Isabella Buck

# Pflegerische und ärztliche Interaktionen mit PatientInnen und Angehörigen auf der Palliativstation

## Eine vergleichende gesprächsanalytische Untersuchung

Empirische Kommunikationsforschung
im Gesundheitswesen (EKiG)
Band 9

Verlag für Gesprächsforschung

Göttingen: Verlag für Gesprächsforschung 2022
http://www.verlag-gespraechsforschung.de
ISBN 978 - 3 - 936656 - 82 - 4

**Alle Rechte vorbehalten.**

**© Verlag für Gesprächsforschung, Dr. Martin Hartung, Göttingen 2022**

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 Arbeit stellt eine leicht überarbeitete Fassung meiner an der Philosophischen Fakultät der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster im September 2021 eingereichten Dissertationsschrift dar. Viele Menschen haben Anteil an dieser Arbeit.

Zunächst danke ich den Pflegekräften und ÄrztInnen der Palliativstation des Städtischen Klinikums Karlsruhe sowie den PatientInnen und ihren Angehörigen für das große Vertrauen, das sie mir entgegengebracht haben, als sie sich zur Aufnahme ihrer Gespräche bereiterklärt haben. Ich durfte an den letzten Stunden, Tagen und Wochen der PatientInnen (forschend) teilnehmen, was ich als großes Geschenk wahrnehme. Daher soll diese Arbeit auch ein Gedenken sein an all die PatientInnen, in deren Leben und Sterben ich tiefe und teilweise sehr intime Einblicke erhalten habe. Den professionellen AkteurInnen bin ich dankbar dafür, dass sie mich immer wieder wochenlang an ihrem Berufsalltag teilhaben ließen, meine vielen Fragen beantworteten und mich nach Kräften bei den Aufnahmen unterstützt haben. Ohne sie wäre die vorliegende Arbeit nicht möglich gewesen.

Prof. Dr. Susanne Günthner danke ich für ihre Betreuung der Arbeit, für zahlreiche wertvolle Hinweise und Kommentare zu Ideen, Kapiteln und Daten sowie für die Freiheit, die sie mir bei der Ausgestaltung meines Themas gab. Daneben gebührt ihr mein großer Dank dafür, dass sie mir den institutionellen Zugang zur Palliativstation verschafft und es mir so überhaupt erst ermöglicht hat, Gespräche in diesem besonderen Setting zum Gegenstand meiner Arbeit zu machen. Prof. Dr. Wolfgang Imo danke ich für die Übernahme der Zweitbegutachtung, für konstruktive Kommentare zu einzelnen Kapiteln der Arbeit und dafür, dass er mir viele Fahrten nach und Aufenthalte in Karlsruhe finanzierte.

Dr. Tim Peters und Prof. Dr. André Posenau gilt mein Dank für ihr Interesse an meiner Forschung und für die Aufnahme der vorliegenden Arbeit in ihre Reihe „Empirische Kommunikationsforschung im Gesundheitswesen". Zudem danke ich Dr. Martin Hartung vom Verlag für Gesprächsforschung für seine Unterstützung im Publikationsprozess.

Ich schätze mich sehr glücklich, dass ich über ein starkes Netz an Familie, FreundInnen und KollegInnen verfüge, die mich in den vergangenen Jahren begleitet haben. Zunächst danke ich Nathalie Bauer und Juliane Schopf. Als Kolleginnen und Mitpromovierende waren sie jederzeit ansprechbar, wenn es um (spontane) Datensitzungen, gemeinsame Projekte, mich umtreibende Fragen, Literaturhinweise, Kapiteldiskussionen und so vieles mehr ging. Ohne das unkomplizierte und freundschaftliche kollegiale Miteinander hätte viel Schönes und Fröhliches gefehlt. Für Datensitzungen, nützliche Literaturhinweise und -diskussionen danke ich außerdem Dr. Jens Lanwer.

Eine ganze Reihe von Menschen hat das inhaltliche und/oder formale Lektorat von kleineren oder größeren Teilen der Arbeit übernommen: Dr. Katja Arens, Nathalie

Bauer, Philipp Cirkel, Dennis Dressel, Julia Faber, Lara Höttecke, Lavinia Kamphausen, Dr. Jens Lanwer, Katrin Liffers, Katja Niewienda, Aaron Schmidt-Riese, Juliane Schopf, Timo Schürmann, Katharina Siegburg, Silvia Vogelsang, Sarah-Christin Wardermann und Tobias Werning gebührt hierfür mein Dank.
Besonders bedanken möchte ich mich des Weiteren bei Timo Schürmann, der mich nicht nur als Kollege, sondern auch als guter Freund in vielerlei Hinsicht begleitet und unterstützt hat – sei es bei gemeinsamen Spaziergängen, Mittagessen oder in unzähligen Nachrichten. Daneben gilt auch Viktoria Ferenc und Lavinia Kamphausen mein tiefer Dank: Viktoria dafür, dass sie in den letzten vier Jahren täglich Freud und Leid der Promotionszeit auf oft humorvolle Weise mit mir geteilt hat; Lavinia für all die seelische Unterstützung.
Am Ende soll auch meine Familie nicht unerwähnt bleiben: Zunächst danke ich meinen Schwiegereltern Annette und Bernd Schwinger für all die persönliche, aber auch für die fachliche Unterstützung, wenn es um Fragen zu den Abläufen in Krankenhäusern und zu Rechten und Pflichten der Pflege ging. Meinen Eltern Ulrike und Peter Buck gilt mein Dank für die Finanzierung meines Studiums, das mir diese Promotion überhaupt erst ermöglichte. Außerdem danke ich ihnen dafür, dass sie immer an mich geglaubt haben und es stets selbstverständlich war, dass sie mich bei dem unterstützen, was ich machen möchte. Meiner Mutter schulde ich ferner großen Dank dafür, dass sie für sämtliche meiner akademischen (Qualifikations-)Arbeiten – angefangen von meiner ersten Hausarbeit im Bachelor bis hin zu dieser Dissertation – das Schlusslektorat übernommen hat und ich immer wusste, dass sie auch den kleinsten Fehler noch finden wird (allerdings gilt wie immer: Für Fehler bin alleine ich verantwortlich).
Mein letzter und größter Dank gilt schließlich Muriel: Ohne Dich und Deine unendliche Unterstützung auf so vielen Ebenen, Deinen ständigen guten Zuspruch und Deinen grundlegenden Optimismus stünde ich jetzt nicht am Ende des Weges, der sich „Promotion" nennt. Diese Arbeit ist Dir gewidmet.

# Inhaltsverzeichnis


**1 Einleitung ..... 9**

**2 Palliative Care ..... 15**

2.1 Historische Genese der Palliative Care in Deutschland ..... 16
2.2 Grundzüge der Palliative Care ..... 18
2.3 Kommunikation in der Palliative Care ..... 20
2.3.1 Medizinische Studien ..... 21
2.3.2 Pflegewissenschaftliche Studien ..... 24

**3 Methode ..... 28**

3.1 Linguistische Gesprächsanalyse ..... 28
3.1.1 Soziologische und linguistische Grundsteine ..... 28
3.1.1.1 Ethnomethodologie und Konversationsanalyse ..... 29
3.1.1.2 Kontextualisierungstheorie und ethnografische Gesprächsanalyse ..... 31
3.1.1.3 Interaktionale Linguistik ..... 33
3.1.2 Sequenzialität und Form-Funktions-Relationen ..... 34
3.2 Praktikenbegriff ..... 36
3.3 Vergleichende Gesprächsanalyse ..... 41
3.4 Angewandte Gesprächsanalyse ..... 44
3.4.1 Merkmale institutioneller Interaktion ..... 44
3.4.2 Deontik und Epistemik ..... 46

**4 Interaktion mit PatientInnen im Gesundheitsbereich ..... 51**

4.1 Ärztliches Sprechen mit PatientInnen ..... 51
4.1.1 Anfänge des Forschungsfeldes ..... 52
4.1.2 Untersuchungsgegenstände der *medical conversation analysis* ..... 52
4.1.2.1 Asymmetrien zwischen der voice of lifeworld und der voice of medicine ..... 54
4.1.2.2 Typologisierungsmöglichkeiten für das Feld der ÄrztIn-PatientIn-Interaktionen ..... 56
4.1.2.3 ÄrztIn-PatientIn-Interaktionen während der Visite ..... 57
4.1.2.4 ÄrztIn-PatientIn-Interaktionen in der Palliative Care ..... 63
4.2 Pflegerisches Sprechen mit PatientInnen ..... 66
4.2.1 Historische Entwicklung des Pflegeberufs und Professionalisierung ..... 67
4.2.2 Rolle der Pflege und ihr Verhältnis zur medizinischen Profession ..... 69
4.2.3 Stellenwert der Kommunikation in der Pflege ..... 70
4.2.4 Handlungsstruktur pflegebegleitender Interaktionen ..... 71
4.2.4.1 Eröffnungsphase ..... 72
4.2.4.2 Hauptphase ..... 74

4.2.4.3 Beendigungsphase ... 76
4.3 Pflegerisches und ärztliches Sprechen mit PatientInnen im Vergleich ... 77

**5 Gesprächskorpus und analytisches Vorgehen ... 79**

5.1 Ethnografischer Hintergrund ... 79
5.2 Datenerhebung ... 81
5.3 Datengrundlage ... 84
5.4 Analytisches Vorgehen und Zielsetzung ... 85

**6 Pflegerisches und ärztliches Sprechen mit PatientInnen und Angehörigen auf der Palliativstation im Vergleich ... 89**

6.1 Sprechen über Medikamente ... 90
6.1.1 Forschungsstand: Therapieplanung ... 92
6.1.2 Pflegerisches Sprechen über Medikamente ... 98
6.1.2.1 Praktik INFORMIEREN ... 98
6.1.2.2 Praktik ERKLÄREN ... 103
6.1.2.3 Praktik ANKÜNDIGEN ... 110
6.1.2.4 Praktik RATGEBEN ... 116
6.1.2.5 Praktik ANBIETEN ... 123
6.1.2.6 Praktik VERWEISEN ... 128
6.1.3 Ärztliches Sprechen über Medikamente ... 136
6.1.3.1 Praktik ANKÜNDIGEN ... 137
6.1.3.2 Praktik ANBIETEN ... 145
6.1.3.3 Praktik ERKLÄREN ... 150
6.1.3.4 Praktik ENTWERFEN ... 155
6.1.3.5 Praktik VERWEISEN ... 161
6.1.3.6 Praktik ABKÜNDIGEN ... 166
6.1.4 Vergleich zwischen pflegerischem und ärztlichem Sprechen über Medikamente ... 171
6.2 Sprechen über Schmerzen ... 180
6.2.1 Forschungsstand: Schmerzdarstellungen und ärztliches Fragen ... 182
6.2.2 Pflegerisches Sprechen über Schmerzen ... 187
6.2.2.1 Praktik INITIALE SCHMERZABFRAGE ... 188
6.2.2.2 Praktiken der Reaktion auf patienteninitiierte Schmerzschilderungen ... 197
6.2.2.3 Praktiken der interaktiven Prozessierung von Schmerzen ... 203
6.2.2.4 Praktiken der Beendigung von Schmerzexplorationssequenzen ... 211
6.2.3 Ärztliches Sprechen über Schmerzen ... 221
6.2.3.1 Praktik INITIALE SCHMERZABFRAGE ... 222
6.2.3.2 Praktiken der Reaktion auf patienteninitiierte Schmerzschilderungen ... 231
6.2.3.3 Praktiken der interaktiven Prozessierung von Schmerzen ... 235
6.2.3.4 Praktiken der Beendigung von Schmerzexplorationssequenzen ... 244

6.2.4 Vergleich zwischen pflegerischem und ärztlichem Sprechen über Schmerzen ... 250
6.3 Sprechen über das psychosozial-affektive Krankheitserleben ... 260
6.3.1 Forschungsstand: Affekte in der Interaktion ... 262
6.3.2 Pflegerisches Sprechen über das psychosozial-affektive Krankheitserleben ... 268
6.3.2.1 Praktiken des initialen Thematisierens von psychosozial-affektivem Krankheitserleben ... 269
6.3.2.2 Praktik GENERALISIEREN VON PSYCHOSOZIAL-AFFEKTIVEM KRANKHEITSERLEBEN ... 278
6.3.2.3 Praktik EMPOWERING DER PATIENTINNEN UND ANGEHÖRIGEN ... 289
6.3.2.4 Praktik DEFOKUSSIEREN VON PSYCHOSOZIAL-AFFEKTIVEM KRANKHEITSERLEBEN ... 296
6.3.3 Ärztliches Sprechen über das psychosozial-affektive Krankheitserleben ... 307
6.3.3.1 Praktiken des initialen Thematisierens von psychosozial-affektivem Krankheitserleben ... 307
6.3.3.2 Praktik GENERALISIEREN VON PSYCHOSOZIAL-AFFEKTIVEM KRANKHEITSERLEBEN ... 313
6.3.3.3 Praktik KONZESSIVES ANZEIGEN VON VERSTEHEN DES PSYCHOSOZIAL-AFFEKTIVEN KRANKHEITSERLEBENS ... 320
6.3.3.4 Praktik DEFOKUSSIEREN VON PSYCHOSOZIAL-AFFEKTIVEM KRANKHEITSERLEBEN ... 325
6.3.4 Vergleich zwischen pflegerischem und ärztlichem Sprechen über das psychosozial-affektive Krankheitserleben ... 335

**7 Sprechen über Sterben und Tod ... 346**
7.1 Forschungsstand: Sterben und Tod als konversationelle Gegenstände ... 347
7.2 Ärztliches Sprechen über Sterben und Tod ... 352
7.2.1 Praktik VORBEREITEN AUF STERBEN UND TOD ... 355
7.2.2 Praktik ARGUMENTIEREN UNTER REFERENZ AUF STERBEN UND TOD ... 363
7.2.3 Praktik POSITIONIEREN IN BEZUG AUF PROGNOSTISCHE INFORMATIONEN ... 375
7.2.4 Zusammenfassung ... 387

**8 Schlussbetrachtung ... 389**
8.1 Zusammenfassung der Ergebnisse ... 389
8.2 Fazit und Ausblick auf Perspektiven weiterer Forschung ... 396

**9 Literaturverzeichnis ... 402**

**10 Anhang ... i**
10.1 Abkürzungsverzeichnis ... i
10.2 Abbildungsverzeichnis ... ii
10.3 Tabellenverzeichnis ... iii
10.4 Transkriptverzeichnis ... iv
10.5 Transkriptionskonventionen ... viii

# 1 Einleitung

Inzwischen gilt es in den meisten, wenn nicht gar in allen medizinischen Subdisziplinen als unbestrittene Tatsache, dass Gesprächsführung eine elementare Komponente der ärztlichen Tätigkeit darstellt und dass gute Kommunikation mit PatientInnen unabdingbar ist für den Behandlungserfolg (Albus/Koerfer 2018b; Bundesministerium für Bildung und Forschung 2017; Erbe 2017; Jünger 2018; Poimann 2021). In der Palliativmedizin, die sich an Menschen mit unheilbaren, bereits weit fortgeschrittenen Krankheiten richtet (Klaschik et al. 2000; Nauck/Jaspers 2021; Riedel 2021), kommt gelungener Kommunikation zwischen ÄrztInnen und PatientInnen sogar eine noch größere Bedeutung zu als in anderen medizinischen Bereichen: Vor dem Hintergrund des ganzheitlichen Behandlungsansatzes der Palliative Care[1], im Rahmen dessen die PatientInnen mit all ihren körperlichen, psychosozialen und spirituellen Bedürfnissen im Mittelpunkt stehen, wird ein adäquates kommunikatives Verhalten der professionellen AkteurInnen noch weit mehr als in kurativ ausgerichteten medizinischen Disziplinen als conditio sine qua non für eine möglichst gute Betreuung und Versorgung der PatientInnen und ihrer Angehörigen betrachtet (Ferrell/Buller 2020; Lindtner-Rudolph/Bardenheuer 2015: 244). Göckenjan/Dreßke (2005: 161) konstatieren daher zu Recht, dass das, was die Palliativversorgung maßgeblich auszeichnet, ihre spezifische „kommunikative Kultur" ist.

In Deutschland gliedert sich die institutionalisierte Palliative Care in drei Teilbereiche: Zusätzlich zur ambulanten Versorgung durch Hospizdienste besteht für Menschen in der Endphase ihres Lebens die Möglichkeit, stationär aufgenommen zu werden – entweder in einem Hospiz oder auf der Palliativstation eines Krankenhauses (Deutscher Hospiz- und Palliativverband 2021). Palliativstationen haben dabei innerhalb des institutionellen Gesamtgefüges von Krankenhäusern verschiedene Alleinstellungsmerkmale. Neben dem im Vergleich zu anderen Stationen wesentlich höheren Personalschlüssel, der sich aus den besonderen Bedürfnissen von PalliativpatientInnen ergibt, ist für Palliativstationen u. a. ihr interdisziplinäres Team charakteristisch: Gemäß dem bereits erwähnten holistischen Behandlungsideal der Palliative Care gehören neben Pflegekräften und ÄrztInnen auch SeelsorgerInnen, PsychologInnen, Musik-, Kunst- und PhysiotherapeutInnen sowie SozialarbeiterInnen zum Stationsteam, wodurch ein breites Spektrum an Angeboten zur Sicherung der Lebensqualität von PatientInnen und Angehörigen geschaffen wird (Hirsmüller/Schröer 2019). Doch auch wenn der Blick allein auf das Kernteam der Palliativstation gerichtet wird, das aus Pflegekräften und ÄrztInnen besteht (Radbruch/Payne 2011), zeichnet sich auch hier zumindest in der Theorie ein anderes Bild als auf allen übrigen Krankenhausstationen: Während die Pflege in vielen anderen Bereichen nach wie vor nicht selten bloß als ‚Handlanger'

[1] Auf die beiden im Rahmen dieser Arbeit synonym verwendeten Begriffe *Palliativmedizin* und *Palliative Care* gehe ich in Kapitel 2 näher ein.

der Medizin betrachtet wird, die als solcher die „notwendige[n] Vorleistung[en] für medizinisches Handeln" erbringt (Kaupen-Haas/Mischo-Kelling/Reiter 1993: 153; vgl. auch Hibbeler 2011), wird das Verhältnis zwischen Pflegepersonal und ÄrztInnen in der für die Palliative Care konstitutiven, ideologisch-moralisch aufgeladenen Philosophie dezidiert als egalitär aufgefasst. Da jede Profession einen gleichermaßen wichtigen Beitrag für das Wohl der PatientInnen leistet, sollen die verschiedenen hier involvierten Professionen trotz divergierender Zuständigkeits- und Verantwortungsbereiche frei von hierarchischem Denken zusammenarbeiten (Jünger et al. 2007; Müller/Kern 2006: 66). Wenngleich die Realität in diesem „ethisch und fachlich so anspruchsvollen Arbeitsfeld viel nüchterner und ‚menschlich-unzulänglicher' aus[sieht]" (Müller/Kern 2006: 66), kommt Pflegenden hier doch eine stärkere Position zu als auf anderen Stationen – Knoblauch/Zingerle (2005: 22) betrachten Pflegekräfte sogar als die „Hauptakteur[innen]" der Palliative Care.
Vor diesem Hintergrund stellt sich nun die Frage, welche Gemeinsamkeiten, aber auch welche Unterschiede die Kommunikation[2] zwischen Pflegekräften und PatientInnen/Angehörigen einerseits und die zwischen ÄrztInnen und PatientInnen/Angehörigen andererseits aufweist und wie sich die unterschiedlichen Berufsrollen im interaktiven Verhalten der beiden zentralen Akteursgruppen der Palliativstation manifestieren. Ebendiese Frage steht im Zentrum der vorliegenden Arbeit.

Bislang existieren nur wenige Studien, die sich auf Grundlage natürlichen, d. h. authentischen Gesprächsmaterials der Interaktion von Pflegekräften und ÄrztInnen mit PatientInnen und deren Angehörigen im palliativmedizinischen Bereich widmen. Beiträge aus der Pflegewissenschaft oder der Medizin, die auf tatsächlich stattgefundene, aufgezeichnete Interaktionen zurückgreifen, nehmen dabei in den allermeisten Fällen eine Codierung der erhobenen Gespräche vor, sodass deren sprachliche und interaktiv-sequenzielle Spezifika keine weitere Beachtung finden. Die (auf medizinische Kommunikation ausgerichtete) Gesprächsanalyse[3] hingegen, deren zentrale methodische Prämisse es ist, mit authentischen Gesprächen zu arbeiten und die in diesen sequenziell-situativ emergierende, kollaborativ vollzogene Herstellung sozialer Realität zu rekonstruieren, wandte sich bislang nur vereinzelt der Kommunikation in der Palliative Care zu. Daher handelt es sich bei dieser Interaktionsdomäne weitgehend

---

[2] Meiner Arbeit liegt insofern eine enge Definition von Kommunikation zugrunde, als ich einen interaktionalen Kommunikationsbegriff verwende, wie ihn etwa Gumperz (1982: 1) vertritt und wie er von Imo (2013: 51ff.) ausführlich diskutiert wird. Das Handeln Einzelner muss dieser Auffassung zufolge wechselseitig angelegt sein, um überhaupt als Kommunikation zu gelten. Unter *Interaktion* verstehe ich dabei den Prozess, in dem Personen gemeinsam mittels kommunikativer Verfahren in verschiedenen semiotischen Systemen (verbal/nonverbal; schriftlich/mündlich) Realität erzeugen, d. h. kollaborativ Handlungen als linear-zeitlich emergierende, sequenziell aufgebaute Gebilde hervorbringen und diese intersubjektiv mit Sinn aufladen. Die Begriffe *Kommunikation* und *Interaktion* gebrauche ich dementsprechend synonym, um auf ebendiese kontextsensitive, dialogisch ausgerichtete und sequenziell organisierte Konstitution von Bedeutung zu referieren.

[3] Für eine nähere Auseinandersetzung mit dieser Methode, auf der die vorliegende Arbeit basiert, sei auf Kapitel 3 verwiesen.

um terra incognita inmitten des ansonsten hinlänglich ‚kartografierten' Feldes der interaktional ausgerichteten Forschung zu medizinischen Interaktionen (Barnes 2019: 305). In Anbetracht der Tatsache, dass die Kommunikation mit PatientInnen und Angehörigen in der Palliative Care aber weit mehr als in anderen medizinischen Disziplinen als integraler Bestandteil einer guten, holistisch ausgerichteten Behandlung und Betreuung angesehen wird (Lindtner-Rudolph/Bardenheuer 2015: 244), liegt hier ein dringlich zu bearbeitendes Forschungsdesiderat vor.

Abgesehen von Untersuchungen zur Interaktion zwischen ÄrztInnen bzw. Pflegekräften und PatientInnen sowie Angehörigen in der Palliativversorgung steht im Forschungsfeld der auf medizinische Interaktionen ausgerichteten Gesprächsanalyse ferner auch eine systematische und vertiefte Behandlung von Interaktionen zwischen Pflegekräften und PatientInnen aus. Während die gesprächsanalytische Forschung zu ÄrztIn-PatientIn-Interaktionen kaum zu überblicken ist und beständig neue Beiträge zu den bereits vorliegenden hinzutreten, fristet die Interaktion zwischen Pflegekräften und PatientInnen innerhalb der gesprächsanalytischen Forschung ein Schattendasein und ist insbesondere im deutschsprachigen Raum nahezu unberücksichtigt – mit Ausnahme einiger weniger, z. T. allerdings bereits vom Ende des letzten Jahrhunderts stammender Studien (Posenau 2014; Sachweh 1997, 1999, 2003; Walther 1996, 2001, 2005; Weinhold 1997, 2002). Da Pflegekräfte im stationären Krankenhausbereich aber 24 Stunden am Tag als primäre Ansprechpartnerinnen für die PatientInnen verantwortlich sind und somit viel häufiger mit diesen interagieren als ihre ärztlichen KollegInnen (Schröck 2012: 54), lässt sich die weitgehende Vernachlässigung dieses Forschungsgegenstandes nur schwer nachvollziehen. Es ist deshalb an der Zeit, diesen Bereich für die Gesprächsanalyse zu profilieren.

Schließlich handelt es sich auch bei der vergleichenden Betrachtung von Pflege- vs. ÄrztIn-PatientIn-Interaktionen auf verschiedenen Krankenhausstationen um ein Desiderat bisheriger gesprächsanalytischer Forschung. Dies verwundert insbesondere vor dem Hintergrund, dass Pflege und Medizin die beiden zentralen in die Betreuung und Versorgung der PatientInnen involvierten Akteursgruppen jedes Krankenhauses darstellen und es daher sehr naheliegend erscheint, deren Interaktion mit den PatientInnen kontrastiv zu beleuchten. Im Rahmen einer solchen vergleichend operierenden gesprächsanalytischen Untersuchung lässt sich sodann eruieren, ob bzw. inwiefern das Interaktionsverhalten professioneller AkteurInnen durch professionsspezifische institutionelle Rollenvorgaben geprägt wird.

Die vorliegende Arbeit knüpft nun genau an den drei vorangehend skizzierten Forschungsde-sideraten an und leitet daraus ihre generelle Zielsetzung ab, einen Vergleich zwischen pflegerischem und ärztlichem Sprechen mit PatientInnen und deren Angehörigen auf der Palliativstation anzustellen. Dabei gehe ich den folgenden drei analyseleitenden Fragen nach:

(i) Welche kommunikativen Routinen zeigen sich im pflegerischen und ärztlichen Sprechen[4] mit PatientInnen und deren Angehörigen?
(ii) Welche ‚Fingerabdrücke' hinterlassen die beiden Berufsrollen sowie die mit diesen assoziierten institutionell vorgegebenen Rechte und Pflichten auf den verschiedenen kommunikativen Praktiken, derer sich die Pflegekräfte und ÄrztInnen in der Interaktion mit den PatientInnen und Angehörigen bedienen?
(iii) Wie werden die getrennten Verantwortlichkeits- und Zuständigkeitsbereiche von Pflegekräften und ÄrztInnen in deren Interaktion mit den PatientInnen und Angehörigen einerseits aktualisiert, andererseits aber auch erst in situ konstruiert?

Primär geht es folglich darum, die unterschiedlichen kommunikativen Praktiken von Pflegekräften und ÄrztInnen herauszuarbeiten und miteinander zu vergleichen. Die Audiodaten, anhand derer dieses zentrale, auf die Gemeinsamkeiten und Unterschiede pflegerischen und ärztlichen Sprechens ausgerichtete Erkenntnisinteresse verfolgt wird, stammen von der Palliativstation des Städtischen Klinikums Karlsruhe und wurden über einen Zeitraum von 20 Wochen erhoben. Insgesamt umfasst das Korpus Audioaufnahmen von 614 Pflege-PatientIn-Interaktionen (PPI) und 250 ÄrztIn-PatientIn-Interaktionen (ÄPI),[5] an denen neun Patientinnen, 15 Patienten, 49 Angehörige, vier Pfleger, zwei Ärzte und je elf Pflegerinnen und Ärztinnen beteiligt waren. Ein entsprechendes Ethikvotum des Klinikums für die Aufnahme und Verwendung der Daten zu wissenschaftlichen Zwecken liegt vor.

Zur Bearbeitung der aufgeworfenen Forschungsfragen setze ich an den drei Gesprächsthemen an, die sowohl in den PPI als auch in den ÄPI am häufigsten relevant gesetzt werden und deren interaktive Bearbeitung mit Blick auf die übergeordnete Zielsetzung jeweils besonders aufschlussreich ist. Es handelt sich hier um die Themen ‚Schmerzen', ‚Medikamente' und ‚psychosozial-affektives Krankheitserleben'. Hinsichtlich dieser drei thematischen Komplexe untersuche ich die kommunikativen Praktiken, die jeweils mit hoher Frequenz auftreten und durch welche die entsprechenden Themen überhaupt erst interaktiv hervorgebracht bzw. konstituiert werden. Meiner Arbeit liegt dabei maßgeblich der von Hanks im Rahmen der anthropologischen Linguistik entwickelte Praktikenbegriff zugrunde (Hanks 1987, 1996a, 1996b, 2005a, 2005b). Dieser erweist sich als sehr anschlussfähig für eine gesprächsanalytisch ausgerichtete

[4] Der Fokus dieser Arbeit richtet sich zwar dezidiert auf die verbale interaktive Praxis der InstitutionsvertreterInnen, weshalb ich zumeist auch vereinfachend die Phrasen ‚pflegerisches Sprechen' bzw. ‚ärztliches Sprechen' verwende. Dennoch steht in einer Arbeit wie der vorliegenden, die methodisch der Gesprächsanalyse verpflichtet ist, selbstverständlich außer Frage, dass Kommunikation inhärent dialogisch ist und die Beiträge der PatientInnen bzw. Angehörigen ebenso in die Analysen einzubeziehen und zu berücksichtigen sind wie die der professionellen AkteurInnen.

[5] Der Einfachheit halber spreche ich zumeist von Pflege-/ÄrztIn-PatientIn-Gesprächen, obgleich in knapp 30 % der aufgezeichneten Interaktionen auch Angehörige anwesend sind. In den Analysen differenziere ich nicht zwischen dem pflegerischen bzw. ärztlichen Sprechen mit PatientInnen und dem Sprechen mit Angehörigen.

Arbeit wie die vorliegende, die neben den sprachlichen Merkmalen einer kommunikativen Praktik sowie deren sequenzieller Einbettung auch die Verortung der Praktiken im sozialen Feld (*social field*, Hanks 2005b) ‚Palliativstation' mit seinen funktionalen Subfeldern ‚Pflege' und ‚Medizin' (Schroeter 2004: 130) nicht außer Acht lässt.
Neben dem primären Analysevorhaben, einen Vergleich zwischen pflegerischem und ärztlichem Sprechen mit PalliativpatientInnen und deren Angehörigen durchzuführen, wende ich mich sekundär auch einem weiteren Aspekt zu: dem Sprechen über Sterben und Tod. Angesichts der Tatsache, dass es sich bei der vorliegenden Arbeit um die erste breit angelegte, deutschsprachige, gesprächsanalytische Untersuchung handelt, die Interaktionen auf der Palliativstation zum Gegenstand hat, soll diese für den Palliativbereich zentrale Thematik nicht unberücksichtigt bleiben. Allerdings ist diesbezüglich kein Vergleich zwischen PPI und ÄPI möglich, denn das Sterben wird, abgesehen von einem Beleg aus einer Interaktion zwischen einer Pflegerin und einem Patienten, lediglich in ÄrztIn-PatientIn-Gesprächen interaktiv relevant gesetzt und bearbeitet. Da der Themenkomplex ‚Sterben und Tod' gemeinhin aber als mit palliativen Settings untrennbar verbunden gilt (Bitschnau/Heimerl 2013: 270) – Müller/Pfister (2014: 12) bezeichnen Palliativstationen gar als einen „vom Tod kontaminierten sozialen Raum" –, sollen Gesprächssequenzen, in denen Sterben und Tod thematisiert werden, am Ende des empirischen Teils dennoch ebenfalls in den Blick genommen werden. Dabei stellt sich die Frage, welche kommunikativen Praktiken in diesem Kontext am häufigsten auftreten.

Die vorliegende Arbeit ist in acht Kapitel gegliedert und wie folgt aufgebaut: Nach dieser Einleitung (**Kapitel 1**) folgt in **Kapitel 2** ein Überblick über die Palliative Care und somit über die medizinische Subdisziplin, innerhalb derer die im analytischen Teil untersuchten Gesprächsdaten verortet sind. Neben den allgemeinen Grundzügen der Palliative Care lege ich hier auch die Ergebnisse medizinischer und pflegewissenschaftlicher Studien zur Kommunikation innerhalb dieser Disziplin dar. Das Augenmerk liegt dabei auf den methodischen Defiziten der erwähnten Artikel sowie auf dem sich daraus ergebenden Desiderat einer auf authentischen Gesprächsdaten basierenden, sequenzanalytisch operierenden Untersuchung der Interaktion zwischen Pflegekräften/ÄrztInnen und PatientInnen/Angehörigen.
In **Kapitel 3** wird die dieser Arbeit zugrunde liegende Methode vorgestellt. Neben der Gesprächsanalyse, die das methodische Grundgerüst bildet, gehe ich in diesem Rahmen auch auf den Praktikenbegriff ein, der für den empirischen Teil zentral ist. Des Weiteren thematisiere ich dort die Herausforderungen einer vergleichenden gesprächsanalytischen Betrachtung interaktionaler Daten und lege die Merkmale institutioneller Interaktionen dar.
Gegenstand von **Kapitel 4** sind sodann bisherige gesprächsanalytische Studien zur Interaktion von Pflegekräften und ÄrztInnen mit PatientInnen. Angesichts der Fülle an Arbeiten zur ÄPI kann hier keine vollumfängliche Darstellung des entsprechenden

Forschungsstandes erfolgen. Daher liegt der Fokus auf solchen Arbeiten, deren Forschungsergebnisse für die vorliegende Untersuchung besonders relevant sind: Arbeiten zu Visiteninteraktionen sowie zu Interaktionen in der Palliative Care. Im Unterkapitel zum pflegerischen Sprechen mit PatientInnen thematisiere ich anschließend neben der Rolle der Pflegekräfte im sozialen Feld ‚Krankenhaus' auch den Stellenwert von Kommunikation in der Pflege sowie die Ergebnisse der wenigen vorliegenden Studien zur Handlungsstruktur pflegebegleitender Interaktionen. Knapp gehaltene Ausführungen zum bisherigen Forschungsdesiderat einer vergleichenden Untersuchung zwischen pflegerischem und ärztlichem Sprechen mit PatientInnen schließen Kapitel 4 ab.

**Kapitel 5** hat das Ziel, den LeserInnen die Gesprächsdaten vorzustellen, die in dieser Arbeit untersucht werden. Zu diesem Zweck skizziere ich zunächst den ethnografischen Hintergrund, beschreibe also die Abläufe auf der Palliativstation des Städtischen Klinikums Karlsruhe. Zudem schildere ich dort auch den Prozess der Datenerhebung, präsentiere die genaue Zusammensetzung des Untersuchungskorpus und gehe detailliert auf das analytische Vorgehen sowie auf die Zielsetzung der vorliegenden Untersuchung ein.

Bei **Kapitel 6** handelt es sich schließlich um das Kernstück der Arbeit. Innerhalb dieses Kapitels wird in drei Unterkapiteln (Kapitel 6.1–6.3) ein Vergleich zwischen pflegerischem und ärztlichem Sprechen mit PalliativpatientInnen und deren Angehörigen angestellt. Konkret widme ich mich dort der interaktiven Bearbeitung drei zentraler Gesprächsthemen: dem Sprechen über Medikamente, dem Sprechen über Schmerzen sowie dem Sprechen über das psychosozial-affektive Krankheitserleben. Innerhalb der jeweiligen Unterkapitel referiere ich zunächst gesprächsanalytische Studien zur jeweiligen Thematik, ehe ich zuerst das pflegerische und anschließend das ärztliche Sprechen mit den PatientInnen und Angehörigen untersuche. Am Ende vergleiche ich jeweils die von den Pflegekräften eingesetzten mit den von den ÄrztInnen verwendeten kommunikativen Praktiken und arbeite die Berufsspezifik der verschiedenen Praktiken und dementsprechend deren indexikalisches Potenzial heraus.

Als letztes Kapitel des empirischen Teils wendet sich **Kapitel 7** dem Sprechen über Sterben und Tod zu. Da mein Gesamtkorpus allerdings, wie bereits erwähnt, lediglich *einen* Beleg enthält, in dem sich eine Pflegekraft mit einem Patienten über Sterben und Tod unterhält, ist hinsichtlich dieses Themenkomplexes kein Vergleich zwischen pflegerischem und ärztlichem Sprechen möglich. Insofern betrachte ich hier lediglich Gesprächsausschnitte aus ÄrztIn-PatientIn-Interaktionen und entsprechend allein ärztliche Gesprächspraktiken, die in der Interaktion mit den PatientInnen und Angehörigen auftreten.

Die zentralen Ergebnisse des analytischen Teils werden in **Kapitel 8** schließlich zusammengefasst und auf einer abstrakteren Ebene betrachtet, ehe die Arbeit mit einem Ausblick auf Perspektiven weiterer Forschung endet.

## 2 Palliative Care

Ehe im Folgenden näher auf den medizinischen Bereich eingegangen werden kann, aus dem die Gesprächsdaten der vorliegenden Arbeit stammen, ist zunächst eine terminologische Klärung vonnöten. Für das hier betrachtete Feld finden sich in der deutschsprachigen Literatur v. a. die beiden Begriffe *Palliativmedizin* und *Palliative Care*, die teilweise synonym gebraucht werden; mitunter fungiert *Palliative Care* aber auch als Bezeichnung für eine übergeordnete Disziplin, die neben der Medizin und der Pflege auch andere Professionen wie etwa die Sozialarbeit oder die Seelsorge umfasst. Letztere Verwendungsweise soll bereits auf der sprachlichen Ebene einer medizinischen Dominanz im weiten Feld der palliativen Versorgung Einhalt gebieten und deutlich machen, dass Angebote von PhysiotherapeutInnen, SeelsorgerInnen, MusiktherapeutInnen usw. ebenso wichtig sind wie die Versorgung der PatientInnen durch ÄrztInnen und Pflegekräfte (Husebø/Mathis 2017: 4). Die Negation hierarchischer Verhältnisse zwischen den verschiedenen Professionen nimmt Bezug auf die seit Ende der 1990er Jahre entstandene und teilweise bis heute andauernde Distanzierung der ganzheitlich denkenden Hospizbewegung (s. Kapitel 2.2) von der zumindest anfangs allein auf körperliche Belange fokussierten Palliativmedizin. Langfristig können sich jedoch nur solche Ansätze bewähren, denen ein integratives Verständnis von Palliativmedizin und Hospizarbeit zugrunde liegt und die ein holistisches Versorgungs- und Betreuungskonzept verfolgen (Weihrauch 2016: 296). In den letzten Jahren wurde daher zunehmend auch der Begriff *Palliativversorgung* gebräuchlich (Radbruch, Lukas/Payne, Sheila 2011: 219), den ich im Rahmen der vorliegenden Arbeit synonym mit *Palliative Care* und *Palliativmedizin* verwende.

Zum besseren Verständnis der Besonderheiten des palliativen Ansatzes soll im Folgenden zunächst ein kurzer Abriss über dessen Entstehungsgeschichte gegeben werden, wobei der Fokus hier größtenteils auf Deutschland liegt (Kapitel 2.1). Daran anknüpfend wird in Kapitel 2.2 die Palliative Care[6] in ihrer heutigen Ausprägung konturiert. Schließlich lege ich die Ergebnisse medizinischer und pflegewissenschaftlicher Studien zur Kommunikation mit PatientInnen und deren Angehörigen[7] im Palliativbereich dar (Kapitel 2.3) und arbeite in diesem Zuge ein gewichtiges Desiderat heraus, dem ich mich im Rahmen der vorliegenden Arbeit u. a. widme.

---

[6] Da *Palliative Care* inzwischen zumindest partiell dem Prozess der phonologischen Anpassung unterzogen wurde ([paliaˈtiːfkɛɹ] anstatt engl. [ˈpalɪətɪvkɛɹ]) und somit zu Teilen eine Entlehnung aus dem Englischen darstellt, wird der Ausdruck nicht durch Kursivierung als fremdsprachlich markiert.

[7] In der Palliative Care findet sich anstatt der Bezeichnung *Angehörige* häufig der auf einen größeren Personenkreis referierende Terminus *Zugehörige*. Mit diesem soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass die den PatientInnen nahestehenden Menschen nicht zwangsläufig in einer verwandtschaftlichen Relation zu diesen stehen müssen (Feichtner/Pußwald 2017: 66). Da die AkteurInnen der Palliativstation, von der meine Daten stammen, allerdings ausschließlich den Begriff *Angehörige* nutzen, orientiere ich mich an diesem ‚Ethnobegriff' und spreche ebenfalls von *Angehörigen*.

## 2.1 Historische Genese der Palliative Care in Deutschland

Als historischer Impuls für die Entwicklung der Palliative Care gilt die Gründung des ersten modernen Hospizes der Welt, des St. Christopher's Hospice in London, durch Cicely Saunders im Jahr 1967 (Clark 2007: 432). Saunders machte mit dem Begriff des ‚totalen Schmerzes' (*total pain*) darauf aufmerksam, dass unheilbar kranke Menschen nicht allein unter körperlichen Beschwerden leiden, sondern dass mit dem Sterben auch psychischer, spiritueller und sozialer Schmerz einhergeht (Saunders/Baines 1991: 16). Diese Vorstellung war revolutionär zu einer Zeit, in der die Stärke von Schmerzen allein an deren somatischer Ursache gemessen wurde und noch kein Verständnis von Wechselwirkungen zwischen körperlichem und psychosozialem Leiden existierte. Aus der sich langsam verändernden Perspektive auf Schmerzen erwuchs auch ein anderer Umgang mit Schmerzmedikamenten (Baines 2011: 225): Zwar wurden auch schon vor Saunders' Pionierarbeit bei der Betreuung sterbender Menschen entsprechende Schmerzmittel eingesetzt – aus Furcht vor einem Gewöhnungseffekt und daraus resultierenden Abhängigkeiten allerdings nur dann, wenn der Schmerz nicht mehr auszuhalten und das Leiden der PatientInnen unerträglich war (Zenz 2020). Demgegenüber betrachtete die im Entstehen begriffene Palliative Care eine adäquate Schmerzmedikation als unabdingbare Prämisse für den bestmöglichen Erhalt von Lebensqualität, die den PatientInnen wiederum erlauben sollte, letzte Angelegenheiten zu regeln und sich auf den Tod vorzubereiten.

Nachdem Anfang der 1970er Jahre einige deutsche Ärzte das St. Christopher's Hospice besucht hatten, entstanden die ersten Initiativen, die Ideen dieses Hauses auch in Deutschland umzusetzen (Müller-Busch 2012: 101). Einer der wichtigsten motivierenden Faktoren hierfür war die bis dato fast vollständige Ausklammerung von Sterben und Tod[8] in der modernen Medizin. So wurden zwar immer bessere kurative Behandlungsmethoden entwickelt; Überlegungen dazu, wie sich die Versorgung ‚austherapierter' PatientInnen gestalten kann, wurden jedoch kaum angestellt. Vor allem mit dem Aufkommen der Intensivmedizin in den 1960er Jahren wurde „[b]is zum Ende einer Patientenkarriere […] gegen den Tod therapiert, obwohl dieser häufig selbst den Ärzt[Inn]en als unausweichlich" erschien (Dreßke 2007: 78).

Diesem Paradigma setzte die Mitte und Ende der 1970er Jahre auch hierzulande entstehende Hospizbewegung eine Haltung der Enttabuisierung und insofern einen of-

[8] Es wäre mühselig, hier eine klare Abgrenzung zwischen den Begriffen *Sterben* und *Tod* vorzunehmen, denn wann das Sterben beginnt, lässt sich aus einer palliativmedizinischen Perspektive nicht pauschal angeben (Bardenheuer 2012) – ganz abgesehen von den (thanato)soziologischen Debatten, die um eine Definition dieser Begriffe geführt werden (Jakoby/Thönnes 2017). Wie Sudnow (1973 [1967]: 15) argumentiert, ist es ohnehin „kaum möglich […], die sozialen und die biologischen Komponenten d[ies]er […] Phänomene säuberlich zu trennen". Zu welchem Zeitpunkt genau der Sterbevorgang eintritt, soll daher nicht weiter diskutiert werden. Stattdessen fasse ich Sterben schlicht als „Prozeß, der mit dem Tod endet" (Schmied 1985: 13).

fenen Umgang mit dem Sterben entgegen. Die PionierInnen der Palliative Care wollten sterbenden PatientInnen die Chance geben, ihre noch vorhandenen Kräfte für die Auseinandersetzung mit psychosozialen Themen des Lebensendes einsetzen zu können, anstatt deren verbleibende physische und psychische Ressourcen durch kurative Therapien unnötig weiter zu schwächen. Während in England nach der Eröffnung des St. Christopher's Hospice zahlreiche weitere Hospize gegründet wurden, sahen sich die FörderInnen der bundesdeutschen Hospizarbeit lange Zeit mit massiven Widerständen in der Bevölkerung konfrontiert. Ebenso wie andere westliche Gesellschaften war auch die deutsche aufgrund sozialer Veränderungen und enormer medizinischer Fortschritte von einer Individualisierung und Tabuisierung des Sterbens geprägt; hinzu kam eine „Fortschrittseuphorie[,] die weder Grenzen kannte noch akzeptierte, [schon gar] nicht die Grenze des Todes" (Heller et al. 2013: 80f.).[9] Vor diesem Hintergrund entstand erst 1983, nachdem die „‚kollektiv-mentale Großwetterlage'" in Deutschland knapp 20 Jahre lang „nicht hospizfreundlich" war (Heller et al. 2013: 80), an der Universitätsklinik Köln die erste deutsche Palliativstation, gefolgt von der Eröffnung des ersten deutschen Hospizes 1986 in Aachen.

Der stetig wachsende Bedarf an palliativmedizinischer Betreuung führte 2013 – 30 Jahre nach der Eröffnung der ersten Palliativstation Deutschlands – schließlich auch zu dem Beschluss, dass das Fach Palliativmedizin als ein für alle Medizinstudierende obligatorisches Pflichtlehr- und Prüfungsfach an jeder deutschen medizinischen Fakultät angeboten werden muss (Nauck/Alt-Epping/Benze 2015: 41). Trotz dieses für die Anerkennung und Verbreitung der Palliative Care wichtigen Meilensteins sowie des stetig voranschreitenden Ausbaus der palliativen Versorgung und der kontinuierlich wachsenden gesellschaftlichen Akzeptanz sieht sich die Palliativmedizin bis heute wie kaum eine andere medizinische Subdisziplin mit Vorurteilen konfrontiert, nicht nur hierzulande: Es haftet ihr das Stigma an, das in unserer Gesellschaft nach wie vor mit dem Tod assoziiert ist, wenngleich deutlich weniger ausgeprägt als noch vor etwa 20 Jahren. Vor diesem Hintergrund wird die Palliative Care noch immer häufig als Synonym oder gar als Euphemismus für Sterben und Tod aufgefasst (Collins/McLachlan/Philip 2018), weshalb PatientInnen und ihre Angehörigen die Verlegung auf eine Palliativstation oder ins Hospiz oft als in kausaler Relation zum Eintritt des Sterbeprozesses stehend betrachten (Zimmermann et al. 2016: 219). Zunehmend wirkt die Palliativphilosophie jedoch auch in andere medizinische Disziplinen hinein: Aspekte der Palliative Care gewinnen etwa für die Intensivmedizin an Bedeutung und werden hier

[9] In der Thanatosoziologie (vgl. einführend Thieme 2019) wurde die Tendenz, die Beschäftigung mit Tod und Sterben weitgehend zu vermeiden, Mitte und vor allem Ende des 20. Jahrhunderts unter dem Stichwort *Verdrängung* stark diskutiert (Gorer 1955; Elias 2002 [1982]; Nassehi/Weber 1989; Feldmann 1997). Inzwischen ist jedoch fraglich, ob die These der Verdrängung des Todes angesichts des in unserer Gesellschaft zu betrachtenden „revival of death" (Walter 1994; vgl. auch Knoblauch 2007: 191ff.) noch haltbar ist oder ob sie angesichts des insbesondere durch die Hospizbewegung vorangetriebenen öffentlichen Diskurses über Tod und Sterben nicht zumindest teilweise revidiert werden muss (Zimmermann 2012; Knoblauch/Kahl 2017: 365).

als Ergänzung zu kurativen Behandlungen begriffen (Ferner/Nauck/Laufenberg-Feldmann 2020). So entsteht langsam ein Bewusstsein dafür, dass sich hinter der Palliativphilosophie letztlich ein für die gesamte Medizin wichtiges, wieder neu zu entdeckendes „Verständnis des Heilens" verbirgt, das auf ein „In-sich-ganz-Sein" von PatientInnen ausgerichtet ist (Müller-Busch 2012: 104; vgl. auch Maio 2019).

## 2.2 Grundzüge der Palliative Care

Inzwischen basiert die Palliativversorgung in Deutschland auf einem Drei-Säulen-Modell, das neben der stationären Behandlung im Krankenhaus – auf Palliativstationen – die Betreuung in Hospizen sowie die spezialisierte ambulante Versorgung durch Pflegedienste, ÄrztInnen und Ehrenamtliche umfasst (Deutscher Hospiz- und Palliativverband e. V. 2021). Wie bereits zuvor im Rahmen der Thematisierung des *total pain*-Konzeptes bereits anklang, richtet sich der innerhalb all dieser Institutionen verfolgte ganzheitliche Ansatz nicht nur auf die körperliche Ebene, sondern zielt gleichermaßen auch auf die psychosoziale Dimension des Leidens der PatientInnen ab. So soll eine palliative Versorgung dazu beitragen, dass dem biologischen Tod kein ‚sozialer Tod' im Sinne eines „Zusammenbruch[s] psychischer Funktionen" vorausgeht (Obliers/Köhle 2017: 977). Neben entsprechenden psychosozialen Unterstützungsangeboten wird dies auch durch eine Stärkung des sozialen Umfeldes der PatientInnen erreicht, dessen Beistand von zentraler Bedeutung sein kann. Die Angehörigen stellen darum immer einen integralen Teil der *unit of care* dar und werden von den professionellen AkteurInnen demgemäß in die Versorgung und Betreuung der PatientInnen einbezogen (Wasner 2012: 90).

Im Jahr 2002 entwickelte die Weltgesundheitsorganisation (WHO) eine Definition der zentralen Aufgaben und grundlegenden Werte der Palliative Care. Als deren primäres Ziel deklariert sie die Verbesserung der Lebensqualität von PatientInnen, die sich in der letzten Phase ihres Lebens befinden. Die AkteurInnen der Palliative Care werden diesbezüglich dazu aufgefordert, „to help patients live as actively as possible until death", wobei sie einerseits das Leben bejahen, gleichzeitig aber die Realität des Sterbens anerkennen sollen (WHO 2002: o. S.).[10] Schmerzen und andere belastende Symptome sind so gut wie möglich zu reduzieren; zudem sollten Angebote für Angehörige zur Bewältigung des Abschiednehmens geschaffen werden. Das Bundesministerium für Gesundheit (2016: 1) wiederum formulierte darauf basierend im Hospiz- und Palliativgesetz für Deutschland die Zielsetzung, „sterbenden Menschen ein würdiges und selbstbestimmtes Leben auch in ihrer letzten Lebensphase zu ermöglichen". Aktive Sterbehilfe wird dabei nicht nur abgelehnt, sondern darüber hinaus auch „als bei angemessener Palliativversorgung entbehrlich angesehen" (Galushko/

[10] Vgl. auch die Ausführungen zu den Grundsätzen der Palliativversorgung in der erweiterten S3-Leitlinie für die Palliativmedizin (Leitlinienprogramm Onkologie 2020).

Voltz 2012: 200). Nichtsdestotrotz darf kein verklärtes, das Sterben im Palliativbereich glorifizierendes Bild gezeichnet werden: Die meisten PalliativpatientInnen leiden unter massiven physischen, oft auch psychischen Schmerzen und längst nicht allen kann ein friedliches und schmerzfreies Sterben ermöglicht werden. Ungeachtet des wissenschaftliches Fortschrittes bleibt die Versorgung im Palliativbereich daher eine Gratwanderung zwischen der Gabe adäquater Medikamente zur Linderung der schlimmsten Schmerzen einerseits und dem Ermöglichen eines weitgehend minimal-invasiven Sterbeprozesses andererseits (Kellehear 2017: 15).

Die zentrale Herausforderung aber, mit der sich in der Palliative Care tätige ÄrztInnen konfrontiert sehen, besteht in der im Vergleich zu allen anderen medizinischen Subdisziplinen veränderten teleologischen Ausrichtung: Während es sowohl im Krankenhaus als auch im ambulanten Bereich ansonsten primär darum geht, PatientInnen von ihren Krankheiten zu heilen und sie – bezogen auf stationäre Settings – so gesund wie möglich wieder nach Hause zu entlassen, ist eine Heilung von PalliativpatientInnen nahezu ausgeschlossen und bildet dementsprechend auch nicht das Ziel medizinischer Maßnahmen („Helfen ohne zu heilen", Belan/Schiller 2016). Es wäre verkehrt, den Tod in diesem Bereich als Scheitern professionellen Bemühens zu betrachten, wie dies traditionellerweise in der Medizin üblich ist (Feldmann 1995: 147). Aus diesem Grund gilt in der Palliative Care, dass die von ÄrztInnen im Genfer Gelöbnis geschworene Erhaltung von Leben und die Wiederherstellung von Gesundheit „nicht mehr angezeigt" und aus diesem Grund durch eine palliativmedizinische Versorgung zu ersetzen ist (Bundesärztekammer 2011: 346). Letztlich bedingt die Arbeit im Palliativbereich so auch ein verändertes Rollenverständnis der ÄrztInnen – weg von HeilerInnen und hin zu BetreuerInnen (Schmeling-Kludas 2006: 1113).

Doch nicht nur ÄrztInnen müssen sich, wenn sie in der Palliative Care tätig werden, umgewöhnen und das im Laufe ihrer bisherigen klinischen Erfahrung internalisierte kurative Paradigma zur Seite schieben. Auch von PatientInnen wird mit dem Eintritt in den Palliativbereich ein Perspektivwechsel eingefordert, der neue Verpflichtungen beinhaltet. Sie müssen lernen, nicht nur körperliche, sondern auch psychosozial-spirituelle Bedürfnisse zu formulieren, sind gezwungen, „Heilungshoffnungen aufzugeben" und müssen sich an die spezifische „kommunikative Kultur" im Palliativbereich gewöhnen (Dreßke/Göckenjan 2006: 1978): Da Sterben und Tod im Alltag palliativer Einrichtungen ständig präsent sind, bilden sie „sprechbare Themen", die konträr zu kurativen Settings keiner weiteren Tabuisierung unterworfen sein und dementsprechend immer wieder diskutiert werden sollen (Wichmann/Wilkening 2016: 325).

Insbesondere deshalb, weil mit den PatientInnen und ihren Angehörigen nicht nur über medizinische Themen gesprochen werden soll, sondern im Angesicht des nahen Lebensendes z. B. auch über die Frage nach dem Sinn des Lebens oder über das Leben nach dem Tod, müssen neben PalliativmedizinerInnen und PflegerInnen auch andere Berufsgruppen aktiv an der palliativen Versorgung mitwirken (Kunz 2014). Zum Team von Palliativstationen und Hospizen zählen daher auch SeelsorgerInnen, Physio-

, Psycho-, Kunst- und MusiktherapeutInnen sowie SozialarbeiterInnen. Letztlich ist die Versorgung von PalliativpatientInnen somit sehr personal- und entsprechend auch kostenintensiv und übersteigt etwa auf Palliativstationen bei Weitem den Personalschlüssel anderer Stationen. Ein interdisziplinäres Team mit einem breit gefächerten psychologischen, spirituellen und kreativen Therapieangebot (*comprehensive, interdisciplinary care*, Billings 1998: 80) ist für den palliativen Bereich aber unabdingbar, um auf die sterbenden PatientInnen mit all ihren Bedürfnissen adäquat eingehen zu können.

## 2.3 Kommunikation in der Palliative Care

‚Gute', wertschätzende und empathische Kommunikation gilt – weit mehr noch als in anderen medizinischen Disziplinen – als conditio sine qua non der Palliative Care und wird vor dem Hintergrund ihrer ganzheitlichen Philosophie als integraler Bestandteil einer möglichst guten Versorgung der PatientInnen betrachtet (Ferrell/Buller 2020). Dem liegt die Idee zugrunde, „that talking itself can be a primary, effective intervention in situations of serious illness and suffering" (Gramling/Gramling 2019: 15). Es ist daher als logische Konsequenz dieser Haltung zu betrachten, dass die einschlägigen deutschsprachigen Lehr- und Handbücher zur Palliativversorgung neben Kapiteln zur Symptombehandlung stets auch ein eigenständiges Kapitel zur Kommunikation mit den PatientInnen enthalten (Feichtner 2018; Franck/Sitte 2019; Gatterer 2012; Gerhard 2015; Husebø 2017; Patzlsperger et al. 2018; Radbruch et al. 2018; Roller 2018; Schulz-Quach/Schnell 2019; Wüller et al. 2014). Auch die erweiterte S3-Leitlinie für die Palliativmedizin (Leitlinienprogramm Onkologie 2020) gibt in einem separaten Kapitel diverse Empfehlungen für Gespräche mit Sterbenden und deren Angehörigen. Zwar werden auch in Lehr- und Handbüchern anderer medizinischer Disziplinen Gesprächstechniken angeführt, allerdings geschieht dies meist eher randständig und nicht in Form eines umfangreichen eigenen Kapitels. Außerdem ist in kaum einem anderen medizinischen Bereich (abgesehen von der mit der Palliativmedizin eng verwandten Onkologie) das Thema ‚Kommunikation' derart moralisch aufgeladen wie in der Palliative Care, wo es um das Sprechen mit sterbenden Menschen geht und wo deren verbleibende Lebenszeit so stressfrei wie möglich gestaltet werden soll.
Die entsprechenden Kapitel in den erwähnten Publikationen thematisieren verschiedene im Palliativbereich rekurrent auftretende Gesprächsaufgaben, beispielsweise die Übermittlung schlechter Nachrichten, das Sprechen über Sterben und Tod oder die Planung der weiteren Versorgung. Anhand verschiedener Modelle aus der Medizinsoziologie und der (medizinischen) Kommunikationsforschung werden abstrakte, checklistenartige Normen für die ideale Gesprächsführung vorgestellt. Vor allem die Axiome nach Watzlawick/Beavin/Jackson (2011) und das darauf basierende populärwissenschaftliche Vier-Ohren-Modell von Schulz von Thun (2010) sind hier prominent vertreten und werden immer wieder unkritisch reproduziert. Als zentraler Topos tritt

dabei die Forderung nach einer patientenzentrierten Kommunikation auf (Back 2020), die vorrangig gekennzeichnet ist durch eine Haltung von „nichtwertender Achtung und Aufrichtigkeit gegenüber de[n] Patient[Innen] als Person[en] sowie [durch die] Bereitschaft, d[ie] Patient[Innen] in [ihrem] subjektiven Erleben – körperlich wie seelisch – einfühlsam wahrzunehmen" (Leitlinienprogramm Onkologie 2020: 109).

Die Beschäftigung mit den zahlreichen Empfehlungen für ‚gute' Kommunikation in der Palliative Care wirft die Frage auf, wie sich die Kommunikation professioneller AkteurInnen mit PalliativpatientInnen de facto gestaltet. Zum Zwecke einer ersten Annäherung an diese Frage lege ich im Folgenden den medizinischen (Kapitel 2.3.1) sowie den pflegewissenschaftlichen (Kapitel 2.3.2) Forschungsstand hierzu dar. Der Fokus liegt dabei auf einer kritischen Auseinandersetzung mit der vorhandenen Literatur, im Rahmen derer ich argumentieren werde, dass die bislang existierenden Studien aus diesem Bereich ein zentrales methodisches Problem aufweisen, das die Aussagekraft ihrer Ergebnisse beschränkt.

### 2.3.1 Medizinische Studien

Dem folgenden Forschungsüberblick sei ein kurzer Hinweis zu den einbezogenen Studien vorangestellt: Sowohl hier als auch in Kapitel 2.3.2 differenziere ich nicht zwischen den verschiedenen institutionalisierten Formen der Palliative Care; als Gemeinsamkeit der angeführten Studien soll genügen, dass diese die Kommunikation im Palliativbereich zum Gegenstand haben. Da einzelne Studien mitunter auch Daten aus verschiedenen palliativen Settings, etwa von der Palliativstation *und* dem Hospiz heranziehen, in der Auswertung aber nicht weiter zwischen den einzelnen Settings unterscheiden, ist eine klare Trennung ohnehin nicht immer möglich. Zudem stammen die meisten der im Folgenden referierten Studien aus dem angelsächsischen Raum, wo die Palliativversorgung anders strukturiert ist als in Deutschland (Spielberg 2007). Zuletzt ist anzumerken, dass im Rahmen dieses Kapitels auf Studien, die sich der Kommunikation in der pädiatrischen Palliative Care widmen, aufgrund deren fehlender Relevanz für die vorliegende Arbeit nicht eingegangen wird (vgl. aber etwa Streuli et al. 2019).

Der Großteil der medizinischen Literatur zur Interaktion zwischen dem medizinischen und pflegerischen Personal[11] und PatientInnen in palliativen Settings behandelt unter dem Schlagwort *end-of-life communication* die Vorstellungen und Präferenzen von

[11] In den medizinischen Studien wird häufig nicht nur ärztliches, sondern auch pflegerisches Sprechen betrachtet; die AutorInnen nehmen in der Ergebnisdarstellung aber zumeist keine weitere Differenzierung zwischen dem Kommunikationsverhalten der beiden Berufsgruppen vor.

ÄrztInnen, Pflegekräften und PatientInnen hinsichtlich der vorausschauenden Versorgungsplanung *(Advance Care Planning)*[12] sowie der Kommunikation über den Tod selbst. Wie eine Vielzahl an (Interview-)Studien belegt, sollte mit PalliativpatientInnen frühestmöglich offen – und wenn möglich auch unter Angabe prognostischer Informationen – über die Terminalphase, d. h. die letzten Wochen und Monate vor dem Tod gesprochen werden (u. a. Leung et al. 2012; van der Velden et al. 2020; Zaros et al. 2013). In Übereinstimmung damit sind auch die meisten PalliativärztInnen der Meinung, dass ein proaktives Thematisieren des Sterbens dringend vonnöten ist (Udo et al. 2018). Trotz des offensichtlich vorhandenen Bewusstseins für die Bedeutung einer frühen Besprechung von Angelegenheiten des Lebensendes vermeiden es aber allzu viele MedizinerInnen, dieses Thema rechtzeitig in die Interaktion einzuführen (Hancock et al. 2007).

Immer wieder ist in medizinischen Interviewstudien zur Kommunikation im Palliativbereich das Dilemma beschrieben, dass einerseits PatientInnen und ihre Angehörigen auf eine ärztliche Initiative warten, um über Sterben und Tod zu sprechen, andererseits aber die ÄrztInnen selbst diese Themen erst nach entsprechenden Initiativen vonseiten der PatientInnen ansprechen wollen (Benkel/Wijk/Molander 2014; Brazil et al. 2010; Collins/McLachlan/Philip 2018). Während die PatientInnen die ÄrztInnen deshalb nicht eigeninitiativ um eine Besprechung von Angelegenheiten des Lebensendes bitten, weil sie emotional überfordert sind, dementsprechend ihren Krankheitsprogress mitunter verdrängen und schlichtweg Angst haben (Gabbard/Smith 2016: 47), sind die Beweggründe der ÄrztInnen, das Sprechen über Sterben und Tod zu vermeiden, vielfältig: Sie fühlen sich nicht adäquat dafür ausgebildet, solche heiklen Gespräche zu führen (Schmit et al. 2016), wollen den PatientInnen nicht die Hoffnung auf eine Besserung ihres Zustandes nehmen (Brighton/Bristowe 2016: 467) oder haben Angst davor, aufgrund prognostischer Unsicherheit eine falsche Angabe zur noch verbleibenden Lebenszeit zu machen (Udo et al. 2018). Teilweise sehen sie sich auch erst gar nicht in der Lage, überhaupt eine Prognose auszusprechen (Stiel et al. 2019: 326f.) und sind unsicher, wie viel von der Wahrheit die PatientInnen überhaupt hören wollen,[13] welches Maß an Wahrheit sie ihnen umgekehrt zumuten können und welcher

---

12 Im Rahmen des *Advance Care Planning* (*ACP*) sollen primär zwei Fragen diskutiert werden: „If you are unable or do not want to take part in your healthcare decision-making, what do we need to think about when making decisions about you care? If you are unable or do not want to take part in your healthcare decision-making, to whom should we speak?" (Blackford/Street 2016: 284). Im deutschsprachigen Raum sind für das englische *ACP* verschiedene Übersetzungen gebräuchlich, was dem unterschiedlichen Verständnis der Inhalte von *ACP* geschuldet ist. Im Folgenden wird hierfür auf die in der S3-Leitlinie Palliativmedizin vorgeschlagene Übersetzung „vorausschauende Versorgungsplanung" zurückgegriffen, die „die wesentlichen Elemente […] des englischen ACP am besten und umfassend aufgreift" (Leitlinienprogramm Onkologie 2020: 120).

13 Wie verschiedene Studien demonstrieren, divergiert der Wunsch nach ehrlichen Informationen über den eigenen Zustand – nicht zuletzt in Abhängigkeit von kulturellen Faktoren – stark zwischen verschiedenen PatientInnen, sodass ÄrztInnen hier in der Tat vor der Her-

Terminologie sie sich bedienen sollen, um auf Sterben und Tod zu referieren (Benkel/Wijk/Molander 2014). Selbst wenn die ÄrztInnen mit den PatientInnen über deren bevorstehenden Tod sprechen, thematisieren sie vornehmlich die biophysiologischen Aspekte des Sterbeprozesses und vermeiden es, auf emotional-psychische Gesichtspunkte einzugehen (Back 2020: 2f.; Fine et al. 2010: 597).

In Interviews mit PatientInnen zeigt sich wiederum deutlich, dass deren Zufriedenheit mit der palliativen Versorgung maßgeblich von der Qualität der Kommunikation zwischen ihnen und dem medizinischen Personal abhängt (Black et al. 2018; Wentlandt et al. 2016).[14] Für eine positive Evaluation der Kommunikation scheint dabei wichtig zu sein, dass die ÄrztInnen und PflegerInnen sich der geäußerten Ängste und Bedürfnisse annehmen, die PatientInnen (und deren Angehörige) in die Entscheidungsfindung einbeziehen und eine positive Atmosphäre schaffen, um über Sterben und Tod zu sprechen (Anderson et al. 2019; Anderson/Funnell 2010; Seccareccia et al. 2015; Virdun et al. 2017). Diese Angaben erweisen sich jedoch allesamt als sehr vage und undifferenziert. Zwar liefern die in Interviews auf einer Metaebene elizitierten Reflexionen Einblicke in die Einstellungen von PatientInnen und vermögen etwas darüber auszusagen, welche Faktoren deren Meinung nach gelungene Kommunikation befördern oder verhindern. Allerdings können Interviews die in einer konkreten Interaktionssituation ablaufenden kommunikativen Mechanismen nicht abbilden, da Interviews lediglich *post hoc*-Rekonstruktionen von Interaktion beinhalten (Beach/Anderson 2003: 11). Aufgrund dessen vermögen es die bislang zitierten medizinischen Studien nicht, valide Ergebnisse über die Kommunikation im Palliativbereich zu erzielen (vgl. auch Pino/Doehring/Parry 2020: 1).

Vereinzelt ziehen medizinische Arbeiten zur Kommunikation in der Palliative Care aber auch authentische Gesprächsdaten heran. So arbeiten beispielsweise Öhlén et al. (2008) anhand eines Korpus ambulanter Palliativsprechstunden heraus, dass dort dominant über vergangene Untersuchungen und deren Ergebnisse sowie über die aktuelle Therapie gesprochen wird. In allen Fällen, in denen die Interaktion demgegenüber auf die Zukunft gerichtet ist, sind es ausschließlich die PatientInnen, die ihre Zukunft als Gesprächsgegenstand etablieren (vgl. auch Henselmans et al. 2017). Ge-

ausforderung stehen, das ‚Wahrheitsbedürfnis' der einzelnen PatientInnen richtig einzuschätzen (Friedrichsen/Lindholm/Milberg 2011; Murray/McDonald/Atkin 2015). Wie Fallowfield/Jenkins/Beveridge (2002) im Titel ihrer Interviewstudie „Truth may hurt but deceit hurts more" pointiert zum Ausdruck bringen, ist es jedoch ein Trugschluss, dass PalliativpatientInnen durch das Zurückhalten relevanter Informationen prinzipiell vor psychischem Leiden geschützt werden können. Obgleich ein Verschweigen zumeist ‚gut gemeint' ist, kann es die Ängste der PatientInnen sogar forcieren, wenn sie merken, dass ihnen Informationen vorenthalten werden und sie sich infolge der fehlenden Gewissheit fragen, wie schlimm es tatsächlich um sie steht (Gramling et al. 2018; Etkind/Koffman 2016).

14 U. a. auf der Grundlage solcher Interviews wurden in den letzten Jahren im englischsprachigen Raum zahlreiche Kommunikationstrainings für PalliativmedizinerInnen entwickelt (u. a. Brighton et al. 2017; Selman et al. 2017; Rucker/Browning 2015; Walczak et al. 2016).

ben ÄrztInnen in diesem Rahmen eine Prognose über die noch verbleibende Lebenszeit ab, präsentieren sie diese, so die Studie von Norton et al. (2013), unter Rückgriff auf Reisemetaphern wie *Weg, Straße, Ziel* etc. und schwächen sie auf diese Weise ab. Eine weitere hier zu nennende Studie, die Aufnahmen realer ÄPI analysiert, erbringt empirische Evidenz dafür, dass eine positive Korrelation zwischen der verbleibenden Lebenszeit der PatientInnen und dem Grad an Ausführlichkeit besteht, in dem ÄrztInnen mit den PatientInnen deren Prognose und Präferenzen hinsichtlich der Terminalphase besprechen (Gramling et al. 2013; vgl. auch van der Velden et al. 2020): Je näher der Tod ist, desto detaillierter wird über ihn gesprochen – desto pessimistischer sind aber auch die diesbezüglichen Aussagen. Folglich führt die Dringlichkeit, die PatientInnen zu ihren Wünschen zum Lebensende zu befragen, dazu, dass ÄrztInnen weniger auf Hoffnung spendende und optimistische Formulierungen zurückgreifen. Den PatientInnen wird es so erleichtert, ihre Situation adäquat einzuschätzen und sich der Besprechung letzter Angelegenheiten nicht zu entziehen. Letztlich weisen aber auch die angeführten medizinischen Studien, die mit authentischem Gesprächsmaterial arbeiten, ein methodisches Defizit auf: Da die Aufnahmen im Anschluss an deren Transkription kodiert und die Gesprächsbeiträge somit abstrakten Metakategorien subsumiert werden, fließt lediglich der *denotational*, nicht aber der *interactional text* (Wortham et al. 2011: 41f.) in die Auswertung ein. Dadurch gehen die konkreten sprachlichen und interaktiv-sequenziellen Spezifika des Gesprächsverhaltens verloren, weshalb auch diese Studien letzten Endes keine systematischen Aussagen über die tatsächliche Beschaffenheit von Interaktionen mit PalliativpatientInnen treffen können. Aus einer gesprächsanalytischen Perspektive, wie sie die vorliegende Arbeit einnimmt, ist daher festzuhalten, dass ÄrztIn-PatientIn-Gespräche im Palliativbereich bislang nur unzulänglich beschrieben sind.

### 2.3.2 Pflegewissenschaftliche Studien

Ebenso wie ÄrztInnen sind auch PflegerInnen primär dafür ausgebildet, PatientInnen auf dem Weg der Genesung zu begleiten (Schröck 2012: 53). Pflegende, die zuvor auf einer anderen Station gearbeitet haben, müssen mit dem Wechsel auf die Palliativstation daher lernen, dass ihre Arbeit und somit auch ihr kommunikatives Verhalten zum einen fortan prinzipiell anderen Maximen folgen muss (Uitterhoeve et al. 2009: 1066) und sie zum anderen „eine im Vergleich zu Normalstationen viel stärkere Position" innehaben (Göckenjan/Dreßke 2005: 149; vgl. auch Taylor 2004). So kommt Pflegenden in der Palliative Care zusätzlich zu den klassischen Pflegetätigkeiten etwa auch die Aufgabe zu, die PatientInnen auf der psychologischen und ggf. auch auf der spirituellen Ebene in ihrer Auseinandersetzung mit dem Tod zu unterstützen (Wittenberg/Ragan/Ferrell 2017) und – in deutlich ausgeprägterer Form als auf anderen Stationen – AnsprechpartnerInnen für die Angehörigen zu sein (Pavlish/Ceronsky 2009).

Im Vergleich zur Vielzahl der aus der Medizin stammenden Studien, die die ärztliche und pflegerische Kommunikation mit PalliativpatientInnen behandeln, liegen verhältnismäßig wenige deutsch- und englischsprachige Arbeiten vor, die sich aus einer pflegewissenschaftlichen Perspektive der Interaktion im Palliativbereich widmen (Remmers 2019: 15).[15] Marquard et al. (2018: 111) konstatieren daher zurecht, dass bislang „kaum differenzierte, empirisch belastbare Erkenntnisse zu gelingender und misslingender Kommunikation, insbesondere zu Konflikten zwischen Menschen in Palliativsituationen und Pflegenden, vor[liegen]". Studien, die sich allgemein mit Palliativpflege beschäftigen, erwähnen zwar bisweilen die pflegerische Kommunikation als eigenen Punkt, verharren jedoch bei einem sehr intuitiven und vagen Konzept von ‚guter' Kommunikation (Young/Froggatt/Brearley 2017: 856).

Prinzipiell ist der Inhalt der pflegerischen Kommunikation mit PatientInnen (nicht nur in der Palliative Care, s. Kapitel 4.2.4) weit stärker als der der ärztlichen Interaktionen durch die institutionellen Rechte und Pflichten des Pflegepersonals reglementiert: So ist es PflegerInnen einerseits – zumindest im stationären Palliativbereich – nicht gestattet, mit den PatientInnen Prognosegespräche zu führen oder die Planung der weiteren Versorgung vorzunehmen. Stattdessen müssen sie in Fällen, in denen die PatientInnen ein solches Thema initiieren, auf ihre ärztlichen KollegInnen verweisen (Witkamp et al. 2015: 6f.). Andererseits findet sich in der Literatur aber auch allenthalben die Vorgabe für Pflegekräfte, als primäre Ansprechpartnerinnen für sämtliche Belange der PatientInnen zu fungieren und diese auf professioneller Ebene im Sterbeprozess zu begleiten, was impliziert, dass PatientInnen zunächst einmal das Pflegepersonal mit ihren Fragen, Ängsten etc. konfrontieren (Dahlin 2016: 56; Harden et al. 2017).

Ein weiterer Punkt, der bei der Erforschung der PPI im Palliativbereich zu beachten ist, betrifft die Unterschiede zwischen den verschiedenen Settings: Im Bereich der ambulanten Palliativpflege, in dem häufig keine regelmäßigen palliativärztlichen Besuche stattfinden, kommen den PflegerInnen Aufgaben zu, für die im stationären Palliativbereich die ÄrztInnen verantwortlich sind. So übernehmen Pflegekräfte hier etwa durchaus die Besprechung von Angelegenheiten des Lebensendes, leisten Hilfestellung bei der Anfertigung einer Patientenverfügung, handeln mit den PatientInnen die Medikation aus oder teilen ihnen Prognosen zur verbleibenden Lebenszeit mit (Howell et al. 2014). Dabei sehen sich die PflegerInnen mit ähnlichen Herausforderungen konfrontiert wie die ÄrztInnen (s. Kapitel 2.3.1): In Fokusgruppen- und Interviewstudien gaben

[15] Hierzu sei angemerkt, dass viele der Studien, die sich in den einschlägigen Datenbanken wie PubMed, CINAHL oder Livivo finden, auf das pflegerische Sprechen in der pädiatrischen Palliative Care fokussieren (etwa Yadegari/Rankin/Johnson 2019). Ebenso wie in Kapitel 2.3.1 sollen diese Arbeiten aber auch hier keine weitere Berücksichtigung finden. Außerdem haben zahlreiche pflegewissenschaftliche Studien zur Kommunikation in der Palliative Care (die Evaluation von) Kommunikationstrainings zum Gegenstand (u. a. Berg et al. 2021; Fuoto/Turner 2019; Kirkpatrick/Cantrell/Smeltzer 2017; Smith et al. 2018; Wittenberg et al. 2020). Auch darauf gehe ich jedoch nicht ein.

ambulante Palliativpflegekräfte Schwierigkeiten an, den passenden Zeitpunkt zur Diskussion der Wünsche und Vorstellungen hinsichtlich des Lebensendes abzupassen (Seymour/Almack/Kennedy 2010: 5); zudem nannten sie eigene Unsicherheit und Angst vor der Reaktion der PatientInnen als Problem, das sie davon abhält, Sterben und Tod anzusprechen (Almack et al. 2012: 7; Koch/Mantzouris 2020: 444). Schließlich stellt auch die von den Pflegenden als nur unzureichend wahrgenommene eigene kommunikative sowie diagnostische Kompetenz einen verhindernden Faktor dar (Banerjee et al. 2016; Gillett/O' Neill/Bloomfield 2016; Hjelmfors et al. 2015; Koch/Mantzouris 2020).

Von den innerhalb dieses Unterkapitels bislang angeführten Studien zog mit Ausnahme von Howell et al. (2014) keine Untersuchung Audioaufzeichnungen real stattgefundener, authentischer Gespräche heran. Stattdessen handelt es sich beim Großteil der pflegewissenschaftlichen Arbeiten zur PPI in der Palliative Care um Interviewstudien, die entweder die Bedürfnisse von PalliativpatientInnen hinsichtlich der Interaktion mit Pflegenden erheben (Garthaus et al. 2019; Marquard et al. 2018) oder Pflegekräfte selbst zu ihrem Kommunikationsverhalten befragen (Hernández-Marrero/Fradique/Pereira 2019; Isaacson et al. 2019). Aufgrund des bereits im vorherigen Kapitel angeführten Punktes, dass anhand von Interviews keine validen Ergebnisse über die sich de facto vollziehenden kommunikativen Prozesse erzielt werden können, bleiben die gewonnenen Erkenntnisse unzureichend.
Schließlich erbringt aber auch die angeführte Arbeit von Howell et al. (2014) kaum Erkenntnisse bzgl. der interaktiven Spezifika von PPG im palliativen Bereich: Die AutorInnen analysieren die Gespräche ihres Korpus primär hinsichtlich der Frage, über welche Themen die InteraktionspartnerInnen sprechen und führen in diesem Zuge zwar stichpunktartig auch vier Kommunikationstechniken an, auf die die PflegerInnen zurückgreifen (u. a. „Balancing hope with realism"), bleiben in diesem Punkt jedoch sehr vage. Ein weiterer pflegewissenschaftlicher Beitrag, der ebenso wie der von Howell et al. (2014) die kommunikative Realität im ambulanten Palliativbereich fokussiert, liegt mit der Longitudinalstudie von Ellington et al. (2018) vor. Diese zeigt auf, dass in pflegerischen Gesprächen mit PalliativpatientInnen das Sprechen über die Körperpflege dominiert und Angelegenheiten des Lebensendes demgegenüber wesentlich seltener thematisiert werden. Zudem vergleichen Ellington et al. (2018) die quantitativen Redeanteile und gelangen zu dem Ergebnis, dass PflegerInnen mit 54 % aller Aussagen der weitaus höchste Gesprächsanteil zukommt, während PatientInnen lediglich 17 % der Aussagen tätigen (die restlichen 29 % entfallen auf die pflegenden Angehörigen). Aufgrund der erfolgten Codierung der Transkripte durch RIAS (*Roter Interaction Analysis System*, Roter/Larson 2002) kann die Studie allerdings zwangsläufig nur eine Aussage darüber treffen, „what is said, but [not] how it is said" (Parry/Land/Seymour 2014: 332).

Aus einer Perspektive, die sich für die kommunikative Realität pflegerischen Sprechens mit PatientInnen interessiert, ist die Forschungslage zu Pflege-PatientIn-Interaktionen in der Palliative Care letztlich als unbefriedigend und defizitär zu beschreiben, sodass hier das gleiche Fazit zu ziehen ist wie im vorherigen Kapitel 2.3.1 zur Studienlage in der Medizin. Da bis dato keine Beiträge vorliegen, die dieses Desiderat beheben könnten, stellt die vorliegende Arbeit die erste dar, die zumindest in Teilen die pflegerische Interaktion mit PalliativpatientInnen beleuchtet. Das nun folgende Kapitel führt als Grundlage hierfür in die Gesprächsanalyse ein, bei der es sich um eine probate Methode zur Untersuchung von Interaktionen handelt und die im Gegensatz zu inhaltsanalytischen Auswertungen die interaktiven Mechanismen von Gesprächen nicht ignoriert, sondern ins Zentrum der Betrachtung rückt.

# 3 Methode

Zum Zwecke des angestrebten Vergleiches von pflegerischem und ärztlichem Sprechen mit PalliativpatientInnen und deren Angehörigen greife ich auf den Ansatz der Gesprächsanalyse zurück. Diese der Erforschung authentischen Gesprächsmaterials dienende qualitativ ausgerichtete Methode integriert das methodische Vorgehen und die konstitutiven Elemente von Ethnomethodologie (Garfinkel 1967), Konversationsanalyse (Atkinson/Heritage 1984a), Interaktionaler Linguistik (Couper-Kuhlen/Selting 2018b) sowie ethnografischer Gesprächsanalyse (Deppermann 2000) und bezieht ferner die aus der Interaktionalen Soziolinguistik stammende Kontextualisierungstheorie (Gumperz 1999) ein. Darüber hinaus sind für die vorliegende Arbeit auch die vergleichende (Drew 2003; Haakana/Laakso/Lindström 2016b) sowie die angewandte Gesprächsanalyse (Antaki 2011) von Relevanz.
Nachfolgend werde ich die angeführten methodischen Konzepte, auf denen die Gesprächsanalyse basiert, näher vorstellen (Kapitel 3.1) und die zentralen Prinzipien dieses Ansatzes umreißen (Kapitel 3.1.2). Anschließend lege ich dar, mit welchem Praktikenbegriff ich in dieser Arbeit operiere (Kapitel 3.2), ehe ich die vergleichende Gesprächsanalyse und deren Herausforderungen thematisiere (Kapitel 3.3). Gewissermaßen als Scharnier zwischen dem aktuellen Kapitel 3 und Kapitel 4, in dem ich auf Interaktionen von ÄrztInnen und Pflegekräften mit PatientInnen eingehe, fungiert schließlich die Einführung in die angewandte Gesprächsanalyse sowie die Darlegung der Spezifika institutioneller Gespräche (Kapitel 3.4).

## 3.1 Linguistische Gesprächsanalyse

Grob gesagt geht es der linguistischen Gesprächsanalyse, wie sie von Deppermann (2008) ausformuliert wurde, darum, sequenziell organisierte und (non)verbal, d. h. sowohl sprachlich als auch multimodal bestimmte kommunikative Praktiken zu untersuchen, deren Verwendungssystematiken herauszuarbeiten und so aufzuzeigen, wie fokussierte zwischenmenschliche Interaktion funktioniert. Von welchen Prämissen sich diese Methode dabei leiten lässt und wodurch sich ihre Analysepraxis auszeichnet, ist Gegenstand der folgenden Ausführungen.

### 3.1.1 Soziologische und linguistische Grundsteine

In ihrem Bemühen, interaktionsstrukturierende Mechanismen und damit die situative Herstellung sozialer Ordnung zu untersuchen, baut die linguistische Gesprächsanalyse (fortan nur *Gesprächsanalyse*) auf verschiedenen Forschungssträngen aus Linguistik und Soziologie auf, denen ein sozialkonstruktivistisches Wirklichkeitsverständnis inhärent ist und die in der Tradition der Ethnomethodologie stehen. Für ein fundiertes

Verständnis gesprächsanalytischen Arbeitens ist es daher vonnöten, sowohl diese soziologischen als auch die linguistischen Grundlagen der Methode näher zu betrachten.

#### *3.1.1.1 Ethnomethodologie und Konversationsanalyse*

Das Interesse der von Garfinkel (1967) begründeten Ethnomethodologie richtet sich auf die Frage, wie Gesellschaftsmitglieder durch ihr Alltagshandeln soziale Wirklichkeit erschaffen und wie sie die sinnhafte Ordnung, die sie als selbstverständlich und unabhängig vom eigenen Handeln objektiv gegeben wahrnehmen, durch ebendieses Handeln erst hervorbringen. Dementsprechend gilt soziale Wirklichkeit hier nicht als *a priori* existent, sondern als „ongoing accomplishment" (Garfinkel 1967: 11), d. h. als Größe, die fortlaufend lokal erzeugt werden muss. Die Ethnomethodologie verfolgt darauf basierend die Zielstellung, diese „Vollzugswirklichkeit" (Bergmann 2010a: 122) zu untersuchen und die zu deren Hervorbringung eingesetzten Verfahren zu beschreiben (Heritage 1984b: 4; Zimmerman 1978: 11).
Da alle Gesellschaftsmitglieder beständig an der Herstellung von Wirklichkeit partizipieren, kann dieser Prozess nicht „in subjektiv beliebiger Manier ausgeführt werden" (Bergmann 1988: 23). Vielmehr verfügen die Handelnden über ein reiches Arsenal an (Ethno-)Methoden zur Konstitution von Sinn und Bedeutung ihrer Handlungen. In seinen zu Berühmtheit gelangten Krisenexperimenten durchbrach Garfinkel (1967: 35ff.) gemeinsam mit seinen Studierenden die ungeschriebenen Regeln, die der methodischen Erzeugung von Realität zugrunde liegen, und explizierte sie auf diese Weise. Er zeigt dadurch die Relevanz einer erfolgreich ablaufenden Sinnerzeugung alltäglichen Handelns auf und verdeutlicht die immense Bedeutung der Ethnomethoden, mittels derer immer wieder neu „die Faktizität faktischer Ereignisse [und] die Objektivität objektiver Sachverhalte" generiert werden (Bergmann 1981: 12).

Basierend auf der Ethnomethodologie sowie in Anlehnung an Goffmans (1983) Konzept der *interaction order* entwickelte Harvey Sacks, ein Schüler Garfinkels, gemeinsam mit Emanuel Schegloff und Gail Jefferson die Konversationsanalyse (KA) als eine streng empirisch operierende Umsetzung des von Garfinkel formulierten Forschungsprogramms. Nicht länger bildeten lediglich flüchtige Beobachtungen sozialen Handelns die Grundlage von Aussagen über die Konstitution sozialer Wirklichkeit. Stattdessen zogen Sacks, Schegloff und Jefferson erstmals Tonbandaufnahmen natürlicher, d. h. nicht eigens zu Forschungszwecken produzierter oder manipulierter Gespräche heran und übertrugen das zentrale Prinzip der Ethnomethodologie, sich ein „soziales Objekt mikroskopisch nah heran[zuholen]" (Bergmann 2010b: 60), auf sprachliche Interaktionen. Ziel war und ist es dabei, die für Interaktionen konstitutiven Mechanismen und formalen Strukturen induktiv zu rekonstruieren, die Alltagsgespräche als geordnete Produkte sprachlichen Handelns hervorbringen. Während gesprochensprachliche Interaktionen zuvor als chaotisch angesehen wurden (Günthner

2000: 23), entfachte die Konversationsanalyse in diesem Punkt eine „revolution in thought" (Heritage/Clayman 2010: 8): Durch detaillierte Analysen mündlicher Alltagsinteraktionen kann sie die sozialen Interaktionen zugrunde liegende *machinery* (Sacks 1984: 26) beschreiben und die methodische Geordnetheit aufzeigen, die gesprochener Sprache inhärent ist (*order at all points*, Sacks 1984: 22). Möglich wird dies insbesondere dadurch, dass die Analysierenden sich ihren Gesprächsdaten gemäß dem Prinzip der ethnomethodologischen Indifferenz (Garfinkel/Sacks 1970: 345) ohne spezifische Fragestellungen oder gar Hypothesen nähern.

Neben der formalen Organisation sozialer Interaktion richtet sich das Augenmerk der Konversationsanalyse auch auf die Frage, wie GesprächsteilnehmerInnen den Handlungen ihrer Ko-Agierenden Sinnhaftigkeit zuschreiben („why that now?", Bilmes 1985), wie sie einander Verstehen anzeigen und wie sie dadurch fortlaufend Intersubjektivität herstellen (Goodwin/Heritage 1990: 288f.; Schegloff 1992c). Anstatt das soziale Handeln von InteraktionspartnerInnen dabei unter Rückgriff auf Makrokategorien wie Alter, Geschlecht etc. oder durch das Spekulieren über mögliche Intentionen der Interagierenden zu erklären, verfolgt die Konversationsanalyse gemäß ihrer Analysemaxime „stick to your data" (Schegloff 1997b) einen strikt rekonstruktiven Ansatz: Sie nimmt eine emische, d. h. der Perspektive der TeilnehmerInnen verpflichtete Position ein, aus der heraus sie sich an den sequenziell organisierten[16] Aufzeigeleistungen (*displays*) der Interagierenden orientiert und darauf basierend expliziert, wie die Beteiligten eine Äußerung interpretieren (Sacks/Schegloff/Jefferson 1974: 728).

Dieses analytische Vorgehen, prägnant *als next-turn proof procedure* (Hutchby/Wooffitt 1998: 15) bezeichnet, ist mit seiner radikalen Forderung, Gespräche als „completely self-explicating" (Sidnell 2013: 85) zu verstehen und die Ressourcen für deren Interpretation allein in den Daten zu suchen, wiederholt stark kritisiert worden. Die diesbezüglich angestellten methodologischen Reflexionen über die Rolle von Wissens- und Erfahrungsbeständen der analysierenden Personen sowie über den Einbezug der sozialen Makroebene brachten Deppermann (2000, 2001) dazu, u. a. unter Rückgriff auf die Kontextualisierungstheorie der Interaktionalen Soziolinguistik eine Weiterentwicklung der Konversationsanalyse voranzutreiben, für die er die Bezeichnung *Ethnografische Gesprächsanalyse* prägte. Da ich selbst aufgrund langer Aufenhalte auf der Palliativstation des Städtischen Klinikums Karlsruhe, von wo meine Daten stammen, über ein breites ethnografisches Wissen verfüge und dieses zwangsläufig in die Analysen einfließt, erscheint es mir notwendig, im Folgenden auch auf diesen Ansatz näher einzugehen.

[16] Das Prinzip der Sequenzialität wird in Kapitel 3.1.2 ausführlicher behandelt.

#### *3.1.1.2 Kontextualisierungstheorie und ethnografische Gesprächsanalyse*

Wenn Schegloff (1992a) fordert, dass der eine Interaktion einbettende Kontext von den Analysierenden nur dann als explanative Größe herangezogen werden darf, wenn er erstens im sprachlichen Handeln der Interagierenden selbst erkennbar ist (*relevance*) und zweitens die Orientierung der Interagierenden daran Konsequenzen für den Fortgang der Handlung hat (*procedural consequentiality*), sitzt er einem Fehlschluss auf – denn nur aufgrund der Nichtsichtbarkeit eines Phänomens lässt sich nicht ohne Weiteres auf dessen Irrelevanz schließen. Träfe diese Annahme zu, stünden die Interagierenden nämlich beständig in der Pflicht, sich fortlaufend explizit des gemeinsamen Situationshintergrundes zu vergewissern, was in Alltagsgesprächen jedoch nicht der Fall ist (Hitzler 2012: 259). Der von Schegloff propagierte Positivismus ist deshalb naiv und nicht haltbar; er schüttet damit lediglich, wie Levinson (2005: 451) ihm vorwirft, „all the carefully nourished babies of comparative sociology, anthropology and linguistics" ‚mit dem Bade' aus. Die gegensätzliche Annahme einer *bucket theory of context* (Goodwin/Heritage 1990: 286), in der der vorgelagerte Kontext einer Interaktion dieser als starre Erklärvariable übergestülpt wird, bietet allerdings ebenfalls keine befriedigende Lösung für das Problem der „potential infinite richeness of the context" (Arminen 2005: 32). Ein Ansatz, der bzgl. dieser Problematik einen gangbaren Weg aufzuzeigen vermag, ist die aus der Interaktionalen Soziolinguistik (vgl. einführend Verschueren 2010) stammende Kontextualisierungstheorie (Gumperz 1982, 1992b), die nachfolgend näher behandelt wird.

Gumperz (1982, 1992a) geht in seinen Arbeiten insofern von einem dynamischen Kontextbegriff aus, als er den Kontext einer Interaktion nicht als statische Größe, sondern als von den Interagierenden selbst lokal erzeugt auffasst. Dieser interaktiv emergierende Kontext wird zum einen durch bestimmte Handlungen hervorgebracht, ist aber gleichzeitig auch die Grundlage für die Interpretation ebendieser Handlungen. Somit liegt ein reflexives Verhältnis zwischen Kontexterzeugung und Kontextabhängigkeit vor. In diesem Zusammenhang ist der Begriff *Kontextualisierung* von zentraler Relevanz: Er nimmt Bezug auf den Prozess des von den Interagierenden kontinuierlich vollzogenen In-Relation-Setzens von Äußerungen und bereits vorhandenen Wissensbeständen mit dem Ziel, „to retrieve the presuppositions they [die Interagierenden; I. B.] must rely on to maintain conversational involvement and assess what is intended" (Gumperz 1992a: 230). Zu diesem Zweck setzen SprecherInnen semiotische Ressourcen sowohl sprachlicher als auch nicht-sprachlicher Art mit indexikalischem Potenzial ein, die sog. Kontextualisierungshinweise. Diese besitzen keine inhärent referenzielle, dekontextualisierte Bedeutung und sind daher multifunktional einsetzbar, um den RezipientInnen den für die adäquate Interpretation einer Äußerung benötigten Kontext anzuzeigen (Auer 1986: 26).

Die durch Kontextualisierungshinweise verfügbar gemachten Wissensbestände sind in Form kognitiver Schemata organisiert, die eine allumfassende Perspektive bereitstellen, „which enables us [as interactants] to integrate what we read or hear with that we already know" (Gumperz 1984: 7). Um eine Verbindung zwischen situativen Äußerungen und Schemata herstellen zu können, sind aufseiten der Interagierenden Inferenzleistungen nötig, also interpretative Prozesse, anhand derer sie kontextsensitiv beurteilen, was ihr Gegenüber kommunikativ intendiert (Gumperz 1999: 458). An dieser Stelle wird in Bezug auf den Analysevorgang nun die von Schegloff negierte Bedeutung von Hintergrundwissen für eine adäquate Interpretation von Äußerungen relevant: Werden die in einem Gespräch indizierten Schemata von den Analysierenden nicht geteilt, führt dies zu Fehlinterpretationen, denn ohne den entsprechenden kulturellen, sozialen, institutionellen etc. Hintergrund – bzw. allgemein gesprochen, ohne einen mit den Interagierenden geteilten *common ground* (Clark 1996) – können Analysierende die Verbindung zwischen Kontextualisierungshinweisen und Schemata nicht ohne Weiteres erkennen (Schmitt 1993: 337). Ethnografische Einsichten in das Feld, aus dem die Interaktionen stammen, sind zudem auch deshalb unabdingbar, da ForscherInnen ohne sie gar nicht für das Auftreten spezifischer Phänomene sensibilisiert wären (Cicourel 1987; Gumperz 1999: 465).

Hier knüpft sodann die ethnografische Gesprächsanalyse an, die für einen Einbezug ethnografischer Hintergrundinformationen sowie für eine methodologische Reflexion der Rolle plädiert, die Forschende bei der analytischen Konstitution ihres Forschungsobjektes einnehmen. Dabei lautet die zentrale Frage, auf Basis welcher Wissensbestände Analysierende ein relevantes Phänomen überhaupt als solches identifizieren und durch welche Interpretationsleistungen eine sprachliche Handlung zu einem *display* von etwas wird (Deppermann 2001). Somit wendet sich die ethnografische Gesprächsanalyse gegen die implizite *tabula rasa*-Prämisse der Konversationsanalyse, die insofern fehlschlägt, als Analysierende keine ‚unbeschriebenen' Subjekte mit einem unverstellten Zugang zu Gesprächsdaten sind (Barth-Weingarten 2006a: 78). Daher ist es naiv und letztlich schlichtweg falsch, das „Erfassen von Sinn und Ordnung im Gespräch" als Resultat „einfachen Ablesens" zu betrachten (Deppermann 2000: 99).
Die folgerichtige Konsequenz aus der Erkenntnis, dass Interpretationen niemals voraussetzungslos sind, besteht darin, sich der interpretativ herangezogenen Wissensbestände bewusst zu werden, diese transparent zu machen und sie kontrolliert in die Analyse einzubeziehen. Dies gilt gleichermaßen für Alltagswissen, das Welt- und Interaktionswissen umfasst, für ethnografisches Wissen über das Forschungsfeld sowie für theoretisches Wissen, etwa über die verwendeten linguistischen Konzepte (Deppermann 2007: 84ff.). Insbesondere ethnografische Informationen können eine epistemologische Hilfsfunktion einnehmen (Schwitalla 1986: 248) und im Interpretationsprozess als explanative Größen dienen, durch die beispielsweise Interpretationslücken geschlossen und Analyseansätze vertieft werden können (Deppermann 2000: 108ff.). Ebenso wenig wie das Ausblenden ethnografischer Informationen zielführend

ist, wäre es aber auch ein Fehlschluss, unreflektiert auf ethnografisch gewonnenes Wissen zurückzugreifen und die Gültigkeit exogener Merkmale über die gesprächsimmanent vorhandenen Interpretationsressourcen zu stellen. Die Brauchbarkeit ethnografischen Wissens ist daher „im Analyseprozess [stets] aufs Neue zu erweisen" (Deppermann 2000: 117).

#### *3.1.1.3 Interaktionale Linguistik*

Die Konversationsanalyse zeigte insbesondere in ihren Anfängen kaum Interesse für sprachliche Phänomene *per se* (Sacks 1984: 26), sondern beschäftigte sich aus einer soziologischen Perspektive mit den Praktiken, durch welche die Geordnetheit und Struktur sozialer Interaktionen erzeugt wird (Durchführung konversationeller Reparaturen, Organisation des Sprecherwechsels etc.). Erst in den 1980er und 1990er Jahren entstanden Arbeiten, die sich dezidiert den syntaktischen, phonetischen, prosodischen, lexikalischen etc. Ressourcen gesprochensprachlicher Interaktionen widmeten und für die Couper-Kuhlen/Selting (2001) retrospektiv den seither etablierten Begriff *Interaktionale Linguistik* (IL) prägten.
Vor dem Hintergrund ihrer zentralen Prämisse, Sprache in ihrem natürlichen Habitat – der Interaktion – zu untersuchen, setzt sich die Interaktionale Linguistik als deskriptiv-funktionaler Ansatz mit dem wechselseitigen Verhältnis von Interaktionsorganisation und sprachlichen Strukturen auseinander. Sie stellt die Frage, wie sprachliche Ressourcen systematisch und methodisch dem Aufbau von Praktiken und somit der Interaktionsorganisation dienen, welchen Einfluss umgekehrt aber auch rekurrent auftretende interaktive Aufgaben auf die Auswahl spezifischer sprachlicher Einheiten haben (Selting/Couper-Kuhlen 2000: 82). In ihrem Vorgehen folgt die Interaktionale Linguistik dabei den grundlegenden methodischen Prinzipien der Konversationsanalyse. Gesprächsbeiträge werden vor diesem Hintergrund nicht als Artefakte betrachtet, die allein der Kompetenz einzelner SprecherInnen entspringen; stattdessen werden sie als dialogisch ausgerichtete, situativ und sequenziell emergierende „Errungenschaften in der Zeit" aufgefasst, die z. T. auch kollaborativ erzeugt werden (Günthner 2007: 150; vgl. auch Couper-Kuhlen/Selting 2018a: 16 und Schegloff/Ochs/Thompson 1996: 39). Mit Annahmen wie dieser, die den engen Zusammenhang von Sprache und sozialem Handeln zum Gegenstand haben, wendet sich die Interaktionale Linguistik gegen ein abstraktes Verständnis von Sprache, wie es etwa in der Generativen Grammatik oder im Strukturalismus vorherrscht, und trägt somit auch zur linguistischen Theoriebildung bei. Sprachliche Einheiten werden auf dieser Grundlage zudem nicht länger dekontextualisiert und um ihrer selbst willen betrachtet, sondern in den Kontext ihres Auftretens gestellt und auf ihre interaktive Funktion hin untersucht. Diese Maxime hat auf sämtlichen sprachlichen Ebenen neue Konzeptualisierungen zur Folge (Imo 2013: 79ff.). So muss beispielsweise eine für Sprache-in-Interaktion gültige Syntaxtheorie sowohl der „interaktive[n] Natur emergenter syntaktischer Strukturen" und

damit deren prozesshaftem *online*-Charakter als auch der interaktiven Verfestigung syntaktischer Muster gerecht werden (Auer 2007: 121). Insgesamt kann die Interaktionale Linguistik durch ihr gebrauchsbasiertes Vorgehen ein realistisches Bild der Sprachverwendung in tatsächlich stattgefundenen kommunikativen Situationen zeichnen (Clift/Raymond 2018: 108).

### 3.1.2 Sequenzialität und Form-Funktions-Relationen

Im Zuge der vorangegangenen Auseinandersetzung mit relevanten Strömungen und Ansätzen, die Eingang in die Gesprächsanalyse gefunden haben, wurden bereits wesentliche Grundsätze und Analyseprämissen dieser Methode vermittelt. Bislang ausgespart wurde allerdings eine nähere Darlegung des „Herzstück[s]" (Deppermann 2008: 53) der Gesprächsanalyse – der Sequenzanalyse. Eine Beschäftigung mit diesem Kernelement hole ich im Folgenden nun separat nach, um dessen Zentralität Rechnung zu tragen.

Ein Gespräch besteht grundlegend aus der alternierenden Abfolge von Gesprächsbeiträgen (*Turns*) der beteiligten Interagierenden, die i. d. R. wechselseitig aufeinander bezogen sind. Für die adäquate Interpretation von Gesprächsbeiträgen spielt gemäß der oben skizzierten Kontextualisierungstheorie nicht nur deren Inhalt eine entscheidende Rolle, sondern gleichermaßen auch die sequenzielle Position, in der sie indexikalisch verankert sind (Schegloff 1993: 121): Aufgrund der linearen Progression von Interaktionen ist jede Äußerung in Abhängigkeit der vorangehenden Gesprächsbeiträge ausgestaltet, folgt also retraktiv aus ihnen, schafft gleichzeitig aber auch den Kontext für Folgeäußerungen und verfügt daher ebenfalls über projektives Potenzial (*context-shaped* und *context-renewing*, Heritage 1984b: 242). Anders ausgedrückt: Eine Äußerung schafft die Bedingungen, unter denen eine nächste Äußerung adäquat verstanden werden kann und setzt damit bestimmte Folgeturns konditionell relevant, d. h. macht diese erwartbar (Linell 2009: 177).
Da sich die Interagierenden in situ am Prinzip der Sequenzialität orientieren, müssen sich auch die Analysierenden daran ausrichten, wenn sie Äußerungen *ex post* Sinn zuschreiben und die interaktive Konstitution sprachlicher Handlungen rekonstruieren. Gemäß einer der situativen Emergenz von Gesprächen verpflichteten *online*-Perspektive ist im Rahmen der Analyse deshalb „turn by turn" (Silverman 1998: 50) vorzugehen. Dies impliziert zum einen, Gesprächsbeiträge nicht kontextlosgelöst zu betrachten, und zum anderen, „Früheres [nicht] durch Späteres zu erklären" (Deppermann 2008: 54). Die Sequenzanalyse hat somit letztlich eine Rekonstruktion des Prozesses zum Ziel, in dem Interagierende ihr Handeln wechselseitig aufeinander beziehen und somit Sinn und Ordnung erschaffen (Deppermann 2014b: 22).
Bei der minimalsten Form zweier Äußerungen, von denen die erste eine derart starke konditionelle Relevanz etabliert, dass lediglich ein bestimmter Folgeturn als angemessen gilt, handelt es sich um ein sog. Adjazenzpaar (*adjacency pair,* Schegloff 1984:

32). Beispiele hierfür sind etwa die Abfolge aus Frage und Antwort, Angebot und Annahme oder Gruß und Gegengruß. Der Zusammenhang der einzelnen Paarteile in Paarsequenzen lässt sich dabei kaum allein über die inhaltliche Kohärenz erklären; wesentlich wichtiger sind die damit vollzogenen Handlungen. So schreibt Schegloff (2007: 1; Herv. im Orig.): „[A] great deal of talk-in-interaction – perhaps most of it – is better examined with respect to *action* than with respect to *topicality*, more for what it is *doing* than for what it is *about*". Daraus folgt, dass Sequenzen das Vehikel für die Ausführung von Handlungen darstellen und dass Interagierende in ihrem Folgeturn nur dann, wenn sie verstanden haben, welche sprachliche Handlung ihr Gegenüber vollzieht, adäquat darauf reagieren können (*action formation* und *action ascription*, Levinson 2013).

Ein zweiter Punkt, der neben der Sequenzialität für die Gesprächsanalyse konstitutiv ist, betrifft die Form-Funktions-Relation. Analysierende können zum einen von einer spezifischen interaktiven Funktion ausgehen und untersuchen, welche (non)verbalen Mittel GesprächsteilnehmerInnen zur Realisierung dieser Funktion einsetzen. Hinsichtlich des in Kapitel 6.1 zu analysierenden Sprechens über Medikamente lässt sich beispielsweise die Frage stellen, wie die ÄrztInnen und PflegerInnen den PatientInnen verbal signalisieren, dass sie ihnen ein Medikament lediglich anbieten und dessen Einnahme somit zur Disposition stellen. Im Gegensatz dazu existieren auch (non)verbale Ressourcen, mittels derer ÄrztInnen und PflegerInnen anzeigen können, dass hinsichtlich einer medikamentösen Maßnahme kein Spielraum besteht und die angeordneten Tabletten, Tropfen etc. daher zwangsläufig eingenommen werden müssen. Zum anderen kann analytisch aber auch eine (non)verbale Form als Ausgangspunkt festgesetzt und untersucht werden, welche Funktion dieser in der sozialen Interaktion zukommt (Selting/Couper-Kuhlen 2018a: 15). Da die vorliegende Arbeit der erstgenannten Vorgehensweise folgt, kann für das zweite hier genannte analytische Verfahren kein Beispiel aus dem empirischen Teil angeführt werden. Um dennoch auf ein Beispiel aus meinem Gesprächskorpus zurückzugreifen, sei auf eine verbale Form verwiesen, die in den aufgezeichneten interdisziplinären Teambesprechungen rekurrent auftritt: Am Ende der Besprechung eines Falls, im Rahmen derer die Teammitglieder vielfältige Probleme eines Patienten zusammentrugen, gebraucht eine der anwesenden Personen mitunter die Kopulakonstruktion „(es) ist schwierig", auf die ein längeres Schweigen und sodann ein abrupter Wechsel zum nächsten Fall folgt. Hier erwiese es sich als lohnendes Unterfangen, die interaktive Funktion dieser Form zu analysieren.
Beiden Vorgehensweisen liegt schlussendlich eine problemtheoretische Perspektive auf Interaktionen zugrunde, da jedes Interaktionsphänomen „als Ausdruck einer Orientierung an der Bearbeitung bzw. Lösung von Interaktionsaufgaben und -problemen verstanden [wird]" (Deppermann 2014b: 22). (Non)verbale Formen sind dabei prinzipiell multifunktional, können also in den Dienst verschiedener Funktionen gestellt

werden. Umgekehrt existiert für die Lösung einer spezifischen kommunikativen Aufgabe eine Bandbreite an sprachlichen Ressourcen, von denen Interagierende in systematischer Weise Gebrauch machen.

Um die relativ umfangreichen Ausführungen zur Gesprächsanalyse zu beenden, greife ich auf ein Zitat von Deppermann (2008: 17; Herv. im Orig.) zurück, das die wesentlichen Elemente dieser Analysemethode in Kürze zusammenfasst und gleichzeitig auf das folgende Unterkapitel, in dem ich mich mit dem Praktikenbegriff auseinandersetze, verweist: „Bei jeder Untersuchung geht es in irgendeiner Weise darum, daß *Gesprächspraktiken* erforscht werden, die *sequen[z]iell* (d.h. zeitlich-prozessual) *organisiert* sind und aus einem *Zusammenhang von Formen und Funktionen* […] bestimmt [werden können]".

## 3.2 Praktikenbegriff

Vorangehend wurde bereits vereinzelt der Terminus *Praktik* verwendet, ohne dass dieser eine detaillierte Bestimmung erfuhr. Da der Praktikenbegriff aber von zentraler Bedeutung für den empirischen Teil meiner Arbeit ist, gehe ich im Folgenden näher darauf ein.
Spätestens seit dem *practice turn* (Schatzki/Knorr-Cetina/Savigny 2001) ist der Praktikenbegriff „in aller Munde" (Deppermann/Feilke/Linke 2016b: 1) und avanciert in den Sozial- und Kulturwissenschaften sowie der Linguistik mehr und mehr zu einem theoretischen Schlüsselbegriff. Da dessen Verwendungsweisen jedoch keineswegs einheitlich sind, sondern sich als sehr heterogen und mitunter auch widersprüchlich darstellen, führt der Praktikenbegriff ein Dasein als „schillernd[es]" Konstrukt (Stukenbrock 2016: 86). Im Folgenden konturiere ich deshalb in aller gebotenen Kürze das für die vorliegende Arbeit konstitutive Praktikenverständnis. Dabei können die erwähnten Konzepte angesichts der schieren Fülle an konstitutiven Merkmalen jeweils nur so weit behandelt werden, wie es für den analytischen Teil relevant ist.

Aufgrund des vorangehend skizzierten gesprächsanalytischen Vorgehens, auf dem die Analysen im empirischen Teil basieren, wäre es naheliegend, auf den konversationsanalytischen bzw. interaktional-linguistischen Praktikenbegriff zu rekurrieren. In der Konversationsanalyse werden die (non)verbalen Ressourcen, die routinehaft zur Realisierung übergeordneter Handlungen eingesetzt werden, als Praktiken verstanden (Heritage 2011a; Schegloff 1996, 1997a). Die Interaktionale Linguistik wiederum trennt die (non)verbalen Mittel nochmals explizit von den Praktiken ab und begreift Praktiken als sequenziell organisiertes ‚Bindeglied' zwischen formalen Ressourcen auf der einen und Handlungen auf der anderen Seite (Selting 2016). So liegt der Fokus auf dem kontextsensitiven Einsatz (non)verbaler Mittel, durch welche spezifische Handlungen interaktiv implementiert werden. Die Stärke des auf diese Weise konturierten Praktikenbegriffs liegt darin, dass (non)verbale Ressourcen hier – im Gegensatz

etwa zu den praxistheoretischen Ansätzen, auf die unten näher eingegangen wird – explizit ihren Platz finden, dass Praktiken dezidiert als interaktiv hervorgebracht, d. h. dialogisch grundiert verstanden werden (Linke 2010: 262), und dass der sequenziellen Einbettung von Praktiken Rechnung getragen wird. Allerdings ist zum einen das modularistische, ‚baukastenartige' Verständnis von sozialer Interaktion zu kritisieren, bei dem formale Ressourcen, Praktiken und Handlungen als separate Komponenten betrachtet werden. Eine derartige analytische Aufspaltung der komplexen kommunikativen Realität ist so jedoch nicht haltbar. Sinnvoller scheint es, Praktiken nicht als durch formale Ressourcen *realisiert* zu betrachten, sondern davon auszugehen, dass (non)verbale Mittel ebenso wie der situative Vollzug einer Praktik bereits inhärente Bestandteile derselben sind und entsprechend nicht getrennt von der übergeordneten Einheit ‚Praktik' betrachtet werden dürfen (Lanwer/Coussios 2018: 128, 132).[17] Außerdem ist kritisch anzumerken, dass die KA bzw. die IL den soziokulturellen Kontext, in den Praktiken eingebettet sind, nur am Rande in den Blick nimmt (Günthner/König 2016: 182).[18] Für den Zweck der vorliegenden Arbeit ist es aber von besonderer Bedeutung, dass Praktiken über eine Domänenspezifik verfügen und in institutionellen Interaktionen mitunter an bestimmte Akteursgruppen und deren Rechte und Pflichten gebunden sind. Da die von den Interagierenden eingenommenen sozialen Positionen dazu beitragen, Praktiken „reflexiv mitzukonstituieren" (Deppermann/Feilke/Linke 2016b: 6), verfügen diese nicht zuletzt auch über ein indexikalisches Potenzial, wie im analytischen Teil deutlich wird. Aufgrund dieser Überzeugung erweist sich das konversationsanalytische bzw. interaktional-linguistische Praktikenverständnis letztlich als insuffizient und ist durch ein anderes Konzept zu ersetzen, ohne aber die als Stärken identifizierten Punkte des vorangehend zumindest knapp skizzierten Praktikenbegriffs aus dem Auge zu verlieren.

Ein alternativer Praktikenbegriff, der sich für die hier behandelten Zusammehänge als nützlich erweist, findet sich in Hanks Arbeiten aus der anthropologischen Linguistik

---

17 Linke (2016: 60; Herv. im Orig.) merkt diesbezüglich an, „dass wir nicht nur *mittels* Sprache Dinge tun, sondern dass wir eben auch *Sprache tun*. Oder anders formuliert: Sprache *ist* Praxis". In der hier propagierten ‚holistischen' Auffassung von Praktiken spiegelt sich auch das in Kapitel 3.1.2 thematisierte Form-Funktions-Prinzip der Gesprächsanalyse wieder: „Eine Gesprächspraktik ist […] nicht etwa schon durch eine (z. B. linguistische) Kategorisierung einzelner Merkmale […] bestimmt, sondern es muss ein systematischer Zusammenhang zwischen konstitutiven Ressourcen […] und pragmatischen Aufgaben […] ausgewiesen werden" (Deppermann 2007: 32).

18 Zwar konzediert etwa Selting (2016: 29), dass Praktiken immer „in soziale Handlungszusammenhänge [eingebettet sind], in deren Kontext sie ihre Funktion, ihren Sinn und ihre Interpretation für die Interaktionspartner gewinnen [und] […] von Interaktionspartner[Inne]n in ihren spezifischen Beteiligungsrollen verwendet bzw. verstanden [werden]". Eine intensive und systematische Auseinandersetzung mit der Rückbindung von Praktiken an das jeweilige soziale Feld, in dem diese auftreten bzw. welches durch diese oder in diesen hervorgebracht wird, findet in der KA/IL jedoch nicht statt.

(Hanks 1987, 1996a, 1996b, 2005a, 2005b). Diese sind maßgeblich vom sozialtheoretischen Praxisdiskurs und hier insbesondere von Bourdieus (u. a. 1985, 1993, 1998) Überlegungen beeinflusst. Gleichzeitig nimmt Hanks (1996a: 230f.) aber auch eine interaktionale Perspektive ein und betrachtet (non)verbale Ressourcen als integralen Bestandteil von Praktiken. Zentral für Hanks Praktikenbegriff ist das Konzept des sozialen Feldes (*social field*). In Anlehnung an Bourdieu (1993: 163) versteht er darunter „a space of positions and position-takings, in which agents […] engage and through which various forms of value or ‚capital' circulate" (Hanks 2005a: 192). Soziale Felder stellen dabei kein statisches, sondern vielmehr ein dynamisches Gefüge relational ausgeformter Positionen einzelner AkteurInnen bzw. Akteursgruppen dar (etwa ÄrztInnen vs. PflegerInnen). Praktiken erscheinen innerhalb dieses konzeptuellen Rahmens als in soziale Felder eingebettet, sodass ein spezifisches soziales Feld auch als Konglomerat von Praktiken beschrieben werden kann (Reckwitz 2003: 295).[19]

Ein weiteres Konzept von Bourdieu (1987: 101), das hier eine Rolle spielt, ist das des Habitus, worunter „Wahrnehmungs-, Denk- und Handlungsschemata" verstanden werden. Der Habitus ist einerseits ein konstitutives „Erzeugungs- und Strukturierungsprinzip von Praxisformen" (Bourdieu 1976: 165) und kann andererseits als spezifisches „Repertoire sozialer Praktiken begriffen werden" (Lanwer/Coussios 2018: 128). Für eine gesprächsanalytische Perspektive ist dabei von besonderer Relevanz, dass auch die Fähigkeit, sich bestimmter verbaler Formen zu bedienen, einen Teil des Habitus darstellt (Hanks 2005b: 72).

Schließlich sind sowohl für die Bestimmung des Habitus als auch für die hier verfolgte Auseinandersetzung mit dem Praktikenbegriff zwei weitere, miteinander verwobene Versatzstücke zentral: Körper und Routine. Bei Bourdieu (1987: 27) wird der Habitus als körperlich verankert und als dem Bewusstsein nicht (direkt) zugänglich gedacht. U. a. auf dieser konzeptuellen Grundlage kommt der Körperlichkeit von Praktiken in der Praxistheorie eine eminente Bedeutung zu (Reckwitz 2003: 290; Schatzki 2001, 2002b: 72): Alles Handeln – und somit auch das Sprechen – ist auf Körperlichkeit angewiesen, sodass die Formen des Handelns inklusive ihrer Interpretationsmöglichkeiten als körperlich eingeschrieben verstanden werden müssen.

Kommunikative Praktiken sind ferner routinisiert bzw. habitualisiert (Hanks 1996a: 238ff.). Sie lassen sich als sozial geteilte „Verhaltensroutinen" (Reckwitz 2003: 289) beschreiben, die ihre Typik durch Rekurrenz erlangen und sich in einem dialektischen Spannungsfeld aus situativer Emergenz einerseits und Sedimentierung andererseits

[19] Im Unterschied zum gesprächsanalytischen Konzept des Kontextes (s. Kapitel 3.1.1.2) wird das soziale Feld insofern als begrenzt verstanden, als nicht alle AkteurInnen alle denkbaren Positionen gleichermaßen einnehmen und alle denkbaren Praktiken ohne Weiteres ausführen können (Hanks 2005b: 74). Ein weiterer Unterschied zwischen Kontext und sozialem Feld besteht Hanks (2005b: 73f.) zufolge darin, dass unter *Kontext* die ‚Entität' verstanden wird, in die sprachliche Äußerungen eingebettet sind bzw. die durch verbale Handlungen erst erzeugt wird, während das soziale Feld auch unabhängig von bestimmten Sprechhandlungen existiert.

bewegen (Günthner 2019a: 272; Imo 2017b: 201). Eine Praktik erfährt in ihrer transsituativen Verwendung nie eine identische Wiederholung; dennoch ähneln sich die Instanzen ihres Vorkommens (Schatzki 1996: 133).[20]

Die Voraussetzung dafür, dass ein Großteil alltäglichen Handelns überhaupt routinisiert ablaufen kann, liegt in den (geteilten) Wissensbeständen von Interagierenden. Betrachtet man die Komponente ‚Wissen' im Rahmen einer Auseinandersetzung mit dem Praktikenbegriff, ist zunächst festzuhalten, dass im weiten Feld der Praktikentheorien diesbezüglich zwei gegensätzliche Auffassungen existieren. Dreh- und Angelpunkt bildet die Frage, wie die Aneignung praxisrelevanten Wissens erfolgt. Während Schütz in seiner Phänomenologie, deren starker Einfluss auf die Gesprächsanalyse kaum zu leugnen ist, davon ausgeht, dass Routinehandeln auf ehemals bewusstem Wissen und der expliziten Reflexion desselben basiert,[21] setzt die Praxistheorie in Anlehnung an Bourdieu voraus, dass das inkorporierte Wissen den AkteurInnen zu keinem Zeitpunkt bewusst war, also von Anfang an unbewusst ist (Kastl 2004: 216ff.). In Zusammenhang damit entspinnt sich ferner eine Debatte darüber, ob Wissen einen integralen Bestandteil von Praktiken bildet oder den Praktiken stattdessen zeitlich vorausgeht (Reckwitz 2003: 292). Da es sich bei der Frage nach der ‚Aneignungsrichtung' von Wissen um eine für die Zwecke meiner Analysen nicht relevante Frage handelt, gehe ich auf die entsprechenden Diskussionen nicht weiter ein. Von analytischer Bedeutung ist m. E. lediglich – und hier stimmen Schütz und Bourdieu überein –, dass Praktiken auf dem nicht *in toto* explizierbaren sowie dem in situ unreflektierten Wissensvorrat der Interagierenden basieren. Die Praxistheorie begreift die kollektiven Wissensbestände entsprechend „nicht als ein geistiges ‚knowing that' […], sondern als ein praktisches Wissen, ein Können, ein know how" (Reckwitz 2003: 289). Auf ebendieser Grundlage läuft der größte Teil alltäglichen Handelns routinisiert ab: „It is the repeated doing or experiencing of the habitual element that makes it habitual" (Hanks 1996a: 238).

Am Ende dieses Unterkapitels bleibt noch die Frage nach den größeren bzw. komplexeren Einheiten, in die Praktiken eingebettet sind. In der (anthropologischen) Linguistik werden diesbezüglich zumeist kommunikative Gattungen bzw. Genres genannt, wobei die entsprechenden Begrifflichkeiten keineswegs einheitlich gebraucht werden und auch nicht immer kompatibel sind. Bei Hanks (1987, 1996a: 242ff.) findet sich etwa die Differenzierung von primären und sekundären Genres, die ursprünglich von

[20] Auch wenn ich hier von „Instanzen ihres Vorkommens" spreche, sei betont, dass ich mit Hanks (1996a: 45ff., 84, 233f.) keiner dualistischen Auffassung von *type* vs. *token* anhänge: „[I]n describing communicative practices, we need not reduce utterances to types. It is rather the ongoing tension between schematic and emergent aspects (none as complete as a type) that accounts for regularity and novelty, reproduction and production" (Hanks 1996a: 233). Vgl. hierzu auch Pennycook (2010: 8).

[21] Schütz/Luckmann (2017 [1979/1984]: 314) zufolge ist der Wissensvorrat vornehmlich in Typen organisiert, wobei es sich bei einem Typ um einen „in lebensweltlichen Erfahrungen ‚gestiftete[n]' Sinnzusammenhang" bzw. um eine „in vorangegangenen Erfahrungen sedimentierte, einheitliche Bestimmungsrelation" handelt.

Bakhtin (2010 [1986]) stammt: „Primary genres are simple in the sense that they consist of just one kind of practice, whereas secondary genres combine two or more primary ones" (Hanks 1996a: 242f.). Einer solchen Auffassung zufolge sind sekundäre Genres allerdings nichts anderes als eine Kombination mehrerer primärer Genres, was die enorme Komplexität der Realität verkennt: Anstatt einer Größe, die lediglich die Verknüpfung verschiedener hierarchisch gleichrangiger Einheiten beschreibt, bedarf es zur Beschreibung der permanent emergierenden Vollzugswirklichkeit einer Größe, die auf einen übergeordneten Handlungszusammenhang abzielt und die kleinere Einheiten – in diesem Fall Praktiken – einbettet und somit gewissermaßen als Rahmenelement fungiert.

An diesem Punkt bietet es sich an, auf Schatzkis (1996: 91ff.) Unterscheidung von *dispersed* vs. *integrative practices* zurückzugreifen. *Dispersed practices* treten in allen möglichen und ganz verschiedenen „sectors of social life" (Schatzki 1996: 91) auf; exemplarisch nennt Schatzki Praktiken wie ‚Beschreiben', ERKLÄREN, ‚Fragen' und ‚Berichten', die allesamt auf praktischem Verstehen basieren. Davon zu unterscheiden sind laut Schatzki *integrative practices*. Hier handelt es sich allerdings dezidiert nicht um die bloße Ansammlung von *dispersed practices*, die schlichtweg zusammengefügt werden (Schatzki 1996: 99). Stattdessen bilden *integrative practices* Größen aus, die *dispersed practices* einbetten, über das implizite praktische Verstehen hinaus Regeln umfassen und durch eine ‚teleoaffektive' Struktur[22] organisiert sind (Schatzki 2002b: 88). Konträr zu *dispersed practices* sind *integrative practices* in ihrem Vorkommen auf bestimmte Domänen des sozialen Lebens – mit Hanks (2005a: 192) gesprochen: auf bestimmte soziale Felder – begrenzt (Schatzki 1996: 98).

Um am Ende den Bogen zurück zur Linguistik zu schlagen, sei schließlich auf Linke (2010: 260ff.) verwiesen, die wiederum zwischen kommunikativen Praktiken und kommunikativen Gattungen differenziert und somit zumindest ungefähr die Unterscheidung zwischen *dispersed* und *integrative practices* abbildet. Linke lehnt sich dabei ihrerseits an das Konzept der kommunikativen Gattungen an, wie es von Luckmann (1986, 1988) in der Wissenssoziologie entwickelt und von Günthner (1995, 2000, 2018; Günthner/Knoblauch 1996) ausgebaut sowie in die Linguistik eingeführt wurde. Linke (2010: 260; Herv. im Orig.) konstatiert, dass die drei zentralen Kriterien für die Unterscheidung zwischen kommunikativen Praktiken und kommunikativen Gattungen die „*Grösse* [sic] der Handlungseinheit", die „Möglichkeit ihrer *Einbettung* in grössere Formen sowie [...] ihre interne *Strukturiertheit* sind". Ohne in detaillierte konzeptionelle Debatten einzusteigen und die verschiedenen Modellierungen weitergehend miteinander zu kontrastieren, scheint es mir für die Zwecke meiner Analyse insgesamt von zentraler Bedeutung zu sein, kommunikative Praktiken wie etwa die in Kapitel

[22] „A ‚teleoaffective structure' is a range of normativized and hierarchically ordered ends, projects, and tasks, to varying degrees allied with normativized emotions" (Schatzki 2002b: 80).

6.1.3 beschriebenen ärztlichen Praktiken ANKÜNDIGEN oder ANBIETEN von den übergeordneten Formaten, in die sie eingebettet sind und die lokal aktiviert werden – in diesem Fall von der projektiven kommunikativen Gattung ‚Therapieplanung' – zu differenzieren. In Begriffen des Konzeptes der kommunikativen Gattungen gesprochen, wären Praktiken demzufolge auf der Ebene der situativen Realisierungsebene (Günthner/Knoblauch 1997: 291ff.) anzusiedeln.

## 3.3 Vergleichende Gesprächsanalyse

Außer der Gesprächsanalyse ist angesichts der Zielsetzung dieser Arbeit, pflegerisches und ärztliches Sprechen zu vergleichen, auch die vergleichende Gesprächsforschung von Relevanz. Neben zahlreichen sprach- und kulturvergleichenden Arbeiten (vgl. etwa Sidnell 2009; Wide et al. 2019; Zimmerman 1999; Zinken 2016) finden sich in diesem Bereich häufig Studien, die die Unterschiede von institutionellen und informell-privaten Interaktionen herausstellen oder aber Interaktionen in verschiedenen institutionellen Settings vergleichen.[23] Dabei nehmen die Forschenden entweder eine bestimmte Praktik als Ausgangspunkt und untersuchen, wie diese in unterschiedlichen Institutionen realisiert wird und welche Handlungen damit vollzogen werden, oder sie setzen bei einer spezifischen Handlung an und arbeiten die diese in verschiedenen Settings konstituierenden Praktiken heraus (Curl/Drew 2008; Drew 2003; Ruusuvuori 2005a; Sliedrecht/van der Houwen/Schasfoort 2016; Speer 2012; Weiste/Peräkylä 2013). Die Untersuchung formaler und funktionaler Ressourcen, die in einem Setting vorkommen, in anderen aber nicht, bietet letztlich den Ansatzpunkt schlechthin für die Frage nach den institutionellen Spezifika eines bestimmten Interaktionstyps.

Ein breiter aufgestelltes Forschungsfeld, das innerhalb der KA einen systematischen Rahmen für vergleichende Untersuchungen vorgibt, über bestehende Einzelanalysen hinausgeht und auch entsprechende methodologische Herausforderungen hinlänglich diskutiert, stellt bislang ein Desiderat dar (Haakana/Laakso/Lindström 2016a: 23). Dies verwundert umso mehr, als der KA schon allein aufgrund ihrer induktiven Vorgehensweise eine kontrastive Perspektive inhärent ist (Arminen 2016: 48): Die Auswahl von ‚typischen' oder ‚untypischen' Fällen wird zumindest implizit vor dem Hintergrund aller anderen Fälle einer Kollektion – oder, universaler gedacht, vor dem Hintergrund aller anderen interaktiven Settings – getroffen. Erst ein solches Vorgehen erlaubt es, rekurrente Muster zu identifizieren und auf diese Weise zu allgemeinen Aussagen

[23] Prinzipiell kann ein Vergleich zwischen Gesprächen auch auf diversen anderen Ebenen angestellt werden. Interaktionen lassen sich beispielsweise ebenso in Abhängigkeit von sozialen Faktoren wie Alter, Geschlecht oder Rolle miteinander vergleichen sowie in Abhängigkeit von der Anzahl der Interaktionsbeteiligten oder dem vermittelnden Medium (Haakana/Laakso/Lindström 2016a).

über das analysierte Phänomen zu gelangen. In Anbetracht dessen, dass eine vergleichende Perspektive in sämtlichen konversationsanalytischen Untersuchungen also ohnehin angelegt ist, erscheint es nur logisch, diese konsequent auszuformulieren. So ließe sich auch die weit verbreitete ‚Pseudo-Komparativität' vermeiden: Drew (2003: 294f.) kritisiert, dass vermeintlich typische Merkmale von Interaktionen in einem spezifischen Setting oder einer spezifischen Akteursgruppe meist lediglich heuristisch, auf intuitiver Basis als typisch und distinktiv beschrieben werden, ohne diese jedoch mit der Interaktion in anderen Settings bzw. anderer AkteurInnen zu vergleichen (vgl. auch Hopper 1995: 372f.; Speer 2012: 353).[24]

Das primäre Problem, mit dem sich die vergleichende Gesprächsforschung auseinandersetzen muss, ist die in Kapitel 3.4.1 zu diskutierende Frage nach der Legitimität des Einbezugs externer Kategorien. Wenn verschiedene Institutionen oder wie im Falle der vorliegenden Arbeit verschiedene Berufsgruppen als der Interaktion vorgelagerte Größen die argumentative Grundlage für Unterschiede im Interaktionsverhalten bilden, ist dies freilich nicht unproblematisch. Die Frage, die sich dabei stellt, lautet, inwiefern dem Kontext einer Interaktion explanative Relevanz im Hinblick auf Unterschiede im kommunikativen Verhalten der Interagierenden zukommt (Esser/Vliegenthart 2016: 3).[25] So existiert etwa ebenso wenig eine einheitliche Berufsrolle des Pflegepersonals wie eine uniforme Ausprägung der ärztlichen Rolle, weshalb sich diskutieren ließe, inwiefern der Rekurs auf diese Rollen den Einsatz verschiedener kommunikativer Praktiken erklärt. Letztlich kann dieser Problematik nur begegnet werden, indem Evidenz dafür erbracht wird, dass das gleiche bzw. ein ähnliches kommunikatives Verhalten bei *mehreren* Angehörigen einer Profession zu beobachten ist und sich vom kommunikativen Verhalten der Angehörigen einer anderen Profession unterscheidet. Ferner kann unterstützend ethnografisches Wissen über das jeweilige soziale Feld herangezogen werden, etwa über institutionell vorgegebene Rechte und Pflichten verschiedener Akteursgruppen.[26] Ob die Interagierenden selbst sich an den

---

[24] Bereits Sacks/Schegloff/Jefferson (1974: 729) weisen darauf hin, dass die von ihnen herausgearbeitete Sprecherwechselsystematik um eine „comparative investigation of the [other] speech-exchange systems available to members of a single society" erweitert werden müsste.

[25] Dass hier die Gefahr eines voreiligen Schlusses besteht, veranschaulichen Curl/Drew (2008) in ihrer Studie zu verschiedenen Formen von Bitten (*requests*): Die Autoren zeigen, dass Unterschiede der sprachlichen Ausgestaltung dieser Praktik *prima vista* zwar mit den verschiedenen (nicht-)institutionellen Kontexten erklärbar sind. Bei genauerer Betrachtung der Daten zeigt sich jedoch, dass die Unterschiede in der Wahl einer sprachlichen Form nicht davon abhängig sind, ob es sich um institutionelle oder nicht-institutionelle Interaktionen handelt, sondern davon, ob die Interagierenden sich als dazu berechtigt sehen, eine Bitte zu formulieren.

[26] Vgl. Leppänen (1998), die das Ratgeben britischer *health visitors* mit dem Ratgeben schwedischer *district nurses* vergleicht. Ihr fiel auf, dass in den britischen Daten weitaus mehr Ratschlagsequenzen auftreten als in den schwedischen; die Erklärung hierfür ergibt sich ihr zufolge allein aus dem unterschiedlichen Aufgabenspektrum von *health visitors* und *district nurses*. Vgl. auch Schatzki (2002a: 25), der aus sozialtheoretischer Perspektive schreibt: „Any accurate use of comparative methods […] presupposes ethnography – else,

analytisch relevant gesetzten Kategorien orientieren, diese also über „procedural consequentiality" (Schegloff 1992b: 111) verfügen, wird mit einem rein gesprächsanalytischen Vorgehen schlussendlich aber nur in den seltensten Fällen zweifelsfrei belegbar sein (Haakana/Laakso 2016: 23f.).

Im Rahmen vergleichender Gesprächsanalysen müssen sich Forschende ferner mit der Frage auseinandersetzen, ob sie ihre qualitativ ausgerichteten Sequenzanalysen um quantitative Auswertungen ergänzen, um so nicht nur das *Wie?* verschiedener Praktiken zu vergleichen, sondern auch Aussagen über deren Auftretensfrequenz treffen zu können (Westerman 2011: 159). Sicher ist es in den meisten Fällen aufgrund einer zu geringen Datenmenge nicht möglich, sinnvolle (inferenz)statistische Berechnungen anzustellen und auch nur annähernd Repräsentativität anzustreben. Eine qualitative Gegenüberstellung von Vergleichsgrößen kann aber etwa dort, wo auf der Mikroebene Auffälligkeiten beobachtet wurden, um eine komplementäre quantitative Analyse ergänzt werden (Schlobinski 1996: 16). So nennt Heritage als exemplarischen Einsatzbereich quantitativer Ergänzungen des gesprächsanalytischen Vorgehens Fälle, „where a claim is made that the use […] of a particular interactional practice is tied to particular social […] categories, such as gender, status etc." (Heritage 1995: 405). Vor diesem Hintergrund werde ich im empirischen Teil der Arbeit zumindest am Rande auch quantitative Angaben machen, die die Häufigkeit einzelner pflegerischer und ärztlicher Praktiken betreffen. Dabei werde ich allerdings lediglich absolute Häufigkeiten aufsummieren und in Relation setzen, nicht aber inferenzstatistisch arbeiten (vgl. auch Clayman et al. 2007: 27).

Die letzte hier zu thematisierende Problematik vergleichend-gesprächsanalytischen Arbeitens liegt in der Frage des *tertium comparationis*. Ist es berechtigt anzunehmen – und wenn ja, auf welcher Basis –, dass eine Praktik in verschiedenen Settings als *eine* Praktik beschrieben werden kann? Und was sind die Kriterien, die erfüllt sein müssen, um Vergleichbarkeit überhaupt erst zu gewährleisten? So weisen etwa die Reaktionen von HomöopathInnen auf *troubles-telling*-Sequenzen ihrer PatientInnen durchaus Ähnlichkeiten mit den Reaktionen von PsychotherapeutInnen auf Problemerzählungen auf. Angesichts der zahlreichen Unterschiede zwischen beiden Settings könnte aber auch gefragt werden, ob tatsächlich nur *ein* Praktikentyp vorliegt, der verschiedene ‚Auftretensalternativen' ermöglicht, oder ob aus Teilnehmerperspektive nicht vielmehr *zwei differente* Praktiken anzunehmen sind (Ruusuvuori/Voutilainen 2016: 228; Sidnell/Enfield 2014). Umgekehrt ist es ebenso möglich, dass eine Praktik in zwei gänzlich verschiedenen konversationellen Umgebungen gleich oder ähnlich ausgestaltet ist, denn institutionelle Grenzen etwa bedeuten nicht zwangsläufig auch Grenzen von Praktiken (Weiste/Peräkylä 2013: 320). Wie Drew (2002: 478) lapidar anmerkt, können Kreuzverhöre nämlich sowohl vor Gericht als auch am Frühstückstisch situiert sein. Sich einem Vergleich verschiedener Settings von vornherein mit einer Brille zu

---

one cannot know what and how to compare […] and the significance of revealed commonalities and differences".

nähern, die lediglich auf Unterschiede ausgerichtet ist, würde die Komplexität der Realität verkennen und der falschen Annahme erliegen, dass zwangsläufig Beziehungen zwischen einer bestimmten Praktik und einem Setting existieren. Schlussendlich muss daher festgehalten werden: „A fundamental problem in comparative studies, as trivial as it may sound, is comparability" (Esser/Vliegenthart 2016: 4).

## 3.4 Angewandte Gesprächsanalyse

Während die Konversationsanalyse ihr Augenmerk anfangs primär auf informelle Alltagsinteraktionen richtete, entstand ab den späten 1970er Jahren zunehmend ein Interesse an formeller Interaktion in institutionellen Settings „beyond ordinary conversational interaction" (Heritage 2001: 916). In diesem Zusammenhang bildete sich ein angewandter Forschungszweig heraus, im Rahmen dessen aus der Analyse institutioneller Interaktionen Handlungsempfehlungen für ‚gelingende' Kommunikation abgeleitet und sodann an professionelle AkteurInnen vermittelt werden (Drew 2005: xviii; Richards 2005). Der Begriff *Angewandte Gesprächsanalyse* wird dabei jedoch keineswegs einheitlich verwendet; Antaki (2011) etwa differenziert diesbezüglich zwischen sechs verschiedenen Gebrauchsweisen. Wenn ich im Rahmen der vorliegenden Arbeit von *Angewandter Gesprächsanalyse* spreche, verstehe ich darunter das, was Antaki (2011: 6ff.) mit „Institutional applied CA" umschreibt, verwende den Begriff also allein für die Erforschung institutioneller Kommunikation, auf der der Fokus meiner Arbeit liegt.

### 3.4.1 Merkmale institutioneller Interaktion

Wurden zu der Zeit, als ein genuines Interesse für institutionelle Interaktionen aufkam, deren Merkmale dominant in Abgrenzung zur *ordinary conversation* als der onto- und phylogenetisch primären Interaktionsform beschrieben, stellt die Untersuchung institutioneller Gespräche inzwischen einen Forschungsgegenstand *sui generis* dar. Von den Anfängen geblieben ist jedoch die Frage, welche Interaktionen überhaupt als ‚institutionell' bezeichnet werden können. Lediglich solche Gespräche unter dieses Label zu fassen, die in bestimmten, gemeinhin als Institutionen angesehenen Gebäuden wie etwa dem Krankenhaus oder dem Gericht stattfinden, greift hier zweifelsohne zu kurz (Jarrett/Payne 2000: 82): Ebenso wie etwa innerhalb eines Gerichtsgebäudes auch private Interaktionen stattfinden können – wenn Richterin und Staatsanwältin beispielsweise Nachbarinnen sind und sich über die Bauarbeiten in ihrer Straße austauschen –, kann institutionelle Kommunikation auch in der privaten Wohnung der KlientInnen der Institution stattfinden – man denke nur an ambulante Pflegedienste oder an Hausbesuche von Hebammen (Heritage/Lindström 2012a). Da eine allein von der räumlichen Verortung einer Interaktion abhängige Bestimmung des Begriffs *instituti-*

*onelle Interaktion* folglich nicht tragfähig ist, müssen andere Kriterien gefunden werden. Drew/Heritage (1992: 21ff.) schlagen in ihrer Einleitung zum Sammelband *Talk at Work* die folgenden Bestimmungsmerkmale vor:

i) Relevantsetzung institutioneller Identität: Interagierende müssen sich nachweislich an der professionellen Rolle der InstitutionsvertreterInnen orientieren, wenn ein Gespräch als ‚institutionell' bezeichnet werden soll. Als offensichtliches Beispiel seien hier Anredeformen genannt: Spricht ein Patient die Pflegerin mit *Schwester* an, setzt er ihre institutionelle Identität relevant und wirkt an deren lokaler Konstituierung mit.

ii) Zielorientierung: Institutionelle Interaktionen sind dadurch geprägt, dass sich zumindest eine der daran beteiligten Personen an den Aufgaben und Zielen der Institution ausrichtet. Zu denken wäre hier etwa an eine Palliativärztin, die im Gespräch mit einem Patienten die verschiedenen Möglichkeiten der weiteren Versorgung sondiert und somit auf eine der Zielsetzungen des Aufenthaltes auf der Palliativstation hinarbeitet.

iii) Beschränkungen: Institutionelle Interaktionen können bzgl. der dort durchführbaren und als legitim angesehenen kommunikativen Praktiken limitiert sein. So präsentieren etwa Koerfer/Neumann (1982: 122) einen Transkriptausschnitt, in dem der Patient seinen Psychoanalytiker während einer Sitzung fragt, ob dieser verheiratet sei. Der Analytiker beantwortet diese Frage nicht, sondern thematisiert stattdessen die Gedanken des Patienten, die hinter dieser Frage stehen. Dadurch zieht der professionelle Akteur dort eine Grenze, wo seine privaten Angelegenheiten tangiert werden. Neben dem *Turn Design* nennt Arminen (2005: 44) als die beiden anderen wesentlichen Ebenen, auf denen in institutionellen Interaktionen Beschränkungen auftreten, die Länge von Turns sowie deren Abfolge (Rederechtsorganisation).

iv) Inferenzielle Rahmen und Prozeduren: Für institutionelle Kontexte sind oftmals spezifische inferenzielle Rahmen und Prozeduren charakteristisch, die die Interpretation einer bestimmten Praktik steuern. Während das Opfer einer Straftat bei Erzählungen des Tathergangs im Bekanntenkreis sicher Mitgefühl und Solidaritätsbekundungen findet, wird eine Richterin im Strafprozess von solchen Empathiedarstellungen absehen, ohne dass das Opfer Anlass zu der Annahme hat, die Richterin sei ein herzloser Mensch.

Insbesondere das zweite Merkmal ist allerdings nicht unumstritten. Gerade das Turn-Taking in institutionellen Interaktionen wird häufig als prädeterminiert, nicht kontingent und als von den InstitutionsvertreterInnen dominiert beschrieben. Von einer solchen These ist es dann aber nicht mehr weit, institutionelle Interaktionen *per se* als inhärent asymmetrisch anzusehen – und sie damit indirekt wieder in Opposition zu vermeintlich symmetrisch ausgestalteten informellen Alltagsinteraktionen zu stellen (Drew 1991: 21; Linell/Luckmann 1991: 4). Inwiefern ist es also empirisch haltbar, pri-

vat-informelle und institutionell-formelle Interaktionen als starre Dichotomie zu konzeptualisieren? Einerseits treten auch in institutionellen Interaktionen als ‚informell' gelabelte Gesprächspraktiken auf (und *vice versa*, vgl. Maynard/Heritage 2005: 431), etwa wenn eine Patientin auf der Palliativstation ausführlich von ihrem letzten Besuch bei ihrem Lieblingsitaliener erzählt. Allerdings kann Smalltalk, etwa über den letzten Urlaub, mitunter auch institutionellen Zwecken dienen (Hudak/Maynard 2011: 635; Hultgren/Cameron 2010), was die Problematik einer distinkten Grenzziehung weiter forciert. Andererseits zeigen aber auch zahlreiche Studien (s. Kapitel 3.3), dass bestimmte sprachliche Formen oder auch Praktiken in institutionellen Interaktionen anders verwendet werden als in der *ordinary conversation* und dass ein ‚Transfer' kommunikativer Praktiken aus dem einen Bereich in den anderen mitunter auch dysfunktional sein kann (Heritage 2011c). Insgesamt kann die Differenzierung zwischen informell-privater und institutioneller Interaktion als Heuristik zwar sicher aufrechterhalten werden. Analytisch ist aber zu berücksichtigen, dass zwischen diesen beiden Polen zahlreiche Abstufungen existieren und Gespräche mitunter nicht als Ganze eindeutig einer Ausprägung zugeordnet werden können, „zigzagging between the two poles in a way that is negotiated on a turn-by-turns basis by the participants" (ten Have 1991: 162).

Schließlich stellt sich bei der Erforschung institutioneller Interaktion die in Kapitel 3.1.1 bereits diskutierte Frage nach dem analytischen Einbezug des gesprächsexternen Kontextes in potenzierter Form. So lässt sich schwer leugnen, dass diverse institutionelle Rahmenbedingungen wie rechtliche Parameter oder die Aufgabenverteilung zwischen verschiedenen Professionen Interaktionen beeinflussen – selbst dann, wenn die Teilnehmenden diese Aspekte nicht nachweisbar als Orientierungsgröße etablieren. Gespräche zwischen InstitutionsvertreterInnen und deren KlientInnen sind zweifelsohne „institutionell überformt" (Herzig/Koerfer 2018: 245) und lassen sich durch die Annahme einer „nur-situativen Gesprächskonstitution" nicht ausreichend erfassen; gleichzeitig schlüge aber auch die Reduktion von Interaktionen „auf institutionsspezifische Strukturen" fehl (Gück/Matt/Weingarten 1984: 121). Wie an vorheriger Stelle festgehalten wurde, sollten kontextuelle Informationen, in diesem Fall also Angaben über das institutionelle Setting, als nachvollziehbar zu machende Bestandteile Eingang in die Interpretation finden, ohne in ihrer Bedeutung überschätzt zu werden (Arminen 2005: 35). Institutionalität wird folglich sowohl als interaktiv emergierendes *accomplishment* als auch als Ressource für die Handlungsformation der Interagierenden betrachtet (Mondada 2012: 2).

### 3.4.2 Deontik und Epistemik

Ein wesentlicher Aspekt von Institutionen ist deren hierarchische Struktur (Müller 2018; Schmitt/Heidtmann 2002: 180). Die institutionellen AkteurInnen richten sich in ihrem Handeln dabei einerseits an einer als präexistent betrachteten Verteilung von

Autorität aus, bringen ebendiese hierarchischen Strukturen andererseits aber auch erst durch ihr Handeln rekurrent lokal hervor. Für die traditionelle Konversationsanalyse mit ihrer strikten Ablehnung sozialer Makrokategorien als explanative Variablen waren solche Aspekte lange Zeit kaum bis gar nicht zu fassen (Mandelbaum 1990). Erst mit der zunehmenden Erforschung institutioneller Interaktion fand diesbezüglich ein Umdenken statt und der Einbezug entsprechender Größen wurde nicht länger *per se* als unnötig betrachtet oder gar als methodischer Fauxpas diskreditiert. Inzwischen hat sich in der gesprächsanalytischen Forschung für die in der Soziologie gängigen, im Kontext der Erforschung kommunikativer Ungleichheiten häufig aber inkonsistent und unreflektiert (Brock/Meer 2004: 185) verwendeten Begriffe *Autorität, Hierarchie, Macht* und *Dominanz* die Sammelbezeichnung *deontics* etabliert. Unter diesem Begriff werden all die Aspekte behandelt, die die Rechte von Interagierenden betreffen, ihre eigenen Handlungen und die Handlungen anderer festzulegen (Stevanovic 2018). Sprachliche Formate, in denen deontische Autorität typischerweise zum Ausdruck kommt bzw. verhandelt wird, sind direktive Handlungen wie etwa Empfehlungen, Ratschläge oder Aufforderungen (Keevallik 2017; Keisanen/Rauniomaa 2012; Sorjonen/Raevaara/Couper-Kuhlen 2017).

In engem Zusammenhang mit *deontics* steht das ebenfalls aus dem angloamerikanischen Raum stammende *epistemics*-Konzept, das für den analytischen Teil dieser Arbeit gleichermaßen relevant ist. Während *deontics* auf den Anspruch bzw. die Berechtigung von Interagierenden Bezug nimmt, „to impose actions on their co-participants", referiert *epistemics* darauf, „that the participants have rights and obligations to know relative to their co-participants" (Stevanovic/Peräkylä 2014: 186). In Anlehnung an Searles (1976) Konzeptualisierung der Wort-Welt-Relation lässt sich epistemische Autorität als Fähigkeit definieren, eine Wort-auf-Welt-Ausrichtung vorzunehmen, während Interagierende mit deontischer Autorität eine Welt-auf-Wort-Ausrichtung erwirken können (Stevanovic/Peräkylä 2012: 299). Letztlich kann der Unterschied zwischen deontischer und epistemischer Autorität also prägnant als Unterschied zwischen Präskription und Deskription gefasst werden (Bochenski 1974: 70).

Obwohl die beiden Konzepte in enger Verbindung stehen und prinzipiell in jeglicher sozialer Interaktion von Bedeutung sind (Heritage 2018: 44; Stevanovic/Svennevig 2015: 2), gehen epistemische und deontische Autorität nicht zwangsläufig miteinander einher. Beispielsweise verfügen PflegerInnen, verglichen mit anderen in die stationäre Versorgung von PatientInnen involvierten Professionen, über eine hohe epistemische Autorität hinsichtlich des Zustandes der PatientInnen, da sie den meisten Kontakt zu diesen haben. In den Besprechungen des interdisziplinären Teams kommt ihnen allerdings ein geringerer Grad an deontischer Autorität zu als etwa den ÄrztInnen, wenngleich die PflegerInnen bisweilen zumindest indirekt deontische Superiorität für sich reklamieren. Die hierbei tangierte Unterscheidung zwischen der situativ

angezeigten deontischen Autorität und der deontischen Autorität, die den Interagierenden qua institutioneller Rolle zugeschrieben wird, lässt sich terminologisch mit den beiden komplementären Begriffen *deontic status* und *deontic stance* abbilden.
In Anlehnung an das *stance*-Konzept von Du Bois (2007) verweist *deontic stance* auf die lokal hervorgebrachte Anzeige der eigenen deontischen Rechte in Relation zu denen der anderen InteraktionsteilnehmerInnen und damit auf die verbale Selbst- und Fremdpositionierung der Interagierenden innerhalb eines Kontinuums deontischer Rechte (*deontic gradient,* Stevanovic 2013: 25).[27] Die deontische Autorität einer Person kann sich sprachlich-interaktiv etwa darin manifestieren, dass sie nur wenige bis keine Begründungen für Handlungsaufforderungen liefert und die AdressatInnen solche auch nicht einfordern (Svennevig/Djordjilovic 2015: 110). Insofern sind nicht nur die Positionierungen einzelner AkteurInnen zu beachten, sondern gleichermaßen auch die Reaktionen der anderen Interagierenden darauf. Nur auf diese Weise kann eine Aussage darüber getroffen werden, ob die deontischen Selbst- und Fremdpositionierungen ratifiziert werden und entsprechend interaktive Gültigkeit erlangen oder nicht.
Demgegenüber umfasst der *deontic status* einer Person deren deontische Rechte in Relation zu denen der anderen Interagierenden – und zwar unabhängig von der aktuellen Situation. Es handelt sich daher um ein „real world feature" (Stevanovic 2011: 30), das gewissermaßen die ‚Kulisse' einer Interaktion bildet und unabhängig von einem konkreten *display* deontischer Autorität auf die deontischen Rechte verweist, die einer Person von ihren GesprächspartnerInnen zugeschrieben werden. Der deontische Status ist dabei etwa im Bereich der Direktiva von Relevanz: Ob ein Deklarativsatz als Bitte, Vorschlag oder Befehl zu verstehen ist, kann bisweilen einzig anhand des der Sprecherin attribuierten deontischen Status in Abhängigkeit vom deontischen Status der anderen Beteiligten entschieden werden (Heritage 2012a, 2013a).

Im Gegensatz zur deontischen wird die epistemische Dimension von Interaktionen in der gesprächsanalytischen Forschung deutlich häufiger und intensiver thematisiert, diskutiert sowie zu analytischen Zwecken herangezogen (Deppermann 2018: 133). Heritage (2012a, 2013a) spricht diesbezüglich gar von einer „epistemic engine", die

[27] Dieser Arbeit liegt ein weites Verständnis des deutschen Begriffs *Positionierung* zugrunde, den ich als Übersetzung des englischen Terminus *stance* verwende. *Positionierung* verweist hier also nicht allein auf die Dimension der Identitätskonstruktion, die für das Positionierungskonzept nach Lucius-Hoene/Deppermann (2004) konstitutiv ist. Stattdessen folge ich der Definition von Du Bois (2007: 169), der *stance* beschreibt als „public act by a social actor, achieved dialogically through overt communicative means [...], through which social actors simultaneously evaluate objects, position subjects (themselves and others), and align with other subjects". Zentral für dieses Konzept ist es, dass Interagierende sich nie lediglich hinsichtlich eines Objektes, sondern immer auch in Bezug auf ihre GesprächspartnerInnen positionieren.

die ‚treibende Kraft' für die sequenzielle Organisation von Gesprächen sowie für Prozesse der *action formation* und *action ascription* (Levinson 2013) darstellt.[28] So kann beispielsweise die vom Rezipienten einer Aussage vorgenommene Zuschreibung von Wissen entscheidend dafür sein, ob er annimmt, dass die Sprecherin ihm mittels eines Deklarativsatzes Informationen vermittelt oder ob er stattdessen zu dem Schluss kommt, dass sie Informationen erfragt: Attribuiert der Rezipient der Sprecherin in Bezug auf das Gesprächsthema einen höheren Wissensstand als sich selbst, wird er den Deklarativsatz als Information auffassen; geht er jedoch davon aus, dass sein Gegenüber über weniger Wissen verfügt als er, ist eine Interpretation der Äußerung als Frage wahrscheinlicher. Die epistemische Dimension einer Interaktion wird aufgrund ihrer Relevanz für die *action formation* und *action ascription* nicht nur als eine weitere Größe beschrieben, die neben anderen zentralen Größen der Gesprächsanalyse wie Turntaking oder Sequenzstruktur steht: „It's something more basic – one set of principles and assumptions that make these and other domains [turn-taking, sequence organization; I. B.] what they are" (Sidnell 2012: 59).

Ebenso wie innerhalb des *deontics*-Konzeptes zwischen *deontic stance* und *deontic status* unterschieden wird, kann auch im Bereich der *epistemics* zwischen der *epistemic stance* und dem *epistemic status* differenziert werden. Der Begriff *epistemic stance* verweist dabei auf die situative, lokal emergierende epistemische Positionierung von GesprächsteilnehmerInnen, d. h. auf den sprachlich angezeigten Grad an (Un-)Sicherheit bzgl. einer spezifischen Thematik (Kärkkäinen 2006: 705). *Epistemic status* referiert dagegen auf das einer Person allgemein zukommende Recht, innerhalb einer spezifischen Domäne über bestimmte Wissensbestände zu verfügen.[29] Mit einer epistemischen Vorrangigkeit hinsichtlich eines spezifischen Gesprächsgegenstandes (*epistemic priority*, Heritage 2013b: 383) sind wiederum bestimmte Rechte und Pflichten verbunden. Ein in diesem Kontext vielzitiertes Beispiel nimmt Bezug auf Großeltern, die größere epistemische Priorität beanspruchen können, wenn sie Handlungen ihrer Enkelkinder im Gespräch mit *Nachbarn* bewerten, als wenn sie solche Bewertungen gegenüber den *Eltern* ihrer Enkel äußern (Raymond/Heritage 2006). Eine weitere Dimension von Wissen, an der sich GesprächsteilnehmerInnen orientieren, betrifft den Zugang zu Wissensbeständen (*epistemic access,* Stivers/Mondada/Steensig 2011a: 9ff.). Heritage führt diesbezüglich die Notation *K+/K-* („more

[28] Dieser Stellenwert von Wissen in der Interaktion ist allerdings nicht unumstritten. So entspann sich in den letzten Jahren eine Debatte um die Frage, ob die Orientierung an Wissensbeständen der Interagierenden als grundlegendem Merkmal von Interaktionen nicht zentrale Prämissen der KA verletzt, insbesondere ihre Fokussierung auf Handlungen anstatt auf handelnde Personen (Button/Sharrock 2016: 612). Damit einher geht eine Diskussion über die generelle Bedeutung von Wissen in der Interaktion und über die Frage, ob *epistemics* de facto als „l[ying] at the heart of what drives interaction" zu betrachten ist (Drew 2012: 64). Vgl. Lynch/Macbeth (2016), Lynch/Wong (2016) und Lindwall/Lymer/Ivarsson (2016) für weitere kritische Auseinandersetzungen.

[29] Vgl. hier auch Labov/Fanshels (1977) Differenzierung zwischen *A-Events*, zu denen A epistemischen Zugang hat, B aber nicht, und *B-Events*, hinsichtlich derer B epistemische Autorität beanspruchen kann, A aber nicht.

knowledgeable [K+] or less knowledgeable [K−]", Heritage 2012a: 4) ein, wobei diese Konzeptualisierung nicht als starre Dichotomie aufzufassen ist. Vielmehr nehmen die Interagierenden verschiedene Positionen auf einem epistemischen Gradienten ein und indizieren so ihren Zugang zu einer spezifischen Proposition.
Geht es um die Anzeige epistemischer Rechte, ist neben dem Inhalt einer Äußerung schließlich auch deren sequenzielle Position von Bedeutung. Unmodalisierte Deklarative in erster Position etwa kontextualisieren „einen impliziten Anspruch auf einen primären epistemischen Zugang" zu einem Sachverhalt (Reineke 2016: 50). Diese *firstness* lässt sich durch entsprechende verbale Mittel jedoch prinzipiell ‚aushebeln', sodass SprecherInnen trotz Äußerung eines Beitrags in erster Position eine Herabstufung ihrer epistemischen Haltung vornehmen können. Analog dazu können Interagierende auch Aussagen in zweiter Position, die zunächst epistemisch inferior erscheinen, ‚hochstufen' (Heritage/Raymond 2005: 22ff.).

Die vorangehenden Ausführungen zusammenfassend kann festgehalten werden, dass Interagierende beständig in der Pflicht stehen, ihren eigenen deontischen und epistemischen Status relativ zu dem ihrer Ko-Agierenden zu monitoren (*epistemic* und *deontic ticker*, Stevanovic 2013: 67), um auf dieser Grundlage Äußerungen ihrer GesprächspartnerInnen zu interpretieren und ihre eigenen Turns entsprechend zu gestalten.

# 4 Interaktion mit PatientInnen im Gesundheitsbereich

Im Folgenden wende ich mich einem spezifischen Typ institutioneller Interaktion zu, dem zwischen professionellen AkteurInnen im Gesundheitsbereich – namentlich ÄrztInnen und Pflegekräften – und PatientInnen. Dabei thematisiere ich zunächst Forschungsbeiträge zum ärztlichen Sprechen mit PatientInnen (Kapitel 4.1), gehe anschließend auf das pflegerische Sprechen ein (Kapitel 4.2) und widme mich zuletzt in einem kurzen Kapitel auch dem Vergleich zwischen ärztlicher und pflegerischer Interaktion mit PatientInnen (Kapitel 4.3).

