Aktivitäten ‚Wiegen‘ (Kap. 5.2.4) und ‚Blutdruck messen‘ (Kap. 5.2.5), der spezifischen Kernaktivität ‚Mitteilung der Blutwerte‘ (Kap. 5.2.3) sowie ‚Quasi-informelles Sprechen‘ (Kap. 5.2.2). Sprachlich-interaktive Phänomene in der ‚Mitteilung der Blutwerte‘ werden zusätzlich in Kapitel 7 eingehend behandelt; ihre Kurzdarstellung in Kapitel 5.2.3 sowie Schlaglichter auf ausgewählte gesprächsanalytische Ergebnisse zu den Aktivitäten ‚Eröffnung des medizinischen Kerngesprächs‘ (Kap. 5.2.1), ‚Beschwerdendarstellung‘ (Kap. 5.2.6) und ‚Therapieentscheidungen‘ (Kap. 5.2.9) bilden Vorschauen auf die entsprechenden Analysekapitel 6, 7 und 8.

Die Darstellungen der wichtigsten Forschungsergebnisse zu den übrigen, auch in akutmedizinischen Gesprächen vorkommenden Aktivitäten ‚Beschwerdenexploration und -interpretation‘ (Kap. 5.2.7), ‚Diagnosemitteilung‘ (Kap. 5.2.8) sowie ‚Gesprächsbeendigung‘ (Kap. 5.2.10) erfolgen an dieser Stelle etwas ausführlicher, da sie kein Pendant im späteren Analyseteil dieser Arbeit haben. Es werden jeweils gesprächsanalytische Ergebnisse zu akutmedizinischen APG sowie eigene Beobachtungen und Fallanalysen integriert.

5.2.1 Eröffnung des medizinischen Kerngesprächs

Das medizinische Kerngespräch wird i. d. R. durch eine ärztliche Eröffnungsinitiative eingeleitet. In akutmedizinischen Gesprächen sind hier unterschiedliche Fragetypen und Aufforderungen wie „Was kann ich für Sie tun?“ oder „Erzählen Sie mal, was ist das Problem?“ belegt; sie gehören nach Robinson (2003) dem allgemeineren, informellen Handlungstyp der *offers to serve* (ebd., S. 34) an und setzen v. a. in Erstgesprächen die Darstellung des Grunds des Besuchs in Form einer Beschwerdenschilderung relevant (Heritage & Robinson, 2006a). Busch & Spranz-Fogasy (2015) sehen die Gesprächseröffnung und sogar die vorausgehende Kontaktaufnahme als Teil der Beschwerdenexploration an, da Ersteres bereits diagnostischen Wert haben kann (etwa beim Händedruck: Wie schwach ist der Patient?). Die ärztliche Eröffnungsinitiative prägt durch die Auswahl unterschiedlicher Eröffnungspraktiken den spezifischen Gesprächstyp, kon-

textualisiert also etwa, ob ein Erstgespräch, ein Nachfolgegespräch oder eine Routinesprechstunde eingeleitet wird (Robinson, 2006; siehe auch Kap. 6.1.1.1). Ein Spezifikum der HIV-Routinesprechstunden ist, dass HIV-Ärzt/innen mittels Eröffnungsinitiative häufig keine Beschwerdenschilderung relevant setzen. Die mit Abstand am häufigsten belegte Eröffnungsfrage ist die auch aus alltäglichen Interaktionstypen bekannte Frage nach dem Allgemeinbefinden vom Typ ‚Wie geht’s Ihnen?‘. Die ärztliche Orientierung am Wohlbefinden des Patienten oder auch das Relevantsetzen gänzlich „unmedizinischer“ erster Themen (wie alltägliche Erlebnisse oder Neuigkeiten; siehe den nächsten Abschnitt und Kap. 6.2) baut für Patient/innen bisweilen interaktive Hürden für das Äußern von Beschwerden auf. Die identifizierten Praktiken ärztlicher Eröffnungsinitiativen in der ambulanten HIV-Sprechstunde und ihre jeweiligen sequenziellen Konsequenzen (u. a. Beschwerdendarstellungen) werden in Kapitel 6 beschrieben.

5.2.2 Quasi-informelles Sprechen

In Kapitel 3.3.1 wurde dargelegt, dass APG allgemein als eine Form institutioneller Interaktion gelten, die aufgrund der Orientierung der Beteiligten im Gespräch an institutionellen Zielen, Bedingungen und Beschränkungen, unter Realisierung entsprechender Beteiligungsrollen im Vollzug des Gesprächs entsteht. Wie die Analysen in den nachfolgenden Kapiteln zeigen werden, treten auch in der HIV-Sprechstunde vielfältige Formen von Institutionalität-in-Interaktion auf, z. B.:

- das Vorkommen von Aktivitäten, die medizinisch-institutionellen Zwecken dienen,
- die asymmetrische Verteilung von Gesprächshandlungen auf Ärzt/in oder Patient/in, z. B. die Mitteilung der Blutwerte durch die Ärzt/innen (siehe Kap. 5.2.3 und Kap. 7) sowie allgemein
- die Taktung der Sprechstundentermine in der untersuchten Institution, die sich in der Dauer der Gespräche widerspiegelt.

Neben diesen Arten der systematischen Herstellung von Institutionalität fielen mir im Rahmen der ethnographischen Datenerhebung sowie schließlich bei der Analyse der erhobenen APG darüber hinaus Aktivitäten auf, die zumindest auf den ersten Blick nicht institutionell-zweckgebunden scheinen und die hinsichtlich ihrer Partizipationsstruktur und/oder Themenauswahl eine Annäherung an eher private, informelle Gespräche nahe legen. Dabei sind nicht nur Aktivitäten oder Handlungen gemeint, die in derselben Form auch in informellen Gesprächen vorkommen und zum Teil institutionell gewendet werden, wie ich dies z. B. für einige Praktiken ärztlicher Eröffnungsfragen (siehe Kap. 6.2) oder für Ratschlagspraktiken zeigen werde (siehe Kap. 8.3.3), sondern Sprechen von Ärzt/in und Patient/in,

that is referentially independent from their institutional identities as patients or surgeons, oriented instead to an aspect of the personal biography of one

(or both), or to some neutral topic available to interactants in any setting (e. g. weather) (Hudak & Maynard, 2011, S. 634).

Hudak & Maynard (2011) sprechen diesbezüglich von *topicalized small talk* (TST), den sie für eine andere Realisationsform von Routinesprechstunden, nämlich für ärztliche Gespräche in der orthopädischen Praxis mit älteren Patient/innen beschreiben. Die Autor/innen stellen eine hohe Variabilität bezüglich des Inhalts und der Platzierung von TST im Gesamtgespräch fest.

Aus gesprächsanalytischer Perspektive ist noch einmal zu betonen, dass das Auftreten alltagsnaher Themen natürlich nicht gleichzusetzen ist mit Aktivitäten aus informellen Gesprächstypen, denn auch Themen wie Wetter, Familie oder Beruf können zu medizinisch-institutionellen Zwecken relevant werden, v. a. im Rahmen einer Beschwerdenexploration. Auch Hudak & Maynard weisen darauf hin, dass thematischer *small talk*⁶⁷ nicht immer das Verlassen der medizinisch-institutionellen Gesprächsagenda bedeute: „Some talk appears to be both on and off-task at the same time“ (ebd., S. 635); *on-task*-Elemente können dabei Aspekte von Gesprächssequenzen sein, z. B. das Persistieren von typischen Beteiligungsrollen: etwa wenn Ärzt/innen eher sequenzinitiative Fragen stellen und Patient/innen in der responsiven Rolle verbleiben. Auch, da *topicalized small talk* unter Umständen dazu dient, die soziale Beziehung zwischen Ärzt/in und Patient/in zu festigen oder potenziell *face*-bedrohende Situationen zu entschärfen, kann er nicht *a priori* als institutionell unbedeutend gewertet werden. So schreibt Ragan (2000) zu Untersuchungsgesprächen in der gynäkologischen Ambulanz: „[S]ocial talk, i.e. relational communication between provider and patient, is tantamount to task.“ (ebd., S. 269) Da dem Begriff *small talk* die Beurteilung als peripher oder unwichtig anhaftet (Hudak & Maynard, 2011), spreche ich von *quasi-informellem Sprechen* (im Folgenden auch: QIS). QIS tritt in einigen Gesprächen des vorliegenden Datenkorpus auf.

QIS kann sowohl autonom sein als auch eingebettet in bzw. verschachtelt mit typischen Sequenzabfolgen der HIV-Sprechstunden. Ein prominenter Ort für QIS ist in den vorliegenden Gesprächen der Antwortslot nach der ärztlichen Eröffnungsfrage oder Anschlussfragen (siehe dazu auch Kap. 6.2.3), wie in folgendem Ausschnitt 5-2 ersichtlich:

Ausschnitt 5-2: QIS in der Eröffnungsphase, A-1907-AP, Arzt C, 4-36 Sekunden.

04 A: <<f> na?> (--)
05 wie GEHT es; (--)
06 P: gut;
07 (--)
08 A: <<p> schön;>
09 P: ja;
10 (3.80) ((währenddessen Blättern))
11 A: wAs gibts NEUES; (---)

⁶⁷ Zu Formen, Funktionen und Gesprächskontexten von *small talk* siehe z. B. Coupland (2000).

Groß: Arzt/Patient-Gespräche in der HIV-Ambulanz

12 P: hm;; (---)
13 NA_ja- (---)
14 genauso wie IMMer_hehe-
15 A: ja, (--)
16 P: was nEUes is in die HIVline;⁶⁸ =
17 = also-
18 A: ja[:-]
19 P: [wir] mAchen so viel SACHen. (-)
20 A: ja; (-)
21 P: ja- =
22 A: = is SCHÖN? (-)
23 P: ja_a? =
24 A: macht SPASS; =
25 = oder?
26 P: wir hAm sogar;
27 wir_ehs wi:r wAren (-) hm WEsterwald am wOchenende-
28 A: j:A_a hab [ich MITgekriegt;]
29 P: [das ANdre woChenende-] =
30 = <<p> ja;>
31 A: hm_hm, (--)
32 P: ja- =
33 = es war SCHÖN da. (--)
34 A: ja? =
35 P: = SCHÖnes wetter ja- (--)
36 A: <<pp, cv> ja;> (--)
37 P: (hab_n_ma) SCHÖN sachen gemacht; (1.00)

Die erste Sequenz in diesem Ausschnitt ist typisch für den Einstieg in das medizinische Kerngespräch in den vorliegenden Gesprächen: Als Antwort auf eine allgemeine Befindensfrage (Z. 05) erfolgt eine minimal-positive Evaluation seitens der Patientin (Z. 06), woraufhin der Arzt die Sequenz mit einer ebenfalls positiven Evaluation schließt (Z. 08) (siehe Kap. 6.2.1) und das positive Wohlbefinden so als wünschenswert behandelt. Nach einer fast viersekündigen Pause, während der er in der Patientenakte blättert, stellt der Arzt eine weitere, biographisch ausgerichtete Frage: *was gibts NEUES*; (siehe Kap. 6.2.3). Offenbar möchte Arzt C der Patientin den *floor* für eine ausführlichere Darstellung befindensassoziierter Relevanzen überlassen. Mit den Häsitiationssignalen und dem anschließenden Lachen zeigt Patientin A-1907 eine Orientierung an einer solchen Erwartung, kommt ihr mit der Äußerung *genauso wie IMMer_hehe-* aber nicht nach. Im folgenden Verlauf nutzt sie aber dann doch den weiterhin offen gehaltenen Antwortslot für ein kurzes Narrativ über das letzte Wochenende, das sie mit anderen Patient/innen im Rahmen des *peer educator*-Programms *HIVline* zu Schulungsaktivitäten im Westerwald verbrachte. Indem sie ihren Gesprächsbeitrag mit *was nEUes is in die HIVline* einleitet und so auch lexikalisch mit der Frage *alig-*

⁶⁸ *HIVline* (ebenfalls anonymisiert) ist ein Teil eines *peer educating* bzw. *peer counselling* Projekt für Patient/innen mit Migrationshintergrund, das 2009 an der untersuchten Einrichtung entstanden ist. Ziel des Programms ist es, Patient/innen zu Expert/innen im Bereich HIV auszubilden, damit diese dann ihre Expertise und Erfahrung frisch diagnostizierten Patient/innen zur Verfügung stellen können, v. a. im Telefongespräch und im Chat.

niert, dokumentiert sie ihre Bemühung, der Antwortverpflichtung nachzukommen. Der Arzt begleitet ihre Ausführungen, die auch nach Zeile 37 noch weitergehen, nicht nur mit Rezipientensignalen (hm_hm,) und expliziten *continuieren* (ja?), sondern dokumentiert eigenes Wissen zu ihrer Schilderung (Z. 28) und evoziert weiteres Sprechen über das patientenseitige Engagement im HIVline-Programm (Z. 22 u. 24). Er behandelt damit die weitgehende *off-task*-Orientierung in der Antwort der Patientin auf seine potenziell medizinisch ausgerichtete Frage als adäquates Responsivhandeln.

QIS in den vorliegenden Gesprächen umfasst Themen, die von Arzt und Patient als alltäglich und weitgehend medizinfremd behandelt werden, u. a. Urlaubsreisen, Wetter, Erlebnisse am Wochenende und berufliche Entwicklungen. Ausschnitt 5-2 zeigt dabei exemplarisch, dass zu ihrer Bearbeitung auf gesprächstypische Beteiligungsrollen und Sequenzdynamiken zurückgegriffen werden kann. Institutionell typische Sequenzabfolgen – anamnestisches Fragen in der Eröffnungsphase des Gesprächs – können für alltagsnahe Erzählaktivitäten genutzt werden, ohne dass Arzt und Patientin von ihren typischen Beteiligungsrollen abweichen. Allerdings ist im Zuge von QIS auch möglich: In folgendem Ausschnitt 5-3 wird die gesprächstypische Aktivität der Terminkoordinierung im Rahmen der Abschlussphase der Sprechstunde (siehe unten, Kap. 5.2.10) durch eine QIS-Sequenz durchbrochen:

Ausschnitt 5-3: QIS während der Gesprächsbeendigung, B-1506-AP, Arzt M, 330-350 Sekunden.

01 A: !WICH!tig ist. (-)
 02 ich bIn ab dem: (.) ersten s (--): Ibbten (--): für (--):
 sIEben wochen WEG.
 03 P: ((hustet))
 04 A: weil ich ELternzeit mache;
 05 (--)
 06 P: !OH:::!!;
 07 schö::n; (-)
 08 A: biss[chen-]
 09 P: [is] (ja) SCHÖN;
 10 (-)
 11 A: bisschen auf (-) auf_n (-) SPIELplatz gehn.
 12 P: ja' (.) [woll;]
 13 A: [°hh]
 14 ja'- (--)
 15 eh:m wir habm keine KINderbetreuung- =
 16 = deswegen bleibt uns <<lachend> gar nix Übrig;>
 17 <<lachend> ja->
 18 ((atmet durch die Zähne ein)) <<:> aber ich MACH das
 [jetzt mal.>]
 19 P: [geNIE]ßen.
 20 (-)
 21 A: genau. (--)
 22 aber dAnn müssen wir uns vorher nochmal SEHN;
 23 P: <<cv> mh_ja.>

Der Mitteilung über seine Abwesenheitszeiten in Zeile 02 zum Zweck der Terminfindung fügt Arzt M einen Grund hinzu: *weil ich ELternzeit mache*; (Z. 04). Der *account* plausibilisiert zum einen seine längere Abwesenheit von sieben Wochen und gibt zum anderen auch einen Einblick in seine private Situation. Seine Äußerung ist also im Rahmen der institutionell relevanten Aufgabe der Terminabsprache nachzuvollziehen, stellt aber zugleich eine Einladung für eine Themenverschiebung bzw. für ein *change in footing* (Goffman, 1981)⁶⁹ hin zu informellem Sprechen dar, die die Patientin in Form einer gedehnten Interjektion (!OH:::!) und anschließender emphatisch intonierter Evaluation (schö:::n;) annimmt. Der Arzt nimmt die hochgestufte Evaluation der Patientin im weiteren Verlauf als Ausgangspunkt für eine skizzenhafte Zusammenfassung seiner Elternzeitaktivitäten: *bisschen auf (-) auf_n (-) SPIELplatz gehen*. (Z. 11), was die Patientin erneut evaluiert, diesmal mit einem aner kennenden ‚jajohl‘ (Z. 12). Beide Interagierenden verbleiben also damit im Sprechen über die Elternzeit in dem neuen Rahmen, auch in den nachfolgenden Sequenzen, in denen Arzt M seine Entscheidung für die Elternzeit in humorischem Register begründet (Z. 15-17) und bekräftigt (Z. 18). Auf den imperativisch formulierten sequenzinitiierenden Ratschlag der Patientin (geNIEßen.), der eine Umkehr typischer institutioneller Beteiligungsrollen von Arzt und Patientin bedeutet, reagiert er nach einer kurzen Pause minimal zustimmend mit *genau*. (Z. 21). Dann geht er zur Terminkoordinierung zurück, interessanterweise eingeleitet mit dem adversativen Konnektor ‚aber‘, der auf der Gesprächsoberfläche einen Kontrast zwischen beiden Rahmen anzeigt.

Insgesamt zeigt sich in diesem Ausschnitt, dass Ärzt/innen nicht nur alltagsnahe Themen durch entsprechendes Rückmeldeverhalten mittragen, sondern diese auch durch eigene thematische Beiträge initiieren und füllen; in diesem Fallbeispiel führt dies zu einer lokalen Umkehrung typisch-institutioneller Beteiligungsrollen mit dem Arzt als Auskunftgeber, die jedoch mittels einem ärztlichen *change „back“ of footing* in Zeile 22 wieder abgebrochen wird. QIS ist also nicht nur inhaltlich-thematisch als solches zu erkennen, sondern auch durch symmetrischeres Sprechen abseits institutioneller *membership categories* (Sacks, 1972) sowie hiermit zusammenhängend durch Themen-Aktivitäten-Verbindungen, die aus informellen Gesprächen bekannt sind. Die beiden Ausschnitte zeigen, dass QIS durch Ärzt/in oder Patient/in eingeleitet werden kann⁷⁰ und durch beide Interagierende über mindestens eine Sequenz hinweg getragen wird.

⁶⁹ Goffman (1981, S. 128) beschreibt *change in footing* als „change in the alignment we take up to ourselves and the others present as expressed in the way we manage the production and reception of an utterance“. Ein *change in our footing* sei “another way of talking about a change in our frame for events”.

⁷⁰ Hudak & Maynard (2011, S. 638) führen „pre-topical questions, topic initial utterances, topic nominations or mentionables“ als Praktiken der Einführung von *topicalized small talk* auf.

Dass quasi-informelles Sprechen im Sinne eines Auftretens alltagsnaher Themen und/oder der lokalen Aufhebung typisch institutioneller Beteiligungformen für die Teilnehmerperspektive auf HIV-Sprechstunden relevant ist, wird auch in der Sicht von Patient/innen auf die Sprechstunden und auf die Arzt/Patient-Beziehung manifest: Patient/innen beurteilen das Verhältnis zu ihren behandelnden Ärzt/innen als freundschaftlich, Patient K-1907 empfindet die Atmosphäre in der Ambulanz sogar als „heimisch“. Über den Kontakt mit den Ärzt/innen sagt er:

Das ist super. Vor allen Dingen...klar. Unten laufen sie im Kittel rum. Ne? Aber hier oben laufen viele gar nicht im...im, wie man sich's vorstellt, so im weißen Kittel und, ne? Und hier sind alle ganz locker (Patient K-1907 im Interview).

Auch von die Ärzt/innen wird der informelle Charakter in den Begegnungen mit Patient/innen wahrgenommen, mit Hinblick auf die Beziehung zwischen Arzt und Patient allerdings unterschiedlich bewertet: Für Ärztin A bedeutet Sprechen über alltägliche Themen eine Komponente ihrer professionellen Tätigkeit, da es für die Patient/innen eine „Entlastungsfunktion“ habe. Themen, die augenscheinlich nichts mit dem medizinischen Bild und der Therapie der HIV-Infektion zu tun haben, gehören für sie folglich zu den Sprechstunden dazu; sie gibt im Interview an, die Patient/innen auch nach ihrem Beruf, ihrer Freizeit und sonstigen Relevanzen zu fragen. Ärztin A begründet dies mit der lang andauernden Arzt/Patient-Beziehung und vergleicht die HIV-Sprechstunden diesbezüglich explizit mit allgemeinmedizinischen Sprechstunden:

Was aber hier sicherlich anders ist, ist, dass man einen chronisch kranken Patienten über die Zeit sehr gut kennenlernt. Also man weiß, wann der Dackel krank ist und man weiß, ob die Mutter jetzt ins Pflegeheim kommt, und man weiß, wo er in Urlaub hin fährt (Ärztin A im Interview).

Sie grenzt die Gesprächsbeziehung zu ihren Patient/innen trotz des Auftretens alltäglicher Themen gerade deshalb von privaten Beziehungen ab:

Und es ist schon so bei vielen Patienten, auch bei mir: Man freut sich, wenn man sich sieht, das ist tatsächlich so, als würd' ein guter Bekannter kommen, aber es ist keine Freundschaft und es ist auch keine private Vernetzung. Es ist auf einer professionellen Ebene ein sehr enges Verhältnis (Ärztin A im Interview).

Dass die Trennschärfe zwischen einer engen professionellen und einer privaten Beziehung dennoch nicht immer gegeben ist, thematisiert Arzt M im persönlichen Gespräch: Er bemerke eine zunehmende „Distanzlosigkeit“ der Patient/innen, die er u. a. an einer Zunahme alltäglicher Themen und *small talk* in der Sprechstunde festmache und die er vor allem durch die lang währende Arzt/Patient-Beziehung begründete. Er zöge seinen weißen Kittel manchmal bewusst an, um professionelle Distanz herzustellen, um also praktisch seine Orientierung an der Institution qua Sichtbarmachen derselben zu signalisieren. Auffällig ist, dass er in obigem

Ausschnitt das QIS aktiv mitträgt und füllt, dann aber auch schnell wieder beendet.

5.2.3 Mitteilung der Blutwerte

Die für HIV-Sprechstunden typische Aktivität ‚Mitteilung der Blutwerte‘, die ausführlich in Kapitel 7 behandelt wird, kann als Kern der untersuchten Gespräche bezeichnet werden: Mittels regelmäßiger Blutkontrolle werden die Entwicklung des HIV-Status des/der Patient/in sowie die Entwicklung HIV-unspezifischer Parameter (Indikatoren für die Nieren- und Lebertätigkeit, Eisenspiegel...) überprüft. Ersterer wird anhand der Anzahl der HI-Viren im Blut (die so genannte *Viruslast*) und der Anzahl der CD4-Helferzellen bestimmt (siehe Kap. 2.1); relevante Parameter des unspezifischen Blutbilds sind v. a. Leber- und Nierenwerte. Die jeweiligen Ergebnisse des aktuellsten Bluttests werden im Gespräch mitgeteilt und evaluiert. Die HIV-spezifischen Blutparameter gelten als der wichtigste Indikator für den Erfolg, d. h. die Wirksamkeit und die Verträglichkeit der medikamentösen Langzeittherapie: Der medizinisch erstrebenswerte Fall ist, dass die Anzahl der HI-Viren im Blut dauerhaft niedrig ist und das Immunsystem stabil, der/die HIV-Patient/in nicht unter erkennbaren Nebenwirkungen der ARV-Medikation leidet und keine HIV-bedingten Erkrankungen aufweist.

Die sprachlich-interaktive Realisierung der Mitteilung der Blutwerte weist eine starke Routinehaftigkeit auf: Ärzt/innen verwenden in den Mitteilungs- und Evaluierungsäußerungen stark vorgeformte Formulierungsroutinen. Auch die sequenzielle Organisation weist schematische Züge auf; sie ist über das Korpus hinweg fast ausschließlich durch ärztliche initiative Mitteilungen und Evaluierungen und patientenseitig responsiv vorwiegend durch minimale Rückmelde- und Ko-Evaluierungshandlungen geprägt. Das obligatorische Auftreten der z. T. *emotionalisierenden* oder – häufiger – *normalisierenden* ärztlichen Evaluationen bzw. *Assessments* der Blutwerte rahmt diese als Teil des professionellen ärztlichen Handelns: Letzteres beinhaltet nicht nur, Informationen weiterzugeben, sondern (diagnostische) Bedeutung zu klären und den Patient/innen Sicherheit zu geben: Es zeigt sich ein Bedürfnis nach der Herstellung von Intersubjektivität über die Kontinuität des Behandlungserfolgs. In Kapitel 7 wird argumentiert, dass hierdurch eine „positive Normalität“ ko-konstruiert wird, unauffällige Blutwerte also als erwartbares Ereignis behandelt werden. Die sequenzielle Dynamik der Aktivität kann trotz des zumeist rein responsiven Gesprächshandelns der Patient/innen interaktive Räume für Positionierungen als wissende/r Patient/in eröffnen.

5.2.4 Wiegen

Der medizinische Hintergrund der Kontrolle des Körpergewichts von HIV-Patient/innen hat sich seit der Einführung der ARV-Medikation in der Mitte der

1990er Jahre stark gewandelt: Während vor ihrer Erfindung ein abrupter Abfall des Körpergewichts ein sicherer Indikator für die Progression von einem asymptomatischen HIV-Status zum Krankheitsstadium des Auftretens AIDS-definierender Erkrankungen war, dient die Kontrolle des Körpergewichts heutzutage dazu, übermäßige Gewichtsschwankungen in beide Richtungen zu kontrollieren: Während bei Patient/innen, die – u. U. in einem schlechten HIV-bedingten gesundheitlichen Zustand – erst kürzlich mit der Einnahme der Medikation begonnen haben, ein stabiles, keinesfalls absinkendes Körpergewicht sichergestellt werden muss, ist bei langjährigen Patient/innen mit stabil günstigem HIV-Status einer übermäßigen Gewichtszunahme vorzubeugen: HIV selbst, insbesondere aber einige Komponenten der antiretroviralen Medikation erhöhen das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, weswegen Patient/innen zu einer gesunden Lebensweise angehalten sind. Das Feststellen des Gewichts ist bei solchen Patient/innen daher potenziell *face*-bedrohend, da es als Indikator für Aspekte der Lebensführung des/der Patient/in – etwa die sportliche Betätigung oder die Ernährungsweise – gilt. Eine übermäßige Gewichtszunahme kann sich ebenso wie gesundheitsgefährdende Verhaltensweisen (v. a. Rauchen und Alkoholkonsum) im APG in *lifestyle discussions* äußern (Sorjonen et al., 2006), also etwa mit Verhaltensbeschreibungen, Deutungen oder Evaluationen sowie patientenseitigen Rechtfertigungen (*accounts*) einhergehen und therapeutische Ratschläge seitens der Ärzt/innen nach sich ziehen. In den vorliegenden Gesprächen zeigt sich in Bezug auf die Feststellung des Körpergewichts jedoch meist, dass sich Ärzt/innen expliziter Evaluationen der Gewichtsveränderungen enthalten (siehe folgendes Fallbeispiel, Ausschnitt 5-4).

Das Wiegen als obligatorische Komponente der HIV-Sprechstunde umfasst neben dem eigentlichen Vorgang des Wiegens (Patient/in stellt sich auf die Personenwaage) das Mitteilen des Gewichts an den Arzt/die Ärztin sowie verschiedene dazugehörige und optionale Gesprächshandlungen, die minimale oder erweiterte Realisationsformen der Aktivität des Wiegens konstituieren. Folgender Gesprächsausschnitt aus einem Gespräch mit Ärztin G dient der Veranschaulichung einer solchen Realisationsform. Patient A-2807 ist zum Zeitpunkt der Aufnahme 40 Jahre alt und nach eigener Angabe seit acht Jahren in ambulanter HIV-Behandlung.

Ausschnitt 5-4: Aktivität ‚Wiegen‘, A-2807-AP, Ärztin G, 363-420 Sekunden.

13 (1.25)
 14 A: eh:m::- (-)
 15 TUN sie mir_n gefallen- =
 16 = [gehn sie GRAD mal-]
 17 P: = [wollt ich GRAd gra-] =
 18 = wollt ich <<lachend> GRAd fragen;> ((lacht))
 19 A: <<schmunzelnd, p> genau.>
 20 (--)

Groß: Arzt/Patient-Gespräche in der HIV-Ambulanz

21 P: ((räuspert sich))
 22 (2.2)
 23 <<p, flüsternd> eh so->
 24 ((1.5))
 25 ((Geräusch der Waage))
 26 (4.8)
 27 h° <<pp> hundert komma->
 28 hUndert komma ZWO.
 29 (1.2)
 30 A: ham_se ZUgenommen;
 31 P: <<p> ja_a,>
 32 ich WEISS-
 33 °h (.) <<stöhnend> !AH!> ich ESS auch immer viel,
 34 <<all> ich kAnn mich nicht beHERRschen;> =
 35 = aber ich find ich BIN:-
 36 au schon über lÄngere zeit_n BISSchen, (---)
 37 A: KRÄFtiger [geworden <<p> ja->]
 38 P: [<<p> hm:_hm,>]
 39 (5.7) ((währenddessen Schreibgeräusche))
 40 <<p> weiß gar nicht was ich beim LETZten ma hatte->
 41 da war_s noch ZWEIstellig glaub ich-
 42 (1.4)
 43 A: [hm_hm,]
 44 P: [(wenn auch) [wEnn auch)]
 45 A: [SIEbenundneunzig-]
 46 also am vIERTen ACH[ten:-
 47 P: [<<pp> hören]_[se AUF.>]
 48 A: [eh: zwanzig] zehn
 hatten_se sIEbenundneunzig komma NEUN.
 49 P: <<pp> hören_se AUF;> ((schmunzelt))
 50 ((lacht leise))
 51 (8.2) ((währenddessen Schreibgeräusche))

Typischerweise wird die Aktivität initiiert, indem Ärzt/innen die Patient/innen auffordern, sich zu wiegen. Im Fallbeispiel wird die Aufforderung durch die Prä-Aufforderung TUN sie mir_n gefallen- (Z. 15) projiziert. Die eigentliche Aufforderung (Z. 16) bricht die Ärztin aber aufgrund der Überlappung mit einer Patientenäußerung (Z. 17) ab, die ebenfalls abgebrochen und darauffolgend repariert wird: wollt ich <<lachend> GRAdE fragen;> (Z. 18). Durch seinen metakommunikativen Kommentar demonstriert der Patient, dass er mit den obligatorischen Aktivitäten der HIV-Sprechstunde vertraut ist und diese antizipieren kann. Trotz der nicht explizit realisierten ärztlichen Aufforderung kommt er dieser nach, was in der Audioaufnahme durch Pausen der verbal-interaktiven Handlungen der Interagierenden (Z. 20-26) sowie durch ein quietschendes Geräusch der Körperwaage erkennbar ist, als der Patient auf ihre Messfläche tritt.

Die obligatorische Mitteilung des Gewichts an die Ärztin erfolgt hier in Zeile 28, nachdem der Patient bereits vorher (Z. 27) einen Teil des Gewichtswerts mit leiser Sprechlautstärke, mehr an sich selbst gerichtet, geäußert hat. Ebenfalls regelmäßig im Korpus belegt ist die Evaluation der Gewichtsentwicklung, die hier durch die Ärztin im nächsten Redezug erfolgt: ham_se ZUgenommen; (Z. 30). Das retrospektive Vergleichen von Messwerten ist ebenso bei der Mitteilung der

Blutwerte sowie beim Messen des Blutdrucks belegt; die zeitliche Perspektivierung in evaluativen Kommentaren spiegelt damit die Rekurrenz der Sprechstunden und die Chronizität der HIV-Infektion.

Die ärztliche Äußerung mit Verberststellung wird durch den Patienten als bestätigungsevozierende Frage (Z. 31: <<p> ja_a,>) sowie in der nächsten TKE als bekannt (Z. 32: ich WEISS-) darstellt. Seine Gewichtszunahme behandelt der Patient daraufhin als problematisch und damit die ärztliche Äußerung als implizite negative Evaluation, indem er einen *account*, nämlich eine Kausalattribution formuliert (Z. 33/34). Mit dem Relevantsetzen seines Essverhaltens übernimmt er Verantwortung für die Gewichtszunahme und antizipiert zugleich potenzielle ärztliche Evaluationen und/oder Ursachenexplorationen angesichts auffälliger Gewichtsentwicklungen. Dies spiegelt wider, dass das Patientengewicht ein medizinisch relevanter Parameter ist, der diagnostisch als optimierungsbedürftig eingeordnet werden und so auch in Therapieentscheidungen münden kann. In diesem Fallbeispiel schließen sich allerdings keine ärztlichen Evaluationen und/oder therapeutische Implikationen an, was ggf. mit der patientenseitigen Evaluierung und der hierdurch dokumentierten Bewusstheit über eine mögliche Problematik angesichts seines steigenden Gewichts zusammenhängt. Dagegen beschreiben Sorjonen et al. (2006), dass patientenseitige Problemorientierungen, z. B. in Angaben über Tabak- oder Alkoholkonsum, i. d. R. durch Ärzt/innen für weitere Explorationen aufgegriffen werden.

In diesem Fallbeispiel ist dies nicht der Fall, obgleich der Patient seine Problemorientierung beibehält: Er äußert – ko-konstruierend mit der Ärztin – seine Wahrnehmung einer schleichenden Gewichtszunahme über längere zeit (Z. 35-38). Das durch die Ärztin verwendete Attribut KRÄFTiger in der ko-konstruierten Feststellung (Z. 37) wirkt durch seine neutrale bis euphemistische Semantik dagegen wenig problemorientiert, ist zugleich *face*-schonend und offenbart hierdurch *en passant* die Delikatheit der Gewichtsevaluation. Nach einer Schreibpause (in welcher die Ärztin vermutlich das Gewicht in die Patientenakte einträgt) evoziert der Patient eine Information über das vorherig festgestellte Gewicht, indem er darüber Nichtwissen (Z. 40) sowie eine Vermutung äußert: da war_s noch ZWEIstellig glaub ich- (Z. 41). Die Ärztin bestätigt seine Vermutung (Z. 43) und teilt ihm den entsprechenden Wert mit (Z. 45). In einer nächsten TKE elaboriert sie ihre Mitteilung, indem sie das Datum der letzten Gewichtsmessung sowie die Nachkommastelle des letzten Gewichtswerts nennt (Z. 46/48). Der Patient kommentiert dies (Z. 47/49) mit der evaluativen Äußerung <<pp> hören_se AUF;> und lacht kurz; er begegnet der gesichtsbedrohenden Feststellung der Gewichtszunahme also mit Humor, indem er gespielt auf die Unerträglichkeit der Information reagiert. Die Ärztin enthält sich dagegen ihrerseits jeglicher

Evaluationen oder gar Ratschläge und geht – zumindest verbal und paraverbal – nicht auf die humorigen Kommentare des Patienten ein.

Allgemein mündet die Problemorientierung seitens des Patienten, welcher die Ärztin mittels ihrer Feststellung seiner Gewichtszunahme Vorschub leistet, also nicht in eine entsprechende gemeinsame Orientierung, da die Ärztin nicht mit der Evaluation des Patienten aligniert bzw. sie nicht für weitere beschwerdenexplorative und/oder therapeutische Aktivitäten nutzt. Dies mag u. a. dadurch bedingt sein, dass die Aktivität des Wiegens – bzw. die Besprechung des Körpergewichts – innerhalb der HIV-Sprechstunde nicht primär als Teil einer übergreifenden Beschwerdenexploration fungiert: Während nämlich in akutmedizinischen APG problematische Aspekte der patientenseitigen Lebensführung häufig als Indikatoren im Dienste einer diagnostischen Einordnung der vorgetragenen Beschwerden sowie für therapeutische Überlegungen genutzt werden können (Sorjonen et al., 2006), stellt das Wiegen in der HIV-Sprechstunde eine eigenständige, obligatorische Aktivität im Rahmen der HIV-Routinekontrolle dar. Eine Problemorientierung bezüglich des Körpergewichts in beschwerdenexplorativen Aktivitäten stellt in akutmedizinischen Gesprächen also einen Teil der diagnostischen Interpretation von eingangs geschilderten Beschwerden dar und verweist so auch bereits auf die therapeutische Lösung; in diesem Gesprächskontext dagegen würde eine gemeinsame Bewertung des Körpergewichts als problematisch das medizinische Problem erst konstruieren. Die „no problem“-Behandlung des erhöhten Gewichts durch die Ärztin ermöglicht dagegen eine entsprechende Fortführung des Gesprächs als Routinekontrolle, d. h. eine Beschränkung auf die obligatorischen Aktivitäten. Die Analysen in Kapitel 6 und 7 werden zeigen, dass die ärztliche Orientierung an der Abwesenheit medizinischer Probleme regelmäßig in den Aktivitäten ‚Gesprächsöffnung‘ sowie ‚Mitteilung der Blutwerte‘ auftritt. Sie wird für diese Kontexte in den jeweiligen Kapiteln 6 und 7 als gesprächstypspezifische Ausformung der auch in medialen HIV-Diskursen festgestellten *Normalisierung* von HIV (siehe z. B. Weingart, 2002) beschrieben.

5.2.5 Blutdruck messen

Ebenso wie die regelmäßige Überprüfung und Dokumentation des patientenseitigen Körpergewichts ist das regelmäßige Messen des Blutdrucks in der untersuchten Einrichtung ein Teil der typischen Kontrollaktivitäten. Da Komponenten antiretroviraler Medikamente Bluthochdruck bewirken können, gehört das Blutdruckmessen zur Prophylaxe ART-bedingter Langzeitnebenwirkungen.

Die obligatorische Aktivität ‚Blutdruck messen‘ setzt sich aus verschiedenen, teils obligatorischen und teils optionalen (verbalen) Gesprächshandlungen zusammen, welche die instrumentellen Handlungen zum Bedienen des Messgeräts einrahmen und simultan begleiten. Ein entsprechender Gesprächsausschnitt, der

Groß: Arzt/Patient-Gespräche in der HIV-Ambulanz

35 A: ((lacht lautlos))
36 P: hnhn
37 ((Blättergeräusch))
38 (2.5)
39 (14.0) ((währenddessen Blättergeräusch und
intermittierender Signalton))
40 ((durchgehender Signalton))
41 A: <<h> !ACH!->
42 aber !GANZ! niedriger aber SEHR schöner blutdruck-
43 [hundert-]
44 P: [!IM!mer] NIED[rig. ((lacht kurz))]
45 A: [joah-]
46 [<<all> sagen_wa]_ma> !SECH!zig-
47 P: [hehe]
48 A: runden wa ma A:UF, =
49 = und der puls ist [auch ganz niedrig] mit
zweiund[SECHzig;]
50 [hm_hm;] [((Klettverschlussgeräusch))]
51 P: [hm_hm;]

Die instrumentelle Messung des Blutdrucks, die in Zeile 07 beginnt und in Zeile 40 nach 73 Sekunden Dauer mit einem durchgehenden Signalton beendet wird, nutzt die Ärztin, um die Patientin zu fragen, ob sie bereits neue Medikamente bestellt hat⁷² (Z. 15) und ob sie schon Blut abgegeben hat (Z. 30). Simultan zum weitgehend durch das Gerät eigenständig ausgeführten Messvorgang innerhalb der Aktivität bzw. zur verbalen Pause werden also hiervon unabhängige Handlungen und Sequenzen zur Koordinierung der für die ambulante HIV-Behandlung notwendigen Tätigkeiten außerhalb der Sprechstunde initiiert. Das Fallbeispiel zeigt zudem, dass nicht nur Simultanität von Blutdruckmessung und anderen Aktivitäten möglich ist, sondern dass die Eigenständigkeit des Geräts während des Messvorgangs simultane instrumentelle Handlungen wie Nachschlagen und Notieren in der Patientenakte oder sonstigen Unterlagen ermöglicht. Die Blättergeräusche, die im obigen Fallbeispiel auf der Audioaufnahme zu hören sind und die im obigen Transkript in den entsprechenden Zeilen (Z. 13, Z. 37) vermerkt sind, weisen mit den langen verbalen Pausen darauf hin, dass eben dies hier geschieht.⁷³

In anderen Gesprächen wird die rund eine Minute, die das Gerät wahrnehmbar durch das anhaltende Summgeräusch und mehrere Signaltöne zum Messen braucht, auch von Patient/innen genutzt, um Fragen zu stellen oder Anliegen oder medizinisch relevante Beschwerden zu äußern. In der medizinischen Gesprächsforschung ist das Phänomen, dass Patient/innen auch nach den hierfür eigentlich vorgesehenen Aktivitäten der Beschwerdendarstellung und -exploration (siehe

⁷² Die nötigen antiretroviralen Medikamente können in der untersuchten Einrichtung selbst bestellt werden.

⁷³ Insbesondere angesichts der Simultanität und des Ineinandergreifens der verbalen und visuellen Modalitäten inklusive simultan ablaufenden instrumentellen Handlungen der Interagierenden wird die Mangelhaftigkeit eines streng sequenziellen Transkripts bzw. von Audioaufnahmen deutlich (Stukenbrock, 2009).

Kap. 5.2.6, 5.2.7) bislang nicht geäußerte Beschwerden(aspekte) oder neue Anliegen formulieren, bekannt (siehe Lalouschek, 2013). Es wurde von Rotondi et al. (2009) als *by-the-way syndrome* bezeichnet und für die Abschlussphase des APG beschrieben (siehe Kap. 5.2.10). Das vorliegende Gesprächskorpus zeigt, dass das Blutdruckmessen mit den begleitenden verbalen Pausen während des Messvorgangs bisweilen ebenfalls für Anliegenformulierungen bzw. Beschwerdenäußerungen genutzt werden kann. Der folgende Ausschnitt 5-6 aus dem Gespräch I-1207-AP⁷⁴ mit Ärztin G soll dies veranschaulichen:

Ausschnitt 5-6: Beschwerdenäußerung während der Blutdruckmessung, I-1207-AP, Ärztin G, 1235-1256 Sekunden.

01 (1.5) ((Signalton des Blutdruckmessgeräts))
 02 P: ach so meine potEnz ist völlig am ARSCH. ((lacht leise))
 03 (-) und meine libido ist <<lachend> auch völlig am
 ARSCH.>
 04 (-)ich habe keine lust mehr auf !IR!gendwelche aktionen
 in IRgendeiner form.
 05 A: <<pp> hm_hm;>
 06 (1.4) ((währenddessen Summen des Blutdruckmessgeräts))
 07 ((intermittierender Signalton))
 08 LEIdeste dadrunter?
 09 (1.8) ((währenddessen Signalton))
 10 P: solange mArc nich da is NICH- (--)
 11 wenn er da is_es: (.) en bisschen SCHWIErig.
 12 (--)

Der Ausschnitt folgt direkt auf die Aktivität des Wiegens. Nach einer relativ kurzen Gesprächspause von eineinhalb Sekunden und dem initialen Signalton vor dem Messvorgang äußert der Patient initiativ: ach so meine potEnz ist völlig am ARSCH. (Z. 02). Neben der Extremformulierung im informellen Register fällt der *misplacement marker* ach so (Z. 02) zu Beginn des Redezugs auf; hiermit wird kontextualisiert, dass die Beschwerdenäußerung innerhalb der laufenden Aktivität fehlplatziert ist. Der Patient ergänzt und reformuliert sein Problem in zwei weiteren TKE (bis Z. 04), woraufhin die Ärztin ein Rezipientensignal produziert. Erst nach einer recht langen verbalen Pause während des summenden Geräuschs des Blutdruckmessgeräts und nach dem Beginn des intermittierenden Signaltons stellt die Ärztin eine beschwerdenexplorative Frage. Auch hierauf folgt eine Pause von fast zwei Sekunden (Z. 08), bevor der Patient antwortet (Z. 10-11). Insgesamt zeigen die recht langen verbalen Pausen zwischen Beschwerdendarstellung und ärztlicher Nachfrage bzw. zwischen Letzterer und der Antwort des Patienten, dass der laufende Messvorgang sich verlangsamend auf die zeitlich-sequenzielle Dynamik des Sprechens auszuwirken scheint. Er er-

⁷⁴ Der betreffende Ausschnitt 5-6 und nachfolgende Sequenzen werden in Groß (2015) ausführlich besprochen. Patient I-1207 und Ärztin G kennen sich auch privat; vor diesem Hintergrund ist verständlich, dass sie sich duzen. Der Patient ist 50 Jahre alt und zum Zeitpunkt der Aufnahme bereits seit 20 Jahren aufgrund der HIV-Infektion in medikamentöser Behandlung.

öffnet also einerseits Kapazitäten für simultane sprachlich-interaktive Aktivitäten der Interagierenden, diese sind aber wiederum beeinflusst durch den Messvorgang. Es ist also eine stete Orientierung der Interagierenden an der übergreifenden Aktivität ‚Blutdruck messen‘ erkennbar, die sich im weiteren sequenziellen Verlauf noch auf eine andere Weise zeigt, wie in folgendem Ausschnitt 5-7 nachvollziehbar:

Ausschnitt 5-7: Evaluation zum Abschluss des Blutdruckmessens, I-1207-AP, Ärztin G, 1283-1291 Sekunden.

35 ((Klettverschlussgeräusch))
36 P: ob das stimmt weiß ich AUCH nicht;
37 A: ((lacht leise))
38 A: °h blUtdruck is GUT.
39 (---)
40 P: PULS is_n bisschen hoch. =
41 <<p> du regst mich jetzt AUF;>
42 A: <<tonlos> OCH->
43 (--)

Die Äußerung des Patienten in Zeile 36 ist noch Teil der Beschwerdendarstellung und bezieht sich auf eine Aussage seines Lebenspartners, den er zuvor zitiert hatte (nicht gezeigt), auf welche die Ärztin mit leisem Lachen (Z. 37) reagiert. Sie wendet sich dann direkt wieder der laufenden Aktivität des Blutdruckmessens zu, indem sie diesen nach Abschluss des Messvorgangs global als GUT evaluiert (Z. 38). Beide Interagierende engagieren sich daraufhin nicht mehr in der Exploration des zuvor durch den Patienten initiativ relevant gesetzten Libidoproblems (siehe Ausschnitt 5-6). Der Patient evaluiert nach einer Pause eigenständig den Pulswert als n bisschen hoch und attribuiert ihn scherzhaft auf Aufregung bedingt durch die Ärztin, woraufhin diese mit inszenierter Entrüstung, interjektiv ausgedrückt durch OCH reagiert.

Allgemein wird nicht nur die Initiierung der Aktivität ‚Blutdruck messen‘, sondern auch ihr Abschluss durch typische, v. a. ärztliche sprachlich-interaktive Handlungen realisiert: Neben dem obigen Ausschnitt zeigt der eingangs gezeigte Ausschnitt 5-5, dass die Aktivität durch eine Evaluation des Blutdrucks (Z. 42, Z. 49) oder/und anschließende Mitteilung der relevanten Zahlwerte von Blutdruck und Puls (Z. 43, Z. 46, Z. 49) abgeschlossen wird. Die Mitteilungshandlung ist angesichts der visuellen Zugänglichkeit der gemessenen Werte auf dem Bildschirm des Messgeräts für beide Gesprächspartner/innen optional. Evaluative Kommentare sind dagegen obligatorisch, werden durch die Ärzt/innen alleine oder aber eigenständig durch die Patient/innen selbst vorgenommen. In den vorliegenden Gesprächen zeigte sich, dass auffällige Blutdruckwerte bisweilen normalisiert werden, indem sie auf Aufregung, körperliche Anstrengung o. ä. zurückgeführt werden. Sie können aber auch in explorative Aktivitäten sowie in Therapieentscheidungen münden.

5.2.6 Beschwerdendarstellung

Der Eröffnungsinitiative folgt in akutmedizinischen Erstgesprächen i. d. R. eine initiale Darstellung des medizinischen Problems bzw. des Anliegens des Patienten/der Patientin. Nach Heritage & Robinson (2006b) ist der interaktive Raum, der Patient/innen für ihre Problempräsentation gegeben wird, häufig der einzige im akutmedizinischen Gespräch, in dem Patient/innen eigenen Relevanzen folgen können. Die Beschwerdendarstellung wird von Patient/innen inhaltlich und formal auf ganz unterschiedliche Weise bewältigt: Sie kann nach Stivers (2002) sowie Robinson (2003) auf das Nennen von Symptomen beschränkt sein oder in Form von Schilderungen und Erzählungen (Gülich, 2005), z. B. über die situative Entdeckung der Symptome (Halkowski, 2006) oder die chronologische Entwicklung der Beschwerden, erscheinen. Aktuelle Beschwerden werden damit in der Patientenbiographie verortet, also nicht (nur) als medizinische Symptome (als *disease*), sondern vielmehr als Einschränkungen im alltäglichen Leben (als *illness*) präsentiert (Eisenberg, 1977). Patientenseitige Beschwerdendarstellungen enthalten zudem häufig interpretative Komponenten: Birkner (2006), Birkner & Burbaum (2013), Gill (1998), Gill & Maynard (2006) sowie Gill, Pomerantz & Denvir (2010) stellen fest, dass Patient/innen über die Beschaffenheit oder die Ursache ihrer Beschwerden theoretisieren und so durch *second guessing* (Heritage & Robinson, 2006b, S. 49) schon früh in Richtung Diagnose agieren (siehe auch Kap. 5.2.7): „When patients present their problems there is evidence that they do so in the service of the activity of diagnosis.“ (Robinson, 2003, S. 36)

Grob unterscheiden Patient/innen in ihren Problemdarstellungen zwischen bekannten und unbekanntem Problemen: Erstere werden durch die Nennung von medizinischen Syndromen oder durch die Auflistung von Symptomen, die zu einem bekannten Krankheitsbild gehören, präsentiert und *en passant* als Krankheitsbild interpretiert. Letztere enthalten *displays* epistemischer Unsicherheit (z. B. „ich weiß nicht“) (Birkner & Burbaum, 2016) und/oder die Nennung von Körperwahrnehmungen, die bisweilen in Narrativen über die plötzliche Entdeckung der Beschwerden präsentiert und als unbekannt bewertet werden. Dass Beschwerdendarstellungen in ihrer sprachlich-interaktiven Realisierung auch diagnostischen Wert besitzen, haben verschiedene Arbeiten der Forschungsgruppe um Gülich und Reuber (u. a. Gülich et al., 2008) eindrücklich gezeigt: Sowohl verschiedene Formen von Angsterkrankungen als auch Anfallserkrankungen lassen sich nach sprachlichen Formen und Inhalten in der Beschwerdendarstellung differenzialdiagnostisch bestimmen.

In der akutmedizinischen Praxis offenbaren Beschwerdendarstellungen häufig, dass Patient/innen sich vor die Aufgabe gestellt sehen, den Arztbesuch legitimieren zu müssen, was daran erkennbar ist, dass die Symptommennungen und Beschwerdenschilderungen in vielen Fällen als medizinisch relevant – *doctorable*

(Heritage & Robinson, 2006b, S. 58) – gerahmt werden.⁷⁵ Die Beschwerdendarstellung ist also auch eine vulnerable Phase für die Selbstdarstellung der Patient/innen: Heritage & Robinson argumentieren, dass Patient/innen sich hier als vertrauenswürdige und vernünftige Personen präsentieren möchten, die nicht von Vorteilen der *sick role* (Parsons, 1951) profitieren. Hierzu zeigen sie *trouble resistance*, stufen ihre Beschwerden hoch und/oder weisen die Verantwortung für ihren Besuch einer dritten Partei zu. Eine Legitimierung ihrer Beschwerden ist dann erreicht, wenn Ärzt/innen in die Beschwerdenexploration einsteigen. Die Beendigung der Problempräsentation wird nicht einseitig durch Ärzt/innen bestimmt bzw. durch ärztliche Initiativen unterbrochen. Vielmehr stellen Robinson & Heritage (2005) fest, dass sich beide Interagierende an einem möglichen *completion point* orientieren. Vermeintliche Unterbrechungen der Beschwerdendarstellung durch Ärzt/innen, die in früheren Studien nahe gelegt wurden (Beckman & Frankel, 1984), entpuppen sich in den meisten Fällen als ärztliche Reaktionen auf Signale der Patient/innen, dass ihre initiale Präsentation zu einem Ende gelangt ist bzw. dass übergaberelevante Stellen vorliegen (siehe z. B. Spranz-Fogasy, 2010).

Kapitel 6, das neben den ärztlichen Eröffnungsinitiativen auch den patientenseitigen Beschwerdendarstellungen als mögliche sequenzielle Konsequenzen gewidmet ist, wird zeigen, dass die Beschwerdendarstellung in HIV-Sprechstunden einem der Orientierung an *doctorability* geradezu konträren Muster folgt: Statt ihre Beschwerden in den Vordergrund zu stellen, präsentieren Patient/innen diese in den HIV-Sprechstunden häufig vielmehr verzögert und in bagatellisierender Weise, angepasst an die ärztlichen Praktiken der Eröffnungsinitiativen, die die HIV-Sprechstunde als *well visit* konstruieren. Alternativ schildern Patient/innen in kurzen Alltagsnarrativen, was sie in der Zwischenzeit erlebt haben (z. B. Urlaub). Die Analysen werden zeigen, dass diese gemeinsame Herstellung von Normalität im Sinne der Abwesenheit von Problemen in der Anfangsphase des Gesprächs das Risiko birgt, dass Beschwerdendarstellungen durch den Arzt/die Ärztin nicht für eine weitere Exploration aufgegriffen werden (siehe v. a. Kap. 6.2.1.3).

5.2.7 Beschwerdenexploration und -interpretation

Die Aktivität der Beschwerdenexploration und -interpretation schließt in akutmedizinischen Erstgesprächen an die patientenseitige Beschwerdendarstellung an (Robinson & Heritage, 2005). Auch in der HIV-Sprechstunde ist die Beendigung von Beschwerdendarstellungen ein Ort für die ärztliche Initiierung explorativer und interpretativer Gesprächshandlungen und Sequenzen. Wenn – wie in der

⁷⁵ Heritage & Robinson (2006b) beschreiben, dass bei offensichtlichen Beschwerden (wie offenen Wunden oder Knochenbrüchen) das patientenseitige Problem, die *doctorability* ihrer Beschwerden zu belegen, wegfällt.

HIV-Sprechstunde häufig – keine Beschwerdendarstellung folgt, stellen die Ärzt/innen bisweilen anamnestische Fragen nach der Verträglichkeit der ART und/oder nach der Einnahme anderer Medikamente. Solche Sequenzen sind aber z. T. auch in der Abschlussphase bei Verschreibungsaktivitäten belegt (siehe Kap. 5.2.10 und vertieft zu Sequenzen der Aktualisierung laufender Behandlungen siehe Kap. 8.4.2).

Allgemein haben beschwerdenexplorative und -interpretative Aktivitäten zu- meist das Ziel, die Beschwerden des Patienten/der Patientin zu erfassen und medi- zinisch-kategorial einzuordnen, was eine Voraussetzung darstellt, um daraus wei- terführende Aktivitäten wie Überweisungen oder Therapieentscheidungen abzu- leiten. Handlungsstrukturell sind sie maßgeblich durch initiative ärztliche Hand- lungen (v. a. Fragen), prädiagnostische Äußerungen und z. T. durch körperliche Untersuchungen geprägt. Patient/innen agieren komplementär dazu vorwiegend responsiv; ihre Gesprächsbeiträge reichen von minimalen Rückmeldesignalen auf ärztliche Kommentare bis hin zu ausführlichen Antworten auf explorative Fragen. Die inhaltliche Ausrichtung der Antworten zeigt, dass sich Patient/innen meist deutlich an der ärztlichen Agenda orientieren. Dennoch sind auch Antwortüber- schüsse belegt, z. B. wenn Patient/innen in ihren Antworten bisweilen bereits durch die Frage projizierte Folgerelevanzen (*next turn questions*) bearbeiten (Spranz-Fogasy, 2010) oder eigene diagnostische Überlegungen einbringen.

In den vorliegenden Gesprächen können unter der Aktivität der ‚Beschwerden- exploration und -interpretation‘ nicht nur gemeinsame Bemühungen der Interagie- renden verstanden werden, in der Beschwerdendarstellung bislang nicht relevant gesetzte Beschwerdenaspekte zu erfragen und diese mit dem professionellen Fach- und Erfahrungswissen des Arztes/der Ärztin zwecks Herstellung von In- tersubjektivität über die Ursache und Beschaffenheit der Beschwerden abzuglei- chen. Unter die Aktivität werden im vorliegenden Interaktionstyp zudem Ge- sprächshandlungen und Sequenzen subsummiert, die im Anschluss an die testdiagnostische Feststellung ungünstiger Blutwerte, von ungewöhnlich hohem Blutdruck oder exzessiver Gewichtsschwankungen auftreten. In Abbildung 7 ist diese Abfolge durch die gestrichelten Pfeile von den Aktivitäten ‚Mitteilung der Blutwerte‘, ‚Wiegen‘ und ‚Blutdruck messen‘ zur ‚Beschwerdenexploration und - interpretation‘ dargestellt: In diesen Gesprächskontexten erscheinen die nachfol- gend dargestellten Charakteristika der Aktivität weniger als interaktive Schritte hin zu *Problemdefinitionen* als zu *Problemerkklärungen*; explorative und interpre- tierende Handlungen sind also auf die Ursachen der medizintechnisch gefundenen Auffälligkeit ausgerichtet. Konstitutive Gemeinsamkeit zur Beschwerdenexplora- tion und -interpretation sind die laufenden *diagnostic sense-making activities* der Interagierenden (Gill, Pomerantz, & Denvir, 2010, S. 1) mit dem Ziel der Herstel-

lung von Intersubjektivität über geäußerte Beschwerden bzw. über medizinisch auffällige Sachverhalte.

Ärztliche Fragen sind in der Aktivität der Beschwerdenexploration und -interpretation der wohl prominenteste Handlungstyp. Spranz-Fogasy (2010, S. 21) bezeichnet sie als „das zentrale Arbeitsinstrument ärztlichen Handelns“ in dieser Phase des Gesprächs. Sie dienen allgemein dazu, medizinisch relevante Aspekte der Beschwerden zu erschließen und für weitere Fragen oder Untersuchungen verfügbar zu machen. Ihr Ziel ist, Symptome auf eine objektive Basis heben und diagnostisch einordnen zu können. Die inhaltliche Ausrichtung der Fragen zeigt, dass und wie die Beschwerdenexploration durch medizinische Schlussfolgerungen und Theorien des Arztes/der Ärztin geleitet wird (Heritage, 2010; Spranz-Fogasy, 2010). Sie spiegeln damit ärztliche Vorannahmen und verweisen so auch auf den lokalen Gesprächskontext (Deppermann & Spranz-Fogasy, 2011). Fragen legen also Wissensbedürfnisse offen und dokumentieren zugleich ärztliches Wissen, u. a. über fachmedizinische Zusammenhänge bezüglich Ätiologie und Krankheitsbild. Aufgrund des potenziellen Implizitbleibens dieses zugrundeliegenden Wissens bleibt die Kohärenz zwischen aufeinander folgenden Fragen bzw. zwischen der Patientenantwort und der darauffolgenden ärztlichen Frage bisweilen für Patient/innen verschleiert. Auch in Fragen dokumentierte ärztliche Wissensbedürfnisse können extern vorgegebenen Checklisten und Ablaufschemata entspringen, so dass sie nicht an Vorgängeräußerungen der Patient/innen anknüpfen; Spranz-Fogasy (2010) spricht in solchen Fällen von *Komplettierungsfragen*, im Gegensatz zu *Präzisionsfragen*, die unmittelbar an Relevanzen der Patient/innen anschließen (siehe auch Spranz-Fogasy & Becker, 2015). Als extreme Ausformung solcher (vermeintlicher) Inkohärenzen beschreibt Lalouschek (2002) den Interaktionstyp des Anamnesegesprächs: Hier treten aufgrund vorgegebener Anamneseleitfäden z. T. recht starre, musterförmige Gesprächsverläufe auf, die nach Beobachtungen der Autorin zu vielfältigen Kommunikationsstörungen führen können.

In Fragen kommunizierte ärztliche Vorannahmen können epistemisch als unterschiedlich gefestigt präsentiert werden (Boyd & Heritage, 2006; Spranz-Fogasy, 2010), z. B.:

- a) „Haben Sie dort Schmerzen?“ oder
- b) „Und Schmerzen haben Sie dort auch, oder?“

Während mit der Entscheidungsfrage mit Verberststellung in a) ärztliche Ungewissheit über das Zutreffen der Proposition ausgedrückt wird, impliziert die Deklarativsatzfrage mit *question tag* ‚oder‘ als Rückversicherungssignal⁷⁶ in b) eine

⁷⁶ In der DUDEN-Grammatik (Duden, 2016) werden *question tags* aus einer funktionalen Perspektive als hörersteuernde *Rückversicherungssignale* beschrieben. Diese Bezeichnung werde ich im Folgenden übernehmen.

deutlich sicherere epistemische Haltung hierzu; das Erfragte wird quasi als gültig vorausgesetzt (Heritage, 2013). Unterschiedliche Fragepraktiken können so auch unterschiedliche Präferenzen in Bezug auf die inhaltliche Ausrichtung oder Ausführlichkeit der Patientenantworten offenlegen: Während obige Beispielfragen eine Präferenz für ja-Antworten aufweisen, triggern u. a. Deklarativsatzfragen mit Negationspartikeln wie „Aber Schmerzen haben Sie nicht, oder?“ nein-Antworten (Boyd & Heritage, 2006). Im Unterschied zu obigen Fragetypen, durch die die Gültigkeit einer Proposition erfragt wird, geben Ergänzungsfragen wie „Wo sind die Schmerzen besonders stark“ mit Interrogativpronomen oder -adverb einen offenen Antwortraum bezüglich der relevant gesetzten W-Dimension vor (Spranz-Fogasy, 2010).

Das Einholen von Informationen mittels explorativer Fragen ist also unvermeidbar ein Austausch von Informationen, in dem die Patient/innen ebenfalls Anhaltspunkte über (entstehende oder momentane) diagnostische Interpretationen des Arztes oder der Ärztin bekommen, u. a. da sie Einblicke in das ärztliche Verstehen von Patientenantworten dokumentieren (Spranz-Fogasy & Lindtner, 2009; Spranz-Fogasy, 2010). Auf Äußerungsebene dokumentieren Fragen wie auch die Patientenantworten daher besonders die Verschmelzung beschwerdenexplorativer und -interpretativer Komponenten innerhalb der entsprechend bezeichneten Aktivität.

Diagnostische Hypothesen werden von ärztlicher Seite bisweilen auch expliziter geäußert, nämlich mittels so genannter *prädiagnostischer Äußerungen* (oder auch *prediagnostic commentaries*, Stivers, 1998 bzw. *prädiagnostische Mitteilungen*, Spranz-Fogasy, 2014). Ihre Präsenz in der Aktivität der Beschwerdenexploration und -interpretation und ihre Relevanz als Vorentscheidung eine noch zu kategorisierende Krankheit betreffend (Spranz-Fogasy & Schöffler, 2012) wurde in mehreren Studien für unterschiedliche akutmedizinische Gespräche herausgestellt (Stivers, 1998; Heritage & Stivers, 1999; Mangione-Smith et al., 2003; Heritage, 2010). Prädiagnostische Äußerungen werden definiert als „diagnostically relevant statements that describe what the physician is seeing or feeling, anticipate oder speculate on diagnoses“ (Stivers, 1998, S. 241). Ein spezifischer Typ prädiagnostischer Äußerungen sind *online commentaries*, die während einer laufenden Untersuchung geäußert werden und sich auf Beobachtungen des Arztes/der Ärztin am Patientenkörper beziehen (z. B. Heritage & Stivers, 1999).

Inhaltlich enthalten prädiagnostische Äußerungen (1) vorläufige, unspezifische Diagnosen (man könnte annehmen dass es irgendeine physische Erschöpfung einfach wäre),⁷⁷ (2) Äußerungen, die einen Ursachenzusammenhang herstellen (das is wohl der grund), (3) Befundmitteilungen

⁷⁷ Beispiele aus Spranz-Fogasy & Schöffler (2012).

(stuhlprobleme hab_se auch wie_s ausschaut) und (4) Ausschlussdiagnosen (der urin ist in ordnung also keine entzündung). Prädiagnostische Äußerungen als Vorausläufer der Diagnosemitteilung wurden als funktional in unterschiedlicher Hinsicht beschrieben: Sie eröffnen nicht nur direkte Einblicke in das lokale ärztliche Verständnis von den zu diagnostizierenden Beschwerden, sondern geben auch Verstehensanweisungen für weitere explorative Handlungen, indem sie Patient/innen über die Richtung der ärztlichen Erkenntnisse informieren. Durch sie werden weiterhin rezipientenspezifische Erwartungen geformt bzw. auf geäußerte Erwartungen reagiert, medizinische Schlussschemata für den Patienten zugänglich und letztlich die Diagnose intersubjektiv erklärbar – *accountable* – gemacht (Peräkylä, 1998). Prädiagnostische Äußerungen prüfen so auch die patientenseitige Akzeptanz ärztlicher Interpretationen (vgl. Spranz-Fogasy, 2014). Sie zeigen auf diese Weise, dass die epistemische Asymmetrie zwischen Arzt und Patient in Bezug auf fachmedizinische Wissensinhalte nicht in Stein gemeißelt ist, sondern gelockert werden kann.⁷⁸

Die Abgrenzung prädiagnostischer Äußerungen von ärztlichen Fragen erfolgt formal durch ihren deklarativen Satztyp; Letztere etablieren zudem eine konditionelle Relevanz für eine Antwort. Allerdings können ärztliche Fragen inhaltlich explizite interpretative Anteile aufweisen bzw. durch sie eine Theorie mit eingeschränkter epistemischer Haltung formuliert werden, was auf inhaltlicher Ebene wiederum eine Gemeinsamkeit solcher *prädiagnostischer Fragen* mit deklarativen prädiagnostischen Äußerungen darstellt. Folgendes Fallbeispiel aus dem vorliegenden Gesprächskorpus soll dies veranschaulichen.⁷⁹

Ausschnitt 5-8: Prädiagnostische Frage zur Beschwerdeninterpretation, A-1907-AP, Arzt C, 127-150 Sekunden.

01 P: ich hAbe in die letzte zeit KOPFschmerzen;
 02 (1.5)
 03 A: hm_hm,
 04 P: tut meistens so (-) HIER; (-)
 05 hEUte AUCh.
 06 war AUCh,
 07 aber jetzt is WIEder weg?
 08 (2.0)
 09 und sOnntag hab ich auch bisschen MEHR gehabt-
 10 (waren dann) WEG-
 11 also-
 12 WEIß ich nich warum;
 13 (2.1)
 14 A: wetter?
 15 (1.9)
 16 P: WEIß ich nicht;
 17 (0.9)

⁷⁸ Eine ausführliche Untersuchung zu Formen und Funktionen prädiagnostischer Äußerungen in unterschiedlichen Phasen der Aktivität der Beschwerdenexploration und -interpretation in ärztlichen Akutgesprächen findet sich in Spranz-Fogasy (2014).

⁷⁹ Für eine detailliertere Analyse siehe Groß (2013).

18 A: hm: _hm,

Ihre Beschwerdendarstellung (Z. 01-12) beginnt die Patientin sequenzinitiativ während einer Gesprächspause (Z. 01), sie wird von zwei längeren Pausen (Z. 02, 08) nach potenziellen turnübergaberelevanten Stellen durchbrochen, ohne dass der Arzt explorativ aktiv wird. Als Fazit dokumentiert die Patientin in Zeile 12 explizit Nichtwissen über die Ursache ihrer Kopfschmerzen und stellt diese zugleich als relevant für explorative Aktivitäten heraus. Die lange Pause im Anschluss (Z. 13) markiert ihre Darstellung als beendet und projiziert einen Sprecherwechsel. Daraufhin äußert der Arzt die recht unspezifische Ursachentheorie *wetter?* (Z. 14); durch den final steigenden Intonationsverlauf wird eine klare konditionelle Relevanz hin zu einer patientenseitigen Antwort etabliert. Vergleichbar zu prädiagnostischen Äußerungen im Deklarativsatzmodus wird also eine diagnostische Hypothese formuliert, allerdings markiert die Frage, dass ihre Gültigkeit ungewiss ist und ihre Ratifizierung in den Verantwortungsbereich der Patientin verlagert wird. Nach mehreren möglichen turnübergaberelevanten Stellen in der Beschwerdendarstellung der Patientin kommt der Arzt also auf rein formaler Ebene mit der Frage seiner aktivitätsspezifischen Gesprächspflicht nach, sequenzinitiativ die Beschwerden zu explorieren bzw. zu interpretieren; die inhaltliche Füllung allerdings bewirkt das Gegenteil: Der Patientin wird nicht nur lokal die epistemische Autorität, sondern auch die interaktive Pflicht der Beschwerdeninterpretation zugewiesen, so dass in diesem Kontext gilt: „local epistemic authority means conversational responsibility for ‚doing [...]diagnostics‘⁸⁰ at the same time.“ (Groß, 2013, S. 10). Indem sie erneut ihr Nichtwissen herausstellt, weist die Patientin diese Verantwortung zurück und spielt den Ball an den Arzt zurück, mit der Konsequenz, dass sich der Arzt in weiteren explorativen Fragen engagiert (nicht gezeigt).

Das Fallbeispiel weist auf ein Merkmal der ‚Beschwerdenexploration und -interpretation‘ in HIV-Sprechstunden hin, in dem sie sich ggf. von akutmedizinischen APG unterscheidet: Die epistemische Autorität zur Interpretation geäußerter Beschwerden wird offenbar nicht immer im Wissensbereich des Arztes/der Ärztin verortet. In den untersuchten HIV-Routinesprechstunden werden sowohl genuin HIV-spezifische als auch HIV-unspezifische medizinische sowie psychosoziale Beschwerden und Anliegen explorativ bearbeitet. So sind insbesondere bei HIV-unspezifischen Beschwerden beschwerdenexplorative Aktivitäten belegt, in denen die epistemische Autorität zur Definition bzw. zur diagnostischen Erklärung der Beschwerden dem Patienten/der Patientin zugewiesen bzw. durch diese/n eingenommen wird. Letzteres erfolgt in folgendem Ausschnitt, der an das Fallbeispiel in Kapitel 5.2.5 anschließt (siehe Ausschnitt 5-6):

⁸⁰ Im Originaltext heißt es hier fälschlicherweise: „doing prediagnostics“.

Ausschnitt 5-9: Probleminterpretation durch Patient, I-1207-AP, Ärztin G, 1259-1274 Sekunden.⁸¹

13 A: also ich kann (eh)-
14 ich kann_s dir nur auf priVATrezept verschreiben aber-
15 also-
16 P: was;
17 (--)
18 A: na ehm- (--)
19 ((schnalzt)) ich komm jetzt [nicht ()]-
20 P: [viagra?]
21 A: ja;
22 P: ach hab ich daHEIM.
23 (--)
24 es gEht ja nicht DARum. (-)
25 es geht ja HIERum.
26 A: um_n KOPF- (-)
27 P: ja.
28 (1.0)

Der Patient widerspricht in diesem Ausschnitt sogar explizit der impliziten somatischen Problemdefinition der Ärztin (Z. 24), weist ihr Therapieangebot (Z. 14) zurück (Z. 22) und interpretiert seinen Libidoverlust deiktisch als Kopfproblem (Z. 25) (was durch die Ärztin in Zeile 26 zur Verstehensdokumentation verbal kokonstruiert wird). Auch bei HIV-spezifischen Problemen kann die lokale epistemische Autorität zur Beschwerdeninterpretation Patient/innen zugewiesen werden, wie der folgende Ausschnitt 5-10 zeigt. Zu Beginn des Gesprächs B-1506-AP hatte die Patientin über wiederkehrende Übelkeit und Erbrechen berichtet.⁸²

Ausschnitt 5-10: Prädiagnostische Frage zur Beschwerdeninterpretation, B-1506-AP, Arzt M, 111-119 Sekunden.

36 A: das_is ja NICH gut.
37 P: nee;
38 A: sAgen sie ma und wie IS das,
39 !GLAU!ben sie dass das (.) an den medikaMENTen liegt?
40 P: <p> ich WEIß es nich.>
41 A: was MEInen_se.
42 (--)
43 P: <<p> keine AHnung.>

Wie bereits in Ausschnitt 5-8 ist das Stellen einer prädiagnostischen Frage, in der eine kausal-diagnostische Hypothese formuliert wird, die sprachlich-interaktive Praktik der Wahl: Nachdem der Arzt die erfragten Beschwerdenaspekte als NICH gut evaluiert (Z. 36), erfragt er explizit die Meinung der Patientin zu seiner diagnostischen Hypothese, nämlich dass die HIV-Medikation als mögliche Ursache der geschilderten Beschwerden in Frage kommt (Z. 39). Mittels des *verbum cogitandum* ‚glauben‘ wird ihre erfragte Meinung dazu zwar im Bereich patien-

⁸¹ Siehe auch Groß (2015).

⁸² Ein Teil des Ausschnitts wurde im Zusammenhang mit möglichen Einbettungen der Mitteilung der Blutwerte besprochen (siehe Ausschnitt 5-1); siehe auch Groß (2013).

tenseitigen subjektiven Wissens verortet, dennoch bewirkt die Frage, dass der Patientin die lokale epistemische Autorität zur Attribution der Beschwerden zugeschrieben wird. Wie in Ausschnitt 5-8 weist die Patientin diese zurück, indem sie explizit auf ihr Nichtwissen verweist. Auch ein erneuter Versuch des Arztes, die Meinung der Patientin über die Ursache der Übelkeit zu evozieren (Z. 41: *was MEInen_se.*), scheidet an ihrer wiederholten Dokumentation von Nichtwissen (Z. 43). Das hierdurch bewirkte lokale Zurücktreten von eigenen interpretativen Handlungen bewirkt in diesem Fallbeispiel ebenfalls das Wiederaufnehmen interaktiver Pflichten durch den Arzt; er geht zu einem Therapievorschlag über, der die diagnostische Hypothese testen soll.⁸³

Durch die dargestellten Fallbeispiele wird deutlich, dass sich die Aktivität der Beschwerdenexploration- und interpretation nicht nur durch explizite interpretative Handlungen auf ärztlicher Seite auszeichnet, sondern ein gemeinsamer Prozess der Sinngebung ist. Die interaktive Genese der Diagnose erscheint nicht nur als ein kognitiver Schlussfolgerungs- und Kategorisierungsprozess seitens des Arztes/der Ärztin, der allein durch responsive Auskünfte der Patient/innen angeregt wird und sich lediglich durch den propositionalen Gehalt ärztlicher Fragen an der Gesprächsoberfläche zeigt. Auch für akutmedizinische APG wurde bereits herausgestellt, dass sich Patient/innen in dieser Phase bisweilen aktiv-interpretativ engagieren: Z. B. lenken Patient/innen die Beschwerden-exploration bereits in Richtung eigener diagnostischer Interpretationen, indem sie bei der Beantwortung explorativer Fragen Aspekte ihrer Beschwerden herausstellen oder negieren (Birkner & Burbaum, 2013) und so mittels entsprechender „Antwortüberschüsse“ auf diagnostische Überlegungen hinarbeiten, die zu ihren eigenen *subjektiven Krankheitstheorien* (Birkner, 2006; Birkner & Vlassenko, 2015) passen. Als Teil individueller und interaktiver Sinnbildungsprozesse treten subjektive Krankheitstheorien in Folge einer Diagnose oder der Wahrnehmung krankheitswertiger Symptome als Frage nach den Ursachen der Erkrankung, nach ihrer Beschaffenheit, nach eigenen Handlungsmöglichkeiten etc. in Erscheinung und dienen dem Verständnis der eigenen Erkrankung durch die Konstitution eines subjektiven Bilds, das sich aus verschiedenen Wissensquellen speist.⁸⁴ Im Gespräch erscheinen sie unterschiedlich explizit und innerhalb verschiedener Aktivitäten; insbesondere die Beschwerdenexploration und -interpretation ist aber prädestiniert für

⁸³ Ein größerer Ausschnitt des Gesprächs B-1506-AP wird erneut in Kapitel 8.5 besprochen.

⁸⁴ Der Begriffsbestandteil ‚Theorie‘ drückt dabei aus, dass es um eine Verwobenheit verschiedener, oben genannter Wissensbereiche geht, die in einer Ganzheit ein individuelles, aber durchaus dynamisches Wissenssystem bilden; sie können durch die Verschränkung von Erfahrungswissen, Alltagswissen und fachlich legitimierten Wissensbereichen als krankheitsbezogene Alltagstheorie gelten. Aufgrund ihrer nicht-rationalen, subjektiven Wissensanteile werden SKT oft definiert als Vorstellungen oder Auffassungen, die Patienten von der Ursache, der Beschaffenheit und der Beeinflussbarkeit ihrer Erkrankung haben (Birkner & Vlassenko, 2015).

das Einbringen subjektiver Krankheitstheorien (Gill & Maynard, 2006) und Eigendiagnosen (Spranz-Fogasy & Becker, 2015), da hier die endgültige Entscheidung über die Kategorisierung geschildeter Beschwerden und ihrer Entstehungsbedingungen noch entwickelt wird und Patient/innen auf diese Weise an der Entwicklung teilhaben können.

Allerdings orientieren sich Patient/innen wie Ärzt/innen daran, dass die diagnostische Aufgabe eine genuin professionelle ist: Patient/innen platzieren und formulieren ihre SKT innerhalb der Aktivität so, dass sie die ärztlichen Gesprächshandlungen zur Beschwerdenexploration nicht „stören“; ihre diagnostischen Relevantsetzungen werden zudem nicht immer durch die Ärzt/innen aufgegriffen (Gill & Maynard, 2006). Auch in den beiden obigen Ausschnitten 5-8 und 5-10 orientieren sich die Patientinnen an der interaktiven Pflicht der Ärzte zur Interpretation ihrer Beschwerden, indem sie Nichtwissen bekunden. Im Unterschied dazu zeigen Birkner & Burbaum (2013) für psychotherapeutische Gespräche mit *MUS*-Patient/innen (*MUS* = *medically unexplained symptoms*), dass der diagnostische Prozess auch durch die Interagierenden selbst als gemeinsame Hervorbringung behandelt wird. Die Interpretation von als psychosomatisch vermuteten Beschwerden erscheint als komplexer Prozess interaktiver Suchbewegungen, in welchen u. a. Sequenzen kausal-attributiver Fragen der Therapeut/innen und patientenseitige Ursachenvermutungen in unterschiedlichen Gesprächskontexten eingebracht, aufgegriffen und elaboriert werden. Hier geht es weniger um eine medizinisch-kategoriale Einordnung von Beschwerden in ein Diagnoseraster als professionelle Aufgabe der Ärzt/innen, als um die Entwicklung eines gemeinsamen Krankheitsverständnisses, das durch schrittweise Erkenntnisse der Patient/innen über eigene Verhaltensmuster erreicht wird und in dessen Verlauf Therapeut/innen den Patient/innen unterstützend zur Seite stehen (siehe dazu auch ausführlich Stresing, 2009).

Wie bereits Ausschnitt 5-6 zeigt, sind auch im vorliegenden Korpus einzelne Gespräche belegt, in denen psychosoziale Probleme exploriert und interpretiert werden. In folgendem Gesprächsausschnitt (vgl. auch Groß, 2013) zeigt sich dabei, dass der Entstehungsprozess einer gemeinsamen Beschwerdeninterpretation – einer *intersubjektiven Krankheitstheorie* – auf sprachlich-interaktiver Ebene Symmetrien im Sinne von lokal symmetrischen statt komplementären Beteiligungsmustern aufweisen kann. Patient M1-1506 leidet unter Angstzuständen und verschiedenen körperlichen Beschwerden, die im Verlauf des Gesprächs eingebracht, in mehreren Schleifen exploriert und als psychosomatisch interpretiert werden. Zu Beginn des folgenden Ausschnitts 5-11 bringt er ein weiteres Symptom ein: Er erwähnt einen Termin in der Kardiologie, den er aufgrund seines auffällig erhöhten Pulses vereinbart hat (Z. 08-10).

Ausschnitt 5-11: Entwicklung einer intersubjektiven Krankheitstheorie, M1-1506-AP, Arzt M, 428-442 Sekunden.

08 P: hab jetzt auch noch ne überwEIsung zum kardioLOgen-
 09 wegen (.) dem HERZrasen nachts-
 10 also ich hab mAnchma: im liegen_n puls von
 hundertDREIßig;
 11 (--)
 12 A: aber ich glaube Ehrlich gesagt dass das- (1.4)
 13 [dass das möglicherweise psychische ur`-]
 14 P: also ich [denk auch dass (das vom KOPF kommen könnte-)]
 15 A: ja-
 16 das GLAUB ich;
 17 P: ja-

Mit der Information über die überwEIsung zum kardioLOgen (Z. 08) und der Begründung (Z. 09), der Nennung des stark erhöhten Ruhepulses sowie der Bezeichnung als HERZrasen stuft der Patient das Problematische am vorgetragenen Symptom hoch und betont seine somatische Komponente. In der nächsten Sequenz werden die Beschwerden durch beide Interagierende ursachenattributiv interpretiert: Das adversative ‚aber‘ zu Beginn der ärztlichen Äußerung (Z. 12) sowie Ehrlich gesagt deuten hier bereits an, dass seine Beschwerdeninterpretation einer somatischen diametral gegenübersteht. Der im Matrixsatz projizierte Inhalt seiner Ursachentheorie wird mit dem *verbum cogitandum* ‚glauben‘ modalisiert und kündigt so eine epistemisch nicht sichere Aussage an. Der dass-Komplementsatz wird überlappend mit dem nächsten Redezug des Patienten fortgesetzt (Z. 13/14): Sowohl Arzt als auch Patient äußern in Überlappung ursachenattributive Theorien, die frappierende formale, inhaltliche und epistemische Ähnlichkeiten aufweisen. Formal greift der Patient die durch den Arzt eingeleitete syntaktische Konstruktion auf. Inhaltlich äußern beide Interagierende quasi identische Ursachenvermutungen, allerdings werden diese lexikalisch recht unterschiedlich ausgedrückt (Z. 13/14: psychische ur` vs. vom KOPF): Beide werden mittels *verba cogitandi* (‚glauben‘, ‚denken‘) modalisiert, sie weisen so die epistemische Haltung prädiagnostischer Äußerungen auf. Sequenziell greifen die Produktionen von Arzt und Patient ineinander und resultieren in eine *intersubjektive Krankheitstheorie*, deren Gültigkeit in den Zeilen 15 bis 17 durch wechselseitige Bestätigungen untermauert wird (siehe Groß, 2013).

Im Vergleich zu in akutmedizinischen APG auftretenden Prozessen der Exploration und Interpretation von Beschwerden zeigen dieses sowie die vorhergehenden Fallbeispiele, dass hier nicht der Arzt allein für die Produktion expliziter diagnostischer Überlegungen zuständig ist, sondern dass der Patient eigene äußern kann: In obigem Beispiel eröffnet sich durch die redezuginterne Pause ein interaktiver Raum hierfür. Aufgrund der lokalen epistemischen Gleichrangigkeit und interaktiven Symmetrie der ärztlichen und patientenseitigen Produktion in Interpretationsprozessen wie in Ausschnitt 5-11 wird in Groß (2013) eine generalisie-

rende *a priori*-Unterscheidung zwischen (*prä*)*diagnostischen Äußerungen* auf ärztlicher Seite und *subjektiven Krankheitstheorien* (SKT) auf Seiten der Patient/innen in Frage gestellt. SKT sollen aufgrund ihrer spezifischen Einbettung ins Gespräch wie auch aufgrund der relevant gesetzten Wissensinhalte im Vergleich zu (*prä*)*diagnostischen Äußerungen* seitens Ärzt/innen⁸⁵ einen weitaus geringeren Geltungsanspruch haben bzw. „nicht den gleichen Grad an Präzision, Vollständigkeit und Systematik auf[weisen]“ (Mutzek, 1988, S. 73). Dagegen kann angesichts von Fallbeispielen wie dem obigen argumentiert werden, dass statt einer globalen Einordnung patientenseitig geäußerter diagnostischer Aussagen als subjektive Krankheitstheorien ihre lokale Funktion im Prozess der Beschwerdeninterpretation berücksichtigt werden muss: In Ausschnitt 5-10 wird das (biographische) Wissen der Patientin über eine mögliche Kausalität zwischen Medikamenteneinnahme und auftretender Übelkeit als entscheidend behandelt, auch wenn der Arzt sich diesbezüglich auf einen subjektiven Zugang zu Wissen beruft (!GLAU!ben sie dass das (.) an den medikaMENTen liegt?). Auch in Ausschnitt 5-8 wird der Patientin eine lokale Interpretationspflicht zugewiesen.

Die zudem in Ausschnitt 5-11 aufgezeigte lokale Beteiligungssymmetrie bezüglich der Emergenz einer intersubjektiven Beschwerdeninterpretation wurde für akutmedizinische APG sowie für die von Birkner & Burbaum (2013) untersuchten psychosomatischen Therapiegespräche allerdings nicht beschrieben; hier nehmen die Interagierenden komplementäre Beteiligungsrollen ein: Die Therapeut/innen regen die Patient/innen z. B. durch interpretative, reformulierende Fragetechniken zu neuen, eigenen Interpretationen an, in akutmedizinischen APG dagegen sind Ärzt/innen alleine für die explizite diagnostische Einordnung der geschilderten Beschwerden zuständig (siehe auch Kap. 5.2.8). Die Diskrepanz zwischen einer solchen Einnahme professioneller Gesprächspflichten durch Ärzt/innen mit hiermit einhergehenden Sequenztypen wie Frage-Antwort-Sequenzen auf der einen Seite und der Einnahme oder Zuweisung lokaler Interpretationsrechte oder -pflichten an Patient/innen auf der anderen Seite kontextualisiert m. E. spezifische fachmedizinische Zuständigkeits- oder Verantwortungsbereiche⁸⁶

⁸⁵ Dass auch medizinisches Fachwissen ebenso aus episodischen Anteilen konstituiert ist so wie deklaratives Wissen allgemein als aus prozeduralem Erfahrungswissen generiert gilt (Konerding, 2009), bleibt in der Gegenstandsbestimmung SKT in ihrer dichotomen Abgrenzung zu „objektiven“ Theorien zu Krankheit und Gesundheit zumeist unberücksichtigt. Der Begriff *subjektive Krankheitstheorie* muss somit durchaus problematisiert werden, da das Attribut *subjektiv* die Antonymie von subjektivem Patientenwissen und einem objektiven Wissen medizinischer Experten zementiert und auf diese Weise eine generalisierende Stellungnahme zum epistemischen Wert der Wissensanteile krankheitsbezogener Interpretationen enthält.

⁸⁶ Die interaktive Konstruktion von Verantwortung als epistemisch fundierte Beteiligung wird für therapiebezogene Aktivitäten – v. a. für Therapientscheidungen – ausführlich in Kapitel 8.5 beschrieben. Hier zeigen sich systematische Unterschiede je nach HIV-Spezifität der zu behandelnden Beschwerden bzw. medizintechnisch identifizierten Auffälligkeiten: Entweder

bzw. *Nichtverantwortungsbereiche* der behandelnden Mediziner/innen und Therapeut/innen.

Die HIV-Infektion und auch die medikamentöse Therapie dienen bei der gemeinsamen Einordnung vielfältiger patientenseitiger Beschwerden als Interpretationsfolie. Häufig treten bei der Ursachensuche potenziell infektionsbedingte Symptommatiken hinter den ART-Nebenwirkungen zurück. Für Arzt M stellt das übermäßige Zurückführen von Beschwerden auf die ART durch Patient/innen ein Problem dar, da es der Vermittlung anderer diagnostischer Schlussfolgerungen entgegensteht:

Also was für mich oft ein Problem ist, ist, dass so wie ein Patient unter Therapie ist – und das sind bei uns die allermeisten, 80 Prozent sind unter Therapie – wird jegliche, wird jegliches Problem erst mal auf die Therapie geschoben. Und das find' ich sehr anstrengend. Also das sind zum Teil skurrile Sachen: Rückenschmerzen, das kommt bestimmt von den Tabletten. Kopfschmerzen, das kommt von den Tabletten. Bluthochdruck, das kommt von den Tabletten. Ich hab zugenommen, das kommt von den Tabletten. Natürlich stimmt's manchmal. Sodbrennen, Übelkeit, Durchfall. Natürlich ist das so, ja. Und natürlich achten wir da auch akribisch drauf. Und das ist auch wichtig. Aber viele Patienten neigen dazu, erst mal alles auf die Tabletten zu projizieren. Und das ist zum Teil anstrengend. Weil diese Nebenwirkungen sind sehr schwer zu objektivieren und man kann dann Therapiewechsel versuchen. Das funktioniert dann manchmal, manchmal nicht. Und dann gibt's Patienten, die versuchen halt eine Therapie nach der nächsten. Bis dann irgendwann das Einsehen kommt, dass das andere Ursachen haben könnte. Und das ist dann oft ein bisschen schwierig im Gespräch (Arzt M im Interview).

Im Zusammenhang mit Zuständigkeiten der HIV-Mediziner/innen sei ein letztes gesprächsorganisatorisches Charakteristikum beschwerdenexplorativer und -interpretativer Aktivitäten in den HIV-Sprechstunden genannt, welches sowohl in Ausschnitt 5-7 als auch im weiteren Gesprächsverlauf von Ausschnitt 5-8 hervortritt: Wie in akutmedizinischen APG wird der Abschluss der Aktivität in der HIV-Sprechstunde durch den Arzt/die Ärztin bestimmt. Bei der explorierenden und interpretierenden Bearbeitung potenziell HIV-spezifischer medizinischer Probleme schließen sich an ihre Interpretation – d. h. meist: das Einordnen einer Auffälligkeit als Problem oder seine kausale Herleitung – obligatorischerweise Therapieentscheidungen an. Die Obligatorik, das festgestellte medizinische Problem therapeutisch zu lösen, wurde auch für akutmedizinische Erstgespräche beschrieben (Robinson, 2003). Dagegen kann die schrittweise Entwicklung eines intersubjektiven Verständnisses über die Bedeutung, den Ursprung etc. patientenseitiger Beschwerden oder medizintechnischer Befunde in den vorliegenden Gesprächen an unterschiedlich fortgeschrittenen Stellen im beschwerdenexplorativen

werden die Ärzt/innen oder die Patient/innen als Hauptentscheidende und Agierende in nachfolgendem therapeutischen Handeln positioniert.

und -interpretativen Prozess beendet werden: Zum einen kann sie in den Vollzug einer weiterführenden Aktivität, d. h. zu einer abschließenden Diagnosestellung und/oder Therapieentscheidung münden; nicht selten verbleibt sie dabei aber an einem Punkt, der als diagnostisches Zwischenergebnis gerade „gut genug“ ist für Überweisungshandlungen oder für das Aufschieben einer konsequenziellen Therapieentscheidung auf eins der nachfolgenden Gespräche. Die Rekurrenz der HIV-Sprechstunden macht es möglich, dass medizinische Probleme nicht auf der Stelle gelöst werden müssen, sondern dass ihre Interpretation und therapeutische Bearbeitung aufgeschoben bzw. als *transinteraktionale Projekte* angelegt werden können. Überweisungshandlungen an Fachambulanzen und -kliniken nach eher rudimentären Beschwerdenexplorationen kontextualisieren zudem die Spezialisierung der Ärzt/innen auf HIV-spezifische oder mit HIV assoziierten Beschwerden.

Als Extremfall solcher frühen Beendigungen beschwerdenexplorativer Aktivitäten sind im vorliegenden Korpus wenige Gespräche belegt, in denen Beschwerdenexplorationen relativ abrupt beendet werden: Statt zu einer hinreichenden Probleminterpretation zu gelangen, die sich *ex post* daran zeigt, dass in weiterführenden Aktivitäten auf die therapeutische Lösung des Problems hingearbeitet wird oder diese mittels Überweisung auf andere APG verlagert wird, erfolgt ein Übergang zu obligatorischen Gesprächsaufgaben der HIV-Sprechstunde. In Ausschnitt 5-7 ist dies der Fall: Nachdem das Blutdruckmessgerät mit einem Signalton das Ende der Messung angezeigt hat, evaluieren Ärztin und Patient Blutdruck und Puls und kommen nicht mehr auf das Problem des Patienten zurück. In diesem Fallbeispiel aus dem Gespräch I-1207-AP wird die Dominanz des obligatorischen Blutdruckmessens durch das *misplacement* der Beschwerdenschilderung (siehe Ausschnitt 5-6) befördert. Auch durch die zuvor klar formulierte psychosoziale Problemdefinition seitens des Patienten, mit der er der implizit bleibenden somatischen ärztlichen Interpretation widerspricht (siehe Ausschnitt 5-9), wird im betreffenden Gespräch außerdem nicht deutlich, ob überhaupt ein Behandlungsauftrag an die Ärztin gegeben ist oder ob der Patient – auch weil sich Ärztin und Patient schon länger kennen – das Problem „einfach so“ während der verbalen Pause bei der Blutdruckmessung thematisiert. Das Lachen der Ärztin und das informelle Register bei der Problembeschreibung weisen eher darauf hin, dass lokal ausgehandelt werden muss, welches interaktive Problem überhaupt bearbeitet werden soll.

Beendigungen an frühen Punkten der Beschwerdenexploration und -interpretation kommen auch in weiteren Gesprächen des Korpus vor. Sie kontextualisieren m. E., dass der Zweck der Routinegespräche zwischen HIV-Mediziner/innen und Patient/innen primär nicht die Bearbeitung akuter patientenseitiger Anliegen ist. Frühe Beendigungen oder sogar Abbrüche beschwerdenexplorativer Aktivitäten sind vielmehr eng verknüpft mit der interaktiven Konstruktion ärztlicher Nichtzu-

ständigkeit. Zusammen mit der lokalen Zuweisung von Interpretationsmacht an die Patient/innen, die durch die Evozierung patientenseitiger Ursachenüberlegungen mittels prädiagnostischer Fragen erfolgen kann, verweisen solche Verläufe auf Ränder der ärztlichen Zuständigkeit und *ex negativo* auf die Spezialisierung der Ärzt/innen in der HIV-Ambulanz.

5.2.8 Diagnosemitteilung

Auch wenn die Diagnosestellung in vielen institutionellen Bereichen eine konstitutive Aufgabe darstellt – man denke an „diagnostische“ Aktivitäten von Automechanikern, Personalpsychologen oder Unternehmensberatern, ist der Begriff Diagnose im alltäglichen Gebrauch meist unmittelbar mit der ärztlichen Gesprächsaufgabe der ‚Diagnosemitteilung‘ im APG verknüpft (Duchan & Kovarsky, 2006).⁸⁷ Medizinisch wird eine Diagnose definiert als „überzeugende Zuordnung von Beschwerdebildern zu einem Krankheitsbegriff“ (Pschyrembel, 2002, S. 316). Diagnosemitteilungen gelten als konstitutiver Bestandteil der meisten akutmedizinischen Gespräche zwischen Ärzt/in und Patient/in. Ärzt/innen fungieren aus ihrer fachmedizinischen Expertenrolle heraus als Diagnostiker: In der Diagnose werden anamnestisch sowie in Untersuchungen ermittelte Symptome in Form medizinisch-kategorialer Syndrombezeichnungen gebündelt. Ärzte/innen zeigen auf diese Weise sowohl Verstehen mit Hinblick auf die geschilderten Beschwerden als auch fachmedizinische Expertise mittels fachmedizinischer Kategorisierung mit dem Ziel „eine für beide Seiten gemeinsame Definition des von der PatientIn vorgestellten und mit ihr ausgehandelten Beschwerdebildes zu finden und zu formulieren“ (Spranz-Fogasy, 2005, S. 22).

In der Diagnosestellung wird klassischerweise das bis dato in der Anamnese sowie ggf. in der körperlichen Untersuchung gesammelte und aufbereitete Wissen gebündelt mitgeteilt. Neben der im Gesprächskontext retrospektiven Komponente der ‚Subsummierung‘ geschildeter Beschwerden dient die Diagnose als notwendiger Ausgangspunkt zur Einleitung therapierelevanter Aktivitäten,⁸⁸ so dass sie als zentraler Knotenpunkt fachmedizinischen Gesprächshandelns eine Gelenkstellung im A/P-Gespräch einnimmt. Eine Diagnose kann dabei weitreichende Folgen haben, da sie als kritisches Ereignis in das alltägliche Leben des Diagnoseempfangenden einbricht und auf Selbstbild, krankheitsbezogenes Verhalten und

⁸⁷ Duchan & Kovarsky (2006) sehen diagnostisches Denken und Handeln als unverzichtbar an, um (intersubjektive) Bedeutung im alltäglichen und institutionellen Kontext zu konstituieren; es ist so unmittelbar verknüpft, wenn nicht gleichzusetzen mit ‚Kategorisierung‘ als dem fundamentalsten kognitiven Prozess der Sinnggebung und damit auch genuiner Bestandteil informeller Interaktionen.

⁸⁸ ‚Therapiebezogene Aushandlungen‘, d. h. therapierelevante Aktivitäten in den untersuchten Gesprächen (v. a. Therapieentscheidungen, Therapieaktualisierungen), werden in Kapitel 8 behandelt.

soziale Beziehungen wirken kann – so natürlich auch die Diagnose ‚HIV‘. Ihre Bedeutung reicht also oft weit über das Gesprächsgeschehen hinaus.

Die Diagnosemitteilung stellt innerhalb vieler APG einen integralen Teil medizinedukativer Aktivitäten dar, „where physicians are to educate patients about their conditions and possible treatments“ (Maynard & Frankel, 2006, S. 276). Die Mitteilung der Diagnose entspricht der Phase IV nach Byrne & Long (1976), die diese auch als *consideration of the patient's condition* bezeichnen. Für die mehr als 2000 untersuchten Gespräche wird bereits in dieser frühen Studie festgestellt, dass die diagnostischen Informationen der Ärzt/innen zugunsten einer raschen Überleitung zur Therapieplanung und/oder Verschreibung von Medikamenten häufig recht spärlich ausfallen (Peräkylä, 2006). Entsprechend der Ausführlichkeit der vermittelten diagnostischen Informationen klassifizieren Byrne & Long das verbale Verhalten der Ärzt/innen als mehr oder weniger patientenzentriert. Sie argumentieren, dass das Vorenthalten medizinischen Wissens bei der Mitteilung der Diagnose eng mit Asymmetrien zwischen Arzt und Patient verknüpft ist und diese aufrechterhalten. Dagegen beobachtet Peräkylä (1998), dass vor allem solche Diagnosemitteilungen ohne zusätzliche Erklärungen auskommen, deren Evidenz auch für Patient/innen offensichtlich ist. Peräkylä sowie Heath (1992) beschreiben unterschiedliche Grade epistemischer Sicherheit in der Diagnosemitteilung, die die Autoren auf Unterschiede in der evidentiellen Transparenz zwischen Untersuchungsbefunden und Diagnose zurückführen und in Bezug auf ein Spannungsverhältnis zwischen ärztlicher *authority* und *accountability* – Letzteres in diesem Zusammenhang vielleicht mit ‚Erklärungsbedürftigkeit‘ übersetzbar – interpretieren (für einen Überblick siehe auch Heritage, 2005). Bei nicht transparenter Evidenzialität und/oder bei diagnostischen Unsicherheiten rechtfertigen Ärzt/innen die Herleitung der Diagnose, wodurch die Diagnosemitteilung länger ausfällt und woraufhin Patient/innen elaboriertere Antwortbeiträge äußern oder sequenzielle Expansionen (z. B. Nachfragen) initiieren. Weitaus häufiger reagieren Patient/innen verbal aber nur minimal oder sogar nicht erkennbar auf eine Diagnosemitteilung (Peräkylä, 2006).

Ebenfalls einen Einfluss auf die strukturelle Realisierung der Diagnosemitteilung sowie auch auf patientenseitige Anschlusshandlungen hat die Valenz der Diagnose – also ob diese als gut, schlecht oder unsicher präsentiert wird (Maynard & Frankel, 2006): Medizinisch harmlose Umstände oder die Abwesenheit einer medizinisch kategorisierbaren Erkrankung als diagnostisch gute Nachrichten werden auf direkte Weise exponiert und ihre positive Bedeutung expliziert, während medizinisch schlechte Nachrichten, d. h. die Mitteilungen schwerwiegender oder sogar lebensbedrohlicher Erkrankungen mit schlechter Prognose, zunächst ange-

bahnt und nur zögerlich und modalisiert vorgebracht werden.⁸⁹ Maynard beschreibt als sequenzexpandierende ärztliche Strategie des *forecasting* (1996) schlechter diagnostischer Nachrichten – in alltäglichen Gesprächen (1989; 1991b) wie in APG (1992) – die so genannte *perspective display series*. Diese beinhaltet die Erfragung der patientenseitigen Sichtweise auf das medizinische Problem, welche die Ärzt/innen dann im Rahmen der *news delivery sequence* bestätigend aufgreifen, um die Diagnosemitteilung affirmativ hierzu positionieren zu können.

Die Scharnierfunktion der Diagnosemitteilung zeigt sich daran, dass sie Aktivitäten der Beschwerdenexploration und -interpretation i. d. R. abschließt und als Zusammenfassung und Abstraktion diverser vorgebrachter Beschwerden sowie medizinischer Befunde und ärztlicher Beobachtungen, als medizinisch-kategoriales Ergebnis eines gemeinsam entwickelten Krankheitsverständnisses zugleich eine wichtige Vorbedingung für die Initiierung therapeutischer Planungen ist. Auch hierdurch erklärt sich, weshalb Patient/innen häufig nur minimal auf Diagnosemitteilungen reagieren: Sie orientieren sich nicht primär an der Definition des Problems, sondern an seiner therapeutischen Lösung.

Auch wenn die meisten Studien der medizinischen Gesprächsforschung zu APG die Mitteilung der Diagnose als obligatorische sowie eigenständige Aktivität (bzw. Handlungskomponente, vgl. Spranz-Fogasy 2005) ansehen, bewerten Busch & Spranz-Fogasy (2015) dies als verwunderlich, da eine explizite Diagnosemitteilung im klassischen Sinn als abschließende Feststellung und konsequenzielle Mitteilung einer medizinischen Krankheitskategorie nicht in allen Arzt/Patient-Interaktionstypen als eigenständige Aktivität vorkommt. Dies hängt damit zusammen, dass bereits in der Beschwerdenexploration und -interpretation fast immer schon interpretative Komponenten in Form prädiagnostischer Äußerungen oder subjektiver Krankheitstheorien zum Tragen kommen (siehe Kap. 5.2.7). Diagnostische Interpretationen erscheinen im Gespräch z. T. *en passant* und nicht unbedingt als explizite Mitteilungshandlung innerhalb einer eigenen Aktivität. Auch in den untersuchten Gesprächen in der HIV-Ambulanz kommt eine Diagnosemitteilung als klar von vorherigen Aktivitäten abgegrenzte Aktivität nicht vor; explorative, diagnostische und therapeutische Momente sind vielmehr eng miteinander verzahnt. Bei der Diagnostik von Beschwerden, die als potenziell HIV-bedingt und/oder als durch Nebenwirkungen ausgelöst vermutet werden, ist es recht häufig der Fall, dass eine geplante neue Therapie als Differenzialdiagnostik fungiert und die genaue Ursachen der Beschwerden klären soll. Auch wenn (HIV-spezifische oder HIV-unspezifische) Beschwerden symptomatisch behandelt werden (z.

⁸⁹ Auch die ärztlichen Verfahren bei der Mitteilung der Blutwerte im untersuchten Interaktionstyp unterscheiden sich je nach medizinischer Erwünschtheit der entsprechenden Werte (siehe Kap. 7).

B. Durchfall), ist eine Diagnosestellung oft ebenfalls obsolet. Die handlungslogische Notwendigkeit einer diagnoseäquivalenten Handlung bleibt aber meist bestehen, sie kann aber eben auch in Form einer Verdachts- oder Arbeitsdiagnose (Busch & Spranz-Fogasy, 2015, S. 345) oder in Form einer patientenseitigen Theorie und/oder gemeinsamen Vermutung erscheinen; diese ermöglichen trotz ihres epistemischen „Prä-Status“ eine Überleitung zur Therapieentscheidung. Weiterhin können in den untersuchten Gesprächen HIV-unspezifische Beschwerden als außerhalb des Zuständigkeitsbereichs des Arztes/der Ärztin liegend behandelt werden; in solchen Fällen schließen sich Überweisungshandlungen an eine – oft rudimentäre – Beschwerdenexploration an. Schließlich ist die „eigentliche“ HIV-Diagnose, d. h. die Feststellung von HIV und das Mitteilen eines entsprechend positiven Testergebnisses, nicht die Aufgabe der Ärzt/innen in den untersuchten Gesprächen: Die Patient/innen stellen sich für die Aufnahme der Behandlung in der Ambulanz vor, nachdem sie (etwa beim Hausarzt) ein positives HIV-Testergebnis erhalten haben. Vergleichbar mit Diagnosestellungen ist allenfalls die Mitteilung der aktuellen Blutwerte, die in Kapitel 7 als typische Aktivität der untersuchten Gespräche analysiert wird.

5.2.9 Therapieentscheidung

Die Entscheidung über einen therapeutischen Weg als Lösung für das gemeinsam explorierte und diagnostisch interpretierte medizinische Problem stellt die handlungslogisch folgende Aktivität der Kernphase medizinischer Gespräche dar. Therapieentscheidungen gelten dabei als Kulminationspunkt eines APG, da Patient/innen nicht nur nach einer Erklärung für ihre Erkrankung suchen, sondern primär nach einer Lösung (Robinson, 2003). Dies gilt nicht nur für akutmedizinische Gespräche in der allgemeinmedizinischen oder fachärztlichen Praxis: Auch in Routinesprechstunden für Erkrankungen wie Diabetes (Collins et al., 2005) und Krebs (Maynard, Cortez & Campbell, 2015) suchen Patient/innen therapeutische Wege, z. B. in Form von Anpassungen der medikamentösen Therapie, um die Erkrankung bei hoher Lebensqualität effektiv in Schach zu halten. In der HIV-Sprechstunde nehmen Therapieentscheidungen aus ebendiesen Gründen eine entsprechend prominente Rolle ein; ihnen wurde daher im empirischen Teil der Arbeit ein umfassendes Kapitel gewidmet (siehe Kap. 8). Therapieentscheidungen wurden bis dato nicht nur aus dem Erkenntnisinteresse und mit Methoden der medizinischen Gesprächsanalyse betrachtet: Ausgehend vom prominenten Desiderat der gemeinsamen Entscheidungsfindung (*shared decision making*) wurden in entsprechenden Forschungsbemühungen der Gesundheitswissenschaften v. a. patientenseitige Partizipationsmöglichkeiten mit unterschiedlichen Beziehungsmodellen zwischen Arzt und Patient verknüpft. Der impliziten Annahme dieser Studien, dass Ärzt/innen Patient/innen explizit zur Teilnahme im Entscheidungs-

prozess auffordern müssen, um eine gemeinsame Entscheidungsfindung auf optimal patientenzentrierte Weise zu realisieren, stellen gesprächsanalytische Studien die Beobachtung entgegen, dass Patientenpartizipation auch durch das Verweigern von Zustimmung für eine Therapieempfehlung erfolgen kann (Stivers, 2006; Koenig, 2011). Ohne eine patientenseitige Zustimmung wird die Therapieentscheidung als nicht abgeschlossen behandelt: Responsive Zustimmungs- oder Ablehnungsreaktionen stellen damit nicht nur ein mögliches, sondern ein erforderliches Minimum patientenseitiger Teilnahme dar (das natürlich durch entsprechende ärztliche Gesprächsführung oder initiatives Gesprächsverhalten von Patient/innen erhöht werden kann). Praktiken ärztlicher Therapieempfehlungen werden als entscheidender Faktor dafür angesehen, wie viel interaktiver Raum Patient/innen für aktive Teilhabe an der Entscheidung zugesprochen wird. Toerien, Shaw & Reuber (2013) stellen z. B. fest, dass das Aufzählen mehrerer Therapieoptionen ein aktiveres Antwortverhalten fördere, während klare Empfehlungen einer Option lediglich die Zustimmung oder Ablehnung für die empfohlene Therapieoption relevant setzen.

Therapieentscheidungen – und spezifisch hierin: Handlungen und Praktiken von Therapieempfehlungen als initiale Komponente von Therapieentscheidungsprozessen – werden in neueren gesprächsanalytischen Studien schwerpunktmäßig in Bezug auf ihre deontische Kraft und epistemische Fundierung untersucht (Toerien, Shaw & Reuber, 2013; Lindström & Weatherall, 2015; Dalby Landmark, Gulbrandsen & Svennevig, 2015, Stivers et al., 2017). Relevante Fragen sind: Wie positionieren sich Ärzt/innen epistemisch, z. B. in Bezug auf prognostische Aspekte ihrer Therapieempfehlung? Als wie dringlich wird die Umsetzung der Therapieempfehlung dargestellt? Welche Rolle wird Patient/innen im Entscheidungsprozess zugesprochen: Sind sie Ko-Entscheidende oder lediglich Ausführende ärztlicher Anweisungen? Solche Fragen nach der interaktiven Konstruktion epistemischer und deontischer Territorien im Entscheidungsprozess werden in Kapitel 8 verfolgt; sie haben sich auch bei der Betrachtung der Empfehlungspraktiken der HIV-Ärzt/innen sowie der Beteiligung von Patient/innen als relevant erwiesen. Bei der Untersuchung von Therapieentscheidungen in der HIV-Sprechstunde zeigte sich zudem, dass die interaktive Konstruktion von *Verantwortung* für Therapieentscheidungen als lokal zugeschriebene bzw. eingenommene, auf epistemischen Territorien beruhende deontische Pflicht manifest wird. Vor dem Hintergrund, dass in den untersuchten Gesprächen sowohl HIV-spezifische als auch HIV-unspezifische medizinische Probleme diagnostisch und therapeutisch bearbeitet werden, gewinnt dies besondere Relevanz.

5.2.10 Gesprächsbeendigung

Konversationsanalytischer Konsens zu Gesprächsbeendigungen in alltäglichen Interaktionen ist: „[P]eople do not usually simply walk away from a conversation“ (White, 2015, S. 170). Der Abschluss eines Gesprächs ist vielmehr ein Aushandlungsprodukt, welches vorbereitende Aktivitäten der Interagierenden sowie eine Übereinstimmung darüber erfordert, dass nun alle *mentionables* (Schegloff & Sacks, 1973) hinreichend bearbeitet wurden. Abschließend werden rituelle Handlungen ausgeführt und Abschiedsgrüße ausgetauscht, woraufhin sich die Interagierenden aus der fokussierten Interaktion lösen können (Auer, 2017b). Dies gilt auch für APG: Die Einleitung der Gesprächsbeendigung (*opening up closings*) (Schegloff & Sacks, 1973), die i. d. R. durch den Arzt/die Ärztin erfolgt, projiziert zunächst den Abschluss des APG. In dieser letzten Phase werden Ergebnisse des Gesprächs zusammengefasst bzw. ggf. wiederholt und ihre Relevanz für zukünftige Handlungen außerhalb der Gesprächssituation (z. B. Medikamenteneinnahme) herausgestellt. Patient/innen wird hier auch die Möglichkeit gegeben, offene Fragen zu klären oder bis dato nicht besprochene Beschwerden(aspekte) anzusprechen. Im Rahmen von Routinegesprächen oder bei Kontrolluntersuchungen – so auch bei den vorliegenden HIV-Sprechstunden – werden in der Beendigungsphase zudem Termine für die nächste Sprechstunde geplant bzw. auf eine nötige Terminvereinbarung mit medizinischen Assistent/innen hingewiesen. In der HIV-Sprechstunde ist in dieser Phase des Gesprächs häufig noch eine zeitliche Abstimmung mit dem Blutentnahme-Termin vonnöten: Manche Patient/innen suchen die Ambulanz hierfür eine Woche vor dem Sprechstundentermin auf, damit dem/der behandelnden Mediziner/in zum Zeitpunkt des Gesprächs aktuelle Blutwerte vorliegen.⁹⁰

Strukturell wird in APG die Beendigungsphase mehrsequenziell, i. d. R. durch mögliche Vor-Beendigungssequenz(en) (*possible preclosing sequence*) sowie eine Verabschiedungssequenz (*terminal exchange*), realisiert. White (2015) betont, dass die ärzteseitig initiierte Vorbeendigung zunächst nur ein Vorschlag zum Abschließen des Gesprächs ist, der durch alignierende patientenseitige Aktivitäten angenommen werden muss. Unter Rückgriff auf den – vergleichsweise raren – konversationsanalytischen Forschungsstand zu Gesprächsbeendigungen in der medizinischen Praxis (v.a. Robinson, 2001b; West, 2006; Park, 2013) führt White (2015) vier Typen solcher *possible preclosings* an, die auch kombiniert eingesetzt werden:

- Terminabsprachen (*arrangement making*),
- Ankündigungen zur Gesprächsbeendigung (*preclosing announcements*),

⁹⁰ Andere Patient/innen kombinieren den Sprechstundentermin mit der Blutentnahme. Die im Gespräch mitgeteilten Blutwerte sind in diesem Fall auf dem Stand des vorhergehenden Termins.

- finale-Anliegen-Sequenzen (*final-concern-sequences*) und
- Redezugübergaben (*passing a turn*).

Solche Vorbeendigungssequenzen dienen – auch in alltäglichen Gesprächen – der Transition vom thematischen Sprechen zur Verabschiedung. Vor allem die letzten beiden Typen der genannten ärztlichen *preclosing initiations* befähigen Patient/innen dazu, während der Vorbeendigungsphase aktiv oder passiv „Widerstand“ gegen die Beendigung einzulegen und durch Fragen und Anliegenäußerungen in den *topic talk* zurückgehen. Lalouschek (2013) weist darauf hin, dass die Formulierung von *by-the-way*-Anliegen in der Abschlussphase des Gesprächs für eine hinreichende Bearbeitung dysfunktional ist, dass diese aber Indikatoren für eine unzureichende ärztliche Gesprächsführung seien, denen durch die vollständige – ggf. auch psychosoziale – explorative Bearbeitung initial geäußerter Anliegen sowie durch Fragen nach weiteren Anliegen vorzubeugen sei. Obgleich durch Patient/innen initiierte Themeneinführungen während des gesamten Gesprächs in rund einem Drittel der Gespräche vorkommen (Campion & Langdon, 2004; Rodondi et al., 2009), ist die Formulierung von so genannten *door knob concerns*, also ganz neuer Anliegen in der Phase der Gesprächsbeendigung, trotz ihrer häufiger Erwähnung selten (West, 2006). Dies deutet auf die gemeinsame Orientierung von Arzt und Patient an der Beendigung des Gesprächs hin, kann aber bisweilen auch dadurch bedingt sein, dass ärztliche Fragen nach zusätzlichen Patientenanliegen häufig so gestaltet sind, dass sie eine nein-Antwort präferieren, wie Robinson (2001b) feststellt.

Die Studien von Park (2013) sowie White (2015) stellen heraus, wie Ärzt/innen leibliche Ressourcen verwenden, um patientenseitige Ausführungen während der Vorbeendigung im Sinne eines *opening-up closing* zu befördern oder diese zu verhindern. Verbale und nonverbale ärztliche Handlungen können dabei hinsichtlich der Fortgeschrittenheit des Gesprächs asynchron verlaufen: White (2015, S. 180 ff.) beschreibt ein Fallbeispiel, in dem ein Chirurg im OP-Aufklärungsgespräch einer Patientin mittels verbalem Rückmeldeverhalten sowie stetem Blickkontakt aktiv zuhört, zugleich aber bereits sein Notebook schließt und so den nahenden Abschluss des Gesprächs signalisiert. Verbal abrupt anmutende Gesprächsbeendigungen sind so durch die Berücksichtigung multimodaler Signale eines projizierten *disengagements* als gemeinsame Hervorbringung nachvollziehbar.

5.3 Zusammenfassung

Das Kapitel hat zweierlei Perspektiven auf die vorliegenden HIV-Sprechstunden sowie die in der medizinischen Gesprächsanalyse vielfach untersuchten akutmedizinischen Erstgespräche angesetzt: Zum einen sollte ein Überblick über das Gesamtereignis APG in seinen spezifischen Gesprächszwecken, Aktivitätencharakte-

ristika und Abfolgestrukturen gegeben werden. HIV-Sprechstunden sind im Unterschied zu akutmedizinischen APG Routinekontrollgespräche mit chronisch erkrankten Patient/innen und weisen Charakteristika von *well visits* (Routinekontrollgespräche mit klinisch Gesunden) auf. Bei Vorliegen patientenseitiger Beschwerden können sie umgekehrt medizinischen Erstgesprächen ähneln. Zum anderen wurde eine Vergleichsperspektive zwischen den HIV-Routinesprechstunden und allgemein- oder fachmedizinischen Akutgesprächen angesetzt, um sprachlich-interaktive Phänomene in Aktivitäten von Ersteren vor dem Hintergrund zahlreicher gesprächsanalytischer Arbeiten zu Zweiteren interpretieren zu können. Es wurde deutlich, dass obligatorische Aktivitäten akutmedizinischer APG (v. a. die Beschwerdenexploration und -interpretation) in HIV-Sprechstunden z. T. optional sind oder/und differenten Abfolgeregularitäten unterliegen. Die obligatorischen Routineaktivitäten ‚Blutwerte mitteilen‘, ‚Wiegen‘ und ‚Blutdruck messen‘ können aber in typisch akutmedizinische Aktivitäten münden oder in sie eingebettet sein. Neben der Rekapitulierung zentraler gesprächsanalytische Erkenntnisse zu allen Aktivitäten akutmedizinischer Erstgespräche und ein in-Bezug-Setzen mit sprachlich-interaktiven Phänomenen der HIV-Sprechstunde gab das Kapitel eine Vorschau auf die empirischen Schwerpunktbereiche dieser Arbeit.

6 Eröffnungssequenzen

Ich komm', sie fragt „Wie geht's?“ und: „Ist alles gut?“ Und da hab' ich gesagt: „Ja, ist alles in Ordnung.“ (Patient F-1807 im Interview).

Die besondere Bedeutung, die die Eröffnungsphase eines APG für die nachfolgende Bewältigung interaktionstypischer Aktivitäten hat, wird von Spranz-Fogasy (2010) folgendermaßen herausgestellt:

Mit der expliziten oder impliziten Aufforderung zur Beschwerdenschilderung wird der Interaktionstyp Arzt-Patient-Gespräch initiiert und der folgenden Interaktion damit ein Orientierungsrahmen gegeben, der das Verstehen bei der Durchführung der konstitutionslogisch geforderten Aufgaben anleitet: bei der Darstellung einschlägiger Sachverhalte, beim Vollzug typischer Aktivitäten oder bei der Wahrung der besonderen Beziehungskonstellation. Sequenzorganisatorisch wird vom Arzt durch die Aufforderung zur Beschwerdenschilderung ein Prozess in Gang gesetzt, den dieser bis zu seinem Abschluss (in der Regel durch die Mitteilung der Diagnose) kontrolliert, und der ihm bis dahin Rechte auf Reparatur- und Expansionsanforderungen verschafft, die im ärztlichen Gespräch vor allem im Frage-Antwort-Muster realisiert werden (Spranz-Fogasy, 2010, S. 12).

Die ärztliche Eröffnungsinitiative bietet also eine erste Orientierungshilfe für Patient/innen und dient als Verstehensgrundlage bei der Bearbeitung der nachfolgenden, interaktionslogisch aufeinander aufbauenden Aktivitäten ‚Beschwerdenexploration und -interpretation‘ und ‚Therapieplanung‘. Sie ist so die erste Gesprächshandlung, durch die die Institution und der medizinische Interaktionstyp (re)konstruiert werden, was sich u.a. in einer Orientierung an medizinischen Problemen und ärztlichen Handlungsaufträgen wie „Was haben Sie für Probleme“ oder „Was kann ich für Sie tun?“ widerspiegelt.

Die Aspekte medizinisch relevanter Befindensdimensionen, die Ärzt/innen zum Einstieg in die meisten akutmedizinischen Gespräche mittels unterschiedlicher Praktiken von Eröffnungsinitiativen relevant setzen, entsprechen im optimalen Fall den patientenseitigen Gründen für das Aufsuchen der ärztlichen Sprechstunde. Im Antwortbeitrag der Patient/innen wird die Darstellung medizinischer Probleme gefordert; diese ist in vielen akutmedizinischen APG konstitutiver Bestandteil der Eröffnungsphase. Die Aufgabe der Patient/innen besteht dementsprechend darin, medizinische Anliegen zu präsentieren, und zwar so, dass diese durch Ärzt/innen als ausreichende Erscheinensgründe legitimiert bzw. als „*doctorable*“ (Heritage & Robinson, 2006a, S. 58) wahrgenommen werden.

Im Gegensatz zu akutmedizinischen APG erfolgen die HIV-Sprechstunden sowie ihre obligatorischen Aktivitäten nicht aufgrund akuter körperlicher Beschwerden; die Gespräche finden unabhängig von dem Befinden der Patient/innen in regelmäßigem Turnus statt. Dass die Eröffnungsphase der untersuchten Gespräche – ärztliche Eröffnungsinitiativen und darauf folgende patientenseitige Gesprächsbeiträge – dennoch oder gerade deswegen ein reichhaltiger Analysegegenstand sein

könnte, wurde mir während meines Feldforschungsaufenthalts in der untersuchten Einrichtung bewusst, in dessen Verlauf ich bei Gesprächen zunächst hospitierte. Mir fiel auf, dass viele Patient/innen auf eine ärztliche Befindensfrage hin emphatisch ihr Wohlbefinden bekundeten und häufig keinerlei Beschwerden schilderten. Ich brachte dies vor allem mit dem medizinischen Zustand der Patient/innen – der weitgehenden Symptommfreiheit von HIV – in Verbindung sowie mit dem therapeutischen Ziel der ambulanten HIV-Behandlung, das Virus bei möglichst nebenwirkungsfreier ARV-Dauermedikation unter der Nachweisgrenze zu halten (siehe Kap. 7). Für die genauere Analyse der Gesprächseröffnungen stellte sich für mich folglich die Frage, welchen interaktiven „Boden“ Arzt und Patient bei einer solchen Eröffnung der Gespräche denn eigentlich betreten. Wenn Fragen nach dem Wohlbefinden zu Beginn der HIV-Sprechstunde geäußert werden (was sich dann auch in der Analyse des erhobenen Gesprächskorpus als systematisch zutreffend herausstellte), welche Bedeutung haben diese und die Antworten der Patient/innen für den weiteren Gesprächsverlauf?

Das vorliegende Kapitel ist folgendermaßen gegliedert: Zunächst soll der Untersuchungsgegenstand der Gesprächseröffnungen in APG dargelegt werden. Im Mittelpunkt des Forschungsüberblicks (Kap. 6.1) stehen die formale Gestaltung der ärztlichen Eröffnungsinitiative, ihre inhaltlichen Schwerpunkte sowie ihr sich hieraus ergebender Handlungscharakter. Die Befundlage zu Strukturen und Inhalten patientenseitiger Anliegenformulierungen und Problempräsentationen runden den Forschungsüberblick ab. Die Analyseergebnisse zu Eröffnungssequenzen in den untersuchten HIV-Sprechstunden werden in Kapitel 6.2 dargelegt und in Kapitel 6.3 zusammengefasst und diskutiert.

6.1 Eröffnungssequenzen in Arzt/Patient-Gesprächen

6.1.1 Ärztliche Eröffnungsinitiativen

Sprachlich-interaktive Praktiken ärztlicher Eröffnungsinitiativen wurden sowohl im angloamerikanischen als auch deutschsprachigen Raum seit den 1980er Jahren mit Methoden der Gesprächsanalyse untersucht. Nowaks Metastudie (2010) zu gesprächsanalytischen Studien über (meist akutmedizinische) APG im deutschsprachigen Raum bündelt wiederkehrende Aktivitäten zu *Gesprächskomponenten* und fokussiert auch die Gesprächsanfänge. Aus den verwendeten Primärstudien synthetisiert der Autor *Gesprächseröffnung* und *Eröffnungsinitiative* als zwei unterschiedliche gesprächseinleitende Gesprächskomponenten, die beide zusammen die Eröffnungsphase eines APG konstituieren. Die folgende Abbildung gibt einen Überblick über die beiden initialen Gesprächskomponenten in Nowaks Systematik:



Abbildung 8: Gesprächseröffnendes ärztliches Handeln: Gesprächseröffnung und Eröffnungsinitiative (Nowak, 2010, S. 231)

Die Abbildung zeigt, dass die beiden Komponenten der Eröffnungsphase aus verschiedenen Subkomponenten zusammengesetzt sind. Diese sind zunächst nicht spezifisch für medizinische Interaktionssituationen: Wie auch in alltäglichen *face-to-face*-Gesprächen wird der Einstieg in APG durch Grußformeln, körperliche Begrüßungsroutinen wie Händeschütteln, und bisweilen den Austausch von Höflichkeiten gestaltet (Auer, 2017b). Auch beim Zusammentreffen von Ärzt/innen und Patient/innen in der HIV-Ambulanz konnte ich beobachten (wenn auch nicht immer audiotekhnisch dokumentieren), dass zwischen der Begrüßung des Patienten und dem „offiziellen“ Gesprächsbeginn häufig zunächst Vorgespräche (u.a. auch mit Pfleger/innen und Kolleg/innen) geführt und Präliminarien wie das Heraussuchen der Patientenakte erledigt werden. Die Räumlichkeiten der untersuchten HIV-Ambulanz machen es zudem bisweilen notwendig, dass die Ärzt/innen die Patien/innen aus dem Wartebereich abholen und beide Interagierende den Weg zum Sprechstundenraum gemeinsam zurücklegen (siehe Kap. 4.1), mit der Folge, dass der Eintritt in die fokussierte Interaktion und auch Vorgespräche bereits dort stattfinden,⁹¹ bevor die eigentliche medizinische Sprechstunde eröffnet wird. Der Übergang zwischen eröffnenden/vorbereitenden Begrüßungen, Vorgesprächen, diversen nonverbalen Aktivitäten (Plätze einnehmen, Patientenakte heraussuchen...) und der Eröffnungsinitiative wird durch den Arzt/die Ärztin häufig verbal markiert, etwa durch Adressierungen und/oder Informationsstrukt-

⁹¹ In der Phase der Datenerhebung wurden die Patient/innen häufig auf dem Weg vom Wartebereich ins Sprechstundenzimmer um ihr Einverständnis zur Aufnahme des Gesprächs gebeten.

rierer⁹² („So, Herr Müller“) und Bestätigungssignale oder Schweigen patientenseitig, um die gemeinsame Aufmerksamkeitsfokussierung bzw. gemeinsame Bereitschaft zum Eintritt ins Kerngespräch füreinander zu verdeutlichen (siehe auch Spranz-Fogasy, 1987).⁹³

Die Nowak'sche Systematik zeigt, dass die Eröffnungsinitiative ebenfalls als eine Art Sammelbezeichnung für unterschiedliche – nach Nowaks Daten ausschließlich ärztliche – Gesprächshandlungen anzusehen ist; sie soll auch im Folgenden im Sinne der obigen Terminologie verwendet und als Überbegriff für verschiedene Handlungen und Praktiken der Eröffnungsinitiierung zu Beginn der HIV-Sprechstunde dienen. Die Eröffnungsinitiative, etwa eine Eröffnungsfrage oder Erzählaufforderung (siehe Abb. 8), ist dann zugleich die Gesprächseröffnung in Bezug auf das medizinisch-institutionelle Kerngespräch.

Eine frühe gesprächsanalytische Arbeit zu Alternativen ärztlicher Gesprächseröffnungen ist Spranz-Fogasy (1987). Der Autor identifiziert aus einem Korpus akutmedizinischer Erstgesprächen folgendes Spektrum von Eröffnungsinitiativen:⁹⁴

Typen von Eröffnungszügen	Beispiele
▪ Entscheidungsfrage	„Sie kommen wegen Ihrer Kreuzbeschwerden?“
▪ Offene Frage	„Was kann ich für Sie tun?“
▪ Rituell-offene Frage	„Wie geht es Ihnen?“
▪ Inhaltliche Frage	„Was haben Sie für Beschwerden?“
▪ Offene Aufforderung	„Nun erzählen Sie mal.“
▪ Inhaltliche Aufforderung	„Erzählen Sie mal, warum Sie hier sind.“
▪ Implizite Aufforderung	„Na, Herr Müller?“
▪ Sich-zur-Verfügung stellen	

Tabelle 4: Eröffnungsinitiativen im allgemeinmedizinischen APG (Spranz-Fogasy, 1987, S. 300)

⁹² Blühdorn, Foolen & Loureda (2017, S. 24) beschreiben *Informationsstrukturierer* als eine Hauptklasse der *Diskursmarker*, die rede- und gesprächsstrukturierende Funktionen haben und dazu dienen, den Informationsfluss im Gespräch zu steuern.

⁹³ Spranz-Fogasy (1987) schildert einen Fall, der die Relevanz der eindeutigen Markierung dieser verschiedenen Aktivitäten verdeutlicht: Die Eröffnungsinitiative wird hier mitten in vorbereitenden ärztlichen Handlungen gestellt, was zu deutlichen Irritationen seitens der Patientin führt. Hier misslingt die inter- sowie intrapersonale zeitliche Abstimmung von der Beendigung von Präliminarien zur Eröffnung des Kerngesprächs.

⁹⁴ Spranz-Fogasy (1987) spricht von *Eröffnungszügen*; ich habe diese Bezeichnung für die Tabelle übernommen.

Wie man der Tabelle entnehmen kann, liegen der Differenzierung der identifizierten Eröffnungsinitiativen mehrere Systematisierungskriterien zu Grunde: Der Autor kategorisiert sie zum einen nach ihrer syntaktischen Form (Frage- vs. Deklarativformate), nach ihrem pragmatischen Handlungscharakter (Frage vs. Aufforderung) sowie nach ihrer inhaltlichen Ausrichtung (offene vs. inhaltliche Aufforderung). Nach Spranz-Fogasy prägen diese Dimensionen zusammen das individuelle Handlungspotenzial der jeweiligen Eröffnungsinitiative und eröffnen Patient/innen auf diese Weise unterschiedliche Räume für ihre Beschwerdendarstellung.

Nowak (2010) differenziert ebenfalls zunächst unterschiedliche Praktiken von Eröffnungsinitiativen, bündelt diese, einer Einteilung Spranz-Fogasys (2005) folgend, zu Handlungsprofilen mit den Bezeichnungen ‚Eröffnungsfrage‘, ‚Erzählaufforderung‘ sowie ‚Sich zur Verfügung stellen‘ und differenziert diese dann nach formalen und inhaltlichen Aspekten weiter aus (siehe Abb. 9):

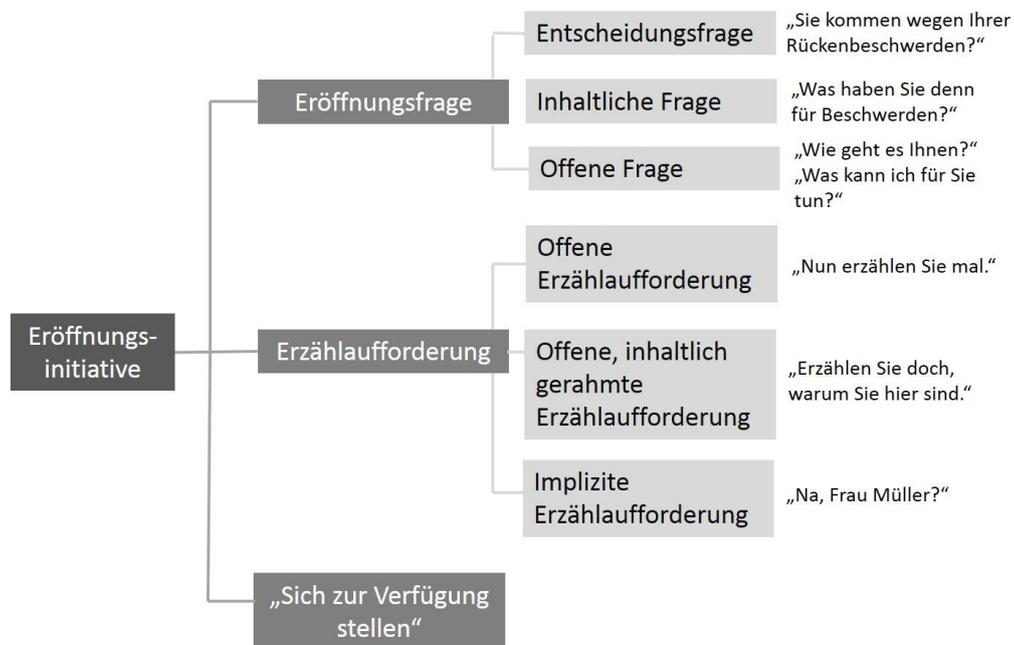


Abbildung 9: Überblick zur Eröffnungsinitiative: Handlungstypen und Realisationsformate (nach Nowak 2010, S. 244)⁹⁵

Nowaks Systematik legt nahe, dass Eröffnungsfragen im ärztlichen Gespräch in Bezug auf ihre Offenheit als eine relevante Dimension stark variieren können und auf diese Weise unterschiedliche Antwortaktivitäten relevant setzen: Während die Entscheidungsfrage – die in obiger Abbildung im Deklarativsatzformat gestellt wird – inhaltlich bereits auf spezifische Beschwerden ausgerichtet ist und auf diese Weise den Antwortraum von Patient/innen möglicherweise beschränkt, er-

⁹⁵ Die Originalabbildung (Nowak, 2010, S. 244) ist in Abb. 9 durch Beispiele zu den Fragetypen angereichert, die Nowak anführt, und die aus Spranz-Fogasy (2005) entnommen sind.

öffnen die inhaltlichen und offenen Fragen einen größeren responsiven Raum für patientenseitige Erläuterungen und Beschwerdenberichte; dies gilt ebenfalls für offene Erzählaufforderungen und implizite Eröffnungsinitiativen wie Adressierungen (Spranz-Fogasy, 1987) oder rein nonverbal realisierte Eröffnungsformate, etwa eine Blickzuwendung („sich zur Verfügung stellen“ in Abb. 9 sowie bei Spranz-Fogasy, 1987).⁹⁶ Eng verknüpft mit der formalen Fragegestaltung spiegelt sich auf inhaltlicher Ebene wider, ob Ärzt/innen in der Eröffnungsinitiative ausschließlich Aspekte der *disease* von Patient/innen relevant setzen und damit gemäß biomedizinischer Gesprächspläne vorgehen oder ob Patient/innen interaktiven Spielraum erhalten, um ihre *illness* als wahrgenommener Zustand einer im alltäglichen Leben auftretenden Diskontinuität auch mit Bezug auf Krankheitserleben und -umstände schildern zu können.

Die Untersuchungen weisen insgesamt eine große Bandbreite in Bezug auf medizinische Settings (ärztliche Praxen unterschiedlicher Fachrichtung) im deutschsprachigen Raum auf, allerdings sind sie hinsichtlich der untersuchten Gesprächstypen vor allem auf akutmedizinische Erstgespräche beschränkt. Nachfolgespräche und Routinekontrollgespräche sind kaum in den zugrunde liegenden Datenkorpora vertreten und wurden dementsprechend nicht systematisch mit einbezogen. Die Systematisierungen von Spranz-Fogasy und Nowak zeichnen sich durch die Berücksichtigung sprachlicher Verfahren aus; die Kategorisierung ärztlicher Eröffnungszüge erfolgt primär nach sprachlichen und inhaltlichen Merkmalen wie Satztyp und inhaltlichem Fragefokus. Hieraus ergibt sich allerdings zugleich die Problematik, dass eine direkte Ableitung von Funktionen aus der linguistischen Form von Eröffnungsinitiative suggeriert wird, ohne dass zunächst die interaktive Bearbeitung einer jeweiligen Eröffnungsinitiative durch den Gesprächspartner mitberücksichtigt wird. Die mehr oder weniger implizit normative Gleichung ‚offene Eröffnungsinitiativen = mehr Raum für Beschwerdendarstellungen‘ riskiert, spezifische kontextuelle Einbettungen zu vernachlässigen und die responsiven Aktivitäten von Patient/innen (siehe Kap. 6.1.2) als ausschließlich durch die Eröffnungsinitiative determiniert anzusehen.