## 4.1 Ärztliches Sprechen mit PatientInnen

Das wissenschaftliche Interesse an Gesprächen in Hausarztpraxen, Krankenhäusern und sonstigen Institutionen der Gesundheitsversorgung reißt seit über 60 Jahren nicht ab. Dies findet seine Begründung sicherlich nicht zuletzt darin, dass Besuche bei ÄrztInnen einen integralen Bestandteil des Lebens in der heutigen „Gesundheitsgesellschaft" (Schmidt 2019: 226) darstellen und deshalb prinzipiell alle Gesellschaftsmitglieder über Erfahrungen mit dieser Interaktionsform verfügen. So positiv die anhaltende intensive Beschäftigung mit ÄPI zu bewerten ist, so schwierig bis unmöglich gestaltet es sich dadurch, die diesbezügliche Forschung in Gänze zu überblicken. Da gesprächsanalytisch ausgerichtete Untersuchungen zur ärztlichen Kommunikation inzwischen „Legion" sind (Spranz-Fogasy 2014b: 18), kann im Rahmen dieses Kapitels lediglich ein kursorischer Überblick über die entsprechende Forschungslandschaft gegeben werden, wobei der Fokus auf den für die vorliegende Arbeit relevanten Aspekten liegt.
Nach einer knappen Skizze der Anfänge des Forschungsfeldes (Kapitel 4.1.1) thematisiere ich im Folgenden verschiedene Untersuchungsgegenstände der auf medizinische Interaktionen ausgerichteten Gesprächsanalyse: Zunächst beschäftigte ich mich mit der für ÄPI als konstitutiv geltenden Asymmetrie (Kapitel 4.1.2.1) und zeige auf, anhand welcher Merkmale sich eine Typologisierung der zahlreichen kommunikativen Gattungen dieses Bereiches erstellen lässt (Kapitel 4.1.2.2). In Kapitel 4.1.2.3 setze ich mich mit Visitengesprächen und entsprechend mit dem Gesprächstyp auseinander, der in den ÄPI meines Korpus dominiert, ehe Kapitel 4.1.2.4 die Forschung zu Interaktionen zwischen PalliativmedizinerInnen und PatientInnen zusammenfasst. Da ich jeweils zu Beginn der vier Kapitel des empirischen Teils dieser Arbeit (Kapitel 6.1 bis 6.3.5) den Forschungsstand speziell zu den dort behandelten Themen referiere, wird das aktuelle Kapitel zum ärztlichen Sprechen in Kapitel 6 und 6.3.5 expandiert.

### 4.1.1 Anfänge des Forschungsfeldes

Die ersten Untersuchungen von Gesprächen zwischen ÄrztInnen und PatientInnen stammen nicht aus der Linguistik oder der Soziologie, sondern aus der Medizin selbst: Als Folge des langsam einsetzenden innerfachlichen Mentalitätswechsels, der mit dem Aufkommen der biopsychosozialen Medizin (Engel 1977) einherging, richtete sich der medizinische Blick Ende der 1960er Jahre im angloamerikanischen sowie im deutschsprachigen Raum verstärkt auf das ärztliche Gespräch. Die Kritik an einem medizinischen Denken und Handeln, das Krankheiten lediglich als „räumlich lokalisierbare Störung[en]" (von Uexküll 1986: 2) der Körperfunktion betrachtet, für deren Verständnis der Rückgriff auf den psychosozialen Hintergrund der PatientInnen nicht nötig ist, führte allmählich zu einem Paradigmenwechsel, mit dem sich zugleich die „kommunikative Wende" (Koerfer et al. 2008: 121) in der Medizin vollzog. Im Zuge dieser Neuausrichtung entwickelte sich die Überzeugung, dass es sich beim klinischen Zugang zu PatientInnen zunächst vor allem um einen sprachlichen Zugang handelt (Koerfer/Albus 2018a: 410) und medizinisches Wissen und Handeln „untrennbar und in vielfältigen Formen mit Sprache verknüpft" sind (Busch/Spranz-Fogasy 2015b: 335). Die Plädoyers für einen Wechsel „von der stummen zur sprechenden Medizin" (Lüth 1986) mehrten sich; dass sich diesbezüglich jedoch ein ausgebautes Forschungsfeld formieren konnte, wurde nicht zuletzt auch durch technische Neuerungen begünstigt: Der Einsatz von Tonbandgeräten machte es erstmals möglich, für die Untersuchung ärztlicher Gespräche auf empirisches Material zurückzugreifen anstatt auf rekonstruierte Gesprächsprotokolle aus der Erinnerung. So konnten Pionierstudien wie die von Byrne/Long (1976) durchgeführt werden, die anhand von 2.500 Interaktionen eine Art frühes Handlungsstrukturschema ärztlicher Gespräche entwickelten. Die Linguistik jedoch begann, insbesondere hierzulande, erst relativ spät, sich mit der Sprache der Medizin zu beschäftigen. Zunächst war es die Fachsprachenforschung, die sich medizinischen Texten und Gesprächen zuwandte und deren Besonderheiten hinsichtlich der lexikalischen und morphosyntaktischen Ebene untersuchte (Wiese 1984). Erst infolge des *pragmatic turn* erwuchs auch ein Interesse an den interaktionalen Aspekten des Gesprächs zwischen ÄrztInnen und PatientInnen, wodurch sich dieses zum Forschungsgegenstand *sui generis* entwickelte (Löning 2001: 1577).

### 4.1.2 Untersuchungsgegenstände der *medical conversation analysis*

Beginnend mit den Arbeiten von Frankel (1984), Heath (1986) und West (1984) entstand innerhalb der Gesprächsanalyse ein prosperierender Forschungszweig, der sich zunächst allein mit ÄPI in der Primärversorgung beschäftigte (Heritage/Maynard

2006a; Ijäs-Kallio/Ruusuvuori/Peräkylä 2010; Peräkylä 1998), seinen Gegenstandsbereich im Laufe der Zeit aber sowohl auf andere Settings[30] als auch auf andere AkteurInnen des Gesundheitswesens[31] ausdehnte und sich in den letzten Jahren verstärkt für die interprofessionelle Kommunikation zwischen VertreterInnen verschiedener Berufsgruppen innerhalb medizinischer Institutionen zu interessieren beginnt (Arber 2016; Måseide 2011, 2016; Seuren et al. 2019). Gill/Roberts (2013: 575) prägten für diesen Teilbereich der Gesprächsanalyse die Bezeichnung *medical CA*.[32] Gemäß der zentralen Prämissen gesprächsanalytischen Arbeitens besteht das Erkenntnisinteresse der ‚medizinischen Gesprächsanalyse' darin, ÄPI als sequenziell emergierende Produkte der Handlungen beider Interaktionsparteien zu beschreiben und die dabei auftretenden kommunikativen Praktiken zu dokumentieren (Heritage/Maynard 2006b: 1). Indem Gill/Roberts (2013) diesem Forschungsfeld in Anbetracht des exponentiellen Anstiegs entsprechender Publikationen den Status einer eigenen Subdisziplin innerhalb der Gesprächsanalyse verleihen, verweisen sie nicht nur auf dessen substantielle Bedeutung, sondern gleichermaßen auch auf die „starke Verbundenheit von Forschungsgegenstand und Forschungsmethode" (Groß 2018: 55).

Obgleich die *medical CA* in der Form, wie Gill/Roberts (2013) sie konturieren, auch Interaktionen anderer Beteiligtenkonstellationen als der klassischen Dyade ‚ÄrztIn-PatientIn' untersucht (s. o.), gehe ich im Folgenden aufgrund des Gegenstandsbereiches der vorliegenden Arbeit lediglich auf diese Interaktionsform näher ein. Ziel ist es dabei nicht, möglichst viele der ohnehin nicht zu überblickenden Forschungsarbeiten anzuführen oder gar eine ausufernde ‚Fußnotenkompilation' zu erstellen. Stattdessen beschränke ich mich im Anschluss an einige allgemein gehaltene Ausführungen zur Asymmetrie des Verhältnisses zwischen ÄrztInnen und PatientInnen sowie zur Heterogenität und Komplexität des hier fokussierten Forschungsfeldes darauf, die einschlägige Forschung zu dem von mir behandelten Gesprächstyp – Visitengespräche in der Palliativmedizin – zu referieren.

---

30 Dominant erforscht wurden bislang u. a. Gespräche im onkologischen Bereich (Beach/Anderson 2003; Beach et al. 2005; Schaepe/Maynard 2014; Günthner 2019b; Imo 2017a), in der AIDS-Beratung (Peräkylä 1995), der HIV-Sprechstunde (Groß 2018), der Psychiatrie (Bolden/Angell 2017; Speer/Parsons 2007) sowie der Pädiatrie (Stivers 2002a, 2002b, 2006).

31 Beispielhaft genannt seien hier die Interaktionen zwischen PatientInnen und Hebammen (Cole/Turnbull/Dahlen 2020), PsychotherapeutInnen (Scarvaglieri 2017; McVittie/Craig/Temple 2019), ApothekerInnen (Pilnick 2003) und PflegerInnen (s. Kapitel 4.2.4).

32 Weitere Arbeiten, die sich aus einer methodologischen Perspektive mit der Anwendung der Gesprächsanalyse für die Erforschung von Interaktionen in medizinischen Settings auseinandersetzen, sind die Publikationen von Barnes (2019), Drew/Chatwin/Collins (2001), Heritage/Maynard (2006c), Koenig/Robinson (2014), Maynard/Heritage (2005) und Pilnick/Hindmarsh/Gill (2009).

#### *4.1.2.1 Asymmetrien zwischen der* voice of lifeworld *und der* voice of medicine

Sucht ein Patient eine Ärztin auf, prallen bei ihrer Begegnung häufig zwei verschiedene Welten aufeinander, wobei der Grad der Divergenz der einen von der anderen Welt durch verschiedene Faktoren wie etwa Alter, Bildung oder Wissen über Krankheiten bestimmt ist. Der Sozialpsychologe Mishler (1984) konzeptualisiert die ÄPI daher als andauernde Auseinandersetzung zwischen der *voice of medicine* der ÄrztInnen mit ihrer medizinisch-professionellen Perspektive und der *voice of lifeworld* der PatientInnen mit ihrem subjektiven Krankheitserleben und ihrer spezifischen biografischen Situation. Obgleich der Begriff *voice* hier nicht nur auf das verbale Interaktionsverhalten, sondern auf eine weit umfassendere Größe verweist, die auch Normen, Einstellungen, Werte etc. umfasst (Mishler 1984: 63), spielt die sprachlich-interaktive Ebene eine zentrale Rolle. In der Differenzierung zwischen der *voice of lifeworld* und der *voice of medicine* sind dabei bereits die auf verschiedenen Ebenen zutage tretenden Asymmetrien zwischen ÄrztInnen und PatientInnen angelegt, die in der medizinischen Soziologie sowie der Gesprächsanalyse seit deren Anfängen einen zentralen Forschungsgegenstand darstellen.

Asymmetrien zwischen ÄrztInnen und PatientInnen liegen „at the heart of the medical enterprise: [They are], in short, founded in what doctors are there for" (Pilnick/ Dingwall 2011: 1374). Wenn erkrankte Personen es selbst nicht (mehr) vermögen, eine Besserung ihres Zustandes zu erreichen, suchen sie ÄrztInnen auf und begeben sich mit dem Eintritt ins Sprechzimmer bzw. ins Krankenhaus in eine grundlegend asymmetrische Beziehung: Während sie selbst krank und daher körperlich und/oder psychisch bzw. kognitiv eingeschränkt sind, sind die ÄrztInnen gesund und verfügen darüber hinaus über die allgemeine Kompetenz, den PatientInnen zu einer Genesung oder zumindest zu einer Linderung ihrer Beschwerden zu verhelfen (Parsons 1947:59). Folglich treten die PatientInnen in den meisten Fällen von vornherein als ‚BittstellerInnen' auf und verleihen den ÄrztInnen qua des an sie erteilten Behandlungsauftrags die Legitimation, bestimmte therapeutische Maßnahmen vorzuschlagen, anzuordnen und durchzuführen (ten Have 1991: 140). Den thematischen Fokus der Interaktion zwischen PatientInnen und ÄrztInnen, in der *idealiter* die Grundlage für die Heilung einer Krankheit liegt, bilden daher allein die Belange der PatientInnen, die zum Zwecke einer adäquaten Diagnosestellung oftmals zahlreiche private Informationen preisgeben müssen. Umgekehrt erfahren sie von den ÄrztInnen kaum bis nichts Persönliches. Des Weiteren ist das Aufgabenspektrum der beiden Gesprächsparteien unterschiedlich gelagert: Während die ÄrztInnen prinzipiell für die anamnestische Fragetätigkeit verantwortlich sind, obliegt den PatientInnen die Beschwerdeschilderung. Somit bilden sich zwei komplementäre Beteiligungsrollen aus, wobei die ÄrztInnen die Rolle der InitiativgeberInnen übernehmen und dadurch das Gespräch auf eine Weise steuern,

wie es für ihr primäres Handlungsziel erforderlich ist, und die PatientInnen demgegenüber zumeist lediglich auf die ärztlichen Initiativen reagieren (Robinson 2001).[33] Neben den bereits skizzierten Ebenen, auf denen sich ein asymmetrisches Verhältnis zwischen ÄrztInnen und PatientInnen ausbilden kann, wird traditionell auch die aus einer unterschiedlich gelagerten Wissensverteilung resultierende epistemische Asymmetrie zwischen ÄrztInnen und PatientInnen als elementarer Aspekt ihres professionellen Verhältnisses diskutiert (Ariss 2009; Heritage/Lindström 2012a; Lindström/Karlsson 2016). Auf Grundlage der divergierenden Wissensbestände wird ÄPI zwar häufig als ExpertIn-LaiIn-Interaktion modelliert. Allerdings kann die Verteilung von Wissen bzw. Nichtwissen nicht ohne Weiteres auf die Achse ‚ExpertIn-LaiIn' projiziert werden (Birkner/Burbaum 2016: 87; Gill 1998), denn während ÄrztInnen fachliche ExpertInnen im Hinblick auf die medizinischen Aspekte einer Krankheit sind, verfügen PatientInnen über eine hohe epistemische Autorität hinsichtlich ihrer Beschwerden.[34] Hinzu kommt, dass es in unserer Informations- und Mediengesellschaft problemlos möglich ist, sich auch als medizinische Laiin intensiv zu einem Krankheitsbild zu belesen und insbesondere, wenn es sich um eine chronische Krankheit handelt, selbst zu einer Expertin des eigenen Leidens zu werden (Pomerantz/Rintel 2004: 12). So haben viele der PalliativpatientInnen, deren Gespräche mit PflegerInnen und ÄrztInnen Gegenstand der vorliegenden Arbeit sind, zum Zeitpunkt ihrer Aufnahme auf die Palliativstation bereits eine jahrelange ‚Karriere' als PatientInnen hinter sich und verfügen über große Wissensressourcen hinsichtlich ihrer Krankheit (s. auch Kapitel 4.1.2.4). Expertise ist daher letzten Endes als relationales Konstrukt zu begreifen, das „immer an einen bestimmten Kontext und vor allem an ein Gegenüber gebunden" ist (Gülich 1999: 176). Für gesprächsanalytische Arbeiten zu dieser Thematik gilt es dementsprechend, die wechselseitige Orientierung der InteraktionspartnerInnen an präsupponierten Wissensbeständen ihres Gegenübers nachzuweisen sowie deren epistemische Positionierungsleistungen zu untersuchen (Gülich 2003: 258; Schöffler/Spranz-Fogasy 2012: 1).

Zuletzt richte ich den Blick noch auf die deontische Asymmetrie zwischen ÄrztInnen und PatientInnen (s. auch Kapitel 6.1.1). Im klassischen paternalistischen Modell der ÄrztIn-PatientIn-Beziehung wurde es dezidiert als Pflicht der ÄrztInnen betrachtet, qua ihrer epistemischen und der daraus folgenden deontischen Autorität autonom über

---

33 Vgl. aber Beach/Dozier (2015: 1244), die zahlreiche gesprächsanalytische Arbeiten zu patientenseitigen Initiativen zusammenstellen. Zudem sind die beiden Rollen *ÄrztIn* und *PatientIn* nicht zwangsläufig *a priori* gegeben, sondern werden interaktiv hergestellt und konsolidiert. So zeigen etwa Heritage/Robinson (2006a), wie PatientInnen ihre Behandlungsnotwendigkeit und somit die Legitimität ihres Besuches zu demonstrieren suchen und sich dadurch *doctorable* machen. Umgekehrt stellen ÄrztInnen etwa allein dadurch, dass sie diagnostische Aussagen treffen, ihren Status als institutionelle AgentInnen her (Peräkylä 2002).

34 Heritage (2013b: 392) gebraucht für diese Unterscheidung die beiden dichotom angelegten Phrasen *epistemics of expertise* und *epistemics of experience*.

die Behandlung der PatientInnen zu entscheiden (Landmark/Gulbrandsen/Svennevig 2015: 55). Zumindest im westlichen Kulturraum und im Gespräch mit kognitiv nicht beeinträchtigten PatientInnen kann diese Vorstellung inzwischen jedoch als weitestgehend durch eine stärker patientenzentrierte Ausrichtung ersetzt betrachtet werden.[35] Dennoch gibt es vielfältige Situationen in der ÄPI, in denen die ÄrztInnen sich als deontisch superiore AkteurInnen positionieren, sei es durch Aufforderungen während der körperlichen Untersuchung, durch das Aussprechen klarer Empfehlungen für spezifische Medikamente oder durch die Zuweisung des Rederechts. Es gilt hier, für jeden Fall neu zu bestimmen, ob die PatientInnen die dadurch reklamierte deontische Autorität ratifizieren oder die Selbstpositionierung der ÄrztInnen zurückweisen (Ekberg/LeCouteur 2020).

Zum Abschluss der vorangegangenen Ausführungen sei ein Zitat von Maynard (1991a: 449) angeführt, das die grundsätzliche Perspektive der ‚medizinischen Gesprächsanalyse' auf asymmetrische Rollenverhältnisse zwischen ÄrztIn und PatientIn pointiert zusammenfasst: Wenngleich sich eine grundlegende Asymmetrie in deren Beziehung allein dadurch ergibt, dass PatientInnen ÄrztInnen aufsuchen, um die medizinische Hilfe zu erhalten, die sie sich selbst nicht zuteilwerden lassen können, ist Asymmetrie „not totally a product of the physician's abstract power. Rather than simply being imposed […] asymmetry is interactively achieved".

#### *4.1.2.2 Typologisierungsmöglichkeiten für das Feld der ÄrztIn-PatientIn-Interaktionen*

Neben den verschiedenen medizinischen Subdisziplinen, die zur Strukturierung des weiten Feldes der ÄrztIn-PatientIn-Interaktionen herangezogen werden können (Onkologie, Chirurgie, Diabetologie etc.; s. Fußnote 30), lässt sich eine Binnendifferenzierung dieses Bereichs auch anhand des institutionellen Ortes der Gespräche (Krankenhaus oder niedergelassene ÄrztInnen), dem Krankheitstyp (akute oder chronische Erkrankungen), der konzeptionell-paradigmatischen Ausrichtung (biomedizinisch vs. psychosomatisch) und der Patientengruppe (ältere PatientInnen, Kinder, PatientInnen mit Migrationshintergrund etc.) vornehmen (Löning 2001). Da die angeführten Parameter untereinander fast beliebig kombinierbar sind, erwachsen bereits aus diesen vier Merkmalen zahlreiche mögliche Konstellationen von Interaktionen zwischen ÄrztInnen und PatientInnen. Ferner ist eine Typologisierung auch auf Basis des primären Handlungsziels der jeweiligen Gesprächstypen möglich. So unterscheidet Nowak (2010: 227f.) in seiner Metastudie zwischen Visiten-, Anamnese-, Erst-/Aufnahme-,

[35] Paradoxerweise – oder sollte man eher sagen *nachvollziehbarerweise*? – verhalten sich PatientInnen gegenüber ÄrztInnen zumeist dennoch auf eine Weise, die das traditionelle Rollenverständnis mit seinen deontischen sowie epistemischen Asymmetrien zementiert und in der die ärztliche Expertise über die eigene Erfahrungsexpertise gestellt wird. Ein Grund hierfür liegt sicher darin, dass ein gegenteiliges Verhalten die Legitimationsbasis der PatientInnen für das Aufsuchen der ÄrztInnen untergraben würde (Heath 1992: 262).

Folge-, Aufklärungs- und Entlassgesprächen, denen jeweils verschiedene Zielsetzungen der ÄrztInnen zugrunde liegen und deren globale Charakteristika Gegenstand eigener Untersuchungen sind (Bührig/Meyer 2009; Ekberg/Reuber 2015; Lalouschek 2005). Diese Gesprächstypen umfassen wiederum verschiedene Aufgabenprofile sowie diverse interaktive Praktiken, die sich als sedimentierte, hochfunktionale Muster etablieren konnten. Viele Studien zum ärztlichen Gesprächsverhalten setzen daher an spezifischen Praktiken an und vergleichen die Realisierung einer Praktik in mehreren medizinischen Settings (Ruusuvuori 2005b), untersuchen eine Praktik in Abhängigkeit bestimmter Gesprächstypen (Boyd/Heritage 2006; Tate/Rimel 2020) oder arbeiten den unterschiedlichen Einfluss verschiedener ärztlicher Gesprächspraktiken auf den weiteren Interaktionsverlauf heraus (Heritage et al. 2007; Toerien/Shaw/Reuber 2013).

Gesprächstypen weisen ferner je eigene Handlungsschemata auf. Für den Grundtyp eines ärztlichen Gesprächs nehmen Nowak/Spranz-Fogasy (2008b: 86) diesbezüglich die fünf zentralen Komponenten ‚Gesprächseröffnung', ‚Beschwerdenexploration', ‚Diagnosestellung', ‚Therapieplanung' und ‚Gesprächsbeendigung' an (vgl. auch Heritage/Maynard 2006b: 14). Insbesondere die Phasen ‚Diagnosestellung' und ‚Therapieplanung' sind intensiv beforscht und für zahlreiche medizinische Subdisziplinen umfassend beschrieben (Becker/Spranz-Fogasy 2017). Doch wenngleich die Entwicklung dieses fünfschrittigen, linear-zeitlichen Strukturschemas auf der Untersuchung medizinischer Gespräche unterschiedlicher Fachrichtungen basiert, bildet es letztlich lediglich die Realität von Erstgesprächen der akutmedizinisch-ambulanten Versorgung ab. In ÄPI, die in der stationären Versorgung verortet sind, entfallen hingegen häufig gerade die für ambulante Settings zentralen Komponenten der Diagnosestellung und Therapieplanung: Mit PatientInnen, die beispielsweise nach einer Hüftoperation noch mehrere Tage im Krankenhaus verbringen, müssen die ÄrztInnen zwar über den Genesungsprozess, nicht jedoch über die bereits erhobene Diagnose einer Hüftarthrose sprechen.

Letztlich handelt es sich bei ÄPI um „hochkomplexe Kommunikationsereignisse" (Menz/Sator 2011: 423), für deren jeweilige Ausprägung eine Vielzahl an Faktoren verantwortlich ist. Allen Bemühungen um eine breite Datenbasis zum Trotz können Versuche, eine möglichst umfassende Typologisierung dieses Feldes vorzulegen, daher nie alle hier existierenden Ausprägungen erfassen und können somit lediglich den Status von Heuristiken für sich beanspruchen.

#### *4.1.2.3 ÄrztIn-PatientIn-Interaktionen während der Visite*

Die in aller Regel einmal täglich, zumeist vormittags stattfindende ärztliche Visite nimmt im klinischen Stationsalltag eine zentrale Rolle ein. Sie lässt sich definieren als der regelmäßige Besuch der ÄrztInnen an den Krankenbetten und dient dem medizinischen Personal dazu, den PatientInnen wichtige Informationen zu vermitteln (insb.

Befunde von Untersuchungen), sich regelmäßig ein Bild von deren Allgemeinzustand zu verschaffen und vielfältige Themen mit ihnen zu besprechen (weitere Behandlungspläne, Medikamente etc.). Für die PatientInnen stellt die Visite häufig den „Höhepunkt des eintönigen Kliniktages" dar und ist die einzige routinehaft stattfindende Gelegenheit, zu der sie überhaupt mit den ÄrztInnen sprechen können (Leschke 2009: 207). Während bei der täglichen Stationsvisite der AssistenzärztInnen meist keine anderen VertreterInnen der medizinischen Profession anwesend sind, nehmen an der Ober- und Chefarztvisite neben den AssistenzärztInnen auch die Ober- bzw. die Chefärztin und Studierende im Praktischen Jahr teil. Die ÄrztInnen werden außerdem stets von Pflegekräften begleitet, sodass der Visite auch hinsichtlich des interprofessionellen Austauschs eine wichtige Bedeutung zukommt (Holtel/Weber 2019).
Neben körperlichen Untersuchungen ist das Gespräch mit den PatientInnen für die ärztliche Visite zentral; „wording and warding are intimately related" (Haberland/Mey 1981: 104). Allerdings handelt es sich bei Visitengesprächen um ein „kommunikativ schwieriges Unterfangen" (Köhle/Langewitz 2017: 302f.): Die zunehmende Ökonomisierung des Krankenhauses führt zu einem hohen Zeitdruck für die ÄrztInnen, zumeist liegen PatientInnen nicht in Einzelzimmern, woraus sich das Problem der fehlenden Privatsphäre ergibt und schließlich nimmt die Fülle an Sachverhalten, die den PatientInnen im Sinne der Informationspflicht in kondensierter Form zu übermitteln sind, immer weiter zu. Letztlich müssen ÄrztInnen im Rahmen der Visite also in möglichst kurzer Zeit möglichst viele institutionell vorgegebene Aufgaben erfüllen.
Im Vergleich zur generellen Prosperität des Untersuchungsfeldes ‚ÄrztIn-PatientIn-Interaktionen' stagniert sowohl die deutschsprachige als auch die internationale Forschung zur Visitenkommunikation seit Jahr(zehnt)en (Koerfer/Kilarski/Albus 2018: 1390). Es ist deshalb kaum möglich, im Folgenden aktuelle (gesprächsanalytische) Beiträge zu diesem Interaktionstyp anzuführen. Da es sich bei den für die vorliegende Arbeit aufgezeichneten ÄPI aber größtenteils um Visitengespräche handelt, ist es unumgänglich, diese Kommunikationsform vertieft zu behandeln. In Ermangelung entsprechender gegenwärtiger Forschungsprojekte greife ich hierfür dominant auf die einschlägigen Studien aus den 1970er bis 1990er Jahren zurück und lege dar, unter welchem Blickwinkel Visitenkommunikation in dieser Zeit erforscht wurde. Dabei führe ich auch Literatur an, die nicht (primär) gesprächsanalytisch ist, sondern stattdessen ein soziologisches oder kommunikationswissenschaftliches Erkenntnisinteresse verfolgt.

Unter Leitung des Medizinsoziologen Siegrist startete im Jahr 1971 das erste breit angelegte interdisziplinäre Forschungsprojekt zur Visitenkommunikation. In verschiedenen deutschen Krankenhäusern, insbesondere in den Universitätskliniken von Marburg und Ulm, wurden mehrere Jahre lang knapp 2.000 Tonbandaufzeichnungen gesammelt und unter formal-quantitativen sowie funktional-qualitativen Gesichtspunkten ausgewertet. Zentrales Ergebnis ist dabei, dass sich die ärztliche Visite dominant

durch einen „latente[n] Konfliktgehalt" (Möhler 1999b: 227) in Bezug auf Kommunikationschancen der Partizipierenden auszeichnet und in den meisten Fällen einen „verhinderte[n] Dialog" (Bliesener 1982) darstellt.

Bereits auf der quantitativen Ebene offenbaren sich gravierende Defizite der untersuchten Gespräche: Insgesamt dauern die Visiten im Schnitt lediglich 3,5 Minuten (Raspe 1976), wobei sich der Anteil der ärztlichen Gesprächsbeiträge auf durchschnittlich 65,5 % beläuft und somit auf allen untersuchten Stationen dominiert. Nur zu 33 % richten die ÄrztInnen[36] ihre Redebeiträge überhaupt an die PatientInnen und adressieren somit dominant die anderen an der Visite beteiligten professionellen AkteurInnen. Die Gesprächsbeiträge der PatientInnen wiederum sind größtenteils (94 %) reaktiver Natur (Raspe 1982: 2).[37]

Der quantitative Ansatz mit seinem hypothetisch-deduktiven Vorgehen stößt allerdings schnell an seine Grenzen, denn *wie*, d. h. durch welche interaktiven Mechanismen die quantitativ dokumentierten Missstände zustande kommen, lässt sich auf diese Weise nicht analysieren. Hierzu bedarf es einer qualitativ und prozessorientiert ausgerichteten Methode, die den Fokus auf die „kommunikativen Mikrostrukturen" legt (Bliesener 1982: 43). Einen ersten Schritt in eine solche Richtung unternimmt Siegrist (1976, 1977), der mithilfe eines Ratingverfahrens vier „Reaktionstypen asymmetrischer Verbalhandlungen" identifiziert, mittels derer die ÄrztInnen den PatientInnen systematisch das Rederecht entziehen. So beschreibt Siegrist (1977: 11ff.) das „Nichtbeachten", das entweder daraus besteht, dass die ÄrztInnen an möglichen übergaberelevanten Stellen keinen Sprecherwechsel zulassen oder dass sie auf Fragen und Aussagen der PatientInnen nicht eingehen. Anstelle einer Reaktion auf eine Frage erfolgt vonseiten der ÄrztInnen mitunter auch eine „konkurrierende Initiative in Form eines Thema- oder Adressatenwechsels". Ein weiterer asymmetrischer Reaktionstyp besteht in einem „Beziehungskommentar". Hier geht es darum, dass die ÄrztInnen zuerst zwar scheinbar auf die Frage der PatientInnen eingehen, den thematischen Fokus in ihrer Antwort aber verschieben, indem sie nicht den inhaltlichen, sondern den Beziehungsaspekt der Frage aufgreifen.[38] Zuletzt beschreibt Siegrist (1977: 12f.) die „Mitteilung funktionaler Unsicherheit". Auch hier greifen die ÄrztInnen die

---

36 In sämtlichen Arbeiten zur Visitenkommunikation aus den 1970er bis 1990er Jahren ist ausschließlich von ‚Ärzten' die Rede. Ob es sich hier um den Gebrauch des generischen Maskulinums handelt oder ob tatsächlich nur Ärzte an den Visiten beteiligt waren, kann nicht ausgemacht werden. Ich bediene mich dennoch auch in diesem Kapitel einer gendergerechten Sprache.

37 Dieser Befund wird auch durch die statistische Analyse von Jährig/Koch (1982: 46) untermauert, die zeigt, dass die Redezeit der PatientInnen stark mit der Anzahl der Fragen der ÄrztInnen korreliert, die PatientInnen also nur selten die Initiative für einen Gesprächsbeitrag ergreifen. Wie gesprächsanalytische Untersuchungen der Visitengespräche zeigen, nutzen PatientInnen außerdem häufig erst die letzte Möglichkeit, ein eigenes Anliegen zu platzieren, nämlich dann, wenn die ÄrztInnen bereits das *opening up closing* eingeleitet haben (Quasthoff-Hartmann 1982: 83f.).

38 Siegrist (1978: 122) führt hier ein Beispiel an, in dem der Arzt auf die Aussage der Patientin „Hoffentlich habe ich nichts im Kopf" lediglich mit „Ich weiß, daß Sie das jetzt sehr beunruhigt im Augenblick" reagiert und anschließend das Thema wechselt.

Fragen der PatientInnen zwar auf und beantworten diese, teilen allerdings keine zufriedenstellenden Informationen mit: Obwohl für den Analytiker aufgrund entsprechenden Hintergrundwissens klar ist, dass die ÄrztInnen über die jeweils erfragten Informationen verfügen, halten sie diese zurück bzw. weichen einer konkreten Antwort aus. Auffällig ist hierbei, dass die Mitteilung funktionaler Unsicherheit bei Personen mit infauster Prognose signifikant häufiger auftritt als bei nicht schwerwiegend erkrankten PatientInnen (Siegrist 1976: 1964).

Der Kommunikationswissenschaftler Bliesener (1982: 8) kritisiert Siegrists Arbeiten dahingehend, dass dieser eine „zu global[e] und zu statisch[e]" Perspektive auf Interaktion einnähme und die asymmetrischen Reaktionstypen daher „nur registrieren, nicht aber analysieren" könne. Bliesener (1982: 48) selbst geht vor dem Hintergrund dieser Kritik in seinen Beiträgen sequenzanalytisch vor und bedient sich hierzu der Gesprächsanalyse.[39] Ebenso wie Siegrist beschreibt auch er verschiedene Strategien, mittels derer ÄrztInnen Initiativen der PatientInnen abweisen und so den Konflikt zwischen den institutionellen Aufgaben der Visite und den Bedürfnissen der PatientInnen zu Lasten Letzterer auflösen. Auf die insgesamt zwölf verschiedenen Strategien kann an dieser Stelle jedoch nicht näher eingegangen werden.

Auch die anderen (annäherend) gesprächsanalytisch ausgerichteten Arbeiten, die im Umfeld des von Siegrist geleiteten Projektes zur Visitenforschung entstanden, legen den Fokus auf den asymmetrischen Beteiligungsrahmen, der Patientenpartizipation weitgehend verhindert. Die Beziehungskonstellation wird dabei als spezifische Art triadischer Kommunikation mit den beiden Kommunikationsachsen ‚ÄrztIn – PatientIn' und ‚ÄrztIn – ÄrztIn/PflegerIn' beschrieben. Obgleich häufig eine Vielzahl von Personen an der Visite beteiligt ist (s. o.), sind die meisten Anwesenden, abgesehen von der hierarchiehöchsten Ärztin und deren jeweiligem Gesprächspartner, lediglich „mehr oder weniger dem Gespräch folgende Statist[Inn]en" (Gück/Matt/Weingarten 1984: 137). Nicht selten stellt die Visite daher „nur ein Ritual mit Aspekten der Beziehungsbestätigung und […] -vermeidung" dar (Fischer/Wölfel/Schmidmaier 2016: 28), in dem sich die ÄrztInnen gegenseitig in ihrer Rolle bekräftigen und die PatientInnen auf diese Weise zu ZuschauerInnen ihrer „parade of white coats" degradieren (O' Hare 2008: 309). Neben der Problematik, dass häufig nicht die PatientInnen selbst, sondern deren Krankheiten als „Arbeitsgegenstand" (Gück/Matt/Weingarten 1983: 159) im Mittelpunkt stehen, konkurriert stets die Interaktion zwischen den professionellen AkteurInnen einerseits und die Interaktion mit den PatientInnen andererseits um Gesprächsanteile (Begemann-Deppe 1978: 62).

[39] Wenngleich Bliesener immer wieder betont, sich eines gesprächsanalytischen Instrumentariums zu bedienen, zitiert er kaum Literatur, anhand derer sich nachvollziehen ließe, welchem Verständnis der Gesprächsanalyse er folgt. Auf Basis der wenigen zitierten Werke sowie der allgemeinen Stoßrichtung der Ausführungen ist sein Ansatz am ehesten eine Mixtur aus Funktionaler Pragmatik, Konversationsanalyse und Sprechakttheorie.

Daraus resultierend wird die Visite als für die PatientInnen ‚unbeobachtbar', ‚undurchschaubar' und ‚unabsehbar' charakterisiert (Nothdurft 1981, 1982). Die Unbeobachtbarkeit der ‚Visitenmaschinerie' kommt etwa dadurch zustande, dass sich die visitierenden Personen untereinander in sehr geringer Lautstärke unterhalten und die PatientInnen den Ausführungen über ihren Fall somit schon allein auf der akustischen Ebene nicht folgen können. Das Merkmal der Undurchschaubarkeit von Visiten resultiert ferner aus dem ärztlichen Gebrauch von Fachtermini oder einer sehr elliptischen, verkürzten und somit voraussetzungsreichen Ausdrucksweise (Gück/Matt/Weingarten 1983: 185). Nothdurft (1981) beschreibt in diesem Kontext sog. „Austausch-Spreizungen", wobei es sich um einen von ihm geprägten deutschen Ausdruck für den konversationsanalytischen Begriff *side-sequences* handelt. Eine solche Spreizung verschiebt „die nächstmögliche Einsatzstelle für die Initiative [der PatientInnen] auf einen späteren Zeitpunkt" (Nothdurft 1981: 332), indem die ÄrztInnen fachliche Diskussionen mit ihren KollegInnen initiieren. Schließlich wird den PatientInnen auch durch die Unabsehbarkeit möglicher übergaberelevanter Stellen der Einstieg in die Interaktion erschwert. Beispielsweise verhindern ÄrztInnen an Punkten, an denen die PatientInnen aktiv werden könnten, durch den schnellen Anschluss weiterer, thematisch mitunter inkohärenter Fragen eine Übernahme des Rederechts durch die PatientInnen (Quasthoff-Hartmann 1982).

Ausgehend von den Ergebnissen der frühen Visitenforschung wurde Mitte der 1970er Jahre auf der internistischen Station des Universitätsklinikums Ulm ein Modellversuch etabliert, im Rahmen dessen die Stationsarztvisite unter Berücksichtigung eines psychosomatischen und patientenzentrierten Behandlungskonzeptes umgestaltet wurde. Als wesentliche Prämisse zur Steigerung patientenseitiger Partizipationschancen wurde dabei zunächst die inter- und intraprofessionelle Kommunikation aus der Visite ausgelagert und in außerhalb des Krankenzimmers stattfindende Vor- und Nachbesprechungen verlegt (Krug/Köhle 1982: 178). Die Visite selbst sollte so gestaltet werden, dass „weniger über den Kranken und mehr mit ihm gesprochen" wird (Bliesener/Köhle 1986: 18), was primär implizierte, Gesprächsinitiativen der PatientInnen nicht länger zu übergehen. Zudem erlernten die ÄrztInnen psychotherapeutische Gesprächstechniken, um die PatientInnen auch emotional zu unterstützen (Bliesener/Köhle 1986: 329).[40] Die quantitative Auswertung der Visiten zeigt den Erfolg des Modellversuchs: Der Gesprächsanteil der PatientInnen erhöhte sich von 30 auf 45 % (Westphale/Köhle 1982) und es treten weniger asymmetrische Verbalhandlungen auf (Siegrist 1976: 1964).

[40] Vor diesem Hintergrund sollten auch patientenseitige Narrationen nicht länger unterbunden, sondern – konträr zu den traditionellen Visitengesprächen (Bliesener 1980) – aktiv gefördert werden.

Das letzte groß angelegte Forschungsprojekt zur Untersuchung und Optimierung der Visitenkommunikation fand schließlich Anfang/Mitte der 2000er Jahre am Universitätsspital Basel statt,[41] wo auf zwei internistischen Stationen Gesprächsdaten erhoben und PatientInnen, PflegerInnen und ÄrztInnen zu ihrer Zufriedenheit sowie ihren Idealvorstellungen bzgl. der Visite befragt wurden. Diese Daten wurden sodann quantitativ und qualitativ-inhaltsanalytisch ausgewertet, ehe auf Grundlage der Ergebnisse zuletzt Visitenstandards und Interventionstrainings konzipiert sowie evaluiert wurden (Weber/Nübling/Langewitz 2009: 78). Ebenso wie im Rahmen des Ulmer Reformversuches stellt auch hier die sog. Kurvenvisite ein Kernelement dar: Ehe das Team die PatientInnen aufsucht, besprechen die AkteurInnen vor der Zimmertür die Patientenakte, die aktuelle Diagnostik und weitere Therapiepläne, sodass der Fokus während der Kernvisite allein auf der Interaktion mit den PatientInnen liegen kann (Weber 2011b: 43).

Insgesamt kommt das Projekt zu dem Ergebnis, dass die Redeanteile von PatientInnen und ÄrztInnen ausgewogen sind und „das ‚Einbahnstraßen-Modell', in dem Ärzt[Inn]en reden und Patient[Inn]en zuhören, nicht mehr aktuell ist" (Weber 2011a: 354). Allerdings werden Defizite hinsichtlich des Informationsaustausches offenbar: Zwar ist auf Basis der inhaltsanalytischen Auswertung der Visitengespräche zu konstatieren, dass die PatientInnen mit einem „ocean of information" (Weber et al. 2007: 346) überflutet werden und der Hauptteil der Visite in der Übermittlung medizinischer Informationen besteht. Im Rahmen der Patientenbefragung beklagte sich jedoch ein Großteil der Befragten darüber, während der Visite nicht ausreichend informiert zu werden. Erklären lässt sich der Widerspruch zwischen Patienteneinschätzung und Datenlage damit, dass die ÄrztInnen den PatientInnen zwar zahlreiche Informationen vermitteln, häufig jedoch nicht die Angaben machen, um die die PatientInnen gebeten haben. Aus diesem Befund leiten Weber et al. (2007: 346) letztlich ein Plädoyer für eine strukturiertere, patientenzentrierte Informationsvermittlung ab.

Davon abgesehen, dass die Studienlage zu Visitengesprächen im deutschen Sprachraum – und im Übrigen auch im angloamerikanischen – allgemein sehr dünn ist und die Untersuchungen zudem fast ausschließlich aus dem letzten Jahrhundert stammen, liegt ein generelles Manko aller angeführten Studien in der weitgehenden Vernachlässigung der sprachlichen Ebene. Zwar werden sprachliche Merkmale in der frühen Visitenforschung immer wieder erwähnt, doch bleibt deren Betrachtung auf einer oberflächlichen Ebene. Trotz des eminenten Stellenwerts, der Visiten im Krankenhausalltag zukommt, steht eine systematische Erforschung dieses Interaktionstyps aus der Perspektive der Gesprächsanalyse folglich noch aus.

---

[41] Mit Rüdiger (2011) liegt zwar noch eine weitere Arbeit, eine Dissertation, vor, die sich mit der Kommunikation während der ärztlichen Visite beschäftigt. Allerdings ist diese dominant quantitativ ausgerichtet und selbst der Teil, der als ‚qualitativ' bezeichnet wird, besteht größtenteils aus Auszählungen von Merkmalen, deren empirische Basis nicht näher erläutert wird (bspw. das Merkmal „Arzt geht verständnisvoll auf die Sorgen des Patienten ein", Rüdiger 2011: 42).

#### *4.1.2.4 ÄrztIn-PatientIn-Interaktionen in der Palliative Care*

Wie in Kapitel 2.3.1 und 2.3.2 deutlich wurde, ist der Großteil der Studien zur ärztlichen und auch zur pflegerischen Interaktion mit PalliativpatientInnen „*about* talk rather than *of* talk" (Llewellyn/Hindmarsh 2010: 10): Selbst wenn Audio- oder Videoaufnahmen authentischer Gespräche vorliegen, werden diese entweder quantitativ ausgewertet oder es werden qualitative Inhaltsanalysen durchgeführt, die die interaktionalen Spezifika der Gespräche komplett verschwinden lassen (Pino/Parry 2019a: 224). Vor diesem Hintergrund halten Lindtner-Rudolph/Bardenheuer (2015: 244) zurecht fest, dass Untersuchungen von ÄPI in der Palliative Care sowohl für die deutsch- als auch für die englischsprachige gesprächsanalytische Forschung weitgehend ein Desiderat darstellen (vgl. auch Ford 2017: 36; Ragan 2016: 5). Selbst im *Textbook of Palliative Care Communication* (Wittenberg et al. 2016), das einen wegweisenden Beitrag zur Erforschung von Interaktionen im palliativmedizinischen Bereich leisten möchte, wird die Konversationsanalyse im Überblick-Kapitel über verschiedene qualitative Forschungsmethoden an keiner Stelle erwähnt (vgl. Dillon/Roscoe 2016). Lediglich Ragan (2016: 5) plädiert in ihrem einleitenden Artikel dafür, die KA in den Methodenpool der Forschung zur Palliative Care zu integrieren. Doch auch unabhängig von der Konversationsanalyse als konkreter Methode ist es, wie Ragan et al. (2008: 31) konstatieren, problematisch, dass die meisten Studien in diesem Bereich von MedizinerInnen oder PflegewissenschaftlerInnen, mitnichten aber von ForscherInnen mit soziologischer oder linguistischer Ausbildung durchgeführt werden. Denn ohne ein Grundverständnis davon, wie zwischenmenschliche Interaktion funktioniert und welche interaktionalen Mechanismen im Rahmen der institutionellen Kommunikation greifen, lassen sich keine verlässlichen Aussagen zur kommunikativen Realität im Palliativbereich treffen.

Der bislang einzige deutschsprachige gesprächsanalytische Artikel zur Gesprächsführung in der Palliativmedizin liegt mit dem im Handbuch „Sprache in der Medizin" (Busch/Spranz-Fogasy 2015a) erschienenen Beitrag „Sprache am Lebensende" von Lindtner-Rudolph/Bardenheuer (2015) vor. Anhand von Fallbeispielen zeigen sie, dass Sprache in der Palliative Care

> „nicht nur ein diagnostisches und therapeutisches Instrument [ist] wie in ÄrztIn-PatientInnen-Gesprächen der kurativen Medizin, sondern auch ein wichtiges Werkzeug zum Aufspüren und Bearbeiten der individuellen, sich gerade in der Palliativmedizin ggf. rasant ändernden sozialen und spirituellen, psychischen und physischen Bedürfnissen von Menschen in der letzten Phase ihres Lebens" (Lindtner-Rudolph/Bardenheuer 2015: 243).

Für ihr aus 211 Gesprächen zwischen ÄrztInnen, PatientInnen und Angehörigen bestehendes Analysekorpus arbeiten die AutorInnen heraus, dass PalliativpatientInnen ein wesentlich höherer Gesprächsanteil zukommt als PatientInnen in kurativmedizinischen Settings. Ferner divergieren die palliativen Gespräche auch hinsichtlich der

epistemischen Dimension von anderen ÄrztIn-PatientIn-Interaktionen: Liegt die Erstdiagnose der Grunderkrankung bereits länger zurück, haben sich die PatientInnen oftmals bereits ein vertieftes Wissen angeeignet, weshalb sich die Interaktionen mit den ÄrztInnen im palliativen Bereich „nur bedingt unter die Kategorie ‚Experten-Laien-Interaktion' subsumieren lassen" (Lindtner-Rudolph/Bardenheuer 2015: 246). Viele PatientInnen, insbesondere ältere, orientieren sich in Aufnahme- und Erstgesprächen der Palliativstation[42] allerdings noch stark an traditionellen Rollenhierarchien. Sie rechnen damit, dass die ÄrztInnen das Gespräch dominieren und von ihnen als PatientInnen lediglich die Beantwortung ihrer Fragen erwarten. Außerdem sprechen viele PatientInnen zu Beginn ihres Aufenthaltes allein über ihr körperliches, nicht aber ihr psychisch-emotionales Befinden und vermeiden es, Themen eigenständig relevant zu setzen. Häufig stellen sich die PatientInnen im Laufe der Zeit jedoch auf die andere ‚Interaktionskultur' ein, erhöhen ihren Redeanteil maßgeblich oder sprechen eigeninitiativ Wünsche, Ängste, Beschwerden etc. an.

Aufgrund der existenziellen Bedrohung, die von der Terminalphase ausgeht, sowie aufgrund der Omnipräsenz des Todes kommt es auf Palliativstationen immer wieder zu heiklen Interaktionssituationen: PatientInnen zeigen mangelnde *Compliance,* verweigern sich weitgehend der Kommunikation mit dem medizinischen Personal oder wollen die Verschlechterung ihres Zustandes nicht wahrhaben. Lindtner-Rudolph/Bardenheuer (2015: 253) identifizieren in ihrem Gesprächsmaterial vier verschiedene, von den PatientInnen methodisch, d. h. systematisch eingesetzte Gesprächspraktiken, mittels derer sie das Sprechen über heikle Themen zu verhindern suchen: Ignorieren, minimales Reagieren, Fokuswechsel-Operationen und Insistieren nach erfolgreichem Fokuswechsel. ÄrztInnen wiederum bedienen sich nonverbaler sowie indirekter, expliziter und metakommunikativer verbaler Aufforderungen zur Redeübernahme und zur Themenbearbeitung, um trotz des Widerstandes der PatientInnen die Themen relevant zu setzen, deren Diskussion medizinisch dringend vonnöten ist.

Problematisch sind Gespräche auch dann, wenn PatientInnen aufgrund (jahrelangen) schweren Leidens lebensmüde und lethargisch sind. Gegenüber solch tendenziell verschlossenen PatientInnen, die sich einer lösungsorientierten Kommunikation verweigern, setzen ÄrztInnen eine Form von „Angebotskommunikation [ein], die für klassische ÄrztIn-PatientInnen-Interaktionen untypisch ist" (Lindtner-Rudolph/Bardenheuer 2015: 256): Indem sie ihre Redebeiträge hinsichtlich der in ihnen enthaltenen Verstehensanweisungen so offen und mehrdeutig halten, dass keine spezifische präferierte Folgehandlung nahegelegt, sondern stattdessen ein Spektrum möglicher Handlungsalternativen angeboten wird, können die PatientInnen entsprechend ihrer

[42] ÄrztIn-PatientIn(-Angehörigen)-Gespräche auf der Palliativstation sind zu unterteilen in Aufnahme-, Erst-, Visiten-, Beratungs- und Entlassgespräche; im Todesfall kommt ferner das Abschiedsgespräch mit den Angehörigen hinzu (Lindtner-Rudolph/Bardenheuer 2015: 246).

Bedürfnisse darauf reagieren und autonom entscheiden, welche Aspekte sie aufgreifen.

Die erste Monografie, die unter dem Titel „Palliative Care Conversations. Clinical and Applied Linguistic Perspectives" für sich reklamiert, ÄPI43 im Palliativbereich umfassend konversationsanalytisch zu untersuchen, stammt von Gramling/Gramling (2019). Neben Audioaufnahmen von Gesprächen mit insgesamt 240 PatientInnen auf zwei US-amerikanischen Palliativstationen liegen diesem Werk Feldnotizen, Patientenakten sowie Fragebögen und Interviews zugrunde. Anders als im Klappentext festgehalten, handelt es sich bei der methodischen Vorgehensweise der Arbeit allerdings nicht um eine im engeren Sinne konversationsanalytische:

> „We should note, however, that we are not Conversation Analysts in the true sense of that commitment. Our purposes in writing this book tend to have more to do with investigating the clinical setting of Palliative Care, and with the seriously-ill persons who take up its services, than with gathering evidence about the complex conventionality of human conversation itself. For this reason, our approach and methods tend to hew somewhat closer to ‚theme-oriented discourse analysis' […] than to Conversation Analysis proper" (Gramling/Gramling 2019: 6).

Zwar gehen Gramling/Gramling (2019) in ihren Gesprächsanalysen sequenzanalytisch vor und referieren auch auf zahlreiche konversationsanalytische Arbeiten, doch liegt ihre Methodik in der Tat eher in einer inhaltlich orientierten Diskursanalyse begründet. Dies ist (u. a.) sicher der Tatsache geschuldet, dass das Buch primär Angehörige von Gesundheitsberufen adressiert und sich erst nachgeordnet an LinguistInnen und GesprächsanalytikerInnen richtet. Außerdem werden zwar zahlreiche Transkripte herangezogen, doch bilden die einzelnen Kapitel mehr eine lose Aneinanderreihung scheinbar willkürlich ausgewählter Beispiele mit je eigener Fragestellung für jedes Transkript denn eine kohärente und argumentativ stringente Darstellung. Aufgrund der genannten methodischen Schwächen wird im Folgenden sodann auch nur skizzenhaft auf die zentralen Themen bzw. die Globalstruktur des Buches eingegangen.
Der analytische Teil ist dreigeteilt: Zunächst legen die Autoren dar, wie ÄrztInnen die Palliative Care gegenüber PatientInnen als eine verglichen mit verwandten Disziplinen wie Kardiologie oder Onkologie relativ neue Disziplin einführen und in diesem Zuge einerseits erklären, was den palliativen Ansatz von anderen Ansätzen unterscheidet, andererseits aber auch die Verlegung der PatientInnen auf die Palliativstation begründen. Dass nach einer möglicherweise jahrelang andauernden Odyssee von einer Ärztin zur nächsten nun plötzlich kein kuratives Bemühen mehr im Raum steht, kann die PatientInnen anfangs überfordern und bedarf daher einer entsprechenden Erklärung. Bei der Darstellung der Spezifika der Palliative Care treten häufig Mitgliedschaftskategorien (*membership categories*) auf (*team*, *palliative medicine group*, Pronomen: *I*

[43] Gramling/Gramling (2019) untersuchen zwar auch Interaktionen von PflegerInnen mit PatientInnen, differenzieren in den Analysen aber nicht weiter zwischen den beiden Berufsgruppen ‚Pflegekräfte' und ‚ÄrztInnen'.

vs. *we*; Gramling/Gramling 2019: 47); zudem zeigen sich die ÄrztInnen darum bemüht, abstrakte medizinische Begriffe in verständliche Angaben zu überführen und dabei an das zuvor abgefragte Vorwissen der PatientInnen und ihrer Angehörigen anzuknüpfen.

Unter der Überschrift „Dynamics of the Interaction" thematisieren Gramling/Gramling (2019: 33) im zweiten Teil ihrer Analysen sodann verschiedene konversationelle Phänomene wie Ironie, Codemixing und die Aktualisierung fremder Stimmen (vornehmlich Wiedergabe von Rede anderer ÄrztInnen) im Gespräch. Eine zentrale Erkenntnis hierbei lautet, dass der Beziehungsaufbau in der Palliative Care im Gegensatz zu kurativ ausgerichteten Disziplinen nicht auf optimistisch-euphemistischen Aussagen beruht. In palliativen Settings lässt sich stattdessen ein „dispensing with niceties" (Gramling/Gramling 2019: 115) beobachten, das zumeist von den PatientInnen und Angehörigen initiiert und (auf einer Metaebene) positiv kommentiert wird. So weigern sich PatientInnen mitunter, in Smalltalk mit den ÄrztInnen einzutreten oder Fragen zu beantworten, deren Antwort ihr Gegenüber ohnehin bereits kennt. Stattdessen wird wechselseitig auf Ironie und schwarzen Humor zurückgegriffen, was es den Interagierenden erlaubt, infauste Prognosen offen anzusprechen, sich gleichzeitig aber davon zu distanzieren.

Zuletzt führen Gramling/Gramling ( 2019: 167ff.) exemplarisch noch einige andere Aspekte an, die sie als charakteristisch für Gespräche auf Palliativstationen einordnen. Hierunter fallen etwa die Offenheit der ärztlichen Agenda für spezifische Anliegen der PatientInnen, die metakommunikative Abfrage, ob die PatientInnen sich bereit fühlen, bestimmte heikle Themen offen zu besprechen, der Einsatz von Metaphern zur Referenz auf die Krankheit der PatientInnen, epistemische Positionierungen hinsichtlich der Komplexität von Krankheitsgeschichten und der Umgang mit prognostischen Informationen. Da die Analysen jedoch allesamt auf einer sehr oberflächlichen Ebene verbleiben und die Autoren zudem kaum bis gar nicht auf die sprachliche Dimension der untersuchten Interaktionen eingehen, ist dieser Teil für ein gesprächsanalytisches Erkenntnisinteresse nicht fruchtbar.

Neben den beiden hier erwähnten Überblicksarbeiten über die Spezifika von ÄPI in der Palliativmedizin existieren vereinzelt noch gesprächsanalytische Studien, die sich speziell dem Sprechen über Sterben und Tod (Anderson/Stone et al. 2020; Land et al. 2019; Parry/Land/Seymour 2014; Pino/Parry 2019a) und dem Sprechen über Emotionen im palliativen Bereich (Ford 2017; Ford/Hepburn/Parry 2019) widmen. Auf die Ergebnisse dieser Untersuchungen gehe ich im empirischen Teil der vorliegenden Arbeit in den Kapiteln 6.3.1 und 7.1 näher ein.

## 4.2 Pflegerisches Sprechen mit PatientInnen

Im Gegensatz zum Bereich der ärztlichen Interaktion mit PatientInnen, der von Sarangi/Roberts (1999: 12) bereits 1999 als „over-researched" bezeichnet wurde und in

dem seither massiv weitergeforscht wurde, fristet die Interaktion zwischen Pflegekräften und PatientInnen innerhalb der gesprächsanalytischen Forschung ein Schattendasein. Im Jahr 2003 konstatierte Walther (2003: 36), dass nur wenige deutschsprachige Arbeiten vorliegen, „die sich auf authentische Kommunikation konzentrieren" und dabei speziell auch die sprachliche Ebene in den Blick nehmen. Wenngleich seither fast 20 Jahre vergangen sind, hat sich die Forschungslage in diesem Feld nicht maßgeblich verändert.[44] Dass sich die Interaktionsforschung trotz der zentralen Rolle von Pflegekräften im Gesundheitswesen lediglich für ärztliche Gespräche zu interessieren scheint, reproduziert ein weiteres Mal die ohnehin vorherrschende Statusasymmetrie zwischen diesen Berufsgruppen (s. Kapitel 4.2.2).

Bevor näher auf die wenigen existierenden gesprächsanalytischen Studien eingegangen werden kann, ist es zunächst notwendig, das Augenmerk auf den Pflegeberuf an sich, speziell auf dessen historische Entwicklung in Deutschland (Kapitel 4.2.1) sowie dessen Verhältnis zur medizinischen Profession (Kapitel 4.2.2) zu richten. Zwar mag dies im Hinblick auf die Thematik der vorliegenden Arbeit zunächst überflüssig erscheinen. Für ein adäquates Verständnis der kommunikativen Kultur der Pflege, ihrer Rolle im institutionellen Gefüge des Krankenhauses und insbesondere auch ihrer Abhängigkeit von den ÄrztInnen sind die folgenden Ausführungen jedoch durchaus von Relevanz. Nach einer kurzen Skizze des Stellenwertes, der Kommunikation in der Pflege-PatientIn-Beziehung zukommt (Kapitel 4.2.3), lege ich in Kapitel 4.2.4 schließlich Ergebnisse gesprächsanalytischer Untersuchungen zur Handlungsstruktur von Pflege-PatientIn-Interaktionen dar. Im Gegensatz zu Kapitel 4.1 findet sich im Rahmen des aktuellen Kapitels allerdings kein Unterkapitel zur Interaktion im Palliativbereich, da hierzu m. W. bis dato keine interaktional ausgerichteten Studien vorliegen.

### 4.2.1 Historische Entwicklung des Pflegeberufs und Professionalisierung

Die Pflege kranker und invalider Mitglieder der Gesellschaft galt über Jahrhunderte hinweg als klar in der häuslich-familiären Domäne verhaftete, allein dem weiblichen Geschlecht zugewiesene Aufgabe. Anfang des 19. Jahrhunderts kam es hierzulande dann zur Verberuflichung pflegerischer Aufgaben. Fortan wurden diese insbesondere

[44] Vgl. Barrere (2007: 114), Candlin/Candlin (2003: 144) und Jones (2003: 616) zu einem ähnlichen Befund für den englischsprachigen Raum. Zwar wurden dort seither wesentlich mehr gesprächsanalytische Studien zu Pflege-PatientIn-Interaktionen publiziert als hierzulande (vgl. für einen Überblick Mayor/Bietti 2017). In diesem Kapitel werde ich angesichts des deutschen Sonderwegs der Pflege (s. Kapitel 4.2.1) jedoch nur randständig auf Arbeiten aus anderen Ländern eingehen: Die Tatsache, dass der Professionalisierungsprozess der Pflege insbesondere in den angelsächsischen und skandinavischen Ländern ungleich weiter fortgeschritten ist als hierzulande und den Pflegekräften aufgrund dessen dort wesentlich mehr institutionelle Rechte zukommen (Lehmann et al. 2019), beeinflusst zweifelsohne auch deren Interaktionsverhalten und führt dazu, dass sich Ergebnisse zur PPI aus anderen Ländern kaum auf die PPI in Deutschland übertragen lassen.

von Frauen aus dem bürgerlichen Milieu verrichtet, die in den ordensähnlichen Mutterhäusern der Schwesternschaften kirchlicher Verbände wohnten und dort unentgeltlich, allein gegen Kost und Logis, arbeiteten. Die zölibatär lebenden Krankenschwestern[45] hatten den Ärzten dabei als Hilfskräfte „mit kritiklosem Gehorsam" zur Verfügung zu stehen (Kruse 1995: 19); ihre Arbeit wurde weit mehr als Berufung denn als Beruf verstanden und unter Verweis auf das christliche Ideal der Nächstenliebe stark ideologisch aufgeladen. Da dieses Bild ab den 1950er Jahren aber rapide an Zustimmung verlor und sich die Mutterhausverbände infolgedessen mit großen Nachwuchssorgen konfrontiert sahen, konnte der wachsende Pflegebedarf immer weniger gestillt werden. Ferner trugen auch die Fortschritte in der Medizin und die zunehmende Technisierung dazu bei, dass eine theoretisch fundierte Ausbildung benötigt wurde und allein die dem christlichen Glauben verpflichtete Hingabe nicht mehr ausreichte. So kam es in den 1950er Jahren zu einer Reform der Krankenpflege, durch die die nichtberufliche Pflegetätigkeit zu einem bundesweit einheitlich geregelten Ausbildungsberuf mit dreijähriger Ausbildungsdauer avancierte (Kreutzer 2005: 8f.). Dass der Pflegeberuf seit Beginn von Berufsfremden, d. h. insbesondere von Ärzten dominiert wurde (Hofmann 2012: 1162) und zudem als ausschließlich weibliche Domäne nicht sehr prestigeträchtig war, prägte diesen Berufszweig jedoch nachhaltig.

Bedingt durch die zunehmende Komplexität des Gesundheitswesens und das Bedürfnis nach einer steigenden Qualität der Versorgung entstanden ab Mitte der 1980er Jahre erste Studiengänge im Bereich der sich an Universitäten und Fachhochschulen etablierenden Pflegewissenschaft. Die Mehrzahl der anfänglich geschaffenen Studiengänge für den Pflegebereich legte den Fokus jedoch ausschließlich auf Pflegemanagement und -pädagogik, was eine Engführung auf bestimmte Teilbereiche darstellte und sich so „professionalisierungshemmend" auswirkte (Schaeffer 2011: 31).[46] Das direkte Pflegehandeln blieb hinsichtlich einer Akademisierung „lange Zeit außen vor", wodurch die Herausbildung „klinischer Expertenrollen" verhindert wurde (Ewers/Lehmann 2020: 169; vgl. auch Bartholomeyczik 2017, 2021).

Obwohl die Professionalisierung der Pflege mittlerweile seit fast vier Jahrzehnten forciert wird, steht Deutschland im internationalen Vergleich merklich zurück (Heuckeroth/Schmeer 2018: 58). Die Forderung des Wissenschaftsrates (2012), 10 bis 20 % eines Ausbildungsjahrgangs akademisch zu qualifizieren, ist immer noch nicht vollständig umgesetzt, weshalb eine großflächige akademische Ausbildung nach wie vor

---

45 Die mit der kirchlichen und weiblichen Dominanz im Pflegebereich einhergehende, mitunter auch sexuell aufgeladene (Thimm 1997: 69) Berufsbezeichnung *Schwester* wurde zwar mit dem am 01.01.2004 in Kraft getretenen Krankenpflegegesetz abgeschafft und offiziell durch *Gesundheits-/KrankenpflegerIn* ersetzt (Bartholomeyczik 2005: 28). Im öffentlichen Raum, in bestimmten gesellschaftlichen Diskursen und im Krankenhaus hält sich diese Berufsbezeichnung jedoch hartnäckig.

46 Professionalisierung lässt sich definieren „als der Weg von einer beruflichen Arbeit mit handwerklicher Orientierung und berufsfremder Inhaltsdefinition hin zu einer wissenschaftlich fundierten, an umfassenden Konzepten orientierten […] Dienstleistung" (Bartholomeyczik 2005: 21).

aussteht (Pundt/Rosentreter 2021). Um aber auf die veränderten demografischen und epidemiologischen Gegebenheiten reagieren zu können, wird dringend akademisch qualifiziertes Personal benötigt, das fähig ist, „evidenzbasiertes Wissen zu entwickeln, zu implementieren, zu evaluieren und somit […] für die Betreuung der Patient[Inn]en […] verfügbar zu machen" (Schubert/Herrmann/Spichiger 2018: 86).

### 4.2.2 Rolle der Pflege und ihr Verhältnis zur medizinischen Profession

Wenngleich die Pflege die größte Berufsgruppe innerhalb des deutschen Gesundheitswesens bildet, liegt ihr Arbeitslohn weit unter dem der ÄrztInnen; zudem ist das gesellschaftliche Prestige der Pflege geringer als das von MedizinerInnen und auch innerhalb des Krankenhauses monieren Pflegekräfte eine fehlende Wertschätzung ihrer Profession (vgl. Buxel 2011: 946).[47] Anstatt als einander wohlgesonnene „Geschwister im Dienste einer guten Gesundheitsversorgung" (Kesselring/Geest 2002: o. S.) zusammenzuarbeiten, agiert die Medizin vielerorts nach wie vor als ‚großer Bruder', der die ‚kleine Schwester' Pflege in den Schatten stellt.

Lange Zeit herrschte bzgl. des Verhältnisses von Pflege und Medizin ein Machtgefüge vor, für das Stein (1967) die Bezeichnung „doctor-nurse game" prägte. Er beschreibt damit das Bild der passiv-subversiven Pflegekräfte, die sich im Krankenhaus oberflächlich zwar der ärztlichen Autorität beugen, diese subtil aber immer wieder aushebeln: Vor dem Hintergrund ihres weitaus intensiveren Kontaktes mit den PatientInnen geben die PflegerInnen den ÄrztInnen indirekt wertvolle Hinweise und Ratschläge, die die ÄrztInnen dann in ihre Entscheidungsfindung einbeziehen. Den Erfolg einer so getroffenen Entscheidung reklamieren die ÄrztInnen, so Stein (1967: 700), in der Folge jedoch für sich selbst, sodass ihre Position nicht ins Wanken gerät.

Obwohl solche Verhältnisse inzwischen der Vergangenheit angehören, gestaltet sich die Beziehung zwischen den beiden Professionen nach wie vor zum Teil schwierig und ist von komplexen Spannungen geprägt. Ein Paradebeispiel hierfür stellt die ärztliche Visite dar, in der das Pflegepersonal „oftmals zu Statisten degradier[t]" wird (Herzig-Walch 2009: 14). Wie Weber (2011b: 209) in ihrer qualitativ-quantitativen Untersuchung von Visitengesprächen (s. Kapitel 4.1.2.3) festhält, wird die Visite sowohl thematisch als auch organisatorisch klar „von der Medizin gesteuert". Im Nachgang der Visite werden allerdings häufig die PflegerInnen von den PatientInnen angesprochen und um ‚laiengerechte' Erläuterungen der ärztlichen Ausführungen gebeten. Dem Pflegepersonal wird daher häufig die Rolle einer Vermittlerinstanz zwischen ÄrztInnen und PatientInnen attribuiert (Belan/Schiller 2016: 67f.; Möhler 1999a: 140).[48]

---

[47] Laut der Bundesagentur für Arbeit (2020) waren 2019 in Deutschland 1,7 Millionen Pflegekräfte in der Kranken- und Altenpflege sozialversicherungspflichtig beschäftigt, wohingegen im gleichen Jahr nur 402.119 ÄrztInnen praktizierten (Bundesärztekammer 2020).

[48] Vgl. auch Kurhila/Lehtimaja (2018), die aus einer gesprächsanalytischen Perspektive empirische Evidenz für diese ‚Zwischenstellung' der Pflegekräfte erbringen.

Ein weiterer Grund für das spannungsgeladene Verhältnis zur Medizin resultiert aus der fehlenden gesetzlichen Definition der vom Pflegepersonal zu übernehmenden Aufgaben (Hibbeler 2011: 2142). Verrichtungen der Grundpflege, die wiederkehrende Alltagstätigkeiten zum Gegenstand haben (u. a. Ankleiden, Waschen, Nahrungsmittel- und Flüssigkeitszufuhr), stellen zweifelsfrei das originäre Tätigkeitsfeld der Pflege dar, sodass die PflegerInnen hier allein der Weisungsverantwortung der Pflegedienstleitung unterstehen. Im Bereich der Behandlungspflege, die medizinisch ausgerichtet ist und darauf abzielt, zur Heilung einer Krankheit beizutragen (u. a. Medikamentengabe, Wundversorgung), sind die Grenzen zwischen ärztlicher und pflegerischer Zuständigkeit aber fließend und fallabhängig: Entscheidungen im Bereich der einfachen Behandlungspflege dürfen Pflegekräfte selbstständig treffen, wohingegen im Bereich der speziellen Behandlungspflege die ÄrztInnen qua Delegationsmacht die Verordnungs-, die PflegerInnen aber die Durchführungsverantwortung tragen (Heeser 2020: 76). Welche Maßnahmen dem einen und welche dem anderen Bereich zuzuordnen sind, ist allerdings nirgendwo eindeutig geregelt (Achterfeld 2014: 29f.).[49]

Letztlich erschwert diese „Verkettung des arbeitsteiligen Prozesses der Krankenbehandlung" (Wolf/Vogd 2018: 155) bei gleichzeitiger fehlender gesetzlicher Festschreibung des originären pflegerischen Verantwortungsbereichs die Entwicklung eines autonomen Selbstverständnisses der Pflege nachhaltig. Zwar wächst das Selbstbewusstsein vieler Pflegekräfte und gerade die jüngere, akademisch qualifizierte Generation ist nicht länger gewillt, die Dominanz der „‚(graue[n]) Eminenz' des medizinischen ‚Halbgottes'" (Herzberg 2013: 190) über den Pflegeberuf zu akzeptieren. Um neben der Medizin langfristig als gleichberechtigte Profession mit eigenem Aufgabenspektrum wahrgenommen zu werden, muss die pflegerische Professionalisierung aber in großem Umfang weiter voranschreiten und Instrumente für eine Kooperation auf Augenhöhe bereitstellen (Gaibler/Trengler 2006).

### 4.2.3 Stellenwert der Kommunikation in der Pflege

Die Kommunikation zwischen PflegerInnen und PatientInnen wurde bis Anfang des 21. Jahrhunderts als oberflächlich und geschwätzig betrachtet, was auf eine fehlende kommunikative Kompetenz der PflegerInnen zurückgeführt wurde (Gordon/Ellis-Hill/Ashburn 2009: 545; Wilkinson 1991). Eine solche Fähigkeit erachtete man gemeinhin allerdings auch gar nicht als notwendig, da sich PflegerInnen gemäß einer allgemeinen Auffassung schlicht auf die Verrichtung pflegerischer Aufgaben konzentrieren und den ÄrztInnen die wichtige Aufgabe des inhaltlich bedeutenden Gesprächs mit den PatientInnen überlassen sollten (Jarrett/Payne 2000: 81). Obgleich

[49] In der Pflegewissenschaft wird die Unterscheidung zwischen Grund- und Behandlungspflege, die auf die Trennung von SGB V (Sozialgesetzbuch V) und SGB XI zurückgeht, scharf kritisiert (Müller 1998).

diese Vorstellung inzwischen als überholt gilt, nehmen die Pflegenden selbst die Interaktion mit den PatientInnen bisweilen nach wie vor „nicht als eigene Pflegeleistung und Kompetenzanforderung" wahr (Mantz 2019: 51; vgl. auch Walther 2005) und oftmals ist ihnen gar nicht bewusst, wie häufig sie mit den PatientInnen kommunizieren. Gerade weil der Kontakt zur Pflege aber „nicht an Sprechstunden oder an die Visite gebunden" ist, vollzieht sich die Interaktion mit den PatientInnen potenziell zu jeder Tages- und Nachtzeit, was die PflegerInnen zu primären AnsprechpartnerInnen für die PatientInnen macht (Schröck 2012: 54).
Da in den letzten Jahren allerdings das Bewusstsein dafür wächst, dass Pflegetätigkeiten ohne Kommunikation gar nicht denkbar sind (Kocks/Segmüller/Zegelin 2017: 286), etabliert sich zunehmend ein Markt für Literatur zu pflegerischer Kommunikation[50] sowie für entsprechende Fortbildungsmaßnahmen; zudem findet die Thematik auch Eingang in die Curricula von Pflegestudium und -ausbildung. Diese vertiefte Auseinandersetzung mit dem pflegerischen Kommunikationsverhalten lässt sich als „Indikator für eine zunehmende Professionalisierung" der Pflege auffassen (Abt-Zegelin 2009: 2): Wenn es nicht mehr der Intuition oder dem Erfahrungswissen der einzelnen Pflegekraft überlassen werden soll, wie sie mit den PatientInnen kommuniziert, steigt der Bedarf an diesbezüglichen Qualifizierungsmaßnahmen, die im Sinne des *Evidence-Based Nursing* (Schlömer 2000; Wilson et al. 2015) wissenschaftlich evaluiert sein sollten. Der Erwerb einer fundierten kommunikativen Kompetenz kann dabei langfristig ein Instrument zur „Aufwertung und Anerkennung der Pflegeberufe" bilden (Walther 2001: 22).

### 4.2.4 Handlungsstruktur pflegebegleitender Interaktionen

In der deutschsprachigen Linguistik wurde die Kommunikation von Pflegekräften bis in die 1990er Jahre weitgehend nicht beachtet (Weinhold 1997: 17). In der in den 1970er Jahren entstandenen, breit angelegten medizinsoziologischen, linguistischen und kommunikationswissenschaftlichen Forschung zu Visitengesprächen (s. Kapitel 4.1.2.3) etwa werden Pflegekräfte „höchstens nebenbei erwähnt" (Weinhold 1991: 680), mit ihren Redebeiträgen aber nicht systematisch in die Untersuchung integriert. Die Studie von Lalouschek/Menz/Wodak (1990) zum Alltag in der Ambulanz stellt sodann die erste Arbeit dar, die sich zwar nicht ausschließlich, aber zumindest in Teilen

[50] Aktuell scheint der Markt auf den ersten Blick zwar von einem großen Angebot an Leitfäden und Handlungsempfehlungen für die pflegerische Kommunikation gesättigt zu sein (vgl. etwa Elzer/Sciborski 2007, Herzig-Walch 2009, Hoos-Leistner 2020, Mantz 2019, Posenau 2016, Rogall-Adam 2018). Eine intensivere Beschäftigung mit der vorhandenen Literatur zeigt jedoch, dass sprachliche Aspekte der Kommunikation nur marginal thematisiert werden und die Ausführungen insgesamt auf einer sehr oberflächlichen Ebene bleiben. Zudem wird in den meisten Fällen mit fiktiven Beispielen operiert, die die Komplexität realer Interaktionssituationen nicht annähernd abzubilden vermögen (Buck 2021).

auch dem Pflegepersonal widmet – dabei allerdings lediglich auf deren interprofessionelle Kommunikation mit den ÄrztInnen eingeht. Es dauerte schließlich noch sieben weitere Jahre, ehe Weinhold (1997) die erste gesprächsanalytische Arbeit im deutschsprachigen Raum publizierte, die sich dezidiert der pflegebegleitenden Interaktion zwischen Pflegekräften und PatientInnen im Krankenhaus (Stationen für Radiologie und Gastroenterologie) widmet. Nach der wenig später erschienenen Studie von Sachweh (1999) zur PPI im Altenheim vergingen 15 weitere Jahre, ehe Posenau (2014) die dritte und vorerst letzte interaktional ausgerichtete, deutschsprachige Arbeit zu diesem Bereich vorlegte.[51] Darin beschäftigt er sich ebenfalls mit der Kommunikation im Altenheim, fokussiert hier aber speziell auf die Interaktion mit dementen BewohnerInnen.

Im Folgenden stelle ich die Ergebnisse der erwähnten Studien zusammen.[52] Zu Gliederungszwecken greife ich hierbei auf die drei Hauptphasen pflegebegleitender Kommunikation zurück – Eröffnung, Hauptteil mit Verrichtung pflegerischer Aufgaben und Beendigung. Da sowohl Posenau als auch Sachweh sich primär auf die Kommunikation während der Morgenpflege konzentrieren, steht dieser Gesprächstyp auch in der folgenden Darstellung zwangsläufig im Vordergrund. Angemerkt sei jedoch, dass die Pflegekräfte die Patientenzimmer im Laufe des Tages noch aus vielen weiteren Gründen betreten, sei es, weil sie den Zustand der PatientInnen engmaschig überwachen müssen, weil diese Hilfe bei der Ausführung bestimmter Tätigkeiten benötigen oder weil Blut abzunehmen oder eine Infusion anzubringen/abzuhängen ist.

#### *4.2.4.1 Eröffnungsphase*

Die Eröffnungsphase erstreckt sich nach Weinhold (1997: 43) vom Eintritt der Pflegekraft in das Krankenzimmer bis zum „Beginn der Routinearbeiten". Zunächst finden sich in dieser Phase dominant Paarsequenzen in Form von ‚Gruß – Gegengruß' und ‚Frage – Antwort'. Insbesondere dann, wenn es sich um die erste Interaktion am Tag

---

51 Allerdings soll auch die Arbeit von Walther (2001) nicht unerwähnt bleiben, die ebenfalls gesprächsanalytisch vorgeht und Interaktionen zwischen PflegerInnen und PatientInnen analysiert. Sie untersucht jedoch nicht die täglich stattfindende pflegebegleitende Kommunikation im Rahmen regelmäßig zu verrichtender Tätigkeiten wie der Medikamentengabe, Schmerzabfrage, Körperpflege etc., sondern das anamnestische Erstgespräch. Da mein Datenkorpus keine pflegerischen Erstanamnesen umfasst, gehe ich auf Walthers Analysen nicht weiter ein.

52 Bei allen folgenden Ausführungen sollte berücksichtigt werden, dass sich das Kommunikationsverhalten der PflegerInnen natürlich immer auch an der Krankheit bzw. dem kognitiven Zustand der PatientInnen ausrichtet. So ist es intuitiv einleuchtend, dass PflegerInnen mit dementen PatientInnen im Altenheim anders interagieren als mit PatientInnen, die infolge eines Schlaganfalls unter Aphasie leiden (Gordon/Ellis-Hill/Ashburn 2009) oder mit PatientInnen, die eine onkologische Erkrankung haben, aber nicht geistig eingeschränkt sind (Jones/Collins 2007).

handelt, setzen die Pflegekräfte hier zumeist eine Begrüßungsformel wie „Guten Morgen/Abend", optional gefolgt von einer onymischen Anrede, ein. Dabei lässt sich häufig eine Asymmetrie der Anredeform sowie eine Asymmetrie in Bezug auf das Geschlecht der Pflegekraft beobachten: Während die PflegerInnen die PatientInnen zumeist mit „Herr/Frau + Nachname" ansprechen, adressieren die PatientInnen ihr Gegenüber i. d. R. mit der Berufsbezeichnung „Schwester", gefolgt vom Vornamen der Pflegerin, bzw. im Falle von Pflegern zumeist lediglich mit deren Vornamen (Weinhold 1997: Kap. 8).[53] Mitunter vollziehen die Pflegekräfte durch die Grußformel aber auch unmittelbar eine „nähekonstituierende Beziehungsarbeit", indem sie die PatientInnen etwa mit „mein/e Liebe/r" ansprechen (Posenau 2014: 81). Da sowohl Weinhold als auch Posenau in ihren Arbeiten nur die Eröffnungsphasen von Erstkontakten innerhalb einer Schicht untersuchen, können sie hinsichtlich der Begrüßung in Folgekontakten keine Aussagen treffen. Sachweh (1999: 117) dagegen hält diesbezüglich fest, dass im Rahmen von „Wiederbegrüßungen" häufig der weniger formelle Gruß „Hallo" (anstatt „Guten Morgen/Abend") auftritt; allerdings geht sie nicht systematisch auf die Unterschiede zwischen den Eröffnungsphasen von Erst- und Folgekontakten ein. In meinen Daten wiederum zeigt sich, dass in Folgekontakten kaum noch Begrüßungsformeln eingesetzt werden. Für die dort auftretenden Eröffnungsphasen ist stattdessen der Diskursmarker *so* konstitutiv, der in diesem Kontext als „Rahmenschaltelement" fungiert (Lalouschek/Menz/Wodak 1988: 181).

Auf den initialen Gruß folgt sodann häufig die Befindensfrage ‚wie geht's (Ihnen)?'. Wird diese Frage direkt zu Beginn der Interaktion gestellt, interpretieren die PatientInnen sie zumeist als rein „rituelle Nachfrage" (Sachweh 1999: 120) und reagieren darauf entsprechend ebenfalls phrasenhaft („gut"). Zu einer differenzierten Schilderung des somatischen (und ggf. psychischen) Befindens kommt es nur dann, wenn die PflegerInnen an die floskelhafte Antwort der PatientInnen eine spezifischere Nachfrage anschließen oder wenn diese Frage nicht unmittelbar zu Beginn, sondern erst im Hauptteil des Gesprächs gestellt wird.

Als rekurrent auftretende thematische Komponenten der Einleitungssequenz nennt Weinhold (1997: 56) die Frage nach einem vergangenen Ereignis (etwa „Haben Sie gestern Abend noch gebadet?"), den Situationskommentar (etwa eine Anmerkung zu der Sendung, die gerade im Fernseher läuft) und – speziell im Rahmen des Erstkontaktes am Morgen – die Frage nach dem Schlaf. Aus diesen Elementen kann im weiteren Gesprächsverlauf eine Smalltalk-Sequenz erwachsen, in der „pflegeferne Themen" behandelt werden (Posenau 2014: 84). Neben solchen Eröffnungssequenzen, in denen die PflegerInnen die Fokussierung auf die Handlungsprogression temporär

[53] Wenngleich die Untersuchung von Weinhold vom Ende des letzten Jahrhunderts stammt, hat sich – zumindest soweit sich in Bezug auf meine Daten konstatieren lässt – hinsichtlich der Anredeform nichts Wesentliches geändert. Eine Pflegerin äußerte mir gegenüber, dass den PatientInnen die Nachnamen der Pflegekräfte nicht bekannt sind, sodass sie gar keine andere Möglichkeit haben, als auf den Vornamen zurückzugreifen. Vgl. zudem Fußnote 45 zur Berufsbezeichnung *Schwester*.

zugunsten der Beziehungsarbeit suspendieren, finden sich auch Gesprächseinstiege, die sich durch eine rein funktionale Orientierung an den anstehenden praktischen Aktivitäten auszeichnen, in denen die Pflegekraft also beispielsweise direkt eine Aufforderung realisiert. In Posenaus Daten dominiert der letztgenannte Typ, wohingegen bei Weinhold klar der erstgenannte überwiegt; Sachweh macht hierzu keine Angabe. Ankündigungen der folgenden pflegerischen Handlungen oder Anweisungen an die PatientInnen, sich auf eine bestimmte Weise hinzulegen, ihren Arm freizumachen etc. leiten schließlich zur Kernphase der PPI über, können aber auch ausbleiben, sodass der Übergang verbal nicht markiert wird.

#### *4.2.4.2 Hauptphase*

Durch die Erfordernisse der auszuführenden Pflegehandlungen, die primär körperbezogen sind, ist die Hauptphase des pflegerischen Gesprächs mit PatientInnen stark „vorstrukturiert" (Sachweh 1999: 329). Die Interaktion läuft dabei zumeist empraktisch[54] ab, ist also in außersprachliche Arbeitshandlungen eingebunden und dient deren Koordination.

Zur Einleitung außersprachlicher Handlungen wie etwa dem Waschen, der Messung der Vitalparameter oder dem Verbandswechsel greifen Pflegekräfte häufig auf (gedehnt realisierte) Diskursmarker (*so, also, dann* etc.) zurück und kündigen die anstehenden Handlungsschritte daraufhin mittels projizierender „Metaäußerungen" an (Sachweh 1999: 122). Dadurch ermöglichen die Pflegekräfte den PatientInnen, den Ablauf und die Struktur des Pflegeprozesses zu verfolgen und zu verstehen. Sowohl zur Einleitung als auch während der Durchführung einzelner pflegerischer Handlungen treten zudem zahlreiche Aufforderungen auf, weshalb Posenau (2014: 108) diese als zentrale kommunikative Praktik von parallel zu außersprachlichen Pflegetätigkeiten stattfindenden Gesprächen beschreibt. Abgesehen davon, dass PflegerInnen also von Zeit zu Zeit die aktive Mitarbeit der PatientInnen einfordern, vollziehen sie die Pflegehandlungen zumeist schweigend. Gelegentlich kommt es aber auch zu Smalltalk-Sequenzen, in denen etwa über das Wetter gesprochen wird oder in denen die PflegerInnen etwas aus ihrem eigenen Leben erzählen (Sachweh 1999: 227, 276). Zeigen PatientInnen während der gesamten Pflegearbeit keine verbale Reaktion auf die sprachlichen und nichtsprachlichen Handlungen der Pflegekräfte, versuchen diese umso beharrlicher, einen Dialog zu initiieren und das Rederecht an die PatientInnen abzugeben. Ihr „Bemühen um Dialogizität" geht dabei so weit, dass sie in Interaktio-

[54] Der auf Bühler (1982 [1934]) zurückgehende Begriff der empraktischen Kommunikation wird vereinfachend häufig durch die Phrase ‚handlungsbegleitende Kommunikation' wiedergegeben. Diese Paraphrase impliziert jedoch „eine unzulässige Differenz zwischen Handeln und Kommunizieren", die spätestens seit dem *pragmatic turn* nicht mehr haltbar ist (Gerwinski 2018: 29).

nen mit verstummten dementen Menschen mögliche Gesprächsbeiträge der PatientInnen selbst produzieren und somit „beide Gesprächsrollen übernehmen, [um] ein ‚normales' Gespräch quasi [zu] imitieren" (Sachweh 1999: 329).
Auf der lexikalischen Ebene ist – bedingt durch das relativ begrenzte Themenspektrum und die stets wiederkehrenden Aufgaben – insgesamt wenig Varianz festzustellen. Aufgrund der vornehmlich empraktischen Funktion der Gespräche werden in der Hauptphase „immer dieselben Handlungsverben wie etwa *hinsetzen, aufstehen* oder *umdrehen* sowie immer gleiche Richtungsanzeiger wie *hoch, rum, drauf* oder *zurück* gebraucht" (Sachweh 2003: 151f.). Erwähnenswert ist allerdings die hohe Frequenz von Abtönungspartikeln im Rahmen von Tätigkeiten, bei denen die Pflegekräfte in die Intimsphäre der PatientInnen eindringen. Weinhold (1997: 168) erklärt dies damit, dass deren Gebrauch als „Bagatellisierung" des notwendigen Körperkontaktes interpretiert werden kann, wodurch die Verletzung der Intimsphäre „zu einem gewissen Grade neutralisiert" wird. Potenziell mit Ekel verbundene Aktivitäten wie das Leeren der Bettpfanne oder das Wechseln von Kleidung nach akuter Diarrhö (Durchfall) werden sogar gänzlich kommentarlos vollzogen. Hinsichtlich des Registers hält Posenau (2014: 155) schließlich fest, dass in der Hauptphase der PPI eine umgangssprachliche Ausdrucksweise dominiert und fachsprachliche Termini nur selten auftreten.
Abschließend soll zumindest überblicksartig noch der pflegerische Einsatz von sogenanntem *Secondary Baby Talk* (SBT) thematisiert werden, da diese Sprechweise auch in meinen Daten stellenweise zu beobachten ist. Hierbei muss vorab allerdings darauf hingewiesen werden, dass SBT kein universales Merkmal pflegerischer Gespräche darstellt, sondern größtenteils in Interaktionen mit alten und vor allem dementen PatientInnen vorkommt. SBT tritt dann auf, wenn „a person of authority interacts with, responds to, or treats an elderly person in a child-like manner" (Marson/Powell 2014: 143). So beobachtet Sachweh (1997, 2003) in den von ihr aufgezeichneten Gesprächen zwischen Pflegekräften und alten Menschen Merkmale von *Baby Talk*, wie sie sich eigentlich in der Interaktion erwachsener Menschen mit Kleinkindern manifestieren. Dazu zählen beispielsweise eine langsamere Sprechgeschwindigkeit, große Tonhöhenunterschiede, wenig komplexe Äußerungen, ein hoher Grad an Redundanz, ein kleiner, spezifischer Wortschatz und reduplizierte Formen. Funktional lässt sich die verbale Infantilisierung primär als der Verständnissicherung bzw. dem Aufrechterhalten und Vereinfachen von Kommunikation dienend beschreiben. Je stärker die PflegerInnen für die Durchführung pflegerischer Tätigkeiten auf die Kooperation der PatientInnen angewiesen sind, desto eher kommt es deshalb zur Verwendung von SBT (Sachweh 1997: 102). Neben der Erleichterung der kognitiven Prozessierung des Gesagten dient SBT aber auch dazu, eine fürsorgliche, zugeneigte Haltung zu kontextualisieren und so eine Beziehung zu den PatientInnen aufzubauen. Während manche PatientInnen den Einsatz von SBT monieren, zeigt Sachweh (1997: 101), dass SBT von vielen PatientInnen auch „toleriert oder gar gemocht wird". Die pflegerische Kommunikation mit alten Menschen darf jedoch nicht pauschal mit SBT gleichgesetzt werden,

da PflegerInnen ebenso in unmarkierter, ‚erwachsener' Weise mit betagten PatientInnen kommunizieren.

#### *4.2.4.3 Beendigungsphase*

Im Anschluss an die Beendigung einer Pflegeaktivität leiten die PflegerInnen entweder zu einer weiteren pflegerischen Handlung über oder beenden die gesamte Interaktion und verlassen das Krankenzimmer wieder. Die Beendigung des kompletten außersprachlichen Handlungskomplexes wird dabei verbal wesentlich stärker markiert als das Ende der einzelnen Pflegehandlungen (Posenau 2014: 107): Zunächst initiieren die PflegerInnen ein *possible pre-closing* (Schegloff/Sacks 1973: 303), indem sie etwa den Diskursmarker *so*, gefolgt von einer onymischen Adressierung der PatientInnen, äußern. Neben expliziten Ankündigungen des Abschlusses der Morgenpflege wird deren Ende teilweise auch nur indirekt projiziert, etwa indem die Pflegekräfte die vollzogenen Pflegehandlungen zusammenfassen, auf weitere Aktivitäten, die im Laufe des Tages geplant sind, verweisen, die PatientInnen dazu auffordern, bei Bedarf die Klingel zu betätigen, oder sich für die gute Mitarbeit der PatientInnen bedanken (Posenau 2014: 102ff.; Weinhold 1997: 76). Auch die PatientInnen sprechen den PflegerInnen in dieser Phase mitunter ihren Dank aus (Sachweh 1999: 118). Bisweilen initiieren die PatientInnen nach entsprechenden *(pre-)closing*-Elementen aber auch nochmals ein neues Thema oder nehmen ein bereits besprochenes Thema auf, sodass es zunächst wieder zu einem Ausstieg aus der Beendigungssequenz kommt. Nennenswert ist zudem, dass in Posenaus Daten nach dem Abschluss der Pflegephase in allen Fällen *Small Talk* geführt wird. Hierdurch kann „die starke Rollenhaftung" aufgebrochen werden, der die Interagierenden im Pflegeprozess unterliegen, und ein anderer Beteiligungsrahmen eröffnet werden (Posenau 2014: 104).
Die für den Ausstieg aus Interaktionen generell typischen, paarweise auftretenden Abschiedsformeln finden sich am Ende der Morgenpflege äußerst selten (Posenau 2014: 102). Erklärbar ist dieser Befund damit, dass sich die PatientInnen und PflegerInnen im Laufe des Tages immer wieder begegnen, sei es bei der Ausgabe des Frühstücks, sofern dieses erst nach der Morgenpflege eingenommen wird, bei der Blutentnahme oder beim Transport zu Untersuchungen. Somit besteht keine Notwendigkeit, die fokussierte Interaktion nach der ersten Begegnung am Morgen direkt aufzulösen. Weinhold (1997: 73) weist diesbezüglich auch darauf hin, dass die Gesprächsbeendigungen am Morgen insgesamt wesentlich kürzer ausfallen als die Verabschiedungen am Abend, im Rahmen derer gewissermaßen die komplette fokussierte Interaktion des Tages zu Ende geführt wird. Während in der Frühe abschließende Sequenzen ausbleiben können, ist dies am Abend nicht möglich. Außerdem unterscheiden sich auch die jeweils verwendeten Abschiedsformeln voneinander, so diese überhaupt zum Einsatz kommen: Nach der Morgenpflege wird ausschließlich

die Variante „(Also) bis später/dann" gebraucht, wohingegen am Abend Abschiedsformeln wie „Tschüss", „Wiedersehen", „Gute Nacht", aber auch der Wunsch „Schlafen Sie gut" auftreten (Weinhold 1997: 75, 81f.).

Die vorangehenden Darstellungen sollten zumindest einen kursorischen Überblick über die Handlungsstruktur pflegerischer Gespräche geben und dadurch nicht zuletzt auch die Differenzen zum ärztlichen Gespräch mit PatientInnen während der Visite verdeutlichen. Zusammenfassend kann an dieser Stelle festgehalten werden, dass Pflegekräfte PatientInnen primär aufsuchen, „um bestimmte [praktische] Arbeiten zu verrichten, und nicht um in erster Linie Gespräche zu führen" (Weinhold 1997: 44).

## 4.3 Pflegerisches und ärztliches Sprechen mit PatientInnen im Vergleich

In Bezug auf stationäre Krankenhaussettings ist es eine allgemein anerkannte und oft beschriebene Tatsache, dass die Beziehungen zwischen Pflegepersonal und PatientInnen einerseits und die zwischen ÄrztInnen und PatientInnen andererseits aufgrund der unterschiedlichen institutionellen Rollen und der damit einhergehenden Aufgaben verschiedenartig ausgestaltet sind (Fölsch 2017: 25; Voß 2015). Während ÄrztInnen die PatientInnen meist lediglich im Rahmen der täglichen Visite sehen, sind Pflegekräfte 24 Stunden als primäre Ansprechpartnerinnen verfügbar, sodass sie allein deshalb weitaus häufiger mit den PatientInnen interagieren als ÄrztInnen. Hinsichtlich des Kommunikationsverhaltens gegenüber PatientInnen besteht der größte Unterschied zwischen den beiden Professionen darin, dass verbale Interaktion in ÄrztIn-PatientIn-Gesprächen in „kommunikativ dominierte[n] Tätigkeitszusammenh[ä]ng[en]" auftritt, wohingegen sie in Pflege-PatientIn-Gesprächen primär im Rahmen „praktisch dominierte[r] Tätigkeitszusammenhänge" erscheint, also funktional in außersprachliche Arbeitsprozesse eingebettet ist (Fiehler 1980: 66; vgl. auch Mazeland 2021: 171). Trotz dieser offensichtlichen Unterschiede liegen meiner Kenntnis nach bislang keine Arbeiten vor, die einen auf authentischem Gesprächsmaterial basierenden Vergleich zwischen dem pflegerischen und dem ärztlichen Sprechen mit PatientInnen in der Institution Krankenhaus anstellen. Eine entsprechende Literaturrecherche erbringt als Treffer zwar eine Studie mit dem vielversprechenden Titel „Communication with terminal cancer patients in palliative care: are there differences between nurses and physicians?" (Levorato et al. 2001). Die durch den Titel geweckten Erwartungen werden allerdings in keiner Weise erfüllt, da es sich bei diesem Beitrag um eine Fragebogenstudie handelt und keine Gesprächsdaten herangezogen werden. Insofern fehlen systematisch erbrachte Erkenntnisse zu den Differenzen und Gemeinsamkeiten von ärztlichem und pflegerischem Interaktionsverhalten, die über den Gemeinplatz hinausgehen, dass PflegerInnen aufgrund der höheren Interaktionsfrequenz mehr Informatio-

nen über den Zustand der PatientInnen erhalten und ein intensiveres Vertrauensverhältnis aufbauen können (Wittenberg-Lyles et al. 2009: 44). Es existieren lediglich zwei Studien aus Großbritannien, die unter Zugrundelegung der Gesprächsanalyse die Interaktionen zwischen HausärztInnen/DiabetologInnen und PatientInnen sowie die zwischen medizinischen AssistentInnen und PatientInnen kontrastiv betrachten (Chatwin et al. 2014; Collins 2005). Da dort im Unterschied zur vorliegenden Arbeit allerdings ambulante Settings fokussiert werden, in denen die medizinischen AssistentInnen keine pflegerischen, sondern lediglich anamnestische Tätigkeiten ausführen, ist es an dieser Stelle nicht von Nutzen, die Ergebnisse der Beiträge zu referieren.

# 5 Gesprächskorpus und analytisches Vorgehen

Nachdem die für das Erkenntnisinteresse der vorliegenden Arbeit relevanten Forschungsbeiträge referiert, zentrale Konzepte eingeführt und die wesentlichen Prämissen und Merkmale der zugrunde liegenden Analysemethode erläutert wurden, kann sich hieran nun der empirische Teil anschließen. An dessen Beginn gehe ich zunächst auf die Gesprächsdaten ein, die ich für die Bearbeitung meiner Forschungsfragen heranziehe. Diese entstammen dem Projekt „Kommunikation auf der Palliativstation: Pflegerisches und ärztliches Sprechen mit PalliativpatientInnen", das von Martin Bentz (Karlsruhe), Susanne Günthner (Münster) und Wolfgang Imo (Hamburg) geleitet und aus Spendengeldern des Städtischen Klinikums Karlsruhe finanziert wurde. Zur Vorbereitung sowie im Rahmen dieses Projektes erhob ich in drei verschiedenen Zeiträumen auf der Palliativstation des Klinikums Gespräche (i) zwischen ÄrztInnen und PatientInnen, (ii) zwischen dem Pflegepersonal und PatientInnen und (iii) zwischen den verschiedenen in die Versorgung und Betreuung der PatientInnen involvierten Professionen während der interdisziplinären Teambesprechungen.
Konkret skizziere ich im Folgenden den ethnografischen Hintergrund meiner Forschung (Kapitel 5.1), schildere den Prozess der Datenerhebung (Kapitel 5.2) und beschreibe das Datenkorpus (Kapitel 5.3). Zuletzt lege ich mein analytisches Vorgehen dar und konkretisiere in diesem Rahmen auch die Zielsetzung des empirischen Teils (Kapitel 5.4).

## 5.1 Ethnografischer Hintergrund

Neben den Stationen für Hämatologie, Onkologie und Infektiologie bildet die Palliativstation, auf der die Datenerhebung erfolgte, einen Teil der Medizinischen Klinik III des Städtischen Klinikums Karlsruhe. Dort stehen Kapazitäten für die gleichzeitige Versorgung von 12 PalliativpatientInnen zur Verfügung, die in Einzelzimmern untergebracht werden, in denen auch eine Übernachtungsmöglichkeit für Angehörige vorhanden ist.
Ebenso wie die rund 300 anderen Palliativstationen in Deutschland (Deutscher Hospiz- und Palliativverband e. V. 2021) nimmt auch die Palliativstation Karlsruhe prinzipiell PatientInnen jeder Altersgruppe mit einer unheilbaren, progredienten Krankheit und komplexer medizinischer, psychosozialer und/oder pflegerischer Symptomatik auf, deren Betreuung zu Hause nicht gewährleistet werden kann. Die Hauptaufgabe des Personals liegt dabei gleichermaßen in der Symptomkontrolle, die vor allem die Behandlung von Schmerzen, Atemnot, gastrointestinalen Beschwerden und terminalem Delir umfasst, wie auch in der psychosozialen Begleitung (Obliers/Köhle 2017: 976). Als Behandlungsziel gilt eine Besserung der Symptomatik bzw. eine Stabilisierung des Zustandes, was eine Entlassung der PatientInnen nach Hause oder die

Verlegung in eine andere adäquate Einrichtung, vornehmlich in ein Hospiz, ermöglicht.

Die (personelle) Organisation der Arbeit auf der Palliativstation des Klinikums Karlsruhe gestaltet sich wie folgt: Geleitet wird die Station von einer Oberärztin, die die PatientInnen einmal in der Woche im Rahmen der Oberarztvisite aufsucht. Von ärztlicher Seite arbeitet des Weiteren eine fest zugeteilte Assistenzärztin mit Facharztstatus auf der Station, die bisweilen von einer weiteren Assistenzärztin der Medizinischen Klinik III unterstützt wird. Ist Letzteres der Fall, teilen sich die beiden ÄrztInnen die Zuständigkeiten auf: Eine Ärztin ist dann für die im vorderen Teil der Station untergebrachten PatientInnen zuständig und eine Ärztin für die im hinteren Teil untergebrachten. Nachts, am Wochenende und an Feiertagen ist die Palliativstation nicht fest von einer Ärztin besetzt; bei Bedarf wird zu diesen Zeiten einer bzw. eine der für die gesamte Medizinische Klinik III zuständigen Nacht- bzw. WochenendärztInnen gerufen.

Die PflegerInnen indessen führen ihre Tätigkeit in vollkontinuierlicher Schichtarbeit aus, durchlaufen also an verschiedenen Tagen der Woche die Früh-, Spät- und Nachtschicht. Dabei ist pro Schicht jeweils mindestens eine Pflegekraft für die im vorderen Teil der Station untergebrachten PatientInnen zuständig und eine Pflegekraft für die PatientInnen im hinteren Teil (Bezugspflegesystem). Zudem gibt es noch einen Zwischendienst, der jedoch nicht aktiv in die Pflege der PatientInnen involviert ist, sondern administrative Aufgaben erledigt.

Die Frühschicht wechselt die in der Nacht zuständige Pflegeperson um sechs Uhr mit einer Übergabe ab.[55] Nachdem den PatientInnen das Frühstück gebracht wurde, frühstückt das Personal gegen acht Uhr gemeinsam im Aufenthaltsraum, ehe die morgendliche Pflege beginnt. Neben den pflegerischen Tätigkeiten (Waschen, Messen von Fieber, Puls und Temperatur etc.) verrichtet das Personal zudem im Stationszimmer Dokumentationsaufgaben und bereitet Infusionen und Medikamente vor. Außerdem werden 1:1-Übergabgegespräche zwischen der für einen Bereich der Station verantwortlichen Pflegekraft und der zuständigen Stationsärztin geführt, um die ÄrztInnen über Entwicklungen in der Nacht und am frühen Morgen zu informieren. Im Laufe des Morgens findet an Werktagen sodann die Visite der Stationsärztin statt,[56] bei der auch immer die für die jeweiligen PatientInnen zuständige Pflegekraft zugegen ist.

---

55 Vgl. Oberzaucher (2014), Walther (1997) und Walther/Weinhold (1997) zu pflegerischen Übergabegesprächen. Oberzaucher (2014: 19) attribuiert dieser kommunikativen Gattung „die Funktion eines Frühwarnsystems", da während der Übergabe „[p]flegerisch und medizinisch relevante Informationen über PatientInnen […] ausgehandelt, verifiziert und angemessen eingeschätzt" werden. Auf diese Weise ist die neue Schicht direkt über den Zustand der einzelnen PatientInnen informiert.

56 PrivatpatientInnen sind hiervon ausgenommen; sie werden dreimal in der Woche vom Chefarzt und an den anderen beiden Werktagen von der leitenden Oberärztin der Medizinischen Klinik III besucht, jeweils in Begleitung der Stationsärztin und der zuständigen Pflegekraft.

Um 13 Uhr beginnt die zweite pflegerische Übergabe des Tages, denn zu diesem Zeitpunkt wechselt die Spätschicht die Frühschicht ab. Die Spätschicht hat i. d. R. seltener Kontakt mit den PatientInnen, da zum einen zumeist keine Körperpflege mehr durchgeführt werden muss und zum anderen häufig BesucherInnen bei den PatientInnen sind. Letzteres bedeutet jedoch, dass bisweilen Angehörige am Stationszimmer anklopfen und Fragen an das Personal haben. Die ÄrztInnen werden zu dieser Tageszeit oft um Gespräche gebeten – zumeist, weil die Rückkehr nach Hause oder die Verlegung ins Hospiz besprochen werden soll. Wenn PatientInnen sterben oder entlassen werden und daher neue PatientInnen aufgenommen werden können, müssen zudem auch ärztliche und pflegerische Aufnahmegespräche geführt werden.
Der Vollständigkeit halber sei außerdem erwähnt, dass jeden Dienstagmorgen eine interdisziplinäre Teambesprechung stattfindet, bei der alle Professionen zusammenkommen, die in die Versorgung und Betreuung der PatientInnen involviert sind – eine Pflegekraft, die Stationsärztin(nen), ein/e SchmerztherapeutIn, ein/e PhysiotherapeutIn, der Musiktherapeut, die Kunsttherapeutin, der evangelische und der katholische Pfarrer und die Psychologin. Da der Fokus dieser Arbeit jedoch allein auf den Gesprächen mit den PatientInnen liegt, gehe ich nicht näher auf den Ablauf und die weiteren Modalitäten der Teambesprechungen ein.
Der Stationsalltag der PatientInnen zeichnet sich schließlich durch ein vielfältiges Therapieangebot aus, das in Abhängigkeit vom Zustand der PatientInnen ausgestaltet ist: Sie können gemeinsam mit der Kunsttherapeutin Bilder malen, können mit dem Musiktherapeuten musizieren oder sich auf verschiedenen Instrumenten Lieder vorspielen lassen, können seelsorgerliche Gespräche mit einem Klinikpfarrer führen, physiotherapeutische Maßnahmen in Anspruch nehmen oder mit der Psychologin sprechen. Zudem bekommen sie bei Bedarf auch Besuch von der Sozialarbeiterin, die sich um sämtliche praktische Belange der weiteren Versorgung kümmert (Bestellen eines Pflegebettes für Zuhause, Beantragung eines Pflegegrades etc.). Die Frequenz der einzelnen Angebote ist dabei sehr unterschiedlich: Die Kunsttherapeutin etwa sucht die PatientInnen nur einmal pro Woche auf, wohingegen die PhysiotherapeutInnen täglich – zumeist vormittags – auf die Station kommen. Mit der Sozialarbeiterin oder den Pfarrern wiederum können die PatientInnen jederzeit individuelle Termine vereinbaren.

## 5.2 Datenerhebung

Im Januar und März 2018 besuchte ich die Palliativstation des Städtischen Klinikums Karlsruhe zunächst an mehreren Tagen zu Hospitationszwecken. Im Rahmen dieser beiden Aufenthalte konnte ich mir einen ersten Eindruck von der Station verschaffen und lernte das ärztliche sowie pflegerische Personal und deren Arbeitsabläufe kennen. Bei der wöchentlichen interdisziplinären Teamsitzung wurde ich außerdem den anderen Professionen des Palliativteams vorgestellt und erhielt in Einzelgesprächen einen Überblick über deren Tätigkeiten. Während der Hospitationstage nahm ich an

der ärztlichen Visite teil und saß ansonsten größtenteils im Aufenthaltsraum der PflegerInnen, wodurch ich bei vielen Übergabegesprächen anwesend war und eine Vorstellung vom pflegerischen Alltag auf der Station gewann. Die Pflegekräfte signalisierten mir allerdings durch verschiedene Verhaltensweisen (Abbruch von Gesprächen oder Verlassen des Raums, wenn ich hinzukam u. a.), dass meine Anwesenheit in deren intimem Rückzugsraum nicht vollkommen akzeptiert wurde. Auch dass ich zunächst ebenso wie die PflegerInnen einen roten Kittel und eine weiße Hose trug, erwies sich schnell als ungünstig, denn so wurde mein Sonderstatus auf der Station visuell aufgehoben. Zum einen war diese Kleidung aus Gründen des sozialen Gefüges problematisch, da meine Aneignung des äußeren Habitus der Pflege wohl von manchen als illegitime Beanspruchung eines ‚Mitgliedsstatus' wahrgenommen wurde.[57] Zum anderen hielten mich PatientInnen und Angehörige deshalb z. T. für eine Pflegekraft und kamen mit ihren Anliegen auf mich zu. Die diesbezüglich angestellten Reflexionen führten schließlich dazu, dass ich bei allen folgenden Aufenthalten meine eigene Kleidung anbehielt und so meinen Sonderstatus direkt auf der optischen Ebene deutlich machte. Zudem wies ich mich fortan durch ein selbsterstelltes Namensschild, das dem der Pflege in keiner Weise ähnelte, als „Studienmitarbeiterin der Universität Münster" aus.

Im Juni und Juli 2018 begann ich im Rahmen einer Pilotphase mit der Aufzeichnung von Gesprächen. Im Zuge einer Besprechung mit einigen PflegerInnen und ÄrztInnen zu Beginn der ersten Woche überlegten wir gemeinsam, wo sich die Aufnahmegeräte am besten platzieren ließen. Da es aufgrund der aus dem Schichtdienst resultierenden Personalfluktuation nicht geeignet erschien, alle PflegerInnen, aber auch die ÄrztInnen, mit einem eigenen Aufnahmegerät auszustatten und aus pragmatischen Gründen ohnehin maximal fünf PatientInnen zeitgleich in die Studie integriert werden sollten, wurde letztlich entschieden, die Aufnahmegeräte direkt im Zimmer der entsprechenden PatientInnen zu platzieren. Außerdem diskutierte ich mit den PflegerInnen und ÄrztInnen, wo das Aufnahmegerät während der Gespräche am besten zu befestigen sei. Vor allem die Pflegekräfte plädierten dafür, es nicht auf das Nachttischchen der PatientInnen zu legen, da sie es ansonsten immer im Blick hätten und sich wie „Schauspieler" vorkämen. Außerdem gaben die PflegerInnen auch zu bedenken, dass sie mit manchen PatientInnen für die Morgenpflege das Badezimmer aufsuchen und das Aufnahmegerät hierbei möglicherweise auf dem Nachttischchen vergessen würden. Daher wurde letztlich entschieden, an allen Aufnahmegeräten einen Clip zu befestigen, mit dem die aufnehmenden Personen das Gerät außen an ihrer Kitteltasche

[57] Insgesamt erlebte ich, insbesondere in der Anfangsphase, ein Problem, das Antaki (2011: 9) sehr treffend beschreibt: „There may be tensions between those who commissioned the analyst (usually, staff at higher managerial levels) and the less powerful grades of staff whose interactions are being studied, and who may be instructed to change their practices".

platzieren können. Dies birgt einerseits zwar den Nachteil, dass bei manchen Aufnahmen lautes Rascheln zu hören ist, das von schnellen Bewegungen der PflegerInnen herrührt oder davon, dass sie mit knisterndem Material hantieren. Andererseits war das Gerät auf diese Weise minimal invasiv und behinderte die Pflegenden nicht bei der Ausübung ihrer Tätigkeiten. Im Rahmen einer technischen Einführung in die Geräte, die auch zu Beginn der folgenden Erhebungsphasen wiederholt wurde, bat ich alle PflegerInnen und ÄrztInnen, die dazu bereit waren, an dem Projekt teilzunehmen, darum, beim Betreten des Patientenzimmers das Aufnahmegerät vom Ablagebrett am Zimmereingang zu nehmen, es an der Brusttasche ihres Kittels zu befestigen und den Record-Button zu betätigen.

Die Auswahl von PatientInnen gestaltete sich wie folgt: Zunächst verschaffte sich die Stations- oder Oberärztin im Rahmen des Aufnahmegesprächs einen ersten Eindruck von einem neuen Patienten und besprach anschließend mit mir, ob die Person für das Projekt geeignet ist.[58] Prinzipiell kamen aus ethischen Gründen nur solche PatientInnen infrage, denen eine rechtliche Einwilligungsfähigkeit attestiert werden konnte, die fähig waren, verbal zu kommunizieren, die psychisch und/oder physisch nicht ohnehin bereits so stark belastet waren, dass ihnen das Aufklärungsgespräch nicht hätte zugemutet werden können und die nicht aufgrund eines Keims isoliert waren. Bei Erfüllung dieser drei Kriterien informierte die Ärztin die jeweiligen PatientInnen im Rahmen einer der nächsten Visiten[59] allgemein über die Studie und fragte, ob „die Sprachwissenschaftlerin von der Universität Münster" sie weiter aufklären dürfe. Hatten die PatientInnen prinzipiell Bereitschaft signalisiert, besuchte ich sie im Laufe des Tages, gab genaue Informationen zur Studie und händigte ein dreiseitiges Informationsblatt aus. Im Gespräch selbst gab ich als Zweck der Untersuchung an, dass die Kommunikation zwischen PflegerInnen, ÄrztInnen und PatientInnen auf der Palliativstation untersucht werden soll und die Ergebnisse, wie es die Projektbeschreibung vorsah, als Grundlage für die Erarbeitung von Kommunikationstrainings dienen. Ferner wurden die PatientInnen über datenschutzrechtliche Aspekte, insbesondere über die Anonymisierung personenbezogener Informationen aufgeklärt und es wurde ihnen zugesi-

58 In manchen Fällen wurden die PatientInnen auch erst zu einem Zeitpunkt über das Projekt informiert und um ihr Einverständnis gebeten, an dem sie sich bereits mehrere Tage (in einem Fall auch mehrere Wochen) auf der Station befanden und sich ihre psychische Stabilität so weit verbessert hatte, dass mit einem Aufklärungsgespräch an sie herangetreten werden konnte.

59 Zumeist wurden die PatientInnen erst zwei oder drei Tage nach ihrer Aufnahme auf die Palliativstation über die Studie informiert und aufgeklärt. Die Oberärztin der Station hatte für diese Praktik plädiert, um den PatientInnen erst einmal Zeit zu geben, auf der Station anzukommen und sich an das neue Umfeld zu gewöhnen. Außerdem sind gerade zu Beginn des Aufenthalts auch zahlreiche andere Punkte mit den PatientInnen abzuklären und zu besprechen.

chert, jederzeit um eine vorzeitige Löschung der Gespräche bitten zu dürfen. Nachdem ich die schriftliche Einverständniserklärung der PatientInnen eingeholt hatte,[60] platzierte ich schließlich ein Aufnahmegerät am Eingang ihres Zimmers. Meine Aufgabe bestand fortan nur noch darin, die Geräte in regelmäßigen Abständen auszutauschen, um die Audiodateien zu sichern und ggf. die Akkus zu wechseln.

Neben der Pilotphase, im Rahmen derer im Juni und Juli 2018 drei Wochen lang Gespräche aufgezeichnet wurden, hielt ich mich von Februar bis April 2019 für eine Haupterhebungsphase am Klinikum auf und fuhr schließlich für eine Nacherhebungsphase im November 2019 ein letztes Mal nach Karlsruhe. Da die Aufnahmegeräte auch noch über meine Aufenthalte hinaus in den Zimmern der PatientInnen verblieben – entweder bis die Person verstarb oder verlegt wurde –, erstreckten sich die Aufnahmen insgesamt über einen Zeitraum von 20 Wochen.
Während der Erhebungsphasen erhielt ich einen Schreibtischplatz im Zimmer eines mit dem Projekt assoziierten Oberarztes. Sein Büro befand sich auf dem Mittelgang, der die Palliativstation mit der Station am anderen Ende des Gebäudes verbindet. Somit war ich in wenigen Augenblicken auf der Palliativstation, konnte über das Bürotelefon aber auch jederzeit erreicht werden. Der Platz im Büro eines Arztes bot mir immer wieder die Gelegenheit, Nachfragen zu stellen und so medizinische Zusammenhänge (besser) zu verstehen. Die erhaltenen Informationen erfasste ich zusammen mit zahlreichen anderen Notizen über meine Zeit am Klinikum in einem Feldtagebuch. Im Sinne der ethnografischen Gesprächsanalyse werden die gesammelten Informationen an entsprechenden Stellen in die Auswertung der Gespräche einbezogen.

## 5.3 Datengrundlage

Das dieser Arbeit zugrunde liegende Gesprächskorpus umfasst in Summe 850 Audioaufnahmen mit einer Dauer von 103 Stunden. Davon entfallen 71 Stunden auf 614 Pflege-PatientIn- und 32 Stunden auf 250 ÄrztIn-PatientIn-Gespräche (Visiten- und Beratungsgespräche, s. Kapitel 4.1.2.4),[61] wobei an den einzelnen Interaktionen häufig auch Angehörige beteiligt sind. Insgesamt konnten für die Gesprächsaufnahmen 9

[60] Eine schriftliche Einverständniserklärung der Angehörigen, die an den Gesprächen beteiligt sind, liegt nicht vor. Häufig waren sie während der Aufklärung der PatientInnen ebenfalls anwesend; war dies nicht der Fall, wurden sie von einer Pflegekraft oder einer Ärztin zu Beginn des Gesprächs über die Aufzeichnung informiert, sodass alle Angehörigen über die Aufnahmen im Bilde waren.

[61] Dass die Summe der ärztlichen und pflegerischen Gespräche eine größere Anzahl als die angegebene Gesamtsumme der Gespräche ergibt, ist darauf zurückzuführen, dass bei manchen Gesprächen zunächst eine Pflegekraft mit den PatientInnen sprach und das Aufnahmegerät dann, als die Ärztin zur Visite kam, an diese weiterreichte. Die entsprechenden Audiodateien wurden sowohl der ärztlichen als auch der pflegerischen Seite zugerechnet und daher doppelt gezählt. Zusätzlich habe ich auch 15 Teambesprechungen im Umfang von 16 Stunden aufgezeichnet, die jedoch lediglich im Sinne ethnografischer Hintergrundinformationen in die Analysen einfließen.

Patientinnen und 15 Patienten gewonnen werden, von denen fast alle an einer onkologischen Erkrankung litten.[62] Die Anzahl der pro PatientIn aufgenommenen Gespräche liegt durchschnittlich bei 35 Interaktionen, schwankt im Einzelnen allerdings erheblich: Hatte während des Aufenthaltes einer Patientin vornehmlich eine der Pflegekräfte Dienst, die eine Teilnahme am Projekt ablehnten, kamen entsprechend weniger Aufnahmen zustande. Außerdem berichteten mir die ÄrztInnen und PflegerInnen insbesondere zu Beginn immer wieder, das Aufnahmegerät aufgrund fehlender Routiniertheit vergessen zu haben. Teilweise verstarb eine Patientin auch innerhalb weniger Tage, nachdem sie über das Projekt aufgeklärt wurde, oder erhielt kurzfristig einen Hospizplatz.

Von den 32 Stunden ÄrztIn-PatientIn-Gespräche sind 15 Stunden und von den 71 Stunden Pflege-PatientIn-Gespräche 11 Stunden transkribiert, sodass sich das Gesamtvolumen an Transkripten auf 26 Stunden beläuft.[63] Bei allen Transkripten handelt es sich um mit feinanalytischen Elementen angereicherte Basistranskripte, die gemäß den GAT 2-Konventionen (Selting et al. 2009) erstellt wurden (s. Anhang). Gespräche und Transkripte sind mit einer internen Systematik versehen, die exemplarisch wie folgt aussieht: 001_01_A/P_20180101. Die dreistellige Zahl zu Beginn ist die fortlaufende Nummer des Gesprächs; anschließend folgt die ID der PatientInnen. Der Buchstabe „A" verweist auf ein ärztliches Gespräch, der Buchstabe P auf ein pflegerisches. Zuletzt ist das Datum im Format JJJJMMTT angeführt.

## 5.4 Analytisches Vorgehen und Zielsetzung

Da es aus forschungspragmatischen Gründen nicht möglich war, für jedes der aufgezeichneten 850 Gespräche ein Transkript zu erstellen, wurden zunächst solche Interaktionen aus der Gesamtmasse der potenziell zu transkribierenden Interaktionen ausgeschlossen, in denen die Interagierenden größtenteils schweigen oder sich lediglich zu Zwecken der Koordination nonverbaler Handlungen unterhalten. Von diesem Selektionsprozess waren fast ausschließlich Gespräche zwischen Pflegekräften und PatientInnen betroffen. Im Anschluss daran habe ich die 772 verbleibenden Interaktionen mehrfach angehört, wobei ich präanalytisch die rekurrent auftretenden Gesprächsthemen herausgearbeitet habe. Vor dem Hintergrund des zentralen Erkenntnisinteresses, das darin besteht, Unterschiede und Ähnlichkeiten pflegerischen und ärztlichen Sprechens mit PalliativpatientInnen und deren Angehörigen herauszustellen,

[62] Das Alter der PatientInnen liegt zwischen 50 und 85 Jahren und beläuft sich im Durchschnitt auf 68 Jahre.

[63] Auf die Kriterien, die der Auswahl der zu transkribierenden Aufnahmen zugrunde gelegt wurden, gehe ich in Kapitel 5.4 näher ein. Fenja Koopmeiners, Aaron Schmidt-Riese und Tobias Werning haben mich im Rahmen ihrer Hilfskraftstätigkeit bei der Transkription der Daten unterstützt, wofür ich mich herzlich bedanke.

wurden anschließend die drei am häufigsten besprochenen Themen[64] extrahiert, die sowohl in den PPI als auch in den ÄPI auftreten, und als übergeordnete Vergleichsgrößen festgelegt. Es handelt sich um die Themen ‚Medikamente', ‚Schmerzen' sowie ‚psychosozial-affektives Krankheitserleben'. In Anbetracht der Tatsache, dass der Fokus der vorliegenden Arbeit auf Interaktionen in der Palliativversorgung liegt und es sich bei dieser Dissertation um die erste breit angelegte deutschsprachige und gesprächsanalytische Untersuchung von Interaktionen in diesem Bereich handelt, gehe ich ferner auch auf das Sprechen über den für die Palliative Care als konstitutiv zu betrachtenden Themenkomplex ‚Sterben und Tod' ein. Allerdings ist hinsichtlich dieses Punktes kein ausführlicher Vergleich zwischen pflegerischem und ärztlichem Sprechen[65] möglich, da Sterben und Tod lediglich in ÄrztIn-PatientIn-Interaktionen konversationelle Gegenstände bilden. Ich behandle dieses Thema daher in einem separaten Kapitel (Kapitel 6.3.5).

Dass ich Themenkomplexe als Ausgangspunkt meiner Untersuchung heranziehe, ist für eine gesprächsanalytische Arbeit eher ungewöhnlich, setzen solche Untersuchungen doch zumeist primär an der strukturellen Organisation von Interaktionen oder an einzelnen Handlungen bzw. Praktiken und folglich an „talk-that-does" und nicht an „talk-about" an (Schegloff 1990: 52). Die klassische Konversationsanalyse schreckte gar vor der Beschäftigung mit der Inhaltsseite von Interaktionen zurück (vgl. Couper-Kuhlen/Selting 2018a: 314) – es handle sich hier um ein allein mit inhaltsanalytischen Methoden zu ‚beackerndes' Feld, auf dem sich zudem gerne auch LaiInnen ohne Kenntnisse der technischen ‚Gesprächsmaschinerie' tummeln und ihre Meinung kundtun würden, wie Sacks (1992a: 752) leicht polemisch anmerkt.[66] Die zentrale Schwierigkeit, auf die sämtliche gesprächsanalytische Arbeiten verweisen, die sich mit der Themenentwicklung in Interaktionen beschäftigen, liegt darin, zu bestimmen, was überhaupt unter dem alltagssprachlich sehr vagen Konzept ‚Thema' zu verstehen ist und wie sich dieses in den sequenzanalytischen Ansatz integrieren lässt (Button/Casey 1988/89: 62; Gardner 1987: 129; Maynard 1980: 263; Schegloff 1990; Seedhouse/Harris 2011: 7; Tiitinen/Lempiälä 2018: 5). Diesbezüglich wird in den einschlägigen Publikationen wiederholt konstatiert, dass anhand des Gesprächsmaterials endogen

64 Für nähere quantitative Angaben sei auf die einzelnen Kapitel des empirischen Teils verwiesen.

65 Gemäß den Prinzipien der Gesprächsanalyse nehme ich selbstverständlich stets die interaktive Konstitution der Praktiken in den Blick, wenngleich ich hier und im Folgenden aufgrund des analytischen Fokus dieser Arbeit sowie der Einfachheit halber zumeist die Phrasen ‚Pflegerisches Sprechen über Medikamente, Schmerzen etc.' und ‚Ärztliches Sprechen über Medikamente, Schmerzen etc.' verwende anstelle des korrekteren Ausdrucks ‚Sprechen über Medikamente, Schmerzen etc. in der Pflege- bzw. der ÄrztIn-PatientIn-Interaktion'.

66 Atkinson/Heritage (1984b: 165) konstatieren hingegen, dass es sich bei der thematischen Organisation um eines der „most complex conversational phenomena to be investigated" handelt.

nachzuzeichnen ist, wie sich die Interagierenden gegenseitig die thematische Entwicklung der Interaktion anzeigen, welche Sequenzen sie als thematisch zusammengehörig bzw. diskontinuierlich markieren und wie sie kollaborativ den sukzessiven oder abrupten Übergang zwischen verschiedenen Themen vollziehen (Orletti 1989: 76). Da die thematischen Komplexe, die ich als übergeordnete Vergleichsgrößen für meine Analyse festgelegt habe, jedoch sehr breit gefasst und den Daten selbst entnommen sind und sich ferner problemlos nachweisen lässt, dass die Interagierenden sich an diesen Themen orientieren sowie diese lokal hervorbringen, handelt es sich hier nicht um *ex post* vorgenommene Zuschreibungen aus Analytikerinnensicht. Zudem liegt der Fokus der Analysen nicht auf der Themenentwicklung in Interaktionen oder den Gesprächsthemen *per se*, sondern auf den diese konstituierenden, transsituativ auftretenden kommunikativen Praktiken. Das Anknüpfen an Themen bietet aber den Vorteil, dass die relevanten Gesprächssequenzen präanalytisch leicht zu identifizieren sind und dass über ebendiesen thematischen Zusammenhang, der ein unkontroverses *tertium comparationis* (s. Kapitel 3.2) darstellt, eine prinzipielle Vergleichbarkeit der jeweiligen Gesprächssequenzen aus PPI und ÄPI hergestellt werden kann.

Im weiteren Verlauf der Arbeit mit den Daten wurden die Gesprächssequenzen aus dem Datenkorpus transkribiert, in denen sich die InteraktionspartnerInnen über die genannten Themen unterhalten und die daher potenziell analyserelevant sind. Während hinsichtlich der Themen ‚Schmerzen', ‚psychosozial-affektives Krankheitserleben' und ‚Sterben und Tod' jeweils alle im Gesamtkorpus auftretenden Sequenzen transkribiert wurden, konnten für das Thema ‚Medikamente' angesichts der Tatsache, dass dieses in fast jeder der aufgezeichneten Interaktionen bearbeitet wird, nicht alle potenziell relevanten Passagen transkribiert werden. Deshalb war eine Auswahl an zu transkribierenden Gesprächssequenzen zu treffen, wobei diese nach dem Zufallsprinzip erfolgte. Parallel zum Transkriptionsprozess arbeitete ich die kommunikativen Praktiken heraus, die innerhalb der jeweiligen thematischen Komplexe besonders frequent auftreten und durch welche die Interagierenden überhaupt erst die einzelnen Themen konstituieren.[67] Die Identifikation der Praktiken vollzog sich dabei primär induktiv-datengeleitet (Schegloff/Sacks 1973: 290); zusätzlich orientierte ich mich aber auch an bisherigen Erkenntnissen der (medizinischen) Gesprächsanalyse, sodass dieser Prozess zumindest in Teilen auch ein konzeptuell-deduktiver war (vgl. Groß 2018: 82). Im Anschluss an die Identifikation der auftretenden Praktiken erstellte ich phänomenbezogene Kollektionen. Auf deren Basis arbeite ich im folgenden empirischen Teil dieser Arbeit durch detaillierte Sequenzanalysen ausgewählter Fälle die wesentlichen Merkmale verschiedener kommunikativer Praktiken heraus, ebenso die Zusammenhänge zwischen ihren formalen und funktionalen Eigenschaften, ihre sequenziell organisierten „Einsatzbereiche in der Interaktion" (Deppermann 2010: 649) sowie ihre

[67] Vgl. Couper-Kuhlen/Selting (2018a: 314): „[T]opicality [i]s something procedural that speakers achieve via orderly practices".

Rückbindung an das soziale Feld ‚Palliativstation' und die beiden Berufsrollen ‚PflegerIn' und ‚ÄrztIn'. Das übergeordnete Ziel besteht sodann darin, aufzuzeigen, wie die institutionellen Rollenvorgaben ihre Spuren im Interaktionsverhalten der Pflegekräfte und ÄrztInnen hinterlassen.

# 6 Pflegerisches und ärztliches Sprechen mit PatientInnen und Angehörigen auf der Palliativstation im Vergleich

Das Ziel der folgenden Kapitel 6.1 bis 6.3 besteht darin, einen Vergleich zwischen dem pflegerischen und dem ärztlichen Sprechen mit PalliativpatientInnen und deren Angehörigen vorzunehmen. Da ich lediglich Gespräche untersuche, die auf der Palliativstation geführt wurden, geht es mir hierbei dezidiert nicht darum, herauszuarbeiten, welche Merkmale allgemein für Interaktionen in der Palliative Care charakteristisch sind, denn hierfür bräuchte es im Sinne der vergleichenden Gesprächsanalyse (s. Kapitel 3.3) einen Vergleich mit Interaktionen, die auf anderen Krankenhausstationen geführt wurden.
Wie in Kapitel 5.4 dargelegt, setze ich für den angestrebten Vergleich an den drei übergeordneten Themen ‚Medikamente', ‚Schmerzen' und ‚psychosozial-affektives Krankheitserleben' an, da sich die Pflegekräfte und ÄrztInnen in meinen Daten hierüber häufig mit den PatientInnen und deren Angehörigen unterhalten. Ein weiterer thematischer Komplex, der in den aufgezeichneten Gesprächen rekurrent interaktiv bearbeitet wird, ist die künftige Versorgung der PatientInnen. Da die kommunikative Gattung ‚Planungsgespräch' aufgrund professionsspezifischer deontischer Rechte jedoch ausschließlich in ÄrztIn-PatientIn-Interaktionen auftritt, ist diesbezüglich kein Vergleich zwischen pflegerischem und ärztlichem Sprechen möglich, weshalb ich auf eine Analyse dieses Gesprächstyps verzichte.

Die folgenden Unterkapitel sind parallel aufgebaut: Zunächst referiere ich den jeweiligen Forschungsstand, um die entsprechende Thematik einzuführen, wobei ich mich gemäß der methodischen Ausrichtung dieser Arbeit auf gesprächsanalytische Studien konzentriere. Anschließend wende ich mich zuerst dem pflegerischen und sodann dem ärztlichen Sprechen über das jeweilige Thema zu. Diese Reihenfolge wurde bewusst gewählt: Würde ich zunächst auf ÄPI und erst danach auf PPI eingehen, entstünde möglicherweise der Eindruck, dass das pflegerische Sprechen nur vor dem Hintergrund des ärztlichen Sprechens adäquat beschreibbar sei. Hierdurch würde der historisch bedingten medizinischen Dominanz über die Pflege (s. Kapitel 4.2) weiter Vorschub geleistet und diese somit abermals zementiert werden. Die Reihenfolge, in der ich die einzelnen Themen bearbeite, spiegelt wiederum schlicht die Häufigkeit wieder, mit der diese im transkribierten Teil des zugrunde liegenden Datenmaterials auftreten: Am häufigsten unterhalten sich die Interagierenden über Medikamente, während das psychosozial-affektive Krankheitserleben am seltensten als Gesprächsgegenstand etabliert wird. Am Ende eines jeden Unterkapitels vergleiche ich die von pflegerischer Seite eingesetzten kommunikativen Praktiken mit den vonseiten der ÄrztInnen eingesetzten und arbeite die Berufsspezifik der verschiedenen Praktiken und somit ihr indexikalisches Potenzial heraus.

## 6.1 Sprechen über Medikamente

Bei der Behandlung der körperlichen und psychischen Symptome von PalliativpatientInnen spielt die medikamentöse Therapie eine herausragende Rolle (Masman et al. 2015). Gerade im Endstadium einer Krankheit kann die Symptomlast massiv und rapide ansteigen, sodass verschiedene Medikamente ausprobiert, die Dosen bereits verabreichter Medikamente erhöht und/oder Medikamente aufgrund schädlicher Nebenwirkungen abgesetzt werden müssen. PatientInnen, die auf der Palliativstation versorgt werden, haben in den meisten Fällen bereits eine lange Krankheitsgeschichte hinter sich und verfügen daher über einen hohen Wissensstand hinsichtlich verschiedener Medikamente, die zur Behandlung ihrer spezifischen Erkrankungen eingesetzt werden. Eine Besonderheit der Palliativmedizin besteht allerdings darin, dass zur Linderung belastender Symptome sowie zur Behandlung von Komorbiditäten häufig auch auf den Off-Label-Use eines Arzneimittels, d. h. auf eine Anwendung außerhalb seiner Zulassung zurückgegriffen wird (Rémi et al. 2018: 11ff.). Gerade wenn PatientInnen entsprechende Medikamente bzw. deren Off-Label-Use noch nicht kennen, gilt es, sie umfassend über deren Wirkweise und potenzielle Nebenwirkungen aufzuklären. Unabhängig davon, ob Medikamente innerhalb oder außerhalb ihrer Zulassung verwendet werden, stellt die interaktive Aushandlung einer adäquaten Pharmakotherapie aber in jedem Fall eine rekurrent auftretende Herausforderung palliativärztlicher Gespräche dar.
Angesichts der Polypharmazie, die in der Behandlung von PalliativpatientInnen weit häufiger die Regel als die Ausnahme bildet, ist eine engmaschige Überwachung der Wirkung von Medikamenten unabdingbar. Wenngleich die ÄrztInnen die einmal ausgehandelten und sodann verordneten Medikamente regelmäßig auf ihre Wirksamkeit, Verträglichkeit und Indikation hin evaluieren (Rémi/Bausewein 2020: 6), sind es zumeist die Pflegekräfte, die aufgrund ihrer ständigen Verfügbarkeit prinzipiell als erstes von Zustandsveränderungen infolge einer Medikamentengabe erfahren. Da Pflegekräften zudem die Aufgabe zukommt, die verordneten Medikamente in entsprechenden Intervallen zu verabreichen, und sie den PatientInnen zusätzlich auch Bedarfsmedikamente anbieten dürfen, bildet das Thema ‚Arzneimittel' nicht nur in ärztlichen Interaktionen, sondern auch in Gesprächen zwischen PflegerInnen und PatientInnen einen häufig bearbeiteten konversationellen Gegenstand. Insgesamt wird in fast allen der von mir aufgezeichneten Interaktionen (PPI und ÄPI) über Medikamente gesprochen.

Bereits bei einer ersten Durchsicht der für dieses Subkapitel erstellten Kollektion, die 120 Belege, d. h. Gesprächssequenzen umfasst (je 60 Belege aus PPI und ÄPI),[68] fällt auf, dass sich das ärztliche Sprechen über Medikamente hinsichtlich der besprochenen Inhalte sowie hinsichtlich der zeitlichen Struktur der getroffenen Entscheidungen

[68] Die Zusammenstellung aller Kollektionen dieser Arbeit findet sich auf dem beigefügten USB-Stick.

grundlegend vom pflegerischen Sprechen unterscheidet, was diesen Gegenstand für den in dieser Arbeit generell intendierten Vergleich zwischen pflegerischem und ärztlichem Sprechen besonders interessant macht: Während es in den Belegen aus den ÄPI primär um Aspekte der Therapieplanung geht (welches Medikament soll zu welchem Zweck verordnet werden?) und die entsprechenden Praktiken somit in die projektive kommunikative Gattung[69] ‚Therapieplanung' eingebettet sind, werden in den PPI dominant Aspekte der in situ zu erfolgenden Therapieumsetzung behandelt (wann wird welche Dosis welchen Medikamentes verabreicht?), sodass hier eine kommunikative Gattung mit anderer zeitlicher Struktur vorliegt. Die pflegerischen Tätigkeiten erscheinen den ärztlichen dabei insofern nachgelagert, als die ÄrztInnen zunächst ein Medikament verordnen und nähere Informationen dazu in der Patientenakte festhalten müssen, ehe die Pflegekräfte den PatientInnen zum angeordneten Zeitpunkt bzw. im Bedarfsfall die entsprechenden Medikamente geben können. Das folgende Schaubild illustriert diese Aufgabenteilung:

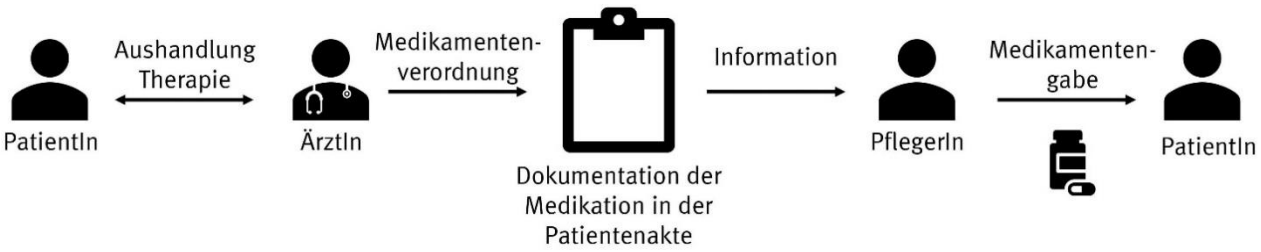


*Abbildung 1: Aufgabenteilung im Bereich ‚Medikamente'*

Darauf basierend stellt sich die Frage, auf welche Weise sich die unterschiedlichen Rechte und Pflichten der beiden Professionen jeweils in deren interaktiver Praxis manifestieren: Welche ärztlichen und welche pflegerischen kommunikativen Praktiken treten im „Medikamentengespräch" (Pummerer 1985)[70] in welchen sequenziellen Positionen auf? Welche sprachlichen Formate sind für die jeweiligen Praktiken identitätsstiftend? Und welche Partizipationsmöglichkeiten bzw. Spielräume (*opportunity spaces*; Stivers/Barnes 2018: 1332) eröffnen ÄrztInnen und PflegerInnen den PatientInnen? Das vorliegende Kapitel widmet sich ebendiesen Fragestellungen. Nach einem Überblick über den aktuellen Forschungsstand zur ärztlichen Therapieplanung (Kapitel 6.1.1) wird dabei zunächst das pflegerische (Kapitel 6.1.2) und sodann das

[69] Vgl. Ayaß (2021) für einen gattungstheoretischen Entwurf, der projektive Gattungen zum Gegenstand hat, d. h. solche Gattungen, die auf Ereignisse zielen, welche „erst stattfinden werden und die, allein oder gemeinsam, vorbereitet und geplant werden" (Ayaß 2021: 60).

[70] Ich verwende den Begriff *Medikamentengespräch* im Folgenden vereinfachend für die Sequenzen in den PPI und ÄPI, in denen sich die Interagierenden über Medikamente unterhalten.

ärztliche (Kapitel 6.1.3) Sprechen über Medikamente näher beleuchtet, ehe ein abschließender Vergleich die wesentlichen Ergebnisse zusammenfasst (Kapitel 6.1.4).

### 6.1.1 Forschungsstand: Therapieplanung

Im Rahmen der Therapieplanung werden konkrete medizinische Interventionen festgelegt, die eine Veränderung der aktuellen, nicht zufriedenstellenden gesundheitlichen Situation von PatientInnen zum Ziel haben (Barrows/Pickell 1991: 163). Dabei ist aus einem sehr breiten Spektrum an therapeutischen Maßnahmen – Medikamente, Operationen, Chemotherapie etc. – die für die Beschwerden der PatientInnen geeignete auszuwählen. Für die ÄrztInnen ergibt sich dabei das Dilemma, zwischen ihrer ärztlichen Fürsorgepflicht und der Autonomie der PatientInnen abzuwägen (Becker/Spranz-Fogasy 2017: 171): Einerseits soll die Therapie den Präferenzen und Anliegen der PatientInnen entsprechen, da sich nur so eine optimale Adhärenz erreichen lässt (Klemperer 2015; Lutfey 2004). Andererseits soll die gewählte Therapie aber auch evidenzbasiert sowie für die PatientInnen mit ihren Dispositionen geeignet sein, sodass sie zu einem Behandlungserfolg und keinen (gravierenden) Nebenwirkungen führt. Das ärztliche Austarieren eigener Wissensbestände mit den Relevanzsystemen der PatientInnen wird mitunter dadurch erschwert, dass es vielen PatientInnen aufgrund mangelnden Wissens schwerfällt, sich überhaupt autonom für eine bestimmte Therapie zu entscheiden, nachdem die ÄrztInnen verschiedene Optionen aufgezeigt haben (*option-listing*, Toerien et al. 2011). Dies kann zu der paradoxen Situation führen, dass beide Interaktionsparteien deontische Rechte zurückweisen und sie stattdessen ihrem Gegenüber zuteilen – die Ärztin, um dem Patienten nicht in paternalistischer Manier eine Therapie aufzuzwängen, und der Patient, um nicht eigenverantwortlich Entscheidungen fällen zu müssen (Landmark/Gulbrandsen/Svennevig 2015: 63). Für ÄrztInnen besteht eine Möglichkeit, dieses Dilemma teilweise zu überwinden und einen Prozess des *Shared Decision Making* (Charles/Gafni/Whelan 1997; Klemperer 2005) zu initiieren, darin, Empfehlungen auszusprechen. Auf diese Weise können sie sich als medizinische BeraterInnen positionieren, die den PatientInnen relevantes Wissen vermitteln und sie so bei der Entscheidung unterstützen. Allgemein können ärztliche Empfehlungen

> „als persönliche und fachliche Einschätzungen, Beurteilungen und Bewertungen bzgl. verschiedener therapeutischer Maßnahmen [verstanden werden], durch welche die Ärzt[Inn]en als medizinische Expert[Inn]en den Patient[Inn]en eine […] Maßnahme nahelegen bzw. von dieser abraten" (Becker 2015: 26).

Stivers et al. (2018) verwenden den Begriff der Therapieempfehlung (*recommendation*) als Hyperonym für verschiedene direktive Handlungsformate. Auf Basis eines Korpus von Interaktionen in der *Primary Care* differenzieren sie in ihrer prominenten Taxonomie zwischen vier Handlungstypen ärztlicher Äußerungen, mittels derer die

MedizinerInnen Entscheidungsfindungsprozesse hinsichtlich potenziell durchzuführender Therapien initiieren, dabei jeweils ein unterschiedlich starkes deontisches Gefälle zwischen sich und den PatientInnen etablieren und ihren InteraktionspartnerInnen verschiedene Partizipationsmöglichkeiten zugestehen. Bei den vier Typen handelt es sich um Ankündigungen (*pronouncements*), Vorschläge (*proposals*), Empfehlungen (*suggestions*),[71] und Angebote (*offers*). Während ÄrztInnen durch Ankündigungen qua ihrer epistemischen und (der daraus abgeleiteten) deontischen Autorität eine spezifische Behandlungsmöglichkeit als alternativlos darstellen und eine Entscheidung bereits unabhängig von den Präferenzen der PatientInnen getroffen haben (vgl. auch Collins/Drew et al. 2005), legen sie durch das Handlungsformat der *suggestion* zwar auch eine bestimmte Therapieform nahe, überlassen den PatientInnen die Entscheidung allerdings größtenteils selbst. Vorschläge wiederum sind zwischen Ankündigungen und *suggestions* zu verorten, da sie eine Befürwortung der ärztlichen Therapieempfehlung durch die PatientInnen relevant setzen, gleichzeitig aber das deontische Recht, eine Entscheidung zu treffen, zwischen Ärztin und Patient aufteilen. Zusätzlich zeichnen sich ärztliche Vorschläge auch durch eine gewisse epistemische Unsicherheit bzgl. der Effektivität der vorgeschlagenen Therapie aus, die sich bei Ankündigungen und *suggestions* nicht findet. Indem ÄrztInnen Angebote formulieren, präsentieren sie ihre Empfehlung schließlich im Gegensatz zu den anderen drei Handlungstypen nicht als Produkt eigener Handlungsmacht, sondern als Ergebnis von Überlegungen, in die die Präferenzen der PatientInnen einflossen. Außerdem signalisieren die ÄrztInnen durch Angebote, dass sie ihre medizinischen Gestaltungsmöglichkeiten in den Dienst der PatientInnen stellen und positionieren ihr Gegenüber somit als Benefiziant ihres professionellen Handelns.[72]

Jeder der dargestellten Handlungstypen kann intern nochmals nach dem Grad der Befürwortung (*strength of endorsement*) differenziert werden, d. h. danach, ob die Ärztin die empfohlene Maßnahme als medizinisch dringend notwendige Intervention präsentiert oder ob sie deren Nutzen als eher moderat erachtet (Stivers/Barnes 2018: 1333). Zudem manifestieren sich in den vier Typen ärztlicher Therapieempfehlungen unterschiedliche Grade an Verantwortung: Sprechen ÄrztInnen Ankündigungen aus,

---

71 Der englische Begriff *recommendation*, der bei Stivers et al. das Hyperonym für verschiedene Handlungen bildet, fällt in der deutschen Übersetzung *Empfehlung* mit der Übersetzung des Hyponyms *suggestion* zusammen. Dieser Problematik begegne ich im Folgenden damit, dass immer dann, wenn auf den Untertyp *suggestion* referiert wird, die englische Bezeichnung zum Einsatz kommt. Verwende ich den Begriff *Empfehlung*, beziehe ich mich dagegen auf den Überbegriff.

72 Stivers et al. (2018) führen daneben auch noch *assertions* an, bei denen es sich um allgemeine Aussagen über die Vorteile einer bestimmten Therapie handelt. Da *assertions* allerdings nicht zu den Direktiva zu rechnen sind und sich zudem die Frage stellt, inwiefern es sich in diesem Fall noch um Empfehlungen und nicht vielmehr um rein informierende Aussagen handelt (vgl. auch Toerien 2018), beziehen die AutorInnen sie nicht in ihre weiteren Ausführungen ein.

übernehmen sie selbst die komplette Verantwortung für die eingebrachte Therapieentscheidung, während sie durch Vorschläge die Verantwortung als mit den PatientInnen geteilt darstellen (vgl. auch Spranz-Fogasy 1988: 250). Verantwortung bildet dabei nach Groß (2018: 272) die „Pflichtseite der deontischen Dimension entscheidungsbezogener Gesprächshandlungen zu Therapieentscheidungen".

Während Stivers et al. (2018) die einzelnen Therapieempfehlungstypen als eigenständige Handlungen (*social actions*) betrachten, die der übergeordneten direktiven Sprechhandlung *recommendation* subsumiert sind, fasst Groß (2018: 279f.) auf Basis einer kritischen Auseinandersetzung mit der von Stivers et al. aufgestellten Taxonomie die verschiedenen Empfehlungstypen nicht als eigenständige *Handlungen*, sondern als interaktive *Praktiken* auf, die wiederum die übergeordnete Handlung der Therapieempfehlung konstituieren. Trotz der breiten lexikalischen und syntaktischen Varianz ärztlicher Therapieempfehlungen ist die Reaktion der PatientInnen auf die verschiedenen Therapieempfehlungsformate auffällig homogen, wie Groß (2018: 279) auf Basis sowohl ihrer eigenen als auch der von Stivers et al. (2018) untersuchten Daten konstatiert: Unabhängig von einem bestimmten Empfehlungstypen reagieren die PatientInnen zumeist mit Rückmeldesignalen wie *okay* oder *ja* und partizipieren somit vor allem „passiv-responsiv" (Groß 2018: 396) an den Therapieentscheidungsprozessen. In dieser Homogenität der Patientenreaktionen liegt für Groß sodann die Begründung dafür, die von Stivers et al. angeführten Empfehlungsformate nicht als voneinander unabhängige *Handlungen*, sondern als verschiedene Empfehlungs*praktiken* zu betrachten. Ein als Therapieempfehlung geäußerter Vorschlag stellt daher keinen „Vorschlag im Handlungssinn" dar, sondern „primär eine spezifische Praktik ärztlichen Empfehlungshandelns" (Groß 2018: 279). Groß (2018: 327ff.) selbst wiederum beschreibt für ihr eigenes Datenmaterial – Gespräche in der HIV-Ambulanz – drei interaktive *Handlungs*typen, auf die ÄrztInnen zur Relevantsetzung von Therapieoptionen zurückgreifen. Neben Therapieempfehlungen führt sie auch Therapieangebote und Ratschläge an, mit denen ÄrztInnen jeweils verschiedene Aufgaben bearbeiten und die zu unterschiedlichem responsiven Verhalten der PatientInnen führen.

Eine weitere adaptierende Auseinandersetzung mit der Taxonomie von Stivers et al. (2018) findet sich bei Tate (2019), die diese auf Therapieplanungsprozesse in der Onkologie überträgt. Dabei arbeitet sie heraus, dass der Einsatz eines spezifischen Empfehlungsformats maßgeblich vom Behandlungsstadium abhängt: Während ÄrztInnen zu Beginn der Therapie, d. h. im Kontext des unmittelbar auf die initiale Krebsdiagnose folgenden Therapieplanungsgesprächs keine Ankündigungen aussprechen, sondern auf deontisch weniger starke Formate wie Vorschläge zurückgreifen, sind Ankündigungen zu späteren Zeitpunkten, wenn eine bestimmte Therapie bereits durchgeführt wird, dominant und verdrängen andere Empfehlungshandlungen fast vollständig. PatientInnen wird dadurch ein geringeres Maß an Entscheidungsautorität zugesprochen: „[O]nce patients have signed on to being treated for this cancer, and

have forged a relationship with their physician, physicians treat their level of agency as of lower priority than in the new treatment context" (Tate 2019: 1602).

Insgesamt schränken ärztliche Empfehlungen die Partizipationsmöglichkeiten der PatientInnen aber unabhängig vom Realisierungsformat ein, da Empfehlungen lediglich eine der beiden Handlungsalternativen ‚Zustimmung' oder ‚Ablehnung' relevant setzen. Demgegenüber vergrößert das Aufzählen *mehrerer* Therapieoptionen den Spielraum für PatientInnen maßgeblich (Chappell et al. 2018; Toerien/Shaw/Reuber 2013). Allerdings ist auch das *option-listing* vom Therapiestadium beeinflusst: In Erstgesprächen präsentieren die ÄrztInnen zumeist eine Option als präferiert, nehmen also eine eindeutige Evaluation vor, wohingegen sie in späteren Gesprächen, wenn eine Änderung der Therapie notwendig erscheint, alle angeführten Optionen als gleichwertig präsentieren (Tate/Rimel 2020).

Ob ein Patient der Empfehlung seiner Ärztin direkt zustimmt oder diese zunächst zurückweist und so eine Aushandlungssequenz initiiert, hängt nicht zuletzt von der sprachlichen Ausgestaltung der Empfehlung ab: Wird diese negativ formuliert, rät die Ärztin also von einer bestimmten therapeutischen Maßnahme ab, ist die Wahrscheinlichkeit einer Zurückweisung höher, als wenn die Ärztin ihre Empfehlung positiv formuliert und den Patienten explizit *für* etwas zu gewinnen sucht (Stivers 2005a). Daneben ist die Reaktion der PatientInnen aber auch davon abhängig, inwiefern die ÄrztInnen ihre Empfehlungen *accountable*[73] machen. Angell/Bolden (2015) arbeiten diesbezüglich zwei verschiedene Typen von *accounts* heraus: ÄrztInnen schneiden ihre Empfehlung entweder im Sinne des Rezipientendesigns auf die Anliegen und Bedürfnisse ihrer PatientInnen zu (*client-attentive accounts*; vgl. auch Hudak/Clark/Raymond 2011) oder begründen eine Empfehlung allein mit ihrer fachlichen Expertise (*authority-based accounts*). *Accounts* treten zum einen „in an attempt to forestall an incipient resistance to an upcoming proposal" in Form einer der Therapieempfehlung vorangehenden Präsequenz auf (Angell/Bolden 2015: 47; vgl. auch Roberts 1999). Zum anderen setzen ÄrztInnen *accounts* dann ein, wenn ihr Gegenüber ihre Empfehlung nicht unmittelbar akzeptiert, sondern zunächst schweigend verharrt, Nachfragen stellt oder die Empfehlung explizit ablehnt. In diesem Fall eröffnen *accounts* Aushandlungssequenzen unterschiedlichen Umfangs, die letztlich zumeist in einer Entscheidung münden (Koenig 2011; Stivers 2005b).

Ein Therapieplanungsgespräch kann erst zum Abschluss gebracht werden, wenn die PatientInnen den ärztlichen Therapieempfehlungen zugestimmt haben bzw. wenn die

---

[73] Vgl. Robinson (2016) für einen Überblick über das aus der Ethnomethodologie stammende Konzept der *accountability*. Unter dem Begriff *account* verstehe ich hier und im Folgenden mit Robinson (2016: 15f.) „an 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". Noch allgemeiner lässt sich festhalten, dass es sich bei *accounts* um „a kind of reason for action, an explanation for ‚why' an action was committed" handelt (Buttny/Morris 2001: 290). Indem ÄrztInnen ihre Therapieempfehlungen *accountable* machen, machen sie sie folglich versteh- und nachvollziehbar.

Interagierenden – ggf. erst in einem Folgegespräch, nachdem den PatientInnen Zeit zum Nachdenken eingeräumt wurde – zu einer gemeinsamen Entscheidung gelangt sind (Lindström/Weatherall 2015; Stivers 2006). Hierin zeigt sich, dass die Therapieplanung eine Domäne geteilter Verantwortlichkeit darstellt und dass Ergebnisse von Therapieplanungssequenzen immer als Produkt ärztlichen *und* patientenseitigen Handelns zu verstehen sind. Selbst dann, wenn ÄrztInnen scheinbar unilateral ein spezifisches therapeutisches Vorgehen ankündigen, haben PatientInnen die Möglichkeit, ihr Einverständnis zurückzuhalten und auf diese Weise eine Expansion der ärztlichen Ankündigung, beispielsweise durch das nachträgliche Aufzeigen von Alternativen, zu erwirken (*passive resistance*, Koenig 2011).[74] Aktivere Formen des Widerstandes umfassen die explizite Ablehnung einer Empfehlung, das Hinterfragen der Wirksamkeit einer vorgebrachten Therapieoption, das Anführen eigener Erfahrungen, die gegen die empfohlene Therapie sprechen, u. v. m. (Lindström/Weatherall 2015). Widerstandspraktiken lassen sich insgesamt grob dahingehend unterscheiden, ob sie auf eine Anfechtung der deontischen und/oder der epistemischen Autorität der ÄrztInnen abzielen oder ob die PatientInnen eigene epistemische und/oder deontische Rechte beanspruchen (Stivers/Timmermans 2020: 75). Letztlich konstituieren PatientInnen durch ihr Interaktionsverhalten eine Entscheidung aber stets mit, denn „physician power does not unilaterally determine outcomes" (Costello/Roberts 2001: 243).

Da die vorangehend angeführten Forschungsergebnisse Studien entstammen, in denen z. T. ganz unterschiedliche kommunikative Gattungen und Kontexte untersucht werden, ist natürlich fraglich, inwiefern diese auf die mir vorliegenden Gesprächsdaten übertragbar sind. Im Folgenden thematisiere ich daher speziell noch einige Aspekte der Planung einer *medikamentösen* Therapie, da diese Therapieform in der Palliativversorgung zentral ist und daher auch im Fokus der folgenden Analysen steht. Innerhalb der Gesprächsanalyse wurde die Medikamentenverordnung bislang insbesondere in der *Primary Care*/der Hausarztpraxis (Barnes 2018; Koenig 2011; Spranz-Fogasy 1988) sowie in einigen spezialisierten Settings wie der Onkologie (Roberts 1999), der Psychiatrie (Bolden/Angell 2017; Quirk et al. 2012), der Gynäkologie (Landmark/Gulbrandsen/Svennevig 2015), der Pädiatrie (Stivers 2002a, 2005a), der Diabetologie (Collins/Drew et al. 2005; Lutfey 2004) und in HIV-Sprechstunden (Groß 2018) untersucht. Da einige der wesentlichen Ergebnisse dieser Studien bereits in die vorangehenden Ausführungen zu Therapieplanungen einflossen, gehe ich im Folgenden lediglich näher auf die Studie von Spranz-Fogasy (1988) ein.

Spranz-Fogasy (1988) beschreibt in seinem Beitrag, bei dem es sich m. W. um die einzige deutschsprachige gesprächsanalytische Studie zur Planung medikamentöser

[74] Analytisch ergibt sich diesbezüglich m. E. jedoch die Herausforderung, dass fehlende Reaktionen auf ärztliche Empfehlungen nicht zwangsläufig Widerstand indizieren. Gerade in palliativen Settings, wo die PatientInnen z. T. bereits sehr geschwächt und mitunter auch kognitiv beeinträchtigt sind, kann Schweigen etwa auch auf eine fehlende Konzentrationsfähigkeit o. dgl. hindeuten.

Therapien handelt, die folgenden fünf thematischen Komponenten des Sprechens über Medikamente:

i) Verschreibung: Diese Themenkomponente erfüllt die Aufgabe des Informierens und ist obligatorischer Bestandteil jeder Planung einer medikamentösen Therapie. Sie umfasst neben der Nennung des Medikamentennamens auch Angaben über die Medikamentenform (Tablette, Salbe etc.), über Inhaltsstoffe, die Medikamentenklasse u. a. Tritt diese Komponente direkt zu Beginn der Therapieplanung auf, was in den meisten der von Spranz-Fogasy betrachteten Gesprächen der Fall ist, wird eine weitere Diskussion über mögliche therapeutische Alternativen systematisch unterbunden.
ii) Gegenanzeigen/Wechselwirkungen: Die zweite von Spranz-Fogasy (1988: 243f.) angeführte thematische Komponente dient der Exploration möglicher Kontraindikationen und patientenseitiger Vorerfahrungen mit den verordneten Medikamenten sowie dazu, den PatientInnen potenzielle Wechselwirkungen zu erläutern.
iii) Beschwerdenbezug/Wirkungsweise: Mittels dieser Themenkomponente klärt die Ärztin den Patienten über den Zusammenhang zwischen der verordneten Medikation und seinem individuellen Beschwerdebild auf und begründet so ihre Verschreibung.
iv) Einnahmehinweise: Am häufigsten wird im Rahmen der Medikamentenverordnung über Einnahmehinweise gesprochen, da diese die Wirksamkeit des verordneten Medikamentes sicherstellen sollen. Den ÄrztInnen kommt hierbei insofern die interaktive Aufgabe des Instruierens zu, als sie den PatientInnen relevante Einnahmemodalitäten vermitteln und die Notwendigkeit der Einhaltung dieser Hinweise betonen.
v) Wirkungsprognose: Mit diesem Begriff referiert Spranz-Fogasy (1988: 247) zuletzt auf jene ärztlichen Äußerungen, die die „erwartbaren oder möglichen Resultate der medikamentösen Therapie beschreiben".

Wird der Blick abschließend auf das medizinische Setting gerichtet, aus dem die Gesprächsdaten der vorliegenden Arbeit stammen, so lässt sich bereits präanalytisch festhalten, dass die von Spranz-Fogasy (1988) für das hausärztliche Erstgespräch beschriebenen Komponenten der Medikamentenverschreibung auch in ÄPI auf der Palliativstation auftreten, allerdings in modifizierter Form. PalliativpatientInnen leiden häufig unter einer Multimorbidität und müssen daher gleichzeitig mehrere Medikamente nehmen, weshalb dort ein besonderes Augenmerk auf der Exploration von Wechselwirkungen zwischen verschiedenen Medikamenten liegt (Wulf/Volberg/Morin 2020). Der größte Unterschied zwischen der Medikamentenverordnung im ambulanten Bereich und der im stationären Setting liegt aber in der Komponente der Einnahmehinweise: Da oral einzunehmende Medikamente vom Pflegepersonal gebracht und intravenös zu verabreichende Medikamente in Form von Infusionen ange-

hängt werden, tragen die PatientInnen nicht die (alleinige) Verantwortung für die regelmäßige Einnahme ihrer Medikamente. Selbst wenn sie ein Medikament vergessen oder es absichtlich nicht nehmen, wird eine Pflegekraft sie darauf hinweisen oder ggf. den ÄrztInnen Bescheid sagen, sodass diese in eine weitere Aushandlung mit den PatientInnen treten können. Hinzu kommt, dass die ÄrztInnen jene PatientInnen, die schon mehrere Tage oder Wochen auf der Palliativstation liegen, bereits gut kennen und dementsprechend auch über deren Unverträglichkeiten, Präferenzen etc. Bescheid wissen. Präsequenzen zu Therapieempfehlungen, in denen ÄrztInnen zunächst Informationen über bereits eingenommene Medikamente in Erfahrung bringen (Barnes 2018), können daher ebenso wie Strategien zur Adhärenzsicherung entfallen.

Im Anschluss an die Darlegung des Forschungsstandes, in dem aufgrund des Fehlens gesprächsanalytischer Arbeiten zum pflegerischen Sprechen über Medikamente lediglich die ärztliche Therapieplanung und das ärztliche Sprechen über Medikamente in den Blick genommen werden konnten, wende ich mich im nun beginnenden analytischen Teil zunächst der Interaktion zwischen PflegerInnen und PatientInnen zu.

### 6.1.2 Pflegerisches Sprechen über Medikamente

Zwischen der ärztlichen Verordnung eines Medikamentes und der Einnahme der Medikamente durch die PatientInnen stehen im stationären Krankenhausalltag die Pflegekräfte, die den PatientInnen die Medikamente gemäß des vorgeschriebenen Zeitplans bereitstellen bzw. verabreichen. Neben der verordneten Basismedikation können die PflegerInnen dabei auch von einer sog. Bedarfsmedikation Gebrauch machen: Haben PatientInnen beispielsweise starke Schmerzen oder leiden unter plötzlich auftretender Übelkeit, kann die Pflegekraft eine zusätzliche Dosis des verordneten Analgetikums (Schmerzmittels) bzw. ein Antiemetikum (zur Behandlung von Übelkeit und Erbrechen) verabreichen (Clemens/Klaschik 2007: 271f.). Mitunter geht der Medikamentengabe deshalb auch eine entsprechende Beschwerdeexploration voraus. Gegenstand der folgenden Analysen ist die Frage, welche kommunikativen Praktiken im Kontext des pflegerischen Sprechens über Medikamente und somit innerhalb der kommunikativen Gattung ‚Therapieumsetzung' am häufigsten auftreten. Daneben gilt es, herauszuarbeiten, welche formalen Ressourcen jeweils als charakteristisch für eine Praktik gelten können.

#### *6.1.2.1 Praktik INFORMIEREN*[75]

Eingeleitet wird die Betrachtung des pflegerischen Sprechens über Medikamente mit der Analyse der am wenigsten komplexen, zugleich aber am häufigsten auftretenden Praktik (n=30): dem INFORMIEREN. Sucht eine Pflegekraft eine Patientin mit dem Ziel

[75] Praktikenbezeichnungen erscheinen in dieser Arbeit stets in Kapitälchen.

auf, ihr ein bestimmtes Medikament zu verabreichen, informiert sie die Patientin i. d. R. darüber, um welches Medikament es sich bei den mitgebrachten Tabletten, Tropfen, Infusionen, Zäpfchen etc. handelt. Da die Tabletten bereits aus der Verpackung entnommen sind, wenn die PflegerInnen sie auf das Nachttischchen der PatientInnen legen, können diese zumeist nicht direkt erkennen, welches Medikament sie vor sich haben. Gleiches gilt auch für Infusionslösungen und andere Medikamentenformen wie etwa Tropfen, die zumeist farblos und daher allein optisch nicht identifizierbar sind. Das folgende minimale Beispiel illustriert, wie PflegerInnen die Aufgabe, die PatientInnen über das mitgebrachte Medikament zu informieren, prototypisch realisieren:

***Ausschnitt 1: Pantozol (533_16_P_20190405; 00:00:19-00:00:22)***[76]

```
001 PFw14:   <<p> des isch jetzt des panto>ZOL?
002 PAm16:   hm HM,
```

Da prinzipiell jede Äußerung Informationen enthält, erweist sich eine genaue Definition der Praktik INFORMIEREN als schwieriges Unterfangen (Dannerer 1999: 87). In der vorliegenden Arbeit wird diese Problematik zusätzlich dadurch forciert, dass in Kapitel 6.1.2.2 auch die Praktik ERKLÄREN beschrieben wird. Da dieser Praktik aber ebenso wie der Praktik INFORMIEREN die Funktion der Behebung eines Wissensdefizits zukommt, stellt sich zwangsläufig die Frage nach den Differenzierungskriterien bzw. der Trennschärfe der beiden Praktiken. In gesprächsanalytischen Arbeiten, die vom Begriff *Informieren* Gebrauch machen, wird zumeist entweder auf eine nähere Definition verzichtet und der Analyse entsprechend implizit ein Alltagsverständnis hiervon zugrunde gelegt (Hilmisdóttir 2016; Stommel 2016) oder es wird eine sehr weite Begriffsdefinition gewählt, die auch Praktiken wie BESCHREIBEN oder ERKLÄREN umfasst (Weidner 2017). Speziell in Bezug auf das pflegerische Sprechen differenziert Brünner (2005: 63) im Bereich von Praktiken zur Wissensvermittlung zwischen „Informieren (z. B. über Medikamente […]), Erklären (z. B. […] des Sinns einer Maßnahme) [und] Aufklären (z. B. über Warnsignale einer Krankheit)". Da Brünner allerdings kein Gesprächsmaterial anführt, anhand dessen sie ihre Heuristik empirisch untermauern könnte, ist fraglich, inwiefern diese sehr willkürlich scheinende Differenzierung überhaupt einer Überprüfung standhalten würde.

Bezüglich der vorliegenden Pflege-PatientIn-Interaktionen fasse ich lediglich die Nennung des Medikamentennamens (oder eine vergleichbare Angabe wie z. B. „was gegen Übelkeit", 014_02_P_20180628) und somit das In-Kenntnis-Setzen über das mitgebrachte Medikament unter die Praktik INFORMIEREN. Dass ich separat davon auch die Praktik ERKLÄREN ansetze, die dazu dient, die PatientInnen über die Wirkweise der Medikamente, den Grund der Verordnung etc. aufzuklären, liegt in den Gesprächen

[76] Die Sprechersigle *PFw00* steht in dieser Arbeit für eine Pflegerin, *PFm00* entsprechend für einen Pfleger. Patientinnen werden analog dazu mit *PAw00*, Patienten mit *PAm00* abgekürzt.

selbst begründet: Die Sequenzen, die ich jeweils als pflegerisches INFORMIEREN bzw. ERKLÄREN fasse, treten erstens nicht zwangsläufig gemeinsam auf, zweitens handelt es sich beim ERKLÄREN dominant um ein reaktives Format, während das INFORMIEREN in 25 von 30 Fällen in erster Sequenzposition auftritt, und drittens reagieren die PatientInnen unterschiedlich auf die beiden Formate. Insofern handelt es sich zwar, wie die Analysen dieses sowie des nächsten Unterkapitels zeigen, um bisweilen eng miteinander verbundene, dennoch aber distinkte Praktiken. Im Folgenden setze ich mich zunächst näher mit der Frage auseinander, wodurch sich die Praktik INFORMIEREN auszeichnet.

Tabelle 1 gibt einleitend einen Überblick über die lexikalisch-syntaktischen Formate, auf die die PflegerInnen zum Zwecke des INFORMIERENS über Medikamente zurückgreifen. Sowohl bei dieser als auch bei den anderen im aktuellen Kapitel abgedruckten Tabellen handelt es sich um eine schematische – und daher zwangsläufig reduktionistische – Übersicht, die lediglich dazu dient, die formalen (lexikalisch-syntaktischen) Charakteristika der Praktik zusammenfassend darzustellen. Über die sequenziell-interaktive Einbettung der Praktiken und deren funktionale Dimension kann ein solches Schema freilich keine Aussage treffen.[77]

Tabelle 1: Sprachliche Formate der pflegerischen Praktik INFORMIEREN

- Kopulakonstruktion: $NP_{Nom}$/AdvP + *sein* (Präsens, Indikativ/Konjunktiv II) + $NP_{Nom}$: *Da wäre Novalgin*.
- Alleinstehende $NP_{Nom}$: *Zweimal Infusion*.
- Personalpronomen 1. Pers. Sg. + Handlungsverb (*geben/hinstellen/anhängen/(mit)bringen)* (Präsens/Perfekt, Indikativ/Konjunktiv II) + ($NP_{Dat}$) + $NP_{Akk}$: *Ich hab Ihnen Infusionen gebracht*.
- Personalpronomen 1. Pers. Sg. + *haben* (Präsens, Indikativ) + Partikel *noch* + $NP_{Akk}$: *Ich hab noch Ihre Schmerztablette*.

Realisierung der $NP_{Nom/Akk}$ zur Bezeichnung des Medikamentes (ggf. erweitert um Possessivpronomen der 3. Pers. Pl.):

- Medikamentenklasse: *Schmerzmittel*
- Medikamenten-/Wirkstoffname: *Diazepam, Morphium* etc.

[77] Letztlich gerät durch derartige Formalismen die Adaptivität und Indexikalität einer Praktik aus dem Blick. So treten mitunter zusätzlich z. B. verschiedene Partikeln auf, die in dieser Übersicht fehlen, denen im konkreten interaktiven Kontext aber eine wichtige Funktion zukommt. Es steht daher selbstverständlich außer Frage, dass sprachliche Formen nie kontextlosgelöst auftreten und sich ihre konkreten Funktionen erst im interaktiven Gebrauch bestimmen lassen. Dementsprechend sind sämtliche der im aktuellen Kapitel abgedruckten Tabellen auch nicht als geschlossene Listen zu betrachten. Da im Rahmen dieser Arbeit jedoch zwangsläufig nur eine geringe Anzahl an Transkripten abgedruckt und analysiert werden kann, liegt der Vorteil derartiger abstrahierender Übersichten darin, dass sich so die zentralen lexikalisch-syntaktischen Charakteristika einer Praktik zumindest gebündelt darstellen lassen.

- Verabreichungsform: *Infusion, Tropfen* etc.
- Metapher (zumeist aus dem Bereich der Spirituosen): *Likörchen, Schnäpsle* etc.
- Indefinitpronomen + PräpP: *etwas gegen Übelkeit, etwas für den Stuhlgang*

Der folgende Gesprächsausschnitt stammt vom Beginn einer Interaktion[78] zwischen einer Pflegerin und der Patientin Frau Werschel (Pseudonym). Nach dem Betreten des Zimmers hatte die Pflegerin zunächst eine Infusionsflasche abgenommen, deren Inhalt vollständig durchgelaufen war. Im Anschluss daran informiert sie die Patientin darüber, dass sie deren Schmerztablette sowie ihre Thrombosespritze mitgebracht hat:

***Ausschnitt 2: Thrombosespritze (266_14_P_20190315, 00:00:11–00:00:23)***

```
013 PFw12:  ich hab hier noch ihre SCHMERZtablette?
014 PAw14:  jo:? (1.4)
015 PFw12:  und dann noch ihre thromBOsespritze?
016 PAw14:  jo:,
017         ((Spritze wird aus Verpackung genommen; 4.0 Sek.))
018         ((stöhnt))
019 PFw12:  ich müsst mal an ihren BAUCH;
```

Ebenso wie die meisten PatientInnen in den mir vorliegenden Belegen mittels eines minimalen Rückmeldesignals[79] auf die Informationssequenz reagieren – nur in drei der 30 Belege bleibt eine verbale Reaktion aus –, quittiert auch Frau Werschel die erhaltenen Informationen allein durch die Partikel ‚ja' (Z. 014, 016). Während die Patientin die Tablette selbst einnehmen kann, wird die Spritze durch die Pflegerin injiziert, weshalb diese schließlich anführt, ‚mal an Frau Werschels Bauch' zu müssen (Z. 019). Hinsichtlich der temporalen Dimension ist zuletzt zu konstatieren, dass die Praktik INFORMIEREN dazu dient, „das Jetzt zu bewältigen" (Ayaß 2021: 57), da die Einnahme der entsprechenden Medikamente unmittelbar erfolgen soll.

Im Falle der Verabreichung einer Infusion folgt auf die Nennung des Medikamentennamens bisweilen noch die Information, dass die mitgebrachte Lösung den gleichen Wirkstoff enthält wie die Tabletten, die die PatientInnen bislang bekommen haben. Daneben schließt sich an die Informationssequenz teilweise auch die Frage an, ob die

[78] Die eine Hälfte der vorliegenden Belege für die Praktik INFORMIEREN tritt in der *anchor position* (Schegloff 1986: 116) am Gesprächsbeginn auf, die andere Hälfte zu einem späteren Zeitpunkt.

[79] In der Vagheit des deutschen Begriffs *Rückmeldesignal* sehe ich bzgl. des vorliegenden Beispiels und auch hinsichtlich vieler anderer zu besprechender Sequenzen eine Stärke gegenüber den präziseren englischen Termini *acknowledgement token* (Jefferson 1984a) oder *continuer* (Schegloff 1982: 81): Ob die PatientInnen eine erhaltene Information ratifizieren oder lediglich signalisieren, dass sie keine Übernahme des Rederechts anstreben und die Pflegekräfte ihren Turn fortsetzen können, lässt sich häufig nicht (eindeutig) bestimmen.

PatientInnen aktuell überhaupt Medikamente schlucken können.[80] In allen mir vorliegenden Belegen wird diese Frage bejaht, sodass die Pflegekraft die jeweiligen Tabletten bzw. Tropfen verabreicht und die Informationssequenz beendet werden kann. Das folgende Beispiel illustriert dies. Unmittelbar zuvor hatte die Pflegerin den Blutdruck von Frau Rüpper gemessen. Auf die Mitteilung des Ergebnisses folgt eine fünf Sekunden lange Gesprächspause, ehe sich die Interaktion wie folgt fortsetzt:

***Ausschnitt 3: Laxans- und Mucosolvan (491_07_P_20190323; 00:03:51–00:04:06)***

```
094 PFw06:  GUGga se mal;
095         da SIN, (1.6)
096         die laXANStropfa,
097         und die mucosolVANtropfen;
098         meina se die kÖnne se n (.) SCHLUGga;
099         des GEHT? (-)
100         und des pantoZOL?
101 PAw07:  HM hm; (--)
102 PFw06:  gEht des AUCH? (--)
103         ja?
104 PAw07:  <<p, creaky> m=JA:;>
```

Nachdem mittels des Imperativs „GUGga se mal;“ (Z. 094) ein geteilter Aufmerksamkeitsfokus etabliert wurde, setzt die Pflegerin die Patientin über die mitgebrachten Medikamente in Kenntnis: „da SIN, (1.6) die laXANStropfa, und die mucosolVANtropfen;“ (Z. 095–097). In direktem Anschluss erkundigt sie sich mittels des intrasubjektiv-circumstantiell gebrauchten Modalverbs ‚können‘ (vgl. Zifonun et al. 1997: 1268) danach, ob Frau Rüpper sich dazu in der Lage sieht, die Tropfen zu schlucken. Offensichtlich folgt auf diese Frage sodann eine nonverbale Reaktion der Patientin, da die Pflegerin in dritter Position eine Verstehensüberprüfung vornimmt: „des GEHT?“ (Z. 099). Die folgende TCU (*turn-constructional unit*, Sacks/Schegloff/Jefferson 1974: 701f.) der Pflegerin ist sodann ambig hinsichtlich der damit vollzogenen Handlung: Entweder nutzt die Pflegerin hier die durch ihre vorherigen TCUs (Z. 098, 099) evozierte Strukturlatenz (Auer 2007: 105) aus und versucht, in Erfahrung zu bringen, ob Frau Rüpper auch das Pantozol schlucken kann, oder sie informiert die Patientin schlicht über das andere mitgebrachte Medikament. Dass folglich auch das Rückmeldesignal der Patientin (Z. 101) ambig ist, es sich also entweder um ein zustimmendes Responsiv auf die als Frage aufgefasste vorherige TCU der Pflegerin oder um ein *acknowledgement token* handelt, durch welches die Patientin anzeigt, die vorherige TCU als Information interpretiert zu haben, zeigt sich interaktiv an der expliziten

[80] Beide genannten Erweiterungen sind darauf zurückzuführen, dass manche Medikamente zu einer verminderten Speichelbildung führen, wodurch die Mundschleimhäute austrocknen und das Schlucken schwerfällt. Mitunter wurden besonders große und schwer schluckbare Tabletten von den ÄrztInnen daher bereits auf die Infusionsform umgestellt. Ist dieser Wechsel noch nicht erfolgt, erkundigt sich die Pflegekraft bei den PatientInnen, ob ein Schlucken überhaupt möglich ist.

Nachfrage der Pflegerin: „gEht des AUCH?“ (Z. 102). Wahrscheinlich reagiert die Patientin hierauf wieder lediglich nonverbal, weshalb die Pflegerin in dritter Position ihr Verständnis zur Ratifikation stellt bzw. die konditionelle Relevanz einer eindeutigen Antwort erneuert (Z. 103), bevor Frau Rüpper die Frage schließlich explizit bejaht (Z. 104).

Insgesamt handelt es sich beim pflegerischen INFORMIEREN um eine Praktik von geringer Komplexität, die im Dienste einer der zentralen Aufgaben der Pflegekräfte steht – der in situ erfolgenden Medikamentengabe – und somit indexikalisch auf die Berufsrolle der Pflege verweist. In fünf Fällen kommen die PatientInnen den Pflegenden zuvor und erkundigen sich, um welches Medikament es sich bei den mitgebrachten Tabletten etc. handelt; davon abgesehen wird die Praktik von den PflegerInnen stets eigeninitiativ in erster Sequenzposition realisiert. Da die Entscheidung für die zu verabreichenden Medikamente bereits im Gespräch mit den ÄrztInnen getroffen wurde und die PflegerInnen die Therapie somit lediglich umsetzen, wird die Zustimmung der PatientInnen präsupponiert und nicht nochmals eingefordert. Dementsprechend dient das INFORMIEREN allein dazu, mitgebrachte Medikamente identifizierbar zu machen.

#### *6.1.2.2 Praktik ERKLÄREN*

ERKLÄREN wurde in der Linguistik bislang dominant aus einer sprechakttheoretischen Perspektive und damit isoliert von jeglichem interaktiven Kontext sowie lediglich auf Grundlage konstruierter Beispiele untersucht (u. a. Bayer 1981; Klein 1987, 2001). Die bis dato vorliegenden gesprächsanalytischen Arbeiten, die sich dem ERKLÄREN demgegenüber in seiner situativ-interaktiven Emergenz widmen, betrachten das Auftreten dieser Praktik insbesondere in den prototypischen „Erklär-Institutionen“ (Klein 2001: 1327) Schule und Hochschule, wo Erklärsequenzen bedingt durch die Komplexität der Explananda häufig sehr umfangreich sind (Harren 2015; Hohenstein 2006; Kotthoff 2009). Außerhalb von Interaktionen in der (Hoch-)Schule als einer Institution, die primär das Ziel des Wissenstransfers verfolgt, treten Erklärungen zumeist in größeren Handlungszusammenhängen wie etwa Narrationen auf. Sie werden relevant, wenn interaktiv ein Wissensdefizit manifest wird oder eine Gesprächsteilnehmerin bei ihrem Gegenüber Wissensasymmetrien antizipiert (Keppler/Luckmann 1991; Spreckels 2009: 1). Wird daraufhin eine Erklärsequenz initiiert, nehmen die InteraktionspartnerInnen temporär gemäß ihrem epistemischen Status die komplementären Interaktionsrollen ‚Erklärende‘ und ‚Erklärrezipient‘ ein und beanspruchen dementsprechend mehr oder weniger deontische Rechte, insbesondere hinsichtlich der Redeanteile. Abgeschlossen werden kann eine Erklärsequenz dann, wenn die Person mit dem niedrigeren epistemischen Status die Wissensvermittlung ratifiziert und so die weitere thematische Progression des Gesprächs ermöglicht.
Im definitorischen Durcheinander von Versuchen, die Praktik ERKLÄREN zu bestimmen und trennscharf von ähnlichen Praktiken zu unterscheiden, folge ich Stukenbrock

(2009: 160), die nicht von einem vordefinierten engen Verständnis ausgeht, sondern stattdessen „heuristisch zunächst einen flexibleren Begriff von ERKLÄREN […] [wählt], der nicht *top down* festlegt, was unter dem Verfahren und seinem Ergebnis […] zu verstehen ist". Dies ermöglicht es letztlich auch, zu untersuchen, was die Beteiligten selbst als Erklärung behandeln.[81]

Wird der Blick im Folgenden auf das pflegerische Sprechen über Medikamente gerichtet, ist es für die nähere Bestimmung dessen, was ich datengeleitet in Bezug auf meine Kollektion unter ERKLÄREN verstehe, zunächst vonnöten, hiervon die Praktik INFORMIEREN abzugrenzen: Während das INFORMIEREN über Medikamente allein den Zweck erfüllt, ein mitgebrachtes Medikament für die PatientInnen identifizierbar zu machen, d. h. ihnen dessen Namen oder Klassenzugehörigkeit mitzuteilen (Was?), wird in Erklärsequenzen spezifischeres Wissen über die Medikamente, insbesondere über deren Indikation (Wofür?), über Einnahmemodalitäten und Wirkmechanismen (Wie?) sowie den Grund der Einnahme (Warum?) vermittelt. Da die Pflegekräfte die Informationssequenz zumeist nicht weiter expandieren, sondern die Vermittlung von Wissen über das mitgebrachte Medikament nach der Nennung von dessen Namen abschließen und erst auf Nachfrage um die Komponenten ‚Wofür?', ‚Wie?' und ‚Warum?' etc. erweitern, betrachte ich ERKLÄREN als eigenständige, vom INFORMIEREN unabhängige Praktik. Dass es sich um distinkte Praktiken handelt, ergibt sich zudem aus den unterschiedlichen Reaktionen der PatientInnen, wie nachfolgend gezeigt wird. Allerdings lässt sich nicht abstreiten, dass die beiden Praktiken in einem engen sequenziellen Zusammenhang stehen: Sieben der elf in meiner Kollektion auftretenden Belege für die Praktik ERKLÄREN folgen auf die Praktik INFORMIEREN.

Ebenso wie im vorherigen Unterkapitel stelle ich auch hier den folgenden Betrachtungen eine Übersicht über die lexikalisch-syntaktischen Merkmale der Praktik ERKLÄREN voran:

[81] Vgl. Morek (2012: 30ff.) für einen Überblick über verwandte Praktiken, die ebenfalls über explanatives Potenzial verfügen, sowie für verschiedene Definitionsversuche.

Tabelle 2: Sprachliche Formate der pflegerischen Praktik ERKLÄREN

- Kopulakonstruktion: $NP_{Nom}$ + *sein* (Präsens, Indikativ) + PräpP: *Das ist gegen Übelkeit.*
- $NP_{Nom}$ + telisches agentives Handlungsverb (*machen/bewirken/betäuben/tun/anregen/helfen/wirken*) (Präsens, Indikativ) + …
  - … *dass*-Komplementsatz: *Die machen, dass der Stuhlgang nicht so fest wird.*
  - … $NP_{Akk}$: *Die regen den Darm an.*
  - … PräpP: *Das hilft gegen Schmerzen.*
  - … AdvP: *Das wirkt dort.*
- Generische Formate:
  - PräpP *in der/aller Regel*: *In der Regel gibt man das so eine Woche lang.*
  - Generisches Pronomen *man*: *Das Schmerzpflaster kann man zwölf Stunden drauflassen.*
- Anaphorisches Konjunktionaladverb *deswegen* mit retraktiv konklusiver Funktion (Position: am Ende einer Erklärsequenz): *Deswegen hat man das jetzt gemacht.*

In acht der elf betrachteten Erklärsequenzen werden diese durch eine Relevantsetzung von Nichtwissen durch die PatientInnen oder deren Angehörige initiiert und treten dementsprechend dominant reaktiv, in zweiter Sequenzposition, auf:

***Ausschnitt 4: Kepral (202_12_P_20190305; 00:00:57-00:01:18)***[82]

```
043 PFm10:   °h des ANdre isch noch a- (-)
044          a kePRA:L;
045          desch ja jetzt a NEUS medikamEnt;=ALso-
046 PAm12:   ((beginnt zu schnarchen, insgesamt 13 Sekunden lang))
047 ANm12b:  okee für was isch DES,
048 PFm10:   °h des ISCH-
049          sag i MOL-
050          (.) WEga-
051          KRAMpfe,
052          KRAMPFanfälle irgendwo so was;
053          °h er hat jetzt BIS jetzt no nix in die richdung
             ghAbt,
054          aber [weil ma im KO]PF praktisch was gfUnda ghabt hat;
055 ANm12b:       [hm HM;       ]
056 PFm10:   °h möcht mer_s jetzt ERSCHT amol:-
057          äh: vorÜbergehend GEba; (--)
058 ANm12b:  alles [KLAR;=]
059 PFm10:         [und-  ]
060 ANm12b:  =aufGRUND von nem:-
061          tse TE [vom:- ]
062 PFm10:          [vom vo][m tse] TE;
```

Der Pfleger hatte zwei Infusionen mitgebracht und den Patienten Herrn Lewandowski sowie dessen Sohn bereits über den Inhalt einer der beiden Infusionen informiert („°h oimal desch novalGIN,"). Zu Beginn des abgedruckten Ausschnittes folgt sodann die

[82] Die Kürzel ANw00 und ANm00 referieren auf weibliche bzw. männliche Angehörige.

Information über den Inhalt der anderen Infusion (Z. 043–044), gefolgt von der Angabe, dass es sich dabei um ein ‚neues Medikament' handelt (Z. 045).[83] Da Herr Lewandowski immer wieder plötzlich für kurze Zeit einschläft, ist in Ermangelung multimodaler Daten unklar, ob der Pfleger diese Information, die er mittels der Abtönungspartikel „ja" (Z. 045) als prinzipiell bekannt modalisiert (vgl. Reineke 2018: 191f.), an den kurz darauf schnarchenden Patienten oder an dessen Sohn (ANm12b) richtet. Der Sohn quittiert die erhaltene Information zunächst durch das *acknowledgement token* „okee" (Z. 047), erachtet die Äußerung des Pflegers aber offensichtlich nicht als ausreichend und fügt die Nachfrage „für was isch DES;" (Z. 047) an. Dadurch setzt er ein Wissensdefizit relevant, etabliert einen Zugzwang zum „Erklären-Wofür" (Morek 2016: 160) und konstituiert somit den Einsatzbereich des Medikamentes als potenzielles Explanandum.

Anschließend liefert der Pfleger in zweiter Sequenzposition die eingeforderte Erklärung. Das in Z. 048 begonnene Syntagma wird dabei zunächst durch den parenthetischen Einschub „sag i MOL-" (Z. 049) unterbrochen, mittels dessen die Formulierung der folgenden TCU im Sinne eines *disclaimers* (Hewitt/Stokes 1975) prospektiv als nicht präzise und daher nur vorläufig modalisiert wird (vgl. Imo 2010a: 44).[84] Schließlich erfährt die in Z. 048 eröffnete Kopulakonstruktion durch die PräpP „WEga-KRAMpfe, KRAMPFanfälle irgendwo so was;" (Z. 050–052) einen Gestaltschluss, wobei die Unschärfemarkierung „irgendwo so was;" ein *epistemic downgrading* (Heritage/Raymond 2005) markiert. Solche epistemischen Herabstufungen oder auch explizite *displays* von Nichtwissen (vgl. Birkner/Burbaum 2016) treten in pflegerischen Erklärsequenzen vornehmlich dort auf, wo die Wissensvermittlung Aspekte der Therapieplanung und somit das deontische und epistemische Territorium der ÄrztInnen tangiert.

An die Wofür-Erklärung schließt sich im Folgenden eine Warum-Erklärung an, mittels derer der Pfleger expliziert, auf welcher Grundlage das Medikament indiziert erscheint: „weil ma im KOPF praktisch was gfUnda ghabt hat; °h möcht mer_s jetzt ERSCHT amol:- äh: vorÜbergehend GEba;" (Z. 054, 056–057). Dadurch, dass er bzgl. des genauen Befundes vage bleibt und lediglich das Indefinitpronomen ‚was' anführt, vermeidet er auch hier, in den Kompetenzbereich der ÄrztInnen einzudringen, denen die Diagnosestellung obliegt. Herr Lewandowskis Sohn dokumentiert sodann durch das

---

83 Möglicherweise stellt sich die Frage nach der Funktion der in schnellem Anschluss an die vorherige Intonationsphrase realisierten Mikro-Aposiopese „ALso-" (Z. 045). Hier liegt jedoch schlichtweg eine Idiosynkrasie vor, da der Pfleger PFm10 in sämtlichen Gesprächen, die von ihm vorliegen, an zahlreichen Stellen in gleicher sequenzieller Position diese Aposiopese realisiert.

84 In einer anderen, vier Tage später stattfindenden Interaktion zwischen Herrn Lewandowski und dem Pfleger PFm10 wird deutlich, weshalb der Pfleger im vorliegenden Ausschnitt den assertiven Gehalt seiner Erklärung herabstuft: In Gespräch 338_12_P_20190309 weist er darauf hin, dass es sich bei dem, was umgangssprachlich unter dem Begriff *Krampf* verstanden wird, um ein anderes Krankheitsbild handelt als bei den Krämpfen, die bei Herrn Lewandowski aufgrund einer neuronalen Disposition möglicherweise auftreten könnten.

Rückmeldesignal „alles KLAR;“ (Z. 058), dass sein Wissensdefizit behoben wurde. Die Erklärsequenz kann damit prinzipiell als abgeschlossen gelten, wird aber noch durch eine vom Sohn geäußerte Inferenz hinsichtlich der evidentiellen Grundlage des Befundes expandiert (Z. 060–061), die der Pfleger abschließend ratifiziert (Z. 062).

Auch im nächsten Beispiel, das eine elaboriertere Erklärung als der vorangehende Ausschnitt zeigt, werden die explanativen Ausführungen von der Frage einer Angehörigen, der Ehefrau des Patienten Herrn Nachtigall, eingeleitet. Zu Beginn der morgendlichen Interaktion fand sich zunächst eine kurze Informationssequenz, in der die Pflegerin den Namen der mitgebrachten Infusion nannte („ich hab jetza des äh: meroNEM,“). Anschließend empfahl sie dem Patienten vor dem Hintergrund der geplanten Pleuradrainage auf das Frühstück zu verzichten. Die Infusion mit dem Antibiotikum Meronem könne aber trotzdem angehängt werden.

***Ausschnitt 5: Piptaz (264_13_P_20190318; 00:00:58-00:01:42)***

```
001 ANw13a:  warum beKOMMT des der mann[85] noch;
002          des antiBIOtika, (-)
((10 Sekunden Auslassung))
013 PFw11:   °hh und er hat <<rhythmisch> Unter dIEser beHANDlung,>
014          °h AUFgefiebert. (--)
015          also hat des piptaz keine große WIRkung gehabt,
016          °hh und man muss dann ein speziELles äh antiBIOtika
             n[Ehma.]
017 ANw13a:   [AUf  ]gefiebert heißt dass er ↑FIEber hatte,
018 PFw11:   er hatte temperaTUra entwickelt auf jeden [fall.]
019 ANw13a:                                           [ah:; ] (-)
020 PFw11:   [ne,  ]
021 ANw13a:  [oKEE,]
022 PFw11:   °h und dann WECHselt mer_s antibiotika,
023          des piptaz isch an BREITband, (--)
024          <<len> des deckt viel AB,
025          aber [net S     ]O,
026 ANw13a:       [<<p> ah:;>]
027 PFw11:   °h [wie MANche    ]s,
028 ANw13a:     [des isch KLAR.]
029 PFw11:   °h wo dann die kEIme emPFINDlich sin;>
030 ANw13a:  ach;
031 PFw11:   [äh-  ]
032 ANw13a:  [oKEE;]
033          alles GUT; (-)
034 PFw11:   des[wegen WE][CHselt ma;         ]
035 ANw13a:     [nee-    ]
036                       [mich hat_s nur noch] GWUNdert;
037          DAher;
038 PFw11:   m:_HM,
```

Die Ehefrau des Patienten etabliert in Z. 001 und 002 das von der Pflegerin mitgebrachte Antibiotikum als Gesprächs- und Erklärgegenstand, indem sie sich nach dem Grund für dessen Gabe erkundigt. In der nicht abgedruckten Sequenz führt die Pflegerin daraufhin an, dass der Patient zunächst ein anderes Antibiotikum (Piptaz) bekommen habe, unter dessen Wirkung es allerdings zur Entwicklung von Fieber kam (Z.013–014). Eingeleitet durch den konklusiven Konnektor ‚also' (vgl. Dittmar 2010: 118) expliziert die Pflegerin sodann, dass vom Auffiebern auf die fehlende Wirkung des Antibiotikums geschlossen werden kann (Z. 015) und erläutert die Konsequenz, die sich daraus ergibt: „°hh und man muss dann ein speziELles äh antiBIOtika nEhma" (Z. 016). Der Gebrauch des tempusneutralen Präsens (vgl. Kuhlmann 2010: 225) und des generischen Pronomens ‚man' weist auf den Regelcharakter bzw. die Allgemeingültigkeit der Aussage hin und kontextualisiert in Verbindung mit dem deontisch gebrauchten Modalverb ‚muss', dass der Wechsel des Antibiotikums in Übereinstimmung mit geltenden pharmazeutischen Erkenntnissen erfolgte und „absolut indiziert"

[85] Frau Nachtigall referiert auf ihren Mann fast immer mittels der definiten NP ‚der Mann'.

(Anschütz 1982: 7) war.[86] Somit werden hier „Normalabläufe" versprachlicht, was für Erklärsequenzen typisch ist (Morek 2012: 29).

Nach einer kurzen Nebensequenz (*side sequence*, Jefferson 1972), in der Frau Nachtigall ihr Verständnis des Fachbegriffs *auffiebern* anzeigt und zur Ratifikation stellt (Z. 017–021), greift die Pflegerin ihre Erklärung wieder auf und reformuliert die Handlungskonsequenz (Z. 022), die aus der Fieberentwicklung resultiert. Anschließend nimmt sie eine Kategorisierung vor, indem sie das Antibiotikum, unter dem der Patient auffieberte, der Gruppe der Breitbandantibiotika zuordnet und es somit in einen Kontrast zur aktuellen Medikation, dem Meronem als ‚speziellem Antibiotikum' (Z. 016), stellt. Für die folgenden Erklärungen zum Einsatzbereich des Breitbandantibiotikums Piptaz verringert die Pflegerin ihr Sprechtempo. Sie führt aus, dass Piptaz vieles abdecke, allerdings nicht so viel wie manch anderes, spezifischer wirkendes Antibiotikum, gegen das Keime bislang keine Resistenzen ausbilden konnten und daher noch ‚empfindlich' (Z. 029) sind. In Überlappung mit dieser Erklärung signalisiert die Frau des Patienten zwar zunächst mittels des Erkenntnisprozessmarkers (*change-of-state token*, Heritage 1984a) „ah::" (Z. 026) die Beseitigung einer Wissensasymmetrie (vgl. Imo 2009; Keppler/Luckmann 1991: 158). In fast unmittelbarem Anschluss daran beansprucht sie aber durch die Kopulakonstruktion „des isch KLAR." (Z. 028) einen unabhängigen epistemischen Zugang zum Explanandum, da der erklärte Sachverhalt hiermit als selbstevident markiert wird (vgl. Deppermann 2018: 128f.; Gardner 2007). Es folgt wiederum ein weiterer Erkenntnisprozessmarker (Z. 030), ehe Frau Nachtigall die pflegerische Erklärung durch das potenziell sequenzschließende Responsiv „oKEE;" (Z. 032) quittiert (vgl. Couper-Kuhlen 2004: 350) und zusätzlich durch „alles GUT;" (Z. 033) eine weitere Beendigungsinitiative lanciert (vgl. Arens i. V.). Wenngleich die Angehörige auf diese Weise signalisiert, dass sie die Erklärungen der Pflegerin als ausreichend erachtet, erweitert diese ihre Ausführungen um den konklusiven Turn „deswegen WECHselt ma;" (Z. 034). Frau Nachtigall beendet die Erklärsequenz schließlich, indem sie ihre initiale Frage retraktiv rechtfertigt und gleichzeitig deren pragmatisches Gewicht herabstuft (Z. 036).

Wie anhand dieses Transkriptausschnittes illustriert wurde, ist die Praktik ERKLÄREN „besonders […] auf interaktive Rückkopplung(ssignale) angewiesen" (Stukenbrock 2009: 162), was sich darin manifestiert, dass in den betrachteten Erklärungen häufig Erkenntnisprozessmarker, aber auch routinisierte ‚Erkenntnisprozessformeln' wie *alles klar* oder *alles gut* auftreten. Bedingt ist dies sicherlich auch dadurch, dass die meisten Erklärsequenzen im Gegensatz zu Informationssequenzen, die fast ausschließlich von den Pflegekräften initiiert werden, auf eine Nachfrage der PatientInnen oder deren Angehörigen folgen, was eine Ratifikation des Wissenstransfers in dritter Position relevant setzt (vgl. Keppler/Luckmann 1991: 157).

---

[86] „Die medizinische Indikation stellt die fachlich begründete Einschätzung […] dar, dass eine Therapiemaßnahme sinnvoll und geeignet ist, um ein bestimmtes Behandlungsziel mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit zu erreichen" (Simon 2019: 48).

Das pflegerische Erklären erfüllt letztlich die Funktion, „to fully educate [the] patient [ ] about new medications after physician visits" (Tarn et al. 2006: 1861). In den meisten Fällen präsupponieren Pflegekräfte zwar, dass die Nennung des Medikamentennamens ausreicht, da die ÄrztInnen bereits über das Wie, Warum und Wofür der Medikamente aufgeklärt haben. Können sich die PatientInnen aber nicht an die ärztlichen Ausführungen erinnern und setzen daher ein Wissensdefizit relevant, wird die Informationssequenz um eine Erklärsequenz expandiert.

#### 6.1.2.3 Praktik ANKÜNDIGEN

Beim Ankündigen handelt es sich um eine Praktik, der eine aufgrund akuter Indikationen unilateral vonseiten der Pflegekraft getroffene Entscheidung zur kurzfristigen Änderung der Medikation vorausgeht. Dabei entscheiden die PflegerInnen entweder, ein von den ÄrztInnen angeordnetes Medikament zum vorgesehenen Zeitpunkt entgegen der Verordnung nicht zu verabreichen, den PatientInnen ein von den ÄrztInnen nur für den Bedarfsfall verschriebenes Medikament zu geben oder ein von den PatientInnen eingefordertes Medikament zugunsten eines anderen Medikamentes (noch) nicht bereitzustellen. Die Entscheidung für eine solche situative Anpassung der Medikation wird nicht interaktiv ausgehandelt, sondern von der Pflegekraft unilateral getroffen und der Patientin anschließend mitgeteilt; es kommt folglich zu keiner Verbalisierung des Entscheidungsfindungsprozesses, sondern lediglich zu einer Verbalisierung von dessen Resultat. Die den PatientInnen zugestandene Partizipationsmöglichkeit ist entsprechend sehr gering – sie können zwar widersprechen, werden aber nicht aktiv zu einer Stellungnahme bzw. zur Kundgabe ihrer Meinung animiert (vgl. auch Stivers et al. 2018: 1337f.).

Während die Pflegekräfte mittels der Praktik INFORMIEREN die interaktive Aufgabe lösen, die PatientInnen über das gemäß der ärztlichen Anordnung fristgerecht verabreichte Medikament in Kenntnis zu setzen, verweisen sie mittels des ANKÜNDIGENS also auf eine von ihnen selbst just getroffene Entscheidung zur Umstellung der regulären Medikation, die sie sodann in situ vornehmen. Im Gegensatz zum INFORMIEREN, das dominant in erster Sequenzposition auftritt, folgt das pflegerische ANKÜNDIGEN in allen Fällen (n=8) unmittelbar auf ein (verbalisiertes) Körperereignis der PatientInnen, durch welches eine Entscheidung zur Änderung der Medikation relevant gesetzt wird: Gibt die Patientin etwa Schmerzen an oder erbricht, kann dies zur Gabe eines zusätzliches Analgetikums bzw. Antiemetikums führen. Indem sich die Pflegekräfte als für die Durchführung der angekündigten Handlung verantwortlich positionieren, verbalisieren sie in den entsprechenden Äußerungen ihre Handlungsmacht (*agency*, vgl. Deppermann 2015). Allerdings beschränkt sich die pflegerische Entscheidungsbefugnis auf die zusätzliche Verabreichung ärztlich verschriebener Analgetika/Antiemetika sowie auf das Absetzen und die erneute Gabe von Laxanzien (Abführmittel) und

Medikamenten gegen Diarrhö, wenn diese akut nicht mehr bzw. erneut benötigt werden. Somit dient das ANKÜNDIGEN ebenso wie die bisher im Rahmen des pflegerischen Sprechens über Medikamente beschriebenen Praktiken der Therapieumsetzung und nicht der Therapieplanung, da sich die getroffenen Entscheidungen innerhalb des Spektrums der ärztlich angeordneten medikamentösen Maßnahmen bewegen. Die institutionellen Vorgaben bzgl. der berufsbedingten Rechte und Pflichten im sozialen Feld ‚Krankenhaus' hinterlassen folglich ihre Spuren in den Praktiken, die Bestandteil des „kommunikativen Haushalts" (Luckmann 1987: 43) der AkteurInnen sind.

Insgesamt umfasst meine Kollektion acht Belege für die Praktik *Ankündigen*. Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die hierfür konstitutiven lexikalisch-syntaktischen Ressourcen:

Tabelle 3: Sprachliche Formate der pflegerischen Praktik ANKÜNDIGEN

- Konsekutivkonnektor *dann* fakultativ zur Einleitung
- Personalpronomen 1. Pers. Sg. + *geben* (Präsens/Futur I, Indikativ) + ($NP_{Dat}$)+ $NP_{Akk}$: *Ich werde Ihnen einen Medikamentenbolus*[87] *geben.*
- Personalpronomen 1. Pers. Sg. + *warten* (Konjunktiv II) + ($NP_{Dat}$)+ PräpP: *Ich würde gerne mit den Kautabletten, bevor ich sie nochmal gebe, noch gern ein bisschen warten.*
- Personalpronomen 1. Pers. Sg. + *mögen* (Konjunktiv II) + ($NP_{Dat}$)+ (AdvP) + $NP_{Akk}$ + $VP_{Inf}$: *Ich möchte Ihnen nicht direkt was geben.*
- Personalpronomen 3. Pers. Pl. (Höflichkeitsform) + *kriegen* (Präsens, Indikativ) + $NP_{Akk}$ + (PräpP): *Sie kriegen was von mir.*
- Personalpronomen 1. Pers. Pl. + *weglassen* (Präsens, Indikativ) + $NP_{Akk}$: *Wir lassen das weg.*
- $NP_{Nom}$ + *wiederkommen* (Präsens, Indikativ): *Dann kommt wieder die Obstipationstherapie.*

Nach dieser recht weitläufigen Einführung der Praktik ANKÜNDIGEN wird nun deren kontextuell gebundenes Auftreten näher betrachtet. Unmittelbar vor dem Beginn des unten abgedruckten Gesprächsausschnittes hatte die Pflegerin PFw01 (keine deutsche Muttersprachlerin) das Krankenzimmer wieder betreten, nachdem sie es zuvor kurzzeitig verlassen hatte, um eine Venenverweilkanüle zu holen. Als sie zurückkehrt, berichtet der Patient Herr Schneiderhans, der seit einigen Tagen unter Obstipation (Verstopfung) leidet, eigeninitiativ von seinem Stuhlgang:

***Ausschnitt 6: Flüssiger Stuhlgang (050_03_P_20180705; 00:02:15-00:02:45)***

```
098 PAm03:  flüssig isch KOMma; (-)
099 PFw08:  stuhlgang hat mer[88] heut MORgen, (-)
```

[87] Ein Bolus ist eine akute, schnellwirksame, zusätzliche Gabe eines Analgetikums.
[88] Standarddeutsch ‚wir'.

```
100 PFw01:  stuhlgang ham se GHABT <<h> heut ↑morgen;>
101 PAm03:  jo:,
102         aber [FLÜSsich;]
103 PFw01:       [fein;    ]
104 PAm03:  (.) <<p> flüss->
105         FLÜSsich;
106 PFw01:  (.) aber RICHticher stuhlgang,
107         !FLÜS!sig_sch;
108         [m_HM;]
109 PAm03:  [ja;  ] (-)
110 PFw01:  °h o´`KAY;
111         dann LASS mer heute das-
112         äh-
113         heute morgen das WEG,
114         (.) °hh und nehmen sie_s erscht SPÄter;
115 PAm03:  jo;=
116 PFw01:  =oKAY,
117 PAm03:  jo;
118 PFw01:  °h weil des is IMmer so eine- (-)
119         <<len> GRATwanderung,>
120         äh:-
121         MIT dem- (-)
122         AB (-) führmittel,
123         da muss mer immer KUcken;
124         weil jeder reagiert ↑ANderscht;
125 PAm03:  jo;
```

Die vonseiten des Patienten eingebrachte Information über die Konsistenz eines zu diesem Zeitpunkt nicht näher definierten Objektes wird von der kopräsenten Pflegerin PFw08,[89] die den Patienten bereits früher am Morgen aufgesucht hatte, der Kategorie ‚Stuhlgang' zugeordnet und damit sowohl präzisiert als auch indirekt verifiziert.[90] Anschließend wiederholt PFw01 die Aussage ihrer Kollegin und richtet ihren Turn dabei durch den Gebrauch des Höflichkeitspronomens (Z. 100) an Herrn Schneiderhans, von dessen Seite sie eine Bestätigung relevant setzt. Das prosodische Design ihrer Äußerung (hohes Tonhöhenregister, Tonhöhensprung nach oben) kontextualisiert Überraschung, „that is […] that some prior talk […] is unexpected or counter to expectation" (Wilkinson/Kitzinger 2006: 153).[91] Nachdem Herr Schneiderhans die Proposition der pflegerischen Aussage bestätigt, verweist er in Form einer Adversativstruktur abermals auf die flüssige Konsistenz seines Stuhlgangs, wodurch es zu einer kurzen Aushandlung der Frage kommt, ob er ‚richtigen' Stuhlgang gehabt habe

[89] Normalerweise suchen die Pflegekräfte die PatientInnen immer allein auf. Dass hier zwei Pflegerinnen gleichzeitig im Krankenzimmer sind, liegt daran, dass PFw08 zurzeit eingelernt wird.

[90] Die auffällige Verwendung des Personalpronomens der 1. Pers. Pl. („mer", Z. 099) lässt sich möglicherweise damit erklären, dass der Patient zuvor in Anwesenheit von PFw08 Stuhlgang hatte und die Pflegerin diese Aktivität daher als gemeinsames Ereignis perspektiviert.

[91] Vgl. Selting (1996) und Local (1996) zu prosodischen Kontextualisierungshinweisen, die – freilich in Kombination mit entsprechenden sequenziellen Faktoren – auf Überraschung hindeuten.

(Z. 102–109). Der folgende Diskursmarker[92] „oˆKAY;" (Z. 110) fungiert sodann einerseits sequenzschließend und projiziert andererseits eine thematische Progression (vgl. hierzu Beach 1995: 139ff.).

Aus der zuvor erhaltenen Information, dass Herr Schneiderhans zum ersten Mal seit einigen Tagen wieder Stuhlgang hatte, leitet die Pflegerin schließlich eine Handlungskonsequenz ab: „dann LASS mer heute das- äh- heute morgen das WEG, (.) °hh und nehmen sie_s erscht SPÄter;" (Z. 111–114).[93] Mit dem Konsekutivkonnektor ‚dann' wird die Ankündigung als handlungslogisch konsequenter nächster Schritt gerahmt, wobei die Pflegerin das vorangehend verbalisierte Körperereignis des Patienten als eine Art Protasis behandelt, auf die nun die Apodosis folgt. Im vorliegenden Fall ist die Handlungskonsequenz aber „nicht konditional gültig, sondern […] wird im deontischen […] Modus formuliert" (Deppermann/Helmer 2013: 23).

Dass die Pflegerin hier problemlos das deontisch starke Format der Ankündigung einsetzen und ohne vorherige Rückfrage nach den Präferenzen des Patienten die kurzzeitige Absetzung des Medikamentes beschließen kann, ist möglich, weil die projizierte Maßnahme absolut indiziert und somit unstrittig erscheint: Erhielte der Patient weiterhin Abführtropfen, würde dies zu Diarrhö führen. Indem die Pflegerin die Praktik ANKÜNDIGEN wählt, signalisiert sie, dass aufgrund medizinischer Gegebenheiten keine Partizipationsmöglichkeit für den Patienten besteht, sie aber auch keinen Widerstand antizipiert (vgl. ähnlich auch Tate 2019: 1604). Mit der Ankündigung, als deren Agens das Personalpronomen der 1. Pers. Pl. auftritt,[94] wird der Patient zudem auf ein spezifisches künftiges Handeln, die Einnahme der Tropfen, verpflichtet.

Herr Schneiderhans reagiert auf die Ankündigung mit einem Rückmeldesignal (Z. 115), auf das in schnellem Anschluss der von der Pflegerin geäußerte Alignmentmarker[95] „oKAY," (Z. 116) folgt. Mittels dieses Markers, dem aufgrund des *latchings* (Selting et al. 2009: 376) an den vorangehenden Turn des Patienten eher die zweite denn

---

92 Mit Gohl/Günthner (1999: 60) verstehe ich unter Diskursmarkern „grammatisch und semantisch nicht-obligatorische[ ] Elemente", die der Diskursorganisation dienen. Diskursmarker weisen einen „reduzierte[n] semantische[n] Gehalt" auf, beziehen sich auf „eine größere Einheit als den Satz" und kommen „in Initialposition, oft außerhalb der syntaktischen Struktur eines Satzes" vor (Gohl/Günthner 1999: 59f.).

93 Das deiktische Demonstrativpronomen „das" (Z. 111) verweist auf die Abführtropfen, die der Patient in den letzten Tagen immer vormittags nehmen sollte und die die Pflegerin auch hier gemäß der ärztlichen Verordnung mitgebracht hatte.

94 Das Pronomen ist potenziell ambig; es lässt sich nicht bestimmen, ob es auf die Einheit der Pflegerinnen PFw01 und PFw08, die Einheit von Pflege und Patient oder adressatenexklusiv nur auf die die Ankündigung realisierende Pflegerin PFw01 referiert. Vgl. hierzu ausführlich Günthner (2021).

95 Anstelle der in der Literatur üblicherweise verwendeten Begriffe *question tag* oder *Rückmeldesignal* greife ich auf den von Lanwer (2019) geprägten Terminus *Alignmentmarker* zurück. Dieser ist zwar (noch) nicht etabliert, bringt die funktionale Komponente von Elementen wie *ne, ja, okay* etc. aber adäquater zum Ausdruck als die gängigen Begriffe. Lanwer (2019: 35) begründet seine terminologische Prägung damit, „dass der Gebrauch entsprechender Marker stets in irgendeiner Weise einen intersubjektiven Abgleich kognitiver Modelle [*alignment*; I. B.] relevant setzt". In den Analysen dieser Arbeit wird immer wieder deutlich werden, weshalb dieser Begriff so geeignet ist.

die dritte Sequenzposition zuzuschreiben ist, zeigt die Pflegerin retraktiv die Überführung des Wissens über die kurzzeitige Änderung in den „Bereich des Intersubjektiven" an (Lanwer 2019: 52). Gleichzeitig schließt sie dadurch die vorangehende Ankündigungssequenz ab und projiziert eine Fortsetzung ihres Turns. Ein solcher Gebrauch von Alignmentmarkern wie *ja* oder *gell* am Ende einer Ankündigungssequenz tritt insgesamt in vier der acht mir vorliegenden Belege auf. Herr Schneiderhans wiederum interpretiert den Alignmentmarker offensichtlich als *response mobilizing feature* (Stivers/Rossano 2010) und äußert daraufhin abermals ein Rückmeldesignal (Z. 117). Im weiteren Sequenzverlauf liefert die Pflegerin zuletzt in Form eines nicht-faktischen *weil*-Satzes mit Verbzweitstellung eine retraktive „Sprechakt-Qualifikation" (Günthner 1993a: 40) für ihre der Ankündigung vorangehende Nachfrage nach der Konsistenz des Stuhlgangs: „weil des is IMmer so eine- (-) <<len> GRATwanderung,> äh:- MIT dem (-) AB (-) führmittel, da muss mer immer KUcken; weil jeder reagiert ↑ANdertscht;" (Z. 118–124). Interessant ist, dass die Pflegerin hier nicht etwa ihre Ankündigung *accountable* macht, sondern stattdessen ihre vorherige Sprechhandlung. Als Begründung für die Ankündigung reicht es wiederum offenbar aus, dass die Pflegerin diese durch den einleitenden Konnektor „dann" (Z. 111) als logische Konsequenz aus dem vom Patienten geschilderten Körperereignis gerahmt hatte.

Betrachtet man alle Belege für die Praktik ANKÜNDIGEN, fällt auf, dass die Tendenz zur Plausibilisierung der angekündigten Maßnahmen recht hoch ist. So wird die Ankündigung in allen Fällen als unmittelbares Resultat des aktuellen Zustandes der PatientInnen perspektiviert, sei es wie im zuvor betrachteten Beispiel und in der Mehrheit der mir vorliegenden Fälle lediglich durch den Konnektor *dann* oder wie im folgenden Beispiel durch einen prospektiven (oder retraktiven) *account*. Auf diese Weise wird die projizierte Maßnahme intersubjektiv nachvollziehbar gemacht, wobei das entsprechende Körperereignis als explanative Größe dient und so der Beschwerdebezug des Medikamentes deutlich hervortritt.

Der zweite hier betrachtete Ausschnitt stammt unmittelbar vom Beginn einer Interaktion. Im vorherigen Gespräch, das kurz zuvor stattfand und ebenfalls aufgezeichnet wurde (520_15_P_20190404), hatte die Patientin Frau Blasius den Pfleger um ein Analgetikum zur Linderung ihrer Schmerzen gebeten. Der Pfleger hatte dieser Bitte zunächst zugestimmt. Da die Patientin direkt danach jedoch einen Brechanfall hatte, bringt der Pfleger nun ein Antiemetikum mit:

***Ausschnitt 7: Spuckerei (521_15_P_20190404; 00:00:09-00:00:34)***

```
001 PFm04:  °hhh (---) SO liebe.
002         aufGRUND, h° (-)
003         der spuggeREI,
004         macht_s natürlich jetzt net ARG viel sinn,
005         ihne des schmerzmittel als ERSCHtes zu geba,
006 PAw15:  [(klar/ja:;)]
007 PFm04:  [sondern i  ]ch geb ihne als erschtes was gega
            Übelkeit, (-)
```

```
008          [°hhh                              ] des ham se schon
             GHABT,
009 PAw15:   [ver <<leicht lachend> STEH ich;>]
010 PFm04:   da wissa se BSCHEID,
011          wenn se MÜD werda:-
012          äh::-
013 PAw15:   [jo:;]
014 PFm04:   [wär ] DES die, (-)
015          °hhh VORrangige,
016          NEbenwirkung? (2.1)
017 PAw15:   ach GOTT; (---)
018          schmeißa se <<lachend> mol des in da MÜLL;>[96]
```

Der Pfleger PFm04 greift zur Adressierung der PatientInnen häufig auf die eine vertraute Beziehung indizierende Anredeform „liebe" (Z. 001) bzw. *Lieber* zurück, durch die er auch hier die Interaktion einleitet. Auf diese Gesprächseröffnung folgt ein vorgeschalteter *account*, mittels dessen der Pfleger prospektiv eine Entscheidung bzgl. der Medikamentenverabreichung verstehbar macht: „aufGRUND, h° (-) der spuggeREI, macht_s natürlich jetzt net ARG viel sinn, ihne des schmerzmittel als ERSCHtes zu geba," (Z. 002–005). Dass die von Frau Blasius ursprünglich eingeforderte Gabe eines Analgetikums angesichts ihres Brechanfalls sinnlos ist, wird durch das Kommentaradverb „natürlich" (Z. 004) als unmittelbar evidente und daher nicht zu diskutierende Tatsache dargestellt. In Überlappung mit einem Rückmeldesignal der Patientin (Z. 006) kündigt der Pfleger an, ihr zunächst ein Antiemetikum zu verabreichen: „sondern ich geb ihne als erschtes was gega Übelkeit," (Z. 007). Die substitutive Relation zwischen dem gewünschten und dem stattdessen mitgebrachten Medikament, auf das der Pfleger lediglich mittels des Indefinitpronomens ‚was' verweist, wird dabei durch den adversativen Konnektor ‚sondern' ausgedrückt (vgl. Zifonun et al. 1997: 2416). Ebenso wie in Ausschnitt 6 wird die Patientin auch hier nicht in die Entscheidungsfindung des Pflegers einbezogen; stattdessen wird die entsprechende Maßnahme als „settled fact" (Stivers et al. 2018: 1338) präsentiert. Da der Ankündigung aber auch hier ein Körperereignis vorangeht, vor dessen Hintergrund die Entscheidung zur Gabe des Antiemetikums absolut indiziert und damit nicht strittig erscheint, kann der Pfleger einen entsprechend steilen ‚deontischen Gradienten' (Stevanovic 2013) etablieren: Er determiniert insofern das künftige Handeln der Patientin, als mit der angekündigten Medikamentengabe, deren Agens das Personalpronomen der 1. Pers. Sg. bildet, die Medikamenteneinnahme durch die Patientin impliziert bzw. als Notwendigkeit eingefordert wird.

Frau Blasius setzt der pflegerischen Ankündigung sodann auch keinen Widerstand entgegen, sondern bringt ihr Verständnis für die Entscheidung zum Ausdruck: „ver <<leicht lachend> STEH ich;>" (Z. 009). Weshalb sie ihre Aussage durch leichtes Lachen modalisiert, bleibt unklar. Der Pfleger wiederum weist die Patientin darauf hin, dass sie das Medikament, dessen Namen er bisher nicht nannte, bereits zu einem

[96] Wie aus dem weiteren Gesprächsverlauf hervorgeht, referiert die Patientin hier auf ein Stück Leberwurst, die bereits seit Längerem auf dem Nachttisch liegt und nun schlecht ist.

früheren Zeitpunkt erhielt und daher dessen Nebenwirkungen kennt (Z. 008, 010–012, 014–016). Eine weitere Aufklärung über das Antiemetikum erachtet er somit nicht für nötig. Frau Blasius quittiert die Erklärung zunächst mit einem Rückmeldesignal (Z. 013); am Ende der pflegerischen Ausführungen folgt auf der verbalen Ebene eine Pause von 2,1 Sekunden, ehe die Patientin in Z. 017–018 abrupt das Thema wechselt.

Zusammenfassend kann an dieser Stelle konstatiert werden, dass PflegerInnen dann auf die Praktik ANKÜNDIGEN zurückgreifen, wenn symptomlindernde medikamentöse Maßnahmen, deren Umsetzung in ihr deontisches Territorium fällt (s. o.), absolut indiziert sind und daher kein Widerstand vonseiten der PatientInnen zu erwarten ist. Die durch die Pflegekraft unilateral beschlossene Maßnahme wird sodann als unstrittige und in situ zu realisierende Handlungskonsequenz präsentiert, die aus einem vorangehenden (verbalisierten) Körperereignis der PatientInnen resultiert (Schmerzdarstellung, Erbrechen etc.). Folglich treten Ankündigungen stets in zweiter Position auf, stellen also ein reaktives Format dar. Da in meinen Daten auf eine pflegerische Ankündigung in keinem Beleg patientenseitiger Widerstand erfolgt, kann keine Aussage darüber getroffen werden, wie Pflegekräfte mit einer solchen Reaktion umgehen.

#### *6.1.2.4 Praktik RATGEBEN*

Während sich Pflegekräfte in Ankündigungen als deontisch potente AgentInnen künftiger medikamentöser Maßnahmen positionieren, obliegt die Ausführung von Handlungen, die sie den PatientInnen in Form eines Ratschlags nahelegen, den PatientInnen selbst. Damit tragen nicht die Pflegekräfte, sondern allein die PatientInnen die Verantwortung für die Realisierung einer von pflegerischer Seite zwar als wünschenswert, prinzipiell aber als optional dargestellten Therapieimplementierung (vgl. Groß 2018: 330). Ratschläge evozieren im Vergleich zu Ankündigungen also einen deutlich schwächeren deontischen Gradienten, was maßgeblich der Orientierung an den AdressatInnen des Ratschlags und deren Handlungsspielräumen geschuldet ist: „[I]t is the prioritising of the recipient's contingencies that appears to soften the normativity and asymmetry in advice giving" (Shaw/Potter/Hepburn 2015: 337).[97]

[97] Es sei darauf hingewiesen, dass bzgl. der Praktik, die ich hier als RATGEBEN bezeichne und deren konstitutives Merkmal es ist, dass die PatientInnen sowohl AgentInnen als auch als BenefiziantInnen der angeraten Handlung sind, in der (größtenteils englischsprachigen) Literatur keine terminologische Einheitlichkeit besteht: Couper-Kuhlen (2014: 634) bezeichnet diese Praktik als *suggestion* (‚Empfehlung') und merkt an, dass diese Kategorie auch *advice* (‚Ratschlag') umfasst. Vehviläinen (2009: 163) wiederum fasst *advice* als Hyperonym, unter das auch *suggestion* fällt und Jefferson/Lee (1981: 407f.) sowie Groß (2018: 330) führen Ratschläge und Empfehlungen als separate Praktiken an. Zusätzlich findet sich in diesem terminologischen Feld auch die Bezeichnung *Vorschlag* bzw. *proposal*. Couper-Kuhlen (2014: 628) führt in ihrer Taxonomie direktiv-kommissiver Handlungen als zentrales Merkmal von *proposals* an, dass bei diesen die Vorschlagende und die Adressatin des Vorschlags gemeinsam sowohl die Agentinnen als auch Benefiziantinnen der künftigen Handlung sind (vgl. auch Thompson/Fox/Raymond 2021). In meinen Daten zum Sprechen über Medikamente kommt dies aber nicht vor.

Als Ausgangspunkt für die Beschäftigung mit dem pflegerischen RATGEBEN wird hier die Definition von Heritage/Sefi (1992: 368) herangezogen, die mit ihrer Arbeit über Ratschläge (*advice*) von *health visitors* an *first time mothers* die konversationsanalytische Forschung zu Ratschlägen begründeten. Sie verstehen unter dem Geben von Ratschlägen (*delivery of advice*) eine Praktik, durch die eine Sprecherin „describes, recommends or otherwise forwards a preferred course of future action". Dabei betrachten sie zwei Eigenschaften als zentral für Ratschläge: Zum einen verweisen sie auf deren normative Dimension – die verbalisierte künftige Handlung wird von der Ratgeberin als angemessen oder normgerecht, jedenfalls als dem Gegenüber dienlich verstanden. Zum anderen begreifen sie Ratschläge insofern als epistemisch asymmetrische Aktivität, als die Ratgeberin über Wissen verfügt, hinsichtlich dessen sie bei ihrem Gegenüber ein Defizit präsupponiert. Folglich enthalten Ratschläge sowohl einen instruktiven als auch einen informativen Anteil, die jeweils auf die deontischen und epistemischen Rechte der Ratgeberin verweisen (Heritage/Lindström 2012a: 170).

Die Belege für die Praktik RATGEBEN, die sich in meinen Daten zum pflegerischen Sprechen über Medikamente finden (n=16), treten in folgenden Kontexten auf: In drei Fällen reagieren die Pflegekräfte dadurch auf ein antizipiertes Problem (bspw. Nebenwirkungen eines Medikamentes), in zwei Fällen folgt der Einsatz der Praktik auf patientenseitigen Widerstand hinsichtlich der Einnahme eines Medikamentes und in zwei Fällen auf die Erkenntnis, dass die PatientInnen ein Medikament noch nicht genommen haben, obwohl dessen Einnahme überfällig ist. In einem Fall reagiert der Pfleger mit einem Ratschlag auf die Frage der Patientin, wann sie eine bestimmte Tablette nehmen soll. Acht Belege schließlich treten in Reaktion auf manifeste Symptome (Schmerzen, Übelkeit etc.) auf. Insgesamt erscheinen 12 der 16 Belege problemresponsiv, d. h. nachdem die PatientInnen ein Problem relevant gesetzt oder die Pflegekräfte ein solches erkannt bzw. antizipiert haben. Dieser Befund korrespondiert mit der in der einschlägigen Literatur zum RATGEBEN (*advice giving*) in der institutionellen Interaktion dokumentierten Erkenntnis, dass professionelle AkteurInnen diese Praktik einsetzen, um Schwierigkeiten ihrer ‚KlientInnen' zu begegnen (Jefferson/Lee 1981: 410; Leppänen 1998: 233f.; Vehviläinen 2009: 163). Die PatientInnen wiederum reagieren in meinen Daten zumeist lediglich in Form von Rückmeldesignalen (acht Fälle) oder mit einer expliziten Verbalisierung von „commitment to future action" (Pilnick 1999: 618) (vier Fälle) auf die pflegerischen Ratschläge. In drei Fällen bleibt eine verbale Reaktion aus, wobei in einem Beleg hiervon anhand pflegerischer Aussagen zu erkennen ist, dass die Patientin die angeratene Handlung direkt ausführt, ohne den Ratschlag verbal zu ratifizieren. Im verbleibenden Fall setzt die Patientin dem pflegerischen Ratschlag Widerstand entgegen, woraufhin der Pfleger seinen Rat epistemisch fundiert.

Auf der sprachlichen Ebene zeichnen sich Ratschläge durch ein auffällig hohes Maß an mitigierenden Elementen aus, deren interaktive Funktion im Rahmen der beiden

untenstehenden Sequenzanalysen beleuchtet wird. Wie auch in den vorherigen Unterkapiteln gibt die folgende Tabelle zunächst einen kursorischen Überblick über die für diese Praktik charakteristischen lexikalisch-syntaktischen Ressourcen:

Tabelle 4: Sprachliche Formate der pflegerischen Praktik RATGEBEN

- Konsekutivkonnektor *dann* fakultativ zur Einleitung
- Personalpronomen 1. Pers. Sg. + *warten/trinken/weglassen/pausieren/nehmen* (Konjunktiv II) + ($NP_{Akk}$) + (AdvP) + (PräpP): *Die würd ich in jedem Fall nehmen.*
- Personalpronomen 3. Pers. Pl. (Höflichkeitsform)/*man* + *können* (Präsens, Indikativ/Konjunktiv II) + $NP_{Akk}$ + $VP_{Inf}$: *Man kann nur die halbe Tablette nehmen.*
- Personalpronomen 3. Pers. Pl. (Höflichkeitsform) + *sollen* (Konjunktiv II) + $NP_{Akk}$ + (AdvP): *Die sollten Sie jetzt dann nachher nehmen.*
- Kopulakonstruktion: $NP_{Nom}$/*wenn*-Satz + *sein* (Konjunktiv II) + evaluierende AdjP: *Wär gut, wenn Sie es nehmen würden.*
- $NP_{Nom}$ + *nehmen* (Imperativ/deontischer Infinitiv) + (AdvP): *Die nehmen.*
- Freistehender konditionaler *wenn*-Satz: *Wenn Sie die Schmerztabletten irgendwie reinkriegen würden.*
- Prädikatloses imperativisches Format: AdvP + $NP_{Akk}$ + Partikel: *Jetzt vielleicht gerade das Tablettle rein.*
- $NP_{Akk}$ + *nehmen* + Personalpronomen 3. Pers. Pl. (Höflichkeitsform) + *am besten* + temporaler *wenn*-Satz: *Das nehmen Sie am besten, wenn Sie dann im Bett sind.*

Die oben bereits erwähnte Ausrichtung an den BenefiziantInnen des Ratschlags manifestiert sich interaktiv u. a. in einer von den Pflegekräften vollzogenen Perspektivübernahme (vgl. Schütz/Luckmann 2017 [1979/1984]: 99f.), im Rahmen derer diese anführen, wie sie selbst in der Situation der PatientInnen agieren würden. Der folgende Ausschnitt illustriert dies:

***Ausschnitt 8: Dünner Stuhlgang (570_15_P_20190413; 00:00:11-00:00:48)***

```
001 PAw15:  äh; (-)
002         mein stuhlgang isch heut ZIEMlich; (--)
003         !DÜNN!; (-)
004 PFw11:  dünn;
005 PAw15:  (.) ((räuspern))
006         soll ich des dann TROTZdem nEmma; (--)
007 PFw11:  ja richtich [dünn oder   ] BREI. (---)
008 PAw15:              [((räuspern))]
009         richtich DÜNN. (1.7)
010 PFw11:  kriega sie abends noch laXANS↑trOpfa; (1.3)
011         dann würd ich eher des TRENga,[98]
012         und die laXANS <<t> tropfa pausieren heut Abend;>
013 PAw15:  also des kommt NET <<creaky> mit a ma (hAlba becher;)>
014 PFw11:  nee; (-)
015 PAw15:  komPLETT.
016 PFw11:  des würd ich komPLETT,
```

[98] ‚Trinken'.

```
017 PAw15:  [ja;      ]
018 PFw11:  [aber dann] eben die laXANS,
019         ich glaub sogar <<dim> dass sie morgens und Abends
            kriegen;=Oder,>
020 PAw15:  ja:;
021         <<pp> ja;>
022 PFw11:  dann würd ich die abendliche jetzt mol WEGlassa,
023 PAw15:  m:_´HM; (--)
024 PFw11:  und des da viel trenga dass er WEICH bleibt,
025         und [net so] VIEL:,
026 PAw15:      [ja;   ]
027 PFw11:  flüssichkeit da in da BAUCH neizoga[99] wird,
028 PAw15:  ja;
```

Frau Blasius' Ausführungen zur Konsistenz ihres Stuhlgangs führen ein körperbezogenes, prinzipiell behandlungsbedürftiges Problem in die Interaktion ein und dienen als Ausgangspunkt für ihre Frage „soll ich des dann TROTZdem nEmma;" (Z. 006).[100] In der Wahl des Modalverbs ‚soll' zeigt die Patientin dabei eine Orientierung an der deontischen Autorität der Pflegerin an; gleichzeitig positioniert Frau Blasius ihre Interaktionspartnerin mit dieser Frage auch als epistemisch superiore Instanz, die über das medizinische Wissen verfügt, das für die Lösung ihres Problems notwendig ist (vgl. hierzu Heritage/Lindström 2012a: 170). Ehe die Pflegerin einen zweiten Paarteil produziert, der die vom vorherigen Turn etablierte konditionelle Relevanz einzulösen vermag, eröffnet sie eine Nebensequenz, in der sie weitere Informationen über die Konsistenz des Stuhlgangs sowie über die Medikation der Patientin einholt (Z. 007–010). Eingeleitet durch den Konsekutivkonnektor „dann" (Z. 011), mittels dessen die projizierte Aussage als logische Konsequenz aus den Schilderungen der Patientin dargestellt wird (vgl. Deppermann/Helmer 2013: 22), folgt daraufhin der „perspektiveinnehmende Ratschlag" (Groß 2018: 353) bzw. das *my side telling* (Shaw/Potter/Hepburn 2015: 336) „dann würd ich eher des TRENga, und die laXANS <<t> tropfa pausieren heut Abend;>" (Z. 011–012). Indem die Pflegerin im Konjunktiv auf eine Handlung referiert, die sich im Verantwortungsbereich der Patientin befindet – nur diese kann entscheiden, ob sie das Medikament trinkt oder nicht –, entwirft sie ein hypothetisches Szenario, in dem sie sich selbst in Frau Blasius' Situation befindet und ebenso wie diese entscheiden muss, ob sie das Medikament nimmt.[101] Auffällig ist hier, dass die

[99] ‚Reingezogen'.

[100] Mittels des Demonstrativpronomens „des" (Z. 006) verweist die Patientin deiktisch wohl auf ein Medikament, das bereits auf ihrem Nachttisch steht. Die Pflegerin hatte, wie aus einer entsprechenden Anmerkung unmittelbar zu Beginn der Interaktion hervorgeht, keine Medikamente, sondern lediglich Pfefferminztee mitgebracht, um den die Patientin im vorherigen Gespräch gebeten hatte.

[101] Das Format *ich würde X* tritt auch im Rahmen der Praktik ANKÜNDIGEN auf. Ob diese Form interaktiv als Ankündigung oder als Ratschlag fungiert, kann allein kontextsensitiv bestimmt werden: Befindet sich die verbalisierte Handlung im Verantwortungsbereich der PatientInnen, sind diese also die AgentInnen der künftigen Handlung, liegt ein Ratschlag vor. Referieren die Pflegekräfte dagegen auf eine Handlung, die in ihrem eigenen deontischen Territorium verortet ist und die sie selbst ausführen, handelt es sich um eine Ankündigung.

Pflegerin den Ratschlag durch das als Vagheitsmarker fungierende Adverb „eher" (Z. 011) abschwächt und so die deontische Einflussnahme auf die Patientin bzw. die Verbindlichkeit des Ratschlages minimiert (vgl. ähnlich auch Locher/Limberg 2012: 6). Die Patientin reagiert auf den Ratschlag zunächst mit einer Nachfrage, die aufgrund der schlechten Aufnahmequalität allerdings nicht klar verständlich ist. Aus dem weiteren Gesprächsverlauf kann aber geschlossen werden, dass sie sich höchstwahrscheinlich danach erkundigt, ob das Medikament, dessen Einnahme zur Disposition steht, ganz ausgetrunken werden muss. Anschließend realisiert die Pflegerin einen weiteren perspektiveinnehmenden Ratschlag, indem sie Frau Blasius abermals im Format *ich würde X* nahelegt, das Medikament „komPLETT," (Z. 016) zu trinken. Frau Blasius reagiert hierauf mit dem Rückmeldesignal „ja;" (Z. 017), mit dem sie zwar die erhaltene Information quittiert, jedoch nicht anzeigt, ob sie den Ratschlag befolgen wird oder nicht. Nach einer weiteren Nebensequenz (Z. 019–021) reformuliert die Pflegerin sodann ihren bereits zuvor geäußerten Ratschlag, die Laxanstropfen am Abend wegzulassen (Z. 022), ehe sie nach der abermaligen Äußerung eines Rückmeldesignals durch die Patientin (Z. 023) die Sequenz expandiert und ihrer Interaktionspartnerin rät, „viel" von dem anderen Medikament zu trinken (Z. 024). Hier formuliert die Pflegerin in Form eines Finalsatzes zum ersten Mal einen *account* für ihren Ratschlag („dass er [der Stuhlgang] WEICH bleibt, und net so VIEL:, flüssichkeit da in da BAUCH neizoga wird,", Z. 024–025, 027) und bringt somit ihr Wissen über die Wirkung des Medikamentes begründend ein. Auch hier reagiert Frau Blasius lediglich auf die informative, nicht aber auf die instruktive Komponente des Ratschlags, da sie zum wiederholten Mal nur ein Rückmeldesignal äußert und so die erhaltene Information quittiert. Im Gegensatz zu den Daten von Heritage/Lindström (2012a: 174) behandelt die Pflegerin diese „repeated unmarked acknowledgements" aber nicht als Indikator für Widerstand der Patientin: Nach einer weiteren Reformulierung ihres Ratschlags, die Laxanstropfen wegzulassen (nicht mehr abgedruckt), wechselt sie das Thema. In der Folge dieses „telling you what is best for you" (Searle 1969: 67) liegt es somit allein an der Patientin, die entsprechende Handlung zu realisieren oder nicht.[102]

Während bei diesem Gesprächsausschnitt die evaluative Komponente, die Groß (2018: 330f.) als Ratschlägen prinzipiell inhärent betrachtet, nur implizit präsent ist, zeichnet sich das folgende Beispiel durch eine explizite Bewertungshandlung der Pflegerin aus. Der Patientin Frau Rüpper geht es sehr schlecht; sie hat seit Tagen starke Schmerzen, gegen die die angeordneten Medikamente kaum helfen. Zu Beginn des Gesprächs hatte die Pflegerin der Patientin mitgeteilt, dass sie deren Medikamente sortiert habe, worauf eine Informations- und Erklärsequenz über die Morphiumtabletten folgte. Hieran schließt sich der abgedruckte Ausschnitt an:

[102] Da es sich bei dem Ratschlag jedoch um keinen ungefragten Rat handelte, sondern Frau Blasius durch ihre Frage in Z. 006 einen solchen erst relevant gesetzt hatte, ist anzunehmen, dass sie dem Ratschlag folgen wird.

***Ausschnitt 9: Novalgin und Magenschutz (412_07_P_20190320; 00:00:22-00:00:46)***

```
018 PFw08:  °hh und dAnn wäre DES noch, (-)
019         novalGIN,
020         aber die kann ma ja jetzt noch bis HINten rAUsschieben,
021         °h und was AUCH nich schlEcht wäre,
022         des würd ich (.) zu dene ↑WICHdige dazUlegen,
023         °h des isch der MA:genschutz;
024         also wenn se DIE,
025         °h vIEr <<creaky> kleinen jetzt NEHmen könnten,
026         wär des für die schmErzen> bstimmt GUT. (-)
027 PAw07:  <<pp, stimmlos> HM hm;> (1.4)
028         <<pp, stöhnend> hm;> (--)
029 PFw08:  hm. (-)
030 PAw07:  <<pp, behaucht, stöhnend> hm;> (-)
031 PFw08:  un ich glaub im lIEgen trinken isch AU schlecht,=
```

Zu Beginn informiert die Pflegerin Frau Rüpper darüber, dass es sich bei dem Medikament, auf das das deiktische Pronomen „DES" (Z. 018) referiert, um Novalgin handelt (Z. 018–019). Hinsichtlich dessen Einnahme eröffnet sie sodann einen Handlungsspielraum für die Patientin, insofern als sie die Option aufzeigt, dieses erst zu einem späteren Zeitpunkt zu nehmen (Z. 020). Im Folgenden produziert die Pflegerin einen Ratschlag in Form einer Pseudocleft-Struktur, wobei der initiale W-Teilsatz eine Bewertung projiziert und deren Salienz so bereits prospektiv erhöht (vgl. Günthner 2006b: 68). Auffällig an dieser aufmerksamkeitsfokussierenden Struktureinleitung ist die litotetische Formulierung „nicht schlEcht" (Z. 021), die die Bewertung – in Verbindung mit dem Gebrauch des Konjunktivs („wäre", Z. 021) – als „defensives Stilmittel" (Bergmann 1999: 182) abschwächt. Unterbrochen wird die Pseudocleft-Konstruktion durch einen parenthetischen Einschub, in welchem die Pflegerin eine von ihr selbst zu realisierende außersprachliche Handlung ankündigt: „des würd ich (.) zu dene ↑WICHdige dazUlegen," (Z. 022). Durch diese Ankündigung kategorisiert sie das Medikament, dessen Name bislang noch nicht genannt wurde, prospektiv als ‚wichtiges' Arzneimittel und verleiht ihrer bereits projizierten Bewertung so zusätzliches Gewicht. Anschließend setzt der Matrixsatz der Pseudocleft-Konstruktion mit dem anaphorischen Pronomen „des" ein, ehe die Kopula „isch" sowie die abgespaltene NP „der MA:genschutz;" (Z. 023) folgen und damit das Bewertungsobjekt etabliert ist. An dieser Stelle sei der Fokus nochmals auf die Litotes-Struktur in Z. 021 und deren interaktive Funktion gerichtet: Hätte die Pflegerin das Bewertungsobjekt zuvor als ‚gut' evaluiert, wäre die moralische Verpflichtung der Patientin, das Medikament tatsächlich zu nehmen, ungleich höher gewesen.[103] *Nicht schlecht* ist semantisch aber nicht mit *gut* gleichzusetzen (vgl. Neuhaus 2019: 137ff.), sondern befindet sich indifferent im Mittelbereich zwischen den beiden Antonymen *gut* und *schlecht* (vgl. Levinson 2000: 142ff.). Dementsprechend wählt die Pflegerin hier eine mitigierende Formulierung und gesteht Frau Rüpper so einen größeren Spielraum zu, ihren Ratschlag, der zwar

[103] Vgl. Heritage/Lindström (1998: 410ff.) zu den moralischen Implikationen von Ratschlägen.

auf ein Problem der Patientin Bezug nimmt, jedoch nicht eingefordert wurde, zu befolgen oder sich diesem zu widersetzen.

Der Reformulierungsmarker „also" (Z. 024) leitet im Folgenden eine Zusammenfassung des bislang Gesagten ein (vgl. Blühdorn/Foolen/Loureda 2017: 24): „also wenn se DIE, °h vIEr <<creaky> kleinen jetzt NEHmen könnten, wär des für die schmErzen> bstimmt GUT." (Z. 024–026).[104] Indem die Pflegerin hier eine Konditionalstruktur etabliert und die Einnahme der Medikamente durch Frau Rüpper so in einem hypothetischen Raum der Zukunft verortet, zeigt sie eine klare Orientierung an den antizipierten *contingencies*[105] der Patientin an (vgl. Shaw/Potter/Hepburn 2015: 329): Wie aus früheren Interaktionen hervorgeht, hat Frau Rüpper große Mühe mit dem Schlucken von Tabletten und ist somit ggf. allein physiologisch nicht imstande, alle Tabletten zu nehmen. Obwohl die Pflegerin die Verantwortung für die Handlung, die Gegenstand ihres Ratschlags ist, der Patientin überträgt, zeigt sie also an, sich der limitierenden Faktoren, die einem *commitment* (Pilnick 1999: 618) von Frau Rüppers Seite möglicherweise entgegenstehen, bewusst zu sein, was sich auch im Gebrauch des konjunktivischen Modalverbs „könnten" (Z. 025) in intrasubjektiv-circumstantieller Verwendungsweise (Zifonun et al. 1997: 1268) manifestiert. Abermals wird der Ratschlag hier abgeschwächt, zum einen durch den Konjunktiv, zum anderen durch die epistemische Modalisierung mittels des Satzadverbials „bstimmt" (Z. 026). Im Gegensatz zu Z. 021 wählt die Pflegerin hier aber keine litotetische Formulierung, sondern bewertet die angeratene Handlung schlicht als „GUT" (Z. 026).

Frau Rüpper reagiert lediglich mit minimalen, sehr leise geäußerten Rückmeldesignalen auf den Ratschlag (Z. 027–028). Die interaktive Funktion der folgenden Wiederholung eines Rückmeldesignals durch die Pflegerin (Z. 029) bleibt unklar; dass die Patientin nicht darauf reagiert, wird interaktiv nicht sanktioniert. Anstatt eine akzeptanzanzeigende Reaktion einzufordern, wechselt die Pflegerin schließlich das Thema und fordert die Patientin auf, sich aufzusetzen (nicht mehr abgedruckt). Genau sieben Minuten später folgt eine zweite Ratschlagsequenz, da die Patientin die Tabletten zu diesem Zeitpunkt immer noch nicht genommen hat. Aus Platzgründen kann diese Sequenz nicht abgedruckt und analysiert werden; angemerkt sei aber, dass die Pflegerin den positiven Effekt, den die Einnahme der Medikamente hätte, dort abermals hervorhebt und die Patientin schließlich dazu bringt, die Tabletten zu schlucken.

Pflegekräfte können ihren InteraktionspartnerInnen unter der Prämisse, dass die Einnahme eines Medikamentes zwar nicht absolut indiziert ist, im Hinblick auf ein manifestes oder latentes Problem für das Befinden der PatientInnen aber förderlich wäre, aus einer epistemisch superioren Position heraus einen Ratschlag erteilen. Wie die

---

104 Die NP ‚die vier kleinen' nimmt Bezug auf die Kombination aus den drei Morphiumtabletten, die bereits zuvor in die Interaktion eingeführt wurden, und der Magenschutztablette.

105 „Contingency refers to the degree to which the speaker acknowledges potential barriers to compliance in the design of the utterance (including willingness and ability)" (Kent 2012: 712).

exemplarischen Sequenzanalysen zeigen, wird den PatientInnen dabei die Verantwortung für das als präferiert dargestellte künftige Handeln zugeschrieben. Als letztgültige deontische Instanz erscheinen somit zwar die PatientInnen; da die PflegerInnen durch Ratschlagsequenzen zunächst aber in deren deontisches Territorium eindringen, setzen sie im Rahmen dieser Praktik häufig mitigierende verbale Elemente ein – unabhängig davon, ob es sich um einen von den PatientInnen eingeforderten oder um einen von den Pflegenden eigeninitiativ produzierten Ratschlag handelt. Die Verbindlichkeit von Ratschlägen wird ferner dadurch abgeschwächt, dass sich die Pflegekräfte, die die Patient-Innen in den meisten Fällen bereits eine gewisse Zeit kennen, bisweilen an den vermuteten oder bekannten *contingencies* ihrer GesprächspartnerInnen orientieren.

#### 6.1.2.5 Praktik ANBIETEN

Im Gegensatz zu Ratschlägen, durch die Pflegekräfte eine spezifische medikamentöse Maßnahme als präferiert nahelegen, für deren Realisierung die PatientInnen verantwortlich sind, zeichnet sich die Praktik ANBIETEN dadurch aus, dass PflegerInnen sich selbst kommissiv dazu verpflichten, ihre Handlungsbefugnis in den Dienst der PatientInnen zu stellen und sich dabei vollständig an deren Präferenzen zu orientieren.[106] Es handelt sich um eine Praktik „[by] which one speaker proposes to satisfy another's want or need, or to assist in resolving a difficulty experienced by another" (Curl 2006: 1257). Indem eine Pflegekraft verschiedene Möglichkeiten der Therapieumsetzung aufzeigt, deren Realisierung ihr selbst obliegt, über die aber der Patient autonom entscheiden kann, positioniert sie sich selbst als Agentin einer künftigen Handlung und den Patienten demgegenüber als deren Benefizianten sowie als deontische Autorität. Die von den PflegerInnen angebotenen medikamentösen Maßnahmen sind dabei medizinisch nur relativ indiziert, was es überhaupt erst ermöglicht, die PatientInnen selbstständig darüber entscheiden zu lassen (vgl. Stivers et al. 2018: 1340). Zumeist betreffen die Angebote eine Extragabe eines verordneten Medikamentes; mitunter stellen die Pflegekräfte aber auch die Verabreichungsform eines Medikamentes (Tablette, Infusion etc.) oder den Zeitpunkt, zu dem es genommen wird, zur Disposition.
In meiner Kollektion von Gesprächssequenzen, in denen Pflegekräfte über Medikamente sprechen, treten insgesamt neun Belege für die Praktik ANBIETEN auf. In fünf Fällen reagieren die Pflegekräfte mit ihren Angeboten auf ein salientes, von den PatientInnen geschildertes, in einem Fall auf ein in der Patientenakte dokumentiertes Problem; in einem weiteren Fall machen sie ein Angebot für eine antizipierte Problematik. Daneben finden sich zwei Belege, in denen die Pflegekräfte mit ihrem Angebot nicht auf eine relevant gesetzte Schwierigkeit reagieren, sondern den PatientInnen ei-

[106] Vgl. Curl (2006), Couper-Kuhlen (2014), Kärkkäinen/Keisanen (2012) und Kendrick/Drew (2016) zur Praktik ANBIETEN (*offering*).

geninitiativ anbieten, den Zeitpunkt der Verabreichung eines Medikamentes festzulegen. Insgesamt tritt die Praktik des pflegerischen ANBIETENS viermal in erster und fünfmal in zweiter Sequenzposition auf.

Ehe exemplarisch zwei Gesprächsausschnitte einer näheren sequenzanalytischen Betrachtung unterzogen werden, stellt die folgende Tabelle überblicksartig dar, welche formalen Ressourcen für diese Praktik kennzeichnend sind:

Tabelle 5: Sprachliche Formate der pflegerischen Praktik ANBIETEN

- Kopulakonstruktion: Formales Subjekt *es* + *möglich sein* (Konjunktiv II) + $VP_{Inf}$: *Es wäre möglich, heute noch ein Zäpfchen zu geben*.
- *Sollen* (Präsens, Indikativ) + Personalpronomen 1. Pers. Sg./Pl. + ($NP_{Dat}$) + $NP_{Akk}$ + (AdvP) + $VP_{Inf}$: *Soll ich die beiden Infusionen danach anhängen?*
- Personalpronomen 1. Pers. Pl./*man* + *können* (Präsens, Indikativ/Konjunktiv II) + $NP_{Akk}$ + (AdvP) + $VP_{Inf}$: *Das kann man auch später anhängen*.
- Konditionalstruktur *wenn X, dann Y* (*Y* realisiert durch Personalpronomen 1. Pers. Sg./Pl./*man* + *können* (Präsens, Indikativ/Konjunktiv II) + $NP_{Akk}$ + ($NP_{Dat}$) + $VP_{Inf}$): *Wenn es Ihnen jetzt zu viel ist, können wir die letzte Tablette weglassen*.

Der erste Ausschnitt entstammt einem relativ langen, emotional sehr aufgeladenen Gespräch, in dem es dominant um die Krankheitsgeschichte sowie die aktuell sehr belastende Situation des Patienten Herrn Nachtigall geht. Kurz vor dem Einsetzen der hier abgedruckten Sequenz hatte die Pflegerin der Ehefrau des Patienten ein „Empathieangebot" (Pfänder/Gülich 2013: 435, s. Kapitel 6.3) in Form eines generischen Konditionalgefüges (‚wenn man im Stress ist, gell, dann ist alles zugestellt') gemacht. Frau Nachtigall knüpft im Folgenden anaphorisch hier an und expandiert inkrementell die von der Pflegerin begonnene syntaktische Struktur:

***Ausschnitt 10: Tröpfle (467_13_P_20190322; 00:17:12-00:17:43)***

```
567 ANw13a:  <<p> da funktioNIERT ma nur; (-)
568 PFw08:   haJA;> (1.1)
569 PAm13:   die LUFT isch_s blÖdschde; (1.2)
570 ANw13a:  die LUFT, (--)
571          isch SCHLIMMschde;=gell, (7.3)
572 PFw08:   soll ich ihne nommal paar tröpfle BRIngen, (--)
573          <<p> j:o;> (---)
574 ??:      <<ppp> (xxx;)> (---)
575 PFw08:   ihr antibiotika hab ich AUCH scho vOrne;[107] (---)
576          mir HINgstellt, (1.3)
577          und dann köm_mer d_ARme au nommal bissl hoch, (1.1)
578          bissl HÖher lEgen;
```

[107] Mittels des Adverbs „vOrne;" referiert die Pflegerin auf die Ablagefläche am Zimmereingang.

Nachdem die Pflegerin die Ko-Konstruktion ihrer Interaktionspartnerin ratifizierte (Z. 568), entsteht eine Schweigephase, die der Patient nach 1,1 Sekunden mit einem Themenwechsel beendet. Lag der Fokus zuvor auf seinem affektiven Krankheitserleben, führt er nun ein physiologisches Leiden an: „die LUFT isch_s blÖdschde;" (Z. 569). Wie aus anderen aufgezeichneten Interaktionen mit Herrn Nachtigall hervorgeht, besteht sein größtes Problem zurzeit darin, dass er aufgrund einer kardialen Dekompensation massiv Wasser in der Lunge einlagert und daher unter Dyspnoe (Luftnot) leidet. Indem er nun eine superlativische Formulierung für diese Symptomatik wählt, setzt er sie indirekt in Relation zu allen bislang besprochenen, auf der psychischen Ebene verorteten Problemen. Seine Ehefrau produziert sodann die niveaugleiche zweite Bewertung (Auer/Uhmann 1982: 8) „die LUFT, (--) isch SCHLIMMschde;=gell," (Z. 570–571), wobei der süddeutsche Alignmentmarker „gell," (Z. 571) in dieser Sequenzposition – nach einer affiliativen zweiten Bewertung – anzeigt, dass sie unabhängig von der Erstbewertung ihres Mannes bereits zur gleichen Einschätzung gelangte (vgl. König 2017: 246). Es folgt zunächst eine mit 7,3 Sekunden recht lange Gesprächspause,[108] ehe die Pflegerin ein Angebot ausspricht: „soll ich ihne nommal paar tröpfle BRIngen," (Z. 572). Bereits zu einem früheren Zeitpunkt im Gespräch hatte die Pflegerin überprüft, ob der Patient die Tropfen, die er zur Linderung der Dyspnoe regelmäßig erhält, schon zu sich genommen hatte. Da dies der Fall war, bietet sie ihm hier eine zusätzliche Gabe des Medikamentes an und reagiert mit ihrem Angebot so in zweiter Position auf einen „report of trouble" ihres Gegenübers (Schegloff 2005: 239). Indem sie ihre Frage mittels des Modalverbs ‚soll' in normativ-teleologischer Verwendung einleitet, positioniert sie den Patienten zum einen als für ihr eigenes Handeln „extrasubjektiv verbindliche Instanz" (Zifonun et al. 1997: 1892) und sich selbst daher als deontisch inferior.[109] Zum anderen perspektiviert sie ihn in Form des Dativobjektes „ihne" (Z. 572) als Benefizianten der angebotenen Medikamentengabe, die nur relativ indiziert ist und damit problemlos zur Disposition gestellt werden kann. In der klaren Orientierung am Problem des Patienten und dessen antizipierten Bedürfnissen nimmt die Pflegerin eine *benefactive stance* ein (Heritage/Clayman 2014) und setzt zugleich eine Entscheidung relevant.

Herr Nachtigall scheint die Frage der Pflegerin nonverbal zu beantworten, da sie nach einer kurzen Pause das *acknowledgement token* „<<p> j:o;" äußert, das wohl als Ratifikation in dritter Position zu interpretieren ist. Das Angebot wurde folglich nicht abgelehnt, wie dies in privat-informellen Interaktionen häufig der Fall ist (Couper-Kuhlen 2014: 632). Im weiteren Gesprächsverlauf verweist die Pflegerin darauf, dass sie auch

[108] Da die Pflegerin parallel aber außersprachliche Pflegetätigkeiten verrichtet, ist diese lange Schweigephase nicht als markiert zu betrachten.

[109] In zwei Belegen meiner Kollektion findet sich im Kontext des pflegerischen ANBIETENS auch die einen steilen deontischen Gradienten etablierende Kopulakonstruktion „Sie sind der Chef". Vgl. Buck/Schopf (2021) für die Analyse einer solchen Gesprächssequenz.

das Antibiotikum schon mitgebracht habe (Z. 575–576) und unterbreitet Herrn Nachtigall ein weiteres Angebot (Z. 577–578), das sich aber auf Umlagerungsmaßnahmen und nicht auf Medikamente bezieht.

Das zweite zu analysierende Beispiel unterscheidet sich insofern vom ersten, als die Praktik des pflegerischen ANBIETENS hier nicht „responsive to [an] overt problem" (Curl 2006: 1257), sondern in erster Sequenzposition auftrittt. Der Gesprächsausschnitt ist einer frühmorgendlichen Interaktion entnommen. Der Pfleger hatte die Patientin Frau Blasius aufgesucht, um ihre Vitalparameter zu messen. Nachdem er den Blutdruckwert genannt hat, kündigt er metakommunikativ eine Frage an:

***Ausschnitt 11: Infusionen vor dem Essen (444_15_P_20190327; 00:01:19–00:01:39)***

```
047 PFw15:  hundertfÜnfzik zu ACHTzik; (---)
048         °h (--) [j:etzt isch die  ] FRAge,
049 PAw15:          [<<pp> (XXX xxx;)>]
050 PFm04:  ich hab HIER a paar-
051         oder die beide infuSIOna,
052         s macha mer des VOR am essa,[110]
053         oder soll ich die n daNACH anhänga; (3.2)
054 PAw15:  ich-
055         (.) LIEber f f-
056         lieber VOR a[m es]sa;
057 PFm04:              [l-  ]
058         !VOR! am essa;
059         oKEE;
```

In Z. 050–051 informiert der Pfleger die Patientin zunächst darüber, dass er zwei Infusionen mitgebracht hat, deren Inhaltsstoffe er jedoch nicht nennt. Anschließend stellt er den Zeitpunkt der Medikamentengabe zur Disposition: „s macha mer des VOR am essa, oder soll ich die n daNACH anhänga;" (Z. 052–053). Beim ersten Teil der Alternativfrage erscheint das Personalpronomen der 1. Pers. Pl. als Subjekt, wodurch die Verabreichung der Medikamente als gemeinsame Handlung perspektiviert wird. Auf die Konjunktion „oder" (Z. 053) folgt sodann eine durch das Modalverb ‚soll' in normativ-teleologischer Verwendung eingeleitete Frage, in der der Pfleger die zweite zur Verfügung stehende Option, die Gabe nach dem Essen, anführt und sich selbst dabei als Agent der angebotenen Handlung positioniert („soll ich", Z. 053).[111] Die Patientin wiederum positioniert er dadurch als deontische Autorität, deren Vorgaben bzw. Präferenzen die Orientierungsgröße für sein eigenes künftiges Handeln bilden.
Da es für die Wirkung der intravenös verabreichten Medikamente offenbar unerheblich ist, ob sie vor oder nach einer Mahlzeit genommen werden, kann der Pfleger hier

[110] ‚Machen wir das vor dem Essen'.

[111] Das Format dieses Angebotes weist Ähnlichkeiten zu der von Kärkkäinen/Keisanen (2012) beschriebenen zweiteiligen Angebotsstruktur auf, bei der der Sprecher im ersten Teil die generelle Verfügbarkeit eines Objektes erwähnt (typischerweise in Form einer Existenzialaussage) und dieses Objekt darauf basierend im zweiten Teil explizit seiner Interaktionspartnerin anbietet.

seine eigene Entscheidungsbefugnis hinsichtlich des Zeitpunkts der Medikamentengabe auf die Patientin übertragen. Somit schwächt er die deontische Asymmetrie zwischen sich selbst als institutionellem Akteur, „having the deontic right to determine the future behavior of another" (Couper-Kuhlen/Etelämäki 2017: 188), und der Patientin als ‚Klientin' der Institution nicht nur ab, sondern kehrt diese in ihr Gegenteil um. Dem Angebot geht dabei keine Problemschilderung des Gegenübers oder die Formulierung eines Bedürfnisses voraus, wie dies bei Angeboten zumeist der Fall ist (Curl 2006). Zudem wird auch nicht angeboten, eine bestimmte Handlung durchzuführen, die dazu angelegt ist, die Patientin zu unterstützen („offer of assistance", Golato 2020). Stattdessen unterbreitet der Pfleger Frau Blasius –„in deference to the presumption that recipients know their own preferences and needs best" (Heritage/Clayman 2014: 59) – das Angebot, den Zeitpunkt der Medikamentengabe aus zwei Zeitpunkten auszuwählen.

Frau Blasius nimmt die ihr übertragene Entscheidungsmacht an und äußert ihre Präferenz für einen Zeitpunkt vor dem Frühstück (Z. 055–056). Anschließend wiederholt der Pfleger ihre Entscheidung, wobei er einen extra starken Fokusakzent auf die Präposition „VOR" legt und somit den Kontrast zur angebotenen Alternative, der Gabe nach dem Essen, betont. Schließlich ratifiziert er den von der Patientin zum Ausdruck gebrachten Wunsch („oKEE;", Z. 059) und schafft somit einen potenziellen Sequenzschluss. Im weiteren Verlauf der Interaktion liefert die Patientin noch einen *account* für ihre Entscheidung (nicht abgedruckt) und nachdem der Pfleger sodann alle Vorbereitungen getroffen hat, hängt er am Ende der Aufnahme, wie anhand entsprechender Kommentare deutlich wird, die erste Infusion an.[112]

Mit dem Angebot, den PatientInnen eine zusätzliche Dosis eines spezifischen Medikamentes zu verabreichen, einmalig nicht auf die Einnahme eines Medikamentes zu insistieren oder die Verabreichungsform eines Wirkstoffes zu ändern, reagieren Pflegekräfte, zusammenfassend betrachtet, auf ein von den PatientInnen relevant gesetztes oder aus professioneller Perspektive antizipiertes Problem. Tritt die Praktik des pflegerischen ANBIETENS dagegen nicht problemresponsiv, sondern initiativ in erster Sequenzposition auf, wird den PatientInnen angeboten, autonom über den Verabreichungszeitpunkt eines Medikamentes zu entscheiden. Unabhängig von der sequenziellen Position evoziert ein pflegerisches Angebot die beiden komplementären Rollen *benefactor* und *beneficiary* (Heritage/Clayman 2014: 62), wobei die PflegerInnen sich dezidiert kommissiv darauf verpflichten, ihr institutionelles Recht der Medikamentengabe in den Dienst der PatientInnen zu stellen. Diese werden dadurch als deontisch potente Entscheidungsinstanzen positioniert, deren Präferenzen ausschlaggebend sind.

[112] Zumeist sind die angebotenen Handlungen, wie es sowohl hier als auch in Ausschnitt 10 der Fall ist, als „‚proximal' service[s]" (Heritage/Clayman 2014: 58) auf den Nahzeitraum ausgerichtet.

#### 6.1.2.6 Praktik VERWEISEN

Wie bereits in Kapitel 6.1.2.2 zur Praktik ERKLÄREN am Rande festgehalten wurde, vermeiden es die Pflegekräfte, im Rahmen des Sprechens über Medikamente in das deontische und epistemische Territorium der ÄrztInnen einzudringen bzw. – in Begriffen der *Membership Categorization Analysis* (Housley/Fitzgerald 2015; Sacks 1972b) gesprochen – die Grenzen ihrer eigenen Mitgliedschaftskategorie zu übertreten. Dass die Therapieplanung qua institutionell vorgegebener Aufgabenteilung den ÄrztInnen obliegt, die Therapieumsetzung dagegen den PflegerInnen, zählt offenbar, wie der folgende Transkriptausschnitt verdeutlicht, zum professionellen Wissensbestand der AkteurInnen und determiniert deren Handeln:

***Ausschnitt 12: Medikamente bringen (593_17_P_20190416; 00:13:50-00:13:56)***

```
077 PFm10:  do halt e me SO wie_[s-]
078 PAm17:                      [ja][JA.]
079 PFm10:                          [so ] wie_s praktisch der
            dokter Osetzt;[113]
080         [°h so-]
081 PAm17:  [haJA;=]
082         [=Aber- ]
083 PFm10:  [so RICH]T [ich_s,]
084 PAm17:             [Aber- ]
085 PFm10:  ond so BRENG ich_s,
```

Bisweilen kommt es aber auch vor, dass PatientInnen und deren Angehörige Fragen stellen oder Wünsche äußern, die die Grenzen des deontischen bzw. epistemischen Territoriums der Pflege überschreiten. Am Ende des Kapitels zum pflegerischen Sprechen über Medikamente – und somit an der Scharnierstelle zur Betrachtung des ärztlichen Medikamentengesprächs – gehe ich deshalb im Folgenden darauf ein, wie und in welchen sequenziellen Kontexten PflegerInnen ihre GesprächspartnerInnen an ihre ärztlichen KollegInnen verweisen.

Wie in den Analysen deutlich werden wird, zeichnet sich die Praktik VERWEISEN dominant durch Selbst- und Fremdpositionierungen aus: PflegerInnen positionieren sich selbst sowohl als nicht zuständige AkteurInnen hinsichtlich zu treffender Therapieentscheidungen als auch als Vermittlerinstanzen in der PatientInnen/Angehörigen-ÄrztInnen-Konstellation. Außerdem nehmen die Pflegekräfte auch Fremdpositionierungen vor: Sie positionieren ihre medizinischen KollegInnen als deontisch potente EntscheidungsträgerInnen und die PatientInnen bzw. deren Angehörige als in der Pflicht stehend, mit den ÄrztInnen über die medikamentösen Maßnahmen zu sprechen. Die Praktik VERWEISEN ist dabei insofern auf einer anderen Ebene angesiedelt als die bislang beschriebenen Praktiken, als die Pflegekräfte verschiedene andere Praktiken einsetzen, um die PatientInnen bzw. deren Angehörige an die ÄrztInnen zu verweisen.

[113] Z. 077, 079: ‚Da halte ich mich an das, was der Doktor ansetzt'.

Tabelle 6: Sprachliche Formate der pflegerischen Praktik VERWEISEN

Selbstpositionierung als für eine zu treffende Therapieentscheidung nicht zuständig:

- Personalpronomen 1. Pers. Sg. + Handlungsverb (*sich zurückhalten/sich halten an*) (Präsens, Indikativ) + PräpP/AdvP: *Bei diesen Entscheidungen halte ich mich zurück*.

Selbstpositionierung als Vermittlerinstanz:

- Personalpronomen 1. Pers. Sg. + *verbum dicendi*/Handlungsverb (*sagen/besprechen/klären/anregen*) (Präsens, Indikativ) + $NP_{Akk}$ + ($NP_{Dat}$) + (AdvP) + (PräpP): *Ich sag das denen.*

Fremdpositionierung der ÄrztInnen als deontisch potente EntscheidungsträgerInnen:

- $NP_{Nom}$ + Handlungsverb (*entscheiden/fixieren/machen*) (Präsens/Futur I, Indikativ) + $NP_{Akk}$ + (PräpP) + (AdvP): *Das wird die Frau Doktor im Arztbrief fixieren*.
- $NP_{Nom}$ + *sein* (Präsens, Indikativ) +$NP_{Nom/Dat}$: *Therapieentscheidungen sind den Doktoren*.

Fremdpositionierung der PatientInnen und Angehörigen als für das Gespräch mit den ÄrztInnen verantwortlich (zumeist indirekte Positionierung):

- *nachfragen* (Imperativ) + Personalpronomen 3. Pers. Pl. (Höflichkeitsform) + PräpP: *Fragen Sie bei der Visite nach.*
- $NP_{Akk}$ + *sagen* (Präsens, Indikativ) + $NP_{Nom}$ + $NP_{Dat}$ + (AdvP): *Das sagen Sie den Ärztinnen*.
- Generische Formate:
  - $NP_{Nom}$ + *sein* (Konjunktiv II) + PräpP + $VP_{Inf}$: *Das wäre mit der Ärztin zu besprechen*.
  - $NP_{Nom}$ + *müssen* (Präsens, Indikativ) + PräpP + $VP_{Inf}$: *Das muss mit den Ärzten besprochen werden*.

Acht der zwölf in meiner Kollektion auftretenden Belege für diese Praktik erscheinen in zweiter Sequenzposition. Sie folgen in sechs Fällen auf eine Frage, in einem Fall auf eine Beschwerdesequenz und in einem Fall auf einen Wunsch eines Angehörigen. Von den vier verbleibenden Belegen, in denen die PflegerInnen in erster Sequenzposition auf die ÄrztInnen verweisen, treten drei Belege im Anschluss an einen von ihnen selbst geäußerten Vorschlag zur Änderung der Medikation auf; ein letzter Beleg erscheint in Folge einer vonseiten des Pflegers eigeninitiativ vorgebrachten Anzeige von Nichtwissen.

Der erste zu betrachtende Ausschnitt stammt aus einem Gespräch, das bis zu diesem Zeitpunkt vor allem der Koordination außersprachlicher Pflegehandlungen diente. Während der Pfleger den Patienten Herrn Becker wäscht, erkundigt sich dieser nun nach dem Verbleib seiner ‚Chemokapseln', die er auf der onkologischen Station, wo er bis vor zwei Tagen aufgrund seines Glioblastoms (Hirntumor) gelegen hatte, regelmäßig erhielt:

***Ausschnitt 13: Chemokapseln (593_17_P_20190416; 00:12:35–00:13:19)***

```
002 PAm17:  isch EIgentlich,
003         von ihne was beKANNT,
004         °h von der onkoloGIE?=ob-
005         ob e[114] ob e mei SCHEmokapsla no wEIter↑krieg? (1.2)
006 PFm10:  <<len> isch im momE:nt jetzt NET,>=
007         =Aber-
008         EHRlich gsagt-
009         bei dEnne[115] entSCHEIdunga;
010         do halt i mich au gern emmer a [bissl ZRÜCK,  ]
011 PAm17:                                 [(XXX xxx xxx;)] (-)
012 PFm10:  [dass se DES-]
013 PAm17:  [ja des isch ] SCHON klar;=
014         =NEE des- (-)
015         des möcht e no ↑WISsa weil e ja-=
016 PFm10:  =ja:-
017 PAm17:  halt die au regelmäßich KRIEGT hab;
((2 Sekunden Auslassung))
024 PFm10:  °h äh-
025         weil-
026         weil DES isch,
027         SAG ich amal,
028         die,
029         die theraPIEentschei[dunga oder so was;]
030 PAm17:                      [JA aber weil mer- ]
031         [no-  ]
032 PFm10:  [des i]sch de DOKter;
033         und DO we-
034         do [halt ] [i mich immer ] ganz gern [ZRÜCK,  ]
035 PAm17:     [Aber-]
036                [aber WEIL no-]
037                                              [weil NO-]
038         weil noch kein arzt REIkomma; (-)
((10 Sekunden Auslassung))
045 PFm10:  no fraga se se mol oifach bei der visite heute NACH;
046 PAm17:  hm HM;
```

Der Pfleger reagiert auf die Frage des Patienten mit einer klaren Anzeige von Nichtwissen in Bezug auf die weitere Gabe der Chemotherapiekapseln. Durch den Diskursmarker „Aber-" (Z. 007) leitet er in unmittelbarem Anschluss daran ein adversatives Syntagma ein und kündigt zusätzlich mittels der äußerungskommentierenden Routineformel „EHRlich gsagt-" (Z. 008) eine dispräferierte nächste Handlung an (vgl. Imo 2012: 69). Es folgt die prosodisch eigenständig realisierte PräpP „bei dEnne entSCHEIdunga;" (Z. 009), die retraktiv als Freies Thema (Selting 1993: 297ff.) zu bestimmen ist. Der Pfleger vollzieht sodann eine allgemein gehaltene Selbstpositionierung als nicht verantwortliche Person:[116] „do halt i mich au gern emmer a bissl ZRÜCK," (Z. 010). Interessanterweise stellt der Pfleger seine Zurückhaltung bzgl. der Therapieentscheidung nicht als aus seinen rollenbedingten Rechten resultierend und somit nicht als äußeren deontischen Zwang dar (vgl. demgegenüber Rossi/Stivers 2020),

[114] ‚Ich'.
[115] ‚Diesen'.
[116] Vgl. Solin/Östman (2012) zu den verschiedenen Facetten des Begriffs *Verantwortung*. Ich verstehe *Verantwortung* hier als rein rechtliche und nicht als moralisch-ethisch aufgeladene Kategorie.

sondern als rein subjektive Entscheidung. Die verantwortlichen AkteurInnen, die sich ‚nicht zurückhalten' und an die der Patient seine Frage adressieren könnte, werden nicht benannt.

In Überlappung mit der Turnfortsetzung des Pflegers markiert der Patient die vorangehend geäußerte Proposition seines Gegenübers als selbstevident und deren Formulierung demzufolge als redundant („ja, des isch SCHON klar,", Z. 013); zudem zeigt er durch die Abtönungspartikel ‚schon' einen partiellen Widerspruch an (vgl. Thurmair 1989: 148).[117] Daran anknüpfend liefert er einen *account* für seine initiale Frage, wobei er durch die Abtönungspartikel „halt" (Z. 017) Kohärenz zwischen seiner Wissensabfrage zu Beginn der Sequenz und der nun erfolgenden Begründung herstellt (vgl. Blühdorn 2019: 301): „des möcht e no ↑WISsa weil e ja-= [...] halt die au regelmäßich KRIEGT hab;" (Z. 015, 017). Verstärkt wird dieser *account* durch das prosodische Design der Äußerung, das mit dem auffälligen Tonhöhensprung stark an die Prosodie reaktiver Rechtfertigungen erinnert (vgl. Günthner 2000: 227).

Nach einer kurzen empraktischen Nebensequenz, in der der Pfleger sich danach erkundigt, ob er Herrn Becker frische Strümpfe anziehen soll, greift er das Thema der medikamentösen Therapie wieder auf. Sein Turn weist dabei zunächst einige aus Selbstabbrüchen resultierende Disfluenzen auf, die ebenso wie der äußerungsmodalisierende *disclaimer* „SAG ich amal," (Z. 027) auf Formulierungsprobleme hindeuten (vgl. Imo 2007: 110). Anschließend wiederholt der Pfleger die bereits zuvor (Z. 009–010) geäußerte Proposition, wählt aber eine etwas andere Formulierung: Zunächst führt er die Nominalphrase „die theraPIEentscheidunga oder so was;" (Z. 029) als Freies Thema mit potenzieller Fortführbarkeit an (vgl. König/Stoltenburg 2013: 2) und bringt sodann mittels der Kopulakonstruktion „des isch de DOKter;" (Z. 032) eine Possessivrelation zum Ausdruck (‚das ist den Doktoren', vgl. Seiler 1981: 68ff. zu einem derartigen *dativus possessivus*). Während er die für die Therapieentscheidungen verantwortlichen AkteurInnen zuvor nicht benannt hatte, referiert er nun explizit auf seine medizinischen KollegInnen und positioniert diese als deontisch potent sowie als qua institutioneller Verantwortlichkeiten zuständig. Im weiteren Gesprächsverlauf wiederholt er seine vorherige Selbstpositionierung, führt also abermals an, dass er sich bzgl. solcher Entscheidungen ‚immer ganz gern zurückhält' (Z. 034). Wenngleich der Pfleger hier einen indirekten Kontrast zu den ÄrztInnen eröffnet, positioniert er sich selbst nicht als deontisch inferior, da er seine Zurückhaltung als eigene Entscheidung und nicht als institutionell vorgegebenen Zwang kontextualisiert.

Indessen versucht Herr Becker mehrmals, das Rederecht zu übernehmen, um seine Frage nach den ‚Chemokapseln' weiter *accountable* zu machen und so deren interak-

[117] Die Redundanz der pflegerischen Aussage wird zusätzlich auch durch die folgende Partikel „NEE" (Z. 014) indiziert. Vgl. hierfür Weidner (2018), die *no-prefaced* Turns im Polnischen untersucht und diesbezüglich konstatiert: „The primary function of *no* is to treat the content of the prior speaker's turn as already known or self-evident" (Weidner 2018: 225). ‚Nee' operiert in diesem Kontext also auf der epistemischen Ebene.

tives Gewicht zu erhöhen. Am Ende einer weiteren *account*-Sequenz (nicht abgedruckt) folgt vonseiten des Pflegers schließlich ein imperativisches Format, in welchem er anführt, dass sich der Patient bei der Visite nach den Kapseln erkundigen soll. Auf diese Weise überträgt er Herrn Becker die Verantwortung dafür, mit den ÄrztInnen die weiteren medikamentösen Maßnahmen auszuhandeln. Das explizite Direktiv erscheint dabei jedoch stark mitigiert („mol oifach", Z. 045) und lässt sich somit weniger als ‚Aufforderung' denn als ‚Ratschlag' beschreiben. Ein solcher tritt im Kontext des pflegerischen Verweises auf ihre medizinischen KollegInnen nur hier auf – wesentlich häufiger machen die Pflegekräfte in diesem Zusammenhang von agenslosen Äußerungen wie ‚Das wäre mit der Ärztin zu besprechen' Gebrauch. Im Gegensatz zur Verwendung des Imperativs vermeiden sie es dadurch, in das deontische Territorium der PatientInnen bzw. Angehörigen einzudringen und diesen dezidiert bestimmte künftige Handlungen nahezulegen.
Mit dem von Herrn Becker in Z. 046 geäußerten Rückmeldesignal ist die Sequenz schließlich keineswegs beendet, sondern dauert noch fast eine weitere Minute an. Obwohl der Pfleger dem Patienten mehrfach die Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten erläutert, expandiert dieser immer wieder seinen *account* und forciert so die Dringlichkeit seiner Frage.

Neben der Anweisung an die PatientInnen oder Angehörigen, sich mit ihren Fragen an die ÄrztInnen zu wenden, verpflichten die PflegerInnen sich mitunter auch selbst dazu, die Anliegen der PatientInnen gegenüber ihren medizinischen KollegInnen zu thematisieren. Der folgende Ausschnitt illustriert dies. Er ist einer Sequenz entnommen, in der sich die Ehefrau des Patienten Herrn Schneiderhans heftig darüber beschwert, dass ihr Mann aufgrund der ihm seit Kurzem verabreichten Antidepressiva zunehmend phlegmatisch und nicht mehr ansprechbar ist. Sie wiederholt mehrmals, dass es so nicht weitergehen könne.

***Ausschnitt 14: Dosis und Medikamente (062_03_P_20180711; 00:02:17-00:02:31)***

```
131 ANw03a:  °h wenn man ´`MER:KT, (-)
132          dass er !ZU! star:k <<all> in des ding[118] reinkommt,=
133          [=dann muss mer_s>] ABset[ze. ]
134 PFm10:   [<<gepresst> ja:;>]
135                                  [ja:;] (-)
137 ANw03a:  ja,
138          also ICH [glaub,]
139 PFm10:            [nee-  ]
140          gut-
141          mit der dosis und medikamEnte [im einzelnen]
             [muss sowieSO] [mit der:-]
142 ANw03a:                                    [m_HM;       ]
143          [hm HM;      ]
144                        [hm HM.    ]
145 PFm10:   mit de ärzte [beSPROchen werden;]
```

[118] Es ist anzunehmen, dass die Angehörige mit „des ding" auf den zuvor beschriebenen phlegmatischen Zustand ihres Mannes verweist.

```
146 ANw03a:                [hm HM;            ]
148 PFm10:    [und des] [SAG ich] denen dann <<p, creaky> nachher
              AUch [noch;>] [=ALso;]
147 ANw03a:   [hm HM; ]
149                      [hm HM. ]
150                 [hm    ] [HM.   ]
```

Zunächst entwirft Frau Schneiderhans in der Protasis einer Konditionalstruktur ein hypothetisches Szenario (Z. 131–132) und formuliert sodann in der Apodosis eine klare Handlungsobligation für dessen Eintreten (Z. 133).[119] Obgleich Frau Schneiderhans das Pronomen ‚man' („mer", Z. 133) gebraucht und das Agens so indefinit bleibt, nimmt sie den Pfleger durch die allgemein formulierte Handlungsmaxime implizit in die Pflicht, der seiner Profession zukommenden Aufgabe des Monitorings der PatientInnen sorgfältig(er) nachzukommen und kritisiert ihn somit indirekt. Der Pfleger äußert in Überlappung dazu zwei Rückmeldesignale (Z. 134–135), ehe die Ehefrau den Alignmentmarker „ja," (Z. 137) einsetzt, um ihrer Aufforderung Nachdruck zu verleihen und Konsens bzgl. des problematischen Status der Medikation zu erlangen (vgl. Harren 2001: 39). Gleichzeitig dient ‚ja' hier aber auch als *floor-holding*-Signal.
Die daran anschließende Turnexpansion wird vonseiten des Pflegers unterbrochen, der durch den Diskursmarker „nee- gut-" (Z. 139–140) eine konzessive Relation (Couper-Kuhlen/Thompson 2000) etabliert und somit einen Einwand bzw. eine dispräferierte Folgehandlung projiziert (*disagreement prefacing*, Pomerantz 1984: 72). Die konzessive Relation besteht darin, dass er zwar die Gültigkeit der von seiner Gesprächspartnerin vorgebrachten Aufforderung anerkennt, deren Relevanz für die aktuelle Interaktion jedoch insofern suspendiert, als er selbst nicht für die Anordnung der Medikamente verantwortlich und dementsprechend der falsche Adressat für die diesbezüglichen Beschwerden ist: „mit der dosis und medikamEnte im einzelnen muss sowieSO mit der:- […] mit de ärzte beSPROchen werden;" (Z. 141, 145). Die Konnektivpartikel ‚sowieso' indiziert hier, dass die Bedingungen, unter denen es sich überhaupt lohnen würde, über die Absetzung des Antidepressivums zu diskutieren, nicht gegeben sind (vgl. Eggs 2003: 277): Die Basis für eine solche Aushandlung bestünde darin, dass der Pfleger mit den deontischen Rechten ausgestattet wäre, eigeninitiativ eine Änderung der Medikation vorzunehmen, über die er de facto aber nicht verfügt.[120] Mittels der allgemeingültigen, agenslosen Passivkonstruktion konstituiert er daher getrennte Verantwortungsbereiche (*zones of responsibility*, Atkinson 1999: 99) von ÄrztInnen und Pflegekräften und befreit sich somit von der indirekten (moralischen) Kritik der Angehörigen sowie der implizit an ihn herangetragenen Erwartung, eine Lösung für das geschilderte medikamentöse Problem zu finden (vgl. auch

[119] Für eine weitergehende Auseinandersetzung mit der sprachlich-interaktiven Konstruktion von Szenarien sei auf Kapitel 6.1.3.4 verwiesen.

[120] Der Konnektivpartikel ‚sowieso' kommt in diesem Zusammenhang zusätzlich auch eine evidenzbetonende Funktion zu, insofern als der Pfleger dadurch signalisiert, dass er die getrennten Zuständigkeitsbereiche von ÄrztInnen und Pflegenden als „intersubjektiv geteilten epistemischen Redehintergrund" präsupponiert (Zifonun et al. 1997: 1129).

Weinhold 1997: 102f.). Da er zuvor von Frau Schneiderhans indirekt in die Pflicht genommen wurde, weist er ihr nun seinerseits implizit die Verantwortung zu, sich mit ihren Beschwerden an die ÄrztInnen zu wenden. Anschließend kündigt er aber zusätzlich an, auch selbst mit den ÄrztInnen über die Problematik zu sprechen: „und des SAG ich denen dann <<p, creaky> nachher AUch noch;>" (Z. 148). Mit dieser Selbstverpflichtung positioniert sich der Pfleger als Vermittlerinstanz zwischen der Ehefrau des Patienten und den ÄrztInnen und nimmt so eine Rolle ein, die der Pflege innerhalb des sozialen Feldes ‚Krankenhaus' traditionell zugeschrieben wird (vgl. Sander 2012: 136). Frau Schneiderhans äußert indes insgesamt sieben Rückmeldesignale und signalisiert dadurch, dass der Pfleger mit seinem Beitrag über das hinausgeht, „what was warranted and [that he] thus should properly halt" (Stivers 2004: 273). Schließlich erfolgt ein Themenwechsel, indem der Pfleger darauf hinweist, dass auch die Entlassung des Patienten mit den ÄrztInnen zu besprechen wäre (nicht mehr abgedruckt).

Wie bereits einleitend konstatiert und in den Analysen der Gesprächsausschnitte gezeigt wurde, sind Selbst- und Fremdpositionierungen für das pflegerische VERWEISEN der PatientInnen an die ÄrztInnen charakteristisch. Die Pflegekräfte positionieren sich selbst dabei sowohl als Vermittlerinstanz als auch als nicht verantwortlich für zu treffende Therapieentscheidungen; zudem positionieren sie ihre ärztlichen KollegInnen als deontisch potente EntscheidungsträgerInnen und die PatientInnen mittels Praktiken wie RATGEBEN o. Ä. indirekt als dafür verantwortlich, das Gespräch mit den ÄrztInnen zu suchen.

Mit der Analyse der Praktik VERWEISEN ist das Kapitel zum pflegerischen Sprechen über Medikamente nun beendet. Da dessen zentrale Ergebnisse erst in Kapitel 6.1.4 aufgegriffen werden, wenn ich die pflegerischen Praktiken mit den im ärztlichen Medikamentengespräch auftretenden Praktiken vergleiche, sei an dieser Stelle zumindest eine knappe Zusammenfassung der in den vorherigen Analysen gewonnenen Befunde präsentiert:

Tabelle 7: Praktiken des pflegerischen Sprechens über Medikamente

| **Praktik** | **Zentrale Merkmale** |
|---|---|
| INFORMIEREN | • Beim INFORMIEREN handelt es sich um die am wenigsten komplexe, zugleich aber am häufigsten auftretende Praktik. Die PflegerInnen erfüllen hierdurch die Aufgabe, die PatientInnen über die mitgebrachten Medikamente in Kenntnis zu setzen.<br>• Das INFORMIEREN steht im Dienste einer der zentralen Aufgaben der Pflegekräfte: der in situ erfolgenden Medikamentengabe. |

| | |
|---|---|
| | • Die PatientInnen reagieren zumeist lediglich mittels eines minimalen Rückmeldesignals auf die pflegerische Informationssequenz.<br>• Zumeist wird die Praktik von den PflegerInnen eigeninitiativ in erster Sequenzposition gebraucht. |
| ERKLÄREN | • In Erklärsequenzen vermitteln Pflegekräfte spezifisches Wissen über Medikamente, insbesondere über deren Wirkung und den Grund der Einnahme.<br>• Zumeist werden die Erklärsequenzen durch eine Relevantsetzung von Nichtwissen durch die PatientInnen oder deren Angehörige initiiert und treten folglich dominant in zweiter Sequenzposition auf. |
| ANKÜNDIGEN | • Dem ANKÜNDIGEN geht eine aufgrund akuter und absoluter Indikation unilateral vonseiten der Pflegekraft getroffene Entscheidung zur kurzfristigen Änderung der Medikation voran, die dann unmittelbar vorgenommen wird.<br>• Die Pflegekräfte sind aufgrund ihrer institutionell vorgegebenen deontischen Rechte hinsichtlich der Medikamentenklassen, bzgl. derer sie Änderungen vornehmen dürfen, beschränkt.<br>• Die angekündigte Maßnahme wird als logisch und zwangsläufig aus den Beschwerden der PatientInnen resultierende Konsequenz präsentiert und erscheint so stets in zweiter Sequenzposition (verbale Beschwerdeschilderung oder Körperereignis als *first pair part*).<br>• Die PatientInnen setzen den Ankündigungen der Pflegekräfte in keinem Fall Widerstand entgegen. |
| RATGEBEN | • Geben die Pflegekräfte den PatientInnen einen Rat hinsichtlich der Einnahme eines nicht absolut indizierten, für die aktuellen Beschwerden gleichwohl aber hilfreichen Medikamentes, legen sie den PatientInnen bestimmte therapieimplementierende Handlungen nahe. Die Verantwortung für deren letztliche Realisierung liegt jedoch bei den PatientInnen selbst. Somit erscheinen die PflegerInnen als epistemische, die PatientInnen aber als deontische Autoritäten.<br>• Die Praktik tritt fast in allen Fällen problemresponsiv auf.<br>• Auf der sprachlichen Ebene zeichnen sich Ratschläge durch ein auffällig hohes Maß an mitigierenden Elementen aus. |

| | |
|---|---|
| ANBIETEN | • Mittels der Praktik ANBIETEN verpflichten sich PflegerInnen kommissiv darauf, ihr eigenes Handeln in den Dienst der PatientInnen zu stellen und sich dabei an deren Präferenzen zu orientieren. Dadurch positionieren sie sich selbst als AgentInnen einer künftigen Handlung und die PatientInnen als deren BenefiziantInnen sowie als deontische Autoritäten.<br>• Pflegerische Angebote betreffen die Verabreichungsform verordneter Medikamente, Extragaben davon oder den Zeitpunkt der Einnahme. |
| VERWEISEN | • Betreten die Pflegekräfte das deontische und epistemische Territorium ihrer ärztlichen KollegInnen, greifen sie auf die Praktik VERWEISEN zurück.<br>• Der pflegerische Einsatz dieser Praktik zeichnet sich dominant durch Selbst- und Fremdpositionierungen aus: Selbstpositionierungen i) als nicht zuständig bzgl. einer Therapieentscheidung und ii) als Vermittlerinstanz zwischen ÄrztInnen und PatientInnen/Angehörigen; Fremdpositionierungen iii) der ÄrztInnen als deontisch potente EntscheidungsträgerInnen und iv) der PatientInnen/Angehörigen als dafür verantwortlich, das Gespräch mit den ÄrztInnen zu suchen.<br>• Die Praktik VERWEISEN ist auf einer anderen Ebene angesiedelt als die sonstigen hier beschriebenen Praktiken des pflegerischen Sprechens über Medikamente, da die Pflegekräfte verschiedene andere Praktiken einsetzen, um die PatientInnen bzw. Angehörigen an die ÄrztInnen zu verweisen. |

### 6.1.3 Ärztliches Sprechen über Medikamente

Während im pflegerischen Medikamentengespräch Aspekte der in situ zu erfolgenden Therapieumsetzung besprochen werden, besteht die Aufgabe des ärztlichen Medikamentengesprächs in der Therapieplanung. Diese Aktivität kann auf verschiedene Ziele ausgerichtet sein: Bisweilen geht es nur darum, die Dosis eines Medikamentes zu ändern; mitunter soll ein Medikament aber auch abgesetzt oder ein neues Medikament ausprobiert werden. In jedem Fall lässt sich die Planung einer Pharmakotherapie als problemresponsive Handlung beschreiben, denn nur, wenn ein verordnetes Medikament nicht wirkt oder Nebenwirkungen auftreten bzw. dann, wenn PatientInnen neue Symptome zeigen, ergibt sich die Notwendigkeit, neue Pläne für die medikamentöse Therapie zu entwickeln und somit prospektiv zu handeln.

Da die Verordnung eines Medikamentes zur bestmöglichen Gewährleistung einer salutogenen Wirkung desselben auf die Körperereignisse und Symptome der PatientInnen abgestimmt werden sollte, muss zunächst zwangsläufig eine adäquate Beschwerdeexploration durchgeführt werden (Spranz-Fogasy 1990: 144f.). Gleichermaßen ist es aber auch von Relevanz, die aus medizinischer Sicht sinnvoll erscheinenden medikamentösen Maßnahmen mit den PatientInnen abzustimmen und deren Präferenzen für bzw. Vorbehalte gegen bestimmte Medikamente in die Entscheidungsfindung einzubeziehen. Zwar muss in stationären, konträr zu ambulanten Settings (Lutfey 2004), nicht erst aufwändig abgesichert werden, dass die PatientInnen ihre Medikamente fristgerecht einnehmen, da hier die Pflegekräfte für die Verabreichung zuständig sind. Gemäß einer patientenzentrierten Haltung wie sie etwa von der S3 Leitlinie Palliativmedizin propagiert wird (Leitlinienprogramm Onkologie 2020: 106ff.), gilt es letztlich aber als ethischer Imperativ, den PatientInnen eine Entscheidung nicht überzustülpen, sondern ihnen Partizipationsmöglichkeiten (*opportunity spaces*, Stivers/Barnes 2018: 1332) zu eröffnen.

Analog zum vorherigen Kapitel 6.1.2 besteht die Zielsetzung des aktuellen Kapitels darin, die kommunikativen Praktiken zu beschreiben, die im Kontext des ärztlichen Sprechens über Medikamente am frequentesten auftreten und die – abgesehen von der zuletzt zu betrachtenden Praktik ABKÜNDIGEN (Kapitel 6.1.3.6) – allesamt in die projektive kommunikative Gattung ‚Therapieplanung' eingebettet sind.[121] Dabei zeigt sich bereits bei einer ersten, oberflächlichen Durchsicht der Belege, dass die interaktiven Dynamiken im ärztlichen Medikamentengespräch häufig wesentlich komplexer sind als in den betrachteten PPI.

#### *6.1.3.1 Praktik ANKÜNDIGEN*

Zu Beginn der Auseinandersetzung mit den Praktiken, auf die ÄrztInnen im Medikamentengespräch zurückgreifen, wende ich mich der mit Abstand am häufigsten auftretenden Praktik (n=45) zu: dem ANKÜNDIGEN. Die wesentlichen Charakteristika dieser Praktik wurden bereits in Kapitel 6.1.2.3 dargelegt, als das pflegerische ANKÜNDIGEN beschrieben wurde; im Folgenden zeige ich nun auf, wodurch sich der ärztliche Einsatz dieser Praktik auszeichnet.

Das zentrale Merkmal der Praktik ANKÜNDIGEN besteht darin, dass ÄrztInnen dadurch eine bereits internal getroffene Entscheidung bzgl. einer spezifischen medikamentösen Maßnahme präsentieren und dabei das Einverständnis der PatientInnen präsupponieren, ohne ihnen weitere Partizipationsmöglichkeiten zu eröffnen. Sie kündi-

[121] Projektive Gattungen sind „kommunikative[ ] Formen, in denen Menschen ihre Zukunft planen und Handlungen vorbereiten, durch welche diese Zukunft realisiert werden soll" (Ayaß 2021: 61).

gen entweder an, die Dosis eines Medikamentes zu ändern, ein Medikament abzusetzen oder ein neues in den Therapieplan aufzunehmen. Die Ausführenden der eigentlichen pharmazeutischen Handlung – der Medikamentenverabreichung – sind dann jedoch die Pflegekräfte. Somit bereiten die ÄrztInnen das Handeln ihrer KollegInnen aus der Pflege vor und antizipieren implizit dessen Resultat *modo futuri exacti* (Schütz/Luckmann 2017 [1979/1984]: 467).

Obgleich Therapieentscheidungen auch dann, wenn PatientInnen schweigend verharren, das Produkt der Interaktion zwischen ÄrztInnen und PatientInnen bilden und folglich nie unilaterale Handlungen darstellen (s. Kapitel 6.1.1), etablieren ÄrztInnen durch Ankündigungen einen steilen deontisch-epistemischen Gradienten. So verweist der Einsatz dieser Praktik auf ihr epistemisches Recht, zu wissen, welche medikamentöse Maßnahme die geeignetste ist, sowie auf ihr deontisches Recht, über die Medikamentenverordnung zu verfügen. Die PatientInnen zeigen indessen i. d. R. nicht an, dass sie die autonom getroffene Entscheidung der ÄrztInnen als unangemessen erachten: In lediglich zwei der 45 Belege setzen Patientinnen einer Ankündigung Widerstand entgegen. In einem Fall insistiert die Ärztin dabei auf die angekündigte Maßnahme, sodass die Patientin letztlich anmerkt: „i verTRAU da vOll" (722_21_A_20191107); im anderen Fall lenkt die Ärztin ein (Ausschnitt 23, Kapitel 6.1.3.5). Hiervon abgesehen reagieren die PatientInnen auf ärztliche Ankündigungen stets mit Rückmeldesignalen (*continuer, acknowledgement tokens* und Erkenntnisprozessmarker) oder der expliziten Anzeige von Zustimmung und partizipieren so zumindest minimal.

Zumeist wird die Proposition der Ankündigung von den ÄrztInnen als sich logisch aus den evidenten Problemen ergebende Handlungskonsequenz gerahmt. In 18 der vorliegenden 45 Belege tritt diese Praktik auf, wenn ein bestimmtes Problem schon vor dem Visitengespräch bzw. unabhängig davon manifest wurde und die ÄrztInnen dementsprechend bereits nach einer Lösung suchen konnten, die sie den PatientInnen sodann mitteilen. Die anderen 27 Belege erscheinen in unmittelbarer Reaktion auf ein manifestes Körperereignis der PatientInnen (z. B. Erbrechen) oder auf das Ergebnis einer durchgeführten Beschwerdeexploration, sodass die Ankündigung hier entsprechend erst aus den Umständen der jeweiligen Situation resultiert.

Folgende lexikalisch-syntaktischen Ressourcen sind konstitutiv für diese Praktik:

Tabelle 8: Sprachliche Formate der ärztlichen Praktik ANKÜNDIGEN

- Konsekutivkonnektor *dann* fakultativ zur Einleitung
- Personalpronomen 3. Pers. Pl. (Höflichkeitsform) + *kriegen/bekommen* (Präsens, Indikativ/Konjunktiv II) + $NP_{Akk}$ + (AdvP) + (PräpP): *Sie kriegen jetzt was über die Vene gegen Übelkeit.*

- Personalpronomen 1. Pers. Sg./Pl. + Handlungsverb (*reinnehmen/rausnehmen/raufnehmen, weglassen/geben/aufschreiben/probieren*) (Präsens, Indikativ) + $NP_{Akk}$ + (AdvP) + (PräpP): *Dann nehmen wir dieses Neurocil auch raus.*
- Personalpronomen 1. Pers. Sg./Pl. + Handlungsverb (*belassen/(aus)probieren/machen/erhöhen/drinlassen/absetzen/ansetzen/ersetzen/aufschreiben/geben/hochnehmen*) (Konjunktiv II) + $NP_{Akk}$ + ($NP_{Dat}$) + (PräpP): *Ich würde Ihnen die Laxanstropfen erhöhen*.
- Personalpronomen 1. Pers. Pl./$NP_{Nom}$ + *müssen* (Präsens, Indikativ) + ($NP_{Akk}$) + (PräpP) + $VP_{Inf}$ (*absetzen/beenden/pausiert bleiben*): *Wir müssen einen Teil absetzen wegen der Blutwerte*.
- Personalpronomen 1. Pers. Pl. + *können* (Präsens, Indikativ) + ($NP_{Akk}$) + (PräpP) + $VP_{Inf}$ (*runtergehen, absetzen*): *Dann können wir mit der Dosis wieder runtergehen.*
- Personalpronomen 1. Pers. Sg./Pl. + *wollen* (Konjunktiv II) + $NP_{Akk}$ + $VP_{Inf}$ (*ausprobieren*): *Ich wollte nochmal das MCP ausprobieren*.
- NP *(der) nächste(r) Schritt/(die) nächste Stufe* + *sein* (Konjunktiv II) + *dass*-Komplementsatz: *Nächste Stufe wäre, dass man Ihnen etwas gibt, was gegen Nervenschmerzen wirkt.*
- Konditionalstruktur *wenn X, dann Y* (Realis): *Wenn wir die Pumpe abmachen, kriegen Sie einen Bolus*.

Bezüglich der beiden am häufigsten auftretenden Formate *Personalpronomen 1. Pers. Sg./Pl. + Handlungsverb (Präsens, Indikativ)* und *Personalpronomen 1. Pers. Sg./Pl. + Handlungsverb (Konjunktiv II)* lässt sich ein auffälliger Zusammenhang zwischen dem verwendeten Pronomen und dem Modus verzeichnen: Während mit dem Pronomen der 1. Pers. Pl. fast gleich häufig der Indikativ (7 Belege) wie der Konjunktiv (9 Belege) auftritt,[122] erscheint das Pronomen der 1. Pers. Sg. dominant mit dem Konjunktiv (13 von 15 Belege). Ob sich diese Tendenz darauf zurückführen lässt, dass die ÄrztInnen ihre Ankündigungen, wenn sie diese schon nicht mittels des Pronomens *wir* als Produkt eines Kollektivs darstellen (vgl. Günthner 2021), zumindest durch den Konjunktiv abzuschwächen versuchen, kann allerdings nicht bestimmt werden.

Ehe im Folgenden zwei Vorkommen der Praktik ANKÜNDIGEN exemplarisch analysiert werden, sei vorab noch eine m. E. sehr wichtige Anmerkung gemacht: Das Ausüben ärztlicher Autorität, wie es im Rahmen der hier betrachteten Praktik deutlich zutage tritt, wird vor dem Hintergrund einer auf Patientenzentriertheit ausgerichteten Kommunikationsideologie oftmals als dysfunktional im Hinblick auf partizipative Entscheidungsfindungen betrachtet. Pilnick/Dingwall (2011: 1378) merken diesbezüglich

[122] Das Pronomen *wir* erscheint dabei keineswegs nur in Fällen, in denen sich zwei ÄrztInnen im Raum befinden, sondern gleichermaßen auch dann, wenn nur eine Ärztin anwesend ist. Vgl. Günthner (2021) zur Verwendung des Pronomens der 1. Pers. Pl. in institutionellen Gesprächen, speziell in onkologischen Aufklärungsgesprächen. Günthner (2021: 299) schreibt dem Pronomen *wir* dabei die Funktion der „Indizierung unterschiedlicher ‚Partizipationskonfigurationen'" zu.

jedoch zurecht an, „that interactional dominance by doctors is not necessarily always and exclusively problematic". So ist nicht zu leugnen, dass die ÄrztInnen – in den allermeisten Fällen konträr zu den PatientInnen – über das fachliche Expertenwissen verfügen, das nötig ist, um die Komplexität physiologischer Zusammenhänge zu erfassen und Beschwerden adäquat beurteilen zu können. Dementsprechend sollte auch die hier betrachtete kommunikative Praktik ANKÜNDIGEN nicht *per se* negativ bewertet werden.

Der erste Ausschnitt stammt aus einem Gespräch mit dem Patienten Herrn Adamczak. Dieser leidet aktuell unter einer Pneumonie, die bislang mit einem Antibiotikum behandelt wurde. Nachdem eine Probe seines Sputums ins Labor geschickt wurde, liegt nun der Befund vor, den die Oberärztin in Form einer Pseudocleft-Struktur (vgl. Günthner 2008a) einführt:

***Ausschnitt 15: Hefepilze (099_05_A_20180705, 00:01:48-00:02:22)***[123]

```
139 ARw01:  und wAs wir jetzt geFUNden haben,
140         is dass da ganz viel !HE!fepilze drin sind;=
141 PAm05:  =ja; (-)
142 ARw01:  die ham SIE,
143         und auch ICH,
144         wir ALle,
145 PAm05:  <<h> ja->
146 ARw01:  <<len> Immer In ZUNge und->
147         magenDARMtrakt; (-)
148         °h bloß wenn des immUnsystem nich so FIT is,
149         kann_s halt sEIn dass die AUCH mIt- (---)
150         an der LUNgenentzündung [schUl      ]d sind;
151 PAm05:                          [<<h> (ja;)>]
152 ARw01:  und das sollte man beHANdeln;
153 PAm05:  <<p> äHÄ;> (---)
154 ARw01:  das heißt sie bekommen ein neues medikaMENT noch, (-)
155         das gegen diesen (.) PILZ,
156         (.) gegen diesen HEfepilz [wirkt;   ]
157 PAm05:                           [<<p> ja->]
158 ARw01:  °h da wirkt das normAle antibiotikum leider NICH:; (-)
159 PAm05:  aHA- (-)
160 ARw01:  ja,=
161         =nich wundern wenn ne NEUe, (--)
162         tabLETte kommt.
163 PAm05:  <<p, h> (JA_a/HA?a;)> (-)
164 ARw01:  tablettenschlucken GEHT?
```

Indem die Ärztin das Testergebnis der Sputumuntersuchung unmittelbar nach dessen Präsentation dadurch relativiert, dass sie mittels einer Listenkonstruktion (vgl. Selting 2004) auf das nicht pathologische Vorkommen von Hefepilzen auf Zunge und im Magendarmtrakt aller Menschen verweist (Z. 142–144), schwächt sie den Befund in seiner ‚Dramatik' („ganz viel !HE!fepilze", Z. 140) ab. Der adversativ-restringierende Diskursmarker „bloß" (Z. 148) projiziert sodann eine „singuläre Einschränkung" (Zifonun et al.

[123] Die Sprechersigle *ARw00* steht für Ärztinnen, die Sigle *ARm00* für Ärzte.

1997: 2422) der zuvor geäußerten Proposition und leitet die Vermittlung weiteren fachlichen Wissens ein. Wenngleich das folgende Konditionalgefüge generisch formuliert wird, lässt sich kontextuell inferieren, dass die in der Protasis formulierte Bedingung („wenn des immUnsystem nich so FIT is,", Z. 148) im Fall von Herrn Adamczak realisiert ist, auf ihn also zutrifft. Zwar präsentiert die Ärztin die im Anschluss in der Apodosis dargelegte Ursachentheorie als epistemisch nicht gesichert; dennoch weist sie im Folgenden auf die Notwendigkeit hin, die Hefepilze zu behandeln (Z. 152).
Nach einem kurzen Rückmeldesignal des Patienten (Z. 153) setzt die Oberärztin ihren Turn fort. Eingeleitet durch den Diskursmarker „das heißt" (Z. 154), der als kohärenzstiftendes Element den engen Bezug der folgenden Aussage zum Vortext markiert und eine Explikation projiziert, kündigt sie ein spezifisches therapeutisches Vorgehen an: „das heißt sie bekommen ein neues medikaMENT noch, (-) das gegen diesen (.) PILZ, (.) gegen diesen HEfepilz wirkt;" (Z. 154–156). Dadurch, dass die Oberärztin hier eigeninitiativ über die künftige medikamentöse Therapie verfügt und ihre Ankündigung nicht durch modalisierende Elemente wie den Gebrauch des Konjunktivs o. dgl. abschwächt, positioniert sie sich als deontisch hoch potent.[124] Das deontisch starke Format erscheint allerdings erst zu einem Zeitpunkt, zu dem die angekündigte Maßnahme unter Rückgriff auf medizinisches Wissen ausführlich epistemisch fundiert und damit *accountable* gemacht wurde („Um-zu-Motiv", Schütz 1971: 80), sodass die absolute Indikation des projizierten Vorgehens für den Patienten nachvollziehbar wird.[125]
Im weiteren Sequenzverlauf begründet die Ärztin die Verabreichung des neuen Medikamentes zusätzlich durch den Hinweis, dass das Antibiotikum, das Herr Adamczak bislang erhielt, gegen den Pilz nicht wirkt (Z. 158). Die prosodische Realisierung des folgenden Rückmeldesignals „aHA-" (Z. 159) kontextualisiert durch die final schwebende Intonation, dass der Erkenntnisprozess des Patienten an dieser Stelle noch nicht abgeschlossen ist (vgl. Auer 1979: 101).
Nach einer kurzen Pause produziert die Ärztin den Alignmentmarker „ja," (Z. 160), dem zum einen eine diskursstrukturierende Funktion zukommt, da er zwei Teilaktivitäten des übergeordneten Projektes ‚Therapieplanung' verknüpft und deren thematischen Zusammenhang anzeigt (vgl. Harren 2001: 31): Rückgewandt beendet er die Ankündigungssequenz, vorwärts gerichtet leitet er – nach der abschließenden Expansion der Ankündigung durch den deontischen Infinitiv „nich wundern wenn ne NEUe,

[124] Interessant ist, dass die semantische Rolle des Agens unbesetzt bleibt. Hier manifestiert sich die Tatsache, dass die gesamte übergeordnete Handlung ‚Medikamentengabe' aus mehreren Teilkomponenten besteht, für deren Realisierung unterschiedliche AkteurInnen verantwortlich sind.

[125] Vgl. Stevanovic/Peräkylä (2012: 311): „[O]ffering an account for what is announced, involves a downgrading of the authority claim".

(--) tabLETte kommt." (Z. 161–162)[126] – die Aushandlung der Form ein, in der das Medikament gegen die Hefepilze verabreicht werden soll (Tabletten vs. Infusion). Zum anderen markiert die Ärztin durch den Alignmentmarker retraktiv die Überführung ihres Wissens bzgl. der Anordnung des Medikamentes in den *common ground*. Ein derartiges Auftreten steigend intonierter Alignmentmarker wie *ja* und *gell* an einer Scharnierstelle des sequenziell-thematischen Verlaufs scheint für die Praktik ANKÜNDIGEN charakteristisch zu sein, da in immerhin 23 der vorliegenden 45 Belege im Anschluss an eine Ankündigung ein Alignmentmarker erscheint.[127]

Auch in der zweiten näher zu betrachtenden Sequenz tritt nach der Ankündigung ein Alignmentmarker auf, dem neben der Diskursstrukturierung aber auch noch eine weitere Funktion zukommt. Ferner zeigt das folgende Beispiel den Einsatz des im Rahmen der Praktik ANKÜNDIGEN am häufigsten eingesetzten lexikalisch-syntaktischen Formates (Personalpronomen 1. Pers. Sg./Pl. + Handlungsverb (Konjunktiv II) + $NP_{Akk}$ + ($NP_{Dat}$) + (PräpP)). Der Ausschnitt stammt aus einer Interaktion, die während einer Sonografie stattfindet. Vorangegangen war eine lange Aushandlungssequenz über das Medikament MCP, das die Ärztin zur Behandlung der bereits zuvor bekannten und durch die Sonografie nochmals evident gewordenen schwerwiegenden Obstipation der Patientin ausprobieren wollte. Die Patientin Frau Erdinger-Bauer hatte jedoch gegen die Empfehlung der Ärztin opponiert, da sie unter diesem Medikament in der Vergangenheit an starken Nackenkrämpfen litt. Schließlich hatte die Ärztin eingelenkt, aber auf die Dringlichkeit einer medikamentösen Maßnahme zur Stimulierung des Darms hingewiesen. Die Patientin hatte daraufhin einen Darmeinlauf vorgeschlagen, der allerdings, wie die Ärztin betont, lediglich im unteren, nicht aber im oberen Darmtrakt wirken würde.

***Ausschnitt 16: Darm anregen (018_02_A_20180702; 00:07:34–00:08:04)***

```
294 ARw04:  jetzt is aber schOn natürlich irgendwie die FRAge,
295         wie wir des was weiter Oben is,
296         dann nach UNten be[kommen;]
297 PAw02:                    [?m_    ]HM;
298         ?m_HM;
299 ARw04:  und sie ham ja die laXANStropfen, (---)
300         die würd ich ihnen jetzt mal erHÖhen;
301         °h weil-
302         mit !IR!gendwas müssen mer den dArm,
303         <<len> quasi in SCHWUNG bringen;>
304 PAw02:  ja;=
305 ARw04:  =und da nehm mer mal das was sie schon HAM,
```

[126] Funktional ähnelt diese Form stark der von Bauer/Buck (2021) beschriebenen sprechhandlungsbezogenen Finalkonstruktion *nur dass Sie wissen*, die insofern dem institutionellen Wissensmanagement dient, als ÄrztInnen dadurch die Situationsrelevanz eingebrachter Informationen modalisieren. In den 45 Belegen für die Praktik ANKÜNDIGEN tritt diese Konstruktion insgesamt dreimal auf; hinzu kommt das funktionale Äquivalent im hier betrachteten Ausschnitt.

[127] 14x *ja*, 5x *gell/gä*, 2x *hm* und je 1x *okay* und *ne*.

```
306          des laXANS, (--)
307          und lassen des em tse pe[128] erst mal WEG; (-)
308          <<p> ja?> (-)
309 PAw02:    aber EIN-
310          ein TAG oder zw[ei,    ]
311 ARw04:                   [<<h> al]les GUT;>
312          sie müssen des GAR nich irgendwie- (-)
313          ich hab dafür ganz großes verSTÄNDnis,
```

Die Projektorkonstruktion „jetzt is aber schOn natürlich irgendwie die FRAge," (Z. 294) dient der Signalisierung des thematischen Progresses („Thematisierungsformel" nach Zifonun et al. 1997: 524). Anstatt im Folgenden aber einen gemeinsamen Überlegungsprozess zu initiieren oder gar einen Vorschlag ihrer Gesprächspartnerin einzufordern, präsentiert die Ärztin eine bereits beschlossene therapeutische Maßnahme. Hierzu knüpft sie zunächst, indiziert durch die Abtönungspartikel „ja" (Z. 299), an den *common ground* an (vgl. Reineke 2018: 191) und verweist auf ein Abführmittel, das die Patientin bereits regelmäßig nimmt. Im Anschluss daran folgt die im Zentrum des Interesses stehende Praktik ANKÜNDIGEN: „die würd ich ihnen jetzt mal erHÖhen;" (Z. 300). Im Gegensatz zum zuvor betrachteten Ausschnitt 15 erscheint an dieser Stelle als semantisches Agens das auf die Ärztin referierende Personalpronomen der 1. Pers. Sg., wodurch sie sich explizit als deontisch potente Agentin der künftigen Therapiehandlung positioniert (vgl. auch Thompson/McCabe 2018: 1348). Zwar wird die Ankündigung durch den Gebrauch des analytischen Konjunktivs sowie durch die Abtönungspartikel „mal" (Z. 300) auf der sprachlichen Oberfläche abgeschwächt. Die tentative Formulierung vermag jedoch nicht, das etablierte deontische Gefälle zwischen Ärztin und Patientin zu nivellieren. Mit Blick auf den weiteren sequenziellen Verlauf der Interaktion, in dem für die Patientin keine Beteiligungsmöglichkeit geschaffen und ihr Einverständnis nicht relevant gesetzt wird, widerspreche ich Groß (2018: 336): Sie argumentiert für die von ihr untersuchten HIV-Sprechstunden, dass der Gebrauch des Konjunktivs in Fällen, die dem hier vorliegenden ähnlich sind, das Ausstehen der patientenseitigen Zustimmung kontextualisiert und auf das „eingeschränkte deontische Recht" der ÄrztInnen, autonom eine Entscheidung zu treffen, verweist. Einer einzelnen sprachlichen Form kann aber nicht kontextlosgelöst eine solche Funktion attribuiert werden. Stattdessen ist für jeden Fall anhand der linearen Weiterentwicklung des Gesprächs neu zu zeigen, inwiefern der Konjunktiv de facto markiert, dass die Zustimmung der PatientInnen noch nicht vorliegt. Entscheidend ist allein, ob bzw. welche Partizipationsmöglichkeiten für die PatientInnen eröffnet werden – und nur der Einsatz des Konjunktivs kann dies nicht leisten. Folglich ist eine 1:1-Zuordnung von Form und kommunikativer Praktik nicht haltbar.

Der prosodisch desintegrierte Diskursmarker „weil-" (Z. 301) leitet im Folgenden einen *account* ein, durch welchen die Ärztin ihre Ankündigung retraktiv, unter Verweis auf eine akute Handlungsobligation, qualifiziert (vgl. Angell/Bolden 2015; Günthner

[128] Bei MCP (Metoclopramid) handelt es sich um ein Antiemetikum.

2008b: 110f.). In unmittelbarem Anschluss an ein Rückmeldesignal der Patientin (Z. 305) setzt die Ärztin ihren Turn fort und reformuliert ihre Ankündigung: „=und da nehm mer mal das was sie schon HAM, des laXANS, (--) und lassen des em tse pe erst mal WEG;" (Z. 305–307). Auffällig ist, dass an dieser Stelle kein weiteres Mal das Personalpronomen der 1. Pers. Sg., sondern stattdessen das der 1. Pers. Pl. realisiert wird. Ob dieses Pronomen die Patientin inkludiert und so Ärztin und Patientin als gemeinsam Handelnde perspektiviert, oder ob die Ärztin die beschlossene therapeutische Maßnahme dadurch als kollektive Handlung der professionellen AkteurInnen der Palliativstation darstellt, die Patientin also exkludiert, lässt sich nicht festmachen (vgl. auch Günthner 2021).[129] Nachdem vonseiten der Patientin bislang kein Widerstand kam, wechselt die Ärztin nun außerdem den Modus und greift für die Reformulierung der Ankündigung auf den unmarkierten Indikativ zurück. Schließlich folgt, ebenso wie im zuvor analysierten Ausschnitt 15, der steigend intonierte Alignmentmarker „<<p> ja?>" (Z. 308). Konträr zum vorherigen Beleg setzt die Ärztin ihren Turn danach jedoch nicht unmittelbar fort, sodass eine kurze Pause entsteht. Prinzipiell hätte die Patientin hier die Möglichkeit, einen Einwand einzubringen, falls sie der Dosiserhöhung nicht zustimmt. Gleichzeitig markiert die Ärztin mit diesem Scharnierelement aber auch, dass die von ihr unilateral vorgenommene Therapieplanung nun abgeschlossen ist und sie zur Besprechung des nächsten Punktes übergehen kann.

Die Patientin übernimmt im Folgenden das Rederecht und projiziert durch den Diskursmarker „aber" (Z. 309) einen Widerspruch. Sie wird jedoch von der Ärztin unterbrochen, die durch die metapragmatische Formel „alles gut" (Z. 311) indiziert, dass die Thematik, die die Patientin zu initiieren versucht, bereits ausreichend diskutiert wurde (vgl. Arens i. V.). Die daran anknüpfende Turnerweiterung der Ärztin (Z. 312–313) zeigt im Sinne der *next-turn proof procedure* (Hutchby/Wooffitt 1998: 15) an, dass sie die semantisch unvollständig gebliebene Äußerung von Frau Erdinger-Bauer als Indiz für ein Einlenken interpretiert, ein solches aber als unnötig erachtet. Diese Reaktion ist wiederum nur vor dem Hintergrund des bisherigen Interaktionsverlaufs verständlich: Obwohl die Ärztin wiederholt angeführt hatte, dass sie der Patientin gerne das Medikament MCP verabreichen würde, da dieses am effektivsten gegen einen drohenden Darmverschluss wirke, hatte Frau Erdinger-Bauer dem nicht zugestimmt. Die Aussage „aber EIN- ein TAG oder zwei," (Z. 309–310) scheint die Ärztin nun im Sinne von ‚aber vielleicht können wir das MCP ja doch für einen oder zwei Tage ausprobieren' zu verstehen. Im Folgenden (nicht abgedruckt) bestärkt sie die Patientin sodann darin, angesichts der in der Vergangenheit aufgetretenen Nebenwirkun-

[129] Vgl. hierzu auch Måseide (2006: 49), wenngleich dieser mit englischsprachigen Daten arbeitet: „In certain institutional situations and activities, the ‚institutional voice' of medicine has a collective and depersonalized form; it is characterized by frequent use of collective or impersonal pronouns like ‚we' […]. It is a voice without individual agency but with institutional authority".

gen an ihrer Entscheidung gegen das MCP festzuhalten. Somit verlagert sich der Fokus von der Ankündigung der Dosiserhöhung des Abführmittels Laxans zurück zur vorangegangenen Aushandlung des Medikamentes MCP.