6.1.1.1 *Die Kontextualisierung des medizinischen Interaktionstyps durch die Eröffnungsinitiative*

Ein Vergleich von (Meta-)Studien der (Angewandten) Gesprächsanalyse aus dem deutschsprachigen Raum in Nowak (2010) mit identifizierten Eröffnungsinitiativen in anglo-amerikanischen Studien der soziologischen KA zeigt, dass sie sich nicht grundsätzlich unterscheiden. Die oben zitierten gesprächslinguistischen Arbeiten zeichnen sich jedoch durch differente Systematisierungen der identifizier-

⁹⁶ Dass die Offenheit der Eröffnungsfrage tatsächlich auf die (Länge der) Patientenantwort wirkt, haben Heritage & Robinson (2006a) gezeigt.

ten Eröffnungsinitiativen nach eher formalen und inhaltlich-pragmatischen vs. nach handlungsbezogenen Aspekten der identifizierten Praktiken aus. Die Systematisierung von Eröffnungsinitiativen in den Arbeiten von Heath (1981), Heritage & Robinson (2006a), Robinson (2006), Gafaranga & Britten (2003) u. a. erfolgte vor allem rezipientenbezogen: Die Autor/innen stellen die gemeinsame Orientierung beider Interagierenden an der Ko-Konstruktion einer spezifischen Gesprächshandlung mittels unterschiedlicher Eröffnungszüge und patientenseitiger Antworten heraus. Durchweg wird die insgesamt herausragende Bedeutung der Eröffnungsphase eines APG betont: „The accomplishment of an opening sequence establishes the status and business of the consultation and so is crucial to the encounter.“ (Webb et al., 2013, S. 81)

Der Einsatz verschiedener ärztlicher Eröffnungsinitiativen ist nach Beobachtungen Heaths (1981) sowie Gafaranga & Britten (2003) vor allem dadurch bestimmt, welcher Gesprächstyp vorliegt, hier spezifisch: ob ein Erstgespräch oder ein Nachfolgespräch geführt wird: Diese Information entnehmen die Ärzt/innen aus Heaths Studie vor allem aus der Patientenakte, was die Bedeutung dieser „bureaucratic and anonymous collection of information concerning the organisationally relevant lives of individuals“ (Heath, 1981, S. 71) für das Prinzip des Adressatenzuschnitts ärztlicher Eröffnungsinitiativen verdeutlicht. Gafaranga & Britten fassen die interaktionstypspezifische Eröffnung ärztlicher Gespräche als *selection rule*, die aber nicht deterministisch als *a priori* geltende Beschränkung zu verstehen sei, sondern als gemeinsame und situative Hervorbringung: „Participants jointly establish *in situ* whether they are follow-up consulting or whether they are seeing each other for a new problem.“ (ebd. S. 243)⁹⁷ Dass Eröffnungsinitiativen den Grund für das Aufsuchen der Sprechstunde kontextualisieren und auf diese Weise verschiedene *actions* ausführen, stellt auch Robinson (2006, S. 23) für die drei Gesprächstypen ‚Erstgespräch‘, ‚Nachfolgespräch‘ und ‚Routinegespräch‘ heraus und abstrahiert – abgeleitet von konkreten Realisationsformen⁹⁸ – drei Handlungstypen von Eröffnungsfragen: 1) ‚*What can I do for you?*‘, 2) ‚*How are you (feeling)?*‘ und 3) ‚*What’s new?*‘. Robinson argumentiert, dass auch wenn alle drei Fragetypen zunächst als offene Fragen kategorisiert werden können (im Gegensatz zu etwa ‚*Is your leg better?*‘), dies noch nicht ausreicht, um ihren Handlungscharakter zu fassen: „they can communicate different things and thus be understood, and responded to, differently by patients“ (ebd., S. 23). Ärzt/innen orientierten sich mittels der Wahl eines der Fragetypen an mindestens drei unterschiedlichen Gründen, aus denen Patient/innen die ärztliche Sprechstunde aufsuchen: Relativ neue Beschwerden, die in der vorliegenden Ein-

⁹⁷ Gafaranga & Britten (2003) untersuchen die Eröffnungsinitiativen in 62 akutmedizinischen Erst- und Nachfolgesprächen mit insgesamt 20 Allgemeinmediziner/innen.

⁹⁸ Robinsons Untersuchung liegt ein Datenkorpus von 182 allgemeinmedizinischen Gesprächen zugrunde.

richtung zum ersten Mal präsentiert werden, *follow-up*-Beschwerden, die zur Überprüfung ihrer Besserung in einem Nachfolgespräch bearbeitet werden, und chronische Beschwerden, die im Rahmen eines Routinetermins behandelt werden (Robinson, 2006, S. 23). Eröffnungsinitiativen in Routinekontrollgesprächen mit als medizinisch gesund geltenden Patient/innen (*well visits* nach Heritage & Clayman, 2010), beispielsweise bei Zahnärzt/innen, wurden in keiner der bisher genannten Studien systematisch analysiert. Die Untersuchung der Eröffnungssequenzen der HIV-Routinesprechstunden dagegen wird zeigen, dass ein Großteil der Gespräche bereits in dieser orientierenden Phase als Routinekontrollgespräche oder *well visits* durch den Arzt konstruiert oder durch beide Interagierende konstruiert werden (siehe Kap. 6.2.1).

Robinson zufolge sind in *Erstgesprächen* bei Allgemeinärzt/innen vor allem Fragen vom Typ ‚*What can I do for you today?*‘ oder ‚*What’s the problem?*‘ die Regel. Diese kommunizieren zum einen Nichtwissen des Arztes über die patientenseitigen Beschwerden und instantiieren zum anderen medizinische Institutionalität dadurch, dass ein Grund für das Gespräch vorausgesetzt wird. Solche Eröffnungsinitiativen stellen den Dienstleistungscharakter der Arzttätigkeit in den Vordergrund (Spranz-Fogasy, 1987) und fordern zugleich, *dass* es eben etwas zu tun gibt, dass also der Patient oder die Patientin im nachfolgenden Gesprächsbeitrag eine Beschwerde formuliert, die *doctorable* – also medizinisch relevant – ist und so einen Ausgangspunkt für die nachfolgende Beschwerdenexploration darstellen kann (Heritage & Robinson, 2006b). Solche problemorientierten Gesprächseröffnungen finden sich natürlich auch abseits akutmedizinischer Erstgespräche: Wenn z. B. Patient/innen mit chronischen Erkrankungen einen zusätzlichen Sprechstundentermin abseits des üblichen Turnus aufsuchen, wird mittels Eröffnungssequenz i. d. R. ein *problem-purpose encounter* (Webb et al., 2013, S. 80) initiiert und ein vom Routinegespräch abweichender Pfad nachfolgender Aktivitäten eingeleitet. Auch für die vorliegenden HIV-Sprechstunden wurden offene und eher geschlossene problemfokussierte Eröffnungsfragen identifiziert (siehe Kap. 6.2.2): Wie bei akutmedizinischen Erstgesprächen projiziert hier die problemorientierte Eröffnungssequenz ausgehend von einer problemfokussierten ärztlichen Eröffnungsfrage entsprechende interaktionslogisch folgenden Aktivitäten wie die Exploration der Beschwerden, mit potenzieller Reichweite bis zum Ende des Gesprächs.

Neben diesen inhaltlich offenen problemorientierten Eröffnungsfragen finden sich in (akutmedizinischen) Erstgesprächen ärztliche Fragen, in denen bereits ein konkretes medizinisches Problem als Grund des Erscheinens zugeschrieben wird. Fragen wie ‚*It’s your left leg that’s bothering you?*‘ oder ‚*Sore throat, huh?*‘ (Robinson & Heritage, 2005) zeichnen sich formal durch ein V1- oder Deklarativsatzformat aus und setzen die patientenseitige Bestätigung der in der Frage kom-

munizierten Vorannahmen des Arztes über das Problem des Patienten relevant. Nach Robinson & Heritage (2005) kommen solche Fragen in rund einem Fünftel der Gespräche in allgemeinmedizinischen Praxen vor. Institutionsorganisatorische Bedingungen in medizinischen Ambulanzen und Kliniken bedingen hier, dass die Gespräche zwischen Arzt und Patient geprägt sind durch vorausgehende Gespräche zwischen Ärzt/innen und Arzthelfer/innen oder Krankenpfleger/innen sowie durch schriftliche Dokumentationen, mit der Folge, dass Ärzt/innen bereits vor der Eröffnungssequenz „wissend“ sind über das patientenseitige Anliegen. Heritage & Robinson (2006a) argumentieren, dass ebenjenes Vorwissen des Arztes für beide Interagierenden gleichermaßen zur interaktiven Herausforderung werde: Zum einen müssen Ärzt/innen entscheiden, wie viel Wissen sie über das Anliegen des Patienten bei der Erfragung desselben kommunizieren können ohne einen inadäquat hohen epistemischen Status in Bezug auf fremde Wissensterritorien zu zeigen und ohne der konversationellen Maxime zuwider zu laufen, bereits bekannte Informationen zu erfragen. Zum anderen müssen Patient/innen bei der Gestaltung ihrer Problempräsentation entscheiden, welche Informationen für den Arzt /die Ärztin wiederholt werden sollten und welche nicht.

Robinson & Heritage (2006) stellen fest, dass die Gestaltung der Eröffnungsfrage für die Zufriedenheit der Patienten entscheidend ist und dass vor allem ihre Offenheit mit der wahrgenommenen Beziehungsqualität korreliert: Inhaltlich sowie gesprächsorganisatorisch geschlossene Fragen wie z. B. „*Sore throat, huh?*“ korrelierten mit kritischen patientenseitigen Evaluationen des ärztlichen Gesprächsverhaltens, während formal und inhaltlich offene Aufforderungen oder Fragen wie „*Tell me what's going on?*“ mit positiven Evaluationen einhergingen (ebd., S. 279). Der Befund ist nicht überraschend angesichts der Tatsache, dass die Eröffnungsphase des Gesprächs für Patient/innen oftmals die einzige Möglichkeit bietet, ihre Anliegen auf ihre eigene Weise und nach individuellen Relevanzen zu schildern, bevor die Aktivität der Beschwerdenexploration und -interpretation maßgeblich durch Initiativen der Ärzt/innen geprägt ist.

Ärztliche Eröffnungsinitiativen in akutmedizinischen *Nachfolgesprächen* sind i. d. R. systematisch auf ein dem Arzt/der Ärztin bekanntes medizinisches Problem fokussiert, aufgrund dessen die Patientin/der Patient die Sprechstunde zu einem früheren Zeitpunkt aufgesucht hat. Das Aktualisieren dieses Problems in der Eröffnungssequenz muss – im Gegensatz zu problemfokussierten, geschlossenen Fragen in Erstgesprächen – nicht mittels expliziter Referenz, sondern kann auch indirekt durch Verweise auf das gemeinsame interaktionsbiographische Wissen erfolgen. Dementsprechend werden in Nachfolgesprächen anliegensfokussierte Fragen mit engem Fragefokus wie: „Sie kommen wegen Ihrer Rückenschmerzen?“ (siehe Abb. 9) genauso als Eröffnungsinitiative eingesetzt wie offenerere Frageformate vom Typ „*How is it?*“. Ärzt/innen explizieren also entweder

Wissen über eine spezifische patientenseitige Beschwerde bzw. ein Anliegen oder sie verweisen verbaldeiktisch auf ebenjenes *common ground* eines vorangegangenen Gesprächs. Im Unterschied zu akutmedizinischen Erstgesprächen spiegeln solche Eröffnungsinitiativen in Nachfolgesprächen auch, dass das Aufsuchen der Sprechstunde einer inhärenten Legitimation folgt.

Ebenfalls spezifisch für Nachfolgespräche ist das inhaltlich offene Format ‚*How are you feeling?*‘. Letzteres wird, wie Robinson (2006) argumentiert, als biomedizinisch fokussierte Elizitation einer Befindensevaluation auch in alltäglichen Gesprächen eingesetzt und fordert in ärztlichen Interaktionen – genau wie obige *follow-up*-Formate – eine Wissensaktualisierung⁹⁹ über einen implizierten, aber konkreten medizinischen Sachverhalt in Form einer (vergleichenden) Evaluierung (etwa: ‚*Better.*‘). Robinson weist darauf hin, dass die rituell-offene Befindensfrage ‚*How are you (doing)?*‘ trotz lexikalischer und grammatikalischer Ähnlichkeiten mit ‚*How are you feeling?*‘ ein hierzu deutlich abweichendes Handlungsprofil aufweise: Während erstere als rituelle Befindensfrage meist indifferent-positive Antworten zum allgemeinen Befinden zur Folge habe (siehe dazu Kap. 6.1.1.2), sei ‚*How are you feeling?*‘ in medizinischen wie auch in alltäglichen Gesprächen auf die Elizitierung von Evaluierungen biomedizinischer oder psychologischer Befindensbereiche ausgerichtet.

Eröffnungsinitiativen, die das APG als *Routinekontrollgespräch* mit spezifischen, auf chronische Beschwerden ausgerichtete Gesprächsaufgaben kontextualisieren, dokumentieren laut Robinson (2006) eine doppelte ärztliche Orientierung: Zum einen verwiesen Eröffnungsfragen vom Typ ‚*What’s new?*‘ implizit darauf, dass es auch etwas ‚Altes‘, d. h. bereits bestehende Beschwerden gebe. Durch den explizierten Fragefokus auf Neuigkeiten – bzw. genauer: auf neue Beschwerden – wird zum anderen zwischen alten und neuen Beschwerden differenziert; Patient/innen wird zugleich die Möglichkeit gegeben, neue Beschwerden zu thematisieren. Explizit geschieht dies auch in Alternativfragen wie ‚*So this is your routine check or any problems?*‘, z. B. in optometrischen Sprechstunden (Webb et al., 2013, S. 72). Heritage & Robinson (2006a) stellen fest, dass je nach Formulierung einer solchen Eröffnungsinitiative unterschiedliche Präferenzstrukturen erkennbar sind: Während Fragen wie ‚*What’s new?*‘ das Vorhandensein neuer medizinischer Anliegen quasi unterstellen und Patient/innen so die initiale Beschwerdenschilderung erleichtern, präferieren Eröffnungsfragen mit dem Indefinitpronomen ‚anything‘ (‚*Anything new?*‘) eine verneinte Antwort; die Angabe von Beschwerden erfordert erhöhten responsiven Aufwand. Salient sind in Eröffnungsinitiativen, die Routinegespräche kontextualisieren, also gleichermaßen ein

⁹⁹ Ich verwende den Begriff der (Wissens-)Aktualisierung im Sinne von: etwas „durch bestimmte sprachliche und nichtsprachliche Darstellungsmittel (z. B. narratives Präsens) aktiv gestaltend *vergegenwärtigen* [Hervorhebung im Original, A. G.]“ (Stukenbrock, 2015, S. 77).

problemorientierter Gesprächspfad für akute Probleme als auch ein routineorientierter Pfad für die bekannten chronischen Beschwerden.

Bei der Analyse optometrischer Routinesprechstunden stellen Webb et al. (2013) fest, dass sich eine solche doppelte Orientierung zwischen Problemschilderung und Beibehaltung der Routine auch in den Patientenantworten fortführt, wenn Ärzt/innen das aktuelle Gespräch in ihrer Eröffnungsfrage als Routinegespräch kontextualisieren: Obgleich in solchen Fragen vom Typ „*Anything new?*“ die Möglichkeit neuer Probleme in Betracht gezogen wird, bestätigen Patient/innen nicht direkt ihre Existenz, sondern präsentieren Beschwerden verzögert und in abschwächender oder normalisierender Weise und behalten so die Möglichkeit des Routineablaufs bei. Wie in der nachfolgenden Analyse der vorliegenden Eröffnungssequenzen deutlich werden wird, gestalten HIV-Patient/innen ihre Beschwerdenäußerungen bisweilen ebenfalls so, dass der Arzt/die Ärztin das Gespräch dennoch als Routinekontrollgespräch fortführen kann: Mittels Nennung und gleichzeitiger Bagatellisierung der Beschwerden etablieren Patient/innen beide Möglichkeiten der Gesprächsführung und weisen so die Verantwortung für die Wahl des einen oder anderen Gesprächspfads dem Arzt/der Ärztin zu (siehe Kap. 6.2.1.3).

Die Eröffnung eines medizinischen Gesprächs gilt als vulnerable Gesprächsphase insofern, als sich unterschiedliche Praktiken der Eröffnungsinitiative als essenzieller Faktor für die wahrgenommene Funktionalität der Gesprächsführung erwiesen haben (Menz, Lalouschek & Gstettner, 2008). Dass Eröffnungsformate aus angewandter Perspektive nicht nur interaktive Spielräume für Patienten Anliegen eröffnen (sollten), sondern auch sensitiv an eine *a priori* bestehende Gesprächssituation angepasst werden müssen, zeigen Fälle, in denen die gewählte Eröffnungsinitiative durch Patient/innen nicht als adäquates Format behandelt wird:

Ausschnitt 6-1: Eröffnungsinitiative im Folgegespräch (Gafaranga & Britten, 2003, S. 245).

01 -> Doctor: Right. Okay. And what can I do for you today?
02 Patient: You-my blood test er from er my gout ((laughs))
03 Doctor: Right. Yes. Yes. Yes. Th:e uric acid is-is high
04 Patient: Is it. Yeah

Durch *today* in Zeile 01 wird deutlich, dass eine Behandlungsgeschichte besteht, der Arzt demonstriert hierdurch ein Wiedererkennen des Patienten. Zugleich leistet das Temporaladverbial eine Orientierung an aktuellen kommunikativen Zielen, über die der Arzt Nichtwissen dokumentiert. Der Patient erinnert ihn in Zeile 02 an das ausstehende Ergebnis des Bluttests: Die Selbstreparatur und das Lachen weisen bereits darauf hin, dass der Arzt über den Grund des Erscheinens infor-

miert sein müsste, worauf dieser mit wiederholten Zustimmungsmarkern reagiert und einen Befund mitteilt (Z. 03).

An den Formaten der *follow-up*-Eröffnungsfragen und noch stärker an Eröffnungsinitiativen, die das Gespräch als Routinesprechstunde einleiten, wird deutlich, dass das Wissen der Gesprächspartner/innen über die gemeinsame Interaktionsbiographie sowie über den Interaktionstyp an Bedeutung gewinnt, aber zugleich z. B. mittels pronominaler Bezugnahme auf die Beschwerden unter der Gesprächsoberfläche „verschwindet“. Vor allem in Eröffnungsinitiativen wie ‚*How is it?*‘ wird auf gemeinsames Wissen über (ehemalige) Beschwerden sowie über die relevant gesetzte Antwortaktivität als Teil des gemeinsamen interaktionstypologischen Wissens verwiesen. Dieser spezifische *common ground* kommt insbesondere dann zum Tragen, wenn eine verbalisierte ärztliche Eröffnungsinitiative fakultativ ist, wie Nowak (2010) dies für Routinesprechstunden feststellt (siehe auch Spranz-Fogasy (1987): „Sich zur Verfügung stellen“), und Patient/innen dennoch wissen, was „zu tun ist“.

6.1.1.2 Die „*Wie geht's*“-Eröffnungsfrage zwischen medizinisch-institutioneller Ausrichtung und alltäglicher Ritualität

Die vielfalls belegte Eröffnungsfrage vom Typ ‚*How are you (doing)?*‘ sowie das deutschsprachige Pendant ‚Wie geht's (Ihnen)?‘, die laut Robinson (2006) vor allem in Routinegesprächen vorkommt, stellt unter den oben aufgeführten Eröffnungsalternativen einen Sonderfall dar: Zum einen ergibt sich der für ärztliche Eröffnungsinitiativen typische Elizitierungscharakter hin zu medizinisch relevanten Wohlbefindens- bzw. vor allem Missbefindensschilderungen viel weniger deutlich aus ihrer Gestaltung, als dies bei den anderen, oben genannten Eröffnungsinitiativen der Fall ist – auch wenn sie nach Nowaks Systematik in Abbildung 9 derselben Kategorie wie die Frage ‚Was kann ich für Sie tun?‘ zugeordnet wird. Erst die medizinisch-institutionelle Einbettung bzw. eine entsprechende Orientierung der Interagierenden im sequenziellen Verlauf öffnet sie für medizinisch fokussierte Aktivitäten. Hiermit zusammenhängend interferiert sie – und das ist für die nachfolgende Analyse der Gesprächseröffnungen in der HIV-Sprechstunde essenziell – mit der aus informellen Gesprächseröffnungen bekannten rituell-offenen Befindensfrage, in deren Kontext ein allgemein-positives ‚gut‘ als Antwort nicht nur völlig ausreicht, sondern zudem die unmarkierte Variante darstellt (Garfinkel, 1967).¹⁰⁰ Sacks (1975) spricht gar davon, dass auf eine Befindensfrage in alltäglichen Interaktionen jeder lügt,¹⁰¹ denn es werden meist global-positive Antworten

¹⁰⁰ Noch mehr im englischsprachigen (vor allem USA) als im deutschsprachigen Raum gehört das (wechselseitige) Fragen nach dem Befinden zum Begrüßungsritual dazu. Auch die responsive Aktivität des Befragten ist nach Schegloff (1986) durch eine starke Präferenz hin zu einem indifferenten ‚gut‘ ritualisiert.

¹⁰¹ Dies expliziert bereits der Titel seines Aufsatzes von 1975: „Everyone has to lie“.

gegeben. Lediglich in Fällen extrem positiver oder extrem negativer Befindensevaluationen bestimmt die Befindensequenz auch den weiteren Verlauf des Gesprächs als *first topic* (Schegloff, 1986); es schließen sich beispielsweise Fragen nach den Gründen des herausragend guten oder schlechten Befindens an. Was in alltäglichen Gesprächstypen in erster Linie ein Begrüßungsritual ist (Sacks, 1975), ist in APG der erste (potenziell) institutionell relevante Handlungsschritt, der die Zielgerichtetheit ärztlicher Gespräche auf spezifische Befindenseinschränkungen – sprich: medizinisch relevante Probleme – bereits zu Beginn des Kerngesprächs konstruiert (oder nicht).

Forschungsarbeiten zu Gesprächseröffnungen in akutmedizinischen Kontexten legen tatsächlich nahe, dass die Wie-geht's-Frage als ärztliche Eröffnungsinitiative zwei mögliche Interpretations- und Handlungsrahmen eröffnet und durch Patient/innen dementsprechend unterschiedlich bearbeitet wird: Zum einen kann sie als Einstieg in die Durchführung nachfolgender institutioneller Aktivitäten (v. a. Beschwerdenexploration) fungieren, zum anderen als erster Paarteil einer informell-ritualisierten Eröffnungssequenz (Schegloff, 1986) behandelt werden. Gafaranga & Britten (2003) argumentieren, dass die doppelte Möglichkeit der Kontextualisierung der Wie-geht's-Frage zu Irritationen führen kann dadurch, dass eine unklare Aufgabenstellung (Begrüßen vs. Beschwerden schildern) vorliegt (siehe auch Spranz-Fogasy, 1987). Dass diese Handlungsambiguität aber nicht zwangsläufig zu kommunikativen Schwierigkeiten führen muss, zeigen Drew, Chatwin & Collins (2001) anhand folgenden Ausschnitts:

Ausschnitt 6-2: Doppelte Eröffnungsinitiative (nach Drew, Chatwin, & Collins, 2001, S. 61).

01 Dr: Hi Missis Moff[et,
 02 Pt: [Good morning.
 03 Dr: Good mo:rninɡ.
 04 Dr: How are you do:[inɡ
 05 Pt: [Fi:ne,
 06 (.)
 07 Dr: How are y[ou feeling.
 08 Pt: [Much (better.)
 09 Pt: I feel good.
 10 (.)
 11 Dr: Okay..so you're feeling
 a little [bit better with thuh
 13 Pt: [Mm hm,
 14 Dr: three: of thuh [Chlonadine?
 15 Pt: [Yes.

Die „*How are you doing*“- Befindensfrage (Z. 04) wird durch die Patientin (Pt) mittels allgemein-positiver Antwort als ritueller Gesprächseinstieg behandelt (Z. 05). Es folgt eine zweite Frage des Arztes (Z. 07), die durch die minimale Formulierungsmodifikation – und auch durch die Tatsache, dass nach der Minimalantwort auf die erste Frage erneut eine offene Frage mit Fokus auf das Befinden der

Patientin gestellt wird – eine klarere Orientierung am lokalen kommunikativen Ziel ‚Erfassung des gesundheitlichen Zustands der Patientin‘ erkennen lässt und so einen medizinischen Fokus projiziert, was durch die Antwortaktivität der Patientin interaktiver Konsens wird:¹⁰² *Much better. I feel good..*

Auch wenn also die erste Sequenz (Z. 04/05) hier als Teil eines alltäglichen sozialen Begrüßungsrituals erscheint, wird dieses nicht konsequent weitergeführt: Zwar wird die ritualisiert-offene Eröffnungsfrage in Zeile 04 von der Patientin minimal und positiv mit *Fi:ne* beantwortet; eine potenziell institutionsspezifische Handlungsqualität der ärztlichen Eröffnungsinitiative als Beschwerdenelizitator ist also zunächst nicht ersichtlich. Allerdings spiegelt das Ausbleiben einer Gegenfrage dennoch eine Orientierung an institutionsspezifischen Gesprächsasymmetrien (siehe Kap. 3.3.1), nämlich des ärzteseitigen Rechts, neue Sequenzen zu initiieren. Die Patientin reagiert in ihrem Antwortbeitrag sensitiv auf die Handlungsambiguität der *Wie-geht’s*-Eröffnungsfrage: Ihre Antwort zeigt eine Orientierung an informellem Sprechen, sie führt diese jedoch nicht fort, woraufhin sich beide Interagierende der institutionellen Agenda zuwenden (Z. 07); Letztere wird also nicht ausgesetzt, sondern lediglich aufgeschoben. Dieses Bild des interaktiven Changierens zwischen Institutionalität und Informalität wird in diesem Fallbeispiel durch die Tatsache verstärkt, dass die Eröffnungssequenz hier Teil eines Folgegesprächs nach einer offensichtlich erfolgreichen Behandlung ist: Eine Verbesserung des Zustands der Patientin ist medizinisch erwünscht und laut ihrer Äußerung aus Zeile 08 auch eingetreten. Bereits ihre Antwort aus Zeile 05 hätte durch den Arzt also als auf die ehemaligen Beschwerden fokussiert behandelt werden können. Klar als Teil eines Begrüßungsrituals werden *How-are-you*-Fragen dagegen in Gesprächen zwischen Apothekern und HIV-Patienten in einem südafrikanischen Kliniksetting behandelt, „rather than serving as an invitation for patients to provide information about their health“ (Watermeyer & Penn, 2009b, S. 2057).

In Spranz-Fogasy (1987) ist ein weiteres Fallbeispiel zu finden, in welchem die rituell-offene Befindensfrage – erweitert durch das Temporaladverbial ‚momentan‘ – im Erstgespräch als Eröffnungsinitiative eingesetzt wird:

Ausschnitt 6-3: rituell-offene Eröffnungsinitiative (Spranz-Fogasy, 1987, S. 297).

01 A: so 00 wie gehts denn so im moment
02 P: och im moment ganz gut nur
die luft
03: A: mhm
04: P: herr doktor ne

¹⁰² Es kann natürlich nicht geklärt werden, ob bereits die erste Frage des Arztes eine medizinisch orientierte Antwort relevant setzen sollte.

Ausgehend von der Ambiguität der Befindensfrage interpretiert Spranz-Fogasy den obigen ärztlichen Eröffnungszug als irritierend für die Patientin. Ihre Antwort sieht der Autor als widersprüchlich, da es ihr nicht gut gehen könne, wenn sie doch Beschwerden beim Atmen hat. Die Antwort der Patientin zeigt m. E. dagegen ebenfalls eine doppelte Orientierung zwischen dem Bekunden eines allgemein-positiven Befindens, die in informellen Gesprächen als Antwort auf rituelle Befindensfragen präferiert ist, und der Angabe eines spezifischen medizinischen Problems als Orientierung an institutionellen Zwecken. Die ‚gut, nur‘-Konstruktion in der Antwort, in der die Patientin ihre Beschwerde als Einschränkung eines allgemein guten Wohlbefindens darstellt, vereinbart – aus meiner Sicht widerspruchlos – die ambige Orientierung der ärztlichen Eröffnungsfrage.

Gafaranga & Britten (2003) sehen wie Spranz-Fogasy (1987) die Befindensfrage als ärztliche Eröffnungsinitiative allgemein kritisch; die Autor/innen sind weiterhin der Ansicht, dass sie die Gefahr birgt, dass ein Nachfolgegespräch automatisch auf die beim Erstgespräch geschilderten Beschwerden beschränkt wird. Umgekehrt lässt sich argumentieren, dass eben diese Eröffnungsinitiative eine Möglichkeit bietet, eine Orientierung an bereits bekannten Anliegen der Patienten zu bewahren und gleichzeitig Offenheit für weitere Anliegenäußerungen zu schaffen. Oft wird nämlich in der Gesprächseröffnung auch direkt der Grund des Erscheinens fokussiert (Gafaranga & Britten, 2003), u. a. bei Nachfolgegesprächen in der allgemeinmedizinischen Praxis (Robinson, 2006) oder auch in HIV-Routinesprechstunden. Hierdurch werden differente Erscheinungsgründe erst einmal ausgeschlossen, was den interaktionalen Aufwand für Patient/innen zur Äußerung nicht-fokussierter Anliegen zunächst erhöht.

Gafaranga & Britten (2003) gehen im Unterschied zu Robinson (2006) davon aus, dass die Befindensfrage vor dem Hintergrund einer *voice of medicine* immer als Beschwerdenelizitator eingesetzt wird, die Patienten dagegen bisweilen als Teil des Begrüßungsrituals, also als *voice of the lifeworld* (Mishler 1984) missinterpretieren. Die Autor/innen führen als Beleg das einsilbige Rückmeldeverhalten des Arztes auf lebensweltlich geprägte Ausführungen von Patienten an, was jedoch m. E. nicht dafür ausreicht, um den Handlungscharakter der Befindensfrage zu klären. Als Teil der Beziehungsarbeit zwischen Arzt und Patient, die sich bei Nachfolgeuntersuchungen und mehr noch bei Routinesprechstunden ja bereits kennen, ist eine zunächst alltagsinteraktional ausgerichtete Gesprächseröffnung durchaus denkbar. Gafaranga & Britten's These kann meiner Ansicht nach (wenn überhaupt) nur durch die Betrachtung des sequenziellen Kontexts empirisch untermauert werden: Folgt der Eröffnungsfrage stets eine weitere mit Fokus auf Aspekten des Befindens und fordert die Orientierung an einer institutionsspezifischen Agenda ein? Werden im nachfolgenden lokalen Gesprächsverlauf interaktionsspezifische Aktivitäten (wie in der HIV-Sprechstunde: Blutwerte mit-

teilen etc.) initiiert, die ggf. unabhängig sind von der Eröffnungsinitiative? Besitzt vielleicht eine begrüßungsähnliche Eröffnungssequenz auch mit Hinblick auf medizinische Ziele eine Funktionalität? Letzteres ist im HIV-Kontext denkbar: Die Beschwerdefreiheit der Patienten ist ein präferierter und medizinisch anzustrebender Zustand in Folge einer wirksamen antiretroviralen Therapie. Einem mit ART behandelten Patienten *darf* und *soll* es gut gehen, eine positive Befindensevaluation ist im Unterschied zu anderen medizinischen Kontexten also auch institutionell adäquat und erwünscht. Eine lang andauernde Arzt/Patient-Beziehung, z. B. im Rahmen längerer Behandlungszeiträume bei chronischen Erkrankungen wie HIV, begünstigt zudem die Möglichkeit einer an informellen Begrüßungsaktivitäten angelehnten Eröffnungssequenz. Unter Eröffnungsinitiativen der untersuchten HIV-Sprechstunden hat die Wie-geht's-Frage eine überdurchschnittliche Präsenz, und auch andere ärztliche Eröffnungsinitiativen setzen potenziell lebensweltliche Gesprächsgegenstände wie Urlaubserlebnisse und berufliche Neuigkeiten relevant (siehe Kapitel 6.2). Vor allem in wiederkehrenden Routinegesprächen zwischen chronisch kranken Patient/innen und ihren z. T. langjährig behandelnden Mediziner/innen ist denkbar, dass sich in Bezug auf die Eröffnungsinitiative Funktionsambiguitäten zeigen bzw. dass die interaktiv hergestellte Vollzugswirklichkeit – zumindest lokal – aus dem medizinisch-institutionellen Rahmen „herausfällt“.

6.1.2 Patientenseitige Beschwerdenpräsentationen und Anliegensformulierungen in der Eröffnungsphase

Obige Ergebnisse zu Eröffnungssequenzen legen nahe, dass eine „Mixtur“ an Kontextualisierungshinweisen die responsive Bearbeitung der Eröffnungsinitiative durch den/die Patienten/in prägt: Angefangen von der formalen Gestaltung (z. B. W-Ergänzungsfrage vs. Deklarativsatzfrage) sowie der inhaltlichen Ausrichtung der Eröffnungsinitiative, über ihre spezifische (gesprächs-)kontextuelle Einbettung in das medizinisch-interaktive Gesamtprojekt bis hin zu ko-konstruierten Charakteristika des medizinischen Problems (Erstauftreten vs. Routineproblem) liefern ärztliche Eröffnungsinitiativen Interpretationsfolien und Antwortvorschläge. Sie schlagen gleich von Beginn an eine spezifische Interaktionsrealität vor, zeigen ärztliche Präferenzen bezüglich der eigenen Gesprächsagenda auf und eröffnen interaktive Potenziale für die formale Gestaltung und den Inhalt der Problemdarstellungen (*problem presentation*, siehe z. B. Robinson & Heritage, 2005). Dabei sind fragetypkonforme Antworten präferiert: V1-Entscheidungsfragen fordern eine Bestätigung oder Ablehnung der vorgegebenen Antwortalternative – zumindest zu Beginn des Antwortbeitrags –, während W-Ergänzungsfragen einen (mindestens) auf die W-Dimension ausgeweiteten Antwortraum eröffnen (Spranz-Fogasy, 2010). Abgesehen von der Typkonformität patientenseitiger Ant-

worten auf ärztliche Eröffnungsfragen wirken Letztere auch auf Quantität und Qualität patientenseitiger Problemdarstellungen. In einem direkten Vergleich formal und inhaltlich offener mit geschlossenen Eröffnungsfragen fanden Heritage & Robinson (2006a), dass das linguistische Format unmittelbar mit den Verfahren der Problempräsentation durch den Patienten korreliert: Während auf V1- oder Deklarativsatz-Entscheidungsfrage kürzere, listenartige Symptommennungen folgen, schildern Patient/innen ihr(e) Problem(e) auf inhaltlich offene W-Ergänzungsfragen wie „*What can I do for you today?*“ in längeren Gesprächsbeiträgen (durchschnittlich 27,1 Sekunden vs. 11,3 Sekunden bei geschlossenen Fragen), welche zudem eine höhere Informationsdichte sowie differenziertere Problembeschreibungen enthielten.

Die Bedeutung der ärztlichen Eröffnungsinitiative für den interaktiven Spielraum der Patient/innen, ihre Beschwerden nach eigenen Relevanzen zu schildern und ggf. spezifische Anliegen für die vorliegende Sprechstunde vorzubringen, ist also hinreichend belegt. Lalouschek (2013, S. 428) fordert eine Differenzierung zwischen medizinischen Beschwerden und Anliegen der Patient/innen als zwei natürlich zusammenhängende, aber potenziell unterschiedliche Entitäten, die durch ärztliche Eröffnungsinitiativen selektiv evoziert werden können. Zusätzlich, so argumentieren Robinson & Heritage (2005), folgen patientenseitige Problempräsentationen aber auch einer eigenen interaktional sowie kulturell spezifischen Organisation: kulturell, da die Darstellungen von Patient/innen inhaltlich auf die Anforderungen einer biomedizinischen Institutionenkultur ausgerichtet sind und inhaltlich entsprechende Kategorien aufweisen, sei es bei der Äußerung von Symptomen oder bei eigenen diagnostischen Überlegungen und Ursachentheorien; interaktional, da Problempräsentationen eine interne Gestaltungsstruktur aufweisen und ein normatives Verständnis der Patient/innen dafür dokumentieren, was wie dargestellt werden sollte und was eine vollständige Problemdarstellung ausmacht. Als konstitutiv für Letzteres sehen die Autoren die Nennung aktueller Beschwerden an, spezifisch: von medizinisch potenziell relevanten Symptomen. Diese Orientierung ist gleichermaßen bei reinen Symptommennungen (Stivers, 2002) und bei Beschwerdennarrativen (Gülich, 2005; Halkowski, 2006) präsent. Patient/innen beenden vor einer Symptommennung nur selten ihren Antwortbeitrag auf die Eröffnungsinitiative, komplementär dazu behandeln Ärzt/innen Problempräsentationen ohne die Nennung aktueller Symptome als unvollständig.

Die durch Patient/innen dominierte Beschwerdendarstellung endet dann, wenn Ärzt/innen in die Beschwerdenexploration einsteigen; dies erfolgt häufig an einem *completion point*, den Patient/innen zum Ende ihrer Beschwerdendarstellung projizieren und den Ärzt/innen als turnübergaberelevante Stelle für Fragen aufgreifen (Robinson & Heritage, 2005).¹⁰³

¹⁰³ Für die Aktivität der Beschwerdendarstellung siehe auch Kapitel 5.2.6.

6.2 Eröffnungssequenzen in der HIV-Sprechstunde

Wenn die Eröffnungssequenzen zugeschriebene Anliegen bzw. Gründe für das Aufsuchen der Sprechstunde (re)konstruiert und damit bereits eine Gesprächsagenda projizieren, legt dies für Eröffnungsinitiativen in der HIV-Sprechstunde nahe, dass sich Spezifika der HIV-Infektion und ihrer ambulanten Behandlung bereits in dieser initialen Phase des Gesprächs widerspiegeln sollten. Die medizinisch angestrebte Symptombefreiheit, potenziell auftretende Nebenwirkungen der ART sowie weitere HIV-spezifische, aber ggf. auch allgemeinmedizinische sowie psychosoziale Anliegen der Patient/innen, die Chronizität von HIV und die meist lang bestehende gemeinsame Interaktionsgeschichte von Arzt und Patient, die Routiniertheit bei der Durchführung einiger Aktivitäten usw. bilden ein Bündel besonderer Gesprächsumstände, die vermuten lassen, dass in der Eröffnungsphase der Gespräche spezifische Verfahren der Gesprächseröffnung eingesetzt werden.

Eine Besonderheit der HIV-Sprechstunden im Vergleich zu akutmedizinischen APG soll an dieser Stelle noch einmal herausgestellt werden: Die Gesprächseröffnung in Letzteren leitet ein interaktives Gesamtprojekt von der Exploration von Beschwerden (als Gesprächsgrund), über die Diagnosestellung zur therapeutischen Bearbeitung als Gesprächsziel ein (Robinson, 2003); Patientenanliegen, Behandlungswunsch und hieraus folgende ärztliche Gesprächsaufgaben fallen hier weitgehend zusammen (Lalouschek, 2013, S. 372).¹⁰⁴ Dagegen sind das Auftreten und die spezifische Realisation von Aktivitäten in den HIV-Sprechstunden nicht nur durch die patientenseitige Antwort auf die Eröffnungsfrage bedingt. Vielmehr ergeben sie sich im Falle einer routinemäßig aufgesuchten Sprechstunde primär aus der Notwendigkeit der regelmäßigen Kontrolle des HIV-Status, was sich – wie in Kapitel 5.1 ausgeführt – in obligatorischen Aktivitäten wie ‚Blutdruck messen‘ und ‚Mitteilung der Blutwerte‘ spiegelt, die quasi in beliebiger Reihenfolge in den Gesprächen vorkommen können. Auch wenn das Gesprächsanliegen also primär eine Routinekontrolle ist: Die Analyse wird zeigen, dass die Eröffnungssequenzen dennoch eine Gelegenheit bieten, die Weichen in Richtung individueller (aber auch geteilter) Anliegen zu stellen: z. B. akute Beschwerden zu thematisieren oder psychosoziale Begleiterscheinungen sowie berufliche Auswirkungen der Infektion zu besprechen. Die ärztliche Eröffnungsinitiative ist daher ein neuralgischer Punkt im Routinegespräch mit dem/der HIV-Arzt/in.

Bei der Analyse der Eröffnungssequenzen der vorliegenden Gespräche wurden zunächst die ärztlichen Praktiken der Eröffnungsinitiative in ihren sprachlich-interaktiven Charakteristika untersucht. Hiervon ausgehend standen die Patientenantworten sowie die Nachfolgesequenzen im Mittelpunkt, um sequenzielle Konse-

¹⁰⁴ Anliegen, die Patient/innen in der Sprechstunde vorbringen (Lalouschek, 2013), überlappen nach Beobachtungen der Autorin häufig nur partiell mit der ärztlichen Gesprächsagenda.

quenzen unterschiedlicher Eröffnungsinitiativen systematisch nachvollziehen zu können. Leitende Fragen waren, mit welchen sprachlich-interaktiven Mitteln Ärzt/innen Beschwerdenschilderungen elizitieren bzw. Dimensionen des Wohlbefindens relevant setzen und wie unterschiedliche Praktiken und Handlungen von Eröffnungsinitiativen auf den weiteren Gesprächsverlauf wirken. Angesichts des überdurchschnittlich hohen Vorkommens der Befindensfrage „Wie geht’s (Ihnen?)“ im vorliegenden Gesprächskorpus wird reflektiert, wie sich diese von einer *mundane affair* abgrenzt und welche sequenziellen Wege sie als ärztliche Eröffnungsfrage eröffnet: Folgt ihr, wie in allgemeinmedizinischen Erstgesprächen die Regel, eine medizinisch-institutionelle Orientierung oder ist ihr (zugleich) eine informell anmutende Ritualität inhärent?

Bei der Selektion der Eröffnungssequenzen war der Gesprächskontext relevant. Retrospektiv ist die Eröffnungsinitiative meist durch klare Markierungen zu vorausgehenden Aktivitäten abgegrenzt, die den Übergang von präliminarischem Sprechen zum medizinischen Kerngespräch signalisieren.¹⁰⁵ In den untersuchten Gesprächen gehen der Eröffnungsinitiative (und damit dem Beginn des medizinischen Kerngesprächs) verbale und nonverbale Aktivitäten voraus (z. B. Vorgespräche, Raumwechsel und andere Präliminarien). Als Grenzmarkierungen zwischen diesen Aktivitäten und der Eröffnung des medizinischen Kerngesprächs fungieren meist Pausen und/oder verbale Grenzmarkierungen wie ‚gut‘ und ‚so‘, die in ihrer prosodischen Gestaltung einen deutlichen Schnitt zum Vorangegangenen anzeigen und denen die Eröffnungsinitiative nachfolgt.

Aus dem vorliegenden Gesprächskorpus von 71 Arzt-Patient-Gesprächen konnten 59 Eröffnungssequenzen in die Analyse aufgenommen werden (siehe Tab. 5). In fünf Gesprächen ist keine ärztliche Eröffnungsinitiative belegt; die Vorgespräche gehen in solchen Fällen nahtlos in das medizinische Kerngespräch über, z. B., indem direkt zu obligatorischen Aktivitäten wie der Mitteilung der Blutwerte übergeleitet wird. In den übrigen Gesprächen beginnt die Audio-Aufnahme erst nach der Gesprächseröffnung, was u. a. der Notwendigkeit geschuldet war, die Patient/innen um die Aufnahme zu bitten (was in diesen Fällen erst nach der Eröffnung des Kerngesprächs erfolgte).

Die identifizierten ärztlichen Eröffnungsinitiativen offenbaren Anliegenbeschreibungen, aber auch Orientierungen an individuellen Patientenangelegenheiten. *Befindensfragen* nach dem Typ ‚Wie geht’s Ihnen?‘ sind mit 41 Belegen am häufigsten vertreten (siehe Kap. 6.2.1). Neben den Befindensfragen sind sechs Fragen bzw. Aufforderungen im Korpus belegt, die als *problemfokussierte Eröffnungsinitiativen* klassifiziert wurden (siehe Kap. 6.2.2). Durch sie wird ein von der Routine

¹⁰⁵ In zwei Gesprächen beginnt die Aufnahme erst kurz vor der Äußerung der vermeintlichen Eröffnungsinitiative: Hier war der Übergang präliminarischer Aktivitäten zum Einstieg ins Kerngespräch nur eingeschränkt nachweisbar. Die zwei Belege wurden dann aufgrund ihrer formal-inhaltlichen Gestaltung in die Kollektion aufgenommen.

abweichender, akuter Gesprächsgrund kontextualisiert. Weiterhin werden sieben Gespräche mittels *biographisch orientierter Eröffnungsfragen* eröffnet (siehe Kap. 6.2.3). Einen abweichenden Fall stellt ein Gespräch dar, in welchem der Patient das medizinische Kerngespräch eröffnet (siehe Kap. 6.2.4). Eine Übersicht mit Beispielen der genannten Eröffnungsinitiativen findet sich in der folgenden Tabelle:

Typ Eröffnungsinitiative	Fallzahl	Beispiel mit sequenziellem Kontext
Befindensfragen	41	01 A: <<f> wie GEHTS ihnen;> 02 P: sehr GUT; 18 A: wie gEhts ihnen momentAN? 19 P: j_h_a GUT; 20 kEIne proBLEme.
Biographisch orientierte Eröffnungsinitiative	7	04 A: <<flüsternd> okee.> = 05 wie is_es ihnen erGANGen. = 06 = in [der (-)zwischenZEIT.] 07 P: [GU_ut,]
Problemfokussierte Eröffnungsinitiative	5	08 A: SO:; (-) 09 sie kOmmen ja vor allem auch weil wir gucken wollten wie_s mit dem (--) em er TE is. 10 ne? 11 (--) 12 P: jA da war ich GESTern.
Keine Eröffnungsinitiative	5	-
Patientenseitige Eröffnungsinitiative	1	20 P: so hOw are we DOin. 21 (1.0) 22 ((Klicken vom Kugelschreiber)) 23 A: <<lachend> °hh> 24 i knOw ehm- (---) 25 we wanna get below the limit of deTEction.
Gesamt:	59	

Tabelle 5: Typen von Eröffnungsinitiativen im HIV-Korpus

6.2.1 „Wie geht’s Ihnen?“ – Präferenz für’s Gutgehen in Befindensfragen

6.2.1.1 Fallanalysen: Eröffnungssequenzen mit Befindensfragen

Zwei Fallanalysen sollen exemplarisch veranschaulichen, wie ärztliche Befindensfragen prosodisch und lexikalisch gestaltet sein können und wie Patient/innen sie responsiv bearbeiten. Die übergreifende Frage ist, welche Handlungspotenziale Befindensfragen aufweisen. In folgendem ersten Beispiel eröffnet Arzt M das Gespräch mit Patient A-2906. Letzterer ist zur Zeit der Aufnahme 54 Jahre alt und seit sieben Monaten in medikamentöser Behandlung.

Ausschnitt 6-4: Eröffnungssequenz mit Befindensfrage I, A-2906-AP, Arzt M, 6-13 Sekunden.

01 A: <<f> wie ↑GEHTS ↓ihnen;>106
 02 P: sehr GUT;
 03 A: WUNderbar. (-)
 04 ((Blättern))
 05 A:lso ich hab die letzten blUtwerte vom dritten MAI,
 06 genau da ham_wa ABgenommen-
 07 das_is wunderBAR-
 08 °h Also (.) lEberwerte nierenwerte alles GUT, (-)

Prosodisch weist die Eröffnungsfrage einen unmarkierten tiefen initialen Phrasenton auf, der mit einem hohen monotonalen Akzentton (H*) auf der Fokusakzent-silbe ‚geht‘^s kontrastiert. Letzterer wird durch einen deutlichen Tonhöhen sprung zum Akzentgipfel erreicht. Im postnuklearen Verlauf nach der Silbe ‚geht‘^s fällt die Tonhöhe steil ab und erreicht zum Phrasenende einen tiefen Grenzton (L%).¹⁰⁷ In der folgenden Abbildung ist die Intonationskontur dargestellt:

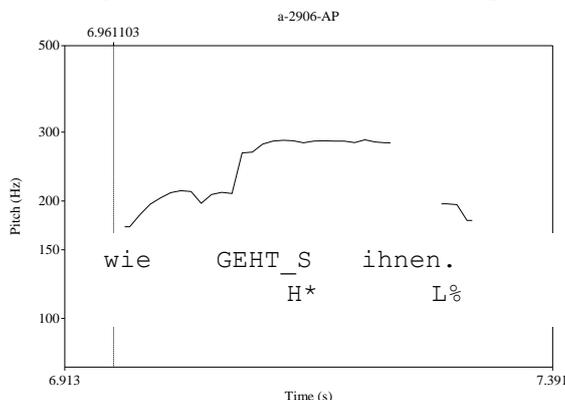


Abbildung 10: Intonationskontur der Befindensfrage aus A-2906-AP (Arzt M)

Die Antwort des Patienten (Z. 02) ist minimal und kann inhaltlich-semantic als ‚allgemein-positiv‘ eingestuft werden. Sie entspricht damit der unmarkierten Antwort auf Befindensfragen in informellen Gesprächen (Schegloff, 1986), nach welcher das Befinden des Antwortenden i. d. R. nicht als erstes Thema erhalten bleibt. Eine Orientierung an der institutionellen Gesprächsagenda zeigt sich hier jedoch im weiteren Verlauf: Es erfolgt kein wechselseitiger Austausch der Befindensfrage, sondern der Arzt evaluiert das als ‚sehr gut‘ bewertete Befinden als ‚wunderbar‘ in einer sequenzschließenden dritten Äußerung. Diese Evaluation weist darauf hin, dass das Befinden des Patienten nicht (lediglich) ritualisiert erfragt wird, sondern auch eine medizinische Relevanz aufweist.

Die minimale Gestaltung der positiven Evaluation sowie die positive ärztliche Ratifizierung markieren die Patientenantwort als interaktiv präferiert; auch die ef-

¹⁰⁶ Zwecks Berücksichtigung der prosodischen Gestaltung wurde Zeile 01 nach GAT2 feintranskribiert.

¹⁰⁷ Zu verschiedenen Akzent- und Grenztonen im Deutschen siehe Grice & Baumann (2000).

fiziente „Abarbeitung“ der Eröffnungssequenz (mit der Ratifizierung als Erweiterung einer klassischen Paarsequenz) weist darauf hin, dass die Antwort Präferenzstatus haben könnte: Sie bedarf vor dem Hintergrund eines erwünschten und angestrebten guten körperlichen Zustandes der HIV-Patient/innen keiner weiteren Erläuterung. Der final fallende Intonationsverlauf weist zudem darauf hin, dass hier als Antwort etwas Erwartetes relevant gesetzt wird; er kommt nach Selting (1995, S. 234) bei W-Fragen in etwa 50 Prozent der Fälle vor. Nach Selting erfüllen W-Fragen dann spezifische konversationelle Funktionen als einschränkend weiterführende verständnisbearbeitende oder als problemmanifestierende Fragen (ebd., S. 242).

Die Pause im Anschluss an die Eröffnungssequenz sowie die nonverbale Aktivität des Arztes (Durchblättern der Unterlagen) signalisieren einen Abschluss: Die nächste Sequenzinitiierung wird in Zeile 05 erneut durch den Arzt vorgenommen und die Mitteilung der Blutwerte als neue Aktivität initiiert. Bemerkenswert ist die sequenzielle und inhaltliche Unabhängigkeit dieser neuen Sequenz von der Eröffnungsinitiierung, was einen entscheidenden Unterschied zu akutmedizinischen APG darstellt, jedoch eine Gemeinsamkeit mit rituellen Befindensfragen in informellen Gesprächen erkennen lässt. Die minimale Eröffnungssequenz mit positiver Befindensevaluation ermöglicht hier den nahtlosen Übergang zu der obligatorischen Gesprächsaufgabe der Befundmitteilung.

Im zweiten Fallbeispiel spricht Ärztin G mit Patient A-2106. Der Patient ist zum Zeitpunkt der Aufnahme 63 Jahre alt; er nimmt bereits seit neun Jahren ARV-Medikamente ein.

Ausschnitt 6-5: Eröffnungssequenz mit Befindensfrage, A-2106-AP, Ärztin G, 37-59 Sekunden.

11 A: wie ↓GEHTS ihnen [moment][an;]
 12 [((Geräusch))]
 13 P: [öh] mir gEhts: (-) für
 sich sehr GUT eigentlich: =
 14 = ja; =
 15 A: = hm_hm,
 16 un in [der ZWISCHenzeit-]
 17 P: [was heißt EIgentlich;]
 18 (--)
 19 kEIne beSCHWERden, (1.10)
 20 keine Übelkeiten-
 21 [also] keine (--)
 erkEnnpa (-) erkennbaren oder (-)
 <<p> was weiß ich_b> (--)
 NEbenwirkungen-
 22 A: [hm_hm,]
 23 hm_hm, (-)
 24 P: STÜHLgang- (-)
 25 hart-
 26 also fo 'ah (.) fEst und geFORMT;
 27 A: hm_hm,
 28 P: ja.

Zu Beginn des Ausschnitts leitet die Ärztin G das Kerngespräch mit einer Befindensfrage ein, an dessen typische lexikalische Komponenten das Temporaladverbial ‚momentan‘ angefügt ist. Dieses verengt den Fragefokus auf das Befinden in der Gegenwart. Prosodisch zeichnet sich die Eröffnungsinitiative durch einen markiert hohen initialen Grenzton (%H) aus, dem ein *downstep* zum Nukleusakzent (!H*) auf ‚geht's‘ folgt (Grice & Baumann, 2000, S. 12). Das *pitch*-Level fällt zum Ende der Intonationsphrase weiter ab und endet auf einem moderat terminal intonierten finalen Grenzton (L%).¹⁰⁸ Die Intonationskontur weicht damit von der prosodischen Gestaltung der Befindensfrage in Ausschnitt 6-4 ab, vor allem im prä nuklearen Bereich.

Mit der letzten Silbe der Eröffnungsfrage überlappend produziert der Patient einen Häsitiationssmarker (öh) und bekundet, dass es ihm für sich sehr GUT eigentlich:; gehe (Z. 13). Die Verzögerung zu Beginn seines Antwortturns sowie die Modalisierungen der Aussage durch den Ausdruck ‚für sich‘ (im Sinne von: ‚prinzipiell‘, ‚im Grunde genommen‘) sowie durch ‚eigentlich‘ lassen seine Antwort – trotz der Evaluation ‚sehr gut‘ – als *preface* einer dispräferierten negativen Befindensbekundung erscheinen. Überlappend mit einer elliptischen Nachfrage der Ärztin (Z. 16), in der das patientenseitige Befinden aus einer biographischen Perspektive refokussiert wird, äußert der Patient einen Metakommentar über die Formulierung seines Antwortbeitrags: was heißt EIgentlich; (Z. 17); er revidiert hiermit die suggerierte Einschränkung mittels modalisierendem ‚eigentlich‘, antizipiert eine potenzielle Interpretation seiner Aussage in Richtung eines eingeschränkten Wohlbefindens und gibt eine hiervon abweichende Verstehensanweisung.¹⁰⁹ In den folgenden Zeilen (Z. 19-21), in denen er die Nachfrage der Ärztin nicht erkennbar berücksichtigt, listet er *ex negativo* Indikatoren seines guten Wohlbefindens auf: kEIne beSCHWERden, keine Übelkeiten- also| keine (--) erkEnnpa (-) erkennbaren oder (-) <<p> was weiß ich_b> (--) NEbenwirkungen-. Die Liste beginnt ganz allgemein mit dem Ausschluss jedweder Beschwerden, wonach der Patient dann konkreter die Abwesenheit eines spezifischen medizinischen Problems – Übelkeit – angibt. Eingeleitet mit dem Explikationsmarker ‚also‘ interpretiert er letzteres als Abwesenheit von Nebenwirkungen, definiert sein Wohlbefinden also ganz deutlich mit Bezug auf die bei ihm bestehende Beschwerdefreiheit trotz ART. Hiermit orientiert er sich an medizisch-institutionellen – mehr noch: HIV-spezifischen – Dimensionen des Befindens bzw. lässt so einen Adressatenzuschnitt hin zu möglichen Relevanzen der Ärztin erkennen. Dieser setzt sich in den Folgezeilen fort, in denen er die Konsistenz seines Stuhls – ebenfalls mit Hinblick auf Diarrhoe als mögliche Ne-

¹⁰⁸ Aufgrund des schlagenden Geräuschs sowie der Überlappung mit der anschließenden Patientenäußerung war der F0-Verlauf mit PRAAT leider nicht vollständig extrahierbar.

¹⁰⁹ Zu Kontexten und Funktionen der ‚was heißt X‘-Konstruktion im gesprochenen Deutsch siehe Günthner (2015).

benwirkung der antiretroviralen Medikation – beschreibt bzw. implizit evaluiert (Z. 24-26). Ausschnitt 6-5 zeigt insgesamt, dass der Patient die Befindensfrage als klar institutionell ausgerichtet behandelt. Sein anfängliches Andeuten einer dispräferierten Antwort revidiert er nicht nur, sondern er listet zudem Symptome auf, die bei ihm abwesend sind, um sein gutes Befinden auf medizinische Kategorien hin zu konkretisieren und zu untermauern.

6.2.1.2 Gestaltungsvarianten und Bedeutungspotenziale

Neben 22 Belegen mit der Grundform der Befindensfrage „Wie geht’s (Ihnen)?“¹¹⁰ mit oder ohne Dativobjekt sind in 19 Gesprächen Varianten mit weiteren lexikalischen Erweiterungen oder syntaktischen Modifikationen belegt. Diesbezüglich ist zunächst das Vorkommen zweier Entscheidungsfragen (z. B.: „Geht’s Ihnen gut?“) neben den W-Ergänzungsfragen zu nennen, die Bestätigungen oder Verneinungen als typkonforme Antwortwartungen etablieren, im Unterschied zu den W-Fragen, die evaluierende Antwortbeiträge fordern (Schegloff, 2007b). In der folgenden Tabelle sind sämtliche Varianten ärztlicher Befindensfragen aufgeführt:

	Gespräche	Befindensfrage	Modifikation
(1)	A-2806-AP; G-1402-AP; H1-1706-AP; N-2806-AP; P-2308-AP; R-2806-AP	wie GEHTS ihnen denn; (Beispiel)	Modalpartikel ‚denn‘
(2)	B-2706-AP; S-1307-AP	wie IST es denn bei ihn[en.] wIE IS_et;	Kopulaverb ‚sein‘ (statt ‚gehen‘) und Angabe ‚bei Ihnen‘, Informell-dialektale Variante
(3)	A-2106-AP J-/D-2807-AP	wie GEHTS ihnen momentan; wie gEhts ihnen momentAN?	Temporaladverbial ‚momentan‘
(4)	A-2807-AP D-0108-AP F-1807-AP S3-2807-AP	Erstma wie GEHTS ihnen; Erstma wie GEHTS ihnen. Erstma wie GEHTS. Erstema wie GEHTS ihnen?	Diskursmarker ‚erst- mal‘ vorangestellt
(5)	K-0208-AP (Arzt P) K-0308-AP	un sOnst gehts ihnen GUT. (un) wie gehts ihnen SONST?	Adverb der Erweite- rung, vorangestellt (Deklarativsatzfrage) oder nachgestellt (Er-

¹¹⁰ In Gespräch F-2508-AP in französischer Entsprechung: *comment ça va;*.

	W-1807-AP	Wie gEhts ihnen SONST?	gänzungsfrage)
(6)	C-0707-AP	gEhts ihnen GUT?	Entscheidungsfrage
(7)	S-2807-AP	how do you FEEL;	engl. ‚feel‘ (fühlen)

Tabelle 6: Gestaltungsvarianten der Befindensfrage

Die formal variierenden Gestaltungen der Befindensfrage führte zu der Annahme, dass Befindensfragen mit lexikalischen Erweiterungen einen differenten Handlungscharakter aufweisen als die Grundform, dass also Ärzt/innen mit der Eröffnungsfrage „Wie geht’s Ihnen?“ ggf. etwas anderes „machen“ als z. B. mit „Wie geht’s Ihnen momentan?“. Es kann bereits an dieser Stelle vorweg genommen werden, dass zwischen der Grundform ‚Wie geht’s (Ihnen?)‘ und den verschiedenen in obiger Tabelle aufgeführten Varianten keine klare Trennlinie gezogen werden kann. Allerdings sind tendenzielle Unterschiede in der Bearbeitung durch die Patient/innen insofern festzustellen, als manche lexikalisch erweiterten Befindensfragen mehr oder weniger stark eine explizit biomedizinische Orientierung in den Patientenantworten oder im ärztlichen Nachfolgehändeln „triggern“ und weniger häufig¹¹¹ ein direkter Aktivitätswechsel (z. B. zur Mitteilung der Blutwerte) folgt. Dieser Befund, der in den Kapiteln 6.2.1.3 und 6.2.1.4 ausgeführt werden soll, weist darauf hin, dass lexikalische Elemente, syntaktische Modifikationen sowie prosodische Varianten als Kontextualisierungshinweise dienen können, die durch Patient/innen aufgegriffen werden oder nicht. Die Kookurrenz mehrerer solcher Signale bewirkt hier, dass sich die Eröffnungsfrage weiter von der entsprechenden Begrüßungspraktik aus alltäglichen Gesprächen entfernt und Patient/innen und Ärzt/innen explizit medizinische Befindensaspekte relevant setzen. Wie die ärztliche Frage letztlich „gemeint“ war, kann natürlich nicht nachvollzogen werden, lediglich die Patientenantworten sowie eine spezifische Orientierung im ärztlichen Nachfolgehändeln (i. d. R. Anschlussfragen) können ein bestimmtes Wissensbedürfnis der Ärzt/innen oder Antwortpräferenzen in die eine oder andere Richtung offenlegen.

Die Variante (1) mit turnfinaler Modalpartikel ‚denn‘ stellt mit sechs Belegen die häufigste Variante dar; sie wird durchweg von Arzt M verwendet. Nach Deppermann (2009) hat ‚denn‘ in Fragen eine spezifische interaktionsorganisatorische Funktion inne, da es als retrospektiver Konnektor meist auf etwas im Gesprächskontext zurückverweist, das u. a. situativer Natur sein kann. Eine solche Art des Rückbezugs mittels ‚denn‘ beschreibt Deppermann entsprechend als „situational“:

¹¹¹ Aufgrund der geringen Fallzahlen sind entsprechende Ergebnisse lediglich als Tendenzen zu werten.

Hier bezieht sich die *denn*-Frage auf ein Ereignis bzw. auf einen Sachverhalt, bei dem der Produzent der Frage davon ausgeht, dass es für beide Seiten gewusstermaßen salient und gegenwärtig relevant ist. Diese Art des situationalen Bezugs kann sich entweder auf ein Erlebnis bzw. eine Handlung des Adressaten oder auf ein von den Interaktionsbeteiligten unabhängiges Ereignis beziehen, von dem der Adressat im Gegensatz zum Frageproduzenten genauere Kenntnis hat (Deppermann, 2009, S. 27f).

Der situationale Rückbezug mittels ‚denn‘ scheint der Funktion der entsprechenden Eröffnungsfragen zu entsprechen: Das erfragte Befinden der Patient/innen wird als erstes Thema der Kerninteraktion eingeführt; ‚denn‘ kontextualisiert – ggf. noch stärker als die Grundform – dessen gegenwärtige Relevanz für das Gespräch, da es für den weiteren Verlauf des Gesprächs entscheidend ist. Durch den Einsatz von ‚denn‘ wird nach den Beobachtungen Deppermanns zudem die konditionelle Relevanz verstärkt dadurch, „dass ein als gemeinsam unterstelltes Wissen über die Relevanzen und die Beteiligungspflichten der Partnerin in Bezug auf ein im bisherigen Interaktionsverlauf initiiertes bzw. salient gewordenes *joint project* (i.S. von Clark 1996, [sic!]) bestehe“ (Deppermann, 2009, S. 24). Diese Beobachtung kann m. E. auch auf die HIV-Sprechstunden übertragen werden, wenn man das gemeinsame Projekt von Arzt und Patient als etwas begreift, das die Grenzen eines Interaktionsereignisses überschreitet und zu Beginn einer jeden Routinesprechstunde mittels Eröffnungsinitiative aktualisiert wird.¹¹² Das patientenseitige Befinden ist – neben den Blutwerten als medizinisch „objektive“ Indikatoren für die Abwesenheit von Krankheit¹¹³ (siehe Kap. 7) – essentieller Teil des medizinischen und damit eines interaktiven Dauerprojekts, in denen Ärzt/innen und Patient/innen komplementäre Beteiligungsrechte und -pflichten haben und die patientenseitige Pflicht darin besteht, medizinisch relevante Dimensionen ihres Befindens zu äußern. Das ‚denn‘ in der Befindensfrage lässt dieses gemeinsame Projekt sowie die patientenseitige Antwortverpflichtung ggf. noch stärker salient werden und aktualisiert es mittels Wohlbefindenserkundigung. Allerdings zeigen sich gegenüber der Grundform keine Unterschiede in der responsiven Bearbeitung.¹¹⁴

Die Belege aus Abschnitt (2) von Tabelle 6 zeichnen sich rein sprachlich durch eine indirekte Formulierung bei der Erfragung des Befindens aus: Statt des Befindensverbs ‚gehen‘ wird das Kopulaverb ‚sein‘ verwendet, in B-2706-AP zusätzlich in Verbindung mit ‚denn bei Ihnen‘. Da Arzt M die meisten Gespräche mit der Grundform der Befindensfrage eröffnet, ist die Wahl dieser Formulierung einzigartig. Sie verweist hier auf spezifische Gesprächsumstände: Gespräch B-

¹¹² Die Re-Aktualisierung eines gemeinsamen Projekts bzw. die dauerhafte Interaktionsbeziehung zwischen Ärzt/innen und Patient/innen in der ambulanten HIV-Behandlung zeigt sich auch an biographisch zurückverweisenden Eröffnungsinitiativen (siehe Kap. 6.2.3) und an Therapieentscheidungen, die über mehrere Gespräche angelegt werden (siehe Kap. 8.2.2).

¹¹³ Bzw. einer effektiv kontrollierten HIV-Infektion.

¹¹⁴ Man beachte aber die geringe Fallzahl von sechs entsprechenden Befindensfragen mit ‚denn‘.

2706-AP ist ein Nachfolgegespräch zu Gespräch B-1506-AP:¹¹⁵ Nachdem die Patientin zwei Wochen zuvor bereits in der Sprechstunde war und über möglicherweise durch die ARV-Medikation bedingte Übelkeit geklagt hatte, soll in dieser Sprechstunde außerhalb des dreimonatigen Routineturnus (Gespräch B-2706-AP) nun der Effekt einer der Sprechstunde unmittelbar vorausgegangenen Therapiepause überprüft werden. Zusätzlich zu dem situational rückverweisenden ‚denn‘ in der Eröffnungsfrage kontextualisieren die Patientin sowie vor allem anschließend Arzt M diesen Gesprächsgrund im weiteren sequenziellen Verlauf: Die Patientin evaluiert ihr Befinden als *super*, woraufhin der Arzt diese Evaluation rückversichernd expliziert (das HEIßt, nAch Absetzen sind die beschwerden sofort WEGgegangen., nicht gezeigt) und so explizit die relevante Befindensdimension relevant setzt. Die Eröffnungsinitiative, die Ärztin A in Gespräch S-1307-AP verwendet, stellt sich dagegen als rein regional gefärbte und hierdurch informell anmutende Variante der Befindensfrage heraus.

Die Befindensfragen mit Temporaladverbial ‚momentan‘ (Abschnitt (3) in Tabelle 6) explizieren auf der Gesprächsoberfläche – wie im zweiten Fallbeispiel in Kapitel 6.2.1.1 – einen inhaltlich engeren Skopus als die Grundform. Zudem bewirkt die lexikalische Erweiterung, dass die Eröffnungsfrage formal nicht mehr der rituell-alltäglichen Eröffnungsfrage entspricht. Dasselbe gilt für die Belege in Zeile (4) der obigen Tabelle. Der vorangestellte Diskursmarker ‚erstmal‘ exponiert das erfragte Befinden als erstes Thema des Kerngesprächs; er betont den Einstiegscharakter der Frage, markiert das Vorhergehende als *misplaced* und etabliert das Kommende als die übliche Gesprächsordnung. Prosodisch wird es in den vier Belegen durch einen Sekundärakzent auf der ersten Silbe (*Erstmal*) markiert. Ärzt/innen räumen Patient/innen hierdurch expliziter einen Raum für Antwortaktivitäten ein.

Weiterhin sind drei Varianten von Wie-geht’s-Fragen aufgeführt, denen das Erweiterungsadverb ‚sonst‘ angefügt ist (Belege in Zeile (5) der obigen Tabelle). Das ‚sonst‘ verweist auf ein vorausgegangenes Bezugselement, das im Gespräch bereits bearbeitet wurde. In den Gesprächen K-0208-AP sowie K-0308-AP ist ein solcher Rückverweis leider nicht feststellbar, da das Aufnahmegerät erst wenige Sequenzen vor den entsprechenden Fragen eingeschaltet wird.¹¹⁶ Es ist denkbar, dass das ‚sonst‘ in diesen beiden Gesprächen indiziert, dass die „eigentliche“ Eröffnungsfrage bereits vor Einschalten des Aufnahmegeräts gestellt wurde und für die Aufnahme wiederholt wird. In Gespräch W-1807-AP dagegen sprechen Ärztin G und Patient W-1807 tatsächlich unmittelbar vor der Eröffnung des Kerngesprächs im Rahmen eines Vorgesprächs (Ärztin G und Patient kommen während-

¹¹⁵ Die Eröffnungssequenz aus B-1506-AP wird in Kapitel 6.2.1.4 besprochen.

¹¹⁶ In diesen beiden Gesprächen kann daher lediglich aufgrund der Gestaltung sowie aufgrund des nachfolgenden Gesprächsverlaufs hergeleitet werden, dass es sich um Fragen zur Gesprächseröffnung handelt.

dessen ins Sprechstundenzimmer hinein) über eine auffällige Beule des Patienten in der Leistengegend, die als Verdacht auf einen Leistenbruch prädiagnostiziert wird. Die Ärztin legt dem Patienten nahe, zeitnah einen Chirurgen aufzusuchen. Das ‚sonst‘ in der Befindensfrage verweist hier retrospektiv auf dieses präliminär bearbeitete medizinische Problem als Bezugselement; es setzt als Antwortaktivität eine patientenseitige Befindensevaluation abseits dieser spezifischen Problematik relevant. Mittels differenter Fragetypen (V2-Deklarativsatzfrage in K-0208-AP vs. W-Ergänzungsfrage), verschiedener Intonationsverläufe (terminal fallend in K-0208-AP vs. terminal steigend in K-0308-AP) eröffnen sich unterschiedliche Antworträume für die Patienten. Die Deklarativsatzfrage mit Vorgabe der *candidate answer* ‚gut‘ in K-0208-AP präsupponiert eine hohe epistemische Sicherheit hinsichtlich des erfragten Gegenstands (Spranz-Fogasy, 2010; Heritage, 2013); sie etabliert – wie auch die Eröffnungsfrage *gEhts ihnen GUT?* in Zeile (6) – die Präferenz für eine einfache Bestätigung, der in der Patientenantwort auch nachgekommen wird.

Als letzter Beleg ist in Zeile (7) die Eröffnungsfrage eines Gesprächs mit einer Patientin, die eine Lernervarietät des Deutschen spricht. Ärztin L und Patientin S-2807 wählen für das Sprechstundengespräch Englisch als *lingua franca*. Die Eröffnungsfrage *how do you FEEL*; entspricht formal den Eröffnungsinitiativen, die Robinson (2006) als spezifisch für die Konstitution eines Gesprächs als Nachfolgegespräch identifiziert hat. Obgleich dies nicht an der Frage selbst ersichtlich ist – „Wie fühlen Sie sich“ könnte auch auf ein bekanntes, potenziell wiederkehrendes chronisches Problem verweisen –, zeigt sich in der Antwort der Patientin exakt die von Robinson beschriebene Orientierung: Sie ko-konstruiert das Gespräch tatsächlich als *follow-up*, indem sie eine ehemalige Beschwerde in ihrer Antwort fokussiert und diese mittels Referenz durch direkten Artikel als *common ground* behandelt: *the diarrIa [is: (--)] FINished*. (nicht gezeigt).

Neben den lexikalischen Eigenheiten der Wie-geht’s-Eröffnungsfragen stellen sich prosodische Merkmale als z. T. funktional heraus. Allerdings gibt es auch idiosynkratische Stile: Festzustellen ist eine interindividuelle Variation der Sprechlautstärke hin zur Eröffnungsinitiative: Arzt M sowie Arzt C markieren die Eröffnung des Kerngesprächs systematisch durch erhöhte Lautstärke, während bei Ärztin A, Ärztin G, Arzt T und Arzt P an dieser Stelle keinerlei Lautstärkemodifikationen auditiv wahrnehmbar waren. Der F0-Verlauf der Befindensfragen – im Besonderen ihrer Grundform ‚Wie geht’s (Ihnen)?‘ – dagegen zeigte ärzte- (bzw. gesprächs-) übergreifende signifikante Übereinstimmungen: In den Fallbeispielen ist ausschließlich ein terminal fallender Intonationsverlauf mit hohem Akzentton und tiefem Phrasengrenzton (L%) zu finden, wobei das postnukleare Abfallen des *pitch* vor allem je nach tonalem Niveau des Nukleusakzents mehr oder weniger

steil ist. Diese postnukleare Intonationskontur stellte sich als typisch für die Grundform der Befindensfrage heraus:

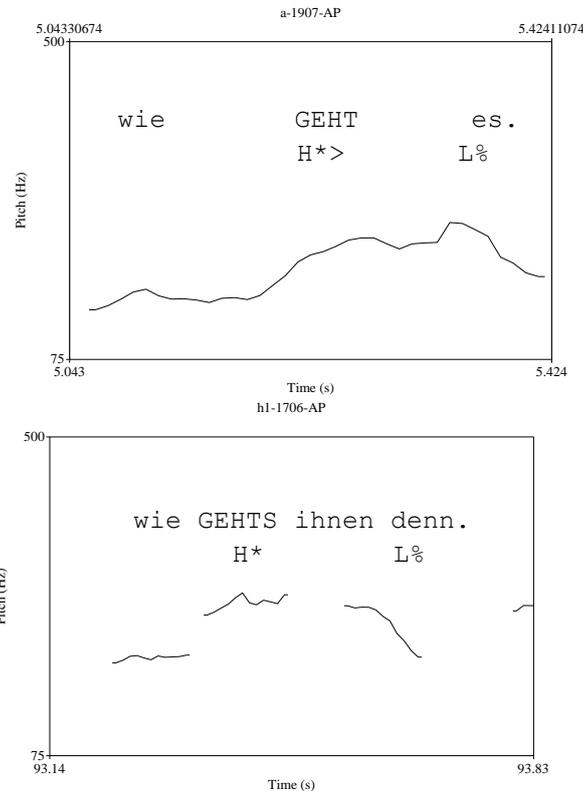


Abbildung 11: Intonationskonturen der Befindensfrage in den Gesprächen A-1907-AP (Arzt C) und H1-1706-AP (Arzt M)

Der Nukleusakzent ist ein monotonaler hoher Ton (H*) wie in den beiden Beispielen in Abbildung 11 zu erkennen ist. Der Tonhöhengipfel ist bisweilen (siehe das zweite Bsp. in obiger Abb. 11) auf das Ende der Nukleussilbe auf GEHT oder GEHTS verschoben, was im Deutschen nicht unüblich ist (Grice & Baumann, 2000). Insgesamt erscheint die prosodische Gestaltung der Grundform der Befindensfrage *markiert*, was sich – wie bei Selting (1995, S. 164) für Turnkonstruktionseinheiten allgemein beschrieben – vor allem in folgenden globalen prosodischen Parametern der Befindensfrage manifestiert:

- Global größere Lautstärke als die vorhergehenden (und nachfolgenden) TKE,
- Global höhere Tonhöhe als die vorhergehenden (und nachfolgenden) TKE,
- Lokal größere Tonhöhenbewegung auf der Fokusakzentsilbe GEHTS oder GEHT.

Eine terminal fallende IP-terminale Intonationskontur kommt nach Selting (1995, S. 258ff.) regulär bei weiterführenden, inhaltlich engen bzw. bei verständigungsbearbeitenden W- oder V1-Fragen vor. Sie werden dann eingesetzt, wenn Interagierende mittels Fragen ihre eigenen Inferenzen überprüfen möchten. Die prosodische Gestaltung kommuniziert also eine spezifische Antworterwar-

tung. Ob mittels final fallender Grenzintonation auch in den Befindensfragen eine bestimmte – nämlich positive – Antwort projiziert wird, sollte sich in den Patientenantworten und im ärztlichen Anschlusshandeln zeigen. Zudem stellt Selting (1995, S. 262) fest, dass die Responsiva auf solche terminal fallend intonierten Fragen „eine Tendenz zu kürzeren und eingeschränkten Antworten“ aufweisen, was sich auch bei Wohlbefindensbekundungen auf die Befindensfragen zeigt (siehe Kap. 6.2.1.3).

Die phrasenfinalen Tonhöhenbewegungen der meisten lexikalisch erweiterten oder als Entscheidungsfrage gestellten Befindensfragen variieren im Gegensatz zu den recht homogenen *pitch*-Verläufen der Grundform stärker, was in Tabelle 6 bereits anhand der GAT2-Transkription erkennbar ist: Manche Belege weisen terminal steigende, andere terminal fallende Tonhöhenbewegungen auf. Die nuklearen Tonhöhenbewegungen, die sowohl H*- als auch L*-Akzenttöne aufweisen, sind im Vergleich zu den oben gezeigten meist deutlich flacher; sie werden mit einer deutlich geringeren Lautstärke, mit tieferer Stimmlage und kleinerer *pitch*-Spannweite realisiert.

6.2.1.3 Wohlbefindensbekundungen auf Befindensfragen und ärztliches Anschlusshandeln

Im Folgenden sollen interaktive Eigenschaften der Befindensfrage betrachtet werden: Hierbei stehen nicht nur die Antworten der Patient/innen, sondern auch das Anschlusshandeln von Ärzt/innen und Patient/innen in der Folgesequenz im Fokus. Zunächst werden die Fälle betrachtet, in denen Patient/innen das erfragte Befinden als positiv bewerten.

Die patientenseitigen Antworten kommen inhaltlich durchweg dem Fragefokus nach: Patient/innen evaluieren in ihrem Antwortbeitrag ihr Befinden. Sie bekunden in 21 Gesprächen ein gutes Wohlbefinden und geben damit Antworten, deren semantische Valenz von ‚positiv‘ bis hin zu ‚hochgestuft positiv‘ reicht. Es werden Einwortevaluationen wie „(sehr) gut“ oder „hervorragend“ geäußert, aber auch Phrasen oder satzwertige Antworten wie „so weit so gut“ oder „mir geht’s gut“.

Ausschnitt 6-6: Wohlbefindensbekundung auf Befindensfrage, G-1402-AP, Arzt M, 9-18 Sekunden.

05 A: = wie GEHTS ihnen denn;
 06 P: prima.
 07 (--)
 08 A: gut,
 09 °h sie sIn ja (-) ehm vor (.) vor_n paar monaten
 !UM!gestellt worden,
 10 also !FAST! jetzt_n JAHR?
 11 auf das !I!sentress.
 12 P: ge[nau.]
 13 A: [ne?]

Die Einwortäußerung der Patientin in Zeile 06 ist als Antwort formal minimal und kann inhaltlich-semantisch als allgemein-positiv gefasst werden. Diese *neutral response* (Schegloff, 1986) wird ohne Pause direkt auf die Eröffnungsfrage geäußert und weist ebenso wie diese eine terminal fallende Intonation auf, die den Abschluss des *turns* der Patientin signalisiert. Nach einer halbsekündigen Pause äußert der Arzt ein interrogativ intoniertes *gut*, und initiiert eine neue Aktivität: Mittels Deklarativsatzfrage erfragt er einen vergangenen Therapiewechsel zum Kombinationspräparat ‚Isentress‘ und fordert hierzu eine Bestätigung seitens der Patientin ein.¹¹⁷ In diesem Beispiel fungiert die Befindenssequenz (Z. 05/06) – ebenso wie z. B. in Ausschnitt 6-4 – wie eine Präsequenz, allerdings *ex negativo*: Die Angabe eines positiven Wohlbefindens ist die Vorbedingung dafür, dass eine nachfolgende (allerdings im Unterschied zu üblichen Präsequenzen eine hiervon unabhängige!) Aktivität initiiert werden kann, im obigen Beispiel eine Anamnese zur Medikation, in anderen Fällen obligatorische Aktivitäten wie die Mitteilung der Blutwerte oder die Messung des Blutdrucks. Dies gleicht m. E. der wechselseitigen Befindenssequenz in informellen Interaktionen, in denen dem Befinden zunächst ebenfalls eine *topic-priority relevance* (Schegloff, 1986) zukommt, dann aber – nach der Angabe eines allgemein guten Befindens – zu anderen Themen übergegangen werden darf: „Neutral responses are closure relevant.“ (ebd., S. 129) Den Patientenantworten kommt also allgemein eine Scharnierfunktion in Bezug auf den nachfolgenden sequenziellen Verlauf zu, was im Vergleich der positiven mit den negativen Antworten auf Befindensfragen deutlich wird (siehe Kap. 6.2.1.4).

Das nachfolgende Fallbeispiel, in dem Patient S-2706 ein positives Wohlbefinden bekundet, weist in der Folgesequenz einen von Ausschnitt 6-6 abweichenden Verlauf auf:

Ausschnitt 6-7: Wohlbefindensbekundung auf Befindensfrage, S-2706-AP, Arzt M, 33-43 Sekunden.

20 A: <<f> so:;>
 21 <<f> wie !GEHTS! ihnen->
 22 P: mir gehts herVORragend. (-)
 23 A: SEHR gut; =
 24 = <<f> sie sind schön geBRÄUNT;>
 25 P: <<all> ja ich hab jetzt (irgendwie_nur) Urlaub gemacht
 die letzten WOCHen,> =
 26 = und eh (.) JA.
 27 A: <<f> SEHR gut.>
 28 wo waren sie gewEsen wenn ich FRAGEN [darf?]
 29 P: [ich] war jetzt

¹¹⁷ Anamnestische Fragen wie die in den Zeilen 9 bis 11 sind in den untersuchten Gesprächen im Allgemeinen nur dann üblich, wenn Patient/innen neu in Behandlung sind oder einem Arzt/einer Ärztin neu zugewiesen werden. Zum Zeitpunkt dieses Gesprächs ist die behandelnde Ärztin G von Patientin G-1402 im Urlaub. Arzt M vertritt sie für diese Sprechstunde.

letzte woche in der SCHWEIZ,

In diesem Beispiel gibt der Patient auf die Befindensfrage des Arztes eine semantisch positiv hochgestufte Antwort. Die *extrem case formulation* in der Evaluation seines guten Befindens (Z. 22) (Pomerantz, 1986) ist eine affiliierende Reaktion auf die emphatische, „gut gelaunte“ Prosodie der ärztlichen Eröffnungsinitiative. Wie in den vorherigen Fallbeispielen endet die Eröffnungssequenz mit einer sequenzschließenden positiven Evaluation seitens des Arztes (SEHR gut; Z. 23). Mit schnellem Anschluss führt letzterer seinen Gesprächsbeitrag in einer neuen Sequenz fort und äußert eine Beobachtung zum äußeren Erscheinungsbild des Patienten, die thematisch an dessen hervorragendes Befinden anknüpft: <<f> sie sind schön geBRÄUNT;> (Z. 24). Der ärztliche Kommentar zur Bräune des Patienten lässt diese implizit als wahrnehmbaren Indikator des zuvor bekundeten hervorragenden Befindens erscheinen. Die Äußerung fungiert sequenziell als *fishing device* (Pomerantz, 1980) und setzt eine Erklärung für die auffällige Bräune relevant, die in Zeile 25 folgt. Die hochgestuft-positive Patientenantwort in diesem Beispiel wird also im Unterschied zu Ausschnitt 6-6 aufgegriffen: In der Folgesequenz wird hier die von einer allgemein-positiven (oder nach Schegloff: neutralen) abweichenden Antwort zum ersten Gegenstand der Interaktion. Dieser wird im weiteren Verlauf des Ausschnitts (ab Zeile 25) nicht im Rahmen medizinisch-institutioneller Aktivitäten bearbeitet, sondern mündet in weiteren ärztlichen Fragen über den Urlaub (Z. 28) und schließlich in einen Urlaubsbericht des Patienten (nicht gezeigt). Das Beispiel verdeutlicht damit, dass auch Alltagserlebnisse von Patient/innen relevant gesetzt oder die gemeinsame Interaktionsbiographie in den Eröffnungssequenzen aktualisiert werden kann, entweder – so wie im obigen Beispiel – unter Beibehaltung institutioneller Beteiligungsrollen (v. a. in Frage-Antwort-Sequenzen) oder aber auch in Form symmetrischeren, quasi-informellen Sprechens, dem eine direkte medizinische Zweckmäßigkeit kaum mehr inhärent ist.¹¹⁸

Die gezeigten Beispiele, in denen auf eine Befindensfrage eine positive Befindensbekundung folgt, legen ihre gesprächsorganisatorische Potenziale offen: Die Eröffnungsinitiative gleicht – wie bereits oben beschrieben – formal der rituell-informellen Befindensfrage und fordert wie diese zunächst die Evaluation des allgemeinen Befindens.¹¹⁹ Die positiven Befindensbekundungen sind als Gesprächsbeitrag häufig minimal (siehe Ausschnitt 6-4 und Ausschnitt 6-6) bis satzwertig (Ausschnitt 6-7); sie scheinen sich nach der Maxime zu verhalten: „Little questions get little answers.“ (Heritage & Raymond, 2012, S. 184) Sie verdeutli-

¹¹⁸ Noch deutlicher zeigt sich dies in biographisch orientierten Eröffnungsinitiativen, die in Kapitel 6.2.3 beschrieben werden. Siehe auch Kapitel 5.2.2 für informellere Formen des Sprechens in den untersuchten Gesprächen.

¹¹⁹ Das werden auch Patientenantworten zeigen, in denen Beschwerden geäußert werden.

chen, dass nicht unbedingt eine ausführliche Beschreibung spezifischer medizinischer Facetten des Befindens oder eine Problemdarstellung gefordert wird; Die minimalen Evaluationen sind völlig ausreichend. Eröffnungssequenzen wie die obig gezeigten ko-konstruieren damit eine *well visit*.

Wohlbefindensbekundungen seitens der Patient/innen sind in manchen Eröffnungssequenzen allerdings bereits explizit auf medizinische Dimensionen des Befindens ausgerichtet. Bereits für Ausschnitt 6-5 wurde herausgearbeitet, wie Patient A-2106 medizinische Aspekte seines Befindens als Untermauerung des bekundeten Wohlbefindens relevant setzt und potenzielle Beschwerden mittels Negation für eine Weiterbearbeitung in der Interaktion ausschließt. Auch in folgendem Ausschnitt aus Gespräch J-/D-2807-AP erfolgt die Wohlbefindensbekundung durch die Negation medizinisch relevanter Probleme:

Ausschnitt 6-8: Medizinisch ausgerichtete Wohlbefindensbekundung auf Befindensfrage, J-/D-2807-AP, Ärztin G, 27-34 Sekunden.

18 A: wie gEhts ihnen momenTAN?
19 P: j_h_a GUT;
20 kEIne proBLEme.
21 A: <<p> hm_hm?>
22 (2.5)
23 <<p> okee.>

Auf die Befindensfrage hin, die mit ‚momentan‘ einen engeren Frageskopus aufweist als die Grundform, evaluiert der Patient das erfragte Befinden mit: j_h_a GUT; (Z. 19). Eingeleitet wird die minimale Antwort mit einem kurz durch Lachpartikeln durchsetzten ‚ja‘, das m. E. dazu dient, das bekundete Wohlbefinden als selbstverständlich zu präsentieren. In der folgenden, ohne Pause anschließenden TKE elaboriert der Patient seine Evaluation, indem er die Existenz von Problemen negiert. Dies offenbart eine Orientierung an der Darstellung von Beschwerden als mögliche Alternativantwort in diesem sequenziellen Kontext. Der Patient stellt damit einen problemorientierten Handlungscharakter der ärztlichen Eröffnungsfrage her, indem er sich dem medizinisch relevanten Aspekt von ‚Gutgehen‘ – nämlich der Abwesenheit körperlicher Beschwerden – zuwendet. Mit seiner Antwort wird zugleich ein entsprechender beschwerdenfokussierter weiterer Gesprächsverlauf als nicht notwendig ausgeschlossen. Die Ärztin produziert nachfolgend einen *continuer*, der dem Patienten mehr Raum für seine Ausführungen gibt, auf den allerdings weitere Elaborationen zu seinem Befinden ausbleiben (siehe die Pause in Z. 22). Daraufhin wird die Sequenz mit einem *okee* seitens der Ärztin abgeschlossen (Z. 23).

Neben den Eröffnungssequenzen, in denen Patient/innen in ihrer positiven Befindensbekundung medizinisch relevante Aspekte fokussieren, wird in zwei Gesprächen ein gutes aktuelles Wohlbefinden angegeben, dieses jedoch direkt im selben Gesprächsbeitrag mit ehemaligen medizinischen Beschwerden kontrastiert,

die zwischen der letzten und der gegenwärtigen Sprechstunde aufgetreten sind.¹²⁰ Hiermit folgen Patient/innen zunächst dem inhaltlichen Fokus der Frage nach dem aktuellen Befinden, wenden sich dann aber auch explizit institutionsrelevanten Dimensionen von Befinden zu. Durch die biographische Referenz werden vor allem die chronische Dimension der Erkrankung und der turnusmäßig wiederkehrende Charakter der HIV-Sprechstunden hervorgehoben. Folgendes Fallbeispiel soll dies verdeutlichen:

Ausschnitt 6-9: Angabe ehemaliger Beschwerden auf Befindensfrage, F-1807-AP, Ärztin G, 6-21 Sekunden.

04 A: <<f> gut.>
 05 Erstma wie GEHTS.
 06 P: <<h> och->
 07 ganz GU_uT;
 08 (1.0) ((Papierrascheln))
 09 ((schnalzt))
 10 (--)
 11 zwischendrin is_es mir_ma NIT so gut gange.
 12 da [hatt_ich_n] hern HARNröhrenentzündung wohl;
 13 A: [[<<p> was WAR da>,]
 14 P: wIE ich zu der gekomme bin (-) <<dim> WEIß ich leider
 [nicht>.]
 15 A: [un]erkühlt vielleicht bei dem WETTer.
 16 P: KEIne ahnung.
 17 ich kann_s ihnen nit sagen ich WEIß es [nit.]
 18 A: [hm-]
 19 (---)

Als Antwort auf die Befindensfrage der Ärztin in Zeile 05 äußert der Patient die im hohen Tonregister intonierte Interjektion *och*, die zusammen mit einer emphatischen Intonation des Antwortbeitrags – zweitöniger H*-L-Akzentton mit hoher *pitch*-Spannweite auf ‚gut‘ – die Wohlbefindensbekundung *ganz GU_uT*; hochstufen (Z. 06/07). Nach einer einsekündigen Pause, in der Papierrascheln zu hören ist,¹²¹ kündigt der Patient durch ein Schnalzen die Fortführung seines Gesprächsbeitrags an und kontrastiert dann sein aktuell gutes mit einem ehemals eingeschränkten Befinden, welches er mittels temporal verwendetem Ortsadverbial ‚*zwischendrin*‘ als Verweis auf die Zeit zwischen den Sprechstunden und mittels Perfektform in der Vergangenheit verortet. Die Evaluation dieses ehemaligen Befindens mit *NIT so gut* kontrastiert durch das negierte Aufgreifen des Attributs ‚gut‘ explizit das aktuelle mit dem ehemaligen Befinden; durch die abgeschwächte Negation wird letzteres in seiner Bedeutung herabgestuft. Überlappend mit einer ärztlichen Frage nach genauen Umständen des vergangenen Missbefindens (Z. 13) nennt der Patient eine epistemisch eingeschränkte (‚wohl‘) ei-

¹²⁰ Zum Verfahren des *Einschränkens* bei der Beschwerdenschilderung nach Befindensfragen, siehe Kap. 6.2.1.4.

¹²¹ Die Ärzt/innen suchen in einigen Gesprächen während des Gesprächs die Patientenakte heraus.

gene Diagnose HARNröhrenentzündung (Z. 12). Auf sein nachfolgendes *display* von Nichtwissen bezüglich der Ursachen der Harnröhrenentzündung (Z. 14) äußert die Ärztin eine Ursachentheorie (wetterbedingte Unterkühlung) und präsentiert diese mittels ‚vielleicht‘ ebenfalls als epistemisch eingeschränkt. Ihre „post-diagnostische“ Ursachenattribution wird im darauffolgenden Gesprächsbeitrag des Patienten nicht etwa anerkannt, sondern als *candidate theory* behandelt, die er annehmen oder auch zurückweisen kann. Indem er erneut explizit und wiederholt Nichtwissen bzw. Auskunftsunfähigkeit dokumentiert (Z. 16/17), nun auch bezüglich der ärztlichen Ursachenüberlegung, zeigt er Definitionsmacht¹²² über die Auftretensbedingungen der ehemals aufgetretenen Beschwerden. Diese liegen nämlich – da sie in der Zeit zwischen den Sprechstunden aufgetreten und ohne professionell-medizinische Behandlung wieder vergangen sind – vollständig im biographischen Wissensterrain des Patienten abseits der gemeinsamen Interaktionsbiographie, woran sich auch die Ärztin orientiert.

Dass auch positiv-hochgestufte Antworten („hervorragend“, „sehr gut“) keine Nachfragen, sondern nur eine positive ärztliche Evaluation nach sich ziehen können, stellt einen entscheidenden Unterschied zu Begrüßungssequenzen in alltäglichen Gesprächen dar. Sequenziell sind diese *post-positioned assessments* (Goodwin & Goodwin, 1992, S. 161f.) ein Verfahren, um einen Sequenzabschluss zu signalisieren. Sie offenbaren hier eine spezifische institutionelle Orientierung: Aus medizinischer Sicht ist ein außergewöhnlich gutes Wohlbefinden nicht expansionsrelevant: Das therapeutische Ziel, HIV dauerhaft zu behandeln, ohne die Lebensqualität von Patient/innen zu beeinträchtigen, ist offenbar erreicht, so dass das Befinden nicht weiter exploriert werden muss. Die ärztlichen Evaluationen im dritten Gesprächsbeitrag der Eröffnungssequenz offenbaren die medizinische Relevanz (und Erwünschtheit) des patientenseitigen Wohlbefindens. Auch hierdurch werden Antwortpräferenzen vermittelt. Nach dem patientenseitigen Bekunden eines guten Befindens kann dieses also als Thema „abgehakt“ sein.

Die Wie-geht’s-Fragen weisen damit eine verdeckte Orientierung an medizinischen Zwecken auf, die für entsprechende Befindensfragen in akutmedizinischen Sprechstunden aufgrund der Legitimationsnotwendigkeit des patientenseitigen Besuchs und einer hieraus folgenden Problemorientierung der Interagierenden nicht in gleichem Maße gilt. Dementsprechend folgen auf positive Antworten auf Befindensfragen in akutmedizinischen Erst- oder Nachfolgesprächen systematisch medizinisch ausgerichtete Anschlussfragen (Robinson, 2006). Dies ist in den vorliegenden Gesprächen nicht der Fall. Eine mögliche Folge dessen ist, dass wenn Ärzt/innen dann zu weiteren Aktivitäten übergehen, es für Patient/innen in

¹²² In Kapitel 5.2.7 werden zwei Fallbeispiele präsentiert, in denen den Patient/innen durch die Ärzt/innen die epistemische Priorität bei der Definition und ursächlichen Herleitung von Beschwerden im Rahmen der gemeinsamen Beschwerdenexploration und -interpretation zugewiesen wird.

nachfolgenden Sequenzen schwieriger ist, nachträglich Anliegen zu äußern, wenn sie auf die Eröffnungsfrage ein allgemein gutes Befinden angegeben haben. Ärztin G teilte mir in einem persönlichen Gespräch zudem mit, dass sie Befindensfragen nicht bei Patient/innen aus afrikanischen Ländern einsetze: Sie hatte die Erfahrung gemacht, dass die Patient/innen verwirrt reagierten, da die Ärztin ja wissen müsse, wie es ihnen geht!

Dennoch kann das Befinden des Patienten oder der Patientin auch nach Befindensfragen weiter im Fokus des ärztlichen Anschlusshandelns stehen, wobei medizinische Befindensaspekte im Vordergrund stehen können oder nicht: In etwa der Hälfte der Eröffnungssequenzen mit positiver Patientenantwort schließen sich ärztliche Anschlussfragen an, die entweder deutlich auf einen spezifischen medizinischen Umstand Bezug nehmen oder ihrer inhaltlichen Ausrichtung ambig sind.

In obigem Ausschnitt 6-7 behandelt Arzt M das Bekunden eines „hervorragenden“ Befindens als Relevanzmarkierung (Sator, 2003) und elaboriert es als erstes Thema: Der vergangene Urlaub des Patienten als Grund für die Gesichtsbräune wird hier für weitere Fragen abseits medizinisch-institutioneller Zwecke genutzt. Das Etablieren solcher nicht-institutioneller Aktivitäten wird bisweilen also auch durch ärztliche Anschlussfragen getriggert. Positiv-hochgestufte Antworten können neben dem Abschluss der Aktivität auch sequenzielle Expansionen zum Thema ‚gutes Wohlbefinden‘ zur Folge haben (siehe Ausschnitt 6-7), wie Schegloff (1986, S. 129) ebenfalls für auffallend positive Befindensbekundungen in alltäglichen Telefongesprächen beschreibt: „Ordinarily, they prompt in their recipient (the asker of the ‚howareyou‘ question) a request for an account of the state they have announced (e.g. ‚what happened?‘).“ Sacks (1975) spricht diesbezüglich von *diagnostischem* Fragen. In der folgenden Tabelle sind alle Belege mit ärztlichen Anschlussfragen auf positive Patientenantworten aufgeführt:

Beleg	Gespräch	Patientenantwort auf Befindensfrage	Ärztliche Anschlussfrage
(1)	A-1907-AP, Arzt C	06 P: gut; 07 (--)	08 A: <<p> schön;> 09 P: ja; 10 (3.80) (Blättern)) 11 A: wAs gibts NEUes;
(2)	G-1307-AP, Ärztin A	51 P: gU:t DANKe;; 52 (--)	53 A: was hab ich verpAsst seit april in ihrem LEben. (--)
(3)	G-1402-AP (siehe Ausschnitt 6-6), Arzt M	06 P: prima; 07 (--)	08 A: ° sie sIn ja (.) ehm vor (.) vor ein paar monaten Umgestellt <<all>worden,> = 09 = also fAst jetz_n JAHR?

				10	(-) auf das !!sentress. =
				11	= [ne,]
				12 P:	= [geNAU.]
				13 A:	wie [ver]TRAGEN sie das?
(4)	N-2906- AP, Arzt M	22 P: es geht mir GUT- =		24 A: <<gedehnt> okay,>	
		23 = danke.		25 °h was macht der HAARausfall?	
(5)	W-2806- AP, Arzt M	09 P: mir gehts GUT;		10 A: wir ham uns ja schon LANG nich mehr gesehn; =	
				11	= ne? =

Tabelle 7: Ärztliche Anschlussfragen auf positive Patientenantworten nach Befindensfragen

Die ärztlichen Anschlussfragen in den Beispielen (1) und (2) der Tabelle 7 weisen eine interaktionsbiographische Orientierung auf, die den in Kap. 6.1.1.1 beschriebenen Routine-Eröffnungsinitiativen entsprechen und im vorliegenden Korpus auch als solche vorkommen (siehe Kap. 6.2.3). Während Robinson (2006) allerdings grundsätzlich die ärztliche Relevantsetzung bestehender bzw. potenziell neuer medizinischer Anliegen mittels „*What’s new*“-Fragen – also eine institutionelle Ausrichtung – beobachtet, bleibt in den obigen biographischen Anschlussfragen (was gibts NEUES; oder: was hab ich verpasst seit april in ihrem LEBEN.) für die Patient/innen weitgehend offen, ob diese auf die Angabe medizinisch relevanter Ereignisse in der Patientenbiographie zielen oder nicht. Interessant ist, dass beide Patientinnen sich für eine medizinferne Antwort entscheiden: Patientin A-1907 berichtet über neue Aktivitäten in ihrer ehrenamtlichen Aktivität als *peer*-Beraterin HIV-positiver Patient/innen (was NEUES is in die HIVline; = also- wir machen so viel SACHEN.); Patientin G-1307 versichert, dass die Ärztin „nicht viel“ verpasst habe, und gibt die Fortführung einer beruflichen Aktivität an (hm:: ich mach immer noch (--) BILDung?). Ein ähnliches Bild zeigt sich, wenn biographisch orientierte Fragen als Eröffnungsinitiative eingesetzt werden (siehe Kap. 6.2.3).

Belege (3) und (4) aus Tabelle 7 zeigen, dass ärztliche Anschlussfragen in zwei Gesprächen (G-1402-AP und N-2906-AP) auf einen spezifischen medizinischen Umstand Bezug nehmen, der in einer der letzten Sprechstunden als medizinisches Problem (N-2906-AP) bzw. als therapeutische Maßnahme (G-1402-AP) besprochen bzw. umgesetzt wurde. Sie entsprechen damit dem Handlungsformat von Eröffnungsinitiativen, die Robinson (2006) für akutmedizinische Nachfolgespräche identifiziert hat.

Die auf die Eröffnungssequenz folgende Anschlussäußerung des Arztes in Gespräch W-2806-AP (siehe Zeile (5) in Tabelle 7) weist eine etwas andere Handlungscharakteristik auf: Sie fordert weder eine Evaluation vormaliger medizini-

50 P: = meine nase (innerlich) verSTOPFT, (-)

Nach der mit ‚erstmal‘ eingeleiteten Befindensfrage bekundet der Patient – nach dem kurzen Häsitationsmarker hm – in einem satzwertigen Antwortbeitrag sein gutes Befinden (Z. 43). Das sequenzschließende evaluierende ‚gut‘ seitens der Ärztin ist mit moderat steigender Intonation realisiert; es folgt mit schnellem Anschluss eine Nachfrage: keine beSCHWERden [gehabt?] (Z. 45). Die Nachfrage setzt Beschwerden als potenziell existent relevant, etabliert jedoch zugleich eine Präferenz hin zu ihrer Negierung im Antwortbeitrag, was vergleichbar ist mit entsprechenden problemorientierten Eröffnungsfragen aus den von Heritage et al. (2007) untersuchten englischsprachigen Daten, die den Indefinitartikel ‚any‘ enthalten. In seiner Antwort greift der Patient die Formulierung der Ärztin auf: kEIne beschwerde. Er kontrastiert die Negierung von Beschwerden dann jedoch – eingeleitet mit adversativem ‚aber‘ – mit etwas, das er mittels Diskursmarker ich WEISS_nich prospektiv als schwer beschreibbar und unerklärlich rahmt. Die nachfolgend geäußerte spezifische Beschwerde: ich hAb die: (-) SCHNUPFen; (Z. 47) wird dann (Z. 48-50) – unter deutlicher Formulierungsarbeit – beschrieben und im weiteren sequenziellen Verlauf durch die Ärztin anamnestisch exploriert (nicht gezeigt).

Zusammengefasst ist dieser Ausschnitt ein weiteres Beispiel für die spezifische Eigenheit von Eröffnungssequenzen mit Befindensfragen, dass sie eine Orientierung an Aspekten des Befindens etablieren können, die den weiteren Verlauf der Sprechstunde potenziell in Richtung akutmedizinischer nachfolgender Aktivitäten lenkt.

Wenn die medizinisch-institutionelle Ausrichtung nicht in der Eröffnungsfrage selbst expliziert wird und sich in obigem Fallbeispiel auch nicht in der Antwort zeigt (wie dies u. a. in Gespräch J-/ D-2807-AP der Fall ist; siehe Ausschnitt 6-8), kann es in der initiativen Anschlusshandlung der Ärztin in der nächsten Sequenz erfolgen: hier durch eine Nachfrage, die sich dem implizit kommunizierten, medizinisch relevanten Umkehrschluss eines guten Befindens, nämlich der Abwesenheit von Beschwerden zuwendet und sich dessen rückversichert. Die erneute Zuwendung hat in diesem Gespräch tatsächlich eine Beschwerdenangabe seitens des Patienten zur Folge, in welcher – der Präferenzstruktur der ärztlichen Nachfrage folgend – zunächst Beschwerden negiert und dann doch ein spezifisches Problem (Schnupfen) geäußert wird, woraufhin der weitere sequenzielle Verlauf in diese Richtung „einrastet“. Ein ähnliches patientenseitige Verfahren der konzessiven, verzögerten Darstellung von Beschwerden und das in Bezug Setzen mit einem guten allgemeinen Wohlbefinden, das im obigen Fallbeispiel mit einer Herabstufung der geäußerten Beschwerden einhergeht, wird weiter unten für Problemschilderungen nach Befindensfragen als Verfahren des *Einschränkens* beschrieben (siehe Kap. 6.2.1.4), das im Unterschied zu obigem Ausschnitt 6-10 im selben

Antwortbeitrag und nicht erst auf eine Nachfrage eingesetzt wird. Die inhaltlich auf Beschwerden ausgerichtete Nachfrage der Ärztin „legitimiert“ geradezu das patientenseitige Nennen derselben, trotz der bereits beschriebenen Präferenz der Befindensfragen für *no problem*-Befindensevaluationen. Das Fallbeispiel verdeutlicht zudem, dass Antworten auf Anschlussfragen der Ärzt/innen an Eröffnungsfragen unter Umständen doch Probleme der Patient/innen zu Tage befördern, die bei einer einfachen Eröffnungssequenz aus Befindensfrage und Befindensevaluation ggf. nicht geäußert werden würden.

6.2.1.4 *Problemschilderungen auf Befindensfragen: Verfahren des Andeutens und des Einschränkens.*

In 20 von 41 Antworten auf eine Befindensfrage geben Patient/innen Einschränkungen ihres Wohlbefindens an. Im Gegensatz zum Bekunden eines positiven Befindens werden hier nicht hochstufige Ausdrücke semantisch negativer Valenz genutzt, Patient/innen evaluieren ihr Befinden also in den untersuchten Gesprächen nie als „furchtbar“ oder „sehr schlecht“. Vielmehr enthalten die Patientenantworten Formulierungen, die ein eingeschränktes Wohlbefinden in einem kurzen Antwortbeitrag zunächst andeuten (z. B.: „geht so“; „Könnte besser sein“), und auf diese Weise einerseits dessen Bedeutung herunterstufen, zugleich aber ärztliche Nachfragen evozieren. Alternativ schicken Patient/innen bisweilen die Angabe eines allgemein guten Wohlbefindens voraus, welches sie dann mit einem nachfolgend geäußerten spezifischen medizinischen Problem einschränken bzw. Letzteres als spezifischen Umstand innerhalb eines positiv bewerteten Allgemeinzustands präsentieren. Diese beiden Verfahren, die ich als *Andeuten* und als *Einschränken* bezeichne, haben beide den Effekt, dass sie die Angabe eines medizinisch auffälligen Befindenzustands bzw. Problems sequenziell „nach hinten“ verschieben und dieses zugleich (zumindest zunächst) bagatellisieren. Beide Verfahren sollen im Folgenden durch Fallbeispiele veranschaulicht werden:

Ausschnitt 6-11: Andeuten eines medizinischen Problems auf eine Befindensfrage, N-2806-AP, Arzt M, 5-17 Sekunden.

08 A: <<f> so wie [GEHTS ihnen denn;>]
 09 P: [<<p> dann (.) eh->]
 10 <<p> joah->
 11 <<p> hm-> (1.0)
 12 sO la LA. (--)
 13 eh: dat wetter SCHAFFT- (---)
 14 A: ja_a-
 15 (--)
 16 [was (.) was schAfft sie denn daBEI?]
 17 P: [un: da hab ich auch probleme mit:] (.) der LUFT-
 18 (---)
 19 A: okay;

Nach der – mittels großer *pitch*-Spannweite und erhöhter Sprechlautstärke – emphatisch intonierten Befindensfrage (Z. 08) äußert der Patient die Antwortpartikel

joah (Z. 10) sowie direkt darauf den Verzögerungsmarker hm (Z. 11). Beide minimalen Antwortäußerungen kündigen hier bereits eine negative Evaluation des erfragten Befindens an: Zum einen wird diese mittels Disaffiliation mit der ärztlichen Eröffnungsfrage auf prosodischer Ebene (Stivers, Mondada & Steensig, 2011) – es ist eine deutlich herabgesetzte Sprechlautstärke und monotone Intonation hörbar – erreicht; zum anderen wird der Antworterverwartung hin zu einer direkten, positiven Evaluation ausgewichen bzw. diese verzögert, was die Antwort bereits hier als dispräferiert kennzeichnet. Darauf folgt eine Pause von einer Sekunde, in der weder der Patient seinen Gesprächsbeitrag weiterführt, noch der Arzt eine Folgesequenz initiiert: Für Letzteren scheint die Antwort noch nicht ausreichend zu sein, der Patient dagegen überlässt dem Arzt das Rederecht für weitere Nachfragen. Er evaluiert schließlich explizit sein Befinden, und zwar mit dem Ausdruck so la LA. (Z. 12), der semantisch auf einen Bereich zwischen ‚schlecht‘ und ‚mittelmäßig‘ referieren kann und damit eine herabgestuft negative Evaluation darstellt. Wieder wird diese durch den Arzt nicht aufgegriffen, was ggf. durch die noch fehlende *doctorability* (Heritage & Robinson, 2006b) des bis zu diesem Punkt geäußerten moderat eingeschränkten Allgemeinbefindens bedingt ist, das in seiner Vagheit für eine diagnostische Weiterbearbeitung durch den Arzt nicht ausreicht. In Zeile 13 äußert der Patient eine subjektive Krankheitstheorie als Ursachenattribution für die Einschränkung seines Wohlbefindens, in der das Wetter als ein destruktiv wirkender Agens dargestellt wird: eh: dat wetter SCHAFFT- (Z. 13). Auf diese Allgemeinerklärung, in der erneut keine spezifischen gesundheitlichen Einschränkungen genannt werden, äußert der Arzt ebenfalls nur einen *continuer* (Z. 14), stellt dann aber nach einer weiteren halbsekündigen Pause die Nachfrage, was den Patienten denn am Wetter „schaffe“ (Z. 16). Mit der ärztlichen Frage fast vollständig überlappend führt der Patient seinen Redezug (Z. 17) fort und nennt Beschwerden, die er als probleme mit: (.) der LUFT- umschreibt, was als mögliche Referenz auf Atemprobleme eine metonymische Verschiebung darstellt. Die Darstellung der spezifischeren Problematik bleibt durch diese Formulierung weiter inkonkret. Nach einer weiteren Pause produziert der Arzt das *acknowledgement token* okay (Z. 19), woraufhin weitere Beschwerden (Schmerzen in den Knochen) relevant gesetzt und exploriert werden.

Ein weiteres Fallbeispiel soll das Verfahren des Andeutens veranschaulichen:

Ausschnitt 6-12: Andeuten eines medizinischen Problems auf eine Befindensfrage, B-1506-AP, Arzt M, 53-65 Sekunden.

43 A: <<f> so wie !GEHTS! ihnen;>
 44 P: ja:- (-)
 45 <<p> GEHT so.>
 46 (--)
 47 A: das klingt ja nIch so [(1.0)] beGEISTert;
 48 P: [JA_(hm);]

49 (--)
 50 ich wEIB nich war'- (---)
 51 zur zeit ich hab so OFT (-) so so- (---)
 52 mir wirds auf EINma (-) kotzübel. (-)

Auch in diesem Ausschnitt wird die Befindensfrage (Z. 43) von Arzt M mit äußerst emphatischer Prosodie produziert: Große *pitch*-Spannweite, erhöhte Sprechlautstärke, ein Halten des höchsten Tonhöhenlevels auch nach der Nukleussilbe sowie ein Überschlagen der Stimme zum Ende der Intonationsphrase vermitteln ein *display* von guter Laune und lassen die ärztliche Eröffnungsinitiative wenig problemorientiert erscheinen. Die Patientin antwortet zunächst – wie Patient N-2806 im vorhergehenden Ausschnitt 6-11 – mit der für Entscheidungsfragen spezifischen Antwortpartikel ‚ja‘, die eine dispräferierte Antwort ankündigt. Zugleich ist wieder eine Disaffiliation zur vorausgehenden ärztlichen Frage mittels herabgesetzter Sprechlautstärke und tiefem *pitch* erkennbar. Der Antworterwartung – der Evaluation des Befindens – wird dann nach einer kurzen Pause in Zeile 45 nachgekommen: <<p> GEHT so.>. Der verfestigte Ausdruck stellt eine negative, wenn auch herabgestuft-negative Evaluation dar und fordert als eine von der positiv-neutralen abweichenden Antwort auf eine Befindensfrage auch in alltäglichen Interaktionstypen eine sequenzielle Expansion (Schegloff, 1986). Während dieser Folgerwartung in Ausschnitt 6-11 nicht nachgekommen wurde, wird hier die nächste Sequenz durch den Arzt initiiert, in der er eine *Formulierung* (Deppermann, 2011) der Befindensevaluation äußert: das klingt ja nIch so [(1.0)] beGEIstert; (Z. 47). Mittels Negation von ‚begeistert‘ umschiffet auch der Arzt einen direkt negativen Ausdruck bezüglich des patientenseitigen Befindens. Die Formulierung des Arztes sowie die turninterne Pause fungieren, auch durch den Verweis auf sein ungesichertes Wissen (das klingt ja) bezüglich des patientenseitigen Zustands, als *information fishing device*, was zeigt, dass das patientenseitige Verfahren des Andeutens auch als solches verstanden wurde. Unter deutlicher Formulierungsarbeit – die Patientin bricht in Zeile 50/51 drei Mal ihre Äußerung ab – und unter Vorausschicken eines ihrerseits eingeschränkten *epistemic stance* (Z. 50) äußert die Patientin daraufhin konkret das medizinische Problem: mir wirds auf EINma (-) kotzübel. (Z. 52). Sie wählt hierfür nun eine *extreme formulation*.

Die beiden Fallbeispiele in Ausschnitt 6-11 und Ausschnitt 6-12 zeigen insgesamt eine sprachlich-interaktive Dynamik, die von den obigen Eröffnungssequenzen aus Befindensfrage und positiver Evaluation auf frappierende Weise abweicht: Während Wohlbefindensbekundungen ohne Verzögerung direkt auf die Eröffnungsfrage folgen und in einem häufig minimalen Antwortbeitrag ausgedrückt werden, wird in obigen Ausschnitten die Angabe des eingeschränkten Befindens zunächst implizit angedeutet bzw. die Beantwortung der Frage auf einen späteren Teil des insgesamt komplexeren Antwortbeitrags aufgeschoben. Das

sprachlich-interaktive Verfahren des *Andeutens* erfolgt mittels prosodischer Disaffiliation (herabgesetzte Sprechlautstärke und Sprechgeschwindigkeit, Verzögerungen) sowie durch lexikalische Elemente, die Verzögerungen markieren bzw. inhaltlich leer sind und hierdurch ärztliche Nachfragen relevant setzen (die in Ausschnitt 6-11 nicht folgen, jedoch in Ausschnitt 6-12). Auffällig, nämlich in hohem Maße von der ärztlichen Bearbeitung abhängig, ist hierbei der Zusatz ‚eigentlich‘ bei der Angabe eines guten Befindens. In Gespräch R-2906-AP antwortet der Patient auf die Befindensfrage mit: ganz GUT eigentlich; woraufhin Arzt M die Aktivität mit einer positiven Evaluation abschließt, das ‚eigentlich‘ also nicht als einschränkend behandelt. In Gespräch A-2106-AP dagegen äußert Ärztin G auf die Antwort (mir gEhts: (-) für sich sehr GUT eigentlich:.) eine medizinische Anschlussfrage (siehe Ausschnitt 6-5, S. 153), während der Patient überlappend das ‚eigentlich‘ als nicht zutreffend zurücknimmt. In Gespräch T-/P-2406-AP dagegen wird das ‚eigentlich‘ als Relevanzmarkierung, als Andeuten eines medizinischen Problems verstanden:

Ausschnitt 6-13: ‚eigentlich‘ als Andeuten eines eingeschränkten Wohlbefindens, T-/P-2406-AP, Arzt M, 188-199 Sekunden.

47 A: °hh wie GEHTS ihnen.
 48 (--)
 49 P2: öh:m EIgentlich (.) ganz GUT;
 50 (--)
 51 A: EI[gentlich?]
 52 P2: [also] ich hatt_jetz die letzten wochen hab ich
 ehm (.) bAUchschmerzen gehabt un DURCHfall? °hh (-)
 53 aber ich- (-)
 54 keine Ahnung wo das HERkam.

Bereits die Verzögerung in der Patientenantwort markiert diese als dispräferiert. Arzt M reagiert hierauf und setzt in seiner Nachfrage in Z. 51 die potenziell einschränkend-modalisierende Bedeutung von ‚eigentlich‘ relevant und fordert damit eine Erklärung, die z. T. überlappend beginnt. Beginnend mit dem Explikationsmarker ‚also‘ äußert der Patient T-2406-AP tatsächlich Beschwerden. Seine Antwort, in der er das Plusquamperfekt (‚hatte‘) mit der Perfektform ‚habe‘ repariert, lässt zunächst offen, ob das Problem immer noch besteht (siehe aber das Präteritum von ‚herkommen‘ in Zeile 54), so dass Arzt M in der Folgesequenz nachfragt, ob die Beschwerden ne EINmalige sache gewesen seien (nicht gezeigt).

Das Verfahren des *Einschränkens* teilt mit dem beschriebenen *Andeuten* medizinischer Probleme die verzögerte Angabe eines vorliegenden medizinischen Problems. Während das Andeuten aber eine erneute Sequenzinitiierung durch den Arzt in Form von Nachfragen relevant setzt, nutzen Patient/innen beim Einschränken denselben ersten Antwortbeitrag, um ihre medizinischen Anliegen zu äußern. Zwei Fallbeispiele dienen der Veranschaulichung:

Ausschnitt 6-14: Einschränken des guten Befindens durch ein medizinisches Problem, S-1307-AP, Ärztin A, 4-21 Sekunden.

08 A: wie IS_et;
 09 (--)
 10 P: eh:-
 11 eigentlich oKEE jetzt.
 12 ((Blättern))
 13 bis eh: (-) meine AUgen, (-)
 14 <<p, all> SEHN sie?>
 15 geSCHWOLLn?
 16 A: geSCHWO[LL:N?]
 17 P: [fast] (--) fAst jeden MORgen;
 18 (---)
 19 A: hm::,
 20 P: und mein ganzer kÖrper is geSCHWOLLen-
 21 (--)
 22 A: <<f> ja_das is aber doch nich oKEE;>
 23 P: das is WASSer.

Die Ärztin A eröffnet hier die Sprechstunde mit einer informellen Variante einer Befindensfrage (Z. 08; siehe auch Tabelle 6). Der Patient produziert zunächst das Verzögerungssignal *eh:* und evaluiert sein Befinden dann als *eigentlich oKEE jetzt*. (Z. 11). Wie in obigen Ausschnitten zum Verfahren des Andeutens wird auch hier also zunächst die Antwort – allerdings nur kurz – hinausgezögert. Die Evaluation selbst weicht ebenfalls von den obigen Antworten zum Bekunden eines positiven Wohlbefindens ab, wenn auch nicht in gleichem Maße wie in Ausschnitt 6-11 und Ausschnitt 6-12, da *oKEE* eine moderat-positive semantische Valenz innehat. Diese wird adverbial durch ‚*eigentlich*‘ heruntergestuft; zudem wird das moderat-positive Befinden temporal auf die Gegenwart beschränkt, wodurch ein Kontrast zwischen dem aktuellen Wohlbefinden und einem abweichenden Befindenzustand in der Vergangenheit angedeutet wird. Expliziert wird aber dann ein Kontrast zwischen dem angegebenen Allgemeinbefinden und einem medizinischen Problem mit den Augen (Z. 13). Die einleitende exkludierende Konjunktion ‚*bis (auf)*‘ (im Sinne von: außer) lässt die projizierte Beschwerde als einzige Einschränkung des guten Allgemeinbefindens erscheinen und vereinbart auf diese Weise das moderat gute Allgemeinbefinden mit einem spezifischen medizinischen Problem. Um dieses intersubjektiv verfügbar zu machen, fordert der Patient die visuelle Aufmerksamkeit der Ärztin ein: <<p, all> SEHN sie?> (Z. 14), und benennt das, was der Ärztin nun auch als sichtbare Symptomatik zugänglich sein sollte, minimal mit: *geSCHWOLLn?* (Z. 15). Die Ärztin wiederholt die Problembenennung des Patienten (Z. 16) zur Bestätigung seiner Beobachtung und stellt hierdurch über dessen Existenz und bezüglich der medizinischen Relevanz des Symptoms Intersubjektivität her. Teilweise mit der ärztlichen Äußerung überlappend und dadurch möglichen Sequenzinitiierungen zuvorkommend, gibt der Patient einen konkreten zeitlichen Umstand des genannten Problems an (*fAst*

jeden MORgen), der dessen Bedeutung hochgestuft. Die terminale Intonation der letzten TKE der Patientenäußerung (Z. 17) sowie die Pause hiernach legen einen Sprecherwechsel nahe; die Ärztin äußert jedoch in Zeile 19 lediglich einen *continuer*, der die patientenseitige Darstellung als nicht ausreichend behandelt. Daraufhin führt der Patient die Beschwerdendarstellung fort, die er mittels Konjunktoren ‚und‘ an die vorangegangene TKE anknüpft: und mein ganzer körper is geschwollen- (Z. 20). Die Ausweitung des Symptoms der Schwellung von den Augen auf den ganzen Körper lässt die Beschwerden nun maximal hochgestuft erscheinen. Heritage & Robinson (2006b) sowie Heritage (2009) haben das Hochstufen medizinischer Probleme bei der Beschwerdenschilderung für akutmedizinische Gespräche systematisch belegt. Nach Ansicht der Autoren sehen sich Patient/innen vor der interaktiven Aufgabe, ihren Besuch in der medizinischen Praxis durch behandlungswürdige Beschwerden (*doctorable concerns*) legitimieren zu müssen (siehe auch Kap. 5.2.6). In der HIV-Sprechstunde gibt es zwar eben nicht den Druck für Patient/innen, ihr Kommen begründen zu müssen, jedoch zeigt sich in diesem Ausschnitt ein ähnliches Phänomen, das durch das Nichtinitiieren einer beschwerdenexplorativen Frage-Antwort-Sequenz durch die Ärztin (Z. 18) lokal erzeugt wird und so ggf. die drastische Beschwerdenangabe (Z. 20) befördert. In Zeile 22 zeigt sich, dass das patientenseitige Verfahren des Einschränkens in Verbindung mit der schrittweisen Hochstufung der Beschwerden scheitert: Mit ihrer zweiten Evaluation des geschilderten Zustands (ja_da is aber doch nich oKEE;), die in erhöhter Sprechlautstärke produziert wird, zeigt die Ärztin, dass sie den eingangs bekundeten moderat guten Befindenzustand als nicht vereinbar mit den ganzkörperlichen Beschwerden des Patienten ansieht. Der Ausschnitt endet mit einer Diagnose seitens des Patienten zum Grund der Schwellung (das is WASSer. Z. 23), welche nun durch ein *change of footing* von der Evaluation hin zu einer Erklärung der Symptomatik Abstand nimmt und ihr hierdurch ein Stück ihrer Dramatik nimmt.

In folgendem Ausschnitt 6-15 zeigt sich, dass das patientenseitige Verfahren des Einschränkens auch andere interaktive Risiken bergen kann als jenes, sich durch die Schilderung eines spezifischen Problems nach der Angabe eines guten Wohlbefindens dem Vorwurf der Widersprüchlichkeit auszusetzen, wie dies in Ausschnitt 6-14 der Fall war:

Ausschnitt 6-15: Einschränken des guten Allgemeinbefindens durch ein medizinisches Problem, R-2806-AP, Arzt M, 28-40 Sekunden.

26 A: = wie GEHTS ihnen denn.
 27 P: mir gehts GUT- =
 28 = ich hAb zwar immer ma wieder: irgendwie_n bisschen
 probleme: mit magen DARM aber <<wegwerfend> pffff-> (--)
 29 A: °hh
 30 [<<pp> hm->]
 31 P: [also] (.) jetzt nIchts weltbeWEgendes.

32 A: wie Äußert sich <<cv> das?>
33 (--)
34 P: ich hab BAUCHschmerzen:-
35 un dann noch_n bisschen-
36 oder: dass der stUhl nicht ganz so: sein sollte wie er
eigentlich [IS-]

Nach der Befindensfrage in Zeile 26 bekundet der Patient sein allgemeines Wohlbefinden (Z. 27). Direkt mit schnellem Anschluss – eine sichtbare *turn*-Haltearbeit – äußert er dann jedoch ein spezifisches Problem: ich hab zwar immer ma wieder: irgendwie_n bisschen probleme: mit magen DARM aber <<wegwerfend> tpfff-> (Z. 28). Die ‚zwar..., aber...‘-Konstruktion projiziert früh, dass der folgenden Aussage eine Einschränkung folgt, die hier eine Bagatellisierung des genannten Magen-Darm-Problems ist und paraverbal durch ein affrikates *sound object* (Reber, 2012) ausgedrückt wird. Das Herunterstufen der Beschwerden zeigt sich zudem bereits im ‚zwar‘-Teil der Aussage: Die Bedeutung der Problematik wird – im Gegensatz zum obigen Ausschnitt 6-14 – relativiert, indem der Patient sie als nicht schwerwiegend (‚ein bisschen‘) beschreibt. Der Vagheitsausdruck ‚irgendwie‘, der sich sowohl auf die Beschaffenheit als auch auf die Ursache der Beschwerden beziehen kann, trägt zugleich ein *display* des *doing being a patient* und präsentiert die Beschwerden als diffus und unerklärbar. Nach einem längeren Einatmen des Arztes und überlappend mit einem Rezipientensignal (Z. 29 und 30) bagatellisiert der Patient erneut explizit das genannte Symptom, indem er es als: nIchts weltbeWEgendes. (Z. 31) evaluiert.

Das interaktive Problem, dem sich Patient R-2806 ebenso wie Patient S-1307 stellt und welches sich sowohl in Ausschnitt 6-14 als auch in Ausschnitt 6-15 deutlich zeigt, ist: „Wie schaffe ich es, der Präferenz der Eröffnungsfrage – dem Bekunden eines positiven Befindens – nachzukommen, dennoch mein Problem zu äußern und beides miteinander zu vereinbaren?“ Das Verfahren der Wahl ist bei beiden Patienten das Einschränken, mit dem das Problem als Ausnahme oder spezifische Einschränkung des allgemein guten Befindens präsentiert wird. Während bei Patient S-1307 das Verfahren aufgrund zugleich bestehender lokaler Erfordernisse der Legitimierung der Beschwerdenschilderung scheitert, birgt die Herabstufung der genannten Beschwerden im Dienste der Widerspruchslosigkeit mit der Wohlbefindensbekundung womöglich das Risiko, dass das genannte Problem nicht als solches weiterbearbeitet wird: Wenn die Beschwerden nicht „weltbewegend“ sind, weshalb sie explorativ und therapeutisch behandeln?

Der Arzt zeigt hier allerdings Sensibilität für die impliziten Relevantsetzungen des Patienten: In Zeile 32 stellt er eine Frage zur genauen Beschaffenheit der Magen-Darm-Beschwerden und leitet damit eine Beschwerdenexploration ein, woraufhin der Patient konkretere Symptome nennt (Z. 34-36).

Webb et al. (2013) identifizieren ein vergleichbares Phänomen in optometrischen Sprechstunden. Hier verneinen Patient/innen allerdings bereits auf spezi-

fisch problemorientierte Eröffnungsfragen (meist vom Typ: ‚*Have you noticed any problems?*‘) die Existenz von Problemen. Die Autor/innen interpretieren das Aufschieben von Beschwerdenangaben als Verfahren zur Lösung des interaktiven Problems, Einschränkungen des Wohlbefindens anzugeben, diese aber zugleich herunterzustufen, wenn sie als nicht ausreichend ernst wahrgenommen werden, um als ‚Problem‘ direkt in der Eröffnungssequenz exponiert zu werden. M. E. wird dies in den Gesprächen von Webb et al. (2013) auch durch die Präferenzstruktur der Eröffnungsfrage getriggert: Trotz Relevantsetzung potenzieller Probleme bewirkt der Indefinitartikel ‚*any*‘ eine Präferenz für die Negierung von Beschwerdenangaben (Heritage et al., 2007).

Das folgende letzte Fallbeispiel zeigt eine Beschwerdenschilderung des Patienten W-1807 auf eine Befindensfrage, in welcher vor allem eines deutlich werden wird: Auch lexikalisch erweiterte Wie-geht’s-Fragen, die tendenziell in Richtung medizinisch-institutioneller Anliegen und Befindensdimensionen bearbeitet werden, bauen interaktive Hürden für das Äußern von Beschwerden auf.

Ausschnitt 6-16: Angabe von Beschwerden auf Befindensfrage, W-1807-AP, Ärztin G, 80-99 Sekunden.

01 A: °h (.) gut-
 02 wie gEhts ihnen SONST?
 03 P: (1.60) <<cv> eh JA:-> (0.75)
 04 <<p,cv> eh_JA_a;>
 05 <<cv> sons eigentlich ganz GUT->
 06 A: <<p> ja,>
 07 P: <<cv> eh_h°> ((setzt nochmal an und atmet laut aus))
 08 <<p, cv>_JA_ah-> (--)
 09 stUhlgang is is: (.) fast immer (noch/nur) BREIig- =
 10 = oder (--) oder !MEHR! also DÜNner- (-)
 11 A: hm_hm- (-)
 12 P: <<cv,p> u:nd->
 13 <<cv,pp> na JA also;>
 14 (1.00)
 15 A: [un wie HÄUfig am tag-]
 16 P: [na jA ich fühl mich sonst-] (--)
 17 ich fühl mich nit !SO! superwohl aber ich fühl <<cv>
 mir>-
 18 = <<cv> also eh-> (--)
 19 nee (.) dirEkt hab ich eigentlich NIX-
 20 A: okee;
 21 P: <<p> a[ber>]
 22 A: [wie] häufig HAM_se denn den stuhlgang am tach-

Die eineinhalbsekündige Pause nach der mittels ‚sonst‘ erweiterten Befindensfrage sowie mehrfache gedehnte Häsitationsmarker in Verbindung mit einer weiteren Pause (Z. 03/04) kündigen bereits eine dispräferierte Antwort des Patienten an. In Zeile 05 bekundet der Patient sein Wohlbefinden, indem er das Erweiterungsadverb ‚sonst‘ TKE-initial aufgreift. Die Wohlbefindensbekundung selbst ist durch ‚eigentlich‘ herabgestuft. In Zeile 06 äußert die Ärztin das Rückversicherungssignal ‚ja‘. Diese zeigt gesprächsorganisatorisch eine Sensitivität für

die impliziten Relevanzmarkierung des Patienten, weist aber zugleich eine Präferenz für eine patientenseitige Bestätigung auf, welche sich im Folgebeitrag des Patienten widerspiegelt: Er zögert erneut eine Antwort heraus, indem er gedehnte Hästitionssmarker in glottalisierter Stimmqualität produziert und hörbar ausatmet. In Zeile 08 setzt er neu an und beginnt seinen Gesprächsbeitrag mit einem gedehnten ‚ja‘, das hier als *preface* eines längeren Redezugs fungiert und nicht etwa als bestätigende Antwortpartikel auf die Rückversicherung der Ärztin. Indem er dann seinen Stuhlgang als *fast immer (noch/nur) BREIig-* oder *(--)* oder *!MEHR! also DÜNner-* (Z. 09/10) beschreibt, äußert er mit Verzögerungen ein Symptom, das als Einschränkung seines Wohlbefindens eine dispräferierte Antwort darstellt, jedoch zunächst im Widerspruch steht zu seinem zuvor geäußerten ‚eigentlich guten‘ Befinden. Die gleichbleibende Tonhöhe am Ende der Intonationsphrase zeigt eine *turn*-Haltarbeit an, auf die die Ärztin mit einem *continuer* (Z. 11) reagiert. Der Patient fährt in geringer Sprechlautstärke mit dem Konjunktoren ‚und‘ fort (Z. 12), bricht dann erneut ab, und setzt mit *na JA also;* (Z. 13) neu an. Die mittels ‚also‘ projizierte Explikation des zuvor symptomatisch genannten Problems wird allerdings zunächst nicht eingelöst, es folgt eine einsekündige Pause. Auf diese beginnt die Ärztin die Äußerung einer beschwerdenexplorierenden Nachfrage nach der Häufigkeit des Stuhlgangs (Z. 15), die aufgrund einer vollständigen Überlappung mit der patientenseitigen Fortführung seines Gesprächsbeitrags abgebrochen wird. Der Patient setzt darauffolgend allgemeinere Relevanzen, kommt jenseits des geäußerten Problems nochmal auf sein Allgemeinbefinden zu sprechen, welches nun als Folgerung aus dem zuvor genannten Symptom bzw. als eine reformulierte Antwort auf die ärztliche Eröffnungsfrage aus Zeile 02 präsentiert wird. Aufgrund der Überlappung mit der ärztlichen Anschlussfrage bricht er nach *[na jA ich fühl mich sonst-]* (Z. 16) ab, repariert und vervollständigt den Redezug in den Zeilen 17 bis 19: *ich fühl mich nit !SO! superwohl aber ich fühl <<cv> mir-> = <<cv> also eh-> (--)* *) nee (.) dirEkt hab ich eigentlich NIX..*

Interessant ist, dass der Patient sich in seiner Formulierung einerseits an der ärztlichen Eröffnungsfrage orientiert (‚sonst‘), andererseits aber seine Antwort in Richtung eigener Relevanzen nuanciert: Das von ihm verwendete reflexive Verb ‚sich fühlen‘ setzt – deutlicher als das Befindensverb ‚gehen‘ – den Schwerpunkt auf subjektive Dimensionen des Wohlbefindens. In der den Gesprächsbeitrag abschließenden Äußerung stellt der Patient interessanterweise die *doctorability* seines eingeschränkten Wohlbefindens in Frage: Er gibt zwar an, sich *nit !SO! superwohl* zu fühlen (Z. 17), kontrastiert dies aber mit der Abwesenheit von etwas Konkretem: *<<cv> also eh> nee (.) dirEkt hab ich eigentlich NIX-* (Z. 18/19). Hier wird also die eher subjektive Dimension des *Befindens* – ausgedrückt mit dem Verb ‚sich fühlen‘ – von einer medizinisch-symptomorien-

tierten Dimension des *Befunds* – ‚etwas haben‘ – differenziert und dabei letztere als unzutreffend ausgeschlossen. Vermutlich steht dieses Verfahren im Dienste der Widerspruchsvermeidung mit seiner eingangs, der Präferenz der Befindensfrage folgenden Bekundung eines guten Befindens.

Nach einem sequenzschließenden *acknowledgement token* seitens der Ärztin initiiert der Patient eine neue Sequenz (Z. 21: *aber*), die Ärztin setzt sich jedoch mit dem Aufgreifen ihrer beschwerdenexplorierenden Frage nach der Häufigkeit des Stuhlgangs durch (Z. 22). Der Patient antwortet im Anschluss an den gezeigten Ausschnitt, dass er höchstens einmal täglich Stuhlgang habe, woraufhin die Ärztin die Beschwerdenexploration mittels evaluierendem ‚gut‘ abschließt und die Mitteilung der Blutwerte (siehe Kap. 7) einleitet (nicht gezeigt). Nachdem also ausgeschlossen wurde, dass sich die Häufigkeit des weichen Stuhlgangs innerhalb medizinischer relevanter Häufigkeiten bewegt, geht die Ärztin zu Routineaufgaben der HIV-Sprechstunde über. Das Unwohlsein des Patienten, welches bereits durch den Patienten als subjektives Allgemeingefühl verortet wurde, wird nicht weiterbearbeitet.

Beide Gesprächspartner orientieren sich an der *doctorability* der genannten Probleme: der Patient, indem er zunächst ein konkretes, medizinisch explorierbares Symptom vorbringt (das er zur Legitimierung eines diffusen unwohligen Allgemeingefühls einbringt) und die Ärztin, indem sie medizinisch relevante Aspekte des Symptoms ‚weicher Stuhlgang‘ erfragt, medizinisch irrelevante Dimensionen des patientenseitigen Befindens dagegen jedoch nicht weiterbearbeitet. Das Missbefinden des Patienten wird damit als nicht in eine institutionelle Kategorie zuordenbar behandelt, was seinerseits durch die unzureichende Anliegensexploration bedingt ist. Die unklar bleibende Problematik wird dadurch als „irrelevant, weil unklar abgestuft, übergangen oder routinemäßig »für den Klienten/Patienten geklärt«“ (Lalouschek, 2013, S. 375). Damit zeigt sich an diesem Fallbeispiel zudem etwas, das ebenfalls im Kapitel zu therapiebezogenen Aushandlungen (Kap. 8) eingehender thematisiert werden soll: Auch wenn der Ärztin offensichtlich das Recht sowie die epistemische Autorität für die explorative Weiterbearbeitung der Problemschilderung zukommt, übernimmt sie keine weitere Initiative für eine eingehendere Exploration, die in eine gemeinsame Interpretation sowie therapeutische Überlegungen münden könnte. Die Beschwerden des Patienten werden von der Ärztin alleinig auf ihre medizinische Relevanz hin „abgeklopft“ – hier auf eine potenzielle HIV-Spezifität des Symptoms Durchfall als häufige Nebenwirkung der antiretroviralen Medikation. Sein diffuses Missbefinden, das er äußert, wird nicht weiter exploriert.

Zusammenfassend wird in obigem Ausschnitt 6-16 die Präferenzorganisation gesprächseröffnender Befindensfragen deutlich: Patient W-1807 betreibt – wie auch die Patient/innen in den vorausgehenden Fallbeispielen – erhöhten sprach-

lich-interaktiven Aufwand, um ein eingeschränktes Befinden äußern zu können. Die Kontextualisierung einer medizinisch-institutionellen Agenda durch Befindensfragen, die mit lexikalischen Elementen wie ‚sonst‘ oder ‚momentan‘ versehen sind, sich bisweilen (z. B. in Ausschnitt 6-8) in der inhaltlichen Ausrichtung positiver Befindensbekundungen oder durch die ärztliche Fortführung einer problemorientierten Agenda zeigt, bewirkt also zumindest in diesem Gespräch keine „Erleichterung“ für das Vorbringen von Beschwerden. Deutlich wird auch, dass das Äußern von Beschwerden nach Befindensfragen stets explorierende ärztliche Anschlussbehandlungen, i. d. R. Fragen, nach sich zieht.