Die Praktik ANKÜNDIGEN tritt in Therapieplanungssequenzen, zusammenfassend betrachtet, dann auf, wenn medikamentöse Maßnahmen absolut indiziert sind und eine gewisse Dringlichkeit besteht, sie zu implementieren (vgl. auch Collins/Drew et al. 2005: 2624). In diesen Fällen können die ÄrztInnen, die über einen epistemischen Hochstatus verfügen und entsprechend um die Notwendigkeit einer spezifischen Medikation wissen, die Entscheidung darüber nicht einfach den PatientInnen überlassen – auch wenn diese durchaus widersprechen können. Medizinisch irrelevante(re) Entscheidungen, etwa die Frage nach der Verabreichungsform eines Wirkstoffs, lassen sich dagegen relativ problemlos in die Hände der PatientInnen legen, wie Ausschnitt 15 zeigte. Dass die ÄrztInnen autonom über den Medikamentenplan verfügen und dabei – unabhängig vom grammatischen Modus – ein steiles deontisches Gefälle etablieren (*doing being the authority*), wird von den PatientInnen (mit Ausnahme von zwei Fällen) nicht sanktioniert. Dies mag u. a. der Tatsache geschuldet sein, dass die ÄrztInnen die angekündigten therapeutischen Maßnahmen in allen Fällen epistemisch fundieren und so *accountable* machen. Zuletzt sei festgehalten, dass im Anschluss an Ankündigungen häufig Alignmentmarker erscheinen. Diese dienen einerseits zur Strukturierung der Turns, indem sie die Ankündigung abschließen und zur nächsten Aktivität innerhalb der kommunikativen Gattung ‚Therapieplanung' überleiten. Andererseits markieren die ÄrztInnen damit retraktiv, dass sie die Proposition ihrer Aussage zur Übernahme in den *common ground* anbieten, wodurch die Ankündigung als bloße Informationsvermittlung erscheint.

#### 6.1.3.2 Praktik ANBIETEN

Vergleicht man die Praktik ANKÜNDIGEN mit der Praktik ANBIETEN, die im Folgenden von Interesse ist, so besteht eines der Distinktionsmerkmale in der deontischen Selbst- und Fremdpositionierung der ÄrztInnen: Während diese sich selbst mit einer Ankündigung als deontisch hoch potent, die PatientInnen dagegen als deontisch inferior positionieren, verleihen sie den PatientInnen mit einem Angebot einen deontischen Hochstatus, indem sie eine bestimmte medikamentöse Maßnahme zur Disposition stellen und die Entscheidung für oder wider das spezifische therapeutische Vorgehen allein den PatientInnen überlassen (Stivers et al. 2018: 1341). Ferner unterscheiden sich die beiden Praktiken darin, dass die angebotenen Maßnahmen im Gegensatz zu den angekündigten nur relativ und nicht absolut indiziert sind. Da die wesentlichen Merkmale der Praktik ANBIETEN bereits in Kapitel 6.1.2.5 zusammengetragen wurden, fasse ich die zentralen Punkte hier lediglich knapp zusammen.

Machen ÄrztInnen von der Praktik ANBIETEN Gebrauch, skizzieren sie perspektivisch Möglichkeiten ihres eigenen professionellen Handelns, deren tatsächliche Implementierung als optional und allein von den Wünschen und Bedürfnissen der PatientInnen abhängig dargestellt wird (Groß 2018: 345). In den hier betrachteten Kontexten, in denen es um Medikamente geht, beinhalten Angebote dabei insofern eine informative Komponente, als ÄrztInnen den PatientInnen auf Grundlage ihrer epistemischen Autorität aufzeigen, welche Optionen zur Symptombehandlung existieren bzw. geeignet wären. In allen elf vorliegenden Belegen für die Praktik ANBIETEN tritt diese problemresponsiv, d. h. als Reaktion auf eine Beschwerdeschilderung auf. Die ÄrztInnen bieten den PatientInnen daraufhin an, ein erstmalig aufgetretenes Symptom medikamentös zu behandeln, die Dosis eines bereits im Therapieplan verankerten Medikamentes zu erhöhen oder zu reduzieren, ein neues Medikament zu verschreiben oder ein Medikament aufgrund seiner Nebenwirkungen komplett abzusetzen. Somit stellen die ÄrztInnen ihr eigenes Handeln kommissiv in den Dienst der PatientInnen (vgl. Couper-Kuhlen/Etelämäki 2017: 187) und setzen als zweiten Paarteil eine Annahme (präferiert) oder eine Zurückweisung (dispräferiert) relevant. Ebenso wie bei der Praktik ANKÜNDIGEN ist das Handeln der ÄrztInnen auch hier insofern als „Vorgriff in die Zukunft" (Schütz/Luckmann 2017 [1979/1984]: 465) zu beschreiben, als die angebotene medikamentöse Therapie – vorausgesetzt, die PatientInnen nehmen das Angebot an – erst zu einem späteren Zeitpunkt von den Pflegekräften umgesetzt wird. Die Reaktionen der PatientInnen auf ärztliche Angebote sind auffällig heterogen: Nur in zwei Fällen nehmen sie das Angebot dezidiert an; in einem weiteren Fall äußert die Patientin, dass man die angebotene Maßnahme zumindest ausprobieren könne. In drei Belegen finden sich vonseiten der PatientInnen lediglich minimale Rückmeldesignale, woraufhin die ÄrztInnen das Angebot reformulieren, einen Themenwechsel einleiten oder das Angebot schließlich in eine Ankündigung überführen. Vier Fälle zeichnen sich auch dadurch aus, dass die PatientInnen nicht auf das Angebot eingehen, sondern stattdessen ihre Beschwerdeschilderung expandieren und im letzten Fall reagiert der Patient mit Nachfragen auf das Angebot.

Zwei der mir vorliegenden Belege werde ich im Folgenden näher betrachten; zunächst seien noch die lexikalisch-syntaktischen Formate der hier fokussierten Praktik dargelegt:

Tabelle 9: Sprachliche Formate der ärztlichen Praktik ANBIETEN

- Personalpronomen 1. Pers. Sg./Pl. + *können* (Präsens, Indikativ) + $NP_{Akk}$ + (AdvP) + $VP_{Inf}$ (*behandeln/machen/drinlassen/geben/erhöhen/höher machen/probieren/lassen*): *Wir können das gerne mal behandeln.*
- Personalpronomen 1. Pers. Pl./*man* + *können* (Konjunktiv II) + $NP_{Akk}$ + $VP_{Inf}$ (*überlegen/versuchen/probieren*): *Das könnte man mal probieren*.

- *Sollen* (Präsens, Indikativ) + Personalpronomen 1. Pers. Pl. + ($NP_{Dat}$) + (AdvP) + $NP_{Akk}$ + $VP_{Inf}$ (*rausnehmen/kleben/kucken*): *Sollen wir Ihnen ein Pflaster gegen Schmerzen kleben?*
- *Wollen* (Präsens, Indikativ) + Personalpronomen 3. Pers. Pl. (Höflichkeitsform) + $NP_{Akk}$ + $VP_{Inf}$ (*haben*): *Wollen Sie noch ein Schmerzmittel haben?*

Das erste Beispiel schließt an die Bemerkung der Ärztin an, dass sie gehört habe, die Hüftschmerzen des Patienten Herrn Becker besserten sich, wenn er vor dem Verlassen des Bettes ein Analgetikum nehme (s. Ausschnitt 43, Kapitel 6.2.3.1). Der Patient ratifiziert diese Information, woraufhin die Ärztin eine verstehensanzeigende Inferenz formuliert:

***Ausschnitt 17: Tröpfchendosis erhöhen (615_17_A_20190418; 00:00:20–00:00:41)***

```
023 ARw14:  und dann GEHT_S beim bewegen mit der [hÜfde;     ]
024 PAm17:                                        [dann isch_s] a
            bisschen LEICHder; (-)
025 ARw14:  aber gUt isch_s no !NICH!; (-)
026 PAm17:  hundertprozendik [halt NET,  ]
027 ARw14:                   [<<p> jaJA;>]
028 PAm17:  aber s_isch BESser;
029 ARw14:  (.) oKEE;
030         so dass se_s AUShalt[en können;]
031 PAm17:                      [ja;       ]
032 ARw14:  so-
033         oder müss mer DA noch-=
034         =ich kann auch die dosis er´HÖhen;
035         WISsen se,
036         °hh kann die tröpfchendosis nochmal erHÖhen,
037         und kucken ob_s DANN besser is;
038 PAm17:  ja-=macha mer vielleicht nochamol a bissl HÖ[her-     ]
039 ARw14:                                            [<<h> gä?>]
040         dann mach ich_s nommal bissl HÖ[her,]
041 PAm17:                                  [jo  ]HA,
```

Insgesamt finden sich im Rahmen der Beschwerdeexploration zu Beginn des Ausschnittes drei ratifikationssuchende Deklarativsatzfragen (Z. 023, 025, 030) (vgl. Spranz-Fogasy 2010: 65), in denen die Ärztin ihr Verständnis der Aussagen ihres Gesprächspartners jeweils dokumentiert und die darin enthaltenen Implikationen expliziert. Obwohl Herr Becker die Inferenz der Ärztin, dass er die Schmerzen aushalten könne (Z. 030), bestätigt (Z. 031), beginnt diese damit, ihre Frage zu einer Alternativfrage auszubauen: „oder müss mer DA noch-" (Z. 033). Sie bricht die begonnene syntaktische Struktur jedoch ab und formuliert – unter Änderung des Personalpronomens – ein Angebot: „ich kann auch die dosis er´HÖhen;" (Z. 034). Das Modalverb ‚kann' in intrasubjektiv-circumstantieller Verwendung indiziert dabei den fakultativen Status der eingebrachten, nur relativ indizierten Maßnahme. Dass die Ärztin auf das Pronomen der 1. Pers. Sg. zurückgreift, „foreground[s] the speaker (in our case the doctor) as the agent of the problem-resolving activity" (Wheat/Barnes/Byng 2015: 50): Sie

zeigt hier explizit an, dass sie dazu bereit ist, ihre institutionelle Handlungsbefugnis in den Dienst des Patienten zu stellen, und nimmt somit eine *benefactive stance* (Heritage/Clayman 2014) ein.
Mittels des prosodisch selbstständigen Diskursmarkers „WISsen se," (Z. 035), der als Scharnierelement zwischen der initialen Äußerung des Angebots in Z. 034 und der folgenden spezifizierenden Wiederholung des Angebots in Z. 036 steht, holt die Ärztin die erhöhte Aufmerksamkeit des Patienten ein und verleiht der Proposition ihres Beitrags somit zusätzliches Gewicht (vgl. Günthner 2017b: 120). Durch die auf das Angebot folgende Äußerung „und kucken ob_s DANN besser is;" (Z. 037) betont sie sodann den tentativen Charakter der angebotenen Dosisänderung. Der Patient nimmt das Angebot an, schwächt sein Einverständnis aber sowohl durch die Modaladverbiale „vielleicht" (Z. 038) als auch durch den quantifizierenden Zusatz „a bissl" (Z. 038) ab und stellt die Maßnahme somit als Versuch dar. Das inklusive Personalpronomen der 1. Pers. Pl. („mer", Z. 038) verweist dabei auf die geteilte Verantwortlichkeit für die Dosiserhöhung. Nachdem der Alignmentmarker „<<h> gä?>" (Z. 039) die Überführung der beschlossenen Maßnahme in den *common ground* anzeigt, formuliert die Ärztin eine aus Herrn Beckers Entscheidung resultierende Handlungskonsequenz, wobei sie dessen Formulierung fast wörtlich wiederholt. Lediglich das Personalpronomen wird nicht beibehalten: Anstatt ebenfalls die geteilte Verantwortlichkeit zu perspektivieren, fokussiert sie auf ihre eigene Agentivität („ich", Z. 040). Infolge der Ratifikation des Therapieplans durch den Patienten setzt sich die Sequenz noch fort (nicht mehr abgedruckt), wobei die Tentativität der Dosiserhöhung betont und das intersubjektive Verständnis weiter gesichert wird.

Der zweite Ausschnitt illustriert den Fall, dass die PatientInnen auf das ärztliche Angebot (zunächst) nicht reagieren, es also weder annehmen noch ablehnen, und die ÄrztInnen das Angebot sodann in eine Ankündigung überführen. Im vorliegenden Beispiel hatte der Patient Herr Dame von einem sehr starken, nur abends auftretenden Juckreiz berichtet.

***Ausschnitt 18: Colestyramin (683_18_A_20190429; 00:01:03-00:01:43)***

```
072 ARw04:  und WANN am abend is <<dim> des un[gefähr,>  ]
073 PAm18:                                     [des ISCH s]o: u::m:,
074         f:-
075         zwischa Achde und [NEUN;     ]
076 ARw04:                    [<<pp> hm;>]
077         °h wir können mal proBIEren ihnen ?auf_n ?abend so_n
            bEUdel,[130] (--)
078         <<all> zu GEben,=
079         =des heißt> colestyraMIN-
080         des BINdet die:, (--)
081         die GALlensäuren;
((8 Sekunden Auslassung))
```

[130] Das eingebrachte Medikament Colestyramin ist in ‚gebrauchsfertigen' Dosierbeuteln verpackt.

```
093 ARw04:  und des macht den JUCKreiz,
094         °h [und dann könn  ][ten wer das m]al verSUchen,=
095 PAm18:     [jo i moi (EM-)=][ch-          ]
096 ARw04:  =des LINdert den <<dim> jUckre[iz;>]
097 PAm18:                                [ja i] MERK_S au; (-)
098         [wenn i ] manchmal AUfstoßa muss [isch        ] ETwas-
            (---)
099 ARw04:  [hm ↑HM;]
100                                        [<<h> hm HM->]
101 PAm18:  etwas [<<smile voice> BIDder dr]bei;>
102 ARw04:        [hm HM;                  ]
103         hm HM;
104 PAm18:  <<lachend> m heHE;> (---)
105 ARw04:  wir proBIEren_s mal [würd ich sAgen ][<<dim> wenn sie
            nix dagEgen ha]m;>
106 PAm18:                      [proBIEren mer-=]
108                                             [=proBIEren mer
            mal;=ja;      ]
109 ARw04:  gä? (-)
```

Unmittelbar nach dem Abschluss der Beschwerdeexploration bietet die Ärztin dem Patienten die Gabe eines Medikamentes an: „°h wir können mal proBIEren ihnen ʔauf_n ʔabend so_n bEUdel, (--) <<all> zu GEben,=" (Z. 077–078). Im Gegensatz zum zuvor betrachteten Ausschnitt 17 greift die Ärztin hier nicht auf das Personalpronomen der 1. Pers. Sg., sondern auf das der 1. Pers. Pl. zurück. Während Groß (2018: 345) als sprachliche Ressource der ärztlichen Praktik ANBIETEN lediglich die Formulierung *ich kann (Ihnen) X* anführt, sehe ich keinen Grund zu der Annahme, es handle sich beim Format *wir können X* im entsprechenden sequenziellen Kontext nicht um ein Angebot. Wie bereits an vorherigen Stellen dieser Arbeit, an denen das von den ÄrztInnen frequent genutzte institutionelle bzw. teambildende *wir* auftrat (vgl. Günthner 2021), kann auch hier zwar nicht bestimmt werden, ob das Pronomen adressateninklusiv oder -exklusiv gebraucht wird – dies ist m. E. aber für die Frage, ob es sich um ein Angebot handelt oder nicht, irrelevant. Als entscheidend erachte ich stattdessen, dass die Ärztin hier nicht kraft ihrer deontischen Autorität unilateral die Gabe eines bestimmten Medikamentes beschließt, sondern diese Maßnahme als eine Möglichkeit darstellt, von der der Patient profitieren könnte. Die Semantik des Handlungsverbs ‚probieren' (Z. 077) deutet dabei auf epistemische Unsicherheit hinsichtlich der Effektivität der angebotenen Therapie hin.

Nach der Nennung des Medikamentennamens setzt die Ärztin zu einer Erklärung des Wirkmechanismus von Colestyramin an (aus Platzgründen ist diese nicht vollständig abgedruckt). Sie beendet ihre Ausführungen damit, dass ‚das', d. h. die zuvor erwähnte Einlagerung des Gallenfarbstoffes in die Haut, den Juckreiz verursacht (Z. 093). Anschließend wiederholt sie ihr Angebot, wobei sie nun anstatt des Indikativs den Konjunktiv und anstelle von ‚probieren' das semantisch äquivalente Verb ‚versuchen' gebraucht (Z. 094). In schnellem Anschluss daran – und ohne Herrn Dames Versuch der Turn-Übernahme (Z. 095) zu beachten – führt sie sodann explizit den Effekt des Medikamentes an: „=des LINdert den <<dim> jUckreiz;>" (Z. 096).

Anstatt direkt auf das Angebot einzugehen, bezieht sich Herr Dame mit seinem folgenden Redebeitrag auf die Erklärung der Ärztin und pflichtet dieser bei, indem er anmerkt, auch bereits Zeichen für die fehlende Absorption der Gallensäure bei sich beobachtet zu haben (Z. 097–098, 101). Er beendet seine Beschwerdeschilderung mit einer kurzen Lachsequenz, auf die eine Pause folgt. Anschließend kündigt die Ärztin an, die Gabe von Colestyramin, die sie zuvor angeboten und somit zur Disposition gestellt hatte, auszuprobieren (Z. 105). Ein solcher Fall, bei dem ein initiales deontisch schwaches Format wie etwa ein Angebot oder ein bloßes Auflisten möglicher Optionen von den ÄrztInnen in eine deontisch stärkere Ankündigung überführt wird, findet sich in meinen Daten mehrmals – und zwar immer dann, wenn die PatientInnen die ihnen übertragene Entscheidungsmacht nicht direkt nutzen. Abgeschwächt wird die indikativisch formulierte Ankündigung durch zwei inkrementell produzierte Mitigationen, den konjunktivischen Zusatz „würd ich sAgen" (Z. 105) und das Konditional „wenn sie nix dagEgen ham;" (Z. 105). Dadurch eröffnet die Ärztin ein letztes Mal eine Beteiligungsmöglichkeit für den Patienten, indem die angekündigte Maßnahme von seinem Einverständnis abhängig gemacht wird. Da Herr Dame zu diesem Zeitpunkt in Überlappung mit dem Turn der Ärztin jedoch bereits echohaft sein Einverständnis signalisiert und so ein hohes Maß an Zustimmung angezeigt hatte (Z. 106), ist fraglich, ob dieses Konditional mehr ist als eine bloße Floskel. Schließlich wird die Sequenz durch einen für die Beendigung von Ankündigungen charakteristischen Alignmentmarker (s. Kapitel 6.1.3.1) abgeschlossen (Z. 108).

Insgesamt betrachtet handelt es sich beim ANBIETEN um eine Praktik ärztlichen Sprechens, mittels derer die ÄrztInnen keinen steilen deontischen Gradienten etablieren, sondern die PatientInnen als EntscheidungsträgerInnen sowie als BenefiziantInnen ihres professionellen Handelns positionieren. Möglich wird dies dadurch, dass die entsprechenden medikamentösen Maßnahmen nicht absolut indiziert sind. Im Rahmen der Analyse konnte dabei eine besondere interaktive Dynamik beobachtet werden, die auftritt, wenn PatientInnen sich nicht direkt zu einem Angebot positionieren: Nehmen sie ein Angebot weder dezidiert an noch lehnen sie es dezidiert ab, wandeln die ÄrztInnen es mitunter in eine Ankündigung um. Hieraus lässt sich schließen, dass Angebote im Hier-und-Jetzt eine Entscheidung relevant setzen – vorzugsweise vonseiten der PatientInnen, andernfalls aber vonseiten der ÄrztInnen selbst.

#### *6.1.3.3 Praktik ERKLÄREN*

Wie bereits zu Beginn von Kapitel 6.1 angeführt wurde, haben PatientInnen, die auf der Palliativstation liegen, zumeist eine lange Krankheitsgeschichte hinter sich und verfügen daher über einen hohen Wissensstand hinsichtlich der verschiedenen für ihre Krankheit spezifischen Medikamente. Aus diesem Grund besteht für die ÄrztInnen häufig gar keine Notwendigkeit mehr, die Wirkweise eines Medikamentes zu explizieren oder Angaben über dessen Wirkort zu machen. Dennoch tritt aber natürlich

auch der Fall auf, dass aufseiten der PatientInnen ein Wissensdefizit hinsichtlich eines neu verordneten Medikamentes interaktiv manifest oder von den ÄrztInnen antizipiert wird, was sodann u. U. eine ärztliche Erklärung nach sich zieht.
Für eine grundlegende Auseinandersetzung mit der Praktik ERKLÄREN, deren Ziel die Wissensvermittlung darstellt, sei auf Kapitel 6.1.2.2 verwiesen; aus platzökonomischen Gründen verzichte ich hier auf eine Wiederholung. Mit Blick auf die Belegsammlung zu den ärztlichen Verwendungen dieser Praktik ist zunächst festzuhalten, dass das ERKLÄREN in allen Fällen (n=22) in eine andere Praktik des planenden Sprechens über Medikamente eingebettet ist, zumeist in die Praktik ANKÜNDIGEN (n=8), aber auch in die Praktiken ENTWERFEN (n=4), ABKÜNDIGEN (n=2) u. a. Die Erklärungen beziehen sich dabei stets auf ein neues Medikament, das die ÄrztInnen in den Therapieplan integrieren möchten; entsprechend ist es ihre rechtliche Pflicht, die PatientInnen adäquat darüber aufzuklären (Hamann/Fenger 2004: 36ff.).[131] Daneben fällt auf, dass 21 der 22 Belege von den ÄrztInnen eigeninitiativ realisiert werden und so vor dem Hintergrund eines nur antizipierten, nicht aber manifesten Wissensdefizits ihrer GesprächspartnerInnen erscheinen. In lediglich einem Fall ist es die Patientin, die durch eine Nachfrage ein Medikament als Explanandum konstituiert und eine Erklärung relevant setzt.
Erklärungen im Kontext der kommunikativen Gattung ‚Therapieplanung' umfassen verschiedene Komponenten. Am häufigsten explizieren ÄrztInnen die Wirkung eines neuen Medikamentes: Abgesehen von einem Beleg, in dem das entsprechende Medikament als Alternative zu der Schlaftablette eingeführt wird, die der Patient bereits nimmt, und die Wirkung dementsprechend nicht weiter erläutert werden muss, erklären die ÄrztInnen in allen Fällen die Wirkung bzw. den Einsatzbereich des Medikamentes und somit indirekt den Grund der Einnahme. Andere Bestandteile, aus denen sich Erklärungen zusammensetzen, sind Ausführungen über Nebenwirkungen bzw. zur Verträglichkeit (n=7), über die Verabreichungsform (n=7), den Geschmack (n=2) und über Inhaltsstoffe sowie die Medikamentenklasse (je n=1). Dass keine Erklärungen zu Einnahmemodalitäten vorliegen, ist dem stationären Setting geschuldet, in dem die Pflege für die fristgerechte Verabreichung der Medikamente zuständig ist.

Die Reaktionen der PatientInnen sind sehr uniform und bestehen zumeist aus minimalen Rückmeldesignalen; mitunter bleibt eine Reaktion auf der verbalen Ebene auch aus. Aufgrund der Tatsache, dass das ärztliche ERKLÄREN in allen Fällen in eine andere Praktik eingebettet ist, lässt sich häufig allerdings gar nicht ausmachen, ob sich die

[131] Als Label für die hier betrachtete Praktik hätten prinzipiell auch andere Bezeichnungen, etwa *Aufklären* oder *Informieren*, verwendet werden können. *Informieren* kommt jedoch nicht infrage, da ich damit bereits auf eine spezifische pflegerische Praktik referiere (s. Kapitel 6.1.2.1). Der Begriff *Aufklären* wiederum wurde nicht gewählt, um terminologische Konsistenz zu gewährleisten – für das pflegerische Sprechen über Medikamente wurde die gleiche Praktik als ERKLÄREN bezeichnet, weshalb dieses Label auch hier Verwendung finden soll.

Rückmeldesignale auf die Wissensvermittlung beziehen oder aber auf die Ankündigung, da Entwerfen etc. Nach der nun folgenden Tabelle, die die lexikalisch-syntaktischen Merkmale der Praktik ERKLÄREN versammelt, betrachte ich im weiteren Verlauf des Kapitels einen Beleg der Kollektion näher.[132]

Tabelle 10: Sprachliche Formate der ärztlichen Praktik ERKLÄREN

Wirkung:
- $NP_{Nom}$ + telisches agentives Handlungsverb (*stimulieren/beruhigen/binden/fördern/dämpfen/aufheben/lindern/machen*) (Präsens, Indikativ) + $NP_{Akk}$: *Das bindet die Gallensäuren*.
- $NP_{Nom}$ + telisches agentives Handlungsverb (*wirken/helfen/ansprechen*)/*sein* (Präsens, Indikativ) + PräpP/AdvP/AdjP: *Das wirkt hustendämpfend*.
- $NP_{Nom}$ + *gut tun/sein* (Präsens, Indikativ) + $NP_{Dat}$/PräpP: *Das tut der Stimmung gut.*

Nebenwirkungen/Verträglichkeit:
- $NP_{Nom}$ + *führen zu/machen* (Präsens, Indikativ) + $NP_{Akk}$/$NP_{Dat}$/PräpP/AdjP: *Die machen müde.*
- $NP_{Nom}$ + *können* (Präsens, Indikativ) + $NP_{Akk}$ + $VP_{Inf}$: *Das kann Bauchkrämpfe machen.*
- $NP_{Nom}$ + *verträglich sein* (Präsens, Indikativ): *Das ist insgesamt super gut verträglich.*

Verabreichungsform:
- $NP_{Nom}$/Personalpronomen 3. Pers. Pl (Höflichkeitsform) + *bekommen/sein* (Präsens, Indikativ) + $NP_{Nom}$ (+ Relativsatz)*: Sie bekommen ein Medikament, was man spritzt.*
- $NP_{Nom}$ + *sich auflösen/schmelzen* (Präsens, Indikativ) + PräpP: *Das löst sich im Mund auf.*

Geschmack:
- $NP_{Nom}$ + *schmecken/sein* (Präsens, Indikativ) + AdjP: *Der Saft schmeckt doof.*

Inhaltsstoff; Medikamentenklasse:
- Kopulakonstruktion: $NP_{Nom}$ + *sein* (Präsens, Indikativ) + $NP_{Nom}$: *Das ist ein Schmerzmittel.*

Der folgende Ausschnitt bildet den Beginn einer auf die medizinische Versorgung der Patientin Frau Meiersfeld fokussierten Interaktion; zuvor hatte lediglich eine kurze Smalltalk-Sequenz über deren zu Zöpfen geflochtenen Haare stattgefunden.

***Ausschnitt 19: Relistor (722_21_A_20191107; 00:00:39-00:01:09)***

```
005 ARw01:  WEgen:, (-)
006         der verSTOPfung,
007 PAw21:  [ja:,       ]
008 ARw01:  [kriegen sie] JETZT mal-
009         d=äh-
010         des <<len> relIsTOR?>
011 PAw21:  mh HM,
012 ARw01:  das is_n  medikament das kriegen se? (.) unter die
            bauchhaut geSPRITZT,=
```

[132] Da sich die Beispiele für das ärztliche ERKLÄREN stark ähneln und der untenstehende Gesprächsausschnitt bereits alle der am häufigsten auftretenden Komponenten ärztlicher Erklärungen enthält, soll hier, insbesondere aus Platzgründen, die detaillierte Analyse *eines* Beleges genügen.

```
013 PAw21:  [=ja,   ]
014 ARw01:  [also so] wie ne thromBOsespritze?
015         °h <<len> und das hEbt die opiatwirkung> am DARM auf.
            (-)
016 PAw21:  [oKEE,   ]
017 ARw01:  [also die] schmerzmittel mAchen ja verSTOPfung?
018 PAw21:  hm HM;
019 ARw01:  <<all> können se gar nix gegen mAchen mAchen die ALle,>
020 PAw21:  <<h> hm ↑HM;> (1.2)
021 ARw01:  un:d, (-)
022         das hebt sozusagen die <<len> verstOpfende wIrkung VOM
            schmErzmittel> am darm [AUf;]
023 PAw21:                         [oK  ]EE;
024         gu:t;
025 ARw01:  ja, (-)
026         das !KANN!,
027         mal so ne wEIle ganz schön BAUCHkrämpfe machen. (-)
028 PAw21:  ich [hab                ] JETZT schon bAUchkrämpfe;
029 ARw01:      [<<p, gepresst> ja->]
```

Zunächst realisiert die Oberärztin eine vorgeschaltete Begründung in Form der PräpP „WEgen:, (-) der verSTOPfung," (Z. 005–006), durch welche sie prospektiv den Bezug der im Folgenden unilateral angekündigten therapeutischen Maßnahme zum Beschwerdebild der Patientin herstellt (vgl. hierzu auch Spranz-Fogasy 1988: 244). Nach der Nennung der NP „des <<relIsTOR?>" (Z. 010), die aufgrund ihrer Definitheit suggeriert, dass die Patientin das Medikament bereits kennt, erfolgt die explizierende Kopulakonstruktion „das is_n medikament das kriegen se? (.) unter die bauchhaut geSPRITZT," (Z. 012). Hier referiert die Oberärztin nun mittels einer indefiniten NP auf das Medikament und konstituiert es als Explanandum, was impliziert, dass sie diesbezüglich aufseiten ihres Gegenübers ein Wissensdefizit vermutet und deshalb nun einen Wissenstransfer initiiert (vgl. Keppler/Luckmann 1991: 153ff.).

Nachdem sie die Anwendungsform von Relistor nannte, reformuliert die Ärztin ihre vorherige Aussage und greift auf ein als bekannt vorausgesetztes Medikament, die Thrombosespritze, zurück, um über einen Vergleich damit die Verabreichungsform des neuen Medikamentes zu illustrieren (Z. 014). Anschließend ordnet sie den Erklärgegenstand einem spezifischen Wirkmechanismus zu: „<<len> und das hEbt die opiatwirkung> am DARM auf." (Z. 015). Indem die Oberärztin hier eine kausative Relation etabliert, als deren Agens das Relistor erscheint, verweist sie auf die aktuell am dringlichsten zu behandelnde Beschwerde der Patientin – die durch die Opiate verursachte Obstipation – und perspektiviert das angekündigte Medikament als Lösung dieses Problems. In anfänglicher Überlappung mit dem von Frau Meiersfeld geäußerten Rückmeldesignal „oKEE," (Z. 016), dessen final steigende Tonhöhenbewegung epistemische Unsicherheit bzw. Zweifel kontextualisiert und das somit weitere Ausführungen relevant setzt, führt die Ärztin ihren Turn fort. Der die weitere Erklärung einleitende Diskursmarker „also" (Z. 017) initiiert dabei insofern eine temporäre Verschiebung des Explanandums, als die Oberärztin im Folgenden keine weiteren Ausführun-

gen über das Relistor tätigt, sondern die zuvor genannte ‚Opiatwirkung am Darm' expliziert. Dabei wird der Begriff *Opiat* durch die Klassenbezeichnung „schmerzmittel" (Z. 017) substituiert; zudem indiziert die Ärztin mittels der Abtönungspartikel „ja" (Z. 017), dass sie an geteiltes Vorwissen anknüpft und dieses für die Belange der aktuellen Interaktionssituation reaktiviert (vgl. Fischer 2007). Frau Meiersfeld ratifiziert diese Teilerklärung, woraufhin die Ärztin die verstopfende Wirkung als klassenspezifisches Merkmal aller Analgetika darstellt (Z. 019).
Nach einem weiteren Rückmeldesignal der Patientin und einer 1,2-sekündigen Pause (Z. 020) wiederholt die Ärztin die bereits zuvor geäußerte Proposition, dass das Relistor, auf das hier anaphorisch durch das Pronomen „das" (Z. 022) referiert wird, die verstopfende Wirkung des Analgetikums aufhebe (Z. 022). Somit kehrt sie zum ursprünglichen Explanandum zurück. An dieser Stelle äußert Frau Meiersfeld im Gegensatz zu Z. 016 ein fallend intoniertes „oKEE;" (Z. 023), durch welches sie – in Kombination mit dem direkt darauffolgenden Rückmeldesignal „gu:t;" (Z. 024) – die Erklärung quittiert und Verstehen anzeigt. Nach Äußerung des Alignmentmarkers „ja," (Z. 025), der das vorangegangene Wissensangebot unterstreicht und gleichzeitig eine Turnfortsetzung projiziert, expandiert die Ärztin ihre Erklärung und nennt eine Nebenwirkung des Relistors: „das !KANN!, mal so ne wElle ganz schön BAUCHkrämpfe machen." (Z. 026–027). Durch die Verwendung des stark betonten Modalverbs ‚kann' positioniert sie sich als epistemisch unsicher, verweist also lediglich auf eine potenzielle Nebenwirkung. Die Anmerkung der Patientin, dass sie ‚jetzt schon' Bauchkrämpfe habe (Z. 028) führt sodann zu einer Fokusverschiebung: Im Folgenden steht nicht länger das Relistor als Erklärgegenstand im Zentrum, sondern stattdessen die absolute Indikation einer darmstimulierenden Maßnahme.

Erklärungen über neu verordnete Medikamente fallen unter die Aufklärungspflicht der ÄrztInnen. Dass diese im Kontext der medikamentösen Therapieplanung nicht ganz so häufig auf die Praktik ERKLÄREN zurückgreifen, wie vermutet hätte werden können, ist sicherlich der Tatsache geschuldet, dass die PatientInnen während ihrer zumeist langen Krankheitsgeschichte bereits viel Wissen über verschiedene Medikamente sammeln konnten (vgl. Lindtner-Rudolph/Bardenheuer 2015: 246). Auffällig ist zudem, dass alle der mir vorliegenden Belege für diese Praktik in andere Praktiken des planenden Sprechens über Medikamente eingebettet sind und abgesehen von einem Beleg von den ÄrztInnen eigeninitiativ realisiert werden. Am häufigsten treffen die ÄrztInnen dabei Aussagen über die Wirkung, potenzielle Nebenwirkungen und die Verabreichungsform des als Explanandum konstituierten Medikamentes. Insgesamt liegt mit dem ERKLÄREN also eine Praktik vor, durch welche ÄrztInnen lokal eine epistemische Asymmetrie zwischen sich und den PatientInnen evozieren und sodann zu nivellieren versuchen.

#### 6.1.3.4 Praktik ENTWERFEN

Gelegentlich besteht aufseiten der ÄrztInnen eine gewisse epistemische Unsicherheit darüber, ob eine geplante medikamentöse Maßnahme überhaupt den erhofften Effekt haben wird, in ihrer Potenz ausreicht oder nicht gar zu Nebenwirkungen führt. Bisweilen ist zum Zeitpunkt des ärztlichen Gesprächs auch noch nicht absehbar, ob die Beschwerden der PatientInnen im Laufe des Tages nicht doch besser werden, sodass eine (weitere) medikamentöse Maßnahme gar nicht erforderlich wäre. Für ÄrztInnen stellt sich daher mitunter die kommunikative Aufgabe, nicht nur dezidiert das künftige therapeutische Vorgehen festzusetzen, sondern auch bestimmte hypothetische, potenziell eintretende Szenarien vorwegzunehmen und den PatientInnen für diese unter gewissen Umständen real werdenden Situationen Handlungswissen zu vermitteln, ihnen Möglichkeitsräume aufzuzeigen oder auf eigenes, professionelles Handeln im Falle eines u. U. real werdenden Szenarios hinzudeuten.
Zur Lösung dieser Interaktionsaufgabe greifen die ÄrztInnen auf eine Praktik zurück, die ich in Anlehnung an Schütz (1971: 79) als ENTWERFEN bezeichne. Für Schütz (1971: 79) besteht jedes Entwerfen im „Vorwegnehmen zukünftigen Verhaltens in der Weise phantasierenden Vorstellens", wobei solche Handlungen projiziert werden, die in der gegebenen Realität prinzipiell ausführbar sind bzw. eintreten. Basierend auf diesem von Schütz geprägten Begriff untersucht Ehmer (2011) in seiner gesprächsanalytischen Arbeit, wie sich das ENTWERFEN als kommunikative Praktik darstellt und von Sprechenden in situ realisiert wird. Die dabei emergierenden Entwürfe fasst er wiederum in Anlehnung an Fauconnier (1994) als ‚mentale Räume', d. h. als kognitive Repräsentationen „szenisch strukturierter Zusammenhänge", die in Interaktionen *ad hoc* konstruiert werden (Ehmer 2011: 29).[133] Zusammenfassend kann daher festgehalten werden, dass SprecherInnen durch das ENTWERFEN temporal in der Zukunft verankerte mentale Räume erschaffen, deren künftiges Eintreten sie prinzipiell für möglich halten.

Meine Kollektion zum ärztlichen Sprechen über Medikamente umfasst insgesamt 15 Belege für diese Praktik, wobei die entworfenen mentalen Räume stets konditionalen Charakter haben und nicht geplante, aber dennoch eventuell eintretende Situationen beinhalten. In sieben Belegen zeigen die ÄrztInnen den PatientInnen eine alternative Maßnahme auf, die dann implementiert werden könnte, wenn die im Gespräch unmittelbar zuvor geplante Therapie nicht anschlägt, nicht ausreicht oder wenn sie, gegenteilig dazu, sogar eine sehr positive Wirkung zeigt und sich daher mit einer höheren

[133] Vgl. Dancygier/Sweetser (2005), Fauconnier (1997) und Fauconnier/Sweetser (1996) zu dem aus der Kognitiven Linguistik stammenden Konzept der mentalen Räume (*mental spaces*). Wenngleich sich die vorliegende Arbeit der Gesprächsanalyse und somit der Untersuchung der interaktiven Emergenz sozialer Wirklichkeit verpflichtet sieht, erachte ich die Integration eines kognitiv-semantischen Modells nicht als problematisch. Ich folge hier Ehmer (2011), der überzeugend darlegt, dass es möglich ist, die Theorie mentaler Räume mit der Gesprächsanalyse zu verbinden. Vgl. ferner auch Günthner (1999, 2006a) und Hougaard/Oakley (2008).

Dosis oder in anderer Form (etwa Tabletten statt Infusion) fortsetzen ließe. Die Entscheidung für oder gegen die aufgezeigte alternative Maßnahme (oder die Fortsetzung der zunächst versuchsweise geplanten Therapie) muss jedoch nicht in situ getroffen werden, da die Bedingungen dafür zum Gesprächszeitpunkt noch gar nicht gegeben sind. Vier weitere Belege sind hierzu recht ähnlich, unterscheiden sich aber darin, dass die ÄrztInnen keinen künftigen Möglichkeitsraum aufzeigen, sondern autonom anführen, welche Maßnahmen sie ergreifen, wenn sich der ursprüngliche Therapieplan als frustran, d. h. erfolglos erweist. Die alternativen Maßnahmen werden dabei entweder als gemeinsame (‚wir') oder als unilaterale Handlung der Ärztin (‚ich') perspektiviert. Schließlich treten drei Belege auf, in denen die ÄrztInnen den PatientInnen Handlungsanweisungen für ein hypothetisches Szenario vermitteln, das sich dadurch auszeichnet, dass die PatientInnen infolge – oder trotz – der Verabreichung eines Medikamentes Beschwerden entwickeln. Im verbleibenden Beleg gibt die Ärztin dem Patienten zunächst ebenfalls eine Handlungsanweisung für das Eintreten einer spezifischen Situation und legt in unmittelbarem Anschluss daran eine Alternative dar.

Die sequenziellen Kontexte, in denen die betrachtete Praktik erscheint, sind recht heterogen. In fünf Fällen folgt das ENTWERFEN auf eine Ankündigung, in drei Fällen auf eine Abkündigung (s. Kapitel 6.1.3.6) und in je einem Fall auf eine Empfehlung sowie auf einen anderen Beleg der Praktik ENTWERFEN. Die verbleibenden Vorkommen lassen sich hinsichtlich des Kontextes ihres Auftretens nicht systematisieren und sind mitunter in komplexe Aushandlungssequenzen eingebettet. Hinsichtlich der Patientenreaktionen ist festzuhalten, dass in drei Belegen eine explizite Zustimmung zum Handlungsentwurf signalisiert wird, in neun Fällen lediglich ein Rückmeldesignal geäußert wird und in den letzten drei Belegen keine verbale Reaktion folgt.

Wird der Blick auf die sprachlichen Formate der kommunikativen Praktik ENTWERFEN gerichtet, so fällt auf, dass sich diese Praktik erwartungsgemäß dominant durch den Gebrauch einer Konditionalstruktur auszeichnet (13 von 15 Belegen):

Tabelle 11: Sprachliche Formate der ärztlichen Praktik ENTWERFEN

Konditionalstruktur:

- Protasis (eingeleitet durch *wenn*)
  - $NP_{Nom}$ + Partikel *nicht* + Vorgangsverb (*reichen/gehen/funktionieren/besser werden*) (Präsens, Indikativ): *Wenn das nicht geht, … .*
  - Personalpronomen 3. Pers. Pl. (Höflichkeitsform)/*man* + *verbum dicendi* + Matrixsatz mit Redewiedergabe: *Wenn Sie sagen „nee, da hab ich das Gefühl, das tut mir gut", ….*
  - Personalpronomen 3. Pers. Pl. (Höflichkeitsform) + ($NP_{Nom/Akk}$) + (AdvP) + *bekommen/kriegen/gut tun/beobachten* (Präsens, Indikativ)*: Wenn Sie Beschwerden kriegen, … .*
- Apodosis (optional eingeleitet durch *dann*)

- *können* (Präsens, Indikativ/Konjunktiv II) + Personalpronomen 1. Pers. Pl./*man* + $NP_{Akk}$ + (AdvP) + $VP_{Inf}$ (*dazugeben/weitergeben/ausprobieren/umstellen/geben*): … *könnte man einmalig ein bisschen Cortison dazugeben.*
- *dürfen, müssen* (Präsens, Indikativ) + Personalpronomen 3. Pers. Pl. (Höflichkeitsform) + ($NP_{Akk}$) + ($NP_{Dat}$) + $VP_{Inf}$ (*sich melden/sagen*): … *müssen Sie es uns sagen*.
- Handlungsverb (*geben/rausnehmen/absetzen*) (Präsens, Indikativ/Konjunktiv II) + Personalpronomen 1. Pers. Sg./Pl. + ($NP_{Dat}$) + $NP_{Akk}$: … *würde ich Ihnen noch was geben.*
- *gibt es* + $NP_{Akk}$: … *gibt es auch noch ein zweites Medikament.*
- *aufpassen/sich melden/Bescheid sagen* (Imperativ) + Personalpronomen 3. Pers. Pl. (Höflichkeitsform) + (AdvP) + (Nebensatz): … *passen Sie mal auf, ob dann eine halbe Stunde später was losgeht wieder mit dem Juckreiz.*

- *sonst* + *müssen* (Präsens, Indikativ) + 1. Pers. Pl. + $VP_{Inf}$ (*überlegen*) + Nebensatz: *Sonst müssen wir überlegen, ob wir noch das Pflaster ein bisschen hochnehmen.*
- *sonst* + *machen* (Präsens, Indikativ) + 1. Pers. Pl. + $NP_{Akk}$: *Sonst machen wir doch vielleicht diese Infusion.*

Der untenstehende Ausschnitt stammt vom Ende einer Interaktion, an dem die Ärztin die besprochenen medikamentösen Maßnahmen abschließend rekapituliert. Viereinhalb Minuten zuvor hatte der Patient angegeben, dass sein Stuhlgang dünn geworden sei, woraufhin die Ärztin angekündigt hatte, die Abführtropfen zu reduzieren. Diese Ankündigung wiederholt sie nun:

***Ausschnitt 20: Reduktion der Abführtropfen (683_18_A_20190429; 00:07:14-00:07:31)***

```
450 ARw04:  die abführtropfen reduZIER mer mal,
451         wenn_s [zu WEICH] [wird,]
452 PAm18:         [ja:;    ]
453                          [ja;  ]
454 ARw04:  °h wenn_s dann IMmer noch zu flÜssig ist sagen se
            beschEId;
455         dann-
456         °h köm_mer_s au mal nur jeden ZWEIten tag [geben,]
457 PAm18:                                            [JAja; ]
458 ARw04:  oder mal ne [PAUse mAchen;    ]
459 PAm18:              [wenn_s je zu HART] werde,
460         (.) S[OLL  ] [ich-]
461 ARw04:       [mElde] [sie ][sich AU;  ]
462 PAm18:                      [MELD i (mi] [na;)  ]
463 ARw04:                                   [des pa]ssa mer jeden
            [tag AN;=]
464 PAm18:  [na      ] [KA_mer-]134
465 ARw04:              [=so wie] [sie_s BRAUchen;    ]
466 PAm18:                        [kann mer_s ANpassa;]
467 ARw04:  geNAU; (-)
```

134 ‚Dann kann man'.

```
468          <<h> gä,>
```

Das Syntagma „wenn_s zu WEICH wird," (Z. 451) bildet die final positionierte Protasis zu der zuvor realisierten Apodosis „die abführtropfen reduZIER mer mal," (Z. 450).[135] Dabei liegt ein *wenn*-Satz in „faktischer Verwendung" (Zifonun et al. 1997: 2286) vor, da die denotierte Proposition, wie sich aus dem zuvor Gesagten ergibt, auf eine real vorliegende physiologische Disposition des Patienten verweist. Ausgehend vom *reality space* (Fauconnier 1997: 161) des aktuellen *hic-et-nunc* evoziert die Ärztin anschließend mittels des als *space builder* (Sweetser/Fauconnier 1996: 10) fungierenden Subjunktors ‚wenn' einen potenzialen Raum der Zukunft (vgl. Ehmer 2011: 58): „wenn_s dann IMmer noch zu flÜssig ist" (Z. 454). Das hier repräsentierte Szenario nimmt darauf Bezug, dass die Potenz der geplanten Pharmakotherapie u. U. nicht ausreicht. Für das Eintreten dieses Falls formuliert die Ärztin die Aufforderung, ‚Bescheid zu sagen', denn letztlich verfügt nur der Patient selbst über das Wissen um die Konsistenz seines Stuhlgangs. Anschließend erweitert die Ärztin die Apodosis inkrementell und skizziert alternative therapeutische Möglichkeiten, wobei sie eine spezifische „*inter*subjektive[ ] Zukunft" vorwegnimmt (Luckmann 1992: 118; Herv. im Orig.): „dann-°h köm_mer_s au mal nur jeden ZWEIten tag geben, oder mal ne PAUse mAchen;" (Z. 455–456, 458). Indem sie hier ein eventuell eintretendes Szenario entwirft und dem Patienten das nötige Handlungswissen hierfür vermittelt sowie ihm weitere Optionen für den Fall aufzeigt, dass die geplante Therapie nicht wirkt, signalisiert sie ihm, dass die Medizin bzw. die ihn behandelnden ÄrztInnen prinzipiell imstande sein wird bzw. werden, sein Problem zu lösen. Dass die Abführtropfen wirken, steht nicht zur Disposition; es gilt lediglich, das adäquate Verabreichungsintervall auszuloten.
Der Patient kontextualisiert im Folgenden durch das Responsiv „JAja;" (Z. 457) (vgl. Golato/Fagyal 2008: 249), das auf die ärztliche Präsentation der ersten möglichen Alternative folgt, dass es sich hierbei um eine bereits bekannte Information handelt und die Ärztin ihre Ausführungen daher nicht fortzusetzen braucht.[136] In Überlappung mit der Einführung der zweiten Alternative entwirft er sodann ebenfalls ein Szenario – „wenn_s je zu HART werde," (Z. 459) – und setzt dazu an, sich nach den notwendigen Handlungskonsequenzen für dessen Eintreten zu erkundigen („SOLL ich-", Z. 460). Herr Dame bricht seinen Turn jedoch ab, da die Ärztin für das von ihm eröffnete Szenario durch eine kollaborative Fortsetzung seiner *wenn*-Konstruktion die Anweisung erteilt, dass er sich auch in diesem Fall ‚melden' solle (Z. 461). Sie expandiert sodann ihren Beitrag und informiert den Patienten darüber, dass die Medikation jeden Tag so angepasst wird, wie er es ‚braucht' (Z. 463, 465). Nachdem der Patient durch eine Reformulierung Verstehen signalisiert (Z. 464, 466), ratifiziert die Ärztin diese wiederum

[135] Vgl. Günthner (1999, 2012, 2020, 2021) zu *wenn*-Sätzen im interaktiven Gebrauch.
[136] Die Ärztin hatte schon zu einem früheren Zeitpunkt angeführt, dass man die Abführtropfen auch nur jeden zweiten Tag geben könnte, sodass hier in der Tat ein bekannter Sachverhalt vorliegt.

in dritter Position (Z. 467) und markiert abschließend mittels des Alignmentmarkers „<<h> gä," (Z. 468) die Überführung des vermittelten Wissens in den *common ground*.

Das zweite Beispiel, das in diesem Kapitel behandelt wird, unterscheidet sich insofern vom ersten, als die Ärztin dort keine Möglichkeiten im Sinne eines Präsentierens von Alternativen aufzeigt, sondern für ein hypothetisches Zukunftsszenario bereits eine spezifische Maßnahme ankündigt, ohne künftige Partizipationsoptionen für die Patientin zu eröffnen.
Die Patientin Frau Gärtner hatte sich zu einem früheren Zeitpunkt im Gespräch danach erkundigt, weshalb die Ärztin ihr am Tag zuvor ein homöopathisches Mittel (Nux Vomica Comp.) verordnet habe. Nachdem die Ärztin diese therapeutische Maßnahme unter Verweis auf die Übelkeit der Patientin begründet hatte, fragte Frau Gärtner, ob dieses Mittel Nebenwirkungen habe – sie leide seither nämlich unter einem starken Juckreiz. Daraufhin führt die Ärztin an, dass durchaus allergische Reaktionen bekannt seien und stellt sodann die folgende Frage:

***Ausschnitt 21: Pflanzliches Mittel (075_04_A_20180704; 00:03:36-00:03:55)***

```
237 ARw05:  aber hat das jucken jetzt HEUte angefangen,
238         Oder:-
239 PAw04:  nee GEStern;
240 ARw05:  GEStern; (-)
241         oKAY; (-)
242         [WENN es-    ]
243 PAw04:  [ich bin bald] verRÜCKT geworda;
244         da hat_s [mich Über]all-
245 ARw05:           [oKAY;    ]
246 PAw04:  eba haupt im geSICHT, (-)
247         <<p, lachend> heHE;>
248 ARw05:  oKEE;=
249         =wenn sie das heute mittag AUCH beobachten sOllten, (-)
250 PAw04:  ja:-
251 ARw05:  dann: setz mer_s DOCH wieder ab;
252         dann lass ich mir was ANderes einfallen;=
253 PAw04:  =hm HM;
254 ARw05:  ja- (--)
255         weil des is ja kein efFEKT;
```

Nachdem die Ärztin in Erfahrung brachte, dass der Juckreiz bereits am Vortag auftrat, setzt sie zur Produktion einer Konditionalstruktur an (Z. 242), bricht diese aufgrund des Simultanstarts der Patientin jedoch wieder ab. Frau Gärtner legt sodann die psychischen Implikationen des Juckreizes dar und benennt die Gesichtspartie als primären Ort des Juckreizes (Z. 246). Ohne weiter auf das modalisierende, turnabschließende Lachen der Patientin einzugehen und etwa Empathie zu signalisieren (s. Kapitel 6.3.1), quittiert die Ärztin die erhaltenen Informationen durch das *acknowledgement token* „oKEE;" (Z. 248) und führt den so begonnenen Turn in unmittelbarem Anschluss daran fort, reklamiert nun also das Rederecht für sich.

Im Folgenden baut die Ärztin einen ‚mentalen Vorstellungsraum' auf und verankert diesen temporal am Mittag des gleichen Tages:[137] „wenn sie das heute mittag AUCH beobachten sOllten," (Z. 249). Dieses hypothetische Szenario stellt eine Übertragung einer vergangenen Situation – das Demonstrativpronomen ‚das' referiert auf den geschilderten Juckreiz der Patientin – in den „Nahzeitraum" (Zifonun et al. 1997: 340) dar. In Bezug auf die künftige Wiederholung dieses Szenarios positioniert sich die Ärztin als unsicher und baut so eine epistemische Distanz[138] zu dem von ihr evozierten mentalen Raum auf, wie anhand des Hypothetizität indizierenden Modalverbs ‚sollten' deutlich wird (vgl. Zifonun et al. 1997: 1893). Anknüpfend an die erfolgte Versetzung in eine künftige Zeit (Schütz 1971: 79) kündigt die Ärztin in der Apodosis die Handlung an, die sie selbst im Falle des Eintretens des entworfenen potenzialen Raumes durchführen würde: „dann: setz mer_s DOCH wieder ab;" (Z. 251). Im Gegensatz zum zuvor analysierten Gesprächsausschnitt nennt die Ärztin hier keine Alternativen, die dann, wenn die imaginierte Situation Realität wird, mit der Patientin besprochen und kollaborativ festgelegt werden können. Stattdessen projiziert sie das autonome Absetzen des Antiemetikums, sollte dieses weiterhin zur Nebenwirkung ‚Juckreiz' führen, und antizipiert so das Resultat der zukünftig abgeschlossenen Handlung. Bezeichnend ist dabei der Wechsel vom Personalpronomen der 1. Pers. Pl. (Z. 251), das hier adressateninklusiv gebraucht wird (vgl. Günthner 2021), zum Personalpronomen der 1. Pers. Sg. (Z. 252). So bringt die Ärztin zum Ausdruck, dass Frau Gärtner zwar als Patiens vom Absetzen des Medikamentes betroffen ist, dass die Suche nach einer Alternative jedoch allein ihr als professioneller Akteurin obliegt.
Anschließend folgt eine weitere Apodosis, die in syntaktischer Parallelität zum ersten *dann*-Syntagma formuliert ist und die eine „imagined unfolding continuation" (Dancygier/Sweetser 1996: 84) des etablierten hypothetischen Szenarios beinhaltet: „dann lass ich mir was ANderes einfallen;" (Z. 252). Auch hier positioniert sich die Ärztin als die alleinige Entscheidungsinstanz bzgl. der medikamentösen Maßnahmen und somit als deontisch (sowie epistemisch) potent. Frau Gärtner wiederum reagiert lediglich mit einem Rückmeldesignal auf den Entwurf einer möglichen Welt, ehe die Ärztin mittels des Alignmentmarkers „ja-" (Z. 254) die Überführung der vermittelten Informationen über eine mögliche Zukunft in den Bereich des Intersubjektiven markiert (vgl. Lanwer 2019: 52). Schließlich liefert die Ärztin, eingeleitet durch den Diskursmarker „weil" (Z. 255), noch eine Begründung für die hypothetisch angekündigten Konsequenzen: „weil des is ja kein efFEKT;" (Z. 255).

Worin liegt nun, zusammenfassend betrachtet, der interaktive Nutzen der Praktik ENTWERFEN? Die Planung einer Pharmakotherapie ruft bisweilen epistemische Unsicherheit aufseiten der ÄrztInnen hervor, da sie – abgesehen von der ohnehin nie gänzlich

[137] Es ist davon auszugehen, dass die Patientin zu diesem Zeitpunkt regulär das Nux Vomica erhält.

[138] „Epistemic distance is the ‚reality' status of one space with respect to another" (Fauconnier 1997: 72).

zu eliminierenden restlichen Ungewissheit – nicht in allen Fällen die genaue Wirkung eines Medikamentes antizipieren können. Mitunter ist aber auch schlichtweg unklar, ob sich der Zustand einer Patientin im Laufe des Tages wider Erwarten nicht doch plötzlich stark verschlechtert oder verbessert. Für all diese Fälle von über das ‚Normalmaß' hinausgehenden Unwägbarkeiten steht den ÄrztInnen die Praktik ENTWERFEN zur Verfügung. Von dieser können sie Gebrauch machen, um konditionale mentale Räume der Zukunft zu evozieren und die PatientInnen so über potenzielle Alternativen zu informieren, um ihnen für den Eintritt der hypothetischen Szenarien Anweisungen zu vermitteln oder um eigene Handlungen vorwegzunehmen. In den meisten der mir vorliegenden Belege ist das Eintreten der entworfenen mentalen Räume dabei nicht erwünscht.

#### *6.1.3.5 Praktik VERWEISEN*

Innerhalb der Institution Krankenhaus sind zahlreiche AkteurInnen in die Betreuung und Versorgung der PatientInnen einbezogen. Zwar verfügen alle Akteursgruppen über je eigene epistemische sowie deontische Territorien, gelangen in der Interaktion mit PatientInnen mitunter aber auch an die Grenzen ihres Zuständigkeitsbereichs.
Im Kapitel zum pflegerischen Sprechen wurde bereits dargelegt, wie PflegerInnen reagieren, wenn der thematische Verlauf eines Gesprächs den Wirkungsbereich der ÄrztInnen tangiert (s. Kapitel 6.1.2.6). In der Kollektion zum ärztlichen Sprechen über Medikamente lässt sich nun beobachten, dass im Rahmen der Therapieplanung bisweilen die pflegerische Therapieumsetzung relevant wird und die ÄrztInnen entsprechend auf ihre KollegInnen aus der Pflege verweisen. Alle fünf Belege für diese Praktik erscheinen in erster Sequenzposition – die ÄrztInnen verweisen also eigeninitiativ auf die Pflege und nicht, weil eine entsprechende Frage ihres Gegenübers dies erforderte. Auffällig ist hierbei, dass der Verweis in zwei Fällen der lateralen Adressierung[139] der kopräsenten Pflegekräfte dient und diese dadurch indirekt zu einer künftigen Handlung aufgefordert werden (s. Ausschnitt 22). In zwei weiteren Fällen fordern die ÄrztInnen die PatientInnen durch das Verweisen auf ihre pflegerischen KollegInnen dazu auf, diesen Bescheid zu geben, wenn sie ein bestimmtes Medikament benötigen bzw. ein Medikament nicht genommen haben. Im letzten Beleg realisiert der Chefarzt mittels des Verweises auf die Pflege die an sich selbst und die anwesende Assistenzärztin gerichtete Handlungsobligation, fehlendes Wissen über ein Medikament bei der zuständigen Pflegerin zu erfragen.

---

[139] Personen können von ihren Ko-Interagierenden entweder direkt oder lateral adressiert werden. Vgl. zur Illustration das folgende Beispiel von Clark/Carlson (1982: 336; Herv. im Orig.): „*Ann, to Barbara, in front of Charles*: Barbara, I insist that you tell Charles who we met at the museum today" vs. „*Ann, to Charles, in front of Barbara*: Charles, I insist that Barbara tell you who we met at the museum today". Im letztgenannten Satz redet Ann mit Charles über die ebenfalls anwesende Barbara und fordert diese dadurch indirekt – lateral – zu einer Handlung auf.

Neben diesen Fällen treten in meinen Daten noch fünf weitere Belege für die ärztliche Praktik VERWEISEN auf, in denen allerdings nicht auf Pflegekräfte referiert wird, sondern auf die Oberärztin der Station, Frau Dr. Reuber. Diese ausschließlich von Assistenzärztinnen realisierte Praktik des VERWEISENS auf eine in der institutionellen Hierarchie höherstehende Person erscheint in zwei Fällen, nachdem die Ärztin verschiedene medikamentöse Maßnahmen als gleichrangige Optionen präsentiert hatte, die Entscheidung sodann aber nicht dem Patienten überträgt, sondern in den intraprofessionellen Interaktionsraum zwischen sich und der Oberärztin auslagert (s. Ausschnitt 23). In den drei verbleibenden Belegen leitet der Verweis auf die Oberärztin die Präsentation einer medikamentösen Maßnahme ein, die künftig ausprobiert werden könnte, die die Assistenzärztin zunächst jedoch mit der Oberärztin besprechen muss.

Wie auch in allen vorherigen Unterkapiteln sind in der untenstehenden Tabelle die lexikalisch-syntaktischen Ressourcen der fokussierten Praktik verzeichnet. In der daran anschließenden sequenzanalytischen Betrachtung widme ich mich zunächst einem Beleg für den Verweis auf Pflegekräfte und setze mich nachfolgend mit einem Verweis auf die Oberärztin auseinander.

Tabelle 12: Sprachliche Formate der ärztlichen Praktik VERWEISEN

Verweis auf Pflegekräfte:

- *Bescheid sagen* (Imperativ) + Personalpronomen 3. Pers. Pl. (Höflichkeitsform) + $NP_{Dat}$: *Sagen Sie der Schwester Bescheid*.
- Personalpronomen 1. Pers. Pl. + *müssen* (Präsens, Indikativ) + $NP_{Akk}$ + $VP_{Inf}$: *Also müssen wir die Pflege fragen*.
- $NP_{Nom}$ + Handlungsverb (Präsens, Indikativ/Konjunktiv II) + (AdvP) + (PräpP): *Die Schwester Franzi würde Sie heute Morgen mehrfach dran erinnern*.

Verweis auf Oberärztin:

- Personalpronomen 1. Pers. Sg. + *besprechen* (Konjunktiv II) (+ *wollen*) + PräpP + $NP_{Akk}$/Objektsatz: *Ich würde das mit der Oberärztin besprechen*.
- Personalpronomen 1. Pers. Sg. + *mögen* (Konjunktiv II) + PräpP + $VP_{Inf}$ (*sprechen*): *Ich möchte mit der Frau Doktor Reuber da nochmal drüber sprechen*.

Dem folgenden Gesprächsausschnitt war eine Untersuchung von Herrn Meszaros' Mundraum vorangegangen, der infolge der Strahlentherapie wund, offen und gerötet ist. Die Oberärztin weist daher auf die Notwendigkeit hin, diesen regelmäßig mit einer Spüllösung zu behandeln:

***Ausschnitt 22: Spüllösung (003_01_A_20180627; 00:08:30-00:09:08)***

```
483 ARw01:  <<f> also s_wär wichtich dass sie regelmäßig ↑SPÜLen;
484         mit so ner ↑SPÜLlösung;>
((22 Sekunden Auslassung))
504 ARw01:  °h aber ich GLAUB- (---)
505         <<f> da wÜrde sie die schwester frAnzi heute
```

```
            [MOR                          ]gen,
506         [((undefinierbares Geräusch))]
507         und auch des team heute NACHmittach-
508         mEhrfach [dran er    ]INnern;>
509 PFw01:            [<<p> m_HM;>]
510 PAm01:  j:a; (-)
511 PFw01:  des is sehr WICHtich;
512         sie trinken gerne FRÜCHtetee;
513         und des REIZT dann alles;
```

Mittels des kohärenzstiftenden Diskursmarkers „aber" (Z. 504) stellt die Ärztin einen Rückbezug zum zuvor besprochenen Thema, der Mundspülung, her und markiert die Nebensequenz (im abgedruckten Transkriptausschnitt ausgelassen) somit als abgeschlossen. Sie verweist sodann auf die Pflegekräfte, die den Patienten im Laufe des Tages an das Spülen seines Mundes erinnern würden (Z. 505–508).[140] Die als *prepositioned epistemic hedge* (Weatherall 2011) fungierende Phrase „ich GLAUB-" (Z. 504) dient dabei in Verbindung mit dem Einsatz des Konjunktivs der Abschwächung des Eingriffs in das deontische Territorium der kopräsenten Pflegerin, denn immerhin legt die Ärztin hier ohne vorherige Rücksprache eine künftige Handlung ihrer pflegerischen Kollegin fest. Wenngleich Herr Meszaros der direkte Adressat der ärztlichen Äußerung ist („sie", Z. 505), liegt hier zusätzlich eine laterale Adressierung der Pflegerin vor (vgl. Clark/Carlson 1982: 336; Günthner 1996), die dadurch temporär einen anderen Beteiligungsstatus erhält: Sie ist an dieser Stelle die eigentliche ‚Zielscheibe' (*target*, Levinson 1988: 170) der ärztlichen Aussage, da sie für die Kontrolle der Mundspülung des Patienten in die Verantwortung genommen wird. Ohne eine direkte Aufforderung an die Pflegerin aussprechen zu müssen, kann die Ärztin ihr auf diese Weise eine Aufgabe übertragen, wodurch sie sich selbst indirekt als deontische Autorität positioniert.

Nachdem die Pflegerin den ärztlichen Verweis auf ihre Person in Z. 509 bereits durch ein minimales, überlappendes Rückmeldesignal ratifiziert hatte, nimmt sie – nach einem Rückmeldesignal des Patienten (Z. 510) – ein deontisches *upgrading* (Clift 2007: 130) vor. Zunächst eskaliert sie die Bewertung der Oberärztin bzgl. der Relevanz einer regelmäßigen Mundspülung (vgl. Auer/Uhmann 1982: 4): Hatte die Ärztin in Z. 483 das Spülen nur als „wichtig" evaluiert und dieses Adjektiv in eine konjunktivische Kopulakonstruktion eingebettet, stuft die Pflegerin die Bedeutung dieser Maßnahme nun mittels der Gradpartikel „sehr" (Z. 511) hoch und verwendet zudem nicht den Konjunktiv, sondern den Indikativ („des is sehr WICHtich;", Z. 511). Indem sie anschließend darauf hinweist, dass der Patient gerne Früchtetee trinke, dieser aber den Mund reize (Z. 512–513), signalisiert sie ferner einen autonomen epistemischen Zugang zur besprochenen Problematik. Auch hier ist der Patient zwar direkter Adressat („sie", Z.

[140] Die Nominalphrase „des team heute NACHmittach" (Z. 507) etabliert einen Kontrast zur aktuellen Frühschicht: Da der Patient seinen Mund ‚regelmäßig' spülen soll, muss Pflegerin Franzi die Verantwortlichkeit für das Erinnern des Patienten nach ihrem Schichtende an die Spätschicht weitergeben.

512); die „eigentlich gemeinte Adressatin" (Schwabe 2006: 102) ist aber die Oberärztin, der die Pflegerin zu verstehen gibt, dass sie auch unabhängig von der indirekten Aufforderung entsprechende Maßnahmen durchgeführt hätte und zudem die Vorlieben des Patienten kennt.
Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Ärztin in diesem Ausschnitt mittels ihres an den Patienten adressierten Verweises auf die Pflege der kopräsenten Pflegekraft indirekt eine Anweisung erteilt. Obwohl sich ein ähnliches Beispiel lediglich ein weiteres Mal in der Kollektion zur ärztlichen Praktik VERWEISEN findet, wurde dieser Ausschnitt für eine sequenzanalytische Betrachtung ausgewählt, da er exemplarisch zeigt, dass Verweise auf die Pflege keinem Selbstzweck dienen: Wie oben bereits angemerkt, dient diese Praktik in zwei anderen Fällen dazu, die PatientInnen zu einer spezifischen Handlung aufzufordern; in einem weiteren Beleg realisiert der Arzt dadurch eine an sich selbst gerichtete Handlungsobligation.

Der zweite Teil dieses Kapitels widmet sich nun dem assistenzärztlichen Verweisen auf die Oberärztin der Station. Als beispielhaften Beleg habe ich den einzigen Gesprächsausschnitt ausgewählt, bei dem der Patient hierauf nicht mit einem einfachen Rückmeldesignal reagiert, sondern den ärztlichen Ausführungen Widerstand entgegensetzt. Da eine solche Reaktion in den Daten zum Sprechen über Medikamente insgesamt eher selten auftritt und sich der Gebrauch der Praktik VERWEISEN hier nicht wesentlich von den anderen Belegen für diese Praktik unterscheidet, bietet es sich an, für die Analyse auf dieses Beispiel zurückzugreifen.
Es handelt sich um einen Auszug aus dem ersten Gespräch, das die Ärztin, die drei Wochen im Urlaub war, mit dem Patienten Herrn Schneiderhans führt, der seit zwei Wochen auf der Palliativstation ist. Zunächst rekapituliert die Ärztin die Problemlage und fordert dabei immer wieder Bestätigungen des Patienten ein. Die Situation scheint aussichtslos, da der Patient trotz einer schon länger andauernden Steigerung der Dosis seines Morphinpräparates nach wie vor starke Schmerzen hat. Auf ein anderes Analgetikum, das zwischenzeitlich ausprobiert wurde, reagierte er allergisch. An diese Zusammenfassung knüpft die Ärztin wie folgt an:

***Ausschnitt 23: Nicht experimentieren (044_03_A_20180702; 00:02:06-00:02:44)***

```
107 ARw04:  <<len> gibt zwEI MÖGlichkeiten;
108         s_GIB- (-)
109         also wir können <<creaky> ENT> weder mit diesen trOpfen
            die sie zur nAcht nehmen,=
110         =noch a bissl RAUFgehen?>
111 PAm03:  (.) hm [HM,]
112 ARw04:         [°h ]h <<len> O:der man stell:- (---)
113         die art von MORphium Um die sie haben;> (---)
114         °h des würd ich mal mit der Oberärztin-
115         mit der frau dokter REUber noch <<len> besprEchen
            wollen;> (-)
116 PAm03:  <<seufzend> mh:;>
117         sie?-
118         (.) ich WILL?- (-)
```

```
119          ich will da NET groß, (--)
120          UMstella;
121 ARw04:   sie wollen nich groß experimenT[IEren;]
122 PAm03:                                 [ja:;  ]
123 ARw04:   oKEE;
124          °h <<len> dann lasse mer des was sie ham DRIN?
125          und ändern nur die doSIE[rung;>]
126 PAm03:                           [ja;   ] (.)
127          [ja;]
128 ARw04:   [ja,]
129          wenn ihnen des LIEber is;
```

Die Ärztin präsentiert zunächst zwei verschiedene Möglichkeiten für eine weitere medikamentöse Schmerztherapie (*option listing*, Toerien/Shaw/Reuber 2013), wobei sie die eingebrachten Optionen als gleichwertig darstellt und keine Präferenz im Sinne einer *evaluative stance* erkennen lässt. Da der Patient das Rederecht trotz der durch die Gesprächspause in Z. 113 eröffneten Möglichkeit des Sprecherwechsels nicht ergreift und sich folglich nicht zu den beiden aufgezeigten Optionen positioniert, setzt die Ärztin ihren Turn fort und verschiebt die Entscheidungsfindung in den intraprofessionellen Interaktionsraum zwischen sich und ihrer Vorgesetzten. Da ARw04 prinzipiell das Recht hat, über sämtliche medikamentöse Maßnahmen unabhängig von der Oberärztin zu verfügen, zeigt sie in Bezug auf die zur Auswahl stehenden Optionen epistemische Unsicherheit an und positioniert Frau Dr. Reuber so indirekt als über das nötige Wissen verfügende letztgültige Entscheidungsinstanz. Anstelle eines einfachen Rückmeldesignals, mit dem die PatientInnen in den anderen vier Belegen auf die ärztliche Verschiebung der Entscheidung reagieren, folgt hier zunächst ein Seufzen des Patienten, woraufhin er das vorangestellte, syntaktisch und prosodisch desintegrierte, periphrastische „sie?"[141] äußert. Hierdurch verleiht er seiner folgenden Aussage prospektiv zusätzliches Gewicht und kontextualisiert gleichzeitig eine dispräferierte Reaktion. Daran anknüpfend führt er an, ‚nicht groß umstellen' zu wollen (Z. 121) und setzt so dem Ausschluss seiner Person aus dem Entscheidungsprozess bei gleichzeitiger Beanspruchung eigener deontischer Rechte Widerstand entgegen. Herr Schneiderhans spricht sich damit einerseits dezidiert gegen eine der beiden zuvor aufgezeigten Optionen aus, was impliziert, dass das von der Ärztin geplante Gespräch mit ihrer Vorgesetzten unnötig ist, und signalisiert andererseits, dass er die ihm zugewiesene deontisch inferiore Rolle nicht ratifiziert.[142]

Die folgende partielle Wiederholung von Herrn Schneiderhans' Beitrag (Z. 121) fungiert als Verstehensanzeige der Ärztin, die in dritter Position durch den Patienten ratifiziert wird. Eingeleitet durch den Konsekutivkonnektor „dann" (Z. 124) formuliert die Ärztin sodann eine Handlungskonsequenz, in der sie die andere, vom Patienten nicht

[141] Vgl. Droste/Günthner (2020) für eine Betrachtung von formal ähnlichen, funktional aber anders gelagerten syntaktisch desintegrierten *du*-Formaten.

[142] Vgl. Ekberg/LeCouteur (2015) und Stivers/Timmermans (2020) zu patientenseitigem Widerstand.

zurückgewiesene Therapieoption verbindlich festgelegt und als gemeinsame Handlung perspektiviert („mer", Z. 124). Nach zwei *acknowledgement token* des Patienten (Z. 126, 127) und einem sequenzschließenden Alignmentmarker der Ärztin (Z. 128) expandiert diese ihren Turn noch um die Protasis „wenn ihnen des LIEber is;" (Z. 129) und zeigt somit eine Orientierung an den Präferenzen des Patienten an.

In allen vorliegenden Belegen ist es für die Praktik des assistenzärztlichen VERWEISENS an die Oberärztin der Palliativstation charakteristisch, dass den PatientInnen dadurch die weitere Beteiligung an der Entscheidungsfindung verwehrt wird. Ohne die PatientInnen ausdrücklich nach deren Präferenzen zu fragen, wird die Entscheidung in den in der Zukunft verorteten intraprofessionellen Interaktionsraum zwischen der Assistenzärztin und der Oberärztin ausgelagert, zu dem die PatientInnen keinen Zutritt haben. Somit etablieren die Ärztinnen einen steilen deontischen Gradienten, wobei sie nicht sich selbst, sondern die Oberärztin als deontisch sowie epistemisch superiore Instanz und somit als letztgültige Autorität positionieren.

#### *6.1.3.6 Praktik ABKÜNDIGEN*

Am Ende des Kapitels zum ärztlichen Sprechen über Medikamente wende ich mich abschließend einer Praktik zu, die konträr zu den bislang besprochenen Praktiken nicht der Planung einer künftigen medikamentösen Therapie dient. Stattdessen handelt es sich um eine Praktik, durch die die ÄrztInnen den PatientInnen eine Therapieentscheidung mitteilen, die nicht nur unilateral getroffen wurde (wie bei Ankündigungen, s. Kapitel 6.1.3.1), sondern die auch bereits ohne vorherige Rücksprache mit den PatientInnen implementiert[143] wurde: Während die anderen im ärztlichen Medikamentengespräch auftretenden Praktiken allesamt prospektiv, d. h. auf noch zu realisierende Maßnahmen ausgerichtet sind, verweisen ÄrztInnen mit der hier fokussierten Praktik in der Retrospektive auf bereits durchgeführte Änderungen der Medikation. Ich bezeichne diese Praktik als ABKÜNDIGEN, um die Ähnlichkeit zur Praktik ANKÜNDIGEN herauszustellen, durch welche ÄrztInnen ebenfalls eine schon unilateral getroffene, gleichwohl aber noch nicht umgesetzte Entscheidung verbalisieren. Das veränderte Präfix zeigt dabei die gegensätzliche zeitliche Relation an (prospektiv vs. retrospektiv).[144] Letztlich ließe sich die hier fokussierte Praktik daher auch als ‚retrospektives Ankündigen' bezeichnen.

---

143 *Implementiert* bedeutet in dem Fall, dass die jeweilige medikamentöse Therapie entweder bei der Kurvenvisite, die der Visite am Krankenbett unmittelbar vorgelagert ist (s. Kapitel 4.1.2.3), in der Patientenakte als für die pflegerische Therapieumsetzung verbindliche Maßnahme notiert wurde oder dass die Änderung der Medikation sogar bereits durchgeführt wurde, die Pflegekräfte den PatientInnen also schon mehr/weniger/neue Tabletten, Tropfen etc. verabreicht haben.

144 An dieser Stelle zeigt sich, dass es für manche Praktiken keine „eingespielte[n] Bezeichnungen gibt", wenngleich diese im jeweiligen Kontext frequent vorkommen

Die Kontexte, in denen diese Praktik auftritt, sind recht heterogen. Am häufigsten (n=6) werden Abkündigungen dann realisiert, wenn diese in Zusammenhang mit der aktuell besprochenen Thematik stehen und so situativ die Notwendigkeit auftritt, die PatientInnen von der erfolgten Änderung in Kenntnis zu setzen. Daneben folgen drei der insgesamt zwölf Belege für diese Praktik auf einen Verweis der Ärztin bzw. des Patienten selbst auf die Besserung seiner Beschwerden, sodass hier eine kausale Relation zwischen der Dosis- und der Zustandsänderung etabliert wird. Je ein Beleg erscheint schließlich unmittelbar nach einer Ankündigung, tritt nach einem abrupten Themenwechsel auf und folgt auf eine ärztliche Feststellung der unerwünschten Nebenwirkung einer mit der Patientin nicht abgesprochenen Dosisreduktion.

Wie zu erwarten war, zeichnet sich die Praktik ABKÜNDIGEN auf der sprachlichen Ebene durch den Einsatz von Vergangenheitstempora aus, die die bereits vollzogene Implementierung der jeweiligen Maßnahme kontextualisieren. Welche anderen lexikalisch-syntaktischen Formate für diese Praktik charakteristisch sind, kann der folgenden Tabelle entnommen werden:

Tabelle 13: Sprachliche Formate der ärztlichen Praktik ABKÜNDIGEN

- Personalpronomen 1. Pers. Sg./Pl. + Handlungsverb (*erhöhen/geben/reduzieren/absetzen/runtersetzen/hochgehen/aufschreiben*) (Perfekt/Plusquamperfekt, Indikativ) + $NP_{Akk}$ + (AdvP) + ($NP_{Dat}$): *Wir haben ein Mittel erhöht*.
- Kopulakonstruktion: $NP_{Nom}$ + *dabei sein* (Präteritum, Indikativ) + AdvP + Negationspartikel: *Das war heute Morgen nicht mehr dabei.*

Bezüglich der Reaktionen der PatientInnen ist festzuhalten, dass diese weitgehend den Reaktionen auf Ankündigungen gleichen: Zumeist (n=10) äußern die PatientInnen lediglich Rückmeldesignale oder schweigen. In einem Beleg etabliert die Patientin selbst eine kausale Relation zwischen der abgekündigten Gabe eines neuen Medikamentes und der Steigerung ihres Appetits; in einem weiteren Fall stellt die Patientin eine konkretisierende Nachfrage:

***Ausschnitt 24: Granisetron (010_02_A_20180628; 00:00:28-00:00:47)***

```
022 ARw02:  ich hab gesehen sie haben noch nIcht erBROchen?
023 PAw02:  n:ein,
024 ARw02:  ist des mit der übelkeit also heute morgen BESser?=
025 PAw02:  =hm [´HM;]
026 ARw02:      [°h  ]hh wir haben nämlich EIn mittel erHÖHT,
027         des könnte dann sein dass DES:-
028         (.) des AUsschlaggebende !IS!;
029 PAw02:  was ISCH [des;]
```

(Deppermann/Feilke/Linke 2016b: 4). So hätte sich zur Bezeichnung der hier beschriebenen Praktik beispielsweise auch die Bezeichnung *Informieren* angeboten. Da dieses Lexem allerdings bereits zur Benennung einer anderen Praktik gewählt wurde (s. Kapitel 6.1.2.1), schloss sich eine abermalige Verwendung aus.

```
030 ARw02:           [°h  ] des graniseTRON;
031 PAw02:  ah;
032         oKEE;
033 ARw02:  des ham_mer von EIm milligramm auf DREI milligramm
            morgens je[tzt erhöh]t,
034 PAw02:            [hm_HM.   ]
035         hm HM, (-)
036 ARw02:  °hh ah:m-
037         cortison is GLEICH geblieben?
```

Die Patientin Frau Erdinger-Bauer litt in den vergangenen Tagen unter starker Übelkeit und musste sich sehr häufig übergeben. Vor diesem Hintergrund verbalisiert die Ärztin nun relativ zu Beginn der Visite die in der Patientenakte (Kurvendokumentation) festgehaltene Information, dass die Patientin heute noch nicht erbrochen habe (Z. 022). Indem die Ärztin hier eine Aussage über ein ihr nicht direkt zugängliches *B-Event* (Labov/Fanshel 1977: 100) der Patientin tätigt, setzt sie vonseiten ihrer über epistemische Priorität verfügenden Interaktionspartnerin eine Ratifikation bzw. eine Zurückweisung relevant (vgl. Heritage 2012b: 32). Nachdem die Patientin die Richtigkeit des dokumentierten Sachverhaltes bestätigt, formuliert die Ärztin eine intersubjektive Inferenz, deren Status als Vergewisserungsfrage abermals eine Ratifikation konditionell erwartbar macht (vgl. Deppermann/Helmer 2013: 5f.): „ist des mit der übelkeit also heute morgen BESser?" (Z. 024). Auf das bestätigende Responsiv der Patientin (Z. 025) folgt schließlich die Abkündigung „°hhh wir haben nämlich EIn mittel erHÖHT," (Z. 026), durch welche die Ärztin eine vergangene Entscheidung bzw. Handlung rekonstruiert. Mittels des Konjunktors ‚nämlich' (vgl. Métrich/Faucher 2009: 594; Zifonun 1997: 2435f.) stellt sie dabei einen Zusammenhang zwischen ihren vorherigen Fragen einerseits und ihrer Abkündigung andererseits her und macht ihr Nachfragen so retraktiv *accountable*. Gleichzeitig signalisiert sie Frau Erdinger-Bauer, dass im Nachgang der letzten Visite eine Entscheidung zur Dosisänderung gefällt wurde, ohne dass ihr dabei eine Partizipationsmöglichkeit eröffnet wurde. Das Pronomen ‚wir' ist daher adressatenexklusiv und verweist auf das Kollektiv an AkteurInnen, die in die Aushandlung der Entscheidung involviert waren („$WIR_{exkl}$ als ‚Klinikteam'", Günthner 2021).
Anschließend etabliert die Ärztin eine kausale Verbindung zwischen der Dosissteigerung und der nachlassenden Übelkeit der Patientin (Z. 027–028), markiert diese aber durch die konjunktivische Formulierung („des könnte dann sein", Z. 027) als (noch) nicht gesichert und daher als vorläufig und spekulativ. Frau Erdinger-Bauer wiederum indiziert durch die daran anknüpfende Nachfrage „was ISCH des;" (Z. 029), dass sie die indefinite NP „EIn mittel" (Z. 026) als nicht ausreichend informativ erachtet; auf die eingeforderte Nennung des Medikamentennamens reagiert sie sodann mit dem Erkenntnisprozessmarker „ah;" (Z. 031). Erst zu diesem Zeitpunkt ist sie potenziell überhaupt in der Lage, die Abkündigung zu bewerten, da sie erst jetzt über die Gesamtheit der hierfür notwendigen Informationen verfügt.

Anstatt dass die Patientin ihren Turn fortsetzt und sich etwa über die unilateral vollzogene Therapieanpassung beschwert, ergreift die Ärztin wieder das Rederecht und expandiert ihre Abkündigung, indem sie die genaue Erhöhung der Dosis expliziert. Vonseiten der Patientin folgen darauf zwei Rückmeldesignale, ehe die Ärztin nach einer kurzen Pause ein weiteres Medikament – Cortison – in den Diskurs einführt (Z. 037). Das Thema ‚Erhöhung von Granisetron' ist damit abgeschlossen. Frau Erdinger-Bauer zeigt zu keinem Zeitpunkt an, dass sie über die Dosisveränderung ohne vorherige Absprache verärgert ist oder diese einer ausführlicheren Begründung bedürfte; auch die Ärztin kontextualisiert an keiner Stelle den potenziell heiklen Status der unilateral beschlossenen und bereits implementierten Therapieumstellung.

Der folgende Gesprächsausschnitt steht exemplarisch für die Belege, in denen sich aus dem aktuellen Gesprächsthema die Notwendigkeit ergibt, die PatientInnen von der erfolgten Änderung der Pharmakotherapie in Kenntnis zu setzen:

***Ausschnitt 25: Blutsalze (422_07_A_20190319; 00:00:42-00:00:54)***

```
031 PAw07:   und es isch AU BES[ser worra;]
032 ARw04:                    [°hh       ] hm HM, (-)
033          wir ham trOtzdem von den BLUTsalzen her n paar
             medikamente <<creaky> einfa[ch->        ]
034 PAw07:                               [<<creaky> ja]:;>
035 ARw04:   ABge[setzt;        ]
036 PAw07:       [<<creaky> ja;>]
037 ARw04:   die sie nich mehr BRAU[:chen.]
038 ANm07b:                        [hm HM,]
039 PAw07:   hm [HM; ]
040 ARw04:      [↑ne?]
041 PAw07:   [<<h> hm][HM,>]
042 ARw04:   [°h     ][h   ] des is des EIne,
```

Dem gewählten Ausschnitt geht die Besprechung eines anderen Medikamentes (Mucosolvan) voraus, dessen Wirkung die Patientin Frau Rüpper bereits positiv evaluiert hatte. Die Ärztin hatte daraufhin angekündigt, das Medikament ‚wieder reinzunehmen' (nicht abgedruckt), was impliziert, dass sie es zuvor ohne vorherige Rücksprache mit der Patientin abgesetzt hatte. In Z. 031 weist Frau Rüpper abermals auf den positiven Effekt von Mucosolvan hin: Ihre Verschleimung sei unter dieser Medikation ‚besser' geworden. Die Ärztin reagiert hierauf lediglich mit einem minimalen Rückmeldesignal (Z. 032), ehe eine Abkündigung folgt: „wir ham trOtzdem von den BLUTsalzen her n paar medikamente <<creaky> EInfa[ch-> ABgesetzt;" (Z. 033, 035). Mittels des Konjunktionaladverbs „trOtzdem" (Z. 033) etabliert die Ärztin eine konzessive Relation zwischen der bereits erfolgten Absetzung einiger Medikamente und der zuvor von der Patientin angeführten Tatsache, dass es ihr heute gut gehe (nicht abgedruckt) und ihr das Mucosolvan geholfen habe. Der retrospektive Verweis auf die von einem nicht näher definierten Kollektiv (‚wir') unilateral beschlossene und bereits implementierte

[145] ‚Und es ist auch besser geworden'.

medikamentöse Maßnahme erscheint damit an einer Stelle in der Interaktion, an der sich dieser kohärent an die aktuell besprochene Thematik anschließt.
Die Kausalität indizierende PräpP „von den BLUTsalzen her" (Z. 033) fungiert als Begründung für die andernfalls kontraintuitiv erscheinende Absetzung einiger Medikamente: Da es der Patientin gut geht, ließe sich daraus schließen, dass die Medikamente die gewünschte Wirkung zeigen und entsprechend nicht abgesetzt werden sollten. Bereits in früheren Interaktionen mit Frau Rüpper wurden jedoch deren schlechte Blutsalzwerte thematisiert, sodass die Ärztin diese Information als im *common ground* verankert betrachten kann und die Entscheidung für die Absetzung nicht aufwändig epistemisch fundieren muss.[146] Welche Medikamente genau aufgrund der Kontraindikation abgesetzt wurden, bleibt allerdings offen. Durch die Abtönungspartikel „einfach" (Z. 033) (vgl. Thurmair 1989: 131) signalisiert die Ärztin schließlich, dass die Absetzung unabänderlich schien und deren Notwendigkeit angesichts der schlechten Blutsalzwerte auf der Hand liegt. Auf diese Weise mitigiert sie die prinzipiell heikle und gesichtsbedrohende Tatsache, dass die Patientin nicht in den entsprechenden Entscheidungsprozess einbezogen wurde. Im weiteren Verlauf ergänzt die Ärztin ihre Abkündigung inkrementell durch die Erläuterung „die sie nich mehr BRAU:chen" (Z. 037) und gibt der Patientin so zu verstehen, dass es sich bei den abgesetzten Medikamenten nicht um absolut indizierte, sondern um obsolet gewordene handelt und sich Frau Rüpper daher keine Sorgen zu machen braucht.
Die Patientin hatte bereits zweimal – jeweils in Überlappung mit den Ausführungen der Ärztin – ein Rückmeldesignal geäußert (Z. 034, 036). In Z. 038 erscheint zudem ein Rückmeldesignal des als Rezipient zwar ratifizierten, aber nicht adressierten (vgl. Goffman 1981: 133) Sohnes der Patientin. Die Ärztin wiederum realisiert im Folgenden fast in unmittelbarem Anschluss an ihre Ausführungen den Alignmentmarker „↑ne?" (Z. 040), der zum einen retraktiv ausgerichtet ist und dabei signalisiert, dass sie das eingebrachte Wissen zur Überführung in den *common ground* anbietet, der andererseits aber auch als nach vorne gerichteter Progressivitätsmarker eine Turnfortsetzung projiziert. Frau Rüpper reagiert hierauf mit einem weiteren Rückmeldesignal, ehe die Ärztin zur Besprechung des nächsten Punktes ihrer Agenda (Maßnahmen gegen Frau Rüppers Ödeme) übergeht.

Wie die vorangehenden Analysen gezeigt haben, stellt das Abkündigen eine ärztliche Praktik von geringer Komplexität dar: Dadurch, dass die PatientInnen in keinem der vorliegenden Belege gegen die bereits implementierten Änderungen der medikamentösen Therapie opponieren, kommt es nicht zu langwierigen Aushandlungen; entsprechend können die ÄrztInnen nach einer Abkündigung ihre weitere Agenda

[146] Hier werden verschiedene Typen von Wissen relevant: Neben dem Wissen, das aus der gemeinsamen Interaktionsgeschichte resultiert, fließt auch allgemeines Wissen um die Abläufe im Krankenhaus ein (regelmäßige Blutabnahme zur Bestimmung der Blutwerte, darauf basierende Änderung der Medikation etc.) sowie medizinisches Wissen und Wissen um den Krankheitsverlauf.

verfolgen. An manchen Stellen kontextualisieren allerdings Elemente wie inkrementell hinzugefügte Erläuterungen bzw. accounts, mitigierende Formen wie die Abtönungspartikel einfach oder der Verweis auf ein kollektives Agens, dass die Tatsache der unilateral und ohne vorherige Absprache umgesetzten Maßnahmen bisweilen tendenziell heikel und besonders erklärungsbedürftig ist.

In der Auseinandersetzung mit der in der Literatur zur *medical CA* m. W. bislang noch nirgendwo beschriebenen Praktik ABKÜNDIGEN wird schließlich auch deutlich, dass Praktiken stark kontextgebunden sind. So ist der Einsatz von Abkündigungen zweifelsohne auf stationäre Settings beschränkt: Im Gegensatz zur ambulanten Gesundheitsversorgung stellen hier die Pflegekräfte die Medikamente bereit, sodass die PatientInnen kaum einen Überblick über die erhaltenen Dosen sowie allgemein über die verabreichten Medikamente haben.[147] Daher ist es relativ einfach, eine Änderung der Medikation vorzunehmen, ohne dass die PatientInnen dies bemerken, und sie erst später darüber in Kenntnis zu setzen.

### 6.1.4 Vergleich zwischen pflegerischem und ärztlichem Sprechen über Medikamente

In diesem Kapitel wurden die im Kontext des pflegerischen und ärztlichen Sprechens über Medikamente am häufigsten auftretenden kommunikativen Praktiken herausgearbeitet; das Analysevorhaben galt ferner der Frage, welche Partizipationsmöglichkeiten die professionellen AkteurInnen jeweils für die PatientInnen öffnen. Werden die Analyseergebnisse abschließend nun miteinander verglichen, steht die Rückbindung der jeweiligen kommunikativen Praktiken an den institutionellen Kontext bzw. das soziale Feld (*social field*, Hanks 1996a), innerhalb dessen diese erscheinen, im Fokus. Diesbezüglich kann zunächst festgehalten werden, dass die ärztlichen Praktiken (mit Ausnahme der Praktik ABKÜNDIGEN) in die kommunikative Gattung ‚Therapieplanung' eingebettet sind, während die pflegerischen Praktiken einen Teil der kommunikativen Gattung ‚Therapieumsetzung' bilden. Folglich sind die kommunikativen Gattungen ungleich – und zwar komplementär – zwischen den beiden Hauptakteursgruppen des sozialen Feldes ‚Palliativstation' verteilt; der Zugang zu verschiedenen Gattungen bedarf einer institutionell verliehenen Legitimität und dient so „as a form of sociocultural capital" der beiden Berufsgruppen (Hanks 1996a: 246). Die verschiedenen kommunikativen Praktiken bzw. Gattungen und die jeweilige Berufsrolle stehen dabei in einem reflexiven Verhältnis: Einerseits orientieren sich die AkteurInnen an den institutionell verliehenen Befugnissen ihrer eigenen sowie der anderen – im Bereich der Pharmakotherapie komplementär ausgestalteten – Berufsrolle und zeigen so fortlaufend ihre

[147] Wie bereits in Kapitel 6.1.2.1 erwähnt, bekommen die PatientInnen Tabletten ohne Verpackung, der sie den Namen des Medikamentes entnehmen könnten. Tropfen werden in kleinen Bechern verabreicht und bei Infusionen ist ebenfalls nicht zu erkennen, um welchen Wirkstoff es sich handelt.

Mitgliedschaft in der jeweiligen Akteursgruppe an. Andererseits bringen sie durch ihr (kommunikatives) Handeln die Grenzen zwischen den deontischen und epistemischen Territorien von Pflege und Medizin sowie die getrennten Verantwortungs- und Zuständigkeitsbereiche aber auch erst lokal und in situ hervor (vgl. hierzu auch Rossi/Stivers 2020). Letztlich hinterlassen die institutionellen Rechte und Pflichten der beiden Berufsrollen ihren ‚Fingerabdruck'[148] auf den verschiedenen kommunikativen Pratiken, derer sich die Pflegekräfte und ÄrztInnen bedienen und die sie situativ immer neu konstituieren. Dadurch bilden sich letztlich berufsspezifische kommunikative Routinen aus.

Dass trotz der Einbettung der beschriebenen Praktiken in verschiedene kommunikative Gattungen (Therapieplanung vs. -umsetzung) neben den Differenzen auch Gemeinsamkeiten zwischen den pflegerischen und ärztlichen Praktiken existieren, wird in Tabelle 14 deutlich.[149]

[148] Ich lehne mich hier an Heritage/Greatbatch (1991: 95f.) an, die konstatieren, dass jede Form institutioneller Interaktion einen einzigartigen ‚Fingerabdruck' hat, wobei sich dieser aus einem „set of interactional practices" zusammensetzt.

[149] In der Tabelle werden folgende Abkürzungen verwendet: *PF = PflegerIn(nen), Ä = ÄrztIn(nen), P = PatientIn(nen), AN = Angehörige*.

Tabelle 14: Vergleich der Praktiken des pflegerischen und ärztlichen Sprechens über Medikamente

| **Praktik** | **Gemeinsamkeiten** | **Unterschiede** | |
|---|---|---|---|
| | | **PPI** | **ÄPI** |
| ANKÜNDIGEN<br><br>n(PF)=8<br>n(Ä)=45 | • PF und Ä treffen mittels dieser Praktik **unilateral eine Entscheidung** für eine absolut indizierte Maßnahme, ohne diese zuvor zur Disposition zu stellen.<br>• P werden nicht in den Entscheidungsfindungsprozess einbezogen, ein **steiler deontischer Gradient** wird etabliert.<br>• PF und Ä präsentieren die angekündigte Maßnahme als **logisch und zwangsläufig** aus den Beschwerden der P resultierende Konsequenz und machen ihre Ankündigung so (in)direkt *accountable*.<br>• **Alignmentmarker** dienen zur Überführung der Ankündigung in den *common ground* und zum Abschluss der Sequenz. | Die PF treffen die der Ankündigung vorausgehende Entscheidung situativ und allein auf Basis der patientenseitigen Schilderung von Körperereignissen/Beschwerden; die Praktik erscheint daher in allen Fällen **in zweiter Sequenzposition**. | Nur in 51 % der Fälle wird die Ankündigung als Reaktion auf die patientenseitige Schilderung von Körperereignissen/Beschwerden in zweiter Sequenzposition realisiert. In den anderen Fällen tritt die Praktik **in erster Sequenzposition** auf, wobei die Ä auf ein ihnen bereits bekanntes Problem reagieren. |
| | | Die angekündigte Maßnahme wird direkt **in situ realisiert**. | Die angekündigte Maßnahme wird **nur verordnet** und erst zu einem späteren Zeitpunkt durch die PF implementiert. |
| | | **Nur bei spezifischen Medikamenten** möglich (ärztlich verschriebene Analgetika/Antiemetika/Laxanzien/Mittel gegen Diarrhö). | Prinzipiell kann **jedes Medikament** Gegenstand einer Ankündigung sein. |
| | | In 7 von 8 Fällen tritt der **Indikativ** auf. | **Beide Modi** erscheinen etwa gleich häufig. |

| **Praktik** | **Gemeinsamkeiten** | **Unterschiede** | |
|---|---|---|---|
| | | **PPI** | **ÄPI** |
| ANBIETEN<br><br>n(PF)=9<br>n(Ä)=11 | • PF und Ä stellen die **eigene Handlungsbefugnis in den Dienst der P** und orientieren sich dabei an deren Präferenzen.<br>• PF und Ä positionieren sich selbst als **AgentInnen** der angebotenen künftigen Handlungen und die **P als deren BenefiziantInnen** und deontische Autoritäten.<br>• Angebote setzen Entscheidungen relevant. | Angebote betreffen die **Verabreichungsform** verordneter Medikamente, **Extragaben** davon oder den **Zeitpunkt der Einnahme**. | Angebote betreffen **Medikamente zur Behandlung** der von den P geschilderten **Symptome**. |
| | | Bei Annahme des Angebotes durch die P **setzen** die PF die entsprechenden Maßnahmen **direkt um**. | Bei Annahme des Angebotes durch die P **verschreiben** die ÄrztInnen das entsprechende Medikament. |
| | | PF zeigen **keine epistemische Unsicherheit** bzgl. der Wirksamkeit der angebotenen Maßnahme an. | Ä indizieren **häufig epistemische Unsicherheit** bzgl. der Wirksamkeit der angebotenen Maßnahme und präsentieren diese lediglich als Versuch (tentativer Charakter). |
| | | **Nur in der Hälfte der Fälle** reagieren die PF mit dieser Praktik auf ein **von den P geschildertes Problem**; in den anderen Fällen tritt sie in erster Sequenzposition auf. | Angebote erscheinen **immer problemresponsiv in zweiter Sequenzposition** als *second pair part*. |

| **Praktik** | **Gemeinsamkeiten** | **Unterschiede** | |
|---|---|---|---|
| | | **PPI** | **ÄPI** |
| | | *Tritt in den PPI nicht auf.* | Wenn die PA sich nicht (direkt) zu einem Angebot positionieren, wandeln die Ä es z. T. in eine Ankündigung um. |
| ERKLÄREN<br><br>n(PF)=11<br>n(Ä)=22 | • Die Praktik ERKLÄREN dient der **Vermittlung von Wissen über Medikamente** an die P.<br>• **Epistemische Asymmetrien** zwischen den professionellen AkteurInnen und den P werden evoziert und zu **nivellieren** versucht. | ERKLÄREN tritt häufig **in Zusammenhang mit der Praktik INFORMIEREN** auf, ist aber nicht in andere Praktiken eingebettet. | Alle Belege sind **in eine andere Praktik** des planenden Sprechens über Medikamente **eingebettet**, insb. in die Praktik ANKÜNDIGEN. |
| | | Die Praktik tritt **dominant reaktiv** in zweiter Sequenzposition auf und wird dabei durch eine patientenseitige Anzeige von Nichtwissen relevant gesetzt. | ERKLÄREN tritt in 21 von 22 Fällen **in erster Sequenzposition** auf; die Ä antizipieren aufseiten der P ein Wissensdefizit und initiieren dann eigeninitiativ eine Erklärsequenz. |
| | | Erklärungen betreffen v. a. den **Grund für die Einnahme eines Medikamentes** und dessen **Wirkung**. | Erklärungen betreffen v. a. die **Wirkung** eines Medikamentes und **potenzielle Nebenwirkungen**. |
| | | Bisweilen enthalten Erklärungen **epistemische Herabstufungen/*displays* von Nichtwissen**, wenn das deontische und | *Tritt in den ÄPI nicht auf.* |

| **Praktik** | **Gemeinsamkeiten** | **Unterschiede** | |
|---|---|---|---|
| | | **PPI** | **ÄPI** |
| | | epistemische Territorium der Ä tangiert wird. | |
| VERWEISEN<br><br>n(PF)=12<br>n(Ä)=10 | PF und Ä greifen dann auf diese Praktik zurück, wenn **das deontische und/oder epistemische Territorium der anderen Profession betreten wird** (z. T. ausgelöst durch eine Frage/Anmerkung der P/AN). | Der pflegerische Einsatz dieser Praktik zeichnet sich dominant durch **Selbst- und Fremdpositionierungen** aus: Selbstpositionierungen i) als bzgl. einer zu treffenden Therapieentscheidung nicht zuständig und ii) als Vermittlerinstanz zwischen Ä und P/AN; Fremdpositionierungen iii) der Ä als deontisch potente EntscheidungsträgerInnen und iv) der P/AN als dafür verantwortlich, das Gespräch mit den Ä zu suchen. | Ä verweisen zum einen **auf die PF**, zum anderen aber auch (nur Assistenzärztinnen) **auf die Oberärztin der Station**. Verweise an PF enthalten **(indirekte) Aufforderungen** an die PF (die somit lateral adressiert werden), an die PA oder an die eigene Person. Verweise an die Oberärztin dienen den Assistenzärztinnen dazu, die **Entscheidungsfindung** bzgl. einer medikamentösen Maßnahme **in den intraprofessionellen Entscheidungsraum zu verlagern**. |
| | | Acht von zwölf Belegen erscheinen in **zweiter Sequenzposition**. | Sowohl die Verweise an die PF als auch die an die Oberärztin treten **in erster Sequenzposition** auf. |

Anhand des angestellten tabellarischen Vergleichs wird insbesondere deutlich, dass die in die beiden kommunikativen Gattungen ‚Therapieplanung' und ‚Therapieumsetzung' eingebetteten Praktiken trotz der verschiedenen institutionell vorgegebenen Aufgaben von ÄrztInnen und Pflegepersonal sowie der unterschiedlich gelagerten zeitlichen Struktur (s. u.) auffällig ähnlich sind. Somit zeigt sich, wie Arminen (2005: 50; Herv. I. B.) schreibt: „[P]ractices do gain distinct meanings through their reflexive ties to the context and *the institutional identities* it makes relevant". Eine Praktik kann folglich zur Bearbeitung verschiedener kommunikativer Aufgaben, in diesem Fall Therapieplanung und -umsetzung, beitragen (vgl. Deppermann/Feilke/Linke 2016a: 8). Der entscheidende Unterschied liegt dabei in der zeitlichen Dimension: Wenn die ÄrztInnen eine bestimmte Pharmakotherapie ankündigen, anbieten etc., wird diese nicht in situ und nicht von ihnen selbst, sondern erst zu einem späteren Zeitpunkt von den Pflegekräften umgesetzt und ist folglich auf die Zukunft ausgerichtet. Dementsprechend erscheinen die jeweiligen Praktiken im Rahmen einer projektiven kommunikativen Gattung. Pflegerische Praktiken der Therapieumsetzung hingegen betreffen zumeist das *hic-et-nunc* und sind entsprechend auf das unmittelbare außersprachliche Handeln der PflegerInnen bezogen. Ein weiterer Unterschied betrifft die z. T. stark divergierenden Belegzahlen: Während das ANKÜNDIGEN die im ärztlichen Medikamentengespräch mit Abstand am häufigsten gebrauchte Praktik (n=45) darstellt, tritt diese im pflegerischen Sprechen über Medikamente lediglich achtmal auf. In der PPI erscheint dagegen die Praktik INFORMIEREN am frequentesten (n=30), die im kommunikativen Haushalt der ÄrztInnen fehlt. Auch hinsichtlich des ERKLÄRENS bestehen große Unterschiede in der Verteilung, da die Praktik 22-mal in ÄPI, jedoch nur elfmal in PPI zu verzeichnen ist.

Dass sich die AkteurInnen selbst an den getrennten Verantwortungsbereichen bzw. der institutionellen Arbeitsteilung orientieren und es sich dabei weder um eine rein analytische Zuschreibung noch um den Einbezug einer externen Größe ohne interaktive Relevanz handelt, tritt in der Praktik VERWEISEN deutlich zutage: Wird in der Interaktion mit den PatientInnen ein Punkt von Bedeutung, der das deontische und/oder epistemische Territorium der jeweils anderen Profession tangiert, verweisen die AkteurInnen auf ihre jeweiligen KollegInnen.

Neben den vier Praktiken, die sowohl im Rahmen des ärztlichen als auch des pflegerischen Sprechens über Medikamente auftreten, wurden vorangehend auch zwei Praktiken beschrieben, von denen lediglich die Pflegekräfte Gebrauch machen, sowie zwei Praktiken, deren Auftreten allein im ärztlichen Gespräch analysiert wurde und die nur in sehr geringem Maße auch von Pflegekräften verwendet werden.

Tabelle 15: Praktiken des pflegerischen Sprechens über Medikamente

| **Praktik** | **Merkmale** | **Berufsspezifik/Abgrenzung von ärztlichem Sprechen** |
|---|---|---|

| | | |
|---|---|---|
| INFORMIEREN<br><br>n=30 | • Im Rahmen des pflegerischen Sprechens über Medikamente stellt das INFORMIEREN die **am häufigsten auftretende und am wenigsten komplexe Praktik** dar.<br>• Die Praktik dient dem **In-Kenntnis-Setzen** der P über die mitgebrachten Medikamente (Nennung des Medikamentennamens).<br>• INFORMIEREN tritt ebenso häufig direkt am Gesprächsbeginn wie zu einem anderen Zeitpunkt während der Interaktion auf. In den meisten Fällen erscheint die Praktik **in erster Sequenzposition**. | • Das rekurrente Auftreten dieser Praktik ergibt sich aus der **institutionell vorgegebenen Aufgabe der PF**, den P die Medikamente bereitzustellen.<br>• Ä sind hierfür nicht zuständig und greifen daher nie auf diese Praktik zurück. |
| RATGEBEN<br><br>n=16 | • PF **übertragen mittels dieser Praktik den P die Entscheidung und Verantwortung** für die Ausführung einer von pflegerischer Seite als förderlich und als den P dienlich dargestellten therapieimplementierenden Handlung.<br>• Die Praktik tritt fast in allen Fällen **problemresponsiv** auf.<br>• Ratschläge erscheinen häufig mit **mitigierenden sprachlichen Elementen**.<br>• Bisweilen treten auch **perspektiveinnehmende Ratschläge** auf, in denen sich die PF in die Situation der P versetzen und sagen, wie sie in deren Lage handeln würden. | • Die PF haben teilweise einen gewissen **Spielraum in der Verabreichung von Medikamenten** und können für die P daher Beteiligungsmöglichkeiten schaffen. Gleichzeitig verfügen sie meist über mehr Wissen bzgl. der Medikamente als die P, weshalb sie aus dieser **epistemisch superioren Position** heraus Ratschläge erteilen können.<br>• Ä können die Verantwortung für die Einnahme von Medikamenten nicht den P übertragen und ihnen so spezifische Ratschläge erteilen, da sie diejenigen sind, die die Medikamente verschreiben müssen. |

Tabelle 16: Praktiken des ärztlichen Sprechens über Medikamente

| **Praktik** | **Merkmale** | **Berufsspezifik/Abgrenzung von pflegerischem Sprechen** |
|---|---|---|
| ABKÜNDIGEN<br><br>n=12 | • Das ABKÜNDIGEN dient als einzige der untersuchten ärztlichen Praktiken **nicht der Therapieplanung**. Stattdessen teilen die Ä den P hierdurch eine Entscheidung für eine Änderung der Pharmakotherapie mit, die **bereits implementiert** wurde – und zwar ohne zuvor das Einverständnis der P einzuholen. Folglich ist die Praktik **retrospektiv ausgerichtet**.<br>• Von allen beschriebenen Praktiken stellt das ABKÜNDIGEN die **deontisch stärkste** dar.<br>• Die **Kontexte des Auftretens sind recht heterogen**; am häufigsten tritt die Praktik auf, wenn sich situativ die Notwendigkeit ergibt, die P über die erfolgte Therapieänderung in Kenntnis zu setzen.<br>• Bisweilen zeigen die ÄrztInnen durch **mitigierende sprachliche Mittel** an, dass sie sich an der **heiklen und potenziell gesichtsbedrohenden Natur** dieser Praktik orientieren. | • Die Ä sind dafür **verantwortlich, dass die Medikamente wirken**. Daher können sie prinzipiell zu jedem Zeitpunkt die Akte der P zur Hand nehmen und Änderungen der Medikation vornehmen, wenn ihnen dies angemessen erscheint.<br>• Diese Praktik tritt auch in der Kollektion zum pflegerischen Sprechen über Medikamente auf, jedoch nur einmal (Dosiserhöhung eines Abführmittels). **PF dürfen keine anderen Medikamente verabreichen als die von den Ä verschriebenen**. Sie dürfen nur die Dosis bestimmter Medikamente erhöhen und dies auch nur dann, wenn die entsprechende Maßnahme indiziert ist. |
| ENTWERFEN<br><br>n=15 | • Ä nehmen mittels dieser Praktik **potenziell eintretende Szenarien** vorweg und vermitteln den P für die entworfenen mentalen Räume Handlungswissen, zeigen für deren Eintre- | • Ä kommen **nur einmal am Tag zur Visite**, sodass sie den P dann Wissen für Situationen vermitteln müssen, die eventuell auftreten, ehe sie sich wiedersehen. Da die P ferner z. T. |

| | | |
|---|---|---|
| | ten therapeutische Möglichkeiten auf oder projizieren eigenes künftiges Handeln.<br>• Zumeist werden Szenarien konstruiert, deren **Eintreten nicht erwünscht** ist.<br>• Die hypothetischen Szenarien werden dominant durch eine **Konditionalstruktur** evoziert. | unter starken Beschwerden leiden, ist es wichtig, dass sie wissen, welche Optionen es für den Fall einer ausbleibenden Wirkung eines Medikamentes noch gibt.<br>• In den Daten zum pflegerischen Sprechen erscheint diese Praktik dreimal. Da PF jedoch die Aufgabe der Therapieumsetzung zukommt und sie daher in situ auf Beschwerden der P reagieren können, ist es für sie zumeist nicht nötig, Zukunftsszenarien zu entwerfen. |

Abgeschlossen sei das aktuelle Kapitel mit der Präsentation eines letzten Befundes, der die Reaktionen der PatientInnen betrifft. Diesbezüglich ist ein auffällig hohes Maß an Homogenität zu konstatieren – und zwar unabhängig von den jeweiligen Praktiken und den professionellen AkteurInnen, die davon Gebrauch machen. Die PatientInnen reagieren auf ärztliche und pflegerische Aussagen im Rahmen des Sprechens über Medikamente sehr häufig lediglich mit einfachen Rückmeldesignalen; Nachfragen sind ebenso selten (diese treten insbesondere im Rahmen des ärztlichen ANBIETENS auf) wie Widerstand. So zeigt diese Beobachtung, dass die PatientInnen sich am epistemischen Hochstatus der institutionellen VertreterInnen orientieren und deren epistemischer Autorität vertrauen. Da die PatientInnen die geplanten bzw. die in situ umzusetzenden medikamentösen Maßnahmen ferner in fast allen Fällen entweder explizit oder implizit akzeptieren, ratifizieren sie auch die von den PflegerInnen und ÄrztInnen vorgenommenen Selbstpositionierungen als deontisch potente AkteurInnen.

## 6.2 Sprechen über Schmerzen

Schmerzen stellen die am häufigsten auftretenden körperlichen Symptome von PalliativpatientInnen dar (Leitlinienprogramm Onkologie 2020: 160). Ein adäquates Schmerzmanagement zur Linderung körperlicher Schmerzen, das auf einer detaillierten Schmerzexploration beruht, ist daher eines der Hauptanliegen der Palliative Care, denn letztlich kann nur auf dieser Grundlage ein möglichst weitgehender Erhalt der Lebensqualität der PatientInnen gewährleistet werden (Bernatzky/Sittl/Likar 2012). Das Besondere an der Schmerzanamnese auf der Palliativstation ist dabei, dass diese

hier konträr zu anderen medizinischen Bereichen, insbesondere zu akutmedizinischen Settings, zumeist nicht der Diagnosestellung dient (Saunders 1963: 195f.): In vielen Fällen handelt es sich bei den Schmerzen der PatientInnen um tumorbedingte oder tumorassoziierte Schmerzen (Schulz-Quach et al. 2019: 49), deren Ursprung, also die Tumorerkrankung, evident und bereits hinlänglich dokumentiert ist. Folglich müssen die professionellen AkteurInnen die Ursache der Schmerzen nicht erst aufwändig eruieren. Stattdessen gilt es, deren genaue Beschaffenheit und Intensität in Erfahrung zu bringen, um so das Schmerzmanagement optimal daran anzupassen (Perron/ Schonwetter 2001).

Betrachtet man die institutionell vorgegebenen Aufgaben, die den beiden Hauptakteursgruppen der Palliativstation im Rahmen des Schmerzmanagements zukommen, so sind diese recht ähnlich zu deren Rechten und Pflichten im Kontext des Sprechens über Medikamente (s. Kapitel 6.1): Die ärztliche Schmerzexploration ist der pflegerischen insofern vorgelagert, als allein die ÄrztInnen über die medikamentöse Schmerztherapie verfügen dürfen. Erst wenn die ÄrztInnen auf Basis ihrer Gespräche mit den PatientInnen entsprechende Analgetika verschrieben haben, können die PflegerInnen diese – zumeist nachdem sie selbst eine Schmerzexploration durchgeführt haben – verabreichen. Das folgende Schaubild illustriert diese Abläufe der Schmerzexploration (vgl. auch Fothergill-Bourbonnais/Wilson-Barnett 1998):

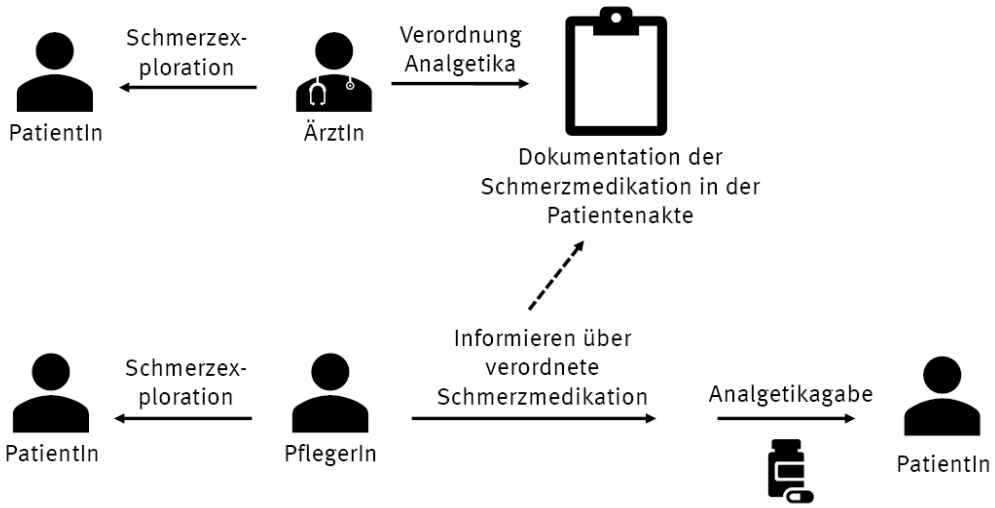


*Abbildung 2: Ablauf Schmerzexploration*

Die für das aktuelle Kapitel erstellte Kollektion setzt sich aus je 54 Belegen für pflegerisches und ärztliches Sprechen über Schmerzen zusammen, sodass insgesamt 108 Belege vorliegen. Nach einem Überblick über den Forschungsstand zu Schmerzdarstellungen und ärztlichem Fragen (Kapitel 6.2.1) wird im Folgenden zunächst das pflegerische Sprechen über Schmerzen betrachtet (Kapitel 6.2.2), ehe ich das Augenmerk auf das ärztliche Sprechen über diese Thematik richte (Kapitel 6.2.3) und die Analyseergebnisse abschließend miteinander vergleiche (Kapitel 6.2.4). Konkret sind dabei jeweils die Praktiken von Interesse, mittels derer PflegerInnen und ÄrztInnen den auf

Schmerzen ausgerichteten Explorationsprozess in Gang setzen, auf initiale Schmerzschilderungen der PatientInnen reagieren, diese interaktiv prozessieren und durch welche sie schließlich den Ausstieg aus der Besprechung der Schmerzen vollziehen.
Dass ich speziell auf das Sprechen über Schmerzen eingehe und nicht etwa allgemein anamnestische Fragen untersuche, liegt nicht nur in der in dieser Arbeit verfolgten Fokussierung auf Gesprächsthemen und die diese konstituierenden Praktiken begründet. Neben der bereits erwähnten Tatsache, dass Schmerzen die Hauptsymptomatik bilden, die auf der Palliativstation behandelt wird, ist die Betrachtung dieses Gegenstands für die grundlegende Zielsetzung der vorliegenden Arbeit auch deshalb besonders interessant, weil ÄrztInnen und Pflegekräfte gleichermaßen Informationen über die Schmerzen der PatientInnen in Erfahrung bringen müssen: Beide Professionen sind dafür verantwortlich, im Rahmen ihrer jeweiligen institutionell determinierten Aufgaben und Möglichkeiten die notwendigen Maßnahmen für eine Schmerzlinderung zu ergreifen. Folglich ist dieses Thema prädestiniert dafür, zu zeigen, wie die institutionellen Rechte und Pflichten der beiden Berufsrollen ihren spezifischen ‚Fingerabdruck' auf den verschiedenen Praktiken hinterlassen, derer sich die professionellen AkteurInnen bedienen.

### 6.2.1 Forschungsstand: Schmerzdarstellungen und ärztliches Fragen

Betrachtet man Schmerz aus einer biomedizinischen Perspektive, handelt es sich dabei um „ein unangenehmes Sinnes- und Gefühlserlebnis, das mit tatsächlicher oder potenzieller Gewebeschädigung verknüpft ist oder mit Begriffen einer solchen Schädigung *beschrieben* wird" (International Association of the Study of Pain, zit. nach Maier et al. 2017: 4; Herv. I. B.).[150] Bereits in dieser Definition wird deutlich, dass der verbalen Beschreibung von Schmerzen eine zentrale Rolle zukommt und das gezielte Nachfragen nach der Qualität von Schmerzen für deren Behandlung daher unabdingbar ist (Heath 1989; Menz/Sator 2010).
Schmerzen stellen eine subjektiv erfahrbare Größe dar, die nicht auf eine (neuro)physiologische Disposition reduziert werden kann. Dadurch, dass es sich bei Schmerzen um ein Phänomen handelt, das nur den Schmerzerlebenden selbst vollumfänglich zugänglich ist, bildet die Sprache das wichtigste Instrumentarium, um die dem Ego verhafteten Körpererfahrungen einem Alter zu vermitteln (Ehlich 1985: 177). Engel (1970: 45) drückt dies pointiert aus, wenn er schreibt: „The clinician never deals directly with pain, per se, he deals with the patient's statement about his pain". Somit ist die Schmerzerfassung eine vornehmlich interaktiv zu lösende Aufgabe (Sator 2010:

[150] Wie in Kapitel 2.2 dargelegt, geht der Schmerzbegriff der Palliative Care insofern über dieses Verständnis hinaus, als Schmerz dort im Sinne des *total pain*-Ansatzes umfassend biopsychosozial betrachtet wird. Das aktuelle Kapitel widmet sich jedoch lediglich dem körperlichen Schmerz; auf das Sprechen über den psychosozialen Schmerz der PatientInnen wird in Kapitel 6.3 eingegangen.

141). Zwar können zusätzlich auch apparative Untersuchungen herangezogen werden (Sonografie, CT etc.), in denen der Körper selbst ‚spricht'. Zum einen bedürfen aber auch die so gewonnenen Ergebnisse als technisch transformierte Artefakte einer Interpretation, zum anderen können solche Daten nichts über die relevanten lebensweltlichen Hintergründe von Schmerzen aussagen und schließlich hilft auch erst die verbale Schmerzschilderung dabei, die adäquate apparative Untersuchungsform auszuwählen (Lalouschek 2010: 24).

Schmerzerfahrungen und -darstellungen sind durch diverse soziokulturelle Faktoren sowie individuelle Erfahrungen und Wissensbestände überformt, was bedingt, dass das individuelle Schmerzerleben z. T. deutlich voneinander divergiert und eine ‚neutrale' Schilderung der Beschwerden schlicht unmöglich ist (Morris 2000: 135ff.). Die Medizin bedient sich teils hochkomplexer Schmerztaxonomien, um das von PatientInnen erlebte Körperereignis dennoch möglichst detailliert und objektiviert in seiner zeitlichen und lokalen Dimension, seiner Intensität, Qualität, Frequenz etc. zu erfassen (Reisigl 2010). Kategoriengeleitete Beschwerdeexplorationen von ÄrztInnen bergen jedoch die Schwierigkeit einer intersubjektiv mitunter divergierenden Auffassung verschiedener Kategorien. So lässt sich das Schmerzempfinden von PatientInnen nicht immer problemlos in das vorgegebene Beschreibungsinventar einordnen, was zu einem interaktiven Vermittlungsproblem führt und insbesondere bei chronischen Schmerzen[151] mit einem „Display der schweren Beschreibbarkeit" (Birkner 2013: 82) einhergehen kann. Die Schilderungen der PatientInnen zeichnen sich dann durch einen hohen Formulierungsaufwand aus, etwa durch Häsitationen, Neuansätze, Selbstreparaturen, Vagheitsindikatoren etc. (Birkner 2013: 88). Stellt das ärztlich vorgegebene Kategorienraster keine den PatientInnen adäquat erscheinenden Formulierungsressourcen bereit, greifen diese mitunter auch auf Veranschaulichungsverfahren wie etwa Metonymien (*stechend, brennend* etc.) zurück (Overlach 2008: 48f.). Eine weitere Problematik ärztlicher Schmerzabfragen liegt darin, dass diese eine „variablenanalytische Isolation des Schmerzes" vornehmen und ihn so von seinen „alltagsweltlichen Erfahrungs- und Relevanzzusammenhängen" trennen (Deppermann 2003: 169). Für die PatientInnen stellen sich die Schmerzen demgegenüber als praktisch relevantes Phänomen dar, dessen Implikationen häufig nur durch eine narrative Kontextualisierung Rechnung getragen werden kann (Gülich/Schöndienst/Surmann 2003: 222) und das neben Befindlichkeits- auch Handlungskonsequenzen mit sich bringt, die im Falle chronischer Schmerzen Auswirkungen auf die gesamte Lebenswelt haben können (Deppermann 2003: 171f.).

Die von PatientInnen erlebte kommunikative Herausforderung, das eigene Schmerzempfinden im Gespräch mit ÄrztInnen in eine verbale (und ggf. auch eine nonverbale)

[151] Während akuter Schmerz indexikalisch auf Erkrankungen/Schädigungen hindeutet und so als ‚Warnhinweis' fungiert, handelt es sich bei chronischem Schmerz um Schmerzen, die nach Behebung der Ursache bestehen bleiben und mehr als drei Monate andauern (Sendera/Sendera 2015).

Ausdrucksmodalität zu überführen, ist wiederholt Gegenstand gesprächsanalytischer Untersuchungen geworden. Im Fokus stehen dabei zumeist die Beiträge der PatientInnen und weniger bis kaum die Schmerzexploration der ÄrztInnen. Mit der Dissertation von Cunningham (2012) liegt demgegenüber eine Studie vor, die sich dezidiert auch dem ärztlichen Sprechen über das Schmerzerleben der PatientInnen widmet und die anhand der Fokussierung auf Frage-Antwort-Sequenzen die interaktive Bearbeitung von Schmerzerfahrungen untersucht. Neben einem Artikel von Wu (2020)[152] stellt Cunninghams Arbeit ferner die einzige mir bekannte gesprächsanalytische Untersuchung dar, die sich *pain talk* (Heath 1989) in einem palliativen Setting widmet. Das ihrer Analyse zugrunde liegende Korpus ist allerdings recht schmal: Es umfasst lediglich fünf Gespräche aus einer US-amerikanischen Poliklinik für Palliative Care, die zudem mit nur einem einzigen Patienten geführt wurden. Innerhalb dieser Kollektion kann Cunningham (2012) 58 Frage-Antwort-Paare identifizieren, die sodann die Grundlage ihrer Ausführungen bilden.

Cunningham analysiert die in ihrem Datenmaterial enthaltenen Fragen anhand der laut Boyd/Heritage (2006) und Heritage (2010) in Fragen enthaltenen Dimensionen ‚Agendasetting', ‚Präsuppositionen', ‚Präferenzstruktur' und ‚*epistemic stance*'.[153] Dabei zeigt sie zunächst, dass die Fragen der ÄrztInnen, mittels derer sich diese explizit nach dem Vorliegen von Schmerzen erkundigen, in allen Fällen so angelegt sind, dass sie eine negative Antwort präferieren,[154] d. h. eine Antwort, die das Vorliegen von Schmerzen negiert (Cunningham 2012: 84). Die initialen Fragen nach den Schmerzen des Patienten sind oftmals sehr allgemein und vage gehalten und spezifizieren weder die Intensität noch die zeitliche Dauer oder die Qualität des Schmerzes. So kann der Patient selbst entscheiden, über welche Punkte seines Schmerzerlebens er sprechen möchte. Erst im weiteren Gesprächsverlauf arbeiten die ÄrztInnen spezifische Aspekte der Schmerzen ab, etwa deren Intensität oder Veränderungen im Laufe des Tages. Cunningham (2012: 96) zeigt außerdem, dass die Antworten des Patienten nur dann inhaltlich konsistent an den Fragen der ÄrztInnen ausgerichtet sind, wenn es um einen einzigen Aspekt des Schmerzes geht. Setzen die ÄrztInnen in ihren Fragen jedoch mehrere Aspekte des Schmerzerlebens relevant, bearbeitet der Patient in seiner Antwort entweder nur einen Aspekt, thematisiert einen gänzlich neuen Punkt oder geht inhaltlich nicht auf die Frage ein.

---

152 Es handelt sich hierbei um einen in der Zeitschrift *BMC Palliative Care* publizierten Beitrag, der das Potenzial der Konversationsanalyse für die Untersuchung von *pain talk* in der Palliative Care demonstriert, weshalb dessen Analysen eher illustrativer Natur sind.

153 „We can observe that, at the minimum, physicians' questions have the following features: first, they establish particular agendas for patient response; second, they embody presuppositions about various aspects of the patient's health, bodily awareness and background knowledge of medicine, and third, they incorporate ‚preferences'; they are designed so as to invite or favor one type of answer over another" (Boyd/Heritage 2006: 154). Heritage (2010: 48) ergänzt dies um die Dimension *epistemics*: „The design of questions communicates the questioner's epistemic stance toward the response, particularly in relation to the questioner's access to the information solicited".

154 Vgl. Pomerantz/Heritage (2013) zum Präferenzbegriff der Konversationsanalyse.

Hinsichtlich der in ärztlichen Fragen enthaltenen Präsuppositionen konstatiert Cunningham (2012: 260), dass der Patient die Präsupposition, seine Krankheit sei weiter fortgeschritten, zurückweist, sein Schmerzerleben in der Folge als weniger stark darstellt und sich somit als resistent gegenüber seinem Krankheitsverlauf positioniert (*troubles resistance*, Jefferson 1984c). Auf die epistemische Dimension der Fragen geht Cunningham schließlich nur in zwei Datenbeispielen ein, in denen die ÄrztInnen Wissen bzgl. des Schmerzempfindens des Patienten für sich reklamieren, der Patient ihnen den Zugang hierzu allerdings abspricht.
Zusammenfassend betrachtet bleibt die Arbeit auf einer oberflächlichen Ebene, insbesondere da die Datenbeispiele häufig nicht systematisch analysiert werden und Cunningham sich bisweilen in Paraphrasen der einzelnen Turns verliert. Daher liegt mit ihrer Arbeit auch eher eine Inventarisierung verschiedener Fragetypen im Gespräch zwischen PalliativärztInnen und einem Patienten vor als eine konversationsanalytische Untersuchung, die das Funktionsspektrum der einzelnen Fragetypen und deren sequenzielle Einbettung betrachtet.

Zweifelsohne stellen Fragen neben körperlichen Untersuchungen das zentrale Instrumentarium für ÄrztInnen dar, um die Schmerzen der PatientInnen bzw. deren Qualität möglichst genau erfassen zu können. Im Rahmen der medizinischen Konversationsanalyse (s. Kapitel 4.1.2) wurden in den letzten Jahren zahlreiche Arbeiten zum ärztlichen Fragen, insbesondere in Anamnesegesprächen, publiziert (u. a. Boyd/Heritage 2006; Heritage et al. 2007; Heritage 2010; Heritage/Robinson 2006a; Lalouschek 2002; Spranz-Fogasy 2014a). Die grundlegende Annahme ist dabei, dass das ärztliche Fragen zwangsläufig einen direkten Einfluss auf die Art und Weise hat, wie PatientInnen ihre Beschwerden darstellen und dass sich dies wiederum auf die Diagnose und die anschließende Therapieplanung auswirkt (Robinson 2006: 22).
Aus einer gesprächsanalytischen Perspektive können Fragen in einer sowohl die funktionale als auch die sequenzielle Perspektive berücksichtigenden Definition gefasst werden als „utterances that (a) ‚solicit (and/or are treated by the recipient as soliciting) information, confirmation or action' […] and (b) ‚are delivered in such a way as to create a slot for the recipient to produce a responsive turn'" (Ehrlich/Freed 2010: 6). Dass Fragen dabei nicht nur prospektiv ausgerichtet sind und die Funktion erfüllen, fehlendes Wissen zu elizitieren (*request for information*) bzw. eine Bestätigung eigenen Wissens einzufordern (*request for confirmation*, Couper-Kuhlen/Selting 2018a: 218), sondern ihnen auch ein retrospektives Potenzial inhärent ist, zeigen Deppermann/Spranz-Fogasy (2011) in ihrer Studie zur epistemischen Dimension der verschiedenen Fragetypen des Deutschen. Sie beschreiben Fragen als Verstehensdisplays und arbeiten heraus, inwiefern das syntaktische Format einer Frage Hinweise auf den Wissensstand der ÄrztInnen gibt: Während W-Fragen den Zustand des weitgehenden Nichtwissens dokumentieren, legen Fragen mit Verberststellung (V1) entsprechend ihrer negativen bzw. positiven Polarität eine Antwortpräferenz nahe, die sich aus dem schon vorhan-

denen Wissen der ÄrztInnen ergibt: Durch inhaltliche Bezüge zu vorherigen Äußerungen ihres Gegenübers kontextualisieren sie, den „Sachverhalt soweit verstanden [zu] haben, dass sie den Bereich des Fraglichen auf eine […] Dichotomie reduzieren können und sogar mittels der formulierten Polarität eine Annahme über die Antwort besitzen" (Spranz-Fogasy 2010: 51).[155] Deklarativsatzfragen implizieren zuletzt, dass die ÄrztInnen die Antwort mit einer hohen Wahrscheinlichkeit antizipieren und von den PatientInnen lediglich eine Bestätigung erwarten.

Neben den vorangehend besprochenen *Präzisierungsfragen*, die direkte Bezüge zu früheren Äußerungen aufweisen und hinsichtlich ihrer Semantik und interaktiven Funktion durch den bisherigen Gesprächsverlauf motiviert sind, findet sich in ÄPI, insbesondere in Anamnesegesprächen, bisweilen auch der ebenfalls rein semantisch definierte Typ der *Komplettierungsfragen*. Diese dienen dazu, neue Sachverhalte relevant zu setzen, die sich etwa aus dem Arztbrief einer mitbehandelnden Ärztin, aus Laborwerten, der Patientenkartei etc. ergeben. Die ÄrztInnen orientieren sich hier an ihren eigenen professionellen Relevanzen, um ihr Wissen über die Beschwerden zu vervollständigen. Nicht nur für PatientInnen, sondern auch für GesprächsanalytikerInnen bergen solche Fragen allerdings häufig das Problem, „dass nicht erkennbar ist, inwiefern sie […] an vorhergehende Äußerungen angeschlossen sind" (Spranz-Fogasy 2010: 52). So weisen Komplettierungsfragen häufig keinen (direkt) erkennbaren thematischen Zusammenhang zum bisher Besprochenen auf, da ihnen zumeist ein nur der Ärztin zugänglicher und nicht explizierter Anamneseleitfaden zugrunde liegt. Während Präzisierungsfragen an den Äußerungen der PatientInnen orientiert und ihr sequenzielles Auftreten intersubjektiv nachvollziehbar ist, sind Komplettierungsfragen also wissensgeleitet, intransparent, interventiv und indizieren die Dominanz des ärztlichen Relevanzsystems (Spranz-Fogasy 2005b: 37).[156]

Ebenso wie in Kapitel 6.1.1 in Ermangelung entsprechender gesprächsanalytischer Studien zum pflegerischen Sprechen über Medikamente lediglich der Forschungsstand zum ärztlichen Interaktionsverhalten dargelegt werden konnte, ist es auch im Rahmen des aktuellen Kapitels kaum möglich, einen in puncto Umfang auch nur annähernd den Ausführungen zur ÄPI gleichwertigen Überblick über die Forschung zur pflegerischen Schmerzexploration zu geben. In den bislang vorliegenden deutschsprachigen gesprächsanalytischen Arbeiten zur pflegerischen Interaktion mit PatientInnen wird das Sprechen über Schmerzen nur sehr marginal behandelt. Posenau (2014: 141) führt hierzu lediglich aus – allerdings ohne entsprechende Transkriptausschnitte anzuführen –, dass die Pflegekräfte auf die Schmerzdarstellungen der Patien-

[155] Vgl. auch Heritage (2011c: 340): „Yes/no (or polar) questions, by their very nature, present a hypothesis or candidate version of a state of affairs for confirmation".

[156] Sator (2011: 151) kritisiert das dichotome Verständnis dieser beiden rein semantisch definierten Fragetypen als „wenig sinnvoll"; die beiden Typen seien vielmehr als „Extrempole einer Skala" zu verstehen, zwischen denen sich die meisten ärztlichen Fragen bewegen.

tInnen zumeist mit dem Versuch einer Ursachenexploration reagieren. Auch Weinholds (1997: 94) Ausführungen zum pflegerischen Sprechen über Schmerzen sind äußerst knapp gehalten und gehen kaum über die Feststellung hinaus, dass die Fragen nach Schmerzen oder Beschwerden „den größten Teil der inhaltlichen Fragen aus[machen]". Sachweh (1999: 121) schließlich formuliert die Beobachtung, dass für die Kommunikation während der Morgenpflege die Frage „tut das weh?" oder eine entsprechende Aufforderung („wenn es weh tut, sagen Sie es") charakteristisch ist, doch thematisiert auch sie das Sprechen über Schmerzen nicht weitergehend. Gerade im Palliativbereich, in dem 60 bis 90 % der hier dominant behandelten TumorpatientInnen Schmerzen als führendes Symptom angeben (Rolke et al. 2016: 959), ist die thematisch auf das Schmerzerleben der PatientInnen ausgerichtete Kommunikation jedoch von substanzieller Bedeutung: Nur wenn die Pflegekräfte eine adäquate Schmerzexploration durchführen, können sie auf dieses Symptom der PatientInnen mit der Gabe der von den behandelnden ÄrztInnen verordneten Analgetika reagieren (Mercadante/Prestia/Casuccio 2016: 203). Insofern kommt den PflegerInnen im Rahmen der Schmerzbehandlung auf der Palliativstation eine ebenso wichtige Rolle zu wie den ÄrztInnen.

### 6.2.2 Pflegerisches Sprechen über Schmerzen

Die 54 Belege aus Pflege-PatientIn-Interaktionen, die diesem Kapitel zugrunde liegen, können in zwei Subklassen unterteilt werden: In 41 Belegen geht der Schmerzschilderung der PatientInnen eine entsprechende pflegerische Frage voraus; in den verbleibenden 13 Belegen wird das Sprechen über Schmerzen von den PatientInnen selbst initiiert. Hinsichtlich der erstgenannten Belegklasse liegt der analytische Fokus im Folgenden zunächst auf den *first pair parts*, durch welche die patientenseitigen Schmerzschilderungen jeweils relevant gesetzt werden (Kapitel 6.2.2.1). In Bezug auf die zweite Belegklasse stellt sich die Frage, wie die PflegerInnen auf die initialen Schmerzdarstellungen der PatientInnen reagieren (Kapitel 6.2.2.2). Unabhängig von der Art der Thematisierung der Schmerzen ist innerhalb dieses Kapitels ferner von Interesse, wie die initiale Schmerzschilderung der PatientInnen interaktiv prozessiert wird, was also „mit einer einmal eingeführten Schmerz[schilderung] im Verlauf des Gesprächs weiter geschieht" (Sator 2011: 134) (Kapitel 6.2.2.3), und wie die Schmerzexplorationssequenz schließlich wieder beendet wird (Kapitel 6.2.2.4).[157]

[157] Im Gegensatz zum vorherigen Kapitel 6.1 zum Sprechen über Medikamente finden sich sowohl im aktuellen Unterkapitel zum pflegerischen als auch im folgenden Unterkapitel zum ärztlichen Sprechen über Schmerzen keine tabellarischen Übersichten über die für eine Praktik charakteristischen lexikalisch-syntaktischen Merkmale. Dies ist entweder der Tatsache geschuldet, dass für die entsprechende Praktik jeweils nur eine sehr begrenzte Menge an Formaten kennzeichnend ist, die alle näher beschrieben werden können, oder aber der Tatsache, dass die sprachlichen Formen ein zu hohes Maß an Heterogenität aufweisen, um sie zusammenfassend darzustellen, und stattdessen andere Faktoren für die jeweilige Praktik charakteristisch sind.

#### 6.2.2.1 Praktik INITIALE SCHMERZABFRAGE

Pflegerische Schmerzabfragen treten am häufigsten in der Mitte und gegen Ende eines Gesprächs auf, erscheinen aber auch unmittelbar zu Beginn, ggf. nach dem rituellen Austausch von Grußformeln oder dem INFORMIEREN über mitgebrachte Medikamente (s. Kapitel 6.1.2.2), als *first topic* in der *anchor position* (Schegloff 1986: 116). Bei einer explorativen Durchsicht der Kollektion fiel auf, dass die zur initialen Schmerzabfrage eingesetzten Fragetypen unterschiedliche ‚Positionsaffinitäten' haben, d. h. jeweils gehäuft am Anfang bzw. in der Mitte/am Ende einer Interaktion auftreten. Zur systematischen Erfassung dieser Auffälligkeit habe ich die einzelnen Belegzahlen aufsummiert und in tabellarischer Form dargestellt:

Tabelle 17: Absolute Häufigkeiten der Fragetypen zur initialen Schmerzabfrage (PPI)

| | **W-Frage** | **V1-Frage** | **Deklarativsatzfrage** | **Frage ohne Verb[158]** | **Total** |
|---|---|---|---|---|---|
| Beginn | 3 | **9** | 1 | 2 | 15 |
| Nicht-Beginn | **19** | 2 | 3 | 2 | 26 |
| Gesamt | 22 | 11 | 4 | 4 | 41 |

Wie Tabelle 17 zeigt, dominieren in Belegen, in denen die pflegerische Schmerzabfrage als *itemised news enquiry* (Button/Casey 1985) direkt am Gesprächsbeginn (ggf. nach einer Begrüßungssequenz) als *first topic* erscheint, V1-Fragen, während an allen anderen Positionen mit Abstand am häufigsten W-Fragen zur Verwendung kommen. Zur Beantwortung der Frage, wie dieser deskriptiv-quantitative Befund zu erklären ist, werden im Folgenden einzelne Belege sequenzanalytisch näher betrachtet. Dabei wende ich mich zunächst den Schmerzabfragen in der *anchor position* und anschließend den Abfragen an anderen Stellen im Gespräch zu.

Mit Ausnahme eines Beleges treten alle Gesprächsausschnitte, in denen zu Beginn einer Interaktion eine V1-Frage zur Schmerzexploration eingesetzt wird, in Folgeinteraktionen auf, d. h. die Pflegekraft hatte während ihrer aktuellen Schicht schon mindestens einmal Kontakt mit der Patientin/dem Patienten.[159] Die nachstehende Sequenz illustriert diesen Fall:

***Ausschnitt 26: Besserung Schmerzen (199_13_P_20190305; 00:00:05-00:00:11)***

```
001 PFw06:  n:a- (1.6)
002         <<h> sind die schmerza BESser gworda biss[le;>]
003 PAm13:                                            [<<stark
                                                behaucht> ja:;>] (---)
004 PFw06:  das is SEHR schön;
```

[158] Folgende Formen treten hier auf: „Schmerzen irgendwo?" (2x), „schmerzmäßig?" (2x), „und die Schmerzen?" (1x) sowie „mit den Schmerzen?" (1x).

[159] Insgesamt erscheinen 10 der 15 am Gesprächsbeginn platzierten Schmerzfragen in Folgeinteraktionen. Im Gegensatz zur ÄPI ist die PPI nicht auf ein Gespräch pro Schicht begrenzt; stattdessen suchen die PflegerInnen die PatientInnen im Laufe ihrer Schicht immer wieder auf, weshalb zwischen Erst- und Folgeinteraktionen zu differenzieren ist. Die PPI lässt sich daher als andauernde Interaktion, als „continuing state of incipient talk" (Schegloff/Sacks 1973: 325) konzeptualisieren, die sich vom ersten Gespräch zu Beginn der Schicht bis zum letzten Gespräch am Schichtende erstreckt (vgl. auch Candlin/Candlin 2003: 144).

In dem dieser Interaktion vorangegangenen Gespräch zwischen der Pflegerin und dem Patienten Herrn Nachtigall hatte dieser über Schmerzen im Brustbereich geklagt,[160] da sich in seiner Lunge tumorbedingt Wasser eingelagert hatte. Die Pflegerin hatte ihm deshalb ein Analgetikum verabreicht. Nun betritt sie das Zimmer erneut und leitet die Interaktion mittels der Partikel „n:a-" (Z. 001) ein, durch welche sie den Patienten implizit zu einer Turnübernahme auffordert (vgl. Nowak/Spranz-Fogasy 2008a: 16). Da Herr Nachtigall das Rederecht aber nicht ergreift, setzt die Pflegerin ihren Beitrag nach einer 1,6 Sekunden langen Pause mit einer *request for information* (Stivers 2010) fort und erkundigt sich, ob eine minimale Besserung der Schmerzen („bissle", Z. 002) eintrat. Der Definitartikel „die" (Z. 002) indiziert dabei, dass die Schmerzen schon in einer vorherigen Interaktion Gesprächsgegenstand waren. Mit Blick auf die in Kapitel 6.2.1 thematisierte epistemische Komponente der verschiedenen Fragetypen kann ferner konstatiert werden, dass die Pflegerin in der V1-Frage ihr Wissen über das *B-Event* (Labov/Fanshel 1977: 100), die Schmerzen des Patienten, dokumentiert und so eine epistemische Selbstpositionierung vollzieht: Da sie von Herrn Nachtigall bereits zuvor über dessen Schmerzen in Kenntnis gesetzt wurde, kann sie die infrage kommenden Optionen auf die Dichotomie *ja/nein* reduzieren. Darüber hinaus positioniert sie sich als für das Schmerzmonitoring zuständige Akteurin, die dieser professionellen Verantwortung nachkommt und daher über das entsprechende Wissen über den bisherigen Schmerzverlauf verfügt.
Der Patient reagiert entsprechend der positiven Polarität der Frage mit einem zustimmenden Responsiv (Z. 003), woraufhin die Pflegerin eine explizite Evaluation des dargestellten Sachverhaltes vornimmt (Z. 004). Da alle weiteren thematischen Initiativen im Folgenden von Herrn bzw. Frau Nachtigall ausgehen und die Schmerzthematik zudem in prominenter Position direkt am Gesprächsbeginn platziert ist, kann angenommen werden, dass der einzige Zweck des Besuchs der Pflegerin im Patientenzimmer darin besteht, Informationen über die Wirkung des verabreichten Analgetikums einzuholen (*reason-for-visit*, Button/Casey 1988/89: 69). Das bereits akkumulierte Wissen über die Schmerzen ermöglicht es der Pflegerin dabei, eine gezielte Nachfrage in Form einer V1-Frage zu stellen.

Ähnliches lässt sich auch im nächsten Beispiel beobachten. In dem Gespräch, das dieser Interaktion vorausging (582_15_P_20190406), hatten sich die beiden Interagierenden über die starken Bauchschmerzen der Patientin am Vortag unterhalten, ehe der Pfleger Frau Blasius anbot, ihr ein Analgetikum zu bringen. Da die Schmerzen zu diesem Zeitpunkt nach Aussage der Patientin jedoch aushaltbar waren, lehnte sie das Angebot ab. Schließlich hielt der Pfleger die Patientin dazu an, sich zu melden, wenn sie doch ein Schmerzmedikament benötige.

[160] PFw06 hatte vergessen, dieses Gespräch aufzuzeichnen, weshalb mir lediglich die in meinem Feldtagebuch notierte Aussage der Pflegerin vorliegt: Auf meine Frage, worum es in der Interaktion ging, antwortete sie, dass die Frau des Patienten für ihren Mann ein Analgetikum eingefordert habe.

***Ausschnitt 27: Patientin klingelt (583_15_P_20190406; 00:00:01–00:00:05)***

```
001 PFm10:  so::;
002         halLO:;
003 PAw15:  brInga se mr WAS- (-)
004 PFm10:  <<len> isch:_s wieder mit de SCHMERza;>
005 PAw15:  jo:;
```

Wie die Durchsicht des gesamten dieser Arbeit zugrunde liegenden Korpus zeigt, ist der vom Pfleger hier initial geäußerte Diskursmarker „so::;" (Z. 001) für die Eröffnung von Folgegesprächen während einer pflegerischen Schicht typisch. Das darauf folgende „halLO:;" (Z. 002) kann sodann als *answer*-Paarteil einer *summons-answer*-Sequenz (Schegloff 1968: 1080) beschrieben werden, dem das vorherige Klingeln der Patientin als *summons* voranging. Anschließend bittet Frau Blasius den Pfleger darum, ihr ‚was' zu bringen (Z. 003). Aus der vorherigen Interaktion wird deutlich, dass sie mit diesem Pronomen auf ein Analgetikum referiert; dennoch erkundigt sich der Pfleger explizit danach, ob Frau Blasius wieder Schmerzen hat und stellt eine Verstehensüberprüfung an: „<<len> isch:_s wieder mit de SCHMERza;>" (Z. 004). Auch in diesem Beispiel dokumentieren die V1-Frage sowie der Definitartikel und zusätzlich auch das Adverb ‚wieder', dass die Schmerzen und auch deren Art – Bauchschmerzen – bereits Bestandteil des *common ground* sind und daher eine dichotom angelegte Frage genügt, um die für die aktuellen Zwecke erforderliche Information einzuholen. Die V1-Frage weist ebenso wie in Ausschnitt 26 eine positive Polarität auf und enthält so eine Antworthypothese. Diese wird von der Patientin anschließend bestätigt und nach einer minimalen Schmerzexploration (nicht abgedruckt) verlässt der Pfleger den Raum, um ein Analgetikum zu holen.

Da neben den neun V1-Fragen in meiner Belegsammlung zur pflegerischen Schmerzabfrage am Gesprächsbeginn auch drei W-Fragen erscheinen, die laut Deppermann/Spranz-Fogasy (2011) einen geringeren epistemischen Status der Fragenden hinsichtlich eines Sachverhaltes indizieren als V1-Fragen, sei auch deren Auftreten im Folgenden näher betrachtet.
Zu Beginn des Gesprächs, aus dem der folgende Ausschnitt stammt, hatte der Pfleger sich zunächst dafür entschuldigt, dass er erst jetzt wiederkomme – bei ihm sei es „grad drOnder und DRÜber" gegangen. Als er den Patienten Herrn Roller zuvor aufgesucht hatte, hatte dieser über starke Schmerzen geklagt und auch bereits ein Analgetikum erhalten (540_16_P_20190406). Die erste Frage der Folgeinteraktion gilt daher den Schmerzen:

***Ausschnitt 28: Besserung Schmerzen (541_16_P_20190406; 00:00:07–00:00:12)***

```
010 PFm10:  <<len> w wie isch_s_enn mit (.) den (.) SCHMERzen;>
011         <<all> schon BESser geworden?> (-)
012 PAm16:  <<len> besser JA;
013 PFm10:  [oKEE;    ]
014 PAm16:  [GUT net->]
```

Nach einer W-Frage, die als *itemised news inquiry* (Button/Casey 1985: 5ff.) sehr allgemein ein Wissensdefizit hinsichtlich der Kategorie ‚Schmerzen' markiert, führt der Pfleger seinen Turn fort und ergänzt die W-Frage durch eine spezifischere, dichotom angelegte Frage: „<<all> schon BESser geworden?"> (Z. 011). Dass der Pfleger prinzipiell über Herrn Rollers Schmerzen im Bilde ist, signalisiert zunächst der in der W-Frage enthaltene Definitartikel (Z. 010). Die anschließende Reformulierung der Frage weist ferner auf zusätzliches Wissen hin, das über die Tatsache, *dass* Herr Roller unter Schmerzen leidet, hinausgeht: Da der Pfleger dem Patienten zuvor ein Analgetikum gegeben hatte, hat er Grund zur Annahme, dass sich die Schmerzstärke veränderte. Unter Reduzierung der Antwortmöglichkeiten auf *ja* oder *nein*[161] kann er die Frage nun so formulieren, dass eine positive Antwort präferiert ist. Herr Roller geht sodann auch lediglich auf die Frage nach der Schmerzdynamik ein und etabliert einen Kontrast zwischen den beiden Zuständen ‚besser' (Z. 012) und ‚gut' (Z. 014).

Der letzte Beleg, der für Schmerzabfragen in der *anchor position* analysiert wird, illustriert den Fall, dass ein Pfleger zwar an ein früheres Gespräch mit der Patientin anknüpfen kann, dieses aber so weit zurückliegt, dass sich die Schmerzfrage nicht dichotom anlegen lässt. In der vorherigen Interaktion hatte Frau Blasius angegeben, unter Schmerzen zu leiden und müde zu sein. Daraufhin hatte sie länger geschlafen und nun die Klingel betätigt.

***Ausschnitt 29: Ausgeschlafen (566_15_P_20190410; 00:00:06–00:00:20)***

```
001 PFm10:  <<h> so[:;>     ]
002 PAw15:         [(xxx xxx] [XXX,)  ]
003 PFm10:                    [halLO:;] (--)
004 PAw15:  mei PFLÄSCH[derle;      ]
005 PFm10:             [jetzt ham se] AUSgschlofa; (--)
006 PAw15:  <<h, leicht lachend> ha HE;> (--)
007         `´jo:,
008 PFm10:  ((kehliger Laut/externes Geräusch)) (--)
009 PAw15:  aber ich glaub ich brauch noch bis morga FRÜH bis des
            [alles-]
010 PFm10:  [ja;   ] (-)
011         wie sind die SCHMERza jEtzt EIgent[lich; ]
012 PAw15:                                    [((stöh]nt)) (---)
013         ich HAB schmErza;
```

[161] Vgl. auch Levinson (2012: 23) zur ‚Ökonomie' der verschiedenen Fragetypen: „Questioners will never ask a Wh-question where a polar question would do […]. More generally, speakers should ask for the smallest informational increment they think they need".

Nach der Begrüßung des Pflegers äußert Frau Blasius in Form der NP „mei PFLÄSCHderle;“ (Z. 004) wohl den Grund dafür, dass sie geklingelt hatte. Analytisch bleibt unklar, worauf sie hier referiert – da der Pfleger anschließend lediglich inferentiell anführt, dass die Patientin nun ausgeschlafen habe (Z. 005), lässt sich auch aus seinem Folgehandeln nicht rekonstruieren, um welches ‚Pflästerle‘ es geht und was es damit auf sich hat. In Z. 011 wechselt der Pfleger in Folge einer Aposiopese der Patientin (Z. 009) dann abrupt das Thema: „wie sind die SCHMERza jEtzt EIgentlich;“ (Z. 011). Die Angabe ‚jetzt‘ übernimmt hier eine doppelte Funktion, indem sie zum einen temporaldeiktisch auf den aktuellen Zeitpunkt verweist. Zum anderen wirkt sie aber auch diskursstrukturierend (vgl. Imo 2010a) und indiziert in Kombination mit der Abtönungspartikel ‚eigentlich‘ die Bearbeitung einer neuen Thematik (vgl. Dittmar 2002: 161).
Dadurch, dass die Patientin vorangehend geschlafen hatte und der Pfleger so zum einen länger keinen Kontakt zu ihr hatte und sich der Schlaf zum anderen auf das Schmerzerleben auswirken kann, besteht aufseiten des Pflegers ein Wissensdefizit, das über die Frage, ob die Schmerzen besser wurden oder nicht, hinausgeht. Vor diesem Hintergrund erscheint nun eine W-Frage als *itemised news enquiry*, die auf eine umfassendere Schmerzbeschreibung abzielt. Lediglich die Definitheit der NP ‚die Schmerzen‘ verweist darauf, dass der Pfleger an das vorherige Gespräch anknüpft, in dem länger über die Schmerzen der Patientin gesprochen wurde.

Die bisherigen Analysen zusammenfassend lässt sich festhalten, dass Pflegekräfte am Gesprächsbeginn deshalb gehäuft auf V1-Fragen zur Schmerzabfrage zurückgreifen können, weil sie aus früheren Interaktionen während ihrer Schicht bereits um die Art und Stärke der patientenseitigen Schmerzen wissen, diese also entsprechend ein *follow-up concern* (Robinson 2006: 23) darstellen. Mit der Agenda, die die PflegerInnen durch ihre Frage etablieren, knüpfen sie daher nahtlos an die bisherige Interaktion an. Gerade dann, wenn sie die PatientInnen, wie in Ausschnitt 26, allein zu dem Zweck aufsuchen, um sich nach einer vorherigen Analgetikagabe über Veränderungen der Schmerzen zu informieren, lässt sich die Schmerzabfrage problemlos auf die Dichotomie *ja/nein* reduzieren – und gleichzeitig qua der V1-Fragen inhärenten Polarität auch eine Antworthypothese kommunizieren. In den drei Belegen, in denen in der *anchor position* eine W-Frage auftritt, wird diese in einem Fall direkt um eine V1-Frage expandiert. Im zweiten Fall liegt die vorherige Interaktion mit der Patientin länger zurück, sodass der Pfleger nicht unmittelbar an bestehendes Wissen anknüpfen kann und beim dritten Beleg (nicht analysiert) handelt es sich um eine Erstinteraktion, weshalb die Pflegerin auch hier noch über kein detailliertes Wissen hinsichtlich der Schmerzen verfügt. Folglich ist der epistemische Status der Pflegekräfte entscheidend für die Wahl eines Frageformates in der *anchor position*.

Im zweiten Teil des aktuellen Kapitels wende ich mich nun pflegerischen Initialfragen nach Schmerzen zu, die nicht am Anfang, in der *anchor position*, sondern an einer

anderen Stelle in der Interaktion auftreten. Wie Tabelle 17 zu entnehmen ist, finden sich in dieser Position dominant W-Fragen zur Schmerzabfrage (19/26) – unabhängig davon, ob es sich um den Erstkontakt einer Schicht oder um eine Folgeinteraktion handelt. Auf das sequenzielle Auftreten dieses Fragetyps gehe ich aufgrund seiner Prominenz von immerhin 73 % nachfolgend näher ein.

Das erste Beispiel stammt vom Rundgang eines Pflegers durch alle Zimmer zu Beginn seiner Spätschicht. Bei Frau Rüpper und ihrem Mann hatte er sich zunächst vorgestellt bzw. hatte sich danach erkundigt, ob sie ihn noch kennen würden (die Patientin lag bereits zwei Wochen zuvor auf der Palliativstation). An eine allgemeine Befindensfrage (‚wie geht's?') und die Antwort der Patientin, sie fühle sich schlapp, knüpft der folgende Ausschnitt an:

***Ausschnitt 30: Erkältung (298_07_P_20190318; 00:01:08-00:01:20)***

```
001 ANm07a:  da werd se sich von irgendwo a erKÄ[Ldung,       ]
002 PFm10:                                        [<<p> hm HM->]
003 ANm07a:  wahrscheinlich drIbba im (.) em: E bau,[162]
004 PFm10:   ja: GUT;
005          [die KA[163] ma jA mal;]
006 ANm07a:  [EIgfanga han;       ]
007 PFm10:   [<<p, creaky> kann ma ja] mol GUGga also sonscht->
008 ANm07a:  [<<p> ja;>               ]
009          °h SCHMERZmäßich wie isch dO, (-)
010 PAw07:   geht;
011 PFm10:   <<p> geht;> (--)
012          °h wie klappt_s mit am UFFstehen;
```

Zunächst äußert der Ehemann eine subjektive Theorie dazu, weshalb seine Frau so schlapp ist (Z. 001, 006). Der Pfleger reagiert darauf mit tentativ formulierten, sowohl syntaktisch als auch semantisch unvollständigen Aussagen, die er jeweils an einem Punkt abbricht, an dem diesen intersubjektiv noch kein Sinn zugeschrieben werden kann (Z. 005, 007). Die verminderte Lautstärke sowie die Knarrstimme kontextualisieren die Beendigung der aktuell besprochenen Thematik; nach einem hörbaren Einatmen wechselt der Pfleger sodann abrupt das Thema und erkundigt sich nach Frau Rüppers Schmerzen: „°h SCHMERZmäßich wie isch dO," (Z. 009).

Mittels der im Vor-Vorfeld platzierten, prosodisch integrierten Adjektivphrase ‚schmerzmäßig' fokussiert der Pfleger vorgreifend „einen neuen Ausgangspunkt für die weitere Gesprächsentwicklung" (Selting 1993: 309) und macht so einen sich nicht aus dem bisherigen Interaktionsverlauf ergebenden Sachverhalt unmittelbar verfügbar. Die hierauf folgende W-Frage dient sodann der Neufokussierung eines Themas, das nur eine sehr lose semantische Beziehung (allgemeines Befinden) zu den vorherigen Turns aufweist. Neben der thematischen Agenda (*topical agenda*) etabliert diese

[162] ‚Drüben im E-Bau' (E-Bau: anderes Klinikgebäude, in dem die Patientin zuvor gelegen hatte).

[163] ‚Kann'.

Frage dabei – wie prinzipiell alle Fragen – auch eine Handlungsagenda (*action agenda*, Hayano 2013: 402), die eine spezifische Reaktion erwartbar macht.
Auffällig ist nun der Fortgang der Interaktion: Obwohl die Patientin auf die Schmerzabfrage des Pflegers mit „geht;" (Z. 010) antwortet und ihre Schmerzen somit lediglich im mittleren Bereich zwischen ‚gut' und ‚schlecht' verortet, stellt der Pfleger keine konkretisierenden Nachfragen oder unterbreitet ihr gar das Angebot einer zusätzlichen Analgetikagabe. Stattdessen wiederholt er lediglich ratifizierend Frau Rüppers Antwort in dritter Position (Z. 011) und wechselt nach einer kurzen Pause abermals das Thema: „°h wie klappt_s mit am UFFstehen," (Z. 012). Ebenso wie bei der Frage nach den Schmerzen handelt es sich hier um eine Komplettierungsfrage (vgl. Spranz-Fogasy 2005b: 39ff.), die sich nicht aus dem bisherigen Gesprächsverlauf (oder einer früheren Interaktion), sondern aus dem imaginären Anamnesebogen des Pflegers ergibt. Die Frage nach der Mobilität und insbesondere die Frage nach Schmerzen stellen biophysische Routinefragen dar, die gerade bei PatientInnen wie Frau Rüpper, die dauerhaft unter starken Schmerzen leiden, zum Standardrepertoire der pflegerischen Fragen zählen. Die Schmerzabfrage, die im Fokus meiner Betrachtungen steht, stellt hier folglich nur ein Element in einer Abfolge verschiedener Fragen dar, die an die ‚Fragekaskaden' im Rahmen von Anamnesegesprächen erinnern (vgl. Menz 1993: 255). In diesem sequenziellen Kontext, in dem die Antwort der Patientin nicht weitergehend bearbeitet wird und sich direkt die nächste Frage anschließt, weist die W-Frage darauf hin, dass der Pfleger eine professionelle, routinemäßige Agenda verfolgt, die es abzuarbeiten gilt (vgl. Redder 1994). Insgesamt handelt es sich bei 16 der 19 W-Fragen, durch welche Pflegekräfte in einer anderen Position als der *anchor position* mögliche Schmerzen der PatientInnen thematisieren, um Komplettierungsfragen nach Spranz-Fogasy (2005b: 39ff.). Dass diese nicht nur – wie hier – im Erstgespräch innerhalb einer Schicht, sondern auch in Folgeinteraktionen auftreten, belegt das nachfolgende Beispiel.

Die Pflegerin sucht den Patienten Herrn Roller am Ende ihrer Schicht auf, um ihm von der Ärztin kurzfristig verordnete Abführtropfen sowie ein Antidepressivum (Remergil) zu bringen. Ehe der abgedruckte Transkriptausschnitt einsetzt, erläutert die Pflegerin, dass Remergil auch eine beruhigende Wirkung habe und daher den Einschlafprozess befördern könne – bisweilen würden PatientInnen es aus diesem Grund schon früher am Abend nehmen, um müde zu werden:

***Ausschnitt 31: Schmerzen sind aushaltbar (634_16_P_20190418; 00:01:15-00:01:50)***

```
001 PFw14:  <<len> weil se dann halt schön M:ÜD werdat,
002         und dann [IRgendwie] des-> (1.5)
003 PAm16:           [hm HM-   ]
004 PFw14:  klappt,=
005         =aber des weiß ma einfach dann selber [am !BESCH!]da;
006 PAm16:                                        [<<pp> hm;>]
007 PFw14:  °h <<lachend> h° h° [h°>        ] (3.0)
008 PAm16:                      [<p> hm HM->]
```

```
009 PFw14:  <<pp, stimmlos> s:o:;> (1.7)
010         wie isch es (.) SCHMERZmäßich, (--)
011 PAm16:  AUS[zuhalda;      ]
012 PFw14:     [<<p, h> gu:t->]
013         <<p, creaky> ja;> (-)
014         <<ppp> gut;> (-)
015 PAm16:  MERK a bissl was,
016         <<p> aber desch [oKEE;>         ]
017 PFw14:                  [<<creaky> j:a;>]
018         (.) <<pp> oKEE;> (12.4)
```

Nachdem die Pflegerin ihre allgemeinen Ausführungen zur Wirkung des Antidepressivums beendet, kommt es zu einer Gesprächspause, die nach drei Sekunden von dem sehr leise und gedehnt artikulierten Diskursmarker „s:o:," (Z. 009) unterbrochen wird (wahrscheinlich legt die Pflegerin in dem Moment die mitgebrachte Spritze, die die Abführtropfen enthält und die sie zuvor bereits erwähnt hatte, auf Herrn Rollers Medikamententablett). Auf eine weitere Schweigephase von 1,7 Sekunden, die den gesprächsorganisatorischen Raum für die Initiierung einer neuen Aktivität schafft (vgl. Mazeland 2021: 166), folgt ein Themenwechsel – die Pflegerin erkundigt sich nun nach den Schmerzen: „wie isch es (.) SCHMERZmäßich," (Z. 010). In einer früheren Interaktion während der aktuellen Schicht der Pflegerin hatte der Patient angegeben, aktuell keine Schmerzen zu haben (630_16_P_20190418); in den drei anderen zwischenzeitlich stattgefundenen Gesprächen wurde die Schmerzthematik sodann nicht mehr aktualisiert. Erst jetzt fokussiert die Pflegerin diese ein weiteres Mal und gibt durch die gewählte W-Frage zu verstehen, dass sie nicht an frühere Schmerzschilderungen des Patienten anknüpfen kann und daher über keine Antworthypothese verfügt, sondern eine weitgefasste Frage stellen muss. Im Gegensatz zu Ausschnitt 26 liegt der Anlass für das Aufsuchen des Patienten hier nicht in einer Schmerzabfrage, sondern in einer anderen pflegerischen Aufgabe begründet – in diesem Fall im Verabreichen eines Medikamentes. Die Pflegerin arbeitet dementsprechend zunächst ihr primäres Anliegen ab und erkundigt sich erst dann nach dem Vorliegen von Schmerzen. Da Herr Roller seine Schmerzen als ‚aushaltbar' charakterisiert, besteht für die Pflegerin aktuell kein Handlungsbedarf, sodass das Thema wieder abgeschlossen werden kann.[164]

Die vorangehenden Betrachtungen zeigen, dass Unterschiede im sequenziellen Auftreten der beiden häufigsten Fragetypen auf verschiedene epistemische Zustände der Pflegekräfte bezüglich der Schmerzen der PatientInnen zurückzuführen sind. Gerade weil Pflegekräften die institutionell vorgegebene Pflicht des regelmäßigen Schmerz-

[164] Dass mit Ausschnitt 30 und Ausschnitt 31 zwei Beispiele betrachtet wurden, in denen die PatientInnen kaum Schmerzen haben und die Explorationssequenz daher rasch endet, ist lediglich dem Umstand geschuldet, dass die interaktive Prozessierung der Schmerzen erst in Kapitel 6.2.2.3 beleuchtet wird und ich für das aktuelle Kapitel daher nur kurze Ausschnitte auswählen wollte.

monitorings zukommt, verfügen sie in Folgeinteraktionen mit den PatientInnen oftmals bereits über Wissen bzgl. der Schmerzstärke, -qualität etc. und können somit direkt am Gesprächsbeginn mit einer V1-Frage hieran anknüpfen.[165] In der Häufigkeit dieses in der *anchor position* dominant auftretenden Fragetyps spiegeln sich somit die alltäglichen Abläufe und Aufgaben der Pflege innerhalb des sozialen Feldes ‚Palliativstation' wieder. Erscheint die Schmerzabfrage dagegen erst zu einem späteren Zeitpunkt, treten dominant Komplettierungsfragen in Form von W-Fragen auf. Diese verweisen auf die Abarbeitung eines Anamneseschemas, das u. a. die Schmerzen erfasst und übergeordnet der generellen Beschwerdeerfassung dient. Insgesamt kann festgehalten werden, dass im Rahmen der pflegerischen Praktik INITIALE SCHMERZABFRAGE *grounding*-Prozesse (Clark/Brennan 1991) sowie epistemische Positionierungen zu *B-Events* eine besondere Rolle spielen.

#### *6.2.2.2 Praktiken der Reaktion auf patienteninitiierte Schmerzschilderungen*

Für die Betrachtung der kommunikativen Routinen des Pflegepersonals, die sich im Sprechen über Schmerzen manifestieren, gilt es nicht nur, die Schmerzabfragen zu untersuchen, durch welche die Pflegekräfte die Schmerzen der PatientInnen relevant setzen. Gleichermaßen sind auch die Reaktionen der Pflegekräfte auf initiale Schmerzschilderungen der PatientInnen (und z. T. auch der Angehörigen) in den Blick zu nehmen, da sich auch hier Spuren der institutionell vorgegebenen Aufgaben der pflegerischen Profession ausmachen lassen.

In 13 der 54 Fälle meiner Kollektion zum pflegerischen Sprechen über Schmerzen führen die PatientInnen ihre Schmerzen eigeninitiativ in die Interaktion ein. Bei den pflegerischen Reaktionen auf diese patientenseitige Thematisierung der Schmerzen lassen sich zwei Praktiken ausmachen: In sieben Fällen stellen die Pflegekräfte den PatientInnen eine Präzisierungsfrage, nachdem diese initial von ihren Schmerzen berichteten, und etablieren folglich ein neues Adjazenzpaar, indem sie eine Antwort der PatientInnen konditionell relevant setzen. Bei zwei Präzisierungsfragen handelt es sich um V1-, bei vier um Deklarativsatzfragen und die verbleibende stellt eine W-Frage dar. Eine zweite Gruppe von Reaktionen, die vier Belege umfasst, zeichnet sich dadurch aus, dass die PflegerInnen die Schmerzäußerungen der PatientInnen unter Beibehaltung lexikalischer (und z. T. auch prosodischer) Elemente wiederholen (Allorepetition, Tannen 1987: 586). Neben diesen beiden Hauptgruppen tauchen zwei Einzelfälle auf: In einem Fall bittet der Patient unmittelbar nach seiner Schmerzdarstellung um Morphium, worauf der Pfleger entgegnet, dass er nach diesem Medikament

[165] An dieser Stelle sei allerdings darauf hingewiesen, dass die von Deppermann/Spranz-Fogasy (2011) beschriebene Korrelation zwischen den verschiedenen Fragetypen und unterschiedlichen epistemischen Zuständen der FragestellerInnen, auf der meine Analaysen basieren, nicht als starre Einteilung, sondern eher als auffällige Tendenz zu verstehen ist. So können Pflegekräfte durchaus auch ohne entsprechendes Vorwissen etwa die V1-Frage „Haben Sie Schmerzen?" stellen.

schauen werde. Im anderen Fall fordert der Pfleger den Patienten dazu auf, seine Schmerzen zu beschreiben.

Die beiden zentralen Reaktionen der Pflegekräfte auf patienteninitiierte Schmerzschilderungen – Präzisierungsfragen und fallend intonierte Fremdwiederholungen – weisen eine systematische Verteilung auf: Während die Präzisierungsfragen ausnahmslos in Folgeinteraktionen einer Schicht auftreten, erscheinen die Allorepetitionen allesamt in Erstinteraktionen und dort, abgesehen von einem Fall, direkt zu Beginn, nachdem die PatientInnen in der *anchor position* von ihren Schmerzen berichteten. Wie die folgenden Analysen zeigen, ist für die Wahl einer der beiden Praktiken der epistemische Status der Pflegekräfte von entscheidender Bedeutung.

Der Transkriptausschnitt, der das Auftreten von Präzisierungsfragen illustriert, stammt unmittelbar vom Beginn einer Folgeinteraktion. Da die Patientin direkt das Rederecht ergreift und ein aktuelles Leiden schildert,[166] ist davon auszugehen, dass sie die Klingel betätigt hatte und der Pfleger sie deshalb nun aufsucht.[167]

***Ausschnitt 32: Schmerzen plagen (576_15_P_20190406; 00:00:03-00:00:20)***

```
001 PAw15:  <<p, schwach, creaky> mich PLOGT_S emmer;> (---)
002 PFm10:  <<len, behaucht> was isch_[n des probLEM   ] <<dim> im
            moment;>
003 PAw15:                              [((stöhnt leise))] (-)
004         <<p, schwach, creaky> ha do die SCHMERza;>
005 PFm10:  isch- (1.0)
006         ?isch der schmerz ANdersch,
007         <<h> dass er sich AN[der fühlt,      ] h°
008 PAw15:                      [((stöhnt leise))]
009 PFm10:  ANdersch anfühlt wie sOnscht;>
010 PAw15:  <<p, creaky> `´nee:; (-)
011 PFm10:  <<h> nee;
012         °h un-
013 PAw15:  [h°    ]
014 PFm10:  [isch a] BISSL a-
015         besserung KOMma oder isch kOI besserung komma;>
```

Zunächst stellt der Pfleger eine allgemeine W-Frage, um eine kategoriale Einordnung der noch sehr vage gehaltenen Beschwerden zu elizitieren (Z. 002). Frau Blasius leitet ihre Antwort mittels des dialektalen Diskursmarkers „ha" ein (Z. 004) (vgl. Fischer 1911: 977), der auf einer epistemischen Ebene operiert und dabei kontextualisiert, dass der nachfolgend dargestellte Sachverhalt selbstevident und die Frage des Pflegers daher

[166] Die Thematisierung der Schmerzen erfolgt nicht zwangsläufig über eine explizit schmerzschildernde Aussage wie „Ich hab Schmerzen". Bisweilen zeigen die PatientInnen auch nur indirekt an, dass sie unter Schmerzen leiden, etwa durch eine „Schmerzinterjektion" wie *ah* (Geisler/Menz 2018: 1652) oder indem sie die Pflegekraft fragen, ob diese ihnen einen Bolus geben könnte.

[167] Leider vergaß der Pfleger, die vorherigen beiden Interaktionen mit der Patientin während seiner aktuellen Schicht aufzuzeichnen. Da die Patientin konstant unter Bauchschmerzen leidet, hatte er ihr aber, wie er auf Nachfrage angab, bereits ein zusätzliches Analgetikum verabreicht.

unnötig ist. Eine elaborierte Schilderung ihrer Beschwerden erscheint ihr sodann überflüssig; stattdessen signalisiert sie durch die Definitheit der NP „die SCHMERza;" (Z. 004), dass sich die genauen Informationen über die Schmerzen bereits im *common ground* befinden (vgl. Clark/Marshall 1981).
Der Pfleger reagiert auf die Thematisierung der Schmerzen mit einer V1-Frage, die darauf abzielt, ob sich Frau Blasius' akuter Schmerz anders anfühlt als ihre sonstigen, dem Pfleger bereits bekannten Schmerzen. Der aus der gemeinsamen Interaktionsgeschichte erwachsene *common ground* ermöglicht es dem Pfleger hier, nicht nach der Schmerzqualität *per se* zu fragen, sondern diese in Relation zu Frau Blasius' ‚üblichem' Schmerz zu setzen. Die Patientin negiert im Anschluss an die V1-Frage, dass der Schmerz ‚anders' ist als sonst, weshalb das minimale Responsiv „`´nee:;" (Z. 010) ausreicht und keine Notwendigkeit besteht, die Antwort zu expandieren. Für den Pfleger wiederum bedeutet dies, dass er keine weiteren Informationen über die Qualität des Schmerzes einholen muss, sondern sich stattdessen im Folgenden, ebenfalls mittels einer V1-Frage, nach dem Schmerzverlauf erkundigen kann.
Reagieren Pflegekräfte in einer Folgeinteraktion mit einer Präzisierungsfrage auf die Schmerzangabe der PatientInnen, dient diese wie im hier betrachteten Beispiel zumeist dazu, die aktuellen Schmerzen durch das Erfragen weiterer Informationen in Relation zu früheren/bekannten Schmerzen zu setzen und so ggf. an bestehendes Wissen anzuknüpfen, um auf dieser Grundlage das Schmerzmanagement durchzuführen. Welche Funktion aber erfüllen Allorepetitionen, die im gleichen sequenziell-thematischen Kontext in Erstkontakten einer Schicht auftreten?

Das erste Beispiel, das zur Beantwortung dieser Frage betrachtet wird, stammt vom Beginn der ersten Interaktion zwischen PFw14 und der Patientin Frau Rüpper während der Frühschicht. Aufgrund des Gesprächsbeginns ist anzunehmen, dass die Patientin zuvor geklingelt hatte.

***Ausschnitt 33: Nicht auszuhalten (413_07_P_20190320; 00:00:03-00:00:17)***

```
001 PFw14:  <<p, sanft, leicht singend> guten MORgen;
002         sie BEI:de;> (2.0)
003         [<<p, sanft> hm,     ]
004 PAw07:  [<<pp, wimmernd> (ich] [halt_s) vor SCHMER]za nemme
            aus;>
005 PFw14:                          [halLO:;>          ]
006 PAw07:  [<<pp, wimmernd> hm;>]
007 PFw14:  [vor SCHMER          ]za haldad se_s (.) [nemme AUs;]
008 PAw07:                                          [<<pp,
                                                  wimmernd> hm;>]
009         [<<pp, wimmernd> hm;>]
010 PFw14:  [<<len> isch NE      ]T besser worda v:orhin durch die
            infus[iOn,>                ]
011 PAw07:       [<<p, weinerlich> doch,]
012         aber n[et LA]NG;>
013 PFw14:        [doch;]
014         net LANG;
```

Die an die Patientin und deren Ehemann adressierte Grußformel „guten MORgen; sie BEI:de;" (Z. 001–002) dient zunächst dazu, einen gemeinsamen Interaktionsraum herzustellen. Dass die Pflegerin anschließend kein Gesprächsthema initiiert, sondern ihr Gegenüber nach einer zweisekündigen Pause mittels der steigend intonierten Gesprächspartikel „hm," (Z. 003) zur Turnübernahme auffordert (vgl. Schmidt 2001: 25), weist darauf hin, dass die Initiative für ihr Erscheinen von der Patientin ausgegangen war und es nach der aus Klingeln und Kommen bestehenden *summons-answer*-Sequenz (Schegloff 1968: 1080) nun Aufgabe der Patientin ist, ihr Anliegen zu schildern. Diese führt sodann sehr leise und wimmernd an: „(ich halt_s) vor SCHMERza nemme aus;" (Z. 004). In unmittelbarem Anschluss daran wiederholt die Pflegerin Frau Rüppers Turn (Z. 007), wobei sie zum einen die Konstituente ‚vor Schmerzen' prominent ins Vorfeld setzt und zum anderen eine Anpassung des Pronomens vornimmt.

Ebenso wie im vorliegenden Fall treten solche fallend intonierten Rezipientenechos[168] in zweiter Sequenzposition allgemein häufig auf, nachdem eine Interaktionsteilnehmerin A eine für ihre Gesprächspartnerin B neue Information in den Diskurs einführte (vgl. Greer et al. 2009; Norrick 1987; Svennevig 2003, 2004). Das Rezipientenecho stellt somit ein *receipt of information* dar, mittels dessen B, hier die Pflegerin, ihr Verstehen dokumentiert und den vollzogenen Wissenstransfer ratifiziert (Schegloff 1997a: 530). Worin liegt nun der interaktive Mehrwert einer solchen Allorepetition in zweiter Position, wenn die Pflegekraft auch lediglich durch ein *acknowledgement token* wie *okay*, dessen Produktion wesentlich ökonomischer wäre, den Erhalt neuer Informationen quittieren könnte?
Wie Günthner (1993b: 189) bemerkt, erfüllen Rezipientenechos die Funktion, zu signalisieren, dass der geäußerte Sachverhalt „von nun an zum gemeinsamen Wissen gehört", also Eingang in den *common ground* fand.[169] Indem die Pflegerin Frau Rüppers Aussage wiederholt, zeigt sie dementsprechend explizit die erfolgreiche Herstellung von Intersubjektivität an (vgl. auch Greer et al. 2009: 24) und bringt den auf die Schmerzen der Patientin bezogenen *grounding*-Prozess (Clark/Brennan 1991) zum Abschluss. Da PFw14 während ihrer Frühschicht für die Patientin zuständig ist und ihr somit die Aufgabe des Schmerzmonitorings sowie -managements zukommt, ist es für sie essenziell, direkt im ersten Gespräch mit der Patientin ein intersubjektiv geteiltes Verständnis von deren Schmerzen zu sichern. Es ist zwar davon auszugehen, dass die Pflegerin bereits von ihrer Kollegin/ihrem Kollegen der Nachtschicht über die

[168] Günthner (1993b) definiert Rezipientenechos wie folgt: „a) Es handelt sich um Fremdwiederholungen; b) die Rezipientenechos folgen unmittelbar nach der Originaläußerung […]; c) die Echos können als Wiederholung der gesamten Originaläußerung oder lediglich als Teilwiederholung produziert werden; d) die Wiederholung betrifft die lexikalischen und prosodischen Elemente der Originaläußerung; e) die Rezipientenechos sind responsive Strategien".

[169] Möglicherweise liegt eine weitere Funktion der Allorepetition auch in der Anzeige eines Denkprozesses (*mulling over*, Kelly/Local 1989: 276), wodurch die Pflegekraft sich Zeit verschafft, zu überlegen, wie sie mit den Schmerzen der Patientin umgeht.

Schmerzen sowie die in Z. 010 thematisierte Gabe einer (Analgetika-)Infusion informiert wurde. Für die nächsten acht Stunden liegt die Verantwortung für die Betreuung der Patientin nun jedoch bei PFw14, weshalb sie die Schmerzen der Patientin zunächst im geteilten Wissensbestand verankern und epistemische Asymmetrien reduzieren muss.

Die soeben beschriebene Funktion von Rezipientenechos ist auch im folgenden Ausschnitt erkennbar. Für die Pflegerin handelt es sich hier um die erste Interaktion mit dem Patienten Herrn Meszaros während ihrer Frühschicht. Eingeleitet wird das Gespräch mit einem Austausch von Grußformeln; anschließend kündigt die Pflegerin ihre folgenden außersprachlichen Handlungen – Blutabnahme und Anhängen von Infusionen – an und erkundigt sich nach der Nacht:

***Ausschnitt 34: Schmerzen Stärke 6 (001_01_P_20180628; 00:01:02-00:01:19)***

```
016 PFw01:  °h wie war ihre NA:CHT; (---)
017 PAm01:  (jaJA;)
018         schon GUT; (-)
019 PFw01:  gut;
020 PAm01:  °hh (-) [((hustet))   ]
021 PFw01:          [<<p> hm ↑HM->]
022         °h des FREUT mich; (2.1)
023 PAm01:  aber SCHMER-
024         SCHMERzen hAb ich;
025 PFw01:  <<h> schmErzen HAM sie ↑grAd;>
026 PAm01:  (.) ja; (-)
027 PFw01:  auf einer skala von nUll bis ZEHN,
028         wo SIND sie jetzt,
029 PAm01:  [sechs;]
030 PFw01:  [grad, ]
```

Auf Herrn Meszaros' zwar abgeschwächt realisierte, dennoch aber positive Evaluation der vergangenen Nacht reagiert die Pflegerin zunächst mit dem einen Themenabschluss kontextualisierenden Diskursmarker „gut;" (Z. 019), ehe sie affiliativ hinzufügt: „des FREUT mich;" (Z. 022). Aus den Hintergrundgeräuschen lässt sich darauf schließen, dass die Pflegerin im Folgenden die Blutabnahme vorbereitet. Nach 2,1 Sekunden führt der Patient eigeninitiativ an, Schmerzen zu haben, wobei er mittels des Adversativkonnektors „aber" (Z. 023) einen Kontrast zu seiner vorherigen positiven Bewertung der Nacht herstellt. Unter Beibehaltung der syntaktischen Struktur von Herrn Meszaros' Aussage – „SCHMERzen hAb ich;" (Z. 024) – vollzieht die Pflegerin unter Anpassung des personaldeiktischen Bezugs eine Allorepetition mit final fallender Tonhöhenbewegung, in der ebenfalls die NP ‚Schmerzen' im Vorfeld positioniert, das prosodische Design allerdings modifiziert ist: „<<h> schmErzen HAM sie ↑grAd;>" (Z. 025). Der Fokusakzent liegt hier nicht auf der Vorfeldkonstituente ‚Schmerzen', sondern stattdessen auf dem die Tempusform ‚Präsens' anzeigenden Finitum. Es handelt sich hier um einen Kontrastfokus (vgl. Wulf 2018: 216), mittels dessen die Pflegerin eine Opposition zwischen der Gegenwart und der Vergangenheit evoziert. Gestützt

wird dieser Kontrast durch die Erweiterung der Originaläußerung um das Temporaladverb „grAd;“ (Z. 025), das einen Nebenakzent trägt und durch einen Tonhöhensprung hervorgehoben wird. Auf diese Weise sichert die Pflegerin ab, dass es sich um akute und nicht um frühere Schmerzen handelt – immerhin lag der thematische Fokus unmittelbar vor der Schmerzschilderung noch auf der vergangenen Nacht.
Das Rezipientenecho dient somit auch hier der Intersubjektivierung der erhaltenen Informationen, d. h. deren Überführung in den *common ground*. Gleichzeitig tritt durch das prosodische Design der Allorepetition eine weitere funktionale Komponente hinzu, die im zuvor besprochenen Ausschnitt 33 nicht enthalten war: Das hohe Tonhöhenregister sowie der auffällige Tonhöhensprung kontextualisieren Überraschung (vgl. Selting 1996; Wilkinson/Kitzinger 2006), weshalb die Pflegerin mittels ihrer Allorepetition anzeigt, dass die Aussage des Patienten nicht ihrer Erwartung entspricht (vgl. dazu Svennevig 2004: 502). Vor diesem Hintergrund fungiert das Rezipientenecho auch dazu, eine Bestätigung des Patienten einzufordern und so die Richtigkeit der wiederholten Information abzusichern.
Im Gegensatz zu Ausschnitt 33 setzt die Pflegerin ihren Turn nicht unmittelbar nach der Allorepetition fort; stattdessen erfolgt zunächst in dritter Position eine Ratifikation der Proposition durch den Patienten (Z. 026). Erst anschließend kann die Pflegerin problemlos an die neue, nun aber interaktiv etablierte Information anknüpfen und unter Zuhilfenahme einer Schmerzskala (vgl. Overlach 2008: 31) eine Einordnung der Schmerzintensität einfordern (Z. 027–028).

Die vorangehenden Analysen haben gezeigt, dass Rezipientenechos, die in meinen Daten ausschließlich in Erstinteraktionen auftreten, die Funktion zukommt, „to create an interactionally shared factual record, […] useable as background in subsequent interactional episodes“ (Mazeland/ten Have 1996: 103). Da es die Aufgabe der Pflegekräfte ist, den Schmerzzustand der PatientInnen zu überwachen und ihnen im Bedarfsfall entsprechende Analgetika zu verabreichen, sind die Schmerzen der PatientInnen für sie von besonderer Bedeutung und bilden gewissermaßen ihren ‚Arbeitsgegenstand‘. Als Reaktion auf Schmerzschilderungen der PatientInnen zeigen sie daher direkt am Schichtbeginn an, dass die ‚Schmerz-Proposition‘ erfolgreich in den *common ground* überführt wurde und auf Basis dieses fortan intersubjektiv geteilten Wissens das folgende Schmerzmonitoring und -management erfolgen kann. Der Mehrwert der Allorepetitionen besteht darin, dass diese im Gegensatz zu den hier ebenfalls möglichen *acknowledgement token* eine besondere Form der Relevanzmarkierung darstellen (vgl. Deppermann 2003: 167). So verankern die Pflegekräfte die erhaltenen Informationen nicht nur explizit im gemeinsamen Wissensbestand, sondern stellen auch deren Bedeutsamkeit für die weitere Betreuung und Versorgung der PatientInnen und damit für ihr professionelles Handeln während der aktuellen Schicht heraus. Reagieren die Pflegekräfte dagegen in Folgeinteraktionen mit einer Präzisierungsfrage auf Schmerzangaben, erfüllt diese meist den Zweck, die aktuellen Schmerzen durch das

Erfragen weiterer Informationen in Relation zu früheren/bekannten Schmerzen zu setzen und so ggf. an bereits bestehendes Wissen anzuknüpfen. Was insgesamt jedoch verwundert, ist, dass die Pflegekräfte nur in zwei der 13 betrachteten Belege affiliativ auf die Schmerzschilderungen reagieren und Empathie anzeigen, sich ihre Reaktion ansonsten aber durch eine auffällige ‚Nicht-Positionierung' auf affektiver Ebene auszeichnet.

Nachdem innerhalb des übergeordneten Kapitels 6.2.2 nun bereits die Praktik INITIALE SCHMERZABFRAGE sowie die Reaktionen der Pflegekräfte auf patienteninitiierte Schmerzschilderungen beleuchtet wurden, wende ich mich im Folgenden Praktiken zu, mittels derer die Pflegekräfte nach einer initialen Schmerzangabe/-darstellung der PatientInnen eine detailliertere Schmerzexploration anstellen. Wenngleich auch die bereits vorangehend beschriebenen Praktiken Teil der interaktiven Prozessierung der Schmerzen sind, grenze ich die weitere interaktive Bearbeitung der Schmerzthematik zu Analysezwecken von den einleitenden Schmerzangaben ab, um separat zu untersuchen, wie die Interagierenden die Schmerzen interaktiv behandeln, nachdem diese einmal eingeführt, d. h. als Gesprächsgegenstand etabliert sind.

#### *6.2.2.3 Praktiken der interaktiven Prozessierung von Schmerzen*

In Anlehnung an Fiehler (1990b: 147ff.) und Sator (2011) verstehe ich unter *interaktiver Prozessierung* die „interaktive Weiterführung" (Sator 2011: 134f.) einer initialen Schmerzschilderung, d. h. die weitere Bearbeitung des Gesprächsgegenstandes ‚Schmerzen' durch die Interagierenden. Der Fokus liegt dabei auf der Frage, „was mit einer einmal eingeführten Schmerz[schilderung] im Verlauf des Gesprächs weiter geschieht" (Sator 2011: 134) und wie die Pflegekräfte patientenseitige Schmerzschilderungen behandeln. Abgesehen von Fällen, in denen die PatientInnen die initiale Frage nach dem Vorliegen von Schmerzen negieren und daher rasch ein Themenwechsel erfolgt,[170] werden die Schmerzdarstellungen auf unterschiedliche Weise prozessiert. Im Folgenden lege ich dar, welche Merkmale hierfür charakteristisch sind, um später einen Vergleich mit der Schmerzprozessierung im ÄPG vornehmen zu können.

Als generelle Beobachtung kann zunächst festgehalten werden, dass sich die pflegerische Beschwerdeexploration in den meisten Fällen durch eine geringe Komplexität auszeichnet: Die pflegerischen Fragen sind i. d. R. kurz und decken aus einer recht langen Liste anamnestisch prinzipiell relevanter Aspekte (zeitliche und lokale Dimension, Intensität, Qualität, Auftretensfrequenz des Schmerzes etc.) nur wenige Punkte ab. Der folgende Transkriptausschnitt stellt hierbei einen Extremfall dar: Obwohl die

[170] In 26 der 54 Belege meiner Kollektion zum pflegerischen Sprechen über Schmerzen geben die PatientInnen entweder an, dass die Schmerzen aushaltbar sind oder dass sie aktuell keine Schmerzen haben. In diesen Fällen ergibt sich für die Pflegekräfte keine Notwendigkeit, eine Schmerzexploration durchzuführen, weshalb die entsprechenden Belege von den folgenden Betrachtungen ausgeschlossen werden können.

Patientin Frau Werschel über Schmerzen klagt, erfolgt keine weitere Beschwerdeexploration.

***Ausschnitt 35: Schmerz wird schlimmer (266_14_P_20190315; 00:00:36–00:00:53)***

```
027 PAw14:  ((stöhnt))
028         schmerz wird immer SCHLIMmer; (---)
029 PFw12:  SCHMERzen ham se;=
030 PAw14:  =hm ↑HM, (1.8)
031 PFw12:  jetzt gibt_s erscht mal an STICH,
032         gä? (-)
033 PAw14:  jaJA; (1.2)
034         bin i langsam GWEHNT;[171] (1.4)
035         [((stöhnt))]
036 PFw12:  [<<p> so:; ]
037         oKEE;> (1.3)
038 PAw14:  ((stöhnt))
039 PFw12:  dann hol ich ihne mal noch a SCHMERZmIddel;
```

Dem Ausschnitt vorangegangen war eine Informationssequenz über die mitgebrachten Medikamente (s. Ausschnitt 2, Kapitel 6.1.2.1), in Folge derer die Pflegerin beginnt, die Injektion der Thrombosespritze vorzubereiten. Frau Werschel hatte zuvor schon mehrmals gestöhnt, ehe sie in Z. 028 schließlich eine verbale Schmerzschilderung vornimmt. Die Pflegerin reagiert hierauf mit einer ratifikationssuchenden Deklarativsatzfrage (Spranz-Fogasy 2010: 62), die aufgrund der darin enthaltenen thematischen Aspektverschiebung jedoch kein Rezipientenecho, sondern vielmehr eine reduzierende Paraphrase (Gülich/Kotschi 1987: 240f.) darstellt: Während die Patientin die Änderung der Schmerzintensität fokussiert hatte, bezieht sich die Deklarativsatzfrage der Pflegerin allein auf die Tatsache, dass Frau Werschel Schmerzen hat. Nachdem die Patientin die verstehenssichernde Paraphrase ratifizierte, leitet die Pflegerin eine auf ihr eigenes nonverbales Handeln bezogene Nebensequenz ein und kommentiert die Injektion der Thrombosespritze (Z. 031).[172] Erst nachdem sie den Abschluss dieser Handlung durch die beiden als *pre-closing devices* fungierenden Diskursmarker „so:;" (Z. 036) (vgl. Barske/Golato 2010) und „oKEE;" (Z. 037) (vgl. Beach 1993) indizierte, wendet sie sich wieder Frau Werschels Schmerzen zu – allerdings mitnichten durch weitere Nachfragen, sondern durch die unilaterale Ankündigung „dann hol ich ihne mal noch a SCHMERZmIddel;" (Z. 039) (s. Kapitel 6.1.2.3). Im weiteren Verlauf des Gesprächs wird das Thema ‚Schmerz' an keiner weiteren Stelle aufgegriffen; das bloße Wissen über das Vorhandensein von Schmerzen scheint für die Zwecke der aktuellen pflegerischen Versorgung der Patientin auszureichen.

[171] ‚Gewöhnt'.

[172] Dass die Pflegerin hier die außersprachliche Handlung priorisiert, ist mit Fiehler (1993: 352) dadurch zu erklären, „daß bei den praktisch dominierten Tätigkeitszusammenhängen eben die Progression der praktischen Tätigkeiten das [W]esentliche ist und alles, was sie behindern könnte, zurückgestellt werden muß".

Im folgenden Beleg findet dagegen eine interaktive Prozessierung des Schmerzerlebens statt, wie sie in puncto Komplexität für die meisten pflegerischen Schmerzexplorationssequenzen typisch ist. Das Beispiel stammt vom Ende einer längeren Interaktion, in der sich der Pfleger hauptsächlich um die PEG (Magenernährungssonde) kümmerte, die dem Patienten Herrn Roller vor zwei Tagen operativ gelegt wurde. Als der Ausschnitt einsetzt, ist der Pfleger bereits dabei, die verbrauchten Materialien wieder wegzuräumen. Nach einer 18-sekündigen Schweigephase schildert der Patient eigeninitiativ seine Schmerzen und lokalisiert diese auch sogleich:

***Ausschnitt 36: Stechende Schmerzen (637_16_P_20190420; 00:20:08–00:20:31)***

```
001 PAm16:   <<p> ich HAB so_n-
002          so_n SCHMERza do drenn;>
003 ANw16a:  was?
004 PFm10:   °h äh-
005          könna se die schmerza mal beSCHREIba; (3.6)
006 PAm16:   <<p> STEchend;> (---)
007 PFm10:   °h STEchend;
008          °h äh: WO. (2.2)
009 PAm16:   <<p> ziemlich genau DO wo der->
010 PFm10:   geNAU, (-)
011 PAm16:   <<pp, schwach> DO jo;> (-)
012 PFm10:   geNAU praktisch,
013 PAm16:   <<p, schwach> DO [jo;>]
014 PFm10:                    [der,]
015          der EINgang;
016          also SO was; (---)
017          gut-
018          do kann ma mol jetzt a SCHMERZmittel dann geba;
```

Der Pfleger reagiert auf die initiale Schmerzangabe des Patienten mit einer unspezifischen Aufforderung zur Beschreibung derselben (Z. 005) und setzt so die prozessuale Emergenz der weiteren Schmerzexplikation in Gang. Herr Roller referiert daraufhin in einer minimalen TCU mittels des metonymischen Schmerzausdrucks „<<p> STEchend;“ (Z. 006) auf die Qualität seiner Schmerzen (vgl. Overlach 2008: 17). Indem der Pfleger diese Angabe wiederholt (Rezipientenecho, s. Kapitel 6.2.2.2), stuft er sie in ihrer Relevanz hoch und nimmt so eine Ergebnissicherung vor (vgl. Deppermann 2003: 167). Da von seiner Seite anschließend eine auf die Schmerzlokalisation bezogene Nachfrage erfolgt (Z. 008), ist davon auszugehen, dass das von Herrn Roller zu Beginn geäußerte deiktische Adverb „do“ (Z. 002) und die entsprechenden nonverbalen Zeigegesten nicht ausreichten. In mehreren TCUs, die von Selbstabbrüchen und Neustarts gekennzeichnet sind, stellen die Interagierenden sodann ein intersubjektiv geteiltes Verständnis des genauen Schmerzortes her.[173] Anschließend scheint

[173] Die NP „der EINgang“ (Z. 015) verweist höchstwahrscheinlich auf die Eintrittsstelle der PEG, wo sich derzeit noch eine Wunde befindet, die zuvor bereits thematisiert wurde. Die Vagheit indizierende TCU „also SO was;“ (Z. 016) von PFm10 ist vor dem Hintergrund der

der Pfleger über alle für ihn relevanten Informationen zu verfügen, da er durch den zäsurierenden Diskursmarker „gut-" (Z. 017) einen thematischen Abschluss einleitet (vgl. Meier 2002: 118). Die Handlungskonsequenz, die sich aus der Schmerzschilderung letztlich ergibt, besteht in der Gabe eines Analgetikums: „do kann ma mol jetzt a SCHMERZmittel dann geba;" (Z. 018).[174]

Prinzipiell haben Pflegekräfte keine andere Möglichkeit, unmittelbar auf die Schmerzen der PatientInnen zu reagieren, als ihnen Schmerzmittel zu verabreichen. Ggf. können sie die PatientInnen zwar an die ÄrztInnen verweisen oder für den Folgetag physiotherapeutische Maßnahmen anmelden. Im *hic-et-nunc* der aktuellen Interaktionssituation verfügen sie jedoch allein über die Option der Gabe ärztlich verordneter Analgetika. Da die PflegerInnen hier aber lediglich zwischen den beiden dichotom angelegten Alternativen ‚Schmerzmittelgabe' oder ‚keine Schmerzmittelgabe' – und ggf. noch darüber, welches der verordneten Schmerzmittel sie verabreichen – entscheiden können, ist eine elaborierte Schmerzexploration, wie sie die ÄrztInnen durchführen (s. Kapitel 6.2.2.3), nicht nötig. Dennoch tritt in manchen Belegen meiner Kollektion eine umfangreichere interaktive Prozessierung der Schmerzen auf. Die Ausführlichkeit der pflegerischen Nachfragen liegt dabei in fast allen Fällen darin begründet, dass die PatientInnen offenbar nicht adäquat auf die Fragen reagieren und die Pflegekräfte deshalb (mehrfach) eine Reformulierung derselben vornehmen müssen.[175] Zwei Belege weichen hiervon allerdings insofern ab, als die Detailliertheit der Schmerzexploration in diesen Fällen nicht daher rührt, dass die Pflegekraft eine Frage mehrere Male reformulieren muss, ehe sie eine zufriedenstellende Antwort des Patienten erhält. Analytisch stellt sich dabei die Frage, weshalb diese beiden Belege von allen anderen Belegen meiner Kollektion abweichen und ob – bzw. wenn ja, wie – sie sich in die zuvor beschriebene Regularität, dass die interaktive Prozessierung der Schmerzen im Pflege-PatientIn-Gespräch eher knapp ausfällt, einpassen lassen. Im Folgenden gehe ich dieser Frage anhand einer exemplarischen Sequenz nach.

---

generellen Kenntnis seines interaktiven Verhaltens als idiosynkratisches *pre-closing device* einzuordnen.

174 Herr Roller bekam vor einigen Tagen eine Schmerzpumpe, die es ihm erlaubt, sich die Boli (akute Analgetikagaben) per Knopfdruck selbst zu verabreichen. Damit könnten sowohl der Pfleger als auch der Patient selbst auf den entsprechenden Knopf der Schmerzpumpe drücken. Diese geteilte Handlungsmacht bringt der Pfleger durch das unpersönliche Pronomen ‚man' zum Ausdruck.

175 Einen Extremfall, der aus Platzgründen jedoch nicht abgedruckt werden kann, stellt das Gespräch 380_14_P_20190319 dar: Die interaktive Prozessierung der Schmerzen erstreckt sich hier über 129 Sekunden (ab 00:04:37), wobei die Pflegerin lediglich in Erfahrung zu bringen versucht, ob die Patientin nicht nur beim Gehen, sondern auch im Liegen Schmerzen hat und wie stark diese Schmerzen sind. Da die Patientin jedoch nur sehr vage auf die Fragen antwortet oder thematische Verschiebungen vornimmt, muss die Pflegerin diese beiden Fragen mehrfach reformulieren.

Bei dem Gespräch, aus dem der folgende *deviant case* (Schegloff 1968: 1079) stammt,[176] handelt es sich um die Erstinteraktion am Morgen. Die Pflegerin hatte sich direkt zu Beginn danach erkundigt, ob der Patient Herr Schneiderhans in der Nacht Schmerzen hatte. Da er diese Frage bejahte, führte die Pflegerin an, dass diesbezüglich heute unbedingt mit den ÄrztInnen gesprochen werden müsste. Im Folgenden thematisiert sie kurz das neue Analgetikum, das der Patient seit einem Tag erhält, dessen Wirkung jedoch erst in einigen Tagen eintreten wird. Nach einer 10,9-sekündigen Schweigephase, in der verschiedene Hintergrundgeräusche, insbesondere Rascheln, zu vernehmen sind, fährt die Pflegerin mit ihrer Schmerzexploration fort und setzt sodann insgesamt vier verschiedene Schmerzdimensionen relevant: Schmerzstärke, Schmerzerleben, situativ bedingte Veränderungen des Schmerzes und Schmerzlokalisation.

***Ausschnitt 37: Gewöhnung an Schmerz (037_03_P_20180627; 00:01:14–00:02:09)***

```
055 PFw01:  und WIE=S-
056         (.) sind HEUte die schmErzen EInzuschätzen,
057         °h auf die SKAla,
058         SCHMERZskala; (--)
059 PAm03:  <<stöhnend> ah;> (1.0)
060         [(xxx;)    ]
061 PFw01:  [wie IMmer;] (-)
062 PAm03:  wie IMmer; (---)
063 PFw01:  sEchs bis SIEben;
064 PAm03:  <<p> ?hm_HM;> (1.7)
065 PFw01:  °hh (1.2) aber sie ham sich an diese wErt geWÖHNT,
066         denn-
067         °h (-) ? erleben sie gar ni[ch mehr als]
            beDROHlich;=gell,
068                                    [((Piepsen des Fieberthermo-
                                           meters))]
069 PAm03:  [nö:;]
070 PFw01:  [weil] sechs bis sieben isch schon ein WERT,
071         °hhh (-) was ma SCHWER aushalten kann;
072 PAm03:  [<<pp> hm_HM;>]
073 PFw01:  [sag ich      ] mal SO,
074         wenn ich DAS so- (1.2)
075         NACHvoll-
076         emPFINden kann;=ne,=
077         =des IS- (-)
078         und des is immer GLEICH?
079         oder BEIM:-
080         °h (-) ? ÄH: mim-
081         (.) ESsen,
082         ?Oder-
```

[176] In Kapitel 6.2.2.4 wird auch der andere *deviant case* angeführt (Ausschnitt 40), wobei der Analysefokus dort auf der Beendigung der Schmerzexploration liegt. Bei der Analyse von abweichenden Fällen (*deviant cases*) geht es darum, dass auf den ersten Blick abweichende Fälle einer vertieften Analyse unterzogen werden. Ziel ist dabei, die bisherigen Analyseergebnisse zu validieren und bereits konstatierte Regularitäten entweder zu reformulieren oder aber nach einer Erklärung für die abweichenden Fälle zu suchen. Vgl. hierzu Clayman/Maynard (1994) und Schegloff (1968).

```
083         beim SPREchen isses- (-)
084         STÄRker- (--)
085 PAm03:  <<pp> nein;>
086         es ISCH-
087         (.) ((räuspert sich)) (---)
088         weil wenn e a beWEgung mach,[177]
089 PFw01:  n_JA:;
090 PAm03:  isch STÄRker; (-)
091 PFw01:  <<p> hm_HM;>
092         aber der schmerz es is ausschließlich in der BAcke;
093         gä? (-)
094 PAm03:  jo;
095 PFw01:  <<p> hm_HM;> (1.2)
096 PAm03:  <<pp> ALso;>
097 PFw01:  also sechsunddreißig NEUN war (.)temperatUr, (--)
098         jetzt mess i mal de BLUTdruck,
```

Mittels der Konjunktion „und" (Z. 055) stellt die Pflegerin nach einer vorangegangenen Pause von knapp 11 Sekunden zunächst einen thematischen Zusammenhang zwischen ihrer vorherigen Beschwerdeexploration und der folgenden Frage her (*and-prefacing*, Heritage/Sorjonen 1994). Unter Bezugnahme auf eine Schmerzskala erkundigt sie sich anschließend nach der Intensität der Schmerzen (Z. 055–58). Da die Schmerzskala mittels einer definiten NP eingeführt wird und zudem keine weitere Erläuterung der Skalenpunkte erfolgt, ist davon auszugehen, dass diese Art der Schmerzabfrage dem Patienten bereits vertraut ist.[178] Zunächst stöhnt Herr Schneiderhans und es tritt eine einsekündige Pause auf. Ob es sich bei der folgenden TCU der Pflegerin, „wie IMmer;" (Z. 061), um eine *candidate answer* (Pomerantz 1988) oder um eine Verstehensdokumentation handelt, die auf das Stöhnen des Patienten und ggf. weitere nonverbale Ausdrucksressourcen Bezug nimmt, ist aufgrund des Fehlens multimodaler Daten nicht zweifelsfrei bestimmbar. Herr Schneiderhans reagiert hierauf mit einer *confirmatory repeat* (Schegloff 1996: 195) (Z. 062), auf die wiederum eine präzisierende numerische Angabe der Pflegerin folgt (Z. 063).[179] Auch dieses Verstehensdisplay wird durch den Patienten abschließend ratifiziert (Z. 064), sodass nun ein intersubjektiv geteiltes Verständnis der Schmerzintensität hergestellt ist und die Schmerzexploration beendet werden könnte.

Der eine längere Pause beendende Diskursmarker „aber" (Z. 065) fungiert sodann als „‚Themakontinuierungs-Device'" (Schlobinski 1992: 291), durch das die Pflegerin eine weitere Entfaltung der besprochenen Thematik projiziert. Mittels einer ratifikationssu-

177 ‚Weil wenn ich eine Bewegung mache'.

178 In der Tat forderte die Pflegerin den Patienten bereits in früheren Interaktionen dazu auf, seine Schmerzen auf einer zehnstufigen numerischen Ratingskala (0: keine Schmerzen; 10: schlimmste Schmerzen) einzuordnen. Vgl. Radbruch et al. (2000) zu solchen Skalen in der Palliativmedizin.

179 Dass die Schmerzen des Patienten ‚wie immer' sind, bedeutet keineswegs, dass es keinen (Be)Handlungsbedarf gäbe – immerhin gibt er die Schmerzstärke mit den Werten sechs bis sieben an, was auf einer Skala von null bis zehn relativ hoch ist.

chenden Deklarativsatzfrage, durch welche sie sich als wissend hinsichtlich des im Fokus stehenden *B-Events* des Patienten positioniert, führt sie eine Hypothese über Herrn Schneiderhans' Schmerzerleben an (Z. 067) und liefert – nach einer Bestätigung des Patienten (Z. 068) – eine generisch formulierte ‚Hintergrundinformation' (Z. 070–071).[180] Anschließend nimmt sie allerdings durch den Vagheitsmarker „sag ich mal SO," (Z. 073) sowie den insubordinierten, disfluent geäußerten *wenn*-Satz „wenn ich DAS so- (1.2) NACHvoll- emPFINden kann;=ne," (Z. 074–076) eine epistemische Modalisierung des Gesagten vor und indiziert auf diese Weise eine asymmetrische Verteilung der *experiential rights* (s. hierzu Kapitel 6.3.1).

Im weiteren Verlauf der Interaktion fokussiert die Pflegerin einen dritten Aspekt der Schmerzen: deren situatives Auftreten. Auf die in Deklarativsatzform realisierte Alternativfrage, ob die Schmerzen immer gleich oder beim Essen/Sprechen stärker seien (Z. 078–084), antwortet der Patient, dass sie stärker seien, wenn er ‚eine Bewegung macht' (Z. 088). Die Pflegerin quittiert diese Information (Z. 091) und projiziert durch den Diskursmarker „aber" (Z. 092) anschließend ein weiteres Mal eine thematische Fortführung. Dabei zeigt sie wie auch in der vorherigen Frage einen hohen epistemischen Status bzgl. Herrn Schneiderhans' Schmerzen, hier hinsichtlich deren Lokalisation, an, weist ihrem Gegenüber durch den Alignmentmarker ‚gä' aber dennoch die Aufgabe zu, den dargestellten Sachverhalt zu bestätigen (vgl. König 2017: 241f.): „aber der schmerz es is ausschließlich in der BAcke; gä?" (Z. 092–093). Auf die Ratifikation des von der Pflegerin eingebrachten Wissens folgt von deren Seite in dritter Position schließlich ein Rückmeldesignal (Z. 095) und – nach einer 1,2-sekündigen Pause – ein abrupter Themenwechsel zum Ergebnis der Temperaturmessung und somit ein „Übergang vo[m] Schema[ ] der Unterhaltung in das Schema der praktischen Aktivitäten" (Kallmeyer 1978: 208).[181]

Die Erklärung dafür, dass die Schmerzexplorationssequenz nicht bereits nach Z. 064 beendet, sondern mehrfach expandiert wurde, liegt in ebenden außersprachlich vollzogenen pflegerischen Handlungen, auf die die Pflegerin in Z. 097 und 098 Bezug nimmt: Während sie sich mit Herrn Schneiderhans über dessen Schmerzen unterhält, misst sie seine Körpertemperatur und bereitet das Blutdruckmessgerät vor. Zwar verfüge ich über keine Videoaufzeichnung der Interaktion, doch sind die relevanten Geräusche auch auf der Audioaufnahme zu hören: In Z. 068 piepst das Fieberthermometer und zeigt somit den Abschluss der Messung an. Parallel zur Turnfortsetzung der

[180] Die Aussage „weil sechs bis sieben isch schon ein WERT, °hhh (-) was ma SCHWER aushalten kann;" (Z. 070–071) ist dabei insofern interessant, als die Pflegerin hier eine Art ‚Objektivierung' des Schmerzerlebens der Stufe sechs bis sieben vornimmt und dieses indirekt mit Herrn Schneiderhans' Schmerzerleben kontrastiert, der die Schmerzen als aushaltbar empfindet.

[181] Vgl. auch Fiehler (1993: 353): „Was Thema der kooperationsbezogenen Kommunikation ist, wird vorgegeben durch Verlauf und Stand der praktischen Tätigkeiten. Wechseln in der Progression der Kooperation die praktischen Tätigkeiten, so wechselt auch das Thema der Kommunikation".

Pflegerin sind anschließend verschiedene Geräusche zu vernehmen, die auf das Wegräumen des Thermometers und die Vorbereitung des Blutdruckmessgeräts in einer „Serie fortschrittsorientierter materieller Handlungen" (Mazeland 2021: 171) hindeuten. Lediglich von Z. 085–092 lassen sich auditiv keine nonverbalen Handlungen identifizieren.

Dass die ‚tote Zeit' während der Vitalparametermessung von den professionellen AkteurInnen wie im vorliegenden Ausschnitt dazu genutzt wird, hiervon unabhängige sprachliche Handlungen durchzuführen, beschreibt – zumindest *en passant* – auch Groß (2018: 107f.) für die von ihr untersuchten ÄrztIn-PatientIn-Gespräche in HIV-Sprechstunden. Hinsichtlich des soeben analysierten Ausschnittes argumentiere ich nun, dass die Ausführlichkeit der interaktiven Prozessierung des Schmerzerlebens in deren Status als ‚Überbrückungshandlung' begründet ist: Da die außersprachlichen Routineaufgaben (Messung der Vitalparameter) lediglich einen Teil der Aufmerksamkeit der Verantwortlichen binden und zudem nicht sprachlich koordiniert werden müssen, wird hier Raum für einen prinzipiell ein beliebiges Thema fokussierenden verbalen Austausch geschaffen. Betrachtet man diese Phase in anderen Pflege-Interaktionen meines Gesamtkorpus, so wird dort häufig entweder geschwiegen oder es findet sich phatische Kommunikation (vgl. Coupland/Coupland/Robinson 1992) über das Wetter, das Lieblingsessen, den Stammfriseur von PatientInnen und PflegerInnen u. ä. – und damit eine Kommunikationsform, die gemeinhin unter die Bezeichnung *Small Talk* fällt.

Wird *Small Talk* mit Maynard/Hudak (2008: 684f.) definiert als „a parallel endeavor that can actively disattend to instrumentally oriented and especially embodied practices that are necessary to the work of the setting", dann kann die hier betrachtete Schmerzexplorationssequenz ebenfalls als *Small Talk* bezeichnet werden, wenngleich dies zunächst kontraintuitiv erscheinen mag: Ebenso wie der Austausch über das Wetter, über die Rockband des Pflegers, die Osterdekoration der Patientin usw. füllt die interaktive Prozessierung der Schmerzen im hier betrachteten Beispiel „the otherwise silent interstices with inconsequential talk; inconsequential in the sense that nothing practical generally follows from it" (Kuiper/Flindall 2000: 203).[182] Das durch ihre Fragen erhaltene Wissen hat für die Pflegerin insofern keinen unmittelbaren Mehrwert und bleibt folgenlos, als sie Herrn Schneiderhans zu diesem Zeitpunkt keine weitere Dosis eines Analgetikums verabreichen kann (s. o.) Am Ende der Sequenz wechselt

[182] Ich lege damit explizit kein umgangssprachliches Verständnis von *Small Talk* als ‚belangloses Sprechen über private Dinge' zugrunde, sondern orientiere mich an den angeführten Definitionen. So ist die betrachtete Sequenz durchaus klar als institutionell einzuordnen und es scheint zunächst so, als würde die Pflegerin eine Zielsetzung verfolgen. Allerdings bleibt die Schmerzabfrage im Hinblick auf eine potenzielle Handlungskonsequenz für die Linderung der Schmerzen folgenlos – wenngleich sie sicher nicht gänzlich ohne Funktion ist und zumindest der Beziehungsarbeit dient.

sie abrupt das Thema, ohne im weiteren Gesprächsverlauf zur Schmerzexploration zurückzukehren. Während es in anderen sequenziellen Kontexten schlichtweg unökonomisch wäre, einen solch hohen interaktiven Aufwand zu betreiben, die dadurch erhaltenen Informationen anschließend aber nicht zu ‚verwerten', ist dies im vorliegenden Fall – ebenso wie auch im anderen vorliegenden *deviant case*[183] – problemlos möglich (und wird vom Patienten auch nicht sanktioniert), da die interaktive Prozessierung der Schmerzen die Funktion einer *Small Talk*-Sequenz im oben definierten Sinne erfüllt und lediglich der Überbrückung außersprachlicher Handlungen dient.

Am Ende dieses Unterkapitels zeichnet sich, zusammenfassend betrachtet, das folgende Bild: Die interaktive Prozessierung der Schmerzthematik fällt in Pflege-PatientIn-Gesprächen insgesamt eher knapp aus. Die Pflegekräfte setzen nur wenige Schmerzaspekte überhaupt relevant; zudem sind die zu diesem Zweck eingesetzten Fragen syntaktisch wenig komplex. Erklären lässt sich dieser Befund damit, dass die institutionell gegebene Handlungsmacht der Pflege auf die bedarfsgerechte Verabreichung der ärztlich verordneten Analgetika beschränkt ist und zu diesem Zweck letztlich die Information, ob Schmerzen vorliegen oder nicht, ausreicht. In ihrer Prozessierung der patientenseitigen Schmerzdarstellung zeigen die PflegerInnen somit eine klare Orientierung an der Aufgabe des pharmazeutischen Schmerzmanagements. Nur dann, wenn der Schmerzexploration allein die Funktion „of filling what otherwise might have been silence" zukommt (Maynard/Hudak 2008: 666), kann sie weit elaborierter ausgestaltet sein. Im vorliegenden Ausschnitt 37 ergeben sich daraus für die Pflegerin allerdings keine Handlungskonsequenzen, d. h. es kommt zu keiner Verabreichung eines Schmerzmittels.

#### *6.2.2.4 Praktiken der Beendigung von Schmerzexplorationssequenzen*

Im letzten Unterkapitel zum Sprechen über Schmerzen in PPI richte ich den analytischen Fokus abschließend auf die Frage, wie PflegerInnen und PatientInnen wieder aus der interaktiven Prozessierung der Schmerzen aussteigen, um sich im Anschluss anderen Handlungen bzw. der Besprechung weiterer Themen zuwenden zu können. Hinsichtlich des intendierten Vergleichs mit dem ärztlichen Sprechen erweist sich die Beendigung der Schmerzexploration deshalb als besonders interessant, da Pflegekräfte hierfür von einer zentralen Ressource Gebrauch machen können, die den ÄrztInnen – was zu zeigen ist – nicht zur Verfügung steht.

[183] Beim zweiten Beleg, in dem die Schmerzexploration ebenfalls sehr umfangreich ist, wechselt der Pfleger parallel dazu den Verband an der PEG des Patienten (künstlicher Magenzugang). In diesem Fall (645_16_P_20190423) erstreckt sich die interaktive Prozessierung der Schmerzen über genau drei Minuten, wird dabei jedoch immer wieder von empraktischer Kommunikation unterbrochen.

Wie der Ausstieg vollzogen wird, hängt maßgeblich davon ab, ob die PatientInnen zuvor angaben, akut unter Schmerzen zu leiden oder keine/aushaltbare Schmerzen zu haben bzw. zumindest eine Besserung zu verspüren. Im Folgenden differenziere ich zwischen fünf Praktiken ((i)–(v)), die Pflegekräfte zur Beendigung von Schmerzexplorationssequenzen einsetzen.[184]

(i) Praktiken der Therapieumsetzung

Liegen Schmerzen vor, greifen die Pflegekräfte in 12 der entsprechenden 28 Fälle meiner Kollektion im Anschluss an die durchgeführte Schmerzexploration auf die im Rahmen von Kapitel 6.1.2 beschriebenen Praktiken ANKÜNDIGEN oder ANBIETEN zurück und verabreichen den PatientInnen ein Analgetikum.[185] Wie der folgende Gesprächsausschnitt zeigt, resultiert aus der patientenseitigen Schmerzdarstellung somit eine entsprechende pharmazeutische Handlung:

***Ausschnitt 38: Schmerzen wie immer (578_15_P_20190406; 00:00:16–00:00:28)***

```
017 PAw15:  ich hab SCHMER[za;>  ]
018 PFw14:                [SCHMER]za; (-)
019 PAw15:  <<f> wie IMmer;> (-)
020 PFw14:  hm=wie IMmer; (-)
021         dann KRIEgad sie was von mIr? (-)
022         ich kann aber gern au bissle EIreiba;
023 PAw15:  jo:, (-)
024 PFw14:  <<h> ha?> (--)
025 PAw15:  un: mit der LUFT hat hab e_s AU net so arg;
```

Der Ausschnitt stammt vom Beginn eines Erstkontaktes. Die Pflegerin hatte der Patientin Frau Blasius zuvor die allgemeine Befindensfrage „wie GEHT_S;" gestellt, woraufhin die Patientin zunächst mit „NET gut;" reagiert hatte, ehe sie ihre Antwort nach einer Allorepetition der Pflegerin um die Schmerzangabe in Z. 017 expandiert. Sowohl auf diese allgemeine Schmerzangabe als auch auf die folgende Aussage der Patientin, dass sie „wie IMmer" (Z. 019) Schmerzen habe, reagiert die Pflegerin mit je einem Rezipientenecho (Z. 018, 020). Indem sie anschließend die Gabe eines Medikamentes ankündigt und diese mittels des Konsekutivkonnektors „dann" (Z. 021) als logisch aus dem Beitrag der Patientin resultierende Konsequenz darstellt, wechselt sie auf der Handlungsebene von der extrem kurzen Schmerzexploration zur Therapieumsetzung. Zusätzlich bietet sie Frau Blasius an, sie ‚einzureiben' (Z. 022).

[184] Die Beendigung von Schmerzexplorationssequenzen ist natürlich ein interaktives Unterfangen, das die Beteiligten kollaborativ vollziehen. Prinzipiell haben die PatientInnen so stets die Möglichkeit, aus einer von den Pflegekräften initiierten Beendigung auszusteigen und eine weitere Bearbeitung ihrer Schmerzen relevant zu setzen. Ein entsprechender Beleg liegt mir jedoch nicht vor.

[185] Hinzu kommen zwei Fälle, in denen die PatientInnen selbst ein Analgetikum einfordern und die Pflegekräfte darauf mit der Ankündigung einer Medikamentengabe reagieren, sowie ein Beleg, in dem die Pflegerin den Patienten auf die Medikamente hinweist, die die Ärztin verschrieben hatte.

Nach einem Rückmeldesignal der Patientin folgt in dritter Position der dialektale Alignmentmarker „ha?" (Z. 024), durch den die Pflegerin zum einen die Überführung der vorherigen Ankündigung und des Angebots in den Bereich des Intersubjektiven markiert. Zum anderen kommt dem Alignmentmarker insofern eine diskursstrukturierende Funktion zu, als die Pflegerin dadurch einen potenziellen Sequenzschluss indiziert (vgl. auch Schegloff/Sacks 1973: 306). Dass die Patientin im Folgenden eine thematische Verschiebung vornimmt (*topic shift*, Gardner 1987: 138f.), indem sie eine weitere Beschwerde – ihre Luftnot – anführt, deutet darauf hin, dass sie den vorherigen Turn ihrer Gesprächspartnerin in der Tat als *closing-implicative* (Drew/Holt 1998: 507) interpretiert.[186] Mittels der den Fokusakzent tragenden Gradpartikel „AU" (Z. 025) stellt sie sodann Kohärenz zum vorangehend besprochenen Sachverhalt her und zeigt damit an, dass sie nun in thematischer Kontinuität einen anderen Aspekt des übergeordneten Themas ‚Beschwerden' bearbeitet (vgl. dazu auch Orletti 1989: 81f.; Sacks 1992b: 566).

Pflegerische Ankündigungen oder Angebote, die auf die interaktive Prozessierung der Schmerzen folgen, fungieren stets sequenzschließend und ermöglichen so die Progression zur nächsten Handlung bzw. zum nächsten Gesprächsthema. Sowohl die PatientInnen als auch die Pflegekräfte können im Anschluss daran – z. T. nach einer längeren Schweigephase – ein neues Thema einführen (*topic change*, Gardner 1987: 139) oder eine thematische Verschiebung vornehmen (*topic shift*).[187] Mitunter verlassen die Pflegekräfte aber auch direkt das Zimmer, um ein Analgetikum aus dem Medikamentenschrank zu holen und es den PatientInnen zu bringen.

(ii) Maßnahmen in die Zukunft verlagern

Wie bereits anhand der oben angeführten Belegzahlen für die vorangehend besprochene Praktik deutlich wurde, ist es mitnichten so, dass die Pflegekräfte auf die Schmerzdarstellung der PatientInnen immer mit der Verabreichung eines Analgetikums reagieren. In drei der verbleibenden 13 Belege, in denen die Beschwerdeexploration nicht in einer pharmazeutischen Handlung der Pflegekräfte resultiert, wird eine entsprechende Maßnahme in die Zukunft verlagert: Entweder führen die Pflegekräfte an, dass sie noch ein wenig abwarten, ehe sie eine weitere Schmerzmitteldosis verabreichen, da die letzte Gabe noch nicht allzu lange zurückliegt, oder sie verweisen auf die nächste ärztliche Visite, in der die PatientInnen von ihren neu aufgetretenen

[186] Das Konzept der Sequenz ist stärker auf die sprachlich-interaktiv vollzogenen Handlungen und die Handlungsstruktur ausgerichtet, während die Betrachtung der thematischen Organisation von Gesprächen allein auf der inhaltlichen Ebene operiert. Couper-Kuhlen/Selting (2018a: 312) schreiben diesbezüglich: „On many conversational occasions, topicality and sequentiality go hand in hand: a sequence of turns at talk will also be on topic; and vice cersa [...]. Yet [...] situations can be found in which topical coherence and sequential coherence are at odds with one another".

[187] Ob ein Themenwechsel oder eine Themenverschiebung vorliegt, hängt davon ab, ob das neu eingeführte Thema Y und das zuvor besprochene Thema X in einer inhaltlich-kohärenten Relation stehen (bzw. von den Interagierenden in eine solche gestellt werden), sich also prinzipiell unter ein Oberthema Z subsumieren lassen oder nicht (Maynard 1980).

Schmerzen berichten sollen und/oder in der eine Neueinstellung der medikamentösen Schmerztherapie vorzunehmen ist. In diesem Fall zeigen die Pflegekräfte an, dass die erforderliche Bewertung neuer Schmerzen bzw. die Neueinstellung der Schmerztherapie die Grenzen ihres eigenen deontischen Territoriums transzendiert (s. auch Kapitel 6.1.2.6).

Der folgende Ausschnitt illustriert den Fall, dass zum aktuellen Zeitpunkt aufgrund einer noch nicht allzu lange zurückliegenden Bolusgabe (s. Fußnote 87) keine weitere Extradosis des Analgetikums verabreicht werden soll. Bei dem Gespräch handelt es sich um den Erstkontakt der Pflegerin mit der Patientin Frau Rüpper während der aktuellen Schicht. Diese gibt an, starke Rückenschmerzen zu haben, woraufhin sich die Pflegerin nach dem letzten Bolus erkundigt:

***Ausschnitt 39: Letzter Bolus (495_07_P_20190326; 00:00:16-00:00:40)***

```
017 PFw06:  =wann ham se_s LETschde mal?- (-)
018         so_n bolus geKRIEGT,=
019 PAw07:  =VORhi; (-)
020 PFw06:  VORhin ersch[t,    ]
021 PAw07:             [hm HM;] (1.7)
022 PFw06:  länger als ne halbe stund HER. (1.3)
023         ha die FRANzi war grad dA;
024         gell, (-)
025         <<p> hm_HM;> (-)
026         damm- (-)
027         dann WARda mer noch kurz; (-)
028         oKAY, (---)
029         <<p> ob_s noch HILFT;> (1.6)
030         nochher kommt au der PUMbabeudel;
031         gell, (1.6)
032         für DIE- (-)
033         dass se_s sElber beDIEna kÖnna.
```

Auf die Nachfrage der Pflegerin antwortet Frau Rüpper mit einer vagen temporalen Angabe („VORhi;", Z. 019), die die Pflegerin sodann unter Hinzufügung der Partikel „erscht" (Z. 020) wiederholt. Die Patientin zeigt anschließend durch das ratifizierende Responsiv „hm HM;" (Z. 021) an, dass sie die Allorepetition der Pflegerin als *request for confirmation* (Svennevig 2004: 509) interpretierte. Da die Pflegerin sich bereits zuvor als unwissend hinsichtlich des Zeitpunkts der Bolusgabe positioniert hatte, kann ihre folgende TCU – „länger als ne halbe stund HER." (Z. 022) – trotz fehlender interrogativer Syntax als Frage aufgefasst werden (vgl. dazu Heritage 2013a: 556). Ob die Patientin nonverbal, etwa durch Nicken oder Kopfschütteln, darauf reagiert, kann nicht geklärt werden. Nach einer 1,3-sekündigen Pause führt die Pflegerin eine Information an, an die sie sich nun offensichtlich wieder erinnert („ha die FRANzi war grad dA;", Z. 23), und stellt diese mittels des Alignmentmarkers „gell," (Z. 024) ebenfalls zur Ratifikation. Frau Rüpper scheint diesen Sachverhalt nonverbal zu bestätigen, woraufhin die Pflegerin als deontisch potente institutionelle Akteurin schließlich die Handlungskonsequenz „dann WARda mer noch kurz;" (Z. 027) formuliert und damit die

Analgetikagabe in den künftigen Nahzeitraum verschiebt. Dem steigend intonierten Alignmentmarker „oKAY," (Z. 028) kommt im Anschluss daran die Funktion zu, die zuvor erfolgte Handlung der Schmerzexploration abzuschließen. Trotz dieses *pre-closing device* und trotz der Tatsache, dass das vorherige Syntagma „dann WARda mer noch kurz;" (Z. 027) syntaktisch und prosodisch abgeschlossen wurde, expandiert die Pflegerin dieses im Folgenden um einen Komplementsatz (Z. 029) und macht die angekündigte Maßnahme so retraktiv *accountable*.
Die folgende Pause von 1,6 Sekunden zeigt, dass die Beteiligten keine weitere Expansion des Themas anstreben (vgl. Kallmeyer 1978: 207), weshalb an dieser Stelle prinzipiell ein thematischer Wechsel vollzogen werden kann. Indem die Pflegerin sodann darauf hinweist, dass ‚nachher der Pumpenbeutel' komme, nimmt sie zwar keinen *topic change*, zumindest aber einen *topic shift* vor und bringt „a new topic […] ‚flowing' from out of prior topic" (Button/Casey 1988/89: 65) in die Interaktion ein: Frau Rüpper erhielt erst vor kurzem eine Schmerzpumpe, die allerdings noch nicht in Betrieb genommen werden konnte, da die zugehörigen Beutel bislang fehlten. Diese Schmerzpumpe wird es ihr künftig ermöglichen, sich bei starken Schmerzen selbst einen Bolus zu verabreichen. Das Thema ‚Pumpenbeutel' steht somit in enger thematischer Verbindung zu den zuvor besprochenen Schmerzen, weshalb hier eine Aspektverschiebung vorliegt. Dieser *topic shift* ermöglicht es der Pflegerin letztlich, das konversationelle Schmerzmonitoring und -management, für das sie qua institutioneller Aufgabenteilung verantwortlich ist, zu beenden, ohne dass ihr Gesprächsbeitrag dabei thematisch diskontinuierlich erscheint (*stepwise transition*, Sacks 1992b: 566; Jefferson 1984b).

Auch in den anderen beiden Belegen meiner Kollektion, in denen die Pflegekräfte medikamentöse Maßnahmen gegen die Schmerzen in die Zukunft und dabei ggf. in den Verantwortungsbereich der ÄrztInnen verlagern, gestaltet sich der Ausstieg aus der interaktiven Prozessierung der Schmerzen ähnlich zum vorangehend analysierten Beispiel: Auf die Aussage, dass man mit einer weiteren Analgetikagabe warte bzw. dass die Schmerzen erst mit den ÄrztInnen zu besprechen seien, folgt eine Pause mit einer Dauer von > 1 Sekunde, ehe entweder ein *topic shift* oder ein *topic change* vollzogen wird (in einem Fall kommt es anschließend auch direkt zur Gesprächsbeendigung und somit zu einer *closing*-Sequenz).

(iii) *Topic shift/topic change* durch die Pflegekräfte ohne vorheriges Schmerzmanagement

In den 28 Gesprächsausschnitten, in denen die PatientInnen von akuten Schmerzen berichten, findet sich schließlich noch eine dritte Praktik der Beendigung. Während die PflegerInnen in allen zuvor betrachteten Fällen am Ende der Schmerzexploration eine Handlungskonsequenz formulierten, die entweder unmittelbar realisiert oder

aber zumindest projiziert wurde, liegen auch acht Belege vor,[188] in denen die PatientInnen zwar aktue Schmerzen anführen, die Pflegekräfte aber dennoch aus der interaktiven Prozessierung der Schmerzen aussteigen, ohne zuvor etwas zum Schmerzmanagement beigetragen zu haben. Realisiert wird der Ausstieg dabei entweder, indem die PflegerInnen einen *topic shift* vornehmen und sich nach weiteren Beschwerden erkundigen, oder indem sie einen *topic change* vollziehen und den Aufmerksamkeitsfokus auf die parallel ablaufenden außersprachlichen Pflegehandlungen richten.

Im Folgenden wird ein Beispiel näher betrachtet, das große Ähnlichkeiten zu dem im vorherigen Kapitel 6.2.2.3 analysierten Ausschnitt 37 aufweist, in dem die Pflegerin im Anschluss an eine ungewöhnlich lange interaktive Prozessierung der Schmerzen abrupt das Thema wechselt. Auch dem unten abgedruckten Gesprächsauszug geht eine ausführliche Schmerzexplorationssequenz voraus. Der Patient Herr Roller hatte zuvor den Wunsch geäußert, dass seine Grundversorgung mit Analgetika erhöht werde. Die sich hieran anschließende elaborierte Schmerzexploration bleibt allerdings trotz ihrer Ausführlichkeit zwangsläufig folgenlos, da der Pfleger nicht dazu befugt ist, eine Änderung der Grundmedikation vorzunehmen.
Unmittelbar vor dem Einsetzen des Ausschnittes hatte sich der Pfleger danach erkundigt, mit welcher Stufe auf der Schmerzskala von null bis zehn der Patient seine durchschnittlichen Schmerzen angeben würde. Dieser gibt zunächst die Zahl sechs an, weist dann jedoch darauf hin, dass er im Vergleich zu früher wesentlich schmerzempfindlicher sei. Der Pfleger nimmt daraufhin eine Reformulierung seiner Frage vor, die er in Z. 656 metasprachlich projiziert:

***Ausschnitt 40: Schmerzskalastufe (645_16_P_20190423; 00:15:42-00:16:04)***

```
656 PFm10:  na sag mer mal ANderschtrum;
657         °hh WELche- (-)
658         schmerz-
659         SKAla (.) stUfe wär denn für sIE, (--)
660         dIE wo se sage sin domit sind se zuFRIEda; (2.8)
661 PAm16:  drei, (-)
662 PFm10:  <<p> DREI> <<pp> gut;> (-)
663         un da sim_mer jetzt NET. (-)
664 PAm16:  noi,
665         <<zynisch lachend> hahaha NOI;
666         [HA?a;>                 ]
667 PFm10:  [((stöhnt oder prustet))]
668         <<behaucht> i krieg des net ↑UFF;>
669         °h
670 PAm16:  mit_m SCHERle,
671         vielleicht VOR[sichtig?]
672 PFm10:               [ja;     ] (4.2)
```

[188] Die Summe der unter (i)–(iii) angeführten Belegzahlen ergibt nur 26 und nicht 28. Bei den fehlenden zwei Belegen handelt es sich um Fälle, in denen es die PatientInnen sind, die nach der Schmerzexploration das Thema wechseln.

In den Fragen des Pflegers (Z. 656–660, 663) manifestiert sich das Bemühen um ein intersubjektiv geteiltes Verständnis der Schmerzen des Patienten sowie der von der Dosiserhöhung erwünschten Änderungen der Schmerzintensität. Nachdem Herr Roller als Antwort auf die erste pflegerische Frage sowohl prosodisch als auch lexikalisch prononciert darauf hinwies, dass sich die Stärke seiner aktuellen Schmerzen nicht in dem Bereich befindet, in dem er damit ‚zufrieden' wäre (Z. 664–666), wechselt der Pfleger abrupt das Thema (*post-answer topic change*, Greatbatch 1986: 444). Bereits in Überlappung mit der negierenden TCU des Patienten („HAʔa;", Z. 666) hatte der Pfleger durch Stöhnen/Prusten Anstrengung kontextualisiert (Z. 667). Dass er nun einen plötzlichen Wechsel weg von der Schmerzexploration und hin zur Ebene der parallel vollzogenenen außersprachlichen Handlung – Verbandswechsel an der PEG-Anlage – vornehmen kann, ohne diesen durch *misplacement marker* (Schegloff/Sacks 1973: 319) o. Ä. vorzubereiten, liegt in der Art des *topic change* begründet, der sich mit Schegloff (2007: 183) als „prompted by the environment" charakterisieren lässt: Unter Rückgriff auf sich im gemeinsamen Wahrnehmungsraum ereignende situative Geschehnisse, auf die beide Parteien Zugriff haben, ist ein solcher abrupter „Übergang von Schemata der Unterhaltung in das Schema der praktischen Aktivitäten" problemlos möglich (Kallmeyer 1978: 208).[189]
Herr Roller wechselt mit seinem nächsten Beitrag sodann ebenfalls auf die Ebene des Außersprachlichen und ratifiziert dadurch indirekt den thematisch diskontinuierlichen Fortgang des Gesprächs. Auf seinen Vorschlag, dass der Pfleger mit einer Schere versuchen könnte, den Verband zu öffnen, folgt eine 4,2-sekündige Schweigephase. Im weiteren Verlauf der Interaktion setzt sich die Fokussierung der außersprachlichen Handlungsebene und somit die empraktische Kommunikation fort und es kommt zu keiner Wiederaufnahme der Schmerzthematik.

Für die Pflegekräfte stellt die interaktive Orientierung an den durchgeführten außersprachlichen Handlungen eine wichtige Ressource der Gesprächsorganisation dar. Ein vorangehend bearbeitetes Thema bzw. eine sprachliche Handlung lässt sich auf diese Weise ohne hohen interaktiven Aufwand und ohne dass der abrupte Wechsel *accountable* wäre, abschließen.

Am Schluss dieses Kapitels nehme ich zuletzt noch die Beendigung der Schmerzexploration in den 26 Belegen in den Blick, in denen die PatientInnen angeben, keine bzw. aushaltbare Schmerzen zu haben (‚*no pain' answer*, Cunningham 2012: 37). Diesbezüglich differenziere ich zwischen zwei weiteren Praktiken ((iv) und (v)). Zunächst ist

[189] Mazeland (2021: 171) bezeichnet solche Aktivitäten als „Handlungsablauf […], der aus einer Serie fortschrittsorientierter materieller Handlungen besteht (wie schwere Möbel verschieben, einen Kaffee kochen […] usw.)". Vgl. auch Bergmann (1990: 206), der festhält: „[A] basic feature of the communicative competence of human beings is their ability to split attention in such a way that they can simultaneously deal with objects-at-a-distance […] and attend to objects-within-reach".

auffällig, dass in drei Viertel der entsprechenden Belege auf die sehr kurze Schmerzexploration eine Gesprächspause folgt. In vier Fällen ist diese kürzer als eine Sekunde, in zehn Fällen liegt deren Dauer zwischen einer und acht Sekunden und in den restlichen sechs Fällen hält die Pause länger als acht Sekunden an. Während derart lange Schweigephasen in anderen Interaktionen, etwa in solchen zwischen ÄrztInnen und PatientInnen, dazu führen können, „[that] the overall conversation is in danger of petering out […] [and] that there is […] no point in staying together any longer" (Bergmann 1990: 211), laufen Pflege-PatientIn-Interaktionen keine Gefahr, aufgrund von Gesprächspausen beendet zu werden. Die Erklärung hierfür liegt, wie schon mehrfach angeführt wurde, in den nonverbalen Handlungen der Pflegekräfte, für deren Durchführung diese nicht zwangsläufig auf verbale Interaktion angewiesen sind. Da die Schmerzabfrage oft parallel zu außersprachlichen Handlungen erfolgt, ist es für die PflegerInnen problemlos möglich, die thematische Progression des Gesprächs nach einem negativen Befund der Schmerzexploration temporär zu suspendieren und nur das außersprachliche Handeln fortzusetzen. Nach Goffman (1981: 134f.) liegt somit ein „open state of talk" vor. Die entsprechenden Schweigephasen lassen sich dabei als „freie Gesprächspause[n]" bezeichnen, da keine Gesprächspartei „allein für das sich entwickelnde Schweigen verantwortlich zu machen ist" (Bergmann 1982: 153) und sowohl die Pflegerin als auch die Patientin das Schweigen beenden könnten. Einen Extremfall bildet der folgende Ausschnitt, in dem die Schweigephase viereinhalb Minuten dauert:[190]

(iv) *TOPIC SHIFT/CHANGE* DURCH DIE PFLEGEKRÄFTE NACH EINER *NO PAIN*-ANTWORT DER PATIENTINNEN

***Ausschnitt 41: Schmerzen sind weg (223_10_P_20190306; 00:14:38-00:19:38)***

```
130 PFw01:  die schmErzen sind AU weg;=gell, (-)
131 PAm10:  <<pp, behaucht> ja;
132 PFw01:  [<<pp> m:_HM;>]
133 PAm10:  [(au;)>       ] (270.5)
134 PFw01:  <<p> so ich MACH mal-=da-> (-)
135         des kopf geht bisschen TIE:fer, (--)
136         °hh und jetzt werd ich mal verSUchen, (17.7)
137         DIEsesch- (-)
138         dieses bEttschutzteil zu WECHseln;
```

Ohne dass das Ende der thematischen Sequenz ‚Schmerzabfrage' durch diskursstrukturierende Elemente verbal markiert wurde, setzt eine Gesprächspause ein, nachdem die Pflegerin die patientenseitige Bestätigung des von ihr eingebrachten Sachverhaltes ratifiziert hatte (Z. 132). Die Schweigephase wird erst viereinhalb Minuten später

[190] Die Länge der Schweigephase hängt auch davon ab, wie ‚gesprächig' die PatientInnen im Allgemeinen sind. Während etwa Herr Fallersleben (PAm10) kaum spricht, sind Frau Meiersfeld (PAw21) und Herr Roller (PAm16) meist kontinuierlich darum bemüht, die verbale Interaktion aufrechtzuerhalten. Insgesamt sind Schweigephasen in den vorliegenden PPI aber nicht selten, da die Pflegehandlungen häufig schweigend vollzogen werden.

beendet, indem die Pflegerin Herrn Fallersleben darauf aufmerksam macht, dass sie nun sein Kopfteil absenkt (Z. 135). Da sie für die anschließende Handlung, das Wechseln des Bettschutzes, seine Mithilfe benötigt, muss sie hier wieder in eine fokussierte verbale Interaktion mit dem Patienten treten.

Ebenso wie in diesem Ausschnitt sind es in 18 der 26 Belege, in denen die PatientInnen angeben, dass ihre Schmerzen aushaltbar bzw. besser sind oder sie keine Schmerzen haben, die Pflegekräfte, die – ggf. nach einer Schweigephase – das Thema wechseln (iv). Am häufigsten thematisieren sie dabei ihr außersprachliches Handeln (*topic change*) oder erfragen weitere Beschwerden der PatientInnen (*topic shift*). Da mit Ausschnitt 41 bereits ein Beispiel hierfür präsentiert wurde, gehe ich darauf nicht weiter ein, sondern führe nachfolgend als letztes Beispiel einen der verbleibenden acht Belege an, in dem die Patientin das Thema wechselt.

(v) *TOPIC SHIFT/CHANGE* DURCH DIE PATIENTINNEN NACH EINER *NO PAIN*-ANTWORT DERSELBEN

***Ausschnitt 42: Juckreiz (230_09_P_20190306; 00:19:53-00:20:07)***

```
078 PFw08:  wenn se da sitzen kuck ich grad nochmal ob ihr
            verBAND gut [hebt,[191]]
079 PAw09:              [hm HM, ]
080 PFw08:  ob dass da nix FEUCHT isch, (2.4)
081         was machen denn an der stelle die SCHMERzen; (---)
082 PAw09:  jo S_GEHT; (--)
083         JUCKreiz,
084 PFw08:  hm HM;
085         wahrscheinlich vom PFLASter [eher oder] sO;
086 PAw09:                             [JAja;    ]
```

Die Pflegerin kündigt zunächst an, nach dem Verband am Portkatheter[192] der Patientin Frau Geier zu schauen (Z. 078). Anschließend erkundigt sie sich mittels einer W-Frage und unter Verwendung einer deiktischen PräpP danach, was die Schmerzen an der Kathetereintrittsstelle ‚machen' (Z. 081). Nachdem Frau Geier anführte, dass es ‚geht' (Z. 082), nimmt sie selbst nach einer kurzen Pause von 0,5 Sekunden einen *topic shift* vor und berichtet von einer anderen Beschwerde: „JUCKreiz," (Z. 083). Da die Pflegerin zuvor verbal und sicherlich auch nonverbal mittels entsprechender Zeigegesten die Porteintrittstelle fokussiert hatte, ist davon auszugehen, dass auch der Juckreiz an ebendieser Stelle auftritt. Nachdem die Pflegerin eine Ursachentheorie bzgl. der Herkunft des Juckreizes geäußert und die Patientin überlappend dazu durch „JAja;" (Z. 086) signalisiert hatte, dass die Ursache offensichtlich ist und keiner weiteren Erwähnung bedarf (vgl. Golato/Fagyal 2008: 249), wendet sich die Pflegerin wieder dem

[191] ‚Hält'.

[192] Bei einem Portkatheter (kurz: Port) handelt es sich um einen dauerhaften zentralvenösen Zugang, der häufig bei onkologisch erkrankten PatientInnen implantiert wird, die viele Medikamente erhalten.

Verband zu (nicht mehr abgedruckt), ehe Frau Geier abermals eine Themenverschiebung vornimmt.
Indem die Patientin selbst – nach einer sehr knappen Antwort auf die Frage der Pflegerin – einen *topic shift* vornimmt, zeigt sie an, dass ihre Schmerzen keiner weiteren interaktiven Bearbeitung bedürfen und sie dementsprechend auch kein Analgetikum braucht. Dadurch, dass die im Folgenden von ihr thematisierte Beschwerde offensichtlich an der gleichen Körperstelle lokalisiert ist wie die von der Pflegerin erfragten Schmerzen und somit inhaltliche Kohärenz vorliegt, muss die Schmerzthematik dabei nicht erst aufwändig abgeschlossen werden, ehe der Juckreiz als weiteres Symptom eingeführt werden kann.

Wenngleich am Ende des übergeordneten Kapitels 6.2 ein detaillierter Vergleich zwischen den pflegerischen und ärztlichen Praktiken des Sprechens über Schmerzen erfolgt, wo die zentralen Punkte der vorangehenden Analysen summarisch dargestellt werden, fasse ich bereits hier – in aller gebotenen Kürze – zumindest die wesentlichen Befunde des aktuellen Kapitels 6.2.2 zusammen, ehe ich anschließend das Sprechen über Schmerzen in der ÄPI thematisiere.

Tabelle 18: Praktiken des pflegerischen Sprechens über Schmerzen

| **Praktik** | **Zentrale Merkmale** |
|---|---|
| INITIALE SCHMERZABFRAGE | • Die zur initialen Schmerzabfrage eingesetzten Fragetypen weisen unterschiedliche ‚Positionsaffinitäten' auf: In der *anchor position* zu Beginn werden dominant V1-Fragen verwendet, während in anderen Positionen des Gesprächs vornehmlich W-Fragen auftreten.<br>• Die Unterschiede im sequenziellen Auftreten der beiden häufigsten Fragetypen korrelieren mit verschiedenen epistemischen Zuständen der Pflegekräfte bzgl. der Schmerzen der PatientInnen. |
| Reaktion auf patienteninitiierte Schmerzschilderungen | • In Folgeinteraktionen einer Schicht reagieren die PflegerInnen zumeist mit Präzisierungsfragen auf die Schmerzberichte der PatientInnen, während sie in Erstinteraktionen mit Rezipientenechos (Allorepetitionen) darauf reagieren.<br>• Für die Wahl einer der beiden Praktiken ist der epistemische Status der Pflegekräfte entscheidend: Reagieren die Pflegekräfte in Folgeinteraktionen mit einer Präzisierungsfrage auf die Schmerzangaben, erfüllt diese meist den Zweck, die aktuellen Schmerzen durch das Erfragen weiterer Informationen |

| | |
|---|---|
| | in Relation zu früheren/bekannten Schmerzen zu setzen und so an bereits bestehendes Wissen anzuknüpfen. In Erstinteraktionen während einer Schicht zeigen die Pflegekräfte dagegen mittels Rezipientenechos an, dass die ‚Schmerz-Proposition' erfolgreich in *den common ground* überführt wurde und das folgende Schmerzmonitoring sowie -management nun auf Basis dieses intersubjektiv geteilten Wissens erfolgen kann. |
| Interaktive Prozessierung von Schmerzen | • Die pflegerische Beschwerdeexploration weist in den meisten Fällen nur eine geringe Komplexität auf: Die pflegerischen Fragen sind i. d. R. kurz und decken aus einer recht langen Liste anamnestisch prinzipiell relevanter Aspekte nur wenige Punkte ab.<br>• Kommt der Schmerzexploration dagegen lediglich die Funktion zu, Schweigephasen im Gespräch zu überbrücken, die sich aus der parallelen Ausführung außersprachlicher Pflegehandlungen ergeben, kann die Schmerzabfrage weit elaborierter ausgestaltet sein. |
| Beendigung von Schmerzexplorationssequenzen | • Wie der Ausstieg aus der Schmerzexplorationssequenz vollzogen wird, hängt maßgeblich davon ab, ob die PatientInnen zuvor angaben, akut unter Schmerzen zu leiden oder keine/aushaltbare Schmerzen zu haben bzw. zumindest eine Besserung zu verspüren.<br>• Insgesamt konnten fünf Praktiken identifiziert werden:<br>(i) Praktiken der Therapieumsetzung<br>(ii) MAßNAHMEN IN DIE ZUKUNFT VERLAGERN<br>(iii) *TOPIC SHIFT/TOPIC CHANGE* DURCH DIE PFLEGEKRÄFTE OHNE VORHERIGES SCHMERZMANAGEMENT<br>(iv) *TOPIC SHIFT/CHANGE* DURCH DIE PFLEGEKRÄFTE NACH EINER *NO PAIN*-ANTWORT DER PATIENTINNEN<br>(v) *TOPIC SHIFT/CHANGE* DURCH DIE PATIENTINNEN NACH EINER *NO PAIN*-ANTWORT DERSELBEN |

### 6.2.3 Ärztliches Sprechen über Schmerzen

Der Aufbau dieses Kapitels ist parallel zur Struktur des Kapitels zum pflegerischen Sprechen über Schmerzen gestaltet, weshalb auch im Folgenden zunächst die Form der ärztlichen Initialfragen nach Schmerzen in Abhängigkeit von deren sequenzieller

Position beleuchtet wird (Kapitel 6.2.3.1). Anschließend wende ich mich den Reaktionen der ÄrztInnen auf patienteninitiierte Schmerzschilderungen zu (Kapitel 6.2.3.2) und betrachte die interaktive Prozessierung der Schmerzen (Kapitel 6.2.3.3) sowie die Beendigung der Schmerzexplorationssequenz (Kapitel 6.2.3.4). Um die quantitative Vergleichbarkeit der initialen ärztlichen mit den initialen pflegerischen Schmerzabfragen zu gewährleisten, wurden ebenso wie für die Kollektion aus PPI auch für die entsprechende Kollektion von Sequenzen aus ÄPI 54 Belege aus dem Gesamtkorpus extrahiert. In 41 Fällen geht den Schmerzschilderungen der PatientInnen dabei eine entsprechende ärztliche Frage als *itemised news enquiry* voraus, während in den restlichen 13 Belegen die PatientInnen selbst bzw. deren Angehörige die Schmerzthematik initiieren.

#### *6.2.3.1 Praktik INITIALE SCHMERZABFRAGE*

Ebenso wie die Schmerzabfragen der Pflegekräfte kommen auch die Abfragen der ÄrztInnen am häufigsten in der Mitte und gegen Ende eines Gesprächs vor, treten aber auch unmittelbar zu Beginn einer Interaktion, ggf. nach dem Austausch von Grußformeln und der rituellen Befindensfrage ‚wie geht's?', als *first topic* auf. Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die von den ÄrztInnen zur initialen Thematisierung der Schmerzen eingesetzten Frageformate:

Tabelle 19: Absolute Häufigkeiten der Fragetypen zur initialen Schmerzabfrage (ÄPI)

| | **W-Frage** | **V1-Frage** | **Deklarativsatzfrage** | **Frage ohne Verb**[193] | **Total** |
|---|---|---|---|---|---|
| Beginn | 3 | 3 | **7** | 2 | 15 |
| Nicht-Beginn | **11** | 6 | 3 | 6 | 26 |
| Gesamt | 14 | 9 | 10 | 8 | 41 |

Wird der Blick zunächst auf die zu Beginn des Gesprächs in der *anchor position* platzierten Schmerzabfragen gerichtet, so fällt auf, dass hier dominant Deklarativsatzfragen auftreten. In Anbetracht der in Kapitel 6.2.1 beschriebenen Relation zwischen den jeweiligen Fragetypen und dem durch diese dokumentierten epistemischen Status

[193] Folgende Formen treten hier auf: „von (den) Schmerzen her?" (3x), „Übelkeit oder Schmerzen?" (1x), „keine Kopfschmerzen?" (1x), „irgendwo Schmerzen?" (1x), „auch Schmerzen?" (1x) und „also nicht irgendwie Schmerzen, oder?" (1x).

der Interagierenden verwundert diese Verteilung: Es stellt sich die Frage, wie es den ÄrztInnen direkt zu Beginn eines Gesprächs möglich ist, eine Deklarativsatzfrage zu formulieren, wo doch deren Gebrauch einen hohen Wissensstand bzgl. der ausgedrückten Proposition voraussetzt. Da die ÄrztInnen i. d. R. lediglich einmal am Tag, während der Visite, mit den PatientInnen interagieren, lässt sich dieser Befund nicht damit erklären, dass sie – gleich den Pflegekräften – bereits in früheren Interaktionen am Tag Wissen hinsichtlich der Schmerzen der PatientInnen generieren konnten. Wie also lässt sich der häufige Einsatz dieses Fragetyps zu Beginn der ÄPG erklären?

Der erste Ausschnitt, der zur Beantwortung dieser Analysefrage herangezogen wird, stammt aus einem morgendlichen Visitengespräch mit dem Patienten Herrn Becker.

***Ausschnitt 43: Medikament vor Aufstehen (615_17_A_20190418; 00:00:01-00:00:15)***

```
001 ARw14:  guten MORgen;
002         wie ↑GEHT_S;
003 PAm17:  gu:t; (-)
004 ARw14:  <<h> !GUT!;> (---)
005 PAm17:  GEHT so; (1.0)
006 ARw14:  °h also ich hab geHÖRT,
007         des mit den SCHMERzen?, (-)
008         ?is BESser;
009         wenn sie_s NEHmen,
010         bevOr sie sich beWEgen.
011         [bevor sie] AUFst[ehen;]
012 PAm17:  [ja:;     ]
013                         [ja.  ]
014 ARw14:  STIMMT des so;
015 PAm17:  (.) ja;
```

In der Gesprächseröffnung zeigt sich zunächst, dass die zu Beginn gestellte allgemeine Befindensfrage ‚wie geht's' von PatientInnen häufig als rituell-phatisch interpretiert und daher floskelhaft mit ‚gut' beantwortet wird, auch wenn ihr aktueller Zustand nicht als ‚gut' zu bezeichnen ist (vgl. Drew/Chatwin/Collins 2001: 61; Gafaranga/Britten 2003: 243; Spranz-Fogasy 1987: 297; van der Laaken/Bannink 2020). Im vorliegenden Ausschnitt manifestiert sich dies darin, dass der Patient die ärztliche Befindensfrage zunächst mit „gu:t;" (Z. 003) beantwortet, nach einer positiven Bewertung dieser Antwort durch die Ärztin (Z. 004)[194] jedoch eine Relativierung vornimmt: „GEHT so;" (Z. 005). Die Ärztin greift diese Rückstufung nicht auf, sondern initiiert nach einer einsekündigen Pause, die das Ende der Eröffnungssequenz sowie eine thematische Zäsur markiert, das erste Gesprächsthema.

Eingeleitet durch den Diskursmarker ‚also' (vgl. Deppermann/Helmer 2013: 8f.) produziert die Ärztin im Folgenden ein komplexes Syntagma, in welchem der Matrixsatz „ich hab geHÖRT," (Z. 006) als A-Teil syntaktisch, semantisch und prosodisch eine

[194] Es könnte sich hierbei aufgrund des hohen Tonhöhenregisters allerdings auch um eine Überraschung kontextualisierende Allorepetition handeln, wie sie Svennevig (2004: 489) beschreibt.

Fortsetzung erwartbar macht. ‚Ich hab gehört' fungiert dabei als Evidentialitätsmarker, spezifischer als *hearsay evidential* (Kärkkäinen 2003: 37), und markiert als solcher, dass die Ärztin keinen primären epistemischen Zugang zum projizierten Sachverhalt hat, sondern stattdessen auf Informationen aus einer „situationsexternen Quelle" (Matic/Hanselmann/Kleinberger 2016: 59) zurückgreift. Die Identität dieser dritten Instanz wird zwar weder hier noch im Folgenden benannt. Auf Grundlage der ethnografischen Kenntnis des institutionellen Wissenstransfers auf der Palliativstation ist aber anzunehmen, dass die Ärztin, die Teil des Stationskollektivs ist, die entsprechende Information während der morgendlichen Übergabe (s. Kapitel 5.1) von ihren KollegInnen aus der Pflege erhielt.[195] Somit lässt sich hier nicht zuletzt auch ein *doing institution* beobachten.

Der sich anschließende B-Teil des Syntagmas – „des mit den SCHMERzen$^{?}$, (-) $^{?}$is BESser; wenn sie_s NEHmen, bevOr sie sich beWEgen. bevor sie AUFstehen;" (Z. 006–011)[196] – bildet insofern einen abhängigen Hauptsatz (vgl. Günthner 1999), als er keine hypotaktischen Markierungen aufweist. Trotz fehlender interrogativer Morphosyntax und Prosodie (vgl. Selting 1995: 270ff.) liegt hier eine Deklarativsatzfrage vor: Zum einen äußert die Ärztin ein *B-event statement*, zu dem der Patient primären, sie jedoch nur sekundären epistemischen Zugang hat.[197] Im Sinne der *next-turn proof procedure* (Hutchby/Wooffitt 1998: 15) weist zum anderen auch die Reaktion des Patienten – affirmative Responsive in Z. 011 und 013 – darauf hin, dass dieser den vorangehenden Turn der Ärztin als Frage auffasst. Indem die Ärztin anzeigt, dass sie nur eine „Außenseiterversion" der situativ bedingten Schmerzintensität hat, markiert sie folglich eine Wissensasymmetrie, die einen „Reziprozitätszwang […] in Gang" (Bergmann 1999: 175) setzt, auf den Herr Becker mit einer Bestätigung des eingebrachten Wissens reagiert.

Obwohl der Patient die Proposition des Gesagten bereits bestätigte, fordert die Ärztin im Folgenden ausdrücklich eine Ratifikation des Wahrheitswertes der aus zweiter Hand erhaltenen Informationen ein und schreibt Herrn Becker somit explizit die epistemische Autorität bzgl. des Gesagten zu (vgl. Heritage/Raymond 2005). Nachdem der Patient die eingeforderte Bestätigungshandlung vollzog (Z. 015), sind die Schmerzen als Gesprächsgegenstand etabliert und können im Folgenden interaktiv prozessiert werden (nicht mehr abgedruckt).

---

195 Innerhalb meines Gesamtkorpus greifen die ÄrztInnen insgesamt 16-mal auf das Format *ich hab gehört + (in)subordinierter Satz* zurück, um Wissen in das Gespräch einzuführen, das sie von pflegerischen oder ärztlichen KollegInnen erhalten haben (*type 2 knowables*, Pomerantz 1980: 187).

196 Die Äußerung des klitisierten Pronomens ‚es' wird wahrscheinlich von einer Zeigegeste auf den entsprechenden Bezugspunkt im gemeinsamen Interaktionsraum – ein Medikament – begleitet.

197 Pomerantz (1980) beschreibt diese Strategie als *fishing device*.

Dass die Ärztin direkt zu Beginn des Gesprächs eine Deklarativsatzfrage als *itemised news enquiry* einsetzen kann, obwohl sie auf keine Informationen aus früheren Interaktionen mit Herrn Becker an diesem Tag zurückgreifen kann, ist letztlich also im Wissenstransfer der Station begründet: Es liegt eine dynamische „Formulierungskette" (Mondada 2002: 344) vor, die von Herrn Beckers Äußerung der entsprechenden Information gegenüber einer Pflegekraft über die Wiedergabe dieses Wissens an eine Ärztin im Rahmen der interprofessionellen Übergabe und hin zur Ärztin-Patient-Interaktion reicht (vgl. auch Heritage/Robinson 2006b). Aufgrund der vorgelagerten Wissensvermittlung muss die Ärztin nicht erst mittels einer W- oder V1-Frage grundlegende Informationen in Erfahrung bringen, sondern kann im Sinne der zeitlichen Ökonomie das Wissen, über das sie bereits verfügt, zur Ratifikation stellen (vgl. auch Stivers 2011).

Im Folgenden betrachte ich ein weiteres Beispiel, in dem sich in der initialen Schmerzabfrage der Ärztin Spuren des stationsinternen Informationsflusses manifestieren. Im Gegensatz zum zuvor betrachteten Ausschnitt findet sich hier allerdings kein Evidentialitätsmarker.

***Ausschnitt 44: Furchtbare Nacht (496_07_A_20190327; 00:00:42-00:00:58)***

```
001 ARw04:  <<stöhnend> oah ich SETZ mich mal;> (---)
002         <<len> die nacht war beSCHEIden;
003         gell, (--)
004         der <<creaky> Abend und heut FRÜH:?>> (1.7)
005 PAw07:  <<p, schwach> war FURCHTbar;>
006 ARw04:  hm:_HM:; (-)
007         <<gedämpft> sie hatten so SCHMERzen;
008         gä:,>
009 PAw07:  <<schwach, creaky> SCHMERza- (-)
010         Atemnot;>
011 ARw04:  (.) <<p, sanft> hm HM;>
```

Im Anschluss an eine kurze Grußsequenz hatte die Ärztin die Patientin Frau Rüpper zunächst gefragt, ob sie das Inhalationsgerät, das sehr laut surrt, ausschalten darf. Nachdem die Ärztin offensichtlich Platz nahm, initiiert sie durch ein *B-event statement* das erste Gesprächsthema: „<<len> die nacht war beSCHEIden;". Mittels des darauffolgenden, prosodisch selbstständigen Alignmentmarkers „gell," (Z. 003) setzt sie eine Bestätigung der geäußerten Proposition durch die Patientin relevant (vgl. König 2017: 241), die über einen primären epistemischen Zugang zum eingebrachten Wissensbestand verfügt. Ob die Patientin nonverbal darauf reagiert, lässt sich nicht bestimmen; auf der verbalen Ebene bleibt eine Reaktion allerdings aus. Die Ärztin expandiert sodann ihren Turn und substituiert das Substantiv „nacht" (Z. 002) in einer Selbstreparatur (vgl. Pfeiffer 2015) durch die temporale Angabe „der <<creaky> Abend und heut FRÜH:?>" (Z.004). Nach einer 1,7-sekündigen Pause nimmt Frau Rüpper schließlich eine gleichlaufende Bewertung in Form einer Ko-Konstruktion vor: Die Nacht „war

FURCHTbar." (Z. 005).[198] Im Anschluss an ein Rückmeldesignal (Z. 006) führt die Ärztin im weiteren Verlauf abermals ein *B-event statement* an, das als Deklarativsatzfrage fungiert und das mittels eines weiteren Alignmentmarkers zur Ratifikation gestellt wird. Sie weiß nicht nur darüber Bescheid, dass die Nacht bzw. der Abend und der Morgen für die Patientin nicht gut waren, sondern kennt auch den Grund hierfür: „<<gedämpft> sie hatten so SCHMERzen;" (Z. 007).[199] In dieser Deklarativsatzfrage manifestiert sich eine hohe epistemische Sicherheit hinsichtlich der eingebrachten Proposition, weshalb der Alignmentmarker nicht nur dazu dient, eine Ratifikation zu erwirken, sondern gleichermaßen auch dazu, eine Intersubjektivierung des Gesagten zu erreichen: Frau Rüpper weiß in ihrer Rolle als *experiencer* (Pittner 1994) freilich um ihre vergangenen Schmerzen und auch die Ärztin verfügt aufgrund des im Rahmen der morgendlichen Übergabe erfolgten interprofessionellen Wissenstransfers des Wissenskollektivs ‚Palliativstation' über diese Information.[200] Allerdings hat die Patientin noch keine Kenntnis darüber, dass die Ärztin bereits über ihre Schmerzen im Bilde ist, weshalb diese Information zunächst in den *common ground* überführt werden muss (vgl. Spranz-Fogasy 2010: 54).

Im Anschluss bestätigt die Patientin auch diese aus zweiter Hand erhaltene Information der Ärztin und erweitert ihre Wiederholung „SCHMERza;" (Z. 009) sodann durch eine weitere NP (Z. 010) zu einer zweiteiligen Listenkonstruktion (vgl. Selting 2004). Auf das Rückmeldesignal der Ärztin folgt eine weitergehende Besprechung der Schmerzen, die aufgrund des analytischen Fokus des aktuellen Kapitels, der auf der Praktik INITIALE SCHMERZABFRAGE liegt, jedoch nicht mehr abgedruckt ist. An dieser Stelle ging es mir allein darum, das gehäufte Vorkommen von Deklarativsatzfragen zu Zwecken der initialen Schmerzabfrage erklärbar zu machen. Es konnte gezeigt werden, dass der vorgelagerte interprofessionelle Wissensaustausch den Einsatz von Deklarativsatzfragen ermöglicht und dass diese Ressource im ärztlichen Gespräch mit den PatientInnen für zeitliche Ökonomie sorgt (vgl. auch Heritage 2011c: 340).

In aller Kürze betrachte ich schließlich noch ein Beispiel, das einen der beiden am zweithäufigsten auftretenden Fragetypen, die ÄrztInnen zur initialen Thematisierung von Schmerzen am Gesprächsbeginn einsetzen, in seinem sequenziellen Auftretenskontext zeigt. Im Anschluss an den Austausch von Grußformeln sowie die vonseiten der Ärztin geäußerte rituelle Befindensfrage ‚wie geht's?' setzt sich eine Visiteninteraktion mit der Patientin Frau Rüpper wie folgt fort:

---

198 Dass es sich hier um eine gleichlaufende Bewertung und nicht um eine Eskalation handelt, ist darauf zurückzuführen, dass ‚bescheiden' einen Euphemismus für ‚beschissen' darstellt.

199 Angemerkt sei, dass die Ärztin mittels der prosodischen Gestaltung dieser TCU *affiliation* kontextualisiert, indem sie ein prosodisches *matching* mit der gedämpften Sprechweise der Patientin vornimmt (vgl. Couper-Kuhlen 2012a). S. auch Kapitel 6.3.1.

200 Vgl. auch Heritage/Robinson (2006b), die beschreiben, dass die ÄrztInnen in knapp einem Drittel der von ihnen untersuchten Eröffnungsfragen Informationen äußerten, die sie zuvor von ihren Sprechstundenhilfen erhielten, welche die Beschwerden der PatientInnen bereits abgefragt hatten.

***Ausschnitt 45: Perfusor (488_07_A_20190322; 00:00:26-00:00:39)***

```
007 ARw04:  wie iss[es denn mit] den SCHMERzen jetzt mit dem- (-)
008 PAw07:         [(BISSle-)  ]
009 ARw04:  mit dem perFU[sor?    ]
010 PAw07:               [also bis] JETZT-
011         (1.0)
012 ARw04:  bis jetzt ham se KEIne schmerz[attacke ge]hAbt,
013 PAw07:                                [?HM?hm;   ]
014         [?HM?hm;]
015 ARw04:  [o:der  ] bis jetzt keine wesentliche ver <<t,
            creaky> BESserung [gemerkt.>]
016 PAw07:                    [ni       ]x:,
```

Die Patientin hatte aufgrund ihrer dauerhaft starken Schmerzen vor Kurzem einen Perfusor erhalten, d. h. eine Spritzenpumpe zur kontinuierlichen parenteralen Verabreichung eines Analgetikums, mit der sie sich im Akutfall selbst einen Bolus geben kann. Die in der *anchor position* platzierte W-Frage der Ärztin „wie isses denn mit den SCHMERzen jetzt mit dem- (-) mit dem perFUsor?" (Z. 007, 009) dokumentiert dabei insofern einen niedrigen epistemischen Status, als die Ärztin durch den Definitartikel zwar ihre prinzipielle Kenntnis von Frau Rüppers Schmerzen indiziert, gleichzeitig aber das Spektrum der Antwortmöglichkeiten nicht *a priori* auf die Dichotomie *ja/nein* reduzieren kann. Frau Rüpper bricht ihre folgende Antwort ab, ehe dieser eine spezifische syntaktische und semantische Fortsetzung zugeschrieben werden kann (Z. 010). Im Anschluss daran entsteht eine Pause, die die Ärztin nach einer Sekunde durchbricht, indem sie die Aussage der Patientin fortführt und zu einer Alternativfrage expandiert (Z. 012, 015). Die Herstellung eines intersubjektiv geteilten Verständnisses der Schmerzveränderung setzt sich dabei noch über den hier abgedruckten Ausschnitt hinaus fort. An dieser Stelle sollte aber lediglich das Auftreten einer W-Frage zur Schmerzabfrage am Gesprächsbeginn illustriert werden. Im Gegensatz zum Einsatz einer Deklarativsatzfrage indizieren W-Fragen, dass die ÄrztInnen nicht über (umfassendes) Wissen über die Schmerzen der PatientInnen verfügen, das sie von anderen Mitgliedern des Stationsteams erhalten haben.

Nachdem vorangehend die ärztliche Schmerzabfrage in der *anchor position* fokussiert wurde, setzt sich der zweite Teil des aktuellen Kapitels mit ärztlichen Initialfragen nach Schmerzen auseinander, die in anderen Positionen als der *anchor position* auftreten. Wie Tabelle 19 zeigt, treten Deklarativsatzfragen hier nur dreimal und somit am wenigsten häufig auf. Dominant sind stattdessen W-Fragen, die in elf Fällen erscheinen, gefolgt von V1-Fragen und Fragen ohne Verb in je sechs Belegen. Aus Platzgründen kann im Folgenden lediglich der prävalente Fragetyp, die W-Fragen, einer näheren sequenzanalytischen Betrachtung unterzogen werden.

Die auf die Schmerzen der PatientInnen bezogenen, als *itemised news enquiries* fungierenden W-Fragen zeichnen sich in der nun fokussierten Position v. a. dadurch aus,

dass die ÄrztInnen hiermit häufig einen abrupten Themenwechsel vollziehen. Lediglich in drei der elf vorliegenden Belege ergibt sich die Initialfrage nach Schmerzen unmittelbar kohärent aus dem vorherigen Gesprächsverlauf (etwa aus der Besprechung der aktuellen Schmerzmedikation). In allen anderen Fällen erscheint diese zunächst thematisch diskontinuierlich – allerdings ohne, dass entsprechende Diskontinuitätssignale den thematischen Wechsel organisieren würden (vgl. dagegen Kallmeyer 1978: 214f.). Das folgende Beispiel aus einem Gespräch mit Frau Meiersfeld illustriert dies. Vor Einsetzen des Ausschnittes hatten sich die Interagierenden über die Enterokokken-Infektion der Patientin unterhalten. Gegen den Erreger dieser Infektion erhält die Patientin seit Kurzem ein Antibiotikum, wie die Ärztin rekapitulierend festhält:

***Ausschnitt 46: Pflasterdosiserhöhung (787_21_A_20191118; 00:02:54-00:03:09)***

```
165 ARw18:  und dA ham sie ja des vancomycin en zweites
            antibiotikum mIt daZUbekommen,
166         dass der AUCH gut abgedeckt wird;
167 PAw21:  hm HM,=
168 ARw18:  =<<p> gä,> (-)
169         °hh oKEE;=
170         =wie_s denn mit den SCHMERzen bei ihnen? (-)
171 PAw21:  ich find_s jetzt ganz GU:T,
172 ARw18:  hm [HM,]
173 PAw21:     [mir] ham ja letschte WOche nochmal- (-)
174         zwölf komma fünf pflaschder erHÖHT,
```

Der von der Ärztin in Z. 168 geäußerte Alignmentmarker „<<p> gä,>" verfügt über ein sequenz- und themenschließendes Potenzial. Da die Patientin in der folgenden kurzen Pause das Rederecht nicht übernimmt und somit keinen weiteren Gesprächsbedarf hinsichtlich des erwähnten Antibiotikums anzeigt, kann die Ärztin die thematische Progression fortsetzen. Dem folgenden Diskursmarker „oKEE;" (Z. 169) kommt sodann eine Scharnierfunktion zu: Zum einen indiziert er retraktiv, dass die zuvor besprochene Thematik nun abgeschlossen ist; zum anderen leitet er prospektiv ein neues Thema ein (vgl. hierzu Beach 1993: 337ff.).[201] In schnellem Anschluss an diesen Diskursmarker nimmt die Ärztin einen Fokuswechsel vor, indem sie mittels einer W-Frage (Z. 170) eine bislang noch nicht bearbeitete Beschwerde thematisiert. Dabei greift sie auf das lexikalisch-syntaktische Format zurück, das innerhalb des Fragetyps ‚W-Frage' in sieben von elf Fällen vorkommt: ‚Wie ist es (denn) von/mit (den) Schmerzen (her)'.

Mittels der W-Frage markiert die Ärztin fehlendes Wissen hinsichtlich des aktuellen Schmerzzustandes der Patientin (vgl. Deppermann/Spranz-Fogasy 2011: 112), zeigt

[201] Hier zeigt sich die von Barske (2009: 142) für deutschsprachige Geschäftstreffen formulierte Beobachtung, dass *okay* in Kontexten eingesetzt wird, „that specifically relate to accomplishing institutional goals".

durch den Gebrauch des definiten Artikels gleichzeitig aber auch an, zumindest darüber Bescheid zu wissen, dass die Patientin unter bestimmten Schmerzen leidet. Der Abtönungspartikel ‚denn' kommt dabei insofern eine positionierungsrelevante Funktion zu, als die Ärztin ihrer Gesprächspartnerin hierdurch indirekt den Status einer epistemischen Autorität verleiht (vgl. Deppermann 2009: 29ff.). Darüber hinaus signalisiert die Ärztin durch diese Partikel, dass sich die Frage nach den Schmerzen auf ein bereits begonnenes *joint project* bezieht und somit thematisch nicht diskontinuierlich ist, wenngleich sie semantisch nicht unmittelbar an die zuvor besprochene Thematik anknüpft (vgl. Deppermann 2009: 32). Nach Spranz-Fogasy (2005b: 41) handelt es sich hier um eine Komplettierungsfrage, die dazu dient, das Wissen der Ärztin über den Zustand der Patientin gemäß eines professionellen Relevanzschemas zu vervollständigen. Die Ärztin orientiert sich dementsprechend an einem übergeordneten Anamnesekatalog, innerhalb dessen die Schmerzabfrage fest verankert ist, und setzt so einen weiteren Punkt ihrer Agenda relevant. Bei dem *joint project*, auf das sie mittels der Partikel ‚denn' verweist, handelt es sich folglich um die möglichst präzise Erfassung (und Dokumentation) des Zustandes der Patientin. Ob der Bezug auf dieses übergeordnete interaktive Projekt für Frau Meiersfeld klar wird oder ob ihr die ärztliche Agenda verborgen bleibt, lässt sich nicht klären. Selbst wenn der abrupte Themenwechsel für sie nicht transparent ist, sanktioniert sie diesen nicht, sondern orientiert sich an der deontischen Autorität der Ärztin und dem sich daraus ergebenden Recht, Fragen zu stellen (vgl. Boyd/Heritage 2006). So liefert sie die durch die ärztliche Frage konditionell relevant gesetzte Antwort (Z. 171) und verweist sodann auf den als geteilt präsupponierten Sachverhalt der Erhöhung des Analgetikums (Z. 173–174).

Auch im folgenden Beispiel, das dem vorangehend betrachteten sehr ähnlich ist und daher nicht ganz so ausführlich besprochen wird, erscheint die eine Schmerzdarstellung elizitierende W-Frage thematisch diskontinuierlich:

***Ausschnitt 47: Schmerzen nur in der Hüfte (602_17_A_20190416; 00:00:42-00:01:10)***

```
001 ARw14:  jetzt kuck ich grad mal in die AU:gen,
002         <<p, murmelnd> kucken sie einfach mal zu MI:R,=Oder-
            (16.4)
003         HIER tut sich die->
004         LINKS is so_n bissl TRÄge;
005         <<p, murmelnd> die WILL nich so rIchtich->
006         °hhh oKEE; (--)
007         hh° °h und wie is mit den SCHMERzen, (---)
008 PAm17:  schmErza hab i nur nur in der HÜFte;
009 ARw14:  und die rEchte hüfte des wird au net BESser;
```

Da der Patient Herr Becker zu Beginn des Gesprächs angab, nicht scharf sehen zu können, untersucht die Ärztin seine Augen und koordiniert sowie kommentiert diese außersprachliche Handlung auf der verbalen Ebene (Z. 001–005). Ohne das Resultat der Untersuchung und ggf. daraus folgende Konsequenzen zu nennen, beendet sie die Thematik ‚verschwommenes Sehen' mittels des Diskursmarkers „oKEE;" (Z. 006)

und initiiert sodann nach einer kurzen Pause und hörbarem Aus- und Einatmen ein neues Thema, das nur in einer sehr losen semantischen Relation zum vorherigen steht – beides Mal geht es um eine Körperfunktion bzw. um Abweichungen von einem ‚Normalwert'. Ebenso wie aber die Abtönungspartikel *denn* im zuvor betrachteten Ausschnitt die W-Frage zumindest indirekt mit einem übergeordneten Projekt – der Beschwerdeanamnese – verknüpfte, stellt die Ärztin hier mittels des *and-prefacing* (Heritage/Sorjonen 1994) eine Verbindung zu ihrer vorherigen Frage (‚was geht gut, was geht nicht gut?') und somit ebenfalls zum übergeordneten Projekt der Beschwerdeanamnese her.[202] Dass sie mittels der eine Neufokussierung vornehmenden W-Frage „und wie is mit den SCHMERzen," (Z. 007) keine potenziellen Augenschmerzen erfragt, sondern auf andere, ihr bereits bekannte Schmerzen referiert, ergibt sich aus der Verwendung des definiten Artikels.
Herr Becker setzt in seiner folgenden Antwort die NP „schmErza" ins Vorfeld und verleiht ihr so besonderes Gewicht: „schmErza hab i nur nur in der HÜFte;" (Z. 008). Auffällig ist, dass er mittels der Gradpartikel ‚nur' einen indirekten Kontrast zwischen seiner Hüfte als alleinigem Schmerzort einerseits und den Augen als zuvor fokussierter, jedoch nicht von Schmerzen befallener Körperstelle andererseits etabliert. Mit der verstehensanzeigenden Deklarativsatzfrage der Ärztin in Z. 009 endet der abgedruckte Ausschnitt, doch setzt sich die interaktive Prozessierung der Schmerzen noch anderthalb Minuten lang fort. Das verschwommene Sehen bzw. die Augen des Patienten werden an keiner anderen Stelle des Gesprächs refokussiert.

Am Ende der vorangehenden beiden Analysen bleibt festzuhalten, dass ÄrztInnen mit W-Fragen, die sie zur Thematisierung von Schmerzen in einer anderen Position als der *anchor position* einsetzen, in den meisten der mir vorliegenden Belegen einen abrupten Themenwechsel vollziehen. Diese plötzliche thematische Zäsur muss trotz einer fehlenden verbalen und/oder prosodischen Markierung deshalb nicht *accountable* gemacht werden, da die einzelnen Themenblöcke durch die Orientierung am übergeordneten Projekt der Beschwerdeanamnese miteinander verbunden sind. Dass es sich bei der Schmerzabfrage somit jeweils nur um einen weiteren Punkt der von ärztlicher Seite kontrollierten Gesprächsagenda handelt, der auf einer übergeordneten Ebene in einer kohärenten Relation zu den anderen Punkten steht, manifestiert sich in situ – wenn überhaupt – lediglich in themenstrukturierenden sprachlichen Elementen wie der Abtönungspartikel *denn* oder dem *and-prefacing*. Mit Spranz-Fogasy (2010: 51) lassen sich die entsprechenden W-Fragen demgemäß als Komplettierungsfragen klassifizieren, die einem routinemäßig abzuarbeitenden Fragenkatalog entstammen.

[202] „[*A*]*nd*-prefaced questions play a role in constituting and sustaining a joint orientation to the larger activity-focused courses of action which the questions implement. *And*-prefacing is primarily used by professionals to establish and maintain an orientation to the course-of-action character of their talk across sequences of question/answer adjacency pairs" (Heritage/Sorjonen 1994: 5).

In den Deklarativsatzfragen, die demgegenüber in ärztlichen Schmerzabfragen zu Beginn einer Interaktion in der *anchor position* dominieren, manifestiert sich wiederum der interprofessionelle Wissenstransfer innerhalb des in dieser Arbeit betrachteten sozialen Feldes ‚Palliativstation'. Vor dem Hintergrund des in Übergabegesprächen von den Pflegekräften erhaltenen Wissens über die Schmerzen der PatientInnen können die ÄrztInnen gegenüber den PatientInnen *B-event statements* in Form von Deklarativsatzfragen äußern und diese sodann zur Ratifikation stellen. Dabei indizieren die ÄrztInnen z. T. durch Evidentialitätsmarker, dass sie über keinen primären epistemischen Zugang zum dargelegten Sachverhalt verfügen. Insgesamt werden zu Beginn der Schmerzabfrage in ÄrztIn-PatientIn-Gesprächen also unabhängig von deren Position in der Gesamtinteraktion epistemische Asymmetrien relevant gesetzt, wobei die PatientInnen mit Heritage (2012a: 4) als K+, die ÄrztInnen dagegen als K- zu bezeichnen sind – Letztere mit unterschiedlichen Abstufungen, je nachdem, über welche Informationen sie auf Grundlage der stationsinternen Wissensvermittlung bereits verfügen.

#### *6.2.3.2 Praktiken der Reaktion auf patienteninitiierte Schmerzschilderungen*

Im Folgenden wende ich mich den 13 Belegen zu, in denen die PatientInnen – in zwei Fällen auch deren Angehörige – eigeninitiativ von ihren Schmerzen berichten. Diesbezüglich ist zunächst anzumerken, dass die Reaktionen der ÄrztInnen auf das Schmerzdisplay recht heterogen ausfallen, wie die folgende Zusammenstellung der auftretenden Praktiken zeigt:

- Die ÄrztInnen elizitieren durch eine Präzisierungsfrage (je zwei W- und V1-Fragen und eine Deklarativsatzfrage) eine elaboriertere Schmerzschilderung (n=5).
- Die ÄrztInnen verweisen auf die Ursache der Schmerzen (n=2).
- Die ÄrztInnen formulieren eine intersubjektive Inferenz bzgl. des Vorliegens von Schmerzen, da die PatientInnen dies lediglich andeuteten, nicht aber explizierten (n=2).
- Die Ärztin fordert den Patienten dazu auf, sich hinzulegen, sodass sie die schmerzende Stelle untersuchen kann (n=1).
- Unmittelbar nach der initialen Schmerzschilderung des Patienten erfolgt ein *footing*-Wechsel (Goffman 1981: 124ff.) und die beiden anwesenden Ärztinnen treten in einen intraprofessionellen Austausch über die Schmerzen (n=1).
- Die Ärztin weist den Patienten darauf hin, dass sie bereits ein Schmerzkonsil für ihn angemeldet habe (n=1).
- Die Ärztin geht nicht weiter auf die Schmerzdarstellung ein, sondern fährt damit fort, in Erfahrung zu bringen, ob der Patient fit genug ist für eine CT-Untersuchung (n=1).

Für die beiden erstgenannten Praktiken werde ich in diesem Unterkapitel je ein Beispiel analysieren; die anderen Fälle können aus Platzgründen nicht ausführlicher besprochen werden.

Ehe der untenstehende Ausschnitt einsetzt, hatte die Ärztin den Patienten danach gefragt, was der Husten ‚mache'. Herr Adamczak (kein deutscher Muttersprachler) führte daraufhin an, dass sich sein Husten gebessert habe. Mittels des adversativ-restringierenden Konjunktors ‚nur' projiziert er sodann allerdings eine Einschränkung (vgl. Zifonun et al. 1997: 2422).

***Ausschnitt 48: Ein bisschen ein Problem (107_05_A_20180710; 00:00:44–00:01:05)***

```
001 PAm05:  nur hab ich jetzt bissle ein probLEM.
002 ARw04:  wa:s; (--)
003 PAm05:  mir tut dA das bissle WEH; (-)
004 ARw04:  ja:, (-)
005 PAm05:  aber nicht !IM!mer. (-)
006 ARw04:  ja[:,   ]
007 PAm05:    [es tu]t !WEH!, (---)
008         und dann hört_s AUF,
009         und dann kommt_s WIEder. (-)
010 ARw04:  <<len> isses beim ATmen? (-)
011         ode:r kommt_s und [geht_s          ] UNabhängig
            [davon;>  ]
012 PAm05:                    [<<p> (XXX xxx;)>]
013         [is UNabhä]ngig <<dim> dass ich;>
014 ARw04:  (.) darf ich grad mal <<h> KUcken;>
```

Die eine *troubles-telling*-Sequenz ankündigende TCU „nur hab ich jetzt bissle ein probLEM." (Z. 001) (vgl. hierzu Imo 2010b) setzt aufgrund ihrer Vagheit eine Nachfrage der Ärztin relevant, die dem Patienten sodann das Ticket für weitere Ausführungen bzgl. des angedeuteten Problems erteilt. Anschließend gibt Herr Adamczak an, dass ihm eine spezifische Körperstelle, auf die das lokaldeiktische Adverb ‚da' verweist, ‚ein bisschen wehtue' (Z. 003). Obwohl der Patient diese Schmerzschilderung prosodisch und syntaktisch abschließt und somit keine weitere Beanspruchung des Rederechts anzeigt, signalisiert die Ärztin durch den folgenden *continuer* „ja:," (Z. 004), „that […] she understands that […] a unit [of talk] is in progress but is not yet complete" (Schegloff 1993: 105) und weist den Patienten dementsprechend an, das Rederecht zu behalten und seinen Turn fortzusetzen. Auch auf die folgende TCU des Patienten, in der er die zeitliche Dimension des Schmerzes spezifiziert („aber nicht !IM!mer.", Z. 005), folgt vonseiten der Ärztin ein *continuer*. Erst nachdem Herr Adamczak daraufhin in einer Listenkonstruktion den Verlauf des Schmerzerlebens näher darlegte (Z. 007–009), stellt die Ärztin eine erste Nachfrage – „<<len> isses beim ATmen?" (Z. 010) –, die sie nach einer kurzen Pause angesichts der ausbleibenden Reaktion zu einer Alternativfrage expandiert: „ode:r kommt_s und geht_s UNabhängig davon;" (Z. 011). Es handelt sich hier um eine Präzisierungsfrage, mit der die Ärztin unmittelbar an die Ausführungen ihres Gegenübers anknüpft (vgl. Spranz-Fogasy

2005b: 37f.). Nach Herrn Adamczaks Antwort leitet sie sodann eine Untersuchung der schmerzenden Körperstelle ein (nicht mehr abgedruckt).

Ob ÄrztInnen mit Präzisierungsfragen auf patienteninitiierte Schmerzdarstellungen reagieren, hängt nicht zuletzt davon ab, inwieweit es sich bei den Schmerzen um intersubjektiv geteilte Sachverhalte handelt: Sind die jeweiligen Schmerzen den ÄrztInnen noch nicht bekannt, reagieren sie auf die Schmerzschilderungen der PatientInnen eher mit einer Präzisierungsfrage, als wenn sie bereits um deren Art, Stärke, Verlauf, Ursache etc. wissen. Eine Praktik, mittels derer die ÄrztInnen auf die Schmerzschilderung reagieren, wenn sie die Schmerzen bereits kennen, zeigt sich in folgendem Beispiel aus einer Interaktion mit dem Patienten Herrn Nachtigall und dessen Ehefrau. Zuvor hatten die Interagierenden über die nächtliche Atemnot des Patienten gesprochen. Anschließend ergänzt die Ehefrau eine weitere Beschwerde:[203]

***Ausschnitt 49: Schmerzen durch Katheter (406_13_A_20190320; 00:00:57–00:01:17)***

```
014 ANw13a:  er hadde auch HIER; (-)
015          so_n BISSchen, (-)
016          [die SCHMER   ]zen,
017 PAm13:   [<<pp> hm HM;>]
018 ARw04:   [m_HM;]
019 ANw13a:  [ne;  ]
020 ARw04:   °h also des is ja die stelle wo wir auch den großen
             tUmor [an der NIEr]e gesehen ham;=ne,
021 ANw13a:        [geNAU.     ]
022          ja aber er <<len> meint dass es VOM::-> (1.7)
023 ARw04:   [vom LIE]gen [eher;]
024 ANw13a:  [sch-   ]
025                    [vom- ]
026          von der kaNÜle; (1.4)
027 ARw04:   [ach SO,     ]
028 PAm13:   [(xxx xxx XXX] [xxx-)   ]
029 ARw04:                   [vom kaTH]Eter;
030          [<<p> m:_HM;> ]
031 ANw13a:  [vom kaTHEter;]
```

Die Ärztin reagiert auf Frau Nachtigalls Schmerzschilderung zunächst mit einem Rückmeldesignal (Z. 018), ehe sie durch den Diskursmarker ‚also' (Z. 020) eine Erläuterung einleitet (vgl. Dittmar 2002: 167). Anstatt sich nach der genauen Schmerzqualität o. Ä. zu erkundigen, führt sie im Folgenden an, dass es sich bei der schmerzenden Stelle um die Stelle handelt, an der sich ‚der große Tumor an der Niere' des Patienten befindet (Z. 020), und äußert so indirekt eine Vermutung über die Ursache der Schmerzen.

[203] Dass Frau Nachtigall in der dritten Person über ihren ebenfalls anwesenden Mann spricht und von dessen gesundheitlichem Zustand berichtet, ist nicht ungewöhnlich: In manchen Gesprächen beschränken sich Herrn Nachtigalls Redebeiträge allein auf einzelne Rückmeldesignale, während seine Frau ausführlich mit den ÄrztInnen oder Pflegekräften spricht und somit die *participation role* ‚*animator*' einnimmt (Goffman 1981: 226), während der Beteiligungsrahmen für den Patienten als Referenzperson des Gesagten eingeschränkt ist (vgl. auch Schwabe 2006: 99).

Ob das Personalpronomen der 1. Pers. Pl. hier adressateninklusiv oder -exklusiv fungiert, lässt sich nicht bestimmen. Anhand der Abtönungspartikel ‚ja' (Z. 020) wird aber deutlich, dass die Ärztin die Geteiltheit des eingebrachten Wissens präsupponiert (vgl. Reineke 2018). Zusätzlich markiert auch der durch *latching* (Selting et al. 2009: 376) angeschlossene Alignmentmarker ‚ne' (Z. 020), dass die Proposition des Gesagten bereits im *common ground* verankert ist (vgl. Hagemann 2009: 153).
In Überlappung mit der TCU der Ärztin bestätigt die Ehefrau des Patienten die Aussage ihrer Interaktionspartnerin durch die Responsivpartikel „geNAU." (Z. 021) und indiziert so, dass sie über einen unabhängigen epistemischen Zugang zu dem von der Ärztin eingebrachten Sachverhalt verfügt (vgl. Oloff 2017). Anschließend projiziert sie durch ‚ja aber' einen Widerspruch und beginnt sodann, die Meinung ihres Mannes hinsichtlich des Ursprungs seiner Schmerzen darzulegen, die von der implizit kommunizierten ärztlichen Ursachentheorie divergiert: „ja aber er <<len> meint dass es VOM::->" (Z. 022). Frau Nachtigall bricht ihre Aussage jedoch vor deren syntaktischer und semantischer Vollendung ab und es folgt eine 1,7-sekündige Schweigephase, ehe die Ärztin eine *candidate answer* (Pomerantz 1988) äußert („vom LIEgen eher;", Z. 023). Anstatt auf diese weiter einzugehen, führt Frau Nachtigall ihren in Z. 022 begonnenen Gesprächsbeitrag durch die PräpP „von der kaNÜle;" (Z. 026) zu Ende. Die Ärztin quittiert diese Information über Herrn Nachtigalls Ursachentheorie schließlich mittels des Erkenntnisprozessmarkers „ach SO," (Z. 027) und nimmt daraufhin eine fremdinitiierte Fremdreparatur vor (vgl. Schegloff/Jefferson/Sacks 1977), indem sie ‚Kanüle' durch den fachsprachlich adäquaten Begriff ‚Katheter' ersetzt (Z. 029).[204] Frau Nachtigall ratifiziert diese Reparatur in dritter Position (Z. 031) und führt so einen potenziellen Sequenzschluss herbei. Eine weitere Aushandlung der subjektiven Ursachentheorien bleibt aus; stattdessen kündigt die Ärztin im Folgenden an, dass sie nun eine dauerhafte Schmerzmedikation verordnet (nicht mehr abgedruckt).

Hinsichtlich der ärztlichen Reaktionen auf patienteninitiierte Schmerzdarstellungen ergibt sich letzten Endes kein einheitliches Bild. Die beiden ausgewählten und vorangehend analysierten Ausschnitte konnten daher auch lediglich einen Teil der in der obenstehenden Aufzählung angeführten Reaktionstypen illustrieren. Festzuhalten bleibt aber, dass die ÄrztInnen längst nicht – wie möglicherweise naheläge und zu vermuten stünde – in allen Fällen mit einer Präzisierungsfrage auf die eigeninitiative Schmerzschilderung der PatientInnen reagieren.

Nachdem in diesem Kapitel bislang die initialen Schmerzabfragen der ÄrztInnen sowie deren Reaktionen auf patienteninitiierte Schmerzschilderungen beleuchtet wurden, lege ich den Fokus im Folgenden auf die Praktiken, mittels derer die ÄrztInnen

[204] Bei Kanülen handelt es sich um hohle Nadeln, die benutzt werden, um in Gewebe einzudringen. In dieser Funktion können sie dazu dienen, einen Katheter in Hohlorgane wie etwa in Blase, Magen oder Darm einzuführen, der nach Zurückziehen der Kanüle im Körper verbleibt (https://de.wikipedia.org/wiki/Kanüle; https://de.wikipedia.org/wiki/Katheter; abgerufen am 28.07.2021). Die beiden Begriffe sind daher keineswegs äquivalent.

nach einer initialen Schmerzangabe/-darstellung der PatientInnen eine detailliertere Schmerzexploration vornehmen. Wenngleich, wie bereits in Kapitel 6.2.2.2 betont wurde, auch die vorangehend beschriebenen Praktiken Teil der interaktiven Prozessierung der Schmerzen sind, scheint es zumindest zu analytischen Zwecken sinnvoll, die weitere interaktive Bearbeitung der Schmerzen für eine bessere Übersichtlichkeit der Analysen von deren initialer Thematisierung abzugrenzen.

#### *6.2.3.3 Praktiken der interaktiven Prozessierung von Schmerzen*

Wird der Fokus auf die interaktive Prozessierung der Schmerzen gelegt, fällt zunächst auf, dass die Schmerzexplorationssequenz in ÄrztIn-PatientIn-Gesprächen tendenziell wesentlich komplexer ausgestaltet ist als in Pflege-PatientIn-Gesprächen. Folgendes Beispiel zeigt dies:

***Ausschnitt 50: Druckgefühl (045_03_A_20180703; 00:00:29-00:01:48)*** [205]

```
021 ARw05:  °h wie gEht es ihnen dEnn bezüglich der SCHMERzen;
022         ham VIEL heute morgen über sie gesprOchen,
023         au was wir medikamentös versucht ham schon zu
            verÄN[dern;]
024 PAm03:       [ja,  ]
025 ARw05:  °hh wie GEHT es ihnen aktuEll; (1.5)
026 PAm03:  et so GUT; (-)
027 ARw05:  NET so gut; (--)
028         °h verBESsert sich schon-
029         (.) tendenZIELL?-
030         (.) der schmerz ETwas,
031         oder is_es (.) die ganze zeit konSTANT;
032         auch seitdem sie auf der de einundVIERzik[206]
            <<dim> waren;
033         und seitdem sie hier bei UNS sind;
034         °h auf der palliaTIVstation wieder;> (-)
035 PAm03:  also es ISCH- (1.1)
036         es isch GLEICH geblieba;
037 ARw05:  (.) GLEICH geblieb[en;]
038 PAm03:                    [ja;]
039 ARw05:  °h sie haben ja angegeben den schmerz so zwischen fünf
            bis SIEben,
040 PAm03:  ja;=
041 ARw05:  =auf dieser analogskala bis ZEHN,
042 PAm03:  [<<pp, creaky, t> m_HM;>]
043 ARw05:  [°h                    ] is das nach wie VOR so,
044 PAm03:  [<<p, creaky> ja;>]
045 ARw05:  [würden           ] sie auch HEUte sagen, (-)
046         [oder    ] wie würden sie den sch[mer]z [hEUte EI]N
            schätz[en;  ]
```

[205] Es handelt sich hier um die erste Begegnung zwischen der Ärztin und dem Patienten. Da ähnlich komplexe Schmerzabfragen aber auch in Visitengesprächen zwischen ÄrztInnen und PatientInnen auftreten, die sich bereits seit Längerem kennen, kann die Komplexität der Schmerzexplorationssequenz nicht einfach auf die Tatsache des Erstkontaktes zurückgeführt werden.

[206] Bei der Station D41 handelt es sich um die onkologische Station des Klinikums.

```
047 PAm03:  [<<p> ja;]
048
049                                          [?  ]
050                                                 [(xxx;)> ]
051              [geNAU] so; (-)
052 ARw05:  geNAU so; (-)
053         °h und das IS-
054         (.) ein DRUCKgefühl,
055         oder is des eher auch <<len> BRENnen mit dazu;> (---)
056 PAm03:  nee desch ISCH- (1.0)
057         des isch A, (-)
058         a DRUCKgefühl; (-)
059 ARw05:  hm_HM; (-)
060 PAm03:  ALso- (1.8)
061         a dauerhaftes DRUCKgefühl; (-)
062 ARw05:  n_JA;
063         °h sie zEIgen hier so auf die NAse,
064         und die untere WANge,
065         [isses AUCH- ]
066 PAm03:  [<<p> hm HM->]
067 ARw05:  °h ähm im Oberen berEIch,
068         oder wirklich nur so um [den MUN]D;
069 PAm03:                          [nee;   ]
070 ARw05:  rum;
071 PAm03:  DA rum; (-)
072         so; (--)
073 ARw05:  ja; (---)
074         °h der mund is auch so_n bisschen SCHWÄcher auf der
            seite;=ne,=
075         =also [grad mit] ÖFFnen des mundes,
076 PAm03:        [ja:,    ]
077 ARw05:  [und-]
078 PAm03:  [ja; ]
079 ARw05:  °h SCHLUcken,
080         gEht das NOCH; (-)
081 PAm03:  schlugga geht GRAD noch;
082 ARw05:  geht GRAD noch;
```

Hinsichtlich der Globalstruktur des Ausschnittes kann konstatiert werden, dass sich dieser aus insgesamt sieben Frage-Antwort-Sequenzen unterschiedlicher Komplexität zusammensetzt, in denen jeweils ein thematischer Aspekt der Schmerzen fokussiert wird und deren sequenzieller Aufbau sehr ähnlich ist: Auf eine initiale Frage der Ärztin, die in vier Fällen zu einer Alternativfrage ausgebaut wird, folgt eine knappe Antwort des Patienten, auf die die Ärztin wiederum in vier Fällen mit einem Rezipientenecho in dritter Position reagiert[207] und so die Paarsequenz ‚Frage – Antwort' und damit auch die Bearbeitung des entsprechenden Aspektes abschließt.

Direkt nach der Begrüßung und nachdem die Ärztin sich vorgestellt hat, erkundigt sie sich, wie es Herrn Schneiderhans „bezüglich der SCHMERzen;" (Z. 021) gehe, wobei sie mit dieser allgemein gehaltenen W-Frage eine „agnostic stance about the precise nature of [the] patient['s] medical business" kontextualisiert (Heritage/Robinson

[207] Vgl. Jenkins/Parry/Pino (2021) zu ärztlichen Allorepetitionen, die in dritter Position im Rahmen von *pain talk* in Interaktionen zwischen PalliativärztInnen und PatientInnen auftreten.

2006b: 92). Anstatt dem Patienten im Anschluss daran aber den konversationellen Raum für die Beantwortung ihrer Frage zu gewähren, setzt die Ärztin ihren Turn fort und führt an, dass am Morgen viel über ihn gesprochen wurde (Z. 022–023).[208] Nach dieser kurzen Nebensequenz wiederholt sie ihre auf das Befinden ausgerichtete Frage und setzt so erneut eine Reaktion relevant (Z. 025).

Auf eine 1,5-sekündige Pause folgt eine mitigiert formulierte Antwort des Patienten – „et so GUT;" (Z. 026) –, die von der Ärztin in Z. 027 sodann zu Zwecken der Verstehensanzeige und der Intersubjektivierung des Gesagten wiederholt wird (vgl. Betz et al. 2013; Ochs 1983: 37f.). Anschließend nimmt die Ärztin eine Fokusverschiebung vor, indem sie innerhalb der übergeordneten Thematik ‚Schmerzen' zur Besprechung eines weiteren Aspektes, deren zeitlichem Verlauf, ansetzt. Zunächst stellt sie dabei eine V1-Frage (Z. 028–030), die sodann mittels des Konnektors ‚oder' (Z. 031) und einer weiteren, abermals mehrfach expandierten V1-Frage zu einer syntaktisch komplexen Alternativfrage ausgebaut wird (Z. 031–034).[209] Im Anschluss an Herrn Schneiderhans' Antwort erfolgt nochmals eine Allorepetition (Z. 037), der neben der Ergebnissicherung auch hier die Funktion zukommt, die Fragesequenz und die Bearbeitung des entsprechenden thematischen Aspektes abzuschließen (vgl. Svennevig 2004: 490).

Im weiteren Gesprächsverlauf aktualisiert die Ärztin eine frühere numerische Angabe des Patienten hinsichtlich der Intensität seiner Schmerzen, die sie vermutlich seiner Akte entnimmt, und erkundigt sich auf dieser Grundlage nach der derzeitigen Schmerzstärke (Z. 039–041, 043). Hierfür gebraucht sie zunächst eine V1-Frage (Z. 043), reformuliert diese sodann mittels einer weiteren V1-Frage (Z. 045) und schließt durch den Konnektor ‚oder' eine W-Frage an (Z. 046), obwohl Herr Schneiderhans bereits die erste V1-Frage mit dem minimalen Responsiv „ja;" (Z. 044) beantwortet hatte.[210] Nach einer weiteren Allorepetition der auf die W-Frage folgenden Antwort ihres Gegenübers (Z. 052) wendet sich die Ärztin in ihrer nächsten Frage der Schmerzqualität zu, wobei hier eine Deklarativsatzfrage auftritt (Z. 053–054), die anschließend wiederum durch eine V1-Frage zu einer Alternativfrage erweitert wird (Z. 055). Innerhalb dieser Sequenz folgt auf die Antwort des Patienten erstmals kein Rezipientenecho. Stattdessen quittiert die Ärztin deren Erhalt durch das *acknowledge-*

---

208 Die Ärztin referiert hier auf die zuvor stattgefundene interdisziplinäre Teambesprechung.

209 Cunningham (2012: 262) stellt die These auf, dass derartige *multi-unit questioning turns* für ÄrztIn-PatientIn-Interaktionen im Palliativbereich charakteristisch sind. Sie führt dies darauf zurück, dass der Personalschlüssel auf Palliativstationen in Relation zu anderen Stationen wesentlich höher ist und die Visitengespräche daher mehr Zeit in Anspruch nehmen können. Allerdings beruht ihre Feststellung zum einen auf einer sehr schmalen Datenbasis (s. Kapitel 6.2.1); zum anderen führt sie keinen Vergleich mit dem ärztlichen Frageverhalten auf anderen Stationen durch.

210 Vgl. hierzu Stivers/Heritage (2001: 153): „The minimality of the patient's responses exhibit his understanding of the ‚checklist' status of the questions and his preparedness to comply with that understanding. In this sense, doctor and patient progressively co-construct and realize this series of questions as embodying a ‚checklist' dealing with background health information".

*ment token* „hm_HM;" (Z. 059), ehe Herr Schneiderhans eine Reformulierung bzw. Präzisierung seiner Antwort vornimmt (Z. 060–061). Im Anschluss daran setzt die Ärztin die interaktive Prozessierung der Schmerzen fort, indem sie auf ein situativ manifestes Körperereignis des Patienten – eine Zeigegeste – verweist und darauf basierend eine weitere Alternativfrage stellt: „°h sie zEIgen hier so auf die NAse, und die untere WANge, isses AUCH- °h ähm im Oberen berEIch oder wirklich nur so um den MUND; rum;" (Z. 063–065, 067–068, Z. 070). Die hohe Frequenz von Alternativfragen in diesem Ausschnitt deutet insgesamt darauf hin, dass die Ärztin aufgrund fehlenden Vorwissens vorab keine „Richtungsentscheidung" (Zifonun et al. 1997: 113) treffen, d. h. keine spezifische Antwort präsupponieren kann und daher beide Alternativen sprachlich als gleichermaßen wahrscheinlich darstellen muss.
Im Folgenden lässt sich sodann ein *topic shift* beobachten, d. h. eine sukzessive Verschiebung des thematischen Fokus weg von der detaillierten Schmerzexploration und hin zur interaktiven Bearbeitung weiterer Beschwerden des Patienten. Die in diesem Rahmen zunächst angesprochene Thematik des Schluckens (Z. 079–082) ergibt sich dabei kohärent aus der zuvor erfolgten Lokalisierung der Schmerzen im Mundbereich, sodass hier keine abrupte thematische Zäsur vorliegt, sondern stattdessen eine schrittweise Transition zu einem neuen Themenkomplex (vgl. hierzu Button/Casey 1988/89: 65; Jefferson 1984b).

Der hier betrachtete Ausschnitt sollte exemplarisch die Komplexität ärztlicher Schmerzexplorationen verdeutlichen. ÄrztInnen dominieren dabei zumeist klar das Gespräch und geben den PatientInnen kaum eine Möglichkeit, eigene Relevanzen einzubringen (*asymmetry of initiative*, Robinson 2001). Durch Fragekaskaden, die beständig neue konditionelle Relevanzen etablieren und den PatientInnen so komplementär die Rolle der InformationsgeberInnen zuweisen (vgl. ten Have 1991: 145f.), steuern die ÄrztInnen häufig die Agenda der Beschwerdeexploration und sichern sich über längere Zeit hinweg die Position der InitiativgeberInnen (vgl. Manning/Ray 2002). Die einzelnen Fragen bilden dabei „part[s] of a concerted series" (Stivers/Heritage 2001: 152) und sind über die übergeordnete Schmerzthematik sowie die Sequenzstruktur kohärent miteinander verbunden (vgl. auch Schegloff 1990). Das Ziel hinter alldem besteht für die ÄrztInnen darin, ein geteiltes Verständnis der Schmerzen ihrer GesprächspartnerInnen zu sichern (*grounding*-Prozess), d. h. sich ein möglichst umfassendes, detailliertes und differenziertes Bild von den Schmerzen der PatientInnen zu verschaffen, um darauf basierend die medikamentöse Schmerztherapie bestmöglich einstellen zu können. Da Schmerzen bei PalliativpatientInnen die Hauptsymptomatik bilden und manche PatientInnen auch nur zu Zwecken einer adäquaten Schmerzeinstellung auf die Palliativstation verlegt werden, liegt auf der Analgetikaversorgung ein besonderes Augenmerk.

Mit der ärztlichen Aufgabe der Verordnung von Schmerzmitteln lässt sich ferner auch erklären, weshalb die ÄrztInnen in zwei der mir vorliegenden Belege eine Schmerzexploration durchführen, obwohl die PatientInnen zuvor angaben, aktuell keine Schmerzen zu haben. In insgesamt 18 Fällen berichten die PatientInnen von einer Besserung ihrer Schmerzen oder geben an, dass ihre Schmerzen erträglich sind bzw. dass sie momentan keine Schmerzen haben. In 16 Fällen beenden die ÄrztInnen daraufhin die Schmerzexploration und nehmen einen *topic shift* oder einen *topic change* vor (s. Kapitel 6.2.3.4). In zwei Fällen kommt es dagegen dennoch zu einer interaktiven Prozessierung der Schmerzen, wie der folgende Ausschnitt illustriert:

***Ausschnitt 51: Jucken anstatt Schmerzen (795_23_A_20191120; 00:01:48-00:02:27)***

```
071 ARw01:  wir wollten mit ihnen gerne auch noch über die
            SCHMERZmittel sprechen; (--)
072 PAm23:  heut hab_i kOI SCHMERza; (-)
073 ARw01:  o!KAY!. (1.3)
074         <<len, deutlich> wEnn sie schmerzen HAben;> (---)
075         <<pp, creaky> w:-> (--)
076 ARw04:  <<pp> mh->
077 ARw01:  A wo SIND die-=
078         =und wie !S:TARK! sind die denn dann; (1.4)
079 PAm23:  j:o;
080         SCHMERza sin des:- (---)
081         (ja/äh) es is sO wenn e halt de ganze nacht uff am
            RÜGge lieg,
082 ARw01:  <<f> hm:_HM;>
083 PAm23:  dann send die knOda a BISSle- (-)
084         äh-=g_äh- (-)
085         hätt ich ?ÄH ?äh— (---)
086         äh s_bedÜrfnis sie zu REIba;=
087         =Oder [KRATza oder;]
088 ARw01:        [dann is es  ] eher dass es !JUCKT!;
089         Od[er-]
090 PAm23:    [ja ]:;
091         ja:;
092         geNAU;
093 ARw01:  <<gepresst> o:KAY;> (1.1)
094 PAm23:  hm:;
095 ARw04:  <<pp> soll mer die dann einfach mal ABsetza;>
```

Die Oberärztin und der Patient Herr Feu hatten sich zuvor bereits über andere Medikamente unterhalten, da der Patient einige der verordneten Tabletten nicht verträgt. Anschließend nimmt die Ärztin eine thematische Zäsur vor, indem sie metakommunikativ das nächste Thema ihrer Gesprächsagenda, die Besprechung der Schmerzmittel, einleitet: „wir wollten mit ihnen gerne auch noch über die SCHMERZmittel sprechen;" (Z. 071). Obwohl diese themenstrukturierende Aussage keine konditionelle Relevanz etabliert, sondern stattdessen die Fortführung des Turns projiziert, gibt der Patient an, heute keine Schmerzen zu haben (Z. 072), was die Ärztin durch das *acknowledgement token* „o!KAY!." (Z. 073) quittiert. Trotz des negierten Vorliegens von Schmerzen setzt sie im Folgenden zu einer Schmerzexploration an, wobei sie durch die Eröffnung eines konditionellen Raumes („wEnn sie schmerzen HAben;", Z. 074)

anzeigt, dass sie ein Szenario evoziert, das konträr zum *hic-et-nunc* steht (vgl. Dancygier/Sweetser 2005). Für diesen mentalen Raum formuliert sie im Folgenden zwei W-Fragen, mittels derer sie den Patienten zu einer Explikation der beiden logisch zusammenhängenden Schmerzdimensionen ‚Lokalität' und ‚Intensität' auffordert (Z. 077–078).

Herrn Feus anschließende Antwort ist von einigen Disfluenzen geprägt. Nachdem er sich mittels des Diskursmarkers „j:o;" (Z. 079) zu Beginn seines Turns projektiv das Rederecht sichert (vgl. Imo 2013: 176ff.), erfolgt ein vorzeitiger Abbruch der Schmerzen thematisierenden TCU „SCHMERza sin des:-" (Z. 080), ehe er ebenso wie zuvor schon die Ärztin einen realen konditionalen Raum eröffnet: „(ja/äh) es is sO wenn e halt de ganze nacht uff am RÜGge lieg," (Z. 081). Nach einem Rückmeldesignal seines Gegenübers (Z. 082) formuliert er die Apodosis zur zuvor angeführten Protasis, unterbricht diese aber mehrmals durch Disfluenzmarker. Er gibt an, dass er nachts mitunter das Bedürfnis hat, die Knoten seines malignen Melanoms zu reiben oder zu kratzen (Z. 083–087). Noch in Überlappung mit Herrn Feus Redebeitrag formuliert die Ärztin eine verständnissichernde Inferenz, die dazu dient, die einzelnen Beschwerden differenzialdiagnostisch voneinander zu separieren (vgl. Sator 2011: 166): „dann is es eher dass es !JUCKT!;" (Z. 088). Herr Feu ratifiziert diese Inferenz (Z. 090–092), weshalb nun klar ist, dass sein Tumor nicht schmerzt, sondern juckt. Die Stationsärztin (ARw04), die bislang lediglich den Beteiligungsstatus eines *bystanders* (Goffman 1981: 132) innehatte, nimmt daraufhin – prosodisch kontextualisiert durch die stark reduzierte Lautstärke – einen Wechsel des *footing* vor und unterbreitet der Oberärztin den Vorschlag, die Schmerztabletten abzusetzen, was diese im Folgenden wiederum beschließt und dem Patienten mitteilt (nicht mehr abgedruckt).

Mit dem vorangehend besprochenen Beispiel konnte gezeigt werden, dass ÄrztInnen mitunter auch dann eine Schmerzanamnese durchführen, wenn die PatientInnen keine akuten Schmerzen haben. In beiden der mir für diesen Fall vorliegenden Belegen signalisieren die ÄrztInnen dementsprechend, dass sich ihre Fragen nicht auf das *hic-et-nunc* beziehen und machen ihre Schmerzabfrage so trotz deren fehlender Relevanz für den Nahzeitraum *accountable*. Wie im hier betrachteten Ausschnitt an der thematischen Einleitung in Z. 071 deutlich wurde, dient die Schmerzexploration dabei stets dem Ziel einer adäquaten Einstellung der Analgetika.

Im letzten Teil des aktuellen Unterkapitels wende ich mich schließlich noch der körperlichen Untersuchung zu, die in acht der insgesamt 54 Belege Teil der ärztlichen Schmerzexploration ist. Aufgrund des Fehlens von Videomaterial bleibt die Analyse zwar zwangsläufig unvollständig; da es sich hier aber um ein distinktives Merkmal von ärztlichen im Vergleich zu pflegerischen Schmerzexplorationssequenzen handelt, führe ich im Folgenden trotzdem ein Beispiel für eine körperliche Untersuchung an. Als exemplarischen Ausschnitt habe ich allerdings ein möglichst wenig komplexes

Beispiel gewählt, um trotz der fehlenden Dokumentation multimodaler Ausdrucksressourcen das Verständnis der Sequenz zu ermöglichen.

Der Patient Herr Becker leidet nach einem Sturz unter Hüftschmerzen (s. Ausschnitt 47). Vor Einsetzen des unten abgedruckten Ausschnittes hatte bereits eine ausführliche Schmerzexploration stattgefunden und auch über die entsprechende Medikation wurde schon gesprochen. Dennoch fragt die Ärztin den Patienten im Anschluss, ob sie auf die schmerzende Stelle noch ‚draufschauen' soll. Ehe die körperliche Untersuchung einsetzt, bewundert die Ärztin die bunte Osterdekoration im Zimmer des Patienten und indiziert sodann mittels des gedehnt realisierten Diskursmarkers „so:;" (Z. 052) einen *change in activity* (Barske/Golato 2010):

***Ausschnitt 52: Kein blauer Fleck (602_17_A_20190416; 00:02:11–00:02:46)***

```
052 ARw14:  so:;
053         jetzt kuck ich mal ob ich da was SEH; (-)
054         lassen se ruhich die decke S[O; ]
055 PAm17:                                [GEH][T des,    ]
056 ARw14:                                     [des in ORD]nung;
057         <<dim> ich komm da DRAN gleich-> (---)
058         <<murmelnd> ich zieh EINfach da->=
059         =<<p, murmelnd> (xxx XXX xxx xxx;)> (1.6)
060         <<p> ich TAST mal-> (4.0)
061         s=hier so in dem beRE[ICH;     ]
062 PAm17:                       [<<p> ja;>]
063         geNAU;
064 ARw14:  da;
065         oKEE;
066         °h also man sieht NIX mehr blaues oder so-=ne-=
067         =manchmal tut auch dr blaue FLECK dann weh, (4.3)
068         °h <<f> WENN des so-
069         wenn sie da DRAUFgestürzt sind;
070         und des so ne PRELlung is;
071         [ne:,  ]
072 PAm17:  [hm HM;]
073 ARw14:  des tut (.) [LANG  ] lAng w[eh;]
074 PAm17:             [(xxx-)]
075                                  [die] [DAUert; ]
076 ARw14:                                [(.) ne,>] (-)
077         <<p, murmelnd> warten se ich desinfiZIER kurz;>
```

Die Ärztin kündigt die körperliche Untersuchung verbal an (Z. 053) und reagiert anschließend (Z. 054) auf eine nonverbale Handlung des Patienten, der offensichtlich darum bemüht ist, die Bettdecke so zu platzieren, dass die Ärztin Zugang zu seiner Hüfte bekommt. Nachdem Herr Becker sich auch verbal danach erkundigte, ob ‚das geht' (Z. 055), versichert die Ärztin ihm, dass sie „da DRAN" komme (Z. 057) und beendet so die Aushandlung der Position der Bettdecke. Die reduzierte Lautstärke der ärztlichen TCUs in Z. 057–060 und deren abnehmende artikulatorische Deutlichkeit kontextualisieren dabei einen Wechsel des Aufmerksamkeitsfokus der Ärztin weg

vom Patienten als Gesprächspartner und hin zu seinem Körper als dem Objekt einer nun beginnenden außersprachlichen Handlung (vgl. Habscheid 2001: 22).[211]
Indem die Ärztin ankündigt, zur Lokalisierung des Schmerzes die entsprechende Körperregion abzutasten (Z. 060), positioniert sie sich indirekt als epistemische Autorität, die aufgrund fachlicher Wissensbestände weiß, welchen Bereich sie abtasten muss – immerhin hätte sie auch Herrn Becker als den Experten seines Körperereignisses eine genaue Verortung des Schmerzempfindens vornehmen lassen können (vgl. dazu McArthur 2019: 523). Nach einer vier Sekunden andauernden Redezugvakanz rückt die Ärztin mittels des deiktischen Lokaladverbs ‚hier' und des deiktischen Demonstrativums ‚dem' eine spezifische Körperstelle in den Fokus der geteilten Wahrnehmung: „s=hier so in dem beREICH;" (Z. 061).[212] Der Patient interpretiert diese TCU als Frage und bestätigt die von der Ärztin kommunizierte Hypothese bzgl. des Schmerzortes auf Basis seines epistemisch primären Zugangs (Z. 062, 063).[213] In dritter Position äußert die Ärztin sodann zu Zwecken der Verstehenssicherung das deiktische Adverb „da;" (Z. 064), mit dem wohl eine nonverbale Zeigehandlung einhergeht, und ratifiziert das interaktiv hergestellte, nun intersubjektiv geteilte Verständnis des Schmerzortes (Z. 062).
Im Folgenden leitet die Ärztin durch den Diskursmarker ‚also' (Z. 066) einen *multi-unit turn* ein und formuliert daran anknüpfend zunächst einen *online commentary*[214]: „°h also man sieht NIX mehr blaues oder so-=ne-" (Z. 066). Dadurch, dass sie zur Wiedergabe ihrer eigenen visuellen Wahrnehmung auf das „unpersönliche" (Eisenberg 2013: 170) Pronomen ‚man'[215] zurückgreift, entindividualisiert bzw. objektiviert sie ihren subjektiven perzeptiven Eindruck und signalisiert so indirekt, dass dieser prinzipiell teilbar ist, dass also auch andere Personen, die die entsprechende Körperstelle ansehen, diese Wahrnehmungserfahrung machen würden (vgl. Måseide 2006: 49). Auf den auf professionellem (Erfahrungs-)Wissen basierenden *account*, weshalb sie

---

211 Bereits Bühler (1982 [1934]: 285) verweist in seinen Ausführungen zum empraktischen Reden darauf, dass „empraktisch eingebaute[ ] Wörter und Satzfetzen […], was die Artikulation angeht, mitunter so stark [degenerieren], daß faktisch nur noch ein verwaschenes […] Gemurmel bleibt".