6.2.2 „Was ist das Problem?“ – Anliegenzuschreibung und Problemexploration in problemfokussierten Eröffnungsinitiativen

In fünf Gesprächen beziehen sich Ärzt/innen in der Eröffnungsinitiative explizit auf ein patientenseitiges Problem oder legen ein konkretes Anliegen oder eine Agenda anderer Art zugrunde. Eröffnungsinitiativen solcher Art, wie z. B. „Sie kommen ja vor allem wegen X“ oder „Wie sieht denn der Arm überhaupt aus?“ bezeichne ich als *problemfokussiert*. Problemfokussierte Eröffnungsinitiativen sind aus akutmedizinischen Erst- und Nachfolgegesprächen bekannt (siehe Kap. 6.1.1). In den vorliegenden Gesprächen dokumentieren sie das Verständnis der HIV-Ärzt/innen über besondere Erscheinungsgründe¹²⁴ für die Sprechstunde und kommunizieren mehr oder weniger Vorwissen über diese Gründe. Sie etablieren einen spezifischen Gesprächs-Subtyp (siehe Kap. 6.1.1.1), der zu anderen Zwecken als zur Routinekontrolle erfolgt. Das *Problem*, das mittels solcher Eröffnungsinitiativen relevant gesetzt wird, kann dabei ein *medizinisches Problem* in Form von Beschwerden oder Befundergebnissen sein, ein geäußertes/zugeschriebenes Anliegen abseits medizinischer Beschwerden oder ein ärztlicher Gesprächsplan, dessen Bearbeitung dann als *interaktives Problem* für den nachfolgenden Gesprächsverlauf etabliert wird.

Folgender Ausschnitt zeigt eine Eröffnung des Kerngesprächs durch eine problemfokussierte Eröffnungsinitiative.

Ausschnitt 6-17: Problemfokussierte Eröffnungsinitiative, B-2906-AP, Arzt M, 5-13 Sekunden.

08 A: so;; (-)
09 sie kOmmen ja vor allem auch weil wir gucken wollten
wies mit dem (--) em er TE is.
10 ne?
11 (--)
12 P: jA da war ich GEStern.
13 A: geNAU.

¹²⁴ Eine Zuschreibung eines patientenseitigen Grunds für das Erscheinen erfolgt natürlich auch mittels Befindensfragen: Hiermit kommuniziert der Arzt/die Ärztin die Annahme, dass der Patient/die Patientin die Sprechstunde aufgrund des Routinetermins aufsucht.

Groß: Arzt/Patient-Gespräche in der HIV-Ambulanz

14 P: da gucken wir uns die bilder doch jetzt mal AN;
15 (1.40)

In der ärztlichen Eröffnungsinitiative in Zeile 09 wird ganz explizit auf einen konkreten Grund für das Aufsuchen der Sprechstunde referiert: die Besprechung der diagnostischen Abklärung mittels Magnetresonanztumographie (MRT). Die Eröffnungsfrage enthält hier eine klare Anliegenzuschreibung: Mittels Abtönungspartikel ‚ja‘ wird dieses Anliegen als *common ground* und durch den Verweis auf eine gemeinsame Intention (weil wir gucken wollten) als gemeinsame Gesprächsagenda konstruiert und zusätzlich als patientenseitiger Grund für das Erscheinen (sie kOmmen (...) weil) gerahmt. Die formale Gestaltung als Deklarativsatzfrage (Spranz-Fogasy, 2010) mit angehängtem Rückversicherungssignal (ne?) weist dabei eine hohe epistemische Sicherheit auf und setzt eine Bestätigung der ärztlichen Annahme relevant. Diese folgt nach einer halbsekündigen Pause in Zeile 12. Im selben Redezug informiert der Patient den Arzt über den Zeitpunkt der MRT-Untersuchung, was durch den Arzt bestätigt wird. In Zeile 14 kündigt der Arzt metakommunikativ eine nachfolgende Aktivität an, die sich aus dem intersubjektiv gesicherten Anliegen ergibt und als *chief agenda* den nachfolgenden Gesprächsverlauf bestimmt (nicht gezeigt). In der Eröffnungssequenz wird also ein spezifischer Grund des Erscheinens zugeschrieben und als weitere Agenda projiziert; die Bestätigung durch den Patienten ermöglicht eine rasche Überleitung zur entsprechenden Befundklärung.

Die fünf Belege problemfokussierter Eröffnungsinitiativen sind in folgender Tabelle aufgeführt:

Beleg	Gespräch	Sequenzen mit problemfokussierter Eröffnungsinitiative
(1)	B-2906-AP	08 A: SO:; (-) 09 sie kOmmen ja vor allem auch weil wir gucken wollten wies mit dem (--) em er TE is. 10 ne? 11 (--) 12 P: jA da war ich GESTern. 13 A: geNAU.
(2)	F-0607-AP	11 A: °hh GUT (-) ehm- (--) 12 ja wir HATten ja schon_ma (.) telefoniert über die (.) erGEB[nisse -] (-) 13 P: [ja- 14 A: !DREI!hundertachtundfuffzig helferze[llen;] 15 P: [<<cv> BOAH>-] (-) 16 JA_a- 17 [ich muss] SAgen; (--) 18 A: [<<p> Super;>] 19 P: ich bin richtig beGEIstert. =

Groß: Arzt/Patient-Gespräche in der HIV-Ambulanz

(3)	G-2207-AP	<p>20 A: = JA [a.]</p> <p>((A und P gehen ins Sprechstundenzimmer hinein))</p> <p>14 A: ehm (--) jetzt muss ich aber Erst nochmal von VORne;</p> <p>15 °h (--) wie sieht_n der ARM überhaupt aus;</p> <p>16 is alles [gUt geWORDen?]</p> <p>17 P: [da hab ich jetzt gerad] die Fäden rausgezogen kriescht.</p>
(4)	K-2806-AP	<p>04 A: [<<emphatisch> so jetzt] erzÄhlen_se mal-> =</p> <p>05 <<f> was war denn !LO[S!,>]</p> <p>06 P: [al]so (.) eh</p> <p>isch-</p> <p>07 da hab isch_e ARZTbrief.</p> <p>08 [den hab isch Ex]tra für sie MITgenomme; (--)</p> <p>09 Sohn P: [also:-]</p> <p>10 das is_jetZ der Arztbrief da vom: (-) STEfankrankehaus.</p> <p>11 A: [hm_ja,]</p> <p>12 P: [ja] ich hAb_n eh-</p> <p>13 [<<zögernd> ich bin:] gestürzt beim: eh> (--) beim BLITZeis</p>
(5)	H2-1706-AP	<p>51 A: eh:m (--) vielleIcht (---) fangen sie einfach ma AN;</p> <p>52 was (-) wAs ist des proBLEM. =</p> <p>53 = was [(2.30) SO]RGT sie.</p> <p>54 [((Türschließen))]</p> <p>55 oder was fü beSCHWERden ham sie;</p> <p>56 (1.20)</p> <p>57 P: °hh <<ausatmend>ph_hh>_ja-</p> <p>58 das ist ein (1.20) <<pp> eh> lAnge geSCHICHte. =</p> <p>59 = also ich weiß gar nich was: (.) der herr lObe jetzt mit IHnen besprochen hat;</p>

Tabelle 8: Problemfokussierte Eröffnungssequenzen

Neben Unterschieden auf formaler Ebene (z. B. Satztyp: Imperativa und Interrogativa) zeigen die Belege als Gemeinsamkeit eine Orientiertheit hin auf ein konkretes Problem bzw. Anliegen. Es wird ärztliches Vorwissen über dieses Problem dokumentiert – sei es, dass Ärzt/innen lediglich seine Existenz präsupponieren (z. B. Beleg (5)) oder dass ein entsprechender medizinischer und interaktionsbiographischer *common ground* aktualisiert wird, der durch den Patienten als korrekt bestätigt werden soll (z. B. Beleg (2)). Ärztliche Wissenslücken zu dem Problem sollen durch entsprechende Antwortaktivitäten der Patient/innen gefüllt werden.

In Beleg (2) (Gespräch F-0607-AP) knüpft Arzt C an den interaktionsbiographischen *common ground* an, indem er auf ein der Sprechstunde vorausgegangenes gemeinsames Telefonat über die aktuelle Entwicklung der Blutwerte des Patienten verweist. Er teilt diese danach nochmals – mittels emphatischer Proso-

die positiv evaluierend – mit, woraufhin der Patient zu der prosodisch realisierte Evaluation des Arztes aligniert und seine Begeisterung über die wirksame Therapie zum Ausdruck bringt.¹²⁵ Durch die emotionalisierte Thematisierung der Interaktionsgeschichte (das Telefonat) wird das Thema ‚Therapie und Blutwerte‘ als gemeinsames *first topic* exponiert und auch durch den Patienten als solches aufgegriffen. Die auf die Eröffnungssequenz folgenden Anschlussfragen werden dann nach und nach auf eine zugrunde liegende ärztliche Gesprächsagenda ausgerichtet: auf den Ausschluss von Nebenwirkungen bzw. patientenseitiger Beschwerden als Teil einer Routinekontrolle. Potenziell abweichende Anliegen des Patienten werden nicht erfragt bzw. durch die als gemeinsam dargestellte Agenda überlagert. Dass der Patient aber durchaus ein eigenes Problem mitbringt, das nicht (vollständig) mit dem ärztlichen Gesprächsplan übereinstimmt, zeigt der weitere Verlauf des Gesprächs F-0607-AP:

Ausschnitt 6-18: Divergenz zwischen ärztlicher Gesprächsagenda und Anliegen des Patienten, F-0607-AP, Arzt C, 40-70 Sekunden.

47 A: sie verTRAgens [auch] gut-
 48 P: [ja:;]
 49 (2.10)
 50 ((räuspert sich))
 51 °h <<all> wie gesagt das einzige was mich (eben)_n
 bisschen beängstigt hat war auf einmal dieser> (-)
 dieser ha de EL: wert da eh-
 52 [FÜNF]hundert <<flüsternd> !BOAH!->
 53 A: [hm=hm-]
 54 P: <<all> hab_ich_gedacht> ich FLIECH gleich auseinANder.>
 55 A: hm_HM-
 56 (12.70)
 57 gut; (-)
 58 SONStige beschwerden;
 59 <<aufzählend, len> DURCHfall Übelkeit NACHTschw[eiß.>]
 60 P: [nee;]
 61 A: <<p> nein.>

Nachdem Arzt und Patient die neue Therapie positiv-hochgestuft ko-evaluiert haben (siehe Tabelle 8), erfragt der Arzt in Zeile 47 in Deklarativsatzform, ob der Patient sie gut verträgt, was dieser bestätigt. An diesem Punkt liegt die Gesprächsagenda auf der Abklärung und Kontrolle der neuen ARV-Therapie fest. Eine darauffolgende Gesprächspause (in welcher Schreibgeräusche zu hören sind), nutzt der Patient dann allerdings, um sequenzinitiativ eine Sorge abseits der neuen ARV-Medikation zu thematisieren: gesundheitliche Risiken aufgrund eines erhöhten HDL¹²⁶-Werts (HDL = *high density lipoprotein*) (Z 51/52, 54). Die prominent akzentuierte Interjektion !BOAH! nach der Nennung des Werts und die

¹²⁵ Eine Analyse der anschließenden emphatischen Evaluation der ARV-Therapie durch den Patienten findet sich in Kap. 7.3.2.

¹²⁶ HDL transportiert Cholesterin von der Leber zu den Gewebezellen. Der HDL-Wert gilt als Indikator für „gutes Cholesterin“ und darf daher hoch ausfallen.

extreme case formulation (Pomerantz, 1986) bei der Evaluation (Z. 54: hab_ich_gedacht ich FLIECH gleich auseinANder.) zielen auf die Legitimation seiner Sorge durch den Arzt ab und setzen den Wert zur weiteren Bearbeitung relevant. Da er sein Anliegen allerdings nur in Form einer indirekten *Relevanzmarkierung* (Sator, 2003) präsentiert, ist es dem Arzt überlassen, es aufzugreifen. Dass Patient/innen eigene Anliegen meist auf submissive Weise einbringen und in einer reaktiv-abwartenden Position verharren, stellt auch Lalouschek (2013) für Erstgespräche in Schmerzambulanzen fest. Im weiteren Verlauf des Ausschnitts zeigt sich, dass dieses Verfahren i. d. R. im Sinne der Bearbeitung patientenseitiger Relevanzen nicht funktional ist: Nach einem Rückmeldesignal (Z. 55) und einer sehr langen Pause von 12 Sekunden äußert der Arzt das (womöglich die schriftliche Dokumentation) abschließende ‚gut‘ und erfragt listenartig SONStige beschwerden, nämlich DURCHfall Übelkeit NACHTschw[eiß.] (Z. 59). Er folgt also weiter seiner eigenen Agenda einer Ausschlussdiagnostik,¹²⁷ ohne den erhöhten HDL-Wert und die hiermit zusammenhängende Sorge des Patienten aufzugreifen. Im nachfolgenden sequenziellen Verlauf (nicht gezeigt) führt erst eine wiederholte initiative Thematisierung des HDL-Befunds durch den Patienten dazu, dass der Arzt Beruhigungsarbeit leistet und die Bedeutung des Werts erklärt. Das Gespräch F-0607-AP zeigt damit bereits eine mögliche Schattenseite fokussierter Eröffnungsinitiativen: Eine zu starke Fokussierung auf eigene Gesprächspläne in der Eröffnungsinitiative bzw. das Zuschreiben patientenseitiger Anliegen verengen den interaktiven Spielraum für alternative Gesprächsagendas, mit der Folge, dass der interaktive Aufwand für Patient/innen, zusätzliche Anliegen abseits des *chief concerns* einzubringen, deutlich erhöht ist (siehe auch Lalouschek, 2013).

Ähnlich nachdrücklich wird ein konkretes Problem in den Belegen (3) und (4) der obigen Tabelle 8 zugrundegelegt (Gespräche G-2207-AP, K-2806-AP). Allerdings ist hier in beiden Fällen das Problem ein außergewöhnliches medizinisches Ereignis, nämlich ein Unfall, dessen Folgen sichtbar sind (Schnittwunden bei Patient G-2207; Arm- und Schulterfraktur bei Patientin K-2806) und dementsprechend durch den Arzt/die Ärztin sowie auch durch die Patient/innen selbst als bearbeitungsrelevant behandelt werden. Ärztin A erfragt zu Beginn des Gesprächs G-2207-AP, das bereits beim Eintreten beider Interagierenden ins Sprechstundenzimmer initiiert wird, konkrete Aspekte der Unfallfolgen (Tabelle 8, Beleg (3), Z. 15) und geht anschließend zur anamnestischen Erfragung des Unfallhergangs über: wie STANden sie denn da; wie sInd sie denn geFALLen; (nicht gezeigt). Im weiteren Verlauf wird die Relevanz einer Ursachenabklärung im kardi-

¹²⁷ Die listenartige Aufzählung von Symptomen zum Ausschluss HIV-bedingter Beschwerden bzw. ART-spezifischer Nebenwirkungen ist typisch für das Gesprächsverhalten von Arzt C im Anschluss an die Eröffnungssequenz (i. d. R. mittels Befindensfrage oder biographisch orientierter Eröffnungsinitiative).

ologischen Bereich herausgestellt, da der Patient aufgrund einer plötzlich eintretenden Bewusstlosigkeit gestürzt war. In Gespräch K-2806-AP (Beleg (4)) eröffnet Arzt M das Gespräch mittels einer inhaltlich auf das Ereignis ausgerichteten, emphatisch intonierten Erzählaufforderung *so jetzt] erzählen_se mal- <<f> was war denn !LO[S!,>]* (Tabelle 8, Beleg 4, Z. 04/05). Wie Ärztin A kontextualisiert der Arzt auf diese Weise, *dass* es ein konkretes, medizinisch relevantes Ereignis in der Patientenbiographie gibt, dessen Folgen im wörtlichen Sinne offensichtlich sind. Er gibt der Patientin und ihrem ebenfalls anwesenden Sohn mit der erzählevozierenden Eröffnungsinitiative einen auf das Problem bezogenen, aber zugleich offenen Antwortraum vor. In den Patientenantworten werden Aspekte des Unfallhergangs und der bisherigen Behandlung fokussiert; beide Patient/innen nutzen den Antwortslot für ein z. T. ko-konstruiertes Narrativ über den Unfallhergang und die Entwicklung der Beschwerden. In beiden Gesprächen sind auch die weiteren Sequenzen thematisch auf den Unfall als dominantes (da sichtbares und akutes) Ereignis und seine Folgen, auf bisherige medizinische Maßnahmen und weitere therapeutische Schritte ausgerichtet. Eine Problempäsentation ist aufgrund der Offensichtlichkeit der Unfallfolgen obsolet. Heritage & Robinson (2006b) beobachten in akutmedizinischen Gesprächen, dass Patient/innen bei unfallbedingten medizinischen Folgen in ihren Problemdarstellungen nicht daran orientiert sind, dass ihre Beschwerden als *doctorable* legitimiert werden. Die Autoren stellen dagegen fest: „In each of these cases, the patient’s problem presentation could hardly be less elaborated. (ebd., S. 64)

Inhaltlich und gesprächsorganisatorisch offener als Beleg (4) ist die problemfokussierte Eröffnungsinitiative in Beleg (5) in Tabelle 8: Problemfokussierung bedeutet hier, dass der Arzt zwar ein Verständnis darüber dokumentiert, *dass* ein Problem vorliegt; die Eröffnungsinitiative leitet damit ebenso wie die obigen Belege ein akutmedizinisches Gespräch ein. Zugleich werden keine Vorannahmen darüber kommuniziert, *welches* Problem der Patient äußern möchte bzw. wie dieses genau beschaffen ist. Sie ist damit handlungsidentisch mit den für akutmedizinische Erstgespräche belegten Eröffnungsfragen vom Typ *‘What’s the problem?’* (Robinson, 2006). Bei Gespräch H2-1706-AP (Beleg (5) in obiger Tabelle 8) passen auch die Rahmenbedingungen dazu: Der Patient wurde von einem anderen Mediziner an Arzt M überwiesen; Letzterer kennt den Patienten bisher nicht und hat lediglich einen Blick in die Patientenakte werfen können. In der Eröffnungsinitiative des Gesprächs wird deutlich, dass der Arzt unsicher ist, welche Art von Anliegen der Patient hat. Der entsprechende Ausschnitt mit dem Beginn der Problemdarstellung ist im folgenden Ausschnitt nochmals aufgeführt:

Ausschnitt 6-19: Offene problemfokussierte Eröffnungsinitiative und Beginn der Problemendarstellung, H2-1706-AP, Arzt M, 59-105 Sekunden.

51 A: eh:m (--) vielleIcht (---) fangen sie einfach
 ma AN;
 52 was (-) wAs ist des proBLEM. =
 53 = was [(2.30) SO]RGT sie.
 54 [((Türschließen))]
 55 oder was fü beSCHWERden ham sie;
 56 (1.20)
 57 P: °hh <<ausatmend> ph_hh>_ja-
 58 das ist ein (1.20) <<pp> eh> lAnge
 geSCHICHte. =
 59 = also ich weiß gar nich was: (.) der herr
 lObE jetzt mit IHnen besprochen hat;
 60 = also es geht einfach so <<cv> DARum.>
 61 ehm:: (--) ich wAr ehm (1.00) mh pOsitiv und wollte
 zeitlang keine eh keine <<cv> ehm> (-) theraPIEanfang
 machen weil ich ehm- (1.80)
 62 eh (--) ja-
 63 weil ich wusste also einmal anfangen und nIE wieder (-)
 [AB]brechen und so;
 64 A: [hm_hm,]
 65 P: also das_is ja ne entscheidung fürs leben und es hat
 (.) ich hab <<cv> die (-) hm> so wie es geht nach
 HINTen <<cv> verschoben.>

Der Arzt eröffnet in Zeile 51 zunächst explizit mit einer Aufforderung den *floor* für Patient H2-1706, bevor er ab Zeile 52 drei verschiedene Eröffnungsfragen stellt und hierdurch Alternativen für die Gestaltung des Antwortbeitrags vorgibt. In den in drei TKE gegliederten Eröffnungsvarianten sind unterschiedliche inhaltliche Ausrichtungen erkennbar: Die erste Was-Ergänzungsfrage in Zeile 52 präsupponiert ein konkretes Problem, während die zweite etwas Unbestimmtes als Ursache für Sorgen zugrundelegt (Z. 53). Als mit ‚oder‘ angeschlossene Alternativfrage in Zeile 55 schließlich werden beSCHWERden als patientenseitiger Erscheinensgrund formuliert und hiermit expliziter mögliche körperliche Einschränkungen erfragt. Die inhaltliche Mehrfachorientierung dieser komplexen Eröffnungsinitiative signalisiert zugleich ärztliches Nichtwissen über die Beschaffenheit des patientenseitigen Problems als auch die Annahme, dass es sich um etwas Komplexes handelt; sie eröffnet, zusammen mit der einleitenden Übergabe des Rederechts (Z. 51), den interaktiven Raum für mannigfaltige Problemendarstellungen. In seiner Antwort ab Zeile 57 kündigt der Patient daraufhin eine lAnge geSCHICHte an (Z. 58) und greift mittels Verweis auf sein Nichtwissen bezüglich vorausgegangener Arzt/Arzt-Gespräche möglichen Redundanzen seiner kommenden Problemendarstellung mit dem ärztlichen Vorwissen vor (Z. 59). Er beginnt ein Narrativ, in welchem er die erste Zeit als HIV-Patient und seine damaligen Gedanken zur antiretroviralen Therapie schildert, die er soweit wie möglich hinauszögern wollte (Z. 61-65).

Um die bisherigen Ausführungen zusammenzufassen: Problemfokussierte Eröffnungsinitiativen haben eine andere Funktion als die bereits beschriebenen befindensorientierten Eröffnungsfragen. Sie entsprechen weitgehend den in Kapitel 6.1.1.1 beschriebenen Gesprächseröffnungen in akutmedizinischen Erst- und Nachfolgegesprächen und rufen damit die explorative und interpretative Bearbeitung von Beschwerden auf (Robinson, 2006). Die zuvor beschriebenen Eröffnungssequenzen mit Befindensfragen (siehe Kap. 6.2.1) (ko-)konstruieren im Unterschied hierzu eine Routinekontrolle; in den Antworten der Patient/innen und Folgesequenzen muss kein Schwerpunkt auf medizinische Aspekte von Befinden gelegt werden.

Problemorientierte Eröffnungsinitiativen kommunizieren mehr oder weniger ärztliches Vorwissen bzw. Zuschreibungen über ein medizinisches Problem, welches als weitere Agenda für das Gespräch zugrunde gelegt wird, und geben häufig Richtungen für die Antworten der Patient/innen vor. Es gilt: Je mehr Wissen die Ärzt/innen über das fokussierte Problem kommunizieren (sei es Wissen durch entsprechende Dokumentationen in der Patientenakte oder durch ein vorausgegangenes Telefonat), desto mehr wird der interaktive Spielraum für alternative Anliegen verengt. Wissenslücken der Ärzt/innen können gefüllt werden, indem Ärzt/innen ihre Annahmen über patientenseitige Erscheinensgründe intersubjektivieren und als interaktive Agenda durch die Patient/innen legitimieren lassen (siehe Belege (1) und (2)) oder indem Aspekte eines konkreten Problems erfragt werden (siehe Belege (3) und (4)). Wenn Ärzt/innen dagegen mehr Nichtwissen als Wissen über das Anliegen kommunizieren, können Patient/innen bei der Problemdarstellung stärker individuellen Relevanzen folgen und die Entwicklung und Beschaffenheit der Beschwerden sowie ihre Überlegungen zu möglichen Ursachen auf individuelle Weise äußern (siehe Beleg (5)).

6.2.3 „Erzählen Sie mal, wie ist es Ihnen ergangen in der Zwischenzeit?“ – Biographisch orientierte Eröffnungsfragen

Im Zuge der lebenslangen ambulanten HIV-Therapie verfügen Arzt und Patient über eine immer reichhaltigere gemeinsame Interaktionsgeschichte. Diese konstituiert sich durch Wissen über die Aktivitäten und Themen der vergangenen Gespräche, aber auch durch Wissen über die Zeit zwischen den einzelnen vergangenen Gesprächen – sprich: Belange und Ereignisse in der Patientenbiographie, die außerhalb HIV-Ambulanz passiert sind. Sie werden Teil dieser Interaktionsgeschichte, indem sie innerhalb der Sprechstunden durch interaktive Verfahren der Rekonstruktion wie Berichte und Narrative verfügbar gemacht werden. Beides macht einen bedeutsamen Teil des interaktionstypspezifischen *common grounds* von Arzt und Patient aus. Ärzt/in und Patient/in können sich auf gemeinsame Erfahrungen und patientenseitige Rekonstruktionen von Erlebnissen und medizi-

nisch relevanten Problemen berufen und aktualisieren diese im Gespräch. Ein Teil dessen wird – für medizinische Zwecke aufbereitet – in der Patientenakte dokumentiert, so dass die Interagierenden diese selektiv für Aktivitäten der aktuellen Sprechstunde heranziehen und ergänzen können.

Im Gegensatz zu manchen „akuten“ Arzt/Patient-Beziehungen sind behandelnde HIV-Ärztinnen also i. d. R. über den vergangenen Krankheitsverlauf ihrer Patient/innen nicht nur über entsprechende external vorliegende Informationen in der Patientenakte informiert, sondern haben die Krankheitsgeschichte unmittelbar, meist von Beginn an verfolgt und diese entscheidend mitkonstituiert. Abgesehen von medizinisch relevanten Ereignissen in der Patientenbiographie sind die behandelnden HIV-Ärzt/innen zudem mal mehr, mal weniger mit der beruflichen Situation und privaten Biographie des Patienten vertraut, die in präliminarischen Vorgesprächen, quasi-informellen Nebensequenzen oder eben auch in der Eröffnungssequenz thematisiert werden können. Letztere bietet für den Arzt eine Gelegenheit, um die Aktualisierung der gemeinsamen Interaktionsgeschichte anzustoßen.

„Was ist denn in den letzten drei Monaten passiert?“ – „Hat’s mit dem Job geklappt“ oder "Wie war der Umzug?" oder "Wird’s dieses Jahr mit dem Urlaub hinhalten?" Und finanzielle Probleme, Partnerschaftsprobleme. All das wird hier alle drei Monate einmal auf den Tisch gekippt (Ärztin A im Interview).

Dass in der Eröffnung des Kerngesprächs tatsächlich Biographisches eliziert wird, zeigen sechs Belege von Eröffnungsinitiativen im Korpus, die ich als *biographisch orientierte Eröffnungsinitiativen* bezeichnet habe. Sie sind in folgender Tabelle aufgeführt:

Beleg	Gespräch	Biographisch orientierte Eröffnungsinitiative
(1)	A-2107-AP	08 A: s:o; 09 [wie is es ihnen erGANGen;] 10 [(Blättern)] 11 in der zwischenZEIT.
(2)	E-1807-AP	13 A: okee. 14 erZÄhlen_se ma; = 15 = wie is_es ihnen ergAngen in der ZWISCHEnzeit.
(3)	J-1107-AP	02 A: s:o_h°; (-) 03 ((Blättern)) 04 <<flüsternd> okee.> = 05 wie is_es ihnen erGANGen. = 06 = in [der zwischenZEIT.] (-)
(4)	J2-2807-AP	22 A: <<flüsternd> oKEE:;> 23 gut; 24 wie is_es ihnen erGANGen.
(5)	M-1107-AP	34 A: <<f> gut-> 35 eh::m (-) Erstma was gibts bei ihnen NEUes;
(6)	F-1107-AP	04 A: gut_h°- (--) 05 wa:s gibts NEUes bei ihnen; =

		06	= wir ham uns ja jetz wIrklich schon [LANG nich mehr gesehn.]
(7)	K-2106-AP	27 A:	<<p> so:;>
		28	hatten sie zwIschendurch (--) irgendwelche proBLEme gehabt jetz?
		29	wir ham uns das lEtzte ma im MÄRZ gesEhn? (--)

Tabelle 9: Biographisch orientierte Eröffnungsinitiativen

Wie die Tabelle zeigt, zeichnen sich die entsprechenden Eröffnungsinitiativen formal fast ausschließlich durch ein W-Frageformat aus, die in Beleg (2) (Gespräch E-1807-AP) zusätzlich durch die Aufforderung zum ‚Erzählen‘ gerahmt wird. In zwei der oben aufgeführten Ausschnitte (Belege (5) und (6); Gespräche F-1107-AP und M-1107-AP) wird das Gespräch durch `wa:s gibts NEUes` bei ihnen; bzw. `eh::m (-) Erstma was gibts bei ihnen NEUes`; eröffnet. Diese Eröffnungsinitiativen vom Typ ‚Was gibt’s Neues?‘ sind handlungsideologisch mit den von Robinson (2006) belegten Eröffnungsfragen in Routinekontrollgesprächen (siehe Kap. 6.1.1.1). Sie präsupponieren mittels der Konstruktion `was gibts etwas Erzählenswertes`, wobei dieses nicht explizit innerhalb medizinischer Domänen verortet wird und in den beiden Belegen entsprechend ganz unterschiedlich beantwortet wird: Während Patient M-1107 mit der Äußerung `Oh:: es geht AUFWärts. (nicht gezeigt)` eine positive Evaluation äußert, die nachfolgend auf die Rehabilitation eines schwerwiegenden Hüftproblems bezogen wird, bekundet Patient F-1107 mit `ja mir [gehts] GUT? (nicht gezeigt)` zunächst sein Wohlbefinden und berichtet direkt darauf von einer beruflichen Festanstellung, die er in Kürze antreten wird. Beide Patienten setzen also etwas relevant, das gerade aktuell ist, sowie etwas, das in näherer Zukunft relevant werden wird oder sich in der Entwicklung befindet. Auch wenn die geringen Fallzahlen keine systematische Analyse ermöglichen, kann zumindest die Vermutung geäußert werden, dass Fragen vom Typ ‚Was gibt’s Neues‘ inhaltlich gegenwartsorientiert sind (berufliche, private, gesundheitliche Situation) und prospektive Ausblicke beinhalten.

Die Eröffnungsinitiativen vom Typ ‚Wie ist es Ihnen ergangen?‘ fokussieren dagegen etwas Ereignishaftes in der Vergangenheit. Sie streben eine Wissensaktualisierung zur `ZWISCHEnzeit`, d. h. der meist etwa dreimonatigen Gesprächslücke zwischen der letzten Sprechstunde und dem aktuellen Gespräch an. Die retrospektive Orientierung wird v. a. mittels Perfektverwendung sowie durch die temporalen Angaben ‚zwischen durch‘ bzw. ‚in der Zwischenzeit‘ (E-1807-AP, J-1107-AP, K-2106-AP) hergestellt. In Ausschnitt K-2106-AP expliziert der Arzt nach der Eröffnungsinitiative sogar den Zeitpunkt des letzten Gesprächs (`wir ham uns das lEtzte ma im MÄRZ gesEhn?`) und gibt hierdurch zusätzlich einen Anhaltspunkt, auf welches ‚zwischen durch‘ der Patient in seiner

Antwort referieren soll. Das Verb ‚ergehen‘ im Perfekt stellt einen retrospektiven Bezug zu etwas her, das zum einen im semantischen Feld des Befindens liegt und zum anderen das Ereignishafte hervorhebt. Die Konstruktion, in der die Patient/innen semantisch Patiens sind, trägt also die zusätzliche Implikation, dass hier nicht (in erster Linie) das patientenseitige Befinden als innerpsychischer und/oder physischer Zustand im Vordergrund steht, sondern v. a. externe Ereignisse als dessen potenzielle Auslöser. Die Frage *wie is_es ihnen erGANGen. in [der zwischenZEIT. kann so als die ins biographisch Retrospektive und Ereignishafte modifizierte Wie-geht’s-Frage angesehen werden. Obgleich das Interrogativadverb ‚wie‘ auch hier ein *assessment* fordert, fungiert die Frage als biographisch ausgerichtete Erzählaufforderung.*

Eine abweichende biographische Eröffnungsinitiative ist Beleg (7) in obiger Tabelle 9: *hatten sie zwischendurch (--) irgendwelche proBLEme gehabt jetzt? (Gespräch K-2106-AP). Die Gemeinsamkeit mit den anderen Belegen ist, dass sie auf das „Auffüllen der Gesprächslücke“ zwischen der letzten und der aktuell ablaufenden Sprechstunde zielt und somit retrospektiv-biographisch ausgerichtet ist. Sie stellt aber insofern eine Ausnahme unter den obigen biographisch orientierten Eröffnungsfragen dar, als sie zum einen formal eine Entscheidungsfrage darstellt; sie gibt also inhaltlich eine konkrete Leerstelle für die Antwort vor und reduziert diese auf eine ja/nein-Dichotomie. Zum zweiten erfragt sie das Auftreten von Problemen als medizinisch relevante biographische Dimension und stellt damit einen Mischtyp zwischen den in Kapitel 6.2.2 beschriebenen problemfokussierten und den biographisch ausgerichteten Eröffnungsfragen dar. Mit seiner Antwort *nee jetzt also außer den allerGIEN? <<cv> ehm> (-) <<all> eigentlich> NICHTS- = nein; verneint der Patient zunächst die Existenz von Problemen, nennt dann eine – auch der Ärztin wohl bekannte – Ausnahme und negiert dann erneut, womit er seinen Antwortbeitrag abschließt. Vergleichbar mit problemfokussierten Eröffnungssequenzen wird in der Patientenantwort eine biomedizinische Dimension von Befinden relevant gesetzt, die aber hier schon in der Frage expliziert bzw. *ex negativo* vorgegeben wird. Hiermit zusammenhängend muss Wohlbefinden mittelbar als Abwesenheit von Problemen hergeleitet werden, so dass die Ärztin nichts über Aspekte dieses guten Befindens erfährt: Lediglich das Vorliegen von Problemen wäre hier expansionsrelevant.**

Folgendes Fallbeispiel soll den Verlauf einer Eröffnungssequenz vom Typ ‚Wie ist es Ihnen ergangen?‘ veranschaulichen:

Ausschnitt 6-20: Eröffnungssequenz mit biographisch orientierter Eröffnungsinitiative, J2-2807-AP, Ärztin G, 35-77 Sekunden.

22 A: <<flüsternd> oKEE:;>
 23 gut;
 24 wie is_es ihnen erGANGen.

Groß: Arzt/Patient-Gespräche in der HIV-Ambulanz

25 P: gut; (--)
 26 ja-
 27 drei wochen [URlaub,]
 28 [((Schlüsselrasseln))]
 29 ja aber ansonsten wie gesagt all[es BES]tens. (--)
 30 A: [schön;]
 31 wo waren_se gewEsen im UR[laub?]
 32 P: [in]: (-) barceLOna.
 33 [wIE]der SPAnien ().
 34 A: [HM]_hm.
 35 P: wEtter war SUPer. (--)
 36 die gAnze zeit !NUR! am meer gewesen; =
 37 = also die stadt (-) !FAST! jetzt nit- =
 38 = weil LETZtes jahr <<all> (haben_wa fast keine
 gesehn)>; =
 39 = <<all> also mir war_s> eigentlich wichtig dann [(-)]
 wIrklich <<lachend> das wEtter und mEEr zu NUTZen,>
 40 A: [hm-]
 41 P: also: wAr schon oKEE. =
 42 = also es war (-) !RICH!tig rIchtig rIchtig SCHÖN;

Auf die Eröffnungsinitiative in Zeile 24 äußert der Patient zunächst eine global-positive Evaluation (Z. 25). Nach einer Pause, in der die Ärztin ihm weiter das Rederecht überlässt, nennt der Patient mittels einer alleinstehenden Nominalphrase ein zurückliegendes biographisches Ereignis: drei wochen [URlaub, (Z. 27) und äußert anschließend ein hochgestuftes *assessment*: ja aber ansonsten wie gesagt all[es BES]tens. (Z. 29), das die Ärztin überlappend ko-evaluert (Z: 30: schön;). Mittels Erweiterungsadverbial ‚ansonsten‘ wird dabei der Referent der positiv-hochgestuften Evaluation vom zuvor genannten Urlaub abgegrenzt, was ggf. darauf hindeutet, dass der Patient zwar eine Relevanzmarkierung vornimmt (Sator, 2003), die Nennung des Urlaubs aber zugleich als nicht expansionsrelevant behandelt. Ärztin G greift Letzteren in einer Nachfrage dann doch auf und fragt nach dem Urlaubsziel, welches der Patient in Zeile 32 angibt, und äußert, wIE]der SPAnien gewesen zu sein. Das ‚wieder‘ kontextualisiert dabei, dass der Ärztin bekannt ist, dass er bereits vorher seinen Urlaub in Spanien verbracht hat; es verweist also auf den *common ground* der Interagierenden. Da die Ärztin ihm weiter das Rederecht überlässt, fährt der Patient fort und nennt in mehreren aufeinander folgenden *dichten Konstruktionen* (Günthner, 2006a) Aspekte seines Urlaubserlebnisses: wEtter war SUPer. die gAnze zeit !NUR! am meer gewesen; (Z. 35/36). Dafür, dass er !NUR! am Meer war und !FAST! jetzt nit die Stadt besichtigte, gibt der Patient im Folgenden einen *account* (Z. 38-40) und evaluiert den Urlaub dann resümierend: also es war(-) !RICH!tig rIchtig rIchtig SCHÖN; (Z. 42).

Die zunächst initial geäußerte minimal-positive Evaluation als Responsiv (welches dann aufgrund der fehlenden Rederechtsübernahme durch die Ärztin expandiert wird) und der vorläufige Abschluss seiner Antwort in Zeile 29 (ja aber ansonsten wie gesagt all[es BES]tens.) zeigen eine gewisse Zögerlichkeit,

einen komplexeren Antwortbeitrag zu produzieren, woraufhin die Ärztin eine Nachfrage äußert. Ein ähnliches Gesprächsverhalten ist bei Patient J-1107 zu beobachten, der auf die ‚Wie ist es Ihnen ergangen‘-Eröffnungsfrage zunächst ein minimales ‚gut‘ äußert,¹²⁸ was seinerseits eine ärztliche Anschlussfrage nach sich zieht (nicht gezeigt). Im Unterschied zu Befindensfragen stellen Ärzt/innen also auf biographisch orientierte Eröffnungsfragen größere Antworträume bereit, die durch Patient/innen in den entsprechenden Belegen im Korpus nicht immer auf Anheb für ausführliche Antworten genutzt werden. Dies kann ggf. durch eine patientenseitige Orientierung an den zeitlichen bzw. gesprächsorganisatorischen Rahmenbedingungen medizinischer Institutionen erklärt werden, mit der insbesondere chronisch erkrankte Patient/innen vertraut sind, sowie an den medizinischen Zwecken, die Patient/innen dem Gespräch zuschreiben.

Insgesamt zeigt sich in den Patientenantworten auf beide Typen biographisch orientierter Eröffnungsfragen inhaltlich eine große Bandbreite dessen, was als Neuigkeiten oder als biographisch gewendete Befindenslage weiterbearbeitet wird:¹²⁹ Die Patient/innen referieren gleichermaßen auf ihr aktuelles Allgemeinbefinden, auf spezifische medizinische Beschwerden und auf vergangene private Ereignisse oder berufliche Entwicklungen. Auch strukturell weisen die Patientenantworten insgesamt große Varianzen auf, vom ausführlichen Schildern beruflicher Neuigkeiten bis hin zur minimal-positiven Evaluation des Befindens: Letztere mit nachfolgendem *transition-relevance place*, woraufhin stets eine ärztliche Anschlussfrage folgt. Auf die Belege vom Typ ‚Wie ist es Ihnen ergangen?‘ folgt als Antwort in den Belegen des Korpus zunächst eine Evaluation, und auch im Anschluss an eine ‚Was gibt’s Neues?‘-Frage steht in den beiden Belegen zunächst das aktuelle Befinden im Vordergrund, was eine übergreifende Orientierung der Patient/innen an der medizinisch-institutionellen Relevanz einer Befindensbekundung offenbart. Die große inhaltliche und strukturelle Varianz der Patientenantworten auf beide Typen biographisch ausgerichteter Eröffnungsfragen unterscheidet sich im weiteren Verlauf der Antwortbeiträge dann aber auf frappierende Weise von der formalen und inhaltlichen Gleichförmigkeit der Antworten nach Befindensfragen, in denen Patient/innen entweder ihr allgemeines Wohlbefinden positiv evaluieren oder mittels Verfahren des Andeutens und/oder Einschränkens ein negatives Befinden angeben (siehe Kap. 6.2.1). Was sich durch die Untersuchung des patientenseitigen Antwortverhaltens bestätigt hat, legt bereits die Gestaltung der biographisch orientierten Eröffnungsfragen nahe: Der inhaltliche Fokus auf etwas Ereignishaftes wirkt erzählevozierend, die inhaltliche Offenheit der Frage eröffnet diverse Antwortmöglichkeiten und befindet sich jenseits

¹²⁸ Siehe die patientenseitigen positiven Befindensbekundungen auf Befindensfragen, Kap. 6.2.1.3.

¹²⁹ Mit Ausnahme der problemorientiert-biographischen Frage aus Beleg (7) in Tabelle 9.

der quasi-informellen Ritualität der Befindensfrage. Der Befund der responsiven Varianz, der natürlich durch ein größeres Datenkorpus mit mehr Belegen gefestigt werden müsste, offenbart zumindest die Tendenz, dass Patient/innen auf biographisch orientierte Eröffnungsfragen leichter eigenen Relevanzen folgen können als auf die im Korpus viel häufiger belegten Befindensfragen¹³⁰ oder auf problemfokussierte Eröffnungsfragen. Signifikant ist die vergleichsweise größere Informationsdichte, die die Patientenantworten hier i. d. R. auch im Fall einer positiven Befindensbekundung aufweisen. Statt einer minimalen globalen Evaluation des Befindens erzählen Patient/innen für sie relevante Ereignisse, die eng mit Befindensaspekten zusammenhängen, und haben die Möglichkeit, ggf. auch auf spezifische Anliegen zu sprechen kommen. Erscheint es auf den ersten Blick medizinisch nicht relevant zu sein, als behandelnde/r HIV-Mediziner/in etwas über den beruflichen Neuanfang oder den Urlaub eines Patienten zu erfahren, ist es doch ein Teil dessen, was Patient/innen als Expert/innen über die Auswirkung der HIV-Infektion auf ihr Leben mitbringen und damit eben doch auch für Ärzt/innen relevant, z. B. in Bezug auf die Einschätzung der Angemessenheit/des Erfolgs der gewählten Therapie. Die biographische Ausrichtung und die thematische Offenheit hin zu psychosozialen Befindensaspekten durch entsprechende Orientierungen in den Patientenantworten kann dem Arzt/der Ärztin Hinweise geben auf Krankheitsakzeptanz und Krankheitsbewältigung, auf das Selbstverständnis der betroffenen Person und ihre persönliche und berufliche Integrität (vgl. Lalouschek, 2013). Zudem entspricht die Möglichkeit, die Antwort als Narrativ zu gestalten, den Desiderata der narrativen Medizin (Greenhalgh & Hurwitz, 2005) und ermöglicht Patient/innen, bei Bedarf krisenhafte Erfahrungen zu bearbeiten. Es dient so „der Erkenntnis und der Schaffung neuer Bedeutungsräume und Perspektiven“ und ist weiterhin „Mittel der Selbst- und Fremdpositionierung und eine Basis der Beziehungsarbeit“ zwischen Ärzt/in und Patient/in (Birkner, 2017, S. 550).

Biographisch orientierte ärztliche Eröffnungsfragen erscheinen mir daher eine *best practice* unter den im Korpus belegten Eröffnungsinitiativen zu sein. Sie leisten im Rahmen der Kerngesprächseröffnung ein offenes Angebot für verschiedene Arten von Patientenbeteiligung, die Patient/innen individuell für ihre eigenen Relevanzen und Beteiligungspräferenzen nutzen können. Zusammen mit Anschlussfragen, die Relevanzmarkierungen der Patient/innen aufgreifen, ermöglichen biographisch orientierte Eröffnungssequenzen den Ärzt/innen ein „Erkennen der Beteiligungsangebote“ sowie eine „Decodierung in Bezug auf die zugrundeliegenden individuellen Präferenzen und Relevanzen“ (Lalouschek, 2013, S. 372).

¹³⁰ Zumindest, wenn diesen keine Anschlussfrage nachfolgt. Vor allem in Gesprächen mit Ärztin A sind dagegen biographische Anschlussfragen nach der Eröffnungssequenz auf eine Befindensfrage belegt, z. B. in Gespräch G-1307-AP: „Was habe ich verpasst seit April in Ihrem Leben?“.

Ihre sequenzielle Offenheit für Antwortbeiträge unterschiedlicher Größe und Struktur sowie ihre thematische Offenheit abseits biomedizinischer Befindensdimensionen machen sie zu einem kommunikativen Verfahren, „das es ÄrztInnen ermöglicht, flexibel, personen-, bedürfnis und situationsangemessen zu agieren“ (ebd., S. 372).

6.2.4 „So how are we doin?“ – Patientenseitige Eröffnungsfrage

Im vorliegenden Gesprächskorpus ist ein einziger Fall belegt, in dem das medizinische Kerngespräch nicht durch den Arzt, sondern durch den Patienten eröffnet wird. Patient W-2107 ist ein US-amerikanischer Patient (das Gespräch wird in englischer Sprache geführt), der seit 1997 in Deutschland lebt und zum Zeitpunkt der Aufnahme seit 12 Monaten unter antiretroviraler Medikation ist. Das Gespräch findet also – im Unterschied zu den meisten anderen Gesprächen im Korpus – in einem recht frühen Stadium der Dauertherapie statt, in dem die Anzahl der HI-Viren im Blut z. T. noch Schwankungen unterliegt und das Ziel, die Viruslast dauerhaft bis unter 20 Virusreplikationen pro Milliliter Blut zu reduzieren, bei einigen Patient/innen noch nicht erreicht ist. Ausschnitt 6-21 beginnt, nachdem Arzt T den Patienten in einer präliminarischen Sequenz nach dem Zeitpunkt der vorausgehenden Sprechstunde gefragt hat:¹³¹

Ausschnitt 6-21: Patientenseitige Eröffnungsinitiative, W-2107-AP, Arzt T, 21-41 Sekunden.

19 ((Geräusch vom Aufnahmegerät))
 20 P: so hOw are we DOin.
 21 (1.0)
 22 ((Klicken vom Kugelschreiber, Papierblättern))
 23 A: <<lachend> °hh>
 24 i knOw ehm- (---)
 25 we wanna get below the limit of deTEction.
 26 because of what we discUSSed ehm [(-)-[--]]
 with your SPOUSE.
 27 P: [hm_hm,]
 28 [<<p> yeah.>]
 29 A: a:nd ((lacht kurz)) actually we re spot on TWENTy.
 30 ((lacht leise))
 31 P: wieso?
 32 A: twenty COpies.
 33 (---)
 34 P: oh so its ALmost there.
 35 but not QUITE.
 36 (---)

Nach der Klärung des Zeitpunkts des letzten Termins sind auf der Aufnahme Papiergeräusche zu hören (nicht gezeigt). Da es in den untersuchten Gesprächen häufig vorkommt, dass Ärzt/innen zu Beginn die Patientenakte heraussuchen, ist zu vermuten, dass der Arzt diese vorliegen hat und hierin etwas nachschlägt oder

¹³¹ Diese fand im April des gleichen Jahres statt, also ca. 3 Monate vor dem aktuellen Gespräch.

etwas einträgt; es entsteht eine Gesprächspause (nicht gezeigt). In Zeile 20 stellt der Patient die Frage *so hOw are we DOin.*, die das medizinische Kerngespräch eröffnet. Sie weist vom lexikalischen Material her Ähnlichkeit zu den ärztlichen Wie-geht's-Fragen als die prominenteste Eröffnungsinitiative im vorliegenden Korpus auf (siehe Kap. 6.2.1), mit dem entscheidenden Unterschied, dass mit ‚we‘ die 1. Person Plural verwendet wird, was die Satzsemantik der Frage modifiziert hin zur Erfragung einer gemeinsamen Leistung oder Hervorbringung (statt der Erfragung des globalen Befindens). Das frageinitiale ‚so‘ kontextualisiert, dass die Eröffnung des Gesprächs durch den Arzt vakant ist:¹³² Nach einer Pause und erneuten Blätter- und Schreibgeräuschen lacht der Arzt tonlos und bricht seinen Antwortbeitrag (Z. 24: *i knOw ehm- (---)*) ab. Dann äußert er: *we wanna get below the limit of deTEction.* und begründet dieses (because) mittels ‚we‘ als gemeinsames Ziel mit einem indefinit bleibenden Thema eines vorausgegangenen Gesprächs, bei dem auch die Ehefrau des Patienten anwesend war (Z. 25). Bis zu dieser Stelle gestaltet der Arzt seinen Gesprächsbeitrag nicht erkennbar als Antwort auf die Frage des Patienten; er aktualisiert vielmehr den *common ground* (letztes Gespräch, gemeinsames therapeutisches Ziel) als präliminarische Verstehensarbeit für seine abschließende Antwort: die Mitteilung der aktuellen Blutwerte, die er mittels Konjunktoren mit dem Vorausgegangenen verknüpft (Z. 29: *a:nd ((lacht kurz)) actually we re spot on TWENTy.*). Das wiederholte leise Lachen des Arztes vor und unmittelbar nach der Mitteilungsäußerung kontextualisiert den mitgeteilten Wert als in irgendeiner Weise herausragend und ist nur vor dem Hintergrund dessen zu verstehen, dass die festgestellten 20 Viruskopien pro Milliliter Blut exakt auf der Grenze des Nachweisbaren liegen,¹³³ was aber auf der Gesprächsoberfläche nicht expliziert wird. Auf ein erneutes leises Lachen des Arztes reagiert der Patient mit einem Codeswitch und signalisiert Nichtverstehen durch *wieso?* (Z. 31), woraufhin der Arzt reparierend den Referenten von *TWENTy* expliziert: *twenty COpies.*¹³⁴ (Z. 32). Nun erfolgt diesbezüglich eine patientenseitige Verstehensdokumentation in Form einer Explikation der Bedeutung des Werts, eingeleitet mit dem englischen Erkenntnisprozessmarker¹³⁵ ‚oh‘, der einen plötzlichen Erkenntniszuwachs anzeigt (Heritage, 1984): *oh so its ALmost there. but not QUITE.* (Z. 34/45). Im nachfolgenden, längeren Gesprächsbeitrag erklärt der Arzt, dass aus medizini-

¹³² Raymond (2004) beschreibt die Funktion eines alleinstehenden ‚so‘ in englischsprachigen Gesprächen als Maßnahme, um Gesprächshandlungen des Ko-Interagierenden einzufordern. Das alleinstehende ‚so‘ verweist also auf den Gesprächskontext, d. h. vorausgegangene Sequenzen mit vakant gebliebenen/ nicht eingelösten Handlungsslots.

¹³³ Und damit wahrscheinlich ein höchst seltenes Bluttestergebnis darstellt.

¹³⁴ Die Anzahl der Viren im Blut liegt also genau bei 20 pro Milliliter.

¹³⁵ Zu *Erkenntnisprozessmarkern* im Deutschen siehe Imo (2009).

scher Sicht eigentlich kein Unterschied besteht zwischen einem Wert von exakt 20 und unter 20 (nicht gezeigt).

Neben der sequenzexpandierenden Verstehensarbeit zur Herstellung von intersubjektivität in Bezug auf die Bedeutung des mitgeteilten Werts, die ein schrittweises Changieren der Interaktionspartner zwischen Andeuten und Explizieren von (gemeinsamem) Wissen beinhaltet, erscheinen mir folgende Aspekte dieser einleitenden Gesprächsphase bedeutsam zu sein:

- Die Eröffnungsfrage erfolgt seitens des Patienten und nicht seitens des Arztes. Mittels redeguginitialem ‚so‘ kontextualisiert der Patient allerdings die Vakanz einer entsprechenden ärztlichen Eröffnungsinitiative, was m. E. *ex negativo* auf den Normalfall in diesem Gesprächstyp (sowie in anderen APG) verweist, dass Ärzt/innen das medizinische Kerngespräch eröffnen.
- Die patientenseitige Frage verwendet weitgehend vergleichbares lexikalisches Material wie die beschriebenen ärztlichen Wie-geht’s-Fragen. Die Verwendung der 1. Person Plural als entscheidender formaler Unterschied modifiziert die Satzbedeutung von der Erfragung eines Befindensaspekts hin zum aktuellen Stand einer gemeinsamen Hervorbringung, was ebenfalls eine institutionelle Orientierung zeigt.
- Der Arzt bearbeitet die patientenseitige Frage entsprechend mit Hinblick auf das therapeutische Ziel und teilt die aktuelle Entwicklung der Blutwerte mit. Hierdurch sowie durch die Herausstellung des gemeinsamen Ziels, die Viruslast auf unter die Nachweisgrenze zu reduzieren, wird ein gesprächsübergreifendes interaktionstypspezifisches Anliegen offenbart, nämlich der Erfolg der antiretroviralen Therapie.

Arzt und Patient ko-konstruieren auf diese Weise v. a. die ärztliche Perspektive auf den Zweck des ablaufenden Gesprächs. Interessant ist, dass der Patient eigentlich einen ganz anderen *chief concern* hat, den er im weiteren Gesprächsverlauf anbringt: Aufgrund fehlender körperlicher Symptome fällt es ihm schwer zu glauben, dass er überhaupt HIV-infiziert ist.

6.3 Zusammenfassung und Ausblick

Dieses Kapitel widmete sich der Eröffnung des Kerngesprächs in den vorliegenden HIV-Sprechstunden, genauer: den fast durchweg ärztlichen Eröffnungsinitiativen, den Antworten der Patient/innen sowie dem auf die Eröffnungssequenz folgenden Anschlusshandeln der Interagierenden Ärzt/in und Patient/in. Ausgehend von einer breiten gesprächsanalytischen Befundbasis zu Formen und Funktionen ärztlicher Eröffnungsinitiativen wurde zu Beginn des Analysteils die *ex situ*-Annahme formuliert, dass die Eröffnungssequenzen in der HIV-Sprechstunde aus krankheits- und behandlungsspezifischen Gründen (wie der therapeutisch angestrebten Symptom- und Nebenwirkungsfreiheit und der durch die Dauertherapie lang andauernden Arzt-Patient-Beziehung) sowie aus interaktionstypologischen Gründen (u. a. die Unabhängigkeit HIV-spezifischer Gesprächsauf-

gaben von akuten Beschwerden) Besonderheiten aufweisen würden. Die übergreifende Frage war, welchen interaktiven Boden die Gesprächspartner/innen Arzt und Patient zu Beginn der Sprechstunde betreten.

Aus den 59 belegten Eröffnungssequenzen wurden nach sprachlich-formalen Merkmalen, inhaltlichen Orientierungen und interaktiven Konsequenzen Befindensfragen als die dominante ärztliche Eröffnungsinitiative sowie zwei weitere Typen (problemfokussiert, biographisch orientiert) identifiziert:

- Befindensfragen, typischerweise „Wie geht’s Ihnen?“
- Problemfokussierte Eröffnungsinitiativen, z. B. „Was ist das Problem?“
- Biographisch orientierte Eröffnungsinitiativen, z. B. „Wie ist es Ihnen ergangen?“.

In wenigen Gesprächen ist aus unterschiedlichen Gründen keine ärztliche Eröffnungsinitiative belegt. Als abweichender Fall entpuppte sich ein Gespräch mit einer Eröffnungsfrage durch den Patienten.

Die formale Ähnlichkeit der Befindensfragen mit routinierten Befindensfragen in informellen Gesprächen führt sich in ihren sequenziellen Konsequenzen fort: Als häufigste Antwortaktivität wurde die global-positive Evaluierung des Befindens identifiziert. Es zeigte sich in der Analyse (nicht nur dadurch, dass die Befindensfrage nicht wechselseitig gestellt wird), dass die Befindenssequenzen in den vorliegenden Gesprächen eine neue institutionelle Funktion erhalten, sie konstruieren die HIV-Routinesprechstunde nämlich als *well visit* (Heritage & Clayman, 2010), verbunden mit der medizinischen Erwartung, dass es den Patient/innen gut geht und mit der interaktiven Präferenz einer Wohlbefindensbekundung. Wenn dieser durch eine global-positive Befindensevaluation nachgekommen wird, ermöglicht dies die rasche Überleitung zu obligatorischen Aktivitäten der Sprechstunde, zumeist zur Mitteilung der aktuellen Blutwerte. Wie in informellen Gesprächen ist eine positive Antwort also *closing-relevant*.

Aus dem Befund, dass medizinische Dimensionen von Befinden – spezifisch: Beschwerdenangaben – nicht unbedingt direkt nach entsprechenden Eröffnungsfragen, sondern erst als Antwort auf Anschlussfragen geäußert werden, lässt sich aus mit Blick auf die medizinische Praxis ableiten, dass Ärzt/innen bei allzu raschen Wohlbefindensbekundungen auch in einer befindensorientierten Folgesequenz noch einmal die Möglichkeit für Beschwerdenangaben und Anliegenstellungen eröffnen sollten.

Die Patientenantworten auf Befindensfragen, in denen ein eingeschränktes Wohlbefinden geäußert bzw. medizinische Probleme unterschiedlicher Art genannt werden, weisen gegenüber den positiven Evaluationen des Befindens übergreifend strukturelle Abweichungen auf: Patient/innen arbeiten aktiv daran, sich sowohl an der präferierten Wohlbefindensbekundung zu orientieren als auch die Gelegenheit der Eröffnungsinitiative für ihre Problem- und/oder Anliegen dar-

stellung zu nutzen. Der kommunikative Aufwand, auf eine Befindensfrage Beschwerden zu äußern, ist also hoch. Die Patient/innen nutzen hierfür zwei Verfahren: *Andeuten* und *Einschränken*. Beide dienen dazu, der Antwortpräferenz nachzukommen und dennoch Beschwerden äußern zu können. Das Verfahren des Andeutens konstituiert sich aus Dispräferenzmarkierungen in Form von Verzögerungen, prosodischen Disaffiliationen sowie Evaluationen im semantisch mittelmäßigen Valenzbereich für den Antwortbeitrag und führt zu ärztlichen Anschlussfragen. Das Einschränken nutzt den allgemeinen Fragefokus der Befindensfrage für eine Zweiteilung des meist komplexeren Antwortbeitrags in eine allgemeine positive Evaluation, vor dessen Hintergrund ein spezifisches medizinisches Problem geäußert wird. Die beiden Verfahren werden auch kombiniert eingesetzt.

Die positiven Antworten auf Befindensfragen sowie die beiden Antwortverfahren bei negativen Befindensbekundungen enthüllen zusammen die Präferenzorganisation ärztlicher Befindensfragen: Eine positive Evaluierung des erfragten Allgemeinbefindens ist die präferierte Antwortvariante. Zum einen zeigt sich das Präferenzprinzip natürlich bereits an den kurzen bis hin zu minimalen positiven Evaluationen der Patient/innen bei Wohlbefindensbekundungen sowie am ärztlichen Anschlusshandeln, in welchem die positive Evaluation i. d. R. als nicht weiter erklärungs- oder bearbeitungsbedürftig behandelt wird bzw. nur positiv evaluiert wird. Zum anderen zeigt sich die Präferenz positiver Befindensevaluationen *ex negativo* am kommunikativen Aufwand, der die Darstellung medizinisch relevanter Beschwerden fordert.

Eine Überlegung aus angewandter Perspektive liegt angesichts dieser Ergebnisse nahe: Wenn ein gutes Befinden sowohl interaktional als auch medizinisch präferiert ist, wie groß sind dann die Hürden für HIV-Patient/innen, Beschwerden auf eine Befindensfrage hin zu äußern? Das therapeutische Ziel der HIV-Therapie, Patient/innen trotz HIV mittels optimal abgestimmter ARV-Medikation ein weitgehend normales Leben zu ermöglichen, spiegelt sich in der Prominenz der Befindensfragen im Korpus, an ihrer formalen Identität und funktionalen Gemeinsamkeiten mit der entsprechenden rituellen Befindensfrage aus alltäglichen Interaktionstypen sowie an der oben dargelegten Präferenzorganisation. Der Umkehrschluss aus diesen Befunden ist möglicherweise nicht nur, dass das Bekunden eines negativen Befindens – vor allem wenn HIV-spezifische Beschwerden geäußert werden – interaktiv dispräferiert ist: Wenn sich Ärzt/innen explizit zum Ziel setzen, eine optimale ARV-Medikation zu finden, und eine hohe patientenseitige Therapietreue essentielle Voraussetzung für das Erreichen dieses Ziels ist, dann indizieren – vor allem potenziell HIV- oder ART-induzierte – Beschwerden das Scheitern dieses Therapieziels, was Fragen nach den Gründen aufwirft. Auf diese

Weise können patientenseitige Beschwerdenschilderungen im ungünstigsten Fall zu einem *face threatening act* für beide Beteiligten werden.

Problemfokussierte Eröffnungsinitiativen kontextualisieren ein von den Routineaufgaben der Sprechstunde abweichendes Anliegen und setzen eine spezifische Agenda für den weiteren Gesprächsverlauf. Sie werden dementsprechend dann eingesetzt, wenn Patient/innen die Sprechstunde außerhalb des Turnus aus akuten Gründen aufsuchen. Diese Gründe werden entweder als bekannt zugrundegelegt, sind offensichtlich oder werden in der Eröffnungsinitiative erfragt. Auf der Gesprächsoberfläche zeigt sich v. a. bei problemfokussierten Eröffnungsinitiativen, dass diese mehr oder weniger stark Anliegenzuschreibungen kommunizieren. Virulent ist dies aber auch bei den beschriebenen Befindensfragen, die trotz scheinbarer inhaltlicher Offenheit gesprächsstrukturell die Wahrnehmung des Kontrolltermins als Hauptanliegen präsupponieren.

Biographisch orientierte Eröffnungsinitiativen sind Fragen, die entweder eine retrospektive Orientierung aufweisen und biographisch gewendete Befindensaspekte in den Vordergrund stellen (Subtyp: ‚Wie ist es Ihnen ergangen?‘) oder klar ereignisbezogen gegenwartsorientiert bis prospektiv ausgerichtet sind (Subtyp: ‚Was gibt’s Neues bei Ihnen?‘). Beide kommunizieren ärztliche Wissensbedürfnisse zu der Zwischenzeit seit dem letzten Gespräch und streben eine Aktualisierung des *common grounds* an. Hierbei lassen sie den Patient/innen die Entscheidung, welche Aspekte wie ausführlich relevant gesetzt werden, was sich in einer inhaltlichen und strukturellen Breite der im Korpus belegten Patientenantworten spiegelt.

Biographisch orientierte Eröffnungsinitiativen – die zusätzlich in zwei Fällen als ärztliche Anschlussfragen auf Eröffnungssequenzen mit Befindensfragen vorkommen – werden daher als *best practice* angesehen, denn sie erlauben den HIV-Patient/innen, ganz unterschiedliche „interaktive Böden“ zu betreten. Insbesondere bei chronischen Erkrankungen wie HIV, Diabetes oder Krebs ist dies von hoher Bedeutung, denn:

Bei der Behandlung von chronischen Erkrankungen (und dem Anspruch der Beteiligung der PatientInnen am Behandlungsprozess) verändert sich der Stellenwert von Patientenanliegen: Sie können mit der Diagnose der Krankheitssymptome identisch sein oder können auch weit darüber hinausgehen, in jedem Fall müssen sie Bestandteil der ärztlichen Behandlung werden (Lalouschek, 2013, S. 372).

Lalouschek (2013, S. 377) stellt in diesem Zusammenhang fest, dass noch zu wenig Aufmerksamkeit darauf gelegt wird, „dass die Motivation für den Arztbesuch auch außerhalb des aktuellen Krankheitsgeschehens liegen kann und dass die Anliegen ein weites Spektrum umfassen können – von Informationen und Rat einholen bis zum Wunsch verstanden zu werden“. Auch bei HIV-Patient/innen können alle genannten Anliegen auftreten; diese müssen dabei nicht einmal patholo-

gisch-medizinischer Natur sein, wie die Urlaubsberichte und Schilderungen beruflicher Veränderung in obigen Fallbeispielen zeigen. Das ärztliche Interesse an solchen Dingen wird auch von einer der ärztlichen Informantinnen als Handlungsnorm geäußert:

Also es ist ja nicht nur...es geht hier ja nicht nur um Helferzellen und Viruslast. Das geht schon ein bisschen weiter, weil's halt 'ne chronische Erkrankung ist und ja. Und man selber will den Menschen ja auch über eine längere Zeit begleiten. Das heißt also: Man fragt auch ganz viel, wie die Menschen leben, was sie so machen beruflich, in ihrer Freizeit, was ihnen wichtig ist (Ärztin A im Interview).

Ärztliche Eröffnungsinitiativen sollten also dem Umstand Rechnung tragen, dass Patient/innen zusätzlich zu den HIV-assozierten Anliegen neue Anliegen haben könnten, die sie in der Sprechstunde bearbeiten möchten. Zusammenfassend hat die korpusweite Untersuchung von Gesprächseröffnungen gezeigt, dass unterschiedliche Gesprächseröffnungspraktiken unmittelbare Konsequenzen für den weiteren sequenziellen Verlauf haben. Die obigen Befunde bieten eine empirische Grundlage für die Reflexion von Gesprächsführungsroutinen und einen Zugang zum bewussteren Einsatz von Gesprächseröffnungsstrategien in der HIV-Sprechstunde und darüber hinaus.

7 Mitteilung der Blutwerte

Das vorliegende Kapitel ist den Blutwerten der Patient/innen gewidmet, die als Dreh- und Angelpunkt von HIV und seiner Behandlung bezeichnet werden können: Um die Blutwerte der Patient/innen und ihre Entwicklung im Verlauf der HIV-Infektion drehen sich subjektive Krankheitstheorien, Körperwahrnehmungen und psychisches Wohlbefinden sowie Therapieentscheidungen und -planungen (siehe Kap. 8). Sie dienen als objektive Marker des HIV-spezifischen körperlichen Zustands der Patient/innen und sind – neben der Verträglichkeit der Medikation – der wichtigste Indikator dafür, ob die Therapie erfolgreich ist oder nicht. Blutwerte können prinzipiell an verschiedenen Stellen des Gesprächs eingebracht werden, so z. B. in Verbindung mit dem Wohlbefinden des Patienten/der Patientin direkt zu Beginn des Gesprächs. Daneben können die Blutwerte in weiteren Kontexten mitgeteilt und evaluiert werden, v. a. in diagnostischen Aktivitäten. Das Wiederaufgreifen bereits mitgeteilter Befunde steht in solchen Fällen in dem übergeordneten Aktivitätskontext der diagnostischen Beschwerdeninterpretation; sie dienen dann als Hinweise oder Ausschlusskriterien auf dem Weg zu einer diagnostischen Theorie (siehe Kap. 5.2.7). Eine Aktivität der HIV-Sprechstunde allerdings ist spezifisch den Blutwerten gewidmet: die Befundbesprechung bzw. die ‚Mitteilung der Blutwerte‘.

Die Aktivität kann als kommunikativer Kern der untersuchten A/P-Gespräche in der HIV-Sprechstunde beschrieben werden. Ihr zentraler Status ergibt sich unmittelbar aus der Behandlungslogik der HIV-Therapie, da die Entwicklung HIV-relevanter Blutparameter den Erfolg oder Misserfolg der medikamentösen Therapie anzeigt und dieser in den Routinesprechstunden eben regelmäßig überprüft wird. Die Mitteilung der Blutwerte ist daher obligatorisch, sofern Patient/innen die Sprechstunde aufgrund akuter Beschwerden nicht außerplanmäßig aufsuchen; die Besprechung des Blutbilds erfolgt also i. d. R. in jedem der regelmäßigen Kontrolltermine. Sie folgt häufig direkt auf die Eröffnung des Kerngesprächs (siehe Kap. 6).

Zu Beginn der Therapie fiebern die Patienten geradezu der Mitteilung der Blutwerte entgegen oder fürchten sogar die Ergebnisse der Bluttests, da HIV potenziell immer noch mit der Progression zu AIDS und einem lebensbedrohlichen Gesundheitszustand in Verbindung gebracht wird. Dies ist vor allem an den patientenseitigen *displays* von Erleichterung zu erkennen, die als Reaktion auf die Mitteilung bisweilen zu verzeichnen sind (siehe Kap. 7.3). Das Immunsystem erholt sich zu frühen Therapiezeitpunkten am deutlichsten, während die Anzahl der HI-Viren rasch absinkt, so dass in dieser frühen Behandlungsphase große Veränderungen im Blutbild stattfinden. Wie bereits in Kapitel 2.1.2 beschrieben, folgen die Kontrolltermine zu Beginn der HIV-Therapie daher in der Regel recht

engmaschig aufeinander und pendeln sich beim Erreichen einer konstant niedrigen Viruslast bei gleichzeitig guter Verträglichkeit des Medikaments auf einen dreimonatigen Abstand ein. Die Blutabnahme wird, je nach Präferenz der Patient/innen, entweder am Tag der Sprechstunde oder ca. eine Woche vorher durchgeführt, so dass die Aktualität der besprochenen Blutwerte zwischen einer Woche und drei Monaten liegt.

Bei stabilen Blutwerten (niedrige Anzahl an HI-Viren bei hoher Anzahl an CD4-Helferzellen in der Blutprobe) im weiteren Verlauf der Therapie wird die Mitteilung der Blutwerte zunehmend zur Routine; die Patient/innen sind in der Lage, die mitgeteilten Parameter zu interpretieren und erwarten keine bösen Überraschungen mehr. Ein solcher medizinischer Verlauf ist seit dem Einsatz der hochaktiven ARV-Medikation Mitte der 1990er Jahre und der kontinuierlichen pharmakologischen Weiterentwicklung der medikamentösen Komponenten tatsächlich die Regel, da mittlerweile eine Vielzahl an Kombinationsmöglichkeiten antiretroviraler Präparate zur Verfügung steht und diese stetig weiterentwickelt werden (siehe Kap. 2.1).

Der Fokus dieses Kapitels liegt auf der korpusumfassenden Untersuchung der ‚Mitteilung der Blutwerte‘. Ausgehend von fallanalytisch identifizierten Merkmalen der sequenziellen Dynamik der Aktivität werden die Praktiken der ärztlichen Mitteilung und der Evaluation der aktuellen Blutwerte sowie ihre responsive Bearbeitung durch die Patient/innen unter die Lupe genommen und hinsichtlich des Managements relevanten Befundwissens sowie identifizierter Diskrepanzen in der Mitteilung unauffälliger vs. auffälliger Blutwerte perspektiviert. Es wird sich zeigen, dass sich der medizinische Anspruch, Patient/innen ein dauerhaft beschwerdefreies Leben trotz HIV zu ermöglichen, und der tatsächlich i. d. R. lang anhaltende stabile Verlauf der relevanten Blutwerte im Interaktionsverhalten der Beteiligten widerspiegelt: Sprachliche Routineformeln und verfestigte Handlungsmuster verweisen auf die Existenz interaktiver Routinen und Präferenzstrukturen. Die Mitteilung der Blutwerte verdeutlicht so wie keine andere Aktivität der untersuchten Gespräche die professionelle Routine auf Seiten der Ärzt/innen, die sich dieser Mitteilungsaufgabe Sprechstunde für Sprechstunde stellen; auch die Patient/innen sind insofern routiniert, als die jahre- oder sogar jahrzehntelange Erfahrung im Gespräch mit ihren behandelnden Ärzt/innen Verhaltens- und Interpretationssicherheit bietet und die Mitteilung von unauffälligen Blutwerten mit der Zeit Normalität wird.

Bei der Betrachtung verfestigter sprachlich-interaktiver Muster, die sich während der Mitteilung der Blutwerte in besonderem Maße zeigen, stellt sich die Frage, unter welchen Bedingungen Routinen als Rückgriff auf Bewährtes nicht mehr ausreichen und neue Wege zur Bewältigung der kommunikativen Aufgabe gefunden werden müssen. Die sprachlich-interaktive Dynamik solcher abwei-

chenden Fälle hängt bei der Mitteilung der Blutwerte u.a. mit der Valenz der mitgeteilten Werte zusammen oder ergibt sich aus aktiveren Beteiligungsformen von Patient/innen, die aus Sorge, Wissensbedürfnissen oder zwecks *Expertise-displays* individuellere Zuschnittsmuster fordern. Zum Ende des Kapitels schließt sich eine Diskussion aus angewandter Perspektive an, welche Deutungen von HIV durch Verfahren der Befundbesprechung u. U. konstruiert oder befördert werden.

7.1 Das Default-Muster der Mitteilung der Blutwerte

Die Handlungsdynamik der ‚Mitteilung der Blutwerte‘ ist allgemein durch eine starke Asymmetrie in der Gesprächsbeteiligung gekennzeichnet; den Patient/innen kommt dabei *sui generis* eine responsive Partizipationsrolle zu: Den behandelnden Mediziner/innen liegen die Ergebnisse des aktuellen Bluttests auf einem Befundblatt in der Patientenakte vor; diese teilen sie den Patient/innen mit. Eine Evaluation der Werte mit Hinblick auf ihre retrospektive Entwicklung oder auf ihre absolute Bedeutung ist die Regel und erfolgt typischerweise durch den Arzt/die Ärztin, manchmal durch beide Interagierende oder durch Patient/innen alleine. Der folgende Ausschnitt veranschaulicht exemplarisch den typischen sequenziellen Verlauf der Aktivität:

Ausschnitt 7-1: Typischer Verlauf der Mitteilung der Blutwerte, J-2006-AP, Ärztin G, 354-373 Sekunden.

```
01 A:      dann,  
02         gUcken_wa erstma nach den (--) beFUNden?  
03 P:      hm_hm,  
04 A:      ja?  
05         (2.3)  
06         lEtzte blutentnahme war im FEBruar-  
07         (1.0)  
08 P:      ja;  
09 A:      ja, (-)  
10         da war alles in ORDnung;  
11         sie waren unter der nAchweisgrenze geWesen? (-)  
12         hatten tAUsend (.) achtunddreißig HELferzellen-  
13         achtunddreißig proZENT- =  
14         = das war SEHR gut, (---)
```

Nach ‚dann‘ (Z. 01), das hier durch seine prosodische Desintegration von der nachfolgenden IP auch als Informationsstrukturierer fungiert, kündigt die Ärztin die Aktivität der Mitteilung der Blutwerte an (Z. 02), was durch den Patienten mittels Rezipientensignal ratifiziert wird (Z. 03). Nach einem Rückversicherungssignal seitens der Ärztin in Zeile 04 folgt eine rund zweisekündige Pause. Es ist üblich, dass der Arzt oder die Ärztin an dieser Stelle das Befundblatt sichtet. In Zeile 06 thematisiert die Ärztin den letzten Zeitpunkt der Blutentnahme, was durch den Patienten als Deklarativsatzfrage behandelt, da durch die Antwortpartikel *ja;* bestätigt wird. Nach einem erneuten Rückversicherungssignal in Zeile 09 evaluiert die Ärztin zunächst global die Bluttestergebnisse (Z.10) und informiert

dann mit der Routineformel sie waren unter der nachweisgrenze gewesen? (Z. 11) über die geringe Anzahl der Viren im Blut des Patienten. Die nächsten Mitteilungen in den Zeilen 12 und 13 erfolgen zunehmend verkürzt, was insgesamt einen Auflistungscharakter spiegelt. Nach den Mitteilungsäußerungen erfolgt erneut eine positive Evaluierung durch die Ärztin (Z. 14). Die verbale Aktivität des Patienten ist in diesem Ausschnitt rein responsiv. Dies hängt zunächst unmittelbar mit der Funktion der Aktivität zusammen: die Vermittlung von Wissen, das in der Patientenakte vermerkt und zunächst nur der Medizinerin visuell zugänglich ist. Dass die Responsiva des Patienten auf die Produktion von Rezipientensignalen beschränkt sind – und nicht etwa deutliche Anerkennungen des Neuigkeitswerts der Mitteilungen enthalten – weist zudem darauf hin, dass diese eben nicht als Neuigkeit behandelt werden (siehe Kap. 7.3).

Zur Veranschaulichung des typischen Verlaufsmusters der Mitteilung der Blutwerte sei ein weiteres Fallbeispiel gegeben:

Ausschnitt 7-2: Typischer Verlauf der Mitteilung der Blutwerte, A-2806-AP, Arzt M, 219-234 Sekunden.

09 A: !VI!rusbeladung vo(n) ha i vau is AUCH unter
nachweisgrenze-
wunder[BAR?]
10
11 P: [all]es okee;
12 A: das_is wunderBAR? (-)
13 helferzellen sind vierhundreds (.) SIEBzehn;
14 mit sechszwanzig proZENT,
15 das is PRIma?
16 [ja?]
17 P: [ko-]
18 A: °h un (.) lEberwerte blutbild VÖLLig Unauffällig?
19 [sEhr sehr SCHÖN?]
20 P: [alles oKEE?]
21 A: ja,
22 is wunderBAR?
23 P: wunder[BAR.]

Wie in Ausschnitt 7-1 wird auch in diesem Ausschnitt zunächst die Anzahl der Viren im Blut – fachsprachlich durch das Kompositum !VI!rusbeladung bezeichnet – mitgeteilt; hierfür wird wiederum die Formel unter nachweisgrenze (Z.09) verwendet. Direkt darauf evaluiert der Arzt diesen mitgeteilten Wert positiv-hochgestuft mit wunder[BAR?], was mit einer ko-evaluierenden Äußerung des Patienten ([all]es okee; Z. 11) überlappt. Bestätigend und damit die Äußerung des Patienten auch als Rückversicherungsfrage behandelnd, reformuliert der Arzt seine Evaluation in einer vollständigen syntaktischen Konstruktion (das_is wunderBAR?); der interrogative Intonationsverlauf markiert dabei eine Projektion seines Redezugs bzw. die Mitteilungsaktivität als noch nicht beendet. In der nächsten TKE teilt er den zweiten HIV-relevanten Wert mit: helferzellen sind vierhundreds (.) SIEBzehn; er informiert zudem über den Prozentsatz dieser

Zellen an der Gesamtimmunabwehr mit der nachträglichen Angabe: mit sechszwanzig proZENT, (Z. 13/14). Direkt darauf erfolgt erneut eine Evaluierung: das is PRIma? (Z. 15), die mittels final steigendem Tonhöhenverlauf wiederum prosodisch eine Fortsetzung des Redezugs projiziert. Während die beiden relevanten HIV-spezifischen Blutwerte bis an dieser Stelle zunächst mitgeteilt und direkt darauf positiv evaluiert werden, werden die darauf folgenden HIV-unspezifischen Leberwerte sowie das Gesamtblutbild listenartig aufgezählt und als VÖLlig unauffällig bezeichnet, ohne dass konkrete Werte genannt werden (Z.18/19).¹³⁶ Der Patient nimmt auf die Mitteilungshandlungen responsiv Bezug, indem er, teilweise überlappend mit den ärztlichen Äußerungen mittels alles oKEE? (Z.20) eine Evaluation explizit evoziert beziehungsweise mit [all]es okee (Z. 11) und wunder[BAR.] (Z. 23) ko-evaluert, auch unter gewissem konditionellen Druck, wie die zugleich evaluierenden wie evaluierungsevozierenden Beiträge des Arztes in den Zeilen 16 und 21/22 zeigen. Im Vergleich zu Ausschnitt 7-1, in dem der Patient verbal-responsiv völlig passiv bleibt, ist der sequenzielle Aufwand zur Herstellung von Intersubjektivität also hier etwas höher, auch, da der Patient in Zeile 20 eine zusätzliche Evaluation evoziert.

Zur sequenziellen Dynamik in den gezeigten Ausschnitten ist zu sagen, dass eine eindeutige Beteiligungsasymmetrie vorherrscht. Während die Ärzt/innen mitteilen und evaluieren, beschränken sich die Gesprächshandlungen seitens der Patienten i. d. R. auf Rückmeldesignale und ko-evaluierende Äußerungen¹³⁷ im zweiten Paarteil. An sprachlichen Besonderheiten in den beiden Ausschnitten 7-1 und 7-2 zeigen sich zum einen die medizinische und institutionsspezifische Lexik (,Virusbelastung‘,¹³⁸ ,unauffällig‘, ,Helferzellen‘) sowie die Routineformel ,unter der Nachweisgrenze (sein)‘. Im vorliegenden Korpus werden diese fachsprachlichen Ausdrücke von Ärzt/innen und auch von Patient/innen durchweg verwendet, um auf die HIV-spezifischen Parameter im Blutbild zu referieren. Auf syntaktischer Ebene fallen in den Belegen des Korpus weiterhin der prädikatlose Telegrammstil ins Auge; zusammen mit der insgesamt zeitökonomischen Gestaltung wird die Mitteilung der Blutwerte hierdurch als routinierte, häufig durchgeführte Aktivität kontextualisiert, mit der nicht nur die Ärzt/innen, sondern auch die Patient/innen vertraut sind.

Die externale Repräsentation der mitzuteilenden Werte in der so genannten *Patientenübersicht* (Patientenakte) fördert sicherlich diesen Stil: In einer Tabelle sind hier die einzelnen Zahlwerte relevanter Blutparameter aufgelistet, die nach jeder Blutkontrolle mit aktuellen Werten in einer neuen Zeile angereichert wird

¹³⁶ Die globale Evaluierung HIV-unspezifischer Werte erfolgt – mit wenigen Ausnahmen – durchgehend auf diese Weise.

¹³⁷ Die doppelte Funktion der patientenseitigen Ko-Evaluation als zudem evaluierungsevozierende Äußerung in Ausschnitt 7-2 (Z. 20) ist nur in diesem Gespräch belegt.

¹³⁸ Alternativ und häufiger belegt ist die Bezeichnung ,Viruslast‘.

und so im Gesamten einen Überblick über die HI-Virusentwicklung und über den Therapieverlauf gibt. Die folgende Abbildung veranschaulicht den Aufbau einer solchen Verlaufstabelle:¹³⁹

Arzt	Datum	Text	HCV -PCR	CD4 Abs	CD4 Proz	CD4 Ratio	CD8Abs	HIV PCR	BegM
XY	20.06.2 011			417	26			<20	
XY	21.09.2 011			450	28			<20	
...

Abbildung 12: Die Tabelle *Verlauf* in der *Patientenübersicht*

Die Mitteilung der Blutwerte wird in der Regel rasch erledigt und die Interagierenden gehen zu weiteren Handlungsaufgaben über, manchmal sogar direkt zu gesprächsbeendigenden Aktivitäten wie Terminabsprachen.

Im vorliegenden Korpus ist die ‚Mitteilung der Blutwerte‘ insgesamt 53 Mal belegt. Sie verläuft in 36 Fällen (69 Prozent) auf die beschriebene Weise bzw. setzt sich zusammen aus

- Mitteilungssequenzen: ärztliche Mitteilungsäußerung (1. Paarteil) und – optional – patientenseitiges *acknowledgement* (2. Paarteil) und
- Evaluierungssequenzen: i. d. R. ärztliche Evaluierungen (1. Paarteil) und – optional – patientenseitiges *acknowledgement* oder Ko-Evaluierungen (2. Paarteil); seltener sind initiative patientenseitige Evaluierungen und responsive ärztliche Ko-Evaluierungen.

Häufig sind beide Sequenzen miteinander verwoben, d. h. Ärzt/innen äußern direkt nach der Mitteilung des Werts eine Evaluation; es ist dann im Fall patientenseitiger Minimalresponsiva nicht auszumachen, auf welche ärztliche Gesprächshandlung sie sich beziehen.

Die korpusübergreifende Analyse der Aktivität ermöglicht es, perspektivegebundene Verzerrungen wie z. B. eine Überbewertung identifizierter Phänomene in Bezug auf ihre Typizität in den untersuchten Gesprächen zu vermeiden und den ‚inter-interaktiven‘ Status sprachlicher Dynamiken einzuschätzen. Auf diese Weise zeigte sich, dass der in obigen Fallbeispielen exemplarisch gezeigte sequenzielle Verlauf und zentrale sprachliche Merkmale der ärztlichen Mitteilungsäußerungen rekurrent sind, d. h. eine Standardlösung für die obligatorische Gesprächsaufgabe bzw. das wiederkehrende interaktive Problem in der HIV-Sprech-

¹³⁹ Die in der Tabelle aufgeführten Zahlwerte sind dem Transkriptausschnitt entnommen: *CD4Abs* (CD4-Zellen absolute Anzahl) und *CD4Proz* (prozentualer Anteil der CD4-Helferzellen an der Gesamtimmunabwehr), *HIVPCR* (Anzahl der Viren je Milliliter Blut) bzw. wurden weggelassen (Text, *HCVPCR* (Testung, ob eine Hepatitisinfektion vorliegt), *CD4-Ratio* (Verhältnis von CD4-Zellen und CD8-Zellen), *CD8Abs* (absolute Anzahl der CD8-T-Lymphozyten), *BegM* (Beginn der Therapie). Die letztere Gruppe wurde im vorliegenden Korpus in keinem einzigen Fall mitgeteilt.

stunde darstellen, die Befunde – genauer: medizinisch unauffällige Befunde – mitzuteilen (Kap. 7.2 und 7.3). Initiative Gesprächsbeiträge seitens der Patienten kommen in diesem Default-Muster der Befundbesprechung nicht vor. In Kapitel 7.4 soll gezeigt werden, unter welchen Umständen und mit welchen Mitteln Patient/innen aus dieser responsiven Beteiligungsrolle ausbrechen können bzw. unter welchen Umständen andere Lösungen für die Gesprächsaufgabe der Mitteilung der Blutwerte gefunden werden müssen.

7.2 Typisiertes Wissensmanagement oder „Schema F für 0815-Patient“

Prinzipiell haben Ärzt/innen eine Vielzahl an Möglichkeiten, die in der HIV-Sprechstunde relevanten HIV-spezifischen und HIV-unspezifischen Blutwerte (wie Cholesterin, Leber- und Nierenwerte) zu übermitteln: Sie können die Zahlenwerte der untersuchten Parameter allein nennen oder in Verbindung mit evaluierenden Äußerungen übermitteln, sie können die Blutwerte lediglich evaluieren, ohne die konkreten Zahlenwerte zu nennen, sie können zusammenfassend eine globale Evaluierung der relevanten Parameter vornehmen, ohne auf die Einzelwerte einzugehen, sie können die Bedeutung der einzelnen Werte erklären usw.

Die Untersuchung der vorliegenden Gespräche zeigt im Gegensatz zu dieser theoretischen Gestaltungsvielfalt, dass die Wissensvermittlung auf recht homogene Weise erfolgt. Der beschriebene Verlauf der Mitteilung der HIV-spezifischen Blutwerte ist als verfestigtes Schema zu werten, es zeigen sich rekurrente Handlungsabläufe bei der Vermittlung des Befundwissens als *kommunikative Routinen* (Burger, 2007). Diesbezüglich sind zunächst die sprachlichen Formen zur Referenz auf mitzuteilende Parameter zu nennen; diese weisen einen hohen Grad an *Verfestigung* auf: In den Mitteilungsäußerungen werden feste Phrasen oder *Routineformeln* (Coulmas, 1981, S. 65) wie ‚Sie waren unter der Nachweisgrenze‘ oder ‚Helferzellen waren XX Prozent‘ verwendet. Coulmas definiert solche Routineformeln als „funktionsspezifische Ausdrücke mit wörtlicher Bedeutung zur Realisierung rekurrenter kommunikativer Züge“ (ebd., S. 69) und beschreibt sie weiterhin als das „sprachliche Gewand kollektiver Strategien zielorientierten Handelns und Reagierens“ (ebd., S. 68). Routineformeln sind nicht nur durch ihren formal-idiomatischen Charakter wie der „Starrheit der Verbindungen der Elemente“ (ebd., S. 66) oder durch etablierte Metaphern (unter der Nachweisgrenze sein) gekennzeichnet, sondern auch durch ihre feste Situationsbezogenheit. Auch ihre *Rekurrenz* also, im Sinne der Verwendung von Terminologien und Phrasen in derselben interaktiven Umgebung zur Bewältigung der wiederkehrenden Aktivität der Befundmitteilung verdeutlicht, dass hinsichtlich des Wissens- bzw. Verstehensmanagements auf standardisierte Formen der Wissensvermittlung zurückgegriffen wird. Dies allein gibt den Rezipierenden (den Patient/innen) bereits Verstehenshinweise, u. a. dass eine alltägliche Selbstver-

ständigkeit mitgeteilt wird. Patient/innen dokumentieren ihr Verstehen mittels minimaler Rezipientensignale im Sinne eines *claiming of understanding* (Mondada, 2011 u. a.); darüber hinaus wird kein vertiefteres Herstellen von Intersubjektivität als nötig erachtet.

Stein (2004, S. 263) argumentiert, dass sprachlich-interaktive Verfestigungen und Rekurrenzen, eine Routinehaftigkeit also sowohl auf der sprachlichen als auch auf der Handlungsebene, sowohl bei der Produktion als auch bei der Rezeption zu einer Entlastung der Interagierenden beitragen können, „Verhaltenssicherheit im Rückgriff und im Vertrauen auf Bewährtes garantieren“ und so zum reibungslosen Ablauf rekurrenter kommunikativer Aufgaben beitragen: Kommunikationsteilnehmer profitieren „von formelhaften Einheiten nicht nur bei der Abwicklung von Kommunikation insgesamt, sondern auch bei der Formulierungsarbeit als solcher“ (ebd., S. 269). Hier liegt eine Art Frequenzeffekt hinsichtlich der häufigen Durchführung der Aktivität im Ambulanzalltag vor. Das Bewährte im Interaktionsverhalten von Ärzt/in und Patient/in in den vorliegenden Gesprächen spiegelt wiederkehrende medizinische Ereignisse, nämlich die lang anhaltend erfolgreich verlaufende HIV-Therapie (siehe Kap. 7.3).

Dass die von der schriftlich vorliegenden Patientenübersicht weitgehend unabhängigen Bezeichnungen wie ‚Viruslast‘ für die Patient/innen feste Bezugsgrößen darstellen, zeigt der folgende Ausschnitt, in welchem die Ärztin den Ausdruck ‚Kopien‘ wählt, um auf die Anzahl der Viren im Blut zu referieren:

Ausschnitt 7-3: „Kopien“, F-1107-AP, Ärztin G, 175-193 Sekunden.¹⁴⁰

21 (1.6)
 22 ((Knall))
 23 A: hundertsechzig koPIen?
 24 zuvor waren_s zwOhunderSECHzig,
 25 P: was (.) was Is nochma das mit den koPIen?
 26 A: das sin [die !VI!]ren in ihrem BLUT.
 27 P: [das schreib'-]
 28 A: das sin: !VI!ren pro milliliter BLUT?
 29 <<p> ja_a,>
 30 (1.0)
 31 P: <<p> hundertsechzig koPIen;>
 32 A: hm_hm?
 33 P: ich hab mir das immer hElferZELLen:-
 34 und VIRuslast hab ich mir auf[geSCHRIEben;] =
 35 A: [genau.] =
 36 P: = [<<all> (das ich das was)]->
 37 A: = [viru virus] sin-
 38 das_is die VIRuslast.
 39 P: das_is die VIRus[last.]
 40 A: [ja.]

¹⁴⁰ Ein etwas größerer Ausschnitt aus der Mitteilung der Blutwerte in Gespräch F-1107-AP wird in Kap. 7.4.2 in Bezug auf individuelles Wissensmanagement besprochen.

In Zeile 23 des obigen Ausschnitts nennt die Ärztin zum zweiten Mal einen bereits vorher genannten Befund: *hundertsechzig koPIen?* (Z. 23). Sie nennt zudem den Wert nach der vorletzten Blutentnahme, der mit *zwOhunderSECHzig* noch deutlich höher lag. Die Ärztin informiert hiermit indirekt über den Verlauf bzw. über den Erfolg der Therapie, deren Beginn bei Patient F-1107 noch nicht lange zurückliegt. Mittels steigender finaler Intonation wird ein Fortführen des ärztlichen Gesprächsbeitrags projiziert (Z. 24), allerdings kommt der Patient der Fortsetzung ihres Redezugs zuvor, indem er interrogativ ein Verstehensproblem in Bezug auf den Begriff ‚Kopien‘ äußert und eine WAS-Erklärung zu diesen anfordert: *was (.) was Is nochma das mit den koPIen?*. Die Ärztin kommt dem *request for information* nach und erklärt den Begriff ‚Kopien‘, indem sie zunächst eine Existenzaussage zu diesem macht und ihn mit den *!VI!]ren in ihrem BLUT. identifiziert*. Sie expliziert ihre Erklärung mit Hinblick auf die Mengenangabe, auf die sich die Anzahl der Viruskopien bezieht: *das sin: !VI!ren pro milliliter BLUT?* (Z. 28). Deutlich wird hier, dass die Ärztin ein Verstehensproblem in Bezug auf den außersprachlichen Referenten zugrunde legt, das durch die patientenseitige Formulierung nahe gelegt wurde. Die Äußerung in den Zeilen 33/34 (*ich hab mir das immer hELferZELLen:- und VIRuslast hab ich mir auf[geSCHRIEBen;]*) zeigt dann jedoch, dass für den Patienten die Begriffe ‚Helferzellen‘ und ‚Viruslast‘ gebräuchlich sind; er verortet sein Verstehensproblem nun neu auf Seiten der für ihn unbekanntem sprachlichen Form und ihrer Zuordnung zu einem Konzept. Überlappend bestätigt die Ärztin mit *genau.* (Z. 35) und trifft – nach überlappendem Sprechen in den Zeilen 36/37 – erneut eine Existenzaussage, die nun die Referenzidentität von ‚Viruslast‘ und ‚Kopien‘ klärt: *das_is die VIRuslast.* (Z.38). Zur Rückversicherung wiederholt der Patient diese Aussage wortwörtlich in Z. 39 und behandelt so das Verstehensproblem als gelöst; seine Reformulierung wird dann wiederum durch die Ärztin zwecks Herstellung eines neuen *common grounds* mittels Antwortpartikel *ja* bestätigt.¹⁴¹ Gerade dieser abweichende Fall zeigt, dass typische sprachliche Realisierungen in ärztlichen Mitteilungsäußerungen Interpretationssicherheit für die Patient/innen bieten.

Zusammenfassend wird mit Ressourcen einer stabilen Gestaltung der ärztlichen Redezüge – der Listencharakter der Mitteilungen, die verfestigten Konstruktionen und rekkurrenten Begriffe als Routineformeln – und eines homogenen sequenziellen Verlaufs über die belegten Gespräche hinweg ein standardisiertes, minimal aufwändiges Wissensmanagement betrieben. Das Vorkommen unauffälliger Blutwerte wird infolgedessen als selbstverständlich behandelt.

¹⁴¹ Der Ausschnitt wird im Zusammenhang mit abweichenden Verläufen der Mitteilungsaktivität in Kap. 7.4.2 erneut aufgegriffen.

Der „normale“ Status unauffälliger Blutwerte kann jedoch nur teilweise erklären, weshalb die relevanten Blutparameter in dieser interindividuell kaum variierenden Form mitgeteilt und evaluiert werden. Angesichts dessen, dass Ärzt/innen und Patient/innen in jeder Sprechstunde mit eine/n andere/n Patient/in sprechen und mit diesem/r auf individuelle Infektionsverläufe und -komplikationen zurückblicken können: Wäre es nicht naheliegender, dass sich in den Mitteilungshandlungen der Ärzt/innen ein entsprechend spezifischer Adressatenzuschnitt (*recipient design*) zeigt (Sacks & Schegloff, 1979)? Das übergreifend gleichförmige Wissensmanagement scheint nicht vereinbar zu sein mit dem Konzept des *recipient design* als „multitude of respect in which the talk by a party in a conversation is constructed or designed in ways which display an orientation and sensitivity to the particular other(s) who are co-participants“ (Sacks, Schegloff & Jefferson, 1974, S. 727).

Die homogenen Praktiken ärztlicher Wissensvermittlung verweisen darauf, dass die individuellen Patient/innen so *particular* gar nicht sind. Das *Partnermodell* (Schober & Brennan, 2003) als kognitive Voraussetzung für einen spezifischen Adressatenzuschnitt scheint hier vielmehr in Form eines *Durchschnittspartnermodells* vorzuliegen und als Heuristik auf die Gestaltung der Mitteilungs- und Evaluierungsäußerungen angewendet zu werden. Es liegt also weniger ein individueller als vielmehr ein *typisierter Adressatenzuschnitt* vor; konstruiert wird nämlich durch diese Form des extrapolierten Wissensmanagements ein/e typische Adressat/in in der HIV-Sprechstunde: der/die institutionserfahrene HIV-Patient/in, der/die sich bereits seit Längerem¹⁴² in medikamentöser Therapie befindet, unauffällige HIV-relevante Blutwerte aufweist und mit der fachsprachlichen Terminologie vertraut ist. Dass sich die generalisierte Zuschreibung eines gewissen Grads institutionsspezifischen Wissens bewährt hat, also wohl auf eine entsprechend homogene Patientenklientel trifft, zeigt sich wiederum an der standardmäßigen und in der Regel unproblematischen Realisierung der Mitteilung. Natürlich gibt es auch zu dieser Regel Ausnahmen: In Kapitel 7.4.2 soll gezeigt werden, wie die Patient/innen den typisierten Adressatenzuschnitt zurückweisen und individuellere Zuschnitte einfordern.

Die Mitteilung der Blutwerte ist nicht allein durch wiederkehrende Formen der Wissensvermittlung konstituiert, sondern auch durch Nichtvermittlung von Wissen. In keinem der 36 Fälle wird z. B. erklärt: Was sind Helferzellen? Was bedeutet ihr prozentualer Anteil? Was ist die Virusbeladung/Viruslast? Der Nichtvermittlung dieses Wissens liegt eine entsprechende Wissenserwartung an die Patient/innen zugrunde. Diese weist auch eine moralische Komponente auf:

¹⁴² Das Erreichen des therapeutischen Ziels, die Anzahl der Viren im Blut unter die Grenze der Nachweisbarkeit zu reduzieren, kann meist erst nach Monaten erreicht werden.

Also ich hatte vor ‘n paar Jahren, vor ‘n paar Wochen hatte ich ‘nen Patienten, ich weiß nicht, ob du [= die Interviewerin, Anmerkung A. G.] sogar dabei saßt. Der hat mich allen Ernstes nach vier Jahren gefragt, was CD4-Zellen sind. Also dem bin ich fast an die Gurgel gesprungen. Ja. Das kann nicht sein! (Arzt M im Interview).

Während die Anzahl der Viren im Blut und die Anzahl/der Prozentsatz der Helferzellen mitgeteilt werden, werden Zahlwerte von HIV-unspezifischen Blutparametern nicht differenziert, sondern auf sie lediglich mit ‚Leberwerte‘, ‚Nierenwerte‘ referiert und diese lediglich global evaluiert (z. B. Ausschnitt 7-2, Z. 18: °hun (.) lEberwerte blutbild VÖLLig Unauffällig?). Dies zeigt m. E. über die oben beschriebene heuristische Adressatenorientierung in den Mitteilungshandlungen hinaus, dass ein übermäßig expliziter Wissensausgleich aus Ärztesicht für die laufende Aktivität als wenig relevant angesehen wird. Dass hierdurch eine Wissensasymmetrie aufrechterhalten wird, ist dann lediglich ein Ko-Produkt; das ärztliche Vorgehen muss vor allem in Bezug zur laufenden Aktivität gesetzt werden: Das Vorenthalten der Zahlwerte ist mit einer funktionalen Abarbeitung der obligatorischen und höchst routinisierten Gesprächsaufgabe und mit der Konzentration auf das Wesentliche verknüpft. Ob die alleinige Evaluation von Blutwerten also ärztliche Autorität demonstriert, wie Pomerantz & Rintel (2004) annehmen („In providing the assessments and judgement without providing a numerical reading, the physician cast herself as one whose interpretations and judgements were authoritative“ ebd., S. 15) bleibt daher angesichts dieser Aufgabenfunktionalität fraglich. Eine Nichtvermittlung von Wissen kann *en passant* Wissensasymmetrien zugunsten einer effizienten Erfüllung der vorliegenden kommunikativen Aufgabe aufrechterhalten. Die obligatorischen Evaluierungen, die Pomerantz & Rintel als Ausdruck ärztlicher Autorität werten, sind m. E. ebenfalls vielmehr funktional zu betrachten: In ihnen zeigt sich, wie im Folgenden ausgeführt werden soll, dass die Mitteilung der Blutwerte nicht nur der Vermittlung diagnostischen Wissens dient, sondern auch der Rückversicherung von Kontinuität und Normalität.

7.3 Die Mitteilung und Evaluierung unauffälliger Blutwerte: Konstruktion einer *positiven Normalität*

7.3.1 Präferenz für gute Nachrichten

Dass das interaktive Problem der Mitteilung der Blutwerte nicht als tatsächlich problematisches in Erscheinung tritt, liegt nicht zuletzt daran, dass die mitgeteilten Blutwerte in den bisher gezeigten Fallbeispielen durchweg unauffällig sind. Dass gute Blutwerte als konversationell präferierte Handlung auf direkte Weise mitgeteilt werden, erklärt den in den ersten beiden Ausschnitten dargestellten sequenzökonomischen Verlauf der Mitteilungs-Bestätigungs-Sequenzen. Er bedeu-

tet hiermit zusammenhängend auch, dass es nichts Außergewöhnliches mitzuteilen gibt, sprich: Die Nichtvermittlung von Wissen ist eine implizite Mitteilung guter Nachrichten. Entsprechend ändert sich der Status der Befundbesprechung auch aus Teilnehmerperspektive:

Also die Laborwerte, die Befundbesprechung, das nimmt ja irgendwann nur noch nen Bruchteil vom Gespräch ein (Ärztin A im Interview).

Positive Mitteilungshandlungen sind aus konversationsanalytischer Sicht präferierte Redezüge. Maynard (1989; 1998; 2003) befand für Diagnosemitteilungen in klinischen und auch alltäglichen Kontexten, dass positive Nachrichten auf direkte, exponierte Art in die Interaktion eingebracht werden. Dies ist an den eingangs gezeigten Fallbeispielen deutlich geworden: Unauffällige Werte werden zwar obligatorischerweise evaluiert (siehe Kap. 7.3.2), aber sie bedürfen keiner weiteren Erklärung, sie sind nicht *accountable*. Beinahe banal mutet hiermit zusammenhängend die übergreifende Beobachtung an, dass Patient/innen umgekehrt nicht nach möglichen Ursachen der unauffälligen Werte fragen. Gute Nachrichten sichern die Kontinuität des alltäglichen Lebens, ihre konversationelle Präferiertheit ist sprachlich-interaktiv in der Direktheit ihrer Mitteilung reflektiert.

Negative Nachrichten sowie bedrohliche Diagnosen dagegen werden semantisch verschleiert und interaktiv verzögert mitgeteilt, wie Maynard für verschiedene Gespräche feststellt. Als dispräferierte und damit konversationell aufwändigere Handlungsalternative fordern *bad news* zum Teil sequenzielle Expansionen. Auch Mitteilungshandlungen in der Aktivität ‚Mitteilung der Blutwerte‘ weichen systematisch vom oben dargestellten Default-Muster ab, wenn HIV-spezifische oder HIV-unspezifische Blutparameter von den erwarteten Verläufen abweichen bzw. kritische Grenzen überschreiten. Wie solche Abweichungen die Mitteilungsaktivität prägen, wird in Kapitel 7.4.1 ausgeführt.

7.3.2 Evaluierungen der Blutwerte

Was innerhalb des gezeigten typischen Ablaufs der Mitteilungsaktivität auffällt, ist, dass die beiden HIV-spezifischen Werte nicht nur genannt, sondern in allen Gesprächen zudem durch den/die Ärztin oder durch beide Interagierende positiv evaluiert werden.

Eine ausführliche Evaluation der mitgeteilten Werte erscheint aus einer *ex situ*-Perspektive zunächst überflüssig angesichts dessen, dass die Patient/innen bereits früh über die Bedeutung der Blutwerte Bescheid wissen¹⁴³ und nach jahrelanger

¹⁴³ Während meines Forschungsaufenthalts in der HIV-Ambulanz, in dem ich in einer Vielzahl von Sprechstunden anwesend sein durfte, erlebte ich eine erste Sprechstunde mit einer erst kürzlich diagnostizierten Patientin. Der Arzt erklärte der Patientin die zukünftige Entwicklung der HIV-spezifischen Blutparameter im Zusammenhang mit der Wirkung der antiretroviralen Medikation. Er nahm hierfür Stift und Papier zur Hilfe und zeichnete die prognostizierten Verläufe von CD4-Helferzellen und der Anzahl der Viren grafisch nach.

oder sogar jahrzehntelanger Behandlung erst recht nicht mehr darüber informiert werden müssen, dass eine Viruslast unter der Nachweisgrenze eine gute Nachricht ist. Dennoch orientieren sich beide Interagierende daran, dass Werte nicht nur mitgeteilt, sondern auch evaluiert werden. Diese fall- und ärzteübergreifende Obligatorik der Evaluierung der Blutwerte, die sich interaktiv meist als Expansion des ärztlichen Redezugs bzw. als zusätzliche Evaluierungssequenz manifestiert, steht in einem besonderen Spannungsverhältnis zur raschen Erledigung der Mitteilungsaktivität, die in ihrer oben dargestellten Routine sowie angesichts der patientenseitigen Passivität im sequenziellen Verlauf auf Minimierung ausgerichtet zu sein scheint. Eine *preference for minimization* (Sacks & Schegloff, 1979) in der sprachlich-interaktiven Gestaltung der Mitteilung der Blutwerte tritt bei Evaluierungshandlungen aufgrund anderer Funktionen der Aktivität zurück:

Assessments [...] show that they are particularly sensitive to the activity within which they are produced, being reflexively constrained by the issues and purposes of this activity and contributing to shape what the activity ultimately is as well as the institutionality of the context (Lindström & Mondada, 2009, S. 303).

Die Obligatorik der Evaluierungen in der Mitteilung der Blutwerte reflektiert zum einen, dass sie einen essenziellen Teil des professionellen Handelns der Ärzt/innen bilden und damit den institutionellen Kontext widerspiegeln. Erst die Evaluierungen machen aus dem reinen Ablesen von vorliegenden Zahlwerten eine Vermittlung von Wissen: als Bedeutungsklä rung der mitgeteilten Werte. Absolute Zahlen stehen also nicht für sich, sondern ihre Bedeutung gehört unmittelbar dazu. Auch wenn Letztere den Patient/innen typischerweise bekannt sein sollte, wird sie durch den/die medizinische/n Expert/in expliziert, in den meisten Fällen durch entsprechende Evaluierungshandlungen seitens der Ärzt/innen bzw. durch beide Interagierende, was auf weitere *purposes of the activity* jenseits der Wissensvermittlung hinweist, wie im Folgenden ausgeführt werden soll.

Die Evaluierungen erfolgen – das haben die bisher gezeigten Fallbeispiele gezeigt – i. d. R. mehrfach; sie sind entweder global auf alle Werte oder auf den jeweils zuvor genannten oder nachfolgend mitzuteilenden Wert bezogen. Auch in folgendem Gespräch äußert der Arzt mehrere Evaluationen:

Ausschnitt 7-4: Mehrfache Evaluierung der Blutwerte, R2-2806-AP, Arzt C, 352-372 Sekunden.

01 A: gut; (--)
02 <<cresc> also ihre WERte??
03 sind GUT.
04 [ja?]
05 P: [hm-]
06 (--)
07 A: die vIruslast ist Unter der nachweisGRENze?
08 P: <<p> hm->
09 A: perfekt,

10 ja, (-)
 11 und (.) HELferzellen- (--)
 12 vIERhundertfünfundFÜNfzig. (-)
 13 <<stacc> auch dAs ist PRIma.> (--)
 14 P: <<pp> hm.>
 15 A: ja, (-)
 16 sehr GUT.
 17 (2.4)
 18 das war FEBruar. (--)

Der Arzt nimmt hier mehrfach einen *evaluative stance* (Du Bois, 2007) gegenüber den angekündigten bzw. mitgeteilten Werten ein; er charakterisiert letztere also als Träger eines subjektiv zugeschriebenen Werts. Die ärztlichen Ausdrücke zur Evaluierung der Blutwerte sind Attribute positiver (Z. 03: ‚gut‘, Z. 13: ‚prima‘) bis hochgestuft positiver (Z. 09: ‚perfekt‘, Z. 16: ‚sehr gut‘) Valenz. Im Korpus sind stark positive Evaluationen wie ‚wunderbar‘, ‚hervorragend‘, oder ‚super‘, Ausdrücke wie ‚völlig in Ordnung‘ und ‚sehr (sehr) gut‘ belegt.

Dass positive Evaluierungen von beiden Interagierenden als dazugehörige Komponente der Aktivität behandelt werden, zeigen eigenständige Bewertungen seitens der Patient/innen in Fällen, in denen diese nicht direkt durch den Arzt oder die Ärztin vorgenommen werden. Der folgende Ausschnitt 7-5 soll dies verdeutlichen:

Ausschnitt 7-5: Evaluation durch Patient, I-1207-AP, Ärztin G, 8-17 Sekunden.

08 A: gut. =
 09 A: = ich hab schonma geGUCKT,
 10 ehm (-) im aprIl war alles oKEE?
 11 da warst du unter der nAchweisGRENze-
 12 un hattest Achthundertsiebenundfuffzig HELferzellen?
 13 zwounddreißig proZENT?
 14 (--)
 15 P: <<p> oh das is VIEL;>
 16 (1.6)

In Zeile 10 evaluiert die Ärztin zunächst global die angekündigten Werte, bewertet die Anzahl sowie den prozentualen Anteil der CD4-Helferzellen, den sie in den Zeilen 12 und 13 mitteilt, jedoch nicht noch einmal zusätzlich. Es folgt eine halbsekündige Pause, bevor der Patient eigenständig eine Evaluierung äußert: <<p> oh das is VIEL;> (Z. 15). Diese enthält durch den vorangestellten Erkenntnisprozessmarker oh (Heritage, 1984; Imo, 2009) einen Ausdruck von Überraschung,¹⁴⁴ zeigt also zum einen den plötzlichen Wissenszuwachs durch die Mitteilung des Arztes sowie zum anderen eine gewisse emotionale Beteiligung. Im Unterschied zu ärztlichen Evaluierungen (siehe oben sowie in Ausschnitt 7-9) ist die des Patienten (VIEL) auf lexikalischer Ebene weniger explizit normativ-bewertend, sie eröffnet dagegen implizit eine Vergleichsperspektive (viel im Vergleich

¹⁴⁴ Dies ist in den ärztlichen Evaluierungsäußerungen in keinem Fall belegt.

zu was?). Der Patient zeigt dadurch, dass er die erste Bewertung äußert, unabhängige Evaluierungskompetenz (Heritage & Raymond, 2005, S. 34) und demonstriert durch den impliziten Vergleich mit Normwerten fachmedizinisches Wissen.

Auch im folgenden Ausschnitt erfolgt eine unabhängige Evaluierung seitens des Patienten, im Unterschied zu obigem Ausschnitt allerdings teilweise überlappend mit der ärztlichen Mitteilungsäußerung:

Ausschnitt 7-6: Emotionalisieren, A-2106-AP, Ärztin G, 551-559 Sekunden.

15 A: [un] die hElferzellen lagen bei
 fünfhundertneunundZWAN[zig?] =
 16 P: [<<f, erstaunt>!OH!;>]
 17 A: [drEIundzwanzig pro]ZENT.
 18 P: [da bIn ich aber-]
 19 (--)
 20 A: [sind_n bisschen ANgestiegen.]
 21 P: [<<f> das is ja reKORD;>]
 22 A: ja-
 23 P: <<lachend> hnhnhn[hn>]

Der Ausschnitt beginnt, nachdem bereits die Anzahl der Viruskopien im Blut mitgeteilt wurde (nicht gezeigt). Überlappend mit der Mitteilung der Helferzellenanzahl (Z. 15) drückt der Patient durch [<<f> !OH!;>] positive Überraschung aus; wie in Ausschnitt 7-5 erfolgt also zusätzlich zur Dokumentation eines plötzlichen Wissenszuwachses eine prosodische Markierung positiven Affekts, der in Zeile 18 durch die abgebrochene Äußerung da bIn ich aber- zumindest angedeutet verbalisiert wird. Der Erkenntnisprozessmarker !OH!; (Z. 16) wird in Überlappung mit der ärztlichen Mitteilungsäußerung produziert; auf diese Weise nimmt der Patient eine ärztliche Evaluierung vorweg und demonstriert unabhängige Evaluierungskompetenz.

In den Zeilen 20 und 21 äußern Ärztin und Patient weitere Evaluationen des genannten Blutwerts: Die Ärztin reagiert auf die Äußerung des Patienten aus Zeile 18 mit sind_n bisschen ANgestiegen. (Z. 20) und setzt den Wert damit in Bezug zu vorherigen. Eine affiliierende Reaktion bleibt hier allerdings aus, sie aligniert lediglich mit der patientenseitigen Evaluation durch die Angabe der positiven Entwicklung des Werts (Pomerantz, 1984). Die semantische Herabstufung mittels ‚ein bisschen‘, das ärztlich-professionelle Distanz vermittelt, zeigt die Unabhängigkeit der ärztlichen Einschätzung; die vergleichende Bewertung legt zudem den Fokus auf die retrospektive Entwicklung der Werte. Überlappend mit der ärztlichen Äußerung gibt der Patient einen *account* für das paraverbal und interjektiv ausgedrückte *display* positiver Überraschung: [<<f> das is ja reKORD;>] (Z. 21). Auch er nimmt damit Bezug auf vorhergehende Werte, stuft aber im Unterschied zur Ärztin die positive Bedeutung des aktuellen Werts explizit hoch. Die Ärztin stimmt zu (Z. 22), allerdings wiederum nur minimal mit ’ja‘,

ohne eine in Alltagsgesprächen präferierte hochgestufte Ko-Evaluierung zu äußern (Pomerantz, 1984). Das anschließende Lachen des Patienten drückt erneut seine affektive Reaktion auf die Mitteilung der vermehrten Helferzellen aus. Die Disaffiliation der Ärztin legt eine gewisse „Evaluierungskonkurrenz“ zwischen Ärzt/innen und Patient/innen nahe, wenn Erstere initiativen patientenseitigen Evaluationen zwar zustimmen, diese aber herabstufen oder eigene inhaltliche Schwerpunkte setzen und somit nicht als Ko-Evaluation gestalten im Sinne von *stance parallels* (Du Bois, 2007, S. 160). Hierdurch wird wiederum deutlich, dass das Evaluierungshandeln als Teil der professionellen ärztlichen Kompetenz behandelt wird.

Die patientenseitigen Evaluationen in den obigen Fallbeispielen markieren Praktiken, in denen die Patient/innen eine paraverbal realisierte affektive Haltung (*affective stance*) zu den mitgeteilten Blutwerten einnehmen, während sie sie verbal evaluieren. Ein solches *Emotionalisieren* angesichts des Vorliegens unauffälliger Blutwerte geht dabei nicht nur von den Patient/innen aus, wie wird es in Ausschnitt 7-6 gesehen haben, sondern wird z. T. von den Ärzt/innen selbst initiativ vorgenommen:

Ausschnitt 7-7: Emotionalisieren, A-1907-AP, Arzt C, 333-349 Sekunden.

09 A: !TAU!sendeinhundertdreiunddreißig
 HELferze[llen,]
 10 P: [<<erstaunt> es] wird !MEHR!;> =
 11 A: = ja:[:;]
 12 P: [oh] [SCHÖN.] ((lacht))
 13 A: [ja:]:; ((lacht))
 14 sEchsunddreißig (.) proZENT,
 15 also (.) PRIma- (--)
 16 und (-) h, (-) vIrus wie immer unter der
 NACHweisgrenze. =
 17 = das is (--) kaum mehr erWÄHnenswert;
 18 ja, =
 19 = das [is:] eh (.) STANdard.
 20 P: [<<p> hm->]

Im Unterschied zu den beiden vorherigen Ausschnitt 7-5 und Ausschnitt 7-6 erfolgt die emotionalisierende Evaluierung der Blutwerte in diesem Ausschnitt bereits mittels prosodischer Ressourcen in der Mitteilungsäußerung des Arztes: Diese trägt durch die extra-starker Akzentuierung auf der ersten Silbe des Zahlworts bereits eine entsprechende Nuance, hinzu kommen eine gepresste Stimmqualität bei hoher Tonlage, eine auffällige Tonhöhenbewegung auf dem Nucleusakzent und erhöhte Sprechlautstärke. Die mitgeteilte Anzahl der Helferzellen wird so paraverbal als lobenswertes, außergewöhnlich positives Ereignis dargestellt und zur Ko-Evaluation vorgeschlagen. Die Patientin expliziert entsprechend die prosodisch realisierte Evaluation des Arztes: *es wird !MEHR!;* (Z. 10). Sie setzt einen eigenen inhaltlichen Schwerpunkt auf die relative Bedeutung des

mitgeteilten Werts in Bezug zu vorherigen, wodurch sie ein epistemisch unabhängiges *assessment* vornimmt; zugleich affiliert sie prosodisch mit der ärztlichen Emphase in der Mitteilungsäußerung aus Zeile 09. Das lang gezogene ja:[:;] (Z. 11) seitens des Arztes, das intonatorisch mit einem hohen *onset* und langsam abfallendem *pitch* realisiert wird, ist wieder eine affiliative Reaktion (Stivers, Mondada & Steensig, 2011) auf die Evaluation der Patientin und bestätigt zugleich inhaltlich die vergleichende Einschätzung der Patientin. Die prosodisch markierte Freude über das Ansteigen des Helferzellenwerts kulminiert im emphatisch intonierten Exklamativ [oh] [SCHÖN.], der hiermit überlappenden erneut affilierenden Bestätigung durch den Arzt ([ja:]:;) sowie im Lachen bei der Interagierenden.

Sehr deutlich emotionalisierend sind prosodisch realisierte Evaluierungspraktiken, die wie in Ausschnitt 7-7 im Mitteilungsbeitrag beginnen können. Eine positiv-hochgestufte Evaluation wird hierdurch *en passant* impliziert, ist im *display* positiver Gefühle angesichts der guten Befundnachrichten inkludiert. Einher geht das paraverbal realisierte Emotionalisieren stets mit einem expliziten *evaluative stancetaking*.

Die emotionale Beteiligung von Patienten in Ausschnitt 7-5 und Ausschnitt 7-6 beziehungsweise durch beide Interagierende in Ausschnitt 7-7 verdeutlicht so, dass die Funktion der Aktivität ‚Mitteilung der Blutwerte‘ über eine reine Wissensvermittlung hinausgeht. Vielmehr wird in solchen Evaluierungssequenzen, in denen initiativ ein Emotionalisieren bei der Evaluation und responsiv ein Affiliieren bei der Ko-Evaluation erfolgt, Intersubjektivität auf einer affektiven Ebene hergestellt. In solchen Fällen beziehen sich die Evaluierungspraktiken nicht nur die HIV-spezifischen Blutwerte selbst, vielmehr wird das *Vorliegen* dieser Werte als Ereignis spezifischer Valenz konstruiert, eben als herausragendes, lobenswertes Ereignis.

Folgendes Fallbeispiel zeigt darüber hinaus, wie das Vorliegen unauffälliger Blutwerte als erwartbares Ereignis konstruiert wird:

Ausschnitt 7-8: Emotionalisieren und Normalisieren, H1-1706-AP, Arzt M, 96-118 Sekunden.

26 A: ALso. =
 27 = ich hab die wErte jetzt vom einunddreißigsten FÜNFTen?
 28 P: ja-
 29 A: un das is herVORragend? (--)
 30 P: sch[ön-]
 31 A: [die] virusbeladung is !KOMP!lett unter
 NACHweisgrenze?
 32 SEHR gut? (--)
 33 un die hElferzellen sind bei
 !ACHT!hundertsechsunDFÜNfzig? (--)
 34 mit fÜmmunddreißig proZENT; (--)
 35 herVORragend. (-)
 36 ja_a, (-)

Groß: Arzt/Patient-Gespräche in der HIV-Ambulanz

37 also sind PRAKtisch- (-)
38 im NORMbereich <<cv>die werte>.
39 °h und (.) ehm blUt bild;
40 LEbwerte nierenwerte;
41 !VÖLL!ig Unauffällig- (--)
(6 Zeilen ausgelassen)
47 A: also mUss man SAgen ehm- (---)
48 sehr GUT. (1.1)
49 P: dAs FREUT mich.
50 ((Blättern))
51 dann hAbm_wa_n schönes WOCHenende.

In Ausschnitt 7-8 zeigen sich zunächst die beschriebenen ärztlichen Praktiken des *evaluative* bis hin zum *affective stance-taking*: Die Werte werden positiv hochgestuft als *herVORragend* (Z. 29) angekündigt. Ein *display* emotionaler Beteiligung angesichts dieser guten Befundnachrichten zeigt sich erneut in der prosodischen Gestaltung der Mitteilungsäußerungen des Arztes (Z. 31 und Z. 33) und der Evaluierungsäußerungen (Z. 29, 32, 25): Extra-starke Akzentuierungen, eine hohe Tonhöhenvariabilität und schnelle Sprechgeschwindigkeit vermitteln einen Eindruck emotionaler Erregung angesichts der hervorragenden Werte. Nachdem der Patient zumindest verbal keine Ko-Evaluation äußert, nimmt der Arzt eine andere Art der Hochstufung vor, indem er – eingeleitet mit dem Explikationsmarker ‚also‘ – die zuvor mitgeteilten HIV-spezifischen Werte als PRAKtisch- (-) im NORMbereich und auch das allgemeine Blutbild als !VÖLL!ig Unauffällig bewertet.

Mittels oben genannter Attribute wird ein impliziter interindividueller Vergleich mit dem Durchschnitt in der Normalbevölkerung bzw. entsprechenden *cut-off*-Werten vorgenommen. Andere *normalisierende* Evaluationen beinhalten dagegen eine intraindividuelle Vergleichsperspektive im Sinne der Erwartbarkeit guter Werte bei dem/der jeweiligen Patient/in. Letzteres ist beispielsweise in Ausschnitt 7-9 in Zeile 04 zu erkennen:

Ausschnitt 7-9: Normalisieren, A-1907-AP, Arzt C, 325-332 Sekunden.

04 A: wErte sind (.) wie Immer sehr GUT;
05 ja,
06 da gibt_s: gar nix eh (---) gA:r nichts zu <<lachend>
kritiSIÈren oder so;>
07 [das is] alles PRIma; (-)
08 P: ['hm-]

Durch das Temporaladverbial ‚wie immer‘ werden die guten Blutwerte der Patientin also – trotz der zugleich vorgenommenen positiven Hochstufung („sehr gut“, „alles prima“) – nicht als singuläres erfreuliches Ereignis, sondern umgekehrt als erwartbar, eben als normal behandelt. Solche Verfahren des inter- oder intraindividuellen *Normalisierens* enthalten auf verbaler Ebene das Attribut ‚normal‘, welches auch intensiviert wird in ‚völlig normal‘, ‚ganz normal‘ und in nominalen Ausdrücken wie ‚im Normbereich‘ auftaucht (siehe Ausschnitt 7-10).

Diese Ausdrücke leisten – mit weiteren aus dem semantischen Feld wie ‚unauffällig‘, oder ‚in Ordnung‘ – eine Konstruktion positiver Normalität, zum einen im Sinne von ‚Abwesenheit von Erkrankung‘ und zum anderen im Sinne von ‚Alltäglichkeit‘, und ‚Routiniertheit‘.

Der folgende Ausschnitt zeigt, wie ein entsprechendes ärztliches *assessment* der Blutwerte responsiv auf ein patientenseitiges *display* von Erleichterung angesichts einer hohen Helferzellenanzahl trifft:

Ausschnitt 7-10: Normalisieren, G-1402-AP, Arzt M, 213-226 Sekunden.

10 P: wie sind meine WERte vom letzten mal,¹⁴⁵
 11 A: eh sehr GUT?
 12 (-)
 13 ehm (-) des is jetzt vom: (-) fünfzehnten ELFten,
 14 die [virusbeladung] ist unter nachweisgrenze, =
 15 P: [genau.]
 16 A: = wunderBAR,
 17 °h die helferzellen sind nEUhundervierundSECHzi[g,]
 18 P: [A]ch
 GUT; =
 19 = sind se wieder_[n bisschen-]
 20 A: [v:öllig] im NORMbe[reich-]
 21 P: [ja.]

Nachdem der Arzt zu Beginn des Ausschnitts zunächst global die mitzuteilenden Werte evaluiert (Z.11), dann unter Verwendung der typischen Terminologie zunächst die *virusbeladung* nennt (Z. 14) und evaluiert (Z. 15), teilt er die Gesamtanzahl der CD4-Helferzellen mit. Bevor er zu einer Evaluierung auch dieser Werte kommt, evaluiert die Patientin eigenständig in einer überlappenden Äußerung mit [A]ch GUT; (Z. 18); die turninitiale Interjektion trägt als emphatischer Ausdruck ein *display* von Erleichterung. Mit schnellem Anschluss führt die Patientin ihren Gesprächsbeitrag fort und gibt einen *account* für ihre Evaluation in Richtung einer angedeuteten (da abgebrochenen) Entwicklung der Helferzellenanzahl: sind se wieder_[n bisschen-] (Z. 19; vgl. auch Ausschnitt 7-5 und Ausschnitt 7-7). Überlappend hiermit wiederum äußert der Arzt nun auch ein *assessment*: [v:öllig] im NORMbe[reich-] (Z. 20). Dieses wird als von der patientenseitigen Evaluierung unabhängig präsentiert, da es in Überlappung geäußert wird und einen anderen inhaltlichen Fokus aufweist, nämlich die Bedeutung der Werte in Bezug auf einen implizierten *cut-off*-Wert und nicht auf ihre retrospektive Entwicklung. Intonatorisch (tiefe Stimmlage, kaum Tonhöhenbewegungen auf der Fokussilbe sowie zum Ende der Intonationsphrase) zeigt der Arzt zum Erleichterungs-*display* der Patientin komplementäre Beruhigungsarbeit, durch die

¹⁴⁵ Interessant ist in diesem Ausschnitt, dass die Patientin die Mitteilungsaktivität einleitet (siehe auch Kap 7.4.2.2). Das Übernehmen ärztlicher Gesprächsaufgaben ist allgemein ein Phänomen, das an verschiedenen Stellen in der HIV-Sprechstunde auftreten kann, u. a. in Therapieentscheidungen (siehe Kap. 8).

professionelle Bewertung mit der Nominalphrase ‚im Normbereich‘ zugleich professionelle Distanz. Inhaltlich werden die mitgeteilten Werte durch die ärztliche Einschätzung *normalisiert*. Im Unterschied zu emotionalisierenden ärztlichen Evaluationen, die affiliierende Responsiva relevant machen, scheinen normalisierende Bewertungen die Sequenz (und hier auch die Mitteilungsaktivität) abzuschließen.

Normalisierende evaluative Verfahren können aufgrund des zumindest implizit relevant gesetzten Vergleichs mit einer interindividuellen Norm eher als professionell-bewertende *assessments* denn als subjektive Evaluierungen gelten; die bisherigen Ausschnitte zeigen aber, dass solche vergleichenden Bewertungen auch von Patient/innen vorgenommen werden können. Normalisierende Bewertungen als objektive *assessments* wie ‚völlig im Normbereich‘ bedeuten daher m. E. weniger das Einnehmen eines *evaluative* denn eines sicheren *epistemic stance* in Bezug auf die relative Bedeutung eines Werts.

Zusammenfassend wird den Blutwerten meist aus subjektiver Sicht eine positive Qualität zugeschrieben: Ärzt/innen und/oder Patient/innen belegen sie mit Attributen positiver bis außergewöhnlich positiver Valenz und nehmen hierdurch verbal eine evaluative Haltung zu den Werten ein. Hochgestuft positive Evaluierungsäußerungen können zusätzlich paraverbal Komponenten des *Emotionalisierens* aufweisen, die auch schon in der ärztlichen Mitteilungsäußerung beginnen können. Emotionalisieren bedeutet das Einnehmen eines *affective stance* zum Vorkommen unauffälliger Blutwerte, das auf diese Weise als herausragend positives Ereignis konstruiert wird. Als ärztliches Verfahren fungiert es als Elizitator einer affiliierenden Reaktion seitens des Patienten. Verfahren der *Normalisierung* dagegen sind als Einnehmen einer epistemischen Haltung zu einem impliziten normierten interindividuellen Vergleich bzw. zu einem intraindividuell-retrospektiven Vergleich zu werten. Das Normalisieren von Blutwerten als Dokumentation objektivierten medizinisch-professionellen Wissens spiegelt damit besonders explizit den institutionellen Rahmen, in denen die Evaluationen vorkommen, indem sie ärztliche Expertise dokumentieren. Normalisierende Evaluationen signalisieren den Patient/innen aber auch besonders deutlich Kontinuität und Sicherheit und schaffen eine „entsprechende Neudefinition des >anders Normalen<“ (Weingart, 2002, S. 38). Normalisierende Evaluationen angesichts des Vorliegens unauffälliger Blutwerte verweisen *ex negativo* darauf, dass dies einmal ein herausragend positives Ereignis *war*; dies ist an den persistierenden positiven Bewertungen seitens der Ärzt/innen zu erkennen, auf die die Patient/innen eben nicht mehr immer reagieren. So zeigt sich auch, dass die beschriebenen Verfahren des Emotionalisierens und des Normalisierens einen Prozess widerspiegeln, in dessen Verlauf die Mitteilung der Blutwerte, welches als Ereignis „zuvor für außerordentlich – [...] gut oder böse, bedrohlich oder bereichernd – gehalten wurde, diesen Status ver-

liert und in Wahrnehmung wie Handeln in die Welt des Bekannten, Gewohnten zurückkehrt“ (Rosenbrock & Schaeffer, 2003, S. 7). Normalisierende Evaluationen und die routinierte „Abarbeitung“ der Aktivität sind Verfahren, um „the event’s ordinariness, its usualness“ (Sacks, 1984b, S. 414) hervorzuheben.

Die beschriebenen Verfahren der Evaluation der aktuellen Blutwerte können auch als Verfahren des *stance-taking* unterschiedlicher Nuancierung beschrieben werden (Du Bois, 2007). Das Einnehmen einer epistemischen Haltung liegt dabei allen Verfahren zugrunde, da die Evaluierung eines Sachverhalts zugleich bedeutet, Wissen zu diesem Sachverhalt zu beanspruchen (Pomerantz 1984, S. 57). Das Einnehmen einer evaluativen Haltung als Charakterisierung der Blutwerte als Träger bestimmter, in diesem Fall positiver Eigenschaften ist die Regel und kann bis hin zum Äußern von Emotionen angesichts herausragend evaluierter Blutwerte gehen.

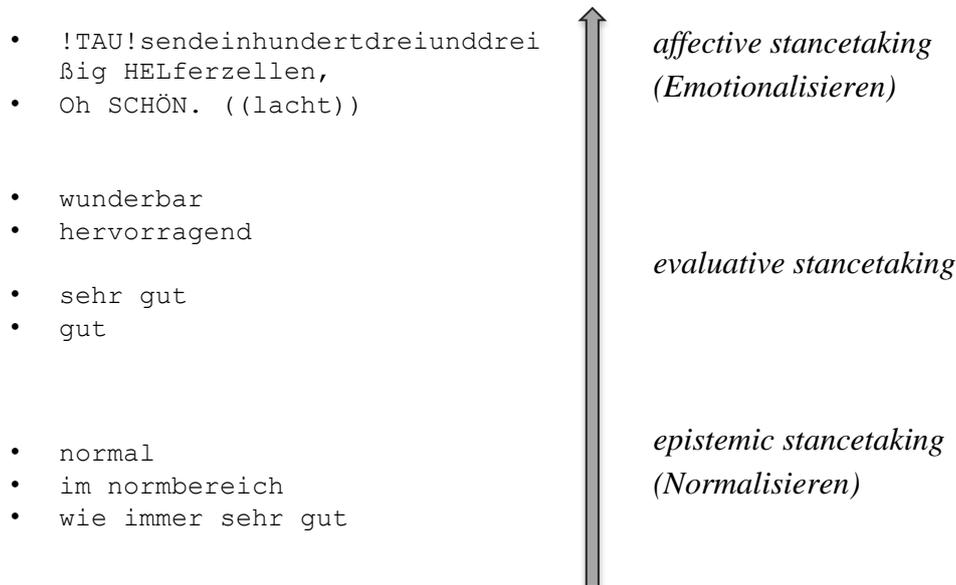


Abbildung 13: Evaluierungen als *stance-taking*

Ob zum Zweck der Evaluation emotionalisiert oder normalisiert wird, scheint tendenziell mit der bisherigen Dauer der ARV-Therapie zusammenzuhängen: Während Patient J-2006, (Normalisieren) bereits seit über 13 Jahren in Behandlung ist, liegt der Beginn der Medikation bei Patient H1-1706 (Ausschnitt 7-8, Emotionalisieren) zum Zeitpunkt der Aufnahme erst 12 Monate zurück.¹⁴⁶

¹⁴⁶ Aufgrund der insgesamt geringen Fallzahlen entsprechender Evaluierungssequenzen ist eine valide Aussage dazu allerdings nicht möglich.

7.3.3 Evaluieren der Blutwerte = Evaluieren des therapeutischen Handelns

Bisher ist deutlich geworden, dass die Evaluationen der Blutwerte auf den Erfolg der Therapie verweisen, dessen Arzt und Patient sich während der Mitteilung der Blutwerte gegenseitig rückversichern und der zumindest patientenseitig mit emotionaler Beteiligung einhergehen kann. Ein beiderseitiges *display* von Freude (siehe Ausschnitt 7-7) bei emotionalisierenden initiativen Evaluationen bzw. bei affiliativen Ko-Evaluationen weisen dem Vorkommen unauffälliger Blutwerte Eigenschaften eines positiven Ereignisses zu; *displays* von Überraschungen markieren dieses Ereignis zudem als unkontrollierbar. Eine positive Entwicklung der HIV-spezifischen Werte (bei gleichzeitiger Verträglichkeit des Medikaments) hat auch aus medizinischer Sicht insofern unkontrollierbare Anteile, als die Medikation nur dann wirkt, wenn sich der HI-Virus nicht als nicht resistent gegen diese erweist. Trotz allgemein zuverlässiger Wirksamkeit der ARV-Medikation bleibt also stets ein Restrisiko des Therapieversagens (siehe Kap. 2.1).

Dass das Vorliegen unauffälliger Blutwerte aber umgekehrt auch durch das therapeutische Handeln der Beteiligten den Therapieerfolg bedingt ist und so auch im Hintergrund der Evaluierungen steht, zeigt der folgende Ausschnitt. Hier werden bei der Evaluierung der Blutwerte die ärztliche Entscheidung für die gewählte Therapieoption durch den festgestellten Therapieerfolg *ex post* legitimiert und die therapeutische Kompetenz des Arztes mitevaluiert:

Ausschnitt 7-11: Emotionalisieren, F-0607-AP, Arzt C, 11-30 Sekunden.

12 A: ja wir HATten ja schon_ma (.) telefoniert über die (.)
erGEB[nisse,] (-)

13 P: [ja-]

14 A: <<gepresst> !DREI!>hundertachtundfuffzig helferze[llen;]

15 P: [<<cv,
gepresst> BOAH-
>]

16 <<cv, gepresst> JA_a->

17 [ich muss] SAgen; (--)

18 A: [<<p> SUpEr;>]

19 P: ich bin richtig beGEIstert. =

20 A: = JA_[a.]

21 P: [ih]re therapie war (--) per[FEKT.]

22 A: [hnha]haha

23 P: sie haben herrn eh doktor (-) eh machOWski WIRKlich alle
ehre gemacht;

24 A: ((lacht))

25 P: !AB!solut ja.

26 A: DANK[e.]

In Ausschnitt 7-11 wird die Evaluierung der Helferzellenanzahl zunächst durch eine prosodische Markierung direkt in der Mitteilungsäußerung des Arztes in Zeile 14 geleistet: Es liegt eine extra starke Akzentuierung auf der ersten Silbe des Zahlwortes vor, die durch die gepresste Stimmqualität noch verstärkt wird; der mitgeteilte Wert wird hierdurch paraverbal als außerordentlich gut bewertet. Der

Patient affiliert mit BOAH- JA_a- (Z. 15/16); auffällig ist hier die prosodische Angleichung an die Äußerung des Arztes. Das darauf folgende [ich muss] SAgen; (--) (Z. 17) projiziert interaktional eine Fortführung des Redezugs. Die ‚ich muss sagen‘-Konstruktion, die im Allgemeinen dazu dient, sich von epistemischer Verantwortung für das Angekündigte zu distanzieren (Imo, 2007, S. 119), stellt die nun folgende Evaluation hier als objektives Faktum heraus und hebt die projizierte Bewertung auf eine ebensolche Ebene: [<p> sUper;>]. (Z. 18). Der Patient führt seine Evaluation fort, indem er hochstufend einen *affective stance* expliziert: ich bin richtig beGEIstert. (Z. 19). Der Skopus der Evaluation wird in der nachfolgenden Äußerung auf die bisherige Therapie als Gesamtes ausgeweitet; der Patient verortet diese mittels Possesivpronomen (ihre therapie) als im Verantwortungsbereich des Arztes liegend und bewertet sie als per[FEKT.] (Z. 21), was durch ein silbisches Lachen des Arztes quittiert wird. Das nachfolgende Lob des Patienten referiert dann weder mehr spezifisch auf den mitgeteilten Blutwert, noch auf die Therapie als Gesamtes, sondern ist nun ganz generalisiert auf den Arzt selbst in seinem therapeutischen Handeln bezogen und wirkt – auch durch den Fokusakzent auf dem evidenziellen ‚wirklich‘ – ggü. den zuvorigen Evaluationen noch weiter hochgestuft: sie haben herrn eh doktor (-) eh machOWski WIRKlich alle ehre gemacht; (Z. 23). Der Arzt reagiert wiederum mit gepresst-silbischem Lachen, woraufhin der Patient sein Lob nochmals bekräftigt: !AB!solut ja. (Z. 25). Das Lob des Patienten ist ohne das Wissen, dass hier auf den Begründer und langjährigen Leiter der untersuchten HIV-Ambulanz verwiesen wird, nicht verständlich; der Patient zeigt also hier institutionelles Insiderwissen und positioniert den Arzt als jemanden, der einem personifizierten Leitbild medizinisch-ethischen Handelns gerecht wird.

Die anfängliche, durch den Arzt initiierte Evaluierung der hohen Helferzellenanzahl (und diese als positives Ereignis) entwickelt sich im sequenziellen Verlauf des Ausschnitts also zu einer globalen patientenseitigen Evaluierung des ärztlichen Handelns. Der Patient nutzt die interaktive Ressource der Bestätigung einer positiven Bewertung, um diese hochzustufen und auf einen anderen Bewertungsskopos – nämlich letztlich den Arzt selbst – zu verlagern. Ausschnitt 7-11 ist damit m. E. ein Fallbeispiel, das zwar einen Ausnahmefall im untersuchten Korpus darstellt, das aber etwas an die Gesprächsoberfläche bringt, das auch hinter den gezeigten Verfahren der Evaluierung als gemeinsame Feststellung des Therapieerfolgs steht: Die Verantwortung für diesen Therapieerfolg. Die wiederholt hochgestufte Evaluierung durch den Patienten sowie die direkte Bewertung des Arztes weist diese im obigen Ausschnitt *en passant* dem Arzt zu.

Ob umgekehrt alleinige Evaluierungen der Blutwerte durch den Arzt auch implizite Evaluierung des patientenseitigen Handelns darstellen, kann ebenfalls an-

genommen werden. Arzt M expliziert, dass unauffällige Blutwerte auch als Indikatoren für gute ART-Adhärenz angesehen werden:

Wenn die Werte gut sind, frag‘ ich gar nicht nach der *compliance*. Wenn die Virusbelastung unter der Nachweisgrenze ist, frag‘ ich nicht nach. Am Anfang frag‘ ich: „Hat das gut geklappt, haben Sie’s regelmäßig eingenommen?“ Das frag‘ ich die ersten paar Male, so das erste halbe Jahr frag‘ ich das und dann hör ich dann irgendwann auf zu fragen. Und wenn die Virusbelastung unter Nachweisgrenze ist, also ein optimales Therapieansprechen, dann frag‘ ich in der Regel auch nicht nochmal gezielt nach (Arzt M im Interview).

Im Korpus erscheint die Verknüpfung unauffälliger Blutwerte mit der ART-Adhärenz allerdings nur in einem Ausschnitt an der Gesprächsoberfläche: Arzt C in Ausschnitt 7-9 evaluiert die Blutwerte der Patientin folgendermaßen: da gibt_s: gar nix eh (---) gA:r nichts zu <<lachend> kritisiEren oder so;> (Z. 06). Hier wird das patientenseitige Handeln – die regelmäßige Einnahme der Medikamente – als Verursacher und Voraussetzung für die guten Blutwerte impliziert. In einem Gespräch, bei dem ich hospitierte, evaluierte Arzt M die sehr guten Blutwerte einer Patientin als „fast schon streberhaft.“ Die Evaluierungshandlungen im Rahmen der Befundbesprechung stellen so auch implizite Aushandlungen von Verantwortung für den Erfolg (oder Misserfolg) der Therapie dar. Dies steht in Einklang mit Befunden Maynards (1998), der gute (und auch schlechte) Nachrichten als in einen moralischen Diskurs von Verantwortung verwoben sieht, welcher sich darin offenbart, dass „recipients regularly offer congratulations and gratuities that acknowledge and honor the deliverer’s agency“ (ebd, S. 361).

7.4 Abweichung von Default-Muster: Mitteilung auffälliger Blutwerte, individuelles Wissensmanagement und Einbettung in übergreifende Aktivitäten

Die Frage, die unmittelbar aus der Rekurrenz des routiniert-ökonomischen Verlaufs der Mitteilung der Blutwerte folgt, ist, unter welchen Bedingungen sich Abweichungen ergeben: Wann müssen Ärzt/innen und Patient/innen den kurzen „Trampelpfad“ aus Mitteilungs- und Evaluierungssequenzen verlassen und welche Lösungswege beschreiten sie dann für welche medizinischen und/oder interaktiven Probleme? Die Untersuchung des Gesprächskorpus ergab, dass die Mitteilungsaktivität modifiziert wird bei der Übermittlung auffälliger Blutwerte, bei besonderen Wissensbedürfnissen der Patient/innen (die sich u. a. aus auffälligen Blutwerten ergeben), bei patientenseitiger Dokumentation eigenen fachmedizinischen Wissens sowie in Gesprächskontexten, in denen die Mitteilungsaktivität in übergeordnete Aktivitäten eingebettet ist.

7.4.1 Normalisieren auffälliger Blutwerte

Der interaktive Normalfall der Mitteilung positiver Blutwerte im Falle des medizinischen Normalfalls des Vorliegens unauffälliger Werte zeigt sich nicht nur an oben beschriebenem Default-Muster der Mitteilung der Blutwerte, sondern auch daran, dass Ärzt/innen und Patient/innen sich an diesem auch in den selteneren Fällen auffälliger Blutwerte orientieren. Die Mitteilung auffälliger Blutwerte ist zunächst rein interaktionsorganisatorisch am interaktionalen Aufwand zu erkennen, den Ärzt/innen betreiben. Solche abweichenden Fälle (*deviant cases*) definieren den üblichen Verlauf der Mitteilungsaktivität *ex negativo* als präferierte Struktur (Pomerantz & Heritage, 2013).

Maynard (1989; 1991b; 2003) beschreibt die interaktive Asymmetrie in der Mitteilung guter vs. schlechter Nachrichten ausführlich für alltägliche und medizinische Gespräche und identifiziert in diesem Zusammenhang die so genannte *perspective display series* als Verfahren der Überbringung schlechter Nachrichten: Interagierende elizitieren hier in einer Präsequenz zunächst die Einschätzung des Gesprächspartners, um diese dann in Form einer zweiten Einschätzung lediglich ergänzen oder ratifizieren zu müssen. Dies dient nach Maynard (1998) auch dazu, potenzielle *blamings* für die Überbringung schlechter Nachrichten zu vermeiden. Für APG in der Onkologie stellen Maynard et al. Asymmetrien in der Überbringung positiver und (potenziell) negativer Nachrichten für die Mitteilung *postdiagnostischer* CAT-Scanergebnisse fest (Groß, 2014; Maynard et al., 2015)¹⁴⁷. Der Ausgangspunkt der Untersuchung war, dass in onkologischen Sprechstunden bei chronisch krebserkrankten Patient/innen lebensbedrohliche Prognosen und hiermit zusammenhängende existenzielle Fragen, z. B. nach palliativer medizinischer Versorgung, kaum thematisiert wurden. Umgekehrt stellte Maynard eine ärztliche Orientierung an *good news* – auch unter Umständen gleichbleibend großer Krebstumoren – fest. Diese Orientierung zeichnet sich vor allem durch erhöhten interaktionalen Aufwand aus, und zwar durch das Einfügen einer zusätzlichen *appreciation sequence*, die wie folgt aussehen kann:

Ausschnitt 7-12: Idealtypische *appreciation sequence* nach Maynard (Groß, 2014, S. 321).

- | | | |
|----|-----------------------------|--|
| 01 | D: the tumor hasn't grown. | ← <i>tacit laudable event proposal</i> |
| 02 | P: Okay. | |
| 03 | D: That's a beautiful thing | ← <i>laudable event proposal</i> |
| 04 | So you appreciate that | ← <i>appreciation elicitation</i> |
| 05 | P: Yeah that's great | ← <i>appreciation</i> |

¹⁴⁷ Die beschriebenen Forschungsergebnisse stellte Maynard in einem öffentlichen Vortrag im Rahmen der ICCA 2014 (International Conference of Conversation Analysis) vor; sie wurden in einem Konferenzbericht (Groß, 2014) beschrieben.

Die erste Sequenz in den Zeilen 01 und 02 fungiert nach Maynard als Präsequenz zur *appreciation sequence* in den Zeilen 03 bis 05. Hier wird die Orientierung an *good news* bereits an der inhaltlichen Ausrichtung auf das Nichtwachsen des Tumors (und nicht etwa auf die ausbleibende Schrumpfung) in der medizinischen Befundmitteilung deutlich. Die ärztliche Äußerung in den Zeilen 03/04 expliziert diese implizite positive Evaluation (Maynard nennt letztere *tacit laudable event proposal*). Die relativ neutrale Reaktion des Patienten – das *acknowledgment token* okay (Z. 02) fungiert hier als minimale Verstehensdokumentation (Deppermann & Schmitt, 2008) – wird als responsiv nicht ausreichend behandelt: In den Zeilen 03/04 wird mittels *laudable event proposal* sowie einer *appreciation elicitation* eine patientenseitige Anerkennung der positiven Valenz der Nachricht relevant gesetzt. Diese folgt in Zeile 05.

In der HIV-Sprechstunde findet interaktionsorganisatorisch eine andere Art von Asymmetrie zwischen der Mitteilung unauffälliger Blutwerte (Kap. 7.2) und der Mitteilung auffälliger und potenziell besorgniserregender Werte statt. Letztere werden zwar nicht als *laudable event* behandelt; dennoch findet sich eine vergleichbare Orientierung an *good news*, indem auffällige Blutwerte (bis zu einem gewissen Grad) als *unproblematic event* behandelt werden. Das folgende Fallbeispiel soll dies verdeutlichen:

Ausschnitt 7-13: Normalisieren auffälliger Blutwerte, S3-2807-AP, Ärztin G, 71 bis 101 Sekunden.

08 a:lso.
 09 helferzellen waren herVORragend, =
 10 = achthundertsiebenundzwanzig und vierunddreißig
 proZENT?
 11 ((Blättern))
 12 °hh (-)
 13 virusbelastung is_n kleInes bisschen
 angestiegen auf vierzig koPIEN?
 14 P: hm_[hm,]
 15 A: [ehm-] (--)
 16 das hat noch kleInen eff'- =
 17 = also eh g'-(1.3)
 18 dadurch ÄNdert sich noch nix.
 19 P: hm_[hm,]
 20 A: [weil] das kann !IM!mer ma passiern unter ner
 behandlung dass die: virusmenge en kleInes bisschen
 ansteigt und dann wieder ABfällt. =
 21 = ja?
 22 also das kontrollIERen wir- =
 23 = und wir lassen auch alles so WEIterlaufen.

In Zeile 09 evaluiert die Ärztin zunächst hochstufend-positiv mit *herVORragend* die *helferzellen* und nennt nach schnellem Anschluss ihre genaue Befundmenge im Blut (Z. 10). Die steigende Intonation zum Ende der Intonationsphrasen weist jeweils auf die Fortführung der Mitteilungshandlung hin, die nach einem Blättern (höchstwahrscheinlich in der Patientendokumentation) sowie einem lau-

ten Atmen erfolgt: virusbelastung is_n klEInes bisschen angestiegen auf vierzig koPIEN? (Z. 13). Die Mitteilung dieses Befunds, der ein potenzieller Indikator einer dysfunktionalen ARV-Therapie ist, erfolgt auf spezifische Weise: Mittels klEInes bisschen wird die Bedeutung des Anstiegs der Virusanzahl herabgestuft. Zudem ist hier anhand mehrerer Verzögerungen und Abbrüche erhöhte Formulierungsarbeit zu erkennen: Teils überlappend mit einem Rezipientensignal expliziert die Ärztin die geringe Bedeutung des Anstiegs ([ehm-] (--)) das hat noch kEIInen eff'-, Z. 16), bricht die Äußerung jedoch ab und repariert nach einem zweiten Abbruch und einer längeren Pause in Zeile 17 mit der Äußerung: dadurch ÄNdert sich noch nix.. Deutlich wird hier, dass die Bedeutung des angestiegenen Werts mit Hinblick auf die potenzielle – jedoch hier ausgeschlossene – Notwendigkeit eines Therapiewechsels bewertet wird. Teilüberlappend mit einem weiteren Rezeptionssignal seitens des Patienten (Z. 19) liefert die Ärztin einen *account* (Z. 20), in welchem sie sowohl das Beibehalten der aktuellen Therapie als auch ihre Einschätzung des angestiegenen Werts als unproblematisch, als in gewisser Weise normal begründet: [weil] das kann !IM!mer ma passiern unter ner behandlung dass die: virusmenge en klEInes bisschen ansteigt und dann wieder ABfällt.. Der kausale Konjunktiv ‚weil‘ zeigt auch sprachlich an, dass es sich um einen *account* handelt; die anschließende Verbzweitstellung mit koordinierendem zweiten Hauptsatz exponiert diesen syntaktisch als komplexere Begründung (Günthner, 1993; Günthner & Gohl, 1999). Inhaltlich bewertet die Ärztin den Anstieg der HI-Viren unter ner behandlung unter Rückgriff auf ihr medizinpraktisches Erfahrungswissen als normales Ereignis, bagatellisiert wiederum seine Bedeutung und prognostiziert einen Abfall der Virusmenge. Es findet hier also eine Normalisierung des Befunds statt; die Ärztin antizipiert zudem vorbeugend – auch im Folgenden – eine mögliche durch den Patienten wahrgenommene Bedrohung und die Besorgnis über einen notwendigen Therapiewechsel: also das kontrollIIEren wir- und wir lassen auch alles so WEIterlaufen. (Z. 22/23). Offen bleibt, ob die Ärztin mit ‚wir‘ inkludierend auf sich selbst und den Patienten als Agierende in der Therapiekontrolle referiert oder ob es exkludierend als Pronomen für das professionelle Kollektiv eingesetzt wird.

In Spranz-Fogasy (2014) ist ein Fallbeispiel dargestellt, in dem im Gespräch mit einem HIV-Patienten ein grenzwertiger Eisenwert auf ähnliche Weise mitgeteilt und evaluiert wird:

Ausschnitt 7-14 :#HD_16 (02:08-02:21); aus Spranz-Fogasy (2014, S. 54).

01 A: [der eisen]wert war (.) geringfügig
 02 (--)) äh: man könnte sagen
 03 (.) untergrenzig normal
 04 des drückt da drückt der computer schon als
 05 (--)) als zu wenig aus

06 (.) äh für mich ist das noch=n normalwert
 07 sechzig bis hundertfünfzig

Ähnlich wie im obigen Fallbeispiel wird hier ein nicht optimaler – in diesem Fall HIV-unspezifischer – Blutwert mitgeteilt und evaluiert. Eine normalisierende Evaluation wird durch das Grad-Adverb *geringfügig* bereits in Zeile 01 angedeutet, dann bricht der Arzt die Äußerung ab und repariert nach einer Pause und einem Häsitationsmarker: *äh: man könnte sagen (.) untergrenzig normal* (Z. 02/03). Der Heckenausdruck signalisiert hier, dass der Arzt hier (trotz objektiv feststehender Bewertungsrahmen in Form medizinischer Grenzwerte) einen Interpretationsraum aufmacht und den betreffenden Wert im Normalbereich einordnet. Die durch die verzögerte Formulierungsweise sowie mittels *geringfügig* und *untergrenzig* zugleich relevant gesetzte Abweichung wird in Zeile 04 erklärt: *des drückt da drückt der computer schon als (--) als zu wenig aus. Der Computer als *pars pro totum* für objektiviert-externalisiertes, durch technische Messverfahren gewonnenes Wissen wird im Folgenden mit der persönlichen Einschätzung des Arztes kontrastiert: äh für mich ist das noch=n normalwert.* Auch hier findet eine Normalisierung eines medizinisch grenzwertigen Blutwerts statt, die hier unter Rückgriff auf subjektives und/oder professionell-biographisches Wissen vorgenommen wird, wie wir es in Ausschnitt 7-13 gesehen haben. Man beachte das zweimalige Vorkommen von ‚normal‘ in Spranz-Fogasy's Gesprächsdatum. In Spranz-Fogasy (2014, S. 55) werden die hieran anschließenden Sequenzen dargestellt; in diesen liefert der Arzt einen komplexen *account* für seine oben gezeigte Einschätzung, in deren Verlauf er diese einerseits als „Geschmacksfrage“ bezeichnet, dann aber auch medizinisch begründet.

Zusammenfassend wurde deutlich, dass zwischen der Mitteilung auffälliger gegenüber unauffälligen Blutwerten eine Asymmetrie besteht, die in Einklang mit bisherigen Befunden zu Befundmitteilungen steht: Häsitationen, Pausen und Reparaturen sowie ein erhöhter interaktionaler Aufwand markieren erstere als dispräferiert. Der erhöhte interaktionale Aufwand zeigt sich jedoch in den vorliegenden Gesprächen nicht anhand zusätzlicher sequenzieller Schleifen, wie Maynard (z. B. 2003) dies für ungünstige Diagnosen belegt hat. Vielmehr ist der Gesprächsbeitrag der Mediziner/innen länger und komplexer; er enthält neben der Mitteilung und Evaluation der Werte WARUM-Erklärungen, die eine potenziell wahrgenommene Diskrepanz zwischen dem potenziell bedenklichen Befund und der normalisierenden Evaluation mit Rückgriff und subjektivere medizinische Wissensbereiche (z. B. Erfahrung) plausibilisieren und zugleich Beruhigungsarbeit leisten sollen. Identisch sind bei beiden medizinischen Fällen der Feststellung unauffälliger vs. auffälliger Blutwerte die Verfahren der Normalisierung; auch Abweichungen von der Norm werden in Richtung Normalität „massiert“.

Aus angewandter Perspektive stellt sich die Frage, bis zu welchem (medizinischen) Grad Mediziner/innen die klare Orientierung an Normalität aufrechterhalten.¹⁴⁸ Für die Normalisierung auffälliger HIV-spezifischer Befunde scheinen zumindest *ex situ* klare Bestrebungen beider Interagierender vorhanden zu sein, die sich zum einen daraus speisen, dass die Mediziner die spezifische antiretrovirale Medikamentenkombination vorgeschlagen haben. Die Nichtwirksamkeit der Therapie oder übermäßige Nebenwirkungen (z. B. erkennbar an Nieren- oder Leberwerten) würden diese ärztlichen Entscheidung ggf. *ex post* delegitimieren. Zum anderen können auffällige HIV-spezifische Werte, v. a. die nachgewiesene Anzahl der Viren im Blut, Indikatoren für unzureichende Adhärenz sein (siehe Kap. 7.3.3). Vermieden wird durch die Normalisierung der auffälligen Befunde eine möglicherweise *face*-bedrohende Ursachenvermutung mit Hinblick auf unzureichende ART-Adhärenz des Patienten, obgleich eine solche auch im Hintergrund stehen kann:

Wenn die Virusbelastung nicht ganz optimal runter geht oder unter Nachweisgrenze geht, dann muss man natürlich ein *compliance*-Problem vermuten (Arzt M im Interview).

Die Normalisierung kritischer HIV-spezifischer Blutwerte stellt aus dieser Sicht möglicherweise eine Art doppelte *facework* des Arztes/der Ärztin dar.

7.4.2 Individuelles Wissensmanagement – der Rezipient Patient als Aktivist

Da es sich bei der Mitteilung der Blutwerte um eine wissensvermittelnde Aktivität handelt, wurde eingangs untersucht, in welcher Weise die Wissensvermittlung verläuft und wie Intersubjektivität über die mitzuteilenden Sachverhalte hergestellt wird. Die obigen Ausschnitte (z. B. Ausschnitt 7-2) haben gezeigt, dass das Wissensmanagement in der Regel innerhalb einem funktional homogenen sequenziellen Handlungsablauf bewältigt wird und dass das Verstehen der Patient/innen nicht Aushandlungsgegenstand innerhalb der Aktivität ist. Das *display* und die Zuschreibung von Wissen oder Nichtwissen geschehen vielmehr *en passant* und sind i. d. R. der Aufgabenerledigung untergeordnet. Ärzt/innen wählen standardisierte Formulierungen und wiederkehrende Gesprächshandlungen als heuristische Praktiken, um die Mitteilungsaktivität zu absolvieren. Patient/innen ihrerseits zeigen in der Regel ein eingeschränktes responsives Inventar: Sie reagieren – wie die obigen Ausschnitte zeigen – meist mit minimalen Verstehenssignalen, bisweilen ko-evaluieren sie oder äußern eigenständige Evaluierungen als Verstehensbeweis.

Allerdings sind im Korpus – wenn auch wenige – Gespräche belegt, in denen das Verstehensmanagement explizit gemacht und der Wissenstransfer auf ver-

¹⁴⁸ Sacks (1977, S. 419) schreibt mit Hinblick auf Ereignisse wie Flugzeugentführungen, es sei „really remarkable to see people’s efforts to achieve the „nothing happened“ sense of really catastrophic events“.

schiedene Arten sequenziell expandiert wird: So können Ärzt/innen Erklärungen zu Werten liefern, retro- oder prospektive Bezüge zu ihrem Verlauf herstellen oder Ursachenattributionen zu einem erwünschten oder unerwünschten Befund äußern. Meist ist dies auf Patienteninitiativen zurückzuführen, die sich aus besonderen Wissensbedürfnissen oder aus Verstehensproblemen ergeben (siehe Kap. 7.4.2.1). Andere Strategien des Wissensmanagements in der Mitteilung der Blutwerte zeigen sich umgekehrt, wenn Patient/innen medizinisches Fachwissen demonstrieren und aus der Mitteilungsaktivität argumentative Aushandlungen über die medizinische Bedeutung bestimmter Blutwerte erwachsen (siehe Kap. 7.4.2.2). Solche Fälle zeigen, dass der typisierte Adressatenzuschnitt während der Mitteilung der Blutwerte zwar eine funktionale Heuristik für viele der meist langjährig stabil unter ARV-Therapie stehenden Patient/innen darstellt, dass dieser aber z. B. bei besonderen patientenseitigen Wissensbedürfnissen und Verstehensvoraussetzungen der Patient/innen nicht adäquat ist und individuellere Zuschnitte produziert bzw. eingefordert werden.

7.4.2.1 „was Is nochma das mit den koPIen?“ – Besondere Wissensbedürfnisse von Patient/innen

Die Befundmitteilung in Gespräch F-1107-AP¹⁴⁹ zeigt eindrücklich, wie das Anzeigen individueller Wissensbedürfnisse die Mitteilungsaktivität verändert; es offenbart in seinem späteren Verlauf zudem die Orientierung des Patienten an der Obligatorik der Evaluierung der Werte. Allein die Länge des Fallbeispiels – ich habe es in die Ausschnitte 7-15 und 7-16 eingeteilt – verdeutlicht bereits, dass entgegen des üblicherweise raschen Ablaufs der Mitteilungsaktivität (siehe Kapitel 7.3) besondere Bemühungen seitens beider Beteiligten nötig sind, um Intersubjektivität über die mitgeteilten Befunde herzustellen.

Ausschnitt 7-15: Verstehensarbeit bei der Mitteilung der Blutwerte I, F-1107-AP, Ärztin G, 143-197 Sekunden.

02 A: <<p> gut.>
03 ich sAch ihnen jetzt erstma wie die BLUTwerte waren.
04 [also] erster siebter war (1.1) ehm (---) die
blUtentnahme geWESen-
05 P: [hm hm,]
06 A: da hatten sie hUndertsechzig koPIen (.) gehabt? (---)
07 P: ich schreib mir das ma AUF.
(15 Zeilen Auslassung)
23 A: hundertsechzig koPIen?
24 zuvor waren_s zwOhunderSECHzig,
25 P: was (.) was Is nochma das mit den koPIen?
26 A: das sin [die !VI!]ren in ihrem BLUT.
27 P: [das schreib'-]
28 A: das sin: !VI!ren pro milliliter BLUT?
29 <<p> ja_a,>

¹⁴⁹ Ein Teil des Fallbeispiels wurde bereits in Ausschnitt 7-3 besprochen.

Groß: Arzt/Patient-Gespräche in der HIV-Ambulanz

30 (1.0)
 31 P: <<p> hundertsechzig koPIen;>
 32 A: hm_hm?
 33 P: ich hab mir das immer hElferZELLen:-
 34 und VIruslast hab ich mir auf[geSCHRIEben;] =
 35 A: [genau.] =
 36 P: = [<<all> (das ich das was)->]
 37 A: [viru virus] sin-
 38 das_is die VIruslast.
 39 P: das is die VIrus[last.]
 40 A: [ja.]
 41 P: [(ah).]
 42 A: [das is die VI]ruslast.
 43 <<p> genau.>
 44 P: vIruslast hundertSECHzig?
 45 A: hm_hm? (-)

Mit ‚gut‘ schließt die Ärztin zu Beginn des Ausschnitts die vorausgehende Aktivität ab und kündigt in Zeile 03 metakommunikativ die Mitteilung der Blutwerte an. Nachdem sie die letzte Blutentnahme zeitlich verortet hat (Z. 04), teilt sie dem Patienten mit: da hatten sie hUndertsechzig koPIen (.) gehabt? (---) (Z. 06). Interessant ist hier, dass die Ärztin den semantisch neutraleren (und im Korpus deutlich seltener vorkommenden) Begriff ‚Kopien‘ statt ‚Viruslast‘ verwendet, angesichts dessen, dass sich diese beim Patienten noch nicht unter der zu erzielenden Nachweisgrenze befinden.

Nach der Ankündigung, sich die Werte notieren zu wollen, bittet der Patient um einen Zettel und eröffnet damit mehrere Nebensequenzen (Jefferson, 1972), u. a. eine Angebotssequenz, in der die Ärztin ihm anbietet, die Befunde zu kopieren, was der Patient ablehnt (nicht gezeigt). Nachdem die Ärztin ihm den gewünschten Zettel überreicht hat, kommt sie in Zeile 23 auf die Mitteilungsaktivität zurück und wiederholt elliptisch: hundertsechzig koPIen? (Z. 23). Sie verortet die Anzahl nachfolgend in Bezug auf die vorhergehende (Z. 24), was die rückläufige Entwicklung der Viren verdeutlicht und ggf. als *downgrader* ebenfalls in Zusammenhang mit der noch über der Nachweisgrenze liegenden Virusanzahl geäußert wird. In Zeile 25 äußert der Patient nun ein Verstehensproblem zum Begriff der ‚Kopien‘: was (.) was Is nochma das mit den koPIen?. Die Formulierung ‚was ist das mit‘ eröffnet dabei mittels vagem Referenzpronomen ‚das‘ sowie der Präposition ‚mit‘ einen Rahmen, der mehr als eine rein begriffliche Übersetzung der Terminologie relevant setzt, und vielmehr eine umfassendere Erklärung fordert. Mit ‚nochmal‘ kontextualisiert der Patient dabei, dass ihm die Bedeutung ggf. schon geläufig sein müsste und ihm lediglich entfallen ist; es stellt damit einen *Minimal-account* für sein Nichtwissen dar.

In Überlappung mit einer abgebrochenen Ankündigung, sich die Werte aufzuschreiben (Z. 27), liefert die Ärztin zwei identifizierende WAS-Erklärungen von ‚Kopien‘: das sin [die !VI!]ren in ihrem BLUT. (Z. 26) und das sin:

!VI!ren pro milliliter BLUT? (Z. 28). Erstere identifiziert dabei zunächst die beiden Begriffe ‚Kopien‘ und ‚Viren‘, während in der zweiten erläutert wird, worauf sich die mitgeteilte Anzahl bezieht und so eine klinische Definition des Blutparameters leistet. Die anschließende Elizitation einer Verstehensdokumentation mittels Rückversicherungssignal <<p> ja_a,> ist nicht erfolgreich; es folgt eine Sekunde Pause, die der Patient handlungsverbalisierend (nämlich während des Schreibens) durchbricht (<<p> hundertsechzig koPIen;>, Z. 31) und so sein Nichtreagieren verständlich macht. Mit seiner folgenden Äußerung ich hab mir das immer hElferZELLen:- und VIRuslast hab ich mir auf[geSCHRIEBen;] (Z. 33/34), die ein *display* von „auf dem Laufenden sein“ vermittelt, gibt der Patient nicht nur einen weiteren *account* für das Nichtverstehen des Begriffs ‚Kopien‘, sondern impliziert zudem ein anhaltendes Verstehensproblem in Bezug darauf, inwiefern die genannten Begriffe zu vereinbaren sind. Auf dieses reagiert die Ärztin bestätigend mit genau. (Z. 35), wonach beide Gesprächspartner um das Rederecht konkurrieren, was in einen frühen Abbruch beider Äußerungen mündet (Z. 36/37). Die anschließende erneute WAS-Erklärung der Ärztin (das_is die VIRuslast.; Z. 38) identifiziert wiederum den durch den Patienten aufgebrachten Begriff mit der Terminologie ‚Kopien‘. Verstehensdokumentierend wiederholt der Patient die Erklärung (Z. 39), was die Ärztin in einem dritten, sequenzschließenden Redezug zwecks Herstellung von Intersubjektivität mit [ja.] [das is die VI]ruslast.¹⁵⁰ (Z. 40/42) sowie zusätzlich durch <<p> genau.> bestätigt (Deppermann, 2008). Durch die darauf folgende, den Schreibprozess dokumentierende Äußerung (Z. 44) beweist der Patient nochmals sein Verstehen (*exhibiting understanding*) (Sacks, 1992, S. 252ff.); dies wird durch die Ärztin erneut bestätigt (Z. 45).

Ausschnitt 7-16: Verstehensarbeit bei der Mitteilung der Blutwerte, F-1107-AP, Ärztin G, 198-248 Sekunden.

46 A: und die hElferzellen liegen bei
driehundertneunundSIEBzig?
47 (1.0)
48 un sIEbenundzwanzig proZENT.
49 ((Blättern))
50 P: helferzellen-
51 (1.0)
52 siebenundzwanzig proze`_°h-
53 das_is ja SÜper. =
54 = ne?
55 siebenundzwanzig proZENT?
56 A: ja;
57 P: und dieses hundertSECHzig?
58 <<all> der_is_(ja)_total NIEdrig,>
59 das war mal (.) rIchtig <<cv> HOCH.> =
60 = oder?
61 A: ja das war (.) am ANfang, =

¹⁵⁰ Die Äußerung des Patienten ist – bedingt durch die Überlappung – leider nicht verständlich.

Groß: Arzt/Patient-Gespräche in der HIV-Ambulanz

62 = warten_se das kann ich ihnen gleich Sagen?
63 [VOR der therapie (1.6)] hatten sie- (3.3)
64 [(Blättern)]
65 ehm:- (---)
66 erstma da ham_wa-
67 dAs hat nicht geKLAPPT, =
68 = genau.
69 °h da hatten sie hier (.) eh
zwohundertvierundsechzigTAUSend gehabt?
70 <<p> ja,> =
71 P: un jetzt hab ich nur noch hundertSECH[zig;]
72 A: [ja] un hIER (.)
sogar nochma !NOCH! höher-
73 siebenhunderteinunACHzigtausend un hundertfünfunvierzig
helferzellen.
74 [<<p> ja-> °h]
75 P: [okay;]
76 hundertfünfundvierzig war das niedrigste
= HELfer[zellen;]
77 A: [genau.]
78 P: = ne?
79 A: [hm_hm?]
80 P: [<<p> hundert]fünfundvIERzig (.) war das
NIEDrigste?> (-)
81 A: <<p> ja-> (-)
82 P: un jetzt sin_ma bei drEIneunundSIEBzig;
83 das is doch SUpEr.
84 A: ja-

Nach dieser aufwändigen Herstellung von Intersubjektivität über die Referenz der verwendeten Terminologie teilt die Ärztin nun (Ausschnitt 7-16) auf typische Weise die Anzahl der Helferzellen mit (Z. 46/48). Die Pause in Zeile 47 markiert das Warten der Ärztin auf das Notieren des Patienten, welches er in den Zeilen 50 und 52 erneut mittels verdichteter Wiederholung der ärztlichen Mitteilungsäußerungen dokumentiert. In Zeile 52 bricht er dies auf dem letzten Wort der TKE durch Glottalverschluss ab (siebenundzwanzig proze'-), atmet rasch ein und äußert in Zeile 53 eine Evaluation, die er mittels Modalpartikel ‚ja‘ als gemeinsames Wissen markiert: *das_is ja SUpEr. = ne, siebenundzwanzig proZENT?* (Z. 53-55). Indem er zwischen den zwei TKE das *question tag* ‚ne?‘ äußert und den Wert interrogativ intoniert wiederholt, fordert der Patient auf nachdrückliche Weise eine Bestätigung für seine Einschätzung ein. Der Patient zeigt hier nicht nur eine typische Orientierung an der Obligatorik ärztlicher Evaluierungen, die die Ärztin in Zeile 56 responsiv in Form einer minimalen Bestätigung leistet; es wird zudem ersichtlich, dass sich die Herstellung von Intersubjektivität im Zuge der Wissensvermittlung auf die Klärung der Bedeutung von Befunden verlagert hat (*meaning assessment* nach Maynard, 2006).

Die patientenseitige Orientierung an der Evaluierungsobligatorik (siehe auch Kap. 7.3.2) zeigt sich auch im weiteren Verlauf des Ausschnitts. Nachfolgend kommt der Patient auf die Bedeutung der zuvor mitgeteilten Virusanzahl zurück,

die bis dato ebenfalls nicht expliziert wurde: und dieses hundertSECHzig? das_is_(ja)_total NIEdrig, das war mal (.) rIchtig <<cv> HOCH.> = oder? (Z. 57-60). Nachdem der Patient hier also zunächst elliptisch und eher vage mit dieses hundertSECHzig auf die Viruslast referiert, produziert er doch eine eigenständige Evaluation der Virusanzahl, deren Gültigkeit er mittels Rückversicherungssignal erfragt. Die Ärztin bestätigt seine Einschätzung mit ja das war (.) am Anfang, (Z.61). Dadurch, dass sie im Folgenden metakommunikativ eine weitere Mitteilung ankündigt (warten_se das kann ich ihnen gleich Sagen?, Z. 62), wird deutlich, dass sie die Äußerung des Patienten auch als *request* für genauere Informationen versteht.

Ihre anschließende Suche nach den Vergleichswerten in der Patientenakte erscheint auf der verbalen Ebene (Z. 63-67) in Form abgebrochener Äußerungen, Reparaturen und Häsitationsmarkern, bevor sie den erfolgreichen Abschluss der Suche mit genau. (Z. 68) markiert, die anfängliche Viruslast mitteilt und mittels Rückversicherungssignal eine patientenseitige Verstehensdokumentation einfordert: °h da hatten sie hier (.) eh zwohundertvierundsechzigTAUSend gehabt? <<p> ja,> (Z. 69/70). Der Patient kommt Letzterem nach, indem er den jetzigen Wert in Relation zum anfänglichen setzt und seine Antwort mittels Konjunktion als Fortführung des ärztlichen Gesprächsbeitrags gestaltet: un jetzt hab ich nur noch hundertSECH[zig;] (Z. 71). Die Ärztin bestätigt dies wieder minimal und informiert den Patienten über einen weiteren Wert aus der Patientenakte: un hIEr (.) sogar nochma !NOCH! höher-siebenhunderteinunACHzigtausend un hundertfünfundvierzig helferzellen. (Z. 72/73). Die Ärztin referiert nunmehr lediglich mit den Zahlenwerten auf die Viruslast, die Referenz wird nach der ausführlichen Klärung der Terminologie als gesprächskontextuell verfügbar behandelt. Auch die Evaluierungen der jeweils mitgeteilten Werte werden nun durch beide Interagierende impliziter, mittels Verweise auf ihre Entwicklung vorgenommen. Demgegenüber steht, dass die Ärztin – im Unterschied zum Beginn der Mitteilungsaktivität (siehe Ausschnitt 7-15) – zum wiederholten Mal eine Verstehensdokumentation eliziert (an dieser Stelle erneut mittels [<<p> ja>,]), der der Patient überlappend nachkommt: [okay;] (Z. 75).

Dass dieses sehr explizite und rückversichernde Wissensmanagement mit erhöhtem interaktionalem Aufwand einhergeht, zeigt sich zum wiederholten Mal in der folgenden verstehensdokumentierenden und zugleich bestätigungsevozierenden Antwort des Patienten: hundertfünfundvierzig war das niedrigste HELfer[zellen]; ne? (Z. 76/78). Die Ärztin bestätigt einmal überlappend mit [genau.] (Z. 77) und nochmal mit [hm_hm?] (Z. 79), während der Patient überlappend zur verbalen Dokumentation des Schreibens übergeht.

Allgemein erhöht die patientenseitige Aktivität des Schreibens den interaktionalen Aufwand nochmal, da die mitgeteilten Werte schriftlich aufbereitet, die Aufbereitung durch den Patienten dokumentiert und die Dokumentation wiederum durch die Ärztin bestätigt wird. Auch die folgende Äußerung des Patienten ([hundert]fünfundvIERzig (.) war das NIEDrigste?, Z. 80) stellt wiederum eine das Schreiben begleitende Wiederholung des mitgeteilten Blutwerts dar, was durch die herabgesetzte Sprechlautstärke angezeigt wird. Die Ärztin bestätigt erneut – ebenfalls leiser als zuvor – ihre inhaltliche Korrektheit (Z. 81); womöglich getriggert durch die zum Ende der patientenseitigen TKE steigende Intonation, die in diesem Fall jedoch auch eine Fortführung des Redezugs projiziert: *unjetz sin_ma bei drEihundertSIEBzig*; (Z. 82). Die Formulierung mit inkludierendem ‚wir‘ lässt die Entwicklung der Blutwerte als gemeinsames Projekt von Ärztin und Patient erscheinen; die darauf folgende, explizierende Evaluierung dieses Werts (*das is doch sUper.*, Z. 83) dokumentiert durch die terminale Intonation zudem die eigenständige Evaluationskompetenz des Patienten als Resultat obiger Wissensaushandlungen. Das zweimalige bestätigende ‚ja‘ der Ärztin zum Ende des Ausschnitts schließt die Aktivität ab.

Es kann festgehalten werden, dass die Nachfragen des Patienten in Ausschnitt 7-16 mit einem expliziteren und elaborierteren Wissensmanagement einhergehen: Während die terminologischen Aushandlungen aus Ausschnitt 7-15 insofern „wirken“ als nun stillschweigend vorausgesetzt wird, dass auf die Viruslast referiert wird, sind die Informationen der Ärztin über die Entwicklung der Werte elaborierter; sie rückversichert sich zudem des patientenseitigen Verstehens, dem der Patient durch minimale *acknowledgement tokens*, evaluierende Einordnungen und z. T. durch Wiederholungen der mitgeteilten Werte nachkommt. Er gewinnt durch die individuelleren Zuschnitte der Wissensvermittlung zunehmend Evaluierungssicherheit, die er an verschiedenen Stellen unter Beweis stellt. Der Patient nutzt für das Äußern individueller Wissensbedürfnisse (z. B. den expliziten Vergleich mit vorherigen Werten) die Entschleunigung durch das Notieren der erfragten Blutparameter, die eine Absicherung seines Verstehens durch Wiederholung und nochmalige Bestätigung zur Folge hat. Die Ärztin reagiert sensibel mit expliziteren Formaten der Wissensvermittlung und ordnet diese der routinierten „Abarbeitung“ der Aktivität unter.

Besondere Wissensbedürfnisse werden Patient/innen vor allem zu Beginn der Behandlung zugeschrieben, wenn Patient/innen noch nicht lange HIV-infiziert sind oder der Beginn der ART erst kurze Zeit zurückliegt. Der Adressatenzuschnitt wird in solchen Fällen durch die Ärzt/innen von vorneherein angepasst insofern, als die Mitteilungsaktivität um Erklärsequenzen erweitert wird, die sich wie im obigen Fallbeispiel auf die Referenz von Terminologien sowie auf die Bedeutung der mitgeteilten Blutwerte beziehen können. Weiterhin kommen Er-

klärungen vor, die das institutionelle Vorgehen der Blutwertkontrolle offenlegen oder die allgemeine Informationen und Prognosen zur Entwicklung der Blutwerte im Verlauf der Therapie enthalten:

Ausschnitt 7-17: Ärztliches Erklären zur Bedeutung der Werte, H-2706-AP, Arzt M, 143-161 Sekunden.

55 A: Also in (.) eh-
56 das therapieansprechen wird in der regel nach drEI
monaten und sEchs monaten (.) kontroLLIERT?
57 also in dIEser studie wars sehr HÄUfig? (---)
58 und (.) nach- (-)
59 das !ZIEL! sollte sein nach (.) !SECHS! MONaten? (--)
60 unter NACHweisgrenze zu sein. (0.9)
61 das habm sie jEtzt schon nach <<dim> acht WOCHen
erreicht.>
62 (1.0)
63 also WUNderbar.
64 (--)
65 perfekt;
66 (---)
67 ehm (---) was wir AUch messen müssen (.) (sin) natürlich
BLUTbild?

Bereits vor diesem Ausschnitt äußert der Patient keine verbalen Rezipientensignale oder Ko-Evaluationen (siehe Kap. 7.2). Der Arzt gibt zunächst Informationen über das allgemeine institutionelle Vorgehen (*in der regel*, Z. 56) und die allgemeine therapeutische Zielsetzung (Z. 59/60), was in einen Vergleich mit der Befundlage des Patienten mündet: *das habm sie jEtzt schon nach <<dim> acht WOCHen erreicht.>* (Z. 61). Dieser Positivvergleich wird, nach einer langen Pause von einer Sekunde (die Raum für eine patientenseitige Reaktion in Form einer Ko-Evaluation gibt) expliziert: *also WUNderbar.* (Z. 63). Nach einer halbsekündigen Pause evaluiert der Arzt erneut mit: *perfekt;* (Z. 65) und geht, nach – einer weiteren Pause – zur Mitteilung des allgemeinen Blutbilds über, der er wieder eine allgemeine Erklärung (Z. 67) vorausschickt. Interessant an diesem Ausschnitt ist zum einen, dass der Arzt die Mitteilungsaktivität auf diese elaborierte Weise gestaltet, ohne dass dies durch den Patienten zuvor eingefordert wurde: Er wählt einen spezifischen Adressatenzuschnitt und schickt der Mitteilung der Werte jeweils Erklärungen voraus, die allgemeine Informationen zum therapeutischen Vorgehen und Zielsetzungen enthalten. Die Mitteilungsaktivität ist hier eingebettet in eine wissensvermittelnde Aktivität über das institutionelle Handeln (siehe auch Kap. 7.4.3), in welcher der Patient eine äußerst passive Rezipientenrolle einnimmt. Zum anderen zeigen die ungewöhnlich langen Pausen und das doppelte *assessment* der Werte in den Zeilen 63 und 65 eine ärztliche Orientierung an Verstehensdokumentationen oder sogar Ko-Evaluationen seitens des Patienten. Letztere sind als *alignment* zu einer ersten Evaluation nicht nur im Default-Verlauf der Mitteilungsaktivität, sondern vor allem in alltäglichen

Evaluierungssequenzen präferiert (Pomerantz, 1984), bleiben hier aber zugunsten der Orientierung an der übergeordneten Wissensvermittlung aus.

Die Ausschnitte 7-15 bis 7-17 verdeutlichen auf komplementäre Weise, dass explizitere Formen des Wissensmanagements entweder durch Patient/innen eingefordert oder durch ärztliche Zuschreibungen *a priori* gewählt (und beibehalten) werden. In solchen Fällen wird nicht nur der in Kapitel 7.2 beschriebene typisierte Adressatenzuschnitt aufgegeben, sondern die Handlungsdynamik der Mitteilungsaktivität insofern modifiziert, als zu den Mitteilungs- und Evaluierungsäußerungen Erklärsequenzen hinzutreten. Diese resultieren in mehr (Ausschnitt 7-16) oder weniger (Ausschnitt 7-17) explizit-verbalem *grounding* im Verlauf der Aktivität. Die Gegenüberstellung der beiden Ausschnitte macht deutlich, dass individuellere Adressatenzuschnitte entweder auf einem globaleren, *a priori* existierendem *Partnermodell* (Schober & Brennan, 2003; Deppermann & Blühdorn, 2013) beruhen oder aber gesprächslokal durch Adressat/innen eingefordert werden können. Die oben beschriebenen Nachfragen als patienteninitiierte Forderungen zur Anpassung des Adressatenzuschnitts wissensvermittelnder Aktivitäten in Ausschnitt 7-16 sorgen für eine stetige Modifikation und Validierung des Partnermodells, dem die Patient/innen als Adressaten nicht „hilflos ausgeliefert“ sind, sondern an dem sie entscheidend und aktiv beteiligt mitwirken.

Eine sich hier anschließende theoretische Implikation in Bezug auf das Konzept *Adressatenzuschnitt* ist m. E., die aktive Partizipation des Adressaten an der Konstitution eines kognitiven Modells desselben stärker herauszustellen. Dass Adressatenzuschnitte lokal flexibel sind und Annahmen über den Gesprächspartner systematisch getestet und generiert werden, wurde in konversationsanalytischen Arbeiten erwähnt (Hutchby, 1995; Deppermann & Schmitt, 2009); auch, dass Adressat/innen bestimmte Zuschnitte zurückweisen können (Hitzler, 2013). Ihre Rolle bei der systematischen Generierung und Adjustierung von Adressatenzuschnitten wurde allerdings meist als rezeptiv bis maximal responsiv beschrieben. Die Bezeichnung eines Interagierenden als ‚Rezipient‘ erinnert ohnehin an frühe Sender-Empfänger-Modelle von Kommunikation; nicht nur deswegen bevorzugen Gesprächsforscher/innen aus dem deutschsprachigen Raum mittlerweile den Begriff *Adressatenzuschnitt*.¹⁵¹ Die Untersuchung wiederkehrender Routineaktivitäten wie der Mitteilung der Blutwerte kann Aufschluss darüber geben, auf welche Weise Adressatenzuschnitte systematisch ko-konstruiert und

¹⁵¹ Deppermann & Blühdorn (2013, S. 8) weisen auf weitere Probleme mit dem Begriff ‚Rezipient‘ in *recipient design* hin und nehmen daher eine terminologische Unterscheidung von ‚Adressat‘ und ‚Rezipient‘ vor: Ein/e Adressat/in ist das Ziel eines spezifischen Zuschnitts; er ist von Rezipient/innen zu unterscheiden, die ggf. als *overhearer* die Gesprächsbeiträge mithören. Das Konzept ‚Adressat‘ weist – im Gegensatz zu ‚Rezipient‘ – auf den Konstruktionscharakter von Adressatenzuschnitt hin: Sprecher können ihre Gesprächsbeiträge nicht auf faktische Rezipient/innen, sondern nur auf zugeschriebene Eigenschaften von Adressat/innen zuschneiden. Siehe dazu auch Hitzler (2013).

durch (initiative) Aktivitäten der Adressat/innen selbst eingefordert und in Richtung lokalerer, individuellerer und interaktiv validierter Zuschnitte adjustiert werden.

Die gezeigten Fallbeispiele tragen – in Verbindung mit obigen Befunden zum üblichen Ablauf der Mitteilung der Blutwerte – Anwendungsimplicationen für Möglichkeiten aktiver Patientenbeteiligung: Patient/innen sind in dieser Aktivität gefragt, an entsprechenden Stellen aktiv zu werden, um Verstehensprobleme anzuzeigen und individuellere Formen der Wissensvermittlung zu erhalten. Die routinierte und zumeist rasche Abarbeitung der Mitteilungsaktivität mit der typischerweise rein responsiven Beteiligungsrolle der Patient/innen lässt hierfür unter Umständen wenig Raum, was für die meisten Patient/innen adäquat sein mag, da sie die mitgeteilten Werte einzuordnen wissen. In Einzelfällen ist es allerdings nicht unwahrscheinlich, dass Patient/innen zwar dank der obligatorischen Evaluierungen der Werte grob einschätzen können, dass ihre Blutwerte unbedenklich sind, dass sie jedoch spezifische Bereiche von Nichtwissen (z. B. „Was sind Helferzellen nochmal genau?“) nicht äußern bzw. erfragen können. Die obigen Analysen zeigen, dass auch in Aktivitäten, in denen Patient/innen eine zweckmäßig responsive Gesprächsrolle zukommt, Partizipation möglich ist. Im ersten Fallbeispiel (Ausschnitt 7-15 und Ausschnitt 7-16) schafft die künstliche Entschleunigung der normalerweise rasant ablaufenden Aktivität mittels Notieren der erfragten Blutparameter interaktive Räume für eine vertiefte Herstellung von Verstehen durch Fragen, Wiederholungen und mehrfachen Bestätigungen. Die Ärztin räumt der erfolgreichen Wissensvermittlung erhöhte Priorität ein. Andere Patient/innen mögen daran scheitern, die interaktive Dynamik der Mitteilungsaktivität mit der ihnen zugewiesenen responsiven Beteiligungsrolle zu durchbrechen. Da Studien aus Gesundheitswissenschaften und Psychologie auf einen positiven Zusammenhang zwischen Patientenpartizipation und Patientenzufriedenheit (Anderson, DeVellis & DeVellis, 1987; Weingart et al., 2011), wahrgenommener Selbstwirksamkeit (Heisler et al., 2002) und – aus medizinischer Sicht vielleicht am wichtigsten – gesundheitsförderlichem Handeln von Patient/innen (Hibbard et al., 2007) verweisen, resultiert aus den dargelegten Befunden die einfache Implikation für die Praxis, patientenseitige Initiativen auch während routinemäßig durchgeführter Aktivitäten wie der Mitteilung der Blutwerte zuzulassen und Fragen ggf. zu evozieren.

Dass Patienteninitiativen nicht immer in Form von Verständnisfragen erscheinen, also dass nicht immer ein Verstehensproblem oder Wissensbedürfnisse Grundlage hierfür sein muss, zeigt der folgende Ausschnitt:

Ausschnitt 7-18: Patienteninitiative bei der Mitteilung der Blutwerte, G-1402-AP, Arzt M, 212-220 Sekunden.

08 A: gut-
09 wunderBAR;
10 P: wie sind meine WERte vom letzten mal,
11 A: eh sehr GUT?
12 (-)
13 ehm (-) des is jetzt vom: (-) fünfzehnten ELFten,
14 die [virusbeladung] ist unter nachweisgrenze, =
15 P: [genau.]
16 A: = wunderBAR,

Hier initiiert die Patientin die Mitteilung der Blutwerte, nachdem der Arzt die vorangegangene Aktivität mit den evaluierenden TKE *gut* und *wunderBAR*;, Z. 08/09) abgeschlossen hat. Indem sie nach den Bluttestergebnissen vom *letzten mal* fragt, orientiert sich die Patientin an die Mitteilung der Blutwerte als Auskunftsaktivität, als eine Art medizinischen Service. Sie dokumentiert hierdurch Wissen über interaktionsspezifische Abläufe und lässt dabei die obligatorische Mitteilungsaktivität mittels eigener Initiierung als ihre eigene Agenda erscheinen.

7.4.2.2 „*und die Erys?*“ – *Aushandlung institutioneller Wissensbereiche während der Mitteilung der Blutwerte*

Im Default-Verlauf der Befundmitteilung treten Patient/innen bedingt durch die Wissenshoheit der Ärzt/innen über die neuen Befunde und ihre Bedeutung als Wissensempfänger/innen auf. Ärztliche Zuschnitte des Wissenstransfers sind dabei entweder auf typisierte Wissensbedürfnisse bzw. auf den Zweck der Aktivität ausgerichtet oder können auf der Grundlage von Verstehensproblemen und individuellen Wissensbedürfnissen angepasst werden. Alle bisher dargestellten Fallbeispiele verdeutlichen aber auch umgekehrt, dass selbst die höchst routinierte Mitteilung der Blutwerte Patientenwissen zu Tage bringt: Der Default-Verlauf der Mitteilungsaktivität verweist auf institutionsspezifisches Wissen (z. B. worauf mit ‚Viruslast‘ referiert wird), welches durch ärztliche Zuschnittsmuster zugeschrieben wird. Eigenständige Evaluationen seitens der Patient/innen stellen explizitere Formen der Dokumentation medizinischen Wissens dar. Weiterhin vermag die Aktivität durch ihren obligatorischen Status, interaktionsspezifisches Wissen bzw. patientenseitige Erfahrung mit dem Interaktionstyp zu offenbaren, z. B. durch patientenseitige Initiativen (siehe Ausschnitt 7-18), die institutionstypspezifische *Asymmetrien der Initiative* (Robinson, 2001) lokal umdrehen. Patientenseitige Initiativen, die interaktionstypspezifisches Wissen offenbaren, kommen auch in anderen obligatorischen Aktivitäten wie Wiegen und Blutdruckmessen vor: Patient/innen partizipieren hier bisweilen aktiv, indem sie initiativ Blutdruckwerte oder ihr Gewicht mitteilen oder indem sie sich ohne vorherige Aufforderung wiegen (siehe Kap. 5.2.4).

Das folgende Fallbeispiel, das ausführlich auch in Groß (2017) besprochen wird, veranschaulicht einmal mehr sequenzielle Modifikationen in Folge von Patienteninitiativen. Es zeigt, wie typische Experten/Laien-Partizipationsformen (wie eben die Mitteilungs-*acknowledgement*-Sequenzen in der Befundbesprechung) durch abweichendes Patientenhandeln lokal aufgehoben werden zugunsten lokal egalitärerer Partizipationsräume, und wie Patient/innen eigenes Fachwissen dokumentieren und zur Aushandlung relevant setzen.

Der Patient A-2107 ist 51 Jahre alt und seit 18 Monaten in medikamentöser Behandlung. Der untersuchte Gesprächsausschnitt setzt direkt zu Beginn der Mitteilung der Blutwerte ein. Untypischerweise wurden die Blutwerte im vorangegangenen Gesprächsverlauf bisher nicht mitgeteilt und besprochen, obwohl das Gespräch bereits fortgeschritten ist (in der 9. Minute). Zu Beginn äußert die Ärztin Unsicherheit, ob die Blutwerte bereits besprochen wurden oder nicht (Z. 02-05).

Ausschnitt 7-19: Initiierung der Befundmitteilung, A-2107-AP, Ärztin G, 499 bis 510 Sekunden.

01 A: gut; =
 02 = soll ich ihnen gleich-
 03 oder hAm_wa das schon besprochen- =
 04 = !NEE!.
 05 ham_wa noch NICHT.
 06 = [die is jetzt] [NEU.]
 07 P: = [medikamente -]
 08 [nee.]
 09 A: die eh (.) [die ()-]
 10 P: [öh] die die beFUNde.
 11 A: <<p> die beFUN[de.>]
 12 P: [da] bräucht ich wIEder- (--)
 13 A: koPIEN.
 14 P: koPIEN.
 15 GA[NZ] genau.
 16 A: [ja;]
 17 P: das wäre nich SCHLECHT;

Interessanterweise wird die ‚Mitteilung der Blutwerte‘ hier nicht einfach von der Ärztin initiiert; mit dem abgebrochenen Angebot in Z. 02 weist sie dem Patienten diesbezüglich Entscheidungsrecht zu, wobei bis dato auf propositionaler Ebene noch nicht expliziert wurde, was nun folgen soll, da auf den Referenten lediglich pronominal verwiesen wird. In den Zeilen 03 bis 05 legt die Ärztin ihre Überlegung offen, ob das bisher noch nicht bezeichnete Angekündigte bereits durch beide Interagierende (*wir*) erledigt wurde oder nicht. Zugleich richtet sie diese Überlegung in Form einer Frage an den Patienten. Sie fordert damit eine Aktualisierung des Gesprächskontextes und antizipiert an dieser Stelle bereits Wissen des Patienten über obligatorische Elemente des ablaufenden Routinegesprächs und folglich Wissen darüber, auf was sie referiert. Direkt darauf spezifiziert sie das Unbekannte: [die is jetzt] [NEU.] (Z. 06). Überlappend hiermit liefert der

Patient eine *candidate answer* (Pomerantz, 1988) für das Referenzobjekt der Ärztin ([medikamente], Z. 07), die er jedoch direkt darauf zurücknimmt (nee, Z. 08). Es folgt eine Ko-Konstruktion des Referenzobjekts (P: [öh] die die beFUNde., Z. 10 und A: <<p> die beFUN[de.>], Z. 11), nachdem die Ärztin in Zeile 09 deutliche Formulierungsarbeit zeigt. Eine erneute Ko-Konstruktion schließt sich in den letzten drei Zeilen des Ausschnitts an, als die Ärztin die Bitte des Patienten nach Kopien der Befunde ergänzt, woraufhin der Patient dies noch einmal wiederholt und die Ergänzung der Ärztin ratifiziert.

Die Aushandlung des nächsten Schritts im aktuell ablaufenden Gespräch, die durch die Ärztin initiiert wird, positioniert den Patienten als handlungswissend in Bezug auf das aktuelle Gesprächsgeschehen: Durch die ärztliche Frage in den Zeilen 02/03 ist er gefragt, den Gesprächskontext mit Hinblick auf noch fehlende Aktivitäten zu reproduzieren. Mittels inkludierendem *wir* in Zeile 03 wird er zudem als aktiv Handelnder positioniert. Die fehlende Referenz und die anschließende Ko-Konstruktion dieser Referenz (Befunde) macht hier das geteilte Hintergrundwissen der Interagierenden über das Handlungsschema einer HIV-Sprechstunde manifest und kommt hier in Form eines Abgleichs, ob die obigatorische Aktivität ‚Befundbesprechung‘ bereits erledigt wurde oder nicht, zum Tragen. Die zweite Ko-Konstruktion hinsichtlich der vom Patienten benötigten Kopien der Befunde verweist zudem auf die gemeinsame Interaktionsgeschichte der Gesprächspartner ([da] bräucht ich wIEder-, Z. 12) und lässt genau wie die Formulierung der einleitenden ärztlichen Frage (soll ich ihnen gleich,, Z. 02) einen gewissen Dienstleistungscharakter ärztlicher Handlungen erkennen.

In dieser die Befundbesprechung einleitenden Sequenz wird kein Fachwissen im Sinne biomedizinischer Fakten und Zusammenhänge ausgehandelt, vielmehr ist die Institutionserfahrung des Patienten gefordert bzw. seine aktive kognitive Teilnahme an der laufenden Interaktion. Er wird mittels Verweise auf einen handlungsbezogenen *common ground* als Gesprächspartner behandelt, dem eine Handlungs- und Entscheidungskompetenz für das laufende Gesprächsgeschehen zukommt. Die zahlreichen Überlappungen und die Ko-Konstruktionen erzeugen dabei eine symmetrische Interaktionsdynamik.

Der folgende Gesprächsausschnitt schließt direkt an den vorhergehenden an. Es erfolgt nun die Mitteilung der HIV-spezifischen und -unspezifischen Blutwerte:

Ausschnitt 7-20: Mitteilung der Blutwerte, A-2107-AP, Ärztin G, 511 bis 539 Sekunden.

18 A: also.
19 sie waren unter der NACHweisgrenze?
20 die eh: lUes ham_wa nochma kontrollIERT-
21 da is kein eh (-) kein titerABfall?
22 also (-) das is aber ganz hÄUfig bei menschen die ha i
VAU infiziert sind-
23 da fällt der Titer nich richtig ab.

24 im gEgensatz zu menschen die NICH ha i vau infiziert
sind. (-)
25 das beDEUtet aber nix.
26 [ja,]
27 P: [okee.]
28 A: also solAng der nich ansteigt geht ma auch davon aus
dass sie sUffizient beHANDelt sind-
29 [un] (.) dAss da auch nix passiERT. =
30 P: [hm_hm,]
31 A: = j̄a,
32 nIch dass sie sich wundern weil hier steht keine (.)
Titerveränder[ung.] =
33 P: [<<p> hm->]
34 A: = <<p> ja> ,

Mit dem Informationsstrukturierer ‚also‘ leitet die Ärztin die Mitteilung der Blutwerte ein. Mit der typischen Kollokation *sie waren unter der NACHweisgrenze?* (Z. 19) teilt sie die niedrige Viruslast (siehe Kap. 7.2). Direkt darauf informiert sie den Patienten über einen im Rahmen der Blutkontrolle durchgeführten Syphilis-Test, wobei sie hierfür ebenfalls den *terminus technicus* ‚Lues‘ verwendet, und informiert ihn weiterhin darüber, dass es keinen *titerABfall* gibt (Z.21). Allein in diesen beiden Zeilen wird durch den Adressatzuschnitt in den Mitteilungshandlungen deutlich, dass die Ärztin den Patienten als Ko-Wissenden behandelt: Sie verwendet Formulierungen, die als medizinischer Fachjargon im weiteren Sinne bezeichnet werden können.

In den Zeilen 22 bis 25 folgt, eingeleitet mit dem Reformulierungsmarker ‚also‘, eine Erklärung darüber, weshalb der mit der Lues zusammenhängende Titer¹⁵² beim Patienten nicht sinkt: *also (-) das is aber ganz hÄUfig bei menschen die ha i VAU infiziert sind- da fällt der Titer nich richtig ab..* Die ärztliche Erklärung ist mittels adversativem Konjunktiv ‚aber‘ kontrastiv mit der vorausgehenden Feststellung des stabilen Titer-Werts verknüpft und normalisiert ihn hierdurch (siehe Kap. 7.4.1). Eine mögliche Sorge des Patienten ob des nicht absinkenden Titers wird hierdurch nicht nur antizipiert, sondern dieser zugleich mit Berufung auf das Erfahrungswissen der Ärztin entgegengewirkt. Expliziert wird dies im Folgenden: *das beDEUtet aber nix.* (Z. 25). Mit dem anschließenden Rückversicherungssignal *ja* fordert sie eine bestätigende Reaktion seitens des Patienten, die hiermit überlappend produziert wird: *okee,* (Z. 27).

Die Erklärung ist damit aber noch nicht beendet. Mit Bezugnahme auf ihre Evaluation (Z. 25) leitet die Ärztin mit dem Reformulierungsmarker ‚also‘ erneut eine Erklärung zur Interpretation des statischen Titer-Werts mit Hinblick auf Therapieimplikationen und die vorausgehende Einschätzung seiner Bedeutung ein (Z.

¹⁵² Der Titer ist ein Maß für die Immunität des Körpers gegenüber einer (überstandenen oder bereits geimpften) Krankheit. Bei der Titerbestimmung wird die Konzentration der Antikörper bestimmt.

28). Hierbei beruft sie sich mittels Indefinitpronomen ‚man‘ auf allgemeines Fachwissen und stellt damit ihre Interpretation des Titer-Werts als allgemeingültig dar. Indem sie – durch die Temporalkonjunktion *solang* eingeleitet – das negierte Gegenszenario eines steigenden Werts aufmacht, kontrastiert sie diese potenzielle Entwicklung mit dem aktuellen Status und leitet aus letzterem ab, dass sie *suffizient behandelt sind- [un] (.) dass da auch nix passiert.* (Z. 28-30).

Auf welches medizinische Konzept ‚Titer‘ referiert und wofür der Wert steht, wird in der gesamten Erklärung als gemeinsames Wissen vorausgesetzt; die Erklärungen der Ärztin mit Hinblick auf konsequenzielle Therapieimplikationen bauen auf diesem Wissen auf und antizipieren die Kompetenz des Patienten, die Fachsprache enkodieren sowie die Werte verorten zu können. Mit der folgenden Äußerung in Zeile 32: *nIch dass sie sich wundern weil hier steht keine (.) Titerveränder[ung.] = ja,* (Z. 32) wird die Antizipation patientenseitiger (kognitiver) Teilnahme noch einmal expliziert und die Erklärung gerechtfertigt. Daraufhin thematisiert der Patient den Titer-Wert nochmals initiativ:

Ausschnitt 7-21: Vorschlag des Patienten, A-2107-AP, Ärztin G, 539 bis 546 Sekunden.

- 35 P: g_sei sollen wir das dann weIterhin kontroLLIEren
irgendw[ie-]
36 A: [wir]
[kontrollieren] das WEIter[hin;] =
37 P: [<<pp> (ABstände);>]
38 [okee.]
39 A: in ABständen.
40 [ja,]
41 P: [<<cv> gut.>]
42 A: jetzt nich !JE!des ma aber [so in] größeren abständen
kontrollieren wirs WEIter.
43 P: [hm_hm,]

In Zeile 35 bezieht sich der Patient mit einer Frage auf das weitere Vorgehen mit Hinblick auf den vorher besprochenen Lues-Titer. Mittels inkludierendem ‚wir‘ stellt er sich (sowie die Ärztin) hierbei als aktiv Handelnder in Bezug auf die weitere Kontrolle des Werts dar, was insofern eine Besonderheit darstellt als der kollektive Agens in Form eines inkludierenden oder exkludierenden ‚wir‘ meist von Ärzt/innen verwendet wird. Der Patient positioniert sich mit dem Vorschlag an dieser Stelle weniger als Patient denn als Teil eines professionell handelnden Teams. Das der Frage nachgestellte ‚irgendwie‘ zeigt in Verbindung mit der Frageform allerdings Unsicherheit mit Hinblick auf die konkrete Umsetzung der thematisierten Kontrolle des Werts; die Orientierung an der epistemischen Autorität der Ärztin und das *display* der selbstbestimmten Partizipation sind in der Frage des Patienten also gleichermaßen präsent. In ihrer Ankündigung greift die Ärztin die Formulierung des Patienten im Wortlaut auf und bestätigt so die ge-

plante Weiterkontrolle des Werts. Auch der mit der Antwort der Ärztin überlappende spezifizierende Nachtrag [`<<pp> (ABstände);>`] wird in Form einer TKE-Expansion (Z. 39) resonanzartig aufgenommen; mittels Rückversicherungssignal (`ja`, Z. 40) fordert die Ärztin zudem zum wiederholten Mal (siehe oben) eine Bestätigung seitens des Patienten für die ko-konstruierte Handlungsplanung. Diese erfolgt überlappend: [`<<cv> gut.>`], wonach die Ärztin die zeitlichen Modalitäten der weiteren Titer-Kontrolle spezifiziert (Z. 42).

Die Planung des Vorgehens, die durch die Frage des Patienten angestoßen wird, zeigt ein hohes Maß an *alignment*: Die Ärztin greift auf sprachlicher Ebene die Formulierungen und auf propositionaler Ebene die Relevanzen des Patienten auf; der Patient wiederum bestätigt die Äußerungen der Ärztin. Durchgehend wird das von Patienten initiierte inkludierende ‚wir‘ verwendet, die Gesprächsteilnehmer positionieren sich hiermit (gegenseitig) als gemeinsam agierend in der weiteren Kontrolle des Titers.

Der folgende Ausschnitt 7-22 schließt nicht direkt an den vorhergehenden Ausschnitt an. Er beginnt nach einer etwas längeren Aushandlungssequenz zu der Frage, ob beim Patienten bereits eine Hepatitis A/B-Impfung durchgeführt wurde (nicht gezeigt). Die Ärztin fährt dann fort, die fehlenden Blutwerte mitzuteilen:

Ausschnitt 7-22: Fortsetzung Mitteilung der Blutwerte, A-2107-AP, Ärztin G, 624 bis 641 Sekunden.

106 A: gut.
 107 hElferzellen waren vierhundertDREIßig?
 108 un EINundzwanzig proZENT.
 109 dAs is auch sehr [GUT.]
 110 P: [Is] es wieder;
 111 is es dann geSTIEgen?
 112 A: [`<<p> wArten se ma-> =`
 113 [`((Blättern))`]
 114 = `<<p> muss ich gerade GUCKen,>`
 115 P: `<<p> ich hab nämlich jetzt die lETzten [wer]te nit [im`
 KOPF->]
 116 A: [auf-]
 117 [ja,
]
 118 DEUTlich; (--)
 119 sie habm das letzte ma zwohundertAchtzehn gehabt und
 jetzt vierhundertDREI[ßig.]
 120 P: [is] ja SUpEr.
 121 [o]kee,
 122 A: [`<<p> ja->`]
 123 das is rIchtig GUT.
 124 (---)

In Zeile 107 wird der zweite HIV-relevante Blutparameter übermittelt, nämlich die Anzahl sowie der prozentuale Anteil der Helferzellen. Die Ärztin evaluiert die Werte mit Hinblick auf die bereits mitgeteilten Befunde als `auch sehr [GUT.]` (Z. 109). Überlappend mit ihrer Evaluation stellt der Patient eine Nachfrage: [`Is`]

es wieder; is es dann geSTIEgen? (Z. 110/111); er fordert damit eine zusätzliche Information zum retrospektiven Verlauf des betreffenden Blutparameters ein und demonstriert auf diese Weise, dass er den Ist-Zustand relativ hierzu interpretieren möchte (siehe auch z. B. Ausschnitt 7-10). Es folgt eine Einschubsequenz, in der die Ärztin die Beantwortung der Frage aufschiebt und für den Aufschub einen *account* liefert: [*<<p> wArten se ma>- = <<p> muss ich gerad GUCKen,>]* (Z. 112/114). Während die Ärztin in der Patientenakte nach dem entsprechenden Eintrag sucht, führt der Patient einen Grund für seine Frage an: *<<p> ich hab nämlich jetzt die lEtzten [wer]te nit [im KOPF->]* (Z. 115). Er weist so auf ihren abweichenden Charakter innerhalb der Mitteilungsaktivität hin, stellt ihre Relevanz dabei jedoch nicht in Frage.

Nachdem die Ärztin überlappend mit der Patientenäußerung aus Zeile 115 eine Äußerung abbricht (Z. 116), bestätigt sie den erfragten Anstieg mit (*ja,*) und stuft ihn mit *DEUTlich; hoch* (Z. 118). Direkt darauf nennt sie den vorigen sowie noch einmal den aktuellen Wert der Helferzellen, was nun seitens des Patienten evaluiert wird: [*is] ja sUper.* (Z. 120). Die Ärztin stimmt in Zeile 122 seiner Evaluation nicht nur zu (*ja*), sondern nimmt noch eine Hochstufung vor: *das is rIchtig GUT.* (Z. 123).

Interessant bis hierher ist, dass es zwar prinzipiell der Ärztin obliegt, die auf dem Laborbefund aufgeführten Blutwerte mitzuteilen, was sie in dieser Sequenz zunächst auch tut. Dann jedoch fordert der Patient zusätzliche Informationen über einen bis dato nicht genannten Wert an. Die Ärztin teilt in Folge dessen nicht nur den gewünschten Wert mit, sondern stimmt mit der durch den Patienten vorgenommenen Evaluation des Werts überein. Auf diese Weise wird nicht nur die vom Patienten gezeigte Evaluationskompetenz bestätigt, sondern auch dessen Relevanzen legitimiert. Weitere Auffälligkeiten zeigen sich in der sequenziellen Dynamik: Die typische Asymmetrie der Initiative zwischen der Ärztin als Expertin und dem Patienten als Laien (siehe Kap. 3.3.3.3) wird dahingehend modifiziert, dass die übliche Mitteilungssequenz mit der initiativen Gesprächshandlung ‚Übermittlung der Information durch Ärztin‘ durch eine Wissenselizitierungssequenz mit der Abfolge ‚Frage durch Patienten nach Wert – Mitteilung des Werts – Evaluation durch Patient/in (und Ärzt/in)‘ ersetzt wird. Durch die lokal initiative Partizipationsrolle kann der Patient eigenen Wissensbedürfnissen folgen, was an dieser Stelle einen gewissen Dienstleistungscharakter der ärztlichen Aktivität des Mitteilens zur Folge hat.

Ähnliches ist im weiteren Verlauf zu beobachten, in dem die Ärztin die Übermittlung allgemeiner Blutwerte initiiert:

Ausschnitt 7-23: Evaluierung des allgemeinen Blutbilds, A-2107-AP, Ärztin G, 642 bis 671 Sekunden.

125 A: blUtBild war in ORDnung-
 126 EISenspiegel war_n bisschen NIEdrig-
 127 aber de:r ha bE is in Ordnung vierzehn komma ZWEI,
 (---)
 128 P: und [die] Erys?
 129 A: [ehm-]
 130 (-)
 131 die Erys waren v:IEr komma vier [EINS?]
 132 P: [hm][:-]
 133 A: [die] sind
 LEICHT erhöht-
 134 da kann_ma aber nix [draus MACHen.]
 135 P: [(wei da HÄNGT-)]
 136 da sIEht man ja dann das auch mit der
 sauerstoffsÄTTigung. =
 137 = ne,
 138 dass_es da nit <<dim> so [rIchtig gut funktioNIERT.>]
 139 A: [°h ja aber der]
 ha bE ist im NORMbereich.
 140 also [da] dü das dürfte jetzt von der MENGE der Erys-
 141 P: [hm-]
 142 A: <<cv> eh_ehm> nIch so viel AUSmachen.>
 143 <<cv,p> ja,>
 144 P: hm_hm-
 145 A: also (.) dA <<eh> das is sO minimAl,
 146 = da ham_sie keine AUSwir[kungen.]
 147 P: [o][kee;]
 148 A: [<<p> ja,>]
 149 (1.2) ((währenddessen Blättern))

In der ersten Zeile des Ausschnitts (Z. 125) evaluiert die Ärztin generalisierend das Blutbild des Patienten, wonach sie auf die Eisenwerte eingeht: EISenspiegel war_n bisschen NIEdrig- (Z. 126). Die bereits hier angedeutete geringe Bedeutung des zu niedrigen Eisenspiegels wird in der nächsten Äußerung, angezeigt durch den adversativen Konjunktoren ‚aber‘, mittels Evaluieren und Mitteilen des im Normbereich liegenden HB-Werts weiter normalisiert. An dieser Stelle erfragt der Patient wiederum einen spezifischen Wert: und [die] Erys? (Z. 128). Er verwendet mit der Bezeichnung ‚Erys‘ für ‚Erythrozyten‘ ein unter Mediziner/innen geläufiges Kurzwort, das die Ärztin in Z. 131 aufgreift. Sie informiert den Patienten zunächst über den konkreten Erythrozyten-Wert, erklärt die Interpretation dieses Werts in Bezug auf Normwerte ([die] sind LEICHT erhöht-, Z. 132) und normalisiert anschließend wiederum die Bedeutung der Erhöhung: da kann_ma aber nix [draus MACHen.], Z. 134). Nach einer abgebrochenen Äußerung (wei da HÄNGT-) äußert der Patient Folgendes: da sIEht man ja dann das auch mit der sauerstoffsÄTTigung. = ne, dass_es da nit <<dim> so [rIchtig gut funktioNIERT.>]. Er referiert also zunächst verbaldeiktisch mit ‚da‘ auf den Erythrozyten-Wert und vereindeutigt dann sein inhaltlich vages Objekt (das mit der sauerstoffsÄTTigung) nach dem Rückversicherungssig-

nal ‚ne‘ durch einen dass-Komplementsatz in einer TKE-Expansion (Z. 138) (Auer, 2006)¹⁵³. Obwohl die Ärztin zuvor jegliche Bedeutung der leichten Erhöhung negiert hat, setzt der Patient also diese mittels Erklärung über Indikationsbereiche des erhöhten Werts erneut relevant und fordert eine Stellungnahme der Ärztin. Zugleich dokumentiert er Fachwissen zum Zusammenhang zwischen dem Erythrozytenwert und der Sauerstoffsättigung im Blut, was m. E. der Rechtfertigung seiner Relevantsetzung dient.

Die durch die Ärztin zuvor vorgenommene Normalisierung des erhöhten Werts wird also in Frage gestellt, allerdings wird eine entsprechende Wirkung mittels Abmilderung der Negation (*nicht so richtig gut*) abgeschwächt. Obgleich die Neuinterpretation des Werts durch den Patienten also gewissermaßen einen Angriff auf die Expertenrolle der Ärztin darstellt, ist auf der Ebene der Äußerungsgestaltung zugleich eine Orientierung des Patienten an der epistemischen Autorität der Ärztin erkennbar. Vor allem dadurch, dass er seinen Einwand nicht explizit als solchen kennzeichnet und dass er eine Bestätigung seitens der Ärztin fordert, wird eine potenzielle Bedrohung des ärztlichen Expertenstatus abgemildert.

Dennoch behandelt die Ärztin die Äußerung des Patienten als Einwand: *°h ja aber der] ha bE ist im NORMbereich. (Z.139)*. Einleitend mit einer ‚ja aber‘-Konstruktion argumentiert sie also gegen eine Bedeutung des erhöhten Erythrozyten-Werts, indem sie umgekehrt die Bedeutsamkeit des HB-Werts untermauert. Jeweils einleitend mit dem Reformulierungsmarker ‚also‘ stuft sie in den beiden nachfolgenden Äußerungen wiederholt die Relevanz des erhöhten Erythrozyten-Werts herab (Z. 140/142 und Z. 145/146) und rechtfertigt so die vorausgegangene Normalisierung. Die sprachlichen Mittel der ersten Äußerung (Verwendung des Konjunktivs in ‚dürfte‘, modalisierte Angabe ‚nich so viel‘) sowie die Einforderung einer patientenseitigen Bestätigung mittels *question tag* ‚ja‘ als Rückversicherungssignal mildern dabei die konträre Argumentation mittels unsicherer epistemischer Haltung ab und zielen auf die Konstitution einer gemeinsamen Meinung über den betreffenden Sachverhalt. Die Geltung desselben (also: hoher Erythrozyten-Wert ist medizinisch nicht bedeutsam) wird mit der zweiten Äußerung in Zeile 145 nochmals – diesmal epistemisch sicherer formuliert – gestützt: *also (.) dA <<eh> das is so minimAl, da ham_sie keine AUSwir[kungen.]*. Auch hier fordert die Ärztin wiederum die Bestätigung durch den Patienten und räumt so der Herstellung von Intersubjektivität hohe Priorität ein. Insgesamt demonstriert sie Definitionsmacht in Bezug auf die Bedeutung des Erythrozyten-Werts, zugleich aber auch *accountability* dadurch, dass sie ihre

¹⁵³ Günthner (2008) beschreibt hierzu ähnliche Projektorkonstruktionen mit ‚es‘. Zu Erweiterungsmöglichkeiten von TKE im Deutschen und allgemein zur Inkrementdiskussion siehe Auer (2006).

Prognose begründet (Peräkylä, 1998) und eine Bestätigung seitens des Patienten einfordert.

Das Fallbeispiel zeigt zusammenfassend: Ärzt/innen vermitteln zwar primär Wissen – sie informieren in der Befundmitteilung über das aktuelle Blutbild – gleichzeitig setzten sie gewisse fachmedizinische Wissensbestände (z. B. wofür HB steht) voraus. Patient A-2107 wiederum zeigt durch Nachfragen sowohl ein Wissensdefizit (Entwicklung der Helferzellenanzahl, Erythrozyten-Wert) als auch vorhandene fachspezifische Vorwissensbestände (insbesondere dass der Erythrozyten-Wert relevant ist und mit dem Blutbild zusammenhängt) und präsentiert sich als aktiv partizipierender Patient. Dabei orientiert er sich an der epistemischen Autorität der Ärztin, selbst als er eine zu ihrer Einschätzung konträre Meinung äußert und eine Relevanzhochstufung hinsichtlich des erhöhten Erythrozyten-Werts vornimmt. Damit wird deutlich, dass der Expertenstatus der Ärztin nicht direkt in Frage gestellt wird. Interessant ist, dass die Ärztin ihre Wissensautorität zwar bestimmt verteidigt (ab Z. 139), aber auch die Relevanzen des Patienten aufgreift und abschwächende sprachliche Mittel verwendet, als sie seinen Einwand zurückweist (Z.140/142). Hierdurch und durch Aktivitäten wie das Zustimmung zur positiven Evaluation des Patienten (Z.122/123) sowie das Einfordern von Bestätigungen mittels Rückversicherungssignalen (sowohl durch die Ärztin als auch durch den Patienten: Z. 137, 143, 147) wird deutlich, dass beiden Interagierenden an der Herstellung von Intersubjektivität über die Bedeutung des erhöhten Werts gelegen ist.

Insgesamt offenbart das Fallbeispiel Aushandlungen von Expertise auf unterschiedlichen Ebenen. Beide Interagierende nutzen im Aktivitätskontext der Befundbesprechung unterschiedliche Ebenen des Gesprächs zur Aushandlung ärztlichen aber auch patientenseitigen Fachwissens, angefangen auf der Ebene der Äußerungsgestaltung bis zu sequenziellen Dynamiken. Auf der Mikro-Ebene des einzelnen Gesprächsbeitrags ist zunächst die Verwendung fachterminologischer Ausdrücke zu nennen. Der Patient verwendet das Kurzwort ‚Erys‘ für die fachmedizinische Bezeichnung der roten Blutkörperchen ‚Erythrozyten‘, was die Ärztin nachfolgend aufgreift und so als gültige Terminologie anerkennt. Zudem wird der von ihr aufgegriffene Zusammenhang zwischen dem HB-Wert und dem Erythrozyten-Wert im Dienste der Normalisierung des erhöhten Erythrozyten-Werts nicht weiter erläutert und auf diese Weise als gemeinsames Wissen vorausgesetzt. Dass die Ärztin ebenfalls nicht erläutert, wofür ‚HB‘ steht, verdeutlicht, dass medizinische Fachtermini als geteiltes Wissen präsupponiert werden. Die Zuweisung fachmedizinischen Wissens manifestiert sich so auch als etwas, das auf der Gesprächsoberfläche *nicht* in Erscheinung tritt.

Der Patient wird als fachwissend positioniert, und zwar durch geteilte Bewertungen, durch die Verwendung von Insidersprache durch Ärztin und Patient,

durch das Unterstützen seiner Relevantsetzungen und durch das argumentative Aushandeln über die Bedeutung von Werten. Diese Dynamiken stehen dabei in einem Spannungsverhältnis zur zugleich präsenten Orientierung an der epistemischen Autorität der Ärztin als medizinische Expertin, die erreicht wird durch

- die ärztseitige Hoheit über das external vorliegende Wissen (die Blutwerte) auf dem Befundblatt in der Patientenakte,
- Unsicherheitsmarkierungen seitens des Patienten als *doing being a patient*,
- die globale Beibehaltung der funktionalen, d. h. auf den Wissenstransfer ausgerichteten sequenziellen Dynamik der Gesprächshandlung,
- das ärztseitige „letzte Wort“ innerhalb des argumentativen Austauschs.

Das Fallbeispiel steht – auch als Ausnahme für die Aktivität der Befundbesprechung – nicht für sich, sondern zeigt vor dem Hintergrund der Kategorisierung von APG als Experten/Laien-Interaktion exemplarisch, dass einzelne Dimensionen (siehe Kap. 3.3.3) lokal gelockert werden können. Was Brüner (2005, S. 106) als Desiderat für ärztliches Handeln formuliert, „die Orientierung an der Autorität der Expertenrolle und das Machtgefälle in der APK zu relativieren und die Orientierung des Patienten an seiner Autonomie ernst und wichtig zu nehmen“, zeigt sich hier im Handeln beider Interagierender. Patient/innen haben in der Aktivität der Mitteilung der Blutwerte, in denen ihre Teilnehmerrolle auf responsive Gesprächshandlungen beschränkt ist, Möglichkeiten der Partizipation sowie der (Fach)Wissensdokumentation. Die obigen Ausschnitte haben dabei gezeigt, dass selbst in einer Aktivität, in der die interaktive Aufgabe des Wissenstransfers von Ärzt/in zu Patient/in deutlich heraustritt, hierfür Raum gegeben werden kann. Allerdings liegen *displays patientenseitiger knowledgeability* in einem klar begrenzten, funktionalen Rahmen: Ihre Grenze liegt – zumindest in Fallbeispiel A-2107-AP – da, wo das Expertentum der Ärztin berührt wird. Während gewisse fachmedizinische Wissensbestände seitens der Patient/innen zur Durchführung der Aktivität ‚Mitteilung der Blutwerte‘ beitragen insofern, als das Verstehen des Patienten gesichert ist, die aktive kognitive Teilnahme zu einer funktionalen Elaboration der Bedeutung der Werte bzw. zum vertieften Rückversicherung von Verstehen führt, ist eine unabhängige Demonstration diagnostischer Kompetenz dann unerwünscht, wenn diese im Widerspruch zu medizinischen Urteilen der Expertin steht. Das Gesprächsverhalten der behandelnden Ärztin in Fallbeispiel A-2107-AP ändert sich dementsprechend von kooperativ zu argumentativ, als der Patient ihre Wissenshoheit angreift, indem er dem Erythrozytenwert eine symptomatische Bedeutung zuspricht. Ein Bestehen auf der eigenen Meinung eines problematischen Blutbilds würde hier zudem diagnostische und therapeutische Aktivitäten nach sich ziehen (müssen). Das ärztliche Normalisieren der Bedeutung der Befunde sichert so auch den weiteren Verlauf des Gesprächs

als Routinesprechstunde, in der die Bearbeitung medizinischer Probleme nicht notwendig ist (siehe Kap. 7.4.1).

7.4.3 Einbettung der Mitteilung der Blutwerte in übergreifende Aktivitäten

In Sprechstunden, in denen seitens der Patient/innen keine akuten medizinischen Anliegen geäußert werden, verläuft die Befundmitteilung i. d. R. in der in Kap. 7.1 beschriebenen Weise. Sie ist eine Aktivität, die prinzipiell an verschiedenen Stellen im Gespräch auftreten kann und nicht, wie z. B. die Beschwerdenexploration, ein Glied einer handlungslogischen Reihenfolge darstellt (Robinson, 2003). Im Korpus sind wenige Gespräche belegt, in denen die Mitteilung der Blutwerte in eine übergeordnete Aktivität eingebettet ist und so zusätzliche Funktionen in Bezug auf ein anderes Handlungsziel trägt.

In folgendem Ausschnitt 7-24 erfolgt auf die Exploration und vorläufige Interpretation von recht heterogenen physischen (Schmerzen) und psychischen (Angst) Beschwerden die Therapieplanung, die u. a. die ärztliche Empfehlung beinhaltet, eine Psychotherapie zu beginnen.¹⁵⁴ Nachdem der Patient hierfür grundsätzliches Einverständnis signalisiert hat, äußert der Arzt Vorschläge zum weiteren Vorgehen:

Ausschnitt 7-24: Einbettung der Mitteilung der Blutwerte in übergreifende Aktivität, M1-1506-AP, Arzt M, 403 bis 439 Sekunden.

```

02 A:      eh:m (-) ich würde ihnen VORschlagen; (-)
03          dass sie die AIDShilfe anrufen? (1.20)
04          eh: in langau gibt_s auch eine aber ich würd glaub_ich
           lieber die in münchen anrufen weil die GRÖßer sind?
05 P:      mh_ja-
06          (-- )
07 A:      u:n Ich würde die aidshilfe in münchen nach nem
           psychoLOgen <<cv> fragen.> (-- )
08          weil die hAbm kooperationen mit psychoLOgen, (-- )
09          und das sin dann leute die sich mit ha i vau AUSkennen.
10          (-- )
11          °h weil (-) sie sIn ja in super STadium; (-- )
12          <<cv> ja,> (-- )
13          also Ihnen wird (---) NICHTS passieren; (-)
14          von sEiten von ha i VAU.
15          <<cv> !GAR! nichts.> (---)
16          <<cv> ja_a,> (-)
17          die werte sind (.) !SU!per. (-)
18          vIrus ist unter NACHweisgrenze-
19          HELferzellen sind im normbereich; (-- )
20          <<all> lEberwerte nierenwerte alles GUT.> (-- )
21          °h das !MUSS! aber ein psychologe auch WISSen; (-)
22 P:      ja-
    
```

¹⁵⁴ Der folgende Gesprächsausschnitt wird erneut in Kapitel 8.3.1 im Zusammenhang mit Praktiken ärztlicher Therapieempfehlungen besprochen.

Nach dem Rat des Arztes in den Zeilen 02/03, die Aidshilfe anzurufen und nach einer kurzen Begründung für seine Präferenz für die Aidshilfe in München¹⁵⁵ gegenüber Langau (weil die GRÖßer sind?, Z. 04), äußert der Arzt einen Vorschlag zum konkreten Vorgehen (u:n Ich würde die aidshilfe in münchen nach nem psychoLOgen <<cv> fragen.) sowie als *account* den Verweis auf Kooperationen der Aidshilfe mit Psychologen, die sich mit ha i vau AUSkennen (Z. 09). Die Relevanz dessen, dass ein/e zukünftige/r Psycholog/in Expertise im Bereich HIV mitbringt, wird durch einen weiteren *account* (der zunächst durch den kausalen Konjunktorkorrelator ‚weil‘ als solcher markiert wird) untermauert: °h weil (-) sie sIn ja in super STAdium; (Z. 11). Die Pause nach weil und die Verbzweitstellung verweisen auf eine komplexe epistemische Verbindung zum Nachfolgenden (Günthner & Gohl, 1999), das mittels Modalpartikel ja als gemeinsames Wissen gerahmt wird. Mittels Rückversicherungssignal (Z. 12) setzte der Arzt eine patientenseitige Bestätigung relevant, die jedoch nicht erfolgt. Nach einer halbsekündigen Pause expliziert der Arzt das super STAdium des Patienten in Richtung einer positiven Zukunftsprognose: dass ihm in Folge seiner HIV-Infektion NICHTS passieren werde, was er nachfolgend emphatisch bekräftigt: !<<cv> GAR! nichts.> (Z. 15). Die nun mitgeteilten Blutwerte, die unter Verwendung der in Kapitel 7.2 beschriebener Ausdrücke listenartig mitgeteilt werden, stellen wiederum einen *account* für die zuvor geäußerte Prognose dar. Sie leisten zugleich Beruhigungsarbeit, was weniger lokal sequenziell, jedoch aus dem größeren Gesprächskontext hergeleitet werden kann: Zuvor hatte der Patient mehrfach auf seine Ängste in Bezug auf seine HIV-Infektion hingewiesen. In Zeile 21 stellt der Arzt dann explizit die Verbindung zwischen der notwendigen infektiologischen Expertise eines potenziellen Psychologen und der guten HIV-Prognose des Patienten her: °h das !MUSS! aber ein psychologe auch WISSen; (Z. 21).

Die Mitteilung der Blutwerte ist hier in einen recht komplex verschachtelten Gesprächsbeitrag von Arzt M innerhalb eines Therapieentscheidungsprozesses (siehe Kap. 8) eingebettet, in welchem Vorschläge zum weiteren Vorgehen (Z. 02, 03 und Z. 07) von Begründungen (Z. 04, 08, 09) gefolgt werden, die wiederum u. a. durch die Evaluierung der Blutwerte erklärt werden (Z. 11-21). Die Mitteilungsaktivität dient auf diese Weise zur Untermauerung der ärztlichen Argumentation, dass es besser sei, die größere Aidshilfe aufgrund der bestehenden Kooperationen mit HIV-erfahrenen Psychologen zu kontaktieren, um eine korrekte psychotherapeutische Behandlung angesichts des guten HIV-Status des Patienten sicherzustellen. Das Informieren über die aktuellen Werte läuft hier *en passant* ab,

¹⁵⁵ Die Städtenamen sind wie die Namen der Informant/innen anonymisiert; die im Gespräch tatsächlich genannten Städtenamen wurden durch solche ersetzt, die ersteren in der Silbenanzahl und Akzentuierung entsprechen.

erkennbar ist zudem – vor allem durch die Thematisierung möglicher patienten-seitiger Ängste (Ihnen wird (---) NICHTS passieren; Z. 13) – Beruhigungsarbeit seitens des Arztes. Die Evaluation der Blutwerte zeigt in ihrer inhaltlichen Ausrichtung (generalisierte Evaluierung des HIV-Status des Patienten als in einem *super STadium*) sowie in ihrer diskursiven Verknüpfung (weil-Kausalität zum vorangegangenen Vorschlag) eine zusätzliche Orientierung, die als *Aktivitätszuschnitt* bezeichnet werden kann, als Zuschnitt also, der an der spezifischen Funktion einer übergreifenden Aktivität orientiert ist (Imo, 2016).

In anderen Gesprächen zeigt sich, dass der Mitteilung der Blutwerte bisweilen eine Scharnierfunktion für den weiteren Verlauf der Sprechstunde zukommt: Während der Arzt/die Ärztin im Falle unauffälliger Blutwerte zur Terminplanung übergehen kann, womit bereits das Ende der Sprechstunde projiziert wird, werden diagnostische Interpretationen der Blutwerte und/oder therapeutische Überlegungen als nachfolgende Aktivitäten relevant, falls Auffälligkeiten bestehen.

7.5 Zusammenfassung und Ausblick

Die vorigen Abschnitte haben verdeutlicht, dass die Mitteilung der Blutwerte eine hoch routinierte Aktivität in den untersuchten Gesprächen darstellt. Ihre klare gesprächsorganisatorische Abgrenzung von vorausgehenden und nachfolgenden Aktivitäten sowie der beschriebene gleichförmige sequenzielle Verlauf erleichterten das Anlegen einer Kollektion und die vergleichende Analyse der Phänomene.

Verglichen mit der Komplexität von Aktivitäten wie in der Beschwerdenexploration- und interpretation oder in Therapieentscheidungen erscheint die sprachlich-interaktive Dynamik der Befundbesprechung auf den ersten Blick recht einförmig: Ärzt/innen teilen den Patient/innen ihre aktuellen Blutwerte mit und evaluieren sie, Patient/innen nehmen dies zur Kenntnis. Klare Partizipationsrollen, die reibungslose Gleichförmigkeit sequenzieller Abläufe sowie die oben beschriebenen sprachlichen Verfestigungen lassen die Durchführung der Aktivität als Resultat von Wiederholung, als fertige Problemlösung für eine rekurrente interaktive Aufgabe in den untersuchten Arzt/Patient-Interaktionen erscheinen (Lüger, 1992, S. 17). Die kommunikative Routiniertheit zeigt sich sowohl an Ausdrucksroutinen (sprachliche Vorgeprägtheit, z. B. ‚unter der Nachweisgrenze sein‘), die einen Zuschnitt auf eine/n typische/n Adressat/in offenbaren, als auch auf der Handlungsebene (die Obligatorik von Mitteilung und Evaluierung).

Die Perspektivierung der ‚Mitteilung der Blutwerte‘ mit Hinblick auf das konversationsanalytische Konzept des Adressatenzuschnitts legte nahe, dass ein kognitives Partnermodell nicht der einzige Faktor für die Adjustierung sprachlich-interaktiver Praktiken in der vorliegenden wissensübermittelnden Aktivität darstellt, sondern dass die Routinehaftigkeit der Aktivität einen typisierten Adressa-

tenzuschnitt als heuristische Lösung für das wiederkehrende interaktive Problem der Mitteilung der Blutwerte hervorbringt. Dieser hat sich für einen reibungslosen Ablauf der Mitteilungsaktivität bewährt. Die Analysen haben gezeigt, dass die ärztlichen Praktiken der Mitteilung und Evaluation sowie die Partizipation durch die Patient/innen auf eine spezifische institutionell-interaktive Ordnung verweisen, die durch den Default-Verlauf der Befundmitteilung stetig gefestigt wird. Der typisierte Adressatenzuschnitt muss in Fällen individueller Wissensbedürfnisse und Wissens-*displays* adjustiert werden, was in den Gesprächen meist durch Frageaktivitäten der Patient/innen initiiert wird. Dadurch, dass Fragen eigene Relevanzen offenbaren und durch sie eine Wissensvermittlung aktiv eingefordert und gelenkt wird, erscheinen die ärztlichen Mitteilungen dann als Dienstleistungsaktivität. Es zeigte sich weiterhin, dass Patient/innen auch Möglichkeiten haben, durch eigene Initiativen Expertise zu demonstrieren, was vor allem in Fallbeispiel A-2107-AP (Ausschnitt 7-19 bis Ausschnitt 7-23) deutlich hervortrat.

Die aktive Rolle von Patient/innen als „Aktivist/innen“ infolge zuschnittsevozierender Initiativen in einer Aktivität, die für sie zunächst eine primär responsive Partizipationsrolle vorsieht, hinterfragt die eher produzentenfokussierte Konzeption von *recipient design*; es wurde eine Perspektivierung von Adressatenzuschnitt als ein auch maßgeblich durch Adressat/innen evoziertes Produkt und konstruierter Prozess vorgeschlagen. In diesem Zusammenhang schließt sich die Frage an, welche unterschiedlichen interindividuellen oder typisierten Ebenen des Adressatenbezugs es gibt und wie diese ggf. mit anderen Zuschnittsmustern (z. B. Zuschnitt für eine übergeordnete Aktivität) interagieren und konfliktieren können (siehe auch Imo, 2016).

Die interaktive Ordnung der Mitteilung der Blutwerte beinhaltet weiterhin, dass Evaluierungen der Blutwerte obligatorisch sind. Über die Routiniertheit der Aktivität hinaus zeigen die inhaltliche (z. B. hochgestuft-positive Attribute) und die prosodische Gestaltung der Evaluierungen in der Mitteilungsaktivität (v. a. die Stimmqualität und die auditiv wahrgenommene Stärke der Akzentsilben) sowie die direkte Äußerung der Evaluierungen eine Präferenz für die Mitteilung unauffälliger Blutwerte. Die Obligatorik der Evaluierungen verdeutlicht, dass die Mitteilung der Blutwerte nicht nur eine Aktivität zur Wissensvermittlung darstellt: Beide Interagierende orientieren sich an ihr als vertiefte – teils affiliierende – Herstellung von Intersubjektivität im Sinne einer gegenseitigen Rückversicherung über den Therapieerfolg. Dieser kann dabei prinzipiell als gemeinsamer Erfolg von Arzt und Patient gewertet werden und wird auch als solcher konstruiert: Der Arzt/die Ärztin hat die Medikation so gewählt, dass die HIV-Infektion bei geringen oder keinen Nebenwirkungen in Schach gehalten wird; der Patient/die Patientin wiederum trägt durch anhaltende Therapietreue seinen/ihren Teil zum Therapieerfolg bei. Die aktuellen Blutwerte können daher als Anlass genommen

werden, sich über den Erfolg der Therapie zu freuen oder aber auch, diese kritisch zu evaluieren und Maßnahmen zu thematisieren, wenn der Erfolg ausbleibt.¹⁵⁶ Dass die Bekämpfung des Virus durch die medikamentöse Therapie dabei als gemeinsames Projekt behandelt wird, haben die Fallbeispiele gezeigt. Evaluierungen der Blutwerte sind daher auch als Aushandlungen von Verantwortung zu begreifen, welche i. d. R. implizit vorgenommen werden.

Die inhaltliche Ausrichtung der Evaluierungen zeigt häufig eine Orientierung der Ärzt/innen bzw. beider Interagierenden an Normalität: Gute Werte werden nicht nur als wünschenswert bewertet, sondern dieser wünschenswerte Zustand wird darüber hinaus als normaler Zustand dargestellt, sowohl interindividuell im impliziten Vergleich mit Normwerten als auch aus einer intraindividuellen Verlaufsperspektive in Bezug auf frühere Bluttestergebnisse. Eine Normalisierung findet auch dadurch statt, dass Patient/innen in den meisten Fällen (mit oben beschriebenen Ausnahmen) nicht mit Überraschung auf die *good news* reagieren; letztere werden also nicht als Neuigkeiten im eigentlichen Sinne behandelt, sondern als erwartbar, als *positive Normalität*.

Normalität scheint auch im Umgang mit der Erkrankung ein Teilnehmerkonzept zu sein. Patient K-1907 äußert im Interview:

Und mit HIV? HIV. Geh‘ ich eigentlich ganz normal mit um. Ich sag‘ mal: normal. Ich hab‘ früher schon viele Bekannte gehabt, die HIV haben. Hab‘ jetzt auch noch sehr viele Bekannte, die HIV haben. Einer, mit dem ich früher auch zusammengearbeitet habe, der ist positiv seit...über 20 Jahren.
(Patient K-1907 im Interview)

Patientin B-1506 antwortet auf die Frage, welche Bedeutung HIV in ihrem Alltag habe, dass sie nach einem langen Arbeitstag „den ganzen Tag nur auf der Couch“ liege, „aber ansonsten“ sei es „eigentlich normal. Ich mach‘ das, was ich früher auch gemacht habe.“

Das Default-Muster der Aktivität ‚Mitteilung der Blutwerte‘ in seiner sprachlich-interaktiven Routiniertheit selbst kann als Verfahren des Normalisierens beschrieben werden, da die Art und Weise der routinierten Abarbeitung die gemeinsame Orientierung an positiver Normalität unterstützt. Vergleichbar mit alltagsinteraktionalen Präferenzstrukturen wie der unaufwändig durchgeführten Annahme einer Einladung wird durch die beschriebene Realisierung der Mitteilungsaktivität eine bestehende Ordnung in der HIV-Ambulanz reproduziert und gefestigt; sie wird zudem in der inhaltlichen Ausrichtung der Evaluierungen explizit gemacht: Gute Werte sind die Regel, was sich nicht nur an den überwiegenden

¹⁵⁶ Der Misserfolg der ART-Therapie kann dabei auf verschiedenen Ebenen ausgemacht werden: Zum einen können bestehende Resistenzen des HI-Virus gegen die aktuelle Medikation zu einer stabilen oder sogar steigenden Viruslast führen. Des Weiteren kann die Medikation sich negativ auf Organfunktionen auswirken. Und natürlich manifestieren sich ART-bedingte Nebenwirkungen auch in Form körperlicher Beschwerden, z. B. können Schwindel, Übelkeit, Albträume und weitere Symptome auftreten.

Fällen im vorliegenden Gesprächskorpus zeigt, sondern auch daran, dass unauffällige Werte als Normalfall eingestuft, *normalisiert* werden. Dass der Normalfall positiver Blutwerte zugleich konversationelle Präferenz ist, zeigt sich *ex negativo* bei der Mitteilung grenzwertiger oder auffälliger Blutwerte: Hier behalten Ärzt/innen bis zu einem gewissen Maß die Orientierung an Normalität bei, indem sie die Bedeutung auffälliger Werte herabstufen, was allerdings einen erhöhten interaktionalen Aufwand erfordert. Die sprachlich-interaktiven Verfahren des Normalisierens in den Evaluierungshandlungen leisten – wie auch *displays* von Freude – Beruhigungsarbeit, die mit affilierenden Reaktionen seitens der Patient/innen einhergehen.

Zwischen dem interaktiven Mikroereignis ‚Gespräch‘ und kollektiven Wahrnehmungen von HIV existiert eine empirische Lücke. Dennoch können Prozesse des Normalisierens, die sich im Klein-Klein des dyadischen Miteinanders von HIV-Patient/in und behandelndem/r Mediziner/in zeigen, m. E. nicht als unabhängig von gesellschaftlichen Prozessen gesehen werden. Auch wenn Ärztin A im Interview die bereits erwähnte Einschätzung äußert: „Aber das, was wir an Normalität medizinisch heute leisten können, das ist ja in der Gesellschaft überhaupt nicht angekommen.“, stellt sich aus angewandter Perspektive die Frage, ob Normalisierungen klinisch unauffälliger HIV-Status in der Mitteilung der Blutwerte eine Normalisierung von HIV selbst mitkonstruieren, die Weingart (2002) oder neuerdings Jann (i. Dr.) für HIV/AIDS-Diskurse in Medizin, Politik, Literatur und Film beschreiben.

Der Verweis auf die lange Dauer der Infektion, den Patient K-1907 aufgreift, ist ein wiederkehrender Topos, den auch Ärzt/innen gerne verwenden. Dem zugrunde liegt die Botschaft: Man kann sehr lange gut mit HIV leben. Studien weisen darauf hin, dass sowohl HIV-negative Personen als auch HIV-Patient/innen eine HIV-Infektion zunehmend als nicht mehr lebensbedrohlich wahrnehmen und dass sogar kleine Risikogruppen durch ungeschützten Verkehr mit häufig wechselnden Sexualpartnern mögliche Ansteckungen in Kauf nehmen. Aus Sicht der behandelnden Ärzt/innen könnte daher reflektiert werden, ob normalisierende Rückmeldungen über die Befunde, den HIV-Status, über Prognosen etc. ungewollt eine Bagatellisierung der immer noch aufwändig zu behandelnden und potenziell lebensverkürzenden HIV-Infektion befördern, dass interaktive Mikroereignisse während der Mitteilung der Blutwerte also möglicherweise auf diese Weise zu einem Bild von HIV beitragen, das bei einigen Patient/innen für präventive Verhaltensweisen kontraproduktiv sein könnte.

8 Therapiebezogene Aushandlungen

Das vorliegende Kapitel befasst sich mit sprachlich-interaktiven Phänomenen in den untersuchten Gesprächen, die in ihrer Handlungscharakteristik und sequenziellen Verlaufsstruktur durchaus heterogen sind, thematisch aber vereint sind im gemeinsamen Fokus auf Therapien als Lösung medizinischer Probleme.¹⁵⁷ In Studien der medizinischen Gesprächsanalyse wurde bislang vor allem die Aktivität der therapiebezogenen Entscheidungsfindung unter die Lupe genommen, und das mit gutem Grund: Der Entscheidung für eine (medikamentöse) Therapie kommt in akutmedizinischen Erstgesprächen als meistuntersuchter medizinischer Interaktionstyp eine existenzielle Bedeutung im Hinblick auf sein übergreifendes Ziel zu, eine wirksame Behandlung für die Beschwerden der Patient/innen zu finden (Robinson, 2003). Daher gelten Therapieentscheidungen in den meisten APG als Zielpunkt des Gesprächs: Hier werden die Ergebnisse der Beschwerdenexploration und Diagnosestellung in konkrete, zukünftige Handlungspläne umgesetzt, die in ihren Konsequenzen prospektiv über die aktuelle Sprechstunde hinausreichen und die zugleich bereits das Ende des Gesprächs einläuten. In Therapieentscheidungen zeigt sich auch im besonderen Maße der ärztliche Heilungsauftrag als institutionalisierte Aufgabe des/der medizinischen Experten/Expertin.

Angesichts der Chronizität der HIV-Infektion und der bei den meisten Patient/innen bereits länger andauernden medikamentösen Behandlung stellt sich die Frage nach dem Status von Therapieentscheidungen in den vorliegenden Sprechstunden: Der primäre Gesprächszweck der Routinesprechstunden, der zu Beginn des Gesprächs mittels ärztlicher Eröffnungsinitiative zugleich erfragt, zugeschrieben und auch vorgegeben wird (siehe Kap. 6), stellt ja im Unterschied zu den meisten akutmedizinischen Gesprächen nicht in erster Linie die therapeutische Bearbeitung akuter Beschwerden dar. Vielmehr scheint das medizinische Problem HIV zunächst bekannt, vordefiniert und bei fast allen Patient/innen unter Kontrolle; über die therapeutische Lösung von HIV, die in vorgesteckten Therapiepfaden (in Form eines antiretroviralen Kombinationspräparats) liegt, wurde bereits – bei langjährig infizierten Patient/innen u. U. schon Jahre zuvor – entschieden. Weshalb spielen Therapieentscheidungen dennoch eine große Rolle in der HIV-Sprechstunde?

Therapieentscheidungen in den untersuchten Gesprächen stehen erstens dann an, wenn die aktuelle ART nicht im erforderlichen Maße wirksam ist oder wenn Symptome der Unverträglichkeit beziehungsweise zu starke Nebenwirkungen

¹⁵⁷ Der Begriff ‚Therapie‘ wird übergreifend für sämtliche Formen therapeutischen oder gesundheitsbezogenen Handelns, die ein medizinisches Problem lösen bzw. Beschwerden lindern sollen, verwendet.

auftreten. Die Kombinationsmöglichkeiten antiretroviraler Präparate sind ebenso wie die Erwartungen der Patient/innen hinsichtlich ihrer Verträglichkeit gestiegen:

Die [Patient/innen, A.G.] wollen eigentlich nur, die wollen eigentlich nur noch eigentlich möglichst einfach und gar nichts spüren. Was ja eigentlich auch in Ordnung ist. Das ist natürlich eigentlich unser höchstes Therapieziel (Arzt M im Interview).

Welche medikamentöse Therapie in Fällen der Unverträglichkeit unter den ART-Präparaten ausgewählt wird, stellt sich dann als medizinisches Problem für die Ärzt/innen und als interaktives Problem in den Gesprächen.

Aushandlungen über ein zukünftiges therapeutisches Vorgehen erfolgen zweitens, wenn Patient/innen akute Beschwerden äußern. Da viele der Patient/innen auch Beschwerden HIV-unspezifischer Art sowie psycho-soziale Belange äußern, sind die Ärzt/innen gefragt, sich in der Exploration und therapeutischen Lösung von zumindest in Teilen fachfremder medizinischer Probleme zu engagieren.

Drittens sind Therapieentscheidungen in Gesprächen mit Patient/innen belegt, die bisher keine ART einnehmen, sich der Entscheidung für den Beginn der Therapie jedoch in jeder Sprechstunde erneut stellen müssen, da die Entwicklung HIV-relevanter Blutparameter (z. B. plötzlich stark steigende Anzahl der Virusanzahl) dies indizieren könnte. Im vorliegenden Korpus sind Entscheidungen für oder wider den ART-Beginn nur in drei Gesprächen belegt; die meisten Patient/innen nehmen bereits Medikamente.

Viertens stellt die Beibehaltung der aktuellen ART ebenfalls eine Therapieentscheidung dar, die sich aus der Mitteilung unauffälliger Blutwerte wie aus der Feststellung eines guten Allgemeinbefindens des Patienten ergibt, und die die unaufwändigste Form der Entscheidungsfindung darstellt. Typisch für HIV-Sprechstunden ist also zunächst insgesamt die medizinische Heterogenität therapeutischer Lösungssfindung, die sich – wie in diesem Kapitel gezeigt werden soll – in der Heterogenität von Entscheidungsverläufen spiegelt.

Angesichts des Desiderats der Partizipation von Patient/innen im Sinne einer gemeinsamen Entscheidungsfindung (siehe Kap. 8.1.1) stellte sich natürlich auch für die Untersuchung von Therapieentscheidungsprozessen in den vorliegenden Gesprächen die übergreifende Frage, welche Partizipationsmöglichkeiten Patient/innen in Therapieentscheidungen zukommen. Im Verlauf des Kapitels wird sich herausstellen, dass bei der therapeutischen Lösungsfindung u. a. die Art des Einbringens von Therapieoptionen entscheidend dafür ist, welche Partizipationsräume eröffnet werden, und auch, welche Art Beteiligung für die Interagierenden bei der Umsetzung der Therapie vorgesehen wird. Als konstitutiv für den Verlauf einer Therapieentscheidung stellen sich die HIV-Spezifität sowie die medizinische Dringlichkeit des geschilderten oder testdiagnostisch festgestellten Problems heraus, auf die qua Relevantsetzen von Wissens- und Zustän-

digkeitsbereichen der Interagierenden verwiesen wird. Abhängig hiervon zeigen sich systematische Unterschiede in der Art des (wiederholten) Einbringens von Therapieoptionen durch Ärzt/innen und im sequenziellen Verlauf des Entscheidungsprozesses.

Das vorliegende Kapitel trug zunächst den Titel ‚Therapieentscheidungen‘. Die Untersuchung des Korpus auf inhaltliche Bezüge zu Therapien offenbarte jedoch, dass Therapien nicht nur in Entscheidungsaktivitäten in Erscheinung treten. Vielmehr werden in einigen Gesprächen laufende oder abgebrochene Therapien im Anschluss an getroffene Therapieentscheidungen aktualisiert. Ferner werden Entscheidungen für eine Therapie aufgeschoben, wenn die medizinische Indikation als noch nicht akut gegeben bewertet wird. Therapieentscheidungen können also auf verschiedene Art in das aktuell ablaufende Gespräch hineinwirken: entweder dadurch, dass sie bereits getroffen wurden und die Konsequenzen der Entscheidung in Form aktueller Therapien im Gespräch aktualisiert werden; zweitens dadurch, dass sie *in situ* getroffen werden müssen oder drittens dadurch, dass sie aufgeschoben werden und damit potenziell in einem der nächsten Gespräche zu treffen sind.

Die Relevanz vergangener wie zukünftiger Therapieentscheidungen ist typisch für die untersuchten HIV-Sprechstunden. Sie ist eine Folge der Chronizität der HIV-Infektion mit der Notwendigkeit der regelmäßigen Überwachung des Gesundheitszustands der Patient/innen. Retrospektive und prospektive Züge von *therapiebezogenen Aushandlungen*, wie die interaktive Bearbeitung von Therapien im Folgenden übergreifend genannt werden soll, verweisen also darauf, dass die Rekurrenz der Gespräche im Sprechen über Therapien auch für die Interagierenden relevant ist und z. B. den Verlauf von *in situ* zu treffenden Therapieentscheidungen beeinflusst.

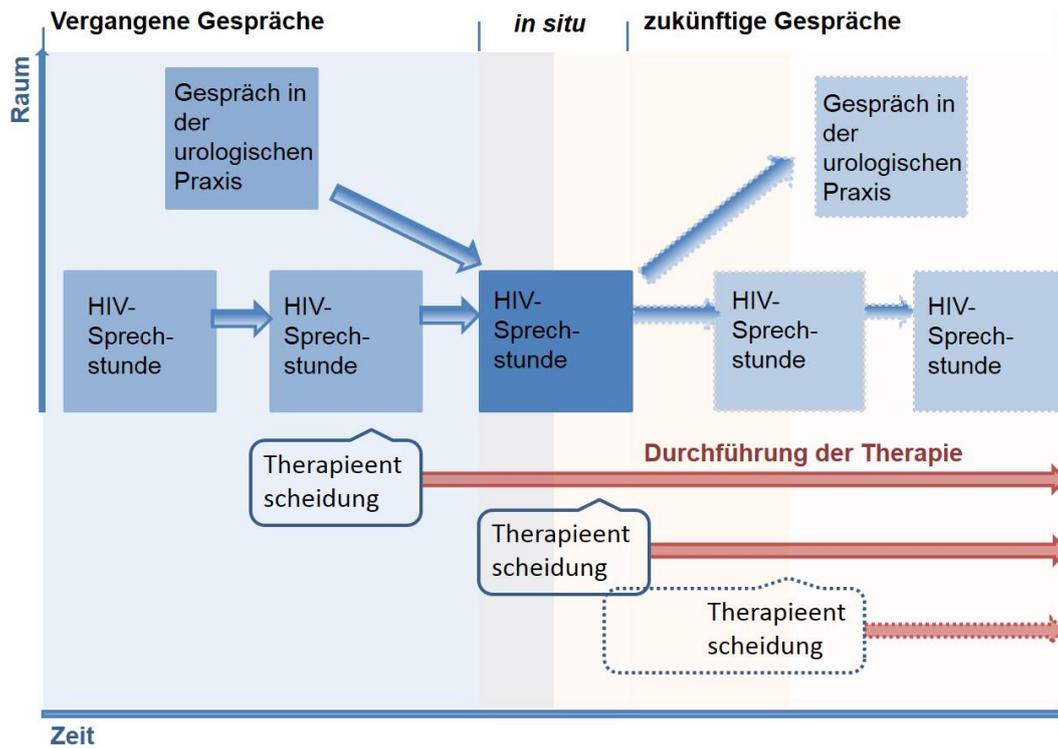


Abbildung 14: Dimensionen therapiebezogener Aushandlungen

Abbildung 14 veranschaulicht die zeitliche Dimension therapiebezogener Aushandlungen. Sie zeigt entlang der horizontalen Achse eine Kette vergangener, des aktuell ablaufenden und potenzieller zukünftiger Gespräche. Hinzu kommt auf der vertikalen Achse eine räumliche Dimension, die reflektiert, dass nicht alle Therapieentscheidungen, die in der HIV-Sprechstunde thematisiert werden, auch dort getroffen werden oder wurden. Entsprechend den beiden Dimensionen von Therapieentscheidungen sind therapiebezogene Aushandlungen in Form folgender Aktivitäten belegt:

- *Aktualisieren laufender Therapien.* Therapieentscheidungen, die in der interaktiven Vergangenheit entweder in einer der vorangegangenen HIV-Sprechstunden, in Gesprächen mit anderen Ärzt/innen oder eigenständig durch Patient/innen getroffen wurden, werden im vorliegenden Gespräch relevant, indem die laufenden Therapien (meist: medikamentös) als Konsequenz der Entscheidung rekapituliert und u. U. evaluiert werden. Diese Aktivität ist meist eingebettet in übergeordnete Aktivitäten wie komplexe Therapieentscheidungsprozesse oder in Beschwerdenexplorationen und -interpretationen.
- *Entscheiden über Therapien.* Bisher wurden Therapieentscheidungsprozesse in der medizinischen Gesprächsanalyse aufgrund ihrer Prominenz als einzige Aktivität therapiebezogener Aushandlungen in den Blick genommen (siehe Kap. 8.1). Auch in HIV-Sprechstunden nimmt die Therapieentscheidung unter allen therapiebezogenen Aushandlungen sowohl hinsichtlich der Häufigkeit des Auftretens (es sind 31 Entscheidungen belegt) als

auch hinsichtlich ihrer sequenziellen Komplexität den „prominentesten Platz“ ein, weswegen der analytische Fokus dieses Kapitels auf dieser Aktivität liegt. Die Beiträge der beiden Interagierenden Ärzt/in und Patient/in und sequenzielle Dynamiken sollen nachvollzogen und auf patientenseitige Möglichkeiten der Partizipation in ihrer Verbindung mit relevanten Wissensbereichen und Handlungsbefugnissen/-pflichten untersucht werden. Wie die Analysen zeigen werden, können Entscheidungen unterschiedlich verbindlich gemacht werden, was bereits durch die ärztliche Gesprächshandlung, mit der eine Therapieoption eingebracht wird, bestimmt wird.

- *Aufschieben von Therapieentscheidungen.* Entscheidungen für oder gegen eine Therapie werden in den HIV-Sprechstunden bisweilen auf zukünftige Gespräche vertagt, vor allem dann, wenn HIV-bezogene Probleme (z. B. ART-bedingte Nebenwirkungen wie eine unwesentlich erhöhte Nierenwerte, Albträume oder eine leicht gestiegene Virusmenge im Blut) als nicht akut bzw. schwerwiegend genug für ein sofortiges therapeutisches Handeln bewertet werden. Natürlich stellt auch das Aufschieben einer konsequenziellen Entscheidung selbst eine Entscheidung dar, die im Rahmen dieses Kapitels aber nicht schwerpunktmäßig behandelt wird.

Wie die vertikale Raumachse in Abbildung 14 veranschaulicht, spiegeln therapiebezogene Aushandlungen auch die medizinische Spezialisierung der Ärzt/innen: Für die Lösung eines medizinischen Problems muss also zunächst auch das interaktive Problem bestimmt werden, d. h. ob überhaupt eine Therapieentscheidung getroffen werden muss, oder ob andere medizinische Fachpersonen konsultiert werden müssen. In therapiebezogenen Aushandlungen werden also nicht nur Therapien, sondern auch stets Zuständigkeiten verhandelt. Neben fachfremden medizinischen Professionellen können dabei auch Patient/innen selbst als zuständig für die Lösung ihrer Probleme positioniert werden. Folgende Handlungssequenzen spiegeln diese Situation der Fremdzuständigkeit für die Lösung relevant gesetzter medizinischer Probleme wider:

- *Ratschläge geben.* Potenzielle Therapien bzw. erwünschtes gesundheitsbezogenes Handeln können mittels ärztlicher Ratschläge eingebracht werden. Ratschläge können z. T. dieselbe syntaktische Form wie Therapieempfehlungen annehmen, jedoch inhaltlich und gesprächskontextuell bedingt eine andere Funktion ausüben: Durch sie wird i. d. R. keine verbindliche Therapieentscheidung initiiert, sondern ein von Ärzt/innen präferiertes therapeutisches Handeln in Patientenhände gelegt. Ratschläge informieren über und evaluieren eine therapeutische Lösung und versuchen das *commitment* von Patient/innen zu eigenverantwortlichem Handeln zu sichern. Die Analysen zeigen, dass sowohl formal hochdeontische Formate wie ‚Sie müssen X‘ als auch das Möglichkeiten aufzeigende ‚Sie können X tun‘ als Ratschlagspraktiken eingesetzt werden.
- *Überweisen.* Im Rahmen der Beschwerdenexploration können medizinische Probleme als außerhalb des Handlungsbereichs der HIV-Mediziner/innen behandelt werden, was bei aktuell vorliegenden Beschwerden

die Fortführung der Beschwerdenexploration beenden und Therapieentscheidungen *in situ* verhindern kann. In Abbildung 14 ist dies durch die Darstellung eines potenziellen zukünftigen Gesprächs in der urologischen Fachpraxis veranschaulicht, das während therapiebezogener Aushandlungen im Fall entsprechender Beschwerden der/des Patient/in dann als nächster Schritt außerhalb des ablaufenden Gesprächs geplant wird. Obgleich hier als eigener Punkt aufgeführt, stellen ärztliche Überweisungshandlungen in den vorliegenden Gesprächen i. d. R. Formen von Ratschlägen dar, d. h. Patient/innen wird dazu geraten, eine entsprechende fachärztliche Sprechstunde aufzusuchen.

Das vorliegende Kapitel ist folgendermaßen gegliedert: In Abschnitt 8.1 sollen – ausgehend von einem kurzen Überblick über Befunde ausgewählter gesundheitswissenschaftlicher Studien zu Patientenpartizipation in Therapieentscheidungen – zentrale Ergebnisse der medizinischen Gesprächsanalyse dargestellt werden, die Erkenntnisse zu Realisationsformen, Möglichkeiten und Beschränkungen patientenseitiger Teilnahme in Therapieentscheidungen enthalten. Hiermit zusammenhängend werden Arbeiten vorgestellt, die v. a. die Gestaltung ärztlicher Therapieempfehlungen als ausschlaggebend für patientenseitige Beteiligung ansehen, ihre deontischen und epistemischen Aspekte herausstellen und diese zu unterschiedlichen Handlungsprofilen bündeln.

Mit Kapitel 8.2 beginnt der empirische Teil des Kapitels. Er ist Fallanalysen von Entscheidungsprozessen aus dem vorliegenden Gesprächskorpus gewidmet; sie zeichnen exemplarisch medizinisch und gesprächsdynamisch recht unterschiedliche Therapieentscheidungsprozesse in ihrer multisequenziellen Genese nach. In den induktiv angelegten Analysedarstellungen sollen zentrale Aspekte der Therapieentscheidungsprozesse unter Rückbindung an bisherige Forschungsbefunde untersucht und vergleichend diskutiert werden.

In Kapitel 8.3 werden Handlungen und Praktiken ärztlicher Gesprächsbeiträge fokussiert, mit denen Therapieoptionen eingebracht werden. Ärztliche Empfehlungen, Angebote und Ratschläge werden in ihrer sequenziellen Umgebung untersucht. Sequenziell eng verbunden mit ihnen, haben sich ärztliche, aber auch patientenseitige *WARUM-Erklärungen (accounts)* als konstitutiv für therapiebezogene Aushandlungen erwiesen: Ärzt/innen und Patient/innen begründen und rechtfertigen getroffene Entscheidungen (siehe Kap. 8.4). Thematisch anknüpfend an die empirische Frage der Manifestationsformen von Patientenpartizipation in Therapieentscheidungen soll abschließend in Kapitel 8.5 diskutiert werden, welche interaktiven Räume sich konkret in den besprochenen Entscheidungsprozessen für patientenseitige Teilnahme öffnen (können), und umgekehrt, welche Grenzen es für Patientenpartizipation gibt. Dass nicht nur Möglichkeiten, Notwendigkeiten und Beschränkungen für Patientenpartizipation im Gespräch selbst, sondern auch für Handeln außerhalb des Gesprächs geschaffen und damit Ver-

antwortungsbereiche für therapeutisches Handeln etabliert werden, soll ebenfalls in Kapitel 8.5 ausgeführt werden.

8.1 Therapieentscheidungen in Arzt/Patient-Gesprächen

8.1.1 Patientenpartizipation in Therapieentscheidungen – Desiderata und interaktive Realität

Die kritische Reflexion eines traditionellen patriarchisch geprägten Arzt/Patient-Verhältnisses (Parsons, 1951) und das Desiderat der patientenzentrierten Gesprächsführung in der medizinischen Praxis hat dazu geführt, dass sich die Idealvorstellung von Patient/innen als aktiv Partizipierende fest etabliert hat. Therapieentscheidungen gelten als der Kulminationspunkt in medizinischen Interaktionstypen, um eine patientenzentrierte Gesprächsführung zu realisieren; hier soll evidenzbasierte Medizin (Guyatt, Cairns & Churchill, 1992) auf eine Weise angewendet werden, die das Wissen und die Präferenzen von Patient/innen mit berücksichtigt. Entsprechende Schlagworte, die in der medizinischen Praxis wie ein Mantra wiederholt werden, sind *patientenzentrierte Pflege (patient centered care)*, *gemeinsame Entscheidungsfindung (shared decision making)* (Moira, 2001) und *informierter Konsens (informed consent)* (Barry & Edgman-Levitan, 2012); sie alle verweisen auf das führende Paradigma innerhalb der Medizinethik, das sich bis heute in klinischen Leitfäden und in der Gesundheitspolitik normativ etabliert hat und sich im Selbstverständnis medizinischer Institutionen widerspiegelt. Das *Salzburger Statement on Shared Decision Making* etwa, das 2011 als Ergebnis einer internationalen Konferenz über die Rolle von Patient/innen bei der Therapieentscheidung veröffentlicht wurde, empfiehlt, einen Informationsfluss in beide Richtungen herzustellen, professionelles Wissen über Therapieoptionen bereitzustellen und erinnert Mediziner/innen an ihre ethische Verantwortung, wichtige Entscheidungen mit ihren Patient/innen gemeinsam zu fällen.¹⁵⁸ Das im Oktober 2017 modifizierte Genfer Gelöbnis verpflichtet frisch approbierte Ärzt/innen weiterhin dazu, die Autonomie und Würde von Patient/innen zu wahren und ihr medizinisches Wissen zum Wohlergehen der Patient/innen zu teilen.¹⁵⁹ Lalouschek (2013) weist zu Recht darauf hin, dass diese Desiderata nicht neu sind, sondern sich bereits seit Längerem in Ansätzen wie der *Sprechenden Medizin (narrative-based medicine)* finden lassen (Greenhalgh & Hurwitz, 2005).

¹⁵⁸ Das gemeinsame Statement als Ergebnis der Konferenz, die vom 12. bis 17. Dezember 2010 stattfand, ist unter www.SalzburgGlobal.org/go/477 abrufbar (letzter Aufruf: 08.12.2017).

¹⁵⁹ Der Passus zum medizinischen Wissen ist dabei neu, ebenfalls die Erwähnung der Autonomie des Patienten. Die englischsprachige Version ist auf der Internetseite der World Medical Association abrufbar, unter: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-geneva/> (letzter Aufruf: 08.12.2017).

Merkmale der gemeinsamen Entscheidungsfindung sind z. B. eine hinreichende Wissensvermittlung und wechselseitiges Verstehen. Therapeutische Optionen sollen sowohl evidenzbasiert als auch präferenzbasiert ausgewählt werden; die Entscheidung beruht auf ärztlicher Überzeugungsarbeit bei größtmöglicher Autonomie des Patienten. Als Ideal wird formuliert, dass Arzt und Patient im Vereinbaren von subjektiven Präferenzen und medizinischen Evidenzen zu einer gemeinsamen Entscheidung kommen, „die sie beide gleichermaßen verantworten können“ (Koerfer & Albus, 2015, S. 122). Dieses Idealmodell kooperativer Entscheidungsfindung wird mit zwei weiteren Modellen kontrastiert: mit der *pater-nalistischen Entscheidungsfindung* auf der einen Seite und mit einem *Dienstleistungsmodell* als das andere Extrem.¹⁶⁰

Studien der Gesundheitswissenschaften und Psychologie haben seit Aufkommen des Desiderats der gemeinsamen Entscheidungsfindung versucht, patientenzentrierte ärztliche Gesprächsführungspraktiken und Formen und Grade gemeinsamer Entscheidungsfindung zu identifizieren. Das kommunikative Verhalten des Arztes wurde mit Hinblick auf Merkmale kodiert, die als interaktive Manifestationen von *shared decision making* angesehen werden. Der Grad des Auftretens gemeinsamer Entscheidungsfindung wurde dabei mit interaktionsexternen Faktoren wie Bildungsgrad, Geschlecht, Alter etc. korreliert. Eine gemeinsame Entscheidungsfindung gilt als Prädiktor für einige psychologische und Verhaltensvariablen wie Patientenzufriedenheit (Rost, 1989) und Therapietreue (Loh, Leonhart, Wills, Simon & Härter, 2007) und wurde weiterhin in Zusammenhang mit gesundheitsbezogenen Parametern (Street, Makoul, Arora & Epstein, 2009) untersucht. Trotz des guten Rufs patientenseitiger Partizipation in Therapieentscheidungen sind die Ergebnisse der mittlerweile zahlreich vorliegenden Studien zu wünschenswerten Auswirkungen gemeinsamer Entscheidungsfindung recht heterogen, was neben der Vielfalt untersuchter medizinischer Einrichtungen und Patientengruppen durch die bisweilen vage und nicht kontextsensitive Operationalisierung der Variable ‚gemeinsame Entscheidungsfindung‘ bedingt ist. Während höhere Patientenzufriedenheit wiederholt mit Aspekten von *shared decision making* korreliert werden konnte, scheint Letzteres nicht in allen Fällen ein signifikanter Prädiktor für relevante medizinische Parameter wie die Prognose der Erkrankung zu sein (Loh et al., 2007). Weiterhin wurde befunden, dass gemeinsame Entscheidungsfindung zwar in den meisten Fällen erstrebenswert sei, jedoch nicht in jedem Fall der „goldene Schlüssel“ für eine patientenseitig zufriedenstellende Entscheidung darstelle, v. a. bedingt durch unterschiedliche Präferenzen von Patient/innen, sich in der Therapieentscheidung zu engagieren (Longtin et al.,

¹⁶⁰ Für eine Übersicht über Aspekte dieser Modelle der Entscheidungsfindung, siehe z. B. Koerfer & Albus (2015). Spranz-Fogasy & Becker (2017) weisen allerdings m. E. zu Recht darauf hin, dass die implizite Annahme, dass die Entscheidungsfindung immer nur nach einem Modell abläuft, fraglich ist.

2010; Uldry et al., 2013). Beach et al. (2007) stellten bei einer großen Stichprobe von über 800 HIV-Patient/innen fest, dass 23 Prozent es bevorzugen, wenn der behandelnde Arzt die Entscheidung über den Beginn der antiretroviralen Therapie alleine trifft; dagegen gaben 16 Prozent an, über den Zeitpunkt des Therapiebeginns selbstständig entscheiden zu wollen. Bei Letzteren kehrt sich der ansonsten positive Effekt gemeinsamer Entscheidungsfindung in Bezug auf die Therapietreue sogar um, was m. E. eng mit dem für chronische Erkrankungen spezifischen Desiderat verknüpft ist, Betroffene als Manager/innen ihrer Krankheit anzusehen, die im eigenverantwortlichen gesundheitsbezogenen Handeln von ihren behandelnden Mediziner/innen unterstützt werden sollten (Lalouschek, 2013).

Ein wichtiger Befund, der für die Differenzierung der Konzepte ‚informierter Konsens‘ (*informed consent*) und ‚gemeinsame Entscheidungsfindung‘ spricht und der vor allem in Bezug auf die gezeigte Verantwortung in Therapieentscheidungen relevant werden wird, ist in der Studie von Uldry et al. (2013) zu finden: Die Autoren stellten bei Patient/innen mit gastrointestinalen Erkrankungen fest, dass unterschiedliche patientenseitige Präferenzen bezüglich *shared decision making* nicht statistisch signifikant mit dem Wunsch nach medizinischer Aufklärung in Zusammenhang stehen: Zwar gaben mehr als ein Drittel der Patient/innen an, keine aktive Rolle in der Entscheidungsfindung spielen zu wollen, dennoch wünschte sich die große Mehrheit der Patient/innen eine fundierte fachmedizinische Aufklärung über die verfügbaren Therapieoptionen. Auch Kremer (2004) plädiert für die strikte Unterscheidung zwischen dem Wunsch nach medizinischer Aufklärung und dem Wunsch danach, Verantwortung in der Entscheidung zu übernehmen.

Auch wenn gesundheitswissenschaftliche Forschungsarbeiten essenzielle Fragen in Bezug auf korrelative und kausale Verbindungen der (unabhängigen und abhängigen) Variable Patientenpartizipation mit Patientenzufriedenheit, soziodemographischen Patienten-merkmalen etc. aufwerfen, können sie nicht zufriedenstellend zeigen, wie Therapieentscheidungsprozesse im Gespräch tatsächlich ablaufen können und welche Formen Partizipation von Ärzt/innen und Patient/innen annehmen kann. Offen bleiben also die Fragen, welche interaktiven Möglichkeiten der Teilnahme Patient/innen im Entscheidungsprozess in Folge sequenzieller Dynamiken des Entscheidungsprozesses und hiermit verbundener responsiver Möglichkeiten und Beschränkungen ganz konkret haben und wie diese durch ärztliches Handeln im jeweiligen Handlungskontext geschmälert oder vergrößert werden können.

In Studien der medizinischen Gesprächsanalyse haben Therapieentscheidungen in den letzten Jahren erhöhte Aufmerksamkeit erhalten und wurden sowohl im anglo-amerikanischen als auch im finnischen und deutschsprachigen Raum für unterschiedliche medizinische Kontexte untersucht (siehe aber auch zuvor:

Spranz-Fogasy 1988). Entgegen der impliziten Annahme gesundheitswissenschaftlicher Studien und medizin-ethischer Leitlinien, dass Ärzt/innen Patient/innen explizit zur gemeinsamen Entscheidungsfindung einladen müssen, um diese realisieren zu können, legen gesprächsanalytische Arbeiten nahe, dass das Ergebnis einer Therapieentscheidung immer ein Produkt interaktiver Aushandlungen ist, auch wenn Patient/innen im Entscheidungsprozess i. d. R. eine primär responsive Partizipationsrolle einnehmen. Stivers (2005; 2006) beispielsweise zeigt eindrücklich, dass Patient/innen auch in subtil-responsiver Form im Entscheidungsprozess partizipieren, v. a. wenn sie die Zustimmung zu einer ärztlichen Therapieempfehlung verweigern. Stivers (2006) sieht dies als patientenseitige Ressource der aktiven Partizipation am Therapieentscheidungsprozess an. „This argument relies on a normative structure of treatment recommendations to suggest that even “doing nothing” in a particular sequential environment can be a consequential form of participation and can affect treatment decisions.” (ebd., S. 288)

Stivers (2006) und auch Koenig (2011) stellen fest, dass Ärzt/innen in solchen Fällen versuchen, die patientenseitige Zustimmung zu erwirken, und zwar aus folgendem Grund: Letztere sei eine notwendige Bedingung, um die Entscheidung erfolgreich, d. h. mit verbindlicher Vereinbarung über therapeutische Handlungen außerhalb der Sprechstunde, abzuschließen. Beide Studien betonen, dass patientenseitige Nicht-Partizipation insofern ebenfalls eine Form des *shared decision making* darstellt, als das Vorenthalten von Zustimmungsmarkern als Widerstand gegen die empfohlene Therapieoption behandelt wird. Es beeinflusst den Entscheidungspfad auf ähnliche Weise wie (seltener vorkommende) aktivere Formen des Widerstands, z. B. das Äußern lebensweltlich bedingter Hindernisse beim Umsetzen der Therapieempfehlung (Bergen & Stivers, 2013). Um Patient/innen zur Zustimmung zu bewegen, liefern Ärzt/innen *accounts* für die favorisierte Therapieoption und modifizieren sogar bisweilen ihre therapeutischen Empfehlungen in Richtung patientenseitiger Präferenzen. Patientenverhalten – z. B. die Art der Problemdarstellung sowie der Widerstand im Entscheidungsprozess – beeinflusst die Therapieentscheidung also nachhaltig: „treatment recommendations are not the result of an algorithm based on clinical findings alone“ (Stivers, 2006, S. 299).

Aktivere Formen der Patientenpartizipation in der Entscheidung, ermöglicht durch entsprechendes ärztliches Gesprächshandeln, identifizieren Toerien, Shaw & Reuber (2013) in neurologischen Sprechstundengesprächen: Die Autor/innen stellen fest, dass Ärzt/innen hier häufig mehr als eine einzige Therapieoption ins Gespräch einbringen. Im Gegensatz zu ärztlichen Therapieempfehlungen mit klarer Präferenz für eine einzelne genannte Therapieoption seien Patient/innen im Anschluss an erstere Praktik des *option listing* nicht nur gefragt, ihre Zustimmung

oder Ablehnung zu signalisieren, ihnen würde zudem ein größerer Beteiligungsraum zugesprochen, um zwischen Therapiealternativen auszuwählen und persönliche Präferenzen zu äußern. Toerien, Shaw & Reuber weisen bereits darauf hin, dass bei Therapieentscheidungen für chronische Erkrankungen (in ihrer Studie: im neurologischen Bereich) i. d. R. komplexere, auf die jeweilige Situation angepasste Gesprächsführungskompetenzen der behandelnden Ärzt/innen gefragt sind. Zu Therapieentscheidungen gehören aufklärende und beratende Tätigkeiten sowie „Achtsamkeit auf Anliegen, Präferenzen und Beteiligungsweisen der PatientInnen“ (Lalouschek, 2013, S. 358). Aus angewandter Perspektive wird allerdings auch ein Nachteil des *option listing* gesehen, nämlich dass das Aufzählen von Therapiemöglichkeiten u. U. als zu wenig unterstützend erlebt werden kann (Menz, 2015; Becker & Spranz-Fogasy, 2017).