212 Zur referenziellen Disambiguierung der verbalen Deiktika setzt die Ärztin mit Sicherheit Zeigegesten ein oder übt mit ihren Händen bzw. Fingern Druck auf die entsprechende Stelle aus.

213 An einer solchen Stelle, an der die ÄrztInnen den schmerzenden Bereich ertasten, finden sich in den entsprechenden mir vorliegenden Gesprächen mitunter auch konventionalisierte Schmerzlaute wie *au* oder *aua* (*cry of pain*, Heath 1989: 115).

214 „Online commentary is talk that describes what the physician is seeing, feeling or hearing during physical examination of the patient" (Heritage/Stivers 1999: 1501). Vgl. hierfür auch Heath (2006), Heritage (2017) und Spranz-Fogasy (2014b).

215 De Cock (2014: 191) und Zobel (2016a: 379) konstatieren, dass die Bezeichnung *unpersönlich* (‚impersonal') problematisch ist, da diese in der Literatur uneinheitlich verwendet wird. Wenn ich diese Bezeichnung hier und im Folgenden verwende, so bringe ich damit zum Ausdruck, dass der Referenzbereich von *man* unbestimmt bleibt und der Gebrauch dieses Pronomens als Strategie der „Impersonalisierung" (Günthner 2000: 111) fungieren kann. Vgl. hierzu ausführlicher Fußnote 2466.

überhaupt auf das Nichtvorliegen von etwas ‚Blauem' verweist (Z. 066), folgt eine weitere längere Gesprächspause. Anschließend nimmt die Ärztin eine Einordnung des Befundes vor und erklärt sowie legitimiert das Vorliegen von Schmerzen trotz der hierfür fehlenden visuellen Evidenz. Sowohl durch die deutliche Erhöhung der Lautstärke als auch durch die professionelle Erklärung des Befundes zeigt sie dabei an, dass die körperliche Untersuchung nun beendet ist und keiner Fortsetzung bedarf (vgl. Heath 2006: 199). Herr Becker dokumentiert mittels einer Komplettierung der vonseiten der Ärztin realisierten Protasis durch die syntaktisch-semantisch passende Apodosis „die DAUert;" (Z. 075), dass er die Erklärung seiner Interaktionspartnerin verstanden hat. Diese verankert ihre Ausführungen durch den Alignmentmarker „ne," (Z. 076) wiederum retraktiv im *common ground* und kündigt anschließend an, sich (die Hände) zu desinfizieren (Z. 077).

Wie vorangehend deutlich wurde, ist eine rein verbal durchgeführte Schmerzexploration in manchen Fällen nicht ausreichend und wird daher um eine körperliche Untersuchung ergänzt, im Rahmen derer der Körper der PatientInnen in ein „object of inspection and investigation" transformiert wird (Heath 2006: 187). Für solche den Körper fokussierenden Untersuchungen ist empraktisches Sprechen zur Koordination der außersprachlichen Handlungen charakteristisch, was mit einer Häufung deiktischer Bezüge einhergeht (vgl. Overlach 2008: 97). Das betrachtete Beispiel zeigt außerdem auch nochmals pointiert, dass ÄrztInnen für die Erfassung der Schmerzen zu einem großen Teil auf die Schilderungen der PatientInnen angewiesen sind, da bisweilen gar keine korrespondierenden, visuell perzipierbaren Körperereignisse vorliegen.

Was kann nun zusammenfassend hinsichtlich der interaktiven Prozessierung von Schmerzen in der ÄrztIn-PatientIn-Interaktion festgehalten werden? Zunächst zeichnen sich die meisten Sequenzen, in denen es um die möglichst präzise Erfassung der verschiedenen Schmerzdimensionen geht, durch eine hohe Komplexität aus. ÄrztInnen dominieren dabei zumeist klar das Gespräch und etablieren durch Fragekaskaden beständig neue konditionelle Relevanzen für die Folgeturns der PatientInnen; zudem ergänzen sie ihre verbale Schmerzabfrage bisweilen auch durch körperliche Untersuchungen der schmerzenden Körperregion(en). Der hohe interaktive Aufwand, den die ÄrztInnen hier betreiben, dient dem Ziel, eine adäquate Einstellung der medikamentösen Schmerztherapie vorzunehmen und so die institutionell vorgegebene Aufgabe der Therapieplanung bestmöglich zu erfüllen. Aus diesem Grund führen die ÄrztInnen bisweilen auch dann eine Schmerzanamnese durch, wenn die PatientInnen zuvor angaben, gar keine akuten Schmerzen zu haben.

#### *6.2.3.4 Praktiken der Beendigung von Schmerzexplorationssequenzen*

Wie ÄrztInnen und PatientInnen die interaktive Prozessierung des konversationellen Gegenstandes ‚Schmerzen' wieder beenden und einen geordneten Ausstieg aus dieser Thematik erreichen, ist primär davon abhängig, ob die PatientInnen zuvor angaben, akut unter Schmerzen zu leiden oder ob sie zum Ausdruck brachten, keine/aushaltbare Schmerzen zu haben oder zumindest eine Besserung zu verspüren. Analog zu Kapitel 6.2.2.4 zur Beendigung der Schmerzexploration im Pflege-PatientIn-Gespräch differenziere ich auch hier zwischen verschiedenen Praktiken des Ausstiegs ((i)–(iii)), für die ich nachfolgend je ein Beispiel anführe.

(i) Praktiken der Therapieplanung

Wie zu erwarten war, erfolgt der Ausstieg aus der interaktiven Prozessierung der Schmerzen dominant – in 24 der 36 Fälle, in denen die PatientInnen akut unter Schmerzen leiden – über eine thematische Verschiebung hin zur Besprechung der medikamentösen Schmerztherapie und somit über einen Wechsel der sprachlich vollzogenen Handlung weg von der Schmerzexploration und hin zur Therapieplanung. Daneben initiieren die ÄrztInnen auch in fünf Fällen, in denen die PatientInnen angaben, aktuell keine Schmerzen zu haben, im Anschluss an die Schmerzabfrage eine Therapieplanungssequenz. Von den in Kapitel 6.1.3 zum ärztlichen Sprechen über Medikamente beschriebenen Praktiken finden sich in den insgesamt 29 Belegen, in denen der Ausstieg aus der Schmerzthematik über die Besprechung der medikamentösen Therapie erfolgt, dominant die beiden Praktiken ANKÜNDIGEN (n=16) und ANBIETEN (n=8).

Das folgende Beispiel illustriert einen solchen Ausstieg unter Verwendung einer Praktik der Therapieplanung. Vorangegangen war eine Untersuchung von Herrn Rollers schmerzenden Beinen. Kurz vor Einsetzen des Ausschnittes hatte die Ärztin angeführt, dass prinzipiell auch die Gefahr einer Thrombose bestehen könnte. Anschließend äußert sie eine Deklarativsatzfrage:

***Ausschnitt 53: Wassereinlagerungen (650_16_A_20190423; 00:03:05-00:03:21)***

```
080 ARw14:   andere seite tut NICH weh;
081 PAm16:   ((schnalzt)) DOCH isch AU-=
082 ARw14:   =auch;
083 PAm16:   [isch AU bissle;]
084 ARw14:   [wenn mr DRÜCKT ] [dann-= ]
085 PAm16:                     [JAja;  ]
086 ARw14:   [=Oder,]
087 PAm16:   [ge    ][NAU;=   ]
088 ARw14:           [wenn_s a][n bEI ][den wehtut] [isch_s
              wahr][scheinlich e]her des WASser des drin is,
089 PAm16:                     [=jaJA;]
090                                    [jaJA;=    ]
091                                                 [=<<t>
             jaJA;]
092                 [=ja;        ]
```

```
093          ja;> (--)
094 ARw14:   wir können gern mal probIEren ihnen was zu gEben was
             so_n bissl AUSschwemmt,
095          [ne,]
096 PAm16:   [ja,]
097 ARw14:   ob ihnen des was HILFT,
098          °hhh da war ich jetzt immer n bissl zuRÜCKhaltend,
099          <<all> weil sie eigentlich auch n bissl flüssigkeit>
             BRAUchen,
```

Nachdem Herr Roller der in der ärztlichen Deklarativsatzfrage enthaltenen Proposition widerspricht, diese also nicht im Sinne der strukturellen Präferenz bestätigt, sichert die Ärztin durch eine partielle Allorepetition (Z. 082) sowie durch eine weitere Schmerzabfrage in Form eines alleinstehenden *wenn*-Satzes in Verbindung mit der entsprechenden außersprachlichen Handlung des Drückens (Z. 084) ihr Verständnis der Schmerzen ihres Gegenübers ab. Da Herr Roller die Verstehensdokumentationen ratifiziert (Z. 083, 085, 087), nimmt die Ärztin anschließend eine Einordnung der Schmerzen vor und äußert eine tentativ formulierte Ursachentheorie in Form eines faktischen Konditionals, die jedoch, wie der epistemische Marker ‚wahrscheinlich' indiziert, nicht als vollständig gesichert gelten kann (vgl. Peräkylä 2006: 228f.). Die Partikel ‚eher' etabliert dabei eine kontrastive Relation zu der zuvor (nicht abgedruckt) als potenziell infrage kommend angeführten Ursache ‚Thrombose'.[216] Herr Roller zeigt durch die mehrfache Äußerung des Responsivs „jaJA;" (Z. 089, 090, 091) bzw. „ja;" (Z. 092, 093) an, dass die vorangehende Handlung der Ärztin „has persisted beyond what was warranted" (Stivers 2004: 273) und wirkt so auf eine Beendigung der Schmerzexploration hin.

Auf Grundlage der zuvor geäußerten Ursachentheorie macht die Ärztin dem Patienten im Folgenden ein Angebot (s. Kapitel 6.1.3.2): „wir können gern mal probIEren ihnen was zu gEben was so_n bissl AUSschwemmt," (Z. 094). Dieses Angebot steht in enger thematischer Verbindung zur vorherigen Handlung, der Schmerzexploration, eröffnet aber dennoch eine hiervon divergierende Folgehandlung, die Therapieplanung. Da die beiden Handlungen thematische Kohärenz aufweisen und somit in einem übergeordneten Zusammenhang stehen, ist es nicht nötig, die Schmerzexploration mittels einer entsprechenden *closing*-Sequenz aufwändig zu beenden und anschließend die Therapieplanung durch themeneröffnende sprachliche Mittel zu initiieren; stattdessen ist ein unmarkierter Übergang möglich (vgl. Sacks 1992b: 566).[217] Im weiteren Gesprächsverlauf besprechen die Ärztin und der Patient sodann das weitere Vorgehen bzgl. der medikamentösen Schmerztherapie, ehe ein weiterer *topic shift* stattfindet.

---

[216] Eine solche Erklärung bzw. mögliche Ursachenexplikation der von den PatientInnen angeführten Schmerzen findet sich nur selten in den Daten und stellt nicht die Regel dar.

[217] Vgl. hierzu auch Schegloff/Sacks (1973: 305): „One procedure whereby talk moves off a topic might be called ‚topic shading' [in der vorliegenden Arbeit in Anlehnung an Gardner (1987) als *topic shift* bezeichnet; I. B.], in that it involves no specific attention to ending a

Die ÄrztInnen reagieren auf Schmerzangaben der PatientInnen aber keineswegs in allen Fällen mit der Einleitung einer Therapieplanungssequenz. In acht Belegen meiner Kollektion kann stattdessen eine thematische Verschiebung hin zu einer sich inhaltlich kohärent anschließenden Thematik ausgemacht werden, ohne dass zuvor ausgehandelt und festgelegt wurde, wie die Schmerzen in Zukunft zu behandeln sind.[218] Im Folgenden gehe ich hierauf näher ein.

(ii) *TOPIC SHIFT* OHNE VORHERIGE THERAPIEPLANUNG

Dem abgedruckten Gesprächsausschnitt vorangegangen war die Aussage des Patienten Herrn Feu, dass er Schmerzen habe, wenn er auf den Knoten liege, die von seinem malignen Melanom herrühren. Im Folgenden tastet der Chefarzt die Haut des Patienten ab, um die Knoten, die visuell offenbar nur schwer wahrnehmbar sind, zu suchen.

***Ausschnitt 54: Knoten (765_23_A_20191118; 00:05:02-00:05:24)***

```
354 ARm11:  die sind au an der f (.) BEIN zum beispiel;
355         [gibt-]
356 PAm23:  [?a   ] an de bein WEniger;
357 ARm11:  mehr OberKÖRper-
358 PAm23:  also m am Oberschenkel do;
359         do IS oiner do;
360 ARm11:  mh HM; (-)
361 PAm23:  ond der wird aber WEIcher jetzt lAngsam; (--)
362 ARm11:  mh HM;
363 PAm23:  die-
364         i krieg ja so äh infuSION,
365 ARm11:  jaJA;
366 PAm23:  [<<p> hier;>]
367 ARm11:  [hab_s      ] GHÖRT;
368 PAm23:  [<<p> ja;>]
369 ARm11:  [ham_se   ] da au HAAre verlora durch die [infusiOn;]
370 PAm23:                                           [i hab die
                                                            GAN]ze
            [hAAre      ] [verlora.    ]
371 ARm11:  [<<p, t> ja;]
372                       [ganze HAAR;>]
```

Nachdem der Patient zuvor angab, dass sich die Knoten am ganzen Körper befinden, formuliert der Arzt eine Inferenz (Z. 354), die von Herrn Feu jedoch nur teilweise ratifiziert wird (Z. 356). Auf die folgende Inferenz des Arztes („mehr OberKÖRper", Z. 357) geht der Patient nicht ein, sondern hält in seinem Gesprächsbeitrag den inhaltlichen Fokus der vorherigen Inferenz, der auf seinen Beinen lag, aufrecht und verweist durch

topic at all, but rather the fitting of differently focused but related talk to some last utterance in a topic's development".

218 Die verbleibenden vier der 36 Fälle, in denen die PatientInnen akut unter Schmerzen leiden, lassen sich bzgl. des Ausstiegs aus der Schmerzexplorationssequenz keiner der beiden beschriebenen Praktiken zuordnen, bilden aufgrund ihrer Heterogenität aber auch keine eigene Gruppe. Sie werden nicht weiter besprochen.

entsprechende Deiktika auf einen Knoten am Oberschenkel (Z. 358–359). Anschließend erfolgt ein erster Schritt weg vom bisherigen thematischen Fokus, indem Herr Feu nun von einer Veränderung der Knotenqualität berichtet, dabei aber nicht weiter auf die Schmerzen eingeht (Z. 361). Es handelt sich hier um eine sog. Pivot-Äußerung, also um eine Aussage „that, though recognizably on topic, has independent topical potential" (Jefferson 1984b: 203; vgl. auch Hobbs 1990: 9f.). Im weiteren Verlauf verweist der Patient auf das als geteilt präsupponierte Wissen, dass er eine Infusion (Chemotherapie) bekommt (Z. 364), und somit auf die Ursache der Veränderung der Knoten, ohne diese thematische Relation jedoch explizit herauszustellen. Der Arzt, der sich hier zum ersten Mal mit dem Patienten unterhält, seit dieser am Morgen auf die Palliativstation aufgenommen wurde, bestätigt in seiner Reaktion, dass es sich bei dem Wissen über die Chemotherapie in der Tat um geteiltes Wissen handelt: „jaJA; hab_s GHÖRT;" (Z. 365, 367). Im Anschluss erkundigt er sich, ob Herr Feu durch die Infusion auch Haare verlor (Z. 369), sodass das Thema ‚Schmerzen' endgültig zugunsten der Besprechung eines anderen Themas beendet wird.
Die Schmerzen werden während der knapp drei Minuten, die die Interaktion noch andauert, kein weiteres Mal als Gesprächsgegenstand etabliert. Über die Gründe, weshalb der Arzt keine Therapieplanungssequenz initiierte, um eine entsprechende Analgetikatherapie festzusetzen, kann an dieser Stelle keine Aussage getroffen werden. Durch die sukzessive Transition zu einem anderen Thema, das sich kohärent aus dem zuvor besprochenen ergibt, muss die Beendigung des Sprechens über die Schmerzen letztlich nicht *accountable* gemacht werden, wenngleich zuvor keine Handlungskonsequenzen festgelegt wurden (vgl. hierzu Tiitinen/Lempiälä 2018). Die thematische Progression kann daher problemlos weiterverfolgt werden.

Hinsichtlich der 18 Fälle in meiner Kollektion zum ärztlichen Sprechen über Schmerzen, in denen die PatientInnen von einer Besserung ihrer Schmerzen berichten oder angeben, dass die Schmerzen erträglich sind bzw. dass sie momentan schmerzfrei sind, lässt sich zuletzt eine weitere Praktik der Beendigung identifizieren. Wie oben bereits angeführt, erfolgt der Ausstieg aus der Schmerzexploration in fünf dieser 18 Belege über die Besprechung der medikamentösen Therapie (i); zwei weitere Belege können der unter (ii) beschriebenen Praktik zugeordnet werden, da hier ein schrittweiser Übergang zur Besprechung einer anderen Thematik auftritt. In zehn Fällen vollzieht sich die Beendigung der interaktiven Prozessierung der Schmerzen schließlich über einen thematischen Wechsel (*topic change*, Gardner 1987: 139).[219]

[219] Ein Beleg bleibt hierbei übrig und lässt sich keinem der drei Beendigungstypen zuordnen. Die Ärztin erkundigt sich in diesem Beleg (231_12_P_A_20190307) während einer Sonografie nach den Schmerzen des Patienten. Nachdem dieser angibt, dass die Schmerzen erträglich sind, kommt es zu einer Schweigephase, die erst nach 18,4 Sekunden vom Patienten durchbrochen wird.

(iii) *TOPIC CHANGE* NACH EINER *NO PAIN*-ANTWORT DER PATIENTINNEN

Schematisch lässt sich die entsprechende Beendigung der Schmerzexplorationssequenz folgendermaßen darstellen:

- Schmerzabfrage vonseiten der ÄrztInnen.
- PatientInnen negieren das Vorliegen von Schmerzen bzw. melden eine Besserung oder geben an, dass die Schmerzen erträglich sind.
- (ÄrztInnen produzieren einen Diskursmarker mit themenabschließender Funktion (*okay, gut*) oder nehmen eine Bewertungshandlung vor).
- (Gesprächspause zwischen 0.9 und 3.3 Sekunden).
- ÄrztInnen vollziehen einen *topic change*, d. h. einen abrupten Themenwechsel (zumeist dadurch, dass sie eine weitere, thematisch diskontinuierliche Frage stellen).

Das unten abgedruckte Beispiel, das die hier skizzierte Praktik in ihrer minimalsten Ausprägung illustriert, stammt aus einem Gespräch mit dem Patienten Herrn Lewandowski. Die Ärztin hatte zuvor ihr aus externen Quellen erhaltenes Wissen angeführt, dass der Patient wieder deutlich mobiler sei. Anschließend erkundigt sie sich nach möglichen Schmerzen:

***Ausschnitt 55: Nirgends Schmerzen (370_12_P_20190313; 00:00:25-00:00:32)***

```
029 ARw02:  °h irgendwo SCHMER↑zen? (--)
030 PAm12:  <<pp> ?HM?hm;>

031 ARw02:  °hhh ah:m-
032         wann is_n da die erste bestrahlung gePLANT,
```

Die Ärztin geht auf Herrn Lewandowskis Antwort nicht weiter ein, sondern erkundigt sich – ohne zuvor mittels entsprechender *pre-closing marker* (Barnes 2007: 285) das Ende der Schmerzexploration zu indizieren – danach, für welchen Zeitpunkt die erste Bestrahlung geplant ist. Da kein Zusammenhang zwischen der Schmerzabfrage und der Bestrahlung besteht, liegt hier ein abrupter Themenwechsel vor (*post-answer agenda shift*, Greatbatch 1986: 444).

Dass ÄrztInnen das Recht der Themenorganisation für sich reklamieren und dementsprechend mitunter thematisch diskontinuierliche Aussagen tätigen (vgl. Ariss 2009: 918), zeigt sich auch im nächsten Abschnitt, mit dessen Analyse ich das aktuelle Kapitel abschließe:

***Ausschnitt 56: Auf Holz klopfen (117_07_A_20190702; 00:00:26-00:00:42)***

```
016 ARw01:  <<len> is das besser als die letzten tage und [wochen
                                                        zuHAU]se,>
017 PAw07:                                               [ja,]
018         ja;
019         uff JEden fall;
020 ARw01:  SUBber. (-)
021         also das hat ja GOTT sei dank, (--)
```

```
022         ich klopf mal auf HOLZ,
023         GANZ schnell <<creaky> geklA[ppt;>]
024 PAw07:                              [ja;  ] (---)
025 ARw01:  jetzt sind wir noch so_n bisschen am proBIEren,
026         wegen der erNÄHrung;
```

Auch hier verweist die Oberärztin zunächst auf Wissen, das sie eigenen Angaben zufolge von ihren Kollegen erhielt: Ihr wurde berichtet, dass sich Frau Rüppers Schmerzen stark gebessert haben und die Patientin daher wieder auf dem Stationsflur ‚unterwegs' sein kann. Nachdem Frau Rüpper die Frage, ob die Schmerzen besser seien „als die letzten tage und wochen zuHAUse," (Z. 016), mehrfach bejahte (Z. 017–019), nimmt die Ärztin mittels des positiv evaluierenden Adjektivs „SUBber." (Z. 020) eine Bewertung vor, die sie sodann expandiert: „also das hat ja GOTT sei dank, (--) ich klopf mal auf HOLZ, GANZ schnell <<creaky> geklAppt;>" (Z. 021–023). Die um ein parenthetisch eingeschobenes Sprichwort[220] ergänzte Bewertung fungiert als Ressource zur Themenbeendigung (vgl. Goodwin/Goodwin 1992: 170f.; Jefferson 1983: 8f.), auf die auch keine Zweitbewertung folgt. Nach einer 0,9 Sekunden andauernden Gesprächspause initiiert die Oberärztin schließlich ein neues Thema – die parenterale Ernährung der Patientin –, das in keiner inhaltlichen Verbindung zu den Schmerzen steht und bzgl. dessen die Ärztin auch kein Bemühen darum zeigt, in irgendeiner Form Kohärenz herzustellen.

Erfolgt am Ende dieses Kapitels eine abschließende Betrachtung der drei herausgearbeiteten Praktiken zur Beendigung der Schmerzthematik, so kann letztlich das Ergebnis formuliert werden, dass deren Auftreten primär davon abhängt, ob die PatientInnen akut unter Schmerzen leiden oder nicht: Liegen aktuell Schmerzen vor, vollzieht sich die Beendigung der Schmerzthematik dominant über die Besprechung der weiteren Analgetikatherapie (i) oder über eine thematische Verschiebung zu einer sich inhaltlich kohärent anschließenden Thematik (ii). Geben die PatientInnen stattdessen an, derzeit schmerzfrei zu sein bzw. eine Besserung ihrer Schmerzsymptomatik zu verspüren, tritt hauptsächlich die unter (iii) beschriebene Praktik auf, die sich dadurch auszeichnet, dass die ÄrztInnen einen abrupten Themenwechsel vollziehen.

Im Gegensatz zu Kapitel 6.2.2, in dem ich das Sprechen über Schmerzen in der PPI betrachtet und an dessen Ende ich die Ergebnisse stichpunktartig zusammengefasst habe, verzichte ich am Ende des aktuellen Kapitels auf eine derartige summarische Übersicht, um Redundanz zu vermeiden: Da ich im Folgenden unmittelbar den abschließenden Vergleich zwischen pflegerischem und ärztlichem Sprechen über Schmerzen anstelle, finden sich in diesem Rahmen die zentralen Ergebnisse der vorangegangenen Analysen. Dennoch sei der zentrale Erkenntnisgewinn des aktuellen

[220] Vgl. hierzu Drew/Holt (1998: 495): „Figurative expressions occur regularly in topic transition sequences, and specifically in the turn where a topic is summarized, thereby initiating the closing".

Kapitels 6.2.3 zumindest in aller Kürze festgehalten: Die vorangehenden Analysen haben vor allem gezeigt, dass die ÄrztInnen zumeist einen relativ hohen interaktiven Aufwand betreiben, um die epistemische Asymmetrie hinsichtlich des Schmerzempfindens der PatientInnen zu reduzieren und ein intersubjektiv geteiltes Verständnis des Schmerzes herzustellen. Dass die ÄrztInnen sich ein möglichst detailliertes und differenziertes Bild von den Schmerzen der PatientInnen machen müssen, liegt dabei in ihrem institutionellen Aufgabenspektrum begründet, das das adäquate pharmazeutische Schmerzmanagement umfasst.

### 6.2.4 Vergleich zwischen pflegerischem und ärztlichem Sprechen über Schmerzen

Nachdem die Betrachtung des Sprechens über Schmerzen in der PPI und ÄPI und somit die Untersuchung der diesbezüglichen kommunikativen Routinen der beiden Professionen nun abgeschlossen ist, nehme ich im Folgenden eine Gegenüberstellung der jeweils zentralen Analyseergebnisse vor. Dabei sei zunächst eine Beobachtung genannt, die sich zwar nicht unmittelbar auf die kommunikativen Praktiken bezieht, die mir aber dennoch erwähnenswert erscheint: Sowohl in den PPI als auch in den ÄPI wird im Kontext der Schmerzexploration entgegen des *total pain*-Ansatzes der Palliative Care (s. Kapitel 2.1) lediglich über die somatische Dimension der Schmerzen gesprochen, nicht aber über deren psychisch-emotionale Implikationen (vgl. dagegen Spranz-Fogasy/Becker 2015: 96f.). Weder die Pflegekräfte/ÄrztInnen noch die PatientInnen nehmen also eine holistische Betrachtung bzw. Beschreibung der Schmerzen vor; stattdessen kommt es zu einer Fragmentierung der Beschwerden. Daher verläuft die interaktive Prozessierung der Schmerzen in den meisten der betrachteten Belege auch allein auf der epistemischen und an kaum einer Stelle zusätzlich auf einer affektiven Ebene.

In der folgenden Tabelle 20 stelle ich den finalen Vergleich zwischen den verschiedenen in diesem Kapitel betrachteten pflegerischen und ärztlichen Praktiken an, der auf den vorherigen sequenzanalytischen Betrachtungen basiert.

Tabelle 20: Vergleich der Praktiken des pflegerischen und ärztlichen Sprechens über Schmerzen

| **Praktik** | **Gemeinsamkeiten** | **Unterschiede** | |
|---|---|---|---|
| | | **PPI** | **ÄPI** |
| INITIALE SCHMERZ-ABFRAGE | Position in der Mitte/am Ende von Interaktionen (nicht am Beginn, d. h. nicht in der *anchor position*):<br>• **W-Fragen** dominieren.<br>• Die meisten W-Fragen stellen **Komplettierungsfragen** dar, die nur eine lose semantische Verbindung zum bisherigen thematischen Gesprächsverlauf aufweisen.<br>• Das Wissen über den Zustand der PA wird gemäß eines professionellen Relevanzschemas vervollständigt; die auf Schmerzen ausgerichteten W-Fragen sind Teil dieser Agenda und somit **Teil des übergeordneten Projektes der Beschwerdeanamnese**. | Position am Gesprächsbeginn (*anchor position*) | |
| | | **V1-Fragen** dominieren (insb. in Folgeinteraktionen während einer Schicht). | **Deklarativsatzfragen** dominieren. |
| | | • PF zeigen durch V1-Fragen an, dass sie **nahtlos an vorherige Interaktionen mit den PA während ihrer aktuellen Schicht anknüpfen** können (indexikalischer Verweis auf die pflegerische Aufgabe des regelmäßigen Schmerzmonitorings).<br>• Da das **zuvor bereits erworbene Wissen** über die Schmerzen und deren Merkmale (Intensität, Lokalisation etc.) schon im *common ground* verankert ist, können die PF das **Spektrum der potenziellen Antwortmöglichkeiten auf die Dichotomie *ja/nein* begrenzen** | • Die Ä suchen die PA i. d. R. nur einmal am Tag auf und können daher nicht auf Wissen zurückgreifen, das sie in vorherigen Interaktionen am gleichen Tag erhalten haben. Allerdings verfügen sie bisweilen über **Wissen, das sie während der Übergabe von den PF erhalten haben**. Vor diesem Hintergrund können die Ä im Gespräch mit den PA *B-event statements* in Form von Deklarativsatzfragen äußern. Durch **Evidentialitätsmarker** indizieren sie dabei z. T., dass sie **keinen primären epistemischen Zugang** zum dargelegten Sachverhalt haben. |

| **Praktik** | **Gemeinsamkeiten** | **Unterschiede** | |
|---|---|---|---|
| | | **PPI** | **ÄPI** |
| | Kohärenz wird dabei über die pragmatische Ebene der Gesprächshandlungen hergestellt. | und durch die Polarität der Frage eine Antworthypothese kommunizieren. | • Die ratifikationssuchenden Deklarativsatzfragen dienen auch dazu, die **Geteiltheit der Information über die Schmerzen der PA im *common ground* zu verankern**. |
| Reaktion auf patienteninitiierte Schmerzschilderungen | --- | Die Reaktionen der PF lassen sich in **zwei Praktiken** unterteilen: **PRÄZISIERUNGSFRAGEN** und **REZIPIENTENECHOS**. | Die Reaktionen der Ä sind **sehr heterogen**; in den 13 untersuchten Belegen lassen sich **sieben Praktiken** identifizieren. |
| | | **Präzisierungsfragen** treten ausschließlich **in Folgeinteraktionen während einer Schicht** auf. Die PF setzen dadurch die von den PA angeführten Schmerzen in Relation zu früheren/bekannten Schmerzen und knüpfen so an bestehendes Wissen über die Schmerzen an. | **Präzisierungsfragen** treten v. a. dann auf, wenn die Schmerzen, auf die die PA verweisen, den Ä **noch nicht bekannt** sind. |
| | | **Rezipientenechos** erscheinen allein **in Erstinteraktionen** und dort v. a. dann, wenn die PA direkt zu Beginn eines Ge- | Die anderen Praktiken, die Ä zur Reaktion auf patienteninitiierte Schmerzschilderungen einsetzen, sind:<br>• Verweis auf **Ursache der Schmerzen**. |

| **Praktik** | **Gemeinsamkeiten** | **Unterschiede** | |
|---|---|---|---|
| | | **PPI** | **ÄPI** |
| | | sprächs ihre Schmerzen schildern. Es handelt sich dabei insofern um eine besondere **Dokumentation von Verstehen**, als Rezipientenechos eine Form der **Relevanzmarkierung** darstellen: Die PF signalisieren damit, dass der geschilderte Sachverhalt **Eingang in den *common ground*** fand und stellen gleichzeitig die **Bedeutung der Schmerzdarstellung für ihr eigenes Arbeiten**, d. h. für die Betreuung der PA während der aktuellen Schicht, heraus. | • Formulierung einer **intersubjektiven Inferenz** bzgl. des Vorliegens von Schmerzen.<br>• **Aufforderung** an die PA, sich hinzulegen.<br>• ***Footing*-Wechsel** zur intraprofessionellen Interaktion mit kopräsenten ärztlichen KollegInnen.<br>• **Hinweis** auf bereits erfolgte Maßnahmen.<br>• **Übergehen** der Schmerzdarstellung. |
| Interaktive Prozessierung von Schmerzen | --- | Die interaktive Prozessierung der Schmerzen ist zumeist von **geringer Komplexität**: Es werden nur wenige Fragen gestellt, die i. d. R. über eine **geringe syntaktische Komplexität** verfügen und **nur wenige Aspekte des Schmerzerlebens** behandeln. Mitunter erfolgt gar keine Schmerzexploration, wenn die PA | Die interaktive Prozessierung der Schmerzen ist zumeist von **höherer Komplexität**: Die Ä fragen wesentlich mehr Aspekte des Schmerzempfindens ab als die PF und eruieren das Schmerzerleben intensiver. Die Fragen weisen außerdem z. T. eine **höhere syntaktische Komplexität** auf. Bis- |

| **Praktik** | **Gemeinsamkeiten** | **Unterschiede** | |
|---|---|---|---|
| | | **PPI** | **ÄPI** |
| | | Schmerzen angeben; stattdessen wird ihnen direkt ein Analgetikum verabreicht. | weilen etablieren regelrechte **‚Frage-kaskaden'** fortlaufend neue konditionelle Relevanzen. |
| | | Eine elaborierte Schmerzexploration ist nicht nötig, da die PF in situ **lediglich die Option** haben, mit einer **Analgetikagabe** auf die Schmerzschilderung der PA zu reagieren. Für die Entscheidung ‚Analgetikum – ja oder nein?' sind meist keine detaillierteren Informationen über die Schmerzen nötig. | Die Ä müssen sich ein **möglichst detailliertes und differenziertes Bild von den Schmerzen** der PA machen, um darauf basierend eine adäquate **Einstellung des pharmazeutischen Schmerzmanagements** vornehmen zu können. |
| | | Die interaktive Prozessierung der Schmerzen dient in zwei Belegen der **Überbrückung außersprachlicher Routinetätigkeiten** (etwa Messung der Vitalparameter). Hier kommt der detaillierten Schmerzexploration der Status einer ***Small Talk*-Sequenz** zu, da die Schmerzabfrage insofern **folgenlos** bleibt, als die | Wird eine **elaborierte Schmerzexploration** durchgeführt, so bleibt diese **nie ohne Konsequenzen** in Form von Therapieplanungshandlungen. |

| Praktik | Gemeinsamkeiten | Unterschiede | |
|---|---|---|---|
| | | **PPI** | **ÄPI** |
| | | PF den PA in diesen Fällen keine weiteren Schmerzmittel verabreichen (können). | |
| | | In keiner der aufgezeichneten PPI findet sich im Rahmen der Schmerzexploration eine körperliche Untersuchung. In zwei Fällen lassen sich die PF von den PA zwar zeigen, wo genau die Schmerzen zu lokalisieren sind, und in einem weiteren Fall drückt die PF auf eine spezifische Stelle und erkundigt sich danach, ob es dort schmerzt. Es handelt sich hier aber **nicht um ausgebaute körperliche Untersuchungen**, wie sie in den ÄPI auftreten. | • Bisweilen ergänzen die Ä die in der verbalen Schmerzabfrage erhaltenen Informationen auch um eine **körperliche Untersuchung**, in der der Körper der PA zum Objekt außersprachlicher ärztlicher Handlungen wird.<br>• ***Online commentaries*** dienen den Ä dabei der Beschreibung des Vorgehens und der Befunde.<br>• Z. T. entindividualisieren die Ä ihren eigenen perzeptiven Eindruck.<br>• Zu beobachten ist eine Häufung deiktischer Bezüge. |
| | | Geben die PA an, dass ihre Schmerzen **aushaltbar bzw. besser** sind oder sie keine Schmerzen haben, findet **keine weitere Schmerzabfrage** statt. | In zwei Fällen führen die Ä eine **Schmerzexploration** durch, **obwohl die PA zuvor angaben, aktuell keine Schmerzen zu haben**. Dabei indizieren die Ä durch entsprechende sprachliche Mittel, dass sich |

| **Praktik** | **Gemeinsamkeiten** | **Unterschiede** | |
|---|---|---|---|
| | | **PPI** | **ÄPI** |
| | | | ihre Fragen **nicht auf das *hic-et-nunc* beziehen**. |
| Praktiken der Beendigung von Schmerzexplorationssequenzen | • Sowohl die Schmerzexplorationssequenzen in den PPI als auch die in den ÄPI kulminieren dominant im **Sprechen über Analgetika** (Praktik (i)).<br>• Unabhängig davon, ob ein Analgetikum verabreicht (PF) oder die medikamentöse Schmerztherapie geplant wird (Ä), treten im Zusammenhang mit dem Sprechen über Schmerzmittel am häufigsten die beiden Praktiken **ANKÜNDIGEN** und **ANBIETEN** auf, durch die eine thematische Verschiebung (*topic shift*) weg von der Schmerzexploration erreicht wird. | Praktik (ii): Eine Maßnahme des Schmerzmanagements wird **in die Zukunft verlagert.** Anschließend entsteht eine **Gesprächspause mit einer Dauer von > 1 Sekunde**, ehe die PF einen ***topic shift* oder einen *topic change*** vornehmen. | *Tritt in den ÄPI nicht auf.* |
| | | • Praktik (iii): Obwohl die PA akute Schmerzen angeben, steigen die PF aus der interaktiven Prozessierung der Schmerzen aus, **ohne zuvor eine Maßnahme des Schmerzmanagements eingeleitet/ausgeführt** zu haben. Die PF nehmen dabei entweder einen *topic shift* (i. d. R. Abfrage weiterer Beschwerden) oder einen *topic change* (i. d. R. Ausrichtung des Aufmerksamkeitsfokus auf die parallel ablaufenden außersprachlichen Pflegehandlungen) vor. | Praktik (ii): Die PA führen zwar an, akut unter Schmerzen zu leiden, dennoch **beenden die Ä die Schmerzexplorationssequenz, ohne dass sie zuvor eine spezifische Pharmakotherapie** für die Behandlung der Schmerzen festsetzten. Stattdessen nehmen sie eine **thematische Verschiebung (*topic shift*) zu einer sich inhaltlich kohärent anschließenden Thematik** vor. Hierin gleicht Praktik (ii) der in PPI auftretenden Praktik (iii). Allerdings steht den Ä nicht die Möglichkeit offen, zur |

| Praktik | Gemeinsamkeiten | Unterschiede | |
|---|---|---|---|
| | | **PPI** | **ÄPI** |
| | | • Insgesamt stellt die **interaktive Orientierung der PF an den von ihnen durchgeführten außersprachlichen Handlungen** und somit das **empraktische Sprechen** eine wichtige **Ressource zur Themenorganisation** in der PPI dar. | Themenbeendigung auf außersprachliche Handlungen zu fokussieren, da die Ä in aller Regel keine solchen ausführen, während sie sich mit den PA unterhalten. |
| | | Praktik (iv): Haben die PA keine Schmerzen bzw. sind diese aushaltbar, folgt auf die sehr kurze Schmerzexploration zumeist eine Gesprächspause. Die **thematische Progression des Gesprächs wird so zuweilen suspendiert** und lediglich das außersprachliche Handeln wird fortgesetzt. Anschließend nehmen die PF einen *topic shift* oder *topic change* vor. | Praktik (iii): Wenn die PA angeben, keine bzw. aushaltbare Schmerzen zu haben, nehmen die Ä zumeist einen ***topic change*** vor, dem ggf. eine Beendigung der Schmerzexploration durch entsprechende Diskursmarker oder eine Bewertungssequenz sowie ggf. eine Gesprächspause vorangeht. Die Pause ist i. d. R. aber deutlich kürzer als bei Praktik (iv) der PPI. |
| | | Praktik (v): Auch hier folgt auf die Angabe der PA, keine oder aushaltbare Schmerzen zu haben, eine **Gesprächspause, die** | **In lediglich einem der mir vorliegenden Fälle wechselt ein PA** nach der Schmerzabfrage (und einer über 18 Sekunden langen Gesprächspause) **das Thema**; davon |

| **Praktik** | **Gemeinsamkeiten** | **Unterschiede** | |
|---|---|---|---|
| | | **PPI** | **ÄPI** |
| | | **sodann von den PA beendet wird**, indem diese einen *topic shift* oder einen *topic change* vollziehen. | abgesehen wird diese Handlung allein von den Ä vollzogen. |

Insgesamt wird bereits auf den ersten Blick deutlich, dass recht wenige Gemeinsamkeiten zwischen dem pflegerischen und ärztlichen Sprechen über Schmerzen bestehen: Die entsprechende Spalte in Tabelle 20 ist auffällig oft leer oder umfasst nur wenige Stichpunkte, sodass die Unterschiede überwiegen. Am Ende dieses Kapitels gehe ich daher abschließend auf die Gründe für die beschriebenen Divergenzen ein und nehme eine Rückbindung der verschiedenartig ausgeformten kommunikativen Praktiken an das soziale Feld ‚Palliativstation' bzw. an die institutionell vorgegebenen Aufgaben der beiden Berufsgruppen vor.

Da die Pflegekräfte im Laufe des Tages weit mehr Kontakt zu den PatientInnen haben als die ÄrztInnen und sich die Pflege-PatientIn-Interaktion daher durch einen *continuing state of incipient talk* auszeichnet, können die PflegerInnen zur Einleitung der Schmerzexplorationssequenz – insbesondere dann, wenn diese unmittelbar am Gesprächsbeginn, in der *anchor position*, lokalisiert ist – problemlos an die Schmerzdarstellungen der PatientInnen aus vorherigen Interaktionen anknüpfen. Handelt es sich um eine Folgeinteraktion zwischen einer Pflegekraft und einem Patienten, ist der epistemische Status der Pflegekraft hinsichtlich der Schmerzen des Patienten entsprechend zu Beginn eines Gesprächs höher als der epistemische Status der ÄrztInnen zu Beginn der Visite, die lediglich einmal pro Tag stattfindet. Aufgrund des stationsinternen Wissenstransfers verfügen aber auch die ÄrztInnen mitunter über Wissen über die Schmerzen der PatientInnen, das sie im Rahmen der Übergabe von ihren KollegInnen aus der Pflege erhalten haben. Ist dies der Fall, können die ÄrztInnen dieses Wissen direkt zu Beginn der Visiteninteraktion einbringen und zur Ratifikation stellen bzw. ihr Wissen über die Schmerzen als intersubjektiv geteilten Sachverhalt im *common ground* verankern.

Dass die interaktive Prozessierung der Schmerzen im ÄPG häufig (wesentlich) komplexer ausfällt als im PPG, ist auf die institutionell vorgegebenen Aufgaben der beiden Professionen zurückzuführen: Während ÄrztInnen detaillierte Informationen über verschiedene Dimensionen der Schmerzen einholen müssen, um darauf basierend eine adäquate Einstellung der Pharmakotherapie vornehmen zu können, dürfen die Pflegekräfte nur darüber entscheiden, ob sie den PatientInnen ein Analgetikum verabreichen oder nicht. Um diese Entscheidung treffen zu können, benötigen sie dabei zwangsläufig weniger Wissen über die Schmerzen als die ÄrztInnen. Führen die PflegerInnen aber dennoch eine elaborierte Schmerzexploration durch, kommt dieser eine andere interaktive Funktion zu als im ÄPG, wie sequenzanalytisch gezeigt wurde: Die Pflegekräfte setzen Fragekaskaden, die auf das Schmerzerleben der PatientInnen bezogen sind, als ‚Überbrückungshandlung' während der Durchführung außersprachlicher Pflegetätigkeiten ein und verwenden die hierdurch gewonnenen Informationen im Gegensatz zu den ÄrztInnen nicht für ein logisch daran anknüpfendes Anschlusshandeln.

Für die Beendigung der Schmerzexplorationssequenz können die Pflegekräfte schließlich auf eine Ressource zurückgreifen, die den ÄrztInnen nicht zur Verfügung

steht: Da die PflegerInnen parallel zur Schmerzabfrage häufig diverse außersprachliche Handlungen vollziehen, können sie die thematische Progression des Gesprächs zeitweise aufheben und schweigend die pflegerischen Tätigkeiten ausüben, die keiner verbalen Koordination bedürfen, ohne dass die PatientInnen die Schweigephase sanktionieren würden.

Zusammenfassend betrachtet zeigt sich anhand der vorangehenden Ausführungen und Analysen, dass die sprachlich-interaktive Ausgestaltung des Sprechens über Schmerzen von den institutionell determinierten Rechten, Pflichten und Aufgaben sowie den damit einhergehenden Wissensbeständen der beiden professionellen Hauptakteursgruppen der Palliativstation abhängig ist. Zwar ist die Behebung von Wissensasymmetrien hinsichtlich der Schmerzen der PatientInnen, die für die professionellen AkteurInnen ein *B-Event* darstellen, für die Pflegekräfte und ÄrztInnen gleichermaßen relevant, sodass Prozesse der Verstehenssicherung bzw. *grounding*-Prozesse sowohl im Rahmen des pflegerischen als auch im Rahmen des ärztlichen Sprechens eine zentrale Rolle spielen. Die ÄrztInnen verfügen häufig aber einerseits zu Beginn einer Interaktion über weniger Wissen hinsichtlich der aktuellen Schmerzsituation – bzw. haben solches lediglich von Dritten erhalten – und führen andererseits in den meisten Fällen eine wesentlich detailliertere Schmerzabfrage durch als die Pflegekräfte, um darauf basierend die adäquate Pharmakotherapie zu verordnen. Auf einer die vorliegende Arbeit transzendierenden Ebene verdeutlichen die Analyseergebnisse dieses Kapitels, dass es elementar ist, bei der Beschreibung kommunikativer Praktiken nicht bei der reinen Form-Funktions-Beschreibung Halt zu machen. Stattdessen müssen, wie im Rahmen der Konturierung meines Praktikenbegriffs in Kapitel 3.2 akzentuiert wurde, auch die Spezifika des sozialen Feldes, in das die kommunikativen Praktiken eingebettet sind, und dementsprechend auch die Positionierungen der darin tätigen AkteurInnen Eingang in die Praktikenbeschreibung finden. Kommunikative Praktiken verfügen letztlich über eine inhärente Domänenspezifik, die es herauszuarbeiten gilt.

## 6.3 Sprechen über das psychosozial-affektive Krankheitserleben

Die Diagnose einer lebensbedrohlichen Krankheit durchbricht die „grundlegende Idealisierung des Lebens, das Und-so-weiter" (Schütz/Luckmann 2017 [1979/1984]: 627) und somit die „obdurate orderliness of the social world" (Maynard 1996: 112). Dies zwingt die Betroffenen dazu, sich ihrer ansonsten als gegeben akzeptierten Lebenswelt und deren Ordnung bewusst zu werden und eine Neuordnung derselben vorzunehmen (Maynard 2003: 4), was wiederum nicht selten zu affektiv aufgeladenen Reaktionen führt – gerade dann, wenn „das Wissen um den eigenen Tod in den Griff des Bewußtseins genommen werden [muss]" (Schütz/Luckmann 2017 [1979/1984]: 628).

PatientInnen, die sich auf der Palliativstation befinden, leben in den meisten Fällen zwar schon eine längere Zeit, manchmal sogar schon jahrelang, mit der Diagnose einer inkurablen Krankheit, haben das Wissen um ihre gesundheitliche Verfassung entsprechend bereits in den Alltag integriert und ihre initiale ‚Erstarrung' (Schütz/Luckmann 2017 [1979/1984]: 628) überwunden. Die mit einer terminalen Verschlechterung der Krankheitssymptome einhergehende Aufnahme auf die Palliativstation ist dennoch für viele mit einer weiteren ‚Erschütterung' ihrer Lebenswelt verbunden, klopft der Tod nun doch endgültig bei ihnen an. Spuren dieser emotionalen Belastung zeigen sich daher bisweilen auch im Gespräch mit den professionellen AkteurInnen der Palliativversorgung (Ford/Hepburn/Parry 2019: 2). In Anbetracht des holistischen Anspruchs der Palliative Care, den PatientInnen neben der biomedizinischen Symptomkontrolle auch psychosozial-emotionale Begleitung anzubieten und hier auch die Angehörigen einzubeziehen, stellt das Sprechen über Emotionen eine Schlüsselkompetenz für die dort tätigen Pflegekräfte und ÄrztInnen dar (Dunphy 2014: 49f.; Leitlinienprogramm Onkologie 2020: 112ff.; Roller 2018: 48; Weber/Müller/Ewald 2005: 389f.). Daher widmet sich das vorliegende letzte Kapitel des vergleichenden Teils dieser Arbeit dem pflegerischen und ärztlichen Sprechen über das psychosozial-affektive Krankheitserleben der PatientInnen und Angehörigen – wenngleich diese Thematik in meinem Korpus wesentlich seltener interaktiv bearbeitet wird als die zuvor betrachteten Themen ‚Medikamente' und ‚Schmerzen': Die Kollektion, die den in diesem Kapitel anzustellenden Analysen zugrunde liegt, umfasst insgesamt nur 47 Belege (18 Belege aus PPI, 29 Belege aus ÄPI).[221]

Im Hinblick auf das Ziel der vorliegenden Untersuchung, das in einer vergleichenden Betrachtung pflegerischen und ärztlichen Sprechens mit PalliativpatientInnen und deren Angehörigen besteht, ist die Betrachtung des Sprechens über das psychosozial-affektive Krankheitserleben deshalb besonders interessant, da die Unterscheidung zwischen pflegerischem und ärztlichem Sprechen in der einschlägigen Literatur häufig mit einer eher anteilnehmenden versus einer eher an Lösungen orientierten Haltung verbunden wird:

> „Many health care contexts must be balanced between one framing of finding out and talking about medical information and another one of giving support, reassurance and advice to clients and patients. In comparison with doctors' discourse, nurses' talk can be expected to be more (but by no means entirely) geared towards the latter needs" (Bredmar/Linell 1999: 238; vgl. auch Candlin 2006: 69ff., Dahlin 2016: 56 und Lloyd-Williams 2004: 299).

In Anbetracht einer solchen These drängt sich die Frage nach den Spuren, die die Berufsrollen ‚Pflege' und ‚ÄrztIn' im Sprechen über Affekte hinterlassen, besonders deutlich auf.

[221] Dass sich in den Daten nicht mehr Belege für pflegerisches Sprechen über Affekte finden lassen, hängt sicher damit zusammen, dass Affekte häufig im Rahmen der Planung der weiteren Versorgung auftreten und es sich dabei um eine ärztliche Aufgabe handelt.

Abschließend noch eine Anmerkung zur verwendeten Terminologie: Der Vorteil des zugegebenermaßen sperrigen Begriffs *psychosozial-affektiv* besteht darin, dass mit diesem auf eine relativ große Bandbreite an Phänomenen referiert werden kann. Insbesondere in Anbetracht der methodischen Schwierigkeiten, die Kollektion für dieses Kapitel zu erstellen (s. Kapitel 6.3.1), ist dies ein nicht zu unterschätzendes Argument. Da die Durchsicht des Gesamtkorpus zudem ergab, dass vonseiten der PatientInnen häufig nicht nur affektive, sondern auch Probleme im Umgang mit FreundInnen und Verwandten thematisiert wurden, wurde der anfänglich gewählte Begriff *affektiv* schließlich um das Adjektiv *psychosozial* ergänzt. Allerdings behalte ich mir vor, mitunter auch lediglich eines der beiden Adjektive zu verwenden.

Die gesprächsanalytische Untersuchung des Sprechens über psychosozial-affektive Belange birgt einige method(olog)ische Schwierigkeiten, weshalb ich im Folgenden zunächst auf den entsprechenden Forschungsstand eingehe (Kapitel 6.3.1). Im Anschluss lege ich zu Beginn von Kapitel 6.3.2 dar, wie ich bei der Zusammenstellung meiner Kollektion zum pflegerischen und ärztlichen Sprechen über das psychosozial-affektive Krankheitserleben vorgegangen bin, ehe ich ausgewählte pflegerische (Kapitel 6.3.2) und ärztliche (Kapitel 6.3.3) Praktiken, die in diesem Kontext auftreten, betrachte und abschließend vergleiche (Kapitel 6.3.5).

### 6.3.1 Forschungsstand: Affekte in der Interaktion

Die Untersuchung des Sprechens über Affekte[222], wie sie im Rahmen dieses Kapitels erfolgen soll, ist nicht unproblematisch. Zunächst handelt es sich bei Affekten nicht um distinkte Entitäten mit scharfen Grenzen, sondern um Konzepte mit „fuzzy boundaries" (Couper-Kuhlen 2016: 95), weshalb es sich als unmögliches Unterfangen erweist, hier eine eindeutige Taxonomie zu erstellen. Mit diesem konzeptionellen Problem geht ferner ein terminologisches einher, insofern als nicht nur jede Sprache ihre eigenen Affektausdrücke kennt, sondern ein Affektausdruck auch innerhalb einer Sprache unterschiedliche Bedeutungsnuancen umfassen kann. Schließlich – und dieser Aspekt steht im Folgenden im Zentrum – erweist sich die Erforschung von Affekten auch auf der methodologischen Ebene als problematisch. Hier ist zu fragen, wie die mentalen Zustände von Interagierenden für die Analysierenden überhaupt erst so zugänglich werden, dass die den SprecherInnen zugeschriebenen Affekte keine spekulativen und daher haltlosen analytischen Konstrukte sind, sondern über eine entsprechende Teilnehmerrelevanz verfügen und somit nachweislich eine Orientierungsgröße für diese

[222] Den Begriff *Affekt* fasse ich hier und im Folgenden in Anlehnung an Ochs/Schieffelin (1989: 7) sehr breit und verwende ihn als Hyperonym für Begriffe wie *Emotion, Gefühl, Stimmung, Laune, Einstellung, Vorstellung* etc., die auf die Ebene der psychischen und/oder psychosozialen Disposition und des psychischen und/oder psychosozialen Erlebens einer Person zielen. Daneben beziehe ich in die Extension dieses Begriffes zusätzlich auch Volitionen ein (Achtziger/Gollwitzer 2010), da diese in den von mir betrachteten Gesprächsdaten häufig ebenfalls relevant gesetzt werden.

darstellen. Die Tatsache, dass Interagierende Affekte oftmals nur indirekt ausdrücken oder andeuten, anstatt eine spezifische affektive Kategorie *expressis verbis* zu etablieren, lässt diese Frage umso virulenter erscheinen (Beach/Dozier 2015: 1249; Gülich/Lindemann 2010: 291). So mag es auch nicht weiter verwundern, dass die klassische Konversatisonsanalyse lange davor zurückschreckte, Affekte zum Thema ihrer Studien zu machen. Erst in den 1990er Jahren brachten die Arbeiten der Forschungsgruppe um Bergmann und Luckmann zur kommunikativen Konstruktion von Moral (Bergmann/Luckmann 1999a, 1999b) die Affektindizierung in Alltagsinteraktionen als Gegenstand der Gesprächsanalyse auf (vgl. insb. Christmann/Günthner 1996, 1999; Günthner 1997c, 2000: 102ff.). Knapp zwanzig Jahre später führt Couper-Kuhlen (2016: 96; Herv. im Orig.) pointiert an, unter welchen Prämissen eine gesprächsanalytische Untersuchung von Affekten sehr wohl möglich ist:

> „Affect and emotion are performed as *displays* in interaction. These displays are realized as *embodied practices*. The practices are *situated* at specific sequential positions within interaction. The practices are interpreted in a *context-sensitive* fashion".

Letztlich folgt aus diesen Annahmen, dass soziale Interaktion als Habitat von Affekten zu betrachten ist und Affekte entsprechend vielmehr als kollaborativ und lokal hervorgebrachte Erzeugnisse denn als individuelle Erfahrungen zu fassen sind (Fiehler 1990b: 45; Goodwin/Cekaite/Goodwin 2012: 25; Potter 2012: 3; Ruusuvuori 2013; Selting 2010: 229; Sorjonen/Peräkylä 2012: 3; Whalen/Zimmerman 1998: 158). Dementsprechend kann es einer gesprächsanalytischen Herangehensweise – ganz im Sinne des Emergenzgedankens – auch immer nur um die in situ erfolgte Darstellung bzw. die in situ erfolgte Rekonstruktion von Affekten gehen, nicht aber um Emotionen als internal-kognitive Entitäten (Ruusuvuori 2013: 332). So sehr Affekte aus einem Alltagsverständnis heraus als spontan, eben sprichwörtlich ‚im Affekt' geäußerte und darum ‚chaotische' Größen erscheinen mögen, unterliegen doch auch Affektdisplays der von der klassischen Konversationsanalyse beschriebenen *order at all points* (Couper-Kuhlen 2012a: 144).[223]

SprecherInnen positionieren sich im Gespräch fortlaufend zu bestimmten Sachverhalten, zu sich selbst und ihrem Gegenüber. Neben der in Kapitel 3.4.2 besprochenen epistemischen und deontischen Dimension interaktiver Selbst- und Fremdpositionierungen vollziehen SprecherInnen mitunter auch affektive Positionierungen (*affective stance*, Ochs 1996: 410; Goodwin 2007: 71; s. Fußnote 27 zum *stance*-Begriff): Sie

[223] Es soll nicht negiert werden, dass mit Affektdisplays ein entsprechendes Gefühl im psychischen Haushalt der SprecherInnen einhergehen kann. Ob einer Affektäußerung die dargestellten Affekte jedoch auch tatsächlich zugrunde liegen, kann freilich nicht bestimmt werden, ist allerdings für die Belange einer gesprächsanalytischen Arbeit auch nicht relevant (vgl. Maynard/Freese 2012: 94). Es gilt: Eine Affektdarstellung „[is] not dependent on the existence [...] of natural emotional expressions" (Goffman 1978: 806).

bringen eigene Emotionen ins Gespräch ein, nehmen affektiv aufgeladene Bewertungen vor oder verhalten sich zu den affektiven Positionierungen anderer Interagierender (Du Bois/Kärkkäinen 2012). In letztgenanntem Fall können responsive *stance displays* in zweiter Sequenzposition affiliative, aber auch disaffiliative Reaktionen auf Vorgängerturns anderer SprecherInnen darstellen, d. h. auf einer affektiven Ebene Kongruenz und Unterstützung signalisieren oder ein solches Beipflichten verweigern (Lindström/Sorjonen 2013: 367; Stivers/Mondada/Steensig 2011b: 21).[224] Affiliative Reaktionen sind dabei gegenüber disaffiliativen klar präferiert: Bleibt etwa nach einer Problemerzählung (*troubles-telling*, Jefferson 1988) eine affiliative Reaktion aus, expandieren SprecherInnen diese mitunter so lange und setzen weitere Affektdisplays ein, bis die eingeforderte *affiliation* im Sinne einer gleichlaufenden affektiven Positionierung (Stivers 2008: 35f.) vonseiten ihrer Ko-Interagierenden als zweiter Teil des Adjazenzpaares ‚Affektdisplay – *affiliation*' erfolgt (Christmann/Günthner 1999: 258f.; Muntigl/Horvath 2014a; Ruusuvuori 2007; Selting 2010: 271). Erst dann kann die entsprechende Sequenz zu einem Abschluss kommen.

Ein weiteres zu Analysezwecken einzuführendes Konzept ist der dieser Arbeit zugrundeliegende Empathiebegriff. Zu dessen Definition greife ich auf die in der Gesprächsanalyse inzwischen gängige Konzeptualisierung von Empathie als *display* von Verstehen des emotionalen Zustandes eines Gegenübers zurück. So beschreibt etwa Ruusuvuori (2005b: 205) Empathie „[as] a matter of understanding, of knowing the other person's experience [and] maintaining a dual perspective, imagining oneself in the same situation as the other without forgetting that this experience is not one's own but the other's" (vgl. auch Couper-Kuhlen 2012a: 123f.; Hepburn/Potter 2007: 99ff.; Kupetz 2013: 75; Ruusuvuori 2013: 340; Stommel/te Molder 2018: 524).[225] Im Gegensatz zu psychologischen Ansätzen holt ein solches Verständnis von Empathie diese Größe in den Interaktionsraum und macht deren situative Emergenz somit als „public action" (Silverman/Peräkylä 1990: 313) analytisch beobachtbar.[226] Die entsprechen-

---

224 Komplementär zum Begriff *affiliation* steht das Konzept *alignment*, das auf die strukturelle Ebene von Kooperation verweist (Stivers 2008: 33f.). Alignierende Reaktionen müssen ebenso wenig zwangsläufig affiliativ sein wie affiliative Reaktionen alignierend sein müssen. Beispiele für eine alignierende und dennoch disaffiliative Reaktion finden sich in Kapitel 6.3.2.4 und 6.3.4.4.

225 Aus einem solchen Verständnis von Empathie folgt, dass mit einem Empathiedisplay stets auch eine indirekte epistemische Positionierung einhergeht (Lindström/Sorjonen 2013: 368).

226 Im englischen Sprachraum taucht in Zusammenhang mit *empathy* häufig auch der Begriff *sympathy* (‚Mitgefühl') oder das Begriffspaar *apprehension* und *comprehension* auf (Kupetz 2014b: 27). Die Unterscheidung zwischen diesen beiden Konzepten wird dabei zumeist anhand der Trennlinie *verstehens-/kognitiv- vs. affektorientiert* vorgenommen (Wynn/Wynn 2006: 1389f.). *Empathy* verweist folglich darauf, dass sich eine Person zwar in die Situation ihres Gegenübers hineinversetzt, dabei aber zum Ausdruck bringt, dass die dargestellte emotionale Erfahrung die des Gegenübers ist und nicht die eigene. *Sympathy* hingegen umfasst auch eine Komponente von „‚sinking' into the other's feeling

den Verstehensdisplays gehen dabei bisweilen mit der expliziten Anzeige von Erfahrungsasymmetrien einher. Sacks (1992b: 246) spricht diesbezüglich von einem „distributional character of experience", womit er darauf verweist, dass jeder Mensch über einen unterschiedlichen Erfahrungsbestand verfügt und die Berechtigung, Gefühle, Reaktionen etc. zu einer bestimmten Erfahrung zu äußern, folglich ungleich zwischen Interagierenden verteilt ist. Konträr zu Wissensbeständen, die problemlos mit anderen geteilt werden können, lassen sich Erfahrungen nicht gleichermaßen unproblematisch teilen. Aufgrund der Unzugänglichkeit des Fremderlebens sind Empathiedarstellungen deshalb immer an asymmetrisch gelagerte „experiential rights" (Sacks 1992b: 243) gebunden. RezipientInnen von Affektdarstellungen sehen sich also mit dem Dilemma konfrontiert, einerseits Verstehen der emotionalen Situation ihres Gegenübers zu bekunden, andererseits aber den Eindruck zu vermeiden, in dessen affektives und epistemisches Territorium einzudringen (Heritage 2011b).

Zwar würde eine Auffassung von Empathiedarstellungen als entweder vorhanden oder nicht vorhanden fehlschlagen und die interaktive Realität verkennen. Sehr wohl lassen sich aber ‚stärkere' und ‚schwächere' Ressourcen zur Anzeige von Empathie ausmachen. Hierzu sei nochmals auf Sacks (1992b: 252ff.) verwiesen, der zwischen Verstehensbehauptungen (*claiming understanding*) und Verstehensbekundungen (*exhibiting understanding*) differenziert. Im Gegensatz zum bloßen Behaupten von Verstehen müssen Interagierende im Rahmen von Verstehensbekundungen ihr Verstehen gewissermaßen ‚beweisen', d. h. „eine Anwendung des Gesagten voll[ziehen]" (Kupetz 2013: 76). So behaupten SprecherInnen in Konstruktionen mit mentalen Verben wie *ich verstehe das* (Weatherall/Keevallik 2016) oder *das glaube ich* (Kupetz 2013) zwar Verstehen; um Verstehen aber zu bekunden, muss mehr interaktiver Aufwand betrieben werden, indem etwa durch *also* oder *das heißt* eine Inferenzexplikation formuliert (Deppermann/Helmer 2013) oder durch *formulations* (Hepburn/Potter 2012) herausgestellt wird, wie Aussagen verstanden wurden. Sowohl bei Verstehensbehauptungen als auch bei -bekundungen ist schließlich auch der folgende Turn, d. h. die Reaktion des Affektdarstellers in die Analyse der Empathiesequenz einzubeziehen: Für die explizite Herstellung von Intersubjektivität ist es erforderlich, dass die Verstehensanzeige in dritter Position durch den Affektdarsteller ratifiziert wird; weist der Affektdarsteller das *display* von Verstehen hingegen zurück, muss sein Gegenüber eine *re-affiliation* (Muntigl et al. 2012: 125) vornehmen.[227]

---

state", ist also stärker auf *Mitfühlen* bezogen (Ruusuvuori 2005b: 218; vgl. auch Hepburn/Potter 2007: 102). Für die vorliegende Arbeit folge ich Kupetz (2014a: 91), die für einen „großzügigen Umgang mit dem Begriff der Empathiedarstellung" plädiert und hier auch die Darstellung von Mitgefühl i. S. v. *sympathy* als „Spielart" von Empathie inkludiert. Unter *Empathie* fasse ich somit sowohl verstehens- als auch affektorientierte Reaktionen.

[227] Das Verhältnis zwischen dem hier skizzierten Empathiekonzept und dem vorangehend umrissenen Begriff *affiliation* wird in der Literatur sehr uneinheitlich beschrieben. Zum Teil werden die beiden Begriffe synonym verwendet (Kuroshima/Iwata 2016; Voutilainen

Sowohl Affektdisplays selbst als auch Empathieanzeigen als auf Affektdisplays bezogene reaktive Handlungen manifestieren sich in diversen lexiko-semantischen, morpho-syntaktischen und prosodischen Elementen.[228] Diese fungieren jedoch keineswegs *per se* als Affekt- bzw. Empathieausdrücke, sondern sind in ihrer interaktiven Leistung kontextsensitiv zu interpretieren. Je mehr Hinweise auf affektive Zustände sich dabei finden lassen und je salienter die einzelnen Hinweise sind, desto größer ist auch die Wahrscheinlichkeit, dass die entsprechende Sequenz von den Interagierenden selbst als affektiv bzw. empathisch interpretiert wird (Selting 1994: 392). Gerade die Prosodie stellt eine oftmals zwar nur subtile, nichtsdestotrotz aber mächtige Ressource für die Anzeige von *affective stance* dar. So bietet etwa die Übernahme oder das *upgrading* prosodischer Strukturen des Gegenübers eine Möglichkeit, rein paraverbal *affiliation* auszudrücken (Couper-Kuhlen 2012a). Ferner ist es allein durch das prosodische Design einer Äußerung möglich, Verstehen anzuzeigen. So werden Interagierende in Reaktion auf Affektdarstellungen mit negativer Valenz häufig leiser, sprechen schneller und artikulieren ‚weicher' (Kupetz 2013: 89). Prosodische Cluster können daher als Kontextualisierungshinweise für Affektivität fungieren (Günthner 2000: 128ff.; Reber 2012: 45ff.).

Prinzipiell können SprecherInnen sowohl vom Turndesign (verbal, para- und nonverbal) als auch von Aspekten der sequenziellen Organisation Gebrauch machen, um Affekte zum Ausdruck zu bringen. Es wäre daher falsch, eine affektive Positionierung analytisch in einem singulären sprachlichen Phänomen identizifieren zu wollen (Local/Walker 2008: 723). Das Augenmerk ist stattdessen auf das Zusammenspiel verschiedener Ressourcen zu lenken, was auch impliziert, keine duale Konzeptualisierung von *affective stance* als entweder vorhanden oder nicht vorhanden zu verfolgen. Nicht immer lässt sich eindeutig bestimmen, zu welchem Zeitpunkt eine Interaktion affektiv aufgeladen ist und zu welchem Zeitpunkt nicht bzw. wann der Übergang erfolgt (Voutilainen/Peräkylä/Ruusuvuori 2010b: 89).

Affekt- und Empathiedisplays nicht kontextlosgelöst zu untersuchen, bedeutet schließlich auch, deren Einbettung in verschiedene kommunikative Gattungen ebenso zu reflektieren wie deren Einbettung in institutionelle Settings bzw. privat-informelle Interaktionen. So unterscheiden sich Affekt- und Empathiedarstellungen von professionellen AkteurInnen in Reaktion auf Problemschilderungen einer Klientin der

2012: 236), zum Teil fungiert *Empathie* als Oberbegriff, der neben *affiliation* auch eine Reihe verschiedener anderer Phänomene umfasst (Muntigl/Knight/Watkins 2014: 42) und bisweilen tritt *affiliation* als Hyperonym auf (Heritage 2011b: 167f.; Jefferson 1988: 428). Da empathische Reaktionen mitunter aber auch disaffiliativ sein können (Stommel/te Molder 2018: 540f.), schließt sich eine synonyme Verwendung der beiden Begriffe aus. Ich gehe daher von einer Hyperonym-Hyponym-Beziehung aus und fasse *Empathie* als den Oberbegriff, unter den u. a. der Begriff *affiliation* fällt (vgl. Bauer i. V.).

228 Neben den verbalen und paraverbalen Ressourcen, die mit Emotionsdarstellungen verbunden sind, existieren freilich noch zahlreiche nonverbale Mittel. Da ich für meine Analysen aber lediglich auf Audioaufzeichnungen zurückgreifen kann, gehe ich auf den Bereich der nonverbalen Emotionsdisplays nicht weiter ein. Vgl. hierfür etwa Goodwin/Cekaite/Goodwin (2012) und Kupetz (2014b).

Institution oft grundlegend von denen von FreundInnen einer Affektdarstellerin (Jefferson/Lee 1981). In psychotherapeutischen Gesprächen etwa wären empathische Reaktionen der Therapeutin bisweilen sogar dysfunktional – bringen die KlientInnen Affekte zum Ausdruck, die als pathologisch einzuordnen sind, sollte die Therapeutin kein Verstehen anzeigen und ihrem Gegenüber so möglicherweise indirekt die ‚institutionelle Legitimation' eines solchen Gefühls erteilen. Zudem würde dadurch die angestrebte Lösungsfindung als Ziel der Therapie redundant: „Completely affiliating with (negative) feelings implies claiming that ‚you are entitled to have these feelings', which may block a solution" (Stommel/te Molder 2018: 541; vgl. auch Peräkylä 2012: 276).

Wird zuletzt speziell die Forschung zu Affekt- und Empathieanzeigen in ÄrztIn-PatientIn-Gesprächen in den Fokus gerückt (vgl. allgemein Heritage/Lindström 2012b), ist zunächst anzumerken, dass es prinzipiell immer auch von der jeweiligen medizinischen Subdisziplin abhängt, zu welchem Grad Affekte in der ÄPI eine Rolle spielen.[229] Wie unmittelbar einleuchtend sein dürfte, ist die Wahrscheinlichkeit von Affektdarstellungen im onkologischen oder gar palliativmedizinischen Bereich ungleich höher als bei der Besprechung von Blutwerten in der Hausarztpraxis – obgleich freilich auch hier Affekte zum Ausdruck kommen können (Lindemann 2015: 157). Insbesondere in sehr affektbehafteten Interaktionen wie etwa Diagnosemitteilungsgesprächen in der Onkologie müssen ÄrztInnen einen Balanceakt vollziehen zwischen affiliierenden, Empathie anzeigenden Reaktionen auf die Gefühlsäußerungen der PatientInnen einerseits und der Erhaltung der thematischen Progression andererseits (Ruusuvuori 2005a, 2007; Weiste 2016). Wie Ford/Hepburn/Parry (2019) und Ford (2017: 139f.) für Interaktionen in der Palliative Care zeigen, können ärztliche Empathiedisplays in potenziell heiklen Kontexten, in denen es etwa um die verbleibende Lebenszeit geht, auch die Funktion erfüllen, Diskrepanzen zwischen den Erfahrungswerten der PatientInnen und der fachlichen Expertise der ÄrztInnen, also zwischen der *epistemics of expertise* und der *epistemics of experience* (Heritage 2013b) zu überbrücken: PalliativpatientInnen verlangen mitunter therapeutische Maßnahmen, die in ihrem Krankheitsstadium nicht mehr sinnvoll und effektiv wären, sodass die ÄrztInnen den Wunsch der PatientInnen auf Grundlage ihres fachlichen Wissens ablehnen, zugleich aber signalisieren, dass sie diesen Wunsch verstehen. Gleiches gilt auch für den Fall, dass PatientInnen ihre Symptome als wesentlich schlimmer einstufen als sie es aus einer medizinischen Perspektive sind. Hier sehen sich die ÄrztInnen ebenfalls vor die Aufgabe gestellt, den

[229] Auch zu diesem Thema liegen bislang fast keine gesprächsanalytischen Studien zu Pflege-PatientIn-Interaktionen im Krankenhaus vor, weshalb hier lediglich auf ÄPI eingegangen werden kann. Die einzige mir bekannte konversationsanalytische Studie, die sich mit Empathieanzeigen in PPI beschäftigt, stammt von Wu (2021). Allerdings dient die Studie mehr dazu, den LeserInnen der pflegewissenschaftlichen Zeitschrift, in der sie publiziert wurde, den Nutzen der Konversationsanalyse aufzuzeigen, als tiefergehende Erkenntnisse darüber zu produzieren, was die Besonderheiten pflegerischer Empathieanzeigen sind.

PatientInnen auf Grundlage ihrer Expertise Befürchtungen und Ängste zu nehmen, zugleich aber Verständnis für ebendiese Befürchtungen und Ängste zu signalisieren. Ford (2017) zeigt insgesamt auf, inwiefern sich in der Interaktion von PalliativärztInnen mit PatientInnen der Kerngedanke der Palliative Care manifestiert, eine Integration von biomedizinischer und psychosozialer Versorgung herbeizuführen und so neben den physischen Schmerzen auch das psychische Leiden in den Blick zu nehmen. Neben Fällen, in denen der emotionale Zustand der PatientInnen isoliert von ihrer somatischen Diagnose besprochen wird, bilden die Gefühle der PatientInnen in der Mehrzahl der von Ford untersuchten Interaktionen nicht den alleinigen thematischen Fokus, sondern werden in die Besprechung der biomedizinischen Krankheitsaspekte integriert. Ford betrachtet allerdings allein ÄrztIn-PatientIn-Interaktionen. Im Folgenden fokussiere ich demgegenüber neben den ärztlichen Praktiken auch die Praktiken, von denen die Pflegekräfte im Rahmen des Sprechens über Affekte Gebrauch machen.

### 6.3.2 Pflegerisches Sprechen über das psychosozial-affektive Krankheitserleben

Aus der vorangehenden Darlegung des Forschungsstandes dürfte deutlich geworden sein, dass die Sequenzen, in denen sich die Interagierenden über affektives Krankheitserleben unterhalten, im Gesamtkorpus nicht annähernd so mühelos und eindeutig zu identifizieren sind wie die Belege für das Sprechen über Medikamente und das Sprechen über Schmerzen. Daher gehe ich an dieser Stelle zunächst noch auf mein Vorgehen bei der Erstellung der diesem Kapitel zugrunde liegenden Kollektion aus Pflege- und ÄrztIn-PatientIn-Interaktionen ein (vgl. für die folgenden Ausführungen auch Weiste/Peräkylä 2014: 691).

Die gesamten 26 Stunden Gesprächsmaterial, für das Transkripte vorliegen, wurde auf Sequenzen hin durchsucht, in denen entweder die PatientInnen selbst bzw. deren Angehörige Affekte zum Ausdruck bringen („[either] the [patients] express ‚here and now' emotions (i.e., by crying), or they describe how they feel about somebody or something", Weiste/Peräkylä 2014: 694), oder in denen die PflegerInnen bzw. die ÄrztInnen das Thema des affektiven Krankheitserlebens in die Interaktion einführen. Da sich in den Daten zeigt, dass eine interaktive Bearbeitung des affektiven Krankheitserlebens i. d. R. lediglich im Hinblick auf Affekte mit negativer Valenz vonnöten ist, wurden auch nur solche Beispiele aus den Gesprächen extrahiert, in denen die verhandelten Affekte von den InteraktionspartnerInnen als schwierig, belastend o. dgl. kontextualisiert werden. Das Hauptaugenmerk galt dabei zunächst der semantisch-lexikalischen Ebene, wobei auch Gesprächssequenzen aufgenommen wurden, in denen sich Affekte lediglich auf der prosodischen Ebene manifestieren. Bisweilen wurden auch ethnografische Informationen über die PatientInnen und/oder über den Wissensstand der professionellen Akteur-Innen einbezogen, die ich z. B. im Rahmen der

interdisziplinären Teambesprechungen, der Übergabegespräche oder informeller Interaktionen im Stationszimmer erhalten habe.
Eine letzte Anmerkung, die gleichermaßen für die PPI wie auch für die ÄPI gilt, sei noch hinsichtlich der Zuordnung der Gesprächssequenzen zu den verschiedenen Praktiken gemacht: Mitunter können einzelne Belege verschiedenen Praktiken zugeordnet werden. In diesen Fällen habe ich die jeweiligen Sequenzen bei der quantitativen Auswertung bei allen entsprechenden Praktiken berücksichtigt. Im Rahmen der Analyse weise ich an den relevanten Stellen auf die z. T. auftretenden Überschneidungen hin.

#### *6.3.2.1 Praktiken des initialen Thematisierens von psychosozial-affektivem Krankheitserleben*

Zu Beginn der analytischen Betrachtung des pflegerischen Sprechens über Affekte setze ich mich zunächst mit der Frage auseinander, wie es den Pflegekräften überhaupt gelingt, das psychosozial-affektive Krankheitserleben der PatientInnen bzw. Angehörigen zum Zwecke einer weiteren interaktiven Bearbeitung desselben als konversationellen Gegenstand zu etablieren, wenn dieses in der aktuellen Interaktion noch nicht thematisiert wurde. Obgleich die PflegerInnen selbstverständlich keinen primären Zugang zum affektiven Erleben der PatientInnen und Angehörigen haben,[230] führen sie diese Thematik in der Hälfte der insgesamt vorliegenden 18 Belege eigeninitiativ in die Interaktion ein und setzen dadurch eine entsprechende affektive Positionierung ihrer GesprächspartnerInnen in zweiter Position relevant. Das psychische Ergehen der PatientInnen oder z. T. auch der Angehörigen wird dabei zumeist eher indirekt thematisiert: In je drei Fällen setzen die PflegerInnen die Praktiken *NOTICING* und *TOPIC PROFFERING* (s. u.) ein[231] und geben ihrem Gegenüber dadurch die Möglichkeit, das Sprechen über das affektive Krankheitserleben gesichtswahrend und relativ einfach, d. h. ohne großen interaktiven Aufwand betreiben zu müssen, abzuwehren und stattdessen etwa allein über körperliche Aspekte des Leidens zu reden. Nur in drei der neun Belege erscheint vonseiten der Pflegekräfte eine direkt oder indirekt formulierte Frage, durch welche sie das affektive Erleben der PatientInnen und/oder der Angehörigen relevant setzen und somit eine kohärente Antwort erwartbar machen. Dass eine solche Frage mitunter jedoch heikel sein kann und insbesondere dann, wenn die PatientInnen mit einer *no problem*-Antwort (Shaw et al. 2017: 262)

[230] Nach Labov/Fanshel (1977: 100) handelt es sich somit um ein *B-Event*, d. h. um etwas, bzgl. dessen eine Sprecherin einen geringeren epistemischen Status hat als ihr Interaktionspartner.

[231] Aufgrund der geringen Belegzahlen für die einzelnen Praktiken stelle ich im aktuellen Kapitel die formalen (lexikalisch-syntaktischen) Charakteristika der einzelnen Praktiken im Gegensatz zu Kapitel 6.1 zum Sprechen über Medikamente nicht überblicksartig in tabellarischer Form dar.

reagieren, zumindest retraktiv *accountable* zu machen ist, zeigt die Analyse des folgenden Gesprächsausschnittes.

Es handelt sich um eine Sequenz, die dem ersten aufgezeichneten Gespräch mit Frau Meiersfeld entstammt, die sich seit zehn Tagen auf der Palliativstation befindet. Während der Pfleger außersprachliche Tätigkeiten verrichtet, erzählt die Patientin ihm, dass sie in der Nacht eine Blutspende bekommen habe und nun wieder über mehr Kraft verfüge, aber sehr müde sei:

***Ausschnitt 57: Zur Ruhe kommen (701_21_P_20191105; 00:06:42-00:07:06)***

```
001 PAw21:  ich bin hundeMÜD; (1.0)
002         war heut sehr AUF(regend;) (---)
003 PFm10:  °hhh (.) <<seufzend, behaucht> hA: JA;> (---)
004         un-
005         (.) und vom KOPF her,=
006 PAw21:  =((stöhnt leise))
007 PFm10:  (.) kann=er zur RUH komma oder:-
008         oder eher NET gra[d;]
009 PAw21:                   [do]ch,
010         ich ko[mm SCHO          ] zur rUh;
011 PFm10:        [<<gepresst> ja:->] (--)
012         weil- (-)
013         weil DES isch- (-)
014         <<all> SAG i mol->
015         im im kopf schaffa duad_s wahrscheinlich SCHO
            grad;=AL[so;]
016 PAw21:          [na ]TÜRlich aber- (---)
017         <<len> ich bin ja au sEhr (-) GLÄUbich;>
018 PFm10:  <<p, gepresst> ja:;> (-)
```

Weshalb Frau Meiersfeld erwähnt, dass der Tag „sehr AUF(regend;)" (Z. 002) war und dies indirekt als Begründung für ihre Müdigkeit anführt, bleibt unklar.[232] Der Pfleger reagiert auf die Aussage der Patientin mit einem minimalen, seufzend geäußerten Rückmeldesignal (Z. 003) und signalisiert anschließend durch den Konnektor „und" (Z. 005), dass sein folgender Redebeitrag unmittelbar am vorangehenden Turn der Patientin anknüpft bzw. aus diesem resultiert (*and-prefacing*, Heritage/Sorjonen 1994). Auf die als Freies Thema fungierende PräpP „vom KOPF her," (Z. 005) folgt sodann die V1-Frage „kann=er zur RUH komma oder:-" (Z. 007), die unmittelbar danach zu einer bipolaren Alternativfrage expandiert wird (Z. 008).

Während Frau Meiersfeld lediglich angab, dass der Tag ‚aufregend' war, und diesbezüglich eine Verbindung zu ihrer Müdigkeit als körperlichem Zustand herstellte, führt der Pfleger mit seiner Frage die kognitiven Prozesse der Patientin in die Interaktion ein. Hierbei ist allein kontextuell inferierbar, dass sich die Frage auf das affektive Erleben seiner Gesprächspartnerin bezieht, das folglich nur indirekt relevant gesetzt wird. Dass der Pfleger als Subjekt das anaphorische Pronomen ‚er' wählt, das auf die NP

[232] Aus der morgendlichen Teambesprechung an diesem Tag, an der ich teilnahm, weiß ich lediglich, dass einige Untersuchungen durchgeführt werden sollten (u. a. eine Sonografie). Möglicherweise verweist die Patientin hier aber auch auf die Blutspende in der Nacht.

‚Kopf' und somit auf eine metonymische Relation zwischen dem ‚Kopf' als Körperteil und dem kognitiven bzw. indirekt dem affektiven Zustand (Gedanken bzw. psychische Vorgänge) rückverweist, ermöglicht es ihm, seine Frage ohne adressatendeiktische Elemente und folglich distanziert sowie maximal unpersönlich zu formulieren.
Durch die Responsivpartikel „doch," (Z. 009) widerspricht Frau Meiersfeld anschließend der im negativ formulierten Teil der pflegerischen Alternativfrage enthaltenen Proposition und führt an: „ich komm SCHO zur rUh;" (Z. 010). Indem sie das Subjekt der Frage des Pflegers (‚Kopf') nicht aufgreift, sondern sich des Personalpronomens der 1. Pers. Sg. bedient, stellt sie den beschriebenen Vorgang bzw. Zustand klar als persönliches affektives Erleben heraus. Ihre *no problem*-Antwort (Shaw et al. 2017: 262) führt im Folgenden nun dazu, dass der Pfleger einen durch den Diskursmarker „weil" (Z. 012, 013) eingeleiteten *account* für seine vorherige Frage anführt und so nachträglich eine Begründung dafür liefert, weshalb er diese Frage überhaupt stellte. Die metakommunikative Konstruktion „<<all> SAG i mol->" (Z. 014) fungiert hierbei als Unschärfemarker (vgl. König 2014: 265) und schwächt – ebenso wie zuvor bereits die Wortwahl ‚Kopf' anstatt ‚Seele/Psyche' – die potenziell heikle Thematisierung fremden Erlebens ab. Die Begründung selbst ist sodann durch das Kommentaradverb „wahrscheinlich" (Z. 015) ebenfalls in abgeschwächter, tentativer Weise formuliert; gleichzeitig zeigt er dadurch aber auch Verstehen und somit Empathie an: „weil DES isch- (-) <<all> SAG i mol-> im im kopf schaffa duad_s wahrscheinlich SCHO grad;" (Z. 013–015).
Die Patientin stimmt der Proposition der sprechhandlungsbezogenen Begründung ihres Gesprächspartners zu und rahmt diese als selbstevident („naTÜRlich", Z. 016). Anschließend leitet sie durch den adversativen Konnektor „aber" (Z. 016) allerdings ihrerseits eine Begründung ein, weshalb sie trotz des ‚Schaffens im Kopf' zur Ruhe kommt: „<<len> ich bin ja au sEhr (-) GLÄUbich;" (Z. 017). Ob sie mittels der Abtönungspartikel ‚ja' auf geteiltes Wissen verweist oder ob sie die Partikel argumentativ einsetzt, um es als plausibel zu rahmen, dass sie aus ihrem Glauben Kraft zieht (vgl. ähnlich Reineke 2016: 117), bleibt aufgrund des Fehlens vorangehender Gesprächsaufnahmen fraglich. Der Pfleger reagiert hierauf zunächst mit einem leise und gepresst artikulierten Rückmeldesignal (Z. 018). Im Folgenden geht er auf eine allgemeine und entpersonalisierte Weise zwar erst noch weiter auf das Gesagte ein, wechselt sodann aber rasch das Thema und fokussiert die außersprachlichen Handlungen (nicht abgedruckt).
Beim hier betrachteten Ausschnitt handelt es sich um den einzigen Beleg, in dem eine Pflegekraft ihre Frage nach dem affektiven Krankheitserleben anschließend *accountable* macht, und auch um den einzigen Beleg, in dem die Frage nach dem affektiven Krankheitserleben nur indirekt gestellt wird, in dem also kontextuell inferiert werden muss, dass die Frage auf das affektive Erleben und nicht auf kognitive Prozesse abzielt. In den beiden anderen Belegen, in denen die Pflegekräfte eine Frage zur initialen

Thematisierung des affektiven Krankheitserlebens einsetzen, erfolgt vonseiten der PatientInnen bzw. Angehörigen keine *no problem*-Antwort, sodass die nachträgliche ‚Legitimation' der Frage durch einen *account* nicht nötig ist.

Das folgende Beispiel illustriert den Einsatz der Praktik *NOTICING*, auf die die Pflegekräfte in meiner 18 Belege umfassenden Kollektion zum pflegerischen Sprechen über das affektive Krankheitserleben insgesamt dreimal zurückgreifen. Der untenstehende Transkriptausschnitt stammt fast unmittelbar vom Beginn einer Interaktion. Zuvor hatte sich die Pflegerin dafür entschuldigt, dass sie erst jetzt komme, um die Beine der Patientin Frau Rüpper zu wickeln. Nach der Feststellung, dass die Beine wieder dicker wurden, setzt sich das Gespräch wie folgt fort:

***Ausschnitt 58: Augenprobleme (134_07_P_20190213; 00:00:22-00:00:50)***

```
030 PFw14:  wenn se sich jetzt grad nommal HINlegen,
031         und ich WASCH die beine bissl,
032         und crem se EI;
033         und dann WICKle mer se;
034 PAw07:  [jo;   ]
035 PFw14:  [wär DE]S,
036 PAw07:  <<p, behaucht> des wär SUBber;>=
037 PFw14:  =<<p> aber sie SIN:-
038         wirkad grad a bissle NIEdergschlaga?> (---)
039 PAw07:  <<p, seufzend> mh:[:;>       ]
040 PFw14:                    [<<p, h> al]les oKEE,> (1.1)
041         [<<t> soWEIT;>]
042 PAw07:  [mei AU       ]G,
043         macht mer proBLE[me;]
044 PFw14:                  [des] [AUge? ]
045 PAw07:                        [(mei-)] (-)
046 PFw14:  was MACHT des auge, (1.2)
047 PAw07:  also oh[ne BRILL,]
048 PFw14:         [des LIN  ]ge, (---)
049         desch bissle ROT;
050 PAw07:  seh nur noch SCHADda;[233] (-)
051 PFw14:  [<<len> ouKEY;>]
052 PAw07:  [ohne BRILL;   ]
053 PFw14:  <<creaky, behaucht> j:a;> (-)
054         <<h> und MIT brill,> (-)
055         [<<pp, lachend> hm hm hm hm HM;>]
056 PAw07:  [seh a bissl BESser;            ]
057 PFw14:  oKEE; (--)
058         <<p> halt jetzt isch se verSCHOba,
059         s::o.> (---)
060 PAw07:  <<seufzend> oh::[::;>            ]
061 PFw14:                  [<<seufzend> oh:;>]
062 PAw07:  des mach[t mer        ] probLEme jo;=
063 PFw14:          [<<p> (oKEE;)>]
064         =<<p, creaky> oKEE;> (--)
065         <<pp> oKEE;>
```

[233] ‚Schatten'.

Als Vorbereitung der außersprachlichen Handlung des Beinewickelns fordert die Pflegerin die Patientin zunächst in Form eines insubordinierten, alleinstehenden *wenn*-Satzes dazu auf, sich hinzulegen. Der *wenn*-Satz fungiert dabei als „Höflichkeitskonditional" (Günthner 1999: 217), wodurch die Aufforderung abgeschwächt und als abhängig von der Erlaubnis der Patientin präsentiert wird. Anschließend kündigt die Pflegerin außersprachliche Handlungen an und strukturiert den Pflegeprozess so für Frau Rüpper vor (vgl. Posenau 2014: 87). Diese ratifiziert die projizierte Handlungsprogression in Z. 036 durch eine positive Evaluation derselben. Im Folgenden nimmt die Pflegerin durch den Diskursmarker „aber" einen Themenwechsel vor, indem sie den Fokus vom körperlichen zum affektiven Zustand der Patientin verschiebt: „aber sie SIN:- wirkad grad a bissle NIEdergschlaga?>" (Z. 037–038).

Zur initialen Thematisierung des affektiven Ergehens der Patientin bedient sich die Pflegerin hier einer Praktik, die ich in Anlehnung an Sacks (1992b: 87), Schegloff (1988: 120ff.) und Muntigl/Horvath (2014a) als *NOTICING* bezeichne.[234] Dabei schildert die Pflegerin ihre subjektive Wahrnehmung und führt diese als Evidenz für die erfolgte Affektzuschreibung bzw. die affektive Fremdpositionierung an, was es ihr ermöglicht, trotz des fehlenden Zugangs zum affektiven Erleben der Patientin eine Aussage hierüber zu tätigen. Dass dies prinzipiell ein heikles Unterfangen sein kann, zeigt sich zum einen am Heckenausdruck „a bissle" (Z. 038), durch den die Pflegerin ihre Aussage mitigiert. Zum anderen nimmt sie durch das als Evidentialitätsmarker fungierende Verb ‚wirken' eine epistemische Herabstufung ihrer Aussage vor (*epistemic downgrading*, Heritage 2011b: 170). Schließlich manifestiert sich auch in der stark steigenden finalen Tonhöhenbewegung auf der prosodischen Ebene epistemische Unsicherheit, wodurch die Pflegerin indiziert, dass sie ihrem Gegenüber die Ratifikation ihres als Deutungshypothese formulierten Wahrnehmungseindrucks überlässt (vgl. dazu Couper-Kuhlen 2012b: 143).

Die Patientin reagiert auf das *NOTICING* lediglich mit einem leisen Seufzen, weshalb die Pflegerin in Z. 040 eine Folgefrage stellt (*follow-up question*, Muntigl/Horvath 2014a: 97) und damit die konditionelle Relevanz einer Antwort hochstuft: „<<p, h> alles oKEE,>" (Z. 040). Nach einer 1,1 Sekunden anhaltenden Schweigephase merkt Frau Rüpper schließlich – in Überlappung mit einer *candidate answer*[235] (Pomerantz 1988) der Pflegerin (Z. 041) – an, dass ihr Auge ‚Probleme macht' (Z. 042–043). Der Eindruck der Niedergeschlagenheit, den die Pflegerin gewonnen hatte, rührt folglich nicht von psychischen, sondern von physischen Beschwerden her.

---

234 Fiehler (1990a: 45) spricht von „explizite[n] Formulierung[en] von Emotionsdeutungen". Da der englische Begriff kürzer ist, gebrauche ich diesen.

235 Prinzipiell könnte es sich bei der TCU der Pflegerin – „soWEIT;" (Z. 041) – auch um eine progressive Expansion ihrer Frage aus Z. 040 zur Verstärkung der Antwortrelevanz handeln. Da das Adverb prosodisch jedoch anders gestaltet ist als die vorherige Frage (nicht mehr leise und nun in einem tiefen Tonhöhenregister) und keine final-steigende Tonhöhenbewegung aufweist, scheint eine Deutung als *candidate answer* plausibler.

Anknüpfend an die initiale minimale Beschwerdeschilderung der Patientin führt die Pflegerin eine knappe Anamnese durch. Nach relativ kurzer Zeit wird die anamnestische Tätigkeit jedoch zugunsten einer empraktischen Referenz auf die außersprachliche Handlung (Beinewickeln) aufgegeben (Z. 058). Die Patientin beginnt indes erneut, zu seufzen (Z. 060), woraufhin auch die Pflegerin einen seufzenden Laut äußert (Z. 061) und durch dieses dialogische Seufzen *affiliation* anzeigt und ihrer Gesprächspartnerin affektive Reziprozität versichert. Schließlich wiederholt Frau Rüpper, dass ihr Auge Probleme macht und beendet ihren Turn mit einem affirmativen „jo" (Z. 062), ehe die Pflegerin durch den dreimaligen Gebrauch des *acknowledgement token* „oKEE;" (Z. 063, 064, 065) einen potenziellen Sequenzschluss indiziert.
Abschließend kann festgehalten werden, dass die Pflegerin unter Einsatz der Praktik *NOTICING* zwar versucht, das affektive Krankheitserleben der Patientin zu thematisieren. Da die als Wahrnehmungseindruck formulierte Niedergeschlagenheit der Patientin ihre Ursache jedoch nicht in einem psychischen, sondern einem körperlichen Leiden hat, geht die Patientin zwangsläufig auf ihre physiologische Beschwerde ein. Somit elizitiert die Strategie der Pflegerin zwar insofern eine Problemschilderung, als die Patientin den ihr eröffneten konversationellen Raum zur Wiedergabe ihrer Beschwerden nutzt – diese sind letztlich aber nicht affektiver Natur. Von den drei Belegen, die für den Gebrauch der hier untersuchten Praktik vorliegen, verhält es sich mit einem weiteren Beispiel insofern ähnlich wie mit dem hier analysierten Ausschnitt, als der von der Pflegekraft formulierte Eindruck auch dort aus einer körperlichen und nicht aus einer psychischen Disposition resultiert. Im dritten Beleg hingegen zeigt die Patientin zumindest auf der verbalen Ebene keine Reaktion auf die affektive Fremdpositionierung.

Zuletzt widme ich mich noch der Praktik *TOPIC PROFFERING*, die in meinen Daten ebenfalls dreimal zur initialen Thematisierung des affektiven Krankheitserlebens der PatientInnen bzw. Angehörigen auftritt. Zu Beginn des Gesprächs, aus dem der abgedruckte Ausschnitt stammt, wurde zunächst die Luftnot des Patienten Herrn Nachtigall thematisiert. Die Pflegerin führt diesbezüglich an, dass die Ehefrau des Patienten ihr bereits davon erzählt hatte:

***Ausschnitt 59: Andere Vorstellungen (467_13_P_20190322; 00:00:37-00:01:28)***[236]

```
013 PFw08:   ja sie hat_s mir AU scho gsagt; (6.2)
014          sind se mit ganz andern vOrstellungen hierHER
             gekommen;=
015          =vor Z:WEI wochen war_s;=gä, (---)
016          mit IHrem- (--)
017          TÄSCHlE; (1.4)
018          ((Zimmertür geht auf))
019 ??:      <<pp> hm_HM;> (1.6)
020 PFw08:   ((1,3-sekündige Interaktion von PFw08 mit der
             Physiotherapeutin, die das Zimmer betritt; es geht um
```

[236] Der gesamte Ausschnitt zeichnet sich durch eine gedämpfte und leise Sprechweise aus.

```
             eine andere Patientin)) (2.7)
021 ANw13a:  <<pp> uff jEden FALL,>
022 PFw08:   (.) m_HM; (--)
023 ANw13a:  mit anderen vorSTELlungen; (12.6)
024          weil eben ALles dann, (--)
025          so DIE:-
026 PAm13:   [(ah/ja/was-)]
027 ANw13a:  [über        ] zwEIeinhalb jahre alles so in
             ORDnung war,
028 PFw08:   [hm_HM;]
029 ANw13a:  [ne,    ] (-)
030 PFw08:   geWÖHNT ma sich irgendwie dran;=Oder,
031          dass ma DENKT des- (-)
032 ANw13a:  man akzep[↑TIERT_]S?
033 PFw08:            [ja:,   ] (1.5)
034 ANw13a:  man LEBT da↑mIt? (1.1)
035          <creaky> ah:m->
036          man setzt sich damit ausaNANder,=
037          =aber man denkt nicht je[den TA]G dadrAn;>
038 PFw08:                           [hm_HM;]
```

Im Anschluss an eine 6,2 Sekunden andauernde Schweigephase ergreift die Pflegerin das Rederecht und führt einen Sachverhalt an, der im epistemisch-affektiven Territorium des Patienten und dessen Ehefrau liegt und zu dem sie entsprechend nur einen eingeschränkten Zugang hat: „sind se mit ganz andern vOrstellungen hierHER gekommen;= =vor Z:WEI wochen war_s;=gä," (Z. 014–015). Mit dieser Aussage bezieht sie sich darauf, dass der Patient ursprünglich lediglich für eine Pleurapunktion zur Verbesserung seiner Atemnot ins Krankenhaus gekommen und auf die Palliativstation aufgenommen wurde und anschließend wieder entlassen werden sollte.[237] Eine Rückkehr nach Hause stellt vorerst jedoch keine Option mehr dar, da sich sein Allgemeinzustand innerhalb kurzer Zeit drastisch verschlechtert hat. Das (indirekte) Etablieren eines Kontrastes zwischen den ‚Vorstellungen', die der Patient und dessen Ehefrau[238] zum Zeitpunkt der Aufnahme auf die Palliativstation hatten, und der aktuellen Situation lässt sich mit Schegloff (2007: 169f.) als *TOPIC PROFFERING* bezeichnen:

> „With a topic proffer […], a speaker proposes a particular topic (as compared to a solicitation, in which the speaker invites the recipient to propose a topic), but does not actively launch or further develop the proposed topic (as in a unilateral topic initiation). By ‚proffering' the topic, the speaker makes it available to recipient(s) to embrace or reject".

[237] Dass es sich hier nicht um eine *request for information*, sondern um eine *request for confirmation* handelt (vgl. Heritage/Robinson 2006b: 93; Stivers 2019: 195), ergibt sich aus früheren Interaktionen zwischen dem Ehepaar und der Pflegerin, in denen ebenfalls bereits darüber gesprochen wurde, dass Herr Nachtigall nun schon viel länger im Krankenhaus ist als geplant.

[238] Das Höflichkeitspronomen „se" (Z. 014) ist zunächst ambig in seiner Referenz; ohne entsprechende multimodale Daten lässt sich nicht bestimmen, ob die Pflegerin damit den Patienten, dessen Ehefrau oder beide adressiert. Vgl. hierzu auch Fox/Thompson (2018), die das Blickverhalten von Interagierenden im Kontext von *topic proffers* untersuchen.

Indem die Pflegerin ‚Vorstellungen' des Ehepaars und somit ein *B-Event* (Labov/Fanshel 1977: 100) schildert, führt sie ein neues Gesprächsthema – ein „recipient-oriented topic" (Schegloff 2007: 170) – ein und bietet dieses Frau und Herrn Nachtigall zur interaktiven Bearbeitung an. Allerdings ergreifen zunächst weder der Patient noch dessen Frau das Rederecht, sodass die Pflegerin ihren Turn nach einer 0,8 Sekunden langen Schweigephase um die PräpP „mit IHrem- (--) TÄSCHle;" (Z. 016–017) expandiert. Erst nach einer kurzen Unterbrechung der triadischen Interaktion durch eine Physiotherapeutin folgt eine sehr leise geäußerte Bestätigung vonseiten der Ehefrau des Patienten (Z. 021), die sie nach einem Rückmeldesignal der Pflegerin (Z. 022) verstärkend erweitert: „mit anderen vorSTELlungen;" (Z. 023).

Abermals entsteht sodann eine Gesprächspause, die erst 12,6 Sekunden später von Frau Nachtigall beendet wird. Infolge zweier Selbstabbrüche referiert diese auf die Krankheitsgeschichte ihres Mannes, der nach einer initialen Krebsdiagnose vor zweieinhalb Jahren weitgehend beschwerefrei ein ‚normales' Leben führen konnte, und führt dies retraktiv als Begründung dafür an, weshalb sie und ihr Mann ‚mit anderen Vorstellungen' ins Krankenhaus gekommen waren: „weil eben ALles dann, (--) so DIE:- über zwEIeinhalb jahre alles so in ORDnung war," (Z. 024–025, 027). Nach dem *TOPIC PROFFER* ihrer Gesprächspartnerin initiiert sie hiermit „the topic-talking sequence itself" (Schegloff 2007: 180), reagiert also in thematisch kohärenter Weise. Die Pflegerin geht anschließend auf diesen Aspekt der Krankheitsgeschichte ein und nimmt dabei eine Generalisierung vor: „geWÖHNT ma sich irgendwie dran;=Oder," (Z. 030).[239] Indem sie die Erfahrung ihrer Gesprächspartnerin mittels des generischen Pronomens ‚man' als allgemeingültig darstellt (s. Kapitel 6.3.2.2), signalisiert sie Empathie, bringt also zum Ausdruck, die Situation des Ehepaars verstehen zu können (vgl. auch Günthner 2017c: 12). Gleichzeitig indiziert sie mittels der durch den Heckenausdruck ‚irgendwie' erfolgten Abschwächung des Gesagten sowie mittels des Alignmentmarkers ‚oder', durch welchen die ausgedrückte Proposition zur Disposition gestellt wird (vgl. Drake 2016: 175), eine Erfahrungsasymmetrie.

Frau Nachtigall greift die unpersönliche Formulierung der Pflegerin auf und führt in Form einer Listenstruktur generische Aussagen zum Umgang mit einer Krebserkrankung an, die zunächst nicht mit schweren Symptomen einhergeht (Z. 032, 034–037).[240] Durch das de-agentivierende Pronomen ‚man' stellt sie sich (und ihren Mann) „in eine suggerierte große Gruppe von nicht näher spezifizierten Personen" (Imo 2020: 10) und erreicht durch diese Entpersonalisierung eine Distanzierung von der eigenen Erfahrung (vgl. auch Stukenbrock 2015: 84).

---

239 Der hier besprochene Gesprächsausschnitt wurde sowohl den Belegen für das initiale Thematisieren des psychosozial-affektiven Krankheitserlebens zugerechnet als auch den Belegen für die Praktik GENERALISIEREN (Kapitel 6.3.2.2).

240 Dass es hier um den Umgang mit der Krebsdiagnose geht, erschließt sich aus entsprechendem ethnografischem Hintergrundwissen; in der hier betrachteten Sequenz selbst ist davon an keiner Stelle die Rede; stattdessen wird lediglich mit unbestimmt bleibenden Pro-Formen darauf referiert.

Der abgedruckte Ausschnitt endet an dieser Stelle – Frau Nachtigall und die Pflegerin unterhalten sich jedoch noch fast zwölf Minuten lang weiter über das affektive Krankheitserleben. Somit lässt sich festhalten, dass das *TOPIC PROFFERING* vonseiten der Angehörigen angenommen wurde und es zu einer ausführlichen Bearbeitung des von der Pflegerin eingebrachten, im affektiv-epistemischen Territorium ihrer GesprächspartnerInnen verorteten Themas kam. Im Gegensatz dazu ist die Reaktion in den anderen beiden Belegen, in denen die Pflegerinnen auf das *TOPIC PROFFERING* zurückgreifen, um das affektive Krankheitserleben ins Gespräch einzuführen,[241] dispräferiert: In einem Fall unternimmt die Pflegerin insgesamt drei Versuche, die psychosoziale Dimension des Handicaps, das die Patientin aufgrund ihrer Krebserkrankung hat, als intersubjektiv geteilten Gesprächsgegenstand zu etablieren. Da die Patientin im Anschluss daran aber jedes Mal die parallel ablaufende außersprachliche Handlung thematisiert, kommt es zu keiner interaktiven Bearbeitung ihrer Affekte (s. Ausschnitt 62, Kapitel 6.3.2.2). Im verbleibenden dritten Beleg reagiert die Patientin auf das *TOPIC PROFFERING* lediglich mit einem knappen Rückmeldesignal, an das sich eine 86 Sekunden lange Schweigephase anschließt. Elaborierte Reaktionen auf die Praktik *TOPIC PROFFERING* sind somit die Ausnahme.

Die vorangehend beschriebenen Praktiken zur initialen Thematisierung des affektiven Krankheitserlebens der PatientInnen bzw. Angehörigen – FRAGEN, *NOTICING* und *TOPIC PROFFERING* – führen aufseiten der ‚KlientInnen' der Institution nur selten zu elaborierten Antworten, an die sich eine ausführliche interaktive Bearbeitung der Affekte anschließt: Mit Ausschnitt 57 wurde zunächst ein Beispiel betrachtet, in dem die Patientin zwar den durch die Frage des Pflegers konditionell relevant gesetzten zweiten Paarteil produziert, in dem der Pfleger anschließend jedoch eine retraktive Sprechhandlungsqualifikation vornehmen muss, da die Patientin angibt, aktuell unter keinen psychisch belastenden Auswirkungen ihrer Krankheit zu leiden. In Ausschnitt 58 führt das *NOTICING* der Pflegerin ebenfalls nicht dazu, dass das affektive Krankheitserleben der Patientin weitergehend interaktiv bearbeitet wird, da der Eindruck, den die Pflegerin gewonnen und der ihr als Evidenz für die angeführte Niedergeschlagenheit der Patientin gedient hatte, aus einem körperlichen und nicht aus einem affektiven Zustand resultiert. Gleiches trifft auch auf einen der anderen beiden Belege zu, in denen die entsprechende Praktik auftritt. Schließlich habe ich mit Ausschnitt 59 exemplarisch ein Beispiel für das *TOPIC PROFFERING* analysiert, in dem der Einsatz dieser Praktik in der Tat dazu führt, dass sich die Pflegerin und die Angehörige in der Folge über das affektive Krankheitserleben unterhalten. Wie allerdings am Ende der Analyse festgehalten wurde, führt das *TOPIC PROFFERING* in den anderen beiden vorliegenden Belegen nicht dazu, dass die PatientInnen affektive Selbstpositionierungen vollziehen und es so zu einer interaktiven Bearbeitung ihres ‚Gefühlshaushaltes' kommt.

---

[241] Während es im hier betrachteten Ausschnitt primär um das affektive Krankheitserleben der Angehörigen geht, stehen in den anderen beiden Belegen die Affekte der PatientInnen selbst im Fokus.

Hinsichtlich der sprachlichen Ebene ist den drei betrachteten kommunikativen Praktiken gemein, dass die Pflegekräfte ihren Eingriff in das affektiv-epistemische Territorium der PatientInnen bzw. Angehörigen durch den Einsatz von *hedges* sowie unpersönlichen Formulierungen abschwächen. Auf diese Weise kontextualisieren sie, dass es sich bei der Thematisierung fremder Affekte um ein prinzipiell heikles Unterfangen handelt.

#### 6.3.2.2 Praktik GENERALISIEREN VON PSYCHOSOZIAL-AFFEKTIVEM KRANKHEITSERLEBEN

Nachdem vorangehend herausgearbeitet wurde, welche Praktiken Pflegekräfte zur initialen Thematisierung des psychosozial-affektiven Krankheitserlebens der PatientInnen und Angehörigen einsetzen, gehe ich in diesem und im folgenden Kapitel der Frage nach, wie PflegerInnen auf affektive Positionierungen reagieren und wie sie das Krankheitserleben ihrer GesprächspartnerInnen interaktiv prozessieren, nachdem dieses eingeführt ist. In Anbetracht der zahlreichen in diesem Kontext auftretenden Praktiken können dabei lediglich zwei Praktiken exemplarisch betrachtet werden: das GENERALISIEREN VON PSYCHOSOZIAL-AFFEKTIVEM KRANKHEITSERLEBEN sowie das EMPOWERING DER PATIENTINNEN UND ANGEHÖRIGEN (Kapitel 6.3.2.3). Die Entscheidung, speziell diese Praktiken auszuwählen, liegt darin begründet, dass es sich hier um die beiden im Kontext des pflegerischen Sprechens über das psychosozial-affektive Krankheitserleben am häufigsten gebrauchten Praktiken handelt.

Eine Möglichkeit, auf Affektdisplays der PatientInnen und Angehörigen zu reagieren, besteht darin, das von diesen zum Ausdruck gebrachte Krankheitserleben zu generalisieren, d. h. es von deren subjektivem Erleben zu lösen – zu deindividualisieren[242] – und es in einem intersubjektiv gültigen Deutungsrahmen in verallgemeinerter Form zu präsentieren. Auf diese Weise signalisieren die Pflegekräfte den PatientInnen und Angehörigen, dass deren affektiv aufgeladene Reaktion auf spezifische Aspekte der Krankheit keineswegs ungewöhnlich, sondern der Situation angemessen und daher nachvollziehbar ist. Von den fünf Belegen für diese Praktik, die in meiner 18 Belege umfassenden Kollektion zum pflegerischen Sprechen über das psychosozial-affektive Krankheitserleben auftreten, betrachte ich im Folgenden zwei Fälle näher.

Das erste Beispiel, das ich zu Zwecken der Übersichtlichkeit zweigeteilt habe, stammt aus einem Gespräch, in dem sich der Patient Herr Roller und die Pflegerin längere Zeit darüber unterhalten, wie FreundInnen und Verwandte einer Person auf deren Krankheit reagieren. Zunächst bewegen sie sich dabei auf einer allgemeinen Ebene und sprechen darüber, dass man als Außenstehende mitunter nicht weiß, ob der Kranke

[242] Neben *deindividualisieren* (Imo/Ziegler 2019: 81f.) sind in diesem Zusammenhang in der Literatur auch andere Begriffe gebräuchlich, etwa *entsubjektivieren* (Eggs 2016: 191), *depersonalisieren* (Bredel 1999: 126), *entindividualisieren* (Eggs 2017: 69) oder *departikularisieren* (Bührig/Meyer 2003: 230). Aus stilistischen Gründen, d. h. um Wortwiederholungen zu vermeiden, verwende ich die verschiedenen Begriffe synonym.

‚in Ruhe gelassen' werden oder doch lieber ‚Zuspruch erhalten' möchte. Anschließend wechselt Herr Roller auf eine persönliche Ebene und berichtet – eingeleitet durch eine Pseudocleft-Konstruktion (vgl. Günthner 2006b) – von wiederholt gemachten eigenen Erfahrungen:

***Ausschnitt 60: Infos über die Welt draußen (685_16_P_20190427; 00:02:33-00:02:49)***

```
124 PAm16:   oder was i AU emmer[243] wieder mItkrieg,
125          dass wenn: frEUnde oder verWANDte komma die, (--)
126          sprecha dann die ganz zeit über die KRANKheit,
127          und-
128          nann SAG ich-
129          was gibt_s_n noch draußa in da WELT;
130 PFw11:   Eba;
131 PAm16:   [gell,       ]
132 PFw11:   [ma[244] will ja] [eigentlich] wissen was da draußa
             pasSIERT,
133 PAm16:                  [was-      ]
134          JO was,
135 ANw16a:  [<<h, lachend> ha,>]
136 PAm16:   [was für a prob    ][lem hasch DU derzeit,]
137 PFw11:                       [<<lachend> °hh       ] h°>
138          ja?; h°
139 PAm16:   na will ma net AUsgschlossa WERra;[245]
```

Mittels der in die Pseudocleft-Konstruktion eingebetteten Konditionalstruktur eröffnet der Patient einen mentalen Raum (vgl. Sweetser/Fauconnier 1996), innerhalb dessen er ein spezifisches Szenario entwirft: „wenn: frEUnde oder verWANDte komma die, (--) sprecha dann die ganz zeit über die KRANKheit," (Z. 125–126). Anschließend leitet er mittels der ein *verbum dicendi* enthaltenden und im generischen Präsens formulierten Intonationsphrase „nann SAG ich-" (Z. 128) eine Redewiedergabesequenz ein (vgl. Günthner 1997b, 2002; Ehmer 2011: 77) und rekonstruiert eine vergangene, bereits zuvor als rekurrent auftretend kontextualisierte eigene Sprechhandlung: „was gibt_s_n noch draußa in da WELT;" (Z. 129). Herr Roller etabliert hier einen Kontrast zwischen dem lediglich auf seine Krankheit bezogenen Sprechen von FreundInnen und Verwandten einerseits und seinem eigenen Interesse nach Informationen über die Welt außerhalb des Krankenhauses andererseits. Die Pflegerin pflichtet diesem indirekt kommunizierten Wunsch des Patienten sodann bei und indiziert durch die Responsivpartikel „Eba;" (Z. 130) zugleich, dass die von Herrn Roller ausgedrückte Proposition bereits zuvor Gesprächsgegenstand war und vonseiten des Patienten nun gut auf den Punkt gebracht wurde (vgl. Betz/Deppermann 2018).
In Überlappung mit dem Alignmentmarker „gell," (Z. 131) greift die Pflegerin das vom Patienten Gesagte auf und reformuliert es im Sinne einer Verstehensdokumentation (vgl. Deppermann/Schmitt 2008) unter Anpassung des deiktischen Bezugs: „ma will

[243] ‚Was ich auch immer'.
[244] ‚Man'.
[245] ‚Dann will man nicht ausgeschlossen werden'.

ja eigentlich wissen was da draußa pasSIERT," (Z. 132). Indem sie anstatt des von Herrn Roller verwendeten Personalpronomens der 1. Pers. Sg. nun aber nicht das Höflichkeitspronomen *Sie*, sondern stattdessen das Pronomen ‚man'[246] in generischer Verwendung einsetzt, abstrahiert sie vom individuellen Erleben des Patienten, verleiht diesem den Status einer intersubjektiven, allgemein-menschlichen Erfahrung und departikularisiert es somit. Das generische Pronomen *man* fungiert hierbei zweifelsohne adressateninklusiv; wahrscheinlich ist ihm aber auch insofern eine sprecherinneninklusive Lesart zu attribuieren (vgl. Zifonun 2000: 241), als die Pflegerin sich nicht von der Gruppe der Personen ausnimmt, die, wenn sie im Krankenhaus liegen, wissen möchten, was in der Welt außerhalb ihres Krankenzimmers passiert.[247]

Der Patient stimmt der Generalisierung zu (Z. 133–134) und expandiert seinen Turn um animierte Rede[248], die in der zuvor entworfenen mentalen Welt verortet ist und mittels derer er eine fiktive eigene Sprechhandlung appräsentiert: „was für a problem hasch DU derzeit," (Z. 136). Nach einer Zustimmung durch die Pflegerin (Z. 138) stellt auch Herr Roller sein Krankheitserleben auf eine allgemeingültige Ebene (vgl. hierzu auch Bredmar/Linell 1999: 245), indem er sich nun ebenso wie zuvor die Pflegerin des generischen *man* bedient und eine Aussage tätigt, die neben seiner eigenen Person auf alle Mitglieder einer spezifischen, „kontextuell eingeschränkten Gruppe" (Zifonun 2000: 238) zutrifft – auf PatientInnen im Krankenhaus: „na will ma net AUsgschlossa WERra;" (Z. 139). Dabei handelt es sich nicht nur um einen Wunsch des Patienten; vielmehr führt er hier auch eine Art Maxime für den Umgang mit Kranken an.

---

246 In der einschlägigen Literatur wird *man* entweder zu den Indefinitpronomina (Duden 2016; Helbig/Buscha 2007: 232f.) bzw. Indefinita (Zifonun et al. 1997: 43) oder den Personalpronomina gezählt (Bredel 1999: 127; Eisenberg 2013: 170). Im Sinne einer ‚Zwischenlösung' bezeichnen manche Publikationen es aber auch als „indefinites" (Hentschel/Weydt 2013: 232) oder „unpersönliches" (Eisenberg 2013: 170) Personalpronomen – oder, um der Problematik einer genauen Einordnung aus dem Weg zu gehen, schlicht als „neutrales" Pronomen (Weinrich 2005: 101). Allerdings finden sich auch Argumente, die einer Einordnung als Proform kategorisch widersprechen: Marschall (1996) etwa führt an, dass *man* – außer in metasprachlicher Verwendung – stets unbetont ist, nicht rhematisch gebraucht werden kann und sich anaphorisch nicht durch ein Personalpronomen aufnehmen lässt. Eggs (2016: 185) führt *man* daher unter der Bezeichnung „personales Indefinitum". Zifonun (2000: 249) schließlich folgert aus einer Analyse der morphosyntaktischen und semantischen Eigenschaften von *man*, dass diesem ein „Einzelgängerstatus" zuzuschreiben ist. Da die Frage der präzisen Wortartklassifikation von *man* für die vorliegende Arbeit jedoch keine Rolle spielt und allein die Frage nach dessen Funktion von Interesse ist, gehe ich auf weitere Klassifikationsversuche nicht ein und bezeichne *man* schlicht als ‚Pronomen', das über „semantische Neutralität" (Bredel 1999: 128) verfügt und daher die „Besetzung einer syntaktischen Agens-Rolle bei einer nur geringen Spezifizierung des Agens" erlaubt (Bührig/Meyer 2003: 22). Die interaktive Bedeutung von *man* entsteht dabei „erst im Zusammenspiel mit den kommunikativen Aufgaben, die gerade erledigt werden, den am Gespräch Beteiligten, dem Einsatz von prosodischen oder lexikalischen Kontextualisierungshinweisen etc." (Imo/Ziegler 2019: 101).

247 Somit kann vorsichtig konstatiert werden, dass die Pflegerin hier temporär ihre Rolle als Vertreterin der Institution verlässt.

248 Ehmer (2011: 60ff.) entwickelt das Konzept der „animierten Rede" in Anlehnung an Tannen (2007), die solche fiktiven Redeinszenierungen nicht als „reported speech", sondern als „constructed dialogue" bezeichnet. Vgl. hierzu auch Günthner (1997a).

Das entworfene Szenario wird im weiteren Verlauf noch weiter ausgebaut (nicht abgedruckt) und die beiden Interagierenden formulieren allgemeine Verhaltensregeln, wie man mit erkrankten FreundInnen/Verwandten umgehen soll („so Ungezwunga wie MÖGLich;", Z. 154; „so normal wie MÖGlich;", Z. 156). Anschließend setzt sich das Gespräch wie folgt fort:

***Ausschnitt 61: Abgeschlossenheit (685_16_P_20190427; 00:03:35-00:04:08)***

```
174 PFw11:   ich mein WENN ma-
175          °h im krAnkenhaus LIEGT,
176          Isch ma ja schOn a bissl ABgeschlossen;
177          oder WÄ-=
178          =°hh äh: vom vom norMAlen;
179          [°h ]h UMfeld, (---)
180 PAm16:   [ja-]
181 PFw11:   alles was so pasSIERT,
182          [hh°             ]
183 PAm16:   [<<gepresst> ja;>] (---)
184 PFw11:   und da möcht ma doch äh eher DIE infos haben;=ne,
185 PAm16:   <<p> hm_HM;> (2.2)
186 PFw11:   sonscht fehlt einem a ganzes STÜCK irgendwie au;
187 PAm16:   haJO;
188          klar;
```

Der im Vorvorfeld platzierte, prosodisch integrierte Diskursmarker „ich mein" (Z. 174) markiert den Übergang von der vorherigen komplexen, sich über neun Intonationsphrasen erstreckenden Konditionalstruktur hin zu einem syntaktisch davon unabhängigen neuen Konditional. Dieses changiert in seiner Lesart zwischen einer generalisierend konditional-hypothetischen und einer faktischen Interpretation (vgl. Zifonun et al. 1997: 2282ff.): Einerseits nimmt die Pflegerin auf die allgemeine Situation hospitalisierter PatientInnen Bezug; andererseits kann kontextuell inferiert werden, dass die in der Protasis ausgedrückte Prädikation im Speziellen auch auf Herrn Roller zutrifft. Interessant ist, dass sich hier ein intertextueller Bezug findet, da die Pflegerin Wortmaterial aus einem 50 Sekunden zurückliegenden Beitrag von Herrn Roller recycelt: In Z. 139 hatte dieser angeführt, dass ‚man' (als Patient im Krankenhaus) nicht ‚ausgeschlossen' werden will. Die Pflegerin greift dieses Lexem nun mit modifiziertem, semantisch aber nahezu äquivalentem Präfix auf: „ich mein WENN ma- °h im krAnkenhaus LIEGT, Isch ma ja schOn a bissl ABgeschlossen; oder WÄ-= =°hh äh: vom vom norMAlen; °hh UMfeld," (Z. 174–179). Durch diese kollaborative sprachliche Handlung signalisiert sie eine Art Reziprozität des Erlebens und somit eine prinzipielle Intersubjektivierbarkeit der Fremderfahrung.

Nach einer Expansion der PräpP ‚vom normalen Umfeld' durch die morphosyntaktisch inkongruente Nominalphrase „alles was so pasSIERT," (Z. 181)[249] sowie nach zwei

[249] Prinzipiell könnte es sich hier zwar auch um einen Neustart handeln, jedoch deutet die prosodische Gestaltung der Turns darauf hin, dass eine Expansion vorliegt.

Responsivpartikeln des Patienten (Z. 180, 183) knüpft die Pflegerin an den in der Konditionalstruktur zuvor eröffneten mentalen Raum an und schreibt dem nach wie vor indefinit bleibenden Agens eine Reaktion auf den prädizierten Zustand zu: „und da möcht ma doch äh eher DIE infos haben;" (Z. 184). Die Pflegerin nimmt hier auf den zuvor (Ausschnitt 60) artikulierten Wunsch ihres Gegenübers Bezug, von BesucherInnen darüber auf dem Laufenden gehalten zu werden, was sich in deren Leben sowie ‚in der Welt' ereignet, und verleiht diesem Wunsch eine „kategorische Qualität" (Ayaß 1996: 139). Indem die Pflegerin Herrn Roller in eine „größere ‚Erfahrungsgemeinschaft'" (Auer 2000: 167; vgl. auch Zobel 2016b: 364) eingliedert und sein affektiv-psychosoziales Krankheitserleben in eine dessen partikuläres Empfinden transzendierende allgemeingültige Formulierung überführt (vgl. Kern 2000: 178),[250] nimmt sie eine Generalisierung der volitiven Positionierung des Patienten vor. Zentral hierfür ist neben dem generischen Präsens das Pronomen *man*, dem an dieser Stelle eine generische (vgl. Malamud 2012: 5; Zifonun 2000) bzw. eine generalisierende Funktion zukommt (vgl. Eggs 2017: 68ff.).[251] Mit der so erreichten Verallgemeinerung geht zugleich eine „Ad hoc-Etablierung von Normalität" einher (Eggs 2016: 207), da die Pflegerin eine Vorstellung darüber formuliert, was für PatientInnen, die im Krankenhaus liegen, ‚typisch' ist. Mit dem Begriff *Normalität* bzw. *Normalvorstellung* referiere ich dabei in Anlehnung an d'Avis (2016: 8) nicht auf „Normen oder Regeln, die festschreiben, wie die Welt sein sollte, sondern [auf] Auffassungen darüber, wie die Welt ist", was also als „gewöhnlich, bestimmten Regeln entsprechend, üblich" gilt (vgl. auch Ashfort/Kreiner 2002: 215; Bredmar/Linell 1999; Heritage/Lindström 2012b: 270; Svinhufvud/Voutilainen/Weiste 2017). Somit signalisiert die Pflegerin indirekt, dass andere PatientInnen – möglicherweise auch sie selbst, wenn sie als Patientin im Krankenhaus läge – auf die von Herrn Roller geschilderte Situation ähnlich reagieren (würden). Unterstützend tritt die Abtönungspartikel ‚doch' hinzu, mittels derer ebenfalls indiziert wird, dass es sich um einen selbstverständlichen und nachvollziehbaren Wunsch handelt (vgl. Graefen 1999: 117f.).

Die Pflegerin signalisiert hier, dass sie dem Wunsch des Patienten beipflichtet; ferner geht mit ihrer Generalisierung von Herrn Rollers Reaktion auf das Verhalten seiner Bekannten eine Intersubjektivierung einher, die im weitesten Sinne als empathisch gefasst werden kann, d. h. als Anzeige von Verstehen der volitiven Haltung ihres Gesprächspartners (vgl. Kupetz 2014b: 6ff.): Ohne eine zuvor erfolgte Verstehensleistung der Pflegerin wäre die von ihr vorgenommene Transformation des von Herrn

---

250 Aus der Perspektive der *Membership Categorization Analysis* liegt hier eine Kategorisierungspraktik vor, im Rahmen derer die Pflegerin, basierend auf den individuellen Erfahrungen des Patienten, eine allgemeine Kategorie eröffnet, der neben Herrn Roller selbst auch noch eine unbestimmte Menge anderer Individuen angehört (vgl. Hauser 2011: 184).

251 Im Unterschied zu den von Eggs (2017: 68ff.) betrachteten Daten, narrativen Interviews, ist es in dem von mir analysierten Ausschnitt nicht der Patient selbst als das erlebende Subjekt, der seine Erfahrungen generalisiert und damit Empathie einfordert.

Roller geschilderten Krankheitserlebens bzw. seines Wunsches in eine allgemeingültige Tatsache nicht möglich gewesen. Der Einsatz des generischen Pronomens ‚man' erlaubt ihr zudem, verständnisvoll auf das affektive Krankheitserleben des Patienten zu reagieren, ohne ihm ungebührlich nahezutreten (vgl. Weinrich 2005: 102). Anschließend zeigt sich die etwa von Kupetz (2014a: 107) beschriebene Regelhaftigkeit, dass der ‚Adressat' der Empathie die von seinem Gegenüber vorgenommene Verschiebung seiner Erfahrung in eine allgemeingültige Aussage ratifizieren muss, um den Prozess der Empathieherstellung zu einem Abschluss zu bringen. Im hier betrachteten Ausschnitt fordert die Pflegerin den Patienten dabei durch den in schnellem Anschluss an ihren Turn angefügten Alignmentmarker „ne," (Z. 184) zu einer Bestätigung auf, die sodann auch folgt (Z. 185). Daneben indiziert ‚ne' aber auch, dass „die Geltung des propositionalen Gehalts der Bezugsäußerung evident ist", wodurch die Pflegerin Konsens indiziert (Hagemann 2009: 145).

Nach einer 2,2 Sekunden andauernden Redezugvakanz expandiert die Pflegerin ihren Turn und erweitert ihre Generalisierung: „sonscht fehlt einem a ganzes STÜCK irgendwie au;" (Z. 186). Auch diese Zuschreibung wird von Herrn Roller im Folgenden explizit ratifiziert, gleichzeitig aber auch als selbstevident markiert: „haJO; klar," (Z. 187–188). Diese Reaktion erfüllt zwei Funktionen: Zunächst zeigt der Patient damit an, dass die entsprechende Thematik nun exhaustiv besprochen wurde und somit keiner weiteren interaktiven Bearbeitung bedarf; folglich kontextualisiert er hier einen potenziellen Sequenzschluss.[252] Daneben positioniert er sich dadurch aber auch indirekt als epistemisch superiore Person, der allein die Autorität der finalen Bewertung bzw. Einordnung ihres eigenen psychosozialen Krankheitserlebens zukommt (vgl. Heritage/Raymond 2005). Hier wird zumindest latent deutlich, dass Generalisierungen fremden Erlebens durchaus nicht unproblematisch sind, sondern mitunter auch heikel und gesichtsbedrohend sein können, wie etwa auch Kuroshima/Iwata (2016: 99) zeigen: Immerhin hatte die Pflegerin dadurch indirekt signalisiert, dass der von Herrn Roller geschilderte Wunsch bzw. seine Erfahrung des Ausgeschlossenseins nicht nur auf ihn zutrifft, sondern auf „any person […] in the same circumstances" (Cock 2014: 191). Mit einer solchen Reaktion spricht sie ihm die Besonderheit seines psychosozial-affektiven Krankheitserlebens ab, relativiert dieses und beansprucht somit zumindest indirekt einen Zugang zu den Erfahrungen ihres Gegenübers (vgl. Heritage 2011b).[253] Herr Roller sanktioniert die Generalisierung seines affektiven Krankheitserlebens zwar nicht,

[252] Es ist davon auszugehen, dass auch bereits die vorherige TCU der Pflegerin, „sonscht fehlt einem a ganzes STÜCK irgendwie au;" (Z. 186), über sequenzterminierendes Potenzial verfügt. Vgl. dazu etwa Quasthoff (1983: 18) und Kern (2000: 180), die auf die diskursstrukturierende Funktion generischer Formulierungen bzw. allgemeingültiger Regeln eingehen und in diesem Kontext auch deren sequenz- bzw. themenabschließende Wirkung erwähnen.

[253] Hier zeigt sich deutlich das Dilemma „[between] involvement and detachment", vor dem Interagierende stehen, wenn sie Empathie zum Ausdruck bringen (Heritage 2013b: 383): Einerseits soll Verstehen signalisiert, andererseits aber die Einzigartigkeit und daher die

holt seine partikuläre Erfahrung aber mittels der indirekten epistemischen Positionierung in dritter Position in sein Erfahrungsterritorium zurück und markiert auf diese Weise einen Anspruch auf Priorität des Zugangs zur verhandelten Proposition.

Im Folgenden betrachte ich noch einen weiteren Beleg für die Praktik GENERALISIEREN VON PSYCHOSOZIAL-AFFEKTIVEM KRANKHEITSERLEBEN DER PATIENTINNEN. Im Gegensatz zum zuvor analysierten Ausschnitt nimmt die Pflegerin mittels dieser Praktik im untenstehenden Beispiel jedoch keine Verstehensdokumentation vor, sondern unterbreitet der Patientin ein Empathieangebot:

> „Empathieangebote machen bedeutet [...], den inneren Zustand einer anderen Person erkennen, ihn relevant zu setzen und nachempfinden zu wollen [...] und diesen Wunsch (oder dieses Bestreben) auch konversationell zu verdeutlichen und sich dann [...] intuitiv oder mittels Zuhören und Nachfragen in die Situation eines anderen hineinzubegeben" (Pfänder/Gülich 2013: 435).

Zwei der fünf Belege, die für die aktuell im Fokus stehende Praktik vorliegen, fungieren als ebensolche Empathieangebote, während es sich bei den anderen drei Belegen um die oben bereits beschriebenen Verstehensdokumentationen handelt. Die entsprechenden Fälle dienen somit neben der Generalisierung gleichzeitig auch der initialen Thematisierung des psychosozial-affektiven Krankheitserlebens. Die Besonderheit liegt jeweils darin, dass das GENERALISIEREN in beiden Belegen zusammen mit der Praktik TOPIC PROFFERING eingesetzt wird: Erst nachdem sich zeigt, dass der Einsatz dieser Praktik nicht ausreicht, um die Affekte der PatientInnen bzw. Angehörigen als Gesprächsgegenstand zu etablieren, kommt es zu einem Empathieangebot in Form einer Generalisierung. Worin die Unterschiede, aber auch die Gemeinsamkeiten der beiden Funktionsweisen des GENERALISIERENS liegen, wird in der folgenden Analyse deutlich.

Beim ausgewählten Beispiel handelt es sich um eine nächtliche Interaktion. Die tumorbedingt querschnittsgelähmte Patientin Frau Geier wird jede Nacht in bestimmten zeitlichen Abständen geweckt, um mittels einer Selbstkatheterisierung ihre Blase zu entleeren. Im abgedruckten Fall bleibt die Pflegerin während der Prozedur im Zimmer und erkundigt sich danach, wo die Patientin gelernt hat, sich selbst zu katheterisieren. Nachdem Frau Geier von ihrem Lernprozess berichtet hat, führt sie an, dass das Ärzteteam der Palliativstation und der Urologie ihr angesichts eines rezidivierenden Blaseninfektes nun gerne einen Dauerkatheter durch den Bauch legen würde, sie dies jedoch ablehnt. Neben verschiedenen anderen Argumenten nennt die Patientin als Grund für ihre Ablehnung die Tatsache, dass ein Dauerkatheter alle vier Wochen neu gelegt werden müsste – was immer mit einem chirurgischen Eingriff verbunden wäre. Sie möchte deshalb nochmals mit dem Urologen am Klinikum sprechen:

---

Nicht-Generalisierbarkeit der Situation anerkannt werden. Bergmann (2014: 429) beschreibt dies als Vermittlung zwischen der professionellen Wahrnehmung von Routinefällen und der von den KlientInnen biografisch erlebten Singularität des Erlebens.

***Ausschnitt 62: Autonomie (172_09_P_20190227; 00:11:10-00:12:01)***

```
133 PAw09:  ich muss hier nochmal mit dem uroLOgen sprechen;
134 PFw16:  <<p> mh_MH;>=
135         =so vier bis sechs ´`WOchen, (21.0)
136         °h s_is natürlich auch n_stück autono[MIE,        ]
137 PAw09:                                       [(GEben sie-)]
138         (i SODD-)[254] (-)
139         den (.) WASCHlappen,
140 PFw16:  <<p, behaucht> ja;>
141 PAw09:  ((räuspert sich leise))
142 PFw16:  [n_BISSchen-]
143 PAw09:  [i be FERd  ]ich;[255] (-)
144 PFw16:  en bisschen sElbstständigkeit das sie noch ↑HAben;
145         [<<p> ne,>]
146 PAw09:  [hm HM;   ] (-)
147 PFw16:  oder ne ANdere selbstständigkeit,
148         die SIE:,
149         °hh <<p> ähm:-> (---)
150         ? ja auch so ge trai↑NIERT haben;
151         und die gibt man nich so gerne ↑AUF; (7.9)
152         <<p> ka[nn ich IHnen->  ]
153 PAw09:        [dafür brauch i a] FLÄSCHchen;
```

Die Äußerung „so vier bis sechs ˆWOchen," (Z. 135) fungiert als *TOPIC PROFFERING* mittels dessen die Pflegerin an einen vorherigen, hier nicht abgedruckten Beitrag der Patientin („den muss ma alle vier WOchen, (---) neu LEgen lassen.") anknüpft und so dessen Proposition für die weitere Interaktion als Gesprächsgegenstand zu etablieren versucht. Dass hier weder eine reine Wiederholung der Information zu Ratifikationzwecken noch eine Fremdreparatur,[256] sondern ein *TOPIC PROFFERING* vorliegt, ergibt sich zum einen aus der steigenden Tonhöhenbewegung am Ende der Intonationsphrase, die eine Fortführung des Gesagten durch das Gegenüber erwartbar macht (*try marker*, Sacks/Schegloff 1979: 18f.). Zum anderen findet sich auch auf der sequenzstrukturellen Ebene ein Hinweis darauf, dass es sich hier um ein *TOPIC PROFFERING* handelt: Das Thema ‚Modalität des Katheterwechsels' wurde zuvor bereits abgeschlossen und als hinreichend bearbeitet markiert. Frau Geiers Reaktion auf das *TOPIC PROFFERING* fällt jedoch dispräferiert aus: Sie geht auf den Themenvorschlag der Pflegerin nicht ein, sondern ignoriert diesen, was sowohl disaligniert als auch disaffiliativ ist.

Nach einer mit 21 Sekunden sehr lange andauernden Redezugvakanz, innerhalb derer die beiden Interagierenden ihren eigenen „lines of concern" (Kendon 1988: 24) nachgehen, bemüht sich die Pflegerin darum, wieder einen gemeinsamen Aufmerksamkeitsfokus herzustellen und so von der nicht-fokussierten zu einer fokussierten Interaktion (Goffman 1963: 24) zurückzukehren. Zu diesem Zweck führt die Pflegerin ein

254 ‚Ich sollte'.

255 ‚Ich bin fertig'.

256 Denkbar wäre eine solche Interpretation deshalb, da die Patientin als Intervall des Katheterwechsels ‚vier Wochen' anführte, die Pflegerin aber von ‚vier bis sechs Wochen' spricht.

weiteres, elaborierteres *TOPIC PROFFERING* durch, womit sie einen Wechsel vom ‚technischen' Aspekt der Katheterformen zur Ebene des subjektiven Erlebens einleitet: „°h s_is natürlich auch n_stück autonoMIE," (Z. 136). Dass die Pflegerin hier ein Argument für die Beibehaltung der Selbstkatheterisierung (gegenüber der Option ‚Dauerkatheter') anführt, ergibt sich v. a. aus entsprechendem ethnografischem Hintergrundwissen: Wie in zahlreichen anderen der aufgezeichneten Interaktionen mit Frau Geier deutlich wird, ist Autonomie für sie ein sehr wichtiges Gut, an dem sie stark festhält. Das Thema der passenden Katheterform wurde zudem bereits in der Chefarztvisite am Vortag intensiv besprochen (165_A_09_20190226), wo sich die Patientin dezidiert für die Beibehaltung der Selbstkatheterisierung ausgesprochen hatte.[257] Auf Grundlage dieses Wissens über ein *B-Event* kann die Pflegerin nun das affektive Krankheitserleben bzw. die Volition der Patientin thematisieren und dessen bzw. deren interaktive Bearbeitung ermöglichen, indem sie ihrem Gegenüber ein Positionierungsangebot (*position offering*, Bücker 2013) unterbreitet (vgl. auch Fiehler 1990b: 132). Dadurch, dass sie die Proposition des *TOPIC PROFFERINGS* mittels des Kommentaradverbs ‚natürlich' als normal und nicht zu hinterfragend markiert, erleichtert sie es der Patientin, ihrer Aussage zuzustimmen. Deren Reaktion ist jedoch abermals dispräferiert: Zwar ergreift sie das Rederecht, verweigert aber die Bearbeitung des angebotenen Themas. Stattdessen fokussiert sie auf die außersprachlichen Handlungen (Z. 137–139) und wechselt so die interaktive Ausrichtung hin zum empraktischen Sprechen (vgl. auch Mazeland 2021: 171ff.).

Nachdem Frau Geier angab, mit der Prozedur der Selbstkatheterisierung „FERdich" (Z. 143) zu sein, reformuliert die Pflegerin die Proposition ihres vorherigen *TOPIC PROFFERINGS* und unternimmt so einen dritten Versuch, das affektive Krankheitserleben bzw. die Volition der Patientin als Gesprächsgegenstand zu etablieren und dieses so eingehender zu explorieren: „en bisschen sElbstständigkeit das sie noch ↑HAben;" (Z. 144). Dieser Beitrag enthält nun erstmals eine personendeiktische Komponente, auf Basis derer die Pflegerin eine explizite Fremdpositionierung der Patientin vornimmt. Da auf die bisherigen *TOPIC PROFFERINGS* keine Reaktion folgte, fügt die Pflegerin zur Verstärkung der konditionellen Relevanz einer Antwort nicht nur eine eindeutige Personenreferenz ein, sondern gestaltet das *TOPIC PROFFERING* zudem auch prosodisch anders als zuvor. Aufgrund des auffälligen Tonhöhensprungs am Ende der Intonationsphrase weist die TCU der Pflegerin eine gewisse Ähnlichkeit zur Prosodie reaktiver Rechtfertigungen auf, wie sie Günthner (2000: 227) beschreibt. Diese angedeutete Nähe zu Rechtfertigungen ist insofern interessant, als die Pflegerin durch die vorgenommene Affektstilisierung eine Art ‚Sprechen aus der Perspektive der Patientin' kon-

[257] Wenn die Patientin sich nicht länger selbst katheterisiert, müsste sie sich alle vier bis sechs Wochen einer kleinen Operation unterziehen, was selbstverständlich zu einem Autonomieverlust führen würde (sie müsste sich nach den OP-Terminen richten, dafür ins Krankenhaus gehen (sie plant einen Einzug in ein Pflegeheim), wäre danach ggf. kurze Zeit geschwächt etc.).

textualisiert: Wie bereits erwähnt, hatte die Patientin vor sowie zu Beginn des hier abgedruckten Ausschnittes angeführt, nochmals mit dem Urologen sprechen zu wollen, da sie aus verschiedenen Gründen (insbesondere aufgrund des vierwöchigen Wechsels) keinen Dauerkatheter möchte. Indem die Pflegerin nun die Selbstständigkeit, die die Patientin durch die Selbstkatheterisierung noch hat, anführt und diesem Argument den Charakter einer Rechtfertigung verleiht, macht sie sich zur ‚Anwältin' der Patientin und bringt ein hohes Maß an *affiliation* zum Ausdruck.[258]

In Überlappung mit dem eine Reaktion einfordernden Alignmentmarker (Z. 145) reagiert die Patientin sodann zum ersten Mal auf die Thematisierungsversuche der Pflegerin, allerdings lediglich durch das minimale Responsiv „hm HM;" (Z. 146). Auf eine kurze Pause folgt anschließend eine weitere Reformulierung des *TOPIC PROFFERINGS*, wodurch die Pflegerin indiziert, dass die Reaktion der Patientin nicht ausreichend war: „oder ne ANdere selbstständigkeit, die SIE:, °hh <<p> ähm:-> (---) ? ja auch so ge trai↑NIERT haben;" (Z. 147–150). Abermals findet sich hier das Höflichkeitspronomen ‚Sie' sowie ein markanter Tonhöhensprung.

Nachdem die bisherigen Bemühungen fehlschlugen, mit der Patientin in einen Austausch über deren subjektives Krankheitserleben zu treten, bedient sich die Pflegerin schließlich des generischen Pronomens *man*: „und die gibt man nich so gerne ↑AUF;" (Z. 151). Es ist nicht länger das klar auf die Patientin bezogene Höflichkeitspronomen ‚Sie', das hier in der semantischen Rolle des Agens erscheint; stattdessen referiert die Pflegerin auf eine unbestimmt bleibende Gruppe, wobei das Pronomen *man* am „Pol minimaler Generalität" (Zifonun 2000: 238) zu verorten ist: Die Pflegerin prädiziert hier eine Erfahrung von PatientInnen, die ebenso wie Frau Geier im Angesicht zahlreicher Einschränkungen durch eine schwere Krankheit einem weiteren Autonomieverlust entgegenwirken wollen. Somit nimmt sie also eine Generalisierung des vermuteten affektiven Krankheitserlebens bzw. der Volition der Patientin vor. Im Gegensatz zum zuvor betrachteten Beispiel (Ausschnitte 60 und 61) dokumentiert die Pflegerin mittels der durchgeführten Generalisierung hier jedoch kein Verstehen einer vorherigen affektiven Positionierung ihrer Gesprächspartnerin. Da eine solche nicht vorliegt, fungiert die Generalisierung an dieser Stelle vielmehr als Empathieangebot im oben definierten Sinne (Pfänder/Gülich 2013: 435) bzw. als „projektive[ ] Erlebnisthematisierung" nach Fiehler (1990b: 132). Dass die Pflegerin ihre Deutungshypothese hinsichtlich des affektiven Krankheitserlebens bzw. der Volition der Patientin in Form eines generischen *TOPIC PROFFERINGS* präsentiert, ermöglicht es Frau Geier, der ausgedrückten Proposition relativ einfach zuzustimmen. Indem die Pflegerin so nämlich signalisiert, dass die von ihr vermutete Volition ihres Gegenübers intersubjektiv gültig ist und es sich um eine Instanz dessen handelt, was für PatientInnen, die Ähnliches erleben, als ‚normal' gelten kann, versichert sie der Patientin, mit ihrem Erleben nicht allein zu

[258] Pflegekräften wird in der einschlägigen Literatur häufig die Rolle von ‚AnwältInnen' der PatientInnen zugeschrieben, wobei es zumeist darum geht, dass sie diese Funktion gegenüber den ÄrztInnen ausführen (vgl. etwa Jones/Collins 2007: 144).

sein (vgl. Eggs 2016: 209; Gast et al. 2015: 152). Zudem zeigt sie indirekt an, dass ein solcher Beweggrund für das Festhalten an der Selbstkatheterisierung nachvollziehbar wäre und im Bereich einer der Situation angemessenen Reaktion läge.
Frau Geier enthält sich allerdings auch an dieser Stelle einer verbalen Reaktion und schließlich gibt die Pflegerin ihr Bemühen um einen Austausch über die mit der Selbstkatheterisierung verbundenen Affekte der Patientin bzw. über deren diesbezügliche Volition auf. Was sie mit der abgebrochenen TCU in Z. 152 zum Ausdruck bringen möchte, lässt sich nicht bestimmen; in Überlappung dazu äußert die Patientin eine auf das außersprachliche Handeln bezogene Bitte (Z. 153) und wechselt so abermals zurück zur Ebene der empraktischen Kommunikation.

Indem die Pflegekräfte ein spezifisches Affektdisplay der PatientInnen oder der Angehörigen von deren individuellem Erleben lösen und so die „Singularität [ein]es Bezugsereignisses" (Zifonun 2000: 239) generalisieren, zeigen sie an, dass das psychosoziale Krankheitserleben ihrer GesprächspartnerInnen intersubjektiv nachvollziehbar und daher normal ist. Als zentrale sprachliche Ressource tritt dabei in allen vorliegenden Belegen das generische Pronomen *man* auf; unterstützend finden sich aber auch Konditionalstrukturen oder Abtönungspartikeln wie *ja* oder *doch*, die auf den selbstevidenten und allgemeingültigen Charakter der Proposition verweisen. Gleichzeitig kontextualisieren das generische Präsens und das Pronomen *man* teilweise auch einen maximenartigen Status der jeweiligen Aussagen. Zusammenfassend ist ferner anzumerken, dass die Praktik GENERALISIEREN VON PSYCHOSOZIAL-AFFEKTIVEM KRANKHEITSERLEBEN in zwei Spielarten erscheint: Zum einen können PflegerInnen dadurch an eine vorherige affektive Positionierung der PatientInnen oder Angehörigen anknüpfen und Verstehen signalisieren, d. h. retraktiv Empathie zum Ausdruck bringen. Zum anderen lässt sich die Praktik aber auch als projektiv ausgerichtetes Empathieangebot einsetzen, um eine subjektive Deutungshypothese hinsichtlich des vermuteten affektiven Zustandes der PatientInnen oder Angehörigen – die möglicherweise auf früheren Interaktionen mit diesen basiert – zu kommunizieren und so das affektive Krankheitserleben zu thematisieren. In beiden vorangehend betrachteten Beispielen zeigt sich allerdings auch, dass der Einsatz dieser Praktik u. U. heikel sein kann: Wenn PatientInnen oder Angehörige für sich reklamieren, dass ihr psychosoziales Erleben singulär, außergewöhnlich und/oder von besonderer Schwere ist, erweist sich eine Generalisierung möglicherweise als disaffiliativ und gesichtsbedrohend. In diesem Zusammenhang verweist Bergmann (2014: 430) auf die für professionelle Fallarbeit konstitutive „Spannung zwischen Subsumtion und Individualisierung, zwischen allgemeiner Regel und partikularer Existenz". Daneben ist aber auch denkbar, dass PatientInnen bzw. Angehörige gar nicht über ihr affektives Krankheitserleben sprechen möchten und das Empathieangebot daher ausschlagen.

#### 6.3.2.3 Praktik EMPOWERING DER PATIENTINNEN UND ANGEHÖRIGEN

In vielen Gesprächen, in denen es um das psychosozial-affektive Krankheitserleben der PatientInnen und Angehörigen geht, ist ein auffällig hohes Maß an *affiliation* vonseiten der Pflegekräfte zu beobachten: Immer wieder bestätigen die professionellen AkteurInnen die PatientInnen und deren Angehörige dezidiert in den von diesen berichteten affektiven Reaktionen auf Ereignisse, die im Kontext der Krankheit auftreten. Diese gleichlaufenden Positionierungen steigern sich mitunter sogar zu einer Praktik, die ich in Anlehnung an Pudlinski (2009) und Shaw/Kitzinger (2005, 2013) als *EMPOWERING* bezeichne: Hier pflichten die PflegerInnen den PatientInnen und/oder den Angehörigen nicht nur bei und versichern ihnen, deren affektive Reaktionen bzw. deren Volitionen nachvollziehen zu können, sondern positionieren diese auch als deontisch potente und/oder moralisch integre Personen, die für ihre Bedürfnisse nicht nur eintreten dürfen, sondern dies auch sollen und deren Verhalten ‚richtig' sowie situationsangemessen ist. Unter *EMPOWERING* verstehe ich folglich eine Praktik, mittels derer Pflegekräfte ihre GesprächspartnerInnen dazu ermutigen, „to take action to change the conditions that are creating […] distress" (Shaw/Kitzinger 2013: 7). Auf diese Weise signalisieren sie den PatientInnen und Angehörigen, dass diese die Kontrolle haben „over issues of concern to them" (Zimmerman 1995: 581; vgl. auch Adams 2008) und unterstützen sie dabei, ihre Selbstbestimmungsrechte wahrzunehmen (vgl. auch Fasulo/Zinken/Zinken 2016: 918). So enthält meine Kollektion zwei Belege, in denen die PflegerInnen die PatientInnen, die sich zuvor über zu viel Besuch und die damit einhergehende Anstrengung beklagt haben, dazu ermutigen, den BesucherInnen abzusagen und auf ihre begrenzten Kraftressourcen zu achten. Daneben liegen auch zwei Belege vor, in denen das *EMPOWERING* darin besteht, den PatientInnen bzw. Angehörigen auf einer moralischen Ebene zu versichern, dass ihr Verhalten situationsangemessen und somit legitim ist und eventuelle Vorwürfe Dritter nicht gerechtfertigt sind bzw. die PatientInnen sich selbst aber auch keine Vorwürfe zu machen brauchen. In jedem der vier Fälle geht dem pflegerischen *EMPOWERING* eine *troubles-telling*-Sequenz voraus, wie auch Pudlinski (2009: 444) und Shaw/Kitzinger (2013: 10) für die von ihnen untersuchten Daten festhalten.

Der erste Beleg, den ich sequenzanalytisch betrachte, entstammt einem Gespräch, in dem die Patientin Frau Geier direkt zu Beginn angemerkt hatte, dass am Nachmittag ‚furchtbar viel los' gewesen sei: Zunächst erhielt sie Besuch von ihren Eltern, anschließend wurde sie erst von der Physio- und dann von der Kunsttherapeutin (Frau Evera) aufgesucht und schließlich kam überraschend noch eine Nachbarin vorbei. Nach dieser Auflistung, in der Frau Geier sich über den vielen Besuch beklagt hatte, setzt sich die Interaktion wie folgt fort:

***Ausschnitt 63: Nein sagen (216_09_P_20190305; 00:01:01–00:01:22)***

```
077 PAw09:  kann_s NICH vOrstella,
```

```
078         was so_n NACHmittag- (-)
079         wie <<len> !AN![strengend so_n nAch->             ]
080 PFw06:                [<<p,creaky> des isch ANstrengend;>] (-)
081 PAw09:  <<behaucht> !JES!ses gott;> (---)
082         [((räuspert sich))]
083 PFw06:  [und              ][<<f> DANN?->]
084 PAw09:                     [bei der E-  ]
085 PFw06:  wenn-
086 PAw09:  [<<f> bei dr frau eVEra,>]
087 PFw06:  [dass se mal sag         ]a NEIN,
088 PAw09:  [m?-]
089 PFw06:  [mir] isch_s grad [zu VIEL,>   ]
090 PAw09:                    [nEE also ich] [SAG jetzt;   ]
091 PFw06:                                   [des dÜrfa sie]
            [AU;  ]
092 PAw09:  [i sag] SCHON,
093 PFw06:  sie [sind der KÖnik.]
094 PAw09:      [wenn ich die T-]
095         wenn ich die termine AUSmach;
096 PFw06:  m:_HM;
097 PAw09:  trag ich mir die in_s HANdy ein,
098 PFw06:  nja,
099 PAw09:  und dann sAg ich wIrklich DU- (-)
100         da ISCH-
101         KOMMT schon jEmand;
```

Zwar fehlt in Z. 077 zum einen das valenzmäßig geforderte Reflexivpronomen und zum anderen ein (anaphorisches) Personalpronomen; es ist jedoch davon auszugehen, dass die Patientin hier eine generische, idiomatisch anmutende Aussage tätigt: „kann_s NICH vOrstella, was so_n NACHmittag- wie <<len> !AN!strengend so_n nAch-" (Z. 077–079). Indem Frau Geier die Möglichkeit eines verstehenden Zugriffs auf ihre subjektive Erfahrungswelt negiert (vgl. hierzu Kuroshima/Iwata 2016), bringt sie zum Ausdruck, dass eine Intersubjektivierung ihres psychosozialen Erlebens nicht möglich ist und suspendiert so die ansonsten gültige Prämisse der „Reziprozität der Perspektiven" (Schütz/Luckmann 2017 [1979/1984]: 455). In Überlappung mit Frau Geiers Beitrag zeigt die Pflegerin durch ein echohaftes Beipflichten allerdings an, dass sie den affektiven Zustand ihres Gegenübers sehr wohl versteht: „des isch ANstrengend;" (Z. 080). Nach der von der Patientin geäußerten „gefühlsexpressiven Interjektion" (Schwitalla 1995: 65) „<<behaucht> „!JES!ses gott;">" (Z. 081) und einer Pause kommt es zunächst zu Disfluenzen und einem Kampf um das Rederecht, der seinen Ausdruck in einer Erhöhung der Gesprächslautstärke findet. Schließlich setzt sich die Pflegerin zumindest für kurze Zeit durch und übernimmt den Turn. Sie spricht einen Ratschlag bzw. eine Empfehlung aus, wobei diese durch das Fehlen eines Matrixsatzes, der die direktive, potenziell gesichtsbedrohende Handlungsanweisung enthielte, abgeschwächt wird (vgl. Günthner 2013: 234ff.): „dass se mal saga NEIN, mir isch_s grad zu VIEL," (Z. 087, 089). Das *verbum dicendi* ‚sagen' fungiert hierbei als Einleitung einer animierten Rede, mittels derer die Pflegerin eine künftige Redesequenz der Patientin entwirft und Frau Geier so gewissermaßen darauf vorbereitet, eine solche Sprechhandlung tatsächlich zu realisieren (*script proposal*, Emmison/Butler/Danby

2011).[259] Wenngleich der eingebrachte Ratschlag abgeschwächt realisiert ist, dient er doch klar dem *EMPOWERING* von Frau Geier: Ausgehend von deren *troubles-telling*, das die durch den vielen Besuch verursachte Anstrengung zum Gegenstand hat, unterbreitet die Pflegerin ihrer Interaktionspartnerin eine „viable solution" (Pudlinski 2009: 448) und stellt sie somit als handlungsmächtig dar.

Ungeachtet dessen, dass Frau Geier versucht, das Rederecht zu ergreifen und es dadurch zu Simultansprechen kommt, führt die Pflegerin ihren Redebeitrag fort und nimmt eine explizite deontische Fremdpositionierung vor: „des dÜrfa sie AU; sie sind der KÖnik." (Z. 091, 093). Die Pflegerin verleiht der Patientin hier nicht nur explizit und prospektiv die Berechtigung dafür, in der Weise zu handeln, die sie innerhalb der animierten Rede zuvor dargelegt hatte, sondern ermutigt sie auch dezidiert dazu. Die verwendete Prädikativkonstruktion ‚Sie sind der König' stellt dabei eine starke Metapher dar, die auf die der Patientin verliehene deontische Autorität verweist (vgl. Buck/Schopf 2021). Indem Frau Geier anschließend aber von ihren sorgfältigen Planungsaktivitäten und ihrer ‚Terminvergabepraxis' beim Vereinbaren von Besuchszeiten berichtet (Z. 090, 092, 094–101), weist sie die Fremdpositionierung der Pflegerin, die sie implizit als ‚nicht durchsetzungsfähig' dargestellt hatte, indirekt zurück: Sie demonstriert dabei u. a. durch eine exemplarisch konstruierte Redewiedergabesequenz, dass sie sehr wohl in der Lage ist, für sich und ihre Bedürfnisse zu sorgen.