Studien der medizinischen Gesprächsanalyse zu Therapieentscheidungen zeigen allgemein, dass mittels des konversationsanalytischen Methodenrepertoires (siehe Kap. 3) nicht nur offengelegt werden kann, welche Erscheinungsformen Patientenpartizipation in Therapieentscheidungen annehmen bzw. wie eine gemeinsame Entscheidungsfindung in ihrer sprachlich-interaktiven Dynamik aussehen kann, sondern zudem, welche interaktionsinternen Faktoren *in situ* – sprich: einzelne (ärztliche) Gesprächshandlungen sowie ihre sequenziellen Einbettungen innerhalb der Aktivität der Therapieentscheidung – kleinere oder größere Partizipationsräume für Patient/innen eröffnen können und wie ggf. Patient/innen auch unabhängig von ärztlichem Verhalten in Entscheidungsprozessen aktiv werden können. Aus der Erfahrung mit HIV und anderen chronischen Erkrankungen liegt die Anwendungsrelevanz gesprächsanalytischer Befunde zu gemeinsamer Entscheidungsfindung nahe: „increased patient participation in medical decision-making may improve adherence among patients with HIV“ (Kremer 2004, S. 15).

8.1.2 Deontik und Epistemik in Therapieentscheidungen

Als besonders relevant in Bezug auf lokal etablierte Beteiligungsrollen in der Therapieentscheidung haben sich deontische Kräfte in ärztlichen Therapieempfehlungen sowie epistemische Territorien der Interagierenden Ärzt/in und Patient/in in Bezug auf Aspekte des medizinischen Problems sowie auf Modalitäten der therapeutischen Lösung herausgestellt. Die deontische und die epistemische Seite von Entscheidungsprozessen behandeln die Fragen, wie die Teilnehmenden die Präferenz oder die Ablehnung eines therapeutischen Handlungspfad begründen (*epistemische Dimension*) und welche interaktiven Rechte und Pflichten die Interagierenden jeweils innerhalb des Entscheidungsprozesses einnehmen bzw. der/dem Ko-Interagierenden zuweisen (*deontische Dimension*). Sie sind eng miteinander verzahnt und werden als konstituierend für unterschiedliche Handlungsprofile (initialer) ärztlicher Therapieempfehlungen angesehen (Stivers

et al., 2017; siehe Kap. 8.1.3), die den weiteren sequenziellen Ablauf von Therapieentscheidungsprozessen – insbesondere die Formen patientenseitiger Partizipation – auf spezifische Weise prägen.

8.1.2.1 Die deontische Dimension von Therapieentscheidungen

Die Relevanz der deontischen Dimension von Therapieentscheidungen ist unmittelbar einsichtig, denn: In Therapieentscheidungen werden Handlungen eines oder beider Gesprächspartner/innen bestimmt, die in den meisten Fällen über das aktuelle Gesprächsgeschehen hinausreichen. Der interaktive Ursprung solcher weitreichenden wechselseitigen Verpflichtungen und die sich der Entscheidung anschließenden Handlungen der Gesprächspartner liegt in ärztlichen wie auch in informellen Gesprächen in direktiven, aber auch in kommissiven Gesprächshandlungen, die nach Schegloff (2007b) auch prospektiv auf die Performanz der vorgeschlagenen Handlung verweisen.

Ärzt/innen kommt in Therapieentscheidungen das Recht und auch die Pflicht zu, entscheidungsinitiierende Vorschläge oder Empfehlungen auszusprechen, die als Direktiva je nach ihrem *deontischen Gradienten* (Stevanovic, 2013) mehr oder weniger stark die patientenseitige Zustimmung sowie anschließende therapeutische Handlungen relevant setzen. Die gegenseitige und in die Zukunft hinausreichende (Selbst)Verpflichtung der Interagierenden zu Handlungen kann im Entscheidungsprozess also auf deontisch unterschiedlich nachdrückliche Weise etabliert werden. In Arbeiten der medizinischen Gesprächsanalyse wurden – vor allem entscheidungsinitiierende¹⁶¹ – ärztliche Empfehlungshandlungen untersucht (Spranz-Fogasy, 1988; Dalby Landmark, Gulbrandsen & Svennevig, 2015; Lindström & Weatherall, 2015; Stivers et al., 2017), auf die Patient/innen wie bereits erwähnt entweder mit Zustimmung oder (meist passivem) Widerstand reagieren. Mit der weitaus häufigeren patientenseitigen Einwilligung zum empfohlenen therapeutischen Handlungspfad verpflichten sich beide Interagierende zu weiterführenden, über die Gesprächssituation hinausreichenden therapiebezogenen Maßnahmen. Ärzt/innen z. B. verpflichten sich dazu, die notwendigen Medikamente zu verschreiben bzw. bereitzustellen oder Operationen und andere invasive sowie nicht-invasive Behandlungen wie besprochen durchzuführen. Patient/innen ihrerseits verpflichten sich, Medikamente wie vereinbart einzunehmen, zukünftige Arzttermine zur Durchführung von Behandlungen wahrzunehmen sowie ggf. sich in gesundheits- und heilungsförderlicher Weise zu verhalten (z. B. Diäten einzuhalten etc.).

¹⁶¹ Wie die nachfolgenden Fallbeispiele aus dem vorliegenden Gesprächskorpus zeigen werden, kommen ärztliche Therapieempfehlungen allerdings meist nicht nur initiativ zu Beginn des bisweilen multisequenziellen Entscheidungsprozesses vor. Dass Therapieempfehlungen meist mehrfach in einem Entscheidungsprozess geäußert werden, bestätigte mir John Heritage mündlich auch für das der Studie von Stivers et al. (2017) zugrunde liegende Korpus.

Die ärztlichen Empfehlungen können den präferierten zukünftigen Handlungsverlauf mehr oder weniger stark forcieren bzw. unterschiedlich nachdrücklich die Zustimmung des Patienten/der Patientin relevant setzen, also unterschiedlich starke deontische Haltungen in Bezug auf die favorisierte therapeutische Handlung in der Zukunft etablieren (Stevanovic & Peräkylä, 2012). Sie sind ein lokales Pendant zum deontischen Status (*deontic status*) des Arztes/der Ärztin als das gesprächsübergreifende Recht, zukünftige Handlungen der Patient/innen bestimmen zu können. Der höhere deontische Status der Ärztin/des Arztes gilt als eng mit unterschiedlichen sozialen, epistemischen und/oder interaktiven Status der Interaktionsteilnehmenden verzahnt, was in APG vor dem Hintergrund des in Teilen genuin-funktional, aber auch potenziell übersteuert asymmetrischen Gesprächsverhältnisses zwischen medizinischen Expert/innen und Laien besondere Bedeutung gewinnt (siehe Kap. 3.3.3). Angewendet auf die Aktivität des Entscheidens über Therapien: Auch wenn Ärzt/innen aufgrund ihres Expertenstatus zur Lösung medizinischer Probleme konsultiert werden und dementsprechend Therapieempfehlungen äußern (sollen), gibt es diverse sprachlich-interaktive Praktiken, mit denen Ärzt/innen ihre deontische Autorität auf unterschiedlich starke Weise ausüben können, bis hin zur Ausübung kultureller und/oder sozialer Autorität im Sinne Parsons' (1951) oder Starrs (1982).

Die patientenseitige Zustimmung zu einer ärztlichen Therapieempfehlung stellt nicht nur eine Zustimmung zum zukünftigen Handlungsverlauf dar, sondern nach Stevanovic & Peräkylä (2012) auch eine Übereinkunft zum Ausmaß des komplementären deontischen Verhältnisses zwischen Arzt und Patient (= *deontische Kongruenz*, siehe Kap. 3.3.3.2). Noch deutlicher erfolgen Verweise auf eine deontische Asymmetrie zwischen Arzt und Patient, wenn die Beteiligten explizitere deontische Fremd- oder Selbstpositionierungen vornehmen: In einem Fallbeispiel in Lindström & Weatherall (2015, S. 43) z. B. äußert ein Patient „*you're the boss*“, nachdem er seine Zustimmung zum empfohlenen Therapiepfad gegeben hat. In einem der vorliegenden Gespräche bekundet ein Patient gegenüber seiner Ärztin: „Ich folge Ihnen natürlich“, nachdem er anhaltenden Widerstand gegenüber der ärztlichen Behandlungspräferenz signalisiert hat (siehe Kap. 8.2.2). In solchen Fällen patientenseitiger Ablehnung, die meist subtil mittels Verweigerung expliziter Zustimmung – etwa durch reine *acknowledgement tokens* oder mittels *weak agreements* – erfolgt, bedeutet diese ggf. nicht nur Ablehnung der fraglichen Therapie, sondern auch (wenn auch womöglich seltener) *Inkongruenz* zwischen Arzt und Patient im Sinne von ‚nicht einverstanden sein mit den zugewiesenen epistemischen und deontischen Rechten und Pflichten‘. Dass Ablehnungen von Therapien in der medizinischen Praxis – so auch in den untersuchten HIV-Sprechstunden – recht selten vorkommen (Stivers, 2006) mag mit einer allgemein

verbreiteten patientenseitigen Anerkennung deontischer Rechte und Pflichten von Ärzt/innen zusammenhängen.

Die Verbindung des Konzept der lokalen deontischen Haltung in therapieempfehlenden ärztlichen Handlungen bzw. die von Ärzt/innen ausgeübte deontische Autorität mit konversationsanalytisch bislang identifizierten Formen ärztlicher und patientenseitiger Beteiligung auf der einen Seite (Stivers, 2005; 2006; Stivers et al., 2017) und Möglichkeiten der Patientenpartizipation auf der anderen Seite liegt auf der Hand und wurde auch in den oben genannten Studien herausgestellt: Sprachlich-interaktive Praktiken der Therapieempfehlung, in denen Ärzt/innen ein hohes Maß deontischer Autorität ausüben, um Patient/innen zur Zustimmung zur empfohlenen Behandlung zu bewegen, lassen Letzteren ggf. – zumindest lokal-sequenziell – weniger Raum, um gegen die Empfehlung Bedenken zu äußern bzw. responsiv abzulehnen oder an der Entscheidung aktiver, etwa mit eigenen Vorschlägen, mitzuwirken. Auch Spranz-Fogasy (1988) bringt – ohne die Terminologie der Deontik explizit zu verwenden – Formate entscheidungsinitierender Äußerungen mit der ärztlichen Autorität in Verbindung. Therapieentscheidende Ankündigungen wie „Ich schreib Ihnen hier mal was auf“ (ebd., S. 241) verwiesen nicht nur auf das exklusive Recht von Ärzt/innen, zu wissen, was für den Patienten am besten ist (also auf einen höheren epistemischen Status), sondern implizierten zudem, was er in Zukunft tun soll, ohne dass die Auswahl der präferierten Therapievariante zuvor zwischen Arzt und Patient ausgehandelt werden kann. Entscheidungsrelevante Äußerungen, z. B. im Format ‚Wir können X‘ (HIV-Korpus, Gespräch B-2906-AP) dagegen stellen den Patienten/die Patientin als Ko-Entscheidende heraus und präsupponieren nicht einfach dessen Einverständnis.

Ebensowenig wie Spranz-Fogasy in seiner frühen Untersuchung referieren Collins et al. (2005) auf die Etablierung deontischer Gradienten durch ärztliche Therapieempfehlungen, die Autor/innen zeigen aber in ähnlicher Weise auf, dass Ärzt/innen sich in – wie sie es nennen - *unilateralen* vs. *bilateralen* Entscheidungsstilen engagieren können: Während in bilateralen Entscheidungsstilen eine ärztliche Orientierung hin zu Wahlmöglichkeiten erkennbar ist und die Perspektive von Patient/innen miteinbezogen wird, zeichnet sich ein eher unilateraler Entscheidungsstil dadurch aus, dass die Entscheidung als zwingend dargestellt wird; Ärzt/innen forcieren hier die patientenseitige Zustimmung durch den Verweis auf ihr medizinisches Fachwissen. Die bereits oben zitierten Befunde von Toerien, Shaw & Reuber (2013), die als zwei ärztliche Praktiken der Entscheidungsinisierung *recommending* und *option-listing* identifizierten, verdeutlichen nochmals die enge Verbindung zwischen deontischer Kraft und patientenseitigen Möglichkeiten und Beschränkungen der Teilnahme.

An den bisherigen gesprächsanalytischen Untersuchungen zur deontischen Seite therapeutischer Entscheidungsprozesse fällt auf, dass sie sich vor allem auf das sprachlich-interaktiv lokal (re-)konstruierte *Recht* der Ärzt/innen konzentrieren, präferierte Therapieoptionen mehr oder weniger direktiv durchzusetzen. So stellen Toerien et al. (2011), Toerien, Shaw & Reuber (2013), Lindström & Weatherall (2015), Landmark, Gulbrandsen & Svennevig (2015) wie auch Stivers et al. (2017) die Bedeutung deontischer Autorität in Therapieentscheidungsprozessen in ihrer potenziellen Verbindung zur Förderung vs. Suppression patientenseitiger Teilnahme heraus. Wie anhand der vorliegenden Gespräche herausgearbeitet werden soll, zeigt sich darüber hinaus, dass die Gesprächsteilnehmer/innen Arzt und Patient lokal unterschiedliche Grade an *Verantwortung* für die Entscheidung aushandeln (siehe Kap. 8.5). Heritage (2006, S. 237) perspektiviert die Verstrickung von deontischer Autorität und Verantwortung mit Hinblick auf Partizipationsrollen in institutionellen Gesprächen: „there is a direct relationship between institutional roles and tasks on the one hand and discursive rights and obligations on the other“.

Dass in Therapieentscheidungen nicht nur deontische Autorität beansprucht, sondern auch unterschiedliche Grade an Verantwortung eingenommen und zugewiesen werden, wurde in den oben zitierten Studien ebenfalls erwähnt, aber zu meist lediglich *en passant* tangiert: Im Rahmen des Vergleichs direkterer und weniger direkter Empfehlungspraktiken (z. B. Anweisungen vs. Vorschläge) äußert bereits Spranz-Fogasy (1988) die Vermutung, dass weniger direkte Praktiken nicht nur die patientenseitige Verantwortung für die Entscheidung erhöhen würden, sondern damit auch als förderlich für die eigenverantwortliche Umsetzung des Therapieplans im Anschluss an das APG zu werten seien. Auch Toerien, Shaw & Reuber (2013) erwähnen die Aushandlung deontischer Pflichten im Entscheidungsprozess: Die Autor/innen identifizieren depersonalisierte Formulierungen bei der Präsentation mehrerer Therapieoptionen, was die Autor/innen als ärztliche Strategie interpretieren, eine klare Position für eine der vorgestellten Optionen zu vermeiden. Dagegen beanspruchten Ärzt/innen „ownership of the proposed plan“ (ebd., S. 880), wenn sie nur eine einzige Therapieoption einbringen. Ein hierzu komplementäres ärztliches Verhalten identifizieren Dalby Landmark, Gulbrandsen & Svennevig (2015) bei Entscheidungsprozessen für invasive vs. nicht invasive Behandlungsalternativen in klinischen Settings: Die Autor/innen beschreiben, dass Ärzt/innen bisweilen die Bedeutung von Krankheitserfahrungen und persönlichen Behandlungspräferenzen als Wissensbasis für die Entscheidung herausstellen. Ihnen fiel weiterhin auf, dass Patient/innen in solchen Fällen häufig auf die ärztliche Expertise sowie auf ihren eigenen Laienstatus verweisen und auf diese Weise Widerstand gegen die Zuweisung alleiniger Verantwortung für die Entscheidung signalisieren. Während Dalby Landmark,

Gulbrandsen & Svennevig diesbezüglich zu Recht auf die enge Verknüpfung von epistemischem und deontischem Status hinweisen, diskutieren sie diesen Befund allerdings wiederum nur mit Hinblick auf die durch Ärzt/innen ausgeübte, in dem Fall zu geringe deontische Autorität.

Stivers et al. (2017) dagegen erwähnen die Relevanz von Verantwortung für Entscheidungsprozesse, obgleich die Autor/innen ebenfalls vor allem die ausgeübte deontische Autorität sowie die epistemische Fundierung in verschiedenen entscheidungsnitierenden ärztlichen Empfehlungshandlungen fokussieren. Aus einem großen Korpus von Therapieentscheidungen in akutmedizinischen Gesprächen der britischen und US-amerikanischen hausärztlichen Versorgung klassifizieren die Autor/innen entscheidungsnitierende ärztliche Äußerungen als übergreifende Handlungstypen *Ankündigung* (*pronouncement*, z. B. „*I'll start you on X.*“), *Vorschlag* (*proposal*, z. B. „*I'd like to give you X.*“), *Empfehlung* (*suggestions*, z. B. „*You could try X.*“) und *Angebote* (*offers* (e.g. „*I can give you X.*“).¹⁶² Die Zuweisung und Einnahme von Verantwortung zeigt sich in den vier Typen ärztlicher Therapieempfehlungen nach Ansicht der Autor/innen in folgender Abstufung:

[...] the particular significance of offers lies in the physician's abdication of deontic responsibility for both initiating the recommendation and deciding on it. In pronouncements, physicians retain responsibility for both the treatment's instigation and decision. With suggestions, physicians abdicate only responsibility for making the decision but retain responsibility for their recommendation. Finally, in making a proposal, physicians claim responsibility for instigating the recommendation but share with patients the responsibility for the final decision (Stivers et al., 2017, S. 7).

Ärzt/innen beanspruchen also nicht nur unterschiedlich explizit das Recht, Patient/innen zur Zustimmung zu einer favorisierten Therapiealternative zu bewegen, sondern nehmen (ebenso wie Patient/innen) zugleich variierende Grade deontischer Verantwortung für die Entscheidung ein bzw. weisen sie dem/der Ko-Interagierenden zu. Eng verknüpft ist hiermit die Frage der Zuständigkeit für die vorgebrachten Beschwerden von Patient/innen: So kann sehr geringe deontische Verantwortung des Arztes einen Therapieentscheidungsprozess im Keim ersticken und stattdessen können Ratschläge oder Überweisungen vorgenommen werden.

Die vorliegenden HIV-Sprechstunden zeigen deutlich, dass Verantwortung als Pflichtseite der deontischen Dimension entscheidungsbezogener Gesprächshandlungen zu Therapieentscheidungen und auch zur Aktualisierung laufender Therapien dazu gehört. Während die lokal ausgeübte deontische Autorität in ärztlichen Therapieempfehlungen vor allem mit der Frage verbunden ist, wie stark die patientenseitige Zustimmung relevant gesetzt wird (bis hin zur Präsupposition des patientenseitigen Einverständnisses in Ankündigungsformaten wie „Ich schreib

¹⁶² Die Einteilung in genannte Handlungstypen wird in Kapitel 8.1.3 diskutiert.

Ihnen X auf“, siehe Kap. 8.1.3), umfasst die interaktive Konstruktion von Verantwortung verschiedene Ebenen, angefangen von der Eigen- oder Fremdpositionierung als Entscheidungsträger bis hin zur *agency* der Beteiligten in den geplanten therapeutischen Handlungen (siehe Kap. 8.5).

8.1.2.2 *Die epistemische Dimension von Therapieentscheidungen*

Schon seit dem Hippokratischen Eid sind Ärzt/innen gefordert, Therapieempfehlungen auf der Basis wissenschaftlicher Befunde zu gründen, was die besondere Verbindung von Therapieentscheidungen und fachmedizinischer Expertise begründet: Letztere stellt die ethische Fundierung therapeutischer Empfehlungen dar (vgl. Lindström & Weatherall, 2015, S. 39).

In Forschungsarbeiten der medizinischen Gesprächsanalyse wurde entsprechend die epistemische Bedeutung epistemischer Territorien für die Therapieentscheidung herausgestellt. Im Vordergrund steht ärztliches „Territorialverhalten“ in Bezug auf biomedizinische Aspekte von Behandlungsoptionen sowie das Aushandeln relevanter epistemischer Zugänge zu Aspekten der favorisierten Therapie: Hierzu gehören Wissensinhalte über die wissenschaftlich oder biographisch begründete Fundierung der Behandlungsoption oder persönliche Erfahrungswerte zu Wirksamkeit und Verträglichkeit, weiterhin professionelles Wissen über die Dringlichkeit des Beginns einer Behandlung sowie über prognostische Aspekte. In den von Stivers (2006) untersuchten allgemeinmedizinischen Gesprächen werden solche Wissensinhalte durch Ärzt/innen vor allem dann eingebracht, wenn Patient/innen Widerstand gegen eine Therapieempfehlung signalisieren. In den vorliegenden Gesprächen dagegen zeigt sich, dass das Vermitteln von Wissen über die Behandlungsoption als Demonstration ärztlicher Expertise auch ohne erkennbare patientenseitige Ablehnung erfolgt (siehe Kap. 8.4.1).

Epistemische Haltungen zu dem jeweils relevant gesetzten Therapiewissen werden in der Therapieempfehlungshandlung selbst laut der Beispiele in den betreffenden Arbeiten meist nur wenig explizit versprachlicht: In der oben bereits aufgeführten Ankündigung „Ich schreib Ihnen hier mal was auf“ erscheint die epistemische Haltung des Arztes gegenüber Aspekten der indefinit bleibenden Medikation überhaupt nicht auf der Gesprächsoberfläche. Insbesondere das Fehlen epistemischer Marker und somit das unmodalisierte Einbringen fachmedizinischen Wissens betont hier den höheren epistemischen Status des Arztes/der Ärztin als medizinische/r Expert/in. Auf diesen verweist zudem bereits die interaktiv ausgehandelte Zuständigkeit innerhalb des Entscheidungsprozesses, in welchem Ärzt/innen i. d. R. initiativ Empfehlungen geben und Patient/innen über die genannte Option informieren. In einer therapieinitiierenden ärztlichen Äußerung wie „Lassen Sie uns X versuchen“ ist dagegen aus der Semantik des Verbs ‚versuchen‘ erkennbar, dass hier eine epistemisch herabgestufte Haltung hinsichtlich prognostischer Aspekte der Therapie eingenommen wird. Wie weiterhin gezeigt

werden soll, sehen HIV-Ärzt/innen es – insbesondere in HIV-spezifischen Entscheidungsprozessen – auch als ihre interaktive Aufgabe an, Patient/innen über Vor- und Nachteile der relevant gesetzten Therapieoptionen zu informieren; sie zeigen also ihren höheren epistemischen Status auch dadurch, dass sie zu den Empfehlungen eine fachmedizinische Fundierung liefern, sich *accountable* geben.

Die epistemische Fundierung von Therapieempfehlungen kann sich in Übereinstimmung mit dem epistemischen Status des Arztes in Bezug auf professionell-medizinische Wissensinhalte verhalten oder aber unter Umständen konfliktieren. Der Grundstein hierfür wird bereits in der Aktivität der Beschwerdenexploration und -interpretation gelegt: Peräkylä (1998) legt dar, dass Ärzt/innen nicht immer eine maximal wissende Haltung zu ihren Diagnosen einnehmen, sondern ihre Evidenzialität offenlegen oder sogar Unsicherheit bezüglich ihrer Gültigkeit zeigen: Sie changieren in ihren Diagnosemitteilungen zwischen *accountability* (= sprachliche Verweise auf eigene epistemische Haltung bez. Diagnose) und *authority* (= keine Verweise auf epistemische Haltung bez. Diagnose). Therapieentscheidungen werden dementsprechend nicht immer im Anschluss an feststehende Diagnosen getroffen, sondern stehen bisweilen schon bei Verdachtsdiagnosen und symptomatischen Beschwerdebildern an bzw. können Therapien auch selbst als Differenzialdiagnostik fungieren. Wie bereits einleitend erwähnt wurde, kommt in HIV-Sprechstunden die Besonderheit hinzu, dass die Ärzt/innen bisweilen auch allgemeinmedizinisch-hausärztliche oder andere fachfremde – also HIV-unspezifische – diagnostische und/oder therapeutische Aufgaben übernehmen. Es liegt nahe und zeigte sich in den Analysen vorliegender Therapieentscheidungsprozesse, dass sprachlich-interaktive Praktiken der Therapieempfehlung und hiermit zusammenhängend die Möglichkeiten patientenseitiger Teilnahme im Entscheidungsprozess durch solche epistemisch besonderen Umstände geprägt werden. Ähnlich also den Beobachtungen Peräkyläs (1998) hinsichtlich ärztlicher *accountability* während der Aktivität der Diagnosemitteilung mit ihren Auswirkungen auf patientenseitige Teilnahme setzen auch unsichere epistemische Haltungen in Therapieempfehlungen besondere Bedingungen für Patientenpartizipation und bestimmen den Grad der ärztlichen Verantwortung innerhalb der Entscheidung. So können Ärzt/innen eine Art meta-epistemische Haltung einnehmen und biographische und/oder subjektiv-emotionale Wissensinhalte von Patient/innen als entscheidend für die Therapieentscheidung darstellen (Dalby Landmark, Gulbrandsen & Svennevig, 2015).

8.1.3 Zum Handlungscharakter ärztlicher Therapieempfehlungen

Ausgehend von den in Entscheidungssequenzen prominenten deontischen und epistemischen Kräften stellen Stivers et al. (2017) die Frage nach unterschiedlichen Handlungsqualitäten ärztlicher Therapieempfehlungen. Ihre bereits oben

erwähnte Systematisierung entscheidungsinitiierender ärztlicher Äußerungen bringt deontische und epistemische Aspekte von Therapieempfehlungen als essenziell entscheidungsprägende Charakteristika in Form unterschiedlicher Handlungsprofile zusammen. Die Klassifizierung der vier identifizierten übergreifenden Handlungstypen Ankündigungen (*pronouncements*), Empfehlungen (*suggestions*), Vorschläge (*proposals*) und Angebote (*offers*) erfolgt also vor allem nach der empirischen Beobachtung, dass Ärzt/innen mit diesen mehr oder weniger deontische Autorität ausüben, aber auch danach, dass sich der Arzt/die Ärztin mehr oder weniger als Expert/in positionieren kann.

Die Autor/innen verwenden den Begriff *recommendation* (für Therapieempfehlung) als Handlungshyperonym für die identifizierten Handlungstypen.¹⁶³ Da einige der in der Untersuchung identifizierten Therapieempfehlungsformate auch in den vorliegenden HIV-Sprechstunden zu beobachten sind, möchte ich die Beobachtungen von Stivers et al. im Folgenden überblicksartig darstellen und diskutieren:

- Ankündigungen (*pronouncements*)

Zentrale Eigenschaften von Therapieankündigungen sind, dass die Entscheidung als bereits durch den Arzt/die Ärztin alleine getroffen dargestellt wird und dass sie scheinbar keine (zustimmende oder ablehnende) Reaktion seitens des Patienten/der Patientin einfordern. Typischerweise wird die Behandlung dadurch als notwendig und/oder dringlich dargestellt. Der folgende Ausschnitt zeigt ein Beispiel für eine solche Ankündigung in ihrem sequenziellen Kontext:

Ausschnitt 8-1: Therapieempfehlung als Ankündigung. Beispiel aus: Stivers et al. (2017).

```
01 DOC: I ^think we have to investigate you for anemia.  
02      (0.3)  
03 PAT: Oka:y?  
04 DOC: I'll start you on treatment with iron  
05      tab- supplements.  
06 PAT: °R(h)ight. Okay?°=
```

Stivers et al. verorten Ankündigungen wie die obige, die typischerweise im allgemeinen Format ‚Ich gebe Ihnen X‘ erscheinen, als Therapieempfehlung mit steilem deontischen Gradienten. Obgleich sie dadurch scheinbar unabhängig von einer patientenseitigen Zustimmung operieren, ist die Akzeptanz seitens des Patienten/der Patientin dennoch notwendig und entscheidend für den erfolgreichen Abschluss der Entscheidung (siehe Stivers, 2006; Koenig, 2011). Nach Ansicht der Autor/innen ist die deontische Kraft einer therapeutischen Empfehlung daher nie absolut, auch wenn ein Ankündigungsformat als deontisch starke Form der Therapieempfehlung gewählt wird. Für mich stellt sich daher die Frage, ob es

¹⁶³ Stivers et al. (2017) kategorisieren *recommendations* wiederum als Unterform direkter Sprechhandlungen.

sich hier dann tatsächlich um die Gesprächshandlung der ‚Ankündigung‘ handelt oder eher um eine spezifische Praktik der Therapieempfehlung im Ankündigungsformat. Eine echte Ankündigung fordert m. E. keine Zustimmung des Adressaten, sondern bestenfalls ein *acknowledgement*. Die Ausschnitte, die als Beispiele für diesen Typ der Therapieempfehlung angeführt werden, legen nahe, dass die Entscheidungen nach Therapieankündigungen rasch getroffen werden, Patient/innen also responsiv zustimmen (siehe Z. 06).¹⁶⁴ In den von Stivers et al. untersuchten Korpora stellen Ankündigungen die häufigste Form ärztlicher Entscheidungsinitiationen dar, in den vorliegenden HIV-Sprechstunden dagegen sind solche Ankündigungen rar und markiert: In Kapitel 8.4.2 werde ich einen Fall schildern, in welchem ein Ankündigungsformat im Zuge der Delegitimierung einer potenziell schädlichen Eigenmedikation eingesetzt wird.

- Empfehlungen¹⁶⁵ (*suggestions*)

Während Ankündigungen hinsichtlich der Äußerungsgestaltung recht homogen sind, sind die ärztlichen Gesprächsbeiträge, die als *suggestions* klassifiziert werden, recht divers gestaltet: Therapieempfehlungen in Formaten wie ‚*I would get X*‘, ‚*You can try X*‘, ‚*You should try X*‘, aber auch existenzangebende (‚*There is X*‘) sowie evaluierende (‚*X is very good*‘) Aussagen mit dem Kopulaverb ‚sein‘ (engl.: *(to) be*) werden von den Autor/innen als *suggestions* betrachtet. Sie haben ihrer Ansicht nach die Gemeinsamkeit, dass Ärzt/innen hiermit die Entscheidung als optional darstellen und in die Hände des Patienten geben. Dies hängt sicherlich damit zusammen, dass mittels *suggestions* häufig verschreibungsfreie Medikamente als therapeutische Option eingebracht werden und als Therapieempfehlungen mit vergleichsweise flachem deontischen Gradienten gelten. Ich sehe sie, u. a., da sie zumeist nicht in eine verbindliche Therapieentscheidung münden, als Praktiken ärztlicher Ratschläge an (siehe Kap. 8.3.3).

- Vorschläge (*proposals*)

Während Ankündigungen einen hohen Grad deontischer Autorität aufweisen und sich *suggestions* durch die Optionalität der Entscheidung für eine Therapie deontisch eher ‚flach‘ gestalten, haben Vorschläge einen etwas höheren, insgesamt aber moderaten deontischen Gradienten inne. Gemäß ihres genuin kollaborativen Charakters (Couper-Kuhlen, 2014) sind sie dadurch gekennzeichnet, dass der deontische Status von Ärzt/in und Patient/in prinzipiell gleich(berechtigt) ist. Der folgende Ausschnitt aus Stivers et al. (2017) verdeutlicht zudem, dass Vorschlagsformaten in Therapieempfehlungen eine gewisse epistemische Unsicherheit hin-

¹⁶⁴ Siehe auch die Fallbeispiele in Spranz-Fogasy (1988).

¹⁶⁵ Im Deutschen fallen die englischen Begriffe *recommendation* (als Überbegriff für ganz unterschiedliche Handlungsqualitäten entscheidungsinitierender Äußerungen) und *suggestion* (als ein Untertyp von *recommendation*) in der deutschen Übersetzung ‚Empfehlung‘ zusammen. Ich werde zur Differenzierung daher weiter den englischen Begriff *suggestion* verwenden.

sichtlich der Wirksamkeit bzw. Adäquatheit der empfohlenen Therapie gemein ist.

Ausschnitt 8-2: Therapieempfehlung als Vorschlag (*proposal*). Aus: Stivers et al. (2017).

01 PAT: . . . and that's thee only thing that was- that's
 02 d^ifferent.=[hh
 03 DOC: [.hh Why don't we try this. (.) Why
 04 don't we put you on thuh <plain Allegra,>
 05 PAT: Mka[y,
 06 DOC: [.hh Uh once daily dose of uh hun[dred=
 07 PAT: [Kay.

Die herabgestufte epistemische Autorität des Arztes ergibt sich nicht nur aus dem interrogativen Vorschlagsformat ‚*Why don't we do X*‘, sondern auch aus der Semantik des Verbs ‚versuchen‘ (engl.: *(to) try*) (Z. 03), welches hier als epistemische Modalisierung Unsicherheit bezüglich der Effektivität der empfohlenen Behandlung transportiert (siehe oben).¹⁶⁶ Stivers et al. (2017) weisen darauf hin, dass auch *suggestions* eine solche Unsicherheit enthalten können, dass diese jedoch im Unterschied zu Vorschlägen als klare Entscheidungen des Arztes präsentiert werden, während die Entscheidung in Vorschlägen als kollaborativ dargestellt wird. Diese Kollaborativität ist nach Ansicht der Autor/innen das entscheidende Merkmal für den Handlungscharakter von Vorschlägen. Vorschläge können wie *suggestions* durch recht heterogene linguistische Praktiken realisiert werden, u. a. sind in den von Stivers et al. untersuchten Korpora Formate wie ‚*I would like to suggest X*‘, ‚*We could do X*‘ oder das interrogative Format ‚*Shall we do X*‘ belegt. Alle diese Formate sind auch im untersuchten Korpus – in deutschsprachigen Entsprechungen – belegt, sie werden in Kapitel 8.3 beschrieben.

- Angebote (*offers*)

Angebote unterscheiden sich nach Ansicht von Stivers et al. (2017) insofern von Ankündigungen, Empfehlungen und Vorschlägen, als sie den Patienten als alleinigen Entscheider positionieren. Inhaltlich recht homogene, sowohl deklarative als auch interrogative Äußerungsformate wie ‚*Do you want X*‘, ‚*Would you like me to give you X*‘, ‚*I can give you X*‘ heben patientenseitige Präferenzen als Entscheidungskriterium hervor und kommunizieren mehr die ärztliche Bereitschaft denn den Willen, sich für die entsprechende Therapieoption zu entscheiden. Neben einem deontisch sehr flachen Gradienten sind Angebote nach Ansicht der Autor/innen durch eine epistemisch agnostische Haltung gekennzeichnet. In ihnen wird die ärztliche Expertise vor allem in Form der Möglichkeit, Medikamente verschreiben zu können, manifest. Implizit verweisen sie auf die Priorität patientenseitiger Wissensterritorien in der Entscheidung für oder gegen die offerierte

¹⁶⁶ Die Verwendung des Verbs ‚*try*‘ in *suggestions* dagegen betont nach Ansicht von Stivers et al. (2017) die Optionalität des empfohlenen Therapiepfads.

Therapieoption. In Kap. 8.3.2 werde ich für die vorliegenden HIV-Sprechstunden zeigen, dass z. T. auch explizit Wissensterritorien der Patient/innen als ihre epistemische Fundierung relevant gesetzt werden. Angebote werden im vorliegenden Korpus ausschließlich in Entscheidungen zur Therapie harmloser symptomatischer, v. a. HIV-unspezifischer Beschwerden eingesetzt.

Die Bestimmung der spezifischen Handlungsqualität von Therapieempfehlungen richtete sich v. a. nach den verwendeten linguistischen Ressourcen, spezifisch: nach dem lexikalischen Material. Die Autor/innen weisen selbst darauf hin, dass sich innerhalb der genannten Handlungskategorien feinere semantische Unterschiede zeigen. Beispielsweise unterscheiden sich Vorschlagsformate stark bezüglich des ärztlichen *endorsements* (dt. etwa: Bekräftigung oder Befürwortung) gegenüber der vorgeschlagenen Therapie; die Autor/innen stellen diesbezüglich spezifische Konstruktionen wie ‚*Why don't we*‘ und verschiedene Satztypen (Interrogativ- vs. Deklarativsätze) gegenüber. Die Frage, die sich hier anschließt, ist m. E., ob diese lediglich Unterschiede auf Ebene der Äußerungsgestaltung darstellen und unterschiedliche Praktiken des Vorschlagens konstituieren oder ob hier das Vorschlagen selbst in Richtung einer anderen Handlungsqualität nuanciert wird (Couper-Kuhlen, 2014).

Entscheidend für die Bestimmung der Handlungsqualität der ärztlichen therapieempfehlenden Äußerungen als zentrale sequenzinitiierende Gesprächsbeiträge im Entscheidungsprozess ist sicherlich auch der unmittelbar vorausgehende Gesprächskontext, der in der Studie von Stivers & Kolleg/innen nicht variiert wurde: Es wurden nur jeweils die ersten Therapieempfehlungen im Entscheidungsprozess berücksichtigt. Angesichts der Vielzahl der untersuchten Sequenzen in der quantitativ ausgerichteten Untersuchung ist dieses Vorgehen aus Gründen einer breiteren Auswertungspraxis nachvollziehbar, jedoch auch methodologisch zu reflektieren. Das Nachvollziehen multisequenzieller Entscheidungsprozesse in den Fallanalysen in Kap. 8.2 wird zeigen, dass die Wahl spezifischer Empfehlungspraktiken im Verlauf der Entscheidung, je nach Reaktion der Patient/in im Entscheidungsprozess, angepasst wird und meist zunächst mit vorsichtigeren Empfehlungspraktiken beginnt. Umgekehrt werden die Fallanalysen zeigen, dass dieselbe ärztliche Empfehlungspraktik z. T. mehrfach im Entscheidungsprozess verwendet wird und dabei unterschiedlich großen deontischen Druck aufbauen kann: So setzt z. B. eine initiale Empfehlungsäußerung nach dem Muster ‚Ich würde X tun‘ weniger stark eine direkte patientenseitige Zustimmung relevant als eine wiederholte persistierende Empfehlung nach ausführlichen ärztlichen Erklärungen (siehe das Fallbeispiel ‚Truvada‘ in Kap. 8.2.2).

Eine methodische Herausforderung für die systematische Kategorisierung erster Empfehlungsäußerungen im Entscheidungsprozess ist hiermit zusammenhängend, dass häufig unklar ist, an welchem Punkt der Therapieent-

scheidungsprozess eigentlich beginnt bzw. mit welchem ärztlichen Gesprächsbeitrag die Empfehlung initial realisiert wird. Für Therapieentscheidungen in neurologischen Sprechstundengesprächen beschreibt Toerien (Groß, 2014) nämlich beispielsweise das Vorkommen von Existenzaussagen im Deklarativmodus („Es gibt X“), die sequenziell vor einer expliziten Therapieempfehlung lokalisiert sind und nach Meinung der Autorin die Funktion haben, die Meinung von Patient/innen vorzufühlen (siehe auch das Fallbeispiel ‚Mundpilz‘ in Kap. 8.2.1). Solche informierenden Existenzaussagen üben, je nach Patientenreaktion, sicherlich ebenfalls einen Einfluss auf die Gestaltung der nachfolgenden Empfehlungsäußerung aus. Weiterhin sind in den vorliegenden HIV-Sprechstunden Gesprächsbeiträge belegt, die außerhalb der Aktivität ‚Therapieentscheidung‘ zu operieren scheinen, diese jedoch nachhaltig beeinflussen: Im Fallbeispiel ‚Truvada‘ beispielsweise (Kap. 8.2.2) wird eine Therapieoption durch eine therapeutimplikative diagnostische Äußerung bereits während der diagnostischen Ursachensuche relevant gesetzt. Auch hier bekommt die Ärztin bereits *vor* der eigentlichen Therapieempfehlung einen Eindruck von der Einstellung des Patienten gegenüber der Therapieoption, so dass sie die Empfehlungsäußerung entsprechend anpassen kann.

Während die lexikalisch und syntaktisch diverse Gestaltung von Therapieempfehlungen sowie der Einfluss des unmittelbar vorausgehenden Gesprächskontextes zunächst nahelegt, die von Stivers et al. (2017) vorgeschlagenen Handlungskategorien ärztlicher Therapieempfehlungen weiter auszdifferenzieren, ergibt sich ein gegensätzliches Bild, wenn man die sequenziellen Konsequenzen betrachtet, die angesichts der von den Autor/innen vorgeschlagenen Handlungsdiversität überraschend gleichförmig anmuten: Patient/innen reagieren nämlich v. a. mit Zustimmungspartikeln (wie ‚okay‘) auf alle genannten Empfehlungstypen. In entsprechenden Sequenzen der vorliegenden Gespräche sind als patientenseitige Responsiva ebenfalls häufig Rezipientensignale und Zustimmungspartikeln belegt,¹⁶⁷ ein Reagieren also auf den Informationsgehalt und auf die direktive Handlungsqualität. Diese Homogenität in den patientenseitigen Antworten begründet wohl auch die gemeinsame Kategorisierung als *recommendations* (Therapieempfehlungen). Nichtzuletzt ist die Subsummierung der betreffenden ärztlichen Gesprächsbeiträge als ‚Therapieempfehlungen‘ auch dem institutionellen Kontext geschuldet, der durch beide Interagierende rekonstruiert wird: Daraus folgt aber m. E. umgekehrt, dass ein Vorschlag als Therapieempfehlung kein Vorschlag im Handlungssinn ist, sondern primär eine spezifische *Praktik ärztlichen Empfehlungshandelns*, der sicherlich Komponenten von Vor-

¹⁶⁷ Dass direktive wie kommissive Handlungen präferiert mit „accepting, acquiescing or complying, i. e. agreeing and/or committing to carry out the future action“ beantwortet werden, stellt Couper-Kuhlen (2014, S. 624) für *requests, proposals, suggestions, offers* und *invitations* fest.

schlagen inhärent sind, z. B. hier versprachlichte kollaborative Handlungen. Dennoch kontextualisiert eine solche Äußerung zugleich auch immer die Aktivität der medizinischen Entscheidungsfindung innerhalb eines ärztlichen Gesprächstyps: Benefizianten eines Vorschlags sind – anders als in informellen Gesprächen – nicht beide Interagierende (Couper-Kuhlen, 2014), sondern ausschließlich die Patient/innen.

Aus diesen Gründen spielen sich Nuancierungen der Handlungsqualität therapieempfehlender Äußerungen bezüglich epistemischer Fundierungen, deontischer Rechte und Partizipationsmöglichkeiten der Patient/innen m. E. im Praktikenbereich ab. Ich werde daher zwar ebenfalls hyperonymisch von *Therapieempfehlung* sprechen, wenn ich auf entsprechende ärztliche Äußerungen im Entscheidungsprozess referiere, sehe jedoch im Unterschied zu Stivers et al. (2017) unterschiedliche Empfehlungsformate als sprachlich-kommunikative Praktiken an.

Eine Ausnahme hierzu stellen *Therapieangebote* dar, die ich als von Therapieempfehlungen differente Gesprächshandlungen auffasse, v. a. da sie durch die Patient/innen als kommissive Gesprächshandlungen und nicht als Direktiva behandelt werden. Wie in Kapitel 8.3 ausgeführt werden soll, weisen diese den Unterschied zu Therapieempfehlungen auf, das fast ausschließlich patientenseitige Präferenzen als ihr epistemisches Fundament¹⁶⁸ zugrundegelegt werden, Verschreibungen als medizinischer Service präsentiert werden und Patient/innen z. T. hierzu alignierend mit evaluierenden Responsiva reagieren. Weiterhin werden Angebote eingesetzt, wenn Therapien als medizinisch nicht unbedingt nötig und die Symptomatik als harmlos dargestellt werden.

Ferner werden ferner ärztliche Äußerungen, die der obigen Kategorie der *suggestions* entsprechen, nicht als Therapieempfehlungen, sondern als ärztliche *Ratschläge* angesehen. In den vorliegenden Gesprächen ist ärztliches Ratschlags-handeln ein essenzieller Teil therapiebezogener Aushandlungen; entscheidender Unterschied zu Therapieempfehlungen ist aber, dass Ratschläge nicht in verbindliche Entscheidungsprozesse münden müssen (siehe Kap. 8.3) und die Ärzt/innen in den zukünftigen therapieimplementierenden Handlungen keine aktiven Agent/innen sind. Auch Stivers et al. (2017) äußern die Beobachtung, dass *suggestions* vor allem bei verschreibungsfreien Medikamenten (ergo bei medizinischen Problemen ohne dringenden Handlungsbedarf) eingesetzt werden.

Nichtzuletzt sehe ich ärztliche Äußerungen, die zwar Therapien als Möglichkeit präsentieren, aber keine Präferenz im Sinne eines *evaluative stance* erkennen lassen, nicht primär als Empfehlung, sondern als Information an. Dies betrifft ärztliche Äußerungen nach dem Muster ‚Wir können X‘, wenn mit ihnen mehrere

¹⁶⁸ Zur epistemischen Fundierung von Therapieempfehlungen, Angeboten und Ratschlägen, siehe Kap. 8.4.1.

alternative Therapieoptionen präsentiert werden (*option listing* nach Toerien, Shaw & Reuber 2013; siehe Kap. 8.3.1.2).

8.2 Therapieentscheidungen im Verlauf

Die im Folgenden nachvollzogenen Entscheidungsprozesse legen die Bandbreite dessen offen, wie unterschiedlich sie sich in den untersuchten Gesprächen hinsichtlich der ärztlichen Verfahren des Einbringens von Therapieoptionen (hiermit verbunden: des Relevantsetzens von Wissensbereichen und deontischen Rechten und Pflichten) sowie in ihrem sequenziellen Verlauf gestalten können bzw. welche Partizipationsmöglichkeiten sie für Patient/innen eröffnen. Während oben zitierte Studien sich meist auf einzelne Entscheidungssequenzen fokussieren,¹⁶⁹ werden in den Fallbeispielen vollständige Entscheidungsprozesse unter die Lupe genommen. Es wird deutlich werden, dass das Aushandeln einer Therapieentscheidung in der HIV-Sprechstunde ein Prozess ist, der mit der Beschwerdenexploration und -interpretation verschachtelt beginnen kann. Ärztliche Empfehlungspraktiken kommen in den untersuchten Gesprächen an verschiedenen Stellen im Entscheidungsprozess vor, die – wie die Beispiele zeigen werden – häufig multisequenziell sind und so komplexe Aktivitäten (*big packages*) innerhalb des Gesamtgesprächs darstellen. Letzteres gilt nicht nur, wenn Patient/innen Widerstand gegenüber der relevant gesetzten Therapieoption zeigen, wie bisherige Studien zu Therapieentscheidungen in akutmedizinischen Kontexten nahelegen (z. B. Stivers, 2005).

Die ausgewählten Gesprächsausschnitte sind in Teilen eine ergebniskategoriale Selektion; sie erwiesen sich in Bezug auf die (vergleichende) Untersuchung von – in Teilen bereits beschriebenen Phänomenen von – Entscheidungsprozessen als äußerst reichhaltig.¹⁷⁰ Rückbindend an bisherige Forschungsergebnisse waren für die sequenzielle Analyse der Fallbeispiele folgende übergreifende Fragen relevant:

- Welche Beiträge von Ärzt/in und Patient/in im gesamten Therapieentscheidungsprozess sind jeweils identifizierbar? Welche interaktiven Räume für Patientenpartizipation im Entscheidungsprozess werden bereitgestellt bzw. eingenommen, wo liegen die Grenzen patientenseitiger Teilnahme?
- Welche Arten von Wissen werden von den Teilnehmenden wie eingebracht und als relevant für die Therapieentscheidung behandelt? Welche epistemischen Territorien sind erkennbar? Stellen diese die institutionellen Rollen von Arzt und Patient im Experten/Laien-Gefüge her?

¹⁶⁹ In den meisten der oben genannten Studien wird allerdings nicht expliziert, welchem Teil des Entscheidungsprozesses die Belegbeispiele entnommen sind.

¹⁷⁰ Zu unterschiedlichen Prinzipien der Datenselektion für die Analyse siehe Kap. 4.3.

- Mit welchen sprachlich-interaktiven Mitteln werden deontische Rechte (und Pflichten) zugewiesen, eingenommen und ausgehandelt? Wie explizit erfolgt die (Fremd)positionierung als Entscheidungsträger/in und Agierende/r in zukünftigen therapeutischen Handlungen?

8.2.1 Fallbeispiel *Mundpilz*: „wÄre es besser das dann immer mal zu pausIEren und dann zu NEHmen?“

8.2.1.1 *Sequenzielle Analyse*

Das folgende Fallbeispiel P-2308-AP, in dem die Darstellung eines rekurrent auftretenden Mundpilzes Ausgangspunkt für eine Therapieentscheidung ist, zeigt, dass innerhalb der HIV-Routinegespräche auch Symptome und Beschwerden besprochen werden, die nicht mit HIV oder der ART assoziiert werden. Im folgenden Gespräch wird ein potenzieller Zusammenhang zwischen dem auftretenden Mundpilz und HIV bzw. der ART überhaupt nicht hergestellt; in anderen Gesprächen dagegen werden körperliche Phänomene oder medizinische Befunde explizit, auch *ex negativo*, auf ihre HIV-Spezifität hin interpretiert.

Patient P-2308 ist zum Zeitpunkt der Aufnahme 63 Jahre alt und bereits seit 23 Jahren in Behandlung. Der folgende Teil des Gesprächs, der in mehreren Ausschnitten präsentiert wird, beginnt mit der Eröffnung des medizinischen Kerngesprächs. Arzt und Patient sprechen während des Hineingehens ins Sprechstundenzimmer über die vergangene Elternzeit des Arztes; unmittelbar vor Beginn des Ausschnitts bittet der Arzt den Patienten um Einverständnis für die Aufnahme des Gesprächs, worauf der Patient direkt zustimmt (nicht gezeigt). Nach schnellem Anschluss eröffnet der Arzt das Kerngespräch:

Ausschnitt 8-3: Mundpilz, P-2308, Arzt M, 373-394 Sekunden.

```

01 A:      <<f> wie !GEHTS! ihnen denn;>
02 P:      jA ich (.) BI:N zufrieden; =
03         = muss ich SAgen.
04 A:      okay?
05         na ja [ bin zufrIE]den: klingt ja- (-)
06 P:      [( <<len> ei )]
07         <<all> nee SA:CH ich ja;> (-)
08         nEE aber_ eh-
09         EI:NS hab ich halt; (-)
10         der pIlz im MUND is halt jetzt wieder da. =
11         = ich-
12 A:      ja- (-- )
13 P:      un des:- (-- )
14 A:      <<len> der geht [nIE richtig WEG.>] =
15 P:      [          stö_Ö:RT n] [bisschen;] =
16 A:      = [ne          ]
17 P:      = <<p> ne,> (-- )
18         mal (is_er) GANZ weg- =
19         = dann is_er wieder DA:- =
20         = also;
21 A:      [ <<stoßhaft> hh°]
22 P:      [          des is] des !EI:!nzige;
    
```

23 aber ansOnsten fühl ich mich SEHR gut.

Die ärztliche Frage in Zeile 01 etabliert die Agenda eines Routinekontrollgesprächs (siehe Kap. 6.2.1). Die patientenseitige Antwort in Zeile 03 (jA ich (.) BI:N zufrieden; muss ich SAgen.) unterbricht durch ihre etwas zögerliche Produktion sowie die leisere Sprechstimme die prosodische Dynamik der vorhergehenden Sequenzen; die elaborierte Antwort abseits der positiven Minimalantwort ‚gut‘ als präferierte Antwort (siehe Kap. 6.2.1.4) und die Rahmung der Aussage als dispräferierte Enthüllung mittels modalisierendem *muss ich SAgen*. wird vom Arzt in seiner darauffolgenden metasprachlichen *formulation*¹⁷¹ als klärungsbedürftig behandelt: *na ja [bin zufrIE]den: klingt ja-* (Z. 05). Durch das Zweifel ausdrückende *na ja* und die Aposiopese wird angedeutet, wie er die Äußerung des Patienten versteht, und eine Klärung eingefordert. Der Patient unterbricht eine weitere Initiative des Arztes und reagiert auf die ärztliche Andeutung mittels fallend intoniertem *nee SA:CH ich ja;* (Z. 07). Durch das direkt darauffolgende *nEE aber_eh- EI:NS hab ich halt; (-)* (Z.08/09) wird die Äußerung aus Zeile 07 retrospektiv als Beharren auf der eingangs bekundeten Zufriedenheit und als Erkennen der ärztlichen Zweifel daran sichtbar; der Patient widerspricht der Andeutung mittels wiederholendem TKE-Beginn *nEE* und stellt sein grundsätzlich positives Befinden – einleitend mit adversativem *aber_eh* – als Regel mit einer Ausnahme dar: *der pIlz im MUND is halt jetzt wieder da.* (Z. 10). Der bestimmte Artikel sowie die zeitliche Bestimmung markieren hier, dass es sich bei dem Pilz um ein wiederkehrendes und beiden bekanntes Problem handelt. Nach einem Fehlstart (*ich-*) repariert der Patient mit *un des:-* (Z. 13) und verzögert durch eine halbsekündige Pause, nach welcher der Arzt mit dem ko-konstruierenden Anschluss *<<len> der geht nIE richtig WEG.>* (Z. 14) Vorwissen über das bisherige Auftreten des Pilzes zeigt. Überlappend hiermit führt der Patient seine in Zeile 13 begonnene Äußerung zu Ende: *stö_ÖRT n bisschen;* (Z. 15); hierdurch stellt er den Pilz als einschränkenden Faktor dar, orientiert sich mittels Modalisierung aber zugleich an dem zuvor bekundeten positiven Allgemeinbefinden. In den Zeilen 18/19 bezieht sich der Patient mittels *mal (is_er) GANZ weg- = dann is_er wieder DA:-* korrigierend auf die Äußerung des Arztes aus Zeile 14 und subsummiert: *also- [des is] des !EI:!nzige;* (Z. 22). Hierdurch stuft der Patient wiederholt die Beeinträchtigung durch den Pilz herab, auch, indem er ihn erneut mit einem allgemein guten Befinden kontrastiert: *aber ansOnsten fühl ich mich SEHR gut.* (Z.23). Insgesamt zeigt sich das Bagatellisieren des Problems ‚Pilz‘ als Orientierung am

¹⁷¹ Eine *formulation* ist eine Äußerung, die das Verständnis des Sprechers von einer Vorgängeräußerung seines Gesprächspartners dokumentiert, indem eine Paraphrase bis hin zu einer weitergehenden Interpretation vorgeschlagen wird; siehe z. B. Antaki (2008).

nicht eingeschränkten Wohlbefinden als präferierte Antwort auf die Wie-geht's-Eröffnungsfrage (siehe Kap. 6.2.1), wobei diese Orientierung in diesem Ausschnitt vor allem durch den Patienten geleistet wird, indem er die durch die ärztliche Äußerung in Zeile 14 postulierte Problematik des Pilzes relativiert. Bei der Bedeutungs-aushandlung schwankt vor allem der Patient zwischen der Priorität des Bekundens eines guten Befindens und dem Relevantsetzen seines Problems als einschränkenden Faktor (zum Verfahren des *Einschränkens*, siehe Kap. 6.2.1.4). Dies zeigt sich auch bei der folgenden gemeinsamen Ursachenattribution des Problems in Ausschnitt 8-4:

Ausschnitt 8-4: Mundpilz, P-2308-AP, Arzt M, 396-415 Sekunden.

24 A: und !MEI!nen sie das hängt nIch mit_de_mit dem (.)
zusammen was sie ESSen?
25 wenn sie da: (-) das variIERen oder;
26 (--)
27 P: <<p> oh->
28 eigentlich ess ich nichts (.) NEUes,
29 ich ess immer_das GLEIche;
30 A: ja- (-)
31 un dann manchma kOmmt er manchma GEHT [er.]
32 P: [ja_a] ja;
33 A: das Is schon MERKwürdig.
34 und Immer wenn er da ist das macht ihnen schon (.)
beSCHWERden. =
35 = ne,
36 P: eh_ja zum glÜck <<p> eh> noch NICHT.
37 <<p> noch NICHT.>
38 A: okay; (-)

In Zeile 24 äußert der Arzt eine Ursachentheorie über Auftretensbedingungen des Pilzes, die als Frage an den Patienten gerichtet ist. Die Negation in der Frage projiziert vorbeugend die Nichtzustimmung des Patienten und präferiert zugleich Zustimmung; die Formulierung mit *verbum cogitandum* behandelt die erfragte patientenseitige Sicht als subjektiv, wobei diese epistemische Modalisierung der potenziellen Ursache ‚Essen‘ als grundsätzlich beobachtbarer Zusammenhang gegenübersteht. Die mittels wenn-Konditional expansiv angefügte Bedingung (Z. 25) kann als Erklärung des potenziellen Ursachenfaktors ‚Essen‘ oder auch bereits als vorsichtige Behandlungsempfehlung interpretiert werden. Der Patient bearbeitet die Äußerung als Ersteres und weist den vorgeschlagenen Kausalfaktor ‚Essen‘ als nicht plausibel zurück: *eigentlich ess ich nichts (.) NEUes, ich ess immer_das GLEIche*; (Z.28/29). Er vermeidet durch die Beschreibung der Verhaltensweise auch ein dispräferiertes direktes Zurückweisen der ärztlichen Ursachentheorie. Nach einem Rezipientensignal (ja-) kommt der Arzt nochmals mit einer rückversichernden Deklarativsatzfrage (Spranz-Fogasy, 2010) auf die Auftretensregularitäten des Pilzes zurück (*un dann manchma kOmmt er manchma GEHT [er.]*., Z. 31), die der Patient bestätigt. Die nicht an kontrollierbare Fakto-

ren gebunden scheinende Symptomatik bewertet der Arzt als MERKwüRdig. In seiner folgenden beschwerdenexplorativen Frage in Zeile 34 wird der Fragefokus hin zu den wahrgenommenen körperlichen Einschränkungen durch den Pilz gerichtet: und Immer wenn er da ist das macht ihnen schon (.) beSCHWERden. = ne,. Die Deklarativsatzform zeigt hier wiederum eine hohe epistemische Sicherheit mit Hinblick auf das rückversichernd Erfragte und macht im Antwortbeitrag eine Bestätigung relevant. Interessanterweise negiert der Patient die ärztliche Annahme mit eh_ ja zum glÜck <<p> eh> noch NICHT.> (Z. 36/37), was der Arzt durch ein terminal fallend intoniertes okay quittiert. Die Frage nach der subjektiv wahrgenommenen Beeinträchtigung durch Beschwerden kommt in den untersuchten Gesprächen häufiger vor und beeinflusst, ob diese weiter diagnostisch und therapeutisch bearbeitet werden. Hier aktualisiert der Arzt die laufende Therapie nach einem Abbruch in Zeile 39 (°h un wie_m) wiederum mittels Deklarativsatzfrage und Rückversicherungssignal (Z. 40-42):

Ausschnitt 8-5: Mundpilz, P-2308-AP, Arzt M, 416-432 Sekunden.

39 A: °h un wie_m-
 40 sie nEhmen ja das flukonaZOL,
 41 das diflukAn dann immer nur bei beDARF.
 42 ne,
 43 P: nee.
 44 <<all> nehm_ich ja_Eh> jeden tag [ZWEImal.]
 45 A: [nEhmen]_se es
 sowiesO jeden TAG.
 46 P: früh und Abend.
 47 A: °h und <<p> w:_hm:> wäre es besser das dann immer mal zu
 pauSIeren und dann (-) zu NEHmen, =
 48 = oder (.) [is das (.) vom geFÜHL] her;
 49 P: [wÄr (.) sag ich ma]
 50 das wÄr sag ich ma nit verKEHRT.

Arzt M unterstellt die Komponenten der laufenden medikamentösen Behandlung als geteiltes Wissen und fordert zwecks Abklärung der Voraussetzungen für eine entsprechende Empfehlung eine Bestätigung. Der Patient allerdings verneint (Z. 43) und korrigiert daraufhin: <<all> nehm_ich ja_Eh> jeden tag [ZWEImal.] (Z. 44). Er rahmt die genannte Behandlungsmodalität ebenfalls mittels ja als gemeinsames Vorwissen (d. h. als Entscheidung, die dem Arzt geläufig sein sollte). Die direkt anschließende, akzentuierte Modalpartikel Eh verweist im Kontext der anhaltenden Beschwerden darauf, dass die genannte Therapie nicht optimal ist und stellt somit auch eine indirekte Evaluation der Therapie dar. Seine Formulierung greift der Arzt im nächsten verstehensdokumentierenden Redezug auf: [nEhmen]_se es sowiesO jeden TAG., was der Patient in Zeile 46 ergänzt mit: früh und Abend..

Im nächsten Redezug bringt der Arzt erstmals explizit eine Therapieoption ein: °h und <<p> w:_hm:_> wäre es besser das dann immer mal zu pauSIeren und dann (-) zu NEHmen, = oder (.) [is das (.) vom

geFÜHL] her; (Z.47/48). Er rahmt seine Äußerung mittels Interrogativformat mit Konjunktiv II als tentative Empfehlung mit geringem deontischen Anspruch, was durch die de-agentivische Formulierung verstärkt wird. Das Andeuten einer alternativen, mit seinem Vorschlag in Konflikt stehenden *candidate answer* (Pomerantz, 1988) (Z. 48) dient hier nicht nur der Elizitation der Patientenmeinung, sondern eröffnet einen Slot für Alternativvorschläge seitens des Patienten und antizipiert mögliche Einwände. Diese werden zwar mittels vom geFÜHL her als subjektiv und daher nicht innerhalb eines professionellen Wissensterrains liegend verortet, jedoch zugleich als dominanter Ausschlussfaktor in Bezug auf seinen Therapievorschlag präsentiert. Teilweise überlappend evaluiert der Patient die Therapieoption positiv, allerdings abgeschwächt (Pomerantz, 1975) durch den Konjunktiv II, den Heckenausdruck und die Negation [wÄr (.) sag ich ma] das wÄr sag ich ma nit verKEHRT. (Z.49/50). Der Entscheidungsprozess zugunsten der Therapie ist – wie der folgende, direkt anschließende Ausschnitt zeigt – an dieser Stelle aber noch nicht zu Ende:

Ausschnitt 8-6: Mundpilz, P-2308-AP, Arzt M, 433-449 Sekunden.

51 A: vielleicht probieren_ma DAS ma.
 52 dass mans so als interVALL macht.
 53 [<<p> ja->]
 54 P: [<<p> hm_hm;>]
 55 (-)
 56 A: weil des proBLEM is der pilz-
 57 irgendwann-
 58 er hAt ja keine resistENZ,
 59 bishEr habm_wa ja ein paar mal ge[TEStet-]
 60 P: [<<pp> hm_hm->]
 61 A: aber !NICH! dass er eine KRIEGT-
 62 un !MANCH!ma is so ne intervalltherapie da sogar BESSer.
 63 (-) als iDEE.
 64 kAnn_ma ma proBIERen.
 65 ja,
 66 P: <<pp> hm_hm.>

Auf die positive Evaluation des Patienten äußert der Arzt zunächst pronominalisiert seine Empfehlung (Z. 51). Sie wird zwar formal assertiv und agentivisch mit inkludierendem *wir* eingebracht, jedoch mittels epistemisch modalisierendem Adverbial *vielleicht* sowie dem tentativen Handlungsverb *probieren* und zusätzlich durch erneute Depersonalisierung in der die Proform vereindeutigenden Komplementsatz-Expansion abgeschwächt: *dass man_s so als interVALL macht*. (Z. 52). Der Arzt behandelt die Evaluation damit als *weak agreement* (Pomerantz, 1975) und damit als (noch) nicht ausreichend für einen verbindlichen Abschluss der Entscheidung. Zudem wird die Therapieempfehlung epistemisch herabgestuft, da nicht sicher ist, ob eine Intervalltherapie funktioniert.

Nach einem mit dem Rückversicherungssignal *ja* überlappendem minimalen Rezipientensignal (*hm_hm*) seitens des Patienten gibt der Arzt mit Verweis auf

potenzielle Folgen der jetzigen Behandlung einen *account* für die vorgeschlagene Therapieoption (Z. 56-61) und zeigt hierdurch erneut an, dass der Therapieentscheidungsprozess noch nicht beendet, da durch den Patienten nicht ausreichend ratifiziert ist. Dieses ärztliche Verhalten steht in Einklang mit bisherigen Befunden zur interaktiven Aushandlung von Therapieentscheidungen in der allgemeinmedizinischen Praxis (Stivers, 2006): Während Diagnosemitteilungen hier oft nur eine minimale Patientenreaktion hervorrufen, werden Therapieempfehlungen i. d. R. ratifiziert. Stille oder minimale Rezipientensignale werden dagegen nicht als Akzeptanz der Empfehlung behandelt, und die Evaluation des Patienten in obigem Ausschnitt offensichtlich ebenfalls nicht (siehe Kap. 8.1.1).

Der Arzt produziert im Folgenden Rückversicherungssignale (siehe Zeile 53: ja), akzeptanzelizitierende Fragen sowie *accounts* zur Untermauerung der Schlüssigkeit der vorgeschlagenen Therapieoption, um doch noch ein expliziteres Einverständnis zu elizitieren (ab Z. 56): Er projiziert – einleitend mit der kausalen Konjunktion *weil* – eine Erklärung, die das Explanandum prospektiv als *problem* rahmt. Nach einem Neustart und einem erneuten Abbruch (Z. 57) (*irgendwann*-) wird gemeinsames Vorwissen zum angekündigten Problem aktualisiert: dass der Pilz ja keine *resistenz* hat und dies ja ein paar mal *getestet* wurde. Dies wird mit einer Befürchtung kontrastiert: aber *!NICH!* dass er eine *KRIEGT*- (Z. 61). Die Funktion dieser Befürchtung als *account* für die favorisierte Therapieoption ‚Intervalltherapie‘ wird direkt darauf mit einer Begründung des präferierten Vorgehens unter Berufung auf generalisiertes professionelles Erfahrungswissen expliziert: un *!MANCH!*ma is so ne intervalltherapie da sogar *BESSER*. (Z. 62). Nach einer kurzen Pause rahmt Arzt M die präferierte Therapieoption elliptisch als *idee* und präsentiert das Vorgehen dann als Rat-schlag: *kAnn_ma ma proBIeren*. (Z. 64). Dadurch, dass er nun seine Therapiepräferenz als optionale Handlungsmöglichkeit (‚kann‘) neu rahmt, fällt der responsive Druck hin zu einer verbindlichen Ratifizierung seitens des Patienten deutlich ab. Selbst das angehängte Rückversicherungssignal evoziert lediglich eine minimale Rezipientenreaktion (Z. 66). Der hierdurch etablierte geringere deontische Gradient (siehe Kap. 3.3.3.2 und Kap. 8.1.2.1) geht Hand in Hand mit einer als herabgestuft dargestellten Dringlichkeit der therapeutischen Entscheidungsfindung. Diese ist die womöglich auch durch die patientenseitige Bagatellisierung des Symptoms bedingt sowie gegebenenfalls durch die bereits vorher signalisierte Zustimmung des Patienten zu der empfohlenen Änderung der Einnahmemodalität. Die Entscheidung verbleibt an dieser Stelle recht unverbindlich. Die patientenseitige Deutung der Beschwerden, die aus seinem Körperwissen heraus epistemisch gesichert präsentiert werden, sowie das responsive Vorenthalten einer Ratifizierung ändern die Therapiepräferenz des

Arztes zwar nicht inhaltlich, haben aber Konsequenzen für das ärztliche Gesprächshandeln, die sich auch in folgendem Ausschnitt fortsetzen:

Ausschnitt 8-7: Mundpilz, P-2308-AP, Arzt M, 450-468 Sekunden.

67 A: °h sonst (werden ma [nich)-]
 68 P: [also] wenn_(ma/ich) mal ne woche
 (.) mal AUSsetzen würde; =
 69 = ne,
 70 (--)
 71 A: geNAU;
 72 un halt gUcken ob was passiert oder NICH.
 73 P: (un) wenn_s schlImmer wird dann (eben)- =
 = dann natürlich wieder [NEHmen.]
 74 A:
 75 P: [wieder] NEHmen ja.
 76 A: so würd ich_s [MACHen.]
 77 P: [ich hab] () ma gemacht.
 78 P: des war (.) hat eigentlich Immer ganz gut HINGehaut; (-)
 79 A: okay,
 80 P: <<p> ja-> (-)
 81 A: gu_ut,
 82 P: <<p> ja->
 83 A: SEHR gut.
 84 <<f> also.>
 85 von den wErten her is das alles PRIma, (-)

Die nächste Äußerung des Arztes in Zeile 67, die eine negative Konsequenz der Nichtbefolgung des Therapievorschlages ‚Intervalltherapie‘ projiziert, wird sofort abgebrochen, als der Patient überlappend eine Nachfrage stellt: [also] wenn_(ma/ich) mal ne woche (.) mal AUSsetzen würde; = ne, (Z. 68/69). Der Patient entschlüsselt hier, eingeleitet mit dem Inferenzmarker also (Deppermann & Helmer, 2013), den vom Arzt eingebrachten Fachbegriff ‚Intervalltherapie‘, indem er diesen in einer Wenn-Dann-Konstruktion als *conditio irrealis* reformuliert und hierdurch die Implementierung der empfohlenen Therapieoption expliziert. Das angehängte Rückversicherungssignal ne fordert eine Bestätigung dieser inferenziellen Verstehensdokumentation, die der Arzt leistet: geNAU,. Er ergänzt: un halt gUcken ob was passiert oder NICH. (Z. 72). Der Patient schließt unmittelbar mit einer weiteren wenn-Bedingung an (Z.73), und nennt als *conditio realis* eine mögliche negative Folge, dessen dann-Teil der Arzt mit schnellem Anschluss vervollständigt. Hiermit überlappend bestätigt der Patient in Zeile 75 sein Verstehen: [wieder] NEHmen ja.. Die Therapieoption hat nun den Status eines konkreten Handlungsplans gewonnen. Die hieran anschließende Äußerung des Arztes so würd ich_s [MACHen. dient der Bekräftigung des Therapieplans.¹⁷² Die hiermit überlappende Äußerung des Patienten ist leider akustisch nicht ganz verständlich; er scheint hier ein ehemaliges eigentherapeutisches Vorgehen zu äußern, dass er positiv evaluiert: des war (.) hat

¹⁷² Das Format ‚Ich würde X‘ wird hier und auch in anderen Gesprächen als Ratschlagspraktik eingesetzt (siehe Kap. 8.3.3.4).

eigentlich Immer ganz gut HINGehaut; (Z. 78). Ob dieses in Einklang mit der erarbeiteten therapeutischen Lösung steht, ist auch durch die Reaktion des Arztes nicht ganz auszumachen; die Äußerung kann auch in Richtung einer Negierung der Notwendigkeit der ablaufenden Entscheidungsfindung gedeutet werden: Das ärztliche *okay*, wird mit leicht steigender finaler Tonhöhenbewegung geäußert und ist so ein *continuer*; der Patient schließt den Redezug allerdings mit *ja-* ab. Die nachfolgend häsitativ geäußerte, interrogativ produzierte Gliederungspartikel *gu_ut*, ist ein *opening up closing* (Schegloff & Sacks, 1973) und trägt zugleich eine positiv-evaluierende Bedeutung. Der Patient aligniert mit dem Abschluss der Aktivität ‚Therapieentscheidung‘ (Z. 82), so dass der Arzt die Aktivität mit *SEHR gut*. endgültig abschließt und zur Mitteilung der Blutwerte übergeht.

8.2.1.2 Diskussion zentraler Ergebnisse

Im Folgenden sollen zentrale Ergebnisse aus der obigen Analyse herausgestellt werden. Dabei dienen die ärztlichen Äußerungen, in denen eine Therapieoption relevant gesetzt wird, als Ausgangspunkt für die Diskussion.

Die erste therapierrelevante Äußerung und !MEI!nen sie das hängt nIch mit_de_mit dem (.) zusammen was sie ESSen? wenn sie da: (-) das variIERen oder; (Zeilen 24/25) weist eine janusköpfige Dynamik auf: Das Erfragen einer Ursachenattribution ist zunächst als prädiagnostische Äußerung in der Aktivität der Beschwerdeninterpretation lokalisiert. Dennoch wird hier bereits eine mögliche Therapieoption angedeutet; sequenziell ist ihr damit das Potenzial einer Prä-Handlung für eine entsprechende therapeutische Empfehlung inhärent, auf das der Patient allerdings nicht reagiert: Er weist die Ursacheninterpretation mit Verweis auf sein bisheriges Ernährungsverhalten zurück. Es ist also festzustellen, dass die Therapieentscheidung nicht mit einer ärztlichen Empfehlung beginnt, vielmehr beginnt die Aktivität verschränkt mit der Beschwerdeninterpretation.

Die zweite therapiebezogene Äußerung des Arztes (°h un wie_m- sie nEhmen ja das flukonaZOL, das diflukAn dann immer nur bei beDARF. ne,) ist eine Aktualisierung der laufenden Therapie; sie dient der Abklärung von Vorbedingungen für mögliche Empfehlungen. Dies tritt in einigen HIV-Sprechstunden auf und verweist auf chronische Behandlungsmodalitäten: Bevor über neue Therapien entschieden werden kann, muss abgeklärt werden, welche Behandlungen bereits probiert wurden und sich ggf. als nicht wirksam herausgestellt haben. In Kapitel 8.4.2 werde ich zeigen, dass Patient/innen auf solche Fragen bisweilen mit Rechtfertigungen eigentherapeutischen Verhaltens reagieren und sie hierdurch als Prä-Evaluation behandeln.

Die Äußerung °h und <<p> w:_hm:> wäre es besser das dann immer mal zu pauSIERen und dann (-) zu NEHmen, = oder (.) is das (.) vom

geFÜHL her; ist als erste explizite Therapieempfehlung zu werten, durch die eine Ratifizierung relevant gesetzt wird. Die in der unvollständigen Alternativfrage angedeutete exklusiv-disjunktive Bedingung transportiert epistemische Unsicherheit in Bezug auf die Prognose der Intervalltherapie; der Patient wird dabei als derjenige positioniert, der ihre Güte beurteilen kann. Dies steht in Einklang mit Beobachtungen Stivers' et al. (2017) zu Empfehlungen, die als Vorschlag gerahmt werden (siehe Kap. 8.1.3). Die Zuweisung epistemischer Rechte wird hier vom Patienten aufgenommen, indem er eine Evaluation der Therapieoption als *nicht verkehrt* vornimmt (Z.50). Dies geht deutlich über das hinaus, was Lindström & Weatherall (2015, S. 39) für Therapieentscheidungen in klinischen Settings beobachten: „Doctors rightfully privilege their own epistemic expertise in treatment decisions but they also take patient experiences into consideration.“ Hier wird das Erfahrungswissen des Patienten vielmehr als ausschlaggebend für die Entscheidung behandelt, v. a., da der Erfolg der Intervalltherapie als unsicher präsentiert wird. Deutlich ist aber auch, dass es der Arzt selbst ist, der diese Zuschreibung vornimmt, was Landmark, Gulbrandsen & Svennevig (2015, S. 63) als *metadeontische* Autorität bezeichnen, „in that they [die Ärzt/innen; A.G.] are the ones who determine when it is the patient's knowledge that counts“.

Trotz der positiven Bewertung des Patienten wird die Entscheidung als nicht beendet behandelt: Dies verdeutlicht, dass eine patientenseitige Evaluation als nicht gleichwertig mit einem Einverständnis behandelt wird, wie auch Stevanovic (2012, S. 12) für dyadische Planungsgespräche feststellt: „It is one matter to praise the positive qualities of some item, but a different matter to commit oneself to some action on the basis of these positive qualities“. Der Patient reagiert also hier nicht auf die deontischen Anteile der Empfehlung (also mit einem Einverständnis). In Folge dessen wird die Verbindlichkeit der Entscheidung einerseits gelockert, indem Arzt M seine präferierte Therapieoption neu in mehreren Rat-schlagsformaten (Z. 62, 64, 72-74, 76) einbringt. Z. B. dass der Arzt die Intervalltherapie als „Idee“ rahmt (Z. 63), lässt die Umsetzung als optional erscheinen; es wird nicht mehr explizit das Einverständnis eingefordert. Andererseits dokumentiert das *accounting* seitens des Arztes für die vorgeschlagene Therapie sein Bemühen an einem erfolgreichen Entscheidungsabschluss. Hier zeigt sich deutlich, dass Therapieentscheidungen Aushandlungsprozesse sind, die nicht allein auf klinischen Befunden beziehungsweise auf dem fachmedizinischen Wissen von Ärzt/innen basieren, „but rather are subject to the influence and pressure of parent [or patient, A. G.] behavior and must be worked out in the medical encounter through the interaction“ (Stivers, 2006, S. 299).

Auffällig ist, dass der Arzt die Empfehlung inhaltlich füllt (Intervalltherapie mit der bisherigen Medikation), diese aber mittels des biographischen Wissens des Patienten ratifizieren lässt. Das Auftreten des Pilzes wird als rätselhaft und

seine adäquate therapeutische Behandlung als Gefühlssache mit Zufallspotenzial behandelt. Der Arzt führt zwar sein fachmedizinisches Erfahrungswissen (eventuelle Resistenz des Pilzes bei Dauerbehandlung, Intervalltherapie wirksamer) ins Feld, welches als überindividuelles Regelwissen epistemisch gesichert erscheint, jedoch für den konkreten Fall als eingeschränkt anwendbar präsentiert wird. Die epistemischen Territorien der Teilnehmenden verhalten sich also entsprechend deren *membership categories*, das *lokale Wissensprimat* für die Entscheidung liegt aber beim biographischen Wissen und Körperwissen des Patienten. Ihm wird damit auch das Recht zugesprochen, über die Durchführung der Therapieoption zu bestimmen.

Festgehalten können – in Stichpunkten noch einmal zusammengefasst – folgende Ergebnisse:

- Der Entscheidungsprozess ist mit der Beschwerdeninterpretation verschränkt; sowohl Arzt als auch Patient orientieren sich in seinem Verlauf an einer allmählichen Annäherung an die Entscheidungsfindung. Insgesamt ist die Aktivität komplex, ein *big package* innerhalb des Gesamtgesprächs.
- Die entscheidungsrelevanten Äußerungen des Arztes changieren in Abhängigkeit von der verhaltenen Zustimmung des Patienten zwischen dem Einfordern einer patientenseitigen Zustimmung einerseits und der Markierung der Entscheidung als optional andererseits. Letzteres wird u. a. durch das Übergehen von Empfehlungen zu Ratschlägen explizit, wodurch die Entscheidung letztlich unverbindlich bleibt und in die Hände des Patienten gelegt wird.
- Unterschiedlichen teilnehmerbezogenen Wissensarten kommen in der Entscheidungsfindung unterschiedliche Funktionen zu: Fachmedizinisches Wissen wird in *accounts* zur Untermauerung des Therapievorschlages eingesetzt (siehe Kap. 8.4) und dient als überindividuelles Regelwissen, dessen Gültigkeit für den konkreten Fall nicht abgeschätzt werden kann. Patientenwissen wird dagegen als unmittelbar entscheidungsrelevant behandelt.
- Der Arzt behält trotz eingeschränkter epistemischer Haltung in Bezug auf die Prognose der vorgeschlagenen Intervalltherapie eine *meta-epistemische* und *meta-deontische* Autorität, indem er über entscheidungsrelevantes Wissen bestimmt und den Patienten im weiteren Verlauf des Entscheidungsprozesses als Entscheidungsträger positioniert. Das Recht, über teilnehmerspezifisches Wissen zu verfügen (z. B. Kamio, 1995), ist also vom Recht, Wissen funktional einzusetzen, abzugrenzen.

8.2.2 Fallbeispiel *Truvada*: „das wollten wir ja RAUSnehmen.“

Neben den im obigen Fallbeispiel identifizierten Aspekten dokumentiert das folgende Fallbeispiel unterschiedliche – z. T. bislang nicht beschriebene – initiative Formen von Patientenpartizipation, die sich zum einen aus interaktionsbiographischen Ressourcen der sich über mehrere Sprechstunden anbahnenden Entschei-

dungsfindung und zum anderen gesprächsintern aus therapieimplikativen Ursachenattributionen der Ärzt/innen ergeben. Es zeigt weiterhin die Grenzen partizipativer Entscheidungsfindung, wenn eine therapeutische Lösung als rein intraprofessioneller Entscheidungsgegenstand aufgrund eingeschränkter therapeutischer Handlungsalternativen behandelt wird und Ärzt/innen interaktive Rechte zur Gesprächsführung nutzen, um Entscheidungsprozesse voranzutreiben und Therapiepräferenzen gegen patientenseitige Einwände durchzusetzen. Wie das letzte Fallbeispiel dokumentiert auch das folgende in besonderem Maße (allein mit seiner beachtlichen Länge von 12 Minuten und 20 Sekunden), dass Therapieentscheidungsprozesse in der HIV-Sprechstunde komplexe Aktivitäten sind, die unter Einbezug verschiedener Wissensbereiche vorangetrieben werden und in die ärztliche Gesprächsbeiträge wie Informieren und Planen sowie patientenseitig initiierte Klärungssequenzen eingebettet sein können.

8.2.2.1 *Sequenzielle Analyse*

Patient G-2107 ist zum Zeitpunkt der Aufnahme 62 Jahre alt und nach eigenen Angaben bereits seit 22 Jahren in medikamentöser Behandlung. Im vorliegenden Fallbeispiel schließt sich der Therapieentscheidungsprozess direkt an die Mitteilung der Blutwerte (siehe Kap. 7) an, was allgemein in den untersuchten Gesprächen ein typischer Gesprächskontext für therapiebezogene Aushandlungen ist (siehe auch Kap. 8.2.3). Der folgende Ausschnitt setzt ein, als eine Verschlechterung der Nierenwerte festgestellt wird:

Ausschnitt 8-8: Truvada, G-2107-AP, Ärztin G, 383-405 Sekunden.

17 A: eh: <<cv> eh> jetzt kommen_wa zu den ANderen sachen;
 18 also das kreatinIn lag bei ZWEI?
 19 P: Is_es das was [die (niere),]
 20 A: [hh°] ja-
 21 'eh also- (---)
 22 d_die nIerenwerte die habm sich weiter (---)
 verSCHLECHtert,
 23 ich glaub so schlecht waren die das letzte mal NIT,
 ((blättert))
 24 P: <<p> ja,>
 25 A: EIns komma fünf SIEben. =
 26 un das problem is das truVAda? (--)
 27 eh:m- (3.3)
 28 heizt das mit AN;
 29 P: das (--) wOllten wir ja- (--)
 30 A: RAUSnehmen.
 31 P: wollten_ma ja WECHseln.
 32 A: ja.
 33 P: (oder) [RAUS]nehmen.
 34 A: [°h]

Nachdem die HIV-spezifischen Blutparameter mitgeteilt wurden (nicht gezeigt), kündigt die Ärztin metakommunikativ die ANderen sachen; (Z. 17) an, womit auf HIV-unspezifische Blutparameter referiert wird. In Zeile 18 wird der Krea-

tininwert mitgeteilt, ohne dass eine Evaluation vorgenommen wird. Dies stellt eine Abweichung vom Defaultfall einer positiven Evaluation dar (siehe Kapitel 7.1) und projiziert eine negative Bewertung des mitgeteilten Werts. Der Patient stellt darauf eine – akustisch nicht ganz verständliche – Nachfrage (Z. 19), die womöglich auf die Bedeutung von Kreatinin für die Niere abzielt. So wird ein patientenseitiges Verstehensdefizit manifest, das die Ärztin überlappend mit ja ausräumt. Vor und nach der Antwortpartikel ist schweres Atmen seitens der Ärztin zu hören, das zusammen mit den Häsitationsmarkern in den Zeilen 20/21 eine negative Evaluierung des Mitgeteilten projiziert: Mittels also- leitet sie eine explizierend-verallgemeinernde Schlussfolgerung ein: d_die nIerenwerte habm sich weiter (---) verSCHLECHtert, (Z. 22). Der konkrete fachsprachliche Begriff ‚Kreatinin‘ wird also hier durch das eher vermittlungssprachliche ‚Nierenwerte‘ ersetzt und statt des absoluten Zahlwerts wird nun ihre Entwicklung evaluiert. ‚Weiter‘ markiert diese dabei als nicht neu und beiden bekannt. Die Ärztin fährt fort mit ich glaub so schlecht waren die das letzte mal NIT, (Z. 23); sie relativiert so zwar mittels *verbum cogitandum* ‚glauben‘ ihre Aussage als epistemisch nicht gesichert, verstärkt aber zugleich die negative Bewertung des Kreatininwerts (‚so schlecht‘). Nach einem eine Bestätigung evozierenden Rezipientensignal seitens des Patienten (<<p> ja,> Z. 24) teilt die Ärztin den entsprechenden Wert mit: EIns komma fünf SIEben. (Z. 25).

Nach schnellem Anschluss liefert die Ärztin eine diagnostische Erklärung für die negative Entwicklung des Kreatininwerts, die einleitend als *problem* gerahmt und kausal mit dem Medikament *truVAda*¹⁷³ verknüpft wird: Letzteres ist zunächst – mittels der dreisekündigen Pause nach *truVAda* – Prädikat des Kopulasatzes *das problem is das truVAda*, fungiert dann aber nach Häsitationsmarker und einer dreisekündigen Pause als Subjekt eines Aussagesatzes *das truVAda? (--)* *eh:m- (3.3) heizt das mit AN*; (Z. 23). Diese syntaktische Gelenkstellung von ‚das Truvada‘ als Koinon hat auch eine semantische Doppelfunktion, indem es erst als Problem benannt und dann in der weiteren Produktion des Satzes als mitverursachender Faktor der ungünstigen Kreatininentwicklung bezeichnet wird. Durch diese Formulierung wird Truvada als destruktiv wirkender Agens dargestellt, wodurch es als therapeutischer Ansatzpunkt in den Fokus rückt. Diese *therapieimplikative Ursacheninterpretation* hat m. E. eine ähnliche Funktion wie die ärztliche Äußerung und !MEI!nen sie das hängt nIch mit_de_mit dem (.) zusammen was sie ESSen, aus dem ersten Fallbeispiel (siehe Ausschnitt 8-4, Z. 24). Sie vermag implizit eine Therapieoption mittels

¹⁷³ Truvada ist ein Kombinationspräparat, das die Wirkstoffe Emtricitabin und Tenofovir enthält und im Rahmen einer ART-Therapie zusammen mit weiteren Präparaten eingenommen wird. Es wirkt gegen die Vermehrung des HI-Virus im Blut, indem es die Reversen Transkriptasen (Enzyme) blockiert (Gilead Sciences, 2014) (<http://www.truvada.com/treatment-for-hiv>; letzter Aufruf am 09.04.2015).

mehr oder weniger gesicherter ursachendiagnostischer Überlegungen ins Gesprächsgeschehen einzubringen und bietet zugleich eine Möglichkeit, die patientenseitige Akzeptanz dieser Lösung zu prüfen. Der Patient geht sogar darüber hinaus, indem er auf vergangene therapeutische Intentionen verweist: das (--) wollten wir ja- (--) (Z. 29). Ko-konstruierend ergänzt die Ärztin nach der Pause das Verb RAUSnehmen und füllt auf diese Weise den aktualisierten therapeutischen Vorschlag inhaltlich. Der Patient zieht also gemeinsames interaktionsbiographisches Wissen heran, und zeigt hierdurch nicht nur Akzeptanz für die therapeutische Lösung ‚Truvada rausnehmen‘, sondern stellt diese als bereits intendiertes Vorgehen und zugleich als *in situ* umzusetzende Therapieentscheidung dar. Zugleich übernimmt der Patient die entscheidungsinitiierende interaktive Aufgabe, die normalerweise Ärzt/innen zukommt. Insgesamt liegt das Recht der inhaltlichen Ausgestaltung einer möglichen Therapie aber bei der Ärztin. Dies zeigt sich auch im weiteren sequenziellen Verlauf des Ausschnitts, als der Patient seine selbstreparierende Folgeäußerung wollten_ma ja WECHseln. erneut repariert und an die ärztliche Formulierung anpasst: (oder) [RAUS]nehmen. (Z. 33).

Ausschnitt 8-9: Truvada, G-2107-AP, Ärztin G, 405-430 Sekunden.

35 A: das [würd ich auch gerne MACHen;]
 36 P: [wir wollten (.) HEUTE,]
 37 (wir) wollten aber Erst jetzt DIEse umstellung-
 38 also Erstma das ganze da mit dem (--) LUNGenmäßischen da
 abwickeln- (-)
 39 wo mir jetzt (--) dabei SIND [denk ich ma-] (--)
 40 A: [hm_hm hm_hm,]
 41 P: dann die (.) die (endet) veränderte tablettengeschichte
 von-
 (1.0)
 42 vom doktor RIEsenfeld, =
 43 = das hatten wir jetzt AUCH gemacht, (--)
 44 und ich denk jEtz kommen_wa in die richtung truVAda.
 45 (1.5)
 46 wenn sie dEs (heut) besPRECHen,
 47 A: ja-
 48 (--)

Die Äußerung der Ärztin in Zeile 35 referiert deiktisch auf die therapeutische Lösung ‚Truvada rausnehmen‘ und ist vor dem Hintergrund des bisherigen sequenziellen Verlaufs als *alignment* mit der patientenseitig vorgenommenen Aktualisierung vergangener Therapieplanungen zu sehen. Durch die Ich-Formulierung positioniert sich die Ärztin dabei im Unterschied zu den vorausgegangenen patientenseitigen Äußerungen als alleinige Entscheiderin, wobei die ‚ich würde gerne‘-Konstruktion den therapeutischen Plan zugleich abschwächend als Wunsch erscheinen lässt. Wie in Kapitel 8.3.1.1 ausgeführt werden wird, erscheint dieses Format – auch ohne ‚gerne‘ und prominent mit den performativen Verben ‚empfehlen‘ und ‚vorschlagen‘ – bisweilen bestärkend nach ärztseitigem

accounting für eine favorisierte Therapieoption, allerdings ist die Funktion solcher Formate stark kontextuell gebunden: Während sie auch als erste Therapieempfehlungen eingesetzt werden, wird eine entsprechende ärztliche Äußerung im vorausgehenden Fallbeispiel ‚Mundpilz‘ in Kapitel 8.2.1 (Z. 75: *so würd ich_s MACHen.*) als *perspektiveinnehmender Ratschlag* (PER; siehe Kap. 8.3.3.4) behandelt.

Überlappend mit der Äußerung der Ärztin (Z. 35) knüpft der Patient mittels ‚wir wollten‘-Konstruktion an seine vorherige Äußerung an: [*wir wollten (.)* HEUTE,] (Z. 36). Er repariert nach einem Neustart (*((wir)_wollten aber Erst jetzt DIEse umstellung-*, Z. 37), fährt fort, vergangene therapeutische Planungen zu rekonstruieren (*(also Erstma das ganze da mit dem (--)) LUNGenmäßischen da abwickeln-*) und diese in Bezug zu tatsächlich vorgenommenen therapeutischen Schritten zu setzen: *wo mir jetzt (--)* dabei SIND [*denk ich ma-*] (*--*) dann die (*.*) die (*endet*) veränderte *tablettengeschichte von- vom doktor RIEsenfeld, = das hatten wir jetzt AUCh gemacht,* (Z. 39-43). In der Aktualisierung gemeinsamer Therapiepläne greift der Patient das inkludierende ‚wir‘ auf (Z. 17) und positioniert sich als aktiv Beteiligter; darüber hinaus beurteilt er aus seiner gegenwärtigen Perspektive den Stand ihrer Umsetzung. Sprachlich auffällig ist das erhöhte dialektale Register sowie die Verbaldeiktika (*da*) und Vagheitsanzeiger (*das ganze, LUNGenmäßischen, tablettengeschichte*), die einerseits durch die lexikalische Wahl in der Referenz auf medizinische Begriffe Laienhaftigkeit transportieren, in ihrer semantischen Vagheit aber zugleich auf gemeinsames Wissen verweisen, das durch die Ärztin mittels minimaler Verstehensdokumentationen als solches bestätigt wird. Dieser spezifische Adressatenzuschnitt etabliert eine sprachlich-interaktive Routine zwischen Ärztin und Patient, wie sie Uhmann (2010) für die Vermittlung professionellen Wissens in Gesprächen zwischen medizinischen Aktanten im Operationssaal beschreibt.¹⁷⁴ Der Patient ruft auf diese Weise also zwei (komplementäre) *membership categories* (Schegloff, 2007a) auf: die des medizinischen Laien und die des aktiv Ko-Partizipierenden in der Aufgabe der Therapieentscheidung.

Subsummierend äußert der Patient: *und ich denk jEtz kommen_wa in die richtung truVAda.* (Z. 44), was hier – terminal mit fallender Tonhöhe intoniert – als Fazit seiner Rekonstruktion operiert und zugleich erneut eine Ratifizierung relevant setzt. Im Unterschied zur entscheidungsinitiierenden Äußerung der Ärztin in Zeile 35 inkludiert er erneut sie sowie sich selbst im Entscheidungsprozess; er stellt die Entscheidung gegen Truvada darüber hinaus mittels *verbum*

¹⁷⁴ Uhmann (2010) fokussiert in ihrem Beitrag freie Infinitivkonstruktionen, die in Handlungsaufforderungen Verwendung im OP-Saal finden, wenn Wissensressourcen als geteilt unterstellt werden.

cogitandum ‚denken‘ als seine eigene Schlussfolgerung aus dem rekonstruierten Planungs- und Therapieprozess dar.

M. E. übernimmt der Patient hier interaktive Aufgaben, die typischerweise Ärzt/innen zukommen, sowohl in der Aktualisierung vergangener Therapieplanungsaktivitäten als auch in der Re-Initiierung der Therapieentscheidung. Er nutzt hierfür eine Wissensdomäne, zu der beide Interagierende gleichermaßen Zugriff haben, nämlich geteiltes interaktionsbiographisches Wissen. Zudem kennzeichnet er die (endet) veränderte tablettengeschichte als fremde Entscheidung. Hierdurch nutzt er zwar auch professionelles Wissen, vermeidet aber zugleich ein potenziell zu sanktionierendes Betreten des medizinprofessionellen Wissensterains.

Im Unterschied zu bisher belegten ärztlichen Vorschlags- und Empfehlungsmformaten ärztlicher Entscheidungsinitiierungen präsentiert der Patient die Entscheidung gegen Truvada nicht als persönliche Präferenz; die Entscheidung wird vielmehr als (bereits besprochener) notwendiger nächster Schritt am Ende der rekonstruierten Kette therapeutischer Planungshandlungen dargestellt (Z. 44). Damit nutzt der Patient eine Strategie, die Collins et al. (2005, S. 2624) als Merkmal eines eher unilateralen Entscheidungsstils von Ärzt/innen beschreiben: „the doctor’s preferred course of action is presented as a matter of necessity in the ‚unilateral‘ case“.

Die aktive Partizipation des Patienten bis hin zur Übernahme ärztlicher Aktivitäten in diesem Fallbeispiel steht insgesamt in Kontrast zu den Ergebnissen von Collins et al. (2005), die für Diabetesberatungen in der allgemeinmedizinischen Praxis sowie für Therapieentscheidungen bei Gesichtskrebs befanden, dass „Patients tended to say very little in the decision-making trajectory“ (ebd., S. 2625). Auch die Ergebnisse der anderen zitierten Studien aus der akutmedizinischen Praxis im angloamerikanischen Raum (v. a. Koenig, 2011; Stivers, 2005) legen nahe, dass mehr als eine responsive Beteiligung von Patient/innen den Ausnahmefall darstellt.

Daran, dass das Einbringen von Therapieoptionen in die deontische Domäne der Ärztin gehört, orientiert sich im Folgenden auch der Patient: Nach einer 1,5-sekündigen Pause, in der die Ärztin nicht hörbar auf seine Ausführungen reagiert, ergänzt er konsekutiv wenn sie dEs (heut) beSPRECHen, (Z. 44). Er rückt damit die Therapieentscheidung, die er im bisherigen sequenziellen Verlauf initiativ vorangetrieben hat, wieder als Aufgabe der Ärztin in Form einer impliziten Aufforderung in den Vordergrund, was die Ärztin mit ja- beantwortet.

In den hieran anschließenden Sequenzen (nicht gezeigt; 26 Sekunden Auslassung) wird die Therapieentscheidung zu Truvada nicht weiter ausgehandelt oder abgeschlossen; die Ärztin wechselt Aktivität und Thema, indem sie zur Mitteilung der Leberwerte übergeht (°h (--) ehm (---) was auch (1.0) ANgestiegen

sind- (--)) sind die LEberwerte?). Im nicht gezeigten Ausschnitt wird eine zeitnahe Kontrolle dieser Werte beim nächsten Bluttest ausgemacht. Direkt darauf kommt die Ärztin initiativ auf die Therapieentscheidung bezüglich Truvada zurück: <<len> und ehm>- <<len> ich glAUbe ich WÜRde?> (3.0) versuchen das hEUte schon umzustellen; (Z. 69-72, siehe Ausschnitt 8-10). Sie wiederholt damit ihre Äußerung aus Ausschnitt 8-9 (Z. 35), die dort mit dem nachfolgenden Redezug des Patienten überlappte.

Ausschnitt 8-10: Truvada, G-2107-AP, Ärztin G, 456-489 Sekunden.

68 ((Blättern))
 69 A: <<len> und ehm-> (---)
 70 <<len> ich glAUbe ich WÜRde?> [(3.0)]
 71 [(Ä blättert)]
 72 versuchen das hEUte schon umzustellen;
 73 (7.6) ((zwischen durch Blättern))
 74 °hh
 75 <<schwer atmend> da kann ich gerade ma GUCKen?>
 76 (7.0) ((zwischen durch Mausklicken))
 77 und zwar würd ich sie ganz gern glaub ich gAnz
 runternehmen von dem NUKS-175
 78 P: von dem WAS?
 79 [!NUKS!-]
 80 A: [<<p> von dem] [NUKS;>]
 81 P: [!NUKS!;]
 82 A: [ja.]
 83 P: [ja;]
 84 (1.1)

Die langsame Sprechgeschwindigkeit, die Pausen, das Blättern in den Unterlagen sowie die tentative Formulierung mittels analytischem Konjunktiv II, dem epistemischen Ausdruck ‚ich glaube‘ und dem Verb ‚versuchen‘ dokumentieren das Entstehen einer Entscheidung, die sich aber nicht auf die Therapieumstellung selbst bezieht, sondern auf zeitliche Details ihrer Umsetzung. Ärztin G behandelt damit die Entscheidung für den Therapiewechsel als getroffen, setzt eine weitere Entscheidung über den Umsetzungszeitpunkt relevant und stellt diese im Modus des Nachdenkens als primär internal zu treffende dar.

In der folgenden rund achtsekündigen Pause ist Umblättern zu hören (womöglich die Patientenakte). Dann kündigt die Ärztin metakommunikativ an: da kann ich gerade ma GUCKen? (Z. 75). Zusammen mit einem hörbaren, schweren Atmen verweist hier GUCKen in der Verwendung als *verbum cogitandum* auf einen Prozess des Nachdenkens. Nach einer weiteren Pause, in der Mausklicken zu hö-

¹⁷⁵ „Nuk(e)s“ ist ein Kurzwort für Nukleosidanaloga (NRTI); diese stellen als medikamentöse Substanzen eine Komponente der ARV-Therapie dar (siehe Kap. 2.1.2). In der modernen HIV-Therapie werden zwei NRTIs zugleich eingesetzt. NRTIs der älteren ART-Generation haben sich als Verursacher von zum Teil schwerwiegenden Nebenwirkungen wie Leber- und Nierenschäden herausgestellt (Eichenbrenner, Platten, Schafberger, & Sturmberger, 2010).

ren ist (Z. 76),¹⁷⁶ äußert die Ärztin: und zwar würd ich sie ganz gern glaub ich ganz runternehmen von dem NUKS- (Z. 77). Ebenso tentativ wie sie den Zeitpunkt der Umstellung ankündigt, wird hier die konkrete Umstellungsmodalität – wieder mittels analytischem Konjunktiv II sowie *gern* – als epistemisch herabgestufter Handlungswunsch formuliert. Die Äußerung fungiert – vergleichbar mit der Äußerung in Zeile 70 – mehr als Elaboration der Handlungsintentionen denn als Therapieempfehlung; mittels ‚und zwar‘-Konstruktion werden konkrete Schritte angekündigt (Die ART-Komponente ‚Nukes‘ absetzen).

Als Zwischenfazit aus Ausschnitt 8-10 kann festgehalten werden, dass die Ärztin die Entscheidung ‚Therapieumstellung ja oder nein‘ als abgeschlossen behandelt, v. a. dadurch, dass sie den Fokus der Entscheidung von ‚Therapieumstellung ob‘ zu ‚Therapieumstellung wann und wie‘ verschiebt. Die Entscheidung über weiterführende Modalitäten der Therapieumstellung wird als etwas nicht Aushandlungsfähiges behandelt: Ich-Formulierungen zusammen mit Aktionsverben, *verba cogitandi*, Verzögerungen sowie schweres Atmen als *display* von Denkarbeit stellen die Ärztin als alleinige Aktantin im Entscheidungsprozess ‚wann und wie‘ heraus; die vorläufigen Ergebnisse dieses Prozesses werden nicht vorgeschlagen, sondern tentativ im Modus eines lauten Denkens angekündigt. Alignierend hierzu bleibt Patient G-2107 in diesem Ausschnitt passiv, während er in den letzten Ausschnitten aktiv im Entscheidungsprozess involviert war. Im Folgenden stellt er lediglich eine Nachfrage von dem WAS? (Z. 78), dokumentiert aber direkt darauf – überlappend mit der wiederholenden Äußerung seitens der Ärztin – mittels emphatisch intonierter Wiederholung von [!NUKS!-] (Z. 79) einen Erkenntnisprozess, der zum Ende des Ausschnitts wechselseitig bestätigt wird (Z. 82/83). Dadurch, dass die Ärztin das Verstehensproblem als rein akustisches behandelt und keine weiteren Erklärungen zur medikamentösen Klasse der Nukleosidanaloga liefert, wird deutlich, dass sie dem Patienten Wissen sowohl über die Kurzbezeichnung des Medikaments als auch zu dessen therapeutischen Einsatz zuschreibt.

Die Handlungsankündigung der Ärztin, die Komponente ‚Nukes‘ aus der ARV-Therapie herauszunehmen, wird im Folgenden (Ausschnitt 8-11) auch vom Patienten als abgeschlossene Entscheidung behandelt, indem diese – ähnlich wie in Ausschnitt 8-9 – als Ausgangspunkt für eigeninitiierte Planungsaktivitäten hinsichtlich des genauen Zeitpunkts der Therapieimplementierung dient. Diese erstrecken sich im folgenden Ausschnitt von Zeile 85 bis Zeile 103.

¹⁷⁶ Aufgrund der Raumterritorien und der Sitzordnung im Sprechstundenzimmer sowie typischer Aktivitäten der Ärzt/innen am PC (zurückliegende Bluttestergebnisse elektronisch abrufen; Terminkalender überprüfen...) kann an dieser Stelle mit hoher Sicherheit gefolgert werden, dass hier die Ärztin den Computer benutzt.

Ausschnitt 8-11: Truvada, G-2107-AP, Ärztin G, 490 bis 755 Sekunden.

85 A: ehm:- (1.6)
 86 P: na GUT- =
 87 heut ham_wir de einundZWANzigste?
 88 (4.1) ((Zwischendurch Maus klicken))
 89 un wenn ich- (--)
 90 angenommen am !ER!ste august KOMM,
 91 das wär der MONtag,
 92 das_is in zehn TAGen, [(1.0)]
 93 [(Maus klicken)]
 94 dann hAm wir ja nochma so ne zäSUR.
 95 (1.2) ((Maus klicken))
 96 jEtz die (-) die Eventuelle (.) wirkung von den NEUen
 medikamenten- =
 97 die i_jetz vom rIEsenfeld her NEH:M? (1.0)
 ((Maus klicken))
 98 un nehm die truvada WEIterhin, =
 99 = un dann kommt die zäSUR? (1.5)
 100 mit blutentnahme erster auGUST beispielsweise-
 101 un dann- (-)
 102 dass ich dann ab augUst dann das NEUe (wa_han). (1.0)
 103 no NUKS- ((lacht))
 104 A: ((schalzt)) (-) WArten_se mal gerad; =
 105 = ich will meine kollEgin ma FRAGEN,
 106 weil (-) ich glAUbe die hat schon vorerfahr'-
 107 also das rEYataz würd ich ihnen gern LASSen, =
 108 = und das NORvir,
 109 P: = hm, =
 110 A: = weil das rElativ (-) BLUTfettneutral is.
 111 wegen der_<<cv> eh:> wegen der kardioLOGischen
 erkrankung. =
 112 = es gibt_n NEUes medikament-
 113 das (!REIL!tikravi) isSENtriss,
 114 h das_n inteGRasehemmer.
 115 und ich glAUb die hAt (.) schon (.) patienten schon auf
 die kombination EINGestellt,
 116 P: (ja-)
 117 A: die würd ich jetzt ganz gern ma kurz FRAGEN.
 118 KLEIN: mo[ment.] =
 119 P: [()]
 120 A: = ich bin glEIch wieder DA:; =
 121 = ja,
 122 P: ja (na).
 123 (4.3)
 124 ((Türgeräusch))
 125 A: ((im Hintergrund)) saBIne?
 126 ((191 Sekunden Pause))

Auffällig innerhalb dieses Ausschnitts bis Zeile 103 ist, dass der Patient mit der Planung und Koordinierung der nächsten Termine zur Blutentnahme bzw. des Beginns der Therapieimplementierung eine Aktivität einläutet, die nach einer Übereinkunft über das therapeutische Vorgehen typischerweise von Ärzt/innen initiiert und auch maßgeblich durch sie gestaltet wird. Dieses genuin ärztliche interaktive Recht übernimmt hier der Patient, allerdings auf zunächst tentative Weise, indem die Planung in den Zeilen 89 bis 92 mittels Doppelung des

konditionalen ‚wenn‘ und ‚angenommen‘ sowie mittels Konjunktiv (das wär der MONTag,, Z. 91) als mögliches Vorgehen gerahmt wird. In Zeile 94 liefert der Patient – womöglich aufgrund der ausbleibenden responsiven verbalen Aktivität der Ärztin – einen *account* für die von ihm ausgeführte Planung: dann hAm wir ja nochma so ne zäSUR., den er nach erneut ausbleibender Reaktion expliziert: jEtz die (-) die Eventuelle (.) wirkung von den NEUen medikamenten- = die i_jetz vom rIEsenfeld her NEH:M? (Z. 96/97). Es ist wiederum keinerlei verbale responsive Aktivität seitens der Ärztin zu hören; das Mausclicken zwischendurch weist dagegen darauf hin, dass sie sich währenddessen dem Computer zuwendet, sich in der Planungsaktivität also nicht engagiert.

Nach einer einsekündigen Pause fährt der Patient fort: un nehm die truvada WEIterhin, un dann kommt die zäSUR? (Z. 98/99). An dieser Stelle wird deutlich, dass die Planungsaktivitäten hinsichtlich der Therapieentscheidung ‚Nukes absetzen‘ Widerstand gegenüber dem durch die Ärztin favorisierten Zeitpunkt der Implementierung enthalten: Während die Ärztin bereits zwei Mal (Z. 35 in Ausschnitt 8-9 und Z. 69-72 in Ausschnitt 8-10) signalisiert hat, die Therapieumstellung *heute* vornehmen zu wollen, äußert der Patient einen Gegenvorschlag, der im Rahmen der Planungsaktivitäten aber nicht explizit als solcher kontextualisiert wird: mit blutentnahme erster auGUST beispielsweise- un dann- dass ich dann ab augUst dann das NEUe (wa_han). (Z. 100-102). Durch die Einbettung des Gegenvorschlages in die Planungsaktivität mittels der exemplarischen Darstellung des weiteren Vorgehens wird dieser nicht als deutliches *display* von Widerstand (Stivers, 2006; Koenig, 2011) präsentiert, sondern erscheint auf diese Weise *en passant* im „Kostüm“ von Planungshandlungen. Nach einer einsekündigen Pause schließt der Patient scherzhaft mit: no NUKS- ((lacht)) (Z. 103).

Die darauffolgende metakommunikative Äußerung der Ärztin, die auch mittels Schnalzen paraverbal einen Bruch anzeigt (((schnalzt)) (-) WArten_se mal gerad; = ich will meine kollEgin ma FRAGEN,, Z. 104/105), zeigt zunächst retrospektiv eine Nichtbearbeitung der Ausführungen des Patienten. Ein solches Ignorieren patientenseitiger Gesprächsbeiträge wurde bereits beschrieben, allerdings nach der Äußerung subjektiver Krankheitstheorien innerhalb der Aktivität der Beschwerdenexploration und -interpretation: „they [doctors, A.G.] typically stay on course [...] and continue to collect data from patients without outwardly indicating that they heard patients insert their analyses into conversation“ (Gill & Maynard, 2006, S. 117). Hier übergeht Ärztin G die durch den Patienten initiierten Planungsaktivität nicht nur, sondern kündigt einen Aktivitätswechsel an, nämlich das Zurateziehen der Kollegin. Zusammen mit dem Nichtbearbeiten der patientenseitigen Planung stellen die Unterbrechung und der eigeninitiative

Wechsel der Aktivität eine Ausübung von typischen interaktiven Rechten der medizinischen Expertin dar.

Für das angekündigte Ratsuchen bei der Kollegin gibt die Ärztin einen *account*: weil (-) ich glAUbe die hat schon vorerfahr' (Z. 106), bricht die Äußerung dann aber ab und äußert – einleitend mit dem Explikationsmarker ‚also‘ Überlegungen, welche Medikation sie für geeignet hält: also das rEYataz würd ich ihnen gern LASSen, = und das NORvir, (Z. 107/108).

Das Nichtbearbeiten der patientenseitigen Initiativen bedeutet zugleich das Zurückgehen in den Entscheidungsprozess hinsichtlich der Umstellungsmodalitäten: Während sich der Patient zuvor auf die zeitliche Planung der Therapieumstellung fokussierte und hier auf gesprächsorganisatorische Ressourcen (nämlich die Einbettung seiner Vorschläge in die sich typischerweise einer Entscheidung anschließenden Planungsaktivität) zugunsten seiner präferierten Zeitplanung setzte, nutzt die Ärztin professionelle Gesprächsrechte, um den Fokus auf die Entscheidung ‚welche Medikamente?‘ zu legen und damit einen Schritt zurückzugehen. Dazu wird das ‚ich würde gerne‘-Format, das sie bereits in den vorherigen Ausschnitten im Anschluss an die implizite Zustimmung des Patienten nutzt, (Ausschnitt 8-9 und 8-10) herangezogen: Die herannahende Entscheidung ‚welches Medikament‘ wird dabei erneut als eine primär internal zu treffende behandelt.

Das Beibehalten der genannten ART-Komponenten wird unter Rückgriff auf medizinisches Fachwissen begründet und auf diese Weise als *accountable* behandelt: weil das rElativ (-) BLUTfettneutral is. wegen der_<<cv> eh:> wegen der kardioLOGischen erkrankung. (Z. 110/111). Direkt darauf präsentiert die Ärztin eine weitere Behandlungsoption: es gibt_n NEUES medikament-das (!REIL!tikravi) isSENtriss, (Z. 112/113), auf die eine fachmedizinisch-definitivische Erklärung folgt: °h das_n inteGRasehemmer. (Z. 114). Das assertivische Format, in dem diese Therapieoption eingebracht und benannt wird, dient zunächst der Information. In der Folgeäußerung wird ersichtlich, wie diese mit dem angekündigten Konsultieren der Kollegin zusammenhängt: und ich glAUb die hAt (.) schon (.) patienten schon auf die kombination EINGestellt, (Z. 115). Die Ärztin rahmt das genannte Medikament durch den Verweis auf das Erfahrungswissen der Kollegin nochmals als mögliche Option und kündigt nachfolgend an, sie um Rat zu fragen (Z. 117). Die Entscheidung für oder wider die neue Therapieoption (!REIL!tikravi) isSENtriss wird durch diese Ankündigung (Z. 117) sowie durch das nachfolgende Verlassen des Raums (Z.118-124) ganz explizit als eine behandelt, die nicht im Gespräch zwischen ihr und dem Patienten ausgehandelt werden kann, sondern auf intraprofessionellem Terrain getroffen werden muss.

Nach rund drei Minuten kommt die Ärztin wieder in den Behandlungsraum. Sie re-initiiert das Gespräch mit dem emphatisch intonierten s::o; (Z. 127) und evaluiert metakommunikativ das Gespräch mit der Kollegin (Z. 128):

Ausschnitt 8-12: Truvada, G-2107-AP, Ärztin G, 756-802 Sekunden.

127 A: s::o; =
 128 = es ist doch Immer wieder gut mit kollegen zu
 [SPRECHen.]
 129 [(Türgeräusch)]
 130 P: <<emphatisch> JA_a.>
 131 (1.1)
 132 A: ALso. =
 133 = sie hat (-) zwei Ähnlich geLAgerte- °hh
 134 paTIENTen-
 135 also;
 136 die hAm so probleme wie SIE?
 137 P: ja-
 138 A: die auch mit dem kreatinIn ANgestiegen (.) sin-
 139 und es GIBT, (4.1) ((Blättern))
 140 also wir hätten (.) im prinzip ZWEI möglichkeiten.
 141 wir können jetzt das truvada RAUSnehmen? =
 142 = den ha el A (-) test177 HAM_wa? (1.1)
 143 eh wir können das truvAda (.) AUstauschen gegen das
 kiVExa.
 144 (1.3)
 145 das is (-) auch_n NUK? (--)
 146 ja_a, °h (-)
 147 da wär <<cv,p> eh::> jetzt n (.) nIch dass der (.)
 dass die nuks halt ganz DRAUßen wären, =
 148 = sondern es wär_n AUstausch-
 149 aber das kivexa mAcht keine probleme mit der NIEre.
 150 P: <<p> ja:->
 151 A: ja,
 152 oder nich in dem MAße.

In Zeile 132 kündigt die Ärztin einen längeren Gesprächsbeitrag an; es folgt ein Resümee aus dem Gespräch mit der Kollegin in den Zeilen 133 bis 138. Inhaltlich wird zunächst das therapeutische Erfahrungswissen der Kollegin fokussiert, das durch den Vergleich zweier „ähnlich gelagerter“ Patienten mit Patient G-2107 auf die vorliegende Entscheidungssituation angewendet wird. In Zeile 139 beginnt sie eine Existenzaussage (und es GIBT,, Z. 139), die hier das Nennen einer potenziellen therapeutischen Möglichkeit projiziert, bricht diese aber ab und äußert nach einer 4-sekündigen, durch Blättergeräusche gefüllten Pause: also wir hätten (.) im prinzip ZWEI möglichkeiten. (Z. 140).

Auffällig ist an dieser Stelle, dass die Ärztin den Patienten hier nun erstmals mittels inkludierendem ‚wir‘ als Ko-Agierenden in den Entscheidungsprozess

¹⁷⁷ Der HLA-Test wird vor der Auswahl einer ARV-Medikation eingesetzt, um eine Apacavir-Hyperempfindlichkeit auszuschließen. Apacavir ist ein Arzneistoff, der im ARV-Kombinationspräparat unter dem Handelsnamen Kivexa vertrieben wird (Ma, Lee & Kuo, 2010).

einbezieht, nachdem sie das Finden geeigneter therapeutischer Alternativen zuvor als ihre eigene Aufgabe dargestellt hat (vgl. Ausschnitt 8-9, Z. 35; Ausschnitt 8-10, Z. 69-77; Ausschnitt 8-11, Z. 107).

Indem die Ärztin – einleitend mit dem Explikationsmarker ‚also‘ – die Präsentation zweier Therapieoptionen ankündigt, verwendet sie ein Verfahren, das für APG in der Neurologie als Möglichkeit patientenzentrierter Entscheidungsfindung beschrieben wurde (siehe Kap. 8.1; Toerien et al., 2011; Toerien, Shaw & Reuber, 2013). Die Autor/innen fanden allerdings heraus, dass dennoch die ärztliche Präferenz für eine Therapieoption, u. a. durch ihre sequenzielle Positionierung, durch explizite Präferenzmarkierungen und/oder dem Präsentieren eines eingeschränkten „Therapiemenüs“, kommuniziert wird. Letzteres ist auch hier der Fall: Der Patient wird nun in eine Entscheidung involviert, die zu großen Teilen bereits (durch Denkarbeit sowie im Gespräch mit der Kollegin) getroffen und auf zwei Möglichkeiten eingeschränkt wurde. Die erste Möglichkeit, die bereits in den vorherigen Ausschnitten mehrfach genannt wurde, wird nun bezüglich der zeitlichen Umsetzungsmodalitäten konkretisiert: wir können jetzt das *truvada* RAUSnehmen?. Damit beharrt die Ärztin auf dem von ihr vorgeschlagenen Zeitpunkt der Therapieumstellung (nämlich *in situ*); das *disalignment* zum gegensätzlichen Vorschlag des Patienten (Z.85-103, Ausschnitt 8-11) geschieht wiederum *en passant*, da sie diesen nicht aufgreift.

Mit schnellem Anschluss äußert die Ärztin: den ha el A (-) test HAM_wa? und nach einer einsekündigen Pause: eh wir können das *truvAda* (.) AUstauschen gegen das *kivExa*. (Z. 141-143). Was der HLA-Test ist und dass dieser eine Voraussetzung für den Einsatz des Kombinationspräparats *Kivexa* ist, wird nicht expliziert und auf diese Weise als *common ground* behandelt.

An dieser Stelle stellt sich nun heraus, dass das ‚wir können X‘-Format nicht mit der Präsentation eines *menu of choice* einhergeht: In Verbindung damit, dass die Ärztin den HLA-Test als notwendige und bereits erreichte Bedingung für die Umstellung auf *Kivexa* herausstellt (Z.142), ergibt sich neben der Lesart des Modalverbs ‚können‘ ‚*Kivexa* als mögliche wählbare therapeutische Alternative‘ noch eine weitere Lesart, nämlich die zirkumstanzielle ‚in der Lage dazu sein, mit *Kivexa* zu therapieren‘. Die Behandlung mit *Kivexa* wird hierdurch als anzustrebende Therapielösung dargestellt. Das ‚wir können‘-Format der entscheidungsinizierenden Äußerungen (Z. 141/143) weist dem Patienten auf diese Weise lediglich auf der sprachlichen Oberfläche einen Entscheidungsspielraum zu. Die zuvor mehrfach kommunizierte Dringlichkeit sowie der bereits auf die beiden angekündigten Optionen eingegrenzten Entscheidungsraum bedingen dagegen, dass das Format im vorliegenden Gesprächskontext nicht auf gegebene Wahlmöglichkeiten verweist.

Nach einer fast eineinhalbsekündigen Pause ohne eine verbale Reaktion des Patienten gibt die Ärztin in den Zeilen 145 bis 152 eine Erklärung zum vorgeschlagenen Medikament Kivexa. Hier wird zunächst das Medikament klassifiziert (das is (-) auch_n NUK?). Dann wird die Empfehlung – gegebenenfalls vor dem Hintergrund des in Ausschnitt 8-10 (Z. 77) angekündigten Weglassens von Nukes (und zwar würd ich sie ganz gern glaub ich ganz runternehmen von dem NUKS-, Ausschnitt 8-10, Z. 77) – mittels Negation als Blockade falscher Inferenzen (Deppermann & Blühdorn, 2013) und in tentativem Konjunktiv erklärt: da wär <<cv,p> eh::> jetzt n (.) nIch dass der (.) dass die nux halt ganz DRAußen wären, = sondern es wär_n AUStausch-. Gleich darauf gibt die Ärztin einen *account* für den Austausch von Truvada gegen Kivexa (aber das kivexa macht keine probleme mit der NIEre., Z. 149). Der adversative Konjunktiv ‚aber‘ weist hier auf die scheinbare Widersprüchlichkeit hin, ein Medikament aus der Klasse der Nukes gegen ein anderes aus derselben Klasse austauschen zu wollen, v. a. vor dem Hintergrund der Ankündigung, diese als potenziell nierenschädigende Komponenten herausnehmen zu wollen.

Ausschnitt 8-13: Truvada, G-2107-AP, Ärztin G, 803-861 Sekunden.

153 A: °h (-) und gleichzeitig [könnte ma (---) n Antrag]
stellen bei der [(---) KRANKenkasse,]
154 [(Blättern)]
155 [(Blättern)]
156 °h dass man bei ihne_en tropISMustest macht.
157 weil es gibt EIN medikAMENT,
158 das is das marAVirok,
159 °h das is_n 'eh ehm (-) ((schnalzt)) (--) ce ce er fünf
(.)BLOCKer,
160 °h das kann_ma im prinzip nUr <<len> patienten geben
die
ce ce er FÜNF-> (--)
161 trope Viren ham.
162 das sin
163 also das sIn (.) im prinzip zwei EIngangstüren in die
ZELLE.
164 das ein die EINE tür heißt ce ce er FÜNF? (-)
165 un die ANDere ix VIER. (--)
166 °h und <<cv> eh> (.) patienten haben Unterschiedliche
viren die Unterschiedliche TÜren benutzen. (-)
167 °h und dieses marAVIROK-
168 also diesen ce ce er FÜNF blocker; =
169 = kann man nur DANN benutzen- =
170 = wenn sie die viren jetzt hätten die dIEse tür
beNÜt[zen.]
171 P: [ja]ja JA.
172 A: wenn sie diese ix vIER viren haben kann ma:_s nicht
beNÜTzen.
173 P: ja-
174 A: ((schnalzt))
175 [das]
176 P: [ma_] muss halt erstma sicherstelle [dass] es das-

177 A: [ja-]
 178 ja-
 179 °h (--) des[WEgen-]
 180 P: [dass es] bei mir (--) ZUtrifft [quasi;]
 181 A: [genau.]
 182 [und]
 183 P: [sons gEhts]
 184 <<p> ja->
 185 <<p> WIRKTS nit.>
 186 (--)

Nach einem minimalen Rezipientensignal seitens des Patienten (Z. 150) und einer einschränkenden Äußerung der Ärztin hinsichtlich der nicht schädlichen Wirkung von Kivexa auf die Niere (Z.152) fährt sie fort, das weitere Vorgehen zu erläutern: °h (-) und gleichzeitig könnte ma (---) n Antrag stellen bei der (---) KRANKenkasse, °h dass man bei ihne_en tropISMustest macht. (Z. 153/156). Da das mittels Indefinitpronomen ‚man‘ und Konjunktiv tentativ vorgeschlagene Vorgehen als ‚gleichzeitig‘ zum vorherigen präsentiert wird, wird zunächst nicht deutlich, ob dieses bereits Teil der zweiten zuvor angekündigten Therapieoption ist. Die nachfolgende Äußerung weil es gibt Ein medikament, das is das maRAvirok, (Z. 157/158) fungiert nicht nur als Begründung für den vorgeschlagenen Tropismustest. Die Verbzweitstellung im weil-Nebensatz (Günthner, 1993) schafft zudem eine spezifische Beziehung zwischen den TKE in den Zeilen 153/156 und 157/158 und leitet eine größere erklärende Äußerungseinheit zum genannten Medikament ein.

Existenzangebende Formate der Therapieentscheidungsinitiierung („es gibt“; Z. 157/158) wurden für Gespräche in der neurologischen Praxis als funktionsambige Praktik des Informierens und/oder des Empfehlens beschrieben (Groß, 2014) und als Möglichkeit interpretiert, die patientenseitige Akzeptanz für eine präferierte Therapieoption vorzufühlen („testing the water“; ebd. S. 322) bevor eine explizite Empfehlung erfolgt. Die Existenzaussage informiert den Patienten hier also in erster Linie über das neue Medikament Maravirok. In den nächsten Zeilen des Ausschnitts (Z. 160-172) folgt eine längere Erklärung, beginnend mit einer kategorialen Einordnung des Medikaments: °h das is_n 'eh ehm (-) ((schnalzt)) (--) ce ce er fünf (.) BLOCKer, (Z. 159). Die implizite Erklärung der Terminologie ‚ccr5-Blocker‘ durch die Spezifizierung der Zielgruppe des Medikaments in Z. 160) (nUr <<len> patienten die ce ce er FÜNf, trope Viren ham.) beinhaltet die Fachterminologie ‚ccr5‘, die die Ärztin als erklärungsbedürftig behandelt: Sie beginnt definitorisch mit das sin(Z. 162), bricht ab und repariert: also das sin (.) im prinzip zwei EIngangstüren in die ZELLE. (Z. 163). ‚Also‘ sowie die Nennung von zwei EIngangstüren projizieren eine weiterführende Erklärung. Mit der Verwendung der Metapher ‚Eingangstür‘ setzt die Ärztin einen spezifischen Adressatenzuschnitt zur Veranschaulichung pharmakologischer Wirkzusammenhänge in Experten/Laien-Ge-

sprächen ein (Gülich, 2003; Brünner, 2011). Der Heckenausdruck im Prinzip verweist auf die Vereinfachung durch diesen spezifischen Laienzuschnitt.

In den Zeilen 164 bis 172 führt die Ärztin ihre Erklärung fort, indem sie wiederholt die Türmetapher bemüht und auf diese Weise die Wirkung von Maravirok bei unterschiedlichen Virentypen veranschaulicht. Seine Anwendungsvoraussetzung wird als bedingtes Zukunftsszenario dargestellt: °h und dieses marAviROK also diesen ce ce er FÜNf blocker; = kann man nur DANN benutzen- = wenn sie die vIren jetzt hätten die dIEse tür beNUT[zen.]. Nach einer Verstehensdokumentation seitens des Patienten ([ja] ja JA., Z. 171) wird der bedingte Zusammenhang nochmals in negierter Form expliziert: wenn sie diese ix vIER viren haben kann ma:_s nicht beNÜTzen. (Z. 172).

Nach einem minimalen Rezipientensignal (ja-, Z. 173) stellt der Patient in den Zeilen 176 bis 185 sein Verstehen vertieft unter Beweis (*exhibiting understanding*) (Sacks, 1992, S. 252 ff.), indem er die zuvor erläuterte Wirkweise von Maravirok sowie die hierdurch bedingte Notwendigkeit der vorherigen Bluttestung paraphrasiert. Die Ärztin äußert hiermit überlappend mehrfach knapp artikuliert Zustimmungsmarker (ja-, Z. 177/178, genau., Z. 181) und konkurriert mit dem Patienten um das weitere Rederecht, das sie im Folgenden (Ausschnitt 8-14) nutzt, um mit der Planung und der Erläuterung des weiteren Vorgehens fortzufahren.

Maravirik hat sich (spätestens an diesem Punkt) als die zweite angekündigte therapeutische Möglichkeit herausgestellt; die beiden zuvor angekündigten Möglichkeiten entpuppen sich damit zugleich allerdings nicht als Alternativen, sondern als aufeinanderfolgende Komponenten desselben therapeutischen Plans. Beide Varianten (Kivexa und Maravirok) werden in Abhängigkeit von spezifischen Testergebnissen als anzustrebende Therapiemöglichkeiten konstituiert.

Als Zwischenergebnis kann festgehalten werden: Die Ärztin nutzt im fortgeschrittenen Verlauf dieses komplexen Therapieentscheidungsprozesses die generelle Zustimmung des Patienten zum Therapiewechsel (Ausschnitt 8-8 und Ausschnitt 8-9), um die Entscheidung über genauere Modalitäten (Zeitpunkt, welches neues Medikament) voranzutreiben. Dabei wird die Entscheidung für ein geeignetes Medikament vorwiegend als Denkprozess bzw. als intraprofessionell zu treffen behandelt. Der Patient ergriff zuvor bereits früh die Initiative und nutzte interaktionsbiographische und gesprächsorganisatorische Ressourcen, um aktiv im Entscheidungsprozess mitzuwirken und sich als mitdenkenden Patienten zu positionieren. Dies ist jeweils dann der Fall, wenn die therapeutische Intention der Ärztin deutlich wird: Der Patient nimmt diese an zwei Stellen zum Ausgangspunkt und engagiert sich in weiterführenden Planungen der Therapieumsetzung; er übernimmt damit eine typisch ärztliche Gesprächsaufgabe und dokumentiert

zugleich Verstehen und Akzeptanz für die durch die Ärztin eingebrachte Empfehlung. Er nutzt seine Planungsaktivität darüber hinaus zweimal, um einen Gegenvorschlag hinsichtlich des Zeitpunkts der Therapieumstellung einzubetten. Sein Widerstand gegenüber der frühen Umstellung der Medikation erscheint auf diese Weise in Form aktiver Partizipation, aber zugleich *en passant* in dem Sinne, dass der Gegenvorschlag nicht explizit als solcher in Erscheinung tritt. Diese Strategie ist nicht erfolgreich und wird durch die professionellen Gesprächsrechte der Ärztin „geschlagen“: Sie unterbricht die Planungsbeiträge des Patienten (Z. 104).

Auffällig ist, dass das ‚wir können‘-Format, das an anderer Stelle (Toerien, Shaw & Reuber, 2013) in Verbindung mit *option listing* als Partizipationsmöglichkeiten eröffnende Vorschlagspraktik beschrieben wurde, im vorliegenden Fallbeispiel erst dann eingesetzt wird, wenn der Entscheidungsraum bereits auf einen einzigen (von der Kollegin vorgeschlagenen) Therapiepfad mit zwei aufeinander folgenden Therapien (Kivexa und Maravirok) zusammengeschrumpft ist (Ausschnitte 8-12 und 8-13). Das Format eröffnet in diesem spezifischen Gesprächskontext also keine Partizipationsräume für den Patienten, indem eine Liste von Therapiealternativen zur Auswahl angeboten wird, sondern dient vielmehr der Präsentation eines einzigen möglichen Vorgehens. Das Modalverb ‚können‘ erscheint hier in einer zirkumstanziellen Lesart (Kratzer, 1991, S. 646), die eine Möglichkeit zum Agieren aufzeigt.¹⁷⁸ Das inkludierende ‚wir‘ positioniert Ärztin und Patient dabei zugleich als gemeinsam Handelnde im Projekt ‚neue Therapie‘.

Ausschnitt 8-14: Truvada, G-2107-AP, Ärztin G, 861-918 Sekunden.

187 A: dIEse unterSUchung?
 188 mUss_ma aber vorher beantragen bei der KRANkenkasse.
 189 das Is keine regelleISTung.
 190 °hh (-) das hEIBt mir könntn heute das BLUT abnehmen,
 191 ich würde morgen_n antrag AUSstellen-
 192 das !DAU!ert aber auch ne zeit LANG?
 193 P: von DEJnen dann her.
 194 A: von DEnen aus: her-
 195 wie (.) wie die beARbeitungszeit sin-
 196 und hEUte !KÖNN!ten_wa dann aber schonma UMStellen-
 197 von truvada auf des kiveXa.
 198 (--)
 199 als ERSten schritt. (-)
 200 [ja,]
 201 P: [<<pp> okee,>]
 202 (--)
 203 A: °h
 204 (---)
 205 weil den test hatt ich ja schon im (---) im märz auch
 geMACHT.

¹⁷⁸ Kratzer (1991) beschreibt *circumstantial modality* aus einer Perspektive der logischen Semantik als Modalität rationaler Agenten, die fragen „what can be done given certain relevant facts“ (ebd., S. 646).

Groß: Arzt/Patient-Gespräche in der HIV-Ambulanz

206 (1.8) ((leises Blättern))
 207 genau.
 208 und des sIEbenundfünfzig null eins ham_se !NICHT!?
 209 (--)
 210 ja_a,
 211 (1.1)
 212 ((Geräusch))
 213 von daher gEht das proBLEMlos.
 214 mit dem kiVExa. =
 215 also- °h
 216 bei dem kiVExa is das problem- =
 217 = es gibt es menschen die reagieren überemfindlich auf
 die subSTANZ, =
 218 = un das kann man vorher aber unter!SU!chen im [BLUT.]
 219 P: [hm-]
 220 A: °h (.) und bei dem TEST-
 221 der is bei ihnen NEgativ-
 222 das heißt diese Überempfindlichkeitsreaktion ham sie
 [!NICHT!.]
 223 P: [()]
 224 das is [dAs] von dem roten KREUZ;
 225 A: [ja-]
 226 genau;
 227 das [is] DAS [hier.]
 228 P: [<<p> ja->]
 229 [<<p> ja JA;>]
 230 A: <<p> ja,>
 231 (1.3) ((Blättern))
 232 P: <<p> ja;>

In Ausschnitt 8-14 führt die Ärztin ihre Planungsaktivität zum weiteren Vorgehen fort. Diese wird mit der Erläuterung von nötigen Schritten zur Durchführung der Therapie angereichert, die durch den Patienten durch Verstehensdokumentationen und der Anzeige von Verstehensbedürfnissen (z. B. Deppermann, 2008) bearbeitet werden. Die Ärztin erklärt zunächst (Z. 187-189), dass der Tropismustest als Vorbedingung für die Behandlung mit Maravirok selbst noch eine Vorbedingung hat: die Beantragung des Tests bei der Krankenkasse. Diese Bedingung wird mit Indefinitpronomen ‚man‘ und Modalverb ‚müssen‘ als allgemeine Regel formuliert.

Mittels Explikationsmarker ‚das heißt‘ leitet die Ärztin zur zeitlichen Planung und Koordination als konkrete Umsetzung der Therapieentscheidung für Maravirok über: °hh (-) das hEIBt mir könnten heute das BLUT abnehmen, ich würde morgen_n antrag AUSstellen (Z. 190/191). Die tentative Formulierung mit würde-Konjunktiv rahmt die nächsten Schritte als potenzielles Zukunftsszenario und die zeitliche Planung der Testdiagnostik und Therapieimplementierung als noch in der Genese befindend. Zudem verweist sie darauf, dass die zweigliedrige Therapieempfehlung ‚Kivexa und danach Maravirok‘ noch nicht durch den Patienten ratifiziert wurde: Nach grundsätzlicher, eigeninitiativer Zustimmung zum Therapiewechsel in Ausschnitt 8-8 beteiligte sich der Patient an

der Entwicklung des Therapieplans zwar mit Verstehensdokumentationen und Rezipientensignalen, äußerte jedoch bislang (noch) keine explizite Zustimmung.

Im Anschluss an die nachfolgende ärztliche Äußerung hinsichtlich der längeren Beantragungsdauer zwecks Tropismustestung (das !DAU!ert aber auch ne zeit LANG?, Z. 192) zeigt der Patient mit der ko-konstruierenden präpositionalen Angabe von DEJnen dann her. (Z. 193) zugleich ein spezifisches Klärungsbedürfnis als auch aktive kognitive Partizipation. Die Ärztin greift seine Formulierung bestätigend mit fast identischer Wortwahl auf (Z. 194) und expliziert dann: wie (.) wie die beARbeitungszeit sin- (Z. 195).

Nach dieser Erläuterung der Vorbedingungen für die Maravorik-Behandlung kommt die Ärztin auf die bereits in den Zeilen 141/143 (wir können jetzt das truvada RAUSnehmen? eh wir können das truvAda (.) AUstauschen gegen das kiVExa.) vorgeschlagene erste Komponente des von ihr präferierten Therapiepfads zurück. Sie greift ihre Empfehlung hier in ähnlicher Weise auf: <<len> und hEUte !KÖNN!ten_wa dann aber schonma UMStellen-> von truvada auf des kiVExa. und verortet diesen innerhalb des zuvor erläuterten gesamten Therapievorhabens adjunktiv als ERSten schritt. (Z. 199). An der bleibend tentativ modalen Formulierung wird erneut deutlich, dass der komplexe Entscheidungsprozess immer noch nicht beendet, da noch nicht durch den Patienten ratifiziert ist. Die zeitliche Planung der Therapieumsetzung, die in anderen Gesprächen – falls nötig – i. d. R. nach der Zustimmung des Patienten erfolgt, ist hier also fest mit der Entscheidung verwoben.

Dem nachfolgenden, interrogativ akzentuierten ja schließt sich mit schnellem Anschluss die mit einem patientenseitigen *continuer* (okee,, Z. 201) überlappende Konjunktion ‚und‘ an und projiziert so eine Fortführung des ärztlichen Gesprächsbeitrags. Das hörbare Atmen sowie die Blättergeräusche in der anschließenden Pause tragen zu dem Eindruck bei, dass hier eine redeguterne Häsitiation vorliegt und weniger eine ausbleibende patientenseitige responsive Handlung (in Form einer Ratifizierung des Vorschlags). Dennoch ist auffällig, dass der Patient – neben den aktiven Dokumentationen von Verstehen (Rückversicherungen und *exhibiting understanding* mittels Paraphrasierung) in den Zeilen 176/180, 183/185 sowie 193 – auf die entscheidungsinitiierenden Äußerungen der Ärztin (vor allem: Z. 196/197) passiv bleibt. Ein solches patientenseitiges Passivbleiben nach entscheidungsinitiierenden ärztlichen Gesprächsbeiträgen weist in Einklang mit bisherigen Befunden (Stivers, 2005; Koenig, 2011) darauf hin, dass hier Widerstand gegen den ärztlich präferierten Therapiepfad vorliegt, auf den Ärztin G mittels zustimmungselizitierenden Verfahren wie Fragen und weiteren Erklärungen zur Therapie reagiert: Zunächst gibt sie eine Erklärung zur Durchführbarkeit der Kivexa-Therapie beim Patienten und beruft sich auf gemeinsames interaktionsbiographisches Wissen: weil den test hatt ich ja schon im (-

--) im märz auch geMACHT. (Z. 205). Sie bekräftigt dies nach einer knapp zweisekündigen Pause (ggf. nach einem Blick in die Akten, da hier erneut Papiergeräusche zu hören sind) nochmals (genau.) und erläutert: und des sIEbenundfünfzig null eins ham_se !NICHT!?! (Z. 208). Nach einer halbsekündigen Pause äußert sie ein zustimmungselizitierendes ja_a, (Z. 210), auf das keine verbale Reaktion des Patienten erfolgt, und schließt von dem Testergebnis auf die Behandlungsmöglichkeit: von daher geht das problemlos. mit dem kivexa. (Z.213/214). Dieser *account* weist ebenso wie die in den vorhergehenden Ausschnitten des Fallbeispiels inhaltlich insofern eine Besonderheit auf, als hier Kontraindikationen von Kivexa und Maravirok ausgeschlossen und so als Argument für die vorgeschlagene Medikation gewandelt werden. Es wird damit immer wieder der Möglichkeitsraum für die Umsetzung der Therapie aufgezeigt. Die Nützlichkeit, Notwendigkeit und/oder Wirksamkeit der vorgeschlagenen Therapie wird dagegen an keiner Stelle expliziert beziehungsweise als Unterstützung für den Therapieversuch herangezogen (etwa: Das Medikament bringt die Viruslast am besten unter die Nachweisgrenze); sie ist nicht Teil der *accountability* der Ärztin und wird auf diese Weise als gegebene Tatsache gesetzt. Die Sinnhaftigkeit einer antiretroviralen Medikation angesichts des Fehlens wirksamer Behandlungsalternativen steht also nicht in Frage. Die inhaltliche Ausrichtung der therapiebezogenen *accounts* in diesem Fallbeispiel ist möglicherweise eine HIV-Spezifität angesichts der seit der Einführung und Weiterentwicklung der ARV-Kombinationstherapie dominierenden therapeutischen Intention, schwerwiegende medikamentenbedingte Organschädigungen (Z. 149-152, Ausschnitt 8-12) zu vermeiden. Dies steht bei den vorliegenden Aushandlungen als Behandlungsnorm im Hintergrund; die Entscheidung wird also fast ausschließlich evidenzbasiert getroffen, so dass die Partizipationsmöglichkeiten des Patienten – bedingt durch einen eingeschränkten Zugang zu diesen ins professionelle Territorium fallenden Wissensquellen – offensichtlich eingeschränkt sind.