Im Folgenden setzt die Patientin ebendiese Selbstpositionierung als Person, die den vielen Besuch nicht einfach stillschweigend ‚erduldet', fort (nicht abgedruckt): Zunächst führt sie an, dass ihre Nachbarin ohne Voranmeldung ‚hereingestiefelt' kam und sie so gar keine Möglichkeit hatte, deren Besuch zu planen. Zudem berichtet sie, dass sie drei Viertel ihres Bekanntenkreises gar nicht über ihren Krankenhausaufenthalt informiert hatte, um einem Besucheransturm vorzubeugen; ferner hätten die meisten auch keine Kenntnis von ihrer Querschnittslähmung, da sie nicht mit jedem darüber sprechen möchte. Auch hier pflichtet die Pflegerin der Patientin bei und merkt affiliativ an, dass es richtig ist, nicht alle Menschen über den eigenen Zustand zu informieren und dass die Patientin dies durchaus verschweigen dürfe (*stance endorsement*, Weatherall/Keevallik 2016: 171). Die Interaktion setzt sich sodann wie folgt fort:

***Ausschnitt 64: Die Patientin ist Königin (216_09_P_20190305; 00:02:26–00:02:45)***

```
180 PAw09:  die bis jetzt KOMmad,
181         die dürfa KOMma,
182         des [wissen           ] die geNAU, (-)
183 PFw06:      [<<p, creaky> ja;>]
184 PAw09:  des sind die ENGschde frEUnde und famIlie;
185 PFw06:  n[ja; ]
186 PAw09:   [Aber] darüber hiNAUS; (-)
187 PFw06:  ja;=
```

[259] Auch in einem anderen Beleg meiner Kollektion, in der der Pfleger sich der Praktik *EMPOWERING* bedient, setzt er hierfür u. a. animierte Rede und somit ein *script proposal* ein.

```
188 PAw09:  =<<p> MÖCHT ich net;>
189 PFw06:  ja; (-)
190 PAw09:  ((räuspert sich))
191 PFw06:  sie sind dr KÖnik;
192 PAw09:  ja-
193         ge[NAU;  ]
194 PFw06:    [die KÖ]nigin;
195 PAw09:  ge[NAU;       ]
196 PFw06:    [<<p, h> gä,>] (---)
197 PAw09:  ((räuspert sich))
198         !so!. (-)
199 PFw06:  so:;
200 PAw09:  jetzt muss ICH:- (-)
201         DIEse me <<h> dikamente no nEhma,>
```

Von Interesse sind insbesondere die Zeilen 191–201. Nachdem Frau Geier sich abschließend nochmals eindeutig als Person positioniert hatte, die klare Ansagen machen und sich abgrenzen kann, und sie zudem klar ihren Willen kundgetan hatte (Z. 180–188), wiederholt die Pflegerin ihre vorherige Fremdpositionierung: „sie sind dr KÖnik;" (Z. 191). Indem sie ihr Gegenüber abermals erhöht und als handlungsmächtige Person darstellt, die gleich einem absolutistischen Herrscher Anordnungen erlassen kann, nach denen die ‚Untertanen' sich sodann zu richten haben, greift sie ihre vorherige *Empowerment*-Strategie auf, obwohl Frau Geier bereits deutlich gemacht hatte, dass sie ihren Willen durchzusetzen weiß.[260] Die Patientin stimmt der Aussage ihrer Gesprächspartnerin mittels der Responsivpartikeln „ja-" (Z. 192) und „geNAU;" (Z. 193) zu, wobei letztgenannter neben der bestätigenden auch eine epistemische sowie sequenzschließende Funktion zukommt, wie sie Oloff (2017) für ‚genau' beschreibt. Zum einen signalisiert Frau Geier dadurch, dass die Pflegerin „exakt das geäußert hat, was [sie] selbst hätte sagen können" (Willkop 1988: 140) und markiert so ihre epistemische Autorität. Zum anderen kontextualisiert sie aber auch, dass das Thema ‚Selbstbestimmungsrechte bzgl. BesucherInnen' nun zur Genüge bearbeitet ist und daher beendet werden kann. Auf die selbstinitiierte Selbstreparatur der Pflegerin, in der diese eine Anpassung des Sexus vornimmt (Z. 194), folgt abermals die Bestätigungspartikel „geNAU;" (Z. 195) mit sequenzterminierender Funktion. In Überlappung dazu äußert die Pflegerin in dritter Position schließlich noch den Alignmentmarker „gä," (Z. 196) und verstärkt dadurch ihre vorangehende Fremdpositionierung retraktiv in deren pragmatischem Gewicht.

Interessant ist, dass die Patientin nun den Diskursmarker „!so!." (Z. 198) verwendet, den in den Pflege-PatientIn-Gesprächen ansonsten lediglich die Pflegekräfte zur Strukturierung ihrer Pflegehandlungen gebrauchen, und somit über die weitere Agenda bestimmt. Sie zeigt hierdurch ein starkes Bemühen um die Progression der Handlung an und signalisiert, dass es zum vorangehend besprochenen Thema nichts Weiteres hinzuzufügen gibt (vgl. auch Meier 2002: 72, 75). Nachdem die Pflegerin

[260] Es sei angemerkt, dass sowohl in diesem als auch im vorherigen Ausschnitt aus demselben Gespräch eine starke volitive Komponente enthalten ist.

diesen Diskursmarker wiederholte (Z. 199), nimmt Frau Geier schließlich einen Wechsel der interaktiven Ausrichtung hin zu den Anforderungen der aktuellen Situation vor und führt an, noch bestimmte Medikamente einnehmen zu müssen (Z. 200–201).

Das zweite Beispiel, das ich zum Zwecke einer weiteren Beschreibung der Praktik *EMPOWERING* näher betrachte, stammt aus einem Gespräch, dessen Beginn bereits im Rahmen von Kapitel 6.3.2.1 analysiert wurde (Ausschnitt 59). Ehe die untenstehende Sequenz einsetzt, hatte die Ehefrau des Patienten, Frau Nachtigall, gesagt, sie würde sich vorwerfen, dass sie in ihrem Alltag seit der Krebsdiagnose ihres Mannes vor zweieinhalb Jahren ‚viel zu viele Sachen unterbringen musste', anstatt die Zeit mit ihrem Mann zu verbringen und intensiv zu nutzen. Diese Aussage wird vor dem Hintergrund verständlich, dass Frau Nachtigall noch in Vollzeit arbeitet, während ihr Mann bereits seit mehreren Jahren pensioniert ist.

***Ausschnitt 65: Schlechtes Gewissen (467_13_P_20190322; 00:07:07-00:08:04)***

```
299 ANw13a:  u:nd dO hosch au immer geDACHT, (-)
300          ich muss doch HEIM;
301          ich muss doch hEIm [zu meinem MANN;]
302 PFw08:                     [m_HM;          ] (4.7)
303 ANw13a:  <<len> dann wie gsagt JO;
304          dann isch_s GUT gelaufen,>
305 PFw08:   m_HM; (1.6)
306 ANw13a:  dann KOMma wieder die tAge,
307          un: im NACHhinein denk ich, (-)
308          s_war VIEL zu vIEl; (--)
309          aber s_leba hat WEIder <<h> geha müssa;> (--)
310          und man hat ja da[nn   ] [(auch bloß EXIS-)         ]
311 PFw08:                   [haJA;]
312                                  [man kann sich ja auch nich]
             komplett RAUSnehmen;
((11 Sekunden Auslassung))
327 ANw13a:  ma hat ja au WEIderleba ↑mÜss- (1.0)
328 PFw08:   NJA aber des-
329          die-
330          des was mir[261] jetzt grad SAgen,
331          des [ENT-        ]
332 ANw13a:      [((schnieft))]
333 PFw08:   entbindet sie ja au von nem schlechten <<leicht
             lachend> geWISsen.>
334          oder [VON nem-    ]
335 ANw13a:       [<<p> hm HM;>]
336 PFw08:   °hh wenn se sagen des beREUen se,
337          des war ja gar net anders MÖGlich; (---)
338          und sie ham DES was se- (-)
339          an zeit BRINgen konnten ja intensiv genUtzt. (2.3)
340 ANw13a:  ja;
341          des HAM_mer; (1.1)
342          weil wenn ich geKOMma bin,
343          mei mann war DA,
344          hat alles GMACHT ghabt;
```

[261] ‚Wir'.

Dass Frau Nachtigall zur Einleitung ihrer Gedankenwiedergabe auf eine Verbform der 2. Pers. Sg. zurückgreift („u:nd dO hosch au immer geDACHT,", Z. 299), obwohl sie eindeutig auf eine eigene Erfahrung referiert, lässt sich als Strategie der „Mobilisierung [einer] Perspektivübernahme […] und [des Einwerbens von] Empathie" interpretieren (Stukenbrock/Bahr 2017: 153; vgl. auch Jensen/Gregersen 2016: 417; Stirling/Manderson 2011). In ihrer anschließend in Form eines Parallelismus dargelegten Gedankenwiedergabe (Z. 300–301) illustriert sie sodann exemplarisch die psychische Last der vergangenen Jahre, in denen sie immer darauf bedacht war, möglichst viel Zeit mit ihrem Ehemann zu verbringen.

Die Pflegerin reagiert auf Frau Nachtigalls ‚Selbstoffenbarung' lediglich mit einem minimalen Rückmeldesignal (Z. 302), ehe es zu einer fast fünf Sekunden andauernden Redezugvakanz kommt.[262] Schließlich setzt die Angehörige ihren Turn fort und führt an, dass es nicht nur die zuvor beschriebenen Tage gab, an denen sie viel zu tun hatte und immerzu dachte, sie müsse jetzt doch eigentlich zurück zu ihrem Mann, sondern auch Zeiten, in denen es wieder ‚gut lief' (Z. 304).[263] Im Folgenden formuliert sie sodann ihre gegenwärtige Perspektive auf die Zeit, in der ihr Mann weitgehend beschwerdefrei mit seiner Erkrankung lebte, und äußert dabei zumindest indirekt einen Selbstvorwurf: „un: im NACHhinein denk ich, (-) s_war VIEL zu vIEl;" (Z. 307–308). Nachdem sie anschließend eine Rechtfertigung für ihr Verhalten anführte und sich dabei als äußeren Zwängen folgend positionierte („aber s_leba hat WEIder <<h> geha müssa;>", Z. 309), pflichtet die Pflegerin der Angehörigen in Überlappung mit deren folgender TCU bei: „haJA; man kann sich ja auch nich komplett RAUSnehmen;" (Z. 311–312). Die Funktion des dialektalen Responsivs ‚haja' besteht ebenso wie die der Abtönungspartikel ‚ja' darin, den von Frau Nachtigall dargelegten Sachverhalt als selbstevident zu markieren. Indem die Pflegerin zusätzlich eine Reformulierung der von ihrem Gegenüber geäußerten Proposition vornimmt und diese mittels des generischen Pronomens ‚man' als allgemeingültig darstellt (s. Kapitel 6.3.2.2), zeigt sie an, dass sie die Ehefrau des Patienten in ihrem psychosozial-affektiven Erleben versteht und reagiert somit empathisch.

Am Ende des Turns der Pflegerin (nicht vollständig abgedruckt) versucht Frau Nachtigall ein weiteres Mal, ihr vergangenes Handeln zu rechtfertigen, wobei sie nun auf das unpersönliche Pronomen ‚man' zurückgreift: „ma hat ja au WEIderleba ↑mÜss-" (Z. 327). Nach einer einsekündigen Pause projiziert die Pflegerin durch „NJA aber des-" (Z. 328) einen Widerspruch (vgl. Szczepek Reed 2015: 42ff.) und fährt sodann wie folgt fort: „die- des was mir jetzt grad SAgen, des ENT- entbindet sie ja au von nem schlechten <<leicht lachend> geWISsen.>" (Z. 329–331, 333). Mittels der Nominalphrase

[262] Längere Gesprächspausen wie diese sind in der Interaktion, aus welcher der betrachtete Ausschnitt stammt, nicht ungewöhnlich und treten im Zuge des Sprechens über belastende affektive Erfahrungen wiederholt auf.

[263] Was genau sie damit meint, wird nicht weiter expliziert. Es ist aber davon auszugehen, dass sie hier auf Tage referiert, an denen sie pünktlich Feierabend machen bzw. die sie mit ihrem Mann verbringen konnte.

‚das, was wir jetzt gerade sagen' referiert die Pflegerin auf den zuvor thematisierten Sachverhalt, dass Frau Nachtigall sich während der vergangenen zweieinhalb Jahre eben ‚nicht komplett rausnehmen' konnte und das Leben ‚weitergehen' musste. Diesen Sachverhalt, d. h. die angesprochenen äußeren Zwänge und die damit einhergehende reduzierte Handlungsmacht der Angehörigen, nutzt die Pflegerin nun als Grundlage für ihre dem *EMPOWERING* ihrer Interaktionspartnerin dienende Argumentation. Nach einem Selbstabbruch (Z. 334) sowie einem Rückmeldesignal von Frau Nachtigall (Z. 335) expliziert die Pflegerin, was sie mit ihrer vorherigen Aussage meinte: „°hh wenn se sagen des beREUen se, des war ja gar net anders MÖGlich; und sie ham DES was se- (-) an zeit BRINgen konnten ja intensiv genUtzt." (Z. 336–339). Die prosodisch nicht integrierte und synaktisch insubordinierte Konditionalstruktur „°hh wenn se sagen des beREUen se," (Z. 336) stellt ein Relevanzkonditional dar und gibt als solches die Bedingung an, „unter der die folgende Aussage überhaupt relevant ist" (Günthner 1999: 215). Da Frau Nachtigall bislang nicht explizit angeführt hatte, zu bereuen, nicht genügend Zeit mit ihrem Mann verbracht zu haben, bietet diese Struktur der Pflegerin die Möglichkeit, eine subjektive Deutungshypothese als *formulation* (Heritage/Watson 1979) einzubringen, ohne dabei ungebührlich in das affektive Territorium ihres Gegenübers einzudringen. Anschließend macht sie sich zu Frau Nachtigalls ‚Anwältin' und spricht dieser zu, sich in Anbetracht fehlender Handlungsspielräume situationsangemessen verhalten zu haben und daher moralisch integer sowie gegen (Selbst-)Vorwürfe gefeit zu sein.[264] Die ‚Beweisführung' basiert dabei zum einen auf dem Argument, dass es für Frau Nachtigall gar nicht möglich war, jegliche (berufliche) Aktivität komplett einzustellen, um nur noch Zeit mit ihrem Mann zu verbringen. Die unpersönliche Ausdrucksweise der Pflegerin („des war ja gar net anders MÖGlich;", Z. 337) kontextualisiert dabei eine objektive und daher nicht anzuzweifelnde Gültigkeit des Gesagten; es handelt sich hier um eine Form von moralischer Kommunikation (Bergmann/Luckmann 1999a). Zum anderen verweist die Pflegerin aber auch darauf, dass das Ehepaar die gemeinsame Zeit ‚intensiv nutzte' (Z. 338–339).[265] Mittels der Abtönungspartikel ‚ja' (Z. 337, 339) aktualisiert sie dabei bereits Bekanntes und kennzeichnet den geschilderten Sachverhalt zudem als fraglos, sodass sie ihr Gegenüber moralisch entlastet und Frau Nachtigall in der Retrospektive in ihrem Verhalten bestärkt.

Wenngleich dieser Beleg anders gelagert ist als die zuvor betrachteten Ausschnitte 63 und 64, da die Pflegerin die Angehörige hier nicht dazu ermutigt, ihre eigenen Bedürfnisse gegenüber Dritten durchzusetzen, wird auch in dieser Sequenz von pflegerischer Seite die Praktik *EMPOWERING* realisiert: Die Handlung, in der die Pflegerin

[264] Mit Ayaß (1999) lässt sich diese Sequenz als „positive Moralkommunikation" bezeichnen.

[265] Das Wissen um die vielfältigen Freizeitaktivitäten des Ehepaars in den letzten Jahren (insbesondere gemeinsame Wanderungen in den Bergen) wurde in vergangenen Interaktionen mit der Pflegerin im *common ground* verankert.

Frau Nachtigall bestärkt, besteht darin, mit sich selbst ‚gnädiger' zu sein, nichts zu bereuen und kein schlechtes Gewissen zu haben. Folglich liegt auch hier ein Beispiel dafür vor, wie eine Pflegekraft ihr Gegenüber nach einer Problemerzählung darin zu bekräftigen versucht, „the conditions that are creating […] distress" zu verändern (Shaw/Kitzinger 2013: 7). Zusätzlich zeigt sich hier auch die moralische Komponente der Praktik *EMPOWERING*.
Frau Nachtigall stimmt der Pflegerin schließlich explizit zu („ja; des HAM_mer;", Z. 340–341) und untermauert sodann die Behauptung ihrer Gesprächspartnerin: Sie merkt an, dass ihr Mann immer schon ‚alles' erledigt hatte, wenn sie von der Arbeit nach Hause kam (es geht vermutlich um Tätigkeiten im Haushalt), sodass sie ihre Freizeit dann gemeinsam verbringen konnten. Somit lässt sich die Angehörige auf die Perspektive der Pflegerin ein und erinnert sich daran, dass sie so viel Zeit mit ihrem Mann verbrachte, wie es für sie möglich war.

Abschließend betrachtet stellt sich nun die Frage, welche Funktion die pflegerische Praktik *EMPOWERING* erfüllt. Wie im Rahmen der Analysen festgehalten wurde, übernehmen die Pflegekräfte durch den Einsatz dieser Praktik die Rolle von moralischen AnwältInnen, die auf der Seite der PatientInnen bzw. Angehörigen stehen und deren deontische und/oder moralische Position stärken. Somit versuchen die PflegerInnen, die PatientInnen bzw. Angehörigen vor negativem affektiven Erleben zu schützen, das entweder durch andere Personen oder durch eigene Selbstvorwürfe verursacht wird und das zuvor in entsprechenden Problem-Sequenzen dargelegt wurde. Hierfür setzen die Pflegekräfte (mitigierte) Ratschläge bzw. Empfehlungen ein, nehmen explizite deontische Fremdpositionierungen vor und greifen auf animierte Rede zurück, um den PatientInnen im Sinne von *script proposals* (Emmison/Butler/Danby 2011) mögliche Sprechhandlungen für die belastenden Situationen zur Verfügung zu stellen und moralisch adäquates Handeln aufzuzeigen.
Die Reaktionen der PatientInnen bzw. Angehörigen sind eher heterogen: Während die Patientin in den Ausschnitten 63 und 64 die Fremdpositionierung der Pflegerin indirekt zurückweist und sich als unabhängig vom *Empowerment* der Pflegerin handlungsmächtige Person darstellt, lässt die Angehörige in Ausschnitt 65 das *Empowerment* zu und übernimmt die Perspektive der Pflegerin. In den beiden anderen mir ebenfalls vorliegenden Belegen für die hier fokussierte Praktik nehmen die Patienten das *Empowerment* der Pflegekräfte zwar an; in einem Fall erwähnt der Patient aber auch Argumente, die dagegen sprechen, den Besuch wegzuschicken.

#### 6.3.2.4 Praktik DEFOKUSSIEREN VON PSYCHOSOZIAL-AFFEKTIVEM KRANKHEITSERLEBEN

Wie bereits in Kapitel 6.3.2.1 erwähnt wurde, gehen die PatientInnen und Angehörigen nicht immer auf die Versuche der PflegerInnen ein, das affektive Krankheitserleben zum Zwecke einer interaktiven Bearbeitung desselben als Gesprächsgegenstand zu etablieren, sodass es recht schnell zu einer thematischen Verschiebung oder einem

Themenwechsel kommt. Innerhalb meiner Kollektion finden sich aber auch zwei Belege, in denen es die Patientin (in beiden Fällen Frau Werschel (PAw14)) ist, die immer wieder versucht, ihr psychosoziales Krankheitserleben durch affektive Selbstpositionierungen zu thematisieren, in denen jedoch die Pflegerin (in beiden Fällen PFw14) die entsprechenden Aussagen an keiner Stelle aufgreift, damit disaffiliativ reagiert und so das Sprechen über Affekte defokussiert. Obwohl hierfür lediglich zwei Belege vorliegen, die zudem aus Gesprächen zwischen den gleichen Interaktionspartnerinnen stammen, betrachte ich diese Praktik im Folgenden gerade aufgrund ihres Status als *deviant case* (s. Fußnote 176) näher. Das DEFOKUSSIEREN beschreibe ich dabei als Praktik, mittels derer die Pflegekraft auf einen Gesprächsbeitrag der Patientin nicht in kohärenter, erwartbarer Weise reagiert und den thematischen Fokus der Interaktion stattdessen von den vonseiten der Patientin eingebrachten Affekten weglenkt (vgl. dazu Beach et al. 2005: 898f.; Lindemann 2015: 157f.; Suchman et al. 1997: 680; Voutilainen/Peräkylä/Ruusuvuori 2010a: 302f.).

Die Praktik, die ich hier als DEFOKUSSIEREN VON PSYCHOSOZIAL-AFFEKTIVEM KRANKHEITSERLEBEN bezeichne, ist gesprächsanalytisch bislang hauptsächlich im Rahmen von ÄrztIn-PatientIn-Gesprächen beschrieben.[266] Der Fokus der entsprechenden Studien liegt zumeist auf der Frage, inwiefern die ärztlicherseits angestrebte Vermeidung solcher Themen zu einer Zeitersparnis führt und damit ökonomisch ist. Sator/Gstettner/Hladschik-Kermer (2008) und Ruusuvuori/Voutilainen (2016) zeigen dabei, dass PatientInnen die interaktive Bearbeitung relevant gesetzter Affekte so lange perpetuierend einfordern, bis die ÄrztInnen darauf eingehen, weshalb das Defokussieren der entsprechenden Thematik keine Einsparung von Zeit bedeutet, sondern sogar zu einer Verlängerung des Gesprächs führen kann. Sator/Gstettner/Hladschik-Kermer (2008: 162) sprechen in diesem Kontext von einem „Übergehen" patientenseitiger „Relevanzmarkierungen", wobei sie unter Relevanzmarkierungen „subtile, implizite Aufforderungen vom Patienten an den Arzt [verstehen], bestimmte Aspekte, die für den Patienten zentrale Bedeutung haben, […] aufzugreifen". Den Begriff *Relevanzmarkierung* bzw. dessen Verwendung durch Sator/Gstettner/Hladschik-Kermer (2008) ist methodisch jedoch problematisch: Die AutorInnen versäumen es, sequenzanalytisch hinreichend Evidenz dafür zu erbringen, dass die PatientInnen die Bearbeitung ihres affektiven Krankheitserlebens in der Tat relevant setzen. Stattdessen muten die entsprechenden Ausführungen eher wie Zuschreibungen aus Analytikersicht an, bzgl. derer jedoch kein Nachweis dafür erbracht werden kann, dass die Interagierenden selbst sich daran orientieren. Ein Beleg für die These, dass ÄrztInnen und Pflegekräfte die Anliegen von

[266] Eine Ausnahme liegt mit der Studie von Pino (2015) vor, der interdisziplinäre Teambesprechungen im Rahmen von betreutem Wohnen für psychisch kranke Menschen untersucht, bei denen neben den BetreuerInnen auch die BewohnerInnen selbst anwesend sind. Die Studie ist Teil des Sammelbandes von Chevalier/Moore (2015b), der gesprächsanalytische Untersuchungen zu Praktiken vereint, mittels derer Interagierende in verschiedenen institutionellen Settings die konversationelle Bearbeitung bestimmter Themen vermeiden.

PatientInnen de facto ignorieren, lässt sich aber nur dann erbringen, wenn Versuche der PatientInnen, einen spezifischen Gesprächsgegenstand zu etablieren, wiederholt (!) durch defokussierende Züge der professionellen AkteurInnen fehlschlagen.

Auf Grundlage der vorangehenden knappen Auseinandersetzung mit dem Beitrag von Sator/Gstettner/Hladschik-Kermer (2008) erscheint es mir für die folgende Analyse besonders wichtig, den insistierenden Charakter der patientenseitigen Bemühungen, das affektive Erleben zu thematisieren, herauszuarbeiten. Ich habe deshalb einen der beiden in meinen Daten vorliegenden Belege ausgewählt und ihn in drei Abschnitte unterteilt, auf die ich zu Zwecken der Übersichtlichkeit separat eingehe. Für das Verständnis der Gesprächsausschnitte sei zunächst noch entsprechendes ethnografisches Hintergrundwissen angeführt: Die Patientin Frau Werschel wurde zwei Tage zuvor auf die Palliativstation aufgenommen, nachdem sie von ihrem Hausarzt dorthin überwiesen wurde. Sie hat bereits eine längere Krankheitsgeschichte hinter sich und lag auch schon in einem anderen Krankenhaus der Stadt, von wo sie jedoch schlicht weglief. Alle die Patientin bislang behandelnden ÄrztInnen vermuten stark, dass sie ein Bronchialkarzinom hat, jedoch steht noch eine Lungenspiegelung aus, die während des Aufenthaltes auf der Palliativstation durchgeführt werden und letzte Gewissheit bringen soll. Ferner werden Gehirnmetastasen als Ursache für ihre Unfähigkeit, zu gehen, diskutiert. Wie ich aus entsprechenden informellen Gesprächen im Stationszimmer weiß, wird die Patientin von allen AkteurInnen der Palliativstation, die bislang Kontakt zu ihr hatten, als ‚schwierig' eingestuft, da sie ihre Krankheit stark verleugnet. Außerdem klagt sie häufig darüber, dass die Zeit nicht umgeht, sie ihr Bett nicht verlassen kann und ihr zufolge niemand so recht weiß, was ihr überhaupt fehlt. In der Visite am Vormittag hatte sie zudem angeführt, dass sie das Krankenhaus schon längst verlassen hätte, wenn sie mobil wäre.
Im folgenden ersten Ausschnitt hilft die Pflegerin der Patientin auf den Nachtstuhl, wobei die beiden Interagierenden feststellen, dass Frau Werschel Stuhlgang in der Hose hat.

***Ausschnitt 66: Hilflos (377_14_P_20190319; 00:00:48-00:01:27)***

```
008 PAw14:  glaub da hab ich in die HOse geschisst.
009 PFw14:  ich würde saga JA[:;  ]
010 PAw14:                    [aber] ganz SCHEE;
011         bin ich a BUTZsau; (1.1)
012         pfui DEIWL;[267] (1.8)
013         <<p, creaky> ?HM?hm;> (1.9)
014         <<pp, creaky> ?mh;> (1.8)
015         jo,=
016         =dass ma sO HILFlos sei kann; (4.4)
017 PFw14:  <<p> müsst ihne da grad nur d_hose wieder RUNderzieha
            scho mal; (-)
018         (xxx;)> (---)
```

[267] ‚Pfui Teufel'.

```
019 PAw14:  <<p, behaucht, stöhnend> aHA;> (13.6)
```

Zunächst geht es um den Stuhlgang in der Hose der Patientin. Das Einstuhlen wird von Frau Werschel selbst durch die Kombination der Intensitätspartikel „ganz" mit dem Adjektiv „SCHEE" (Z. 010) bewertet.[268] Darauf basierend nimmt sie eine Selbstpositionierung mittels des als Prädikativ fungierenden Lexems „BUTZsau;" (Z. 011) vor, das regionalsprachlich für ‚Schwein'/‚Ferkel' steht (Maurer/Mulch/Stroh 1968: 1279). Die Pflegerin reagiert – zumindest verbal – nicht auf die explizite Positionierung ihrer Gesprächspartnerin, weshalb diese ihren Turn nach einer 1,1-sekündigen Pause durch eine weitere regionalsprachliche Bewertung expandiert: „pfui DEIWL;" (Z. 012). Auch diese Bewertung zieht jedoch keine Reaktion der Pflegerin nach sich; stattdessen folgt eine nochmalige, insgesamt 5,7 Sekunden lange Schweigephase, die lediglich an zwei Stellen von Knarrlauten der Patientin durchbrochen wird.[269]

Schließlich setzt Frau Werschel ein weiteres Mal zu einer Fortführung ihres Turns an: „jo,= =dass ma sO HILFlos sei kann;" (Z. 015–016). An dieser Stelle referiert sie nun erstmals innerhalb des Gesprächs auf ihr psychosozial-affektives Krankheitserleben. Auffällig ist dabei die sprachliche Form der Äußerung: Syntaktisch liegt ein isolierter, d. h. nicht „valenzgebunden[er]" (Eisenberg 2013: 313) *dass*-Satz vor, der auch prosodisch und illokutiv eigenständig ist und als Exklamativsatz fungiert (vgl. Altmann 1987: 36ff.; Günthner 2013: 234ff.). Als Subjekt tritt dabei nicht etwa das Personalpronomen der 1. Pers. Sg., sondern stattdessen das unpersönliche Pronomen *man* auf. Es ist davon auszugehen, dass hier ein autoreferenzieller Gebrauch von *man* vorliegt (vgl. Auer 2000: 166), die Patientin also auf sich selbst und ihr eigenes Erleben verweist. Dass sie hinter einer unpersönlichen bzw. generalisierenden Ausdrucksweise zurücktritt, schafft dabei eine Distanz zum eigenen Erleben (vgl. Bredel 1999: 132).

Auch an dieser Stelle, an der die Patientin explizit das Gefühl der Hilflosigkeit thematisiert, das in der Medizinsoziologie als konstitutiv für die Krankenrolle gilt (Parsons 1951: 428ff.), hält die Pflegerin eine Reaktion auf die affektive Positionierung der Patientin zurück. Sie greift den Versuch der Thematisierung des Krankheitserlebens nicht auf und verhindert so eine kollaborative Bearbeitung der Affekte der Patientin. Das Schweigen kann folglich sowohl als disaligniert als auch als disaffiliativ beschrieben werden (vgl. Muntigl/Horvath 2014b: 329). Präferiert wäre hier ein das Sprechen über das Krankheitserleben weiterführendes Anschlusshandeln oder zumindest eine Mini-

---

[268] Vgl. Breindl (2007: 401) zur intensivierenden Funktion von *ganz* und Finkbeiner/Meibauer (2016: 306) speziell zu *ganz schön* in der Funktion der Emphase- bzw. Intensitätsmarkierung.

[269] Aus den Hintergrundgeräuschen lässt sich schließen, dass die Pflegerin parallel eine außersprachliche Tätigkeit vollzieht; in Anbetracht der Stuhlinkontinenz der Patientin ist anzunehmen, dass sie deren Intimbereich säubert. Wie Posenau (2014: 102) in Bezug auf die von ihm untersuchten Morgenpflegeinteraktionen im Altenheim festhält, werden pflegerische Handlungen in dieser Körperregion „fast ausschließlich schweigend durchgeführt".

malreaktion in Form eines *response cry* (Goffman 1978) oder eines prosodisch als ‚empathisch' markierten Rückmeldesignals (vgl. Ruusuvuori 2007: 600).[270] Zwar übernimmt die Pflegerin schließlich das Rederecht (Z. 017) – allerdings nur, um ihr außersprachliches Handeln zu koordinieren. In Verbindung mit der fehlenden Reaktion auf das von der Patientin geschilderte affektive Krankheitserleben dient der Wechsel zur empraktischen Interaktionsmodalität einer Defokussierung von Frau Werschels Affekten. Fiehler (1990a: 45) bezeichnet eine solche Praktik in seiner Klassifikation unterschiedlicher Strategien der „Prozessierung von Emotionen und Erleben" als *Ignorierung*: „Bei der […] Ignorierung vermeidet der Interaktionspartner bewußt und offensichtlich, obwohl er es wahrgenommen und gedeutet hat, auf das [von einer Sprecherin geschilderte affektive] Erleben einzugehen und es in manifester Weise interaktiv zu behandeln" (Fiehler 1990a: 45; vgl. auch Weinhold 1997: 130). Daneben erinnert das im analysierten Gesprächsausschnitt beobachtbare Defokussieren von Affekten auch an das von Siegrist (1977: 11f.) für Visiten beschriebene „Nichtbeachten" als „Reaktionstyp [einer] asymetrische[n] Verbalhandlung" (s. Kapitel 4.1.2.3). Wie Siegrist (1977: 11f.) anmerkt, tritt das ‚Nichtbeachten', d. h. die „Meidung einer Reaktion", insbesondere in Interaktionen mit „Problempatienten" und somit mit einer Patientengruppe auf, der Frau Werschel vonseiten der Pflegekräfte und ÄrztInnen zugeordnet wird (s. o.).

An dieser Stelle ist zwar zunächst fraglich, ob die durch die thematische Verschiebung zur empraktischen Interaktionsmodalität erreichte Defokussierung de facto *accountable* ist, da die Patientin nicht signalisiert, dass ihr eine Reaktion fehlt. Im weiteren Gesprächsverlauf thematisiert Frau Werschel aber noch drei weitere Male ihr Einstuhlen und setzt somit indirekt eine Reaktion relevant. Die Pflegerin geht jedoch an keiner Stelle darauf ein. Nach einer anderthalb Minuten langen Schweigephase nimmt die Patientin sodann ein weiteres *fishing* (Pomerantz 1980) für ein Ticket für eine Problemerzählung vor und versucht, die aus ihrer Perspektive noch unklare Diagnose als Gesprächsgegenstand zu etablieren, was jedoch ebenfalls misslingt.

Neuneinhalb Minuten nach dem Ende des vorangehend analysierten Ausschnittes findet sich schließlich ein weiteres Beispiel für einen defokussierenden Zug der Pflegerin, mittels dessen sie die kollaborative Bearbeitung des affektiven Krankheitserlebens von Frau Werschel unterbindet. Unmittelbar zuvor hatte die Pflegerin sie gefragt, ob sie wieder eigene Klamotten (anstelle der Krankenhauskleidung) anziehen möchte. Die Patientin hatte dies verneint, woraufhin eine elfsekündige Gesprächspause folgte, in der die Pflegerin Frau Werschel wohl anzieht.

---

[270] Es ist allerdings anzumerken, dass eine derartige empathische Reaktion u. U. sogar problematisch und kontraproduktiv wäre, da die Pflegerin der Patientin damit indirekt die Berechtigung für dieses Gefühl der Hilflosigkeit verleihen und auf diese Weise auch anerkennen würde, dass Frau Werschel in der Tat hilflos ist (vgl. dazu Stommel/te Molder 2018).

***Ausschnitt 67: Keine Lust (377_14_P_20190319; 00:11:07 – 00:11:16)***

```
072 PAw14:  hen (.) zu GAR nix; (---)
073 PFw14:  <<h> hm?>
074 PAw14:  zu gar nix LUSCHT;[271] (-)
075 PFw14:  zu nix LUSCHT;=
076         =soll mer die wieder ANZieha <<p> oder isch ihne des:-
            (--)
077         zu WARM,=Oder;> (-)
078 PAw14:  nee desch mer NET zu warm;
079 PFw14:  <<p, t, creaky> gut;>
```

Die die Schweigephase terminierende Äußerung der Patientin wird von der Pflegerin als unverständlich behandelt, was sie durch die Rückfragepartikel „<<h> hm?>" (Z. 073) anzeigt und so eine Fremdreparatur konditionell relevant setzt. Frau Werschel erweitert ihre Aussage daraufhin und gibt an, „zu gar nix LUSCHT;" (Z. 074) zu haben. Mittels eines fallend intonierten Rezipientenechos signalisiert die Pflegerin sodann ihr Verstehen (Z. 075) und ratifiziert dadurch die erfolgreiche Durchführung der Selbstreparatur. In schnellem Anschluss an ihre Allorepetition vollzieht sie anschließend einen Übergang vom „Schema[ ] der Unterhaltung in das Schema der praktischen Aktivitäten" (Kallmeyer 1978: 208), da sie nun auf die parallel ablaufende außersprachliche Handlung Bezug nimmt und die Patientin fragt, was sie ihr anziehen soll (Z. 076). Auf Frau Werschels ‚Unlust' geht sie jedoch weder hier noch im weiteren Gesprächsverlauf näher ein.[272] Nach einer Antwort der Patientin (Z. 078) und einer Bestätigung der Pflegerin (Z. 079) fährt Frau Werschel damit fort, ihre ‚Klamottenpräferenzen' darzulegen. Zusammenfassend betrachtet defokussiert die Pflegerin an dieser Stelle ein weiteres Mal das affektive Krankheitserleben der Patientin und verhindert so, dass dieses interaktiv bearbeitet wird. Ebenso wie in Ausschnitt 66 setzt sie auch hier das Thematisieren von Aspekten ihres außersprachlichen Handelns als Ressource ein, um keine inhaltlich kohärente, affiliative Reaktion produzieren zu müssen und reagiert somit sowohl disaffiliativ als auch disaligniert. Allerdings bleibt auch hier die Frage, ob eine empathische Reaktion auf die von der Patientin angeführte Langeweile nicht sogar kontraproduktiv wäre, da eine solche Frau Werschel in ihrem Gefühl der Langeweile bestätigen würde.

Schließlich wende ich mich noch einem letzten Ausschnitt aus dem Gespräch zu. Dieser setzt 27 Sekunden nach dem Ende der zuvor besprochenen Sequenz ein. Sowohl unmittelbar vor als auch nach dem hier abgedruckten Beleg bedient sich die Pflegerin zur Koordination ihrer außersprachlichen Handlungen empraktischen Sprechens:

---

271 Z. 072+074: ‚Ich habe zu gar nichts Lust'.

272 Da Frau Werschel sich an dieser Stelle nicht zum ersten Mal seit ihrer Aufnahme auf die Palliativstation über Langeweile bzw. fehlende Lust auf verschiedene Aktivitäten (Zeitunglesen, Fernsehen etc.) beklagt, ist davon auszugehen, dass die Pflegerin diese Klage bereits kennt.

***Ausschnitt 68: Hilflos 2 (377_14_P_20190319; 00:11:43-00:12:01)***

```
097 PFw14:  HOBbala; (-)
098         <<flüsternd> ge:NAU;> (4.0)
099 PAw14:  bin scho (xxx xxx xxx) (ARG/A) gfanga;[273]
100         gell; (--)
101         <<seufzend> ach;>
102         wenn ma HILFlos isch des isch-
103 PFw14:  irgendwie isch se[274] aber au a bissle FEUCHT. (-)
104         [do;                                    ]
105 ??      [((nicht zuordnungsbares Geräusch))] (1.1)
106 PAw14:  jo, (---)
107 PFw14:  spürt-
108         (.) fühlt sich_s NET so an, (-)
109 PAw14:  nee:,
```

Die in Z. 099 ausgedrückte Proposition ist akustisch nicht klar verständlich. Vermutlich bringt Frau Werschel hier zum Ausdruck, ‚auch' bzw. ‚arg' ‚gefangen' zu sein, wodurch sie eine auf ihr Krankheitserleben bezogene affektive Positionierung mit negativer Valenz vornimmt.[275] Durch den Alignmentmarker „gell;" (Z. 100) signalisiert sie anschließend, dass ihr soeben thematisiertes affektives Erleben dem „Bestand gemeinsamen Wissens zugefügt werden soll oder [diesem] schon zugehören sollte" (Zifonun et al. 1997: 385); ferner fungiert ‚gell' auch als Beendigungssignal und kann der Hörerin „einen Einstieg in die Sprecher[innen]rolle […] verschaffen" (Weinrich 2005: 834). Allerdings erfolgt auch hier vonseiten der Pflegerin keine Reaktion, wo eine solche erwartbar wäre.

Nach einer kurzen Pause äußert die Patientin ein seufzend realisiertes *sound object* (Reber 2012) („<<seufzend> ach;>", Z. 101), ehe sie, wie bereits in Ausschnitt 66, Hilflosigkeit zum Ausdruck bringt: „wenn ma HILFlos isch des isch-" (Z. 102). Indem sie ebenso wie auch schon zuvor das unpersönliche Pronomen *man* gebraucht und das *display* subjektiven Erlebens ferner in Form einer generalisierenden Konditionalstruktur anführt, entindividualisiert sie ihren affektiven Zustand (vgl. dazu Eggs 2017: 69). Allerdings bricht sie die begonnene Apodosis der Konditionalstruktur ab, woraufhin die Pflegerin das Rederecht ergreift. Dabei knüpft sie jedoch nicht an den Anakoluth der Patientin an, sondern vollzieht einen abrupten Themenwechsel, der sich offenbar aus den Erfordernissen der aktuellen Situation, d. h. dem Anziehen der Hose, ergibt: „irgendwie isch se aber au a bissle FEUCHT. do;" (Z. 103–104). Die Patientin versucht daraufhin nicht weiter, ihre Hilflosigkeit als Gesprächsgegenstand zu etablieren und die Problem-Sequenz zu expandieren, sondern steigt in die empraktische Interaktionsmodalität ein.

---

[273] ‚Bin schon […] (arg/auch) gefangen'.

[274] Die Pflegerin referiert mit diesem Pronomen auf die Hose, die sie der Patientin gerade anzieht.

[275] Wie weiter oben angeführt wurde, brachte die Patientin gegenüber den PflegerInnen und ÄrztInnen der Station wiederholt zum Ausdruck, dass sie am liebsten weglaufen würde. Sie fühle sich in der Natur am wohlsten und verabscheue es, immerzu in ihrem Krankenzimmer sein zu müssen.

Wenngleich Frau Werschel die Reaktionen der Pflegerin auf ihre Versuche, ihr affektives Krankheitserleben als interaktiv zu bearbeitenden Gegenstand zu etablieren, nicht explizit als inadäquat markiert bzw. deren Fehlen nicht expressis verbis moniert, zeigt sie durch die Wiederholung ihres entsprechenden Bemühens an, dass sie die disaffiliativen und disalignierten Reaktionen ihrer Interaktionspartnerin als nicht ausreichend erachtet (vgl. ähnlich Ruusuvuori/Voutilainen 2016: 227). Die Pflegerin wiederum schweigt entweder an den Stellen, an denen sie bspw. mit einem Empathiedisplay affiliativ auf Frau Werschels Aussagen reagieren könnte, oder defokussiert das psychosozial-affektive Krankheitserleben durch einen Wechsel auf die Ebene der parallel ausgeführten außersprachlichen Handlungen. Die Ressource, auf die die Pflegerin zur Defokussierung zurückgreift, liegt dabei in ihrem professionellen Aufgabenspektrum innerhalb des sozialen Feldes ‚Palliativstation' begründet: Dadurch, dass es ihr obliegt, die entsprechenden pflegerischen Handlungen am Körper der Patientin auszuführen, kann sie sich in ihrem sprachlichen Handeln jederzeit auf ihr außersprachliches Handeln beziehen, ohne dass dies in besonderer Weise *accountable* zu machen wäre. Gleichermaßen kann sie eine Reaktion aber auch gänzlich zurückhalten und lediglich die Handlungsprogression auf der außersprachlichen Ebene vorantreiben. Die Berufsrolle der Pflegerin trägt folglich zur spezifischen Ausgestaltung der Praktik DEFOKUSSIERUNG VON PSYCHOSOZIAL-AFFEKTIVEM KRANKHEITSERLEBEN bei und konstituiert diese Praktik somit reflexiv mit.

Ebenso wie am Ende der beiden Kapitel 6.1.2 und 6.2.2 zum pflegerischen Sprechen über Medikamente bzw. Schmerzen fasse ich auch am Ende des aktuellen Kapitels zum pflegerischen Sprechen über das psychosozial-affektive Krankheitserleben der PatientInnen und Angehörigen die zentralen Analyseergebnisse abschließend in tabellarischer Form zusammen. Eine Gesamtbetrachtung und Einordnung der Ergebnisse erfolgt in Kapitel 6.3.5.

Tabelle 21: Praktiken des pflegerischen Sprechens über psychosozial-affektives Krankheitserleben

| **Praktik** | **Zentrale Merkmale** |
|---|---|
| Praktiken des initialen Thematisierens von psychosozial-affektivem Krankheitserleben | • Die Pflegekräfte führen das psychosozial-affektive Krankheitserleben der PatientInnen bzw. Angehörigen in neun von achtzehn Belegen (50 %) eigeninitiativ in die Interaktion ein.<br>• Das psychische Ergehen der PatientInnen oder z. T. auch der Angehörigen wird zumeist eher indirekt thematisiert, wobei die von den Pflegekräften eingesetzten Praktiken nur selten zu elaborierten Antworten ihrer GesprächspartnerInnen und |

| | |
|---|---|
| | somit zu einer interaktiven Bearbeitung des psychosozial-affektiven Krankheitserlebens führen.<br>• Setzen Pflegekräfte eine direkt oder indirekt formulierte Frage ein, um das psychosozial-affektive Krankheitserleben interaktiv relevant zu setzen, ist diese retraktiv *accountable* zu machen, wenn die PatientInnen mit einer *no problem*-Antwort darauf reagieren.<br>• Im Rahmen der Praktik *NOTICING* schildern die Pflegekräfte eine subjektive Wahrnehmung, die sie sodann als Evidenz für eine affektive Fremdpositionierung der PatientInnen anführen. Mitigierende Elemente und epistemische Herabstufungen (sowohl auf der lexikalischen als auch auf der prosodischen Ebene) kontextualisieren dabei, dass die Zuschreibung von Affekten prinzipiell heikel ist.<br>• Die Praktik *TOPIC PROFFERING* dient schließlich dazu, einen Sachverhalt anzuführen, der sich im epistemisch-affektiven Territorium der PatientInnen bzw. Angehörigen befindet (*B-Event*). Diesen bieten die Pflegekräfte ihren GesprächspartnerInnen zur weiteren interaktiven Bearbeitung an. In zwei der drei betrachteten Belege verhindern die PatientInnen bzw. Angehörigen allerdings eine weitere Besprechung ihres Krankheitserlebens. |
| GENERALISIEREN VON PSYCHOSOZIAL-AFFEKTIVEM KRANKHEITSERLEBEN | • Mitunter generalisieren die Pflegekräfte das psychosozial-affektive Krankheitserleben der PatientInnen bzw. Angehörigen, das von diesen zuvor zum Ausdruck gebracht wurde oder das die PflegerInnen antizipieren. Somit lösen sie es von der Subjektivität der PatientInnen bzw. Angehörigen und präsentieren es in einem intersubjektiv gültigen Deutungsrahmen in de-individualisierter Form. Sie signalisieren damit, dass das (antizipierte) affektive Krankheitserleben nicht ungewöhnlich, sondern der Situation angemessen ist.<br>• Auf der sprachlichen Ebene zeichnet sich die Praktik zentral durch den Einsatz des generischen bzw. generalisierenden Pronomens *man*, die Verwendung des generischen Präsens sowie durch Konditionalstrukturen und Abtönungspartikeln wie *ja* oder *doch* aus. |

| | |
|---|---|
| | • Mit der Generalisierung formulieren die Pflegekräfte zugleich eine Aussage darüber, was für Personen, die sich in ähnlichen Situationen wie die PatientInnen bzw. Angehörigen befinden, ‚normal' ist.<br>• Generalisierungen fremden Erlebens sind nicht immer unproblematisch, sondern können aufgrund der den PatientInnen/Angehörigen dadurch abgesprochenen Einzigartigkeit ihres psychosozial-affektiven Krankheitserlebens auch heikel und gesichtsbedrohend sein.<br>• Zwei der fünf Belege fungieren als prospektiv ausgerichtete Empathieangebote, während es sich bei den anderen drei Belegen um retraktive Verstehensdokumentationen handelt. |
| *EMPOWERING* DER PATIENTINNEN UND ANGEHÖRIGEN | • Die Praktik *EMPOWERING* dient dazu, die PatientInnen bzw. Angehörigen als deontisch potente und/oder moralisch integre Personen zu positionieren und sie auf diese Weise zu ermutigen, bestimmte belastende Umstände zu verändern. So übernehmen die Pflegekräfte temporär die Rolle von ‚AnwältInnen' der PatientInnen bzw. Angehörigen und stärken deren deontische und/oder moralische Position.<br>• In jedem der vier vorliegenden Belege geht dem pflegerischen Einsatz dieser Praktik eine Problemerzählung voraus, die sich entweder auf das als negativ bewertete Verhalten Dritter oder auf Vorwürfe anderer Personen bzw. auf Selbstvorwürfe bezieht. |
| DEFOKUSSIEREN VON PSYCHOSOZIAL-AFFEKTIVEM KRANKHEITSERLEBEN | • Hinsichtlich des Interaktionsverhaltens einer bestimmten Pflegerin (PFw14) ist festzustellen, dass diese die von der Patientin Frau Werschel (PAw14) eingebrachten Affekte immer wieder defokussiert, d. h. einen thematischen Wechsel vornimmt, und damit sowohl disaffiliativ als auch disaligniert reagiert.<br>• Mitunter hält die Pflegerin eine Reaktion auf das *troubles-telling* der Patientin gänzlich zurück und schweigt, sodass auf der verbalen Ebene eine Pause entsteht, während die Progression der außersprachlichen Pflegetätigkeiten jedoch vorangetrieben wird.<br>• Daneben wendet sich die Pflegerin in Reaktion auf eine affektive Selbstpositionierung der Patientin mit ihrem sprachli- |

| | |
|---|---|
| | chen Handeln bisweilen auch ihren parallel vollzogenen außersprachlichen Handlungen zu und koordiniert diese verbal. |

### 6.3.4 Ärztliches Sprechen über das psychosozial-affektive Krankheitserleben

Auch im Rahmen des Kapitels zum ärztlichen Sprechen über das psychosozial-affektive Krankheitserleben der PatientInnen und Angehörigen gehe ich zunächst darauf ein, wie die ÄrztInnen die Affekte ihrer InteraktionspartnerInnen als Gesprächsgegenstand zu etablieren versuchen (Kapitel 6.3.4.1). Anschließend setze ich mich näher mit der Praktik GENERALISIEREN VON PSYCHOSOZIAL-AFFEKTIVEM KRANKHEITSERLEBEN auseinander, die in den ÄPI ebenfalls frequent auftritt (Kapitel 6.3.4.2), ehe ich die Praktik KONZESSIVES ANZEIGEN VON VERSTEHEN DES PSYCHOSOZIAL-AFFEKTIVEN KRANKHEITSERLEBENS betrachte (Kapitel 6.3.4.3). Abgeschlossen wird das Kapitel mit der Analyse einer Praktik, durch welche die ÄrztInnen das psychosozial-affektive Krankheitserleben der PatientInnen und Angehörigen defokussieren (Kapitel 6.3.4.4).

#### *6.3.4.1 Praktiken des initialen Thematisierens von psychosozial-affektivem Krankheitserleben*

In den 29 Belegen meiner Kollektion zum ärztlichen Sprechen über das psychosozial-affektive Krankheitserleben treten lediglich sechs Fälle auf, in denen die ÄrztInnen diese Thematik in die Interaktion einführen und so eine Bearbeitung der Affekte ihrer GesprächspartnerInnen initiieren.[276] Betrachtet man diese wenigen Belege näher, lassen sich drei verschiedene Praktiken identifizieren, die die ÄrztInnen zur initialen Thematisierung des affektiven Krankheitserlebens einsetzen: Ebenso wie ihre KollegInnen aus der Pflege greifen auch sie auf die Praktik *NOTICING* zurück (n=2) und setzen Fragen ein (n=3), um affektive Selbstpositionierungen aufseiten ihres Gegenübers relevant zu setzen. Daneben liegt auch ein Fall vor, in dem die Ärztin eine Deutungshypothese hinsichtlich des affektiven Zustandes ihrer Gesprächspartnerin äußert.

Zunächst betrachte ich einen Beleg für die Praktik *NOTICING*. Das Beispiel stammt aus einer Chefarztvisite bei der Patientin Frau Ehmer, die unter einem CUP (*carcinoma of unknown primary*) im Endstadium leidet und bei der zusätzlich eine leichte bis mittelschwere Demenz vorliegt. Ehe der abgedruckte Ausschnitt einsetzt, führte der Arzt an, dass die Pflegekraft, die in der Nacht Dienst hatte, erzählt habe, die Patientin sei ruhiger geworden. Da die Patientin darauf nicht eingeht, stellt der Arzt eine allgemeine Befindensfrage:

[276] In der Mehrzahl der Belege (n=20) sind es die PatientInnen selbst bzw. deren Angehörige, die ihren affektiven Zustand initial thematisieren. Bei den verbleibenden drei Belegen lässt sich nicht eindeutig festmachen, von welcher Interaktionspartei das Sprechen darüber ausgeht.

***Ausschnitt 69: Angestrengter Eindruck (161_ 08_A_20190221; 00:01:52–00:03:15)***

```
017 ARm11:  wie GEHT_S ihnen; (12.0)
018 PAw08:  <<pp, flüsternd> NICH so gut;> (1.8)
019 ARm11:  sie mAchen HEUte?,
020         einen Angestrengten EINdruck auf mich; (6.3)
021         nehm ich des rIchdich ´`WAHR; (2.4)
022         <<p> ja;> (-)
023 PAw08:  <<pp, flüsternd> (xxx XXX xxx;)> (5.0)
024 ARm11:  was beLAStet ↑sie; (8.6)
025 PAw08:  <<p> SIE jedenfalls nIch;> (-)
026 ARw04:  <<f> h°> [<<pp, lachend> HÄhähähähä;>    ]
027 ARm11:           [<<smile voice> das FREUT mich;>] (1.2)
028 ARw04:  <<p, lachend> °h>
029 ARm11:  des freut mich [SEHR dass sie das sA ]gen;
030 ARw04:                 [<<p, lachend> aHÄhä;>]
031 ARm11:  <<p> ne,>
032 ARw04:  (.) °hh (4.4)
033 ARm11:  mich intressIErt (-) nur ob_s was gIbt wo wir ihnen
            HELfen können; (8.2)
034 PAw08:  <<pp> ich will zu GOTT;> (1.5)
035 ARm11:  da hab ich_s <<len> geFÜHL,
036         sind sie auf nem guten WEG;> (7.0)
037         aber s_braucht halt seine ZEIT;
```

Allgemeine Befindensfragen zu Beginn von Gesprächen zwischen PatientInnen und Vertreter-Innen einer medizinischen Institution changieren prinzipiell zwischen einer Lesart als „Aufforderung zur Beschwerdeschilderung" und einer Lesart als floskelhaftes „Begrüßungsritual" (Spranz-Fogasy 1987: 297; vgl. auch Weinhold 1997: 87ff.). Indem die Patientin nach einer sehr langen Responzlatenz, die wohl ihrer kognitiven Beeinträchtigung geschuldet ist, mit „NICH so gut;" (Z. 018) den durch die ärztliche Frage konditionell relevant gesetzten zweiten Paarteil liefert, zeigt sie an, dass sie die Frage ihres Gegenübers nicht als ritualisierte Floskel auffasst. Anstatt auf die Antwort der Patientin einzugehen und etwa den Grund für ihr fehlendes Wohlergehen zu erfragen, formuliert der Arzt im Folgenden seinen subjektiven Wahrnehmungseindruck: „sie mAchen HEUte?, einen Angestrengten EINdruck auf mich;" (Z. 019–020). Ebenso wie die Pflegerin in Ausschnitt 58 bedient sich auch der Arzt hier der Praktik *NOTICING*, um die Affekte der Patientin zu thematisieren. Als epistemische Grundlage der affektiven Fremdpositionierung dient ihm dabei sein subjektiver Eindruck. Da Frau Ehmer zumindest verbal aber nicht auf die Aussage ihres Gesprächspartners reagiert, folgt von dessen Seite ein *response mobilizing feature* (Stivers/Rossano 2010) in Form der ratifikationssuchenden Frage „nehm ich des richdich ^WAHR;" (Z. 021), mittels derer er seine Wahrnehmung des *B-Events* zur Disposition stellt und so eine Bestätigung oder Zurückweisung seiner Affektzuschreibung einfordert (vgl. dazu Muntigl/Horvath 2014a: 90). Die Patientin reagiert hierauf offensichtlich zumindest nonverbal in affirmativer Weise (etwa durch ein Nicken), da der Arzt in Z. 022 das *acknowledgement token* „<<p> ja;>" äußert, das in dritter Position der Verstehensanzeige dient und sequenzschließend fungiert.

Der nächste Turn der Patientin ist aufgrund der geringen Lautstärke nicht verständlich. Nach einer weiteren längeren Pause stellt der Arzt sodann eine konkretisierende Nachfrage, die an den von ihm formulierten Eindruck anknüpft und abermals eine Elaborierung der Patientin relevant setzt: „was beLAStet ↑sie;" (Z. 024). Wenngleich die auf eine 8,6 Sekunden andauernde Gesprächspause folgende Antwort der Patientin („SIE jedenfalls nIch;", Z. 025) nicht als humorvoll kontextualisiert ist, reagiert die ebenfalls anwesende Stationsärztin ARw04 hierauf mit einer ‚Lachsalve' und auch die Antwort des Chefarztes ist durch lächelndes Sprechen modalisiert:[277] „das FREUT mich;" (Z. 027).

Obwohl auch dieser zweite Versuch, die psychischen Beschwerden der Patientin als Gesprächsgegenstand zu etablieren, nicht zu einer elaborierten Antwort führt, insistiert der Arzt auf einer konversationellen Bearbeitung der Thematik und reformuliert im Anschluss an eine Humor- und Lachsequenz (Z. 026–032) eine Frage: „mich interessIErt (-) nur ob_s was glbt wo wir ihnen HELfen können;" (Z. 033). Unter Rekurs auf ein nicht näher definiertes institutionelles Kollektiv (‚wir', vgl. Günthner 2021) schwächt er seine vorherige Frage nach dem, was die Patientin belastet, ab und definiert als Fokus seines Interesses lediglich solche Aspekte, die in seinem Handlungsbereich bzw. in dem des Stationsteams liegen. Nach einer abermals langen Pause äußert die Patientin ihr Anliegen: „<<pp> ich will zu GOTT;>" (Z. 034). Hinter dieser Aussage verbirgt sich der bereits oft formulierte und dem Arzt daher bekannte Sterbewunsch der nach eigenen Angaben religiösen Patientin. Unter Bezugnahme auf sein ‚Gefühl' macht der Arzt ihr sodann einerseits Hoffnung („sind sie auf nem guten WEG;", Z. 036), weist andererseits aber auch darauf hin, dass das ‚halt seine Zeit brauche' (Z. 037). Im Folgenden unternimmt er keinen weiteren Versuch, das psychische Krankheitserleben der Patientin relevant zu setzen.

Nicht nur im hier betrachteten Ausschnitt, sondern auch in dem anderen Beleg, der für die Praktik *NOTICING* vorliegt, reagiert die Patientin auf die von der Ärztin vorgenommene Wiedergabe ihres subjektiven Wahrnehmungseindrucks lediglich in minimaler Weise, sodass es zu keiner interaktiven Bearbeitung des affektiven Krankheitserlebens kommt. Folglich stellt das *NOTICING* in den beiden vorliegenden Belegen – konträr zu den von Muntigl/Horvath (2014a) beschriebenen Psychotherapiegesprächen – keine „powerful resource for accomplishing topical work" dar (Muntigl/Horvath 2014a: 90).

Betrachtet man dagegen die drei Fälle näher, in denen die ÄrztInnen mittels einer direkten Frage das affektive Krankheitserleben der PatientInnen zu thematisieren ver-

[277] Dieses Phänomen ist in den aufgezeichneten ärztlichen Interaktionen mit Frau Ehmer häufig zu finden: Die Patientin tätigt eine nicht als humorvoll, ironisch o. dgl. modalisierte Aussage, doch erzeugt gerade die Diskrepanz zwischen ihrer Ernsthaftigkeit einerseits und dem Inhalt ihrer Äußerungen andererseits für ihre GesprächspartnerInnen ein humorvolles Moment.

suchen, so führt der Einsatz dieser Praktik eher dazu, dass die PatientInnen in ausführlicheren Antworten über ihren Gefühlshaushalt sprechen. Folgendes Beispiel, vor dessen Beginn die Ärztin die Patientin vom Hospiz zu überzeugen versucht hatte (s. Kapitel 7.2.2), illustriert dies:

***Ausschnitt 70: Angst und Sorge (496_07_A_20190327; 00:04:13-0:05:05)***

```
149 ARw04:  vielleicht leben se sogar lÄnger als daHEIM,
150         weil die verSORgung <<p> einfach bEsser is;> (9.7)
151 PAw07:  ((hustet)) (2.7)
152         <<creaky> ?m_HM;> (1.4)
153         [<<p, len> hm HM;>]
154 ARw04:  [oder WAS-        ] (-)
155         was MACHT ihnen;
156         was macht ihnen <<creaky> SORge> wenn se dran dEnken,
            (--)
157         [<<p> Oder->]
158 PAw07:  [<<p> hos   ] (-) [PIZ des isch oifach->]
159 ARw04:                    [was macht ihne ANG   ]SCHD,
160         <<p> Oder:->
161 PAw07:  für MICH:- (1.3)
162         der letschde WEG. (-)
163         was i [GEH;      ]
164 ARw04:       [<<p> m_HM;] (-)
165         mja?;>
166 PAw07:  isch hosPI[Z.          ]
167 ARw04:           [<<p> hm HM;>] (2.6)
168         [<<pp> m_HM;>     ]
169 PAw07:  [<<p, creaky> ha,>] (1.3)
170         [(nee,)        ]
171 ARw04:  [kann ich verST]Ehen? (---)
172         <<p> ja,> (---)
173         Aber?
174 PAw07:  <<p> ?m->
175 ARw04:  zwei PUNGde,[278]
```

Da Frau Rüpper auf die Argumentation der Ärztin bzgl. der Vorteile des Hospizes nicht bzw. lediglich durch minimale Rückmeldesignale reagiert, wechselt die Ärztin – indiziert durch den lexikalischen Selbstreparaturmarker ‚oder' (Z. 154) (vgl. hierzu Pfeiffer 2015: 165f.) – ihre argumentative Vorgehensweise und erkundigt sich mittels einer W-Frage explizit nach den Sorgen bzw. Ängsten der Patientin. Interessant ist hierbei, dass die Ärztin sowohl nach ihrer ersten („was macht ihnen <<creaky> SORge> wenn se dran dEnken,", Z. 156) als auch nach ihrer zweiten Frage („was macht ihne ANGSCHD,", Z. 159) den Alignmentmarker ‚oder' (Z. 157, 160) mit final-gleichbleibender Intonationskontur platziert. Auf diese Weise signalisiert sie der Patientin, dass diese auch eine Alternative zu den relevant gesetzten Gefühlen ‚Angst' und ‚Sorge' einbringen kann, ohne dass dies dispräferiert wäre (vgl. Drake 2016: 179ff.). Somit sorgt die Ärztin für den Fall vor, dass die Patientin gar keine Angst bzw. Sorgen hat

[278] ‚Zwei Punkte' (‚Punkte' i. S. v. Argumente).

und diese Frage daher als ungebührlichen Eingriff in ihr affektives Territorium betrachtet. Bereits in Überlappung mit der ärztlichen Reformulierung der ersten Frage in Z. 159 setzt Frau Rüpper zu einer Antwort an und schildert ihre Einstellung gegenüber einem Aufenthalt im Hospiz (Z. 158, 161–163). Im Folgenden setzt sich die Ärztin mit den Sorgen der Patientin auseinander und versucht, deren Argumente gegen das Hospiz zu entkräften (Z. 171–175 (und weiter)).
In einem der beiden anderen Belege, die zusätzlich zu dem hier besprochenen für das Fragen nach dem Gefühlszustand vorliegen, führt der Einsatz dieser Praktik ebenfalls zu einer thematisch kohärenten Antwort der Patientin. Lediglich im dritten Beleg misslingt der ärztliche Versuch einer initialen Thematisierung des psychosozialen Krankheitserlebens. Der Grund hierfür liegt dabei allerdings nicht aufseiten des Patienten, sondern aufseiten der Ärztin selbst: Indem diese ihre begonnene V1-Frage frühzeitig abbricht und innerhalb ihres Turns sodann eine Umfokussierung auf die körperlichen Belange vornimmt, setzt sie das affektive Krankheitserleben nicht ausreichend relevant, sodass der Patient anschließend auch lediglich auf die Frage nach dem körperlichen Befinden eingeht.

Am Ende dieses Kapitels wende ich mich abschließend noch dem ärztlichen ÄUßERN EINER DEUTUNGSHYPOTHESE hinsichtlich des psychosozialen Krankheitserlebens einer Angehörigen zu, das in meiner Kollektion jedoch nur ein einziges Mal auftritt. Die entsprechende Sequenz stammt aus einer Interaktion zwischen einer Ärztin und der Ehefrau (ANw16a) sowie der Tochter (ANw16b) des Patienten Herrn Roller, der sich in der Terminalphase befindet, also in den letzten 48 Stunden vor Eintritt des Todes (vgl. Bausewein 2005: 420). Wie seine Ehefrau und seine Tochter angeben, ist Herr Roller abwesend, wird nicht mehr richtig wach und schläft sehr unruhig. Die Ärztin macht den Vorschlag, die Dosis des Beruhigungsmittels für die Nacht zu erhöhen, sodass der Patient nicht unter seinem Zustand leidet. Die Angehörigen geben jedoch an, dass er sich in den letzten Tagen, als er im Gegensatz zur aktuellen Situation noch bei Bewusstsein war, am Morgen gar nicht mehr an die Unruhe der Nacht erinnerte. Hierauf beziehen sich die TCUs der Ehefrau in Z. 240–241 und 243:

***Ausschnitt 71: Leid der Angehörigen (681_16_P_20190515; 00:04:32-00:04:48)***

```
240 ANw16a:  s_hat er au GESCHdern gsagt;
241          VORgeschdern;
242 ARw04:   <<pp> hm [HM;>     ]
243 ANw16a:           [aber dann] <<p> isch_s au oKEE für ihn;>
244 ARw04:   (.) (ja nan IS-)
245 ANw16a:  [j:a;        ]
246 ARw04:   [also für IHN] isses dann <<dim> okEE,=
247          =und KLAR;> (-)
248 ANw16a:  ja[:;          ]
249 ARw04:     [<<p> für die] Angehörigen is natürlich SCHWER;>
             (--)
250 ANw16a:  °hh[h                       ][<<pp> Aber->]
251 ARw04:      [<<pp> kann ich schon ver][STEha;>     ] (-)
252 ANw16a:  ich bin ja jetzt net alLEI;
```

```
253          des- (---)
254          s_[tut mr GUT mit/wenn-)]=h°
255 ARw04:     [s_tut auch GUT;      ]
256 ANw16a:  [<<stimmlos> ja;>]
257 ARw04:   [<<p> hm HM;>    ] (-)
258          <<pp> ja SCHÖN;> (-)
259 ANw16a:  <<p, flüsternd> ma zu ZWOID isch;>
```

Eingeleitet durch den Reformulierungsmarker „also" (Z. 246) wiederholt die Ärztin Frau Rollers Äußerung aus Z. 243 und zeigt so Verstehen an. Da sich nicht eindeutig bestimmen lässt, ob es sich bei „und KLAR;" (Z. 247) in der Tat um eine eigene Intonationsphrase (IP) handelt – wie im Transkript dargestellt – oder ob diese Phrase nicht vielmehr noch Teil der vorherigen IP ist, ist deren funktionaler Status prinzipiell ambig: Entweder handelt es sich um ein prädikativ gebrauchtes Adjektiv, das Teil der AdjP ‚okay und klar' ist, oder es liegt – wenn die Phrase in der Tat prosodisch selbstständig ist – eine Projektorkonstruktion (vgl. Günthner 2008a) vor, mittels derer die Ärztin ihren folgenden Beitrag prospektiv als selbstevident rahmt.

In partieller Überlappung mit einem Rückmeldesignal der Ehefrau des Patienten (Z. 248) lenkt die Ärztin den Fokus anschließend – nach viereinhalb Minuten – erstmals weg von Herrn Rollers Verfassung und hin zum affektiven Zustand der Angehörigen und etabliert einen Kontrast zwischen der zuvor besprochenen Wahrnehmung des Patienten und der seiner Familie: „<<p> für die Angehörigen is natürlich SCHWER;" (Z. 249). Muntigl/Knight/Watkins (2014: 42f.) und Pudlinski (2005: 272ff.) bezeichnen die Funktion derartiger Äußerungen als *naming another's feelings*. Die entsprechende Praktik, mittels derer VertreterInnen einer Institution Empathie zum Ausdruck bringen, ist dabei wie folgt definiert: „[By *naming another's feelings*] call takers specify feelings implied in a prior report, as a method for soliciting further caller reports on their feelings about their troubles. This method typically occurs at the seeming end of a report of ‚bad news'" (Pudlinski 2005: 272).[279] Um nicht auf die englische Bezeichnung zurückgreifen zu müssen, verwende ich für diese Praktik die Phrase ÄUßERN EINER DEUTUNGSHYPOTHESE. Die Ärztin zeigt dadurch an, wie sie den affektiven Zustand ihrer Gesprächspartnerinnen einschätzt und beansprucht somit einen Zugang zu deren affektivem Territorium (vgl. Muntigl/Knight/Watkins 2014: 43). Die Praktik ÄUßERN EINER DEUTUNGSHYPOTHESE weist dabei eine gewisse Nähe zu der in Kapitel 6.3.2.1 beschriebenen Praktik *TOPIC PROFFERING* auf. Im Gegensatz zu dieser setzt die Ärztin hier aber nicht zwangsläufig eine entsprechende „topic-talking sequence" (Schegloff 2007: 180) ihrer Interaktionspartnerinnen relevant – eine einfache Bestätigung (präferiert) oder Zurückweisung (dispräferiert) genügt (vgl. Pudlinski 2005: 274). Des Weiteren ist das Zuschreiben spezifischer Affekte bei *TOPIC PROFFERINGS* nicht so explizit wie es im hier betrachteten Ausschnitt der Fall ist.[280]

---

279 Da Pudlinski (2005) Anrufe bei einer *peer support line* untersucht, bezieht sich die Definition entsprechend auf den Kontext solcher Telefonate.

280 Lediglich der Einsatz der unpersönlichen NP ‚die Angehörigen' anstatt des adressatendeiktischen Pronomens ‚Sie' fungiert hier abschwächend.

Nach einer kurzen Pause fügt die Ärztin ihrem Turn schließlich hinzu, dass sie eine entsprechende affektive Reaktion von Ehefrau und Tochter ‚verstehen' kann (Z. 251), obwohl diese sich noch gar nicht zur zuvor artikulierten Deutungshypothese positioniert hatten. In Überlappung mit dem Empathiedisplay projiziert Frau Roller einen Widerspruch („Aber-", Z. 250) und reagiert somit dispräferiert. Im Folgenden führt sie an: „ich bin ja jetzt net alLEI; des- s_tut mr GUT (mit/wenn-)=°h" (Z. 252–254). Trotz der semantischen Unvollständigkeit der Aussage ist davon auszugehen, dass Frau Roller auf die Anwesenheit ihrer Tochter verweist, die ebenso wie ihre Mutter jeden Tag ins Krankenhaus kommt, um bei ihrem Vater zu sein. In Überlappung mit dieser Äußerung führt die Ärztin in einer kollaborativen Fortführung von Frau Rollers minimaler TCU „des-" (Z. 253) die gleiche Proposition an wie die Angehörige (Z. 255). Nachdem diese die Ko-Konstruktion ratifiziert (Z. 256) und die Ärztin wiederum auf Frau Rollers Äußerung reagiert hatte (Z. 257), beendet die Ehefrau des Patienten ihren zuvor abgebrochenen Turn: „<<p, flüsternd> ma zu ZWOID isch;>" (Z. 259). Anschließend geht es nicht länger um die Affekte der Angehörigen, sondern um die von Frau Roller erlassenen ‚Besuchsregeln' für FreundInnen und Bekannte. Nachdem Frau Roller sich zur ärztlichen Deutungshypothese geäußert hat, kann somit ein weiteres Thema eingeführt werden (vgl. auch Pudlinski 2005: 274).

Resümierend kann am Ende des Kapitels festgehalten werden, dass die von den ÄrztInnen ausgehenden Versuche, das affektive Krankheitserleben der PatientInnen bzw. Angehörigen als Gesprächsgegenstand zu etablieren, ebenso wie die in Kapitel 6.3.2.1 beschriebenen pflegerischen Versuche nicht in allen Fällen zu einer elaborierten interaktiven Bearbeitung desselben führen. So reagieren die PatientInnen bzw. Angehörigen sowohl auf die von den ÄrztInnen vorgenommene Wiedergabe ihres subjektiven Wahrnehmungseindrucks im Rahmen der Praktik *NOTICING* als auch auf den (zugegebenermaßen singulären) Gebrauch der Praktik ÄUßERN EINER DEUTUNGSHYPOTHESE lediglich in minimaler Form oder gar nicht. In den meisten Fällen insistieren die ÄrztInnen jedoch nicht auf eine elaborierte Antwort, fordern eine solche also nicht dezidiert ein. Lediglich die direkt formulierten Fragen nach einem Aspekt des affektiven Krankheitserlebens führen dazu, dass die PatientInnen ausführlicher über dieses sprechen.

#### *6.3.4.2 Praktik GENERALISIEREN VON PSYCHOSOZIAL-AFFEKTIVEM KRANKHEITSERLEBEN*

Ebenso wie in Kapitel 6.3.2 zum pflegerischen Sprechen über das psychosozial-affektive Krankheitserleben der PatientInnen und Angehörigen können auch im Kapitel zum ärztlichen Sprechen hierüber lediglich zwei der am häufigsten in meiner Kollektion auftretenden Praktiken herausgegriffen und deren sprachlich-interaktive Charakteristika eingehender beschrieben werden. Im Folgenden setze ich mich dabei zunächst mit der ärztlichen Verwendung der Praktik GENERALISIEREN VON PSYCHOSOZIAL-

AFFEKTIVEM KRANKHEITSERLEBEN auseinander, deren Vorkommen in den Pflege-PatientIn-Gesprächen bereits in Kapitel 6.3.2.2 beleuchtet wurde.

In den ÄrztIn-PatientIn-Interaktionen finden sich insgesamt sechs Belege, in denen die ÄrztInnen das psychosozial-affektive Krankheitserleben der PatientInnen bzw. Angehörigen generalisieren und es somit von deren subjektivem Gefühlshaushalt lösen und in eine allgemeingültige Aussage überführen. Auf diese Weise versichern die ÄrztInnen ihren GesprächspartnerInnen nicht nur, dass deren affektives Erleben nachvollziehbar ist, sondern auch, dass die entsprechenden Emotionen in den jeweiligen Situationen keineswegs außergewöhnlich, sondern ‚normal', d. h. „gewöhnlich [und] üblich" sind (d' Avis 2013: 2).

Der folgende Transkriptausschnitt entstammt einem Visitengespräch, in dem es hauptsächlich um die Planung der weiteren Versorgung geht und in dem sich primär die Ehefrau des Patienten, Frau Nachtigall, und die Ärztin miteinander unterhalten. Der Patient selbst beteiligt sich kaum am Gespräch. Dieses Beispiel wurde deshalb für die Analyse ausgewählt, da es einen auffälligen Wechsel enthält – zunächst signalisiert die Ärztin durch die vorgenommene Generalisierung einen verstehenden Zugang zum affektiven Zustand des Ehepaars Nachtigall, ehe sie kurz darauf einen ebensolchen Zugriff auf das Fremderleben suspendiert.
Die Ärztin hatte zuvor angeführt, dass es sie ‚sehr wundern' würde, wenn eine deutliche Besserung von Herrn Nachtigalls Zustand eintreten würde. Eine nochmalige Chemotherapie sei in der aktuellen Situation daher keine Option. Daraufhin verstummt die Ehefrau, die ansonsten immer sehr aktiv an Gesprächen teilnimmt; zudem ist auf der Aufnahme stellenweise Schniefen zu hören. Die Ärztin reagiert auf dieses nonverbale Affektdisplay, indem sie zunächst explizit Verstehen und somit Empathie bekundet: Sie könne nachvollziehen, dass der Gedanke an das Therapieende schwerfalle – zumal Herr Nachtigall nach der Erstdiagnose des Nierenzellkarzinoms zwei Jahre lang weitestgehend ‚normal' weiterleben konnte.

***Ausschnitt 72: Extremsituation (466_13_A_20190322; 00:10:39-00:11:10)***

```
238 ANw13a:  s_gIng halt jEtzt: gAnz SCHNELL;
239 ARw04:   <<pp> m_HM;>=
240 ANw13a:  =es ging jetzt wirklich <<len> GANZ gAnz schnell;> (-)
241 ARw04:   ma [wird eigentlich ] überROLLT [so vom:-]
242 ANw13a:     [<<p> (dass DA-)>]
243                                        [<<len, rhythmisch>
                                          man WIRD ü]berrOllt;>
244          man [weiß gar ne]t WIE,
245 ARw04:       [vom:-      ]
246 ANw13a:  (.) oder [WAS.   ]
247 ARw04:           [wie eim] geSCHIEHT;
248          (.) <<p> ?hm;
249          ja <<creaky> KLAR;>
250 ANw13a:  <<pp> ja,>
251 ARw04:   <<p> ich KANN des <<creaky> wor->>
252          °hh ICH äh-=
```

```
253          =ich F:-
254          (.) wüsste gar nich wie_s MIR in ihrer situation gEhen
             würde;
255          (.) <<p, behaucht> ne,>
256          (.) <<p> des IS:-> (-)
257          [des is JA ne-          ]
258 ANw13a:  [<<pp, behaucht> des::->]
259 ARw04:   °hh exTREMsituat [<<creaky> ion;=]
260 ANw13a:                  [desch          ] [ECHT ne ex-     ]
261 ARw04:                                    [=ja die> kann ma]
             sich nur VORstellen glaub [ich,     ]
262 ANw13a:                           [<<p> ja;>]
263 ARw04:   <<p> wenn man: tat[sächlich ] des erleben [!MUSS!;> ]
264 ANw13a:                  [<<p> ja;>]
265                                                  [<<p> ja;>]
266 ARw04:   <<p> ja,>
267 ANw13a:  vor vier fünf wocha war alles ganz ANners,
```

Die Ärztin reagiert auf Frau Nachtigalls reduplizierte Ausführung, die Verschlechterung des Zustandes ihres Mannes sei ‚ganz schnell' (Z. 238, 240) gegangen, mit einem Empathieangebot, durch welches sie das affektive Krankheitserleben, d. h. die Ohnmacht angesichts des rapiden Krankheitsprogresses als Gesprächsgegenstand einführt und gleichzeitig ihr Verstehen des Fremderlebens dokumentiert: „ma wird eigentlich überROLLT so vom:-" (Z. 241). In diesem Zug überführt sie Frau Nachtigalls unpersönliche, agenslose Aussage aus Z. 238 in eine passivische, stärker auf das subjektive Erleiden des plötzlichen erneuten Krankheitseinbruchs bezogene Darstellung. Die Verwendung des generischen Pronomens ‚man' erlaubt es der Ärztin, vom individuellen Erleben ihrer Gesprächspartnerin zu abstrahieren, diesem eine „konstellationsübergreifende Geltung" (Bührig 2009: 60) zuzuschreiben und es so in den Bereich des Normalen, also Gewöhnlichen und Üblichen einzugliedern (vgl. Eggs 2017: 69). Im Folgenden wiederholt die Ehefrau die Aussage der Ärztin echohaft (Z. 243), wobei die auffällige Rhythmisierung sowie das langsame Sprechen einerseits der Emphase dient, andererseits aber auch kontextualisiert, dass Frau Nachtigall diejenige ist, der die epistemisch-affektive Autorität über den Sachverhalt zukommt, hinsichtlich dessen die Ärztin soeben einen verstehenden Zugang reklamiert hatte (vgl. Weiste/Peräkylä 2014: 689).[281]

Frau Nachtigall setzt ihren Turn anschließend in generischer Form fort: „man weiß gar net WIE, (.) oder WAS." (Z. 244, 246). Die Ärztin wiederum versucht zunächst in Überlappung dazu, ihren in Z. 241 abgebrochenen Turn fortzuführen (Z. 245), komplettiert

[281] Weiste/Peräkylä (2014: 689) referieren auf die finnischsprachige Studie von Stevanovic/Kahri (2011) und schreiben diesbezüglich: „Stevanovic and Kahri (2011) elucidated some CA insights into the relational aspects of prosody […]. In their view, utterances that respond to a co-interactant's utterances can either foreground the respondent's own agency (me-actions) or they can foreground the initial speaker's agency (you-actions). Prosody is a key resource in establishing an utterance as a me-or you-action […]. Me-actions are produced with a higher voice, louder volume, and more variation in the intonation than the previous speaker's turn. Furthermore, there is typically dissimilarity between the turns in intonation and/or rhythm. With that kind of prosodic design, the actor […] foregrounds his/her own agency".

dann jedoch die von ihrer Gesprächspartnerin begonnene syntaktische Struktur, was eine starke Indizierung von Verstehen darstellt: „wie eim geSCHIEHT;" (Z. 247). An diesem Punkt ist der Prozess der Intersubjektivierung des affektiven Krankheitserlebens von Frau (und Herrn) Nachtigall abgeschlossen, sodass nun ein Themenwechsel erfolgen könnte. Allerdings fährt die Ärztin im Folgenden mit der Bearbeitung der Affekte ihrer Gesprächspartnerin fort, wobei ihr Turn zunächst aufgrund mehrerer Selbstabbrüche disfluent erscheint, was auf Formulierungsschwierigkeiten hindeutet (Z. 251–253). Konträr zu ihren vorherigen Redebeiträgen, in denen sie einen verstehenden Zugriff auf Frau Nachtigalls Zustand signalisiert hatte, suspendiert sie im Anschluss daran einen solchen Zugang: „wüsste gar nich wie_s MIR in ihrer situation gEhen würde;" (Z. 254). Durch diese hypothetische Anzeige einer mangelnden Nachvollziehbarkeit des Fremderlebens signalisiert die Ärztin explizit eine asymmetrische Verteilung der *experiential rights* (Sacks 1992b: 243) und bringt so ihre epistemisch inferiore Position zum Ausdruck.

Auf den leise und behaucht intonierten redezuginternen Alignmentmarker „ne," (Z. 255), der eine „gewisse Konsensfähigkeit nahe[legt]" (Hagemann 2009: 168), folgt eine Kopulakonstruktion, durch welche die Ärztin die Außergewöhnlichkeit der Situation des Ehepaares Nachtigall zum Ausdruck bringt (vgl. hierzu auch Kuroshima/Iwata 2016: 99): „des is JA ne- °hh exTREMsituat<<creaky> ion;" (Z. 257, 259). Noch während die Angehörige diese Aussage zumindest partiell wiederholt und sie dadurch nicht nur ratifiziert, sondern der ausgedrückten Proposition durch die den Fokusakzent tragende Partikel „ECHT" (Z. 260) zusätzliches Gewicht verleiht, setzt die Ärztin ihren Turn fort. Dabei fokussiert sie weiterhin auf die Grenzen der Intersubjektivierbarkeit des Fremderlebens und schränkt die ansonsten als fraglos gültig angenommene „Reziprozität der Perspektiven" (Schütz/Luckmann 2017 [1979/1984]: 455) weiter ein: „ja die kann ma sich nur VORstellen glaub ich, <<p> wenn man: tatsächlich des erleben !MUSS!;" (Z. 261, 263). Bei dieser Aussage handelt es sich wiederum ebenfalls um eine Generalisierung, d. h. um einen allgemein gültigen Sachverhalt, was abermals durch das generische Pronomen *man* zum Ausdruck gebracht wird. Auf diese Weise vermeidet die Ärztin es, in Frau Nachtigalls affektives und epistemisches Territorium einzudringen. Durch das mit einem extra starken Fokusakzent versehene Modalverb ‚muss' stellt sie ferner die Personen, die etwas Derartiges erleben – und dieser Mitgliedschaftskategorie gehört aktuell das Ehepaar Nachtigall an – als passive ErfahrungsträgerInnen ‚schicksalhafter' Erlebnisse dar, die unvorstellbar sind. Frau Nachtigall reagiert auf das ärztliche Nichtverstehensdisplay mit kurzen Rückmeldesignalen (Z. 264, 265), ehe sie dazu zurückkehrt, eigene Erfahrungen zu schildern (Z. 267).

Am Ende der Analyse bleibt festzuhalten, dass der Ärztin die anfänglich eingesetzte Praktik GENERALISIEREN VON AFFEKTIVEM KRANKHEITSERLEBEN ab einem gewissen Punkt offensichtlich nicht länger adäquat erscheint, weshalb sie den zunächst reklamierten Zugang zum affektiven Erleben ihrer Gesprächspartnerin aufgibt und die Außergewöhnlichkeit einer solchen Situation konzediert (‚Extremsituation', Z. 259). Die in der

zunächst vorgenommenen Generalisierung implizierte Behauptung, als Außenstehende Zugang zu den Erfahrungen der Betroffenen zu haben, „might suggest that the described experience is something easy to imagine (e.g., subtle or ordinary)" (Kuroshima/Iwata 2016: 99) und kann daher sehr heikel sein – wenngleich Frau Nachtigall als die ‚Trägerin' der Erfahrung die Generalisierung nicht sanktioniert hatte.

Das zweite Beispiel stammt aus dem gleichen Gespräch wie der zuvor betrachtete Ausschnitt und folgt fast unmittelbar auf diesen. Kurz zuvor hatte die Ärztin nochmals betont, dass der Patient und seine Frau die zwei Jahre seit der Diagnose intensiv genutzt hätten und, wie sie bereits erzählt hatten, sehr aktiv gewesen seien.

***Ausschnitt 73: Metastasen (466_13_A_20190322; 00:11:29-00:12:21)***

```
292 ANw13a:  un no muss ma immer rum wiederum saga s_leben geht
             WEIder;=ne; (1.9)
293          MIT der krAnkheit;
294 ARw04:   ja[:; ]
295 ANw13a:    [und] <<len> es ISCH (.) auch-> (-)
296          WEIdergegangen;
((7 Sekunden Auslassung))
310 ARw04:   aber leider WISsen wir halt bei den:-
311          (.) erkrankung die schon metastasen geBILdet ham,
312          <<p> sam_mer mal (.) in> [aller RE]gel,
313 ANw13a:                           [ja;     ]
314 ARw04:   °hh kommt halt <<creaky> genau eben irgendwann dieser
             PUNKT wo?->
315          wo:- (-)
316          wo man_s gefÜhl hat jetzt geht_s <<p> NICH mehr
             wEIder;>
317          ne=UND-
318          °hh der LÄSST sich natürlich aber auch ganz gut,=ähm-
319          (.) JA des-
320          an den DENKT man natürlich nich wenn alles sUper
             funktionIErt;
321          waRUM <<creaky> denn au;>
322 ANw13a:  ja;
323          nee kann [ma au gar net   ] dran DENken;=
324 ARw04:             [<<creaky> klar;>]
325 ANw13a:  [=des:-       ]
326 ARw04:   [kann man nich] dran DEN-=
327          =des hält ma ja auch gar nich [AUS,]
328 ANw13a:                                [des ][hält ma NET aus;]
329 ARw04:                                      [wenn man
                                                        ständlich]
             diesen geDANken hat;=ne,
```

Nachdem die Ärztin der Ehefrau des Patienten zugestimmt hatte (ausgelassene Sequenz), projiziert sie mittels des Konnektors „aber" (Z. 310) einen Widerspruch und formuliert unter Bezugnahme auf den fachlichen Wissensbestand eines nicht näher definierten (ÄrztInnen-)Kollektivs („wir", Z. 310) eine allgemein gehaltene Proposition, deren Gültigkeitsbereich sich auf alle Personen erstreckt, bei denen der Tumor metastasierte. Bereits zuvor hatte Frau Nachtigall angeführt, dass auf einmal alles so schnell ging und sich der Zustand ihres Mannes, dem es mit seiner Diagnose zwei Jahre lang

sehr gut gegangen war, plötzlich drastisch verschlechtert hatte (s. Ausschnitt 72). Auf ebendiesen Wendepunkt, an dem nicht einfach so weitergemacht werden kann wie bisher, referiert die Ärztin mit ihrer Aussage „kommt halt <<creaky> genau eben irgendwann dieser PUNKT wo?-> wo:- (-) wo man_s gefÜhl hat jetzt geht_s <<p> NICH mehr wElder;>" (Z. 314–316). Dem Pronomen ‚man', das hier in der semantischen Rolle des *experiencer* (Pittner 1994) auftritt, ist dabei eine generische Lesart zuzuschreiben: Indem die Ärztin einen autoreflexiven Dialog inszeniert (vgl. Günthner 1997a: 236), dokumentiert sie einerseits, dass sie das von Frau Nachtigall geschilderte affektive Erleben versteht; andererseits verleiht sie der von Herrn und Frau Nachtigall erlebten plötzlichen Zustandsverschlechterung den Status einer mit (medizinischem) Erfahrungswissen übereinstimmenden und auch auf andere PatientInnen mit einer Tumorerkrankung zutreffenden Entwicklung. Die Generizität der dargelegten Proposition wird ferner durch die adverbiale Angabe „in aller REgel," (Z. 312) sowie die Verwendung des generischen Präsens kontextualisiert.

Auf zwei Selbstabbrüche der Ärztin (Z. 318, 319) folgt sodann eine weitere Aussage, in der das Pronomen ‚man' als grammatisches Subjekt auftritt: „an den DENKT man natürlich nich wenn alles sUper funktionIErt;" (Z. 320). Für eine adäquate Interpretation dieser Äußerung ist der Rückgriff auf den Prätext erforderlich: Unmittelbar vor dem Beginn des abgedruckten Ausschnittes rechtfertigte sich Frau Nachtigall dafür, dass sie und ihr Mann nach der Krebsdiagnose vor zwei Jahren nahezu so weitergelebt hatten wie vor der Diagnose. Bereits in früheren, mir ebenfalls vorliegenden Gesprächen wurde der Schock über die plötzliche rapide Verschlechterung des Allgemeinzustandes des Patienten sowie die Frage, ob Herr und Frau Nachtigall in den zwei Jahren seit der Diagnose hätten anders leben sollen, thematisiert.[282] Indem die Ärztin nun die von Frau Nachtigall beschriebene Ausblendung der Krankheit unter Gebrauch des referenziell unbestimmten, sicherlich aber adressatinnen- und ggf. auch sprecherinneninklusiven Pronomens ‚man' in eine durch das Kommentaradverb ‚natürlich' als selbstevident gerahmte, intersubjektiv gültige Tatsache überführt, vollzieht sie eine Perspektivübernahme (vgl. Schütz/Luckmann 2017 [1979/1984]: 99f.) und generalisiert sowie normalisiert einen solchen Umgang mit Krankheiten (vgl. auch Svinhufvud/Voutilainen/Weiste 2017: 205). Die folgende rhetorische Frage „waRUM <<creaky> denn au;" (Z. 321) verstärkt die vorgenommene Normalisierung weiter, da die Ärztin hierdurch impliziert, dass es für den Patienten und seine Ehefrau in der Tat keinen Grund gab, nicht ‚normal' weiterzuleben.[283]

---

[282] Primär geht es hier um den Grad an Aktivität: Das Ehepaar reiste viel und unternahm häufig Wanderungen. Zudem ging Frau Nachtigall wie gewohnt arbeiten, was sie im Nachhinein bereut – sie sagt, sie hätte mehr Zeit mit ihrem Mann verbringen sollen (s. auch Ausschnitt 65, Kapitel 6.3.2.3).

[283] Es sei angemerkt, dass die Ärztin auch auf der prosodischen Ebene *affiliation* kontextualisiert, indem sie das prosodische Design ihrer Äußerungen an die dominanten prosodischen Merkmale von Frau Nachtigalls Äußerungen anpasst (*prosodic matching*, Couper-

Frau Nachtigall bestätigt die Äußerung der Ärztin anschließend durch das Responsiv „ja;" (Z. 322) sowie die partielle Wiederholung derselben: „nee kann ma au gar net dran DENken;" (Z. 323). Indem sie die Aussage ihres Gegenübers um das instrasubjektiv-circumstantielle Modalverb ‚kann' ergänzt, betont sie dabei die Unmöglichkeit, bei einer positiven Wirkung der Therapie daran zu denken, dass es irgendwann nicht mehr weitergeht. Das Pronomen ‚man', das sie von der Ärztin übernimmt, wird hier nun autoreferenziell gebraucht und dient somit der Entindividualisierung eigener Erfahrungen (vgl. Eggs 2017: 69). Die Ärztin bestätigt diese Aussage wiederum („klar;" Z. 324) und setzt zu einer Allorepetition an (Z. 326), bricht diese jedoch ab und verlagert den Fokus explizit auf das affektive Erleben: „des hält ma ja auch gar nich AUS," (Z. 327). Während die Ärztin mit ihrer generalisierenden Aussage zuvor an frühere Äußerungen der Angehörigen angeknüpft und so retraktiv Verstehen dokumentiert hatte, unterbreitet sie hier nun ein prospektiv ausgerichtetes „Empathieangebot" (Pfänder/Gülich 2013: 435) und signalisiert Frau Nachtigall gleichzeitig indirekt, dass ihr Verhalten, d. h. ihr ‚normales' Weiterleben während der erfolgreichen Tumortherapie, legitim bzw. situationsangemessen war. Durch die Abtönungspartikel ‚ja' kontextualisiert die Ärztin hierbei, dass sie den geäußerten Sachverhalt als „fraglos evident" betrachtet (Deppermann 2018: 122). In Überlappung mit einer Rechtsversetzung, die der spezifizierenden Substitution des Pronomens ‚des' aus Z. 327 dient („wenn man ständlich diesen geDANken hat;", Z. 329), wiederholt Frau Nachtigall schließlich die Aussage der Ärztin (Z. 328) und beendet durch diese auf ikonische Weise Kongruenz anzeigende Reduplikation den Prozess der Herstellung von Intersubjektivität. Letztlich wurde der individuelle Fall des Ehepaars Nachtigall in dieser Sequenz in einen allgemeingültigen Deutungsrahmen eingepasst, objektiviert und dadurch gleichzeitig normalisiert.

Im Zuge des Generalisierens fremden affektiven Erlebens besteht zwar die Gefahr, dass die damit einhergehende Verstehensdokumentation unangemessen ist. Dennoch erfüllt diese Praktik eine wichtige interaktive Funktion: Indem die ÄrztInnen den PatientInnen bzw. Angehörigen signalisieren, dass sich deren affektive Reaktion auf die Krankheit verallgemeinern lässt und auch andere Menschen betrifft, die sich in einer vergleichbaren Situation befinden, stellen sie die belastenden Affekte als ‚normal' und nachvollziehbar, d. h. als nicht pathologisch dar. Als wichtigste sprachliche Ressource hierfür ist das unpersönliche Pronomen *man* zu nennen, durch das die ÄrztInnen individuelle Erfahrungen in generische Sachverhalte überführen. Des Weiteren findet sich in den betrachteten Belegen eine auffällige Häufung an Ko-Konstruktionen und Resonanzen zur Indizierung einer geteilten Auffassung des affektiven Erlebens.

Kuhlen 2012a): Sie übernimmt deren ‚gedämpfte' Sprechweise, die sich durch leises, mitunter auch knarrendes Sprechen und eine weiche Artikulation auszeichnet.

#### 6.3.4.3 Praktik KONZESSIVES ANZEIGEN VON VERSTEHEN DES PSYCHOSOZIAL-AFFEKTIVEN KRANKHEITSERLEBENS

Als Reaktion auf affektive Positionierungen der PatientInnen bzw. Angehörigen setzen die Ärzt-Innen mitunter explizite Verstehensdokumentationen ein, die als Empathiedisplays fungieren: Unter Rückgriff auf kognitive Verben wie *verstehen* oder *nachvollziehen* thematisieren sie den Prozess des Verstehens bzw. dessen Ergebnis, was mit Sacks (1992b: 252) als *claiming understanding* bezeichnet werden kann. Der folgende Ausschnitt illustriert eine solche affektive Verstehensthematisierung: Die Patientin Frau Geier möchte unbedingt eine weitere Chemotherapie erhalten, wenngleich alle ÄrztInnen ihr davon abraten. Nach einer langen Aushandlungssequenz, in der immer wieder auch die Emotionen der Patientin thematisiert wurden, zeigt die Ärztin Verstehen und somit Empathie an:

***Ausschnitt 74: Nach jedem Strohhalm greifen (195_09_A_20190304; 00:20:12-00:20:20)***

```
777 ARw04:  °h ich glaub dass ma in ner situatiOn wie SIE sin,
778         ?auch nach jedem strohhalm GREIFT, (-)
779         <<p, flüsternd> des KANN ich->
780         <<p> kann_s [au ver   ]↑STEhen;>
781 PAw09:             [<<p> ja,>]
```

Affiliativ-empathische Verstehensthematisierungen wie die hier dargestellte treten in meiner Kollektion zum ärztlichen Sprechen über das affektive Krankheitserleben ihrer GesprächspartnerInnen in fünf Fällen allerdings auch als Teil eines konzessiven Musters, eines sog. *Cardinal Concessive* (Couper-Kuhlen/Thompson 2000) auf.[284] Dabei indizieren die ÄrztInnen ebenso wie in Ausschnitt 74 zunächst, das von den PatientInnen zuvor zum Ausdruck gebrachte affektive Krankheitserleben verstehen oder nachvollziehen zu können. Anschließend halten sie diesem jedoch – wie die nachfolgenden Beispiele zeigen – ein konträr gelagertes, mittels adversativer Konnektoren wie *aber* oder *nur* eingeleitetes Argument entgegen, durch welches sie die entsprechenden Affekte der PatientInnen als im weitesten Sinne unangemessen, nicht verhältnismäßig oder als die tatsächlichen Gegebenheiten verkennend darstellen. Die jeweiligen Konzessivstrukturen dienen dabei dem Vorantreiben der Handlungsprogression, sodass die initiale ärztliche Verstehensanzeige als ‚Brücke' zwischen dem Affektdisplay der PatientInnen und der weiteren ärztlichen Agenda fungiert (vgl. dazu Stommel/te Molder 2018: 526). Ebensolche konzessiven Verstehensanzeigen stehen nachfolgend im Fokus der analytischen Betrachtung.

[284] In meinem Verständnis von Konzessivität folge ich Couper-Kuhlen/Thompson (1999: 29): „Conceding or concession is sometimes understood as giving in or yielding a position [...]. Yet in our understanding the Concessive relation crucially involves first, acknowledging another's point (though not necessarily ‚giving in' or ‚yielding') and second, going on to make one's own (contrasting) point". Vgl. auch Barth-Weingarten (2002, 2003, 2006b) und Günthner (2015, 2016a) zu Konzessivität im gesprochenen Deutsch und Englisch.

Der erste Beleg stammt aus dem gleichen Gespräch wie der zuvor abgedruckte Ausschnitt, in dem die weitere Versorgung von Frau Geier geplant wird. Die 59-jährige Patientin ist aktuell auf der Suche nach einem Platz in einem Pflegeheim, um von dort aus einen weiteren Zyklus Chemotherapie zu erhalten. Die Ärztin rät ihr, wie oben bereits angemerkt wurde, dringend von einer weiteren Therapie ab und schlägt ihr stattdessen vor, in ein Hospiz zu gehen, wo sie wesentlich besser versorgt wäre als in einem Pflegeheim. Frau Geier setzt dem jedoch entgegen, dass das Hospiz zwar ‚ein guter Gedanke' sei, es ihr aktuell aber noch viel zu gut gehe, um über die ‚Schwelle' zu treten und ins Hospiz zu gehen.

***Ausschnitt 75: Auftrieb im Hospiz (195_09_A_20190304; 00:14:54–00:15:17)***

```
435 PAw09:   im moMENT isch des mir noch-
436          wenn ich noch SO- (---)
437 ARw04:   <<pp> m_HM;> (--)
438 PAw09:   ja;
439          ?al-
440          noch nich ganz HOFFnungslos; (-)
441          sag ich jetzt mol SO;
442 ARw04:   <<f> °hh> [<<p> m_HM,>   ]
443 PAw09:             [so weit isch_s] noch [NET;]
444 ARw04:                                   [AL  ]so
             [den gedAn]ken kann ich gut NACH[vollziehen-=   ]
445 PAw09:   [DASS ich-]
446 ANw09d:                                  [<<p, h> hm_HM;>]
447 ARw04:   =nur DENK ich- (---)
448          ganz im GEgenteil?, (---)
449          <<len> dses hospIz glaub ich würd ihnen [so]gar
             ↑AUFtrieb geb[en;>  ]
450 PAw09:                                          [((räuspert
                                                 sich leise))]
451                    [hm HM;]
452 ARw04:   °h denn:-
453          also ich war erst letzte woche im aRISta,[285]
```

Die in Z. 435–436 und 438–441 abgedruckten, aufgrund mehrerer Selbstabbrüche und Neustarts sehr disfluenten TCUs der Patientin stellen den Abschluss eines längeren Turns dar, in dem Frau Geier ihre Argumente gegen eine Verlegung ins Hospiz angeführt hatte. Sie beendet ihre Ausführungen mit dem Hinweis darauf, dass sich ihre aktuelle Situation für sie „noch nich ganz HOFFnungslos;" (Z. 440) darstellt und fügt dieser Litotes die äußerungsmodalisierende, metakommunikative Formel „sag ich jetzt mol SO;" (Z. 441) hinzu, durch welche sie das Gesagte als bloß „vorläufige Formulierung" markiert (Imo 2010a: 44). Nachdem die Ärztin bereits durch ein lautes Einatmen eine Übernahme des Rederechts projiziert hatte (Z. 442), fügt Frau Geier ihrem Turn noch emphatisch hinzu, dass es noch nicht ‚so weit' sei (Z. 443).

[285] Das ‚Arista' ist das Hospiz in Ettlingen, wohin die meisten PatientInnen verlegt werden, wenn sie sich nach ihrem Aufenthalt auf der Palliativstation des Städtischen Klinikums Karlsruhe für eine Weiterversorgung im Hospiz entscheiden.

Anschließend folgt eine affiliative Verstehensanzeige der Ärztin, durch welche diese die Haltung der Patientin ratifiziert und ihr versichert, dass ihre affektive Einstellung zum Hospiz – sie erachtet ihre aktuelle Lage als noch nicht ‚hoffnungslos' genug, um dorthin zu gehen –intersubjektiv nachvollziehbar ist (Z. 444). Allerdings machen sowohl der im Vorvorfeld platzierte Diskursmarker ‚also', der u. a. zur „Anzeige dispräferierter Handlungen" eingesetzt werden kann (Deppermann/Helmer 2013: 9), als auch die prosodische Gestaltung der TCU Widerspruch erwartbar: Indem die Ärztin „über den syntaktisch-pragmatischen Schlusspunkt des Redezugs hinaus [spricht], und zwar ohne Bruch in Rhythmus oder Tempo und ohne Pause" (*rushing through*) und außerdem eine finale Intonation vermeidet (*holding intonation*), kontextualisiert sie die Unabgeschlossenheit des Gesagten (Barth-Weingarten 2002: 95). In unmittelbarem Anschluss an diese TCU leitet der adversativ-restringierende Diskursmarker ‚nur' (Z. 447; Zifonun et al. 1997: 2422) sodann den zuvor bereits projizierten Widerspruch ein:[286] „=nur DENK ich- (---) ganz im GEgenteil?, (---) <<len> dses hosplz glaub ich würd ihnen sogar ↑AUFtrieb geben;>" (Z. 447–449). Retrospektiv betrachtet ist der Turn der Ärztin somit Teil einer interaktiven *Cardinal Concession* (vgl. Couper-Kuhlen/ Thompson 2000):

| | | |
|---|---|---|
| PAw09: | X: | Affektdisplay |
| ARw04: | X': | Verstehensdisplay als Einräumungszug (*conceding move*) |
| | Y: | Entgegenhaltung |

Das *rushing through* legt das pragmatische Gewicht auf die Entgegenhaltung Y anstatt auf die als Empathiedisplay fungierende Verstehensthematisierung X' (vgl. auch Stommel/te Molder 2018: 530). Aus diesem Grund bezeichnen Weatherall/Keevallik (2016) Verstehensanzeigen im Kontext konzessiver Strukturen als „pro forma" bzw. „tokenistic affiliation" und damit als disaligniertes, allein aus strategischen Gründen eingebrachtes Element, das letztlich der Handlungsprogression bzw. der Rückkehr zur institutionellen Agenda dient. Mit einer gesprächsanalytischen Herangehensweise lässt sich allerdings kaum beurteilen, ob die Reaktion der Ärztin in diesem Fall ‚authentisch' affiliativ ist oder nicht, weshalb ich hier nicht über den Wahrheitswert der Empathieanzeige spekulieren und dementsprechend auch nicht den Begriff *pro forma* bzw. *tokenistic affiliation* gebrauchen werde. Festzuhalten bleibt aber dennoch, dass die Verstehensthematisierung der Ärztin dazu dient, Frau Geiers Darstellung ihrer Ablehnung des Hospizes zu beenden und über die Bekundung einer verständnisvollen Haltung die Handlungsprogression voranzutreiben, in diesem Fall also eine „argumentative Umorientierung" (König 1991: 637) einzuleiten. Somit wird die affektive Einstellung der Patientin gegenüber dem Hospiz als Ort, an den man erst geht, wenn

[286] Von den fünf vorliegenden Belegen für die hier betrachtete Praktik KONZESSIVES ANZEIGEN VON VERSTEHEN ist dies der einzige Beleg, in dem der Adversativkonnektor *nur* auftritt. In den anderen vier Belegen bedienen sich die ÄrztInnen ausschließlich des Konnektors *aber*.

die eigene Lage ‚hoffnungslos' ist, relativiert und zugunsten der als gewichtiger projizierten Argumentation der Ärztin zurückgestellt (vgl. auch Stommel/te Molder 2018: 532). Dabei liefert die Ärztin aber kein Argument gegen die affektive Haltung der Patientin, denn es ist nicht das Gefühl der noch nicht vorliegenden ‚Hoffnungslosigkeit', dessen Gültigkeit sie hier negiert; stattdessen wendet sie sich dagegen, dieses Gefühl als Grundlage gegen die Verlegung ins Hospiz zu betrachten.
Im weiteren Verlauf der Interaktion führt die Ärztin – eingeleitet durch den Diskursmarker „denn:-" (Z. 452) – weitere Argumente für eine Verlegung ins Hospiz an, wobei ihr eigener, erst kürzlich erfolgter Besuch im Hospiz ihr als evidenzielle Grundlage dient. Am Ende einer langen Aushandlungssequenz zwischen den beiden Interaktionspartnerinnen betont Frau Geier jedoch nochmals, dass sie nicht ins Hospiz, sondern ins Pflegeheim verlegt werden möchte.

Der zweite Ausschnitt, den ich analysiere, unterscheidet sich insofern vom ersten, als sich an die konzessive Verstehensanzeige der Ärztin keine argumentative Sequenz anschließt, sondern eine Aufforderung an den Patienten. Entnommen ist der Beleg einem Visitengespräch, in dem es zu Beginn darum ging, dass der Patient Herr Adamczak nicht, wie besprochen, Anfang nächster Woche nach Hause gehen, sondern lieber bis zu seinem Tod auf der Palliativstation bleiben würde. Die Oberärztin hält dem entgegen, dass die Palliativstation kein Ort ist, an dem man ‚wohnen kann', auch wenn viele PatientInnen dort gerne ‚einziehen' würden. Anschließend teilt sie Herrn Adamczak mit, dass er noch eine weitere Blutkonserve bekommt. Nachdem zuletzt festgestellt wurde, dass die Wassereinlagerungen in den Beinen zurückgegangen sind, leitet die Ärztin eine *pre-closing*-Sequenz (Schegloff/Sacks 1973: 303) ein:

***Ausschnitt 76: Traurig über Verlegung (108_05_A_20180711; 00:05:08–00:05:29)***

```
080 ARw01:  <<f> von MEIner seite wär_s das schon gewEsen> <<dim>
            in der be-> (-)
081 PAm05:  jo; (--)
082         von meiner seite AUCH;=Aber- (---)
083         ich bin TRAUrik. (1.2)
084 ARw01:  <<h, f, smile voice> kann ich NACHvollziehen;>
085         °hh <<f, len> aber jetzt geNIEßen sie doch jetzt noch
            diese wOche einfach;>
086 PAm05:  ja; (-)
087 ARw01:  statt schozusagen [schon vorneWEG] zu trauern dass sie
            gEhen müssen;
088 PAm05:                   [ja GUT;       ]
089         die-
090         (.) <<p> die;> (--)
091         die geNIESS ich jetzt noch;
092         <<p> ja;>
093 ARw01:  <<t> also dann MAchen sie das;>
```

Der Patient ratifiziert zunächst den von seinem Gegenüber vollzogenen Einstieg in die *pre-closing*-Sequenz (Z. 081–082), fügt in unmittelbarem Anschluss daran jedoch den Diskursmarker ‚aber' an und projiziert so einen Widerspruch (Z. 082). Dieser besteht darin, dass Herr Adamczak eine explizite affektive Selbstpositionierung vornimmt – „ich bin TRAUrik." (Z. 083) –, die sich, wie anhand des bisherigen Gesprächsverlaufs unmittelbar deutlich wird, auf seine bevorstehende Rückkehr nach Hause bezieht. Nach einer 1,2 Sekunden andauernden Gesprächspause bekundet die Ärztin Empathie, indem sie affiliativ – in lächelndem Sprechen – sowie in einer eine starke Kohäsion zum Vortext etablierenden Verbspitzenstellung anführt, die Traurigkeit des Patienten ‚nachvollziehen' zu können (Z. 084).[287] Im Gegensatz zum Einräumungszug (X') in Ausschnitt 75 kontextualisiert die prosodische Gestaltung der TCU hier keine Unabgeschlossenheit und projiziert insofern auch keine Entgegenhaltung (Y). Dennoch folgt auch hier eine disaffiliative Anschlusshandlung, da die Ärztin die Affektdarstellung nicht weiter bearbeitet, sondern durch den adversativen Konnektor ‚aber' die Darstellung eines Gegensatzes einleitet, „der sich aus der Bewertung der Sachverhalte ergibt" (Buscha 1989: 21). Im Folgenden setzt sie Herrn Adamczaks negativer affektiver Evaluation der aktuellen Situation eine *bright side* (Holt 1993) entgegen und fordert ihn imperativisch dazu auf, sich ebenfalls auf das Positive zu konzentrieren: „aber jetzt geNIEßen sie doch jetzt noch diese wOche einfach;" (Z. 085). Nach einem knappen Rückmeldesignal von Herrn Adamczak (Z. 086) expandiert die Ärztin ihren Turn und signalisiert ihm, „[that his] feelings are counterproductive, that is, understandable but not beneficial given the situation" (Stommel/te Molder 2018: 524): „statt schozusagen schon vorneWEG zu trauern dass sie gEhen müssen;" (Z. 087). Herr Adamczak

[287] Neben der Phrase *kann ich nachvollziehen*, auf die sowohl die Oberärztin in diesem Ausschnitt als auch die Stationsärztin im zuvor betrachteten Beleg zurückgreift, treten in meiner Kollektion im Rahmen der Praktik KONZESSIVES ANZEIGEN VON VERSTEHEN als *conceding move* auch die Phrasen *das glaub ich*, *kann ich verstehen* und *das ist nachvollziehbar* auf.

reagiert auf diese Aufforderung aligniert, indem er *commitment* signalisiert (vgl. dazu Couper-Kuhlen/Etelämäki 2017: 188) und nicht weiter auf die interaktive Bearbeitung seiner Gefühle insistiert (Z. 088–092). Die folgende TCU der Ärztin in Z. 093 – „<<t> also dann MAchen sie das;>" – stellt schließlich eine *formulation* (Heritage/Watson 1979) dar und ist als solche *closing-implicative* (vgl. Gafaranga/Britten 2007: 113). Im Folgenden (nicht mehr abgedruckt) verabschiedet sich die Ärztin und verlässt das Zimmer.

Zusammenfassend betrachtet bleibt auch hinsichtlich des hier betrachteten Beispiels festzuhalten, dass die Ärztin die affiliative Verstehensbekundung als überbrückenden Zug einsetzt, um nach dem Affektdisplay des Patienten die Progressivität der Interaktion voranzutreiben und zu der bereits eingeleiteten *closing*-Sequenz zurückkehren zu können (vgl. Stommel/te Molder 2018: 536). Ebenso wie in den anderen Belegen für die Praktik KONZESSIVES ANZEIGEN VON VERSTEHEN[288] dient die Verstehensthematisierung also auch hier einem übergeordneten Zweck und ist nicht lediglich dazu da, *affiliation* zum Ausdruck zu bringen. Somit zeigt sich, dass ÄrztInnen Empathiedisplays mitunter auch strategisch einsetzen.

#### 6.3.4.4 Praktik DEFOKUSSIEREN VON PSYCHOSOZIAL-AFFEKTIVEM KRANKHEITSERLEBEN

Im letzten Unterkapitel gehe ich schließlich der Frage nach, wie ÄrztInnen das psychosozial-affektive Krankheitserleben ihrer GesprächspartnerInnen defokussieren, d. h. einen Themenwechsel oder eine thematische Verschiebung vornehmen, nachdem die PatientInnen oder Angehörigen affektive Positionierungen vollzogen haben. Während die palliativmedizinische Literatur, die dieses Phänomen ebenfalls beschreibt, direkt nach dem Warum, also den Gründen dafür sucht, weshalb ÄrztInnen das Sprechen über solche Themen bisweilen unterbinden,[289] widme ich mich im Folgenden lediglich der Frage nach dem Wie und betrachte zwei der sechs Belege, in denen ÄrztInnen sich der Praktik DEFOKUSSIEREN bedienen, detailliert in ihrem sequenziellen Auftretenskontext. Für bisherige gesprächsanalytische Forschung zu dieser Praktik in medizinischen Interaktionen sei auf den Beginn von Kapitel 6.3.2.4 verwiesen.

Der folgende erste Gesprächsausschnitt entstammt einer Oberarztvisite bei Herrn Feu, der unter einem malignen Melanom (‚schwarzer Hautkrebs') im Endstadium leidet. Der Patient gibt zu Beginn des Gesprächs an, dass es ihm inzwischen besser gehe als vor einer knappen Woche, als er auf die Palliativstation aufgenommen wurde. Da es offensichtlich keine konkreten Besprechungspunkte gibt, leitet die Oberärztin be-

[288] Mit Ausschnitt 70 wurde in Kapitel 6.3.4.1 bereits ein weiterer Beleg für diese Praktik abgedruckt.

[289] Vgl. etwa Back (2020: 2f.): „Even when clinicians notice emotion cues, they may withold explicit acknowledgment of emotion because they are concerned that this would open Pandora's box and allow an out-pouring of emotion that would overtake the visit".

reits nach zwei Minuten eine *pre-closing*-Sequenz ein, im Zuge derer sie dem Patienten mitteilt, wann sie das nächte Mal zu ihm komme; zudem nennt sie nochmals ihren Namen. Der Patient führt anschließend an, dass er die Ärztin, die eigentlich braune Haare hat, gut an deren blondem Haarschopf erkenne. Daraufhin erzählt sie ihm, dass die entsprechende Haarpartie nicht gefärbt, sondern ‚natürlich' ist. Die Erkenntnis, dass sie ihr Deckhaar nicht färben kann, sondern dieses immer blond sein würde, sei für sie als Teenagerin ‚nicht so angenehm' gewesen:

***Ausschnitt 77: Haarausfall (822_23_A_20191123; 00:02:54-00:04:14)***

```
154 ARw01:  in dEm moment als ich_s geMERKT hab,
155         dass es nicht funktioNIERte,
156         <<smile voice> [war_s nIch] so> <<lachend> angeNE[HM;>]
157 PAm23:                 [ja (DA-)  ]
158                                                          [ja  ]
            des GLAUB ich ja;
159 ARw01:  °hh [ja JETZT;]
160 PAm23:      [ich lei  ]de sEhr unter meinem HAARausfall;[290]
161 ARw01:  m:_HM:; (-)
162 PAm23:  <<p> Aber HM;> (1.4)
163         S_IS halt so;
164 ARw01:  <<p, behaucht> o:KAY;> (2.7)
165         ja ich mein (.) des GUte is,
166         dass sie ja tatsächlich jetzt auch !HIER!, (--)
167         ne kAppe aufHAben?
168         dass SIE:,
169         (.) <<len> den lUftzug nIch so MERken,> (-)
170 PAm23:  ja;
171         ja;
172         de-=
173         =äh die wÄrme BRAUCH i im kopf [weil- ]
174 ARw01:                                 [geNAU;] (-)
175 PAm23:  hab ja GAR keine hOOr[291] [mehr;       ]
176 ARw01:                          [((schnalzt))]
177         ja man unterSCHÄTZT immer,
178         wie viel wÄrme die HAAre bIEten qua[si;   ]
179 PAm23:                                    [ji:ou;]
180         <<p> ja;>  (1.0)
181 ARw01:  [<<p, nasal> ja,>]
182 PAm23:  [JA              ] un ähm- (---)
183         <<p, leicht seufzend> ÄH_↓äh;> (--)
184         SELBSCHTsicherheit, (-)
185         <<pp, behaucht> p> bringa und so wEIder; (-)
186 ARw01:  °h naJA- (-)
187         <<len> man hAt ja sozusagen ein Anrecht auf eine
            peRÜcke wenn das für sie ein thEma is;> (---)
188 PAm23:  <<p> ah:;> (1.8)
189         das wird ja VIEL arbeit; (-)
190 ARw01:  ja. (3.0)
191 PAm23:  vielleicht SP-=
192         =äh kommen noch a paar hinderHER;
193 ARw01:  °h ALso-
194         sie ham da hinten <<h> schon n PAAR;=ne,>
```

[290] Der Haarausfall ist die Nebenwirkung mehrerer Chemotherapien.
[291] ‚Haare'.

```
195         ich WEI-
196         sie MERken_s wahrscheinlich gAr nich;
197         aber so am hInterkopf ham se schon n ganzen SCHWUNG;
198         °hh Aber:,
199         äh:m-
200         natürlich ist des nich !DE!ckend; (--)
201 PAm23:  ja;
202         ja; (1.2)
203 ARw01:  n:e, (1.3)
204 PAm23:  da leid ich SEHR drunder; (1.1)
205         ja ich WEISS gar net wie_s-
206         <<p> hier;>
207         sind da überhaupt hAAre noch auf_m KOPF, (-)
208 ARw01:  doch,
209         n <<h> PAAR schOn;>
210         °h also hi HINten ham se so_n ganzen krAnz?
```

Anknüpfend an die Ausführungen der Ärztin zu ihren ‚Haarproblemen' initiiert der Patient nach einer kurzen Verstehensbehauptung durch „ja des GLAUB ich ja;" (Z. 158) eine Problemerzählung, in der er anführt, sehr unter seinem Haarausfall zu leiden, und in der er somit seine Gefühlswelt interaktiv relevant setzt (Z. 160). Die Gradpartikel ‚sehr' indiziert dabei einen verstärkten Leidensdruck und dient der Relevanzhochstufung des Gesagten. Die Ärztin reagiert auf die Problemschilderung mit einem minimalen Rückmeldesignal, dem aufgrund seiner prosodischen Ausgestaltung (behaucht und leise) affiliatives Potenzial zugeschrieben werden kann (vgl. Muntigl/Knight/Watkins 2014: 48f.). Das Rückmeldesignal stellt an dieser Stelle das einzige „display[ ] [of] concern for the ‚badness' of the news" (Pudlinski 2005: 271) dar; eine ausführlichere affiliative Reaktion auf die Problemerzählung des Patienten bleibt zunächst aus. Daher ergreift Herr Feu nach einer kurzen Pause wieder das Rederecht und stuft die interaktive Relevanz seines vorherigen Turn zurück: „<<p> Aber HM;>" (Z. 162). Nach einer erneuten, mit 1,4 Sekunden nun deutlich längeren Pause, setzt der Patient die Abschwächung seines *troubles-telling* fort, indem er das Leiden unter seinem Haarausfall mittels der durch die Abtönungspartikel ‚halt' modalisierten Phrase „S_IS halt so;" (Z. 163) als unabänderliche Tatsache rahmt (vgl. dazu Torres Cajo 2019: 291). Dieses Herunterspielen seines eigenen Leidens (*making light of the trouble*, Jefferson 1988: 433) ist prinzipiell *closing-implicative* (Jefferson 1988: 431ff.), sodass nun ein Themenwechsel erfolgen könnte; auch das leise und behaucht intonierte Rückmeldesignal der Ärztin („o:KAY;", Z. 164) deutet auf einen Sequenzschluss hin. Anstatt eines thematischen Wechsels setzt die Ärztin nach einer 2,7-sekündigen Pause jedoch zu einer Auseinandersetzung mit dem Beitrag des Patienten an, wobei sie diesen Handlungsbruch mittels des Diskursmarkers „ich mein" (Z. 165) markiert.
Im Folgenden setzt die Ärztin Herrn Feus negativ aufgeladenem Affektdisplay einen positiven Aspekt entgegen, wobei bereits der A-Teil der in Z. 165 begonnenen Pseudocleft-Struktur einen Kontrast projiziert („ja ich mein (.) des GUte is,", Z. 165). Indem die Ärztin den Fokus sodann auf die Tatsache lenkt, dass der Patient eine ‚Kappe aufhat' und deshalb ‚den Luftzug nicht so merkt' (Z. 166–169), reduziert sie das von ihm

in Z. 160 angeführte Leiden auf die physische Komponente und zeigt diesbezüglich die *bright side* (Freese/Maynard 1998: 211f.; Holt 1993) des von ihrem Interaktionspartner bereits indirekt als negativ bewerteten Sachverhaltes auf. In Anbetracht des fehlenden gleichlaufenden *stancetaking* lässt sich diese Reaktion der Ärztin, die in Anlehnung an Siegrist (1977: 12) als „konkurrierende Initiative" zu beschreiben ist (s. Kapitel 4.1.2.3), einerseits als disaffiliativ einordnen (vgl. auch Stivers/Timmermans 2017: 406). Andererseits kann das Einbringen eines positiven Aspektes aber auch als Versuch interpretiert werden, den Patienten zu trösten (vgl. Imo 2017b).
Der Patient bestätigt zunächst die Aussage der Ärztin (Z. 170–171) und führt die Thematik des Luftzugs sodann weiter, wobei er gleichzeitig mittels einer absoluten Formulierung den Fokus darauf zurücklenkt, dass er „GAR keine hOOr mehr;" (Z. 175) hat. Im Anschluss greift die Ärztin seine Aussage wiederum auf und überführt diese in eine generische Formulierung, wodurch sie Verstehen signalisiert: „ja man unterSCHÄTZT immer, wie viel wÄrme die HAAre bIEten quasi;" (Z. 177–178). Daraufhin setzt der Patient in Z. 182 zu einer inkrementellen Erweiterung dieser Allgemeingültigkeit beanspruchenden Aussage an und ergänzt den Objektsatz der Ärztin nach anfänglichen Disfluenzen um den nicht mehr auf die physische, sondern auf die psychische Ebene Bezug nehmenden Aspekt der Selbstsicherheit, den Haare bieten (Z. 182–185). Somit versucht Herr Feu ein weiteres Mal, sein psychisches Krankheitserleben zu thematisieren und zeigt folglich an, dass die Reaktion der Ärztin auf seine erste *painful self disclosure* (Coupland/Coupland/Giles 1991), die nur auf die körperliche Ebene fokussierte, nicht ausreichte. Dabei kontextualisiert auch die leise, zunächst leicht seufzende, anschließend behauchte Realisierung der Ko-Konstruktion eine negative *affective stance*.
Der den Folgeturn der Ärztin initiierende Diskursmarker „naJA;" (Z. 186) weist, ebenso wie der Diskursmarker „ich mein" (Z. 165) zuvor, auf einen kommenden Handlungsbruch hin (vgl. Bahlo/Fürstenberg/Drost 2015: 278). Im Anschluss an eine kurze Pause erläutert die Ärztin, dass ‚man' – in diesem Fall KrebspatientInnen, deren Haare infolge der Chemotherapie ausgefallen sind – ein ‚Anrecht auf eine Perücke' hat (Z. 187). Die entsprechende Information wird sodann retraktiv durch den nachgestellten, prosodisch integrierten und syntaktisch insubordinierten *wenn*-Satz in ihrer Relevanz für den Patienten modalisiert und somit als Angebot gerahmt (Relevanzkonditional, Günthner 1999: 215): „wenn das für sie ein thEma is;" (Z. 187). Anstatt wie zuvor auf einen positiven Aspekt zu fokussieren, setzt die Ärztin dem patientenseitigen Versuch der Thematisierung seines psychischen Krankheitserlebens nun einen Lösungsvorschlag entgegen. Da sie jedoch auch hier nicht weiter auf die affektive Dimension eingeht, ist auch diese Reaktion als defokussierend zu werten.[292]

[292] Vgl. auch Jefferson/Lee (1981) zum Unterschied zwischen *troubles-telling*-Sequenzen, in denen Ratschläge bzw. Lösungsvorschläge von den betroffenen Personen als inadäquat behandelt und stattdessen Empathiebekundungen eingefordert werden, und *service en-*

Ob es sich beim folgenden Responsiv des Patienten, „<<p> ah:;>“ (Z. 188), um einen Erkenntnisprozessmarker handelt, mittels dessen er die erhaltene Information quittiert, oder ob hier ein Dissens indizierendes *sound object* (Reber 2012) vorliegt, lässt sich nicht bestimmen. Im Anschluss daran nennt er ein Argument gegen die Anfertigung einer Perücke – „das wird ja VIEL arbeit;“ (Z. 189) –, dessen Proposition die Ärztin anschließend bestätigt (Z. 190). Nach einer längeren Pause führt der Patient sodann selbst eine *optimistic projection* (Jefferson 1988: 431; Maynard 2003: 180f.) an: „vielleicht SP-= =äh kommen noch a paar hinderHER;“ (Z. 191–192). Während die Ärztin die vorherigen, auf das psychische Krankheitserleben gerichteten Aussagen des Patienten nicht aufgriff und die Affekte ihres Gegenübers stattdessen defokussierte, knüpft sie an diese optimistische, nun rein auf die Körperlichkeit bezogene Äußerung an und weist den Patienten darauf hin, dass er am Hinterkopf sehr wohl Haare habe (Z. 193–197). Gleichzeitig konzediert sie aber auch, dass diese ‚nicht deckend' sind (Z. 198–200). Schließlich führt Herr Feu ein drittes Mal an, unter seinem Haarausfall zu leiden (Z. 204). Hier zeigt sich sehr anschaulich die von Ruusuvuori/Voutilainen (2016: 227) formulierte Beobachtung, dass die Problemdarstellung dann, wenn die ÄrztInnen auf das patientenseitige *troubles-telling* nicht affiliativ reagieren, so lange expandiert wird, bis eine affiliative Reaktion vorliegt.

Die Ärztin enthält sich schließlich aber auch an dieser Stelle einer (verbalen) Reaktion und vermeidet somit „the kind of talk that [the patient] ha[s] sought“ (Chevalier/Moore 2015a: 1), weshalb der Patient seinen Turn 1,1 Sekunden später weiterführt und nach einem initialen Nichtwissensdisplay (Z. 205) die Frage stellt, ob „da überhaupt hAAre noch auf_m KOPF,“ (Z. 207) sind. Angesichts der Tatsache, dass er in Z. 175 noch konstatiert hatte, dass er „ja GAR kein hOOr mehr;“ habe, erscheint dieser Turn eher als Versuch einer Verlagerung des Fokus zurück auf die rein physische Ebene denn als Bemühen, fehlendes Wissen zu elizitieren. Die Ärztin löst die konditionelle Relevanz der Frage ihres Gesprächspartners sodann ein und erläutert dem Patienten, wo er noch Haare hat.

Die Sequenz setzt sich im aus Platzgründen nicht mehr abgedruckten Teil wie folgt fort: Nach der Beschreibung der Ärztin, wo sich noch Haare befinden, initiiert Herr Feu einen weiteren Vesuch, sein psychisches Krankheitserleben zu thematisieren, dem die Ärztin jedoch lediglich eine *optimistic projection* entgegensetzt und somit ein weiteres Mal disaffiliativ reagiert. Schließlich wiederholt sie ihr Angebot, dass der Patient sich eine Perücke machen lassen könne, wobei sie das Leiden des Patienten als Begründung für die Wiederholung anführt.

Aufgrund der Länge des gewählten Transkriptausschnittes konnte gezeigt werden, dass sich die ärztliche Defokussierung des psychosozial-affektiven Krankheitserlebens

*counters*, bei denen Empathiebekundungen inadäquat sind und stattdessen lösungsorientierte Reaktionen erfolgen sollten. Vgl. außerdem Chevalier/Moore (2015a: 18): „[T]he use of avoidance [of affiliative responses; I. B.] is oriented to the accomplishment of institutional goals and identities“.

nicht auf einen einzelnen Turn beschränkt, sondern dass der Patient angesichts ausbleibender affiliativer Reaktionen immer wieder versucht, sein Krankheitserleben als Gesprächsgegenstand zu etablieren: Als der Patient den ersten Versuch unternimmt, sein Leiden zu thematisieren, folgt eine prosodisch zwar affiliativ markierte, allerdings nur gering ausgeprägte Reaktion in Form eines minimalen Rückmeldesignals. Anschließend reduziert die Ärztin Herrn Feus Leiden auf die körperliche Ebene und fokussiert diesbezüglich einen positiven Aspekt seiner aktuellen Situation. Das Aufzeigen einer *bright side* ohne vorherige affiliative Reaktion wird von Herrn Feu jedoch als nicht angemessen behandelt. Seinem zweiten Versuch, über das psychische Krankheitserleben zu sprechen, setzt die Ärztin einen Lösungsvorschlag bzw. ein konkretes Angebot entgegen, wohingegen eine Reaktion auf den dritten Versuch gänzlich ausbleibt und die Ärztin so den Ausbau einer auf Affekte bezogenen Sequenz verhindert. Wenngleich der Patient insgesamt vier Versuche (der letzte ist nicht mehr Teil der abgedruckten Sequenz) unternimmt, sein affektives Krankheitserleben zur interaktiven Bearbeitung zu stellen, scheitert er damit.

Das zweite und letzte Beispiel, das ich im Rahmen dieses Kapitels exemplarisch analysiere, unterscheidet sich zumindest in Teilen vom zuvor betrachteten Ausschnitt. Zwar setzt die Ärztin auch hier zunächst die Praktik DEFOKUSSIEREN VON PSYCHOSOZIAL-AFFEKTIVEM KRANKHEITSERLEBEN ein, gibt in Anbetracht des perpetuierenden Klagens der Patientin ihre Versuche eines Themenwechsels schließlich jedoch auf und bietet der Patientin sodann Raum zur Ausbreitung ihres affektiven Krankheitserlebens und zur damit verbundenen Selbstpositionierung als *consequential figure* (Maynard 1997: 94).

Das Gespräch, um das es im Folgenden geht, findet an einem Montagmorgen statt. Die Stationsärztin suchte die Patientin Frau Werschel[293] auf, um Blut abzunehmen; die reguläre Visite soll erst später stattfinden. In der vergangenen Woche hatte die Ärztin auf einer anderen Station Dienst und kennt die Patientin daher noch nicht persönlich, erhielt aber, wie üblich, im Rahmen der morgendlichen Übergabe zwischen der diensthabenden Ärztin und dem Pflegepersonal alle relevanten Informationen. Während der zwei Minuten vor Einsatz des untenstehenden Ausschnittes war es fast ausschließlich um die Modalitäten der Blutabnahme gegangen. Die Ärztin hielt fest, dass Frau Werschels Venen schnell kaputtgehen, woraufhin diese anführte, ohnehin ein ‚komischer Mensch' zu sein. Aus der Nachfrage der Ärztin, was die Patientin damit meint, ergibt sich schließlich die abgedruckte Sequenz:

***Ausschnitt 78: Odyssee (269_14_A_20190318; 00:02:01–00:03:17)***

```
024 PAw14:  was glauba_s wenn ich LAUfa könnt; (1.2)
025         ich [wär NEMme do;]
026 ARw04:      [wären se scho]n daVONgelauf[en,]
027 PAw14:                                  [ja;] (-)
```

[293] Für entsprechende Hintergrundinformationen zu Frau Werschel verweise ich auf die Einleitung zur Analyse von Ausschnitt 66 in Kapitel 6.3.2.4.

```
028          [ja;   ]
029 ARw04:   [<<t> m]:_HM;> (1.1)
030          aber ich glaub s_is au noch gar nich so klAr was ↑LOS
             is [eigentlich;]
031 PAw14:      [ha NEI;=   ]
032 ARw04:   [gä,    ]
033 PAw14:   [=?Eba-=]
034          =?überLEga sich,
035          seit am novEmber mach ich des theader MIT;
036 ARw04:   <<p> ?m_HM;> (-)
037 PAw14:   [?-       ]
038 ARw04:   [no[294] müss] mer uns mal zuSAMmensetzen;
039          gell,=
040          =!SPÄ!der;
041 PAw14:   <<p> m_HM;> (1.3)
042 ARw04:   <<len> aber es steht ja noch ne LUNgenspiegelung im
             raum [auch;>   ]
043 PAw14:        [geht doch] [jetzt aischd[295]] mOrga JA;
044 ARw04:                    [gä,           ] (-)
045          <<pp> m_HM;>=
046 PAw14:   =<<rhythmisch> der oin sagt ich hab NIX;
047          der ander sagt ich HAB des; (-)
048          der anner sagt ich hab n_LENdawirbelbruch;> (-)
049          ja was HAB ich jetz[t;]
050 ARw04:                     [hm] HM?; (1.5)
051          aber was wurd ihnen bisHER gesagt,
052          GUAR nix [<<p> rIchdi]ges;
053 PAw14:           [GAR nix;   ]
054 ARw04:   (.) hm [HM;>]
055 PAw14:         [tab ]LEDda hab i keine verschrIEba kriegt,
056          am Ofang net,=
057          [=nix,]
058 ARw04:   [ACH  ]dung, (---)
059 PAw14:   <<p, stöhnend> ah;>=
060 ARw04:   =aber was für beSCHWERden ham sie denn gehAbt;
061 PAw14:   ich HAB_äh-
062          KREUZbeschwerd[a;]
063 ARw04:                [m ]:_HM:;
064          (.) <<p> m=oKEE;> (---)
065 PAw14:   dann sind die mol WEG,
066          na-=[na isch mein] FUSS nemme glOffa;[296]
067 ARw04:       [<<p> m:_HM;>] (-)
068          hm HM;
069 PAw14:   der fuß a_oifach nemme [LAUfa wolla;]
070 ARw04:                         [°hh         ] <<seufzend>
             mh::;> (1.8)
071 PAw14:   dann bin e zum Arzt desch an LENdawirbelbruch;
072 ARw04:   <<p> m_HM;>
073 PAw14:   des isch SELL;[297] (--)
074 ARw04:   <<t> m:_[HM;>]
075 PAw14:          [koi-]
076          kei tabLEDda kriegt,
077          und GAR nix;
```

[294] ‚Dann'.

[295] ‚Erst'.

[296] ‚Dann ist mein Fuß nicht mehr gelaufen' (süddeutsch ‚Fuß' entspricht standarddeutsch ‚Bein').

[297] Häufig ist ‚sell' Bestandteil von ‚des und sell' (‚dies und das') und ‚sell und jenes' (‚dies und jenes').

```
078 ARw04:  <<t> oh JE;>
079         (.) da ham se ja schon ne richdige odysSEE hinter
            sich;
080         [gä:,   ]
081 PAw14:  [aber mi]t SIcherheit;
082         dass e GSAGT hab de:s- (--)
083         ((räuspert sich))
084         jetzt hab e die schnuffel VOLL; (--)
085 ARw04:  <<ppp, seufzend> mh:;>
086 PAw14:  [dann hab i wieder DA-]
087 ARw04:  [<<p> des kann ich    ] verSTEhen;>
088 PAw14:  da GSCHMACK verlOra;[298]
```

Zu Beginn des ausgewählten Ausschnittes eröffnet die Patientin mittels des als *space builder* (Sweetser/Fauconnier 1996: 10) fungierenden konditionalen *wenn*-Satzes einen mentalen Raum, in welchem sie, konträr zur Realität des *hic-et-nunc*, ‚laufen' (süddt. für ‚gehen') kann (Z. 024). Während sie nach einer 1,2-sekündigen Pause dazu ansetzt, eine syntaktisch insubordinierte Apodosis (vgl. Günthner 2016b: 6f.) zu formulieren und darzulegen, wie sie in einer solchen hypothetischen Welt agieren würde (Z. 025), ko-konstruiert die Ärztin eine subordinierte Apodosis, die sie mittels des Konjunktivs in der von der Patientin eröffneten mentalen Welt verankert (Z. 026). Durch die in der Ko-Konstruktion vollzogene Perspektivübernahme zeigt die Ärztin an, den Wunsch der Patientin, das Krankenhaus zu verlassen, zu verstehen. Nachdem Frau Werschel die Zuschreibung der Ärztin ratifizierte (Z. 027–028), äußert diese in einem tieferen Tonhöhenregister als zuvor ein gedehntes Rückmeldesignal (Z. 029). Anschließend nimmt sie Bezug darauf, dass eine endgültig abgesicherte Diagnose noch nicht vorliegt: „aber ich glaub s_is au noch gar nich so klAr was ↑LOS is eigentlich;" (Z. 030).[299] Der Diskursmarker ‚aber' übernimmt hier insofern eine diskurssteuernde Funktion, als die Ärztin dadurch einen Themenwechsel projiziert (vgl. hierzu Schlobinski 1992: 286ff.) – weg von den vorangehenden Klagen der Patientin und hin zu einer auf thematische Progression ausgerichteten Auseinandersetzung mit deren aktuellem Zustand. Frau Werschel bestätigt dies und rahmt den entsprechenden Sachverhalt als selbstevident („ha NEI;", Z. 031); ferner indiziert sie durch die Responsivpartikel ‚eben' (Z. 033) einen Anspruch auf unabhängigen epistemischen Zugang zum Inhalt der ärztlichen Äußerung (vgl. Betz/Deppermann 2018).

[298] ‚Den Geschmack verloren'.

[299] Während für die Patientin aufgrund ihrer stark ausgeprägten Krankheitsverdrängung nicht klar ist, woher ihre Beschwerden rühren, ist für die Ärztin zumindest weitgehend klar, dass die Beschwerden von einem Tumor stammen. Die abschließende Lungenspiegelung zur Klärung der genauen Tumorart steht jedoch noch aus. Ferner sei angemerkt, dass die verbale Interaktion ab hier parallel zu außersprachlichem Handeln abläuft: Mit Beginn der Intonationsphrase in Z. 030 beginnt die Ärztin damit, Desinfektionsmittel auf Frau Werschels Haut zu sprühen und leitet so die Blutabnahme ein, zu deren Zweck sie die Patientin aufgesucht hatte.

Im weiteren Verlauf der Sequenz nimmt die Patientin durch die Aufforderung „=ʔüber-LEga sich," (Z. 034) zunächst eine prospektive Relevanzhochstufung ihrer Folgeäußerung vor, ehe sie damit fortfährt, ihr Krankheitserleben darzulegen bzw. ihre Krankheitsgeschichte zu rekonstruieren: „seit am novEmber mach ich des theader MIT;" (Z. 035). Die Ärztin geht auf die affektive Dimension der Aussage, die sich insbesondere aus dem hier negativ konnotierten Lexem ‚Theater' ergibt, nicht weiter ein und zeigt stattdessen eine klare Lösungsorientierung an (vgl. ähnlich Ruusuvuori/Voutilainen 2016: 218), wenn sie folgende Handlungskonsequenz formuliert: „no müss mer uns mal zuSAMmensetzen; gell,= =!SPÄ!der;" (Z. 038–040).[300] Schließlich folgt ein weiteres durch den im Vorvorfeld platzierten Diskursmarker ‚aber' eingeleitetes Syntagma, in dem die Ärztin den Fokus abermals auf die medizinisch-therapeutische Ebene lenkt (Z. 042). Mit dem Hinweis, dass noch eine Lungenspiegelung ausstehe, setzt die Ärztin dem negativen affektiven Krankheitserleben auch hier eine Lösung entgegen: Zwar macht Frau Werschel das ‚Theater', nicht genau zu wissen, was los ist, seit November mit, doch wird die anstehende Lungenspiegelung Gewissheit bringen.

In der folgenden ‚Klagekaskade' wird das erwähnte ‚Theater' nun inszeniert. Das bereits beschriebene sequenzielle Muster tritt dabei noch zwei weitere Male auf: Auf die rhythmisch vorgetragenen sowie in Listenform und mittels inszenierter fremder Rede dargebotenen Klagen[301] der Patientin über die ÄrztInnen, die sich in ihren Diagnosen widersprechen (Z. 046–049) bzw. keine zufriedenstellenden Aussagen über ihren Zustand treffen und keine Tabletten verschreiben (Z. 052, 055–056), folgt zunächst jeweils ein kurzes Rückmeldesignal der Ärztin, das eine Verstehensbehauptung darstellt (Z. 050, 054). Anschließend leitet sie in beiden Fällen mittels des themensteuernden Diskursmarkers ‚aber' eine Umfokussierung auf körperlich-medizinische, nicht das affektive Krankheitserleben betreffende Aspekte ein (Z. 051, 060).[302] Im Unterschied zu den ersten beiden Vorkommen (Z. 030, 042) folgt auf ‚aber' nun allerdings kein Deklarativsatz, sondern jeweils eine auf die Krankheitsgeschichte der Patientin bezogene W-Frage. Diese Praktik des *ancillary questioning*, „[by] which, at the point where an empathic response to the telling would otherwise be due, the recipient raises a somewhat related question about the matter" (Heritage 2011b: 164), ist aufgrund der rein

---

300 Das ausgeklammerte, mit einem extra starken Fokusakzent versehene Temporaladverb „!SPÄ!der;" (Z. 040) weist darauf hin, dass die Ärztin gerade nur zu Zwecken der Blutabnahme bei der Patientin ist, die reguläre Visite aber erst zu einem nachfolgenden Zeitpunkt stattfindet.

301 Ich lehne mich hier zumindest heuristisch an Edwards (2005) an, dem zufolge sich die Praktik KLAGEN (*MOANING*) vor allem dadurch auszeichnet, dass die klagende Person nicht an einer Lösung für ihre Probleme orientiert ist, insofern nicht konstruktiv zum Finden einer solchen beiträgt und die zu beklagenden Sachverhalte beständig wiederholt. Da Frau Werschel auch in mehreren anderen der mir vorliegenden Interaktionen anführt, dass keiner der sie behandelnden ÄrztInnen überhaupt wisse, was mit ihr los ist, findet sich hier durchaus auch ein repetitives Moment.

302 In Z. 060 erscheint unmittelbar vor dem mit ‚aber' eingeleiteten Syntagma kein Rückmeldesignal, da die verbale Interaktion hier empraktisch auf die parallel vollzogene nonverbale Handlung des Blutabnehmens (hier konkret auf die Injektion der Nadel) ausgerichtet ist.

auf die medizinische/körperliche Seite der Krankheit ausgerichteten Fragen stark disaffiliativ. Dennoch kann bereits hier eine Veränderung des ärztlichen Reaktionsverhaltens ausgemacht werden: Indem die Ärztin nun konkrete Nachfragen stellt, eröffnet sie der Patientin einen konversationellen Raum, in dem diese ihre Krankheitsgeschichte weiter ausbreiten kann.

Nach der Eröffnung eines solchen Raumes lässt sich im Anschluss an die zweite W-Frage und deren Beantwortung (Z. 060–062) ein weiterer Wechsel der ärztlichen Responsivpraktik beobachten: Während Frau Werschel ihr Klagen perpetuiert und dabei auch bereits erwähnte Aspekte repetitiv anführt (Z. 071, 073, 076, 077), beschränkt die Ärztin ihre Reaktionen nun auf minimale Rückmeldesignale (Z. 063, 067, 068, 070, 072, 074) und stellt somit ihre Versuche ein, Frau Werschels narrative Rekonstruktion ihres Krankheitserlebens zu defokussieren. Die Rückmeldesignale weisen prosodisch bis auf eine Ausnahme (Z. 068) Dehnungen sowie flach auslaufende Konturen auf; das Rückmeldesignal in Z. 070 wird zudem seufzend geäußert. Vor dem Hintergrund der Ausführungen von Kupetz (2014a) zur Rolle der Prosodie in Empathiedarstellungen[303] sowie der Anmerkungen von Schwitalla (1995: 230f.), der Seufzen als zu „bekümmerte[m]" Sprechen beitragenden „Mitleidslaut" beschreibt, können die Rückmeldesignale der Ärztin als minimale Empathiemarker interpretiert werden.

In Z. 078–080 folgt schließlich erstmals eine auf Frau Werschels affektives Krankheitserleben bezogene ausführlichere Reaktion der Ärztin, in der sie ihre Empathiedarstellung ausbaut und Verstehen nicht nur behauptet, sondern auch bekundet: „oh JE; (.) da ham se ja schon ne richdige odysSEE hinter sich; gä,". Die Interjektion „oh JE;" dient hier als Ressource zum Ausdruck von Empathie und auch die abstrahierend-evaluative Zusammenfassung der Erzählung ihres Gegenübers bringt als affiliative Verstehensbekundung Empathie zum Ausdruck (vgl. auch Kupetz 2013: 88). In Anbetracht des insistierenden Klagens der Patientin gibt die Ärztin ihre Versuche einer thematischen Verschiebung nun also endgültig auf; anstatt die psychosozial-affektive Ebene weiterhin zu defokussieren, wirft sie die ‚Empathiemaschinerie' an und gibt der Patientin Raum zur Selbstinszenierung als *consequential figure* (Maynard 1997: 94).

Frau Werschel bestätigt sodann die Aussage ihrer Gesprächspartnerin und fährt in ihrer Darstellung fort, indem sie ihre evaluative Reaktion auf die ‚Ärzteodyssee' rekonstruiert: „dass e GSAGT hab des- (--) ((räuspert sich)) jetzt hab i die schnuffel VOLL;" (Z. 082–084). Nach einem weiteren seufzend geäußerten Rückmeldesignal führt die Ärztin nun explizit an, die Patientin in ihrem psychosozial-affektiven Erleben zu verste-

[303] Kupetz (2014a: 98) nennt als prosodisch-phonetische Parameter mit potenzieller Relevanz für ‚mitfühlendes Sprechen' u. a. die folgenden: abnehmende Lautstärke, tiefes Tonhöhenregister, final fallende/flach auslaufende Konturen, Silbendehnung, Knarrstimme, weiche Artikulation.

hen (Z. 087). Da Frau Werschel in Überlappung dazu jedoch bereits ihre nächste Beschwerde anführt (Z. 086–087), bleibt eine Reaktion auf die ärztliche Verstehensanzeige aus.

Zusammenfassend lässt sich das Reaktionsverhalten der Ärztin als Abfolge verschiedener Strategien beschreiben: Zunächst reagiert sie auf das Klagen mit einer Kombination aus einem Rückmeldesignal und einem durch den Diskursmarker *aber* eingeleiteten Deklarativsatz, der den Fokus auf eine konstruktive, lösungsorientierte Auseinandersetzung mit dem aktuellen Zustand der Patientin richtet und so das psychosozial-affektive Krankheitserleben defokussiert. Dessen ungeachtet führt die Patientin ihr Klagen jedoch fort, sodass die Ärztin ihre Strategie ändert: Anstatt eines Deklarativsatzes folgen auf ein Rückmeldesignal und den Konnektor ‚aber' nun auf körperlich-medizinische Sachverhalte ausgerichtete W-Fragen. Als die Ärztin es auch mittels dieser Strategie nicht vermag, das Klagen der Patientin zu verhindern, vollzieht sie einen weiteren Wechsel ihres Reaktionsverhaltens: Fortan äußert sie lediglich Rückmeldesignale, ehe sie diese minimalen empathischen, verstehensbehauptenden Reaktionen schließlich zu affiliativen Verstehensbekundungen ausbaut. Letztlich liefert folglich auch dieser Ausschnitt Evidenz für die von Ruusuvuori/Voutilainen (2016) formulierte Beobachtung, dass PatientInnen ihr *troubles-telling* so lange perpetuieren, bis eine ihrer Meinung nach adäquate Reaktion der ÄrztInnen darauf erfolgt.

### 6.3.5 Vergleich zwischen pflegerischem und ärztlichem Sprechen über das psychosozial-affektive Krankheitserleben

Vor dem Hintergrund der in vielen einschlägigen (Fach-)Publikationen zur Palliative Care nachzulesenden Maxime, sterbenden PatientInnen neben einer angemessenen biomedizinischen Versorgung auch Unterstützung auf der psychosozialen Ebene zukommen zu lassen (s. Kapitel 6.3), wurde in den vorangehenden Analysen der Frage nachgegangen, wie PflegerInnen und wie ÄrztInnen mit den PatientInnen und Angehörigen über deren psychosozial-affektives Krankheitserleben sprechen. Diesbezüglich ist abschließend zunächst zu konstatieren, dass sich in meinen Daten nur relativ wenige Sequenzen finden, in denen der affektive Zustand der PatientInnen oder der Angehörigen Gegenstand einer interaktiven Bearbeitung ist: In 71 Stunden Gesprächsmaterial von ÄrztIn-PatientIn-Interaktionen treten lediglich 29 Belege und in 32 Stunden Material von Pflege-PatientIn-Interaktionen nur 18 Belege hierfür auf.[304] Dies bedeutet jedoch mitnichten, dass fast ausschließlich über physiologische Aspekte gesprochen wird: Gerade die PflegerInnen, bisweilen aber auch die ÄrztInnen,

[304] Wie ich in Kapitel 5.4 zum analytischen Vorgehen angemerkt habe, wurden alle im Gesamtkorpus auftretenden Belege, in denen das psychosozial-affektive Krankheitserleben der PatientInnen und Angehörigen in irgendeiner Weise relevant gesetzt wurde, komplett transkribiert.

betreiben häufig *Small Talk* mit den PatientInnen und unterhalten sich etwa über deren Haustiere, die letzte Urlaubsreise o. Ä. Das psychosozial-affektive Krankheitserleben wird allerdings nur marginal thematisiert.
Konträr zu dem in der Literatur verbreiteten Topos, PflegerInnen würden das psychosozial-affektive Krankheitserleben der PatientInnen weit häufiger bearbeiten als ihre ärztlichen KollegInnen (s. Kapitel 6.3), sind es in meinen Daten die ÄrztInnen, die öfter mit den PatientInnen und Angehörigen über deren Emotionen sprechen. Diese Tendenz ist allerdings den divergierenden institutionellen Pflichten der beiden Professionen geschuldet: In den Interaktionen zwischen den ÄrztInnen und den PatientInnen/Angehörigen tritt das Sprechen über das psychosozial-affektive Krankheitserleben gehäuft (15/29) im Rahmen der Planung der weiteren Versorgung auf: Insbesondere dann, wenn den PatientInnen das endgültige Absetzen kurativer Therapien nahegelegt wird oder es darum geht, dass eine Verlegung ins Hospiz sinnvoll wäre, reagieren viele PatientInnen sehr emotional. Eine vergleichbare projektive Gattung (Ayaß 2021) fehlt im kommunikativen Haushalt des Pflegepersonals, sodass die Affekte der PatientInnen und Angehörigen dort weniger prominent sind.
Schließlich sei am Rande noch eine letzte Auffälligkeit erwähnt, die jedoch nicht das Sprechen der Pflegekräfte und ÄrztInnen, sondern die Redebeiträge der PatientInnen und Angehörigen betrifft: Bei der Betrachtung der Belege, die für dieses Kapitel herangezogen wurden, fiel auf, dass die PatientInnen und Angehörigen immer wieder auch ihre Volitionen thematisieren, weshalb die Definition des Affektbegriffs, die zu Beginn des Kapitels erfolgte, um die volitive Komponente ergänzt wurde. Dieser Befund ist vor dem Hintergrund der Tatsache besonders interessant, dass in der Philosophie der Palliative Care die Wünsche und Bedürfnisse und somit der Willen der PatientInnen sowie der Angehörigen im Vordergrund stehen. Gerade bei den PatientInnen, die bereits länger auf der Palliativstation liegen, ließe sich diesbezüglich die Frage stellen, ob sie diesen Aspekt des palliativen Paradigmas bereits internalisiert haben und ihren Willen daher offen artikulieren.

Nach diesen allgemeinen Beobachtungen zum ärztlichen und pflegerischen Sprechen über das psychosozial-affektive Krankheitserleben der PatientInnen und Angehörigen fasse ich die in den vorangehenden Gesprächsanalysen gewonnenen Erkenntnisse zum Zwecke eines abschließenden Vergleichs in folgender Tabelle zusammen.

Tabelle 22: Vergleich der Praktiken des pflegerischen und ärztlichen Sprechens über das psychosozial-affektive Krankheitserleben

| **Praktik** | **Gemeinsamkeiten** | **Unterschiede** | |
|---|---|---|---|
| | | **PPI** | **ÄPI** |
| Praktiken der initialen Thematisierung des psychosozial-affektiven Krankheitserlebens | • Sowohl die PF als auch die Ä bedienen sich der Praktik ***NOTICING***. Dabei schildern sie eine **subjektive Wahrnehmung** und nutzen diese als Evidenz für eine affektive Fremdpositionierung der PA. Durch **mitigierende Elemente, Evidentialitätsmarker** oder dadurch, dass sie ihren Wahrnehmungseindruck zur Disposition stellen, indizieren die professionellen AkteurInnen, dass die **Zuschreibung von Affekten prinzipiell heikel** ist und sie keinen epistemisch prioritären Zugang zum dargestellten Sachverhalt haben. **Die PA reagieren jedoch entweder nur minimal oder gar nicht** auf das *NOTICING*; bisweilen rührt der bei den Ä | Die PF führen das psychosozial-affektive Krankheitserleben der PA/AN in 9/18 Belegen **(50 %) eigeninitiativ** in die Interaktion ein. | Die Ä führen das psychosozial-affektive Krankheitserleben der PA/AN nur in 6/29 Belegen **(21 %) eigeninitiativ** in die Interaktion ein. |
| | | Dreimal bedienen sich die PF der Praktik ***TOPIC PROFFERING***, durch die sie einen Sachverhalt anführen, der im epistemisch-affektiven Territorium der PA/AN liegt (***B-Event***). Diesen bieten sie den PA/AN zur weiteren interaktiven Bearbeitung an. Allerdings reagieren diese in zwei der drei vorliegenden Belege entweder gar nicht oder nur minimal, mit einem einfachen Rückmeldesignal, auf das *TOPIC PROFFERING*. Somit kommt es **lediglich in einem Fall zur weiteren Auseinandersetzung mit dem Krankheitserleben**. | *Tritt in den ÄPI nicht auf.* |

| **Prak-tik** | **Gemeinsamkeiten** | **Unterschiede** | |
|---|---|---|---|
| | | **PPI** | **ÄPI** |
| | entstandene Eindruck auch von einem rein körperlichen und nicht von einem psychischen Leiden her.<br>• Die Antworten der PA auf **direkte oder indirekte Fragen** nach dem psychosozial-affektiven Ergehen fallen **elaborierter** aus als die Reaktionen auf das *NOTICING*. Bei einer *no problem*-Antwort der PA muss die Frage allerdings retraktiv *accountable* gemacht werden. | *Tritt in den PPI nicht auf.* | Eine Ä äußert in einem Beleg eine **Deutungshypothese** hinsichtlich des psychosozial-affektiven Krankheitserlebens einer AN, um diese zu einer affektiven Selbstpositionierung zu bewegen. Indem die Ä dokumentiert, wie sie den affektiven Zustand der AN einschätzt, beansprucht sie einen Zugang zu deren affektivem Territorium. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| GENERALISIEREN VON PSYCHOSOZIAL-AFFEKTIVEM KRANKHEITSERLEBEN | • Durch den Einsatz dieser Praktik stellen die PF und Ä das individuelle psychosozial-affektive Krankheitserleben der PA/AN auf eine **allgemeingültige Ebene**. Somit signalisieren sie den PA/AN, dass deren affektiv aufgeladene Reaktionen der Situation **angemessen und ‚normal'** sind.<br>• Die Praktik erscheint in zwei Spielarten – entweder als retraktiv ausgerichtete **Verstehensanzeige** oder als projektiv ausgerichtetes **Empathieangebot**.<br>• Zentrales sprachliches Merkmal dieser Praktik ist das **generische Präsens** sowie das **generische bzw. generalisierende Pronomen *man***, das zumeist sowohl sprecher- als auch adressateninklusiv auftritt. Daneben wird die vollzogene Generalisierung auch durch den Gebrauch von **Abtönungspartikeln** wie *ja* und *doch* oder durch das **Kommentaradverb** *natürlich* kontextualisiert. | *Tritt in den PPI nicht auf.* | Ein Beleg aus der Kollektion von ÄPI ist insofern besonders, als die Ärztin hier durch die vorgenommene Generalisierung zunächst einen verstehenden Zugang zum psychosozial-affektiven Krankheitserleben ihrer Gesprächspartnerin indiziert, anschließend aber einen ebensolchen **Zugriff auf das Fremderleben suspendiert**. Somit signalisiert sie explizit eine **asymmetrische Verteilung der individuellen Erfahrungen**, erkennt die Außergewöhnlichkeit der Situation ihres Gegenübers an und verweist explizit auf die **Grenzen der Intersubjektivierbarkeit affektiven Fremderlebens**. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | • Die durch diese Praktik vorgenommene **Relativierung der Besonderheit** des psychosozial-affektiven Krankheitserlebens der PA/AN ist mitunter heikel, da den PA/AN somit die Singularität ihrer Erfahrung abgesprochen wird. | | |
| DEFOKUSSIEREN | • Mitunter reagieren PF und Ä auf patientenseitige Darstellungen ihres | Eine wichtige Ressource, auf die PF zur Defokussierung des psychosozial-affek- | Anders als die PF haben die Ä nicht die Möglichkeit, zur Defokussierung der Affekte der PA eine Umfokussierung auf |

| **Praktik** | **Gemeinsamkeiten** | **Unterschiede** | |
|---|---|---|---|
| | | **PPI** | **ÄPI** |
| VON PSYCHOSOZIAL-AFFEKTIVEM KRANKHEITSERLEBEN | psychosozial-affektiven Krankheitserlebens auch wiederholt mit **thematischen Verschiebungen** und **defokussieren auf diese Weise die Affekte** ihrer InteraktionspartnerInnen.<br>• Sowohl PF als auch Ä halten Reaktionen auf die affektiven Selbstpositionierungen der PA zurück, gehen auf diese also schlichtweg nicht ein, sodass es zu Gesprächspausen kommt. Dies ist sowohl **disaligniert als auch disaffiliativ**.<br>• Dadurch, dass die PA ihr *troubles-telling* trotz einer fehlenden (affiliativen) Reaktion vonseiten der professionellen AkteurInnen fortsetzen und wiederholt versuchen, ihr psy- | tiven Krankheitserlebens der PA zurückgreifen können, ist der **Übergang zur empraktischen Interaktionsmodalität**. Indem die PF ihr außersprachliches Handeln verbal koordinieren, können sie eine Gesprächspause verhindern, ohne aber thematisch kohärent und affiliativ auf das *troubles-telling* der PA eingehen zu müssen. Da PPI häufig parallel zu nonverbalen Handlungen stattfinden, ist ein Wechsel zu dieser Ebene problemlos möglich. | die Ebene der außersprachlichen Handlungen vorzunehmen, da solche im Rahmen der ärztlichen Visite i. d. R. nicht auftreten. In den Fällen, in denen parallel zum sprachlichen Handeln eine körperliche Untersuchung vorgenommen wird, liegt der Fokus der verbalen Handlungen auf diesen außersprachlichen Aktivitäten, sodass die PA nicht eigeninitiativ Themen wie etwa ihr psychosozial-affektives Krankheitserleben einführen können. |
| | | *Tritt in den PPI nicht auf.* | Die Ä reagieren bisweilen lediglich durch den **Einsatz minimaler Rückmeldesignale** auf die affektiven Selbstpositionierungen der PA. |
| | | *Tritt in den PPI nicht auf.* | Anstatt auf das negative Affektdisplay der PA affiliativ zu reagieren, setzen die |

| **Prak-tik** | **Gemeinsamkeiten** | **Unterschiede** | |
|---|---|---|---|
| | | **PPI** | **ÄPI** |
| | chosozial-affektives Krankheitserleben als Gesprächsgegenstand zu etablieren, zeigen sie an, dass die **Reaktionen der PF und der Ä nicht angemessen bzw. nicht ausreichend** sind. | | Ä diesem mitunter auch einen **Lösungsvorschlag** entgegen und zeigen so eine Orientierung an der thematischen Progression des Gesprächs an. |
| | | *Tritt in den PPI nicht auf.* | Eine Möglichkeit, das negative affektive Krankheitserleben zu defokussieren, aber dennoch alignierend auf die affektiven Selbstpositionierungen der PA zu reagieren, besteht darin, diesen **positive Aspekte entgegenzusetzen (*bright side*)**. |
| | | *Tritt in den PPI nicht auf.* | Im Rahmen der Analyse wurde ein Beleg betrachtet, in dem die Ä ihre anfänglichen Versuche der Defokussierung **aufgibt und stattdessen Empathie anzeigt**. |

Neben den Praktiken, von denen sowohl die Pflegekräfte als auch die ÄrztInnen Gebrauch machen, wurde auch noch je eine Praktik näher betrachtet, die in der dem aktuellen Kapitel zugrunde liegenden Kollektion nur von PflegerInnen bzw. ÄrztInnen eingesetzt wird:

EMPOWERING DER PATIENTINNEN/ANGEHÖRIGEN: Durch den Einsatz dieser Praktik übernehmen Pflegekräfte die Rolle von AnwältInnen der PatientInnen bzw. Angehörigen. Als solche versuchen sie, weiteres negatives Erleben der PatientInnen bzw. Angehörigen zu verhindern, das entweder durch das Verhalten Dritter oder durch Selbstvorwürfe verursacht wird. Die PflegerInnen positionieren ihre GesprächspartnerInnen dabei als deontisch potente und/oder moralisch integre Personen, die für die eigenen Bedürfnisse eintreten und somit Selbstbestimmungsrechte wahrnehmen können und deren Verhalten ‚richtig' sowie situationsangemessen ist. Letztlich ermutigen die Pflegekräfte ihr Gegenüber mittels dieser Praktik dazu, die aktuell unbefriedigende Situation, von der die PatientInnen bzw. Angehörigen zuvor in einer Problem-Sequenz berichtet hatten, zu verändern, und entwerfen hierfür teilweise auch bereits potenzielle künftige Redebeiträge für die PatientInnen.