Im weiteren Verlauf von Ausschnitt 8-14 (ab Z. 215) wird deutlich, dass die Ärztin die verbale Passivität des Patienten – die seinem anfänglichen Engagement in der Entscheidungs- und Planungsaktivität diametral gegenübersteht – zunehmend als Verstehensproblem in Bezug auf den Zusammenhang ‚Test‘ und ‚Behandlung mit Kivexa‘ behandelt: Einleitend mit dem Erklärungsmarker ‚also‘ erläutert sie nochmal allgemein das problem mit Kivexa (es gibt es menschen die reagieren Überempfindlich auf die substanz,, Z. 217), dem man durch eine vorherige Blutuntersuchung vorbeugen könne (Z. 218). Nach erneutem Verweis auf das Testergebnis des Patienten (°h (.) und bei dem TEST- der is bei ihnen Negativ-, Z.220/221), erklärt sie es nochmal in Bezug auf die hiermit auszuschließende Überempfindlichkeit: das heißt diese Überempfindlichkeitsreaktion ham sie !NICHT!. (Z. 222). Während die

Ärztin in Zeile 208 noch mit dem fachsprachlich abgekürzten *sIEbenundfünfzig null eins* auf das auszuschließende Testergebnis referiert, bezeichnet sie es nun vermittlungssprachlich als *Überempfindlichkeitsreaktion*. Während die Ärztin sich also zunächst auf gemeinsames interaktionsbiographisches Wissen beruft und fachsprachliche Terminologie (Z. 208) sowie die Bedeutung des Tests (Z. 205) als *common ground* zugrunde legt, wird hier nun das zum Verstehen notwendige medizinische Wissen vermittlungssprachlich aufbereitet. Die Passivität des Patienten wird also an dieser Stelle des Entscheidungsprozesses als Wissens- und Verstehensdefizit behandelt; die zunehmend expliziten Erklärungen der Ärztin markieren so ein zugeschriebenes Wissensgefälle.

Nach dieser langen Phase der verbal-responsiven Passivität folgt nun seitens des Patienten eine Verstehensdokumentation (*das is [dAs] von dem roten KREUZ;*, Z. 124), die den Test pronominalisiert einer Institution zuordnet, ohne auf die zuvor erläuterten Zusammenhänge einzugehen. Die Identifizierung des Tests wird durch die Ärztin aber als ausreichend für das Verstehen behandelt: Sie bestätigt mit *ja- genau;* und referiert wiederholend deiktisch auf den Test (*das [is] DAS [hier.]*), was hiermit überlappend zunächst durch den Patienten (Z. 228/229), dann durch die Ärztin (Z. 230) und nach einer Pause nochmal durch den Patienten (Z.232) wechselseitig bestätigt und damit als erfolgreiches *grounding* (Deppermann, 2018) behandelt wird.

Ausschnitt 8-15: Truvada, G-2107-AP, Ärztin G, 919-974 Sekunden.

233 A: und der zWEl die zWElte geschichte wäre dann dass (ma)
diesen TEST macht- =
234 = den ma aber vorher beAntragen MUSS.
235 (1.0)
236 P: aber trOtZdem solln wir dann die medikament noch also
WEG vom truvada dann:-
237 [trotzdem JETZ machen.]
238 A: [würd ich TROTZdem machen.]
239 ja;
240 °h (---) weil (.) so[ns-]
241 P: [ich] denke von von (---) von der
kUrZ- =
242 = is ja EH_eh (.)
243 Innerhalb der nächsten zwei WOCHen dann;
244 mehr oder WEniger.
245 (---)
246 <<bedächtig> un wenn sie die krAnkenkasse Eh erst daZU
noch->
(--)
247 wegen dem tEst fragen MÜSsen, (1.0)
248 un dann das testerGEBnis abwarten- (-)
249 hat des mit dem mit dem nEUen medikament zu TUN.
250 JA. (--)
251 <<p> hab_isch das sch !RICH!tig verstanden.>
252 A: das hÄttē mit dem (-) maRAVirok zu tun.
253 also mit diesem EInen medikaMENT, (-)
254 was meine kolLEgin jetz auch g_<<cv> eh->

Groß: Arzt/Patient-Gespräche in der HIV-Ambulanz

255 gAnz vielen patienten gegeben hat die (.) en anstieg
von den NIErenwerten habm- =
256 = und was (--) !SU!pergut LÄUFT. (-)
257 ja,
258 P: ja aber dann hAm_wa doch JETZT doch gar nit- (---)
259 die gewissheit dass das bei mir auch !WIR!ken (.)
WÜRde.
260 A: nee mir habm gAr net-
261 wir ham noch nIsch die gewissheit dass wa_s bei ihnen
überhaupt!EIN!setzen KÖNnen.
262 P: ja-
263 ja-

Ausgehend hiervon schließt die Ärztin in den Zeilen 233/234 wiederholend die in Zeile 153 bis 156 („Tropismustest“, Ausschnitt 8-13) erstmals vorgeschlagene Testdiagnostik für den zweiten Therapiepfad (die zwEite geschichte) an. Auf diesen referiert sie nach den vorangegangenen Erklärungen mit diesen TEST lediglich deiktisch, setzt aber durch den Attributsatz den ma aber vorher beAntragen MUSS. nochmal einen Anker zum Wiedererkennen. Die Ärztin leistet hierdurch nach der ausführlichen Erklärung zur Kivexa-Behandlung nochmal explizit die Differenzierung der beiden nacheinander abfolgenden Therapiepfade und verdeutlicht so, dass das patientenseitige Verstehen eine nötige Vorbedingung für seine Zustimmung ist (siehe auch Stevanovic, 2012). Sie kontextualisiert mittels Handlungsverben im Konjunktiv II, dass die Entscheidung aufgrund des Fehlens einer patientenseitigen Zustimmung noch nicht getroffen wurde. Die anschließende einsekündige Pause markiert die Vakanz einer alignierenden verstehensdokumentierenden oder zustimmungssignalisierenden Reaktion durch den Patienten. Sein *disalignment* wird dann durch eine Rückfrage zum vorgeschlagenen Vorgehen manifest: aber trOtzdem solln wir dann die medikament noch also WEG vom truvada dann:- (Z. 236), die sowohl als Verstehensproblem anzeigt als auch (durch die adversative Konjunktion ‚trotzdem‘) ein In-Frage-Stellen des vorgeschlagenen ersten Vorgehens darstellt. Überlappend mit einer direkt darauffolgenden TKE (Z. 237: trotzdem JETZ machen.), in der die zeitliche Unmittelbarkeit des vorgeschlagenen Therapieplans rückgefragt wird, bestätigt die Ärztin noch einmal das entsprechende Vorgehen, trotz des geplanten zweiten Therapiewechsels bereits vorher schon die Komponente Truvada gegen Kivexa auszutauschen: würd ich TROTZdem machen. ja; (Z. 238/239). In den Zeilen 240 bis 248 projiziert der Patient, eingeleitet mit dem kausalen Konjunktiv ‚weil‘, eine Erklärung, die eingangs mittels ich] denke als seine subjektive Meinung gerahmt wird. Diese bleibt aufgrund deutlicher Formulierungsarbeit mit elliptischen, abgebrochenen Äußerungen und Kohärenzbrüchen kryptisch, deutlich wird aber, dass er die erste Therapieumstellung von Truvada auf Kivexa in Frage stellt. Darauffolgend rückversichert sich der Patient bezüglich des Anwendungsbereichs des geplanten Tests (Z. 249-251) und eröffnet damit eine Insertionsse-

quenz zur Verstehensbearbeitung dahingehend, ob der Test mit dem nEUen medikament zu TUN hat. Die Erklärung der Ärztin (Z. 252-256) bestätigt implizit die Rückfrage des Patienten, sie dient zudem der Referenzvereindeutigung: Die Ärztin nennt zunächst den Namen des Medikaments ‚Maravirok‘ und setzt mittels angefügtem Attributsatz zu den Erfahrungswerten ihrer Kollegin einen Wiedererkennensanker: was meine kolLEgin jetzt auch g_<<cv> eh-> gAnz vielen patienten gegeben hat die (.) en anstieg von den NIErenwerten habm- (Z. 254/255). Bereits hier ist ein implizites *accounting* für die ärztliche Präferenz für Maravirok erkennbar; es werden nämlich sowohl seine Anwendungsspezifika (Patienten mit hohen Nierenwerten) als auch die Anwendungsbreite (viele behandelte Patienten) relevant gesetzt. Explizites *accounting* erfolgt in einem darauf folgenden weiteren Attributsatz mittels lexikalisch und prosodisch hochgestufter Evaluierung: und was (--) !SU!pergut LÄUFT. (Z. 255). Die Ärztin setzt damit zum einen bei den dokumentierten Verstehensproblemen seitens des Patienten an, zum anderen reagiert sie sensitiv auf den immer deutlicher hervortretenden Widerstand gegen das empfohlene therapeutische Vorgehen. In Bezug auf Letzteren greift es inhaltlich allerdings daneben, da sie für Maravirok wirbt, die patientenseitigen Bedenken sich allerdings auf den ersten Therapiepfad mit Kivexa beziehen.

Der Widerstand des Patienten macht sich bis zu dieser Stelle durch das Andeuten einer eigenen Meinung (Z. 241: ich denke) sowie durch Nachfragen bemerkbar, die insgesamt in Kontrast zu seinem Gesprächsverhalten in den ersten Ausschnitten des Fallbeispiels stehen: Während der Patient nämlich unmittelbar nach dem Gespräch der Ärztin mit der Kollegin (v. a. Ausschnitt 8-13 und 8-14) bereits sehr früh alignierend und aktiv verstehensdokumentierend auf Erklärungen der Ärztin eingeht, agiert er hier sequenzinitiativ durch Nachfragen und zeigt zunehmend Nichtverstehen und Widerstand. Dies ist auch in der letzten Sequenz von Ausschnitt 8-15 salient: Hier kontrastiert der Patient die zuvor relevant gesetzten Vorteile des Medikaments mittels adversativem Konjunktoren ‚aber‘ mit der Ungewissheit darüber, ob das bei mir auch !WIR!ken (.) WÜRde (Z. 259), wozu ihm die Ärztin explizit zustimmt (Z. 260/261). Die Änderung der sequenziellen Dynamik durch Aktivwerden des Patienten bewirkt hier und auch im folgenden Ausschnitt, dass die Ärztin in eine Rechtfertigungshaltung gerückt wird, der sie mit *accounting*-Aktivitäten begegnet. Ein Versuch der Umkehrung der sequenziellen Dynamik durch die Ärztin (Z. 264) wird durch den Patienten verhindert, der überlappend eine weitere Nachfrage zur Referenzvereindeutigung zum ersten Therapiepfad stellt (Z. 265-267). Nach einer expliziten Bestätigung durch die Ärztin in den Zeilen 268 und 269 und verstehensdokumentierenden Antwortpartikeln in Zeile 270 ist hierüber Intersubjektivität hergestellt.

Ausschnitt 8-16: Truvada, G-2107-AP, Ärztin G, 974 bis 1007 Sekunden.

264 A: [und die-]
 265 P: [und des-]
 266 (--)
 267 von dem roten krEUz war ja die (-) ANdere [()];]
 268 A: [ge]nau.
 269 das war das ANdere [medikament.]
 270 P: [ja ja ja;]
 271 (--)
 272 A: °h un des kiVEXa-
 273 <<len> Is im prinZIP->
 274 also das abacavir geht nich auf die NIEre?
 275 aber da is das !E!pivir mit daBEI? (-)
 276 P: ja-
 277 A: was schOn_n einfluss auf die vire_ha (-) eh auf die
 NIEre hat.
 278 un dAs is sagen_ma_ma (1.3)so_ne k' (.) so_n
 kompromISS.
 279 ja?
 280 die auswirkung is nich so STARK wie bei dem:- (--)
 281 P: truvada,
 282 A: wie den (.) bei dem truVAda?
 283 <<p> ja?>
 284 aber es hAt auch AUSwirkungen.
 285 P: hm_hm,
 286 (---)
 287 na GUT- =
 288 = <<p> sie wIssen was_sie MACHen;> (--)
 289 ich FOLge ihnen natürlich.
 290 (11.1) ((Blättern))

Die kurze Pause nutzt die Ärztin nun für eine Initiative ihrerseits. Sie beginnt eine Erklärung zu letztgenannter anfänglicher Therapieoption ‚Kivexa‘ (Z. 272-281), die zugleich wiederum einen *account* für die therapeutische Gesamtplanung, nämlich dem aufeinanderfolgenden Einsatz zweier Medikamente, darstellt: Aufgrund der Tatsache, dass die Komponente ‚Epivir‘ des Kombinationspräparats Kivexa schOn_n einfluss auf die vire_ha (-) eh auf die NIEre hat (Z. 277), wird sein Einsatz als „Kompromiss“ bezeichnet, direkt darauf folgend aber zugleich mittels – durch den Patienten ko-konstruiertem – Verweis auf stärkere Nebenwirkungen des bislang eingesetzten Truvada gerechtfertigt (Z. 280-282). Die Ärztin zeigt ein Changieren zwischen *accounting*-Aktivitäten ‚pro Kivexa‘ einerseits und ‚contra Kivexa‘ andererseits, die im Gesamten ihr zweigliedriges Therapievorhaben – zuerst Kivexa und danach Maravirok im Falle eines zuvor testdiagnostisch abgeklärten Ansprechens – rechtfertigen.

Nach einer kurzen Pause signalisiert der Patient nun erstmalig explizit Einverständnis mit dem Therapievorhaben (Z. 287-289), das sprachlich-interaktiv auf verschiedenen Ebenen interessant gestaltet ist: Die Routineformel na GUT- als alleinstehendes Responsiv weist darauf hin, dass das Einverständnis trotz bestehender Skepsis gegeben wird. Er kommt damit zwar einerseits dem aus den

accounting-Aktivitäten innerhalb des Entscheidungsprozesses resultierenden interaktiven Druck hin zu einer alignierenden Zustimmung nach, zeigt dabei aber Konzession im Sinne von Nicht-Affiliieren.¹⁷⁹ Dies wird durch die anschließende Äußerung verstärkt: <<p> sie wIssen was_sie MACHen;>>; basierend auf der expliziten Zuschreibung von Wissen weist der Patient metakommunikativ auf die Verantwortung der Ärztin für die Entscheidung hin, vermittelt aber seine zugleich bestehende ablehnende Haltung. Der Verweis auf das ärztliche Wissen sowie die Fremdpositionierung als alleinig Handelnde stellt ihre epistemische und deontische Autorität bei der Entscheidung heraus, der sich der Patient explizit unterordnet: ich FOLge ihnen natürlich. (Z. 289). Stevanovic (2012) nennt durch den Rezipienten eines Vorschlags eher geduldeten Entscheidungen *unilateral decisions*.

Es folgt eine lange verbale Pause von rund 16 Sekunden, die von Blättergeräuschen und einem lauten Einatmen der Ärztin begleitet wird. Nach einer erfolgreichen Entscheidung durch eine patientenseitig kommunizierte Zustimmung müssen an dieser Stelle nun Planungsaktivitäten seitens der Gesprächsteilnehmer/innen zur konkreten Implementierung der Therapie folgen; auf patientenseitigen Widerstand dagegen ggf. weitere Bemühungen seitens der Ärztin, ihn zur Zustimmung zu bringen (Stivers, 2005; 2006).

Ausschnitt 8-17: Truvada, G-2107-AP, Ärztin G, 1008-1044 Sekunden.

291 A: hh°
 292 (4.8) ((Blättern))
 293 °h (.) also- (--)
 294 !ICH! würde es heute umstellen auf das kiVEXa.
 295 und in (---) zWEl wocheN kommen sie ja dann WIEder?
 296 (---)
 297 <<cv> eh> [ein EIne woche.]
 298 P: [(eh (-) eh)]
 299 kreatIN-
 300 A: ja.
 301 (--)
 302 genau.
 303 (--)
 304 nich mehr GANZ;
 305 is anderthalb WOCH[en.]
 306 P: [an]derthalb WOCHen [ja.]
 307 A: [°h] un dann
 gucken_ma wie sich das: eh:m (-) geSTALtet?
 308 (--)
 309 P: eh JA-
 310 A: ja?
 311 (--)
 312 P: ja GUT- =
 313 = da ham_wa schon die erste kontROlle [dann.]

¹⁷⁹ Jörg Bücker hat die Diskrepanz von *alignment* und *affiliation* (Stivers, Mondada & Steensig, 2011) für die Ausdrücke ‚von mir aus‘ sowie für ‚meinetwegen‘ als alleinstehende Antwortbeiträge in einem Vortrag im Linguistischen Kolloquium der Universität Bayreuth (05.07.2016) beschrieben.

314 A:

[ge]nau.

In Zeile 294 wiederholt die Ärztin ihre Therapieempfehlung: !ICH! würde es heute umstellen auf das kiVEXa.. Interessant ist die extrastarke prosodische Markierung auf ‚ich‘, die die zuvor patientenseitig vorgenommenen Herausstellung der ärztlichen Handlungsautorität selbstreferenziell aufgreift, aber mittels analytischem Konjunktiv zugleich auf die patientenseitige Skepsis reagiert und auf eine Nichtabgeschlossenheit der Entscheidung verweist. Letzteres wird allerdings in der nächsten TKE relativiert, indem die Ärztin das weitere Vorgehen nun im Indikativ konkretisiert und damit eine getroffene Therapieentscheidung zugrunde legt (Z. 295). Ihr Redezug, in welchen eine Reparatursequenz (Z. 296-306) eingegliedert ist, endet mit der Planungshandlung: [°h] un dann gucken_ma wie sich das: eh:m (-) geSTALtet?. Die interrogativ steigende Intonation zum Einheitenende projiziert zwar eine Fortführung des Redezugs; es folgt eine halbsekündige Pause, nach der der Patient ein Rezipientensignal produziert (Z. 309: eh JA-). Das darauf folgende zustimmungselizitierende ja? seitens der Ärztin zeigt eine erneute Orientierung an einer immer noch bestehenden Relevanz einer Zustimmung seitens des Patienten. Bedingt durch dessen vorhergehende vorbehaltliche Zustimmung offenbaren die ärztlichen Aktivitäten in diesem Ausschnitt insgesamt eine changierende Orientierung an der Entscheidung zwischen ‚getroffen‘ vs. ‚noch nicht getroffen‘. Mit ja GUT- (Z. 312) kommt der Patient der relevant gesetzten Zustimmung als präferierte Antwort nach. Nach schnellem Anschluss äußert er: da ham_wa schon die erste kontROllE [dann.] (Z. 313). Er antizipiert damit den Zweck nächsten Sprechstunde und ko-partizipiert an der Planungsaktivität. Interessant ist, dass er damit zu einem Gesprächsverhalten zurückkehrt, das er zu Beginn des Entscheidungsprozesses gezeigt hat und das insgesamt eine patientenseitige Möglichkeit der Teilnahme darstellt, die als solche in bisherigen Studien zur Patientenpartizipation in Therapieentscheidungen noch nicht beschrieben wurde. Im Gegensatz zu den betreffenden vorherigen Ausschnitten, in denen der Patient bereits (sequenz)initiativ Planungshandlungen vornahm als noch nicht alle Therapiemöglichkeiten ausgelotet waren (v. a. in Ausschnitt 8-11), erscheint seine Äußerung hier responsiv-alignierend mit der ärztlichen. Sie wird durch die Ärztin in Zeile 314 bestätigt.

Ausschnitt 8-18: Truvada, G-2107-AP, Ärztin G, 1045-1079 Sekunden.

315 P: (anstatt)-
 316 ((Blättern))
 317 na JA-
 318 [aus mEIner sicht (wärs vielleicht) später ANzusetzen-]
 319 [((lautes Blättern))]
 320 da hätten_ma da schon die ersten (--) erGEBnisse
 möglicherweise- =
 321 = <p> also WAS-> (--)
 322 <<p> wenns NEgativ irgendwie machen> (--) <<pp>

Groß: Arzt/Patient-Gespräche in der HIV-Ambulanz

würden.>
 323 (--)
 324 A: °h und ich schrEIB ihnen jetzt aber erstma nur !EI!ne
 packung von dem eh: (.) kivexa AUF.
 325 also das [truvada] fällt jetzt RAUS?
 326 P: [ja JA.]
 327 A: nIch mehr weiter[NEHmen?]
 328 P: [dann nehm] ich (-) nehm ich jetzt ab
 mOrgen dann NIMMer.
 329 A: genau.
 330 und stattDESSen, (-)
 331 !EI!ne tablette von dem kiVExa.
 332 also im prinzip nUr das tru[vAda] gegen das kivexa
 AUS[tauschen.]
 333 P: [ah SO.]
 334 [ja.]
 335 <<all> woll ich gerade [SAgen;>]
 336 A: [alles an][dere-]
 337 P: [rey]ataz und
 (--[-)] un un norvir LASS ich?
 338 A: [bleibt.]
 339 [ja;]
 340 P: [plUs] das eine NEUE,
 341 un d[ann k]önnen die (--) truvada RAUS.
 342 A: [genau.]
 343 [<<p> ja->]
 344 P: [hm-]
 345 (15.3)

Der nun eigentlich abgeschlossenen Entscheidung für das zweigliedrige Therapievorhaben ‚Kivexa und Maravirok‘ folgt im nächsten Ausschnitt noch ein kleines ‚Nachspiel‘: Dieses beginnt mit einer sequenzinitiierenden Äußerung des Patienten (nach einem Fehlstart in Z. 315): na JA- = [aus mEIner sicht (wärs vielleicht) später ANzusetzen-] da hätten_ma da schon die ersten (--) erGEBnisse möglicherweise- (Z. 318/320). Einleitend mit dem evaluierenden Diskursmarker ‚na ja‘ aktualisiert der Patient also *ex post* seinen zuvor bereits mehrfach signalisierten Widerstand gegen die Unmittelbarkeit des Therapiewechsels zur ART-Komponente Kivexa mit Verweis auf das ebenfalls recht zeitnah vorliegende Testergebnis zur Anwendbarkeit der erwünschten nachfolgenden Therapiekomponente Maravirok. Er setzt hierzu unter dem Einsatz von modalisierenden sprachlichen Mitteln (Modaladverbial ‚vielleicht‘, Konjunktiv, Verweis auf subjektive Meinung) den zuvor bereits angedeutete alternativen Vorschlag ‚Testergebnisse für Maravirok abwarten und Truvada zunächst beibehalten‘ relevant. Den Redezug haltend beginnt er direkt darauf (Zeilen 321/322) eine Reformulierung, die jedoch durch die Pronominalisierung und die Numerusinkongruenz zwischen Subjekt und finitem Verb allerdings wenig vereindeutigend und prosodisch (sehr niedrige Sprechlautstärke) wenig salient ist. Er selbst kontextualisiert seine Äußerung damit selbst als postexpansiven Kommentar, der keine zwingende konditionelle Relevanz etabliert (Stivers & Rossano, 2010).

Die Ärztin entscheidet sich dementsprechend, den Kommentar des Patienten nicht aufzugreifen und fährt ab Zeile 324 mit der Therapieplanung fort; durch den red zuginitialen Konjunktoren ‚und‘ wird die Äußerung des Patienten durch die nahtlose Überleitung auch auf formaler Ebene als „nicht existent“ behandelt: °h und ich schrEIb ihnen jetzt aber erstma nur !EI!ne packung von dem eh: (.) kivexa AUF.. Das Nichtberücksichtigen des patientenseitigen Einwandes zeigt, dass das interaktive Fenster für Aushandlungen bezüglich der Therapieoptionen nach seiner expliziten Zustimmung bereits geschlossen ist. Es offenbart zudem zum wiederholten Mal in diesem Fallbeispiel die Ausübung einer interaktiven Autorität der Ärztin, und zwar nicht nur als das Recht Aktivitäten zu initiieren, sondern auch dazu, patientenseitigen Initiativen unbearbeitet eigene entgegenzusetzen (siehe auch Ausschnitt 8-11).

Bis zum Ende des Ausschnitts folgen ärztliche Anweisungen zur Einnahmodalität, die auf formaler Ebene durch unmodalisierte Aussagen über zukünftige Vorgehensweisen im Indikativ (Z. 325: also das [truvada] fällt jetzt RAUS?) und Infinitivkonstruktionen (z. B. Z. 327: nIch mehr weiter[NEHmen?]) gekennzeichnet sind und damit eine hohe deontische Kraft aufweisen. Der Patient ko-partizipiert erneut aktiv, indem er überlappend mit den ärztlichen Instruktionen ein reges Rückmeldeverhalten zeigt, seine Verstehensprozesse (Z. 333: ah SO.), kognitive Teilnahme (Z. 335: <<all> woll ich gerade [Sagen>;]) dokumentiert und ärztlichen Planungsäußerungen durch eigene Beiträge vorgreift: [reylataz und (--[-]) un un norvir LASS ich? (Z. 337). Insgesamt sind diese letzten Sequenzen des komplexen Entscheidungsprozesses durch eine hohe Geschwindigkeit mit vielen Überlappungen, Ko-Konstruktionen und gegenseitige Bestätigungen gekennzeichnet. Die schnelle sequenzielle Dynamik steht damit im Gegensatz zu der bisweilen zögerlichen Produktion von Gesprächsbeiträgen, den langen Pausen sowie der teils parallel laufenden Aktivitäten von Ärztin und Patient vor dem Entscheidungsabschluss in manchen der vorhergehenden Ausschnitte. Sie verdeutlicht, dass die Entscheidung nun zum Abschluss gekommen ist und beide Interagierende in Bezug auf die kommenden Handlungsschritte an einem Strang ziehen.

8.2.2.2 *Diskussion zentraler Ergebnisse*

Obgleich Entscheidungsprozesse in den vorliegenden Gesprächen häufig sequenziell aufwändiger sind als manche der in Kapitel 8.1 zitierten Studien nahelegen, stellt das Fallbeispiel mit seiner beachtlichen Länge und Handlungskomplexität eine Ausnahme dar. Gerade aufgrund des hierdurch bedingten Phänomenreichtums aber war es möglich, die komplexe Dynamik eines Entscheidungsprozesses mit seinen Möglichkeiten der patientenseitigen Partizipation offenzulegen. Im Folgenden sollen zentrale Befunde zusammengeführt werden.

Beginnen wir mit strukturellen Merkmalen der Aktivität ‚Therapieentscheidung‘. Hinsichtlich vorkommender Handlungs- und Sequenztypen finden sich grundsätzliche Gemeinsamkeiten zu den in Kapitel 8.1 dargelegten Befunden: So prägen den Entscheidungsprozess von ärztlicher Seite in hohem Maße initiative Empfehlungen, die präferierte Therapieoptionen auf unterschiedliche Weise (wiederholt) einbringen; durch sie wird im Verlauf der Entscheidung zunehmend die Zustimmung des Patienten als präferiertes Responsiv eingefordert. Sein Einverständnis zum Absetzen von Truvada kommuniziert der Patient zwar zu Beginn explizit, in Bezug auf den zeitlichen Beginn der Therapieumstellung signalisiert er aber Widerstand: passiv mittels Ausbleiben expliziter Zustimmung und aktiv mittels kritischer Nachfragen und Meinungsäußerungen, woraufhin die Ärzt/in Erklärungen zum präferierten Vorgehen liefert (z. B. Z. 157-189).

Insgesamt geht der beschriebene Entscheidungsprozess in seiner sequenziellen Komplexität und Handlungsvielfalt deutlich über das bislang Beschriebene hinaus bzw. wird durch eine Vielfalt weiterer Handlungen und Aktivitäten der Gesprächspartner/innen konstituiert. Es sind weitere Beiträge belegt, wie

- die gemeinsame Aktualisierung vergangener therapeutischer Überlegungen (u. a. Z. 29-33),
- eine therapieimplikative Ursachenattribution seitens der Ärztin (Z. 26-28),
- wiederholte Planungsinitiativen seitens des Patienten (z. B. Z. 87-103),
- gemeinsame Planungsaktivitäten in Bezug auf die Therapieimplementierung, d. h. Sequenzen aus ärztlichen Anweisungen und patientenseitigen *commitment*-Bekundungen sowie ko-konstruierte Festlegungen des weiteren Vorgehens (Z. 86-102, Z. 324-344).

Weiterhin beginnt der Entscheidungsprozess bereits in der Beschwerdeninterpretation (Z. 26-28) und ist durchbrochen von der Mitteilung eines Blutwerts (Z. 49-51).

Eine aus der Rekurrenz der Routinegespräche resultierende Besonderheit ist sicherlich, dass zu Beginn des Entscheidungsprozesses die Aktualisierung vergangener therapeutischer Überlegungen steht und nicht – wie für akutmedizinische APG beschrieben – eine neue initiale Therapieempfehlung.¹⁸⁰ Der Verlauf bis zur Unterbrechung durch das Gespräch mit der Kollegin (ab Z. 123) ist von Seiten der Ärztin v. a. durch Äußerungen vom Format ‚Ich würde gern(e) X machen‘ geprägt (Z. 35: das [würd ich auch gerne MACHen;], Z. 77: und zwar würd ich sie ganz gern glaub ich gAnz runternehmen von dem NUX-, Z. 107: also das rEYataz würd ich ihnen gern LASSen,); ebenso ohne ‚gern(e)‘, z. B.: ich glAUbe ich WÜRde? [(3.0)] versuchen das hEUte schon umzustellen; (Z. 70/72; siehe Kap. 8.3.1.1). Letzteres Format konstitu-

¹⁸⁰ Stivers et al. (2017) untersuchen – wie oben bereits erwähnt – ausschließlich die initialen ärztlichen Therapieempfehlungen. In anderen Studien wird nicht transparent gemacht, ob der Entscheidungsprozess nur eine Empfehlung oder mehrere enthält.

iert eine Praktik des tentativen Ankündigens einer alleinig (,ich‘) durchzuführenden therapeutischen Handlung und stellt ebenjene Therapieoption zur Entscheidung. Die mittels ‚würde + infinites Verb‘ versprachlichte Tentativität, die die Unabgeschlossenheit der Entscheidung kontextualisiert, nuanciert in Verbindung mit dem Adverbial ‚gern(e)‘ die Handlungsqualität in Richtung eines Optativs. Eine weitere – epistemische – Nuancierung erfolgt mittels ‚ich glaube‘, die ärztliche Unsicherheit kommuniziert und die Empfehlungsäußerungen (in Verbindung mit mehrmaligem Blättern in der Patientenakte und der Ankündigung, mit der Kollegin sprechen zu wollen) als Mitteilung von Zwischenresultaten eines internalen Entscheidungsprozesses erscheinen lässt.

Nach dem Gespräch der Ärztin mit der Kollegin außerhalb des Sprechstundenzimmers (ab Z. 127) ändern sich die entscheidungsrelevanten Äußerungen der Ärztin grundlegend, und zwar in Richtung des Formats ‚wir können X tun‘ bzw. ‚wir könnten X tun‘ (Z. 141, Z. 143, Z. 190, Z. 196/197), in dem nun Ärztin und Patient mittels Subjekt ‚wir‘ als gemeinsam Handelnde versprachlicht werden. Das Modalverb im Indikativ verweist, wie oben beschrieben, auf ein Handlungspotenzial im Sinne von ‚in der Lage sein X zu tun‘ und wird in Zusammenhang mit der Therapieänderung verwendet, zu welcher der Patient bereits grundsätzlich Zustimmung signalisiert hat: *wir können jetzt das truvada RAUSnehmen?* (Z. 141); *eh wir können das truvAda (.) AUstauschen gegen das kiVExa.* (Z. 143) (siehe Kap. 8.3.1.2). Demgegenüber kommt der Konjunktiv ‚könnten‘ zum Einsatz, wenn die Ärztin auf Implementierungshandlungen in Bezug auf die zweite Therapiekomponente referiert (Blut abnehmen für den Verträglichkeitstest); er kontextualisiert die noch nicht vorliegende Zustimmung des Patienten. Interessant ist, dass das ‚wir können X tun‘-Format hier keine wahlweisen Optionen relevant setzt, sondern nur scheinbar auf einen therapeutischen Möglichkeitsraum verweist: Statt verschiedene Therapiealternativen stehen zwei sukzessiv aufeinanderfolgende Therapiepfade zur Entscheidung; der präferierte therapeutische Pfad ist also inhaltlich bereits „festgezurr“. Zudem leistet die Praktik hier Erklärungsarbeit in Bezug auf das konkrete Vorgehen zur Umsetzung des komplexen Vorgehens; mittels ‚wir könn(t)en X‘-Format wird dieses also zugleich empfohlen und erklärt (zu den interaktiven Aufgaben von Therapieempfehlungen, siehe Kap. 8.3). An diesen Funktionen des Formats ‚wir können X machen‘ wird m. E. besonders deutlich, wie konstitutiv der sequenzielle Kontext für die Qualität einer Empfehlungshandlung ist.

Während die patientenseitigen Dokumentationen von Nichtverstehen *WAS-Erklärungen* der Ärztin (z. B. Harren, 2015) zu unklaren Referenzen von Medikamentennamen und Tests sowie zum weiteren Vorgehen nach sich ziehen, ändert sich die sequenzielle Dynamik zum Ende des komplexen Entscheidungsprozesses: Statt Rezipientensignalen und Nachfragen zum Vorgehen signalisiert der Patient

nun mittels kritischer Nachfragen und Meinungsäußerungen zunehmend Widerstand, auf den die Ärztin mit *WARUM-Erklärungen* (Klein, 2001) für das präferierte Vorgehen reagiert, um diesen durch Überzeugungsarbeit aufzulösen (siehe Kap. 8.4). Zum Ende des Ausschnitts gibt der Patient daraufhin sein Einverständnis (Z. 288/289). Dass dieses als konzessive Zustimmung erscheint, weist auf die Möglichkeit der Diskrepanz zwischen *alignment* (als Erfüllen einer Antworterwartung eines initiativen Redezugs mittels Produktion einer entsprechenden Responsivhandlung) und *affiliation* (als zusätzliche Übereinstimmung mit der affektiven Haltung des ersten Redezugs) im patientenseitigen Einverständnis für Therapieentscheidungen hin.

Wie kann man das Fallbeispiel in Bezug auf die in Kapitel 3.3.3 dargelegten Dimensionen von Asymmetrie in Experten/Laien-Gesprächen interpretieren sowie auf das Desiderat, Patient/innen stärker in Therapieentscheidungen zu beteiligen?

Zunächst sind die initiativen Planungsaktivitäten des Patienten zu nennen, die eine doppelte Orientierung zwischen epistemischen und interaktiven Symmetrien einerseits und entsprechenden Asymmetrien andererseits zeigen und damit divergierende *membership categories* aufrufen: Sprachlich fallen einerseits semantische Vagheiten (in die richtung truVAda, veränderte tablettengeschichte) bei der Referenz auf geplante Therapieänderungen auf, die einen fundierten interaktionsbiographischen und medizinischen *common ground* von Ärztin und Patient zugrundelegen. Für instruktive Gesprächshandlungen in Experten/Experten-Interaktionen im Operationssaal wurden solche fragmentierten Formate bereits beschrieben (Uhmann, 2010). Die initiativen Planungsaktivitäten des Patienten selbst, das phonetisch erhöhte dialektale Register (v. a.: Koronalisierung zum stimmhaften postalveolaren Frikativ, z. B. in LUNGenmäßischen) und die Verwendung eines inkludierenden ‚wir‘ positionieren Ärztin und Patient zudem als Ko-Agierende in der Therapieentscheidung, in der der Patient eine aktive Rolle zu spielen versucht. Andererseits können die laiensprachlichen Ausdrücke in der Referenz auf Medikamente und diagnostische Tests im späteren Verlauf der Aktivität (meist in verstehensichernden Nachfragen) als epistemisches *display* eines *doing being a patient* gewertet werden. Auch verweist der Patient an einer Stelle auf das interaktive Vorrecht der Ärztin, die Therapieumstellung zu „besprechen“ (Z. 44; Ausschnitt 8-9), und stellt gegen Ende des Fallbeispiels ihre deontische Autorität heraus: ich FOLge ihnen natürlich. (Z. 289; Ausschnitt 8-17).

Die Ärztin zeigt ihrerseits sowohl epistemische als auch interaktive und deontische Autorität: Zum einen beharrt sie auf ihren interaktiven Rechten zur Gesprächsführung, indem sie sich vorbehält, ob sie die patientenseitigen Planungsaktivitäten mitträgt oder ob sie sie unterbricht und einen Aktivitätenwechsel einleitet. Im letzten Drittel des Fallbeispiels, in dem außerdem Meinungsäußerungen

des Patienten übergangen werden, hat dies den Nebeneffekt, dass die Ärztin den hierdurch ausgedrückten Widerstand z. T. missversteht: Sie richtet ihre WARUM-Erklärungen inhaltlich auf die Vorzüge der gewünschten neuen ART-Komponente Maravirok aus, eine Erklärung zur zeitlichen Unmittelbarkeit des Therapiewechsels – auf die sich der Widerstand des Patienten vorwiegend richtet – bleibt dagegen aus.

Ihren Status als medizinische Professionelle demonstriert die Ärztin weiterhin durch den Einsatz von veranschaulichenden Erklärungen zu Einsatzmöglichkeiten und potenziellen Nebenwirkungen der genannten ART-Komponenten ‚Truvada‘, ‚Kivexa‘ und ‚Maravirok‘: Ihre epistemische Autorität in Bezug auf fachmedizinische Wissensinhalte wird zusätzlich zur inhaltlichen Ausrichtung der Erklärungen durch ihre epistemisch sichere Haltung, die sie zu dem vermittelten Wissen einnimmt, versprachlicht. Daran ändert auch ihre anfängliche Unsicherheit in Bezug auf die Auswahl des neuen Medikaments nichts, die dann im Gespräch mit der Kollegin ausgeräumt wird: Vielmehr wird hierdurch deutlich, dass bestimmte Bereiche der Therapieentscheidung – in diesem Fall die Auswahl einer geeigneten neuen ART-Komponente – als intraprofessioneller Entscheidungsgegenstand behandelt werden, in der der Patient nicht partizipieren kann. Der epistemisch superiore Status der Ärztin wird mittels Vieraugengespräch mit der Kollegin demonstriert. Dass Therapieentscheidungen im Gespräch allgemein ärztliche oder zumindest intraprofessionelle Vorentscheidungen vorausgehen, gilt natürlich auch für andere Therapieentscheidungen: Bevor Therapieempfehlungen im Gespräch mit Patient/innen besprochen bzw. Therapieoptionen eingebracht werden, müssen diese vorselektiert werden; die im Gespräch präsentierten Entscheidungsgegenstände sind also ihrerseits das Ergebnis einer Entscheidung. Die laute Denkarbeit der Ärztin zu möglichen ART-Komponenten im obigen Fallbeispiel sowie das Gespräch mit der Kollegin machen solche Vorentscheidungsprozesse transparent und zeigen durch den Ausschluss des Patienten (Unterbrechen von hieran anknüpfenden Planungsaktivitäten, Verlassen des Raums für ein Gespräch mit der Kollegin) eine deutliche Grenze für patientenseitige Teilnahmemöglichkeiten auf (siehe hierzu auch Kap. 8.5).

8.2.3 Fallbeispiele *Therapiebeginn*: „bei dEn werten gibt_s keinen wirklichen GRUND.“

In den beiden vorhergehenden Fallbeispielen standen Therapieentscheidungen an, nachdem Beschwerden geäußert oder medizinische Probleme testdiagnostisch festgestellt wurden. Zu Beginn des Kapitels wurde als dritter Gesprächskontext für Entscheidungsaktivitäten angegeben, dass bei Patient/innen, die noch keine ARV-Therapie begonnen haben, entschieden werden muss, ob nun der richtige Zeitpunkt für den Therapiebeginn gekommen ist oder nicht. Bei ihnen wird das

HI-Virus noch durch die körpereigene Abwehr soweit kontrolliert, dass die Anzahl der Viren nicht signifikant ansteigt bzw. die CD4-Zellen nicht merkbar sinken. Dies verändert sich im späteren Verlauf der Infektion, so dass die Entscheidung für oder wider den Therapiebeginn bei diesen therapienaiven Patient/innen in jeder Sprechstunde neu gefällt werden muss. In Kapitel 2.1.2 wurde bereits dargelegt, dass die heutigen medizinischen Richtlinien einen frühen Therapiebeginn empfehlen, da das HI-Virus auch bei asymptomatischem HIV-Status schädlich wirken kann. Dennoch beginnen nicht alle Patient/innen sofort mit der Therapie, u. a. da die Entscheidung für eine frühe ARV-Therapie eine zweiseitige ist: Auf der einen Seite wird durch die medikamentöse Behandlung medizinisch sichergestellt, dass das HI-Virus nicht irgendwo im Körper unbemerkt seine schädigende Wirkung entfaltet. Zum anderen müssen die Patient/innen ab Beginn der Therapie lebenslang Medikamente einnehmen, die möglicherweise ebenfalls potenzielle Langzeitauswirkungen auf Organe wie Niere und Leber haben und deren Nebenwirkungen die Patient/innen in ihrem Alltag beeinträchtigen. Mögliche Folge ist: „The decision to take or not to take Anti-Retroviral Treatment (ART) may create a high level of uncertainty.“ (Kremer, 2004, S. 13)

Im vorliegenden Gesprächskorpus sind drei Gespräche mit therapienaiven Patienten belegt: die Gespräche S-2706-AP, P-2706-AP und T-/P-2406-AP; alle drei werden mit Arzt M geführt. In allen drei Gesprächen entscheiden sich die Patient/innen dafür, den Therapiebeginn weiter aufzuschieben. Exemplarisch möchte ich in vorliegendem Abschnitt die entsprechenden Ausschnitte aus zwei Gesprächen (P-2706-AP und P-/T-2406-AP) gegenüberstellen.

Die Entscheidung pro/contra ART wird in beiden Gesprächen jeweils direkt im Anschluss an die Befundmitteilung initiiert. Diese sequenzielle Position der Entscheidungsinisierung spiegelt bereits ihre Abhängigkeit von den medizinischen Befundergebnissen, auch wenn in den folgenden Gesprächen keine Auffälligkeiten durch den Arzt/die Ärztin festgestellt werden. Die Entscheidung basiert hier vielmehr auf einer *no problem*-Evaluierung der HIV-relevanten Blutwerte:

Ausschnitt 8-19: Entscheidung wider den Beginn einer ART, P-2706-AP, Arzt M, 403-431 Sekunden.

26 A: HIER ist es jetzt-
 27 beim aktuellen_n !BISS!chen niedriger; =
 28 = [das STÖRT] mich aber nicht.
 29 P: = [hm_hm-]
 30 hm:-
 31 <<p> hm;>
 32 A: un der NORMwert is-
 33 In der tat aber (.) Ungefähr fünfund<<cv> DREIßig.> =
 34 P: = mh_[ja;]
 35 A: [al]so es ist Etwas unter NORMwert-
 36 aber in nem !AB!solut guten beREICH-
 37 P: hm_hm,
 38 A: so dass ich nAch [wie VOR-]

normalisierenden Evaluationen der als erklärungsbedürftig behandelten Blutwerte bereits in diese Richtung vorbereitet; die Entscheidungsaktivitäten beschränken sich dann auf die Empfehlungsäußerung des Arztes und die Responsivpartikel seitens des Patienten. Die unaufwändige Entscheidungsfindung ist sicherlich erklärbar dadurch, dass diese im Unterschied zu Fallbeispiel ‚Truvada‘ eine Entscheidung für das Beibehalten eines bislang bewährten Vorgehens darstellt und dass sich die Gesprächspartner in der Entscheidungsaktivität auf interaktionsbiographisches Wissen berufen können. Sie kontextualisiert also womöglich auch, dass Arzt M die Zustimmung von Patient P-2706 weitgehend voraussetzt, die Entscheidung also auch als in Einklang mit patientenseitigen Präferenzen sieht.

Ebenjene patientenseitige Präferenz, den Beginn der Therapie weiter hinauszuzögern, wird im folgenden Gespräch durch den Arzt explizit zugeschrieben.

Ausschnitt 8-20: Entscheidung wider den Beginn einer ART, T-/P-2406-AP, Arzt M, 1863-1894 Sekunden.

21 A: also das ist GUT; =
 22 = die helferzellen schwanken so zwischen fünfhundert und
 ACHThundert-
 23 °hh und wenn ich sie richtig verstehe sin_ie_eher etwas
 zuRÜCKhaltend mit ha i vAU therapie. =
 24 = ne?
 25 °hh
 26 P: also was [hEIßt zuRÜCKhaltend;] =
 27 A: [bei DEN werten-] =
 28 P: = also;
 29 [<<p> () [ich nicht.)]
 30 A: [ja.]
 31 [bei] den wErten [gIbt_s
 keinen wirklichen GRUND.
 32 P: [<<pp> ja.]
 33 A: °h also es gIbt <<cv> l:ö> patienten die kOmmen und
 WOLlen,
 34 ne ha i vau therapie beGINnen,
 35 das is RICHTig- (--)
 36 ehm (-) bei Ihnen is es (-) DRINGend notwendig auf
 !KEI!nen fall,
 37 nOtwendig AUCh noch nich- =
 38 = man kÖnnte wenn man WOLLte-
 39 aber DANN würd ich_s nur im rahmen von ner studie
 machen;
 40 weils so wenig VIRus is.
 41 °hh also das sieht PRIma aus.

Nach der Mitteilung und der positiven Evaluation der HIV-spezifischen Blutwerte im Rahmen der Befundbesprechung (bis Z. 22) äußert der Arzt in Zeile 23 eine *formulation* der Einstellung des Patienten zur ha i vAU therapie (Z. 23), die dieser in der vorliegenden Sprechstunde nicht zuvor zum Ausdruck gebracht hat. Der Arzt vereinbart damit die HIV-spezifischen Blutparameter als medizintechnische Evidenzen mit der (zugeschriebenen) patientenseitigen Präferenz zur Fundierung der Entscheidung. Interessant ist, dass der Patient im Folgenden die Fremd-

positionierung des Arztes zurückweist, indem er das ihm zugeschriebene Attribut ‚zurückhaltend‘ in Bezug auf den Therapiebeginn mit einer ‚was heißt x‘-Konstruktion (Günthner, 2015) einschränkend relativiert (Z. 23). Dass er sich hiermit zugleich auch gegen die hiermit verbundene präferenzbezogene Fundierung der Therapieentscheidung wehrt, zeigen auch die mit seinen Äußerungen überlappenden responsiven Gesprächsbeiträge des Arztes: Arzt M stellt überlappend (Z. 27) und dann nach einem Neustart die Bedeutung der Blutwerte als evidenzbasierte Fundierung der Entscheidung heraus: bei den wErten gIbt_s keinen wirklichen GRUND. (Z. 31). Im weiteren sequenziellen Verlauf gibt Arzt M einen *account* für die Beurteilung der patientenseitigen Einstellung als ‚zurückhaltend‘, indem er diese implizit seiner Erfahrung mit anderen Patient/innen gegenüberstellt (Z. 33/34). Der Verweis auf diese Patient/innen mit einer ‚es gibt X‘-Existenzkonstruktion (Ehmer & Birkner, 2014) impliziert, dass Patient P-2406 als partikulärer Fall nicht dieser Patientengruppe angehört. Seine Ergänzung *das is RICHTig-* (Z. 35) in der nächsten TKE wirkt konzessiv und wird so im Sinne eines „das gibt es zwar, aber“ seiner Einschätzung gegenübergestellt, die er darauf folgend (Z. 36-40) elaboriert. Das Schwanken des Arztes zwischen dem Relevantsetzen der zugeschriebenen Präferenz des Patienten wider einen sofortigen Therapiebeginn und der anschließenden erneuten Herausstellung der Bedeutung der Befunde für die Entscheidung ist responsiv auf die Zurückweisung der Fremdpositionierung des Patienten zu sehen.

Zusammenfassend verdeutlichen die Fallbeispiele, dass Entscheidungsaktivitäten bei therapienaiven Patienten für oder wider den Beginn der antiretroviralen Medikation eng an die Entwicklung der HIV-spezifischen Blutparameter gebunden sind. Die Entscheidung wider ART wird daher als eine vorläufige behandelt (‚noch‘), die immer wieder neu anhand der Befundlage überprüft werden muss. Noch prominenter als bei bereits antiretroviral behandelten Patient/innen, die in der Mitteilung der Blutwerte häufig selbst die intraindividuelle Entwicklung ihrer Werte evaluieren (siehe Kap. 7.3.2), wird der Verlauf des HIV-Status bei den beiden therapienaiven Patienten herausgestellt. Die rasche Entscheidungsfindung im ersten Fallbeispiel (Ausschnitt 8-19) im Rahmen einer einzigen Empfehlungs-Zustimmungs-Sequenz verweist darauf, dass es sich nicht um eine neu zu treffende Entscheidung handelt, sondern dass für die Erneuerung einer bereits zuvor (i. d. R. mehrfach) getroffenen Entscheidung auf interaktionsbiographisches Wissen sowie auf ärztliche Wissenszuschreibungen über die Präferenzen des Patienten zurückgegriffen werden kann. Das zweite Fallbeispiel, in dem der Patient eine entsprechende Fremdpositionierung zurückweist, verdeutlicht dabei zum einen, dass solche Zuschreibungen sich als inkorrekt herausstellen können, und möglicherweise zum anderen, dass manche Patient/innen ihre Präferenzen nicht als alleinige Entscheidungsgrundlage akzeptieren. Ärztliche Therapieempfehlungen müssen also

nicht nur abgewogen werden zwischen der evidenzbasierten professionellen Sicht und möglichen Präferenzen der Patient/innen, sondern sie müssen auch berücksichtigen, wie verantwortlich Patient/innen in der und für die Entscheidung sein möchten (siehe Kap. 8.5).

Das folgende Zitat von Arzt M, das eingebettet ist in einen allgemeinen Vergleich der früheren HIV-Patient/innen (vor dem Einsatz der hochaktiven ART) mit den heutigen, legt offen, dass es aus Ärzteperspektive eine interaktive Herausforderung darstellt, den Therapiebeginn festzulegen:

Ich will eigentlich, dass der Patient aktiv wird. Ich will eigentlich, dass der Patient zu mir sagt: „Ich möchte Therapie haben“. Das ist die Traumvorstellung. Und manche Patienten muss man ein bisschen in die Therapie drängen. Das ist so. Und dann gibt's welche, die sind dann dankbar und sagen: „Ja, war gut so. Jetzt geht s mir deutlich besser“. Ja und dann gibt's eben, und das sind die schlimmsten oder die schwierigsten Patienten, die auffälligsten Patienten, die dann nur Nebenwirkungen haben. Und die Nebenwirkungen dann natürlich auch auf mich projizieren. Weil ich ihnen das gegeben hab', hab' ich die Nebenwirkungen (Arzt M im Interview).

Da dem Arzt im Nachhinein die Verantwortung für etwaige Konsequenzen zugeschrieben werden könnte, wird eine einseitig durch den Arzt getragene Entscheidung für den Beginn einer ART gegen die Präferenzen von Patient/innen also als konsequenziell für die Arzt/Patient-Beziehung bewertet. Das ärztliche Rückversichern über die „zurückhaltende“ Einstellung des Patienten in Gespräch T-/P-2406 dient womöglich dahingehend dazu, die Möglichkeiten für entsprechendes Empfehlungshandeln auszuloten.

8.3 Therapieoptionen einbringen und Verbindlichkeit etablieren: Empfehlungen, Ratschläge, Angebote

Ärztliche Äußerungen in therapiebezogenen Aushandlungen, in denen ausgehend von einer Problemfeststellung eine Therapieoption eingebracht wird, antizipieren therapeutische Handlungen, die aus der ärztlichen professionell-medizinischen oder/und aus der patientenseitigen Perspektive als anstrebenswert präsentiert wird. Im Folgenden soll gezeigt werden, wie sprachlich unterschiedliche Formen des Einbringens und des wiederholten Relevantsetzens von Therapieoptionen zu Beginn und im Verlauf der Entscheidung medizinische Möglichkeiten und Notwendigkeiten konstruieren, wie in ihnen epistemische Territorien, Zuständigkeiten und das Beteiligtsein in der Therapieimplementierung ausgehandelt werden und wie auf diese Weise unterschiedliche Möglichkeiten der responsiven Bearbeitung eröffnet werden. Die entsprechenden ärztlichen Gesprächshandlungen sind: *Therapieempfehlungen, Therapieangebote* und *Ratschläge*.

Therapieempfehlungen in den untersuchten Gesprächen – das haben die Fallanalysen in Kapitel 8.2 gezeigt – zeichnen sich dadurch aus, dass sie einen Entscheidungsprozess initiieren oder vorantreiben. Dabei geht der ärztlichen

Äußerung von Empfehlungen immer eine internale Entscheidung voraus, deren Resultat durch die Empfehlung präsentiert wird. Der Handlungscharakter therapieempfehlender ärztlicher Äußerungen wird mal mehr, mal weniger auf der sprachlichen Oberfläche angezeigt: Während er sich in Äußerungen im Format ‚Wir können X‘ primär aus ihrer gesprächskontextuellen Einbettung ergibt, ist er in Äußerungen nach dem Muster ‚Ich würde X‘ (siehe Kap. 8.3.1.1) explizit versprachlicht. Die vorliegenden Entscheidungsprozesse – siehe etwa die Fallanalysen in den Kapiteln 8.2.1 bis 8.2.3 – zeigen in diesem Zusammenhang, dass die Wahl einer spezifischen Empfehlungspraktik auch kontextualisiert, wie weit vorgeschritten der Entscheidungsprozess ist. Während zu Beginn der informative und evaluative Anteil einer Empfehlung im Vordergrund stehen und auch Meinungen der Patient/innen vorgefühlt werden, zeigt sich die Tendenz, dass deontisch stärkere Empfehlungen vor allem dann verwendet werden, wenn sich Ärzt/innen der Zustimmung der Patient/innen sicher sind (siehe das Fallbeispiel in Kap. 8.2.1) oder wenn der Abschluss einer Entscheidung nah ist. Allgemein ist der Einbezug des lokalen Gesprächskontexts essenziell, um die Nuancierung der interaktiven Aufgaben einer therapieempfehlenden Äußerung beurteilen zu können: Ein wiederholter Einsatz derselben Empfehlungspraktik – wie beispielsweise mehrfache ‚Ich würde X‘-Äußerungen – kann im Laufe des Entscheidungsprozesses zunehmend nachdrücklich wirken. Die deontische Kraft solcher Äußerungen ergibt sich also im Zusammenspiel der lexikalischen (modalen) und prosodischen Gestaltung empfehlender ärztlicher Äußerungen, sowie aus ihrer sequenziellen Einbettung in die Gesamtaktivität.

In den Fallanalysen ist deutlich geworden, dass die Wahl der jeweiligen Empfehlungspraktik auch abhängig ist von individuellen Präferenzen: So verwendet Ärztin G im ausführlich analysierten Fallbeispiel ‚Truvada‘ (Kap. 8.2.2) häufig das Format ‚Ich würde gern X tun‘. Arzt M bevorzugt dagegen die Verwendung performativer Verben wie ‚vorschlagen‘ in ‚Ich würde X‘-Formaten.

Abbildung 15 veranschaulicht, dass Therapieempfehlungen verschiedene Aufgaben erfüllen, die durch Patient/innen selektiv responsiv bearbeitet werden können: angefangen beim Informieren über die Existenz einer Therapieoption über das mehr oder weniger explizite Bewerten/evaluative *stance-taking* bis hin zur mehr oder weniger expliziten Evozierung einer Zustimmung. Diese Aufgaben können in einem Empfehlungsformat unterschiedlich stark hervortreten; so kann z. B. in einem entscheidungsinitiierendem Empfehlungsformat zunächst das Informieren im Vordergrund stehen (der entsprechende Kreis in Abb. 15 wäre dann größer). Zusammen machen sie die Handlungsqualität der Empfehlung aus, was in der Abbildung durch die Überlappung der drei Kreise dargestellt ist.

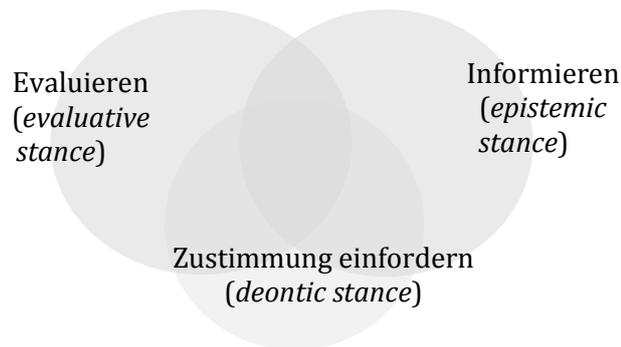


Abbildung 15: Die Aufgaben einer ärztlichen Therapieempfehlung

Becker & Spranz-Fogasy (2017) sehen im Unterschied zum obigen Modell eine klarere Trennschärfe zwischen Empfehlen und verwandten Handlungen wie Einschätzen, Anweisen u. a., kommen aber zu einer Arbeitsdefinition von Empfehlen, die auch obige Komponenten enthält (jedoch in der folgenden Definition eher als Paraphrase von Empfehlung aufgeführt werden):

Ärztliche Empfehlungen werden verstanden als persönliche oder fachliche Einschätzungen, Beurteilungen und Bewertungen bezüglich verschiedener therapeutischer Maßnahmen, durch welche die Ärzte als medizinische Experten den Patienten eine solche Maßnahme nahelegen bzw. von dieser abraten (ebd., S. 171).

Therapieempfehlungen basieren auf einem professionellen Wissensfundament und reflektieren gleichermaßen die ärztliche Pflicht, eine Lösung für ein medizinisches Problem zu finden und das ärztliche Recht, die Handlungen von Patient/innen (bis zu einem gewissen Grad) zu bestimmen.

Eine andere Handlungsqualität weisen die im vorliegenden Korpus belegten Äußerungsformate ‚Soll ich (Ihnen) X‘ und ‚Ich kann (Ihnen) X‘ auf. Sie werden als Praktiken von **Therapieangeboten** aufgefasst, da Ärzt/innen durch sie kommissiv Handlungsverpflichtungen eingehen. Präferenzen und Wissensbereiche der Patient/innen werden durch Angebote berücksichtigt und als entscheidend für die Implementierung einer Therapie herausgestellt. Über die Existenz von Letzterer informiert das Angebot qua seiner Äußerung.

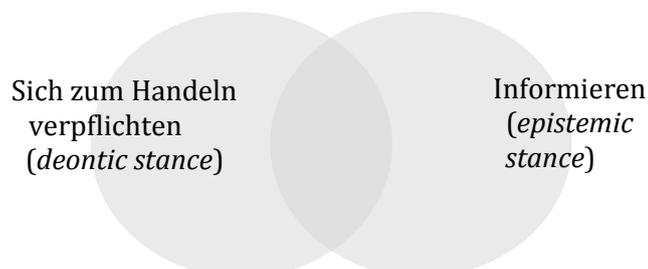


Abbildung 16: Die Aufgaben eines ärztlichen Angebots

Der Ausgangspunkt für Therapieangebote ist i. d. R. eine Beschwerdenschilderung und nicht die testdiagnostische Feststellung einer medizinischen Abnormalität. Angebote kontextualisieren damit besonders explizit, dass Beschwerdenäußerungen implizite Anfragen (*requests*) für eine Therapie darstellen. Angebote können so leicht abgelehnt werden, allerdings kommt dies in den vorliegenden Gesprächen nicht typischerweise vor, wie Couper-Kuhlen (2014) umgekehrt für Angebote in informellen Gesprächen feststellt. Im Unterschied zu therapieempfehlenden Äußerungen, in denen die Entscheidung z. T. als medizinisch notwendig bzw. als *in situ* zu treffen behandelt wird, konstruieren Therapieangebote Beliebigkeit, was die Implementierung (i. d. R.: die Einnahme von Medikamenten) betrifft. Nur Ärzt/innen gehen also im weiteren Verlauf eine verbindliche Handlungsverpflichtung ein. Patient/innen ratifizieren entsprechende ärztliche Äußerungen responsiv bisweilen mit Evaluierungen (etwa: „Das wäre nett“) und ko-konstruieren auf diese Weise ihren Angebotscharakter.¹⁸²

Von Therapieempfehlungen und Therapieangeboten, in denen Ärzt/innen stets auch eine eigene Handlungsverpflichtung in Bezug auf die Therapieimplementierung etablieren, sind ärztliche **Ratschläge** abzugrenzen. In ihnen wird v. a. ein spezifisches zukünftiges Handeln des/der Patient/in als wünschenswert herausgestellt. Ratschläge erscheinen in den untersuchten Gesprächen wie Therapieempfehlungen zwar ebenfalls im Anschluss an (testdiagnostische) Problemfeststellungen oder nach Beschwerdenäußerungen; im Unterschied zu Therapieempfehlungen und Therapieangeboten wird aber gesundheitsbezogenes Handeln als wünschenswert oder medizinisch notwendig fokussiert, für dessen Realisierung Patient/innen allein als eigenverantwortlich positioniert werden.

Ratgeben ist häufig *die* zentrale Aktivität in vielen Experten/Laien-Konstellationen.¹⁸³ Nach Heritage & Lindström (2012) haben Ratschläge einen informativen und einen instruktiven (oder: auffordernden) Anteil, die wiederum jeweils mit den epistemischen und deontischen Rechten des Ratgebers kongruieren (bzw. diese konstruieren); die Rezipienten des Ratschlags reagieren bisweilen nur auf eine der beiden Komponenten – etwa lediglich mit einem *change of state token*, um den informativen Anteil anzuzeigen. In manchen Gesprächstypen werden Ratschläge als reine Information gerahmt, was z. B. Silverman (1997) für Ratschläge zur Infektionsprävention in HIV/AIDS-Beratungen beschreibt. Auch in den vorliegenden Gesprächen antworten Patient/innen häufig nur mit *acknowledgement tokens*. M. E. ist Ratschlägen zudem eine evaluative Komponente

¹⁸² In einem Gespräch, bei dem ich hospitierte und mitschrieb, fragte der Patient ganz direkt danach, ob Arzt M ihm ein höher dosiertes Ibuprofen verschreiben könnte. Nach dem Verschreiben orientierte sich der Arzt ganz explizit an dem Angebotscharakter: „Hören Sie mal, das ist pure Nettigkeit, dass ich Ihnen das verschreibe!“

¹⁸³ Zu Ratschlägen in institutionellen wie informellen Diskursen siehe den Sammelband von Limberg & Locher (2012) .

inhärent, die in der Ratschlagspraktik ‚X ist [Adjektiv]‘ explizit versprachlicht wird.¹⁸⁴

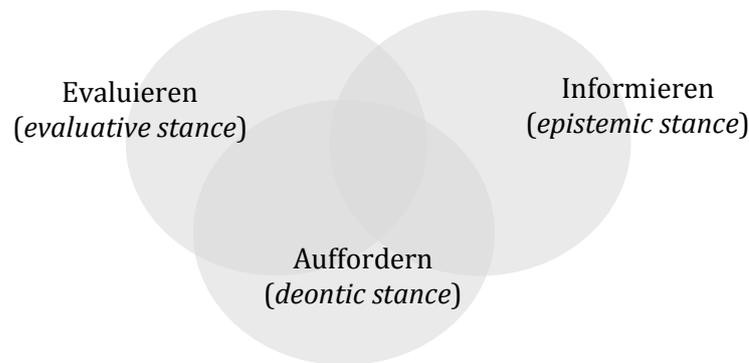


Abbildung 17: Die Aufgaben eines ärztlichen Ratschlags

Die Entscheidung, ob dem Rat gefolgt wird, liegt außerhalb des Gesprächs in Patientenhänden; interaktive Folge des Ratgebens sind in den vorliegenden Gesprächen dementsprechend meist keine Planungssequenzen. Auch bei einer expliziten instruktiven Komponente, die z. B. in Imperativa deutlich heraustritt, werden durch Ratschläge also häufig keine verbindlichen Entscheidungsprozesse initiiert, was einen entscheidenden Unterschied zu Therapieempfehlungen darstellt.¹⁸⁵ Viele Ratschlagssequenzen unterscheiden sich also auch in ihren Folgen für den Gesprächsverlauf konstitutiv von ärztlichen Therapieempfehlungen.

In alltäglichen Gesprächen werden Ratschläge als intrinsisch gesichtsbedrohende kommunikative Handlungen aufgefasst¹⁸⁶ (Brown & Levinson, 1987); ihre Realisierung erfordert die Berücksichtigung verschiedener Faktoren, u. a. das Wissen der Beteiligten, die soziale Situation und die Beschaffenheit des betreffenden Sachverhalts, zu dem der Rat gegeben wird. Während in nichtinstitutioneller Interaktion daher i. d. R. moderat-direktive Ratschlagspraktiken verwendet werden (Locher & Limberg, 2012), erscheint das Delikatheitsproblem des Ratgebens in den vorliegenden Gesprächen – wie auch in APG allgemein – aufgrund des übergreifenden institutionellen Gesprächsrahmens (Experten/Laien-Gespräch) mit entsprechenden Gesprächsaufgaben (medizinische Probleme therapeutisch lösen) weniger schwerwiegend. Dennoch können Ratschlagssequenzen in den

¹⁸⁴ Äußerungen nach diesem Format kommen in den vorliegenden Gesprächen weniger als initiativer Ratschlag, sondern fast ausschließlich responsiv zur Evaluierung patientenseitiger Vorschläge zum Einsatz. Arzt M äußert z. B. in Gespräch R-2906-AP auf ein Diätvorhaben des Patienten: „hAferflocken is GUT?“. Siehe aber Ausschnitt 8-26, Z. 301.

¹⁸⁵ Heritage & Lindström (2012) dagegen vergleichen Ratschläge in Geburtsnachsorgegesprächen zwischen britischen *health visitors* und Müttern im häuslichen Setting explizit mit ärztlichen Therapieempfehlungen.

¹⁸⁶ Einschränkend muss hinzugefügt werden, dass unterschiedliche Normen von Sprechergemeinschaften bei der Verwendung von Ratschlägen greifen. In China beispielsweise sind Ratschläge weniger delikate, da sie als Bekundungen von Solidarität behandelt werden und Interesse und Anteilnahme ausdrücken (Hinkel, 1997).

HIV-Sprechstunden eine moralische Dimension medizinischer Ratschläge aufzeigen: Wenn Ratschläge initiativ durch Ärzt/innen und nicht responsiv auf Beschwerdenschilderungen geäußert werden, reagieren Patient/innen auf implizite Kritik an ihrem bisherigen Management der betreffenden medizinischen Beschwerden. In diesen Fällen antworten Patient/innen mit *accounts* auf Ratschläge.

Dass eigenverantwortliches Handeln im Sinne der Koordination medizinischer Behandlungen und Institutionen erwünscht ist, ist nicht nur ungeschriebene Norm, die in den vorliegenden Gesprächen hervortritt, sondern auch – an anderer Stelle – auf Informationsbroschüren für HIV-positive Patient/innen expliziert. In Sweers (2010, S. 6f.) heißt es:

Ihre HIV-Ärztin oder Ihr HIV-Arzt wird engmaschig alle Aspekte Ihrer Gesundheit beobachten, die mit der HIV-Infektion in Verbindung stehen. Darüber hinaus müssen Sie sich aber auch selbst um Ihre allgemeinen gesundheitlichen Belange kümmern und sich dazu bei einem Allgemeinmediziner oder einer Allgemeinmedizinerin (*general practitioner*) registrieren lassen.

Bereits die Auswahl des Ratschlags als Gesprächshandlung, mit der eine präferierte (Be-)Handlungsoption eingebracht wird, kontextualisiert die Eigenverantwortung der Patient/innen in bestimmten Bereichen gesundheitsbezogenen Handelns. Allgemein sind ärztlichen Gesprächsbeiträgen, in denen eine Therapieoption eingebracht wird, Orientierungen hin zu eigenen oder fremden epistemischen Territorien sowie deontischen Rechten und Pflichten inhärent.¹⁸⁷ Die Auswahl der entsprechenden Gesprächshandlung offenbart so eine metaepistemische und metadeontische ärztliche Autorität: Ärzt/innen definieren also durch die Auswahl von Angeboten vs. Ratschlägen vs. Empfehlungen, wessen Wissen für die Entscheidung relevant ist und ob/wie sie oder Patient/innen in der Entscheidung und in therapieimplementierenden Handlungen beteiligt sind.

Empfehlungsäußerungen üben mehr oder weniger deontischen Druck hin zu einer Zustimmung seitens des Patienten aus und es sind ihnen Selbstpositionierungen des Arztes als Hauptverantwortlicher in und für die Entscheidung zueigen. In empfehlenden, ratgebenden oder anbietenden Formen des Einbringens von Therapieoptionen werden ärztliche oder patientenseitige Handlungswünsche/Präferenzen und Wissensterritorien nuanciert; sie changieren zwischen der Darstellung medizinischer Notwendigkeiten und Möglichkeiten. Therapieangebote haben dabei insofern eine Sonderstellung im Vergleich zu Therapieempfehlungen und Ratschlägen inne, als Ärzt/innen in den Letzteren beiden therapeutische Handlungsmöglichkeiten durch biomedizinische Wissensinhalte begründen, während in Angeboten das Wissen und die Präferenzen der Patient/innen für eine Behandlungsoption als entscheidend präsentiert werden. Auch wenn An-

¹⁸⁷ Diese Aspekte wurden im Forschungsüberblick behandelt und in den Fallanalysen in Kapitel 8.2 aufgegriffen.

gebote ebenfalls wie Therapieempfehlungen und Ratschläge auf einer internalen Vorselektion präferierter Therapien beruhen, berücksichtigen sie spezifisch, dass “[p]atients may not be able or desire to become a medical expert but they remain expert for their own preferences and values” (Kremer, 2004, S. 11).

Ratschläge und Therapieempfehlungen unterscheiden sich wiederum hinsichtlich der Handlungsverpflichtung, die Patient/innen darauffolgend eingehen: Während Therapieempfehlungen (und nachfolgende ärztliche Erklärungen zur Therapieoption) darauf ausgerichtet sind, die verbindliche Zustimmung des Patienten zu einem konkreten therapeutischen Handlungspfad zu erlangen, wodurch beide Interagierende Handlungsverpflichtungen eingehen, werden Ratschläge häufig als informierende und evaluierende Gesprächsbeiträge behandelt. Verbindliche Planungsaktivitäten finden sich nach ihnen nur manchmal, v. a. wenn das medizinische Problem als schwerwiegend bewertet und Patientenhandeln als dringlich dargestellt wird. Angebote stellen dagegen die deontische Selbstverpflichtung des Arztes heraus, i. d. R. zu Verschreibungen von Medikamenten; entsprechende Entscheidungen sind also einseitig verbindlich. Therapieentscheidungen unterscheiden sich also grundlegend in Bezug auf ihre Verbindlichkeit; nicht immer gehen beide Interagierende verbindliche Handlungsverpflichtungen ein.

Während bisherige Studien zu medizinischer Entscheidungsfindung vor allem die patientenseitige Zustimmung zur ärztlichen Therapieempfehlung als konstitutiv für den erfolgreichen Abschluss einer Therapieentscheidung ansehen, zeigen die vorliegenden Gespräche, dass der Übereinkunft über das therapeutische Vorgehen Aktivitäten folgen können, die die Entscheidung festigen bzw. verbindlich machen, u. a. durch das Relevantsetzen und wechselseitige Bestätigen konkreter, die Entscheidung realisierender Handlungen in der Zukunft sowie *displays* von *commitment* bezüglich der Durchführung. Auch Befunden Stevanovics (2012, S. 3) zufolge müssen in verbindlichen Entscheidungen drei Bedingungen erfüllt sein: Rezipierende eines Vorschlags müssen

- Verstehen über den Inhalt dokumentieren (*access*),
- zustimmen (*agreement*) und
- ihr Engagement in zukünftigen Handlungen bekunden (*commitment*).¹⁸⁸

Zwischen den drei Komponenten verlaufen Schnittstellen, an denen der Entscheidungspfad verlassen werden könne (ebd.). Für eine verbindliche Therapieentscheidung nach einer ärztlichen Therapieempfehlung reicht es nicht aus, dass der Patient sein grundsätzliches Einverständnis zum Therapievorhaben gibt; er verpflichtet sich zudem nach seiner Zustimmung infolge entsprechender

¹⁸⁸ In Stevanovics Gesprächen zwischen Kantor/innen und Pastor/innen sind v. a. Vorschläge als entscheidungsinitiierende Gesprächshandlungen belegt; die drei Bedingungen gelten m. E. auch für Entscheidungsprozesse in APG, die durch ärztliche Therapieempfehlungen geprägt sind.

Anweisungen der Ärztin, konkrete Handlungen außerhalb der aktuellen Gesprächssituation durchzuführen, z. B. das Medikament Truvada abzusetzen (siehe Kap. 8.2.2): dann nehm ich (-) nehm ich jetzt ab mOrgen dann NIMmer. (Z. 328). Das Explizieren solcher wechselseitigen Verpflichtungen steht im Kontrast zum Fallbeispiel ‚Mundpilz‘ (Kap. 8.2.1), in dessen Verlauf der Arzt Ratschläge äußert (aber dennoch zwischendurch das *commitment* des Patienten zu evozieren versucht). Hier geht eine letztlich nicht verbindlich hergestellte Übereinkunft zum therapeutischen Vorgehen mit einer herabgestuften Dringlichkeit der Entscheidungsfindung einher, wodurch dem Patient Handlungsspielräume für die Umsetzung im Anschluss an das Gespräch eröffnet werden.

Die genannten Dimensionen von Empfehlungen, Ratschlägen und Angeboten in Therapieentscheidungen sind in Tabelle 10 zusammengefasst:

	Empfehlung	Angebot	Ratschlag
Agierende	A oder beide	A	P
Epistemische Territorien	A	P	A
Deontische Berechtigung	A	P	A
Handlungsverpflichtung	beide	A	keiner

Tabelle 10: Relevante Dimensionen von Empfehlungen, Ratschlägen und Angeboten in Therapieentscheidungen

Generell gilt: Der Arzt/die Ärztin präsentiert durch das Einbringen einer Therapieoption das Ergebnis einer bereits zuvor internal getroffenen WAS-Entscheidung, zu der der/die Patient/in weitere pro-/contra-Entscheidungen treffen muss, in der Gesprächssituation mit dem Arzt/der Ärztin zusammen und/oder nach dem Gespräch. Man könnte sagen: Jede Therapieentscheidung besteht aus bis zu drei Entscheidungen, wovon nur eine im Gespräch ausgehandelt wird. Zunächst selektieren Ärzt/innen eine oder mehrere Therapieoptionen (1), die im Gespräch zur Entscheidung gestellt werden (2) und über deren Anwendung Patient/innen u. U. (nach Angeboten und einigen Ratschlagsformaten) als entscheidungsbefugt positioniert werden (3).

8.3.1 Praktiken ärztlicher Therapieempfehlungen

Nachdem im vorigen Kapitel relevante funktionale Aspekte der für Therapieentscheidungen konstitutiven ärztlichen Gesprächshandlungen Ratschlag, Empfehlung und Angebot fokussiert wurden (Tabelle 10), sollen nun die sprachlichen Praktiken für ihre Konstruktion als *social action formats* (Fox, 2007; siehe auch Couper-Kuhlen, 2014) untersucht werden.

Relevante sprachliche Ressourcen sind Ausdrücke der Modalität. Sie zeigen neben epistemischen Haltungen Möglichkeiten alternativer zukünftiger Wirklichkeiten auf (deontische und *bulitische* Haltung) (Fritz, 2001). Neben Adjektiven (z.

B. ‚nötig‘) und Substantiven (z. B. ‚Möglichkeit‘) sind in den entsprechenden ärztlichen Redezügen der analytische würde-Konjunktiv, Modalverben (z. B. ‚können‘, ‚müssen‘) und unterschiedliche Handlungsverben (‚tun, vs. ‚versuchen‘), *verba cogitandi* sowie nicht flektierbare Modalwörter und Modalpartikeln (z. B. ‚möglicherweise‘, ‚vielleicht‘, ‚wohl‘, ‚doch‘...) relevant, die Handlungsmöglichkeiten und -notwendigkeiten konstruieren.

Für die Formulierung von Therapieempfehlungen, Ratschlägen oder Angeboten gilt dabei natürlich, dass modale Ausdrücke nicht notwendigerweise eins zu eins auf dazugehörige modale Äußerungsbedeutungen bzw. interaktive Funktionen abbildbar sind. So kann beispielsweise die Aussage ‚Sie müssen X tun‘ als deontisch starke Haltung des Sprechers im Sinne einer Aufforderung oder Anweisung interpretiert werden oder aber als Feststellen einer äußeren Notwendigkeit, X zu tun, d. h. als Ausdruck *zirkumstanzieller* Modalität verstanden werden (z. B. Kratzer, 1991). Um die Art der vorliegenden Modalität zu disambiguieren, ist also eine Spezifizierung vonnöten: Für die Einbettung modaler Ausdrücke in ärztliche Empfehlungshandlungen gilt dabei wie für andere kommunikative Kontexte, dass „modale Bedeutungen vielfach nicht in einzelnen Signifikanten isoliert werden können, sondern sich erst aus dem Verhältnis zu allen anderen modalen Zeichen im Satz und der Situation konstituieren“ (Fritz, 2001, S. 1001). Beispielsweise kann ein Angebot auch in Form eines vermeintlich hoch direktiven Imperativsatzes erfolgen. Die Situation, die ärztlichen Gesprächsbeiträgen zugrunde liegt, ergibt sich kontextsensitiv aus dem laufenden Gespräch, dem sequenziellen Stand der laufenden Aktivität der Therapieentscheidung sowie den hier rekonstruierten institutionellen Rollen der Interagierenden.

Dasselbe gilt für die Verwendung verschiedener Satztypen in den drei Handlungstypen zum Einbringen von Therapieoptionen, bei welchen v. a. Deklarativ- und Interrogativsätze, aber auch Imperativa und Infinitivkonstruktionen verwendet werden: Der scheinbar steile deontische Gradient imperativischer Ratschläge nach dem Muster ‚Machen Sie X‘ relativiert sich, wenn der sequenzielle Kontext hinzugezogen wird. Sie werden in den vorliegenden Gesprächen eingesetzt, wenn Patient/innen an der Lösungsfindung des geäußerten Problems interessiert sind und z. T. bereits entsprechende Handlungsintentionen geäußert haben (siehe Kap. 8.3.3).

Die Verwendung unterschiedlicher Personalpronomen (‚ich‘, ‚wir‘, ‚Sie‘) als grammatisches Subjekt in Verbindung mit Handlungsverben, die den Referenten auch als semantischen Agens definieren, bestimmen die Handlungsbereiche in Bezug auf die Implementierung der therapeutischen Maßnahmen und differenzieren ärztliche Handlungen zum Einbringen von Therapieoptionen: Während beispielsweise ‚Ich kann X‘ ein ärztliches Angebot darstellt (siehe Kap. 8.3.2.1), haben Äußerungen nach dem Muster ‚Wir können X‘ in Entscheidungsprozessen

i. d. R. einen empfehlenden Charakter (siehe Kap 8.3.1.2). Versprachlicht wird somit auch die *agency* der Ärzt/innen, beider Interagierender oder die der Patient/innen, die von Deppermann (2015, S. 65) in Anknüpfung an philosophische Unterscheidungen zwischen Verhalten und Handeln „bedeutungsvolles, als intentional verstandenes Handeln, das einem Agenten als verantwortlichem Subjekt zugeschrieben wird“ definiert wird.¹⁸⁹

Im Folgenden werden die frequentesten¹⁹⁰ ärztlichen Praktiken von Empfehlungen, Angeboten und Ratschlägen exemplarisch in ihren sequenziellen Einbettungen und funktionalen Nuancierungen beschrieben.

8.3.1.1 *Ich würde X*

Das Format ‚Ich würde X‘ ist das häufigste Empfehlungsformat im vorliegenden Korpus; es wird 47 Mal in 18 Gesprächen verwendet. Es zeichnet sich zunächst durch die Verwendung des Personalpronomens ‚ich‘ als grammatisches Subjekt und semantischer Agens in den Bezugsäußerungen in Äußerungen nach dem Muster ‚Ich würde X‘ aus. Der analytische Konjunktiv II mit ‚würde‘ – und nicht etwa des Indikativ oder Futur I – mit inhaltlichem Bezug auf potenzielle therapeutische Handlungen in der Zukunft kontextualisiert, dass die Zustimmung des Patienten/der Patientin noch nicht vorliegt und verweisen auf das stets eingeschränkte deontische Recht des Arztes, nämlich dass sie die Entscheidung nicht alleine treffen können (siehe oben, Kap. 8.1.2.1).

Die Deklarativsatzkonstruktion etabliert keine starke konditionelle Relevanz für eine Antwort, wenn auch im Aktivitätenkontext der Therapieentscheidung eine Präferenz für Zustimmung angelegt ist. Eine lexikalisch identische ‚ich würde X‘-Praktik kann jedoch an unterschiedlich fortgeschrittenen Stellen des Entscheidungsprozesses weniger oder mehr die patientenseitige Zustimmung relevant setzen, auch mittels prosodischer Ressourcen: Während das Personalpronomen ‚ich‘ in entsprechenden Äußerungen i. d. R. prosodisch unmarkiert ist, kann es den Nukleusakzent tragen, wenn wie in Ausschnitt 8-17 (Z. 294: !ICH! würde es heute umstellen auf das kiVEXa.) anhaltender patientenseitiger Widerstand gegenüber dem empfohlenen Therapievorhaben vorausgeht. Die markierte Akzentuierung des ‚ich‘ kontrastiert hier die ärztliche Meinung mit der abweichenden Patientenmeinung über das empfohlene Vorgehen und fordert als wiederholte Empfehlungsausprägung nachdrücklicher die Zustimmung des Patienten (bzw. den Abschluss der Entscheidung) ein.

¹⁸⁹ Mit Verweis auf die Theorie der semantischen Rollen (Primus, 2012) weist Deppermann (2015, S. 66) darauf hin, dass der linguistischen Sicht auf *agency* „die normative Dimension von Verantwortung, Schuld und Verdienst“ fehle, die im sozialwissenschaftlichen Begriff von *agency* (oder Agentivität) integriert sei.

¹⁹⁰ Die folgenden, im Korpus nur vereinzelt auftretenden Praktiken, werden nicht berücksichtigt: ‚Ich schreibe Ihnen X auf‘, ‚Wir müssen X‘ als Empfehlungen; ‚Wollen Sie nicht X‘, ‚Sie sollten X‘, ‚Ich kann ihnen X empfehlen‘ als Ratschläge.

Das ‚X‘ der entsprechenden Bezugsäußerungen nach dem Muster ‚Ich würde (gern) X‘ ist folgendermaßen gefüllt:

- durch performative Verben wie ‚empfehlen‘, ‚vorschlagen‘ oder ‚sagen‘ (siehe Ausschnitt 8-41, Z. 54),
- durch den Ausdruck eines Wunsches mittels ‚gern X tun‘ (siehe Ausschnitt 8-10, Z. 77) oder
- durch Handlungsverben wie ‚versuchen‘, ‚ändern‘, ‚umstellen‘ (siehe Ausschnitt 8-10, Z. 70-72).

Handlungsverben in entsprechenden Äußerungen – ob mit oder ohne Adverbial ‚gern‘ – referieren ausschließlich auf ärztliche oder gemeinsame zukünftige Handlungen. Damit unterscheiden sie sich trotz Formidentität grundsätzlich von ärztlichen Ratschlägen nach dem entsprechenden Muster ‚Ich würde X tun‘ (siehe 8.3.3.4), die in der Verbalphrase potenzielle (bislang unterlassene, aber wünschenswerte) zukünftige Handlungen der Patient/innen benennen und damit deren Eigenverantwortung herausstellen. Mittels aller oben gezeigter Varianten nach dem Muster ‚Ich würde X‘ setzen Ärzt/innen eigene Therapiepräferenzen relevant. Zusammen mit Handlungsverben positionieren sich Ärzt/innen dabei als Hauptagent/in in der Durchführung der empfohlenen zukünftigen Therapiehandlungen, entsprechende Äußerungen weisen damit einen hohen Grad ärztlicher *agency* in den zukünftigen therapeutischen Handlungen auf (siehe z. B. Ausschnitt 8-11, Z. 107: also das rEYataz würd ich ihnen gern LASSen,). Mit performativen Verben werden i. d. R. in Form einer dass-Objektsatzkonstruktion zukünftige Handlungen *beider* Interagierender relevant gesetzt:

Ausschnitt 8-21: ‚Ich würde X‘- Empfehlung mit performativem Verb, B-1506-AP, Arzt M, 300-306 Sekunden.¹⁹¹

105 A: °h !ICH! würde vOrschlagen dass wir die medikamente jetzt einfach mal zEhn tage ABsetzen.
106 und uns dAnn aber nochmal WIEdersehn.
107 P: okee;
108 A: und dann <<all> GUCKen_wa mal.>

Je nach inhaltlicher Füllung werden spezifische deontische und epistemische Aspekte der Empfehlungshandlung nuanciert: Das performative Verb ‚empfehlen‘ beispielsweise expliziert die Bezugsäußerung auf der sprachlichen Oberfläche als direktive kommunikative Handlung der Therapieempfehlung,¹⁹² es tritt sowohl in Konstruktionen nach dem Muster ‚ich würde X empfehlen‘ als auch mit anschließendem Objektsatz ‚Ich würde empfehlen, dass X‘ auf. Letzterer ermög-

¹⁹¹ Ein längerer Ausschnitt des betreffenden Entscheidungsprozesses wird in Ausschnitt 8-50 besprochen.

¹⁹² Performativphrasen mit ‚empfehlen‘ können auch eine Ratschlagspraktik sein, die im vorliegenden Korpus allerdings rar ist: Arzt M rät in zwei Gesprächen Patienten zu einer Teilnahme bei *WeightWatchers* („Ich kann Ihnen das nur empfehlen“).

licht umfangreichere Ausführungen der präferierten Therapieoption als inhaltliche Füllung des X.

Die Verwendung von Handlungsverben in entsprechenden Äußerungen haben unterschiedliche epistemische Implikationen: Während ‚ich würde X tun‘ epistemische Sicherheit in Bezug auf die Adäquatheit der Therapieoption impliziert, verweist die Verwendung des Verbs ‚versuchen‘ diesbezüglich auf epistemische Unsicherheit. Vorangestellte epistemische Ausdrücke wie ‚ich glaube‘ (siehe Fallbeispiel ‚Truvada‘ in Kap. 8.2.2) offenbaren ebenfalls eine unsichere epistemische Haltung gegenüber diagnostischen Aspekten des medizinischen Problems oder gegenüber prognostischen Aspekten der Therapieoption.

Mit pronominalisiertem Referenten erscheint die Empfehlungspraktik bisweilen unmittelbar im Anschluss an ärztliche WARUM-Erklärungen (im folgenden Ausschnitt 8-22, Z. 01 bis 03 und siehe Kap. 8.4.1) im fortgeschrittenen Entscheidungsstadium:

Ausschnitt 8-22: „DES würd ich probiern.“, B-2706-AP, Arzt M, 667 bis 686 Sekunden.

01 A: des WAR_S eigentlich. (.)
 02 <<all> Übelkeit erbrechen DURCHfall,>
 03 EIgentlich GAR nicht.
 04 P: <<creaky> okee.>
 05 A: ja,
 06 **DES würd ich probiern.**
 07 °h wenn sie dEs drei monate lang gut verTRagen; (1.0)
 08 dann könn_wa dAs auch kombINIERen?
 09 in einer (-) EIner pille- =
 10 das heißt dann aTRIPla.
 11 °h (.) da ham_se EIne pille dann abends.
 12 P: un des <<creaky> WAR_S.>
 13 A: <<p> das WAR_s.>
 14 P: <<p, creaky> okee (.) cool.>
 15 (---)

Die syntaktisch modifizierte Variante mit vorangestelltem pronominalisiertem Akkusativobjekt aktualisiert in diesem sequenziellen Kontext die ärztliche Empfehlung, fungiert als Resümee der vorhergehenden WARUM-Erklärungen (siehe Kap. 8.4.1) zu der präferierten Therapieoption und projiziert den nahenden Entscheidungsabschluss. Im obigen Ausschnitt klärt der Arzt die Patientin im Anschluss an die betreffende Äußerung in Zeile 06 noch über Anschlussmöglichkeiten der präferierten Therapieoption auf, so dass die explizite Ratifizierung durch die Patientin erst mittelbar in Zeile 14 erfolgt.

8.3.1.2 *Wir können X*

Prominent im Korpus vertreten sind ärztliche Äußerungen nach dem Muster ‚Wir können X‘, die 19 Mal in elf Gesprächen verwendet werden. Mittels Modalverb ‚können‘ wird durch diese Praktik des Empfehlers ein Möglichkeitsraum zum

therapeutischen Handeln eröffnet. Entsprechende ärztliche Äußerungen sind sowohl als erstmalige als auch als wiederholte Therapieempfehlungen im Entscheidungsverlauf belegt; Ärzt/in und Patient/in werden dabei stets als Ko-Agierende in den Therapiehandlungen positioniert. Wie bereits erwähnt, wurde diese Empfehlungspraktik durch Toerien et al. (2011; 2013) mit der Präsentation mehrerer Therapieoptionen in Verbindung gebracht und im Zuge dessen als förderlich für patientenseitige Partizipation beschrieben. Im Zuge der Fallanalyse ‚Truvada‘ in Kapitel 8.2.2 wurde für Therapieentscheidungen in den vorliegenden Gesprächen aber bereits deutlich, dass das Eröffnen eines Möglichkeitsraums zum therapeutischen Handeln nicht gleichbedeutend sein muss mit der Wahlfreiheit zwischen Alternativen.¹⁹³ Die zirkumstanzielle Lesart des Modalverbs führt hier vielmehr dazu, dass ein ärztlich präferierter Therapiepfad im Verlauf des Entscheidungsprozesses sich zunehmend als zwingend und alternativlos darstellt, da dieser als glücklicher Umstand sich eröffnender Handlungsmöglichkeiten präsentiert wird. Ein kleiner Ausschnitt des betreffenden Fallbeispiels (siehe auch Ausschnitt 8-14) soll ebenjene Verwendung des ‚Wir können X‘-Formats noch einmal veranschaulichen:

Ausschnitt 8-23: Alternativlose Möglichkeit: „wir können jetzt das truvada RAUSnehmen?“, G-2107-AP, Ärztin G, 775-787 Sekunden.

140 also wir hätten (.) im prinzip ZWEI möglichkeiten.
 141 wir können jetzt das truvada RAUSnehmen? =
 142 = den ha el A (-) test HAM_wa? (1.1)
 143 eh wir können das truvAda (.) AUstauschen gegen das
 kiVExa.
 144 (1.3)

‚Wir können X‘-Empfehlungsäußerungen können also eine Illusion der Auswahl konstruieren bei tatsächlicher Beschränkung therapeutischer Optionen auf ein Vorgehen, das mehrere aufeinanderfolgende Komponenten umfasst.

In den meisten Belegausschnitten dagegen gibt es tatsächlich die Möglichkeit der Auswahl, nämlich die zwischen der Durchführung eines Therapiewechsels und dem Belassen der laufenden Therapie. Zu Beginn des folgenden Ausschnitts reagiert der Arzt affirmativ auf eine ablehnende Haltung des Patienten zum Therapiewechsel,¹⁹⁴ indem er das Belassen des Medikaments Atripla als bei vielen Patient/innen gängiges Vorgehen darstellt (Z. 08-10). Mit adversativem Anschluss bringt er direkt darauf dennoch die Option des Therapiewechsels mittels ‚Wir können X‘-Format ein (Z. 14) und begründet die Gegebenheit dieser Möglichkeit direkt darauf (Z. 15-20).

¹⁹³ Auch wenn – wie auch bereits in der entsprechenden Fallanalyse beschrieben – in Ausschnitt 8-23, Z. 140 zwei Möglichkeiten angekündigt werden.

¹⁹⁴ Siehe den nachfolgenden Ausschnitt 8-25; dieser geht Ausschnitt 8-24 im entsprechenden Gespräch T-/P-2406-AP voraus.

Ausschnitt 8-24: Fakultative Möglichkeit: „wir könn: das !RE!lativ einfach probiern.“, T-/ P-2406-AP, Arzt M, 1141-1158 Sekunden.

08 A: un dann gehn die meisten zuRÜCK wieder; (--)
 09 auf aTRIPla; =
 10 = wEILs halt so schön <<dim> EInfach is.>
 11 (---)
 12 ((atmet durch die Zähne ein))
 13 !A!ber?
 14 **wir könn: des (-) !RE!lativ einfach proBIERN.**
 15 die vIrusbeladung is unter NACH[weis]grenze.
 16 P: [hm-]
 17 A: die therapIE schlägt perfekt AN;
 18 wir haben !F:REI!e HAND.
 19 SECHSundzwanzig medikamente.
 20 **[wir können FREI auswählen.]**
 21 P: [°h also wAs ich halt] FESTgestellt hab-
 22 wenn (.) wenn ich halt zum SPORT geh oder sowas ne, =
 23 = dann: (-) is_es !NIT! so schlimm wie wenn ich nIt zum
 SPORT geh; =

Beide Ausschnitte zeigen, dass Empfehlungen nach diesem Muster i. d. R. epistemische Begleiter in Form fachmedizinisch fundierter WARUM-Erklärungen nach sich ziehen (siehe Kap. 8.4.1), eine patientenseitige Reaktion wird also nicht direkt eingefordert. In der entsprechenden Äußerung in Ausschnitt 8-24 (Z. 14) fungiert das Modaladverbial ‚relativ einfach‘ bereits als *accounting*-Marker und vereindeutigt den Empfehlungscharakter der ‚Wir-können X‘-Äußerung. Letzterer Ausschnitt zeigt weiterhin, dass das ‚Wir können X‘-Format die Entscheidung in der alternativgebenden Verwendung als wenig dringlich kontextualisiert und patientenseitige Ablehnung möglich ist. Es wird zwar kein *menu of choice* präsentiert, doch die komplementäre Therapieoption (in obigem Beispiel: Die Therapie belassen) wird als alternative Handlungsmöglichkeit mit impliziert. In obigem Ausschnitt signalisiert der Patient tatsächlich Ablehnung, indem er den der Therapieempfehlung zugrunde liegenden diagnostischen Vermutung (Nebenwirkungen der ARV-Therapie) widersprechenden Umstand schildert, dass die Beschwerden bei regelmäßigem Sport weniger auftreten.

8.3.1.3 *Sollen wir X*

Ärztliche Äußerungen nach dem interrogativen Format ‚Sollen wir X‘ stellen Patient/innen als Hauptverantwortliche in der Entscheidung dar; zugleich werden beide Gesprächspartner/innen als ko-agierend in Bezug auf das X, d. h. die Umsetzung der Therapie, positioniert. Das Format wird in insgesamt sechs Therapieentscheidungsprozessen jeweils einmal verwendet. Mittels Modalverb ‚sollen‘ und Interrogativsatzformat wird das patientenseitige *commitment* zu einer Therapieoption X erfragt. Die Praktik lässt Raum für eine Ablehnung, da die evaluative Haltung des Arztes zur Therapieoption implizit bleibt bzw. allenfalls aus dem vorausgehenden oder nachfolgenden sequenziellen Kontext ersichtlich ist, wenn initiale Empfehlungen und WARUM-Erklärungen vorausgehen. Arzt M dagegen

nutzt die Praktik dagegen mehrfach als recht abrupte entscheidungsinitiierende Äußerung: Patient/innen zeigen daraufhin stets Entscheidungsunsicherheit (siehe folgender Ausschnitt 8-25 sowie Ausschnitt 8-50), die Arzt M wiederum aus Ausgangspunkt für ‚Ich würde X‘-Empfehlungen nutzt (siehe unten).

Der Empfehlungscharakter einer ärztlichen ‚Sollen wir X‘-Äußerung kann relativiert werden, indem mittels ‚oder-Anschluss‘ die dazu komplementäre Therapiealternative präsentiert wird, nämlich die empfohlene Therapieoption *nicht* zu realisieren. Sie wird auch dann *ex negativo* aufgerufen, wenn nur das Format ‚Sollen wir X‘ geäußert wird. Das Format ist m. E. daher das interrogative Pendant zu ‚Wir können X‘ (siehe Kap. 8.3.1.2).

Ausschnitt 8-25: „solln_ma denn bei der therapie BLEIben oder soll_ma was WECHSeln.“, T-/P-2406-AP, Arzt M, 1112-1130 Sekunden.

```

01 A:      also es Is: ehm- (-) °hh
02          solln_ma denn bei der therapie BLEIben- (-)
03          oder soll_ma was [WECHSeln.          ]
04 P:      [<<len, zögernd> also] ich wUrd_s
           gern:: noch:: proBIERN.> =
05          = also_hm[:::          ] [ich WEIß es halt
           ] [nit.          ] =
06 A:      [<<all> pAssen_se ma AUF.>]
07          [<<all,p> machen_ma_s
           doch ( );>]
08          [machen_ma es] [rEIN] rein PRAKtisch.
09 P:      = [ja, ]
    
```

Vor Beginn des Ausschnitts klagt der Patient über aggressive Zustände, die als Nebenwirkung der ARV-Medikation vermutet werden (nicht gezeigt). Der Arzt bietet ihm die Auswahl zwischen den Optionen, die Medikation beizubehalten vs. diese zu ändern. Das Anbieten von gleichrangigen Alternativen ohne erkennliche Präferenz für die eine oder die andere bedingt, dass der Patient allein entscheiden kann (und soll), welche Therapiealternative umgesetzt wird. In Zeile 04 äußert er häsitativ eine Präferenz für das Beibehalten der Therapie, direkt darauf aber auch mittels epistemischem Meta-Ausdruck *ich WEIß es halt nit.* (Z. 05) Unsicherheit diesbezüglich, woraufhin der Arzt das Rederecht an sich nimmt, zu einer deontisch stärkeren Empfehlungsvariante übergeht (Z. 08) und im weiteren sequenziellen Verlauf für die Alternative ‚ART umstellen‘ plädiert.¹⁹⁵ Das Fallbeispiel verdeutlicht damit, dass das Präsentieren von Optionen ohne erkennbare Präferenz für die eine oder die andere eine epistemische Berechtigung des Patienten zur Einschätzung der Therapieoption(en) zugrundelegt, die der Patient hier zurückweist. Das Vorliegen dieser epistemischen und damit auch deontischen Inkongruenz hebt der Arzt im weiteren sequenziellen Verlauf durch eine klare

¹⁹⁵ In Ausschnitt 8-24 ist der weitere Verlauf des Entscheidungsprozesses dargestellt.

evaluative Haltung (Z. 07/08) und epistemische Fundierung einer der alternativen Therapiemöglichkeiten (nicht gezeigt) auf.

Da das Format im Unterschied zu deklarativen Empfehlungspraktiken eine konditionelle Relevanz hin zu einer Ratifizierung durch Patient/innen etabliert, wird es vor allem als reiner Zustimmungselizitator zum Entscheidungsabschluss eingesetzt:

Ausschnitt 8-26: „sollen_wir das so MACHen?“, M1-1506-AP, Arzt M, 547-580 Sekunden.

301 A: ich will ich würde halt denken dass <<cv> ehm:> (.)
vorstellung beim psychologen GUT is,
302 wEI:l (--) wir dann ne idee davon kriegen ob das
problem (-) vom kopf her kommt oder KÖRperlich ist.
(---)
303 und !NICH! jeder psychologe sagt O:u das kommt vom
KOPF;
304 <<all> sondern> es kann ihnen gut passieren dass der
psychologe auch sagt passen_se auf das: (-) muss was
ANderes sein. (-)
305 °hh (-) das würd ich VORschlagen; (-)
306 und !MEIN! vorschlag wär (-) zunächst über die
aidshilfe zu FRAGEN nach nem <<cv> guten psychOLOgen.>
(--)
307 **sollen_wir das so MACHen? (-)**
308 P: ja JA;
309 ich werd_s (-) <<cv> eh> ma so in ANgriff nehmen; (-)
310 A: <<p> gut->
311 dann würd ich sie einmal auf die WAAge bitten gerade?

In der Funktion des Evozierens einer patientenseitigen Ratifizierung wird das X in der entsprechenden ärztlichen Äußerung (Z. 307) durch ein Pronomen gefüllt, das kataphorisch auf das zuvor mehrfach eingebrachte Vorhaben, einen HIV-kundigen Psychotherapeuten zu finden, verweist. Vor allem bei dieser Verwendungsweise gehen der ‚Sollen wir X‘-Äußerung stets Empfehlungsäußerungen und ärztliche Begründungen für die Empfehlung (siehe Kap. 8.4.1) voraus, in diesem Ausschnitt in den Zeilen 301, 305 und 306. In obigem Beispiel interessant ist, wie der Patient auf die Frage reagiert (Z. 308): Die Doppelung der Antwortpartikel ‚ja‘ mit Primärakzent auf der zweiten Silbe behandelt hier die vorausgehende Gesprächshandlung als überflüssig (Golato & Fagyal, 2008), hier die Evozierung seiner Zustimmung. In seiner Anschlussäußerung (Z. 309) positioniert er sich kontrastierend dazu als alleiniger Agent in ebenjenem Vorhaben.

8.3.1.4 Lassen Sie uns (doch) X

Das Adhortativ-Vorschlagsformat mit Erststellung des finiten Verbs in erster Person Plural wird ausschließlich von Arzt M verwendet.¹⁹⁶ Es dient in einem fortgeschrittenen Stadium der Entscheidung dazu, dessen Abschluss voranzutreiben,

¹⁹⁶ Sehr rar auch: ‚Machen wir X‘.

indem die Zustimmung des/der Patient/in eingefordert wird. Der informative und evaluative Anteil der Empfehlung tritt also in konkreten Verwendungskontexten zugunsten des Einforderns einer Zustimmung zurück, was im folgenden Ausschnitt 8-27 auch daran erkennbar ist, dass auf das X nurmehr deiktisch referiert wird:

Ausschnitt 8-27: „dann lassen_se das uns doch MACHen.“, H1-1706-AP, Arzt M, 222-254 Sekunden.

38 A: wir können auch einfach mal ne !WOCH!e die medikamente
pauSIeren? (-)
39 um zu gucken was passIERT. =
40 P: = hm;
41 A: ob die albträume WEGgehn. (-)
42 wIE lange sind sie jetzt noch in DEUTSCH[land.]
43 P: [o]:ch
bestImmt bis noVEMber.
44 A: ja das_s doch PRIma.
45 **dann lassen_se das uns doch MACHen.** (--)
46 weil wenn wir !SEHN! dass das dann wirklich dann sofort
WEGgeht,
47 dann (-) können_wa uns vielleicht ne alternaTive
über[legen.]
48 P: [ja.]
((10 Zeilen ausgelassen))
59 A: von der !WIRK!samkeit her geben die sich alle nicht
VIEL.
60 P: hm_hm,
61 A: <<p> ja->
62 **dann !LAS!sen_se uns das doch proBIERN.** (--)
63 dann sETzen se_s wirklich mal ne WOCHe,
64 das können sie gefahrlos MACHen;
65 ne wOche AB.
66 ja_a,

Ausgangspunkt des Entscheidungsprozesses in Gespräch H1-1706-AP ist, dass der Patient über wiederkehrende Albträume berichtet, die sich im Verlauf der Beschwerdenexploration als mögliche Nebenwirkung der ART herausstellen.¹⁹⁷ In Zeile 38 bringt der Arzt erstmals mit einem ‚Wir können X‘-Format (siehe Kap. 8.3.1.2) die Empfehlung ein, die Medikamente zeitweise abzusetzen und äußert darauf den *account* um zu gucken was passIERT. (den er in Z. 41 erklärt). Ohne eine verbale Reaktion des Patienten lange abzuwarten, klärt der Arzt in einer Einschubsequenz den Verbleib des Patienten in Deutschland als die nötige Voraussetzung für die Umsetzung ab, die durch den Patienten bestätigt wird. Nach einer Evaluation (Z. 44) kommt der Arzt mit einem Handlungsinferenzen anzeigenden ‚dann‘ (Deppermann & Helmer, 2013) zu seiner Empfehlung zurück, die er mit *dann lassen_se das uns doch MACHen.* (Z. 45) pronominalisiert aufgreift und zur Entscheidung stellt. Nachdem der Patient hiernach und auch im

¹⁹⁷ Ein größerer Ausschnitt des Entscheidungsprozesses in Gespräch H1-1706-AP wird in Kapitel 8.4.1 vorgestellt.

weiteren sequenziellen Verlauf keine Anzeichen zu einer Zustimmung gibt, produziert der Arzt weitere *accounts* (nicht gezeigt, siehe aber Ausschnitt 8-43 in Kap. 8.4.1). Er greift die Empfehlung anschließend – wiederum pronominalisiert und mit redeguginialem ‚dann‘ – auf: dann !LASS!en_se uns das doch proBIERN. (Z. 62), auf die Anweisungen für das konkrete Vorgehen folgen. Das Format fungiert also hier dazu, eine zuvor geäußerte Empfehlung zu aktualisieren; der Arzt in obigem Fallbeispiel reagiert hiermit auf den passiven Widerstand des Patienten und versucht, ihn zu einer Zustimmung zu bewegen.

8.3.1.5 *Wie wäre X*

Empfehlungen nach dem interrogativen Vorschlagsformat ‚Wie wäre X‘ fordern die Zustimmung zu einem therapeutischen Vorgehen ein und werden v. a. als empfehlende Äußerungen in Entscheidungsprozessen eingesetzt, die als wenig konsequenziell mit Hinblick auf die Invasivität der Therapie, den Aufwand und/oder die medizinische Notwendigkeit behandelt werden (siehe auch das Fallbeispiel ‚Mundpilz‘ in Kap. 8.2.1).

Ausschnitt 8-28: „wie wäre das wenn wenn wir das: nOchma kontrollLIEren?“, K-0208-AP, Arzt P, 90 bis 104 Sekunden.

24 A: eh:m- (---)
 25 **wie wäre das wenn wenn wir das: nOchma kontrollLIEren? =**
 26 = wir haben heute fünfte_j-
 27 ehm es war am fünften JULi, =
 28 = wir ham heute schon °h (-) zweITER auGUST?
 29 P: <<p> hm_hm,>
 30 (--)
 31 A: dass wir hEUte noch (-) einmal blut ABnehmen?
 32 P: okee,
 33 (--)

In Ausschnitt 8-28 geht der ärztlichen Äußerung (Z. 25) die Feststellung einer leicht erhöhten Viruslast voraus, woraufhin Arzt P die Befürchtung äußert, dass eine Resistenzentwicklung des Virus gegen die Medikation vorliegt (nicht gezeigt); er empfiehlt daher die erneute Überprüfung des Blutbilds. Dass es sich hier um eine entscheidungsinitiierende Empfehlung für die diagnostische Abklärung der Auffälligkeit handelt und nicht etwa nur um eine rein evaluierungsevozierende Frage, wird dadurch deutlich, dass Patient K-0208 – nach einer mit schnellem Anschluss folgenden ärztlichen Erklärung zum konkreten Vorgehen in den Zeilen 26 bis 31 – mit einem zustimmenden *okee* antwortet (und nicht mit einer Evaluation). Patient/innen haben zwar bei dieser Empfehlungspraktik responsiv die Möglichkeit, ohne erhöhten interaktiven Aufwand Einwände zu äußern, allerdings wird die Praktik in den vorliegenden Gesprächen dann geäußert, wenn Ärzt/innen sich der Zustimmung des/der Patient/in sicher sind.

8.3.2 Praktiken ärztlicher Therapieangebote

8.3.2.1 *Ich kann (Ihnen) X*

Das Format ‚Ich kann (Ihnen) X‘ fungiert als Angebot zur Durchführung medizinisch-professioneller Handlungen im Dienste des Patienten/der Patientin. Mittels Modalverb ‚können‘ in der ersten Person Singular werden Möglichkeiten des ärztlichen Agierens – z. T. innerhalb fachmedizinischer Handlungsbeschränkungen – aufgezeigt, über deren Anwendung die Patient/innen entscheiden. Hierdurch wird zugleich die Entscheidung als aus fachmedizinischer Perspektive optional dargestellt.

Ausschnitt 8-29: „ich kann ihnen_n antibiotikum MITgeben,“ ,T-2706-AP, Arzt M, 329 bis 339 Sekunden.

17 A: **also (.) ehm ich KANN ihnen- =**
 18 **= was ich machen kann is ich kann ihnen_n antibiotikum**
 MITgeben,
 19 oder_n reZEPT mitgeben,
 20 und wenn das !NICHT! besser wird,
 21 P: hm-
 22 A: <<all> beziehungsweise unsere entZÜndungszeichen jetzt so
 hoch sein sollten-> =
 23 = dann NEHMen se_s. (-)

In diesem Ausschnitt werden durch den Arzt zwei Entscheidungen relevant gesetzt: Mittels ‚Ich kann Ihnen X‘-Format bringt der Arzt die Möglichkeit ein, dem Patienten ein Antibiotikum bzw. ein Rezept für ein Antibiotikum gegen vorliegende Erkältungssymptome zu verschreiben (Z. 18/19). Sprachlich auffällig ist hier die mehrfache Betonung ärztlicher Handlungsmöglichkeiten in *ich KANN ihnen*, nach der Selbstreparatur im Pronominalsatz (*was ich machen kann*) und in der erneuten V2-Konstruktion (*ich kann ihnen*). Auf der Entscheidung für oder wider das Verschreiben eines Antibiotikums fußt die zweite zukünftige Entscheidung, die die Einnahme des Antibiotikums betrifft. Diese ist im Unterschied zur ersten außerhalb der Sprechstunde zu treffen. Die Durchführung der Antibiose wird mittels Konditionalsatz sowohl als abhängig von den körperlichen Empfindungen des Patienten (Z. 20) als auch von den medizinischen Laborbefunden (Z. 22) präsentiert.

8.3.2.2 *Soll ich (Ihnen) X*

Die in Kapitel 8.3.1.3 beschriebenen ‚Sollen wir X‘-Äußerungen fordern als Praktik des Empfehlens die Zustimmung zu einer ärztlich präferierten Therapieoption ein, stellen also die Frage: „Tust du, was ich möchte?“. Im Gegensatz dazu stellen ‚Soll ich Ihnen X‘-Angebote mittels Modalverb ‚sollen‘ (in der 1. Person Singular) eine Selbstverpflichtung des Arztes heraus, also: „Ich tue, was du möchtest (wenn du es möchtest)“. Die Präferenzen des Patienten werden als ausschlaggebend für den weiteren therapeutischen Fahrplan behandelt; diese werden bereits in

der Äußerung selbst impliziert und in Nachfolgeäußerungen z. T. explizit genannt. Im Unterschied zur obigen Praktik ‚Ich kann Ihnen X‘ wird weniger das Informieren über therapeutische Möglichkeiten, sondern stärker die ärztliche Handlungsverpflichtung in den Vordergrund gestellt.

Ausschnitt 8-30: „soll ich ihnen was aufschreiben;“, B-1506-AP, Arzt M, 428 bis 436 Sekunden.

01 A: also dann passen_se auf;
02 **soll ich ihnen was aufschreiben;**
03 gegen Übelkeit und erbrechen.
04 P: (--) ja.
05 wär [nich] schlecht;
06 A: [ja?]

Die Formulierung ‚was aufschreiben‘ in der ärztlichen Äußerung (Z. 02) verweist im Äußerungskontext zum einen darauf, dass die ärztliche Handlungsbefugnis, Medikamente zu verschreiben, in den Dienst der Patientin gestellt wird: Sie ist diejenige, die die Entscheidung für oder wider die symptomatische Behandlung ihrer Übelkeit treffen muss. Die diffuse Referenz auf die potenzielle Medikation mittels Indefinitpronomen ‚(et)was‘ verdeutlicht zum anderen, dass die Beschaffenheit der Therapie selbst Nebensache ist, dass vielmehr die Beseitigung der Beschwerden im Vordergrund steht und als epistemische Fundierung des Angebots dient.¹⁹⁸ Zugleich impliziert die Äußerung, dass die medikamentöse Behandlung der Beschwerden aus medizinischer Sicht legitim ist. Ein Empfehlungscharakter tritt mit der Herausstellung patientenseitiger Wissensbereiche (hier: Sind die Beschwerden schwerwiegend genug, um sie symptomatisch zu behandeln) hinter der Angebotscharakteristik zurück. Die Patientin konstituiert diese mit, indem sie nicht mit einer bloßen Zustimmung, sondern mit einer Evaluation antwortet (Z. 05). Nicht überraschend ist der Befund aus dem vorliegenden Gesprächskorpus, dass Angebote im Allgemeinen ausschließlich aus medizinischer Sicht eher harmlosen symptomatischen, meist HIV-unspezifischen Beschwerden ohne dringenden Handlungsbedarf eingesetzt werden. Der Patient wird als eigenständiger Manager solcher Beschwerden positioniert, während der Arzt als medizinischer Dienstleister das eigenverantwortliche Krankheitsmanagement unterstützt.

8.3.3 Praktiken ärztlicher Ratschläge

8.3.3.1 Das/man muss/müsste X

Notwendigkeitsaussagen nach diesen Formaten stellen hoch deontische Praktiken dar, wenn sie als Therapieempfehlungen geäußert werden, da sie wenig Raum für eine Ablehnung seitens der Patient/innen bieten. Im vorliegenden Korpus werden entsprechende ärztliche Äußerungen als Ratschläge eingesetzt. Da durch die mit-

¹⁹⁸ Zur epistemischen Fundierung von Therapieempfehlungen siehe Kap. 8.4.1.

tels Modalverb ‚müssen‘ versprachlichte medizinische Notwendigkeit eines therapeutischen Vorgehens herausgestellt wird, sind sie *accountable*; die ärztlichen Begründungen erfolgen dabei stets aus einer sicheren epistemischen Haltung heraus. Die Notwendigkeitsaussagen thematisieren ausschließlich therapeutische Handlungen, die zwar fachmedizinischer Kompetenz bedürfen, aber außerhalb des Zuständigkeitsbereichs des/der HIV-Mediziner/in verortet werden. In der Passivkonstruktion ‚Das muss/müsste X‘ oder bei Verwendung des Indefinitpronomens ‚man‘ im Format ‚Man muss/müsste X‘ bleibt der Agens indefinit; Verantwortlichkeiten für das relevant gesetzte therapeutische Handeln werden auf diese Weise verschleiert. Ärzt/innen distanzieren sich auf diese Weise von der Durchführung der Therapie. Angesichts der so konstruierten Nicht-Zuständigkeit des Arztes bleibt als Hauptaufgabe dieser Ratschlagspraktik der Appell an den Patienten/die Patientin, entsprechende Maßnahmen zu ergreifen bzw. entsprechende institutionelle Zuständigkeiten aufzusuchen. Die therapeutischen Handlungen erscheinen noch dringlicher, wenn das Modalverb ‚müssen‘ im Indikativ verwendet wird. Trotz der Konstruktion medizinischer Notwendigkeit und Dringlichkeit und des hoch direktiven Formats ist die Praktik deontisch betrachtet ein „zahnloser Tiger“, da Patient/innen nicht zum erwünschten Vorgehen zustimmen müssen und keine verbindliche Übereinkunft mit Planung konkreter therapieimplementierender Schritte getroffen wird.

Ausschnitt 8-31: „im prinzip muss das wirklich orthopädisch unterSUCHT werden;“ I-1207-AP, Ärztin G, 1022 bis 1030 Sekunden.

92 A: aber (-) das is schwIERig so zu SAgen. =
 93 = **im prinzip muss das wirklich <<all> orthopädisch**
 unterSUCHT werden;> =
 94 = **un muss gerÖNGT werden.** =
 95 = un ich würds auch nich auf die lange BANK schieben,

In diesem Ausschnitt wird eine ‚Das muss X‘-Äußerung als Ratschlag zur baldigen diagnostischen Abklärung anhaltender Schmerzen in der Schulter eingesetzt. Die Passivkonstruktion verschleiert die Zuständigkeit für die diagnostische Maßnahme (Z. 93/94), deren Dringlichkeit aber mit dem intensivierenden ‚wirklich‘ hochgestuft wird. Der Äußerung folgt ein *perspektiveinnehmender Ratschlag* (Z. 95; dazu siehe unten, Kap. 8.3.3.4), der ebenfalls auf die Eigenverantwortung des Patienten in Bezug auf das therapeutische Management seiner Beschwerden verweist.

Eine Besonderheit der untersuchten Gespräche ist, dass auch Überweisungen in Form dieser Ratschlagspraktik realisiert werden, und i. d. R. nicht explizit als Überweisungshandlung (etwa: „Ich überweise Sie zum Urologen“).

Ausschnitt 8-32: „man muss_sie (-) zum !BEI!spiel (.) ehm (--) zum urologen SCHICKen?“, D-2408-AP, Arzt P, 168 bis 189 Sekunden.

53 A: das ist SCHWIERig. =
54 = so das kann man nicht so einfach immer Sagen?
55 P: <<p> ja->
56 A: **man muss_sie (-) zum !BEI!spiel (.) ehm (--) zum urologen SCHICKen? (-)**
57 **(müsst jetzt) mal_n urologe das abKLären, =**
58 = ob dAs nicht die ursache IST,
59 (1.5)

In obigem

Ausschnitt 8-32 beurteilt Arzt P die Diagnostik von zuvor durch den Patienten angedeuteten Potenzprobleme als ‚schwierig‘ (Z. 53) bzw. allgemein als ‚nicht so einfach‘ feststellbar (Z. 54) und nimmt dies als Ausgangspunkt, um die Notwendigkeit einer urologischen Untersuchung zu thematisieren (Z. 56). Neben der Handlungsqualität als Ratschlag verweist die ärztliche Äußerung hier auf die bereits zuvor herausgestellte Schwierigkeit, die Ursache der Beschwerden herauszufinden; daher wird die Konsultation des Urologen auch als eine von potenziell mehreren Maßnahmen zur Diagnostik und Therapie (zum !BEI!spiel) dargestellt. Ob der Patient nun eigeninitiativ einen Termin bei einer urologischen Praxis vereinbaren soll oder der Arzt entsprechende Schritte in die Wege leitet (etwa in Form einer schriftlichen Überweisung), bleibt durch das Indefinitpronomen ‚man‘ und auch im weiteren sequenziellen Verlauf ungewiss.

8.3.3.2 *Tun Sie X / X tun*

Formal direktive ärztliche Äußerungen in Form von Imperativ- oder Infinitivkonstruktionen werden in den untersuchten HIV-Sprechstunden als ärztliche Ratschlagshandlungen eingesetzt, wenn wenn Ärzt/in und Patient/in hinsichtlich eines medizinischen Problems zu einer gemeinsamen Interpretation gelangt sind und Möglichkeiten des weiteren Agierens ausloten. Sie fungieren dann dazu, konsequenzielle patientenseitige Handlungen zu explizieren oder zuvor angedeutete Handlungsmöglichkeiten oder patientenseitige Handlungsintentionen zu bekräftigen. Obgleich Ärzt/innen mit solchen Direktiva deutlich auf ihren deontischen Status verweisen, da sie eine klare Berechtigung zur Handlungsanweisung zeigen, ist durch die inhaltliche Füllung des X zugleich deutlich, dass sich entsprechende zukünftige Handlungen im Verantwortungsbereich des Patienten befinden.

Ausschnitt 8-33: „machn (.) MACHen sie das.“, Z-2906-AP, Arzt M, 409 bis 417 Sekunden.

17 A: und bei der AIdshilfe NACHgefragt?
18 P: nein,
19 auch,
20 woHIN? (-)
21 wo i[s-]

22 A: [machen] (.) MACHen sie das.
23 rUFen sie die AIDShilfe an?
24 P: welche nummer hab[en sie-]
25 A: [hAben] sie_n comPUter daheim?
26 P: ja HAB ich.

Vor Beginn dieses Ausschnitts äußerte die Patientin, dass sie keine Psychotherapeutin finden könne (die Patientin hatte zu Beginn der Sprechstunde von Angstzuständen infolge der HIV-Infektion berichtet). Der Arzt erkundigt sich in Zeile 17, ob sie bei der Aidshilfe bereits um Unterstützung bei der Suche angefragt habe. Er gibt hierdurch bereits eine therapeutische Lösung vor; die Frage vermag, die Einstellung der Patientin zu diesem Vorgehen vorzufühlen und informiert bereits über die Möglichkeit. Sie dient auf diese Weise als Prä-Handlung für den entsprechenden imperativisch formulierten Ratschlag, der zunächst pronominalisiert und mit vagem Handlungsbezug (,machen‘) formuliert und in Zeile 23 konkretisiert wird. Die Patientin bekräftigt nachfolgend ihre Handlungsintention, indem sie nach der Telefonnummer der Aidshilfe fragt.

Ausschnitt 8-34: „und lAssen_se_s mal bei ihr kontrollIEn.“, G-1107-AP, Ärztin G, 285 bis 296 Sekunden.

07 A: °hh sie ham doch auch_n HAUSarzt. =
08 = oder?
09 P: (-) HAB ich ja.
10 (---)
11 A: ehm:-
12 passen_se AUF.
13 ich schrEIB ihr das im BRIEF?
14 ja, =
15 = dass der blUtdruck zu HOCH is- =
16 = **und lAssen_se_s mal bei ihr kontrollIEn.**
17 P: ich kAnn_s auch daheim bei MA machen.
18 A: ja-

Ausschnitt 8-34 folgt auf die Feststellung eines zu hohen Blutdrucks im Rahmen der obligatorischen Aktivität (siehe Kap. 5.2.5). Nachdem die Ärztin ihren Ratschlag in einer Prä-Sequenz mit der Frage nach dem Hausarzt (Z. 07) bereits angedeutet hat, expliziert sie diesen in Zeile 16. Die Kurzform ,mal‘ des Adverbials ,einmal‘ kommuniziert eine gewisse zeitliche Beliebigkeit der Blutdruckkontrolle und so auch eine Herabstufung der medizinischen Dringlichkeit. Wie im vorausgehenden Fallbeispiel (z. B. Ausschnitt 8-33) gehen dem imperativisch formulierten Ratschlag ärztliche Gesprächsbeiträge voraus, in denen die patientenseitige Einstellung vorgeföhlt und entsprechende Handlungsintentionen geprüft werden. Das grundsätzliche patientenseitige Einverständnis zur Plausibilität des relevant gesetzten Vorgehens ,Blutdruck regelmäßig kontrollieren‘ stellt also eine notwendige Voraussetzung für die Verwendung dieser deontisch „steileren“ Ratschlagspraktik dar, die an der Grenze zu reinen Aufforderungen operiert. Ähnliches stellt Leppänen (1998) für Ratschlagssequenzen in Gesprächen zwischen

Gesundheitspfleger/innen und Patient/innen in Routine-Krankenbesuchen fest; nach Beobachtungen der Autorin muss in diesen Gesprächen für die Verwendung der Praktik ein Verständnis des Patienten für das Problem vorliegen: „Nurses use imperatives and modal verbs of obligation when patients seem to understand that there is an issue but don't have resolutions for them.“ (Leppänen, 1998, S. 225)

Die Voraussetzung des grundsätzlichen Einverständnisses zum Handeln von Patient/innen ist auch im folgenden Ausschnitt 8-35 gegeben: Vor dem Beginn des Ausschnitts hatte Patient D-0108 über eine dauerhaft verstopfte Nase geklagt, woraufhin Ärztin G ihm mittelbar vor dem folgenden Ausschnitt zu einem Allergietest bei einem anderen Mediziner rät: das müsste man ma AUStesten. (nicht gezeigt). Sie erklärt ihren Ratschlag (Z. 44); überlappend hiermit äußert der Patient ein zustimmendes okee.

Ausschnitt 8-35: „beim HAUSarzt nachfragen-“, D-0108-AP, Ärztin G, 200-209 Sekunden.

44 A: [also Ob] sie (-) allergisch sind und ob sie
allergisch reaGIeren.
45 P: [<<p> okee.>]
46 (--)
47 EInfach so isch hab meins ma (.) meine HAUSarzt,
48 (soll_isch) (.)[(,)]
49 A: [genau.]
50 **beim HAUSarzt <<all> nachfragen->**
51 wAren sie heute schon bei der BLUTentnahme?

Die darauffolgende Sequenz (ab Z. 47) wird durch den Patienten mit der Information initiiert, dass er einen Hausarzt hat, und mit der (leider akustisch nicht vollständig verständlichen) Frage zum weiteren Vorgehen, wodurch er Bereitschaft signalisiert, das Problem anzugehen. Letztere bestätigt die Ärztin in Zeile 49 und expliziert sie mit der Infinitivkonstruktion *beim HAUSarzt <<all> nachfragen->* (Z. 50). Hier wird die Praktik also als Responsiv auf Beschwerd Schilderungen und geäußerte Handlungsintentionen des Patienten eingesetzt, was den instruierenden Anteil der Äußerung noch mehr in den Vordergrund rückt. Allgemein kann die Infinitivkonstruktion mit Handlungsverben, die auf zukünftige Handlungen von Patient/innen referieren, als *social action format* für eine reine Aufforderung verwendet werden, die in Therapieentscheidungen im Rahmen ihrer letzten Phase, den Planungssequenzen, vorkommen (siehe z. B. Kap. 8.2.2.1, Ausschnitt 8-18, Z. 327).

8.3.3.3 Sie müssen X

Das X in ärztlichen Ratschlagsäußerungen im Format ‚Sie müssen X‘ referiert ebenfalls auf gesundheitsbezogenes Handeln im Verantwortungsbereich der Patient/innen. In entsprechenden Gesprächsausschnitten scheint aber im Unterschied zu anderen Ratschlagspraktiken weniger die Antizipation konkreter er-

wünschter Handlungsweisen wichtig, als dass vielmehr ein grundsätzliches Problembewusstsein geschaffen werden soll. So sind ärztliche Ratschläge nach diesem Format unmittelbar mit Befürchtungen verknüpft, die häufig unmittelbar vorausgehend als *accounts* für den Ratschlag präsentiert werden. Während das erwünschte Patientenhandeln in den oben beschriebenen Ratschlagspraktiken sehr konkret umrissen wird, bleiben die ‚Sie müssen X‘-Ratschläge zudem inhaltlich vage insofern, als auch auf kognitive Handlungen des Patienten referiert wird (z. B. ‚aufpassen‘). Gemein ist ihnen die Warnung vor potenziellen unerwünschten Entwicklungen des medizinischen Problems, die vorausgehend oder nachfolgend dargestellt werden. Letztere fungieren dann wiederum als *account*, auch für weitere Ratschläge in anderen Formaten, z. B. ‚Ich würde X‘, siehe Kap. 8.3.3.4).

Folgender Ausschnitt beginnt damit, dass Ärztin G ein Bedrohungsszenario einer ungünstigen Entwicklung der zuvor geschilderten Schultersymptomatik aufmacht, nämlich dass sich aufgrund eingeschränkter Bewegung eine Kapselverklebung entwickeln könnte (Z. 108 bis 111).

Ausschnitt 8-36: „also da mUsste echt VORsichtig sein.“ I-1207-AP, Ärztin G, 1042-1057 Sekunden.

108 A: und du (-) beWEGst die schulter dann kaum; =
 109 = weils dir so WEHtut- (---)
 110 kAnn es ganz schnell zu ner kApselverklebung KOMmen- =
 111 = und (---) mIt ner abnahme der bewegungs <<cv> eh> des
 [des] bewegungsUMfangs.
 112 P: [gut;]
 113 (---)
 114 A: **also da mUsste echt VORsichtig [sein.]**
 115 P: [dann] Achte ich drauf
 dass ich (.) keine schonhaltung EINnehme- =
 116 = auch wenns WEHtut, [°hhh]

Überlappend mit dem ärztlichen Redezug (unmittelbar nach einem Häsitationsmarker, Z. 111) reagiert der Patient mit einem evaluierenden Rückmeldesignal (Z. 112); die Ärztin unterbricht daraufhin ihre Ausführungen und äußert, einleitend mit dem Explikationsmarker ‚also‘, den schlussfolgernden Ratschlag *also da mUsste echt VORsichtig [sein.]* (Z. 114). Responsiv bekundet der Patient daraufhin sein *commitment* zu entsprechendem gesundheitsbezogenen Handeln und expliziert dieses zugleich (Z. 115/116): Die Ärztin hat entsprechende Vorichtsmaßnahmen (keine Schonhaltung einnehmen) zwar nicht als solche in ihrem Ratschlag formuliert, doch impliziert sie sie *ex negativo* durch das Bedrohungsszenario. In seiner Äußerung greift der Patient die kausale Verknüpfung von Schulterschmerzen und dysfunktionaler Schonhaltung auf und wandelt sie konzessiv zum Handlungsplan ‚Schonhaltung vermeiden *trotz* Schmerzen‘. Hierdurch beendet er die Ratschlagssequenz (Zur Beendigung von Ratschlagssequenzen siehe auch Heritage & Lindström, 2012).

Im folgenden Ausschnitt 8-37 fungiert der warnende ‚Sie müssen X‘-Ratschlag in den Zeilen 16 und 23 als Begründung, und zwar für den zuvor in Form einer Entscheidungsfrage geäußerten Ratschlag *wollen sie nich ma [RAUSrupfen] lassen?* (Z. 10). Dieses interrogative Ratschlagsformat¹⁹⁹ mit Modalverb ‚wollen‘ und Negationspartikel etabliert eine konditionelle Relevanz und präferiert eine Antwort mit der konzessiven Antwortpartikel ‚doch‘ (Z. 12). Implizit wird das patientenseitige Handeln in Frage gestellt, indem ein erwünschtes Handeln mit dem aktuellen Zustand kontrastiert wird, so dass auch hier in hohem Maße patientenseitige WARUM-Erklärungen gefordert werden. Dementsprechend verweist der Patient in seiner Antwort auf ehemalige OP-Termine (Z. 13) und begründet den bisher nicht erfolgten Eingriff mit beruflich bedingten zeitlichen Engpässen (Z. 14).

Ausschnitt 8-37: „also sie müssen AUFpassen“, T-2706-AP, Arzt M, 12 bis 37 Sekunden.

04 ((Tür geht zu))
 05 A: darf ich ma gerad das BEIN mir <<dim> an[gucken;>]
 06 P: [ja-]
 07 (1.8)
 08 A: MENSCH mensch mensch-
 09 P: ja-
 10 A: wollen sie nich ma [RAUSrupfen] lassen?
 11 P: [ich müsst-]
 12 doch-
 13 ich hatt auch schon terMINE- =
 14 aber (jedes ma mit_der) FIRma:-
 15 <<p> un dann-> [()]
 16 A: [al]so sie müssen AUFpassen wenn sie- =
 17 = also kosmEtisch eh <<all> sagen_ma> is das WURSCHT- =
 18 = das is ja nit so SCHLIMM?
 19 aber (-) ehm-
 20 ja [einfach (-) DRÜCKen;]
 21 P: [(ich STELL das) -]
 22 (1.0)
 23 A: aber die eh aber wenn sie flIEgen oder so müssen sie
 aufpassen dass_se da keine thromBOse [kriegen.]
 24 P: [ja-]
 25 da hatt ich schonma (.) vor jAhren n bIsschen proBLEME-
 (---)
 26 un:d (.) dementsprechend dann auch (.)eh STRÜMPfe
 [machen lassen-]
 27 A: [ja ja-]

Der Arzt unterbricht die patientenseitigen *accounts* (Z. 16). Wie in Ausschnitt 8-36 wird redezuginitialem Explikationsmarker ‚also‘ geäußert, der hier aber nicht eine schlussfolgernde Verbindung zu den vorhergehenden Äußerungen anzeigt, sondern eine Erklärung des vorherigen Ratschlags, sich die Krampfadern ‚rausrupfen‘ zu lassen. Diese erfolgt dann in Form eines bedingten Ratschlags

¹⁹⁹ Dieses Format ist im Korpus nur in diesem Gespräch belegt.

(wenn), die Bedingung wird aber erst in Zeile 23 – nach einem Einschub (Z. 17-19) und einer Nebensequenz (Z. 20-21) – geäußert: wenn sie flIEgen oder so müssen sie aufpassen dass_se da keine thromBOse [kriegen.] (Z.23). Auf welches Verhalten Arzt M mit dem vagen ‚aufpassen‘ referiert, ist unklar, wird aber nachfolgend durch den Patienten interpretiert, als dieser eine Reihe prophylaktische Handlungen aufzählt (ab Z. 27). Auch hier fungiert der Ratschlag dazu, ein Problembewusstsein für potenziell negative Folgen der patientenseitigen Untätigkeit zu schaffen und vorhergehende Ratschläge (Z. 10) zu begründen.

8.3.3.4 *Ich würde X*

Ärztliche Äußerungen im Format ‚Ich würde X‘ fungieren als Ratschläge, wenn das X auf Handlungen referiert, die sich im Verantwortungsbereich der Patient/innen befinden. Ich nenne sie *perspektiveinnehmende Ratschläge* (PER), da Ärzt/innen auf der Gesprächsoberfläche äußern, was sie selbst in der Situation des Patienten tun würden. PER referieren – i. d. R. vor oder im Anschluss an andere Ratschlagspraktiken wie Fragen oder Notwendigkeitsaussagen wie „Das muss kontrolliert werden“ – auf ein aus ärztlicher Sicht wünschenswertes Patientenhandeln. Auch hier geben Ärzt/innen Patient/innen also aus einer nicht-verantwortlichen, aber epistemisch übergeordneten Position heraus einen Rat für konkrete gesundheitsbezogene Verhaltensweisen in Bezug auf ein spezifisches medizinisches Problem (u. a.: entsprechende Fachärzt/innen aufsuchen, ein bestimmtes gesundheitsbezogenes Verhalten beginnen/einstellen). Da PER in den vorliegenden Gesprächen implizit das bisherige Handeln der Patient/innen in Frage stellen und eine aus Sicht der Ärzt/innen erstrebenswerte Alternative als Handlungsmaxime vorgeben, sind PER *accountable*: Ärzt/innen begründen die Ratschläge in nachfolgenden Redezügen, mindestens aber sind Begründungen in der Äußerung selbst angelegt. Wie in den folgenden Ausschnitten deutlich wird, können Patient/innen die Ratschläge zurückweisen, indem sie die durch Ärztinnen zugeschriebenen Voraussetzungen für den Ratschlag mit Berufung auf eigene Wissensterritorien als nicht zutreffend darstellen.

Der folgende Ausschnitt 8-38 aus dem Gespräch mit Patient I-1207 geht dem bereits besprochenen Ausschnitt 8-36 unmittelbar voraus; ein Teil des Ausschnitts wurde mit Hinblick auf die ärztliche Notwendigkeitsaussage in Zeile 93 bereits in Kap. 8.3.3.1 besprochen (Ausschnitt 8-31).

Ausschnitt 8-38: „un ich würds auch nich auf die lange BANK schieben,“, I-1207-AP, Ärztin G, 1022-1041 Sekunden.

92 A: aber (-) das is schwIERig so zu SAgen. =
93 = im prinzip muss das wirklich <<all> orthopädisch
 unterSUCHT werden;> =
94 = un muss geRÖNGT werden. =
95 = **un ich würds auch nich auf die lange BANK schieben,**
 °h

Groß: Arzt/Patient-Gespräche in der HIV-Ambulanz

96 weil.
97 wenn du Anfängst nämlich ne SCHONhaltung einzunehmen, =
98 = dann (--) gEht dir immer mehr bewegungsf [ehm (-]
[-]möglichkeiten verloren;]
99 P: [ehm joa:-]
100
[aber das mach ich Eigentlich] nich.
101 A: okee.
102 also ich (.) SACHS nur- =
103 P: [<<cv> ja->]
104 A: = du [has ja] gesagt es is BESSer geworden.
105 [°h] wenn [das jetzt] wieder SCHLIMmer wird;
106 P: [ja-]
107 [(jetz)]

In Zeile 95 rät die Ärztin Patient I-1207 mittels PER, eine orthopädische Untersuchung nicht auf die lange BANK zu schieben. Die leicht steigende Intonation zum Einheitenende und das anschließende Einatmen markieren das Halten des Redezugs. Der kausale Konjunktiv ‚weil‘ in Zeile 96 – als eigene Intonationsphrase realisiert – projiziert einen *account* für den Ratschlag, den die Ärztin hier in Form des auf den Patienten zugeschnittenen (‚du‘) Szenarios ‚Einschränkung der Bewegungsmöglichkeiten aufgrund einer Schonhaltung‘ (Z. 97/98) liefert. Dieses weist der Patient aber mit der Negierung eines entsprechenden Verhaltens von sich und bewertet die Begründung der Ärztin bzw. das dargestellte Bedrohungsszenario als nicht auf ihn zutreffend. Dass er hierdurch auch die Legitimität des ärztlichen Ratschlags in Frage stellt, ist an ihrem darauffolgenden metakommunikativen Kommentar *also ich (.) SACHS nur-* (Z. 102) erkennbar. Dieser expliziert die Grenzen der ärztlichen deontischen Rechte, die die Ärztin prinzipiell bereits durch die Äußerung des ‚Ich würde X‘-Ratschlags (und nicht etwa einer Therapieempfehlung) anerkannt hat. Zugleich macht sie deutlich, dass der Ratschlag nach wie vor Gültigkeit besitzt.

Auch im folgenden Ausschnitt 8-39 werden medizinische Fakten bezüglich diagnostischer oder prognostischer Aspekte des medizinischen Problems als epistemische Fundierungen für ärztliche Ratschläge verhandelt. Wie im vorhergehenden Fallbeispiel hält der Arzt an seinem Ratschlag fest, obgleich der Patient die Existenz eines medizinischen Problems relativiert. Der Ausschnitt schließt unmittelbar an Ausschnitt 8-37 aus dem Gespräch mit T-2706 an: Nachdem Arzt M ihm hier nahelegt, „aufzupassen“, damit er keine Thrombose aufgrund der Krampfadern entwickelt (Z. 23), bestätigt der Patient, dass er bereits vor Jahren ein bisschen Probleme (Z. 25) damit hatte und schildert darauffolgend – als *account* für die bislang nicht erfolgte OP – eigentherapeutische Maßnahmen von Kompressionsstrümpfen über viel Flüssigkeit bis hin zur Einnahme von Aspirin und alles (Z. 26-32).

Ausschnitt 8-39: „ich würd mir die einfach mal RAUSziehen lassen;“, T-2706-AP, Arzt M, 37-56 Sekunden.

Groß: Arzt/Patient-Gespräche in der HIV-Ambulanz

25 P: da hatt ich schonma (.) vor jAhren n bIsschen proBLEME-
26 (---) un:d (.) dementsprechend dann auch (.)eh STRÜMPfe
[machen lassen-]
27 A: [ja ja-]
28 P: <<p> un->
29 (-)
30 A: ja KLAR;
31 die würden natürlich [()]
32 P: [hab viel flÜssigkeit un] aspiRIN
un alles [gemacht-]
33 A: [genau.]
34 [()]
35 P: [und dann] wAr_s auch kein proBLEM mehr.
36 <<p> eigentlich so.>
37 A: ja- (-)
38 !NÖ:;! aber pf::-
39 sonst-
40 **ich würd mir die einfach mal RAUSziehen lassen;**
41 fertig.

Arzt M begegnet seinen Ausführungen mit einem kompetitiven Gesprächsverhalten: Teilweise überlappend mit den Patientenäußerungen bewertet er die geschilderten Maßnahmen mittels ‚jaja‘ (Z. 27) ‚ja klar‘ (Z. 30) und ‚genau‘ (Z. 33) als bekannt und selbstverständlich und demonstriert damit entsprechend seine überlegene epistemische Haltung dazu. In Zeile 31 versucht er, Patient T-2706 mit einem leider nicht gänzlich verständlichen Kommentar zu unterbrechen. Indem der Patient als Fazit seiner Ausführungen den Erfolg der Eigentherapie bekundet – wenn auch nachfolgend mit einer epistemischen Hecke versehen (Z. 36) und damit auf die Delikatheit seiner eigendiagnostischen *no problem*-Bewertung hinweisend negiert er nicht nur *ex post* das Vorhandensein eines Problems, sondern auch den durch den Arzt gesehenen Handlungsbedarf. Der Arzt reagiert mit einem mehrteiligen, von Selbstreparaturen durchzogenen Responsiv (Z. 37-41): zunächst mit einem Rezipientensignal (ja-), mit der Anerkennung des Nichtvorhandenseins eines Problems mittels Negationspartikel (!NÖ:!) und dann – nach einem erneut abgebrochenen Neustart (Z. 39) – mit dem hierzu adversativ stehenden erneuerten Ratschlag: *ich würd mir die einfach mal RAUSziehen lassen;* (Z. 40). Das *sound object* pf::- (Z. 38) (Reber, 2012), das modale ‚einfach mal‘ und das kurze Fazit *fertig* (Z. 41) fungieren hier als *accounting*-Marker. Sie rechtfertigen also implizit den erneuten Ratschlag, nun aber unter anderen Vorzeichen: Während in Ausschnitt 8-37 der ärztliche Rat mit der medizinischen Gefahr einer Thrombose begründet wurde, ist es nun – angesichts der patientenseitigen Negierung eines Problems – die Einfachheit der OP als rasche Problemlösung, die in Kontrast zu den zuvor aufgezählten zahlreichen Eigenbehandlungen des Patienten steht und diese so im Nachhinein delegitimiert.

Zusammenfassend zeigen die Ausschnitte, dass ‚Ich würde X‘-Ratschläge therapeutische Handlungsperspektiven aufzeigen, die ausgehend von medizinisch

relevanten Problemszenarien aus der Perspektive der Patient/innen präsentiert werden. Patient/innen können disalignierend auf die Ratschläge reagieren (und so die Ratschlagssequenz verlassen), indem sie die Szenarien als die epistemische Fundierung der Ratschläge mit Verweis auf ihre eigenen Wissensterritorien als nicht zutreffend zurückweisen. Einen anderen sequenziellen Kontext für ‚Ich würde X‘-Ratschläge beschreibt Becker (2017) für nephrologische Therapieplanungsgespräche: Hier fordern Patient/innen, z. B. mittels Fragen wie „Was würden Sie tun?“, explizite Empfehlungen ein; ärztliche ‚Ich würde X‘-Äußerungen erscheinen also hier responsiv.

8.3.3.5 *Sie können X / Man kann X*

Im Unterschied zu den bisherigen Ratschlagspraktiken, in denen ein gesundheitsbezogenes Vorgehen nicht nur als erwünscht, sondern als mehr oder weniger notwendig dargestellt wird, fungieren die Formate ‚Sie können X‘ und ‚Man kann X‘ dazu, Möglichkeitsräume aufzuzeigen.

Vor Beginn des folgenden Ausschnitts äußert der Patient leichte Magen-Darm-Beschwerden, die durch den Arzt als mögliche Nebenwirkung der ART vermutet werden (das is so_n tYpischer eFFEKT; eh eben: von den (.) proteAsehemmern., nicht gezeigt).

Ausschnitt 8-40: „dann kAnn_ma auch ruhig immOdium nehmen“, R-2806-AP, Arzt M, 80-90 Sekunden.

39 sie können zum beispiel wenn (.) wenn sie irgendwie was
 VOR haben;
 40 und es vielleicht ein proBLEM sein könnte;
 41 oder sie: irgendwie über nAcht ZELten gehn oder sonst
 irgendwas;
 42 **dann kAnn_ma auch ruhig immOdium nehmen <<cv> zum**
 BEIsp[iel.>]
 43 P: [hm_hm,]

In den Zeilen 39 bis 41 eröffnet der Arzt Beispielszenarien, die der Veranschaulichung der Einnahmebedingungen für die nachfolgend präsentierte Therapieoption dienen (Z. 41). Die Präsentation der Bedingungen in einer *conditio realis* und das Modalverb ‚können‘ markieren die Immodium-Einnahme als optional und als abhängig von entsprechenden Situationen und Präferenzen des Patienten. Mittels ‚zum Beispiel‘ wird die Therapieoption zudem als eine Möglichkeit unter mehreren präsentiert. Indem der Arzt das Indefinitpronomen ‚man‘ wählt, lässt er seinen Ratschlag als allgemeine Anwendungsregel unter den genannten Bedingungen erscheinen; die Modalpartikel ‚ruhig‘ fungiert dabei als *accounting*-Marker, der eine Einnahme ohne Risiken impliziert. Der Kontext für diese Ratschlagspraktik unterscheidet sich insofern von den anderen, als der Status der vorliegenden Gegebenheit (leichte Diarrhoe) nicht eindeutig als Problem definiert bzw. als nur geringfügig einschränkend bewertet wird; in obigem Ausschnitt wird dementspre-

chend der Problemstatus als bedingtes Szenario präsentiert. Ähnlich stellt Leppänen für ebenjene Ratschlagspraktik in Routinegesprächen zwischen Gesundheitspfleger/innen und Patient/innen fest, dass diese eingesetzt wird „when patients do not even seem to understand that there is an issue“ (Leppänen, 1998, S. 226).

8.4 Therapieentscheidungen begründen

Neben den oben dargestellten ärztlichen Praktiken zum Einbringen von Therapieoptionen haben sich Erklärungen zu präferierten Therapieoptionen als konstitutiv für das ärztliche Gesprächshandeln in Therapieentscheidungen herausgestellt. Diese werden entweder eigeninitiativ geäußert, schließen sich dem Vorenthalten einer Zustimmung an oder werden – seltener – durch patientenseitige Nachfragen relevant gesetzt.²⁰⁰ Dies wurde bereits in den Fallanalysen in Kapitel 8.2 deutlich. Solche Erklärungen sind als epistemische Fundierung von Therapieempfehlungen nicht rein informativ: Sie tragen evaluative Merkmale und dienen auf diese Weise dazu, die zuvor internal getroffene Entscheidung für eine Therapieoption zu begründen und Patient/innen hiervon zu überzeugen.

Entsprechende Aktivitäten verweisen unmittelbar auf die moralische Dimension von Handeln, auf die Notwendigkeit, es zu begründen bzw. ggf. sogar es zu rechtfertigen. Durch die explizite Verknüpfung von Empfehlungen mit den ihnen kausal vorgelagerten kognitiven Handlungsimpulsen beantworten solche *accounts*²⁰¹ allgemein immer die Frage nach dem ‚Warum‘ einer faktischen oder imaginierten (dis)präferierten Handlung, sie sind also *WARUM-Erklärungen*: „Consider the use of “Why?”...What one does with “Why” is to propose about some action that is an “accountable action”. That is to say “Why” is a way of asking for an account.” (Sacks, 1992, S. 4) Die Angabe von Beweggründen für die internal getroffene Auswahl einer Therapieoption wird auf der sprachlichen Oberfläche häufig explizit mit kausalen Konjunktionen wie ‚weil‘ oder ‚deshalb‘ markiert.

²⁰⁰ Auch in eher informellen Gesprächstypen ist in hohem Maße zu erwarten, dass man sich für Entscheidungen rechtfertigt bzw. diese erklärt, vor allem, wenn man auch zukünftige Handlungen der Interaktionspartner bestimmt.

²⁰¹ *Accounting* ist eng mit der Reflexivität sprachlich-interaktiven Handelns als grundlegende Konstitutionseigenschaft von Gesprächen verbunden: Interagierende sind und geben sich *accountable*, d. h. sie konstituieren und zeigen einander durch die Art und Weise ihres Handelns stetig an, was sie tun bzw. wie sie zu verstehen sind und knüpfen dabei an geteiltes alltägliches Wissen an. Die *accountability*, also auch: Verständlichkeit von Handeln, „fungiert in der Interaktion als normative Erwartung an Akteure und als *default*-Zuschreibung“ (Deppermann, 2014, S. 311). Dieses ursprüngliche ethnomethodologische Verständnis Garfinkels‘ (1967) von *accounting*, das Buttny & Morris (2001) als *accounting of* bezeichnen, ist von einer zweiten Bedeutung zu unterscheiden: Interagierende zeigen einander nicht nur die Qualität ihres Handelns an (also: *was* sie tun), sondern zudem bisweilen die Beweggründe für ihr Handeln (also: *weshalb* sie etwas tun/ etwas getan haben). Diese zweite Lesart wird von Buttny & Morris als *accounting for* bezeichnet.

Accounts stellen so eine epistemische Fundierung für (Gesprächs-)Handeln dar und orientieren sich bisweilen an einer (zugeschriebenen) Diskrepanz zwischen Erwartung und Handeln. Robinson (2016, S. 15f.) definiert *accounts* dementsprechend als „attempt by one interlocutor to modify (e. g. change, explain, justify, clarify, interpret, rationalize, (re)characterize, etc.) either prospectively or retrospectively, other interlocutors' understandings or assessments of conduct-in-interaction in terms of its „possible“ breach of relevance rules“. Im Transparentmachen der epistemischen Fundierung einer Therapieempfehlung liegt ein entscheidender Unterschied zur Ausübung deontischer Autorität. Dann geben sich Ärzt/innen eben nicht *accountable*, sondern legen der präferierten Therapiepfad aus ihrem übergeordneten epistemischen Status heraus fest.

Die Begründungsrelevanz hat sich im Gespräch zwischen HIV-Mediziner/in und HIV-Patient/in nicht nur in Bezug auf Entscheidungen für eine medizinische Behandlung als bedeutsam erwiesen: *Accounts* treten in den vorliegenden Gesprächen in Verbindung mit ärztlichen Therapieempfehlungen und Ratschlägen auf, aber auch in Aktivitäten der Aktualisierung vergangener und aktuell andauernder Behandlungen, hier auf Seiten der Patient/innen zur Begründung von selbstinitiierten oder -modifizierten Behandlungen (siehe Kap. 8.4.2). *Accounts* dienen also zum einen dazu, den Sinn einer potenziell delikaten Therapieempfehlung zu erläutern und für Zustimmung zu werben, und zum zweiten, ein (eigen)therapeutisches Verhalten zu erklären, um Kritik daran (prophylaktisch) entgegenzuwirken.

Allgemein führen Interagierende mittels *accounts en passant* Positionierungsarbeit durch, die Buttny & Morris (2001, S. 285) als konstitutiv für *accounting*-Aktivitäten ansehen: „The way of explaining ourselves to others (and to ourselves) constitutes the speech activity of accounting.“ In therapiebezogenen Aushandlungen sind in *accounts* vor allem Selbst- und Fremdpositionierungen als medizinische/r Expert/in oder als Laie präsent; diese ergeben sich aus der epistemischen Fundierung der getroffenen Therapieentscheidung oder einer präferierten Handlungsoption und können dabei, wie im Folgenden gezeigt werden soll, die institutionellen Rollen ‚Ärzt/in‘ und ‚Patient/in‘ (re-)konstruieren und festigen oder aber auch mit diesen konfliktieren. Patient/innen orientieren sich an der ärztlichen Autorität bzw. an ihrer Rolle als medizinische Laien: z. B., wenn sie eigenständig modulierte Medikamenteneinnahmen mittels Verweis auf die Schwere von Beschwerden rechtfertigen (siehe Kap. 8.4.2). Das Vorkommen und die inhaltliche Ausrichtung ärztlicher und patientenseitiger *accounts* trägt dazu bei, Verantwortung für die Entscheidung auszuhandeln (siehe Kap. 8.5).

8.4.1 Das epistemische Fundament ärztlicher Therapieempfehlungen

Die Untersuchung der Therapieentscheidungsprozesse in den vorliegenden Gesprächen zeigt, dass sich ärztliche *accounts* systematisch in ihrer inhaltlichen Ausrichtung unterscheiden, je nachdem, ob Ärzt/innen Empfehlungen/Ratschläge für ein therapeutisches Vorgehen aussprechen oder Therapieangebote äußern: Vor oder nach Empfehlungen und Ratschlägen haben sich *accounts* in den untersuchten Gesprächen als obligatorisch herausgestellt. Sie werden nicht nur als Überzeugungsverfahren in Fällen patientenseitigen Nichteinverständnisses mit der Therapieempfehlung eingesetzt (wie manche bisherigen Studien nahelegen; siehe aber: Leppänen, 1998 und Angell & Bolden, 2015), sondern auch z. T. vor dem Äußern der Therapieempfehlung oder wenn Patient/innen schon sehr früh Signale des Einverständnisses geben.

Im ersten Fallbeispiel – ein Gespräch mit Arzt M und Patient A-2806 (siehe Ausschnitt 8-41) – werden veränderte Modalitäten einer bereits in der vorhergehenden Sprechstunde geplanten Hepatitis B-Impfung besprochen.

Ausschnitt 8-41: Hepatitis-Impfung, A-2806-AP, Arzt M, 132-181 Sekunden.

23 P: <<all> ich glaub> (--) eh sie hatten doch letzte ma was
gesagt ich glaub alle zwei MONate. =

24 = ge?

25 (1.0)

26 A: <<len> j[a:,>]

27 P: [zwei] monat zwei mona mal zw nOchmal zwei
MONade-
(--)

28 wegen: dieser französischen geSCHICHte?

29 A: (-) richtig;

30 °h (-) ehm wir hAben jetzt am dreißigsten fünften
geIMPFT?

31 das heißt hEUte machen_ma die ZWEIte?

32 P: hm_hm, (-)

33 A: ehm Ich würde noch ne DRITte machen,
34 <<all> und nOchma_n monate SPÄter,> =
35 = also es is SO;
36 normalerweise impf'-

37 P: [(nich)n] mOnat nicht ZWEI monate.

38 A: genau.
39 normalerweise Impft ma hepatitis BE? (--)
40 am ERSten tag,
41 dann nach EINem monat-
42 un dann nach SECHS monaten. (--)

43 P: aha-

44 A: die franzOsen haben aber ne studie veröffentlicht die
ist
vor zwei wochen erSCHIEEnen?
45 oder vor DREI wochen-
46 nee vor VIER wochen; =
47 = [<<all> da ham_wa uns ja gesehn.>]

48 P: [(ja eh)] [vor]

49 A: [vor vier wochen
erSCHIEEnen?

Groß: Arzt/Patient-Gespräche in der HIV-Ambulanz

50 (---)ehm dIE ham geIMPFT,
51 tag NULL? (--)
52 monat EIns monat zwei UND monat sechs.
53 und die habm bEsseres ANsprechen. (--)
54 °h un dEswegen würd ich das bei ihnen auch VORschlagen.
55 P: ja- (-)
56 A: j[a,]
57 P: [eh-]
58 A: ehm das heißt ich würd hEUte ne impfung MACHen-
59 !UND! in vier wochen NOCHmal; (-)
60 ja, =
61 P: = in ORDnung-

Zu Beginn des Ausschnitts (Z. 23-28) thematisiert der Patient die entsprechende therapeutische Empfehlung des Arztes und zudem dessen Begründung, auf die er mit wegen: dieser französischen geSCHICHte? (Z. 28) recht vage referiert. Das Zitat zeigt durch Unsicherheitsmarkierungen (ich glaub) sowie die evidenzielle Verortung als ärztliche Äußerung wie auch durch Neustarts, elliptische Konstruktionen sowie der interrogativen Tonhöhenbewegung am Ende der Äußerung das unsichere Betreten eines Wissensbereiches, für den der Arzt den epistemisch höheren Status aufweist. Das Aufgreifen der Beweggründe der ärztlichen Behandlungsintention weist bereits hier auf die Begründungsrelevanz medizinischen Handelns hin.

Der Arzt bestätigt die Richtigkeit der patientenseitigen Aktualisierungen vergangener therapeutischer Überlegungen (Z. 29) und expliziert hiervon ausgehend nochmal das geplante Vorgehen: °h (-) ehm wir hAben jetzt am dreißigsten fünften geIMPFT? das heißt hEUte machen_ma die ZWEIte? (Z. 30/31). Während das vergangene sowie das unmittelbar anstehende therapeutische Handeln durch die Versprachlichung in nichtmodalisiert-deklarativer Form sowie unter Referenz auf ein inkludierendes ‚wir‘ bereits den Status eines feststehenden therapeutischen Plans aufweist (es wird zudem keine Zustimmung des Patienten relevant gesetzt), wird die hiermit zusammenhängende veränderte Impfmodalität mittels würde-Konjunktiv als Präferenz des Arztes dargestellt: ehm Ich würde noch ne DRITte machen, <<all> und nOchma_n monate spÄter,> (Z. 33/34). Die Äußerung weist also im Unterschied zur vorausgehenden Feststellung des Impfvorhabens einen Empfehlungscharakter auf. Nach schnellem Anschluss, d. h. ohne eine direkte patientenseitige Ratifizierung einzufordern, kündigt der Arzt eine Erklärung zu den empfohlenen weiteren Impfabständen an (Z. 35: also es is SO;). Er gibt dann Informationen über die Hepatitis-Impfung (Z. 38-42), die mittels Indefinitpronomen ‚man‘ sowie mit ‚normalerweise‘ als allgemein übliches Vorgehen dargestellt wird. Die implizite Kontrastierung des Letzteren mit dem zuvor empfohlenen Vorgehen setzt nun eine WARUM-Erklärung unmittelbar relevant, die in den Zeilen 44 bis 53 erfolgt: Hier beruft der Arzt sich metonymisch auf die franzOsen als indefinite Fach-

gruppe medizinischer Kompetenz, die in einer neuen Studie ein besseres Ansprechen von Patient/innen auf das empfohlene Impfintervall festgestellt hat.²⁰² Die Funktion der Ergebnisse der medizinischen Studie als Begründung für die ärztliche Präferenz wird abschließend nochmal mittels kausal konjunktiver Überleitung zur Therapieempfehlung expliziert: „h un dEswegen würd ich das bei ihnen auch vORschlagen. (Z. 54). Die folgende Antwortpartikel ‚ja‘ seitens des Patienten wird durch den Arzt mehr als verstehensdokumentierendes Rezipientensignal behandelt denn als Zustimmung: Nach einer kurzen Pause produziert er einen Zustimmungselizitator und erläutert dann nochmal, eingeleitet mit dem Explikationsmarker ‚das heißt‘, das konkrete weitere Vorgehen (Z. 58/59). Die tentative Formulierung mit analytischem Konjunktiv II kontextualisiert hier erneut, dass die patientenseitige Zustimmung zu einem erfolgreichen Abschluss der Therapieentscheidung noch fehlt. Nach einem weiteren Zustimmungselizitator seitens des Arztes (interrogativ intoniertes ‚ja‘ in Z. 60) erfolgt diese aber explizit: in ORdnung- (Z. 61).

Das obige Fallbeispiel zeigt, dass der Arzt am patientenseitigen Verstehen und Ratifizieren seiner Beweggründe für eine bestimmte Therapiewahl orientiert ist. Das Zitieren von Meinungen dritter Parteien ist in APG bisher primär von Seiten der Patient/innen zur epistemischen Fundierung subjektiver Krankheitstheorien (Birkner & Vlassenko, 2015) oder zur Untermauerung der *doctorability* ihrer Beschwerden bekannt (Heritage & Robinson, 2006b). Während Patient/innen dabei v. a. auf konkrete Personen (etwa andere Ärzt/innen) als Wissensquelle referieren, verweist der Arzt im vorigen Ausschnitt auf ein institutionelles Kollektiv und dessen fachwissenschaftlich generiertes Wissen. Letzteres macht er sich durch das Zitieren der Studienergebnisse zueigen und präsentiert sich so als medizinischer Experte, der in Sachen pharmakologischer Forschung auf dem neuesten Stand und damit Teil der *epistemic community* ist. Neben der fachmedizinisch ausgerichteten epistemischen Fundierung der ärztlichen Therapiepräferenz ist als weitere Auffälligkeit die sprachlich-interaktive Dynamik der Entscheidung zu nennen: Der Arzt bietet dem Patienten erst dann einen interaktiven Raum zum Zustimmung zum empfohlenen Impfvorhaben, nachdem er dieses begründet hat; umgekehrt wartet der Patient mit der Zustimmung bis nach der ärztlichen Erklärung. WARUM-Erklärungen zu relevant gesetzten Therapieoptionen werden also von beiden Gesprächspartnern als obligatorische Voraussetzung für einen Entscheidungsabschluss behandelt. Ihre enge Verknüpfung zu Therapieempfehlungen zeigt sich bereits zu Beginn des Ausschnitts, als Patient A-2806 nicht nur die ärztliche Therapieempfehlung, sondern auch die Begründung hierfür zitiert.

²⁰² Auf die Studie und ihre Relevanz für das therapeutische Vorgehen hatte bereits der Patient in Zeile 28 mit ‚wegen dieser französischen Geschichte‘ referiert.

Bei ärztlichen Therapieangeboten sind ebenfalls *accounts* belegt. Diese sind allerdings nicht obligatorisch, da in Angeboten selbst bereits eine rezipientenseitige Präferenz für die angebotene Handlung des Sprechers/der Sprecherin impliziert ist, die entweder zuvor mitgeteilt wurde oder auf Zuschreibungen seitens der/des Anbietenden beruht. Vorteile der empfohlenen Therapie müssen daher nicht immer noch einmal expliziert werden. Da Präferenzen von Angebots-Adressat/innen für bestimmte Therapien aber auf Wissen über deren Vorteile gründen, muss das entsprechende Wissen unter Umständen zunächst vermittelt oder aktualisiert werden. Dies gewinnt in Experten/Laien-Konstellationen wie in APG besondere Bedeutung, dementsprechend leisten ärztliche *accounts* nach Behandlungsangeboten diese Wissensaktualisierung.

Ein entsprechender Ausschnitt aus Gespräch B-1506-AP beginnt, nachdem die Interagierenden bereits zuvor über die ursächliche Behandlung einer als ART-Nebenwirkung vermutete Übelkeit entschieden haben, nämlich: die Medikation für zwei Wochen abzusetzen, um herauszufinden, ob die Übelkeit tatsächlich hierauf zurückzuführen ist (nicht gezeigt). Zu Beginn des folgenden Ausschnitts bietet der Arzt der Patientin eine zusätzliche symptomatische Behandlung der Übelkeit an (Z. 02-03). Das ärztliche Therapieangebot in Frageform gibt der Patientin Raum für Ablehnung; das Verb ‚sollen‘ in Verbindung mit der Verschreibungshandlung drückt eine Selbstverpflichtung des Arztes aus (siehe Kap. 8.3.2.2).

Ausschnitt 8-42: Ärztliches *accounting* nach Therapieangebot, B-1506-AP, Arzt M, 428-456 Sekunden.

01 A: also dann passen_se AUF;
02 soll ich ihnen was AUFschreiben;
03 gegen übelkeit und erBRECHen.
04 P: (--) ja.
05 wär [nich] SCHLECHT;
06 A: [ja?]
07 also wenn des jetzt DOCH_o' wieder auftritt,
08 dass sie dann zumindest TROPfen ham; =
09 = em ce PE tropf[en,]
10 P: [hm-]
11 A: heißen DIE, (--)
12 da können_se zwAnzig stück von NEHmen?
13 (--) einfach: (.) wenn_se merken_s geht LOS,
14 in in glas WASSer- =
15 = oder vielleicht_n bIsschen n_kLEInes bisschen was zu
ESsen, (-)
16 weil die trOpfen nicht GUT schmecken, (-)
17 die wirken ziemlich GUT.
18 P: <<flüsternd, p> okee;>
19 A: ja, (-)
20 soll_ich_au was gegen DURCHfall aufschreiben- =
21 = oder is das das gerINGere problem;
22 P: is_des gerIngere proBLEM.
23 A: okee. =
24 = dann machen_ma erstma nur DAS.

Die Patientin nimmt das Angebot nach einer halbsekündigen Verzögerung zunächst mit minimaler Antwortpartikel ‚ja‘ an (Z. 04). Sie bekräftigt direkt darauf (überlappend mit einem Rückversicherungssignal des Arztes in Z. 06) die Ratifizierung, indem sie die angebotene Verschreibungshandlung mit *wär [nich] SCHLECHT*; (Z. 05) als wünschenswert evaluiert und diese hierdurch – entsprechend des Angebotsformats – als Service seitens des Arztes behandelt.

Einleitend mit dem Explikationsmarker ‚also‘ eröffnet der Arzt mittels wenn-dann-Konditionalsatz ein bedingtes Szenario in der Zukunft: *also wenn des jetzt DOCH_o' wieder auftritt, dass sie dann zumindest TROPfen ham*; (Z. 07/08). Hier wird eine konkrete, in der Zukunft potenziell auftretende Bedingung (erneutes Auftreten der Übelkeit) genannt und eine konsequenzielle Handlung (Tropfen einnehmen) impliziert. Das Szenario dient damit zum einen der Entscheidungsfestigung, indem konkrete konsequenzielle Handlungen genannt werden (siehe Kap. 8.3). Zum anderen begründet es die Therapieempfehlung, indem aus patientenseitiger Perspektive ein Vorteil dessen genannt wird, das Medikament verfügbar zu haben.

Auch die darauf folgende Anleitung zu Einnahmebedingungen (wann) und -modalitäten (wie) (Z. 12-16) enthält einen impliziten *accounting-Marker*, nämlich das Modaladverbial ‚einfach‘ in Bezug auf die Medikamenteneinnahme. Die positive Evaluierung der Wirkung der Tropfen (Z. 17: *die wirken ziemlich GUT.*) stellt eine explizite Begründung für das Therapieangebot dar; beides antizipiert erneut mögliche Präferenzen und damit die Perspektive der Patientin, obgleich die Wirksamkeit des Medikaments natürlich auch aus medizinisch-professioneller Sicht relevant ist. Nach einer letzten wechselseitigen Bestätigung des Abschlusses der Entscheidung (Z. 18/19) erfolgt ein weiteres Therapieangebot des Arztes: *soll_ich_au was gegen DURCHfall aufschreiben- oder is das das gerINGere problem*; (Z. 20/21). Das interrogative Angebotsformat ist formal fast identisch mit dem ersten (Z. 02/03); zusätzlich erfragt der Arzt eine Bedingung, die durch die ‚oder‘-Konjunktion ein alternatives Nichtverschreiben des Durchfallmedikaments impliziert und so einen Grund für die potenzielle Entscheidung der Patientin gegen das Medikament vorwegnimmt. Diesen nimmt die Patientin auf (Z. 22): Die ärztliche Äußerung wird wörtlich wiederholt und das Angebot auf diese Weise abgelehnt.

Zusammenfassend zeigt das obige Fallbeispiel, dass in den ärztlichen *accounts* bei dieser HIV-unspezifischen Behandlungsentscheidung das für die Entscheidung relevante Wissen innerhalb des Wissensbereichs der Patientin verortet wird (vgl. auch Dalby Landmark, Gulbrandsen & Svennevig, 2015; Angell & Bolden, 2015). Im Unterschied zu den ärztlichen *accounts* nach der Therapieempfehlung in Ausschnitt 8-41 liegt der inhaltliche Fokus hier also nicht auf Vorteilen der empfohlenen Behandlung aus medizinisch-professioneller Sicht; der Arzt zieht

vielmehr patientenseitige Interessen und Präferenzen als Begründung für sein Angebot heran.

In vorliegenden Gesprächskorpus gibt es auch Fälle, in denen ärztliche *accounting*-Aktivitäten sich an patientenseitigen Widerstand gegen die empfohlene Therapieoption anschließen und dadurch geprägt werden. Auf diese Weise dienen WARUM-Erklärungen zu einer Therapieoption als zustimmungselizitierendes Verfahren (siehe auch die ausführliche Analyse des Fallbeispiels ‚Truvada‘ in Kap. 8.2.2). Diese Beobachtung steht in Einklang mit Forschungsergebnissen zu akutmedizinischen Gesprächen der anglo-amerikanischen *primary care* (Stivers, 2005; 2006), die ärztliche *accounts* v. a. im Zusammenhang mit patientenseitigen Verfahren der Nicht-Zustimmung (minimale Rezipientensignale, verbale Pausen, kritische Nachfragen etc.) beschreiben.

Folgendes Fallbeispiel soll den Einsatz ärztlicher *accounts* als Überzeugungsarbeit veranschaulichen; es stellt einen Ausschnitt aus einem komplexeren Therapieentscheidungsprozess dar. Patient H1-1706 berichtet vor Beginn des Ausschnitts von regelmäßig auftretenden Alpträumen, die er auf die ARV-Medikation zurückführt, jedoch explizit als nicht schwerwiegend bewertet: [aber] (.) es ist nicht so dass ich da_n LEidensdruck hab. (nicht gezeigt). Daraufhin schlägt der Arzt ihm eine zeitlich begrenzte Therapieunterbrechung zur Differenzialdiagnose mit anschließender Therapieänderung (Z. 45) vor. Im Verlauf der Therapieentscheidung stellt sich – beginnend mit der Bagatellisierung des genannten Symptoms vor Beginn des Ausschnitts – zunehmend heraus, dass der Patient an einer Therapieänderung nicht interessiert ist.

Das Format stellt beide Interagierende als Handelnde im therapeutischen Vorgehen dar und etabliert – auch bedingt durch die Modalpartikel ‚doch‘ – eine ärztliche *accountability*, die eingeleitet mit dem kausalen Konjunktiv ‚weil‘ eingelöst wird (ab Z. 46).

Ausschnitt 8-43: Ärztliche Überzeugungsarbeit, H1-1706-AP, Arzt M, 232-282 Sekunden.

45 A: dann lassen_se das uns doch MACHen. (--)
 46 weil wenn wir !SEHN! dass das dann wirklich dann sofort
 WEGgeht,
 47 dann (-) können_wa uns vielleicht ne alternaTive
 über[legen.]
 48 P: [ja.]
 49 A: weil (-) sie !WIS!sen ja wir ham sEchszwanzig
 zugelassene medikaMENTe- (-)
 50 wir können (-) !AL!le medikamente bei ihnen beNUTZen,
 51 P: ja-
 52 A: ob wir jetzt !DIE! kombination oder ne (-) !ÄHN!liche
 Andere machen; (-)
 53 <<flüsternd> dAs> spielt eigentl[ich KEI]ne rolle.
 54 P: [ja,]
 55 A: es geht !NUR! um die verTRÄGlich[keit.]
 56 P: [JA ja.]

Groß: Arzt/Patient-Gespräche in der HIV-Ambulanz

57 A: [es geht NUR] drum-
58 P: [(aber es-)]
59 A: von der !WIRK!samkeit her geben die sich alle nicht
VIEL.
60 P: hm_hm,
61 A: <<p> ja->
62 dann !LAS!sen_se uns das doch proBIERN. (--)
63 dann sEtzen se_s wirklich mal ne WOCHe,
64 das kÖnnen sie gefahrlos MACHen;
65 ne woche AB.
66 ja_a,
67 A: alternaTIV könnt ich ihnen- (---)
68 das (-) Andere präparat <<all> was_ich ihnen> gEben
WÜRde? (--)
69 !GE!ben und wir tauschen_s AUS für ein zwei wochen. =
70 = das könn_ma AUCH machen.
71 dann sind_wa auf der !GANZ! sicheren SEIte. (-)
72 weil wir dann keine PAUse habm. (---)

Der patientenseitige Widerstand zeigt sich im Verlauf des Ausschnitts zum einen durch das Ausbleiben von Zustimmungssignalen in seinem minimalen Rückmeldeverhalten (Z. 48, 51, 56, 60) sowie durch das gänzliche Ausbleiben verbaler Reaktionen nach dem wiederholten Vorschlag (Z. 62) sowie nach der zustimmungsevozierenden Rückversicherungssignal (Z. 66). Zum anderen ist die patientenseitige Skepsis gegenüber der Therapieumstellung an Rückversicherungssignalen als Reaktion auf die ärztlichen Begründungen (Z. 54) zu erkennen sowie an einer aufgrund der Überlappung abgebrochenen adversativ begonnenen Äußerung [(aber es-)] (Z. 58). Der Arzt reagiert sensitiv auf die Zurückhaltung des Patienten: Er versucht, ihn „ins Boot zu holen“, indem er die mannigfaltigen Möglichkeiten alternativer ART-Kombinationen relevant setzt (Z. 49-53) und dieses Faktum explizit als geteiltes Wissen zuschreibt: sie !WIS!sen ja wir ham sEchszwanzig zugelassene medikaMEnte- (Z. 49). Seine nachfolgenden Äußerungen, in denen er die Wirksamkeit und Verträglichkeit möglicher Alternativ-ARTs herausstellt (Z. 55, 59), sollen potenzielle Bedenken des Patienten ausräumen, ebenso die in den wiederholenden Therapievorschlagen parenthetisch eingeschobene Information, dass man eine kurzzeitige Therapieunterbrechung gefahrlos MACHen; (Z. 64) könne. Nachdem der Arzt mit seiner Überzeugungsarbeit den Patienten nicht zur Zustimmung bewegen kann, geht er dazu über, einen alternativen Therapiepfad zu präsentieren, nämlich den Austausch der Medikamente ohne zwischenzeitliche Einnahmepause (Z. 67-69). Die Formulierung als Angebot im Format ‚Ich kann Ihnen X geben‘ ist deontisch herabgestuft zum vorhergehenden Vorschlag, positioniert den Patienten als Hauptentscheidenden und eröffnet für ihn Möglichkeiten der Auswahl. Der nachfolgende *account* für dieses Alternativangebot dann sind_wa auf der !GANZ! sicheren SEIte. weil wir dann keine PAUse habm. (Z. 71/72) antizipiert wiederum mögliche Bedenken des Patienten bezüglich einer

Therapieunterbrechung. Im weiteren Verlauf des Gesprächs stellt sich allerdings heraus, dass der Patient in erster Linie eine Therapieänderung als nicht notwendig wahrnimmt, da die Albträume keine Belastung für ihn darstellen; die ärztlichen Zuschreibungen patientenseitiger Sorge angesichts des Unterbrechens der Therapie erweisen sich damit als nicht zutreffend.

Das Fallbeispiel zeigt, dass die fachmedizinisch-epistemische Fundierung von Therapieempfehlungen in Fällen patientenseitigen Widerstands schrittweise auf zugeschriebene Einstellungen, (Dis-)präferenzen und Befürchtungen zugeschnitten wird: Das medizinische Fachwissen, das Ärzt/innen solchen widerstandsbezogenen Erklärungen einsetzen, ist selektiver mit Hinblick auf Bedenken und/oder Präferenzen von Patient/innen zugeschnitten, was verdeutlicht, dass dieses funktional zur Überzeugung des Patienten/der Patientin eingesetzt wird.

Zusammenfassend kann festgehalten werden: Ärzt/innen bringen im sequenziellen Kontext von Therapieempfehlungen (i. d. R. zur Behandlung HIV-assoziiertes medizinischer Probleme) in Form begründender/rechtfertigender Gesprächshandlungen ihr medizinisches Fach- und Erfahrungswissen ein und verknüpfen auf diese Weise ihre deontische Autorität explizit mit einer epistemischen Fundierung; sie geben sich also *accountable* in Bezug auf ihre Empfehlung. Ärztliche *accounts* dienen so der medizinischen Aufklärung und dokumentieren explizit ärztliche Expertise. Ihre primäre Funktion als epistemische Fundierung eines präferierten therapeutischen Handlungspfades wird sequenziell durch sprachliche Verknüpfungen – kausale Konjunktionen wie ‚weil‘, ‚deswegen‘ – v. a. mit deontisch stärkeren Empfehlungspraktiken wie ‚Ich würde X tun‘ manifest, die häufig mehrfach geäußert werden. Hierdurch wird auch der mehr- bis multisequenzielle Charakter des Entscheidungsprozesses hergestellt, weiterhin dadurch, dass *accounting*-Aktivitäten Räume für patientenseitige Aktivitäten eröffnen, z. B. in Form von Nachfragen (vgl. auch Peräkylä, 1998). Arzt und Patient orientieren sich dabei gleichermaßen an der Obligatorik empfehlungsbegründender ärztlicher Aktivitäten: Patient/innen äußern vor dem Auftreten ärztlicher *accounts* i. d. R. lediglich Rezipientensignale auf eine Therapieempfehlung. Erst nach bisweilen ausführlichen *accounting*-Aktivitäten wird die Zustimmung des Patienten/der Patientin zunehmend relevant und meist auch explizit – z. B. mittels zustimmungselizitierenden Fragen – eingefordert.

Die Analysen haben weiterhin gezeigt, dass die epistemische Fundierung präferierter Therapieoptionen auch den Schwerpunkt auf patientenseitiges Wissen legen kann. *Accounts* nehmen dann vor allem Bezug auf potenzielle zukünftige Situationen, auf patientenseitige Präferenzen und Körperwissen; sie enthalten also Wissenszuschreibungen über *B-events* im Sinne Labov & Fanshels (1977), so dass sich Ärzt/innen dementsprechend als epistemisch untergeordnet (siehe z. B. Heritage, 2013) positionieren. Eine solche inhaltliche Ausrichtung von

Begründungen geht mit Therapieangeboten, mit ‚Sollen wir X‘-Empfehlungen oder mit ‚Sie können X‘-Ratschlägen einher, in welchen bereits rezipientenseitige Präferenzen und Wissensbereiche impliziert und der/die Patient/in als Hauptentscheidende/r in optionalen Entscheidungen positioniert werden.

8.4.2 Die moralische Dimension eigenständig getroffener Therapieentscheidungen

Im Unterschied zu entsprechenden ärztlichen Äußerungen sind Gesprächshandlungen der Begründung und Rechtfertigung seitens der Patient/innen nicht in Therapieentscheidungen belegt, sondern in Aktualisierungen vergangener Behandlungsentscheidungen, in denen laufende oder abgebrochene – immer ART-fremde – Therapien rekapituliert und z. T. evaluiert werden. Patient/innen begründen hier, weshalb sie sich für oder gegen die eine oder andere Behandlung entschieden haben, weshalb sie die eine oder andere Therapieoption präferieren oder sich auf eine bestimmte gesundheitsbezogene Weise verhalten haben. Dabei berufen sich Patient/innen auf ihr biographisches Wissen, ihr Körperwissen, auf externe Meinungen (Professioneller), aber auch auf eigenes medizinisches Fachwissen.

Sie antizipieren dabei häufig potenzielle ärztliche Einwände gegen die betreffende selbst initiierte/beendete therapeutische Maßnahme oder ihre Therapiepräferenzen. Deutlich werden wird in den folgenden Fallbeispielen, dass Patient/innen in Kontexten des gemeinsamen Aktualisierens fremd- oder eigeninitiiertter Behandlungen in unterschiedlichem Maß eine moralische Dimension eigenständig getroffener Therapientscheidungen zugrundelegen: Sie stellen mittels WARUM-Erklärungen ihr Handeln als rechtfertigungs- oder zumindest begründungsrelevant dar und orientieren sich so in unterschiedlicher Ausprägung am epistemischen und deontischen Status der Ärzt/innen.

In folgendem Fallbeispiel, einem Ausschnitt aus Gespräch M1-1506-AP, berichtet der Patient von einer vergangenen Gesprächssituation mit seinem Hausarzt.

Ausschnitt 8-44: Patientenseitiges Begründen einer Therapiepräferenz, M1-1506-AP, Arzt M, 451-472 Sekunden.

32 P: ehm- (---)
33 er hält dann immer <<len> rÜcksprache mit mir ob ich>
(--) meine dass das GEHT- =
34 = also ich [schlAg] ihm dann auch die medikamente VOR
und;
35 A: [hm-]
36 JA (.) ja (.) ja;
37 P: ich hatte ihn da jetzt versUcht auf insidON zu bringen,
38 weil (---) die meisten sachen (--) für die [stimmung]
brauchen ja irgendwo_n SPIEgel.
39 A: [hm-]
40 P: un (-) insidon das hat f:rüher bei mir ganz gut
geKLAPPT- (--)
41 A: ja-

Der Ausschnitt befindet sich innerhalb eines komplexen Beschwerdeexplorations- und -interpretationsprozesses, in welchem sowohl körperliche Beschwerden (Schmerzen) als auch psychische Probleme des Patienten (depressive Episoden und phobische Zustände) bearbeitet werden, auch bereits in Richtung eines therapeutischen „Fahrplans“. Kurz vor Beginn des obigen Ausschnitts rät der Arzt dem Patienten, einen Psychologen zu suchen, der über Grunderfahrung mit HIV-Patient/innen verfügt, was bei vielen Psycholog/innen nicht der Fall sei. Der Patient stimmt dem zu und schildert eine entsprechende Erfahrung mit seinem Hausarzt. Dieser hielt dann immer <<len> rücksprache mit mir ob ich> (--) meine dass das GEHT- (Z. 33); der Patient führt als Konsequenz dessen aus, dass er seinem Hausarzt geeignete Medikamente vorschläge (Z. 34). Nach einem Rezipientensignal seitens des Arztes berichtet der Patient konkreter, dass er eine Verschreibung von Insidon – ein angstlinderndes Antidepressivum – erwirken wollte: ich hatte ihn da jetzt versUcht auf insIDON zu bringen, (Z. 37). Die Formulierung ‚versuchen, jmd. zu etw. zu bringen‘ betont die aktive Rolle des Patienten in der Entscheidung sowie einen gewissen deontischen Autoritätsanspruch im Hinblick auf Therapiehandlungen, der durch das Prädikat ‚versuchen‘ aber als konsequenzlos angedeutet wird. Die anschließende, mittels ‚weil‘ eingeleitete Verbzweitkonstruktion (Günthner, 1993) projiziert einen komplexeren *account* in Bezug auf seine Präferenz für Insidon. Dieser erfolgt in zwei Schritten: Zunächst referiert der Patient auf einen allgemeinen Wirkmechanismus von Medikamenten für die [stimmung] (Z. 38), welcher auch für Insidon gilt. Der Patient bewegt sich damit auf fachmedizinisches Wissensterritorium vor und stellt das relevant gesetzte Wissen, dass antidepressiv wirkende Medikamente irgendwo_n SPIEgel brauchen, mittels Abtönungspartikel ‚ja‘ als geteilt dar. Er positioniert sich damit als Ko-Experte für medikamentöse Fragen in Abgrenzung zu dem zuvor genannten „HIV-naiven“ Hausarzt. Erkennbar ist auf inhaltlicher Ebene eine inferenzielle Lücke zwischen seiner Präferenz für Insidon und der als allgemein dargestellten Tatsache, dass Stimmungsaufheller i. d. R. einen stabilen Medikamentenspiegel brauchen. Ggf. hierdurch bedingt äußert der Arzt kurz vor einem potenziellen übergaberelevanten Punkt (terminal fallende Tonhöhenbewegung) ein Rezipientensignal (Z. 38), das sequenziell nicht nur eine Fortführung des patientenseitigen Redezugs fordert, sondern mittels Fehlen einer expliziten Ratifizierung die Begründung der Therapiepräferenz als noch nicht abgeschlossen behandelt. Der Patient führt diese unter Bezugnahme auf biographisches Wissen fort: un (-) insidon das hat f:rüher bei mir ganz gut geKLAPPT- (Z.

40). Mittels Linksversetzung²⁰³ wird Insidon zum einen refokussiert und zum anderen als Element für das Folgesyntagma projiziert. Zudem wird explizit eine Verknüpfung (Konjunktion ‚und‘) zwischen der vorangegangenen allgemeinen Erklärung und der hieraus folgenden Begründung für die Präferenz des Patienten für Insidon hergestellt, dass der Patient mit diesem gute Erfahrungen gesammelt hat. Das allgemeine fachliche Wissen über Insidon wird also mit biographischem Körperwissen des Patienten verknüpft und als Untermauerung für die Behandlungspräferenz genutzt.

Das Fallbeispiel zeigt zum einen, dass Patient/innen sich in Bezug auf vergangene Therapieentscheidungen als Hauptagent/innen bzw. als handlungsweisend positionieren können. In diesem Fallbeispiel wird dies erreicht durch die Rekonstruktion eines typischen Verhaltens des Hausarztes in entsprechenden Situationen (Rücksprache mit dem Patienten halten) sowie der narrativen Darstellung des eigenen kommunikativen Handelns einer konkreten vergangenen Entscheidungssituation als deontisch motiviert (‚jmd. zu etw. bringen‘). Zum anderen wird deutlich, dass therapierelevante Handlungen und Präferenzen seitens Patient/innen *accountable* sind. Die *accounts* dienen in diesem Fallbeispiel der epistemischen Fundierung der patientenseitigen *agency* in der rekonstruierten Therapieentscheidung sowie der Präferenz für Insidon, die hier unter Bezugnahme auf biographische, aber auch auf fachmedizinische Wissensinhalte begründet wird. Der Patient positioniert sich damit nicht nur als epistemisch übergeordnet gegenüber seinem Hausarzt, sondern auch als ko-wissend zu Arzt M. Dass letzterer sich einer Ratifizierung enthält und lediglich ein minimales Rezipientensignal äußert (Z. 41), ist in diesem Fallbeispiel auch durch die Einbettung des obigen Ausschnitts in eine übergreifende Aktivität des Sprechens über HIV-unerfahrene medizinische Professionelle bedingt.

In anderen Fällen, in denen bisherige Therapien thematisiert werden, um diese in Bezug auf ihre Weiterführung oder Änderung zu beurteilen, orientieren sich Patient/innen deutlicher daran, eine positive Ratifizierung des Arztes zu einer (eigenständig getroffenen) vergangenen Therapieentscheidung oder zu einer Therapiepräferenz zu bekommen. Ein Fehlen ärztlicher Ratifizierungen ist dann i. d. R. – im Gegensatz zu Ausschnitt 8-44 – wiederum *accountable*, wie im folgenden Fallbeispiel deutlich werden wird.²⁰⁴ Hier erklärt Patient²⁰⁵ R-1207 eine selbstständig vorgenommene Dosisänderung seiner medikamentösen Hormontherapie, die er zum Zweck einer Geschlechtsumwandlung einnimmt und die ihm ein anderer, bezüglich seines Fachgebiets nicht näher spezifizierter Arzt verschrieben

²⁰³ Zu Linksherausstellungen in der gesprochenen Sprache siehe u. a. Stein (2003), Pekarek Doehler & Müller (2006).

²⁰⁴ Das Fallbeispiel ist aufgrund seiner Länge in zwei Ausschnitte geteilt.

²⁰⁵ Laut eigenen Angaben ist der Patient männlich/transsexuell. Es soll daher die männliche Bezeichnung ‚der Patient‘ verwendet werden.

hatte. Ausschnitt 8-45 beginnt innerhalb der Aktivität des Aktualisierens laufender Therapien; hierfür liest der Arzt die in der Patientenakte vermerkten Medikamente vor, so dass der Patient ihre Aktualität überprüfen kann.

Ausschnitt 8-45: Rechtfertigen einer eigenständig getroffene Therapieentscheidung nach ärztlicher Bewertung, R-1207-AP, Arzt C, 147-162 Sekunden.

08 A: das is ja_s
 09 das HAM_se schon. =
 10 = ge-
 11 zwO miliGRAMM.
 12 (--)
 13 P: NEE_e; =
 14 = mittlerweile sind_s vier beziehungsweise SECHS-
 15 (-)
 16 A: ((pfeift))
 17 (-)
 18 P: also ehm
 19 ja.
 20 doktor EInsams-
 21 sAgen_wa ma SO.
 22 der doktor EInsams hat mir vier verORDnet,
 23 un er !WEISS! auch (.) von VIER;
 24 (1.7)
 25 A: hm_HM,
 26 (--)
 27 P: er wEIB daVON;
 28 (1.2)

In den Zeilen 08 bis 11 referiert der Arzt auf das in der Patientenakte bereits als aktuelle Behandlung vermerkte Hormonpräparat ‚Gynokardin‘ und rekapituliert die (wahrscheinlich in der Akte) dokumentierte Dosis: *zwO miliGRAMM*. Der Patient korrigiert diese angenommene Dosis (Z. 13-14) ohne weitere Erklärung, woraufhin der Arzt ein zweitoniges Pfeifen – hoher Ton, gefolgt von tieferem Ton – produziert. Das Pfeifen wird durch den Patienten als Evaluation der höheren Medikamentendosis behandelt (ab Z. 18) und wirkt *account*-evozierend: Er kündigt mittels Explikationsmarker (*also ehm*) eine Erklärung an, produziert dann aber zunächst ein ‚ja‘, (welches sowohl als *acknowledgement token* der ärztlichen paraverbalen Äußerung oder als diskursgliederndes Element des eigenen Redezugs angesehen werden kann) und beginnt einen Neustart (Z. 20) mit der Referenz auf den anderen Arzt (*doktor EInsams*), der im Folgenden als für die Hormontherapie zuständig behandelt wird. Dem Neustart folgen ein erneuter Abbruch und ein metakommunikatives *hedging* seiner folgenden Ausführungen: *sAgen_wa ma SO*. (Z. 21). Nach der Formulierungsarbeit folgt ein längeres Narrativ,²⁰⁶ das mit der „Verordnungshandlung“ durch den genannten Arzt beginnt: *der doktor EInsams hat mir vier verORDnet*, (Z. 22). Interessant ist, dass der Patient in den zwei nächsten TKE – z. T. intonatorisch hervorgehoben durch

²⁰⁶ Dieses Narrativ reicht bis Zeile 83 in Ausschnitt 8-46.

rhythmisch auftretende, teils extrastarke Akzente – wiederholt (Z. 23, 27) herausstellt, dass der Arzt auch über die verordnete Dosis Bescheid weiß. Es wird also nicht nur die aktive Rolle des Arztes bei der Entscheidung für die vier Milligramm Gynokardin, sondern auch dessen Wissen über die eingenommene Dosis relevant gesetzt. Damit wird implizit eine Diskrepanz suggeriert zwischen der Therapieentscheidung (in welcher der Arzt als Hauptagent positioniert wird) mit den vereinbarten Handlungskonsequenzen als gemeinsame Wissensbasis und den tatsächlichen therapeutischen Handlungen, über die Patient/innen in der Einnahmesituation ggf. neu entscheiden (siehe auch Spranz-Fogasy, 1988). Dass die vereinbarte tatsächlich von der eingenommenen Dosis abweicht, wird im weiteren sequenziellen Verlauf deutlich:

Ausschnitt 8-46: Rechtfertigen einer eigenständig getroffene Therapieentscheidung nach ärztlicher Bewertung, R-1207-AP, Arzt C, 163-272 Sekunden.

29 P: un_er²⁰⁷ hAt mir fuffzisch milligramm ce pe A, =
 30 = also cyp[()acetat-] (-)
 31 A: [((niest))<<all> tschuldigung;>]
 32 P: [cy]prudarOnacetat verORDnet,
 33 A: j[a,]
 34 hm_hm,
 35 P: aber das problem IS,
 36 eh:m_hh° (---)
 37 isch: (-- wa:r (-- <<all> durch die fuffzig
 milligramm>ce pe a war ich !SO! depresSIV, (---)
 38 isch isch war
 39 ich hab bei jedem schEißdreck auf gut deutsch gesagt
 hab ich angefangen zu HEUlen wie_n schlosshund?
 40 A: hm:_[hm,]
 41 P: [un] dann <<all> hab_ich_gesagt> so un jetzt is
 ENde.
 42 (---)
 ((14 Zeilen Auslassung, P erzählt von dem Kennenlernen einer
 transsexuellen Person in einem sozialen Netzwerk))
 55 un dann hAb ich misch mit der mal underHALten:, =
 56 = und_dann_hat_se gesagt fuffzisch milligramm (--)
 57 also ciprudarOnacetat ist sowieso pures GIFT? (1.30)
 58 so. =
 59 = dEs: (.) 'eh schonma zum ERS[ten,] =
 60 A: [hm][:-]
 61 P: = [sa]cht se un
 !WENN!.
 62 dann die maximAldosis fünfundzwanzig MILligramm. =
 63 = un dann hab ich EIns geMACHT? =
 64 ich hAb_s (-- vIEr oder sEchs wochen lang hab ich_s
 von FUFFzisch,
 65 auf zwölf komma fünf milliGRAMM, (---)
 66 RUNder? (-)
 67 A: [hm_hm,]
 68 P: [geDRÜCKT?]
 69 A: hm_hm- (-)

²⁰⁷ Hier referiert Patient R-1207 auf besagten Arzt ‚Doktor Einsams‘, der ihm die entsprechende Hormontherapie verschrieben hat.

Groß: Arzt/Patient-Gespräche in der HIV-Ambulanz

70 P: vIER milligramm gynocardin (-) sin geBLIEben? (-)
71 un dann [hab ich_s] nach vIER oder sechs wochen hab
isch (-) wiederum auf FÜNfundzwanzig milligramm; (--)
72 A: [hm_hm-]
73 P: ce pe a erHÖHT,
74 un [hab die] gynocardin auf sEchs milligramm und jetzt
geht mirs GUT.
75 A: [hm_hm-]
76 (---)
77 P: davon WEISS der einsams aber noch nix. =
78 = das erfährt er am siebenundzwanzigschten sechs' nEE
siebenundzwanzigschten SIEBten.
79 (1.6)
80 <<p> das wEIB der noch GAR nit.>
81 hn-
82 (2.9)
83 aber sEIt dem geht [mirs richtig GUT.
84 [(zweimaliges Klopfen auf dem
Tisch))
85 (7.9)
86 A: hm_hm,
87 (---)
88 okee;
89 dazu sach Ich_jetzt einfach ma NIX.
90 <<lachend> ja_h:->
91 P: warUm [was-]
92 A: [ich] kenn mich nit AUs daMIT.
93 [ich eh]
94 P: [ja gUt] sorry-
95 A: [aber (-) ich wEIB nicht-]
96 P: [also wIE gesagt ce] pe A-
97 [ich würd auch-]
98 A: [was für_n] rIsiko das beINhaltet oder so- =
99 = das eh kann ich ihnen gar nit SAgen.

In den Zeilen 29 bis 31 berichtet der Patient von einem zweiten Medikament, das Doktor Einsams ihm in einer spezifischen Dosis (fuffzisch milligramm) verschrieben hat. Die erneute Verbwahl ‚jmd. etw. verordnen‘ (statt z. B.: jmd. etw. verschreiben) stuft die deontische Autorität von Doktor Einsams in der narrativ rekonstruierten Therapieentscheidung hoch und trägt bereits eine implizit negative Bewertung. Dementsprechend verknüpft der Patient die ärztliche „Verordnung“ in Zeile 35 adversativ mit einem Problem, nämlich einer nachfolgend aufgetretenen depressiven Stimmung, die explizit (Z. 37: durch die fUffzig milligramm) als durch die Dosis der Medikation bedingt dargestellt wird. Die Hochstufung der Schwere der Depression mittels gedehnter Gradpartikel und Extremfall-Szenario (Z. 39) weist bereits auf die Funktionalität der Problemschilderung als *account* für etwas noch Indefinites hin, das in Zeile 41 durch ein Selbstzitat (so un jetzt is ENde.) als Intention zum Abbrechen der Therapie angedeutet wird. In den folgenden nicht gezeigten Zeilen erzählt der Patient von dem Kennenlernen einer transsexuellen Person auf einem Online-Portal und liefert auf diese Weise eine Orientierung innerhalb seines Narrativs (Labov & Waletzky, 1973). Die wörtliche Wie-

dergabe der Einschätzung dieser Person zur besagten Medikation dient im Folgenden der Untermauerung seiner negativen Therapieerfahrung: und_dann_hat_se gesagt fuffzisch milligramm (--) also ciprudarOnacetat ist sowieso pures GIFT? (Z. 56/57). Mit dieser explizit negativen Bewertung der Therapie ist die Wiedergabe des Chatgesprächs mit der Kontaktperson noch nicht am Ende (Z. 59: dEs: (.) 'eh schon ma zum ERS[ten,]). Der Patient fährt im Zitiermodus fort und gibt eine sich unmittelbar anschließende Therapieempfehlung des Chat-Kontaks wieder: [sa]cht se un !WENN!. dann die maximAldosis fünfundzwanzig MILLigramm. (Z. 61/62). Die durch den Patienten eigenständig durchgeführte Therapieänderung, die er direkt darauf in den Zeilen 64 bis 74 expliziert, wird als Konsequenz aus seiner negativen Erfahrung und der Einschätzung der Kontaktperson präsentiert. Als Erzählkoda (Labov & Waletzky, 1973) dient die anschließende Evaluation seines Befindens: und jetzt geht mirs GUT. (Z. 74). Das narrative Format, in dem die Handlungsursache (psychische Einschränkungen aufgrund der Medikation bzw. der hohen Dosis; negative Einschätzung der Therapie sowie Empfehlung zur Dosisreduktion durch Kontaktperson) und die Handlung (Veränderung der Dosis zweier Medikamente) in chronologischer Abfolge wiedergeben werden, dienen dazu, die eigenständig durchgeführte Therapieänderung ausführlich epistemisch zu fundieren und die Entscheidung als plausible und notwendige Konsequenz aus der Handlungskomplikation innerhalb des Narrativs erscheinen zu lassen.

Im weiteren Verlauf des Ausschnitts wird durch das Ausbleiben einer entsprechenden ärztlichen Reaktion *ex negativo* deutlich, dass patientenseitige *accounts* für eigenständig entschiedene und durchgeführte Therapien oder Therapieänderungen ratifizierungsrelevant sind: Nach einer kurzen Pause, in der der Arzt nicht erkennbar (zumindest nicht hörbar) auf die Erzählung des Patienten reagiert, gibt dieser wiederholt an, dass sein Hausarzt noch nichts von der Therapieänderung wisse (Z. 76, 80). Nach weiterhin ausbleibender Reaktion seitens Arzt C wiederholt er das Fazit seiner Erzählung, die positive Konsequenz der Therapieentscheidung: aber sEIt dem geht [mir_s rich]tig GUT. (Z. 83). Die langen Pausen zwischen diesen Redezügen (Z. 76, 79, 82) und die thematischen Schleifen zeigen die Vakanz einer ärztlichen Reaktion an. Nach einer weiteren, fast 8-sekündigen Pause in Zeile 85 äußert Arzt C zunächst wieder ein minimales Rezipientensignal (hm_hm,) und das *acknowledgement token* okee, gefolgt von einer metakommunikativen Verweigerung der Ratifizierung (Z. 89): dazu sach Ich_jetzt einfach ma NIX.. Das anschließende Lachen des Arztes weist auf die Markiertheit dieser expliziten Nicht-Ratifizierung hin: markiert zum einen in Bezug auf lokal-gesprächskontextuelle Erfordernisse und ggf. zum anderen in Bezug auf seine Gesprächsaufgaben als Arzt. Der Patient fordert dementsprechend eine Erklärung für die Verweigerung der Ratifizierung ein: warUm [was-] (Z. 91); wohl

auch, da diese eine negative Evaluierung impliziert. Eine Erklärung folgt in Zeile 92: [ich] kenn mich nit AU_s daMIT.. Das explizite *display* von Nichtwissen seitens Arzt C wird in der Folge-TKE konkretisiert (Z. 95, 98-99), überlappend mit einer Entschuldigung seitens des Patienten (Z. 94), die seine bisherigen Ausführungen zum Therapiewechsel *ex post* als fehlplatziert darstellt. Nichtsdestotrotz fährt der Patient in den folgenden Sequenzen fort (ab Z. 96, nicht gezeigt), allerdings mit deutlich veränderter Kompetenzkonstellation: Er gibt an, Doktor Einsams nochmals wegen eines Wechsels zu Progesteron fragen zu wollen. Arzt C nimmt im weiteren Verlauf die Rolle des nichtwissenden Interviewers ein und befragt den Patienten eingehend zu aufgetretenen Nebenwirkungen und Wirkweisen der Hormontherapie (nicht gezeigt).

Der hohe interaktive Aufwand, den Patient R-1207 betreibt, um seine eigenverantwortlich getroffene Entscheidung zur Änderung der Hormontherapie zu rechtfertigen (Ausschnitt 8-45 und Ausschnitt 8-46), zeigt allgemein, dass Ärzt/innen – gemäß ihres epistemischen Status als medizinische Professionelle – ein Mehr an Wissen über fachmedizinische Wissensbereiche zugesprochen wird. Wenn eine eigenständig getroffene Therapieentscheidung thematisiert wird, müssen Patient/innen dementsprechend epistemisch agieren, d. h. eigene Wissensbereiche einbringen oder auch fachmedizinisch fundierte Begründungen geben, z. B. in Form einer (professionellen) Fremdmeinung. In obigem Fallbeispiel mit Patient R-1207, in dem der Arzt explizit Nichtwissen über entscheidungsrelevante fachmedizinische Bereiche offenlegt, werden die patientenseitigen *accounting*-Aktivitäten *ex post* als obsolet behandelt, da der Arzt ohnehin nicht mit dem Wissen des Patienten „mithalten“ kann. Die Entschuldigung des Patienten ([ja güt] *sorry*-; siehe Ausschnitt 8-46, Z. 94) bedeutet die Offenlegung dieser unerwarteten Expertise- und damit Verantwortungsverteilung.

Eine weitaus typischere Zugriffsmöglichkeit auf fachmedizinisches Wissensterritorium für Patient/innen ist das Heranziehen externer Diagnosen als Begründung für laufende (Eigen-)behandlungen. Diagnosen stellen zwar prinzipiell kondensierte dritte Meinungen über die medizinisch-kategoriale Einordnung der Beschwerden dar, dessen Urheber ist aber bisweilen durch die einfache Nennung der Diagnose verschleiert, wodurch sich Patient/innen das entsprechende fachmedizinische Wissen zueigen machen können. In folgendem kurzen Fallbeispiel aus Gespräch 1402-AP tritt ebendies auf. Der Ausschnitt stellt einen Teil der optionalen Aktivität ‚laufende Therapien aktualisieren‘ dar, die in diesem Gespräch dadurch erklärt werden kann, dass Arzt M nur ausnahmsweise aufgrund eines Dienstur-

laubs des normalerweise behandelnden Arztes das Routinegespräch mit Patientin G-1402 übernimmt.²⁰⁸

Ausschnitt 8-47: Fremddiagnose als *account*, G-1402-AP, Arzt M, 105-114 Sekunden.

06 A: und das Omeprazol?
 07 braUchen sie das HÄUfig?
 08 also das [eh-]
 09 P: [ja:;]
 10 eh ich hab_n zwerchfellBRUCH?
 11 und eh[m;]
 12 A: [hm_hm,]
 13 P: isch hab ehm- (-)
 14 EIgentlich von kind auf !IM!mer SODbrennen gehabt.
 15 extrEmes SOD[brennen.]
 16 A: [hm-]

In der ärztlichen Entscheidungsfrage, ob die Patientin das Medikament Omeprazol²⁰⁹ häufig brauche, weist der Arzt der Patientin die Verantwortung für die Entscheidung über die Einnahmepflichtigkeit zu. Dementsprechend gibt sich die Patientin *accountable*: Das ‚ja‘ (Z. 09) (überlappend mit einer beginnenden ärztlichen Erklärung, wahrscheinlich zur Explikation der Referenz von ‚Omeprazol‘) ist durch die Dehnung bereits mehr als eine Bestätigung der ärztlichen Frage und projiziert eine Fortführung des Redezugs. In dieser gibt die Patientin eine Diagnose an: eh ich hab_n zwerchfellBRUCH? (Z. 10), die – auf der Gesprächsoberfläche nicht explizit mit der zuvor genannten Einnahmepflichtigkeit verknüpft – als Rechtfertigung für die häufige Einnahme von Omeprazol fungiert. Eine weitere Begründung (Z. 13-15) ist biographisch ausgerichtet und verdeutlicht in der Beschreibung der Symptomatik mittels *extreme case formulation* (Temporaladverbial ‚immer‘ mit extra starker Akzentuierung; Attribut ‚extrem‘) die Einnahmepflichtigkeit: isch hab ehm- (-) EIgentlich von kind auf !IM!mer SODbrennen gehabt. extrEmes SOD[brennen.]. Indem die Patientin auf die ärztliche Frage nach der Einnahmehäufigkeit *accounts* in Bezug auf die Einnahmegründe produziert, ignoriert sie dessen direkte responsiven Erfordernisse, stattdessen reagiert sie auf ein der Frage inhärentes Potenzial als Prä-Handlung: Diese könnte nämlich beispielsweise dazu dienen, die Vorbedingungen für die Relevanz einer ärztlichen Erklärung zu Risiken von Omeprazol zu klären oder auch eine Prä-Evaluation zu möglicherweise disfunktionalen Einnahmegewohnheiten sein. Die Folgen der patientenseitigen Behandlung der Frage reichen über den gezeigten Ausschnitt hinaus: Im weiteren

²⁰⁸ Typischerweise erfolgt die Aktualisierung laufender Therapien in der Abschlussphase des Gesprächs (siehe Kap. 5.2.10). Sie dient bei gut funktionierenden Therapien lediglich dazu, zur Neige gehende Medikamente neu zu verschreiben.

²⁰⁹ Omeprazol ist ein Arzneistoff, der bis vor einigen Jahren verschreibungspflichtig war und bei verschiedenartigen Magenbeschwerden, v. a. bei Refluxösophagitis (= Sodbrennen) eingesetzt wird (<https://de.wikipedia.org/wiki/Omeprazol>, letzter Zugriff: 15.6.2016).

sequenziellen Verlauf rekonstruiert die Patientin ihre Krankengeschichte von Beginn an, nennt u. a. unwirksame Behandlungsversuche und stuft die Schwere der Beschwerden hoch. Der Arzt erfragt anschließend noch einmal die genaue Einnahmehäufigkeit und lässt die Begründungen der Patientin unratifiziert (nicht gezeigt).

Das Fallbeispiel zeigt zum einen die oben beschriebene Charakteristik der epistemischen Fundierung – also der inhaltlichen Ausrichtung – patientenseitiger *accounts*: Die Patientin beruft sich auf ihr Körperwissen (hier und auch sonst typisch: die Schwere von Beschwerden) sowie auf eine Fremddiagnose, um die eingangs bestätigte häufige Notwendigkeit der Einnahme zu rechtfertigen.

Es zeigt zum zweiten, dass die mittels ebenjener *accounts* responsiv angenommene Eigenverantwortung für die vergangene Therapieentscheidung bereits durch vorausgehende implizite ärztliche Fremdpositionierungen der Patient/innen in Bezug auf ihre *accountability* gefordert werden können. In der vorliegenden Aktivität der Aktualisierung laufender, HIV-unspezifischer medikamentöser Therapien erfüllen z. B. ärztliche Fragen, die Verweise auf die Eigenständigkeit der Patient/innen in Bezug auf Modalitäten der laufenden Therapie und/oder auf patientenseitige Wissensbereiche aufweisen, diesen Zweck. Salient ist beides z. B. in der ärztlichen Frage im obigen Fallbeispiel in Zeile 07: *brauchen* sie das *HÄufig*? (Z. 07). So verweist das Prädikat der Frage ‚brauchen‘ auf Körperwissen als Grundlage für die Therapieentscheidung über die Einnahmehäufigkeit. Die Patientin weist der Frage den Charakter einer Prä-Evaluation zu, was in die beschriebenen ausführlichen *accounting*-Aktivitäten resultiert.

Ein weiterer Gesprächskontext für patientenseitige *accounts* im Rahmen von Aktualisierungen bereits laufender Behandlungen sind nicht nur ärztliche Fragen zu laufenden Therapien (siehe Ausschnitt 8-47) oder (implizite) Evaluationen (Ausschnitt 8-45), sondern auch Ratschläge, die außerhalb einer Aktivität der Therapieentscheidung eingesetzt werden und in denen der Arzt/die Ärztin aus der Perspektive des Patienten/der Patientin ein bislang nicht erfolgtes therapeutisches Handeln relevant setzt. In diesem Zusammenhang habe ich so genannte *perspektiveinnehmende Ratschläge* (PER) als ärztliche Verfahren der Therapieempfehlung beschrieben (siehe Kap. 8.3.3.4), die – zusammen mit anderen Gesprächshandlungen wie Fragen oder Notwendigkeitsaussagen wie „Das muss kontrolliert werden“ – auf ein aus ärztlicher Sicht wünschenswertes eigenverantwortliches Patientenhandeln verweisen, welchem ggf. bisher nicht nachgekommen wurde. Wie oben beschrieben, sind PER rechtfertigungsrelevant: Patient/innen reagieren darauf, indem sie ihr bis dato abweichendes Handeln begründen. Mittels ärztlicher Fragen und PER in Verbindung mit fachwissensbasierten Prognosen und Einschätzungen wird entsprechender interaktiver Druck in Richtung patientenseitiger *accounts* aufgebaut.

Damit zeigt sich erneut die moralische Dimension von therapiebezogenem Patientenhandeln und Therapiepräferenzen, die Fragen betrifft wie: (Unter welchen Umständen) Ist eine selbstständig getroffene HIV-unspezifische Therapieentscheidung legitim? (Wie) Wird sie unter Bezugnahme auf welche Wissensbereiche legitimiert? Dürfen HIV-Patient/innen sich auf fachmedizinisches Wissensterain vorwagen, wenn sie eigenständiges therapeutisches Handeln begründen? Sowohl die ärztliche Evozierung als auch die patientenseitige Durchführung sowie die anschließende ärztliche Ratifizierung von *accounts* legen damit epistemische und deontische Rechte und Pflichten der Gesprächsteilnehmer/innen Ärzt/in und Patient/in offen und rekonstruieren entsprechende Asymmetrien zwischen den Interagierenden.

Ein letztes Fallbeispiel zeigt zusammenhängend mit diesen Fragen, wie und unter welchen Umständen eine eigenständig getroffene Therapieentscheidung durch die Ärztin delegitimiert wird und in eine deontisch starke Therapieempfehlung mündet. Patient K2-1907 äußert vor Beginn des folgenden Ausschnitts Magenbeschwerden, die er zum Teil auf seinen Alkoholkonsum (trInk ab und zu mal etwas MEHR-) und sein unregelmäßiges Essverhalten zurückführt (nicht gezeigt).

Ausschnitt 8-48: Omeprazol, K2-1907-AP, Ärztin G, 112-136 Sekunden.

63 A: neh:men sie irgendwas für den MAgen?
64 (---)
65 P: JA:_f:-
66 manchma_n paar MAgentabletten. =
67 = <<cv> aber->
68 (-)
69 A: wie HEIßEn die?
70 omeprazol?
71 (---)
72 P: <<cv> nEE hab ich jetzt daHEIM.>
73 <<cv> keine ahnung n kUmpel hats mir letztens eine
geGEben.>
74 weiß ich jetzt AUCH <<cv> gar nit mehr.> (---)
75 <<cv> wie die HEIßEn.>
76 (--)
77 A: <<all> passen_se_ma_auf> ich schreib ihnen ma omeprazol
auf.
78 und nehm:_se das nächste mal nit (-) irgendwas von nem
kUmpel der ihnen irgendwas GIBT;

In Zeile 63 äußert die Ärztin die Frage, ob der Patient etwas gegen die Schmerzen einnehme. Hiermit wird dieser zunächst als eigenverantwortlich für die Behandlung der Magenbeschwerden positioniert. Nach seiner recht unspezifischen Angabe zu Einnahmemodalität und Medikament stellt die Ärztin eine Nachfrage nach dem Namen des verwendeten Medikaments und gibt ‚Omeprazol‘ als *candidate answer*. Nachfolgend verweist der Patient darauf, dass die Medikamente daheim seien (Z. 72); in der nächsten TKE dient dann – nach einem expli-

ziten Nichtwissens-*display* – der Verweis auf den Donator der Medikation (n kUmpel) als *account* dafür, den Namen nicht abrufen zu können: weiß ich jetzt AUCH <<cv> gar nit mehr.> <<cv> wie die HEIßEn.> (Z. 74-75). Nach einer halbsekündigen Pause äußert die Ärztin eine ankündigende Therapieempfehlung (siehe Kap. 8.1.3), die mit dem fokussierungsauffordernden Diskursmarker ‚Passen Sie mal auf‘ eingeleitet wird. Ihre Empfehlung für ‚Omeprazol‘ verknüpft die Ärztin mit dem imperativisch formulierten Ratschlag, das nächste mal nit (-) irgendwas von nem kUmpel anzunehmen. Dieser delegitimiert ebenjenes Handeln des Patienten und verweist mit dem Indefinitpronomen ‚irgendwas‘ und mit der Referenz auf den ‚Kumpel‘ (als Medikamentengeber mit zweifelhafter Kompetenz), dass die Wissensgrundlage für die Eigenbehandlung der Magenbeschwerden nicht ausreichend ist. *Ex negativo* wird hier deutlich, dass Eigenbehandlungen *accountable* sind, dem Einbringen adäquater Wissensinhalte bedürfen und dass umgekehrt das Fehlen adäquater *accounts* sanktionierbar ist.

Zusammenfassend ist in den vorhergehenden Fallbeispielen deutlich geworden, dass Patient/innen für selbstinitiierte therapeutische Maßnahmen Handlungskompetenz demonstrieren, eigene Wissensbereiche als erforderlich für die Legitimierung vergangener Entscheidungen herausstellen und sich damit als eigenverantwortlich und zugleich *accountable* positionieren (mit Ausnahme des Fallbeispiels ‚Omeprazol‘). Diesbezüglich sind Hochstufungen (ehemaliger) Beschwerden sowie das Zitieren dritter Meinungen belegt. Zusätzlich betreten die Patient/innen bisweilen fachmedizinisches Terrain, und zwar auf unterschiedlichen Ebenen:²¹⁰

- zum einen mit Hinblick auf relevante Wissensinhalte (u. a. Bezeichnungen, Wirkmechanismen und Indikationen von Medikamenten);
- weiterhin durch explizite oder implizite Selbstpositionierungen als epistemisch höherstehend gegenüber einer dritten, nicht anwesenden Person (bzw. die Fremdpositionierung dieser Person als weniger wissend) in Bezug auf ebenjene Wissensgrundlagen für die Therapieentscheidung;
- sowie hinsichtlich der rekonstruierten *agency* bei der vergangenen Therapientcheidung und -durchführung.

In Ausschnitt 8-44 nutzt Patient M1-1506 die durch den Arzt beförderte Wirkkategorisierung als HIV-Erfahrene, um sein medizinisches Fachwissen über anti-depressiv wirkende Medikamente epistemisch unmodalisiert (mit Verweis auf den *common ground*) für seinen *account* einzubringen. Weiterhin positioniert er sich in Bezug auf HIV als epistemisch höhergestellt und handlungsweisend gegenüber seinem Hausarzt. In Ausschnitt 8-46 ist eine ähnliche Selbst- bzw. Fremdpositionierung erkennbar: Patient R-1207 demonstriert mittels routinierter Verwendung unterschiedlicher komplexer Medikamentenbezeichnungen und der narrativen Rekonstruktion individuell vorgenommener Anpassungen der Medi-

²¹⁰ Zu unterschiedlichen Ebenen von medizinischer Expertise-in-Interaktion, siehe Kapitel 3.3.

kamentendosis fachmedizinische Expertise; zudem stellt er seine Eigenverantwortung innerhalb der Therapieentscheidung heraus, u. a. indem er betont, eigenmächtig ohne Absprache mit seinem Hausarzt gehandelt zu haben. Im letzten Fallbeispiel dagegen (Ausschnitt 8-48) wird das gegenteilige Verhalten – mehrfache *displays* von Nichtwissen sowie das Fehlen angemessener *accounts* – durch die Ärzt/in delegitimiert, indem sie die Selbstbehandlung als unangemessen bewertet und ihr professionelles Wissen für eine Empfehlungshandlung ihrerseits ins Feld führt.

Zusammenfassend wurden drei sequenzielle Kontexte identifiziert, in denen patientenseitige Begründungen und Rechtfertigungen in Bezug auf gesundheitsbezogenes und (eigen)therapeutisches Handeln auftreten:

- ärztliche Fragen zu aktuellen Behandlungen,
- (indirekte) ärztliche Evaluierungen aktueller Behandlungen,
- ärztliche Ratschläge angesichts geschildeter oder offensichtlicher Beschwerden in Bezug auf erwünschtes gesundheitsbezogenes Handeln (siehe Kap. 8.3.3).

In allen diesen Kontexten therapiebezogener Aushandlungen wird den Patient/innen durch Ärzt/innen Eigenverantwortung für bisheriges oder zukünftiges erwünschtes gesundheitsbezogenes Handeln zugeschrieben bzw. Patient/innen behandeln diese Gesprächshandlungen dementsprechend, indem sie mit Begründungen und Rechtfertigungen reagieren.

Wie die obigen Fallbeispiele zeigen, können patientenseitige *accounts*

- a) Wissen über das Auftreten, die Entwicklung und die Schwere von Beschwerden,
- b) Meinungen Dritter,
- c) Fremddiagnosen sowie
- d) fachmedizinische Wissensinhalte enthalten.

Mittels Relevantsetzen der ersten beiden Wissensinhalte a) und b) positionieren sich Patient/innen ihrer institutionellen Rolle gemäß, nämlich als epistemisch übergeordnet in Bezug auf Körperwahrnehmungen und biographisches Wissen, aber zugleich als nicht befugt, fachmedizinische Wissensbereiche zur epistemischen Fundierung heranzuziehen. Patient/innen geben sich auf diese Weise also *accountable* aus ihrem epistemischen Status als medizinischer Laie heraus. Die Nennung von Meinungen Dritter ist allerdings mit einer teilweisen Zurücknahme bzw. Diffusion von (zugewiesener) Verantwortung verbunden, vor allem, wenn es sich bei der zitierten Person/den zitierten Personen um fachmedizinische Expert/innen handelt. Patient R-1207-AP nutzt dementsprechend die fremde Meinung in seinem Narrativ (Ausschnitt 8-46), um seine Einschätzung der Hormontherapie als Verursacher für seine depressiven Zustände mit Verweis auf fremde Wissensbestände zu fundieren. Eine Diagnose zur Begründung einer The-

rapie hat i. d. R. dieselbe Funktion, allerdings weist diese zudem ein patientenseitiges *display* fachmedizinischen Wissens auf, wenn der Urheber der Diagnose nicht genannt wird (siehe Ausschnitt 8-47). Wenn Patient/innen zur Begründung getroffener Therapieentscheidungen fachlich-medizinisches Wissen heranziehen und sich damit auf ärztliches Wissensterrain vorwagen, fallen sie gänzlich aus der epistemisch untergeordneten Rolle in Bezug auf fachmedizinische Inhalte heraus. Wenn Ärzt/innen dann, wie im Fallbeispiel mit Patient R-1207 (Ausschnitt 8-46), explizit Nichtwissen dokumentieren, kann dies lokal sogar zu einer Umkehr der epistemischen Status der Interagierenden führen.

8.5 Beteiligungsräume und Eigenverantwortung von Patient/innen

Anknüpfend an das Desiderat der gemeinsamen Entscheidungsfindung (siehe Kap. 8.1.1) möchte ich aus den bisherigen Befunden ableiten, welche Möglichkeiten der Partizipation (oder: Beteiligung) sich für Patient/innen ergeben. Die Frage ist dabei, welche Räume sich in der sequenziellen Genese der untersuchten Entscheidungsprozesse für aktivere Formen der Teilnahme jenseits des responsiven Zustimmens oder passiven Widerstands eröffnen. Da Therapieentscheidungen projektive Aktivitäten sind, die in ihren Konsequenzen über die aktuelle Gesprächssituation hinausreichen,²¹¹ sind aber nicht nur die Beteiligungsformen von Patient/innen *innerhalb* der Gesprächssituation relevant: Therapieentscheidungen antizipieren Handlungen *außerhalb* der Gesprächssituation, die entweder nur noch umgesetzt werden oder über deren Durchführung Patient/innen nach dem Gespräch erneut entscheiden müssen. Diese zukünftige Beteiligungsrolle von Patient/innen wird bereits in der Therapieentscheidung ausgehandelt und v. a. durch die besprochenen ärztlichen Verfahren des Einbringens von Therapieoptionen (Empfehlungen, Ratschläge und Angebote) zugewiesen.

Zuerst sollen die in den Gesprächen identifizierten patientenseitigen Formen und Möglichkeiten der Beteiligung **innerhalb** des Entscheidungsprozesses besprochen werden.

In Kapitel 8.2 wurde im Zuge des sequenziellen Nachvollzugs mehrerer Entscheidungsprozesse dargelegt, dass die Aktivität der Therapieentscheidung bereits verschränkt mit der Aktivität der Beschwerdenexploration und -interpretation beginnen kann. Einen Raum für aktivere Formen patientenseitiger Teilnahme eröffnen dann *therapieimplikative Ursacheninterpretationen* seitens der Ärzt/innen, die eine Prä-Handlung für entsprechende Therapieempfehlungen darstellen. Im Fallbeispiel ‚Mundpilz‘ handelt es sich um die ärztliche Äußerung: und !MEI!nen sie das hängt nIch mit_de_mit dem (.) zusammen was sie

²¹¹ Stevanovic (2012) spricht in Anlehnung an Houtkoop (1987) bei Therapieentscheidungen, deren Handlungskonsequenzen sich nicht (ausschließlich) im laufenden Gespräch zeigen, von *remote decisions*.

essen, wenn sie da: (-) das variieren oder; (siehe Ausschnitt 8-4, Z. 24/25). Im Fallbeispiel ‚Truvada‘ ist es das Zurückführen der ungünstigen Nierenwerte auf die ART-Komponente ‚Truvada‘: un das problem is das truVAda? (--) eh:m- (3.3) heizt das mit AN; (siehe Ausschnitt 8-8, Z. 26-28). Aus ärztlicher Sicht bietet eine solche kausale Herleitung des jeweiligen medizinischen Problems die Möglichkeit, *en passant* die patientenseitige Akzeptanz für eine Therapieänderung vorzufühlen. Sie bieten Patient/innen mehrere Möglichkeiten zum Agieren: Im Fallbeispiel ‚Mundpilz‘ schildert der Patient ein der Ursachentheorie widersprechendes Essverhalten und entkräftet damit auf indirekte Weise die therapieimplikative Ursacheninterpretation des Arztes. Das ärztliche Andeuten einer alternativen, mit seinem Vorschlag in Konflikt stehenden Problemerkklärung mittels redegreifendem ‚oder‘ (wenn sie da: (-) das variieren oder; siehe Ausschnitt 8-4, Z. 24/25) dient hier als Elizitator der Patientenmeinung zur präferierten Verhaltensänderung; mögliche Einwände dagegen werden hier bereits antizipiert. Auch bei therapie-naiven Patient/innen, bei denen Therapieentscheidungen sich aus der Befundmitteilung ergeben, implizieren *no problem*-Befundevaluationen bereits die Empfehlung des Arztes, den Beginn der ART noch aufzuschieben.

Möglich im Anschluss an therapieimplikative Ursacheninterpretationen ist, dass Patient/innen diesen zustimmen oder eigene Theorien einbringen. Die Annahme oder Ablehnung einer (hier zunächst implizierten) therapeutischen Lösung wie auch das Tempo der Entscheidung im Sinne von „wie nah ist der Abschluss der Entscheidung“ liegen dann in den Händen der Patient/innen. Indem eine therapeutische Lösung angedeutet und die patientenseitige Einstellung hierzu geprüft wird, geschieht die Zuweisung solcher interaktiven Rechte subtil. Im Falle der patientenseitigen Akzeptanz solcher Ursachenattributionen erscheinen nachfolgende direktere Therapieempfehlungen seitens der Ärzt/innen als alignierende Folgehandlungen. Bei Nichtakzeptanz (Fallbeispiel ‚Mundpilz‘) dagegen muss weiter nach einer Problemlösung gesucht oder das Problem weiter exploriert werden.

Der Patient im Fallbeispiel ‚Truvada‘ (Kap. 8.2.2) geht über die Möglichkeit der Akzeptanz der therapieimplikativen Ursacheninterpretation sogar hinaus: Er expliziert die hierin angedeutete Therapiemöglichkeit ‚Truvada absetzen‘ und stellt diese im weiteren sequenziellen Verlauf als bereits getroffene gemeinsame Entscheidung und zugleich als *in situ* umzusetzendes Vorhaben dar. In einer narrativen Rekonstruktion gemeinsamer Therapiepläne positioniert sich der Patient mittels inkludierendem ‚wir‘ als aktiv Beteiligter; darüber hinaus beurteilt er aus seiner gegenwärtigen Perspektive den Stand ihrer Umsetzung. Der Patient nutzt also den interaktiven Raum dazu, entscheidungsinizierend zu handeln; eine Aufgabe, die eigentlich der Ärztin zukommt.

Als eine wichtige Voraussetzung für Patientenpartizipation hat sich der eingangs erwähnte Status der HIV-Sprechstunden als einzelne Glieder in einer langen Kette vergangener und zukünftiger Gespräche herausgestellt. Dass in der Folge einzelner Gespräche chronische Beschwerden z. T. immer wieder thematisiert werden, bringt es mit sich, dass hiermit zusammenhängende Überlegungen und Entscheidungen über Therapien und Therapieänderungen Teil der gemeinsamen Interaktionsbiographie werden. Entsprechendes Wissen können nicht nur Ärzt/innen für den Zuschnitt ihrer Therapiempfehlungen, sondern auch Patient/innen für aktivere Formen der Partizipation nutzen, z. B., wenn sie vergangene Überlegungen zu möglichen therapeutischen Lösungen eigeninitiativ aktualisieren, was sich v. a. im Fallbeispiel ‚Truvada‘ zeigte. Auch Patient A-2806 (siehe Ausschnitt 8-41, Z. 23) aktualisiert die ärztliche Therapieempfehlung: <<all> ich glaub> (--> eh sie hatten doch letzte ma was gesagt ich glaub alle zwei Monate.; er nutzt die Interaktionsbiographie also für eigene Initiativen und zeigt aktive kognitive Teilnahme.

Als wichtige interaktive Ressource für z. T. initiatives aktives Patientenhandeln erweist sich also der interaktionsbiographische *common ground* der Beteiligten: Hier zeigt sich die Besonderheit von Routinesprechstunden wie APG in der HIV-Ambulanz, dass sich komplexe Aktivitäten wie die Exploration und Interpretation von Beschwerden oder eben Therapieentscheidungen über mehrere Gespräche „hinziehen“ können bzw. in einem Gespräch begonnen und im nächsten zwecks weiterführender Aktivitäten bis hin zum Entscheidungsabschluss aktualisiert werden können. Solche *transinteraktionalen Therapieentscheidungen* bieten für Patient/innen die Möglichkeit, aktiver zu partizipieren dadurch, dass die Relevanz einer Therapieentscheidung bereits ebenso bekannt ist wie auch Wissen über mögliche Vor- und Nachteile von Therapieoptionen und ärztliche Präferenzen. Eine Implikation dieses Befunds aus angewandter Perspektive ist möglicherweise, komplexe Therapieentscheidungen als ebensolche transinteraktionalen Projekte vorzubereiten, um Patient/innen die Möglichkeit zu geben, den sich hieraus ergebenden interaktionsbiographischen *common ground* sowie das zunehmend geteilte biomedizinische Wissen als Grundlage für aktive Beteiligung in der Fortführung der Aktivität zu nutzen.

Grundsätzlich hat sich die Gesprächshandlung, mit der Ärzt/innen eine Therapieoption einbringen, als entscheidend für Möglichkeiten der Patientenbeteiligung entpuppt. Während Empfehlungen eine klare Präferenz für eine responsive patientenseitige Zustimmung und im weiteren Verlauf für *commitment*-Bekundungen etablieren, können Patient/innen Angebote zusätzlich evaluieren und in jedem Fall leichter zurückweisen. Ratschläge präferieren ebenfalls eine Zustimmung, allerdings fordern sie i. d. R. nur eine Zustimmung zu seinen informativen und evaluativen Komponenten und kein Verbindlichmachen des zukünftigen

Handelns. Um Ratschlägen nicht zustimmen zu müssen, können Patient/innen ferner das fokussierte Problem bagatellisieren und so die Ratschlagssequenz beenden.

Weiterhin können Patient/innen aktiv partizipieren, wenn Ärzt/innen WARUM-Erklärungen zu der jeweils empfohlenen Therapieoption äußern. *Accounts* als ärztliche Gesprächsbeiträge, in denen Wissen zu Therapieoptionen vermittelt wird, ermöglichen Patient/innen aktive Beteiligung in Form von Nachfragen, die auch durchaus kritischer Natur sein können. Das Fallbeispiel ‚Truvada‘ zeigte dies eindrücklich. Bereits für Diagnosemitteilungen wurde befunden, dass patientenseitige Responsiva umfangreicher ausfallen, wenn Ärzt/innen sich *accountable* geben (Peräkylä, 1998); dasselbe Prinzip scheint für Therapieempfehlungen zu gelten. Auch die inhaltliche Ausrichtung der ärztlichen *accountability* bestimmt die Partizipationsmöglichkeiten der Patient/innen: Z. B. stellen Patient/innen kaum die medizinisch-professionelle Wissensgrundlage einer Therapieempfehlung in Frage, wogegen das Zurückweisen körperbezogener Zuschreibungen (z. B. wie schwerwiegend sind die Alpträume, siehe Ausschnitt 8-43) möglich ist.

Ein weiterer Raum für aktivere Formen der Patientenpartizipation eröffnet sich in Planungssequenzen der Therapieimplementierung, in denen das beschlossene Vorgehen konkretisiert wird. Das Fallbeispiel ‚Truvada‘ zeigt dabei besonders eindrücklich, dass Patient/innen die Planungshandlungen u. U. als Ausgangspunkt nehmen, um die Implementierung der beschlossenen Therapie nach ihren Vorstellungen zu gestalten, etwa, indem sie zeitliche Abläufe und Einnahmemodalitäten mitbestimmen.²¹² Dass ein solches Patientenhandeln auch an Grenzen stoßen kann, wird in den Planungsaktivitäten von Patient G-2107 deutlich: Er bringt hier einen eigenen Vorschlag zur zeitlichen Umsetzung des Therapiewechsels ein. Auch patientenseitige Nichtakzeptanz erscheint auf diese Weise in Form aktiver Partizipation, aber zugleich *en passant* in dem Sinne, dass der Gegenvorschlag nicht explizit als solcher erkennbar ist. Diese Strategie scheitert allerdings in diesem Gespräch zum Abschluss der Entscheidung: Die Ärztin unterbricht seine Planungsaktivitäten an der Stelle, da zuvor eine Entscheidung für ein neues Medikament nötig ist, und setzt am Ende ihre eigenen Vorstellungen durch. Dennoch möchte ich die Bedeutung von Planungsaktivitäten als wichtigen Partizipationsraum für den konsensuellen Abschluss der Therapieentscheidung herausstellen, und unterstreichen, dass sich z. B. zum Ende des Entscheidungsprozesses im Fallbeispiel ‚Truvada‘ Ärztin und Patient gleichermaßen initiativ und aktiv engagieren (siehe Kap. 8.2.2, Ausschnitt 8-18).

²¹² Bei der Durchführung der ARV-Therapie ist es beispielsweise aus medizinischen Gründen nicht von Belang, ob die Tabletten morgens oder abends eingenommen werden.

Neben den Möglichkeiten für patientenseitige Beteiligung im Entscheidungsprozess zeigen u. a. die besprochenen Fallbeispiele in den Kapiteln 8.2.1 bis 8.2.3 auch Beschränkungen für Patientenpartizipation. Insbesondere im Fallbeispiel ‚Truvada‘ wird deutlich, dass Therapieentscheidungen im Gespräch allgemein ärztliche oder zumindest intraprofessionelle Vorentscheidungen vorausgehen. Wie bereits besprochen, müssen Therapieoptionen durch Ärzt/innen vorselektiert werden, bevor Therapieempfehlungen im Gespräch mit Patient/innen ausgesprochen bzw. Therapieoptionen zur Entscheidung gestellt werden; die im Gespräch präsentierten Therapieoptionen als Ausgangspunkt von Entscheidungsprozessen sind also ihrerseits das Ergebnis einer internalen Entscheidung. Wenn Ärzt/innen also nicht mehrere Therapiealternativen ohne klaren *evaluative stance* präsentieren (*option listing* nach Toerien, Shaw & Reuber, 2013; siehe Kap. 8.1.1), sondern – wie in den untersuchten HIV-Sprechstunden die Regel – in Empfehlungen, Ratschlägen oder Angeboten eine einzige Therapiepräferenz äußern, beschränkt dies bereits *a priori* die Partizipationsmöglichkeiten der Patient/innen.

Die laute Denkarbeit der Ärztin zu möglichen ART-Komponenten im Fallbeispiel ‚Truvada‘ sowie das Gespräch mit der Kollegin machen solche Vorentscheidungsprozesse transparent. Der Ausschluss des Patienten und das Unterbrechen patientenseitiger Gesprächshandlungen (Unterbrechen seiner Planungsaktivitäten, Verlassen des Raums für ein Gespräch mit der Kollegin) setzen deutliche Grenzen für patientenseitige Teilnahmemöglichkeiten. Diese Beschränkungen entsprechen allerdings auch der ärztlichen Vorstellung einer klaren Kompetenzverteilung in Therapieentscheidungen sowie dem Anspruch, professionelle Expertise in den Dienst von Patient/innen zu stellen. Entsprechend antwortet Ärztin A zu einer Interviewerfrage bezüglich des Desiderats der gemeinsamen Entscheidungsfindung:

Also das ist gar nicht so das Ideal. Das muss ich noch mal sagen. Also gemeinsam die Entscheidung vorbereiten, ja. Aber das wäre ja völliger Quatsch, wenn man eine gleichberechtigte Entscheidung hier erwartet von jemandem, der sich jetzt ein bisschen mit dem Thema beschäftigt hat oder auch noch die Information jetzt von uns bekommen hat, und jemandem, der das jetzt ja doch schon längere Zeit macht und auch eine medizinische Ausbildung hat. Also dieses Gleichheitsprinzip: Das gilt da einfach nicht. D. h. also das *know how* ist schon auf dieser Seite und natürlich berate ich auch den Menschen, wenn’s in Richtung Therapie geht. Oder auch in anderen Entscheidungen berate ich sie nach dem besten Stand des Wissens, den ich bieten kann. Und versuche natürlich herauszukriegen, was für den Menschen passt, also passen könnte. Und dazu gehört natürlich, dass ich jemanden auch möglichst gut kennenlerne. Das ist schon ganz klar so, dass da Kompetenzen sehr gut abzugrenzen sind (Ärztin A im Interview).

In Zusammenhang mit der Frage „was für den Menschen passt“ hat sich bei der wiederkehrenden Entscheidung für oder wider den Beginn einer ART bei therapienaiven Patient/innen (siehe Kap. 8.2.3) gezeigt, dass Arzt M

interaktionsbiographisches Wissen über patientenseitige Präferenzen für die Begründung seiner Empfehlung hinzuzieht. Für den Entscheidungsprozess hat dies zur Folge, dass Patient/innen nicht immer wieder danach gefragt werden und die Entscheidung für ein „Weiter so“ rasch getroffen wird. Patient/innen müssen folglich aktiv intervenieren, wenn sich ihre Einstellung geändert hat oder sie – wie in Ausschnitt 8-20 (Kap. 8.2.3) – ihre Präferenzen nicht als (alleinige) Grundlage für die Entscheidung akzeptieren.

Wie werden nun innerhalb der Therapieentscheidung Beteiligungsformen von Patient/innen in Handlungen **außerhalb** des Gesprächs ausgehandelt?

Der Grundstein hierfür wird in der ärztlichen Gesprächshandlung, mit der eine Therapieoption eingebracht wird (Ratschlag, Angebot, Empfehlung), gelegt, da in ihnen der oder die zukünftig Agierende(n) bestimmt werden:

- In Ratschlägen wird entweder der/die Patient/in oder ein indefiniter Agens als Durchführende/r bestimmt, etwa in: ‚Sie können X‘ vs. ‚Man muss X‘. Eine Ausnahme hierzu bilden die perspektiveinnehmenden Ratschläge, in denen Ärzt/innen aber im würde-Konjunktiv aus der Perspektive der Patient/innen heraus sprechen (‚Ich würde X‘).
- In Angeboten werden v. a. Handlungsbereiche des Arztes/der Ärztin herausgestellt, etwa in: ‚Soll ich X?‘.
- In Praktiken der Therapieempfehlung wird die *agency* der Interagierenden in zukünftigen Handlungen auf Ärzt/innen konzentriert oder auf beide verteilt. Ärzt/innen können sich als alleinig Agierende positionieren, etwa in: ‚Ich würde X umstellen‘ oder die Implementierung als gemeinsames Projekt darstellen, etwa in: ‚Wir können X machen‘.²¹³

In Gespräch M1-1506-AP wird eine Inkongruenz zwischen den versprochenen und den durch den Patienten zugrundegelegten Handlungsbereichen manifest (ein größerer Teil des Gesprächs wurde bereits in Ausschnitt 8-26 besprochen), die verdeutlicht, dass Patient/innen mit der Zuteilung von Handlungsbereichen disalignieren können, ohne die Therapieoption grundsätzlich abzulehnen:

Ausschnitt 8-49: Verantwortungsinkongruenz, M1-1506-AP, Arzt M, 568-580 Sekunden.

306 und !MEIN! vorschlag wär (-) zunächst über die
 aidshilfe zu FRAGEN nach nem <<cv> guten psychoLOGen.>
 (--)
307 sollen_wir das so MACHen? (-)
308 P: ja JA;
309 ich werd_s (-) <<cv> eh> ma so in ANgriff nehmen; (-)
310 A: <<p> gut->

²¹³ Unabhängig von der Formulierung der Therapieempfehlung sind die Handlungsbereiche bei medikamentösen Therapien i. d. R. teilnehmerspezifisch konstant (d. h. unabhängig von der versprochenen *agency* verschreiben Ärzt/innen die Medikamente und Patient/innen nehmen diese ein).

Arzt M rahmt seinen Ratschlag als Vorschlag (Z. 306), der auch in informellen Gesprächen ein kollaboratives Vorhaben projiziert (Couper-Kuhlen, 2014). Mit dem interrogativem ‚Sollen wir X‘-Format (Z. 307) fordert er eine verbindliche Zustimmung seitens des Patienten ein und stellt hierin die Suche nach einem HIV-kundigen Psychologen erneut mittels inkludierendem ‚wir‘ als gemeinsames Projekt dar. Wie bereits in Kapitel 8.3.1.3 ausgeführt wurde, zeigt die Antwort des Patienten, dass er das Einfordern eines verbindlichen *commitment* als überflüssig behandelt (Z. 308) und stellt sich demgegenüber als alleinig handelnd in der Therapeutensuche dar (Z. 309). Insgesamt wird deutlich, dass das ärztliche Gesprächshandeln, mit dem Therapieoptionen eingebracht werden, sensitiv auf Handlungsbereiche der Interagierenden Arzt und Patient zugeschnitten sein muss. Das Engagement des HIV-Spezialisten in der Therapeutensuche sowie das Einfordern einer verbindlichen Zustimmung werden hier durch Letzteren als inadäquate Einmischung zurückgewiesen.

Hier schließt sich auch eine weitere Form patientenseitiger Beteiligung nach dem Gespräch an, die sich aus der obigen Überlegung ergibt, dass Patient/innen dann erneut entscheiden müssen und können, ob sie die Therapieempfehlungen umsetzen, den Ratschlägen folgen oder die angebotenen Medikamente nehmen. Diese *ex post*-Entscheidung stellt sich faktisch sowohl bei verbindlichen als auch bei einseitig verbindlichen oder unverbindlichen Therapieentscheidungen: Auch nach dem Vereinbaren konkreter Schritte kann ein Patient sich nach dem Gespräch dazu entscheiden, die ART doch nicht einzunehmen oder einer vereinbarten Untersuchung fernzubleiben. Dieser faktisch stets gegebene Entscheidungsraum wird aber lediglich in Therapieangeboten und in ‚Sie können X‘-Ratschlägen auch explizit als solcher konstruiert; in Therapieentscheidungen also, die als medizinisch nicht nötig und/oder als primär abhängig von körperlichen Empfindungen präsentiert werden.

Sprachliches Mittel, um Patient/innen einen solchen Entscheidungsspielraum zuzuweisen, ist das Modalverb ‚können‘ in Ratschlägen (mit dem Personalpronomen in der 2. Pers. Sing.), in Angeboten (mit dem Personalpronomen in der 1. Pers. Sing.), im entsprechenden Therapieempfehlungsformat ‚Wir können X‘ bei gegebener Auswahlmöglichkeit von Alternativen (wobei hier die Entscheidung *in situ* getroffen wird). Das Modalverb ‚sollen‘ im interrogativen Angebotsformat (mit der 1. Pers. Sing.) impliziert diesen Entscheidungsspielraum dadurch, dass den Patient/innen das deontische Recht zugewiesen wird, über ärztliche Handlungen zu bestimmen. V. a. die Modalität der Möglichkeit also eröffnet im Gegensatz zur Modalität der Notwendigkeit oder Erwünschtheit zukünftige Beteiligungsmöglichkeiten für Patient/innen.

Während die Entscheidung in den übrigen Empfehlungsformaten als *in situ* zu treffen behandelt wird und ausgehend von einer ärztlich festgestellten Handlungs-

notwendigkeit verbindliche Übereinkünfte getroffen werden, weisen Ärzt/innen Patient/innen in den genannten modalen Formaten der Möglichkeit eine *zukünftige* Entscheidungsbefugnis darüber zu, ob das Angebot auch genutzt, d. h. z. B. das Medikament eingenommen wird: „Writing prescriptions is easy, but in the end, it is not the doctor’s decision if the patient is taking the medication or not.” (Kremer, 2004, S. 15)

Dieser Entscheidungsraum als zugewiesene Beteiligungsmöglichkeit im Anschluss des Gesprächs verweist auf und steht in Einklang mit dem epistemischen Status der Interagierenden in Bezug auf relevante Wissensbereiche, etwa: „Sind die Schmerzen stark genug für ein Schmerzmedikament“.

Ich verstehe solche i. d. R. unaufwändig ablaufenden Aushandlungen als lokale Konstruktionen von *Verantwortung*, als epistemisch fundierte Entscheidungsautonomie in zukünftigen, außerhalb der Gesprächssituation zu treffenden, aber hier bereits projizierten Therapieentscheidungen. Verantwortung als „die [mit einer bestimmten Aufgabe, einer bestimmten Stellung verbundene] Verpflichtung, dafür zu sorgen, dass (innerhalb eines bestimmten Rahmens) alles einen möglichst guten Verlauf nimmt, das jeweils Notwendige und Richtige getan wird und möglichst kein Schaden entsteht“ (DUDEN, 2017) wird Patient/innen auch in Aktualisierungen vergangener Therapieentscheidungen zugesprochen, etwa durch ärztliche Fragen wie ‚Wie oft nehmen Sie das?‘. Diese Entscheidungsbefugnis wird im Gespräch stets epistemisch fundiert, und zwar durch *accounts*, die die Frage beantworten: „Wie wird die Entscheidung begründet?“. Das hat Kapitel 8.4 gezeigt. Die Verwobenheit von *accountability* und Verantwortung wird auch von Buttny & Morris (2001, S. 288) herausgestellt: „The underlying notion of responsibility is central to understanding and evaluating much human action. Indeed taking responsibility is sometimes synonymous with being accountable.“

Verantwortung als die Befugnis, ausgehend von notwendigem Wissen eigene Entscheidungen zu treffen und dementsprechend zu handeln, ist im Entscheidungsprozess nicht statisch, sondern kann sich im Verlauf von therapiebezogenen Aushandlungen verändern: Im Fallbeispiel ‚Mundpilz‘ (Kap. 8.2.1) beispielsweise schwankt Arzt M zwischen Therapieempfehlungen und Ratschlägen, in denen er die Entscheidung für die Umsetzung und die Umsetzung selbst dem Patienten überlässt (Z: 62-64: un !MANCH!ma is so ne intervalltherapie da sogar BESSer. als iDEE. kAnn_ma ma proBIeren.). Verantwortungsbereiche sind also nicht *a priori* festgelegt, sondern müssen bei der Lösungsfindung für ein medizinisches Problem ausgehandelt werden. Diese Aushandlungsprozesse laufen in den meisten Fällen interaktiv unaufwändig ab in dem Sinne, dass Patient/innen sich kongruent gegenüber der zugewiesenen bzw. der durch den/die Ärzt/in eingenommenen Beteiligungsrolle in der Entscheidung verhalten.

Der umgekehrte Fall – das Einfordern einer klaren Therapieempfehlung – ist in Gespräch B-1506-AP manifest. In diesem Gespräch wird über ein temporäres Aussetzen der ART aufgrund von Übelkeit entschieden. Der Entscheidungsprozess, der in zwei folgenden Ausschnitten nachvollzogen werden soll, verdeutlicht, dass Patient/innen Nichtwissen und Widerstand signalisieren können (siehe auch Dalby Landmark, Gulbrandsen & Svennevig, 2015) und hierdurch implizit klare Empfehlungen seitens der Ärzt/innen einfordern.

Im folgenden Fallbeispiel führt ein patientenseitiger „Verantwortungsüberschuss“ zu Aushandlungen über die relevanten Wissensvoraussetzungen von Arzt und Patient und resultiert in eine Neuausrichtung des ärztlichen Empfehlungshandelns. Zu Beginn des Gesprächs berichtet die Patientin über Probleme anhaltender Übelkeit und Erbrechen (nicht gezeigt), die durch ärztliche Fragen bis Zeile 36 exploriert werden. Der Ausschnitt 8-50 beginnt direkt beim Übergang von Beschwerdenexploration zur Therapieentscheidung.

Ausschnitt 8-50: Übelkeit, B-1506-AP, Arzt M, 158-189 Sekunden.

36 A: und des kOmmt dann Abends irgendwie.
37 P: ja,
38 (--)
39 A: [glAUben sie dass das mit den] medikamenten
zuSAMMenhängt?
40 P: [also mEIstens Abends.]
41 <<flüsternd> ich WEISS es nicht.> (--)
42 A: solln_ma das einfach ma proBIERen?
43 (--)
44 P: WIE probieren
45 A: (hm) indem wir einfach mal zwei wochen PAUse machen.
46 (--)
47 P: KEIne medikaMENTe [nehmen.]
48 A: [<<all> (haJO/ja ja);>]
49 (---)
50 ja?
51 (--)
52 ja wie solln_mas SONST rauskriegen.
53 (--)
54 P: das_isch aber jetzt> NICHT- (-)
55 dass das dann
56 A: nEI:n da pasSIERT nix. =
57 P: = RÜCKschlag hier [oder-]
58 A: [NEIN nein nein.] =
59 = <<all> da brauchen sie keine ANGST haben.>
60 (--)
61 also (.) wenn ma das kontrollIERT macht.
62 is das nich so_n proBLEM.
63 P: oke_e.
64 (--)
65 A: eh:m (-) zwEI wochen is vielleicht sogar_n BISSchen
lang.
66 ich würde (.) ich würde FOLgendes machen.
67 ich würde SAgen. (-)
68 habm sie jetzt was VOR in den nächsten wochen?

In Zeile 39 setzt Arzt M eine Ursachentheorie bezüglich der Beschwerden relevant, indem er die patientenseitige Meinung über die Möglichkeit erfragt, dass die Beschwerden durch die ARV-Medikation hervorgerufen sein könnten. In seiner Frage modalisiert er diese potenzielle Ursache epistemisch mittels *verbum cogitandum* ‚glauben‘ und hebt dadurch den subjektiven Charakter der erfragten Einschätzung hervor (Birkner, 2006; Birkner & Vlassenko, 2006; Heritage, 2013). Mit dem Erfragen der patientenseitigen Meinung selbst aber präsentiert er diese zugleich als entscheidend; der Arzt weist der Patientin dadurch epistemische Autorität für die Interpretation der Symptome zu, die die Patientin zurückweist, indem sie via epistemischem Ausdruck *ich WEISS es nicht*. (Z. 41) explizit Nichtwissen bekundet.

In Zeile 42 nimmt der Arzt die diagnostische Möglichkeit, dass die Übelkeit eine Nebenwirkung der Medikamente darstellt, als Ausgangspunkt für eine Therapieempfehlung, die er in einem interrogativen Vorschlagsformat vorbringt: *solln_ma das einfach ma proBIERen?*. Die interrogative Äußerung präferiert, auch durch den *accounting*-Marker ‚einfach mal‘ eine patientenseitige Zustimmung. Letztere wird jedoch nicht vorausgesetzt,²¹⁴ wodurch die Praktik eine moderate deontische Kraft ausübt (Stivers et al., 2017). Arzt und Patientin werden als gleichberechtigt Agierende im vorgeschlagenen Handlungspfad versprachlicht (‚wir‘). Die Verwendung des Verbs ‚versuchen‘ fügt dabei eine epistemische Hecke hinzu, indem Unsicherheit dahingehend gezeigt wird, ob die zunächst pronominalisiert vage bleibende Therapiehandlung die Beschwerden der Patientin lindern kann (siehe das Fallbeispiel ‚Mundpilz‘ und vgl. Stivers et al., 2017). Die indexikalische Referenz auf die Vorgehensweise positioniert die Patientin weiterhin als ko-wissend bzw. mitdenkend, um von der Ursacheninterpretation auf die entsprechende therapeutische Maßnahme schlussfolgern zu können: die Medikamente pausieren, um herauszufinden, ob die Übelkeit auf Nebenwirkungen zurückzuführen ist. Entgegen dieser Präsupposition des Arztes eröffnet die Patientin mit einer Verständnisfrage eine Insertionssequenz, in der sie Nichtverstehen dokumentiert (Z. 44), woraufhin der Arzt die Therapieempfehlung erklärt und zudem das Vorgehen zeitlich umreißt: *(hm) indem wir einfach mal zwei wochen PAUse machen*. (Z. 45). Darauffolgend wählt die Patientin einen indirekten Weg der Ablehnung: Sie reformuliert die ärztliche Empfehlung in einer elliptischen Rückversicherungsfrage (Z. 47), die auch – kontextualisiert durch die prosodisch emphatische Realisierung – als ein Ausdruck der Ungläubigkeit und hierdurch als negative Evaluation der ärztlichen Empfehlung fungiert. Da die Patientin sich damit aber noch nicht explizit zu dieser positioniert hat, äußert der Arzt ein Rückversicherungssignal (Z. 50), erhöht hiermit den interaktionalen

²¹⁴ wie dies umgekehrt bei Formaten, z. B. nach dem deklarativen Muster ‚Ich gebe Ihnen X‘ der Fall ist.

Druck hin zu einer Zustimmung, die aber wiederum nicht prompt darauf folgt (halbsekündige Pause in Z. 51).

Auf die persistierende Zustimmungsverweigerung reagiert Arzt M mit einer rhetorischen Frage: *ja wie solln_mas SONST rauskriegen.* (Z. 52). Hierdurch rechtfertigt er seine Empfehlung, indem er die Existenz alternativer Möglichkeiten negiert und erhöht er zugleich den deontischen Druck hin zu einer Zustimmung. Und obgleich die Patientin sich zuvor mittels *display* von Nichtwissen und Sorge von der zugewiesenen Rolle als Ko-Entscheidende distanziert hat, positioniert der Arzt sie erneut als mitverantwortlich in der Entscheidung.

Sich an der immer noch ausstehenden Zustimmung für die ärztliche Empfehlung orientierend, bringt die Patientin nun die Befürchtung an, dass ihre HIV-Infektion in Folge des temporären Aussetzens der ARV-Medikation einen unerwünschten Verlauf nehmen könnte (Z. 54/55, 57). Auf diese reagiert der Arzt bereits überlappend mit der Patientenäußerung: In seinen nun folgenden Gesprächsbeiträgen zur Beruhigung der Patientin (Z. 58-62) äußert er *accounts* für die empfohlene Therapiepause und setzt hierfür prognostisches Wissen in einer sicheren epistemischen Haltung ein. Hierdurch nimmt er eine epistemisch höhere Position innerhalb seines medizinisch-professionellen Wissensterrains ein (vgl. auch Angell & Bolden, 2015) und liefert eine epistemische Grundlage für die Entscheidung. Interessanterweise bewertet der Arzt nun, da er höhere Verantwortung einnimmt, seine initiale Therapieempfehlung hinsichtlich der zeitlichen Ausdehnung nun als *vielleicht sogar_n BISSchen lang* (Z.65).

In den Zeilen 66 und 67 kündigt der Arzt erneut seine (veränderte) Therapieempfehlung mittels ‚Ich würde X’-Format an: *ich würde (.) ich würde FOLgendes machen. ich würde SAgen.* Durch die Verwendung des Handlungsverbs ‚machen’ und nachfolgender performativer Phrase ‚ich würde sagen’ wird nun seine alleinige *agency* in den der Entscheidung konsequenziell nachfolgenden zukünftigen Handlungen und eine starke Präferenz für diese herausgestellt. Zugleich wird das projizierte X immer noch als ein bedingter Handlungspfad präsentiert, da die patientenseitige Zustimmung nach wie vor aussteht. An dieser Stelle unterbricht der Arzt seine erneute Empfehlung zugunsten einer ausgedehnten Insertionssequenz (nicht gezeigt), in der er einige Vorbedingungen für die potenzielle Therapiepause anbringt.

Ausschnitt 8-51: Übelkeit, B-1506-AP, Arzt M, 291-320 Sekunden.

94 A: °h
 95 <<f> ICH würde folgendes machen.>
 96 ich würde SAgen;
 97 wir probiEren das mit den medikamenten AUS.
 98 das können_ma wirklich gefahrlos MACHen.
 99 (-)
 100 P: kä[i-]
 101 A: [ja,]

Groß: Arzt/Patient-Gespräche in der HIV-Ambulanz

102 °h eh:m sonst würd ich ihnen das nicht empFEHlen.
103 das is ja KLAR.
104 ja,
105 °h !ICH! würde vOrschlagen dass wir die medikamente jetzt
einfach mal zEhn tage ABsetzen.
106 und uns dAnn aber nochmal WIEdersehn.
107 P: okee;
108 A: und dann <<all> GUcKEN_wa mal.>
109 zehn TAge? (-)
110 dann müsste es ja so (--) zwei bis drei mal aufgetreten
SEIN?
111 und dann gucken_wa_ma obs vielleicht gAr nicht mehr
AUFtritt.
112 [°h]
113 P: [<<creaky> okee.>]

Nach der Insertionssequenz (nicht gezeigt) greift er das identische Empfehlungsformat auf (Z. 95/96). Der Nukleusakzent in ICH würde folgendes machen (Z. 95) liegt allerdings nun auf dem Personalpronomen. In der folgenden Intonationsphrase füllt der Arzt die projizierte Empfehlung nun mit dem uneingeleiten Objektsatz: wir probIERen das mit den medikamenten AUS. (Z. 97). Das Verb ‘probieren’ verweist darauf, dass die diagnostische Theorie erst durch die empfohlene Therapiepause geprüft wird (siehe auch vorher, Z. 42). Direkt danach liefert der Arzt erneut einen *account*, um der patientenseitigen Sorge einer Progression der HIV-Infektion entgegenzuwirken (Z. 98) und evoziert die Zustimmung der Patientin mit [ja,] (Z. 101). Überlappend hiermit – und daher als Anerkennung der ärztlichen Risikoeinschätzung und nicht als Zustimmung zu werten – produziert die Patientin die minimale Responsivpartikel kä[i-] (Zeile 100).

Der Arzt produziert im Folgenden weitere *accounts* und behandelt hierdurch die Entscheidung als noch nicht ausreichend durch die Patientin ratifiziert. Im Folgenden verweist er metakommunikativ auf seine ärztliche Verantwortung, um auf die Zustimmung der Patientin hinzuwirken: h eh:m sonst würd ich ihnen das nicht empFEHlen. (Z. 102/103). Nach einem darauf folgenden Rückversicherungssignal (Z. 104), auf das die Patientin nicht verbal reagiert, erneuert er die Empfehlung: °h !ICH! würde vOrschlagen dass wir die medikamente jetzt. einfach mal zEhn tage ABsetzen. und uns dAnn aber nochmal WIEdersehn. (Z. 105/106). Auffällig ist wiederum der extrastarke Akzent auf ‘ich’ in der Performativphrase. Ebenso wie in dem in Kap. 8.2.2.1 sequenziell nachverfolgten Entscheidungsprozess ‚Truvada‘, in dem Ärztin G ebenfalls das ‚ich‘ in einer ‚ich würde X‘-Empfehlung stark akzentuiert, tritt dies auch hier in einem fortgeschrittenem Stadium des Entscheidungsprozesses auf. Es erhöht – auch durch die Wiederholung der empfehlenden Äußerung – den deontischen Druck hin zu einer Einwilligung seitens der Patientin und betont erneut das ärztliche Gewilltsein, den empfohlenen Handlungspfad umzusetzen. Auffällig ist, dass Letzterer bereits hinsichtlich Startpunkt (jetzt), Zeitspanne (10

Tage) und assoziierten zukünftigen Handlungen (*follow up*-Termin) konkretisiert wird. Solche Planungshandlungen werden, wie bereits erwähnt, üblicherweise erst nach der patientenseitigen Einwilligung realisiert und verweisen daher an dieser Stelle darauf, dass der Arzt bereits stark auf die Einwilligung der Patientin setzt (womöglich durch das patientenseitige Andeuten ihrer Zustimmung in Z. 100).

Insgesamt zeigt sich im fortgeschrittenen Verlauf der Entscheidung ein Ineinandergreifen klarer Therapieempfehlungen und *accounts* auf der einen Seite, mit erhöhtem deontischen Druck zu einer Zustimmung auf der anderen Seite: Das Einnehmen von Verantwortung für eine Entscheidung im Sinne hoher *agency* in und Gewilltheit für zukünftige therapeutische Handlungen gekoppelt mit einer (fachmedizinischen) epistemischen Fundierung bedingt also auch erhöhte deontische Rechte des Arztes im Sinne des zunehmenden Relevantsetzens einer patientenseitigen Zustimmung (wie wir dies bereits im Fallbeispiel ‚Truvada‘ gesehen haben, siehe Kap. 8.2.2). Die Patientin produziert dann auch eine minimale Zustimmungspartikel in Zeile 107. Dass diese als ausreichend für den Abschluss der Entscheidung behandelt wird, zeigen die anschließenden Planungshandlungen seitens Arzt M, zu denen die Patientin wiederum zustimmt (nicht gezeigt).

Zusammenfassend verdeutlicht das obige Fallbeispiel, dass Patient/innen von einer zugewiesenen Partizipationsrolle als Hauptentscheidende in einer Therapieentscheidung zurückweichen können, indem sie aktiv (Rückfragen, Bewertungen) oder passiv (Pausen, Häsitationsmarker) ihre Zustimmung zum empfohlenen Therapiepfad verweigern. Patientenpartizipation manifestiert sich hier zunächst in Form von Nichtwissens-*displays* betreffend die Ursache eines Symptoms und in Form von Befürchtungsbekundungen angesichts einer Behandlungsoption. Konsequenziell ist ein erhöhter Grad an Arztpartizipation gefordert. Es zeigt damit vor allem, dass Widerstand gegen ein relevant gesetztes therapeutisches Vorgehen nicht unbedingt an der wahrgenommenen Qualität der Behandlungsoption selbst liegt, sondern auch aus der Zuweisung eines inadäquat hohen Grads von Beteiligung bei Fehlen entsprechender Wissensgrundlagen entstehen kann. Diese Verantwortungskongruenz kann auch aus individuellen Präferenzen von Patient/innen resultieren:

Bearing in mind that some people may not want to assume responsibility for treatment decisions, whereas others prefer to make their informed choice alone, congruence between preferred role and actual role may be more important than the actual assumed role (Kremer, 2004, S. 12).

Der Verweis auf Nichtwissen als *account* für Nichtzustimmung verweist auf die Verstrickung von Entscheidungsbefugnissen und die Notwendigkeit, über hierfür relevantes Wissen zu verfügen. Es resultiert hier in erhöhte ärztliche *agency* in den zukünftigen Handlungen (Z. 95: ICH würde folgendes machen.) und *accountability* hinsichtlich der Risikoabschätzung und Prognose. Erhöhte ärztliche

Verantwortung wird zudem erzielt durch den metakommunikativen Verweis auf die entsprechende professionelle Verpflichtung.

Am Ende erweist sich diese Strategie als erfolgreich, die Patientin stimmt dem temporären Behandlungsstopp zu. Das Einnehmen höherer Verantwortung angesichts ungewisser Handlungskonsequenzen geht in diesem Fallbeispiel mit einer inhaltlichen Veränderung der Therapieempfehlung einher (kürzerer Zeitraums des Absetzens der Medikation). Insgesamt erweist sich die ärztliche Herausstellung der eigenen Beteiligung in der Entscheidung und in der Implementierung der Therapie als ein mächtiges Instrument, um bei Patient/innen um Zustimmung für Therapieoptionen zu werben. Die ärztliche *accountability* geht dabei mit der Vermittlung fachmedizinischen Wissens einher.

Im vorliegenden Gesprächskorpus ist ein solch offensichtlicher Fall von Wissens- und Verantwortungsinkongruenzen rar. Im Gegensatz dazu befinden Becker (2017) sowie Becker & Spranz-Fogasy (2017), dass explizite Formen des patientenseitigen Einforderns klarer ärztlicher Empfehlungen häufig in nephrologischen Therapieplanungsgeprächen vorkommen, in denen stets zwei Dialyseformen als gleichwertige Alternative präsentiert werden. Patient/innen fragen hier die Ärzt/innen, was diese an ihrer Stelle bzw. basierend auf ihrem Erfahrungswissen tun würden. Sie fordern also neben der Vermittlung rein fachlichen Wissens auch eine persönliche Einschätzung. Vergleichbar mit diesem Befund von Becker & Spranz-Fogasy ist die Beobachtung, dass Verantwortunginkongruenzen in den vorliegenden Gesprächen auch über die Anpassung epistemischer Voraussetzungen – sprich: über Wissensvermittlung – aufgelöst werden können, was i. d. R. *en passant* im selben Redezug des Arztes/ der Ärztin geschieht, wenn Vorteile der Medikation genannt werden. Wenn also der Fall eintritt, dass Patient/innen die Verantwortung für die Entscheidung sowie für die Therapieimplementierung zugesprochen wird, ohne dass eine entsprechende Wissensgrundlage besteht, kann Letztere adjustiert werden, indem sie *ex post* vermittelt wird. Siehe dazu folgenden Ausschnitt 8-52, der in Gespräch K2-1907-AP mittelbar auf Ausschnitt 8-48 folgt:

Ausschnitt 8-52: Fragen zu Therapieangebot, K2-1907-AP, Ärztin G, 383-409 Sekunden.

18 A: und soll ma ihnen für das omiprazol n rezEpt
aufSCHREIBen?
((10 Zeilen ausgelassen))
29 <<p> wär NETT.>
30 (1.7)
31 P: is also nur we gegen magenverSTIMmung, =
32 = oder wIE (auch DURCHfall)?
33 A: ((schnalzt)) eh nee f'eh gegen durchfall [is_es NICHT,]
34 P: [((hustet))]
35 A: es ist-
36 also wenn sie zum beispiel sOdbrennen HAM-
37 ja,

38 also wenn_eh wenn: ehm (-) sie schmerzen haben im
Magenbereich.
39 ja,
40 (--) ehm- (--)
41 es (-) Is im prinzip n Säureblocker? (--)
42 [vor_m] Magen?
43 P: ['hm-]

Zuvor hatte der Patient regelmäßig auftretende Magenschmerzen geschildert, allerdings in einer bagatellisierenden Weise, indem er diese auf seinen ungesunden Lebensstil zurückführte. Er erwähnt, dass er bisweilen Medikamente einnimmt, um die Magenschmerzen zu lindern. Die Ärztin fragt ihn nach dem Namen des verwendeten Medikaments und gibt ‚Omeprazol‘ als *candidate answer* (und damit als potenzielle Behandlungsoption?) vor, jedoch kann der Patient den Namen nicht abrufen (siehe Ausschnitt 8-48).

Unmittelbar vor Beginn des obigen Ausschnitts rekapitulieren Ärztin und Patient ko-konstruiert die für die HIV-Therapie nötigen Verschreibungen (nicht gezeigt). Im Rahmen dieser Aktivität bietet die Ärztin dem Patienten an, das zuvor erfragte Omeprazol zu verschreiben: und soll_ma ihnen für das omeprazol n rezEpt aufSCHREIBen? (Z. 18). Dadurch, dass Omeprazol die einzige therapeutische Option ist, die die Ärztin anbietet, erscheint diese als Ergebnis einer zuvor internal getroffenen Entscheidung (vgl. Toerien, Shaw & Reuber, 2013). Indem die Ärztin in Bezug auf die Verschreibungshandlung die erste Person Plural verwendet, wird das Verschreiben selbst interessanterweise als eine Handlung dargestellt, in der beide Interagierende auch Agierende sind (obwohl die Ärztin die Verschreibung natürlich alleine ausführt). Hierdurch wird die Teilnahme des Patienten in der Entscheidung herausgestellt. Allgemein wird die Entscheidung, ob Omeprazol verschrieben werden soll, mittels Modalverb ‚sollen‘ und Frageformat in den Verantwortungsbereich des Patienten verschoben. Er ist derjenige, der entscheidet, ob die Ärztin ihm das Medikament geben soll oder nicht.

Nach einer Insertionssequenz stimmt der Patient mit <<p> wär NETT.> (Z. 29) explizit zu. Mittels Bewertung der ärztlichen Verschreibungshandlung als „nett“ orientiert er sich am Angebotscharakter der ärztlichen Empfehlung (siehe Kap. 8.3).

Ebenso wie in vielen anderen Sequenzen nach einem therapeutischen Angebot (siehe Kap. 8.4.1) gibt sich Ärztin G in diesem Gesprächsausschnitt wenig *accountable* in dem Sinne, dass sie explizit für den Einsatz von Omeprazol plädiert. Als Konsequenz ergibt sich, dass die Entscheidung – zumindest aus Perspektive der Ärztin – abgeschlossen ist, nachdem der Patient das Angebot angenommen hat. Dies steht in Kontrast zu Entscheidungsprozessen, in dem nach ärztlichen Therapieempfehlungen *accounting*-Aktivitäten als obligatorisch für die Entscheidungsfindung behandelt werden und der Entscheidungsprozess auch

durch anschließende Planungsaktivitäten komplexer ist. Als interaktive „Nebenwirkung“ der geringen *accountability* der Ärztin ergibt sich, dass der Patient bis an diesem Punkt des Entscheidungsprozesses keine Informationen über Omeprazol bekommt. Diese fordert er im Folgenden ein, indem er nach den Anwendungsbereichen von Omeprazol fragt bzw. ob es auch gegen Durchfall helfe (Z. 31/32). In ihrer Antwort (Z. 33-42) schließt die Ärztin zunächst Durchfall als Anwendungsbereich aus, etabliert dann zwei Beschwerdenszenarien als Indikationsbeispiele und identifiziert das Medikament hinsichtlich seiner übergeordneten Wirkklasse als Säureblocker. Die ärztliche Antwort ist – entsprechend der patientenseitigen Frage – als neutrale, wertungsfreie Wissensvermittlung (d. h. als WAS-Erklärung) gerahmt, aber nicht als *account* (d. h. als WARUM-Erklärung) dafür, das Medikament als Therapieoption eingebracht zu haben.

Zusammenfassend verdeutlichen die Orientierungen der Interaktionsteilnehmenden hin zu Verantwortung innerhalb der z. T. komplexen Entscheidungsprozesse, dass diese in Betracht gezogen werden sollten, um Möglichkeiten und Beschränkungen für Patientenpartizipation in Therapieentscheidungen besser zu verstehen. Herauszustellen ist, dass der Grad der Verantwortung, der Patient/innen sprachlich-interaktiv zugewiesen wird, auch mit dem Grad der Verbindlichkeit der Entscheidung einhergeht. Entscheidungen bleiben unverbindlich, wenn Patient/innen als Hauptentscheidende und als Hauptagierende in konsequenziellen Therapieentscheidungen²¹⁵ positioniert werden.

Als Tendenz für das Gesamtkorpus ist festzuhalten, dass an Patient/innen zugewiesene Eigenverantwortung

- mit dem Grad der Notwendigkeit oder ärztlichen Präferenz einer therapeutischen Intervention sowie hiermit weitgehend zusammenhängend
- mit der HIV-Spezifität des bearbeiteten Problems

sinkt; das zeigen alle besprochenen Gesprächsausschnitte des vorliegenden Kapitels. Während Ärzt/innen hohe Eigenverantwortung zeigen in Entscheidungen über ART-Behandlungsänderungen oder Behandlungen, die angesichts HIV-bedingter opportunistischer Erkrankungen oder schwerwiegender ART-Nebenwirkungen als medizinisch nötig dargestellt werden, weisen sie den Patient/innen eher Verantwortung zu, wenn HIV-unspezifische Beschwerden therapeutisch bearbeitet werden sollen, wenn HIV-unspezifische laufende (Eigen-)Therapien thematisiert werden oder auch, wenn harmlose Nebenwirkungen der ART geschildert werden. Die Tendenz hin zu einer systematischen Beziehung zwischen dem Grad

²¹⁵ Therapieimplementierende Handlungen sind in HIV-spezifischen wie in HIV-unspezifischen Therapieentscheidungen dabei zumeist identisch, wenn es um rein oral einzunehmende medikamentöse Therapien geht: Ärzt/innen verschreiben Medikamente, Patient/innen lösen das Rezept in der (klinikeigenen) Apotheke ein und nehmen diese wie vereinbart ein. Die Implementierung der Therapie liegt also stets auch in den Händen der Patient/innen und außerhalb des Gesprächsereignisses.

ärztlicher Verantwortung und der HIV-Spezifität des medizinischen Problems verweist dabei auf professionelle Zuständigkeitsbereiche. Ob die Zuweisung der Verantwortung an Patient/innen „immer auch ein Stück weit Verzicht auf [ärztliche] Expertise und Erfahrungswissen und somit eine Einschränkung von dessen Fürsorgepflicht“ (Becker & Spranz-Fogasy 2017, S. 171) bedeutet, ist für die vorliegenden Gespräche m. E. differenziert zu sehen: Zum einen, da das Einbringen einer einzigen Therapieoption, auch in Form eines Angebots, ja ebenfalls ärztliches Erfahrungswissen und eine positive Bewertung der Option impliziert; zum zweiten, da die *lokale* Zuweisung von Verantwortung an Patient/innen in einem institutionellen Rahmen erfolgt, in dem Ärzt/innen justiziabel für Medikamentengaben bleiben.

8.6 Zusammenfassung und Ausblick

Der Forschungsüberblick über Therapieentscheidungen in APG hat gezeigt, dass diese prominent hinsichtlich patientenseitiger Partizipationsmöglichkeiten sowie hinsichtlich den deontischen und epistemischen Kräften, die ärztlichen Therapieempfehlungen inhärent sind, perspektiviert wurden. Studien der medizinischen Gesprächsanalyse haben diesbezüglich offengelegt, dass Patient/innen stets zumindest passiv-responsiv an Therapieentscheidungen partizipieren. Ärztliche Empfehlungspraktiken setzen dabei die Zustimmung von Patient/innen unterschiedlich stark relevant, Ärzt/innen können also unterschiedlich starke deontische Haltungen einnehmen. Zum anderen sind ärztliche Empfehlungsäußerungen auf unterschiedlich sicherem epistemischem Fundament gebaut, was in der Empfehlungsäußerung selbst durch die Auswahl lexikalischer Elemente (bspw. Verben ‚versuchen‘ vs. ‚machen‘) an der sprachlichen Oberfläche sichtbar wird.

Um die Vielschichtigkeit mancher Therapieentscheidungen in den HIV-Sprechstunden erfassen zu können, wurden mehrere komplette Entscheidungsprozesse nachvollzogen. Die Fallbeispiele haben gezeigt, dass Therapieentscheidungen in HIV-Sprechstunden komplexe Aktivitäten, *big packages*, innerhalb des ärztlichen Gesamtgesprächs sein können. Als essenzielle kommunikative Handlungen haben sich in den Fallbeispielen – in Einklang mit Befunden der medizinischen KA – sequenzinitiierende ärztliche Äußerungen herausgestellt, in denen (meist nur) eine präferierte Therapieoption eingebracht oder zum wiederholten Mal relevant gesetzt wird. Während bisherige Studien vorwiegend (initiale) Einzelsequenzen aus ärztlichen Empfehlungen und patientenseitigen Responsiva untersuchten, zeigten die Analysen, dass sich beide Interagierende an einem multisequenziellen Verlauf orientieren insofern, als die patientenseitige Zustimmung zur einen oder anderen Therapieoption nicht bereits durch die initiale ärztliche Empfehlungsäußerung gefordert wird, sondern dass

Empfehlungen zumeist mehrfach geäußert werden, bevor es zum Entscheidungsabschluss kommt.

Weiterhin haben sich Wissensvermittlungssequenzen über Behandlungsoptionen als relevanter ärztlicher Beitrag in Therapieentscheidungen herausgestellt. Der Nachvollzug der Entscheidungsprozesse hat eine Reihe weiterer Komponenten offengelegt, die auf die Verwobenheit der Therapieentscheidung mit umgebenden Aktivitäten verweisen: So können Beschwerdeninterpretationen bereits bestimmte Therapieoptionen implizieren. Weiterhin sind Planungssequenzen zur Umsetzung des Therapievorhabens ein wichtiger Bestandteil einer Therapieentscheidung. Durch sie wird die Entscheidung verbindlich gemacht. Der analytische Einbezug von gesprächsübergreifenden retro- und prospektiven Verweise zeigte, dass diese für Patient/innen interaktive Partizipationsräume im Entscheidungsprozess eröffnen: Wenn Therapieentscheidungen als transinteraktionale Projekte angelegt sind, können Patient/innen entsprechendes interaktionsbiographisches Vorwissen für eigene Initiativen nutzen. Weiterhin bieten ärztliche WARUM-Erklärungen zu empfohlenen Therapieoptionen die Möglichkeit für (kritische) Nachfragen seitens der Patient/innen. Bei der Auswahl einer geeigneten HIV-Therapie wird allerdings nie die Notwendigkeit und Wirksamkeit antiretroviraler Kombinationspräparate in Frage gestellt; angesichts des Fehlens von Behandlungsalternativen ist sie nicht Teil der ärztlichen *accountability*.

Zur Komplexität therapiebezogener Aushandlungen in den vorliegenden Gesprächen trägt bei, dass sie in der HIV-Sprechstunde unterschiedliche Aktivitäten umfassen. Arzt und Patient entscheiden nicht nur über zukünftige therapeutische Handlungen, sondern es werden auch laufende Behandlungen aktualisiert. In diesem Zusammenhang wurde dargelegt, dass WARUM-Erklärungen keine spezifisch ärztlichen Gesprächshandlungen sind. Ärztlichen Fragen als Prä-Evaluierungen oder Ratschlägen folgen Begründungen und Rechtfertigungen seitens der Patient/innen für eigenständig getroffene Therapieentscheidungen. Neben typisch patientenseitigen Wissensbereichen (Körperwissen, biographisches Wissen bezüglich der Beschwerden, Meinungen Dritter und Fremddiagnosen) wurde gezeigt, dass Patient/innen bisweilen fachmedizinisches Terrain betreten und sich diesbezüglich als epistemisch superior gegenüber einer dritten Person positionieren.

Ausgehend von der Feststellung eines medizinischen Problems (Äußern von Beschwerden oder testdiagnostische Feststellung) bringen Ärzt/innen Therapieoptionen in Form von Empfehlungen, Angeboten oder Ratschlägen ein. Empfehlungspraktiken werden verwendet, wenn sowohl die Entscheidung selbst als auch die Implementierung der Therapie (mit) in den Händen der Mediziner/innen liegen und Letztere über entscheidendes Wissen verfügen. Durch Angebote wird die konsequenzielle Entscheidungsbefugnis dem Patienten zugewiesen, während

Ärzt/innen sich in Teilen der Therapieimplementierung verpflichten. Therapieangebote positionieren Patient/innen als Hauptentscheidungsträger und als Nutznießer eines medizinischen Service des Arztes; ihre Körperempfindungen und Präferenzen (z. B.: Wie bequem ist es, die Medikamenteneinnahme in den Alltag zu integrieren) sind ausschlaggebend für die Entscheidung. Mittels Ratschläge positioniert sich der Arzt dagegen als epistemisch übergeordnet. Im Unterschied zu Ratschlägen gehen Therapieangebote insofern mit einer geringen *accountability* des Arztes/der Ärztin in Bezug auf die Empfehlung einher, als signifikant weniger Wissen über die jeweilige Therapieoption vermittelt wird. Die drei Gesprächshandlungen des Einbringens therapeutischer Optionen spiegeln allgemein (Nicht)Zuständigkeitsbereiche der behandelnden Mediziner/innen und Handlungsbereiche, für die Patient/innen als wissend und/oder eigenverantwortlich positioniert werden.

Die Relevanz von Wissensbereichen und Handlungsbefugnissen in Praktiken ärztlicher Empfehlungen/Angeboten/Ratschlägen kulminiert zusammen mit WARUM-Erklärungen/*accounts* in Ko-Konstruktionen ärztlicher oder patientenseitiger Verantwortung für die Entscheidung und in/für therapieimplementierende Handlungen. Das Zuweisen von Entscheidungsbefugnissen an Patient/innen wird v. a. mit modalen Ausdrücken der ‚Möglichkeit‘ versprachlicht. Verantwortung operiert an der Schnittstelle von *agency* in einem empfohlenen Handlungspfad und den hierfür relevanten Wissensvoraussetzungen.

Die Zuweisung von Verantwortung an Patient/innen, die das Anerkennen patientenseitiger Wissensbestände in und für Therapieentscheidungen voraussetzt, hat eine Konsequenz: Der interaktional geringere Begründungsdruck geht mit weniger Vermittlung relevanten Fachwissens einher. Aus angewandter Perspektive kann man argumentieren, dass hierdurch die informierte Zustimmung (*informed consent*) als medizinethisches Desiderat in Einzelfällen bedroht sein kann, da so zentrale Inhalte evidenzbasierter Medizin gerade dann womöglich nicht in der Entscheidung berücksichtigt werden, wenn Patient/innen lokal als Entscheidende und Durchführende positioniert werden. Gegen diese mögliche Konsequenz mag nichts einzuwenden sein, wenn die Entwicklung von Beschwerden und Körperempfindungen ausschlaggebend für entsprechend angepasste therapeutische Handlungen sind. Da Medikamente aber potenziell schädigende Wirkungen haben und umgekehrt die Zahl unnötiger Medikamentenverschreibungen hoch ist, sollte diese Konsequenz reflektiert werden.

Nahe liegt damit der Schluss, dass nicht nur die patientenseitige, sondern auch die ärztliche Partizipation in Entscheidungsprozessen zugunsten einer balancierten, epistemisch fundierten Teilnahme gefördert werden sollte. Allgemein muss auf der Basis der Teilnehmerorientierungen in Therapieentscheidungen gezeigt

werden, ob sich Patient/innen der zugewiesenen Beteiligungsrolle gegenüber kongruent verhalten.

Die untersuchten Gespräche zeigen eine Tendenz hin zu einer systematischen Beziehung zwischen dem Grad ärztlicher Verantwortung und der HIV-Spezifität des medizinischen Problems: Während Ärzt/innen hohe Verantwortung zeigen in Entscheidungen über ART-Behandlungsänderungen oder Behandlungen, die angesichts HIV-bedingter opportunistischer Erkrankungen nötig werden, weisen sie den Patient/innen Verantwortung zu, wenn HIV-unspezifische Beschwerden therapeutisch bearbeitet werden sollen. Diese Abhängigkeit der Ausgestaltung von Entscheidungsprozessen von der Fachspezifikation der Mediziner/innen – bzw. ihrer sprachlich-interaktiven Rekonstruktion – reflektiert m. E. eine zentrale Charakteristik des westlichen schulmedizinischen Systems, nämlich die Zergliederung der medizinischen Profession in zahlreiche Fachgebiete und Institutionen, die aber zum Wohle der Betroffenen gefordert sind, (via Patient) miteinander zu kommunizieren und koordiniert zu handeln. Solche sprachlich-interaktiven Rekonstruktionen ärztlicher Spezialisierung und Zuständigkeit in therapiebezogenen Aushandlungen gehen in den untersuchten HIV-Sprechstunden Hand in Hand mit Partizipationsmöglichkeiten und -zwängen in Entscheidungsaktivitäten sowie im konsequenziellen therapeutischen Handeln.

9 Zusammenführung: Facetten der Arzt/ Patient-Gespräche in der HIV-Ambulanz

Als Ziel der Arbeit wurde formuliert, konstitutive Elemente ambulanter HIV-Routinesprechstunden zu beleuchten. Um die übergreifenden Fragen zu beantworten, was die ambulante HIV-Sprechstunde auszeichnet und wie sie den Interagierenden und durch deren sprachliches Handeln als solche erkennbar wird, wurden wiederkehrende Handlungen und Sequenzen identifiziert und in ihrer jeweiligen Einbettung in typische Aktivitäten der Gespräche untersucht. Der sprachlich-interaktiven Feinanalyse dienten Methoden der linguistischen Gesprächsanalyse. Nach einer Einleitung (Kap. 1) erfolgte eine thematische Einführung in das medizinische, gesellschaftliche und sprachlich-diskursive Phänomen HIV (Kap. 2). Die Prinzipien und die Vorgehensweise der Gesprächsanalyse bei der Erhebung, Aufbereitung und Analyse natürlicher Gesprächsdaten stellten das methodische Fundament der Arbeit dar. Zentrale gesprächsanalytische Ergebnisse zu APG und Experten/Laien-Interaktion bildeten den theoretischen Unterbau (Kap. 3). Hierauf folgte der Nachvollzug des Vorgehens bei der empirischen Untersuchung und die Vorstellung des Datenkorpus sowie des Forschungsfelds ‚HIV-Ambulanz‘ (Kap. 4): Das Primärkorpus der Untersuchung umfasste 71, fast ausschließlich dyadische Gespräche zwischen auf HIV spezialisierten Ärzt/innen und HIV-positiven Patient/innen. Ausgehend von der Identifizierung makrostruktureller Eigenschaften der Gespräche – d. h. typischer Aktivitäten und Aktivitätenabfolgen – und der fallanalytischen Bearbeitung ausgewählter Phänomene (Kap. 5) wurden basierend auf Kollektionen relevanter sprachlich-interaktiver Phänomene die Eröffnungssequenzen der Gespräche (Kap. 6), die Kernaktivität ‚Mitteilung der Blutwerte‘ (Kap. 7) und therapiebezogene Aushandlungen (Kap. 8) vertieft betrachtet. Die Analyseergebnisse wurden jeweils in Bezug gesetzt zu Befunden der medizinischen Gesprächsanalyse zu medizinischen Gesprächen (v. a. zu APG). Die Gliederung des empirischen Schwerpunktteils dieser Arbeit von Kapitel 6 bis 8 richtete sich nach der identifizierten Makrostruktur der untersuchten Gespräche (Kap. 5), so dass auch die Darstellungen der Einzelbefunde entsprechend eingebettet sind. Zusammenfassungen der Ergebnisse und das Ableiten von Implikationen für die medizinische Gesprächsforschung und/oder das ärztliche Gesprächshandeln erfolgten jeweils zum Ende der drei empirischen Kapitel, auf die ich an dieser Stelle rückverweisen möchte (Kap. 6.3, Kap. 7.5, Kap. 8.6).

Im Verlauf der Analysen kristallisierten sich zentrale Aspekte der untersuchten HIV-Sprechstunden heraus, die sich wie „rote Fäden“ durch die untersuchten Gespräche bzw. über die Empiriekapitel hinweg durchziehen. Diese übergreifenden Facetten der Gespräche zwischen HIV-Spezialist/innen und Patient/innen sollen abschließend aus den Kapiteln zusammengeführt werden. Sie stehen quer zu der

gewählten Kapitelstruktur dieser Arbeit und machen die Textur der untersuchten Gespräche aus.

9.1 Chronizität und Routine

Die übergreifende Bedeutung der zeitlichen Dimension der lebenslangen HIV-Behandlung ist bereits im Titel dieser Arbeit reflektiert. Die Interagierenden können auf eine z. T. langjährige gemeinsame Interaktionsbiographie zurückblicken, die in den Sprechstunden an verschiedenen Stellen und zu unterschiedlichen Zwecken aktualisiert wird. Obgleich ich nur Schlaglichter auf einzelne Begegnungen zwischen Arzt und Patient werfen konnte, zeigen die Gespräche deutlich, dass sich beide Interagierenden daran orientieren, dass das aktuelle Gesprächsereignis ein Glied in einer Kette sukzessiv aufeinanderfolgender, zumeist recht ähnlich verlaufender Gespräche ist. Das Chronische ist also nicht nur eine medizinische Charakteristik der medikamentös in Schach gehaltenen HIV-Infektion, sondern auch der rekurrent stattfindenden Gespräche zwischen HIV-Mediziner/innen und ihren Patient/innen.

Es finden sich retro-, aber auch prospektive Bezüge über das aktuelle Gesprächsgeschehen hinaus, die u. a. in Form spezifischer Realisierungen von Gesprächshandlungen und Aktivitäten belegt sind: Zu Beginn des Gesprächs verweisen ärztliche Praktiken der Gesprächseröffnung mehr oder weniger explizit auf den wiederkehrenden Charakter der Zusammentreffen in der HIV-Ambulanz und auf die hiermit einhergehende Etabliertheit der Gesprächsbeziehung: Allgemeine Befindensfragen vom Typ ‚Wie geht’s Ihnen?‘ implizieren, dass sich Arzt und Patient bereits (länger) kennen (siehe Kap. 6.2.1). Biographisch orientierte Eröffnungsfragen vom Typ ‚Was gibt’s Neues?‘ oder ‚Wie ist es Ihnen ergangen?‘ (siehe Kap. 6.2.3) zielen noch deutlicher darauf ab, die kommunikative Lücke zwischen dem jetzigen und dem letzten Gesprächstermin zu füllen und den Arzt oder die Ärztin über (medizinisch) relevante Ereignisse auf den neuesten Stand zu bringen. Wenn Patient/innen dann Beschwerden schildern, werden diese durch die Ärzt/innen vor dem Hintergrund vergangener diagnostischer Problemfeststellungen bearbeitet (siehe z. B. das Fallbeispiel ‚Mundpilz‘ in Kap. 8.2.1). Auch testdiagnostisch festgestellte medizinische Auffälligkeiten – Blutwerte, Gewicht, Blutdruck – werden mit Blick auf ihre vorangegangene Entwicklung und patientenseitige Charakteristika interpretiert (siehe z. B. das Fallbeispiel ‚Truvada‘ in Kap. 8.2.2), bei der Mitteilung der Blutwerte vorwiegend durch die Patient/innen selbst (siehe Kap. 7.3.2). Diagnostische Beurteilungen werden auf diese Weise auf dem Arzt bekannte gesundheitliche Entwicklungen und Aspekte der Lebensführung des Patienten individuell zugeschnitten und richten sich nicht ausschließlich nach feststehenden testdiagnostischen Kriterien und *cut-off*-Werten.

Neben den retrospektiven Bezügen finden sich in den Gesprächen auch über das aktuelle Gesprächsgeschehen prospektiv hinausreichende Verweise. Diese sind vor allem in Therapieentscheidungen belegt, was insofern nicht verwundert, als Therapieentscheidungen immer auf zukünftige, zum großen Teil außerhalb des Gesprächs erfolgende Handlungen verweisen. Die „interaktive Chronizität“ der HIV-Behandlung ermöglicht es aber in besonderer Weise, sich auf vergangene Entscheidungen zu berufen, Therapieentscheidungen aufzuschieben, diese als vorläufig zu behandeln oder als *transinteraktionales Projekt* anzulegen, das über mehrere Gespräche hinweg bearbeitet wird. Für die Patient/innen ergeben sich hierdurch besondere Wissensvoraussetzungen und Partizipationsmöglichkeiten. Dass sich die Interagierenden nicht innerhalb von einem Gespräch, sondern im Verlauf von mehreren Sprechstunden hinweg einem bestimmten Ziel oder Endpunkt einer Gesprächsaufgabe annähern, wie dies fallanalytisch für Aktivitäten des Entscheidens über das therapeutische Vorgehen gezeigt wurde, legt nahe, dass einzelne Gesprächsereignisse nur teilweise als voneinander getrennte Entitäten betrachtet werden können. Dies gilt nicht nur für die in regelmäßigen Abständen auftretenden HIV-Sprechstunden, sondern auch für andere Gespräche, in denen die Interagierenden immer wieder ein Problem bearbeiten, dessen (therapeutische) Lösung erst im Laufe einer langen Gesprächsreihe zu erwarten ist (wie z. B. in der Psychotherapie, siehe u. a. Stresing 2009).

Typisch für die untersuchten HIV-Sprechstunden ist, dass sie – sofern sie nicht außerhalb des Routineturnus aus besonderen Gründen aufgesucht werden – sehr ähnlich verlaufen, da in ihnen immer wieder dieselben obligatorischen Aktivitäten durchgeführt werden. Ihre Rekurrenz hat zur Folge, dass Patient/innen erfahrungsbedingt interaktionstypologisches Wissen erwerben. Auch dies eröffnet für sie Möglichkeiten, sich im Verlauf der Behandlungsgeschichte zunehmend aktiv ins Gesprächsgeschehen einzubringen. So habe ich Gesprächsausschnitte gezeigt, in denen Patient/innen eigeninitiativ Aktivitäten initiieren, z. B. nach den aktuellen Blutwerten fragen, und bestimmte Handlungen antizipieren, z. B. die ärztliche Aufforderung, sich zu wiegen (siehe Kap. 5.2.4). Zusätzlich zu diesen Möglichkeiten patientenseitiger Initiativen und Partizipation, die Routine auf der interaktiven Ebene des Gesprächs aus Voraussetzung haben, reflektiert die Rekurrenz verfestigter sprachlicher Formen zur Erfüllung wiederkehrender kommunikativer Aufgaben Routine auf der sprachlichen Ebene. In Kapitel 7.1 habe ich solche Routineformeln für die Mitteilung der Blutwerte beschrieben. Diese geben den Patient/innen durch ihre Rekurrenz verlässliche Verstehenshinweise. Sie verweisen aber nicht nur auf die Routinehaftigkeit der Gesprächsaufgabe, sondern in ihrem Auftreten bei unterschiedlichen Gesprächspartner/innen darauf, dass der Adressatenzuschnitt in den ärztlichen Beiträgen der Befundmitteilung durch die Sprecherkonstruktion (homogener) Adressat/innen genauso geprägt ist wie durch

routinierte sequenzielle Abläufe (siehe Kap. 7.2). Sequenzielle und syntaktische Beschränkungen auf das Wesentliche sowie eine häufig schnelle Sprechgeschwindigkeit in den ärztlichen Mitteilungs- und Evaluierungsäußerungen vermitteln ebenfalls kommunikative Routine qua sprachlicher Effizienz. Bereits angelegt in ihrer spezifischen verbalen und paraverbalen Realisierung ist auch das Alltägliche und Selbstverständliche (vgl. auch Coulmas 1981), das hier auch ein bestimmtes Bild der Entwicklung einer medikamentös behandelten HIV-Infektion vermittelt: Ein medizinisch unauffälliger Verlauf ist normal (siehe Kap. 9.3).

9.2 Quasi-Informalität

Neben den genuin institutionellen, da medizinische Inhalte behandelnde und auf medizinische Ziele hin ausgerichtete Aktivitäten wie das Messen des Blutdrucks oder die Mitteilung der Blutwerte, habe ich das Auftreten von Gesprächsgegenständen und/oder Aktivitäten sowie institutionelle Wendungen kommunikativer Praktiken aus informellen Gesprächstypen beschrieben. Da in den untersuchten Gesprächen selektiv oder kombiniert Komponenten informellen Sprechens verwendet werden (z. B. entsprechende Gesprächsgegenstände oder eine zumindest scheinbar funktionale Ungerichtetheit von Gesprächshandlungen), zugleich aber institutionelle Merkmale persistieren (z. B. vorwiegend ärztliche Fragen), habe ich solche Aktivitäten als *quasi-informelles Sprechen* bezeichnet; in Anlehnung an Hudak & Maynard (2011), die feststellen, dass „some talk appears to be on and off-task at the same time“ (ebd., S. 635).

Als Praktiken quasi-informellen Sprechens können zunächst die ärztlichen ‚Wie-geht’s‘-Befindensfragen gewertet werden, die in den Gesprächen als prominenteste Eröffnungsinitiative auftreten (siehe Kap. 6.2.1). Diese findet im Rahmen der Eröffnung des medizinischen Kerngesprächs eine institutionell-sequenzielle Einbettung: Patient/innen erkundigen sich nicht ebenfalls nach dem Befinden des Arztes oder der Ärztin und Letztere/r evaluiert das gute Wohlbefinden in einem sequenzschließendem dritten Redezug. Es wird also die aus informellen Gesprächen bekannte Präferenz bezüglich der Answererwartung (nämlich die positive Evaluation des eigenen Befindens) aufgerufen, jedoch mit neuer Funktion: Die Erwartung eines guten Wohlbefindens ist auch eine medizinische, da die Wirksamkeit und Verträglichkeit der ART das oberste therapeutische Ziel darstellen. Unter den ärztlichen Praktiken der Gesprächseröffnung fungieren weiterhin die biographisch orientierten Fragen wie z. B. „Was gibt’s Neues?“ als Verfahren zur Evozierung quasi-informellen Sprechens. Solche Eröffnungsfragen ziehen zwar medizinisch relevante Responsiva der Patient/innen nach sich, zum Teil jedoch auch Alltagserzählungen, in denen Patient/innen ihre berufliche Entwicklung oder Urlaubserlebnisse schildern (siehe Kap. 6.2.3). Ärzt/innen „würgen“ solche narrativen Aktivitäten nicht ab, sondern behandeln sie als ebenso adäquate Ant-

wort wie Beschwerdenschilderungen. In Nachfragen dokumentieren sie bisweilen tiefergehendes Vorwissen über die entsprechenden privaten Lebensbereiche der Patient/innen (siehe Kap. 5.2.2). Bei Schilderungen potenziell medizinisch relevanter Probleme, die außerhalb dieser typischen Platzierung innerhalb der Aktivität der Beschwerdenexploration auftreten, ist dagegen umgekehrt bisweilen nicht deutlich, ob sie medizinisch oder eher alltagsnah-interaktional weiterbearbeitet werden sollen (siehe Ausschnitt 5-6 in Kap. 5.2.7). Es zeigt sich auch an anderen Stellen der Gespräche, dass institutionelle durch informelle Aktivitäten unterwandert werden können oder in sie münden. Dies ist insbesondere möglich, wenn medizinferne Themen relevant gesetzt werden: So habe ich in Kapitel 5.2.2 ein Fallbeispiel nachvollzogen, in dem sich aus einer Terminabsprache eine gemeinsame Freude über die Elternzeit des Arztes entwickelt. Die Gesprächsbeiträge des Arztes in diesen wenigen Sequenzen zeigen, dass quasi-informelles Sprechen in den HIV-Sprechstunden soweit gehen kann, dass nicht nur Patient/innen Relevanzen abseits ihrer HIV-Infektion einbringen: Vielmehr geben – wenn auch viel seltener – auch Ärzt/innen Auskunft zu privaten Lebensbereichen. Dies gibt Patient/innen die Möglichkeit, entsprechend – mit eigenen Bewertungen, ggf. Fragen – zu reagieren, mit der Folge lokal symmetrischer Beteiligungsstrukturen.

Komponenten quasi-informellen Sprechens im APG wurden in gesprächsanalytischen Arbeiten zu APG nur vereinzelt beschrieben, scheinen aber – einhergehend mit den häufig langjährigen Gesprächsbeziehungen zwischen HIV-Mediziner/innen und ihren Patient/innen – ein typisches Merkmal von HIV-Sprechstunden bzw. allgemein von rekurrent stattfindenden ärztlichen Sprechstunden zu sein (Hudak & Maynard, 2011). Komplementär zur institutionellen Durchdringung des Alltags, die Birkner & Meer (2011) für verschiedene Aktivitäten in alltäglichen Lebensbereichen dokumentieren, werden also umgekehrt manche institutionell zweckmäßigen Aktivitäten in der HIV-Sprechstunde durchdrungen von Merkmalen informellen Sprechens.

9.3 Normalität und Normalisieren

In Kapitel 2.2 wurde beschrieben, wie HIV/AIDS in Deutschland verschiedene Phasen der politischen und medial-diskursiven Rezeption durchlief, die schließlich in einer Normalisierung von HIV/AIDS mündeten. Gesellschaftliche Prozesse der Normalisierung von HIV bedeuten zum einen, dass einhergehend mit medizinischen Fortschritten sein Ausnahmestatus ein Ende fand und Normalität eintrat im Sinne der Verstetigung institutioneller Strukturen zur Behandlung und Beratung, der Abwendung übermäßiger medialer Aufmerksamkeit und der Versachlichung des Diskurses. Zum anderen bedeutet die Normalisierung von HIV aber auch, dass sich exzeptionelle Merkmale der Erkrankung (z. B. die Betroffenen-

gruppen) auf andere Bereiche verschoben oder unter der Oberfläche weiterbestehen (z. B. irrationale Ängste vor Ansteckung), Normalität also lediglich als eine neue Fassade für das „alte HIV“ erscheint.

Normalisieren, das ich aus der Sicht auf die historische Entwicklung von HIV in der Gesellschaft aufgegriffen und auf sprachlich-interaktive Prozesse in der ambulanten HIV-Sprechstunde übertragen habe, zeigt sich in Form von Praktiken des Normalisierens in verschiedenen Handlungskontexten. Als eine der übergreifenden Facetten der untersuchten Gespräche erscheint es in zweierlei Gewand: zum einen als sprachlich-interaktiv gelebte Normalität im Sinne des Eintretens von Routine (siehe oben, Kap. 9.1), zum anderen als *Verfahren des Normalisierens*, als gemeinsames Bemühen also, Normalität zu erzeugen, z. T. vor dem Hintergrund (geteilter oder zugeschriebener) gegenteiliger Annahmen.

In ärztlichen Befindensfragen zur Eröffnung des medizinischen Kerngesprächs ist m. E. beides präsent: Ärzt/innen dokumentieren z. B. mittels (para)verbaler Anknüpfung an eine alltägliche Praktik des Begrüßens die Erwartung, dass alles gut, also normal sei. Die Interagierenden orientieren sich vor dem Hintergrund institutioneller Zwecke der Befindensfrage am alltagssprachlichen Ritual der Begrüßung mit seiner interaktiven Präferenz für das Bekunden eines positiven Allgemeinzustands, was zum Teil so weit geht, dass Beschwerden der Patient/innen erst im weiteren sequenziellen Verlauf (oder gar nicht) geäußert werden. Patient/innen folgen also der Erwartung und ko-konstruieren Normalität im Sinne der Abwesenheit von Beschwerden, indem sie responsiv ihr Befinden positiv evaluieren. Dass hier der Weg von ‚Normalität *en passent* leben‘ zu ‚Normalität betont herstellen‘ nicht weit ist, zeigen u. a. die verbal und paraverbal hochgestuft-positiven Evaluierungen des Befindens seitens der Patient/innen und entsprechende ärztliche Evaluierungen als sequenzschließende dritte Äußerungen, die *ex negativo* das Nicht-Normale mit aufrufen (siehe Kap. 6.2.1).

Am explizitesten erfolgen Verfahren des Normalisierens in der Mitteilung der Blutwerte (siehe Kap. 7). Während die sprachliche Effizienz der ärztlichen Mitteilungsäußerungen und die rasche Abarbeitung der Mitteilungsaktivität auf Normalität im Sinne der routinierten Durchführung wiederkehrender kommunikativer Aufgaben verweisen und die Erwartbarkeit unauffälliger Befunde zugrunde legen (siehe Kap. 7.1 bis 7.3; siehe oben, Kap. 9.1), negieren die reduzierten patientenseitigen Reaktionen auf die Mitteilung unauffälliger Befunde ebenfalls deren Neuigkeitswert und markieren diese so als normal im intraindividuellen Vergleich. Bisweilen auftretende hochgestufte Evaluierungen der Helferzellenanzahl durch Patient/innen verdeutlichen, dass die ärzte- und patientenseitigen *evaluative stances* auch auseinanderklaffen können. Die lexikalische Gestaltung mancher ärztlicher Evaluierungshandlungen bei unauffälligen Blutwerten (etwa die Beurteilung als „im Normbereich“) zeigt dabei nicht nur, dass Normalität auch

ein Teilnehmerkonzept ist, sondern zudem, dass ein unauffälliger Blutbefund in Richtung der Normwerte HIV-negativer Personen, also auch als interindividueller Vergleich gedacht wird.

Bei der Mitteilung auffälliger Blutwerte erscheinen Verfahren des Normalisierens in Form zusätzlicher sequenzieller Schleifen, die das Durchbrechen kommunikativer Routinen bedeuten. Ärztliche *accounts* reagieren auf die zugeschriebene Annahme, dass Patient/innen die mitgeteilten Werte als bedrohlich interpretieren und liefern eine Gegeninterpretation. Normalisieren bedeutet hier die interaktiv aufwändige Herstellung von Normalität als Reaktion auf unerwartete, eben unnormale Gegebenheiten.

9.4 Zuständigkeit und Verantwortung

Die untersuchten Gespräche stellen nicht nur ein Glied in einer zeitlichen Reihe rekurrent stattfindender Gesprächstermine in der HIV-Ambulanz dar. Sie sind zudem eingebunden in ein Netz von vergangenen und zukünftigen Interaktionsergebnissen, die in weiteren medizinischen Institutionen zwischen den Patient/innen und anderen medizinischen Expert/innen fachfremder medizinischer Kompetenz zur Bearbeitung HIV-assoziiierter oder HIV-unspezifischer medizinischer Probleme stattfinden. Das medizinische Korrelat dieses Gesprächsnetzes, dessen Fäden am Knotenpunkt ‚Patient‘ zusammenlaufen, ist die fachärztliche Spezialisierung medizinischer Expert/innen bzw. ihre Zuständigkeit für bestimmte medizinische Aufgaben. Letztere zeigt sich in den untersuchten Gesprächen allgemein an der Obligatorik einiger Aktivitäten (v. a. der Befundmitteilung) und allgemein an HIV- und ART-spezifischen Gesprächsgegenständen. Weiterhin offenbart sich die Zuständigkeit der Ärzt/innen – z. T. *ex negativo* –, wenn es darum geht, Beschwerden explorativ zu bearbeiten und diagnostisch zu interpretieren. Wenn gleich Aktivitäten zur Exploration und diagnostischen Einordnung von Beschwerden nicht im Fokus des empirischen Teils dieser Arbeit standen, konnte ich doch in Fallanalysen herausarbeiten, wie die Interagierenden ärztliche Zuständigkeit oder eben Nichtzuständigkeit für die Bearbeitung von Beschwerden konstruieren.

Ein ärztliches Verfahren der Konstruktion von Nichtzuständigkeit ist z. B., sich beschwerdenexplorativen Fragehandelns zu entziehen. In Kapitel 5.2.7 wurde ein Fallbeispiel beschrieben, in dem der Arzt nach mehreren übergaberelevanten Stellen in der Beschwerdenschilderung der Patientin keine Nachfragen stellt und erst nach einem expliziten Nichtwissens-*display* ihrerseits aktiv wird: allerdings in Form einer mittels Fragehandlung epistemisch modalisierten Ursachentheorie, die wiederum durch die Patientin ratifiziert werden soll (siehe Ausschnitt 5-8). Dass die epistemische Autorität zur Interpretation von Beschwerden nicht unbedingt im Wissensterritorium der Ärzt/innen liegt, ist so zum einen daran zu erkennen, dass Ärzt/innen bisweilen patientenseitige diagnostische Erklärungen einfordern.

Weiterhin haben Fallbeispiele gezeigt, dass sich Patient/innen auch aktiv bzw. initiativ in der diagnostischen Einordnung und/oder kausalen Attribution ihrer Beschwerden engagieren (siehe Kap. 5.2.7). Ich habe argumentiert, dass die Zuweisung lokaler Interpretationspflichten an die Patient/innen sowie *intersubjektive Krankheitstheorien* als (vorläufiger) Endpunkt diagnostischer Aktivitäten ebenso wie auch Überweisungshandlungen die Konstruktion ärztlicher Nichtzuständigkeit und Nichtverantwortlichkeit bedeuten. Abbrüche beschwerdenexplorativer Aktivitäten zugunsten obligatorischer Gesprächsaufgaben verweisen ferner darauf, dass als der primäre Zweck der Sprechstunden ein anderer zugrunde gelegt wird, die Ärzt/innen sich also als die nicht primär Zuständigen für die Bearbeitung mancher akuter Beschwerden positionieren.

Für unterschiedliche therapiebezogene Aushandlungen wurde in Kapitel 8 vertieft herausgearbeitet, wie sich Ärzt/innen und Patient/innen verantwortlich für vergangenes oder zukünftiges therapeutisches Handeln zeigen: In Sequenzen, in denen Ärzt/innen und Patient/innen u. a. zum Zweck des Neuverschreibens laufende (medikamentöse) Therapien aktualisieren, orientieren sich Patient/innen an ihrer therapeutischen Eigenverantwortung: Sie geben sich *accountable*, d. h. sie begründen ihre Entscheidung für die Einnahme von Medikamenten, z. B. mit Verweis auf die Schwere der Beschwerden. In manchen Fällen zeigte sich dabei, dass Verantwortung für und die Wissenshoheit über therapeutisches Handeln auseinanderklaffen können.

In Therapieentscheidungen übernehmen Ärzt/innen lokal die Verantwortung für zukünftiges therapeutisches Handeln oder weisen diese den Patient/innen zu (Kap. 8.5), und zwar zum einen, indem sie Therapieoptionen in Form von Angeboten, Ratschlägen oder Empfehlungen einbringen (Kap. 8.3). Hierdurch wird die Entscheidung entweder abhängig von ärztlichen (Empfehlungen, Ratschläge) oder patientenseitigen (Angebote) Wissensterritorien gemacht und Entscheidungen über das zukünftige therapeutische Handeln entweder allein im ärztlichen, im gemeinsamen oder im patientenseitigen Verantwortungsbereich verortet. Ärztliche *accounts* offenbaren dabei zum zweiten das epistemische Fundament für das Befürworten einer Therapieoption (siehe Kap. 8.4). Für das vorliegende Gesprächskorpus wurde die klare Tendenz festgestellt, dass ein hohes Maß einer lokal hergestellten ärztlichen Verantwortung mit einer hohen Notwendigkeit der Intervention sowie mit der HIV-Spezifität des medizinischen Problems einhergeht. Patient/innen wird umgekehrt die Verantwortung für die Entscheidung zugewiesen, wenn ihre Wissensbereiche entscheidungsrelevant sind und wenn Entscheidungen aus ärztlicher Sicht nicht dringend indiziert sind. Ärzt/innen und Patient/innen definieren also systematisch Zuständigkeitsbereiche für medizinisches Handeln.

10 Ausblick

Obgleich die vorliegende Arbeit eine Vielzahl an unterschiedlichen Ergebnissen hervorgebracht und die Routinekontrollsprechstunde in der HIV-Ambulanz in den oben genannten Facetten *beleuchtet*, wenn auch sicherlich nicht vollständig *ausgeleuchtet* hat, liegen in den untersuchten Gesprächen immer noch „ungehobene Schätze“ verborgen.

Ausgehend von den Ergebnissen dieser Arbeit sollte in zukünftigen gesprächsanalytischen Forschungsbemühungen zu ambulanten HIV-Sprechstunden v. a. das multimodale Zusammenspiel visueller sprachlicher Ressourcen bei der Bewältigung typischer Gesprächsaufgaben in den Vordergrund gerückt werden, um Fragen beantworten zu können wie: Wie werden Verfahren der Normalisierung bei der Befundmitteilung multimodal realisiert (z. B. durch die Mimik)? Wird eine dispräferiert-verzögerte Beschwerdenschilderung auf eine Befindensfrage bereits vorher, etwa durch die Körperhaltung oder deiktische Gesten auf schmerzende Körperteile, angedeutet? Werden ärztliche Angebote auf andere Weise als Empfehlungen durch nonverbale Handlungen begleitet?

Weiterhin steht eine systematische Untersuchung der Beschwerdenexploration und -interpretation aus; auf diese Aktivität wurden in der vorliegenden Arbeit fallanalytisch Schlaglichter geworfen. Diesbezüglich ist z. B. vertieft zu untersuchen, ob und wie die zugrundeliegende HIV-Infektion als Interpretationsfolie für die diagnostische Einordnung von Beschwerden unbekannter Ursache dient. Eigenen Beobachtungen zufolge (siehe Kap. 5.2.7) spiegelt sich das mögliche Auftreten körperlicher Begleiterscheinungen von HIV und Nebenwirkungen der ART in den diagnostischen „Suchbewegungen“ beider Interagierender: Patient/innen führen Beschwerden unterschiedlicher Art zunächst auf HIV bzw. die ART zurück, während Ärzt/innen dem eher entgegenzusteuern scheinen.

Obgleich ich einige Phänomene der HIV-Sprechstunde mit gesprächsanalytischen Ergebnissen zu akutmedizinischen APG, aber auch mit chronisch erkrankten Patient/innen (APG in der in der Neurologie, in der Onkologie und mit Diabetes-Patient/innen; Gespräche zwischen Pflegerinnen und dauerhaft pflegebedürftigen Patient/innen usw.) in Bezug gesetzt habe und auf diese Weise Parallelen (z. B. die direkte Art der Mitteilung unauffälliger Befunde) und Unterschiede (z. B. die Prominenz von Befindensfragen in den vorliegenden Gesprächen) aufzeigen konnte, stehen Forschungsarbeiten aus, die systematisch und vergleichend Merkmale von Routinekontrollsprechstunden in unterschiedlichen medizinischen Kontexten herausarbeiten. Angesichts der zunehmenden Chronifizierung von ehemals lebensbedrohlichen Erkrankungen bzw. der durch medizinische Fortschritte bedingten Erhöhung des körperlichen Wohlbefindens bei bestehender chronischer Erkrankung (z. B. bei Diabetes) sind daher vor allem longitudinal und

Groß: Arzt/Patient-Gespräche in der HIV-Ambulanz

komparativ angelegte Untersuchungen solcher „chronischen APG“ ein zentrales Desiderat für zukünftige gesprächsanalytische Forschungsbemühungen.

Literaturverzeichnis

- Anderson, L., DeVellis, B. & DeVellis, R. (1987). Effects of modeling on patient communication, satisfaction and knowledge. *Medical Care* 25, S. 1044-1056.
- Angell, B. & Bolden, G. (2015). Justifying medication decisions in mental health care: Psychiatrists' accounts for treatment recommendations. *Social Science & Medicine* 138, S. 44-56.
- Antaki, C. (2008). Formulations in psychotherapy. In A. Peräkylä, C. Antaki, S. Vehviläinen & I. Leudar, *Conversation analysis and psychotherapy* (S. 26-42). Cambridge: Cambridge University Press.
- Arastéh, K. & Simon, V. (2000). Entwicklung der therapeutischen Möglichkeiten bei der HIV-Infektion - Rück- und Ausblick. In U. Marcus, *Glück gehabt? Zwei Jahrzehnte AIDS in Deutschland* (S. 63-105). Berlin / Wien: Blackwell Wissenschafts-Verlag.
- Ariss, S. (2009). Asymmetrical knowledge claims in general practice consultation with frequently attending patients: Limitations and opportunities for patient participation. *Social Science and Medicine* 69, S. 908-919.
- Arminen, I. (2005). *Institutional Interaction*. Burlington et al.: Ashgate.
- Atkinson, P. & Heath, C. (1981). *Medical Work: Realities and Routines*. Farnborough: Gower.
- Auer, P. (1992). Introduction: John Gumperz' Approach to Contextualization. In P. Auer & A. di Luzio, *The contextualization of language* (S. 1-37). Amsterdam: John Benjamins.
- Auer, P. (1995). Context and Contextualization. In J. Verschueren, J.-O. Östman & J. Blommaert, *Handbook of Pragmatics* (S. 1-16). Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins.
- Auer, P. (1999). *Sprachliche Interaktion - eine Einführung anhand von 22 Klassikern*. Tübingen: Niemeyer.
- Auer, P. (2000). On line-Syntax - Oder: was es bedeuten könnte, die Zeitlichkeit der mündlichen Sprache ernst zu nehmen. *Sprache und Literatur* 85, S. 43-56.
- Auer, P. (2005). Syntax als Prozess. *Inlist - Interaction and Linguistic Structures* 41. <http://www.uni-potsdam.de/u/inlist/issues/41/index.htm>.
- Auer, P. (2006). Increments and more. Anmerkungen zur augenblicklichen Diskussion über die Erweiterbarkeit von Turnkonstruktionseinheiten. In A. Deppermann, R. Fiehler & T. Spranz-Fogasy, *Grammatik und Interaktion* (S. 279-294). Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung.
- Auer, P. (2017a). Gaze, addressee selection and turn-taking in three-party interaction. *InList - Interaction and Linguistic Structures* 60, S. 1-32.

- Auer, P. (2017b). Anfang und Ende fokussierter Interaktion. Eine Einführung. *InLiSt - Interaction and Linguistic Structures* 59. <http://www.inlist.uni-bayreuth.de/issues/59/index.htm>.
- Auer, P. & di Luzio, A. (1992). *The contextualization of language*. Amsterdam: John Benjamins.
- Barry, M. & Edgman-Levitan, S. (2012). Shared decision-making - the pinnacle of patient-centered care. *The New England Journal of Medicine* 366/9, S. 780-781.
- Barth-Weingarten, D. (2011). Response tokens in interaction – prosody, phonetics and a visual aspect of German JAJA. *Gesprächsforschung – Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion* 12, S. 301-370.
- Basavaraj, K., Navya, M. & Rashmi, R. (2010). Quality of life in HIV/AIDS. *Indian Journal of Sexually Transmitted Diseases and AIDS* 31/2, S. 75-80.
- Beach, M., Duggan, P. & Moore, R. (2007). Is Patient's Preferred Involvement in Health Decisions Related to Outcomes for Patients with HIV? *Journal of General Internal Medicine* 22/8, S. 1119-1124.
- Becker, M. (2017). *Ärztliche Empfehlungen in Therapieplanungsgesprächen*. Mannheim: Verlag für Gesprächsforschung.
- Becker, M. & Spranz-Fogasy, T. (2017). Empfehlen und Beraten: Ärztliche Empfehlungen im Therapieplanungsprozess. In I. Pick, *Beraten in Interaktion. Eine gesprächslinguistische Typologie des Beratens (Reihe Forum Angewandte Linguistik, Band 60)* (S. 163-184). Frankfurt am Main: Peter Lang.
- Beckers, K. (2012). *Kommunikation und Kommunizierbarkeit von Wissen. Prinzipien und Strategien kooperativer Wissenskonstruktion*. Berlin: Erich Schmidt.
- Beckman, H. & Frankel, R. (1984). The Effect of Physician Behavior on the Collection of Data. *Annals of Internal Medicine* 101, S. 692-696.
- Bergen, C. & Stivers, T. (2013). Patient disclosures of medical misdeeds. *Journal of Health and Social Behavior* 54, S. 221-240.
- Berger, P. & Luckmann, T. (1966). *The social construction of reality. A treatise in the sociology of knowledge*. Garden City: Anchor.
- Bergmann, J. (1985). Flüchtigkeit und methodische Fixierung sozialer Wirklichkeit: Aufzeichnungen als Daten der interpretativen Soziologie. In W. Bonß & H. Hartmann, *Entzauberte Wissenschaft. Soziale Welt (Sonderband 3)* (S. 299-320). Göttingen: Schwartz.
- Bergmann, J. (1987; 1988). *Ethnomethodologie und Konversationsanalyse (Studienbrief mit 3 Kurseinheiten)*. Hagen: FernUniversität GHS Hagen.
- Bergmann, J. & Quasthoff, U. (2010). Interaktive Verfahren der Wissensgenerierung – Methodische Problemfelder. In U. Dausendschön-

- Gay, C. Domke & S. Ohlhus, *Wissen in (Inter-)Aktion. Verfahren der Wissensgenerierung in unterschiedlichen Praxisfeldern* (S. 21-36). Berlin/New York: de Gruyter.
- Birkner, K. (2006). Subjektive Krankheitstheorien im Gespräch. *Gesprächsforschung - Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion* 7, S. 152-183.
- Birkner, K. (2014). Adressatenzuschnitt im Krankheitsnarrativ: Ein Vergleich von Arzt/Patient-Gespräch und Interview. *Vortrag im Rahmen der 18. Arbeitstagung zur Gesprächsforschung*. Mannheim.
- Birkner, K. (2017). Erzählen im Arzt/Patient-Gespräch. In M. Huber & W. Schmid, *Grundthemen der Literaturwissenschaft: Erzählen* (S. 547-566). Berlin: de Gruyter.
- Birkner, K. & Burbaum, C. (2013). Suchbewegungen: Die interaktive Bearbeitung von Kausalattributionen in Therapiegesprächen bei körperlichen Beschwerden ohne Organbefund. *InList - Interaction and Linguistic Structures* 53. www.inlist.uni-bayreuth.de/issues/53/inlist53.pdf.
- Birkner, K. & Burbaum, C. (2016). Nichtwissen als interaktive Ressource in Therapiegesprächen. In A. Groß, & I. Harren, *Wissen in institutioneller Interaktion* (S. 83-112). Frankfurt (Main): Peter Lang.
- Birkner, K. & Meer, D. (2011). *Institutionalisierter Alltag: Mündlichkeit und Schriftlichkeit in unterschiedlichen Praxisfeldern*. Mannheim: Verlag für Gesprächsforschung.
- Birkner, K., & Vlassenko, I. (2015). Subjektive Theorien zu Krankheit und Gesundheit. In A. Busch, & T. Spranz-Fogasy, *Handbuch Sprache und Medizin* (S. 137-155). Berlin/New York: de Gruyter.
- Blühdorn, H., Foolen, A. & Loureda, Ó. (2017). Diskursmarker: Begriffsgeschichte - Theorie - Beschreibung. Ein bibliographischer Überblick. In H. Blühdorn, A. Deppermann, H. Helmer & T. Spranz-Fogasy, *Diskursmarker im Deutschen. Reflexionen und Analysen* (S. 7-48). Göttingen: Verlag für Gesprächsforschung.
- Bock, H. (1997). Zur sprachlichen Darstellung von AIDS in Printmedien. In B. Biere & W.-A. Liebert, *Metaphern, Medien, Wissenschaft: Zur Vermittlung der AIDS-Forschung in Presse und Rundfunk* (S. 81-101). Mannheim: Verlag für Gesprächsforschung.
- Boersma, P. & Weenink, D. (2017). Praat: doing phonetics by computer. <http://www.praat.org/>, zuletzt abgerufen am 04.08.2017.
- Boshuizen, H. & Schmidt, H. (1992). On the Role of Biomedical Knowledge in Clinical Reasoning by Experts, Intermediates and Novices. *Cognitive Science* 16/2, S. 153-184.

- Boyd, E. & Heritage, J. (2006). Taking the Patient's Medical History: Questioning During Comprehensive History Taking. In J. Heritage & D. Maynard, *Communication in Medical Care: Interactions between Primary Care Physicians and Patients* (S. 151-184). Cambridge: Cambridge University Press.
- Brock, A. & Meer, D. (2004). Macht – Hierarchie – Dominanz – A-/Symmetrie: Begriffliche Überlegungen zur kommunikativen Ungleichheit in institutionellen Gesprächen. *Gesprächsforschung. Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion* 5, S. 84-209.
- Brown, P. & Levinson, S. (1987). *Politeness: Some Universals in Language Usage*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Brünner, G. (2005). Arzt-Patient-Kommunikation als Experten-Laien-Kommunikation. In M. Neises, S. Ditz & T. Spranz-Fogasy, *Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde* (S. 90-109). Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH.
- Brünner, G. (2009). Die Verständigung zwischen Arzt und Patient als Experten-Laien-Kommunikation. In N. Klusen, A. Fließgarten & T. Nebling, *Informiert und selbstbestimmt: Der mündige Bürger als mündiger Patient* (S. 170-188). Baden-Baden: Nomos.
- Brünner, G. (2011). *Gesundheit durchs Fernsehen – Linguistische Untersuchungen zur Vermittlung medizinischen Wissens und Aufklärung in Gesundheitssendungen*. Duisburg: Universitätsverlag Rhein-Ruhr.
- Brünner, G. & Gülich, E. (2002). Verfahren der Veranschaulichung in der Experten-Laien-Kommunikation. In G. Brünner & E. Gülich, *Krankheit verstehen* (S. 17-93). Bielefeld: Aisthesis.
- Brünner, G., Fiehler, R. & Kindt, W. (2002). *Angewandte Diskursforschung (Band 1: Grundlagen und Beispielanalysen)*. Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung.
- Burger, H. (2007). *Phraseologie. Eine Einführung am Beispiel des Deutschen (3. neu bearbeitete Auflage)*. Berlin: Erich Schmidt.
- Busch, A. & Spranz-Fogasy, T. (2015). Sprache in der Medizin. In E. Felder, & A. Gardt, *Handbuch Sprache und Medizin. Reihe Handbücher Sprachwissen, Band 1* (S. 335-357). Berlin: de Gruyter.
- Busse, D. (2007). Diskurslinguistik als Kontextualisierung - Sprachwissenschaftliche Überlegungen zur Analyse gesellschaftlichen Wissens. In I. Warnke, *Diskurslinguistik nach Foucault. Theorie und Gegenstände* (S. 81-105). Berlin/New York: de Gruyter.
- Buttny, R. & Morris, G. (2001). Accounting. In W. Robinson & H. Giles, *The New Handbook of Language and Social Psychology* (S. 285-301). Chichester: Wiley.

- Byrne, P. & Long, B. (1976). *Doctors talking to patients*. London: HMSO.
- Campion, P. & Langdon, M. (2004). Achieving multiple topic shifts in primary care medical consultations: a conversation analysis study in UK general practice. *Sociology of Health and Illness* 26/1, S. 81-101.
- Chafe, W. (1986). Evidentiality in English Conversation and academic writing. In W. Chafe & J. Nichols, *Evidentiality: The Linguistic Coding of Epistemology* (S. 261-272). Norwood: Albex Publishing Corporation.
- Chi, M., Glaser, R. & Farr, M. (1988). *The Nature of Expertise*. Mahwah (NJ): Lawrence Erlbaum Associates.
- Collins, S., Drew, P., Watt, I. & Entwistle, V. (2005). 'Unilateral' and 'bilateral' practitioner approaches in decision-making about treatment. *Social Science & Medicine* 61, S. 2611-2627.
- Coulmas, F. (1981). *Routine im Gespräch. Zur pragmatischen Fundierung der Idiomatik*. Wiesbaden: Akademische Verlagsgesellschaft Athenaion.
- Couper-Kuhlen, E. (2014). What does grammar tell us about action? *Pragmatics* 24/3, S. 623-647.
- Couper-Kuhlen, E. & Selting, M. (1996). *Prosody in Conversation. Interactional studies*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Coupland, J. (2000). *Small Talk*. Harlow: Pearson Education Limited.
- Dalby Landmark, A. M., Gulbrandsen, P. & Svennevig, J. (2015). Whose decision? Negotiating epistemic and deontic rights in medical treatment decisions. *Journal of Pragmatics* 78, S. 54-69.
- Daly, J., Willis, K., Small, R., Green, J., Welch, N., Kealy, M. & Hughes, E. (2007). A hierarchy of evidence for assessing qualitative health research. *Journal of Clinical Epidemiology* 60, S. 43-49.
- Dannecker, M. (2000). Geleitwort. In U. Marcus, *Glück gehabt? Zwei Jahrzehnte AIDS in Deutschland* (S. V-XVI). Berlin/Wien: Blackwell Wissenschafts-Verlag.
- Deppermann, A. (2000). Ethnographische Gesprächsanalyse: Zum Nutzen einer ethnographischen Erweiterung für die Konversationsanalyse. *Gesprächsforschung - Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion* 1, S. 96-124.
- Deppermann, A. (2007). Forschungen zur Arzt-Patient-Kommunikation im deutschen Sprachraum. *Health communication. The official journal of Korean Academy on Communication in healthcare* 2/1, S. 51-63.
- Deppermann, A. (2008). *Gespräche analysieren. Eine Einführung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Deppermann, A. (2008). Verstehen im Gespräch. In H. Kämper & L. M. Eichinger, *Sprache - Kognition - Kultur. Sprache zwischen mentaler Struktur und kultureller Prägung* (S. 225-261). Berlin: de Gruyter.

- Deppermann, A. (2009). Verstehensdefizit als Antwortverpflichtung: Interaktionale Eigenschaften der Modalpartikel denn in Fragen. In S. Günthner & J. Bücker, *Grammatik im Gespräch. Konstruktionen der Selbst- und Fremdpositionierung (Linguistik - Impulse & Tendenzen 33)* (S. 23-56). Berlin/New York: de Gruyter.
- Deppermann, A. (2011). The Study of Formulations as a Key to an Interactional Semantics. *Human Studies 34*, S. 115-128.
- Deppermann, A. (2014). Handlungsverstehen und Intentionzuschreibung in der Interaktion I: Intentionsbekundungen mit wollen. In P. Bergmann, K. Birkner, P. Gilles, H. Spiekermann & T. Streck, *Sprache in Gebrauch: räumlich, zeitlich, interaktional. Festschrift für Peter Auer* (S. 309-326). Heidelberg: Universitätsverlag Winter.
- Deppermann, A. (2015). Agency in Erzählungen über Gewalterfahrungen in Kindheit und Jugend. Sprachliche Praktiken der Zuschreibung von Schuld und Verantwortung an Täter und Opfer. In C. Scheidt, G. Lucius-Hoene, A. Stukenbrock & E. Waller, *Narrative Bewältigung von Trauma und Verlust* (S. 64-75). Stuttgart: Schattauer.
- Deppermann, A. (2018). Wissen im Gespräch. In Birkner, K. & Janich, N. *Handbuch Text und Gespräch (Handbücher Sprachwissen, HSW 5)* (S. 104-142). Berlin/Boston: De Gruyter.
- Deppermann, A. & Blühdorn, H. (2013). Negation als Verfahren des Adressatenzuschnitts: Verstehenssteuerung durch Interpretationsrestriktionen. *Zeitschrift für Deutsche Sprache 1/13*, S. 6-30.
- Deppermann, A. & Helmer, H. (2013). Zur Grammatik des Verstehens im Gespräch: Inferenzen anzeigen und Handlungskonsequenzen ziehen mit also und dann. *Zeitschrift für Sprachwissenschaft 32/1*, S. 1-39.
- Deppermann, A. & Schmitt, R. (2008). Verstehensdokumentation: Zur Phänomenologie von Verstehen in der Interaktion. *Deutsche Sprache 3/08*, S. 220-245.
- Deppermann, A. & Schmitt, R. (2009). "damit sie mich verstehen": Genese, Verfahren und Adressatenzuschnitt einer narrativen Performance. In M. Buss, S. Habscheid, S. Jautz, F. Liedtke & J. Schneider, *Theatralität des sprachlichen Handelns* (S. 79-112). München: Fink.
- Deppermann, A. & Spranz-Fogasy, T. (2011). Doctors' question as displays of understanding. *Communication and Medicine 8/2*, S. 111-124.
- Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (2012). *positive stimmen verschaffen sich gehör! Die Umsetzung des PLHIV Stigma Index in Deutschland*.
<https://www.aidshilfe.de/sites/default/files/.../positive%20stimmen%20Do ku.pdf> .

- Drescher, M. (2006). Sprachliche Markierungen alltagsweltlicher Diskurse in der HIV/Aids-Prävention Burkina Fasos. In M. Drescher & S. Klaeger, *Kommunikation über HIV / Aids* (S. 15-47). Berlin: LIT.
- Drescher, M. (2010). Conceptualizing Local Knowledge: Reformulations in HIV / AIDS Prevention in Burkina Faso. In C. Higgins & B. Norton, *Language and HIV / AIDS* (S. 197-213). Bristol: Multilingual Matters.
- Drescher, M., & Klaeger, S. (2006a). *Kommunikation über HIV / Aids*. Berlin: LIT.
- Drescher, M., & Klaeger, S. (2006b). Einleitung. In M. Drescher, & S. Klaeger, *Kommunikation über HIV / Aids. Interdisziplinäre Beiträge zur Prävention im subsaharischen Afrika* (S. 1-12). Berlin: LIT.
- Drew, P. (1991). Asymmetries of knowledge in conversational interactions. In I. Marková & K. Foppa, *Asymmetries in dialogue* (S. 21-48). New York: Harvester Wheatsheaf.
- Drew, P., & Heritage, J. (1992). Analyzing Talk at Work: An Introduction. In P. Drew, & J. Heritage, *Talk at work* (S. 3-65). Cambridge: Cambridge University Press.
- Drew, P., Chatwin, J. & Collins, S. (2001). Conversation analysis: a method for research into interactions between patients and health-care professionals. *Health Expectations* 4, S. 58-70.
- Du Bois, J. (2007). The stance triangle. In R. Englebretson, *Stancetaking in Discourse: Subjectivity, evaluation, interaction* (S. 139-182). Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins.
- Duchan, J. & Kovarsky, D. (2006). Introduction. In J. Duchan & D. Kovarsky, *Diagnosis as Cultural Practice* (S. 1-13). Berlin: de Gruyter.
- Duden. (2016). *Die Grammatik. Unentbehrlich für richtiges Deutsch*. Berlin: Dudenverlag.
- DUDEN. (2017). *DUDEN online*. Bibliographisches Institut GmbH: <https://www.duden.de/service/impressum>.
- Egbert, M. (2016). Epistemik in der Hörgeräteberatung: Das subtile Ausblenden klienten-initiiertter Relevanzen. In A. Groß & I. Harren, *Wissen in institutioneller Interaktion* (S. 27-56). Frankfurt (Main): Peter Lang.
- Ehlich, K., Koerfer, A., Redder, A. & Weingarten, R. (1989). *Medizinische und therapeutische Kommunikation. Diskursanalytische Untersuchungen*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Ehmer, O. (2017). *Transformer*. <http://www.oliverehmer.de/transformer/>, letzter Zugriff am 13.07.2017.
- Ehmer, O. & Birkner, K. (2014). Existenz-Attributiv-Konstruktion(en) im Deutschen und Spanischen. Strukturlatenz und Repetition. In P. Bergmann, P. Gilles, H. Spiekermann & T. Streck, *Sprache im Gebrauch:*

- räumlich, zeitlich, interaktional. *Festschrift für Peter Auer* (S. 275-296). Heidelberg: Winter.
- Eichenbrenner, H., Platten, M., Schafberger, A. & Sturmberg, M. *Aids-Hilfe Köln*. http://www.aidshilfe-koeln.de/uploads/media/1003-023_MI_01_HIV-Therapie.pdf.
- Eisenberg, L. (1977). Disease and illness. Distinctions between professional and popular ideas of sickness. *Culture, Medicine and Psychiatry* 1/1, S. 9-23.
- Eitz, T. (2003). *Aids. Krankheitsgeschichte und Sprachgeschichte (Reihe Germanistische Linguistik Monographien, Band 12)*. Hildesheim, Zürich, New York: Georg Olms.
- Enfield, N. J. (2011). Sources of asymmetry in human interaction: enchrony, status, knowledge and agency. In T. Stivers, L. Mondada & J. Steensig, *The morality of knowledge in conversation* (S. 285-312). Cambridge: Cambridge University Press.
- Engelbach, U. (2006). *Doktorspiele. Eine psychodramatische Exploration der Arzt-Patient-Beziehungen HIV-infizierter Patienten im Hinblick auf bestehende Adherence-Probleme*. Frankfurt am Main: Universität Frankfurt; Dissertation.
- Felder, E. & Gardt, A. (2015). Sprache - Erkenntnis - Handeln. In E. Felder & A. Gardt, *Handbuch Sprache und Wissen* (S. 3-33). Berlin/Boston: de Gruyter.
- Fiehler, R. (2000). Über zwei Probleme bei der Untersuchung gesprochener Sprache. *Sprache und Literatur* 31/85, S. 23-42.
- Fittschen, B. (2001). Compliance im Rahmen der medikamentösen Behandlung von HIV- und AIDS-Patienten. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 44, S. 20-31.
- Fox, B. (2007). Principles shaping grammatical practices: an exploration. *Discourse Studies* 9/3, S. 299-318.
- Frankel, R. (1984). From sentence to sequence: Understanding the medical encounter through microinteractional analysis. *Discourse Processes* 7/2, S. 135-170.
- Fritz, T. (2001). Modalität. In V. Ágel, L. Eichinger, H.-W. Eroms, P. Hellwig, H. Heringer & H. Lobin, *Dependenz und Valenz (Dependency and Valency). Ein internationales Handbuch der zeitgenössischen Forschung (An International Handbook of Contemporary Research)*. (Handbücher zur Sprach- und Kommunikationswissenschaft, HSK 25.2 (S. 1000-1017). Berlin/New York: de Gruyter.
- Gaab, J. (2010). Die Bedeutung der subjektiven Perspektive auf die Behandlung von HIV. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, S. 13-20.

- Gafaranga, J., & Britten, N. (2003). "Fire away": the opening sequence in general practice consultations. *Family Practice* 20/3, S. 242-247.
- Garfinkel, H. (1967). *Studies in Ethnomethodology*. Englewood Cliffs/NJ: Prentice Hall.
- Gibson, M., Jenkins, K., Wilson, R. & Purves, I. (2005). Multi-tasking in practice: Coordinated activities in the computer-supported doctor-patient consultation. *International Journal of Medical Informatics* 74, S. 425-436.
- Gilead Sciences. (2014). *Truvada*. <http://www.truvada.com/treatment-for-hiv>, zuletzt abgerufen am 14.08.2016.
- Gill, V. (1998). Doing attributions in medical interaction: Patients' explanations for illness and physicians responses. *Social Psychology Quarterly* 61, S. 342.
- Gill, V. & Maynard, D. (2006). Explaining illness: patients' proposals and physicians' responses. In J. Heritage & D. Maynard, *Communication in Medical Care* (S. 115-150). Cambridge: University Press.
- Gill, V. & Roberts, F. (2013). Conversation Analysis in Medicine. In J. Sidnell & T. Stivers, *Handbook of Conversation Analysis* (S. 575-92). Oxford: Wiley-Blackwell.
- Gill, V., Pomerantz, A. & Denvir, P. (2010). Pre-emptive resistance: patients' participation in diagnostic sense-making activities. *Sociology of Health and Illness* 32/1, S. 1-20.
- Goffman, E. (1967). *Interaction Ritual. Essays in Face to Face Behavior*. Garden City: Doubleday.
- Goffman, E. (1981). *Forms of Talk*. Pennsylvania: University of Pennsylvania Press.
- Goffman, E. (1983). The interaction order. *American Sociological Review* 48, S. 1-17.
- Golato, A. & Fagyal, Z. (2008). Comparing Single and Double Sayings of the German Response Token ja and the Role of Prosody: A Conversation Analytic Perspective. *Research on Language and Interaction* 41/3, S. 241-270.
- Gonzalez, J., Batchelder, A., Psaros, C. & Safren, S. (2011). Depression and HIV/AIDS Treatment Nonadherence: A Review and Meta-analysis. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 58/2, S. 181-187.
- Goodwin, C. (1979). The Interactive Construction of a Sentence in Natural. In G. Psathas, *Everyday Language: Studies in Ethnomethodology* (S. 97-121). New York: Irvington Publishers.
- Goodwin, C. (1980). Restarts, Pauses, and the Achievement of Mutual Gaze at Turn-Beginning. *Sociological Inquiry* 50/3-4, S. 272-302.

- Goodwin, C. & Goodwin, M. (1992). Assessments and the Construction of Context. In A. Duranti, & C. Goodwin, *Rethinking Context: Language as an Interactive Phenomenon* (S. 147-190). Cambridge: Cambridge University Press.
- Gottschalk-Mazouz, N. (2007). Was ist Wissen? Überlegungen zu einem Komplexbegriff an der Schnittstelle von Philosophie und Sozialwissenschaften. In S. Ammon, C. Heineke, K. Selbmann & A. Hintz, *Wissen in Bewegung : Vielfalt und Hegemonie in der Wissensgesellschaft* (S. 21-40). Weilerswist: Velbrück Wissenschaft.
- Greatbatch, D., Luff, P., Heath, C. & Champion, P. (1993). Interpersonal communication and human-computer interaction: an examination of the use of computers in medical consultations. *Interacting with Computers* 5, S. 193-216.
- Greenfield, S., Kaplan, S. & Ware, J. (1985). Expanding patient involvement in care. *Annals of Internal Medicine* 102, S. 520-528.
- Greenhalgh, T. & Hurwitz, B. (2005). *Narrative Based Medicine - Sprechende Medizin. Dialog und Diskurs im klinischen Alltag*. Bern u.a.: Hans Huber.
- Grice, M. & Baumann, S. (2000). Deutsche Intonation und GToBI. *Linguistische Berichte* 181, S. 1-33.
- Groß, A. (2013). Prediagnostic utterances in the HIV-consultation - Constituting and modifying asymmetries in the doctor/patient-encounter. *LPQR - Linguistic Perspectives & Qualitative Research* 4/1, S. 1-20.
- Groß, A. (2014). Communication in Medical Care - An ICCA2014 report. *Gesprächsforschung - Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion* 15, S. 320-331.
- Groß, A. (2015). Asymmetrie und (Patienten-)Expertise in der HIV-Sprechstunde. In A. Busch & T. Spranz-Fogasy, *Handbuch Sprache in der Medizin* (S. 282-299). Berlin/Boston: de Gruyter.
- Groß, A. (2017). Interaktive Konstitution von Patientenexpertise während der Mitteilung der Blutwerte. In R. Heuberger & M. Calderón, *Health and Language*. Frankfurt (Main) et al.: Peter Lang.
- Groß, A., & Harren, I. (2016). Einleitung: Wissen in institutioneller Interaktion. In A. Groß & I. Harren, *Wissen in institutioneller Interaktion*. Frankfurt a. M.: Peter Lang.
- Guenter, D., Gillett, J., Cain, R., Pawluch, D. & Travers, R. (2010). What Do People Living With HIV/AIDS Expect From Their Physicians? Professional Expertise and the Doctor-Patient-Relationship. *Journal of the International Association of Physicians in AIDS Care* 9/6, S. 341-345.
- Gülich, E. (2003). Conversational techniques used in transferring knowledge between medical experts and non-experts. *Discourse studies*, S. 235-263.

- Gülich, E. (2005). Krankheitserzählungen. In M. Neises, S. Ditz & T. Spranz-Fogasy, *Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde* (S. 73-89). Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH.
- Gülich, E., Schwabe, M., Reuber, M. & Schöndienst, M. (2008). Listening to people with seizures: How can linguistic analysis help in the differential diagnosis of seizure disorders? *Communication & Medicine* 5/1, S. 53-66.
- Gumperz, J. (1989). Contextualization cues and metapragmatics: the retrieval of cultural knowledge. *CLS* 25/2, S. 77-88.
- Gumperz, J. (1991). Contextualization and understanding. In A. Duranti & C. Goodwin, *Rethinking Context* (S. 229-252). Cambridge: CUP.
- Günthner, S. (1993). 'weil - man kann es ja wissenschaftlich untersuchen' - Diskurspragmatische Aspekte der Wortstellung in WEIL-Sätzen. *Linguistische Berichte* 43, S. 37-59.
- Günthner, S. (2006a). Grammatische Analysen der kommunikativen Praxis – "Dichte Konstruktionen" in der Interaktion. In A. Deppermann, R. Fiehler & T. Spranz-Fogasy, *Grammatik und Interaktion – Untersuchungen zum Zusammenhang von grammatischen Strukturen und Gesprächsprozessen* (S. 95-122). Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung.
- Günthner, S. (2006b). Von Konstruktionen zu kommunikativen Gattungen: Die Relevanz sedimentierter Muster für die Ausführung kommunikativer Aufgaben. *Deutsche Sprache* 34, S. 1-2, 173-190.
- Günthner, S. (2008). Projektorkonstruktionen im Gespräch: Pseudoclefts, die Sache ist-Konstruktionen und Extrapositionen mit es. *Gesprächsforschung - Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion* 9, S. 86-114.
- Günthner, S. (2015). Grammatische Konstruktionen im Kontext sequenzieller Praktiken - 'was heißt x'-Konstruktionen im gesprochenen Deutsch. In J. Bücker, W. Imo & S. Günthner, *Konstruktionsgrammatik V. Konstruktionen im Spannungsfeld von sequenziellen Mustern, kommunikativen Gattungen und Textsorten (Stauffenburg Linguistik 77)* (S. 187-218). Tübingen: Stauffenburg.
- Günthner, S. & Bücker, J. (2009). Einleitung zum Sammelband: "Grammatik im Gespräch: Konstruktionen der Selbst- und Fremdpositionierung". In S. Günthner & J. Bücker, *Grammatik im Gespräch: Konstruktionen der Selbst- und Fremdpositionierung* (S. 1-19). Berlin/New York: de Gruyter.
- Günthner, S., & Gohl, C. (1999). Grammatikalisierung von weil als Diskursmarker in der gesprochenen Sprache. *Zeitschrift für Sprachwissenschaft* 18/1, S. 39-75.
- Günthner, S. & Imo, W. (2006). *Konstruktionen in der Interaktion*. Berlin/New York: de Gruyter.

- Günthner, S. & Knoblauch, H. (1994). "Forms are the food of faith": Gattungen als Muster kommunikativen Handelns. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 46/4, S. 693-723.
- Guyatt, G., Cairns, J. & Churchill, D. (1992). Evidence-based Medicine. A New Approach to Teaching the Practice of Medicine. *Journal of the American Medical Association* 268, S. 2420-2425.
- Halkowski, T. (2006). Realizing the illness: patients' narratives of symptom discovery. In J. Heritage & D. Maynard, *Communication in Medical Care* (S. 86-114). Cambridge: University Press.
- Harren, I. (2015). *Fachliche Inhalte sprachlich ausdrücken lernen*. Mannheim: Verlag für Gesprächsforschung.
- Heath, C. (1981). The opening sequence in doctor-patient interaction. In P. Atkinson & C. Heath, *Medical Word: Realities and Routines* (S. 71-90). Farnborough: Gower.
- Heath, C. (1992). The Delivery and Reception of Diagnosis in the General practice Consultation. In P. Drew & J. Heritage, *Talk at work* (S. 235-267). Cambridge.
- Heisler, M., Bouknight, R., Hayward, R., Smith, D. & Kerr, E. (2002). The Relative Importance of Physician Communication, Participatory Decision Making, and Patient Understanding in Diabetes Self-management. *Journal of General Internal Medicine* 17/4, S. 243-252.
- Hepburn, A. & Bolden, G. (2013). The Conversation Analytic Approach to Data Collection. In J. Sidnell & T. Stivers, *The Handbook of Conversation Analysis* (S. 57-76). Oxford: Blackwell.
- Heritage, J. (1984a). A Change of State Token and Aspects of Its Sequential Placement. In J. Atkinson & J. Heritage, *Structures of Social Action* (S. 299-345). Cambridge: Cambridge University Press.
- Heritage, J. (1984b). *Garfinkel and Ethnomethodology*. Cambridge: Polity.
- Heritage, J. (2001). Goffman, Garfinkel and Conversation Analysis. In M. Wetherell, S. Taylor & S. Yates, *Discourse Theory and Practice: A Reader* (S. 47-57). London: Sage.
- Heritage, J. (2005). Revisiting authority in physician-patient interaction. In J. Duchan & D. Kovarsky, *Diagnosis as cultural practice* (S. 83-102). New York: de Gruyter.
- Heritage, J. (2006). Conversation Analysis and Institutional Talk: Analysing Data. In P. Drew & J. Heritage, *Conversation Analysis (Band IV: Institutional Interactions)* (S. 1-26). London et al.: Sage.
- Heritage, J. (2009). Negotiating the legitimacy of medical problems: A multi-phase concern for patients and physicians. In D. Brashers & D. Goldsmith,

- Communicating to Manage Health and Illness* (S. 147-164). New York: Routledge.
- Heritage, J. (2010). Questioning in Medicine. In A. Freed & S. Ehrlich, 'Why do you ask?': *The Function of Questions in Institutional Discourse* (S. 42-68). Oxford: Oxford University Press.
- Heritage, J. (2012a). Epistemics in Action: Action Formation and Territories of Knowledge. *Research on Language and Social Interaction* 45/1, S. 1-29.
- Heritage, J. (2012b). The Epistemic Engine: Sequence Organization and Territories of Knowledge. *Research on Language and Social Interaction* 45/1, S. 30-52.
- Heritage, J. (2013). Epistemics in Conversation. In J. Sidnell & T. Stivers, *The Handbook of Conversation Analysis* (S. 370-394). Blackwell.
- Heritage, J. & Clayman, S. (2010). *Talk in Action: Interactions, Identities and Institutions*. Malden: Wiley-Blackwell.
- Heritage, J. & Drew, P. (1992). *Talk at work*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Heritage, J. & Greatbatch, D. (1991). On the Institutional Character of Institutional Talk: The Case of News Interviews. In D. Boden & D. Zimmerman, *Talk and Social Structure* (S. 93-137). Berkeley: University of California Press.
- Heritage, J. & Lindström, A. (2012). Advice giving - terminable and interminable: The case of British health visitors. In H. Limberg & M. Locher, *Advice in Discourse* (S. 169-193). Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins.
- Heritage, J. & Maynard, D. (2006). Introduction: Analyzing interaction between doctors and patients in primary care encounters. In J. Heritage & D. Maynard, *Communication in Medical Care* (S. 1-21). Cambridge: Cambridge University Press.
- Heritage, J. & Raymond, G. (2005). The terms of agreement: Indexing epistemic authority and subordination in assessment sequences. *Social Psychology Quarterly* 68, S. 15-38.
- Heritage, J. & Raymond, G. (2012). Navigating Epistemic Landscapes: Acquiescence, Agency and Resistance in Responses to Polar Questions. In J. de Ruiter, *Questions* (S. 179-192). Cambridge: Cambridge University Press.
- Heritage, J. & Robinson, J. (2006a). The structure of patients' presenting concerns: physicians' opening questions. *Health Community* 19/2, S. 89-102.
- Heritage, J. & Robinson, J. (2006b). Accounting for the visit: giving reasons for seeking medical care. In J. Heritage & D. Maynard, *Communication in*

- Medical Care: Interactions between Primary Care Physicians and Patients* (S. 48-85). Cambridge: Cambridge University Press.
- Heritage, J. & Sorjonen, M.-L. (1994). Constituting and maintaining activities across sequences: And-prefacing as a feature of question design. *Language in Society* 23, S. 1-29.
- Heritage, J. & Stivers, T. (1999). Online commentary in acute medical visits: a method of shaping patient expectations. *Social Science and Medicine* 49, S. 1501-1517.
- Heritage, J., Robinson, J., Elliott, M., Beckett, M. & Wilkes, M. (2007). Reducing Patients' Unmet Concerns in Primary Care: the Difference One Word Can Make. *Journal of General Internal Medicine* 22/10, S. 1429-1433.
- Hibbard, J., Mahoney, E., Stock, R. & Tusler, M. (2007). Do Increases in Patient Activation Result in Improved Self-Management Behaviors? *Health Services Research* 42/4, S. 1443-1463.
- Higgins, C. & Norton, B. (2010). *Language and HIV / AIDS*. Bristol: Multilingual Matters.
- Hinkel, E. (1997). Appropriateness of Advice: DCT and Multiple Choice Data. *Applied Linguistics* 18/1, S. 1-26.
- Hitzler, R. (1994). Wissen und Wesen des Experten. Ein Annäherungsversuch - zur Einleitung. In R. Hitzler, A. Honer & C. Maeder, *Expertenwissen. Die institutionalisierte Kompetenz zur Konstruktion von Wirklichkeit* (S. 13-30). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Hitzler, S. (2013). Recipient Design in institutioneller Mehrparteieninteraktion. *Gesprächsforschung - Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion* 14, S. 110-132.
- Hoffmann, C. & Rockstroh, J. (2016). *HIV 2016/17*. Hamburg: Medizin Fokus Verlag.
- Hornung, R., Helminger, A. & Hättich, A. (1994). *Aids im Bewusstsein der Bevölkerung. Stigmatisierungs- und Diskriminierungstendenzen gegenüber Menschen mit HIV und Aids*. Bern: Stämpfli.
- Houtkoop, H. (1987). *Establishing agreement : an analysis of proposal-acceptance sequences*. Dordrecht: Foris.
- Hudak, P. & Maynard, D. (2011). An interactional approach to conceptualising small talk in medical interactions. *Sociology of Health and Illness* 33/4, S. 634-653.
- Hutchby, I. (1995). Aspects of recipient-design in expert advice-giving on call-in radio. *Discourse Processes* 19, S. 219-238.
- Hutchby, I. & Wooffitt, R. (1998 [2005]). *Conversation analysis: Principles, practices and applications*. Cambridge: Polity.

- Imo, W. (2007). *Construction Grammar und Gesprochene-Sprache-Forschung*. Tübingen: Max Niemeyer.
- Imo, W. (2009). Konstruktion oder Funktion? Erkenntnisprozessmarker (change-of-state-token) im Deutschen. In S. Günthner & J. Bücker, *Grammatik im Gespräch* (S. 57-86). Berlin: de Gruyter.
- Imo, W. (2016). Intelligent designs: Tailoring one's utterances to recipients, situations and genres. In *DGLK Yearbook 2015* (S. 147-169). Berlin: de Gruyter.
- Jann, N. (i. Dr.). Das neue Aids? Die Diskursivierung von HIV und Aids im SPIEGEL von 1996-2013. In A. Groß, R. Pech & I. Vlassenko, *HIV/AIDS. Interdisziplinäre Perspektiven (HIV/AIDS. Interdisciplinary Perspectives)*. Berlin: LIT.
- Jefferson, G. (1972). Side sequences. In D. Sudnow, *Studies in Social Interaction* (S. 294-333). New York: Free Press.
- Jefferson, G. (2004). Glossary of transcript symbols with an introduction. In G. Lerner, *Conversation Analysis: Studies from the First Generation* (S. 13-31). Amsterdam: John Benjamins.
- Kalichmann, S., DiMarco, M., Austin, J., Luke, W. & DiFonzo, K. (2003). Stress, social support, and HIV-status disclosure to family and friends among HIV-positive men and women. *Journal of Behavioral Medicine* 26/4, S. 315-332.
- Kamio, A. (1995). Territory of information in English and Japanese and psychological utterances. *Journal of Pragmatics* 24/3, S. 235-264.
- Klein, J. (2001). Erklären und Argumentieren als interaktive Gesprächsstrukturen. In K. Brinker, G. Antos, W. Heinemann & S. Sager, *Text- und Gesprächslinguistik. Ein internationales Handbuch zeitgenössischer Forschung (Handbücher zur Sprach- und Kommunikationswissenschaft, HSK 16.2)* (S. 1309-1329). Berlin/New York: de Gruyter.
- Klemm, M. (2016). Die multimodale (De-)Konstruktion der Experten. Betrachtungen am Beispiel des Klimawandel-Diskurses im Fernsehen. In A. Groß & I. Harren, *Wissen in institutioneller Interaktion* (S. 177-205). Frankfurt (Main): Peter Lang.
- Knuchel, D. (i. Dr.). Old Aids – New Aids in DER SPIEGEL? A corpus linguistic approach to conceptualisations of HIV/AIDS. In A. Groß, R. Pech & I. Vlassenko, *HIV/AIDS. Interdisziplinäre Perspektiven (HIV/AIDS. Interdisciplinary Perspectives)*. Berlin: LIT.
- Koenig, C. (2011). Patient resistance as agency in treatment decisions. *Social Science & Medicine* 72, S. 1105-1114.

- Koerfer, A. & Albus, C. (2015). Dialogische Entscheidungsfindung zwischen Arzt und Patient. In A. Busch & T. Spranz-Fogasy, *Handbuch Sprache in der Medizin* (S. 116-134). Berlin/Boston: de Gruyter.
- Konerding, K.-P. (2009). Sprache - Gegenstandskonstitution - Wissensbereiche. In E. Felder & M. Müller, *Sprache und Wissen. Theorie, Praxis und Erkenntnisinteresse des Forschungsnetzwerkes "Sprache und Wissen"* (S. 79-111). Berlin/New York: de Gruyter.
- Kratzer, A. (1991). Modality. In A. von Stechow & D. Wunderlich, *Handbuch Semantik/Handbook Semantics* (S. 639-650). Berlin/New York: de Gruyter.
- Kremer, H. (2004). *Medical decision-making, adherence and quality of life in people living with HIV/AIDS*. Tübingen: Dissertation.
- Labov, W. & Fanshel, D. (1977). *Therapeutic discourse: Psychotherapy as conversation*. New York: Academic Press.
- Labov, W. & Waletzky, J. (1973). Erzählanalyse: mündliche Versionen persönlicher Erfahrung. In J. Ihwe, *Literaturwissenschaft und Linguistik* (S. 78-126). Frankfurt (Main): Fischer-Athenäum.
- Lalouschek, J. (2002). Frage-Antwort-Sequenzen im ärztlichen Gespräch. In G. Brüner & R. Fiehler, *Angewandte Diskursforschung (Band 1: Grundlagen und Beispielanalysen)* (S. 155-173). Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung.
- Lalouschek, J. (2013). Anliegenklärung im ärztlichen Gespräch - Patientenbeteiligung und neue Formen medizinischer Kommunikation. In F. Menz, *Migration und medizinische Kommunikation. Linguistische Verfahren der Patientenbeteiligung und Verständnissicherung in ärztlichen Gesprächen mit MigrantInnen* (S. 354-444). Wien: Vienna University Press.
- Leppänen, V. (1998). The Straightforwardness of Advice: Advice-Giving in Interaction Between Swedish District Nurses and Patients. *Research on Language and Social Interaction* 31/2, S. 209-239.
- Levinson, S. (1979). Activity types and Language. *Linguistics* 17, S. 365-399.
- Levinson, S. (2013). Action Formation and Ascription. In J. Sidnell & T. Stivers, *The Handbook of Conversation Analysis* (S. 103-130). Oxford/Malden: Wiley-Blackwell.
- Limberg, H. & Locher, M. (2012). *Advice in Discourse*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins.
- Lindström, A. & Mondada, L. (2009). Assessments in Social Interaction: Introduction to the Special Issue. *Research on Language and Social Interaction* 42/4, S. 299-308.

- Lindström, A. & Weatherall, A. (2015). Orientations to epistemics and deontics in treatment discussions. *Journal of Pragmatics* 78, S. 39-53.
- Locher, M. & Limberg, H. (2012). Introduction to advice in discourse. In H. Limberg, & M. Locher, *Advice in Discourse* (S. 1-27). Amsterdam: John Benjamins.
- Loh, A., Leonhart, R., Wills, C., Simon, D. & Härter, M. (2007). The Impact of Patient Participation on Adherence in Primary Care of Depression. *Patient Education and Counseling* 65/1, S. 69-78.
- Lohse, N., Pedersen, A., Kronborg, G., Gerstoft, J. & Sorensen, H. (2007). Survival of persons with and without HIV infection in Denmark, 1995-2005. *Annals of Internal Medicine*, S. 87-95.
- Longtin, Y., Sax, H., Leape, L., Sheridan, S., Donaldson, L. & Pittet, D. (2010). Patient Participation: Current Knowledge and Applicability to Patient Safety. *Mayo Clinic Proceedings* 85/1, S. 53-62.
- Löning, P. (1994). Versprachlichung von Wissensstrukturen bei Patienten. In A. Redder & I. Wiese, *Medizinische Kommunikation: Diskurspraxis, Diskursethik, Diskursanalyse* (S. 97-114). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Lüger, H.-H. (1992). *Sprachliche Routinen und Rituale*. Frankfurt a.M.: Peter Lang.
- Ma, J., Lee, K. & Kuo, G. (2010). HLA-B*5701 testing to predict abacavir hypersensitivity. *PLoS Currents* 7/2.
- Mangione-Smith, R., Stivers, T., Elliott, M., McDonald, L. & Heritage, J. (2003). Online commentary on physical exam findings: a communication tool for avoiding inappropriate antibiotic prescribing. *Social Science & Medicine* 56/2, S. 313-320.
- Matic, I., Hanselmann, S. & Kleinberger, U. (2016). "SOME tablets they say that i don't get anyMORE." - Wissensaushandlungen in der mehrsprachigen häuslichen Pflege. In A. Groß & I. Harren, *Wissen in institutioneller Interaktion* (S. 57-82). Frankfurt: Peter Lang.
- Maynard, D. (1989). Perspective-Display Sequences in Conversation. *Western Journal of Speech Communication* 53, S. 91-113.
- Maynard, D. (1991a). Interaction and Asymmetry in Clinical Discourse. *American Journal of Sociology* 97, S. 448-95.
- Maynard, D. (1991b). The perspective-display series and the delivery and receipt of diagnostic news. In D. Boden & D. Zimmerman, *Talk and social structure* (S. 161-192). Cambridge: Polity.
- Maynard, D. (1992). On Clinicians Co-implicating Recipients' Perspective in the Delivery of Diagnostic News. In P. Drew & J. Heritage, *Talk at work* (S. 331-358). Cambridge.

- Maynard, D. (1996). On "Realization" in everyday life: The forecasting of bad news as a social relation. *American Sociological Review* 61, S. 109-131.
- Maynard, D. (1998). Praising versus blaming the messenger: Moral issues in Deliveries of Good and Bad News. *Research on Language and Social Interaction* 31/3&4, S. 359-395.
- Maynard, D. (2003). *Bad News, Good News - Conversational order in everyday talk and clinical settings*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Maynard, D. (2006). "Does it mean I'm gonna die?": on meaning assessment in the delivery of diagnostic news. *Social Science and Medicine* 62, S. 1902-1916.
- Maynard, D. & Frankel, R. (2006). On diagnostic rationality: bad news, good news, and the symptom residue. In J. Heritage & D. Maynard, *Communication in Medical Care* (S. 248-278). Cambridge: Cambridge University Press.
- Maynard, D., Cortez, D. & Campbell, T. (2015). 'End of life' conversations, appreciation sequences, and the interaction order in cancer clinics. *Patient Education and Counselling* 99/1, S. 92-100.
- Meer, D. (2011). Kommunikation im Alltag – Kommunikation in Institutionen: Überlegungen zur Ausdifferenzierung einer Opposition. In K. Birkner & D. Meer, *Institutionalisierter Alltag: Mündlichkeit und Schriftlichkeit in unterschiedlichen Praxisfeldern* (S. 28-50). Mannheim: Verlag für Gesprächsforschung.
- Menz, F. (2015). Handlungsstruktur ärztlicher Gespräche und ihre Beeinflussung durch institutionelle und soziale Rahmenbedingungen. In A. Busch & T. Spranz-Fogasy, *Handbuch Sprache in der Medizin. (Handbücher Sprachwissen, Band 11)* (S. 75-92). Berlin/Boston: de Gruyter.
- Menz, F., Lalouschek, J. & Gstettner, A. (2008). *Effiziente ärztliche Gesprächsführung*. Wien: Lit.
- Mishler, E. (1984). *The discourse of medicine*. New Jersey: Ablex Publishing Corporation.
- Moira, S. (2001). Towards a global definition of patient centered care. *British medical Journal* 322/7284, S. 444-445.
- Mondada, L. (2011). Understanding as an embodied, situated and sequential achievement in interaction. *Journal of Pragmatics* 43, S. 542-552.
- Mutzek, W. (1988). *Von der Absicht zum Handeln. Rekonstruktion und Analyse Subjektiver Theorien zum Transfer von Fortbildungsinhalten in den Berufsalltag*. Weinheim: Dt. Studien Verlag.
- Newman, W., Button, G. & Cairns, P. (2010). Pauses in doctor-patient conversation during computer use: The design significance of their

- durations and accompanying topic changes. *International Journal of Human-Computer Studies* 68, S. 298-409.
- Nieuwkerk, P., Sprangers, M., Burger, D., Hoetelmans, R., Hugen, P., Danner, S., . . . Lange, J. (2001). Limited Patient Adherence to Highly Active Antiretroviral Therapy for HIV-1 Infection in an Observational Cohort Study. *Archives of Internal Medicine* 161, S. 1962-1968.
- Nowak, P. (2010). *Eine Systematik der Arzt-Patient-Interaktion*. Frankfurt/Main: Peter Lang.
- Ochs, E., Schegloff, E. & Thompson, S. (1996). *Interaction and grammar*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Park, Y. (2013). Negotiating last-minute concerns in closing korean medical encounters: the use of gaze, body and talk. *Social Science & Medicine* 97/0, S. 176-191.
- Parsons, T. (1951). Illness and the role of the physician: a sociological perspective. *American Journal of Orthopsychiatry* 21/3, S. 452-460.
- Pech, R. (2016). *creo que e:s=si no me equivoco=el VI:rus (--)* de Sida - Zur interaktiven Wissensaushandlung im dominikanischen HIV/AIDS-Aufklärungsgespräch. In A. Groß & I. Harren, *Wissen in institutioneller Interaktion* (S. 207-241). Frankfurt am Main: Peter Lang.
- Pekarek Doehler, S. & Müller, G. (2006). Zur Rolle von Linksherausstellungen bei der interaktiven Konstruktion von Auflistungen: Linksversetzungen und Pseudo-Clefts im gesprochenen Französischen. In A. Deppermann, R. Fiehler, & T. Spranz-Fogasy, *Grammatik und Interaktion* (S. 245-277). Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung.
- Peräkylä, A. (1995). *AIDS counselling. Institutional interaction and clinical practice*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Peräkylä, A. (1998). Authority and Accountability: The Delivery of Diagnosis in primary Health Care. *Social Psychology Quarterly* 61/4, S. 301-320.
- Peräkylä, A. (2006). Communicating and responding to diagnosis. In J. Heritage & D. Maynard, *Communication in medical care: Interaction between primary care physicians and patients* (S. 214-47). New York: Cambridge University Press.
- Peräkylä, A. (2013). CA in psychotherapy. In T. Stivers & J. Sidnell, *The Handbook of Conversation Analysis* (S. 551-574). Oxford: Blackwell.
- Peräkylä, A. (2015). Introduction: Epistemics and deontics in conversational directives. *Journal of Pragmatics* 78, S. 1-6.
- Pilnick, A. & Dingwall, R. (2011). On the remarkable persistence of asymmetry in doctor/patient interaction: A critical review. *Social Science and Medicine* 72/8, S. 1374-82.

- Polit, D. & Beck, C. (2010). Generalization in quantitative and qualitative research: Myths and strategies. *International Journal of Nursing Studies*, S. 1451-1458.
- Pomerantz, A. (1975). *Second assessments: a study of some features of agreements/disagreements*. Unpublished doctoral dissertation. Division of Social Sciences. Irvine: University of California.
- Pomerantz, A. (1980). Telling my side: "Limited access" as a "fishing" device. *Sociological Inquiry* 50, S. 186-198.
- Pomerantz, A. (1984). Agreeing and disagreeing with assessments: Some features of preferred/dispreferred turn shapes. In J. Atkinson & J. Heritage, *Structures of Social action: Studies in conversation analysis* (S. 57-101). Cambridge: Cambridge University Press.
- Pomerantz, A. (1986). Extreme Case formulations: A way of legitimizing claims. *Human Studies* 9, S. 219-229.
- Pomerantz, A. (1988). Offering a candidate answer: An information seeking strategy. *Communication Monographs* 55/4, S. 360-373.
- Pomerantz, A. & Heritage, J. (2013). Preference. In T. Stivers & J. Sidnell, *The Handbook of Conversation Analysis* (S. 210-228). Malden/Oxford: Blackwell.
- Pomerantz, A. & Rintel, E. S. (2004). Practices for reporting and responding to test results during medical consultations: enacting the roles of paternalism and independent expertise. *Discourse studies* 6/1, S. 9-26.
- Primus, B. (2012). *Semantische Rollen*. Heidelberg: Universitätsverlag Winter.
- Pschyrembel, W. (2002). *Klinisches Wörterbuch*. Berlin/New York: de Gruyter.
- Ragan, S. (2000). Sociable talk in women's health care contexts: two forms of non-medical talk. In J. Coupland, *Small Talk* (S. 269-287). Harlow: Pearson Education.
- Rakelmann, G. (2005). Prozesse des Einbezugs von Aids in die botswanische Alltagswelt: Von einer allochthonen zu einer einheimischen Krankheit. *curare (Zeitschrift für Ethnomedizin und transkulturelle Psychiatrie)* 28/2&3, S. 153-168.
- Raymond, G. (2004). Prompting Action: The Stand-Alone "So" in Ordinary Conversation. *Research on Language and Interaction* 37/2, S. 185-218.
- Reber, E. (2012). *Affectivity in Interaction. Sound objects in English*. Amsterdam/Philadelphia: Benjamins.
- Redder, A. & Wiese, I. (1994). *Medizinische Kommunikation: Diskurspraxis, Diskursethik, Diskursanalyse*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Rehbein, J. & Löning, P. (1993). *Arzt-Patienten-Kommunikation. Analysen zu interdisziplinären Problemen des medizinischen Diskurses*. Berlin: de Gruyter.

- Remien, R. & Mellins, C. (2007). Long-term psychosocial challenges for people living with HIV: let's not forget the individual in our global response to the pandemic. *AIDS* 21/5, S. S55-S63.
- Robert-Koch-Institut. (2016). Schätzung der Zahl der HIV-Neuinfektionen und der Gesamtzahl von Menschen mit HIV in Deutschland (Stand: Ende 2015). *Epidemiologisches Bulletin* 45, S. 497-512.
- Robinson, J. (2001a). Asymmetry in action. Sequential resources in the negotiation of a prescription request. *Text* 21/1,2, S. 19-54.
- Robinson, J. (2001b). Closing medical encounters: two physician practices and their implications for the expression of patients' unstated concerns. *Social Science & Medicine* 53, S. 639-656.
- Robinson, J. (2003). An interactional structure of medical activities during acute visits and its implications for patients' participation. *Health Communication* 15, S. 27-59.
- Robinson, J. (2006). Soliciting patients' presenting concerns. In J. Heritage & D. Maynard, *Practicing medicine. Structure and Process in Primary care encounters*. (S. 22-47). Cambridge: Cambridge University Press.
- Robinson, J. (2013). Overall structural organization. In J. Sidnell & T. Stivers, *Handbook of Conversation Analysis* (S. 257-280). Oxford/Malden: Wiley-Blackwell.
- Robinson, J. (2016). Accountability in Social Interaction. In J. Robinson, *Accountability in Social Interaction* (S. 1-44). Oxford: Oxford University Press.
- Robinson, J. & Heritage, J. (2005). The structure of patients' presenting concerns: the completion relevance of current symptoms. *Social Science and Medicine* 61, S. 481-493.
- Robinson, J. & Heritage, J. (2006). Physicians' opening questions and patients' satisfaction. *Patient Education and Counseling* 60, S. 279-285.
- Rodondi, P.-Y., Maillefer, J., Suardi, F., Rodondi, N., Cornuz, J. & Vannotti, M. (2009). Physician Response to "By-the-Way" Syndrome in Primary Care. *Journal of General Internal Medicine* 24/6, S. 739-741.
- Rompel, M. (2006). Prevention is like telling people: Ey, stop loving. Ansätze und Problemfelder massenmedial vermittelter Aids-Prävention im südlichen Afrika. In M. Drescher & S. Klaeger, *Kommunikation über HIV/Aids* (S. 219-235). Berlin: LIT.
- Rosenbrock, R. & Schaeffer, D. (2003). Die Normalisierung von Aids: Erinnerungen für die Zukunft. In R. Rosenbrock & D. Schaeffer, *Die Normalisierung von Aids. Politik - Prävention - Krankenversorgung (Ergebnisse sozialwissenschaftlicher Aids-Forschung, Band 23)* (S. 7-8). Berlin: Edition Sigma.

- Rosenbrock, R., Schaeffer, D., Moers, M., Dubois-Arber, F., Pinell, P. & Setbon, M. (2003). Die Normalisierung von Aids in Westeuropa. In R. Rosenbrock, & D. Schaeffer, *Die Normalisierung von Aids. Politik - Prävention - Krankenversorgung (Ergebnisse sozialwissenschaftlicher Aids-Forschung, Band 23)* (S. 11-70). Berlin: Edition Sigma.
- Rost, K. (1989). The Influence of Patient Participation on Satisfaction and Compliance. *The Diabetes Educator* 15/2, S. 139-143.
- Roter, D. & Larson, S. (2002). The Roter interaction analysis system (RIAS): utility and flexibility for analysis of medical interaction. *Patient Education and Counseling* 46, S. 243-251.
- Sacks, H. (1972). An initial investigation of the usability of conversational data for doing sociology. In D. Sudnow, *Studies in Social Interaction* (S. 31-74). New York: The Free Press.
- Sacks, H. (1975). Everyone has to lie. In B. Blount & M. Sanches, *Socio-cultural dimensions of language use* (S. 57-80). New York: Academic Press.
- Sacks, H. (1984a). Notes on methodology. In J. Heritage & M. Atkinson, *Structures of Social Action: Studies in Conversation Analysis* (S. 2-27). Cambridge: Cambridge University Press.
- Sacks, H. (1984b). On doing "being ordinary". In J. Atkinson & J. Heritage, *Structures of Social Action* (S. 413-429). Cambridge: Cambridge University Press.
- Sacks, H. (1992). *Lectures on Conversation Analysis. 2 Bde.* Oxford: Blackwell.
- Sacks, H. & Schegloff, E. (1979). Two preferences in the organization of reference to persons in conversation and their interaction. In G. Psathas, *Everyday language* (S. 15-21). New York: Center for the Study of Ethnomethodology and Conversation Analysis.
- Sacks, H., Schegloff, E. & Jefferson, G. (1974). A simplest systematics for the organization of turn-taking for conversation. *Language* 50, S. 696-735.
- Sator, M. (2003). *Zum Umgang mit Relevanzmarkierungen im ÄrztInnen-PatientInnen-Gespräch. Eine konversationsanalytische Fallstudie eines Erstgesprächs auf der onkologischen Ambulanz.* Wien: Universität Wien; Diplomarbeit.
- Sator, M. & Güllich, E. (2013). Familiendolmetschung vs. professionelle Dolmetschung II: Eine Systematisierung von Formen der Patientenbeteiligung. In F. Menz, *Migration und Medizinische Kommunikation. Linguistische Verfahren der Patientenbeteiligung und Verständnissicherung in ärztlichen Gesprächen mit MigrantInnen* (S. 147-310). Göttingen: V&R unipress.
- Schegloff, E. (1986). The routine as achievement. *Human studies* 9, S. 111-151.

- Schegloff, E. (1991). Reflections on Talk and Social Structure. In D. Boden & D. Zimmerman, *Talk and Social Structure* (S. 44-70). Cambridge: Polity Press.
- Schegloff, E. (2007a). A tutorial on membership categorization. *Journal of Pragmatics* 39, S. 462-482.
- Schegloff, E. (2007b). *Sequence organization in interaction: A primer in conversation analysis (Vol.1)*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Schegloff, E. & Sacks, H. (1973). Opening up Closings. *Semiotica VIII/4*, S. 289-327.
- Schmidt, S. (2009). *HIV und AIDS im gesellschaftlichen Bewusstsein. Wissen und Umgang mit HIV und AIDS in der Gesellschaft sowie Konsequenzen und Aufträge für die soziale Arbeit*. Saarbrücken: VDM.
- Schober, M. & Brennan, S. (2003). Processes of Interactive Spoken Discourse: The Role of the Partner. In A. Graesser, A. Gernsbacher & S. Goldman, *Handbook of Discourse Processes* (S. 123-164). New Jersey: Hillsdale.
- Schöps, C. (2017). *Hören Sie mich, Doc? Ein guter Draht zum Arzt ist wichtig für die Therapie. Ein Report über Störgeräusche. DIE ZEIT Magazin 46/4*, S. 8-16.
- Schwabe, M. (2006). *Kinder und Jugendliche als Patienten. Eine gesprächsanalytische Studie zum subjektiven Krankheitserleben junger Anfallpatienten in pädiatrischen Sprechstunden*. Göttingen: V&R unipress.
- Searle, J. (1976). A classification of illocutionary acts. *Language in Society* 5, S. 1-23.
- Selting, M. (1995). *Prosodie im Gespräch. Aspekte einer interaktionalen Phonologie der Konversation*. Tübingen: Niemeyer.
- Selting, M. (2016). Praktiken des Sprechens und des Interagierens im Gespräch aus der Sicht von Konversationsanalyse und Interaktionaler Linguistik. In A. Deppermann, H. Feilke & A. Linke, *Sprachliche und kommunikative Praktiken. Jahrbuch des Instituts für Deutsche Sprache* (S. 27-56). Berlin/Boston: de Gruyter.
- Selting, M. & Couper-Kuhlen, E. (2000). Argumente für die Entwicklung einer interaktionalen Linguistik. *Gesprächsforschung – Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion 1*, S. 76-95.
- Selting, M. & Couper-Kuhlen, E. (2001). *Studies in Interactional Linguistics*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins.
- Selting, M., Auer, P., Barth-Weingarten, D., Bergmann, J., Bergmann, P., Birkner, K., . . . Uhmann, S. (2009). Gesprächsanalytisches Transkriptionssystem 2 (GAT2). *Gesprächsforschung - Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion 10*, S. 353-402.

- Sidnell, J. & Stivers, T. (2013). *The Handbook of Conversation Analysis*. Oxford/Malden: Wiley-Blackwell.
- Silverman, D. (1997). *Discourses of Counselling. HIV Counselling as Social Interaction*. London: SAGE.
- Silverman, D., Peräkylä, A. & Bor, R. (1992). Discussing safer sex in HIV counselling: assessing three communication formats. *AIDS Care* 4/1, S. 69-82.
- Simmel, G. (1908). *Soziologie. Untersuchungen über die Formen der Vergesellschaftung*. Leipzig: von Duncker & Humblot.
- Sorjonen, M.-L., Raevaara, L., Haakana, M., Tammi, T. & Peräkylä, A. (2006). Lifestyle discussions in medical interviews. In J. Heritage, & D. Maynard, *Communication in Medical Care. Interactions between Primary Care Physicians and Patients* (S. 340-378). Cambridge: Cambridge University Press.
- Spiegel, C. (2009). Transkripte als Arbeitsinstrument: Von der Arbeitsgrundlage zur Anschauungshilfe. In K. Birkner & A. Stukenbrock, *Die Arbeit mit Transkripten in Fortbildung, Lehre und Forschung* (S. 7-15). Mannheim: Verlag für Gesprächsforschung.
- Spiegel, C. & Spranz-Fogasy, T. (2001). Zur Methodologie der Handlungsstrukturanalyse von Gesprächen. In Z. Iványi & A. Kertész, *Gesprächsforschung - Tendenzen und Perspektiven* (S. 244-257). Frankfurt: Peter Lang.
- Spranz-Fogasy, T. (1987). Alternativen der Gesprächseröffnung im ärztlichen Gespräch. *Zeitschrift für Germanistische Linguistik* 15/3, S. 293-302.
- Spranz-Fogasy, T. (1988). Medikamente im Gespräch zwischen Arzt und Patient - Gesprächsanalysen für die Praxis. *Deutsche Sprache* 16, S. 240-258.
- Spranz-Fogasy, T. (2005). Kommunikatives Handeln in ärztlichen Gesprächen - Gesprächseröffnung und Beschwerdenexploration. In M. Neises, S. Ditz & T. Spranz-Fogasy, *Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde* (S. 17-47). Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH.
- Spranz-Fogasy, T. (2010). Verstehensdokumentation in der medizinischen Kommunikation: Fragen und Antworten im Arzt-Patient-Gespräch. In A. Deppermann & U. Reitemeier, *Verstehen in professionellen Handlungsfeldern* (S. 27-116). Tübingen: Narr.
- Spranz-Fogasy, T. (2014). *Die allmähliche Verfertigung der Diagnose im Reden*. Berlin/Boston: de Gruyter.
- Spranz-Fogasy, T. & Becker, M. (2015). Beschwerdenexploration und Diagnosemitteilung im ärztlichen Erstgespräch. In A. Busch, & T. Spranz-

- Fogasy, *Handbuch Sprache in der Medizin (Handbücher Sprachwissen, Band 11)* (S. 94-115). Berlin/Boston: de Gruyter.
- Spranz-Fogasy, T. & Lindtner, H. (2009). *ham se n unfall gehabt?* Fragen und Verstehen im Gespräch zwischen Arzt und Patient. In E. Felder & M. Müller, *Wissen durch Sprache. Theorie, Praxis und Erkenntnisinteresse des Forschungsnetzwerks 'Sprache und Wissen'* (S. 141-170). Berlin/New York: de Gruyter.
- Spranz-Fogasy, T. & Schöffler, M. (2012). *ja m_hm*. Patientenreaktionen auf prädiagnostische Mitteilungen. *Zeitschrift für Angewandte Linguistik*, S. 1-32.
- Starr, P. (1982). *The Social Transformation of American Medicine*. New York: Basic Books.
- Stein, S. (2003). *Textgliederung: Einheitenbildung im geschriebenen und gesprochenen Deutsch – Theorie und Empirie*. Berlin/New York: de Gruyter.
- Stein, S. (2004). Formelhaftigkeit und Routine in mündlicher Kommunikation. In K. Steyer, *Wortverbindungen - mehr oder weniger fest (Jahrbuch des Instituts für Deutsche Sprache 2003)* (S. 262-288). Berlin et al.: de Gruyter.
- Stephan, C. (i. Dr.). Herausforderungen und Fortschritte in der Therapie bei HIV und AIDS (Advances and challenges in diagnostics & therapy for HIV and AIDS). In A. Groß, R. Pech & I. Vlassenko, *HIV/AIDS - Interdisziplinäre Perspektiven (HIV/AIDS - Interdisciplinary Perspectives)*. Münster: Lit.
- Sterponi, L. (2003). Account episodes in family discourse: the making of morality in everyday interaction. *Discourse Studies* 5, S. 79-100.
- Stevanovic, M. (2012). Establishing joint decisions in a dyad. *Discourse Studies* 14/6, S. 779-803.
- Stevanovic, M. (2013). *Deontic Rights in Interaction. A Conversation Analytic Study on Authority and Cooperation (Academic Dissertation)*. Helsinki: Universität Helsinki; Dissertation.
- Stevanovic, M. & Peräkylä, A. (2012). Deontic Authority in Interaction: The Right to Announce, Propose, and Decide . *Research on Language and Social Interaction* 45/3, S. 297-321.
- Stivers, T. (1998). Prediagnostic commentary in Veterinarian-Client Interaction. *Research on Language and Social Interaction* 31/2, S. 241-277.
- Stivers, T. (2002). "Symptoms only" and "candidate diagnoses": Presenting the problem in pediatric encounters. *Health Communication* 14, S. 299-338.
- Stivers, T. (2005). Parent resistance to Physicians' Treatment Recommendations: One source for Initiating a Negotiation of the Treatment Decision. *Health Communication* 18/1, S. 41-74.

- Stivers, T. (2006). Treatment decisions: negotiations between doctors and parents in acute care encounters. In J. Heritage, & D. Maynard, *Communication in medical care: Interaction between primary care physicians and patients* (S. 279-312). Cambridge: Cambridge University Press.
- Stivers, T. & Rossano, F. (2010). Mobilizing Response. *Research on Language and Social Interaction* 43/1, S. 3-31.
- Stivers, T., Heritage, J., Barnes, R., McCabe, R., Thompson, L. & Toerien, M. (2017). Treatment Recommendations as Actions. *Health Communication*, S. 1-10.
- Stivers, T., Mondada, L. & Steensig, J. (2011). Knowledge, morality and affiliation in social interaction. In T. Stivers, L. Mondada & J. Steensig, *The Morality of Knowledge in Interaction* (S. 3-24). Cambridge/New York: Cambridge University Press.
- Street, R., Makoul, G., Arora, N. & Epstein, R. (2009). How does communication heal? Pathways linking clinician-patient-communication to health outcomes. *Patient Education and Counseling* 74, S. 295-301.
- Stresing, A. (2009). *Patienten mit somatoformen Störungen im psychotherapeutischen Gespräch. Eine konversationsanalytische Untersuchung zur interaktiven Erarbeitung eines psychosomatischen Krankheitsverständnisses*. Freiburg: Universität Freiburg; Dissertation.
- Stukenbrock, A. (2009). Herausforderungen der multimodalen Transkription: Methodische und theoretische Überlegungen aus der wissenschaftlichen Praxis. In K. Birkner & A. Stukenbrock, *Die Arbeit mit Transkripten in Fortbildung, Lehre und Forschung* (S. 144-169). Mannheim: Verlag für Gesprächsforschung.
- Stukenbrock, A. (2013). Sprachliche Interaktion. In P. Auer, *Sprachwissenschaft. Grammatik - Interaktion - Kognition* (S. 217-259). Stuttgart/Weimar: J.B. Metzler.
- Stukenbrock, A. (2015). Verlustnarrative im Spannungsfeld zwischen erzählter Situation und Erzählsituation: Linguistische Fallanalysen. In C. Scheidt, G. Lucius-Hoene, A. Stukenbrock & E. Waller, *Narrative Bewältigung von Trauma und Verlust* (S. 76-93). Stuttgart: Schattauer.
- Stürmer, S. & Salewski, C. (2009). Chronische Krankheit als Stigma: Das Beispiel HIV/AIDS. In A. Beelmann & K. Jonas, *Diskriminierung und Toleranz. Psychologische Grundlagen und Anwendungsperspektiven* (S. 263-281). Wiesbaden: Springer VS.
- Sweers, H. (2010). www.aidsmap.com. CD4-Zellzahl, Viruslast und andere Untersuchungen:
www.aidsmap.com/v635367969318470000/.../CD4_viral_load_booklet_GER_pdf.

- ten Have, P. (1989). The consultation as a genre. In B. Torode, *Text and talk as social practice* (S. 115-135). Dordrecht/Providence: Foris Publications.
- ten Have, P. (1991). Talk and institution: a reconsideration of the "asymmetry" of doctor-patient-interaction. In D. Boden & D. Zimmerman, *Talk and social structure: Studies in ethnomethodology and conversation analysis* (S. 138-163). Los Angeles: University of California Press.
- THE WHOQOL GROUP. (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position Paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine* 41/10, S. 1403-1409.
- Toerien, M., Shaw, R. & Reuber, M. (2013). Initiating decision-making in neurology consultations: 'recommending' versus 'option-listing' and the implications for medical authority. *Sociology of Health & Illness* 35/6, S. 873-890.
- Toerien, M., Shaw, R., Duncan, R. & Reuber, M. (2011). Offering patients choices: A pilot study of interactions in the seizure clinic. *Epilepsy & Behavior* 20, S. 312-320.
- Uhmann, S. (2010). Bitte einmal nachfassen. Professionelles Wissen und seine interaktive Vermittlung – Empraktische freie Infnitive im Operationssaal. In U. Dausendschön-Gay, C. Domke & S. Uhlhus, *Wissen in (Inter-)Aktion. Verfahren der Wissensgenerierung in unterschiedlichen Praxisfeldern* (S. 37-70). Berlin/ New York: de Gruyter.
- Uldry, E., Schäfer, M., Saadi, A., Rousson, V. & Demartines, N. (2013). Patients' Preferences on Information and Involvement in Decision Making for Gastrointestinal Surgery. *World Journal of Surgery* 37/9, S. 2162-2171.
- Vlassenko, I. (2015). *Sprechen über HIV/AIDS*. Berlin: LIT.
- Watermeyer, J., & Penn, C. (2009a). "Tell me so I know you understand": Pharmacists' verification of patients' comprehension of antiretroviral dosage instructions in a cross-cultural context. *Patient Education and Counseling* 75, S. 205-213.
- Watermeyer, J. & Penn, C. (2009b). The organization of pharmacist-patient interactions in an HIV / Aids clinic. *Journal of Pragmatics* 41, S. 2053-2071.
- Webb, H., vom Lehn, D., Heath, C., Gibson, W. & Evans, B. (2013). The Problem with "Problems": The Case of Openings in Optometry Consultations. *Research on Language and Social Interaction* 46/1, S. 65-83.
- Weingart, B. (2002). *Ansteckende Wörter. Repräsentationen von AIDS*. Frankfurt/Main: Surkamp.
- Weingart, S., Junya, Z., Chiappetta, L., Stuver, S., Schneider, E., Epstein, A., . . . Weissman, J. (2011). Hospitalized patients' participation and its impact on

- quality of care and patient safety. *Internal Journal for Quality in Health Care* 23/3, S. 269-277.
- West, C. (2006). Coordinating closings in primary care visits: producing continuity of care. In J. Heritage & D. Maynard, *Communication in Medical Care: Interaction between Primary Care Physicians and Patients* (S. 379-415). Cambridge: Cambridge University Press.
- White, S. (2015). Closing clinical consultations. In A. Busch & T. Spranz-Fogasy, *Handbuch Sprache in der Medizin. (Handbücher Sprachwissen, Band 11)* (S. 170-187). Berlin/Boston: de Gruyter.
- Winterscheid, J. (2015). Pädiatrische Gespräche. In A. Busch & T. Spranz-Fogay, *Handbuch Sprache in der Medizin (Handbücher Sprachwissen, Band 11)* (S. 188-207). Berlin/Boston: de Gruyter.
- Wrubel, J., Moskowitz, J., Stephens, E. & Johnson, M. (2011). Illness and Medication Appraisals in People with HIV Deciding to Begin Antiretroviral Treatment. *Psychology* 2/2, S. 117-121.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Der Verlauf der HIV-Infektion ohne ART	16
Abbildung 2: Räumliche Aufteilung der HIV-Ambulanz.....	72
Abbildung 3: Flur der HIV-Ambulanz.....	72
Abbildung 4: Schematische Darstellung eines Sprechstundenzimmers.....	74
Abbildung 5: Muster eines Gesprächsinventars.....	77
Abbildung 6: Die qualitative Hierarchie nach Daly et al. (2007, S. 45)	80
Abbildung 7: Aktivitäten in der HIV-Sprechstunde	90
Abbildung 8: Gesprächseröffnendes ärztliches Handeln: Gesprächseröffnung und Eröffnungsinitiative (Nowak, 2010, S. 231).....	134
Abbildung 9: Überblick zur Eröffnungsinitiative: Handlungstypen und Realisationsformate (nach Nowak 2010, S. 244)	136
Abbildung 10: Intonationskontur der Befindensfrage aus A-2906-AP (Arzt M)	152
Abbildung 11: Intonationskonturen der Befindensfrage in den Gesprächen A-1907-AP (Arzt C) und H1-1706-AP (Arzt M)	160
Abbildung 12: Die Tabelle <i>Verlauf</i> in der <i>Patientenübersicht</i>	207
Abbildung 13: Evaluierungen als <i>stance-taking</i>	222
Abbildung 14: Dimensionen therapiebezogener Aushandlungen.....	260
Abbildung 15: Die Aufgaben einer ärztlichen Therapieempfehlung	329
Abbildung 16: Die Aufgaben eines ärztlichen Angebots.....	329
Abbildung 17: Die Aufgaben eines ärztlichen Ratschlags	331

Ausschnittsverzeichnis

Ausschnitt 3-1: Wissensaushandlungen während der Mitteilung der Blutwerte, F-1107-AP, Ärztin G, 176-181 Sekunden.....	61
Ausschnitt 5-1: Einbettung der Mitteilung der Blutwerte in eine übergreifende Beschwerdenexploration, B-1506-AP, Arzt M, 128-141 Sekunden.	92
Ausschnitt 5-2: QIS in der Eröffnungsphase, A-1907-AP, Arzt C, 4-36 Sekunden.	96
Ausschnitt 5-3: QIS während der Gesprächsbeendigung, B-1506-AP, Arzt M, 330-350 Sekunden.....	98
Ausschnitt 5-4: Aktivität ‚Wiegen‘, A-2807-AP, Ärztin G, 363-420 Sekunden.	102
Ausschnitt 5-5: Aktivität Blutdruck messen, G-1307-AP, Ärztin A, 361-425 Sekunden.	106
Ausschnitt 5-6: Beschwerdenäußerung während der Blutdruckmessung, I-1207-AP, Ärztin G, 1235-1256 Sekunden.....	108
Ausschnitt 5-7: Evaluation zum Abschluss des Blutdruckmessens, I-1207-AP, Ärztin G, 1283-1291 Sekunden.....	109
Ausschnitt 5-8: Prädiagnostische Frage zur Beschwerdeninterpretation, A-1907-AP, Arzt C, 127-150 Sekunden.	115
Ausschnitt 5-9: Probleminterpretation durch Patient, I-1207-AP, Ärztin G, 1259-1274 Sekunden.....	117
Ausschnitt 5-10: Prädiagnostische Frage zur Beschwerdeninterpretation, B-1506-AP, Arzt M, 111-119 Sekunden.....	117
Ausschnitt 5-11: Entwicklung einer intersubjektiven Krankheitstheorie, M1-1506-AP, Arzt M, 428-442 Sekunden.....	120
Ausschnitt 6-1: Eröffnungsinitiative im Folgegespräch (Gafaranga & Britten, 2003, S. 245).	142
Ausschnitt 6-2: Doppelte Eröffnungsinitiative (nach Drew, Chatwin, & Collins, 2001, S. 61).	144
Ausschnitt 6-3: rituell-offene Eröffnungsinitiative (Spranz-Fogasy, 1987, S. 297).	145
Ausschnitt 6-4: Eröffnungssequenz mit Befindensfrage I, A-2906-AP, Arzt M, 6-13 Sekunden.	152
Ausschnitt 6-5: Eröffnungssequenz mit Befindensfrage, A-2106-A, Ärztin G, 37-59 Sekunden.	153
Ausschnitt 6-6: Wohlbefindensbekundung auf Befindensfrage, G-1402-AP, Arzt M, 9-18 Sekunden.	161
Ausschnitt 6-7: Wohlbefindensbekundung auf Befindensfrage, S-2706-AP, Arzt M, 33-43 Sekunden.	162
Ausschnitt 6-8: Medizinisch ausgerichtete Wohlbefindensbekundung auf Befindensfrage, J-/D-2807-AP, Ärztin G, 27-34 Sekunden.....	164
Ausschnitt 6-9: Angabe ehemaliger Beschwerden auf Befindensfrage, F-1807-AP, Ärztin G, 6-21 Sekunden.....	165
Ausschnitt 6-10: Anschlussfrage nach positiver Antwort auf Befindensfrage, D-0108-AP, Ärztin G, 149-156 Sekunden.	169

Groß: Arzt/Patient-Gespräche in der HIV-Ambulanz

Ausschnitt 6-11: Andeuten eines medizinischen Problems auf eine Befindensfrage, N-2806-AP, Arzt M, 5-17 Sekunden.	171
Ausschnitt 6-12: Andeuten eines medizinischen Problems auf eine Befindensfrage, B-1506-AP, Arzt M, 53-65 Sekunden.....	172
Ausschnitt 6-13: ‚eigentlich‘ als Andeuten eines eingeschränkten Wohlbefindens, T/P-2406-AP, Arzt M, 188-199 Sekunden.	174
Ausschnitt 6-14: Einschränken des guten Befindens durch ein medizinisches Problem, S-1307-AP, Ärztin A, 4-17 Sekunden.	175
Ausschnitt 6-15: Einschränken des guten Allgemeinbefindens durch ein medizinisches Problem, R-2806-AP, Arzt M, 28-40 Sekunden.....	176
Ausschnitt 6-16: Angabe von Beschwerden auf Befindensfrage, W-1807-AP, Ärztin G, 80-99 Sekunden.	178
Ausschnitt 6-17: Problemfokussierte Eröffnungsinitiative, B-2906-AP, Arzt M, 5-13 Sekunden.....	181
Ausschnitt 6-18: Divergenz zwischen ärztlicher Gesprächsagenda und Anliegen des Patienten, F-0607-AP, Arzt C, 40-70 Sekunden.....	184
Ausschnitt 6-19: Offene problemfokussierte Eröffnungsinitiative und Beginn der Problemdarstellung, H2-1706-AP, Arzt M, 59-105 Sekunden.	187
Ausschnitt 6-20: Eröffnungssequenz mit biographisch orientierter Eröffnungsinitiative, J2-2807-AP, Ärztin G, 35-77 Sekunden.	191
Ausschnitt 6-21: Patientenseitige Eröffnungsinitiative, W-2107-AP, Arzt T, 21-41 Sekunden.....	195
Ausschnitt 7-1: Typischer Verlauf der Mitteilung der Blutwerte, J-2006-AP, Ärztin G, 354-373 Sekunden.	204
Ausschnitt 7-2: Typischer Verlauf der Mitteilung der Blutwerte, A-2806-AP, Arzt M, 219-234 Sekunden.	205
Ausschnitt 7-3: „Kopien“, F-1107-AP, Ärztin G, 175-193 Sekunden.....	209
Ausschnitt 7-4: Mehrfache Evaluierung der Blutwerte, R2-2806-AP, Arzt C, 352-372 Sekunden.....	214
Ausschnitt 7-5: Evaluation durch Patient, I-1207-AP, Ärztin G, 8-17 Sekunden.....	215
Ausschnitt 7-6: Emotionalisieren, A-2106-AP, Ärztin G, 551-559 Sekunden.	216
Ausschnitt 7-7: Emotionalisieren, A-1907-AP, Arzt C, 333-349 Sekunden.....	217
Ausschnitt 7-8: Emotionalisieren und Normalisieren, H1-1706-AP, Arzt M, 96-118 Sekunden.	218
Ausschnitt 7-9: Normalisieren, A-1907-AP, Arzt C, 325-332 Sekunden.	219
Ausschnitt 7-10: Normalisieren, G-1402-AP, Arzt M, 213-226 Sekunden.	220
Ausschnitt 7-11: Emotionalisieren, F-0607-AP, Arzt C, 11-30 Sekunden.	223
Ausschnitt 7-12: Idealtypische <i>appreciation sequence</i> nach Maynard (Groß, 2014, S. 321).....	226
Ausschnitt 7-13: Normalisieren auffälliger Blutwerte, S3-2807-AP, Ärztin G, 71 bis 101 Sekunden.	227
Ausschnitt 7-14 :#HD_16 (02:08-02:21); aus Spranz-Fogasy (2014, S. 54).	228
Ausschnitt 7-15: Verstehensarbeit bei der Mitteilung der Blutwerte I, F-1107-AP, Ärztin G, 143-197 Sekunden.....	231

Groß: Arzt/Patient-Gespräche in der HIV-Ambulanz

Ausschnitt 7-16: Verstehensarbeit bei der Mitteilung der Blutwerte, F-1107-AP, Ärztin G, 198-248 Sekunden.....	233
Ausschnitt 7-17: Ärztliches Erklären zu Bedeutung der Werte, H-2706-AP, Arzt M, 143-161 Sekunden.	237
Ausschnitt 7-18: Patienteninitiative bei der Mitteilung der Blutwerte, G-1402-AP, Arzt M, 212-220 Sekunden.	240
Ausschnitt 7-19: Initiierung der Befundmitteilung, A-2107-AP, Ärztin G, 499 bis 510 Sekunden.....	241
Ausschnitt 7-20: Mitteilung der Blutwerte, A-2107-AP, Ärztin G, 511 bis 539 Sekunden.....	242
Ausschnitt 7-21: Vorschlag des Patienten, A-2107-AP, Ärztin G, 539 bis 546 Sekunden.....	244
Ausschnitt 7-22: Fortsetzung Mitteilung der Blutwerte, A-2107-AP, Ärztin G, 624 bis 641 Sekunden.....	245
Ausschnitt 7-23: Evaluierung des allgemeinen Blutbilds, A-2107-AP, Ärztin G, 642 bis 671 Sekunden.....	247
Ausschnitt 7-24: Einbettung der Mitteilung der Blutwerte in übergreifende Aktivität, M1-1506-AP, Arzt M, 403 bis 439 Sekunden.	251
Ausschnitt 8-1: Therapieempfehlung als Ankündigung. Beispiel aus: Stivers et al. (2017).....	275
Ausschnitt 8-2: Therapieempfehlung als Vorschlag (<i>proposal</i>). Aus: Stivers et al. (2017).....	277
Ausschnitt 8-3: Mundpilz, P-2308, Arzt M, 373-394 Sekunden.....	282
Ausschnitt 8-4: Mundpilz, P-2308-AP, Arzt M, 396-415 Sekunden.	284
Ausschnitt 8-5: Mundpilz, P-2308-AP, Arzt M, 416-432 Sekunden.	285
Ausschnitt 8-6: Mundpilz, P-2308-AP, Arzt M, 433-449 Sekunden.	286
Ausschnitt 8-7: Mundpilz, P-2308-AP, Arzt M, 450-468 Sekunden.	288
Ausschnitt 8-8: Truvada, G-2107-AP, Ärztin G, 383-405 Sekunden.	292
Ausschnitt 8-9: Truvada, G-2107-AP, Ärztin G, 405-430 Sekunden.	294
Ausschnitt 8-10: Truvada, G-2107-AP, Ärztin G, 456-489 Sekunden.	297
Ausschnitt 8-11: Truvada, G-2107-AP, Ärztin G, 490 bis 755 Sekunden.....	299
Ausschnitt 8-12: Truvada, G-2107-AP, Ärztin G, 756-802 Sekunden.	302
Ausschnitt 8-13: Truvada, G-2107-AP, Ärztin G, 803-861 Sekunden.	304
Ausschnitt 8-14: Truvada, G-2107-AP, Ärztin G, 861-918 Sekunden.	307
Ausschnitt 8-15: Truvada, G-2107-AP, Ärztin G, 919-974 Sekunden.	311
Ausschnitt 8-16: Truvada, G-2107-AP, Ärztin G, 974 bis 1007 Sekunden.....	314
Ausschnitt 8-17: Truvada, G-2107-AP, Ärztin G, 1008-1044 Sekunden.	315
Ausschnitt 8-18: Truvada, G-2107-AP, Ärztin G, 1045-1079 Sekunden.	316
Ausschnitt 8-19: Entscheidung wider den Beginn einer ART, P-2706-AP, Arzt M, 403-431 Sekunden.	323
Ausschnitt 8-20: Entscheidung wider den Beginn einer ART, T-/P-2406-AP, Arzt M, 1863-1894 Sekunden.	325
Ausschnitt 8-21: ‚Ich würde X‘ - Empfehlung mit performativem Verb, B-1506-AP, Arzt M, 300-306 Sekunden.....	337

Groß: Arzt/Patient-Gespräche in der HIV-Ambulanz

Ausschnitt 8-22: „DES würd ich probiern.“, B-2706-AP, Arzt M, 667 bis 686 Sekunden.	338
Ausschnitt 8-23: Alternativlose Möglichkeit: „wir können jetzt das truvada RAUSnehmen?“, G-2107-AP, Ärztin G, 775-787 Sekunden.	339
Ausschnitt 8-24: Fakultative Möglichkeit: „wir könn: das !RE!lativ einfach probiern.“, T-/ P-2406-AP, Arzt M, 1141-1158 Sekunden.	340
Ausschnitt 8-25: „sOlln_ma denn bei der therapie BLEIben oder soll_ma was WECHSeln.“, T-/P-2406-AP, Arzt M, 1112-1130 Sekunden.....	341
Ausschnitt 8-26: „sollen_wir das so MACHen?“, M1-1506-AP, Arzt M, 547-580 Sekunden.....	342
Ausschnitt 8-27: „dann lassen_se das uns doch MACHen.“, H1-1706-AP, Arzt M, 222-254 Sekunden.	343
Ausschnitt 8-28: „wie wäre das wenn wenn wir das: nOchma kontrollLIEren?“, K-0208-AP, Arzt P, 90 bis 104 Sekunden.	344
Ausschnitt 8-29: „ich kann ihnen_n antibiotikum MITgeben,“ T-2706-AP, Arzt M, 329 bis 339 Sekunden.....	345
Ausschnitt 8-30: „sOll ich ihnen was AUFschreiben,“, B-1506-AP, Arzt M, 428 bis 436 Sekunden.	346
Ausschnitt 8-31: „im prinzip muss das wirklich orthopädisch unterSUCHT werden,“ I-1207-AP, Ärztin G, 1022 bis 1030 Sekunden.	347
Ausschnitt 8-32: „man muss_sie (-) zum !BEI!spiel (.) ehm (--) zum urologen SCHICKen?“, D-2408-AP, Arzt P, 168 bis 189 Sekunden.....	348
Ausschnitt 8-33: „machn (.) MACHen sie das.“, Z-2906-AP, Arzt M, 409 bis 417 Sekunden.....	348
Ausschnitt 8-34: „und lAssen_se_s mal bei ihr kontrollLIEren.“, G-1107-AP, Ärztin G, 285 bis 296 Sekunden.....	349
Ausschnitt 8-35: „beim HAUSarzt nachfragen-“, D-0108-AP, Ärztin G, 200-209 Sekunden.	350
Ausschnitt 8-36: „also da mUsste echt VORsichtig sein.“ I-1207-AP, Ärztin G, 1042-1057 Sekunden.....	351
Ausschnitt 8-37: „also sie müssen AUFpassen“, T-2706-AP, Arzt M, 12 bis 37 Sekunden.....	352
Ausschnitt 8-38: „un ich würds auch nich auf die lange BANK schieben,“, I-1207-AP, Ärztin G, 1022-1041 Sekunden.....	353
Ausschnitt 8-39: „ich würd mir die einfach mal RAUSziehen lassen,“, T-2706-AP, Arzt M, 37-56 Sekunden.	354
Ausschnitt 8-40: „dann kAnn_ma auch ruhig immOdium nehmen“, R-2806-AP, Arzt M, 80-90 Sekunden.....	356
Ausschnitt 8-41: Hepatitis-Impfung, A-2806-AP, Arzt M, 132-181 Sekunden.	359
Ausschnitt 8-42: Ärztliches <i>accounting</i> nach Therapieangebot, B-1506-AP, Arzt M, 428-456 Sekunden.....	362
Ausschnitt 8-43: Ärztliche Überzeugungsarbeit, H1-1706-AP, Arzt M, 232-282 Sekunden.	364

Groß: Arzt/Patient-Gespräche in der HIV-Ambulanz

Ausschnitt 8-44: Patientenseitiges Begründen einer Therapiepräferenz, M1-1506-AP, Arzt M, 451-472 Sekunden.....	367
Ausschnitt 8-45: Rechtfertigen einer eigenständig getroffene Therapieentscheidung nach ärztlicher Bewertung, R-1207-AP, Arzt C, 147-162 Sekunden.	370
Ausschnitt 8-46: Rechtfertigen einer eigenständig getroffene Therapieentscheidung nach ärztlicher Bewertung, R-1207-AP, Arzt C, 163-272 Sekunden.	371
Ausschnitt 8-47: Fremddiagnose als <i>account</i> , G-1402-AP, Arzt M, 105-114 Sekunden.	375
Ausschnitt 8-48: Omeprazol, K2-1907-AP, Ärztin G, 112-136 Sekunden.....	377
Ausschnitt 8-49: Verantwortungsinkongruenz, M1-1506-AP, Arzt M, 568-580 Sekunden.....	385
Ausschnitt 8-50: Übelkeit, B-1506-AP, Arzt M, 158-189 Sekunden.	388
Ausschnitt 8-51: Übelkeit, B-1506-AP, Arzt M, 291-320 Sekunden.	390
Ausschnitt 8-52: Fragen zu Therapieangebot, K2-1907-AP, Ärztin G, 383-409 Sekunden.	393

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Einteilung der HIV-Infektion nach der CDC-Klassifikation von 2008 (nach Hoffmann & Rockstroh 2016, S. 11)	17
Tabelle 2: Übersicht über einige verfügbare Einzel- und Kombinationspräparate der ART	20
Tabelle 3: Verteilung der Gesprächsaufnahmen auf die Ärzt/innen	76
Tabelle 4: Eröffnungsinitiativen im allgemeinmedizinischen A/P-Gespräch (Spranz-Fogasy, 1987, S. 300)	135
Tabelle 5: Typen von Eröffnungsinitiativen im HIV-Korpus	151
Tabelle 6: Lexikalische Varianten der Befindensfrage	156
Tabelle 7: Ärztliche Anschlussfragen auf positive Patientenantworten nach Befindensfragen	168
Tabelle 8: Problemfokussierte Eröffnungssequenzen	183
Tabelle 9: Biographisch-orientierte Eröffnungsinitiativen	190
Tabelle 10: Relevante Dimensionen von Empfehlungen, Ratschlägen und Angeboten in therapiebezogenen Aushandlungen	334

Anhang

A1: Transkriptionskonventionen nach GAT2 (Selting et al., 2009, S. 391-393)

Sequenzielle Struktur/Verlaufsstruktur:

- [] Überlappungen und Simultansprechen
[]

Ein- und Ausatmen:

- °h / h° Ein- bzw. Ausatmen von ca. 0.2-0.5 Sek. Dauer (bei längerer Dauer °hh(h) bzw. hh(h)°)

Pausen:

- (.) Mikropause, geschätzt, bis ca. 0.2 Sek. Dauer
(-) kurze geschätzte Pause von ca. 0.2-0.5 Sek. Dauer
(--) mittlere geschätzte Pause v. ca. 0.5-0.8 Sek. Dauer
(---) längere geschätzte Pause von ca. 0.8-1.0 Sek. Dauer
(0.5) gemessene Pausen von ca. 0.5 bzw. 2.0 Sek. Dauer
(2.0) (Angabe mit einer Stelle hinter dem Punkt)

Lachen und Weinen:

- haha hehe hihi silbisches Lachen
((lacht))((weint)) Beschreibung des Lachens
<<lachend> > Lachpartikeln in der Rede, mit Reichweite
<<(:)> soo> „smile voice“

Rezeptionssignale:

- hm ja nein nee einsilbige Signale
hm_hm ja_a zweisilbige Signale
nei_ein nee_e
'hm'hm mit Glottalverschlüssen, meistens verneinend (nach GAT1)²¹⁶

Sonstige Konventionen:

- ((hustet)) para- und außersprachliche Handlungen u. Ereignisse
<<hustend> > sprachbegleitende para- und außersprachliche Handlungen und Ereignisse mit Reichweite
<<erstaunt> > interpretierende Kommentare mit Reichweite
() unverständliche Passage ohne weitere Angaben
(xxx), (xxx xxx) ein bzw. zwei unverständliche Silben (solche) vermuteter Wortlaut

²¹⁶ siehe Kap. 3.1.

((...)) Auslassung im Transkript
→ Verweis auf im Text behandelte Transkriptzeile

Sequenzielle Struktur/Verlaufsstruktur:

= schneller, unmittelbarer Anschluss neuer Sprecherbeiträge oder Segmente (*latching*)

Sonstige segmentale Konventionen:

: Dehnung, Längung, um ca. 0.2-0.5 Sek. (bei längerer Dehnung entsprechend ::, :::)
' Abbruch durch Glottalverschluss (nach GAT1)

Tonhöhenbewegung am Ende von Intonationsphrasen:

? hoch steigend
, mittel steigend
– gleichbleibend
; mittel fallend
. tief fallend

Akzentuierung:

akZENT Fokusakzent
akzEnt Nebenakzent
ak!ZENT! extra starker Akzent

Lautstärke- und Sprechgeschwindigkeitsveränderungen, mit Extension:

<<f> > forte, laut
<<ff> > fortissimo, sehr laut
<<p> > piano, leise
<<pp> > pianissimo, sehr leise
<<all> > allegro, schnell
<<len> > lento, langsam
<<cresc> > crescendo, lauter werdend
<<dim> > diminuendo, leiser werdend
<<acc> > accelerando, schneller werdend
<<rall> > rallentando, langsamer werdend

Veränderung der Stimmqualität und Artikulationsweise:

<<creaky> > glottalisiert, „Knarrstimme“
<<flüsternd> > Beispiel für Veränderung der Stimmqualität, wie angegeben

A2: Liste der Gespräche im Korpus

Nummer	Gespräch	Ärzt/in	Länge (Min.)
1	A-1907-AP	C	09:53
2	A-2106-AP	M	14:13
3	A-2107-AP	G	17:06
4	A-2806-AP	M	20:55
5	A-2807-AP	G	09:48
6	A-2906-AP	M	06:11
7	B-1506-AP	M	09:19
8	B-2706-AP	M	16:42
9	B-2807-AP	C	04:05
10	B-2906-AP	M	24:22
11	C-0707-AP	P	11:36
12	C-2807-AP	G	11:35
13	D-0108-AP	G	08:48
14	D-2408-AP	P	08:10
15	E-1807-AP	G	12:22
16	F-0607-AP	C	08:01
17	F-1107-AP	G	16:49
18	F-1807-AP	G	10:35
19	F-2508-AP	C	23:32
20	G-1107-AP	G	06:46
21	G-1207-AP	C	08:55
22	G-1307-AP	A	09:39
23	G-1402-AP	M	10:14
24	G-2107-AP	G	22:34
25	G-2207-AP	A	12:57
26	H-1107-AP	G	09:01
27	H1-1706-AP	M	20:49
28	H2-1706-AP	M	33:43
29	H-2706-AP	M	15:22
30	I-1207-AP	G	24:43
31	J-/D-2807	G	14:11
32	J-1107-AP	G	09:20
33	J-2006-AP	G	14:24
34	J2-2807-AP	G	17:43
35	J-2806-AP	M	08:26
36	K-0208-AP	P	09:46
37	K-0308-AP	P	13:13
38	K-1507-AP	L	19:27
39	K-2106-AP	G	13:57

Groß: Arzt/Patient-Gespräche in der HIV-Ambulanz

40	K2-1907-AP	G	09:39
41	K-2806-AP	M	10:29
42	K-2906-AP	M	15:54
43	M-0607-AP	C	09:00
44	M-1107-AP	G	07:59
45	M1-1506-AP	M	11:13
46	M2-1506-AP	M	08:06
47	N-2806-AP	M	16:50
48	N-2906-AP	M	06:56
49	P2-2706-AP	M	09:00
50	P-2308-AP	M	21:51
51	P-2706-AP	M	17:48
52	R-1207-AP	C	22:21
53	R2-2806-AP	C	12:40
54	R-2806-AP	M	09:40
55	R-2906-AP	M	07:20
56	S-0807-AP	G	11:49
57	S-1307-AP	A	13:15
58	S2-2706-AP	M	15:24
59	S-2706-AP	M	14:06
60	S-2806-AP	M	09:08
61	S-2807-AP	L	18:25
62	S3-2807-AP	G	05:50
63	T-/P-2406-AP	M	50:38
64	T-2308-AP	M	10:48
65	T-2706-AP	M	09:32
66	W-1807-AP	G	15:20
67	W-2107-AP	T	31:04
68	W-2806-AP	M	21:51
69	W-2906-AP	M	08:09
70	Y-2206-AP	G	06:39
71	Z-2906-AP	M	20:39
		Gesamt:	≈16 Stunden

A3: Einverständniserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass Audioaufnahmen der Sprechstunde gemacht und gespeichert werden und dass kleine Ausschnitte der Aufnahmen und die Ergebnisse des Dissertationsprojekts von Alexandra Groß auf wissenschaftlichen Tagungen präsentiert, anderen Wissenschaftlern, Kollegen, Doktoranden und Studenten ihrer Seminare vorgestellt, in wissenschaftlichen Fachzeitschriften sowie als Dissertation (mit eventuell geändertem Titel) zur Erlangung des Dokortitels veröffentlicht sowie für ihre weiteren Projekte und Veröffentlichungen verwendet werden..

Die Anonymisierung der Daten wird jederzeit gewährleistet.

Datenschutz

Ich bin mit der Aufzeichnung der im Rahmen der Studie an mir erhobenen Gesprächsdaten und ihrer anonymisierten Verwendung, z. B. für Veröffentlichungen, einverstanden. Soweit erforderlich, dürfen die erhobenen Daten anonymisiert zum Zwecke der wissenschaftlichen Auswertung weitergegeben werden.

A4 Verpflichtungserklärung

Liebe/r Teilnehmer/in,

Vielen Dank, dass Sie sich dazu bereit erklärt haben, an der Studie [Arbeitstitel der Dissertation] teilzunehmen. Das Ziel der Studie ist herauszufinden, wie Gespräche zwischen Arzt und Patient verlaufen und welche Themen für Patienten im Umgang mit der HIV-Infektion und der Therapie wichtig sind. Dazu möchte ich einzelne Gespräche (Interviews) sowie Arzt/Patient-Gespräche aufnehmen und anschließend qualitativ analysieren. Kleine Ausschnitte der Aufnahmen und die Ergebnisse meiner Forschung möchte ich auf wissenschaftlichen Tagungen präsentieren, anderen Wissenschaftlern, Kollegen, Doktoranden und Studierenden meiner Seminare vorstellen, in wissenschaftlichen Fachzeitschriften sowie als Dissertation zur Erlangung des Dokortitels veröffentlichen und für meine weiteren Projekte verwenden. Die Namen der Gesprächspartner sowie andere Namen, die im Gespräch genannt werden, werden zum Zwecke der Datenpräsentation und -auswertung anonymisiert.

Ich verpflichte mich, die getätigten Aufnahmen ausschließlich für Forschungszwecke zu verwenden.