KONZESSIVES ANZEIGEN VON VERSTEHEN DES PSYCHOSOZIAL-AFFEKTIVEN KRANKHEITSERLEBENS: ÄrztInnen signalisieren den PatientInnen mitunter, deren psychosozial-affektives Krankheitserleben nachvollziehen zu können, leiten jedoch unmittelbar nach ihrem Empathiedisplay mittels eines adversativen Konnektors eine Entgegenhaltung ein. Die initiale Verstehensthematisierung stellt dementsprechend den zweiten Teil eines dreiteiligen *Cardinal Concessive* dar und fungiert als ‚Brücke' zwischen der affektiven Selbstpositionierung der PatientInnen und der ärztlichen Gesprächsagenda. Somit steht die Praktik KONZESSIVES ANZEIGEN VON VERSTEHEN im Dienste der Handlungsprogression: Die Affekte der PatientInnen werden relativiert und zugunsten der als gewichtiger kontextualisierten folgenden ärztlichen Sprechhandlung zurückgestellt. Insgesamt zeigt sich hier, dass Empathiedisplays bisweilen auch strategisch verwendet werden.

Welche Schlussfolgerungen können nun aus diesen Analyseergebnissen hinsichtlich der Frage nach den Gemeinsamkeiten und Unterschieden pflegerischen und ärztlichen Sprechens über das psychosozial-affektive Krankheitserleben gezogen werden? In Bezug auf die Praktiken, die sowohl in PPI als auch in ÄPI auftreten, kann festgehalten werden, dass insgesamt die Gemeinsamkeiten überwiegen und die Pflegekräfte und die ÄrztInnen ähnliche kommunikative Praktiken zur Lösung bestimmter interaktiver Aufgaben einsetzen. Angesichts der zahlreichen Gemeinsamkeiten wird in diesem Kapitel somit deutlich, dass Grenzen zwischen zwei Berufsgruppen innerhalb eines sozialen Feldes nicht zwangsläufig auch (vollständig) distinkte Repertoires an kommunikativen Praktiken bedeuten. Die größten Unterschiede wiederum liegen zum einen in der Häufigkeit der Versuche, das psychosozial-affektive Krankheitserleben der PatientInnen bzw. Angehörigen als Gesprächsgegenstand zu etablieren:

Während die Pflegekräfte dieses in 50 % der vorliegenden Belege eigeninitiativ in die Interaktion einführen, thematisieren die ÄrztInnen das psychosozial-affektive Krankheitserleben ihrer GesprächspartnerInnen in erster Position lediglich in 21 % der Fälle. Ein weiterer zentraler Unterschied ist zum anderen bzgl. der Praktik DEFOKUSSIEREN VON PSYCHOSOZIAL-AFFEKTIVEM KRANKHEITSERLEBEN festzustellen: Dadurch, dass die Pflegekräfte zumeist auch nonverbale Handlungen durchführen, wenn sie sich im Zimmer der PatientInnen aufhalten, können sie relativ einfach zur empraktischen Interaktionsmodalität übergehen und so Versuche der PatientInnen, ihr psychosozial-affektives Krankheitserleben als Gesprächsgegenstand zu etablieren, unterbinden. Den ÄrztInnen steht diese Praktik in ihrem Habitus, d. h. ihrem Repertoire kommunikativer Praktiken (s. Kapitel 3.2 zum Praktikenbegriff) nicht zur Verfügung, da sie parallel zu ihrer verbalen Interaktion mit den PatientInnen i. d. R. keine außersprachlichen Handlungen vollziehen. Daher müssen sie zur Defokussierung des affektiven Krankheitserlebens mehr interaktiven Aufwand betreiben als die Pflegekräfte und setzen den negativen affektiven Selbstpositionierungen der PatientInnen z. B. Lösungsversuche entgegen.

Angesichts des zu Beginn des aktuellen Unterkapitels angeführten Befundes, dass in ÄPI häufiger über das psychosozial-affektive Krankheitserleben gesprochen wird als in PPI und dies wohl auf die den ÄrztInnen obliegende Planung der weiteren Versorgung zurückzuführen ist, bleibt am Ende Folgendes festzuhalten: Das Sprechen über das psychosozial-affektive Krankheitserleben der PatientInnen und Angehörigen steht in den von mir erhobenen Gesprächsdaten zu einem nicht unerheblichen Teil in Zusammenhang mit der jeweiligen kommunikativen Gattung. Da ÄrztInnen mit den PatientInnen und deren Angehörigen die weitere Versorgung besprechen und gerade im Kontext dieser projektiven Gattung häufig belastende Affekte auftreten, scheint es nur logisch, dass die Interagierenden hier auch häufiger über psychosozial-affektive Belange sprechen. Folglich ist ein wesentlich differenzierterer, kontextsensitiver Blick auf das pflegerische und ärztliche Sprechen über Affekte nötig, der nicht bei dem quantitativen Befund stehenbleibt, dass dieses in ÄPI häufiger auftritt als in PPI. Erst der Einbezug des sozialen Kapitals – um mit Hanks (1996a: 232) zu sprechen –, das u. a. die Realisierung bestimmter Gattungen innerhalb eines sozialen Feldes mit seinen verschiedenen (komplementären) Positionen umfasst, vermag hier eine Erklärung für die quantitativen Unterschiede zu liefern.

Die Bearbeitung des psychosozial-affektiven Krankheitserlebens wird, wie bereits öfter erwähnt, neben der Kontrolle körperlicher Symptome als zentrale Aufgabe der professionellen AkteurInnen in der Palliative Care angesehen (Obliers/Köhle 2017: 976). Vor diesem Hintergrund ist es besonders interessant, dass speziell beim Sprechen über Affekte die Gemeinsamkeiten von PPI und ÄPI dominieren. Zwar sind die institutionellen Zuständigkeiten im Hinblick auf die Behandlung der körperlichen Belange der PatientInnen klar geregelt bzw. zwischen den ÄrztInnen und Pflegekräften aufgeteilt. Wird das ‚physiologische Terrain' aber verlassen, scheinen die Grenzen zwi-

schen den beiden Berufsgruppen zu verschwimmen; es gibt für Pflegekräfte und ÄrztInnen keine spezifischen Vorgaben, wie sie mit den PatientInnen und Angehörigen über deren psychosozial-affektives Krankheitserleben sprechen dürfen. So haben die Mitglieder beider hier fokussierten Berufsgruppen offenbar ähnliche kommunikative Routinen zur interaktiven Bearbeitung des psychosozial-affektiven Erlebens der PatientInnen und Angehörigen ausgebildet. Von beiden Berufsgruppen wird dabei immer wieder kontextualisiert, dass es sich beim Eingriff in das affektive Territorium ihrer GesprächspartnerInnen um eine prinzipiell heikle Aktivität handelt und dass sie selbst über keinen prioritären Zugang hierzu verfügen.

# 7 Sprechen über Sterben und Tod

Wenngleich sich die vorliegende Arbeit mit der Interaktion auf der Palliativstation beschäftigt, war in den bislang analysierten Gesprächsausschnitten noch an keiner Stelle explizit von Sterben und Tod[305] die Rede. Dass dieses Thema, das gemeinhin ganz wesentlich mit der Palliativstation assoziiert und als konstitutiv für deren kommunikativen Haushalt betrachtet wird (Bitschnau/Heimerl 2013: 270), hier keine so prominente Rolle spielt, ist der Datenlage geschuldet: Insgesamt enthält mein Gesamtkorpus trotz seines beträchtlichen Umfangs lediglich 29 Belege, in denen sich die professionellen AkteurInnen mit den PatientInnen explizit über die Sterbephase und den Tod unterhalten.[306] Sterben und Tod – obwohl auf der Palliativstation ständig präsent – sind folglich nicht sonderlich „geschwätzig" (Nassehi/Saake 2005: 33).
Erwähnenswert ist ferner auch die Tatsache, dass von den vorliegenden 29 Belegen allein *ein* Beleg aus einer Pflege-Patient-Interaktion stammt. Da es aus diesem Grund nicht möglich ist, Praktiken pflegerischen Sprechens über Sterben und Tod systematisch zu bestimmen, kann in diesem Kapitel kein Vergleich zwischen ärztlichem und pflegerischem Sprechen angestellt werden. Im Folgenden führe ich den einzigen Beleg aus einer Pflege-Patient-Interaktion aber zumindest kommentarlos an, um ihn nicht gänzlich unberücksichtigt zu lassen.

***Ausschnitt 79: Betäubungsmittel (839_23_P_20191127; 00:13:23-00:15:38)***

```
032 PFw08:  sie ham ja bald ge↑BURTStag;
033 PAm23:  in zwei WOcha [dann;]
034 PFw08:                [haJO;] (1.7)
035 PAm23:  aber (.) ich wErde noch vieraACHTzich;
036 PFw08:  ja; (1.0)
037 PAm23:  SCHAFF e des, (2.6)
038 PFw08:  ich glAUb SCHON;
039 PAm23:  ja; (-)
040 PFw08:  aber sie WOLlen nIch;=gell,
041 PAm23:  (.) nein i WILL [nich;]
042 PFw08:                 [ja;  ] (5.2)
043         joa; (5.4)
044 PAm23:  <<len> kriegt ma dann (.) a (.) beTÄUbungsmIddel;>(1.8)
045 PFw08:  wie MEInen se des,=
046         =zum geBURTS <<lachend> tag;
047         <<lachend> °h ha °h> <<smile voice> nee;>
((1 Minute Auslassung; PAm23 und PFw08 unterhalten sich darüber,
dass in Holland und in der Schweiz aktive Sterbehilfe erlaubt ist,
in Deutschland aber nicht))
086         (17.8)
087 PAm23:  im SCHLAF stErben wär ja au schÖn;=net, (--)
```

[305] Für mein Verständnis der Begriffe *Sterben* und *Tod* verweise ich auf Fußnote 8 in Kapitel 2.1.

[306] ‚Explizit' bedeutet dabei nicht zwangsläufig, dass die Lexeme *Sterben* und/oder *Tod* auftreten müssen. Für die Aufnahme eines potenziellen Belegs in die Kollektion musste aber zumindest erkennbar sein, dass es um die letzte Lebensphase der PatientInnen bzw. deren verbleibende Lebenszeit geht und sich sowohl die ÄrztInnen als auch die PatientInnen erkennbar daran orientieren.

```
088 PFw08:  <<len> dAs wünscht sich JEder;> (-)
089 PAm23:  <<p> ja.> (3.2)
090 PFw08:  ja; (15.4)
091 PAm23:  ja mei blUt isch aber GUT und so;=net,
```

Die Pflegekräfte, gegenüber denen ich meine Verwunderung darüber zum Ausdruck brachte, dass nur *ein* Gespräch vorliegt, in dem sich eine Kollegin von ihnen mit einem Patienten über das Sterben unterhält, versicherten mir zwar, dass sie mit den PatientInnen hin und wieder durchaus explizit über deren bevorstehenden Tod sprechen. Nichtsdestotrotz bleibt die Frage bestehen, weshalb dieses Thema in den immerhin 614 aufgezeichneten pflegerischen Gesprächen mit 24 PatientInnen über 20 Wochen hinweg lediglich ein einziges Mal auftritt. Ein möglicher Grund für diese Verteilung wird in Kapitel 7.2 angeführt.

## 7.1 Forschungsstand: Sterben und Tod als konversationelle Gegenstände[307]

Da PatientInnen das Thema ‚Tod und Sterben' oftmals nicht proaktiv ansprechen, stehen die ÄrztInnen in der Pflicht, das Gespräch – wenn nötig – eigeninitiativ auf diese Themen zu lenken. Für PatientInnen kann das Sprechen über Sterben und Tod emotional und psychisch aber sehr belastend sein, insbesondere dann, wenn sie sich innerlich noch nicht damit auseinandergesetzt haben. ÄrztInnen sehen sich deshalb mit der Herausforderung konfrontiert, dass sie mit den PatientInnen solche Themen besprechen, dafür aber den ‚richtigen' Zeitpunkt abpassen und die interaktive Bearbeitung dieser Gegenstände adäquat vorbereiten müssen (Pino/Parry 2019b: 185f.), denn „invoking untoward realities usually cannot take place in a straightforward fashion" (Peräkylä 1995: 240).

Eine Strategie, derer ÄrztInnen sich bedienen, um diesem Dilemma zu begegnen, besteht darin, an bestimmte Aussagen der PatientInnen anzuknüpfen und durch gezieltes Nachfragen weitere Ausführungen von deren Seite relevant zu setzen. So können ÄrztInnen die thematische Progression steuern und die Aufmerksamkeit sukzessive auf Sterben und Tod lenken, sodass sich diese Thematik kohärent aus dem bisherigen Gesprächsverlauf ergibt. In der medizinpsychologischen Literatur firmieren solche Äußerungen der PatientInnen, die ÄrztInnen zu Zwecken der Gesprächssteuerung im Kontext der Besprechung heikler Themen aufgreifen, unter der Bezeichnung *patients cues* und sind definiert als „verbal or nonverbal hints, which suggest an underlying

[307] Wie bereits in Kapitel 2.3.2 erläutert, gehe ich im Rahmen der vorliegenden Arbeit nicht auf Studien zur Kommunikation in der pädiatrischen Palliative Care ein, da hier ein anderes Beteiligungsformat vorliegt als in den Daten meines Korpus. Für Forschungsergebnisse speziell zum Sprechen über Sterben und Tod in der Palliativpädiatrie sei auf die konversationsanalytischen Untersuchungen von Ekberg et al. (2019) und Ekberg et al. (2020) verwiesen. Im Wesentlichen gelangen Ekberg und seine KollegInnen zu dem Ergebnis, dass die ÄrztInnen und die Eltern der betroffenen Kinder hauptsächlich indirekt und ohne diese Worte explizit zu verwenden über Sterben und Tod sprechen.

unpleasant emotion" (Del Piccolo et al. 2011: 150). Wie in der medizinischen Literatur zur ÄPI aber zumeist üblich, handelt es sich hierbei nicht um eine emische, sondern um eine etisch-analytische Kategorie. Daher stellt sich die Frage, ob ÄrztInnen in der Interaktion mit PalliativpatientInnen einzelne Äußerungen ihrer GesprächspartnerInnen de facto „as cues relevant to EoL [end-of-life] concerns" behandeln, „and […] whether they do indeed use such cues as resources for engaging patients in EoL talk" (Pino et al. 2016: 3).

Dieser Frage gehen Pino et al. (2016) in ihrer konversationsanalytischen Untersuchung der Kommunikation zwischen ÄrztInnen und PatientInnen nach, die stationär im Hospiz oder von einem ambulanten Hospizdienst betreut werden. Pino et al. (2016) arbeiten dabei drei Typen ärztlicher Aufforderungen zu einer Elaboration des Gesagten heraus:

i) *Fishing questions*: Mit *fishing questions* greifen die ÄrztInnen die patientenseitige Darlegung eines Problems auf und erkundigen sich nach den damit verbundenen Gedanken, Bedenken oder Meinungen. *Fishing questions* geben den PatientInnen so die Möglichkeit, „to introduce EoL considerations, and therefore to engage in EoL talk without it having been overtly solicited" (Pino et al. 2016: 7).

ii) Mit einem *verbum dicendi* eingeleitete Paraphrasen der Aussagen der PatientInnen: Durch Paraphrasen werden einerseits die PatientInnen zu einer Elaborierung ihrer Gedanken, Befürchtungen etc. aufgefordert, andererseits dokumentieren die ÄrztInnen auf diese Weise ihr Verstehen des Gesagten und setzen eine Bestätigung oder Zurückweisung ihres Verstehensdisplays relevant. Im Gegensatz zu *fishing questions* fokussieren ÄrztInnen mit Paraphrasen auf einen spezifischen, bereits formulierten Aspekt und haben so nicht die Möglichkeit, neue Überlegungen zum Lebensende einzuführen.

iii) Vorschlagen möglicher Gedanken zum Lebensende: Während *fishing questions* und Paraphrasen den PatientInnen die Möglichkeit lassen, mit ihrer Antwort ein anderes Thema zu initiieren, ohne dass dies disaligniert wäre, führen ÄrztInnen mit dieser dritten Strategie Angelegenheiten des Lebensendes explizit in die Interaktion ein und lassen den PatientInnen so weniger Spielraum in der Ausgestaltung ihrer Reaktion. Dispräferiert zu reagieren bedeutet hier „avoiding aligning with the project embodied in the doctor's question" (Pino et al. 2016: 12). Wie die globale Betrachtung einzelner ÄPI zeigt, setzen ÄrztInnen diese dritte Strategie erst dann ein, wenn sie den PatientInnen durch *fishing questions* und Paraphrasen zuvor bereits mehrere Gelegenheiten boten, *end-of-life-talk* zu initiieren, die PatientInnen darauf jedoch nicht eingingen.

Das Verdienst der Studie von Pino et al. (2016) besteht letztlich darin, dass die AutorInnen ein Präferenzsystem für *end-of-life-talk* herausarbeiten und gleichzeitig das medizinpsychologische Konzept der *patient cues* einer empirischen Überprüfung unter-

ziehen. Sie konstatieren, dass dieses Konzept aus einer sequenzanalytischen Perspektive aufgrund der damit verbundenen Intentionalität nicht haltbar ist: Ob die PatientInnen die ÄrztInnen *bewusst* dahin lenken wollen, mit ihnen über ihr Lebensende zu sprechen, lässt sich nicht klären – ist allerdings auch nicht relevant. Es besteht keine Notwendigkeit, über die Handlungsmotivationen der ÄrztInnen und PatientInnen zu spekulieren, um zu verstehen, wie Gespräche über das Lebensende initiiert werden. *End-of-life-talk* stellt ein interaktionales Produkt dar, das in seiner situativen Verortung und nicht unter Rückgriff auf mentale, voluntaristische Konstrukte zu analysieren ist, wie Pino et al. (2016: 14) zusammenfassend festhalten.

Wenn es nicht nur darum geht, allgemein über Tod und Sterben zu sprechen und die PatientInnen so zu einer Auseinandersetzung mit dieser Thematik zu bewegen, sondern wenn darüber hinaus auch Entscheidungen im Kontext einer vorausschauenden Versorgungsplanung (*Advance Care Planning*, s. Kapitel 2.3.1) zu treffen sind, obliegt PalliativärztInnen häufig die Aufgabe, PatientInnen damit zu konfrontieren, dass ihre diesbezüglichen Pläne und Vorstellungen unrealistisch sind. So gehen PatientInnen bisweilen etwa von einer wesentlich längeren verbleibenden Lebenszeit aus als die ÄrztInnen, wollen zu Hause versterben, obwohl ihnen dort nicht die adäquate medizinisch-pflegerische Versorgung zuteil werden kann, oder wollen sich trotz schwacher physischer Verfassung einer weiteren kurativen Therapie unterziehen. Auch hier stellt sich die Frage, wie ÄrztInnen konversationell einen Raum eröffnen, um diese potenziell heiklen Themen zu besprechen und gemeinsam mit den PatientInnen realistische Entscheidungen zu treffen. Land et al. (2019) zeigen diesbezüglich anhand eines aus 37 ÄrztIn-PatientIn-Interaktionen in einem englischen Hospiz bestehenden Korpus auf, dass ÄrztInnen sich hierfür sog. *Hypothetical Scenario Sequences* bedienen:[308] Sie evozieren sprachlich ein mögliches, in der Zukunft liegendes Szenario, das konträr zu den aktuellen Plänen und Wünschen der PatientInnen steht, und entwickeln sodann mit den PatientInnen einen Plan für die Bewältigung eines solchen Szenarios. Land et al. (2019) beschreiben acht zentrale Merkmale, die im Rahmen einer *Hypothetical Scenario Sequence* auftreten:

i) Referring to another professional
ii) Building on patients' talk or previous experiences
iii) General case formulations
iv) Minimising the seriousness of the contingency
v) Emphasising conditionality
vi) Managing the timeframe
vii) Conveying questioning as incidental

[308] Die Arbeit von Land et al. ist nicht die erste, die sich mit dem Eröffnen hypothetischer Szenarien in ÄPI beschäftigt: Insbesondere von Peräkylä (1993, 1995) ist diese Strategie – im Kontext der AIDS-Beratung – ausführlich beschrieben worden. Zudem existiert innerhalb der kognitiven Linguistik ein weites Feld, das sich, wenngleich hauptsächlich anhand von ‚Schreibtischsätzen', mit sprachlich evozierten mentalen Räumen beschäftigt. Vgl. hierfür Fußnote 133 in Kapitel 6.1.3.4.

viii) Validating the original plan or expectation

Indem ÄrztInnen also etwa herausstellen, wie unwahrscheinlich es ist, dass das von ihnen beschriebene Szenario eintritt (v), indem sie das Szenario in einer fernen Zukunft verorten (vi) oder indem sie die Besprechung der vorausschauenden Versorgungsplanung als beiläufig rahmen (vii), können sie die Pläne der PatientInnen in abgeschwächter Form problematisieren. Das Besprechen der weiteren Versorgung in einem ‚sicheren' hypothetischen Raum ermöglicht dabei eine aktive Beteiligung der PatientInnen, da das entworfene Szenario (zunächst) in keinem Zusammenhang mit ihrer aktuellen Realität steht und hypothetische Überlegungen weniger belastend sind als solche, die unmittelbar anstehende Entscheidungen betreffen.

Neben der vorausschauenden Versorgungsplanung betreffen Gespräche über Sterben und Tod in der Palliative Care häufig auch die Frage nach der verbleibenden Lebenszeit. Bis dato liegen lediglich drei interaktional ausgerichtete Arbeiten zu Prognosegesprächen im Palliativbereich vor: Pino/Parry (2019a) beschäftigen sich mit den sprachlichen Formaten, die PatientInnen verwenden, um ihre ÄrztInnen um eine Einschätzung der verbleibenden Lebenszeit zu bitten. Dabei demonstrieren Pino/Parry (2019a), dass es sich bei der Mitteilung prognostischer Informationen nicht um eine unilaterale Handlung der ÄrztInnen handelt; vielmehr arbeiten ÄrztInnen und PatientInnen zusammen an der Etablierung eines adäquaten sequenziellen Kontextes, in dem die ÄrztInnen eine Einschätzung äußern können. Da die Studie an den Bitten der PatientInnen um eine Prognose ansetzt und der Fokus somit auf dem sprachlichen Handeln der *PatientInnen* liegt, gehe ich in Anbetracht des hiervon divergierenden Schwerpunktes der vorliegenden Arbeit, der auf dem Sprechen der professionellen AkteurInnen liegt, nicht näher darauf ein. In Bezug auf das ärztliche Interaktionsverhalten konstatieren Pino/Parry (2019a: 230) lediglich, dass in den Belegen ihres Korpus, in denen sich die PatientInnen nicht nach prognostischen Informationen erkundigen, die ÄrztInnen die Mitteilung der Prognose vorbereiten, indem sie die PatientInnen entweder fragen, ob diese bereits von anderen ÄrztInnen über ihre verbleibende Lebenszeit aufgeklärt wurden, ob sie psychisch in der Lage sind, mit dieser Information umzugehen oder wie es aktuell um ihren emotionalen Zustand bestellt ist.

Ebenso wie Pino/Parry (2019a) halten auch Anderson (2020) und Anderson/Stone et al. (2020) in ihrer Studie zu Prognosegesprächen mit Angehörigen sterbender PatientInnen fest, dass in der Mehrzahl der betrachteten Fälle (17/23) nicht die ÄrztInnen, sondern deren GesprächspartnerInnen, hier also die Angehörigen, die Thematik der verbleibenden Lebenszeit in das Gespräch einführen. Zur Einleitung und Vorbereitung der Prognose greifen die ÄrztInnen sodann häufig auf unspezifische temporale Angaben wie *short* oder *limited* zurück; erst anschließend folgen „absolute categorical time references", die durch den Gebrauch von Zeitangaben wie *hours*, *days* oder *weeks* zwar konkreter sind, aufgrund fehlender numerischer Angaben aber dennoch keine genaue Prognose vermitteln (Anderson/Stone et al. 2020: 5). In den 23 untersuchten Belegen wird dabei nur an *einer* Stelle von einem Angehörigen das Wort

*death* verwendet; davon abgesehen erscheinen keine Lexeme, mittels derer die Interagierenden explizit auf Sterben und Tod referieren. Die ÄrztInnen bleiben insgesamt zumeist vage und rahmen ihre Einschätzungen sorgfältig als tentative Meinungskundgaben (*I think*). Häufig bringen sie ihre epistemische Unsicherheit auch explizit zum Ausdruck, bedienen sich hierfür aber nicht des Personalpronomens der 1. Pers. Sg., sondern des Pronomens der 1. Pers. Pl., um ihre eigene Person nicht als fachlich inkompetent zu positionieren und ihr Nichtwissen stattdessen als Nichtwissen des kompletten Ärzteteams darzustellen. Schließlich machen die ÄrztInnen die angeführten prognostischen Werte intersubjektiv nachvollziehbar, indem sie die Grundlage ihrer Einschätzung nennen (zumeist Veränderungen des Zustandes der PatientInnen).

Zusammenfassend betrachtet zeigen die wenigen gesprächsanalytischen Arbeiten, die aktuell zum Sprechen über Sterben und Tod in Interaktionen im Palliativbereich vorliegen und vorangehend angeführt wurden, dass ÄrztInnen auf bestimmte rekurrent auftretende Strategien zurückgreifen, um eine interaktive Bearbeitung dieses Gesprächsgegenstandes sorgfältig vorzubereiten. Sie kontextualisieren dabei eine potenzielle Problematik und Sensibilität der Thematik, die sie durch abschwächende sprachliche Mittel gleichzeitig aber wieder entschärfen.

Interaktionen, die sich um Sterben und Tod drehen, finden sich auch in medizinischen Bereichen, die eng mit der Palliative Care verwandt sind. Im Folgenden werde ich daher zumindest skizzenhaft noch auf Forschungsbeiträge zum Sprechen über Tod und Sterben in der Onkologie[309] sowie in der AIDS-Beratung eingehen. Diesbezüglich kann zunächst festgehalten werden, dass auch die gesprächsanalytischen Arbeiten zur ÄPI im onkologischen Bereich ihren Fokus auf die sprachlichen Strategien der ÄrztInnen richten, mittels derer diese das Thematisieren von Sterben und Tod sorgfältig vorbereiten (vgl. für einen Überblick Parry/Land/Seymour 2014: 335f.). Steht zu einem bestimmten Zeitpunkt fest, dass die Krankheit der PatientInnen inkurabel ist, und soll darauf basierend sodann die weitere Versorgung geplant werden, bemühen sich die OnkologInnen ebenso wie die PalliativmedizinerInnen darum, an bestimmte Äußerungen der PatientInnen anzuknüpfen und das Gespräch so sukzessive zu diesen Themen hinzulenken (*stepwise transition*, Jefferson 1984b). Häufig erkundigen sich die ÄrztInnen beispielsweise in einem ersten Turn danach, wie die PatientInnen ihr aktuelles Krankheitsstadium einschätzen und welche Gedanken sie sich hinsichtlich ihrer Zukunft machen, um darauf basierend in dritter Position ihre eigene Einschätzung zu äußern (Lutfey/Maynard 1998: 325). Maynard (1991b) beschreibt diese Strategie im Kontext der Übermittlung schlechter Nachrichten als *perspective-display series*; Peräkylä (1995: 264ff.) spricht in Bezug auf die von ihm untersuchten AIDS-Sprechstunden von *hypothetical questions*: Nennt ein Patient nicht eigeninitiativ Sorgen oder

[309] Vgl. Thomas et al. (2019), die basierend auf einer inhaltsanalytischen Auswertung von ÄrztIn-PatientIn-Interaktionen in der Palliativmedizin und der Onkologie Unterschiede im kommunikativen Verhalten von PalliativärztInnen und OnkologInnen untersuchen.

Ängste, evoziert die Ärztin eine *hostile world* (Peräkylä 1993: 291), indem sie ihn etwa fragt, ob er sich bereits mit dem Gedanken auseinandergesetzt hat, dass er nicht wieder gesund wird. Dabei bemühen sich die ÄrztInnen, wiederholt den rein hypothetischen Charakter des entworfenen Szenarios zu betonen. Schließlich setzen ÄrztInnen auch inhaltlich offene und vage gehaltene Fragen nach den Erfahrungen der PatientInnen mit ihrer Krankheit ein, die diesen die Freiheit lassen, über Sterben und Tod zu sprechen, bei denen aber auch eine thematisch anders gelagerte Antwort nicht dispräferiert und insofern nicht mit einem hohen interaktionalen Aufwand verbunden wäre (Anderson/Kools/Lyndon 2013: 7).

Insgesamt deuten die einschlägigen, allesamt aus dem angloamerikanischen Raum stammenden Arbeiten darauf hin, dass in der Onkologie kaum explizit über Sterben und Tod gesprochen wird und auch die Lexeme *Sterben* und *Tod* in den Gesprächen nur selten auftreten (Beach 2014: 459). Stattdessen führen die ÄrztInnen Themen an, die lediglich implizit auf Sterben und Tod verweisen – etwa indem sie über eine Verlegung ins Hospiz oder über die Beendigung der Chemotherapie sprechen (Lutfey/Maynard 1998: 339; Maynard 2003: 76).[310] Auch das Nennen prognostischer Information wird von OnkologInnen vermieden, wie Cortez/Maynard/Campbell (2019) und Singh et al. (2017) zeigen: Im Kontext der Übermittlung der schlechten Nachricht, dass die Behandlung nicht mehr anschlägt (*exhausted current treatment statement*), geben die ÄrztInnen keine Prognose der noch verbleibenden Lebenszeit ab, sondern konzentrieren sich darauf, mit den PatientInnen weitere mögliche Behandlungsmethoden zu besprechen.

Letztlich existieren im Gegensatz zum Überbringen anderer schlechter Nachrichten für den Abschluss eines Gesprächs über Sterben und Tod keine „easy exit lines" (Heritage 2011c: 342) im Sinne einer *optimistic projection* (beispielsweise: „Das wird schon wieder"), wie sie etwa Maynard (2003: 180f.) und Jefferson (1984b) für *troubles-talk* beschreiben. Steht einmal fest, dass keine Heilung mehr möglich ist und wurde den PatientInnen im „Denken an die eigene Zukunft" das „Denken an den Tod […] auferlegt" (Schütz/Luckmann 2017 [1979/1984]: 628), erweist sich der Einsatz floskelhafter Formeln als schier unmöglich (Heritage 2011c: 342).

## 7.2 Ärztliches Sprechen über Sterben und Tod

Während sich bei der Betrachtung des Sprechens über Schmerzen, über Medikamente und über das psychosozial-affektive Krankheitserleben der PatientInnen keine nennenswerten Auffälligkeiten hinsichtlich der Verteilung der Belege auf die verschiedenen ÄrztInnen (und auch PflegerInnen) ergaben, zeichnet sich nun ein anderes Bild: Von den 28 Belegen für ärztliches Sprechen über Sterben und Tod stammen knapp

[310] Wie Collins/McLachlan/Philip (2018) in ihrer Interviewstudie mit OnkologiepatientInnen zeigen, ersetzt das Sprechen über die Verlegung auf eine Palliativstation oder ins Hospiz auch in der Wahrnehmung der PatientInnen das Sprechen über Sterben und Tod.

über die Hälfte (n=15) aus Interaktionen mit der Ärztin ARw04. An zweiter Stelle, allerdings mit deutlichem Abstand, stehen Gespräche der leitenden Oberärztin der onkologischen Klinik ARw10 (n=5) sowie der Oberärztin der Palliativstation ARw01 (n=5). Die verbleibenden drei Belege verteilen sich auf den Chefarzt der onkologischen Klinik ARm11 (n=2) und die Assistenzärztin ARw02 (n=1). Hinsichtlich des Sprechens über Sterben und Tod ergeben sich folglich nicht nur Unterschiede zwischen den Professionen, sondern auch große intraprofessionelle Differenzen.
Neben der absoluten Anzahl an Belegen sind noch zwei weitere Aspekte zu betrachten, um präzisere Aussagen über die quantitativen Unterschiede zwischen den einzelnen ÄrztInnen treffen zu können. Zum einen ist die absolute Anzahl freilich in Relation zu setzen zur Gesamtzahl der von einem/einer ÄrztIn überhaupt aufgezeichneten Gespräche (Tabelle 23, Spalte 4), die mitunter beträchtlich schwankt. Zum anderen muss aber auch die Frage Berücksichtigung finden, ob das Sprechen über Sterben und Tod von den PatientInnen initiiert wird und die ÄrztInnen lediglich darauf reagieren, oder ob sie diese Thematik selbst in das Gespräch einführen (Tabelle 23, Spalten 5 und 6). Die folgende Tabelle zeigt die genauen Zahlen:

*Tabelle 23: Verteilung der Belege zum Sprechen über Sterben und Tod auf die ÄrztInnen*

| | **Gesamtzahl Belege ‚Sterben und Tod'** | **Anteil der Belege in Relation zur Gesamtanzahl der Gespräche in der Kollektion ‚Sterben und Tod' (n=28)** | **Anteil der Belege in Relation zur Gesamtzahl an Aufnahmen des/der jeweiligen ÄrztIn innerhalb des Gesamtkorpus** | **Anzahl der Belege, in denen die ÄrztInnen das Sprechen über Sterben und Tod initiieren** | **Anzahl der Belege, in denen die PatientInnen das Sprechen über Sterben und Tod initiieren** |
|---|---|---|---|---|---|
| **ARw01** | 5 | 18 % | 9 % | 2 | 3 |
| **ARw02** | 1 | 4 % | 11 % | 1 | 0 |
| **ARw04** | 15 | 53 % | 16 % | 9 | 6 |
| **ARw10** | 5 | 18 % | 33 % | 0 | 5 |
| **ARm11** | 2 | 7 % | 10 % | 0 | 2 |

Anhand der Tabelle wird deutlich, dass zwar ARw10, die leitende Oberärztin der onkologischen Klinik, in den von ihr aufgezeichneten Gesprächen am häufigsten über Sterben und Tod spricht (33 %), dass sie die Bearbeitung dieser Thematik allerdings nie selbst initiiert. Der hohe Anteil des Sprechens über Sterben und Tod in den Interaktionen, an denen sie beteiligt ist, kann damit erklärt werden, dass alle fünf Belege aus Gesprächen mit der Patientin Frau Ehmer (PAw08) stammen, die einen starken Todeswunsch hat und diesen in fast jedem Gespräch artikuliert. Die Stationsärztin

ARw04, die hinsichtlich der absoluten Zahlen den ersten, in Bezug auf die relativen Zahlen aber nur den zweiten Platz belegt, verfügt demgegenüber über den höchsten Anteil an eigeninitiativem Sprechen über Sterben und Tod. Bevor in den folgenden Analysen einzig das ‚Wie' des Sprechens über Sterben und Tod fokussiert wird, richte ich das Augenmerk zumindest kurz auf ARw04 und gehe unter Rückgriff auf ethnografisches Wissen auf ein mögliches ‚Warum' dieser auffälligen Verteilung ein.
Im Gegensatz zu vielen anderen AssistenzärztInnen der Medizinischen Klinik III, die im Rahmen der Facharztausbildung „Onkologie/Hämatologie" zyklisch alle Stationen der Klinik durchlaufen müssen und daher immer nur für wenige Wochen auf der Palliativstation eingeteilt sind, hat ARw04 den Facharzttitel bereits erworben und ist der Palliativstation fest zugeteilt. Abgesehen von den Wochen, in denen sie Nachtschicht hat, arbeitet sie daher kontinuierlich auf dieser Station und hat aufgrund dessen die meiste Erfahrung im Umgang mit PalliativpatientInnen und deren Angehörigen. Eine andere Ärztin des Klinikums, die im onkologischen Bereich arbeitet, äußerte sich mir gegenüber in einem informellen Gespräch außerdem einmal wie folgt über ARw04: „Die Sarah [Pseudonym], die hat einfach komplett die Ruhe weg und ist so ein herzlicher Mensch. Wir haben vor Jahren zusammen das PJ [Praktisches Jahr] hier gemacht und uns allen war immer klar, dass die Sarah mal auf der Palli landen würde. Ich könnt das ja nicht, aber das ist einfach der Sarah ihr Ding" (Gedächtnisprotokoll).

In 12 der 13 Belege, in denen die ÄrztInnen eigeninitiativ Sterben und Tod thematisieren, ist das Sprechen darüber in die projektive kommunikative Gattung ‚Planungsgespräch' eingebettet. Dabei geht es zumeist um die Planung der weiteren Versorgung, also dominant darum, ob die PatientInnen nach Hause entlassen oder ins Hospiz verlegt werden.[311] Immer wieder wird aber auch darüber gesprochen, ob weiterhin therapeutische Maßnahmen wie eine (palliative) Chemotherapie durchgeführt werden sollen bzw. ob solche überhaupt noch sinnvoll sind. In den 15 Belegen, in denen dagegen die PatientInnen – bzw. in zwei Fällen deren Angehörige – das Thema ‚Sterben und Tod' in die Interaktion einführen, ist das Sprechen darüber in verschiedene Kontexte eingebettet, auf die an dieser Stelle nicht einzeln eingegangen werden kann.

Insgesamt treten in den 28 Belegen meiner Kollektion am häufigsten die drei nachfolgend genannten Praktiken auf: VORBEREITEN AUF STERBEN UND TOD (n=8), ARGUMENTIEREN UNTER REFERENZ AUF STERBEN UND TOD (n=6) und POSITIONIEREN IN BEZUG AUF PROGNOSTISCHE INFORMATIONEN (n=6). Diese werde ich nachfolgend in drei separaten Unterkapiteln in ihrem sequenziellen Kontext näher betrachten und dabei der Frage

[311] Hier liegt ein möglicher Grund dafür, dass in den von mir aufgezeichneten Pflege-PatientIn-Interaktionen fast nie über Sterben und Tod gesprochen wird. Da die projektive kommunikative Gattung ‚Planungsgespräch' allein Bestandteil des kommunikativen Haushalts der ÄrztInnen ist, sprechen Pflegekräfte mit den PatientInnen nur sehr selten bis gar nicht über die weitere Versorgung, sodass es in diesem Rahmen auch nicht zum Sprechen über Sterben und Tod kommen kann.

nachgehen, wodurch sich das ärztliche Sprechen mit PatientInnen und deren Angehörigen über das Thema ‚Sterben und Tod' auszeichnet.

### 7.2.1 Praktik VORBEREITEN AUF STERBEN UND TOD

Wenngleich die PatientInnen zumeist darum wissen, dass sie sich aufgrund einer inkurablen Krankheit auf der Palliativstation befinden, wollen sie ihren Zustand bisweilen nicht wahrhaben oder fühlen sich infolge der Beendigung nebenwirkungsreicher Chemotherapien wieder wesentlich besser (Schloßberger et al. 2005: 788), sodass Sterben und Tod mitunter in die Ferne rücken. Eine Aufgabe von PalliativmedizinerInnen besteht deshalb darin, diese Thematik (wieder neu) in das Bewusstsein der PatientInnen zu holen und diese so auf Szenarien vorzubereiten, die in näherer Zukunft möglicherweise real werden und deren Eintritt mit dem Beginn der Terminalphase und somit letztlich dem Tod verbunden ist.
Die entsprechenden Szenarien sind beispielsweise dadurch charakterisiert, dass bestimmte „absolut" und nicht nur „relativ" indizierte Maßnahmen (Anschütz 1982: 7; s. Kapitel 6.1) zum Zwecke des Erhalts wichtiger Körperfunktionen künftig u. U. nicht (mehr) die gewünschte Wirkung zeigen oder dass Untersuchungsergebnisse noch ausstehen, die mutmaßlich negativ sind und so auf einen baldigen Tod verweisen. Die ÄrztInnen referieren hierbei prospektiv auf eine potenziell eintretende ‚Richtungsänderung', d. h. darauf, dass es ab einem gewissen Wendepunkt geradewegs auf den Tod zugeht (vgl. Norton et al. 2013: 585). In den Worten von Glaser/Strauss (1965: 79ff.)[312] schaffen sie in solchen Sequenzen einen ‚offenen Bewusstheitskontext' (*open awareness*), da sie zumeist explizit von Sterben und Tod sprechen und weder euphemistische Umschreibungen einsetzen noch die entworfenen Szenarien verharmlosen. Innerhalb meiner 28 Belege umfassenden Kollektion zum Sprechen über Sterben und Tod treten insgesamt acht Belege für die im Folgenden näher zu betrachtende Praktik VORBEREITEN AUF STERBEN UND TOD auf.[313] In zwei der acht Belege reagieren die ÄrztInnen mit dem Einsatz dieser Praktik auf eine Frage bzw. Aussage der PatientInnen, in

[312] Glaser/Strauss (1965) legten die erste empirische Studie zum Sterben im Krankenhaus vor und setzten so der damaligen „Dominanz makrosoziologischer Erklärungsmodelle etwas Neuartiges entgegen […], dass [sic!] nicht allein dem Geiste großer Denker, sondern der Ko-Autorenschaft der im Alltag konkret Handelnden […] entsprungen war" (Tirschmann 2019: 53). Ausgehend von der These, dass das Personal in Krankenhäusern nicht adäquat mit dem Sterben der PatientInnen umgehen kann und der Tod verdrängt bzw. der Umgang damit als sehr belastend empfunden wird, betrieben die beiden Soziologen sechs Jahre lang in sechs US-amerikanischen Krankenhäusern Feldforschung. Darauf basierend gelangten sie zu dem Ergebnis, dass die Betreuung und Versorgung der PatientInnen vom jeweiligen Informationsstand beeinflusst wird, über den die Beteiligten verfügen und den sie bei ihrem Gegenüber antizipieren. Für diesen Informationsstand prägten Glaser/Strauss (1965) die Bezeichnung *awareness context* (Bewusstheitskontext).

[313] Ebenso wie im vorherigen Kapitel 6.3 zum Sprechen über das psychosozial-affektive Krankheitserleben stelle ich auch im aktuellen Kapitel die formalen (lexikalisch-syntaktischen) Charakteristika der einzelnen Praktiken angesichts der geringen Belegzahlen nicht überblicksartig in tabellarischer Form dar.

der diese das Thema ‚Sterben' bzw. ‚Tod' relevant setzen; in den sechs anderen Fällen initiieren die ÄrztInnen selbst das Sprechen über Sterben und Tod. Von diesen sechs Fällen sind wiederum fünf dadurch gekennzeichnet, dass die PatientInnen entweder im *hic-et-nunc* oder zu einem künftigen Zeitpunkt eine Entscheidung für oder gegen eine spezifische Maßnahme (Reanimation, Dialyse, Operation) treffen müssen. Sprechen sie sich dagegen aus, bedeutet dies zwangsläufig, dass sie bald versterben werden; andererseits ist es aber ebenso möglich, dass die Maßnahme *ceteris paribus* (Knoblauch 2011: 109) erfolglos bleibt oder die PatientInnen sogar weiter schwächt und dies dann ebenfalls zum Tod führt. Genau diese potenzielle Ausweglosigkeit des Todes antizipieren die ÄrztInnen durch den Gebrauch der hier beschriebenen Praktik. In sieben der acht Belege entwerfen die ÄrztInnen hypothetische Szenarien (s. Kapitel 6.1.3.4), die eventuell eintreten (vgl. Land et al. 2019). Die Reaktionen der PatientInnen fallen dabei sehr heterogen aus, weshalb nur einige Beispiele genannt seien: In einem Fall sagt die Patientin, dass sie nicht möchte, dass das von der Ärztin entworfene Szenario eintritt und beginnt sodann, zu weinen. Ein Patient führt an, dass es sich bei den Aussagen der Ärztin um ‚überraschende Änderungen' handelt und erkundigt sich anschließend nach den Modalitäten der angeführten Operation. In zwei Fällen reagieren die PatientInnen zumindest vereinzelt mit Rückmeldesignalen auf den *multi-unit turn* der ÄrztInnen, wohingegen ein Patient auf der verbalen Ebene gar keine Reaktion zeigt.

Der erste zu analysierende Ausschnitt stammt aus einem Gespräch mit der Patientin Frau Gärtner, deren Fall medizinisch komplex ist: Sie hat ein multiples Myelom und leidet zudem aufgrund ihrer Herzschwäche unter zahlreichen Ödemen (Wassereinlagerungen im Gewebe). Eigentlich wären deshalb Diuretika (Entwässerungsmedikamente) absolut indiziert. Da diese ihre Wirkung aber in den Nieren entfalten, wo sie zu einer erhöhten Urinausscheidung führen, die Nieren der Patientin jedoch nicht mehr richtig arbeiten, kann die Gabe von Diuretika das Fortschreiten der Niereninsuffizienz weiter beschleunigen. Aufgrund dessen schlägt die Ärztin vor, die Funktion der Niere durch eine Dialyse zu ersetzen. Eine solche hätte allerdings wiederum eine schwere kardiale Belastung zur Folge, wodurch das Herz der Patientin weiter geschwächt werden würde. Auf die von der Oberärztin angeführte Erläuterung dieser Zusammenhänge reagiert die Patientin mit einem knappen Affektdisplay:

***Ausschnitt 80: In Richtung Sterben (092_04_A_20180713; 00:04:45–00:05:42)***

```
181 PAw04:  a:JA;
182         alleLUja;
183 ARw01:  <<creaky> ja ich> WEISS dass das keine guten
            nAchrichten sind;
184 PAw04:  nee; (2.6)
185 ARw01:  und deswegen wollt ich sozusagen mit ihnen das EINfach,
            (--)
186         VORher besprechen,
187         <<len> wo_s !NICH! jetzt Unmittelbar Ansteht,>
188         wo wir aber sehen mensch !MIST!; (-)
```

```
189          ja, (-)
190          <<len> das herz und der körper braucht die
             WASsermedikamente?>
191 PAw04:   <<p> m_HM;> (---)
192 ARw01:   und die NIEre braucht- (-)
193          SCHAFFT_S aber nich; (-)
194 PAw04:   ja:;
195 ARw01:   (.) ja:, (6.8)
196 PAw04:   do muss ich DURSCH; (--)
197 ARw01:   das heißt das WÄR was wo sie auch sagen,
198          jawoll des proBIER mer.
199 PAw04:   ja:; (--)
200 ARw01:   <<pp> oKEE;> (---)
201          und wenn_s NET geht, (--)
202 PAw04:   <<p> und DANN,> (1.0)
203 ARw01:   <<p, gedämpft> geht_s richtung STERben;> (3.7)
204 PAw04:   do will isch aber no net HIN;
205 ARw01:   das hab ich so ver↑STANden; (---)
206 PAw04:   hm ↑HM; (---)
207 ARw01:   <<p> ja:,> (-)
208          das is kein probLEM; (---)
209          nur ich WEISS es nich,
210          ob_s funktioNIERT;
```

Die Oberärztin versucht nicht, der Darlegung der Wechselwirkungen zwischen den verschiedenen absolut indizierten Maßnahmen etwas Positives entgegenzusetzen oder anderweitig die negativen Nachrichten abzuschwächen, wie dies im Kontext der Übermittlung schlechter Neuigkeiten ansonsten häufig der Fall ist (Maynard 2003: 185f.). Stattdessen nimmt sie eine zu Frau Gärtners affektiver Positionierung (Z. 181–182) gleichlaufende Bewertung der Sachlage vor und stellt mittels einer auffälligen Litotes (vgl. Bergmann 1999) explizit heraus, dass es sich bei den vorangegangenen Erläuterungen um „keine guten nAchrichten" handelt (Z. 183). Nach einem bestätigenden Responsiv der Patientin (Z. 184) und einer längeren Pause legt die Ärztin in einem retraktiven *account* dar, dass sie die Thematik gerade aufgrund der negativen Valenz der beschriebenen medizinischen Zusammenhänge bereits jetzt besprechen möchte (Z. 185–186). In diesem Zuge verortet sie das zuvor beschriebene Szenario in der Zukunft und schwächt dessen potenzielle Bedrohlichkeit dadurch ab, dass sie in Z. 185–187 eine Distanz zwischen der Gegenwart und dem Eintritt der dargelegten möglichen Welt errichtet (vgl. Land et al. 2019: 674). In den acht Belegen, die mir für den Einsatz der Praktik VORBEREITEN AUF STERBEN UND TOD vorliegen, betonen die ÄrztInnen lediglich hier und in einem anderen Fall, dass die übermittelten Informationen erst künftig von Bedeutung sind und nehmen somit eine Modalisierung der Situationsrelevanz des Gesagten vor.

Anschließend fasst die Oberärztin das zuvor ausführlich beschriebene Dilemma zwischen der Notwendigkeit von Diuretika und deren schädlicher Wirkung auf die Niere in einer *formulation* (Heritage/Watson 1979) pointiert zusammen (Z. 190; 192–193). Auf ein Rückmeldesignal der Patientin (Z. 194) und den Alignmentmarker „ja:," (Z. 195) der Ärztin folgt eine knapp sieben Sekunden lange Pause. Beendet wird diese von

einer Turnübernahme der Patientin, die die Unausweichlichkeit des von der Ärztin imaginierten Szenarios betont: „do muss isch DURSCH;" (Z. 196). Ob sie mit dem Adverb ‚da' auf die empfohlene Dialyse oder allgemein auf die vor ihr liegenden Schwierigkeiten verweist, lässt sich nicht feststellen – die Ärztin als ihr interaktives Gegenüber disambiguiert die Referenzgröße des Adverbs jedoch im Sinne der erstgenannten Lesart, wie aus dem weiteren Gesprächsverlauf hervorgeht: Durch den Reformulierungsmarker „das heißt" (Z. 197) leitet sie eine explizite Dokumentation ihres Verständnisses von Frau Gärtners vorherigem Gesprächsbeitrag ein: „das heißt das WÄR was wo sie auch sagen, jawoll des proBIER mer." (Z. 197–198). Frau Gärtner ratifiziert die Verstehensanzeige ihres Gegenübers sodann in dritter Position, woraufhin die Ärztin durch den Diskursmarker „oKEE;" (Z. 200) einen potenziellen Sequenzschluss indiziert. Im Folgenden projiziert sie allerdings eine Fortführung (Z. 201) und eröffnet durch die als *space builder* (Fauconnier 1994: 16) fungierende Protasis „wenn_s NET geht," (Z. 201) den mentalen Raum einer möglichen Zukunft. Da die Ärztin das hypothetische Szenario aber nicht unmittelbar ‚füllt', folgt eine leise geäußerte Nachfrage der Patientin („und DANN,", Z. 202). Die sich anschließende längere Pause indiziert sodann eine dispräferierte Antwort, ehe die Ärztin die Apodosis ihrer in Z. 201 begonnenen Konditionalstruktur produziert. Die geringe Lautstärke und die gedämpfte Artikulation kontextualisieren dabei die ‚Schwere' ihrer Aussage: „geht_s richtung STERben;" (Z. 203).

Indem die Ärztin hier ein mögliches Versagen des von ihr vorgeschlagenen Planes und somit ein „dreaded issue" (Peräkylä/Bor 1990) antizipiert, macht sie dieses mögliche Szenario für die Patientin salient und bereitet sie so auf den *worst case* vor (vgl. Speer 2012: 367). Die etablierte Welt von Sterben und Tod tritt dabei sehr ‚nüchtern' auf, denn die Ärztin betreibt wenig interaktiven Aufwand, um die davon ausgehende Bedrohung zu mitigieren: Weder weist sie wiederholt auf die hypothetische Natur des Szenarios hin (vgl. im Gegensatz dazu Land et al. 2019: 674), noch baut sie eine epistemische Distanz hierzu auf (*epistemic distance*, Fauconnier 1997: 172) und setzt auch keine anderweitigen *hedges* (Labov 1973) ein.

Die Patientin ‚verstummt' nach der Übermittlung der schlechten Nachrichten (vgl. Günthner 2017c: 31). Erst nach einer 3,7-sekündigen Pause reagiert sie verbal auf das entworfene Szenario, indem sie ihren damit in Konflikt stehenden Wunsch zum Ausdruck bringt und somit die Unerwünschtheit der von der Ärztin eröffneten hypothetischen Welt ko-konstruiert: „do will isch aber no net HIN;" (Z. 204). Anschließend folgt ein latenter Redundanzvorwurf durch die Ärztin, die anführt, dies bereits verstanden zu haben (Z. 205). Schließlich nimmt sie eine Art ‚Legitimierung' des Wunsches der Patientin vor („das is kein probLEM;", Z. 208), bekundet anschließend aber adversativ dazu ihre Unsicherheit hinsichtlich der Wirksamkeit der geplanten Dialyse: „nur ich WEISS es nich, ob_s funktioNIERT;" (Z. 209–210). Im Gegensatz zu den von Peräkylä (1993: 302) im Kontext der ärztlichen Etablierung ‚feindlicher', d. h. unerwünschter

und lebensbedrohender Welten beschriebenen epistemischen Positionierungen betont die Oberärztin hier nicht ihre Unsicherheit bzgl. des Eintretens des antizipierten bedrohlichen Szenarios; stattdessen dient ihre epistemisch inferiore Positionierung dazu, Frau Gärtner ein weiteres Mal damit zu konfrontieren, dass der Therapieplan u. U. nicht den gewünschten Effekt zeigt. Das explizite Sprechen über ein mögliches Zukunftsszenario, in dem medizinisch absolut indizierte Maßnahmen keine Wirkung zeigen oder sogar mehr Schaden als Nutzen bringen, dient folglich also dazu, die Patientin auf die Unausweichlichkeit des Todes in einer bestimmten Situation vorzubereiten: Entscheidet sie sich gegen die Dialyse, wird die vollständige Niereninsuffizienz zum Tode führen; entscheidet sie sich aber dafür, kann die Dialyse möglicherweise die Herzinsuffizienz forcieren, was letztlich ebenfalls tödlich wäre.

Die Analyse eines zweiten Beleges für die hier untersuchte Praktik zeigt im Folgenden, dass der Versuch, die PatientInnen auf Sterben und Tod vorzubereiten, nicht in allen Fällen erfolgreich ist, die PatientInnen also trotz der eindeutigen ärztlichen Worte die Ernsthaftigkeit der Situation mitunter nicht verstehen (wollen?) (vgl. auch Lindtner-Rudolph/Bardenheuer 2015: 252f.). Der Ausschnitt stammt aus einer Visiteninteraktion mit der Patientin Frau Werschel, deren Fall bereits in Kapitel 6.3.2.4 ausführlich dargestellt wurde. In dem Gespräch geht es nun darum, dass die Ergebnisse einer Gewebeprobe zwar noch ausstehen, diese aber höchstwahrscheinlich den Verdacht auf einen malignen Lungentumor bestätigen werden. Der Sohn der Patientin bringt das Rauchen seiner Mutter als Ursache ins Spiel. Daraufhin entgegnet die Ärztin, dass Rauchen das Risiko für Lungenkrebs zwar ‚dramatisch' erhöhe, aber auch andere Faktoren von Bedeutung sein können. Allerdings sei diese Diskussion müßig, da die Patientin nun einmal geraucht habe und die Auswirkungen nicht mehr rückgängig zu machen seien:

***Ausschnitt 81: Verkürzung der Lebenszeit (382_14_A_20190320; 00:03:49-00:04:28)***

```
126 ARw04:   dass sie gerAUcht ham kann man nich mehr ÄNdern,
127          <<len> und des MUSS [ma jetzt->]
128 PAw14:                       [trotzdem  ]rauch ich WEI[der;]
129 ARw04:                                                 [geNA]U:;
130          j:a:,
131          °h also ma MUSS sagen,
132          in IHrer situatiOn, (1.4)
133          (hh°/((Hintergrundgeräusch)))
134 ARw04:   kann ma jetzt SAgen des;
135          <<p> j:oa;>
136          (.) kann ma AUch (.) verTREten; (-)
137          <<p> gä,> (-)
138 ANm14a:  jo. (-)
139 ARw04:   weil wEnn sich der verdacht beSTÄtigt dann?- (-)
140          ? ?-
141          des IS,
142          <<len> also des IS auch wahrscheinlich sO,=ja,>
143          °hh dann-
144          <<creaky> äh:m-> (---)
145          wird die krankheit ihr leben auch sehr verKÜRzen;
146          <<creaky> und dann> werden sie wahrscheinlich auch
             <<creaky> an der krankheit> sterben !MÜS!sen;
147          (.) <<pp> ne,> (1.8)
148          <<len> weil eben da schon Absiedelungen DA sind.>
             (3.8)
149 PAw14:   <<behaucht> (XXX xxx-)>
150          ich versteh_s TROTZdem net; (---)
151          mei VADder hat nix ghabt,
152          mei MUDder hat nix ghabt,
```

Frau Werschel unterbricht in Z. 128 die Ausführungen der Ärztin zur Unmöglichkeit, die eigene Vergangenheit zu ändern, und führt an, dass sie das Rauchen dennoch nicht aufgibt. Die Ärztin reagiert darauf zunächst mit der Bestätigungspartikel „geNAU:;" (Z. 129), projiziert dann jedoch durch den gedehnt und mit steigender Intonation geäußerten, prosodisch desintegrierten Diskursmarker „j:a:," (Z. 130) einen Widerspruch.[314] Der so eingeleitete Turn enthält zahlreiche Disfluenzen, die sich aus Selbstabbrüchen, Reformulierungen und Pausen ergeben. Auf diese Weise inszeniert die Ärztin einen autoreflexiven Dialog (vgl. Auer 2021), in dem sie abwägt, ob das fortgesetzte Rauchen vertretbar ist oder nicht, und erzeugt so einen „effect of cautious consideration of the actions to be taken" (Sterie/González-Martínez 2017: 161). Schließlich legitimiert sie Frau Werschels Rauchverhalten: „kann ma AUch (.) verTREten;" (Z. 136). Durch das depersonalisierende Pronomen ‚man' rückt die Ärztin ihre deontische Autorität als Vertreterin der Institution in den Vordergrund (vgl. Lerner 1993: 220f.), die in dieser Rolle die Erlaubnis zum ‚Weiterrauchen' erteilen kann.

[314] Vgl. Betz (2017), Imo (2013: 176ff.) und Meer (2009) zur Funktion von *ja* als Diskursmarker. Meer (2009: 110) geht zwar darauf ein, dass ein turninitiales *ja* Widerspruch unterstreichen kann; allerdings tritt der Diskursmarker in ihrem Beispiel prosodisch integriert auf und zudem realisierte die Sprecherin bereits zuvor Widerspruch, der durch *ja* sodann lediglich verstärkt wird.

Schließlich verleiht sie ihrer Aussage durch den Alignmentmarker „gä," (Z. 137) retraktiv zusätzliches pragmatisches Gewicht und markiert die Überführung des kommunizierten Sachverhaltes in den *common ground*.
Im Folgenden leitet die Ärztin durch den Diskursmarker „weil" (Z. 139) ein komplexes Syntagma ein, mittels dessen sie ihre vorangegangene Erlaubnis begründet. Ebenso wie in Ausschnitt 80 fungiert auch hier die Protasis einer Konditionalstruktur als *space builder* und eröffnet ein hypothetisches Zukunftsszenario: „wEnn sich der verdacht beSTÄtigt" (Z. 139). Anschließend nimmt sie in einem parenthetischen, durch Disfluenzen geprägten Einschub (vgl. Stoltenburg 2003) eine epistemische Modalisierung der entworfenen mentalen Welt vor, indem sie ihre Sicherheit bzgl. deren Eintretens als hoch darstellt und so die epistemische Distanz zu dieser stark verringert („also des IS auch wahrscheinlich sO,=ja,", Z. 142). Nach diesem Einschub ergänzt die Ärztin die Protasis aus Z. 139 um eine Apodosis, in der sie auf Grundlage ihres professionellen Wissensbestandes, der sich nicht zuletzt aus der Erfahrung mit ähnlichen Situationen speist, die Konsequenz aus der zuvor formulierten Bedingung appräsentiert. Während die ausgewählte Sequenz bislang durch Disfluenzen geprägt war, legt die Ärztin im Folgenden ohne weitere Selbstabbrüche o. dgl. eine Proposition dar, die in der imaginierten Welt gültig ist: „wird die krankheit ihr leben auch sehr verKÜRzen; <<creaky> und dann> werden sie wahrscheinlich auch <<creaky> an der krankheit> sterben !MÜS!sen;" (Z. 145–146).
Indem die Ärztin hier sehr deutliche Worte wählt, keine *hedges* einsetzt, den Indikativ gebraucht, die Eintretenswahrscheinlichkeit des Szenarios zum zweiten Mal als sehr hoch angibt und mit einer *creaky voice* spricht, legt sie dezidiert die Schwere von Frau Werschels Krankheit dar und ermöglicht es ihrem Gegenüber so, „to imagine [the] projected scenario as real" (Land et al. 2019: 677). Da die Patientin in vergangenen Gesprächen oft anführte, nicht zu verstehen, was mit ihr los ist, und nicht zu glauben, dass sie an einem inkurablen Lungenkarzinom leidet,[315] spricht die Ärztin hier nun *expressis verbis* über das Sterben und versucht auf diese Weise, ihr Gegenüber darauf vorzubereiten. Die Unausweichlichkeit des Sterbens forciert sie zudem dadurch, dass sie ihrer Aussage das stark akzentuierte Modalverb „!MÜS!sen" (Z. 146) in extrasubjektiv-circumstanzieller Verwendung hinzufügt (vgl. Zifonun et al. 1997: 1883f.).
Aufgrund der ausbleibenden Reaktion auf ihre Ausführungen setzt die Ärztin ihren Turn nach einer 1,8-sekündigen Pause fort und liefert einen weiteren *account*, der sich an dieser Stelle auf die entworfene Welt bezieht. Unter Rückgriff auf professionelles Wissen (*authority based account*, Angell/Bolden 2015) begründet sie, weshalb sie die Eintrittswahrscheinlichkeit des imaginierten Szenarios als sehr hoch erachtet: „<<len>

[315] Im vorliegenden Ausschnitt kontextualisiert der Einsatz der Abtönungspartikel „eben" (Z. 148), dass es sich bei dem von der Ärztin angeführten Sachverhalt um eine bereits im *common ground* verankerte und keineswegs neue Information handelt (vgl. dazu Zifonun et al. 1997: 1231). Hierin manifestiert sich wiederum die Tatsache, dass die meisten PatientInnen der Palliativstation bereits seit längerer Zeit mit ihrer schweren und prinzipiell als unheilbar geltenden Erkrankung leben.

weil eben da schon Absiedelungen DA sind;>" (Z. 148). Erst nach einer weiteren langen Pause reagiert Frau Werschel schließlich auf die Darlegungen der Ärztin – zunächst unverständlich und dann mit der für sie typischen Reaktion der Unfassbarkeit, die auch in anderen Gesprächen im Kontext ärztlicher und pflegerischer Erläuterungen ihres Zustandes auftritt: „ich versteh_s TROTZdem net;" (Z. 150). Auf die Bedrohlichkeit des von der Ärztin als reale Welt der Zukunft antizipierten Szenarios geht die Patientin weder hier noch im weiteren Gesprächsverlauf ein. Stattdessen legt sie in einem listenartigen Verweis auf ihre Eltern, die ‚nichts' hatten, dar, dass es ihr unerklärlich ist, weshalb ausgerechnet sie so schwer erkrankte. Dabei führt die offensichtlich missglückte Suche nach Kausalitäten bzw. nach in der Vergangenheit liegenden „Weil-Motiven" (Schütz/Luckmann 2017 [1979/1984]: 473f.), die für die aktuelle Realität ursächlich sind, zu einem Verstehensproblem. Bei diesem handelt es sich allerdings nicht um ein kognitives Problem, sondern um ein Problem hinsichtlich der Annahme des eigenen Schicksals, das sich nicht konsistent in den Erwartungshorizont integrieren lässt (vgl. dazu Fuchs 2019).

Ein abschließender Blick auf die für die Praktik VORBEREITEN AUF STERBEN UND TOD charakteristischen lexikalisch-syntaktischen Ressourcen zeigt, dass hier dominant indikativische Konditionalstrukturen auftreten, deren Protasis als *space builder* fungiert. Konträr zu dem, was zu erwarten gewesen wäre, erscheinen kaum mitigierende Elemente wie Vagheitsmarker oder abschwächende Partikeln und auch kaum Modalisierungen in Form epistemisch inferiorer Selbstpositionierungen zur Relativierung der Ernsthaftigkeit der konstruierten Szenarien. Die Lexeme *Sterben* und *Tod* werden von den ÄrztInnen in den acht Belegen fünfmal gebraucht.[316]

Zusammenfassend betrachtet dient die Praktik VORBEREITEN AUF STERBEN UND TOD der Bearbeitung der interaktiven Aufgabe, die PatientInnen damit zu konfrontieren, dass die „grundlegende Idealisierung des Lebens, das Und-so-weiter" (Schütz/Luckmann 2017 [1979/1984]: 627) zu einem gewissen künftigen Zeitpunkt möglicherweise durchbrochen wird und die PatientInnen ab diesem Moment geradewegs und unausweichlich auf den Tod zugehen werden. Indem die ÄrztInnen ein bedrohliches hypothetisches Szenario der Zukunft entwerfen bzw. eine Welt von Sterben und Tod imaginieren, schaffen sie einen offenen Bewusstheitskontext (Glaser/Strauss 1965: 79ff.) und bereiten ihre GesprächspartnerInnen so zu einem Zeitpunkt, zu dem diese noch in der Lage sind, ‚letzte Dinge' zu regeln, auf das antizipierte Szenario vor, anstatt länger „trotz schlechter Nachrichten Hoffnung zu fördern" (Müller-Busch 2012b: 751). In fast allen mir vorliegenden Belegen für diese Praktik steht die Etablierung einer solchen möglichen Welt in Zusammenhang mit einer Entscheidung, die die PatientInnen

316 In einem weiteren Fall verwendet die Patientin bereits zuvor das Verb *sterben*, sodass die Ärztin daran anknüpfen kann, und in einem anderen Beleg sagt die Ärztin: „dann is:t des leben auf (.) tAge, vielleicht wenige WOchen," (480_16_A_20190402). Lediglich in einem einzigen Fall referiert die Ärztin ausschließlich indirekt auf den Tod.

treffen müssen, bei der jedoch beide zur Auswahl stehenden Optionen gleichermaßen negative Auswirkungen haben und in letzter Konsequenz zum Tod führen könnten. In einem Fall dient die Praktik aber auch dazu, die Patientin auf ein Untersuchungsergebnis vorzubereiten, das aller Wahrscheinlichkeit nach negativ ist. Bedrohliche Szenarien, die mit Sterben und Tod verbunden sind, werden nicht nur eingeführt, wenn die PatientInnen diese Thematik zuvor bereits indirekt relevant gesetzt und auf diese Weise vorbereitet haben, wie Peräkylä (1993: 301) dies beschreibt, sondern werden von den ÄrztInnen auch eigeninitiativ und ohne großen interaktiven Aufwand entworfen.

### 7.2.2 Praktik ARGUMENTIEREN UNTER REFERENZ AUF STERBEN UND TOD

Der Soziologe und Arzt Christakis erwähnt in seiner einflussreichen Abhandlung *Death Foretold. Prophecy and Prognosis in Medical Care* eine Funktion des Sprechens über Sterben und Tod, die in starkem Widerspruch steht zu dem in palliativmedizinischen Studien wiederholt dokumentierten „dancing around death" (Anderson/Kools/Lyndon 2013), d. h. der Angst von ÄrztInnen, die Inititative zu ergreifen und den PatientInnen gegenüber die Themen ‚Sterben' und ‚Tod' anzusprechen. Christakis (1999: 42) schreibt nämlich: „Prognostication may […] be a way to persuade the patient to do what the physician recommends. Descriptions of what is likely to happen, whether favorable or unfavorable, are perceived as effective means of persuasion". Gemäß dieser Aussage wird das Sprechen über Sterben und Tod – spezifischer: über die verbleibende Lebenszeit der PatientInnen – also mitunter auch strategisch eingesetzt. Diesbezüglich stellt sich die Frage, weshalb ÄrztInnen zu einem solchen Mittel greifen bzw. welcher Zweck es rechtfertigt, ein derart heikles Thema wie Sterben und Tod als Bestandteil einer Argumentationsstrategie anzuführen. Da Christakis sich allerdings lediglich auf Selbstauskünfte von ÄrztInnen stützt, bleibt offen, ob – und wenn ja, wie – diese de facto zu Persuasionszwecken, also zu Zwecken „[of] influencing another's mental state through communication in a circumstance in which the persuadee has some measure of freedom" (O' Keefe 2016: 27) auf prognostische Informationen zurückgreifen.

Ein Blick in die Kollektion zum aktuellen Kapitel zeigt, dass sich dort tatsächlich Belege identifizieren lassen, in denen eine Ärztin – alle sechs Belege stammen aus Gesprächen mit der Ärztin ARw04 – den Verweis auf Sterben und Tod argumentativ einsetzt, um die PatientInnen von einer bestimmten Maßnahme zu überzeugen oder sie davon abzubringen. Insgesamt finden sich in meinen Daten sechs Belege, die einer Praktik zugeordnet werden können, die ich als ARGUMENTIEREN UNTER REFERENZ AUF STERBEN UND TOD bezeichne und deren sequenzielles Auftreten sowie deren interaktive Funktion ich nachfolgend näher betrachte. Unter ‚Argumentieren' verstehe ich dabei „a verbal, social, and rational activity aimed at convincing a reasonable critic of the acceptability of a standpoint by putting forward a constellation of propositions justifying

or refuting the proposition expressed in the standpoint" (van Eemeren/Grootendorst 2004: 1). Argumentieren geht stets von einem in situ auftretenden „Handlungsproblem" (Deppermann 2006: 22) aus und ist daher als „Verfahren zur Klärung unklarer oder strittiger Sachverhalte" (Spranz-Fogasy 2002: 11) zu charakterisieren.[317] Zumeist handelt es sich bei diesem ‚Problem' um einen sich interaktiv manifestierenden Dissens, weshalb Jacobs (1987: 229) Argumentieren auch als „disagreement management" bezeichnet.

Das aktuelle Kapitel zur Praktik ARGUMENTIEREN UNTER REFERENZ AUF STERBEN UND TOD ist zweigeteilt: Zunächst wende ich mich zwei der drei Belege zu, in denen die Ärztin argumentiert, dass die Fortführung weiterer kurativer Therapien den Eintritt der Terminalphase möglicherweise beschleunigt und der Tod somit u. U. früher eintritt, als wenn weitere Therapieversuche unterlassen werden würden. Anschließend betrachte ich die drei restlichen Belege, in denen die Ärztin vice versa – qua Inferenznegation – argumentiert, dass die von ihr angeratene Verlegung der PatientInnen ins Hospiz nicht zu einem ‚schnelleren' Tod führt, wenngleich manche Menschen dies bisweilen glauben. In beiden Beleggruppen stellt somit die ‚Geschwindigkeit' des Sterbeprozesses den inhaltlich konstitutiven Aspekt der Argumentation dar.

Die Patientin Frau Meiersfeld, deren Tumorerkrankung (malignes Melanom) weit fortgeschritten ist, wünscht sich, einen letzten Zyklus Chemotherapie zu bekommen. Bislang schlug jedoch kein Chemotherapeutikum bei ihr an; zudem litt sie unter starken Nebenwirkungen. Alle ÄrztInnen am Städtischen Klinikum Karlsruhe, von denen sie bislang auf verschiedenen Stationen behandelt wurde, hatten deshalb einstimmig beschlossen, ihr keine weitere Chemotherapie zu verabreichen. Aufgrund dessen hatte die Patientin vor Kurzem bei anderen Kliniken in der Umgebung angefragt, ob diese ihr einen letzten Zyklus Chemotherapie verabreichen würden. Dem untenstehenden Ausschnitt ging bereits eine längere Argumentationssequenz als „Problematisierungshandlung" (Spranz-Fogasy 2006: 33) voran, in der die Ärztin die Patientin wiederholt vor den starken Nebenwirkungen einer solchen Maßnahme warnte. Kurz vor dem Einsetzen der Sequenz ging es darum, dass Nivolumab, das gewünschte Chemotherapeutikum, nur dann gegeben werden kann, wenn man zeitgleich nicht

[317] Die Gesprächsanalyse hat das Argumentieren bisher nur selten als Untersuchungsgegenstand *sui generis* fokussiert, sodass hierzu nur wenige Arbeiten vorliegen und eine systematische Erschließung der klassischen Rhetorik aus einer Perspektive, die das Augenmerk auf die in natürlichen Interaktionen emergierenden Argumentationsprozesse legt, weitgehend aussteht. Vgl. aber Bücker (2006), Deppermann (2006), Deppermann/Hartung (2006), Jackson/Jacobs (1980), Jacobs (1987), Kindt (2001), Morek/Heller/Quasthoff (2017), Schwarze (2012, 2016) und Spranz-Fogasy (2005a, 2006). An dieser Stelle sei außerdem auf die Arbeit von van Eemeren/Garssen/Labrie (2021) verwiesen, die sich speziell dem Argumentieren in ÄrztIn-PatientIn-Interaktionen widmen. Allerdings verfolgen die AutorInnen den sprechakttheoretisch fundierten Ansatz der Pragma-Dialektik und operieren so lediglich mit introspektiv gewonnenen anstatt mit authentischen Daten.

auch Cortison nimmt. Da Frau Meiersfelds Entzündungswerte ohne Cortison allerdings stark steigen würden und dies wiederum Fieber zur Folge hätte, kann in der aktuellen Situation nicht auf Cortison verzichtet werden.

***Ausschnitt 82: Schaden durch Therapie (778_21_A_20191115; 00:07:24–00:08:00)***

```
375 ARw04:   °h und vom cortisOn komm_mer im moment nicht LOS,=
376          =des HEISST-
377          °hhh (-) des IS halt-
378          ALso:- (--)
379 PAw21:   schon SCHWIE[rich dann;= ]
380 ARw04:               [das is schon] [SCHWIER]rich. (-)
381 PAw21:                              [=ja;   ]
382 ARw04:   ja:,
383          °h und- (2.5)
384          <<len> man KANN ihnen,>
385          des möcht ich nur AU noch sagen,
386          weil des ham wir auch schon erLEBT,
387          man kann ihnen mit dEr therapie auch SCHAden.
388          °h und dann ham sie keine lebenszeit geWONnen,
389          sondern dann sterben sie vielleicht SCHNELler,
390          wEIl sie ne theraPIE bekommen ha[ben. ]
391 PAw21:                                     [m_HM,]
392          SCHON klar;
393 ARw04:   ja,
394          des-
395          °h nur-
396 PAw21:   Aber_n:-
397          [dann hAb_i] halt die ANder möglichkeit,
398 ARw04:   [((seufzt))] (-)
399 PAw21:   isch dann DIE, (-)
400          dass i mir IMmer vOrwerfen müsste, (-)
401          ich hab_s net verSUCHT,
```

Die Ärztin setzt in Z. 376 dazu an, die Konsequenz der zuvor als unverhandelbar präsentierten weiteren Cortisoneinnahme zu explizieren. Verschiedene Disfluenzmarker indizieren dabei Formulierungsschwierigkeiten, weshalb die Patientin in einer kollaborativen Komplettierung die begonnene syntaktische Gestalt ihrer Gesprächspartnerin zu Ende führt und so eine mögliche Fortsetzung des ärztlichen Turns antizipiert. Gleichzeitig signalisiert sie durch dieses Resonanzverfahren aber auch, dass sie um die Problematik ihres aktuellen Zustandes weiß bzw. dass sich die besprochene Thematik bereits im *common ground* befindet: „schon SCHWIErich dann;" (Z. 379). In dritter Position folgt anschließend eine Ratifikation der Komplettierung, indem die Ärztin die von der Patientin geäußerte Prädikation in Überlappung wiederholt (Z. 380). Durch den Alignmentmarker „ja:," (Z. 382) nimmt sie anschließend eine Strukturierung ihres Turns vor, indem sie einerseits die Gültigkeit des vorangehend Gesagten retraktiv verstärkt, andererseits aber auch prospektiv Aufmerksamkeit für ihre folgenden TCUs herstellt.

Die durch das Syntagma „man KANN ihnen," (Z. 384) etablierte syntaktische Projektion wird zunächst parenthetisch durch einen metakommunikativen *account* unterbrochen, in dem die Ärztin prospektiv ihre folgende Sprechhandlung legitimiert und als

deren epistemische Basis professionelles Erfahrungswissen des Ärzte- oder Klinikteams nennt ($WIR_{exkl}$, Günthner 2021): „des möchte ich nur AU noch sagen, weil des ham wir auch schon erLEBT," (Z. 385–386). Anschließend wiederholt sie die in Z. 384 begonnene syntaktische Struktur und führt diese fort:[318] „man kann ihnen mit dEr therapie auch SCHAden." (Z. 387). Ebenso wie das Personalpronomen ‚wir' in Z. 386 verweist auch das Pronomen ‚man' auf ein nicht näher bestimmtes Ärztekollektiv – in diesem Fall wohl agens-defokussierend auf die ÄrztInnen, die die Chemotherapie durchführen. Mit dem Modalverb ‚kann' in epistemischer Verwendung zeigt die Ärztin zudem an, dass sich ihre Aussage auf eine mögliche, aber ungewisse Zukunft bezieht (vgl. Scherr 2019: 258) und stellt so das Risiko der Chemotherapie heraus.

Basierend auf dieser allgemeinen Aussage zu einer potenziell schädlichen Wirkung der Therapiefortführung erläutert die Ärztin im Folgenden näher, was dies konkret bedeuten würde und spielt somit eine mögliche Konsequenz im Rahmen eines *Wenn-dann* durch: „°h und dann ham sie keine lebenszeit geWONnen, sondern dann sterben sie vielleicht SCHNELLer," (Z. 388–389). Das resumptive ‚dann' verweist auf das mögliche hypothetische Szenario, dass eine Chemotherapie mehr Schaden als Nutzen mit sich bringen könnte. Durch die eingesetzte Perfektform, der hier eine futurale Lesart zukommt (vgl. Abraham 2004: 6), wird der Verweis auf eine mögliche Zukunft unterstützt. Nachdem die Ärztin anführte, dass die Patientin durch eine Therapie nicht zwangsläufig Lebenszeit gewinnt (Z. 388), setzt sie dieser Negation das stattdessen möglicherweise eintretende Szenario entgegen, in dem die Patientin „vielleicht" (Z. 389) sogar schneller stirbt. Neben dem zuvor bereits gebrauchten epistemischen Modalverb ‚kann' modalisiert die Ärztin ihre Aussage hier durch das epistemische Satzadverb ‚vielleicht' und bringt so einen geringen Grad an Gewissheit zum Ausdruck. Im Gegensatz zu den von Land et al. (2019) beschriebenen hypothetischen Szenarien bedient sich die Ärztin dabei aber keiner generischen Formulierung, durch die sie eine Distanz zum beschriebenen Szenario herstellen könnte, sondern wählt eine adressatendeiktische Ausdrucksform (‚Sie'), die wesentlich stärker und damit eindringlicher ist (vgl. Jackob 2004: 15).

Das hier zu beobachtende Aufzeigen eines *worst case*-Szenarios fungiert als klassisches Angstargument (*argumentum ad metum*) bzw. als Furchtappell[319], also als „persuasive message[ ] designed to scare people by describing the terrible things that will happen to them if they do not do what the [speaker] recommends" (Witte 1992:

[318] Retrospektiv betrachtet handelt es sich bei den TCUs in Z. 385 und 386 folglich strenggenommen nicht um parenthetische Einschübe; Z. 384 wäre entsprechend als Abbruch zu reinterpretieren.

[319] In der (medizin)psychologischen Literatur firmiert das Evozieren bedrohlicher Szenarien zu Persuasionszwecken unter dem Begriff *Furchtappell* (*fear appeal*). Vgl. hierzu Betsch/Schmid (2013) und Witte/Allen (2000) sowie – aus einer gesprächsanalytischen Perspektive – Schopf (i. V.).

329). Die Referenz auf ein schnelleres Sterben stellt dabei die Klimax der vorangehenden elaborierten, sukzessiv emergierenden Argumentationskette und innerhalb dieser wiederum die Klimax des Furchtappells dar.[320] Indem die Ärztin die u. U. eintretende Beschleunigung des Sterbeprozesses in eine direkte kausale Relation zu einer Fortführung der kurativen Therapie stellt („wEll sie ne theraPIE bekommen haben.", Z. 390), betont sie abschließend nochmals explizit die Gefahr, die von einem weiteren Zyklus Chemotherapie ausgehen kann.
Frau Meiersfeld reagiert auf die Argumentation der Ärztin zunächst mit einem Rückmeldesignal (Z. 391) und anschließend mit dem affirmativen Responsiv „SCHON klar;" (Z. 392). Durch dieses bringt sie eine epistemische Unabhängigkeit zum Ausdruck, weist den prioritären Wissensanspruch ihrer Gesprächspartnerin zurück und hebelt somit die Beiträgen in der zweiten Sequenzposition normalerweise zugeschriebene epistemische Inferiorität (K-) aus (vgl. Heritage 2013a: 556). Ihre Reaktion lässt sich außerdem auch als *doing being aware* (vgl. Langley-Evans/Payne 1997) beschreiben: Die Patientin bringt in mehreren Gesprächen des Untersuchungskorpus immer wieder zum Ausdruck, dass sie sich des fortgeschrittenen Stadiums ihrer Krankheit durchaus bewusst ist und trotz ihres Festhaltens an weiteren Therapien um ihren baldigen Tod weiß. Im Anschluss an diese Reaktion ergreift die Ärztin das Rederecht; nach zwei Selbstabbrüchen (Z. 394–395) setzt allerdings die Patientin das Gespräch fort. Dabei projiziert der Adversativkonnektor „Aber" (Z. 396) einen Widerspruch, woraufhin die Patientin zu einer Gegenargumentation ansetzt. Diese stützt sich auf das Argument, dass sie sich nicht vorwerfen möchte, nicht zumindest den Versuch einer weiteren Chemotherapie zum Zwecke einer Heilung unternommen zu haben. Somit bestreitet sie nicht die Gültigkeit des ärztlichen Arguments, sondern setzt diesem lediglich die eigenen Relevanzen entgegen. Die Ärztin wiederholt ihre Argumentation im Folgenden nochmals (nicht mehr abgedruckt), doch Frau Meiersfeld bleibt bei ihrer Meinung, weitere kurative Maßnahmen in Anspruch nehmen zu wollen.

Dass der ärztliche Furchtappell auch in unpersönlicher Weise realisiert sein kann, zeigt die im Folgenden betrachtete Gesprächssequenz. Die Patientin Frau Gärtner möchte in jedem Fall nochmals eine Chemotherapie zur Behandlung ihres Multiplen Myeloms (‚Knochenmarkkrebs') erhalten, allerdings raten alle ÄrztInnen, die sie in den vergangenen vier Jahren am Städtischen Klinikum behandelt haben, hiervon ab, da Frau Gärtner inzwischen sehr ‚an Substanz verloren' habe. Die Ärztin ARw04 führt nun an, dass sie es sehr gut nachvollziehen könne, wenn PatientInnen mit Tumorerkrankung eine Chemotherapie erhalten möchten, um möglichst lange zu leben. Der Konnektor „Aber," (Z. 094) projiziert anschließend jedoch ein Gegenargument:

***Ausschnitt 83: Kürzeres Leben (081_04_A_20180706; 00:04:18–00:04:42)***

[320] Dass es sich um die Klimax handelt, lässt sich freilich erst in der analytischen Retrospektive bestimmen; für die GesprächsteilnehmerInnen selbst ist zu diesem Zeitpunkt noch offen, ob die Argumentation fortgesetzt wird oder nicht.

```
094 ARw04:  °hh (-) Aber,
095         wir wissen halt AU,
096         dass WENN man- (--)
097         <<len> die kemotherapie MENschen gibt,> (--)
098         die eben schon geschwÄcht SIND, (-)
099 PAw04:  hm [HM;]
100 ARw04:     [ja,] (-)
101         °h dann kann die kemotherapie auch mal da führen dass e
            ma !KÜR!zer lebt;
102         (.) als wenn ma !KEI!ne thera[pie gibt;]
103 PAw04:                               [ja:;     ]
104 ARw04:  ne,
105         des-
106         °hh (-) des is ja immer die kunst heRAUSzu[finden, ]
107 PAw04:                                           [<<p> hm_]
            [HM;>]
108 ARw04:  [wer ] profiTIERT überhaupt davon; (-)
109         <<p> ne,>
```

Unter Referenz auf die ‚Stimme der Institution' („wir wissen", Z. 095; vgl. Måseide 2006: 49) führt die Ärztin auch in diesem Beleg professionelles Experten- bzw. Erfahrungswissen als Grundlage ihrer Argumentation und somit als konstitutiv begründendes Element an. Das *argumentum ad metum* wird sodann in Form einer in das *dass*-Komplement eingebetteten unpersönlichen, generalisierend-hypothetischen Konditionalstruktur realisiert (vgl. Zifonun et al. 1997: 2282). Besonders interessant ist dabei, dass die Ärztin eine spezifische *membership category* (Sacks 1972a) eröffnet – ‚Menschen, die schon geschwächt sind' (Z. 097–098) –, der sie Frau Gärtner zwar nicht explizit zuordnet, der die Patientin aber gleichwohl auf Grundlage einer inferenziellen Leistung unter Rückgriff auf das zuvor Gesagte mühelos subsumiert werden kann: Eine halbe Minute zuvor hatte die Ärztin die Meinung einer Kollegin wiedergegeben, der zufolge Frau Gärtner stark „an substanz ver!LO!ren;" (Z. 070; nicht abgedruckt) habe, d. h. schwächer geworden sei. Durch die Abtönungspartikel „eben" (Z. 098) (vgl. hierzu Torres Cajo 2019: 299) stellt die Ärztin nun eine Verbindung zwischen ihrer aktuellen und der zuvor getätigten Aussage her und setzt mittels dieses kontextuellen Rückbezugs die Schwäche der Patientin für die Zwecke der aktuellen Argumentation relevant. Über den Alignmentmarker „ja," (Z. 100), der als Scharnierelement fungiert und mittels dessen die Ärztin das bislang Gesagte intersubjektiv verankert, leitet sie sodann zur Apodosis der begonnenen Konditionalstruktur über: „dann kann die kemotherapie auch mal da führen dass e ma !KÜR!zer lebt;" (Z. 101). Die die extra stark betonte Komparativform „!KÜR!zer" enthaltende TCU wird schließlich um die Angabe eines Vergleichswertes expandiert: „(.) als wenn ma !KEI!ne therapie gibt;" (Z. 102). Ein Alignmentmarker („ne,", Z. 104) dient auch hier der internen Strukturierung des ärztlichen Turns, der im Folgenden (nicht abgedruckt) noch über eine Minute lang um weitere Argumente gegen die Chemotherapie ergänzt wird. Erst dann reagiert die Patientin auf die Ausführungen der Ärztin und stellt die Frage, wie viel Lebenszeit ihr noch bleibe, wenn sie sich gegen die Fortführung kurativer Maßnahmen entscheidet.

Obgleich die Ärztin die Eintrittswahrscheinlichkeit des entworfenen Szenarios mittels des Modalverbs ‚kann' in epistemischer Verwendung sowie durch die Partikelkombination ‚auch mal' (Z. 101) abschwächt, zeigt sie doch deutlich die möglichen negativen Konsequenzen einer weiteren Chemotherapie auf: Entscheidet sich Frau Gärtner für eine solche, verantwortet sie u. U. sogar eine Verkürzung ihrer Lebenszeit und damit genau das, was sie unbedingt verhindern möchte. Unter Rückgriff auf diesen Furchtappell argumentiert die Ärztin also klar gegen den Plan der Patientin (vgl. hierzu auch Rubinelli 2013: 556) und nimmt auf diese Weise eine Korrektur von Frau Gärtners Annahmen bzgl. der Wirkung und Effektivität der Chemotherapie vor.

Während die von den ÄrztInnen im Rahmen der Praktik Vorbereiten auf Sterben und Tod eröffneten potenziellen Welten unter gewissen Umständen unausweichlich sind und deren Eintritt oder Nicht-Eintritt entsprechend nicht in den Händen der PatientInnen liegt, positionieren die ÄrztInnen die PatientInnen hier durchaus als wirkmächtig: Treffen sie die ‚richtige' Entscheidung, sprechen sich also gegen die Fortführung weiterer kurativer Therapien aus, können sie das negative Szenario zumindest zu einem gewissen Grad abwehren.

Die Ärztin ARw04 setzt die Praktik ARGUMENTIEREN UNTER REFERENZ AUF STERBEN UND TOD aber nicht nur ein, um die PatientInnen von deren Wunsch nach einer weiteren kurativen Behandlung abzubringen, sondern auch, um PatientInnen im Kontext der kommunikativen Gattung ‚Planungsgespräch' eine spezifische Maßnahme nahezulegen, und zwar die Verlegung ins Hospiz: In drei Belegen meiner Kollektion zum Sprechen über Sterben und Tod versucht die Ärztin, Patientinnen vom Hospiz zu überzeugen und argumentiert in diesem Kontext, dass ein Aufenthalt im Hospiz nicht zur Beschleunigung des Sterbeprozesses führe. Folglich dient auch hier die ‚Geschwindigkeit' des Sterbens als dominante argumentative Ressource, wenngleich konträr zur zuvor betrachteten Beleggruppe ein früher einsetzender Tod negiert wird.

Das folgende Beispiel stammt aus dem gleichen Gespräch wie schon der zuvor analysierte Ausschnitt 83. Nachdem die Ärztin verschiedene Gründe angeführt hatte, weshalb eine weitere Chemotherapie eher schaden als nützen würde (s. o.), richtet sie den Fokus auf die Frage der weiteren Versorgung. In diesem Rahmen unterhalten sich die Gesprächspartnerinnen zunächst über eine Rückkehr der Patientin nach Hause, schließen diese Option jedoch direkt aus. Anschließend bringt die Ärztin eine andere, bislang noch nicht thematisierte Alternative ein:

***Ausschnitt 84: Angst der Leute (081_04_A_20180706; 00:08:13-00:08:51)***

```
309 ARw04:  <<len> PFLEgeheim, (--)
310         [muss ich         ] SAgen, (1.0)
311 PAw04:  [<<gepresst> mh::;]
312 ARw04:  is nIch das wo Ich sie gerne sehen WÜRde;> (-)
313 PAw04:  hosBIZ,
314         (.) AU [net;        ]
315 ARw04:         [<<p> IS die-]
```

```
316          doch,> (-)
317          <<p, creaky> is die verSORgung halt viel bEsser;> (---)
318 PAw04:   [naja SCHON;      ]
319 ARw04:   [<<p> im hosBIZ is] [die vers   ]orgung halt wie hIEr;>
320 PAw04:                     [<<p> Aber;>] (-)
321 ARw04:   °h und NUR weil m-
322          nur weil ma ins hospIz geht STIRBT ma net schnEller;
             (-)
323          die mach[en <<f, smile voice> AU nix dass ma schneller]
             [stirbt;>]
324 PAw04:           [<<lachend> häHÄ:::;>                        ]
325          [jo;     ]
326 ARw04:   <<h, all> ne,=
327          =doch des is manchmal so> die [↑ANGST der] leute,
328 PAw04:                                 [ja;       ]
329 ARw04:   man geht ins hosPIZ,
330          da wird dann gar nix mehr ge↑MA:CHT,
331          °h und dann STERB ich irgendwie schnEller; (---)
332 PAw04:   <<len> do HAB isch [jetzt was-      ]
333 ARw04:                     [<<lachend> aHA,>] (--)
334          [<<smile voice> des IS aber nich] so;>
335 PAw04:   [von MEInem;>                   ] (---)
336          von meinem (-) PFLEgedienst,
```

Die NP „PFLEgeheim," (Z. 309) zu Beginn des Ausschnittes dient als Freies Thema, mittels dessen die Ärztin eine weitere Option für die künftige Unterbringung der Patientin einführt. In Überlappung mit der metapragmatischen Phrase „muss ich SAgen," (Z. 310), durch welche sich die Ärztin prospektiv von ihrer Verantwortung für die folgende Äußerung distanziert (vgl. Imo 2007: 120), kontextualisiert die Patientin eine ablehnende Haltung gegenüber der eingeführten Option eines Pflegeheimes („<<gepresst> mh:::;", Z. 311). Da sich die Ärztin anschließend aber ebenfalls gegen eine Unterbringung im Pflegeheim positioniert (Z. 312), kommt es zu keiner weiteren Diskussion dieser Alternative. Stattdessen bringt die Patientin eine andere Option ein und verleiht der NP „PFLEgeheim," (Z. 309) somit retraktiv den Status als erstes Element einer Liste: In syntaktischer Parallelität zur vorherigen Aussage der Ärztin thematisiert sie die entsprechende Alternative – „hosBIZ," (Z. 313) – ebenfalls zunächst in Form eines Freien Themas, negiert die eingebrachte Möglichkeit jedoch in unmittelbarem Anschluss daran und nutzt hierfür die von der TCU ihres Gegenübers evozierte Strukturlatenz (Auer 2007: 105) („AU net;", Z. 314). Somit handelt es sich hier um eine diskordante syntaktische Ko-Konstruktion.

Im Folgenden widerspricht die Ärztin Frau Gärtners Ablehnung des Hospizes mittels der Responsivpartikel „doch," (Z. 316) und begründet sodann ihren Widerspruch, wobei sie ihr Argument durch die Abtönungspartikel ‚halt' als plausibel und keiner weiteren Erläuterung bedürfend modalisiert (vgl. Torres Cajo 2019: 296): „is die verSORgung halt viel bEsser;" (Z. 317). In Überlappung mit einer Präzisierung bzw. einem Ausbau dieses Argumentes (Z. 319) konzediert die Patientin durch „naja SCHON, Aber;" (Z. 318, 320) einerseits die Gültigkeit der von ihrer Gesprächspartnerin geäu-

ßerten Proposition; andererseits projiziert sie dadurch aber auch weiteren Widerspruch und signalisiert so insgesamt nur „eingeschränkte[ ] Konvergenz" (Zifonun et al. 1997: 376). Im Anschluss führt die Ärztin – ausgehend vom lokal entstandenen Dissens – ihre Argumentation für das Hospiz fort, indem sie einen möglichen Beweggrund der Patientin für die Ablehnung des Hospizes einführt und dessen (interaktive) Gültigkeit qua antizipierender „Inferenzblockade" (Deppermann/Blühdorn 2013: 15) unmittelbar suspendiert: „nur weil ma ins hosplz geht STIRBT ma net schnEller;" (Z. 322).

Nachdem im vorliegenden Gespräch zwischen der Ärztin und Frau Gärtner bislang noch an keiner Stelle explizit auf Sterben und Tod verwiesen wurde, setzt die Ärztin das Sprechen hierüber nun argumentativ ein und bildet aus dieser Weisheit bzw. Allaussage die Klimax ihrer Argumentation: Sie schreibt der Patientin eine spezifische Vorstellung von der Institution Hospiz zu und negiert diese bzw. stellt sie als nicht realitätsgemäß dar, um eine Übernahme der vermuteten Inhalte des *individual ground* ihres Gegenübers in den *common ground* zu blockieren (vgl. Deppermann/Blühdorn 2013: 10). Sollte die Patientin de facto davon ausgehen, dass sie im Hospiz schneller stirbt als zu Hause oder im Krankenhaus, wäre diese Annahme sehr ungünstig für das von der Ärztin verfolgte Handlungsziel, Frau Gärtner vom Hospiz zu überzeugen.[321] Die Negation einer solchen Vorstellung ist daher ein probates Instrument, um Fehlannahmen als ungültig und intersubjektiv nicht geteilt zu markieren (vgl. Verhagen 2005: 76f.). Dass die Ärztin sich hier einer unpersönlichen Ausdrucksweise bedient, kann einerseits als abschwächende Distanzierungsstrategie verstanden werden (vgl. Imo/Ziegler 2019: 101); andererseits verstärkt ebendiese generische Formulierung aber auch ihre Argumentation: Niemand stirbt allein aufgrund der Tatsache, dass er im Hospiz ist.

Im weiteren Verlauf der Interaktion reformuliert die Ärztin ihre Negation und bringt neben der semantischen Rolle des Patiens (‚*man* stirbt nicht schneller') nun in Form des Demonstrativpronomens ‚die', das auf das Personal des Hospizes referiert, auch ein Agens ein: „die machen <<smile voice> AU nix dass ma schneller stirbt;>" (Z. 323). Mit dem Wechsel zu lächelndem Sprechen reagiert die Ärztin auf das Lachen der Patientin (Z. 324) bzw. – da Lachen und lächelndes Sprechen gleichzeitig einsetzen – wohl auf einen entsprechenden dem Lachen vorangehenden mimischen Ausdruck. Offensichtlich fasst die Ärztin Frau Gärtners Lachen als Indikator dafür auf, dass diese ihr Argument nicht ernst nimmt oder als überzeichnet, absurd und daher humorvoll interpretiert: Eingeleitet durch „doch" (Z. 327) liefert sie einen retraktiven *account*, d. h. eine Begründung für ihr Argument, und nennt als Grundlage ihrer Vermutung, die Patientin könnte denken, im Hospiz sterbe man schneller, ihr eigenes Erfahrungswissen: „=doch des is manchmal so die ↑ANGST der leute, man geht ins hosPIZ, da

[321] Da die beiden anderen möglichen Alternativen einer weiteren Versorgung (zu Hause durch einen Pflegedienst oder in einem Pflegeheim) im bisherigen Gesprächsverlauf bereits ausgeschlossen wurden, bleibt nur noch die Option einer Verlegung ins Hospiz.

wird dann gar nix mehr ge↑MA:CHT, °h und dann STERB ich irgendwie schnEller;" (Z. 327, 329–331). Die Ärztin führt hier nicht nur an, dass ‚die Leute' manchmal Angst vor dem haben, was sie zuvor bereits negierte, sondern appräsentiert unter Verwendung des depersonalisierten Pronomens der 1. Pers. Sg. (vgl. Zobel 2016a) und eines inszenierten inneren Monologs der ‚Leute' auch nochmals deren Vorstellungen vom Hospiz (s. auch Kapitel 2.1). Genau diese soll die Patientin jedoch nicht in ihren *individual ground* übernehmen. Durch die auffälligen Tonhöhensprünge (Z. 327, 330) sowie die animierte Rede (Z. 331) nimmt sie außerdem eine Affektstilisierung vor und kontextualisiert dadurch gleichzeitig eine negative Evaluierung solcher Annahmen. Obwohl die Patientin nicht näher auf die Ausführungen eingeht, fügt die Ärztin ihrer Affektstilisierung – in Überlappung mit einer thematisch diskontinuierlichen Äußerung der Patientin – eine abschließende Negation hinzu, durch die sie ein weiteres Mal die zuvor bereits dezidiert negierte Vorstellung vom Hospiz als ‚Ort eines schnelleren Sterbens' zurückweist (Z. 334). Die Inferenzblockade wirkt damit sequenzschließend.
Da die Patientin im Folgenden Hilfe beim Ausfüllen eines Formulars von ihrem Pflegedienst einfordert, das in keiner Weise in einer thematischen Relation zur zuvor besprochenen weiteren Versorgung steht,[322] kommt es zu einem abrupten Themenwechsel. Über das Hospiz wird im gesamten weiteren Gespräch nicht mehr gesprochen; die Ärztin bereitet die Entscheidung der Patientin hinsichtlich der weiteren Versorgung somit lediglich vor, fordert eine solche aber nicht aktiv ein (vgl. Buck/Schopf 2021).

Im Folgenden betrachte ich noch einen weiteren der insgesamt drei Belege, in denen ein (antizipierter) Widerspruch der Patientinnen die ‚Auslösehandlung' für die ärztliche Argumentation für das Hospiz darstellt. Der abgedruckte Ausschnitt 85 ist in eine komplexe Argumentationssequenz eingebettet, in der sich die Ärztin gegen die von der Patientin Frau Geier gewünschte Weiterversorgung in einem Pflegeheim ausspricht und stattdessen die Option einer Unterbringung im Hospiz vorschlägt. Die Patientin führt daraufhin an, dass sie sich momentan noch nicht ‚schlecht genug' fühlt, um die Hoffnung auf eine Besserung ihres Zustandes aufzugeben und ins Hospiz zu gehen.[323] Daran anknüpfend berichtet die Ärztin, dass sie erst in der vergangenen Woche im Hospiz war und hebt die dort geleistete Arbeit lobend hervor. Zudem verweist sie auf die positive Wirkung, die eine Verlegung ins Hospiz auf manche Menschen hat:

***Ausschnitt 85: Wie es im Hospiz nicht ist (195_09_A_20190304; 00:15:18–00:15:43)***

---

322 Es ist davon auszugehen, dass sich das Formular im Wahrnehmungsbereich der Beteiligten befindet. Wie aus dem weiteren Gesprächsverlauf hervorgeht, handelt es sich hierbei um die von Frau Gärtner zu unterschreibende Datenschutzerklärung der Haushaltshilfe, die für sie bis zu ihrer Einweisung ins Krankenhaus das Einkaufen und Putzen übernommen hatte.

323 Ford/Hepburn/Parry (2019: 7f.) führen einen ähnlichen Beleg an, in dem der Patient sagt, dass der Aufenthalt im Hospiz als „dead end" bedeuten würde, alle Hoffnung aufzugeben.

```
456 ARw04:  °hh also is eigentlich tOll was da geLEI:Stet wird,
457         und es gibt menschen die kommen vom krankenhaus ins
            hospIz und dann blühen se nommal AUF;
458 PAw09:  hm HM;
459 ARw04:  °hh und- (-)
460         im hospIz sch (-) derben sie ja au nich SCHNELler,
            (2.2)
461         nur dass se bEsser verSORGT <<creaky> werden;
462         wa->=
463         =ALso-
464         °h es is ja nich so dass ma ins hosPIZ geht,
465         und dann sagt ma oKEE,
466         jetzt macht [mer GAR] nix mehr,
467 PAw09:              [hm HM, ]
468 ARw04:  und [warded au]f_n TOD;
469 PAw09:      [hm HM;   ]
470 ARw04:  des soll_s ja eigentlich grad NET sein;
```

Im Anschluss an die bisherigen Argumente für einen Hospizaufenthalt negiert die Ärztin in Z. 460, dass die Verlegung ins Hospiz zu einer ‚Beschleunigung' des Sterbeprozesses führt, wobei ebenso wie in Ausschnitt 84 auch hier die Verbalphrase ‚schneller sterben' durch die Negationspartikel ‚nicht' verneint wird. Verglichen mit dem zuvor betrachteten Beleg ist zunächst auffällig, dass die Ärztin nicht auf das generische Pronomen *man* bzw. das depersonalisierte *ich* zurückgreift, sondern stattdessen das Höflichkeitspronomen „sie" (Z. 460) als eindeutig hörerdeiktischen Ausdruck gebraucht. Ferner modalisiert die Ärztin ihr Argument hier mittels der Abtönungspartikel „ja" (Z. 460) und schreibt der Proposition ihrer Aussage so den Status eines fraglos evidenten, geteilten Wissensbestandes zu, der sich aus dem angenommenen *common ground* ergibt. Sie geht somit nicht davon aus, dass der eingeführte Sachverhalt für die Patientin neu ist bzw. dass es diesen erst aus dem *individual ground* ihrer Gesprächspartnerin auszuschließen gilt; stattdessen hält sie es lediglich für nötig, eine potenziell bereits bekannte Tatsache für ihr augenblickliches Handlungsziel zu aktualisieren.
Im Kontrast zu der negierten Äußerung führt die Ärztin nach einer 2,2 Sekunden andauernden Schweigephase ein positiv formuliertes Argument für das Hospiz an, mittels dessen sie die Patientin – gesetzt den Fall, dass sich diese für das Hospiz entscheidet – als Benefiziantin einer qualitativ besseren Versorgung positioniert: „nur dass se besser verSORGT <<creaky> werden;" (Z. 461). Schließlich kommt es, eingeleitet durch den Reformulierungsmarker „ALso-" (Z. 463), zu einer Wiederaufnahme des Argumentes aus Z. 466, das durch den vorgenommenen Pronomenwechsel nun nicht länger auf einer persönlichen, sondern auf einer generischen Ebene angesiedelt ist und *ex negativo* operiert: „es is ja nich so dass ma ins hosPIZ geht, und dann sagt ma oKEE, jetzt macht mer GAR nix mehr, und warded auf_n TOD." (Z. 464–466, 468). Durch die sog. „*Space-Builder*-Konstruktion" ‚es ist nicht so dass' (Bauer/Lanwer i. V.) projiziert die Ärztin im *so*-Teil einen direkt wieder zu verwerfenden Vorstellungsraum, der im folgenden *dass*-Teil dennoch propositional gefüllt wird. Funktional dient die Konstruktion zum einen dem Ausschluss des negierten Sachverhaltes aus dem *common ground* (vgl. Bauer/Lanwer i. V.); zum anderen eröffnet sie aber zugleich auch

den entsprechenden komplementären alternativen Vorstellungsraum, in dem ‚man' im Hospiz eben nicht ‚tatenlos' auf den Tod wartet. Ebenso wie in Ausschnitt 84 setzt die Ärztin auch hier innerhalb des negierten Sachverhaltes animierte Rede ein, demonstriert damit eine fiktive Sprechhandlung einer nicht näher bestimmten Allgemeinheit (vgl. Ehmer 2011: 63; Clark/Gerrig 1990) und entwirft dadurch einen mentalen Raum. Da die initiale Negation in Z. 464 (‚es ist ja nicht so') aber bereits als prospektive Interpretationsanweisung an die Adressatin fungierte, diesen mentalen Raum als nicht den faktischen Gegebenheiten entsprechend zu betrachten (vgl. Verhagen 2005: 29ff.), handelt es sich um eine Argumentation *ex negativo*, in der eine mögliche unerwünschte Vorstellung der Patientin als unwahr abgewählt wird (vgl. Deppermann 2014a: 22). Gerade weil das entsprechende Schreckensszenario zuvor explizit negiert wurde, kann die Ärztin innerhalb desselben gemäß der Interpretationsanweisung „consider and abandon" (Verhagen 2005: 74) die *extreme case formulation* „jetzt macht mer GAR nix mehr," (Z. 466) verwenden und zudem in recht drastischer Weise anführen „und warded auf_n TOD;" (Z. 468). Da der negierte mentale Raum von der Ärztin dadurch aber aufwändig ausgestaltet wurde, besteht offensichtlich die Notwendigkeit, dessen Gültigkeit mittels einer abschließenden Negation ein weiteres Mal zurückzunehmen und ihn so wieder zu schließen: „des soll_s ja eigentlich grad NET sein;" (Z. 470). Interessanterweise sagt die Ärztin hier nicht *„des ist es ja gerade nicht", sondern bringt durch das Modalverb *sollen* eine normativ-ethische Dimension ein.

Frau Geier zeigt keine weitere Reaktion auf das negierte Szenario, weshalb ihre Gesprächspartnerin anschließend einräumt, dass die Fortführung der von der Patientin gewünschten Chemotherapie im Hospiz freilich nicht möglich ist (nicht mehr abgedruckt). Da die Ärztin keine zusätzlichen Argumente für das Hospiz anführt, bildet die Negation der Vorstellung, dass ein Aufenthalt im Hospiz eine Beschleunigung des Sterbeprozesses bedingt, folglich auch in diesem Beispiel – wie übrigens schließlich auch im dritten, hier nicht abgedruckten Beleg – die Klimax der Argumentation für die Verlegung ins Hospiz. Allen drei in meiner Kollektion enthaltenen Sequenzen, in denen ein solcher Persuasionsversuch auftritt, ist des Weiteren gemein, dass die Patientinnen nicht oder nur minimal auf die Argumentation reagieren und somit in situ auch keine Entscheidung für oder gegen eine Verlegung ins Hospiz treffen.

Summa summarum lässt sich am Ende der Analyse der Praktik ARGUMENTIEREN UNTER REFERENZ AUF STERBEN UND TOD festhalten, dass die Ärztin ARw04 den Verweis auf Sterben und Tod mitunter auch strategisch einsetzt. Das Handlungsziel der Ärztin besteht sodann darin, einem realen oder bloß antizipierten Dissens zu begegnen und die PatientInnen davon zu überzeugen, einer Verlegung ins Hospiz zuzustimmen, sich keiner weiteren Chemotherapie zu unterziehen oder im Notfall nicht auf eine Verlegung auf die Intensivstation zu insistieren. In meinen Daten lassen sich diesbezüglich zwei argumentative Muster identifizieren: Gegenüber PatientInnen, „who wish to sustain the stop-the-disease-at-all-costs *status quo*" (Gramling/Gramling 2019: 197), entwirft die

Ärztin ein *worst case*-Szenario im Sinne eines Furchtappells bzw. eines *argumentum ad metum* und argumentiert, dass das Festhalten an kurativen Therapien den Eintritt der Terminalphase möglicherweise sogar beschleunigt. So zeigt sie den PatientInnen unter Rückgriff auf ihr professionelles Erfahrungswissen argumentativ die Nutzlosigkeit bestimmter Behandlungen sowie deren potenziell sogar schädliche Wirkung auf (Maßnahme X [Chemotherapie] → schnelleres Sterben). Im Gegensatz zu den im Rahmen der Praktik VORBEREITEN AUF STERBEN UND TOD entworfenen Szenarien, die unabhängig von einer bestimmten Entscheidung der Patientinnen eventuell eintreten werden, positioniert die Ärztin die Patientinnen bzgl. der argumentativ etablierten ‚feindlichen' Welten (Peräkylä 1993) indirekt als für deren Eintritt selbst verantwortlich. Lehnen die Patientinnen dagegen eine Verlegung ins Hospiz ab, führt die Ärztin antizipierend ein Vorurteil an, das manche Menschen gegenüber dem Hospiz haben, und negiert dessen Gültigkeit qua Inferenzblockade bzw. wirkt einer Übernahme dieses Topos in den *common ground* entgegen (Maßnahme X [Verlegung ins Hospiz] → kein schnelleres Sterben). Bei beiden Argumentationsmustern stellt die ‚Geschwindigkeit' des Sterbens das inhaltliche Zentrum der Argumentation dar.
Hinsichtlich der Argumentationsstruktur sei schließlich festgehalten, dass der persuasiven Zwecken dienende Verweis auf Sterben und Tod in allen Belegen an einer exponierten Stelle steht. Zumeist bildet er die Klimax der ärztlichen Argumentation für oder gegen eine Maßnahme; ist dies nicht der Fall, wird ihm anderweitig pragmatisches Gewicht verliehen.
Sprachlich zeichnet sich die Praktik durch den häufigen Einsatz von Konditionalstrukturen, durch die mentale Räume entworfen werden, sowie den Gebrauch von Modalverben und Satzadverbien aus, mittels derer die Ärztin ihre Aussagen epistemisch modalisiert. Daneben treten sowohl generische, unpersönliche als auch klar adressatendeiktische Formulierungen auf. Geht es darum, den Patientinnen zu verdeutlichen, dass sie im Hospiz nicht schneller sterben als anderswo, kommen dominant Negationen sowie die *Space-Builder*-Konstruktion ‚es ist nicht so dass' zum Einsatz; zum anderen findet sich hier innerhalb des negierten Sachverhaltes auch animierte Rede.

### 7.2.3 Praktik POSITIONIEREN IN BEZUG AUF PROGNOSTISCHE INFORMATIONEN

Wie zu erwarten, treten in meiner Kollektion zum Sprechen über Sterben und Tod auch Belege auf, in denen es darum geht, wie viel Lebenszeit den PatientInnen noch bleibt. Auffällig ist hierbei zunächst, dass die Begriffe *Sterben* und/oder *Tod* in diesen Sequenzen im Vergleich zu den in Kapitel 7 bislang betrachteten Gesprächsausschnitten nur in drei der sechs Belege auftreten und zwar fast ausschließlich in den Turns der PatientInnen. Erwähnenswert ist zudem, dass die in der Ratgeberliteratur zur Kommunikation in der Palliative Care stets thematisierte, angeblich frequent auftretende Frage „Wie lange hab ich noch?" (Husebø 2017: 141) in allen mir vorliegenden 250

ÄPI lediglich ein einziges Mal von einer Patientin gestellt wird.[324] Dennoch sind es – mit Ausnahme von einem der sechs Belege – immer die PatientInnen selbst, die das Sprechen über die verbleibende Lebenszeit initiieren.

Wie in Kapitel 7.1 dargelegt, gibt es bis dato kaum gesprächsanalytische Forschung zur Vermittlung prognostischer Informationen bzgl. der verbleibenden Lebenszeit. Zwar existieren einige Arbeiten zur Prognosenkommunikation in der Onkologie, doch findet diese dort zumeist im Rahmen der kommunikativen Gattung ‚Diagnosemitteilungs- und/oder Therapieplanungsgespräch' statt. Es ist anzunehmen, dass die Darlegung der verbleibenden Lebenszeit auf der Palliativstation, wo die PatientInnen oftmals schon lange mit der Diagnose einer inkurablen Krankheit leben, sprachlich-interaktiv anders ausgestaltet ist als auf onkologischen Stationen, in andere kommunikative Kontexte eingebettet erscheint – und aus diesen Gründen letztlich eine eigene Betrachtung erfahren sollte. Was aber sämtlichen medizinischen Gesprächen, in denen es um infauste Prognosen geht, gemein sein dürfte, ist die von den ÄrztInnen kommunizierte epistemische Unmöglichkeit, eine genaue Aussage über die verbleibende Lebenszeit zu treffen. Daher stelle ich die entsprechenden Positionierungsleistungen der ÄrztInnen in Bezug auf „prophetische[s] Zukunftswissen" (Knoblauch/ Schnettler 2005: 24) ins Zentrum der folgenden Analysen. Vor dem Hintergrund dessen, dass in entsprechenden medizinischen, aber auch gesprächs- und diskursanalytischen Arbeiten zumeist nur darauf hingewiesen wird, dass ÄrztInnen ihre Unsicherheit bzgl. Prognosen zur verbleibenden Lebenszeit betonen (vgl. Chou et al. 2017: 1076), jedoch Erkenntnisse darüber fehlen, wie diese Ungewissheit kommuniziert wird, scheint mir ein solcher Analysefokus besonders relevant.

Die sechs vorliegenden Belege enthalten insgesamt elf Syntagmen, in denen sich die ÄrztInnen in Bezug auf prognostische Informationen positionieren. Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die dabei verwendeten charakteristischen sprachlichen Formen. Eine Einordnung dieser Formate in ihren sequenziellen Auftretenskontext und eine Interpretation der quantitativen Befunde erfolgt im Rahmen der untenstehenden Analysen.

Tabelle 24: Sprachliche Formate der Praktik POSITIONIEREN IN BEZUG AUF PROGNOSTISCHE INFORMATIONEN

| | | **Modalverb *können* (n=8)** | **Finites Vollverb *wissen* (n=3)** | **Gesamt** |
|---|---|---|---|---|
| **Subjekt** | Personalpronomen 1. Pers. Sg. | 1 | 1 | 2 |

[324] Es handelt sich dabei um eine Sequenz in Gespräch 081_04_A_20180706. Daneben enthält meine Kollektion auch einen Beleg, in dem die Ärztin ebendiese Frage des Patienten antizipiert und ihm zuvorkommt: „wahrscheinlich kommt jetzt gleich wieder die frage wie lange HAB ich noch," (041_03_A_20180628).

| | | **Modalverb *können* (n=8)** | **Finites Vollverb *wissen* (n=3)** | **Gesamt** |
|---|---|---|---|---|
| | Personalpronomen 1. Pers. Pl. | 1 | 2 | 3 |
| | Pronomen *man* | 3 | - | 3 |
| | Negationspronomen *keiner* | 2 | - | 2 |
| | Relativpronomen *der* | 1 | - | 1 |
| **Negationsmarker** | Negationspartikel *nicht* | 5 | 3 | 8 |
| | Negationspronomen *keiner* | 2 | - | 2 |
| | Negationsphrase *noch viel weniger* | 1 | - | 1 |
| **Vollverb** | | *sagen* (5)<br>*vorhersagen* (2)<br>*beantworten* (1) | - | - |

Betrachtet man den sequenziellen Kontext näher, in dem die jeweiligen ärztlichen Positionierungen situiert sind, so ist festzuhalten, dass die ÄrztInnen an keiner Stelle erst aufwändig einen entsprechenden konversationellen Raum erschaffen, innerhalb dessen sie sodann ihre Einschätzungen der verbleibenden Lebenszeit anführen: Im Gegensatz zu den Daten von Pino/Parry (2019a), aus denen die AutorInnen ärztliche Strategien zur Vorbereitung der als heikel und potenziell belastend kontextualisierten Prognosen herausarbeiten, betreiben die ÄrztInnen in meinen Daten keinen derartigen interaktiven Aufwand. Da die PatientInnen in fünf der vorliegenden sechs Belege signalisieren, dass sie ohnehin entweder lebensmüde sind und daher auf wenig verbleibende Lebenszeit hoffen oder dass sie durchaus um ihren baldigen Tod wissen (*open awareness*, Glaser/Strauss 1965: 79ff.), scheint eine solche Vorbereitung der Prognose nicht nötig.[325] Die patientenseitigen Reaktionen auf die ärztliche Anzeige

[325] Beim einzigen Beleg, bei dem das nicht der Fall ist und in dem die Patientin darauf hinweist, dass es für sie ‚nicht einfach' sei, sich für die von der Ärztin angeratene Beendigung der Chemotherapie zu entscheiden und infolge dessen zu versterben, handelt es sich auch um den einzigen Beleg, in dem die Patientin explizit eine Prognose der Ärztin relevant setzt (‚wie lang hab ich denn, wenn ich so verbleib?').

der „Beschränktheit [des professionellen] Wissensvorrats […] [bezüglich der] Zukunft" (Schütz/Luckmann 2017 [1979/1984]: 234) sind sodann sehr unterschiedlich, weshalb es an dieser Stelle nicht möglich ist, Gemeinsamkeiten zu formulieren.

Nachfolgend betrachte ich zunächst einen Beleg, in dem die Patientin Frau Ehmer wiederholt auf ihren Todeswunsch Bezug nimmt, den sie in fast jedem Gespräch mit den ÄrztInnen bekundet, und in dem der Chefarzt daraufhin die Unmöglichkeit einer genauen Vorhersage anführt. Neben dem untenstehend abgedruckten Ausschnitt findet sich in meinen Daten noch ein weiteres Beispiel für eine solche sequenzielle Einbettung der ärztlichen Positionierung in Bezug auf die vermittelte Prognose, das ebenfalls aus einem Gespräch mit dieser Patientin stammt.
Frau Ehmer, die unter einer fortschreitenden Demenz leidet, hatte den Chefarzt relativ zu Beginn des Gesprächs danach gefragt, ob er sich mit Palliativmedizin auskenne. Nachdem der Arzt anschließend rekapituliert hatte, weshalb die Patientin nicht mehr in der Neurochirurgie, sondern auf der Palliativstation ist, äußert sie ihren dem Stationsteam bereits bekannten Wunsch, zu sterben. Anschließend sagt sie, dass es ‚scheiße' sei, sich nicht auszukennen, woraufhin der Arzt sich danach erkundigt, welche Informationen sie bräuchte, um sich besser auszukennen. Nach einer 15-sekündigen Schweigephase setzt die folgende Sequenz ein:

***Ausschnitt 86: Keine genaue Vorhersage (153_08_A_20190215; 00:02:45-00:03:34)***[326]

```
120 PAw08:  <<pp> wenn ich> WÜSSte, (1.3)
121         wie SCHNELL man sterben kann; (2.7)
122 ARm11:  <<pp> HM_hm;> (3.2)
123 PAw08:  ich weiß zwar nich ob das (-) palliatIv HEISST,
124         <<pp> (Oder/Aber;)> (2.8)
125 ARm11:  schon;
126         Aber,
127         wissen sie so? genAU kann mer des nich
            vorHERsag[en;      ]
128 PAw08:           [<<pp> NEI]N das glaub ich [auch;>]
129 ARm11:                                      [bei K ]EInem;=
130         =ALso- (1.1)
131         bei Ihnen kann ma sAgen sie sind jetzt (.) kEIne
            patientin die AUSsieht,
132         als ob sie in den nächsten ein zwei wochen STIRBT.
            (1.1)
133         <<p> des kann ma SAgen;
134         ha,>
135 PAw08:  des hör ich aber NICH gerne;
136 ARm11:  <<pp> HM_[hm;>]
137 ARw04:           [h   ]h° (2.7)
138 ARm11:  kann aber natürlich trOtzdem pasSIEren; (2.2)
139 ARw04:  <<p, weich> mh::;> (3.9)
140 PAw08:  <<p> erKLÄra sie geNAU;
141         was palliaTIV heißt;>
```

[326] Die Patientin spricht durchgängig behaucht und leise, weshalb im Transkript lediglich Abweichungen hiervon gekennzeichnet sind.

Aufgrund der 15-sekündigen Pause ist unklar, ob es sich bei dem insubordinierten Wunschsatz (vgl. Günthner 2017a: 100f.) in Z. 120–121 (<<pp> wenn ich> WÜSSte, (1.3) wie SCHNELL man sterben kann;") um einen auf die Frage des Arztes („was FEHLT ihnen denn, (---) zum AUSkennen;") Bezug nehmenden zweiten Paarteil handelt oder um einen Redebeitrag, der keinen Handlungsbezug zur ärztlichen Frage aufweist. Interessant ist jedenfalls die unpersönliche Formulierungsweise mittels des Pronomens ‚man': Es kann nicht bestimmt werden, ob der geäußerte Wunsch generischer Natur ist, die Patientin sich also allgemein fragt, wie schnell Menschen sterben können, oder ob dem unpersönlichen Pronomen eine autoreferenzielle Lesart zuzuschreiben ist und hier somit eine indirekte Bitte (*request*) um eine Prognose vorliegt, wie sie von Pino/Parry (2019a: 228) beschrieben wird. Anschließend folgt zunächst eine 2,7 Sekunden lange Pause und sodann lediglich ein kurzes Rückmeldesignal des Arztes (Z. 122). Angesichts einer fehlenden weiteren Reaktion ihres Gegenübers expandiert Frau Ehmer ihren Gesprächsbeitrag und führt eigenes Nichtwissen hinsichtlich des Begriffs *palliativ* an. Worauf genau Frau Ehmer mit dem Pronomen „das" referiert („ich weiß zwar nich ob das (-) palliatIv HEISST,", Z. 123) und welchen Sachverhalt der Arzt anschließend durch „schon" (Z. 125) zunächst konzediert, durch „Aber" (Z. 126) jedoch direkt wieder einschränkt, bleibt unklar. Wahrscheinlich geht es hier um den Zusammenhang zwischen dem Sterbewunsch der Patientin bzw. allgemein dem Sterben und der Palliativversorgung, deren Bedeutung bzw. Funktion Frau Ehmer, wie aus dem bisherigen Gesprächsverlauf deutlich wurde, nicht einordnen kann.

Der TCU-initiale Diskursmarker „wissen sie" (Z. 127) fungiert sodann als „prospective indexical" (Goodwin 1996: 384), mittels dessen der Arzt die Aufmerksamkeit der Patientin auf die Folgeäußerung lenkt und gleichzeitig eine Wissensvermittlung ankündigt (vgl. Günthner 2017b: 119). Die Information, der hierdurch besonderes pragmatisches Gewicht verliehen wird, betrifft die Frage nach der ‚Geschwindigkeit' des Sterbeprozesses; der Arzt produziert hier also den durch die Bitte der Patientin konditionell relevant gesetzten zweiten Paarteil: „so? genAU kann mer des nich vorHERsagen;" (Z. 127). Der von Frau Ehmer eingeführte Begriff *sterben* wird nicht wiederholt, sondern lediglich durch das anaphorische Pronomen ‚des' aufgegriffen. Durch die Negation des Modalverbs ‚kann' weist der Chefarzt dabei auf die generelle Unmöglichkeit einer genauen Antizipation des Todeszeitpunkts hin (vgl. Christakis 1999: 58). Diese schreibt er jedoch nicht allein sich selbst zu, sondern stellt sie durch den Gebrauch des Pronomens ‚mer' (‚man') als allgemeingültige, nicht seiner persönlichen Unfähigkeit bzw. Inkompetenz geschuldete Tatsache dar (vgl. Imo/Ziegler 2019: 80f.).[327] Indem der Arzt hier kein adressatendeiktisches Pronomen einführt, bleibt er – ebenso wie Frau Ehmer mit ihrem exklamativen Wunschsatz – auf einer allgemeinen, unpersönlichen Ebene.

[327] Dabei positioniert er sich selbst „as willing in principle to cooperate with the agenda of the [request] – thereby validating the [request] as not inappropriate […] – but unable to do so due to circumstances beyond h[is] control" (Clayman 2002: 242).

Im Zuge des Sprechens über Sterben und Tod geraten Interagierende zwangsläufig an eine „Wissensgrenze" (Janich 2018: 558), insofern als die Zukunft niemals mit völliger Sicherheit antizipierbar ist (vgl. Gramling/Gramling 2019: 201). Ein explizites Nichtwissensdisplay ist in den sechs mir vorliegenden Belegen für die Praktik POSITIONIEREN IN BEZUG AUF PROGNOSTISCHE INFORMATIONEN jedoch deutlich seltener als die Angabe von Nichtkönnen bzw. Unvermögen, eine genaue Vorhersage des Todeszeitpunkts zu treffen (s. Tabelle 24). Die Einordnung des in den entsprechenden Fällen negierten Modalverbs *können* in eine der beiden für Modalverben zumeist angenommenen Funktionsklassen ‚epistemisch/subjektiv/inferenziell' oder ‚deontisch/objektiv/nicht-inferenziell' erweist sich dabei als diffizil: Zwar besteht der „Ausgangspunkt der dispositionellen Modalität […], also der Ausgangspunkt der in [*nicht*] *können* ausgedrückten [Un]fähigkeit" (Diewald 1999: 97) zunächst in einer inneren Eigenschaft des Subjektes. Dieses intrasubjektiv-circumstantielle „‚Nicht-in-der-Lage-Sein'" (Diewald 1999: 150) liegt aber wiederum im extrasubjektiven, generellen menschlichen Unvermögen begründet, die Zukunft präzise vorherzusagen[328] – folglich also in der „Natur der Dinge" (Duden 2009: 557) –, und ist letztlich auf einen Mangel an Wissen zurückzuführen. Dem Modalverb *können* kommt hier dementsprechend sowohl eine deontische als auch eine epistemische Komponente zu, weshalb es sich als potenziell ambig einordnen lässt: Die ÄrztInnen machen eine Aussage darüber, dass sie die Sprechhandlung des Vorhersagens nicht vollziehen können, eben weil sie über kein Wissen hinsichtlich der Zukunft verfügen und somit die Voraussetzung für den Vollzug der Sprechhandlung nicht gegeben ist (vgl. Brinkmann 1971: 386). Der vorliegende Kontext, in dem es um die Prognose der verbleibenden Lebenszeit geht, stellt schlussendlich einen „kritischen Kontext" (Diewald 1999: 44) hinsichtlich der genauen Interpretation des Modalverbs *können* dar, das zwischen den genannten semantischen Modalitäten changiert.

Wird der Fokus wieder auf den hier betrachteten Ausschnitt gerichtet, so stimmt Frau Ehmer der ärztlichen Aussage hinsichtlich der Unmöglichkeit, eine genaue Vorhersage des zeitlichen Verlaufs des Sterbeprozesses zu treffen, zu und signalisiert, der gleichen Meinung zu sein wie der Arzt (Z. 128). Dieser expandiert anschließend wiederum seinen Turn, indem er den Gültigkeitsbereich seiner Aussage mittels der PräpP „bei KEInem;" (Z. 129) präzisiert. Anschließend projiziert er durch den Reformulierungsmarker „ALso-" (Z. 130) weitere Ausführungen. Während er vorangehend dargelegt hatte, was nicht vorhergesagt werden kann, führt er im Folgenden konträr dazu

[328] Vgl. auch Keller (2018: 323) zu den funktional-semantischen Überschneidungen von Futur und epistemischer Modalität: „Was haben Futur und Vermutung gemeinsam? Es ist die Tatsache, daß der Sprecher zum Zeitpunkt der Äußerung den Wahrheitswert der in Rede stehenden Proposition nicht kennt" (vgl. auch Weinrich 2005: 234). Betrachtet man in diesem Kontext ferner Talmys (1988) Modell der Kraft-Dynamik (*force dynamics*), innerhalb dessen er Modalverben als Kausative analysiert, steht ebendiese Unfähigkeit dem Arzt als antagonistische Kraftentität (*force entity*) entgegen, die ihn, wenn es um die Vorhersage der Zukunft geht, zu einem ‚Verharren' (*toward rest*) zwingt.

aus, was gesagt werden kann und verlässt dabei insofern die unpersönliche Ebene, als er nun erstmals innerhalb der Prognosesequenz auf Frau Ehmer referiert: „bei Ihnen kann ma sAgen sie sind jetzt (.) kEIne patientin die AUSsieht, als ob sie in den nächsten ein zwei wochen STIRBT." (Z. 131–132). Interessant ist, dass der Arzt hier *ex negativo* eine Prognose formuliert, indem er eine *membership category* (Sacks 1972a) eröffnet und Frau Ehmer von dieser exkludiert. Als Evidenz für diese Kategorisierung dient ihm offenbar der Eindruck, den er von der physiologischen Erscheinung der Patientin (‚die aussieht als ob') hat (vgl. Anderson/Stone et al. 2020: 5). Wenngleich der Arzt also zwar nicht angeben kann, wie schnell Frau Ehmer sterben wird, kann er unter Rückgriff auf die Verbindung dieses perzeptiven Eindrucks mit seinem Erfahrungswissen[329] doch angeben, dass sie nicht der Kategorie von PatientInnen zuzuordnen ist, die in den nächsten ein bis zwei Wochen sterben. Nach einer 1,1-sekündigen Redezugvakanz indiziert der Arzt sodann einen potenziellen Sequenzschluss, indem er das die Kategorisierung einleitende Rahmenelement „bei Ihnen kann ma sAgen" aus Z. 131 aufgreift und es als abschließende, metapragmatische Rahmung in reduzierter Lautstärke wiederholt: „<<p> des kann ma SAgen;" (Z. 133). Auf diese Weise verstärkt er retraktiv seine Gewissheit hinsichtlich der zuvor *ex negativo* kommunizierten Prognose, verleiht dieser also zusätzliches epistemisches Gewicht und forciert den Kontrast zwischen der Unmöglichkeit einer ‚genauen' (Z. 127) Angabe, aber der dennoch bestehenden Möglichkeit einer Annäherung – und positioniert sich somit trotz der Ungewissheit bzgl. der Zukunft als kompetent.

Frau Ehmer, die einen starken Todeswunsch hat, markiert die Angabe, dass sie in den nächsten ein bis zwei Wochen wohl nicht sterben wird, als klar dispräferiert: „des hör ich aber NICH gerne;" (Z. 135). Diese Aussage löst für den Arzt sodann den Zugzwang (Kallmeyer/Schütze 1977) aus, seine qua Kategorisierung realisierte Prognose, die er zuvor in epistemisch unmodalisierter Form präsentiert hatte, in dritter Position zu relativieren: „kann aber natürlich trOtzdem pasSIEren;" (Z. 138). Mittels dieser konzessiven Aussage, bei der es sich um eine Art Rekontextualisierung des bereits Gesagten handelt, nimmt der Chefarzt seine zuvor kommunizierte Gewissheit zurück bzw. schränkt diese ein. Dass er hierfür eine Verbspitzenstellung wählt, ermöglicht es ihm, das Subjekt zu tilgen und somit das Verb *sterben* nicht abermals verwenden zu müssen. Das Modalverb ‚kann' liegt hier nun klar in epistemischer Verwendung vor und verweist so auf die Ungewissheit künftiger Ereignisse. Dass über diese prinzipiell

[329] Künftige Ereignisse vorherzusagen, ist gemäß Schütz (1972: 264, 275) allein unter Rückgriff auf vergangene Ereignisse – sowohl eigene Erfahrungen als auch die unserer Mitmenschen – möglich: „Der Mensch legt im Alltagsleben […] seine Vergangenheit, Zukunft und Gegenwart durch einen im vorhinein organisierten zuhandenen Wissensvorrat aus […]. [U]nser Wissen von den zukünftigen Ereignissen [besteht also] aus subjektiven Antizipationen […], die auf unseren Erfahrungen von vergangenen Ereignissen beruhen, so wie sie in unserem zuhandenen Wissensvorrat organisiert sind."

keine genaue Vorhersage getroffen werden kann, wird ferner durch das Kommentaradverb ‚natürlich' indiziert. Letztlich bleibt Frau Ehmers Todeszeitpunkt also eher ungewiss, da jeder potenzielle weitere Verlauf ihrer Krankheit und somit ihres Sterbens möglich erscheint. Das Resultat der Aushandlung der verbleibenden Lebenszeit ist im Sinne des Rezipientendesigns (Sacks 1992b: 438) aber das von Frau Ehmer gewünschte:[330] Es kann passieren, dass sie innerhalb der nächsten zwei Wochen verstirbt. Nach einer längeren Schweigephase, die von einem leisen Seufzen der Stationsärztin unterbrochen wird (Z. 139), lenkt die Patientin den Gesprächsfokus schließlich zurück auf den Begriff *palliativ* und nimmt so eine Refokussierung vor.

Den soeben betrachteten Gesprächsausschnitt habe ich deshalb als erstes Beispiel für dieses Unterkapitel gewählt, da er zeigt, dass PatientInnen nicht zwangsläufig nach einer Prognose verlangen, die ihren Tod in weite Ferne rückt. Obwohl in der palliativmedizinischen Literatur zur Prognosenkommunikation (s. Kapitel 2.3.1) fast ausschließlich Fälle Erwähnung finden, in denen PatientInnen Angst davor haben, dass ihnen nur noch wenig Lebenszeit bleibt, und die ÄrztInnen daher das „best case scenario and […] beneficial prognostic predictors" herausstellen (Henselmans et al. 2017: 1826), treten, wie das angeführte Beispiel zeigt, auch Fälle auf, in denen PatientInnen auf eine ‚schlechte' Prognose bzw. ein baldiges Versterben hoffen.

Auch im folgenden Beispiel fordert der Patient zwar nicht auf direkte Weise prognostische Informationen vonseiten der Ärztin ein, setzt durch eine implizite, epistemisch inferiore Selbstpositionierung hinsichtlich seiner verbleibenden Lebenszeit aber dennoch eine entsprechende Einschätzung der Ärztin als medizinischer Expertin relevant (vgl. ähnlich Pino/Parry 2019a: 228). Ehe der abgedruckte Gesprächsausschnitt einsetzt, hatten sich die Oberärztin, der Patient Herr Roller und dessen Ehefrau über die Vorbereitungen unterhalten, die für die geplante Entlassung des Patienten nach Hause zu treffen sind. In diesem Zuge hatte die Ärztin dem Patienten Entscheidungsautorität zugesprochen und betont, dass er jederzeit sagen dürfe, wenn ihm doch alles zu schnell gehe und er lieber noch länger im Krankenhaus bleiben möchte. Daraufhin konstruiert Herr Roller ein anderes, bisher noch nicht thematisiertes Szenario:

***Ausschnitt 87: Nichts mehr machen (547_16_A_20190409; 00:17:08-00:18:06)***

```
144 PAm16:   wenn ich SAG, (2.4)
145          mach mer NIX mehr; (---)
146 ARw01:   was HEISST mach mer nix mehr, (-)
147 PAm16:   ja desch DES-
148          des=isch=DES-=
```

[330] An diesem Beispiel wird deutlich, dass stets aus der emischen Perspektive der PatientInnen selbst zu bestimmen ist, ob es sich bei einer bestimmten vonseiten der ÄrztInnen kommunizierten Nachricht de facto um *bad news* handelt: Während man intuitiv sicher dazu neigen würde, eine verbleibende Lebenszeit von nur einer oder zwei Wochen als ‚schlechte Nachricht' einzuordnen, bedeutet diese knappe Zeitspanne für Frau Ehmer eine positive Nachricht, da sie sich wünscht, nur noch so wenig verbleibende Lebenszeit wie möglich zu haben (vgl. auch Ragan et al. 2008: 84).

```
149          =des isch des was wir A,
150          ((undefinierbares Geräusch))
151          ÄH ja:- (---)
152 ANw16a:  er hat au [heut MORga scho gsagt,]
153 PAm16:             [(xxx xxx) KÜNSCHTlich;]
154 ANw16a:  dieses !GAN!ze,
155          °h (-) was hier jetzt ABläuft für wA:s,
156          dass er noch sEchs wocha länger LEBT, (-)
157          will er eigentlich NIMmer; (-)
158 PAm16:   wenn die sechs wocha HOCHgegriffa sind vielleicht
             <<zitternd> sogar noch;> (--)
159 ARw01:   des GLAUB ich nich;=
160          =aber ich bin jetzt auch nich dErjenige <<dim> der_s
             vorHERsagen kann;> (---)
161          ja:, (---)
162          aber wir reden SCHON:, (-)
163          im beREICH von:,
164          mehreren wochen oder wenige MOnate; (2.1)
165 ANw16a:  °hh <<pp, flüsternd, seufzend> ja;>=
166 ARw01:   =und wenige monate addieren sich aber irgendwann
             AUCH zu nem halben jahr.> (-)
167          <<gepresst> ja,> (--)
168          °h und WIR hätten jetzt-
169          also von UNS:rer seite <<all> hätten wir ihnen gesagt
             mEnsch,> (-)
170          sie ham sich so gut <<len> erHO:LT jetzt,
171          un-
172          jetzt nimmt_s LANGsam sO,
173          °h FORmen an dass es-
174          n weg gibt der funktioNIEren kann;> (---)
175          ja, (1.1)
176          natÜrlich wissen wir nich wie das WEItergeht. (1.3)
177          <<p, gepresst> ja,>
178 PAm16:   wenn ICH sag, (-)
179          ich möcht NIMmer;
```

Auf die Nachfrage der Oberärztin, was Herr Roller mit seiner als potenziell gerahmten Aussage „mach mer NIX mehr;" (Z. 145) meint (Z. 146), folgt zunächst ein disfluenter, semantisch entleerter Turn des Patienten (Z. 147–151), ehe Frau Roller ihren Mann unterbricht. Unter Verweis auf ein früheres Gespräch mit ihm nimmt sie den Beteiligungsstatus des *animator* ein und gibt wieder, was der Patient als *principal* (Goffman 1981: 226) zum Ausdruck bringen wollte. Dabei stellt sie die Frage nach Sinn und Nutzen der Maßnahmen („für wA:s,", Z. 155), die bei ihrem Ehemann aktuell zur Stabilisierung seines Zustandes durchgeführt werden, und gibt eine Antwortoption vor, durch welche sie die Thematik der verbleibenden Lebenszeit einführt: „dass er noch sEchs wocha länger LEBT," (Z. 156).[331] Das Äußerungsformat sowie die prosodische Gestaltung dieser rhetorischen Frage weisen bereits darauf hin, dass die Angehörige bzw. ihr Partner, an dessen Stelle sie hier spricht (vgl. Schwabe 2006: 119ff.), den Nutzen

[331] Wenngleich Frau Roller keine epistemische Modalisierung dieser Zeitspanne vornimmt, ist davon auszugehen, dass es sich hierbei lediglich um eine *ad hoc* geschätzte Angabe handelt, da in keinem der vorherigen Gespräche vonseiten der ÄrztInnen eine solche Prognose genannt wurde.

der Maßnahmen als in keiner (angemessenen) Relation zu deren ‚Kosten' stehend betrachtet. Schließlich legt Frau Roller auch explizit dar, dass ihr Mann ‚das Ganze' „eigentlich NIMmer" will (Z. 157).

Der Patient greift anschließend den von seiner Frau eingebrachten prognostischen Wert auf und erweitert ihre Argumentation gegen die Fortführung der entsprechenden Maßnahmen, indem er die genannte verbleibende Lebenszeit von sechs Wochen in Form eines insubordinierten *wenn*-Satzes als möglicherweise sogar „HOCHgegriffa" (Z. 158) bezeichnet. Ebenso wie im zuvor betrachteten Ausschnitt 86 fordert der Patient also auch hier – wie bereits in der Einleitung zur Analyse dieses Beispiels konstatiert – nicht explizit eine Prognose ein, etabliert aber dennoch einen Zugzwang für die Ärztin, sich als in Bezug auf medizinische Sachverhalte epistemisch höherstehende Akteurin zu seiner Vorhersage zu positionieren (vgl. Heritage 2012a: 7ff.). Die Ärztin widerspricht Herrn Rollers Einschätzung zunächst („des GLAUB ich nich;", Z. 159; vgl. Imo 2007: 204f.), signalisiert also Nichtübereinstimmung mit dessen Prognose, wobei sie durch die Verwendung des epistemischen Verbs *glauben* verminderte Sicherheit hinsichtlich des entsprechenden Sachverhaltes kontextualisiert.

Im Folgenden stuft die Ärztin ihre divergierende Einschätzung allerdings zurück, indem sie deren Voraussagekraft mittels einer durch den adversativen Konnektor ‚aber' eingeleiteten Selbstkategorisierung einschränkt: „aber ich bin jetzt auch nich dErjenige <<dim> der_s vorHERsagen kann;>" (Z. 160). Ebenso wie im vorangehend betrachteten Ausschnitt erscheint auch hier die Kombination aus dem Modalverb ‚kann' und dem Vollverb ‚vorhersagen' als Verbalphrase (in diesem Fall als VP eines Relativsatzes). Dadurch, dass die Ärztin ihre Mitgliedschaft in der eröffneten *membership category* negiert, wird auch an dieser Stelle die Unmöglichkeit einer (genauen) Prognose zum Ausdruck gebracht – und zwar im Sinne eines nachgestellten restriktiven Hinweises (*disclaimer*[332]). Die Ärztin positioniert sich durch diese ‚Nicht-Mitgliedschaft' als „not responsible for having the [respective] knowledge" (Keevallik 2011: 191) und entlastet sich auf diese Weise präventiv sowohl moralisch als auch rechtlich von potenziellen späteren Anschuldigungen vonseiten des Patienten und/oder dessen Ehefrau.[333]

---

[332] *Disclaimer* sind zwar stets projektiv ausgerichtet, sodass hier im engen Sinne kein *disclaimer* vorliegt. Dennoch ähnelt der Hinweis der Ärztin zumindest funktional einem *disclaimer*. Vgl. hierzu auch die Definition eines *disclaimers* nach Hewitt/Stokes (1975: 3; Herv. I.B.): „[A] verbal device employed to ward off and defeat in advance […] *typifications* which may result from intended conduct". Genau einer solchen Typisierung wirkt die Ärztin hier entgegen.

[333] Eine der Ärztinnen äußerte sich mir gegenüber einmal sehr negativ über eine niedergelassene Kollegin, die einer Patientin kurz vor deren Aufnahme auf die Palliativstation mitgeteilt hatte, dass sie noch genau sechs Tage zu leben habe. Die Patientin, die sich zum Zeitpunkt des Gesprächs zwischen der Ärztin und mir bereits wesentlich länger als sechs Tage auf der Palliativstation befand, litt sehr unter dieser Voraussage und fragte jeden Tag, warum sie denn immer noch am Leben sei.

Auf den Alignmentmarker „ja“ (Z. 161), der im abgedruckten Ausschnitt insgesamt recht häufig auftritt (Z. 161, 167, 175, 177) und durch welchen die Ärztin dem Gesagten retraktiv jeweils besonderes pragmatisches Gewicht verleiht, folgt nach einer kurzen Pause ein weiteres durch den Adversativkonnektor „aber“ (Z. 162) eingeleitetes Syntagma. Während die Oberärztin zuvor noch darauf hingewiesen hatte, nicht imstande zu sein, eine genaue Vorhersage zu treffen, nimmt sie diese Selbstpositionierung nun zumindest indirekt und teilweise zurück, indem sie konzessiv eine „absolute categorical time estimate“ (Anderson 2020: 91) anführt: „aber wir reden SCHON:, (-) im beREICH von:, mehreren wochen oder wenige MOnate;“ (Z. 162–164). Es ist auffällig, dass der Turn der Ärztin zwischen den beiden Polen ‚Unmöglichkeit einer genauen Prognose‘ einerseits (Z. 160) und ‚(Positionierung zu) temporale(n) Angaben‘ andererseits (Z. 159, 162–164) oszilliert und somit maximale Vagheit erreicht wird. Erwähnenswert ist zudem, dass sich weder hier noch an einer anderen Stelle innerhalb des analysierten Beispiels die Lexeme *sterben* und/oder *Tod* finden, dennoch aber alle Beteiligten anzeigen, sich darüber bewusst zu sein, dass es um den Tod als „ultimate prognosis“ (Timmermans/Stivers 2018: 19) geht. Indem die Ärztin ferner auf eine unpersönliche Formulierung (*depersonalised reference to time*, Anderson 2020: 105) zurückgreift, vermeidet sie es, die prognostische Information direkt auf den Patienten als Subjekt zu beziehen.

Herr Roller zeigt zumindest auf der verbalen Ebene keine Reaktion auf die prognostische Angabe der Ärztin, während seine Frau nach einer Schweigephase ein sehr leise und seufzend realisiertes Rückmeldesignal äußert (Z. 165). Die Ärztin setzt ihren Redebeitrag daraufhin fort und expandiert ihre Prognose in erhöhter Lautstärke: „und wenige monate addieren sich aber irgendwann AUCH zu nem halben jahr.“ (Z. 166). Von den anfänglich geäußerten ‚mehreren Wochen‘ (Z. 164) bewegt sich die verbleibende Lebenszeit nun bereits hin zu einem halben Jahr, wodurch ein breites temporales Spektrum eröffnet wird. Weitere prognostische Angaben bleiben jedoch aus; stattdessen greift die Ärztin anschließend die von Herrn Roller zu Beginn des Ausschnittes eingebrachte Option, ‚nix mehr zu machen‘, auf: Unter Verweis auf ein indefinit bleibendes Kollektiv („wir“, Z. 168), bei dem es sich wohl um das Ärzte- oder das gesamte Stationsteam handelt (vgl. Skelton/Wearn/Hobbs 2002), legt sie ihre Meinung dar, die dem von Herrn Roller zuvor entworfenen Szenario gegenübersteht: „also von UNS:rer seite <<all> hätten wir ihnen gesagt mEnsch,> (-) sie ham sich so gut <<len> erHO:LT jetzt, un- jetzt nimmt_s LANGsam sO, °h FORmen an dass es- n weg gibt der funktioNIEren kann;>“ (Z. 169–174).

Nachdem die Ärztin durch den Gebrauch des Modalverbs *können* in epistemischer Verwendung (Z. 174) bereits Unsicherheit darüber zum Ausdruck brachte, ob der anvisierte Weg – den Patienten nach Hause zu entlassen, sodass er fortan dort betreut werden kann – funktioniert, positioniert sie sich und ihre KollegInnen (WIR$_{exkl}$ als Klinikteam, Günthner 2021 explizit als nicht-wissend in Bezug auf die Zukunft: „natÜrlich wissen wir nich wie das WEItergeht.“ (Z. 176). Dieses „identifizierte Nichtwissen“, das

sich dadurch auszeichnet, dass die Ärztin „weiß, dass […] sie etwas nicht weiß" (Gottschalk-Mazouz 2007: 34; vgl. auch Han/Klein/Arora 2011), wird durch das Kommentaradverb „natÜrlich" (Z. 176) als selbstevident gerahmt. Es ist daher nicht nötig, die evidentielle Grundlage dafür zu nennen, weshalb sie nicht über dieses Wissen verfügt (vgl. Keevallik 2011: 195): Es dürfte für Herrn und Frau Roller unmittelbar einleuchtend sein, dass niemand über eine Glaskugel verfügt und daher niemand die Zukunft vorhersagen kann (Schütz/Luckmann 2017 [1979/1984]: 271). Während sowohl im hier als auch im zuvor betrachteten Ausschnitt im Kontext des ärztlichen POSITIONIERENS ZU PROGNOSTISCHEN INFORMATIONEN bislang lediglich das negierte Modalverb *können* in deontischer Lesart auftrat und die ÄrztInnen somit auf ihre *Unfähigkeit*, die Zukunft vorherzusagen, verwiesen (vgl. Henselmans et al. 2017: 1825), findet sich hier nun erstmals eine explizite *epistemische* Selbstpositionierung.

Herr Roller geht auf die prognostischen Informationen bzw. das Nichtwissensdisplay der Ärztin allerdings nicht weiter ein, sondern reformuliert das zu Beginn des Ausschnittes eröffnete Szenario und verstärkt so dessen Relevanz. Im Folgenden (nicht mehr abgedruckt) unterhalten sich die Interagierenden ausführlich über die Option einer palliativen Sedierung als einer möglichen Maßnahme für den Fall, dass der Patient tatsächlich ‚nicht mehr möchte'.

Zusammenfassend sei an dieser Stelle Folgendes festgehalten: ÄrztInnen sehen sich in Gesprächen mit PalliativpatientInnen (und deren Angehörigen) trotz der der conditio humana unabänderlich eingeschriebenen Tatsache, „that knowledge of the future is irremediably provisional" (Christakis 1999: 58), bisweilen mit der Aufgabe konfrontiert, prognostische Informationen anzuführen. In meinen Daten ist es allerdings mitnichten so – wie in vielen palliativmedizinischen Studien beschrieben wird –, dass die PatientInnen die ÄrztInnen um eine Einschätzung der verbleibenden Lebenszeit bitten und dabei die Hoffnung haben, möglichst noch lange zu leben. Dieser Fall tritt in meiner Kollektion zum ärztlichen Sprechen über Sterben und Tod lediglich ein einziges Mal auf (081_04_A_20180706; hier nicht analysiert). In allen anderen Belegen führen die PatientInnen dagegen subjektive Annahmen über ihre Prognose oder ihren Wunsch, möglichst bald zu sterben, an. Als Reaktion auf solche Aussagen nehmen die ÄrztInnen sodann deontische und/oder epistemische Selbstpositionierungen vor und verweisen entweder auf ihre Unfähigkeit, eine genaue Vorhersage zu treffen, oder betonen ihr Nichtwissen in Bezug auf zukünftige Ereignisse. Im Rahmen dieser Praktik greifen die ÄrztInnen achtmal auf das Modalverb *können* in extrasubjektiv-circumstantieller Lesart zurück, dem dabei sowohl eine epistemische als auch eine deontische Komponente zukommt, und dreimal auf das Vollverb *wissen*. Alle Verbalphrasen erscheinen dabei in negierter Form. Weshalb die ÄrztInnen für ihre entsprechenden Selbstpositionierungen häufiger auf die Anzeige von Nichtkönnen als auf die Anzeige von Nichtwissen zurückgreifen, lässt sich rein gesprächsanalytisch nicht beantworten.

Indem sie aber dominant auf das Personalpronomen der 1. Pers. Pl. oder auf das unpersönliche Pronomen *man* zurückgreifen, vermeiden sie es, ihre Unfähigkeit, eine genaue Vorhersage zu tätigen, als Resultat einer fachlichen Inkompetenz bzw. einer persönlichen Unzulänglichkeit darzustellen. Ferner setzen die ÄrztInnen im Rahmen ihrer Positionierung zu prognostischen Informationen in drei Belegen das Kommentaradverb *natürlich* ein, durch welches sie die Unmöglichkeit einer verlässlichen Prognose als selbstevident darstellen.
Auffällig ist, dass die ÄrztInnen trotz ihrer initialen Anzeige von Nichtwissen bzw. Nichtkönnen im weiteren Verlauf der Interaktion häufig dennoch präzisere Angaben machen und zumindest grobe zeitliche Einschätzungen abgeben, diese aber durch entsprechende *disclaimer* als bloß tentative Annäherungen an die noch verbleibende Lebenszeit modalisieren. Insgesamt kann daher ein Changieren zwischen epistemisch bzw. deontisch inferioren Selbstpositionierungen einerseits und sukzessiven Annäherungen an eine Antwort auf die essentielle Frage des ‚Wie-lange-noch' andererseits beobachtet werden, wodurch die Vagheit der angeführten Prognosen verstärkt wird. Der Vermittlung von Prognosen ist in den betrachteten Belegen letztlich eine gewisse Dynamik inhärent, die sich – überspitzt formuliert – durch ein „dauerndes Oszillieren zwischen Apokalyptisch[-Dystopischem] und Utopischem" auszeichnet (Voßkamp 2013: 17).

### 7.2.4 Zusammenfassung

Wie bereits in der Einleitung zu diesem Kapitel angemerkt wurde, ist auffällig, dass die ÄrztInnen mit den PatientInnen insgesamt verhältnismäßig selten über Sterben und Tod sprechen. Diese Erkenntnis überrascht nicht zuletzt deshalb, da sie in bemerkenswertem Kontrast zur soziologischen und medizinischen Literatur zum Alltag auf Palliativstationen steht, in der immer wieder betont wird, das Sterben bilde einen integralen Bestandteil des institutionellen Handelns der dort tätigen AkteurInnen, die sich permanent in einem „vom Tod kontaminierten sozialen Raum" (Müller/Pfister 2014: 12) bewegen. Dies mag rein theoretisch zwar der Fall sein und kommt im Bereich der inter- und intraprofessionellen Kommunikation des Stationsteams auch durchaus zum Ausdruck – im Hinblick auf die Interaktion der ÄrztInnen mit den ‚KlientInnen' der Institution findet sich jedoch kaum empirische Evidenz für diese Annahme. Betrachtet man näher, welche Interaktionspartei das Thema ‚Sterben und Tod' jeweils als Gesprächsthema etabliert, so zeigt sich, dass die ÄrztInnen in 43 % der mir vorliegenden 28 Belege die Initiative hierfür ergreifen, während die PatientInnen bzw. deren Angehörige dieses Thema in 57 % der Fälle interaktiv relevant setzen. Folglich ist es mitnichten so, dass die PatientInnen es vermeiden, ihr Sterben und ihren bevorstehenden Tod als konversationelle Gegenstände zu etablieren, wie palliativmedizinische Studien bisweilen konstatieren (s. Kapitel 2.3.1). Darüber hinaus ist festzuhalten,

dass in 22 der 28 Belege die Lexeme *Sterben* und/oder *Tod* auftreten – entweder allein in einem Gesprächsbeitrag der ÄrztInnen bzw. der PatientInnen/Angehörigen oder in Turns beider Gesprächsparteien – und dementsprechend keine systematische Tendenz festzustellen ist, dass die Interagierenden vor einem Gebrauch dieser Wörter zurückschrecken. Dieses Ergebnis ist konträr zu der von Beach (2014: 459) und Lutfey/Maynard (1998: 327) im Hinblick auf ÄPI in der Onkologie formulierten Beobachtung, dass die Begriffe *Sterben* und *Tod* (‚*dying*' und ‚*death*') dort an keiner Stelle verwendet werden.

Konkret habe ich im Rahmen der vorangegangenen Analysen die drei für die Kollektion zum Sprechen über Sterben und Tod zentralen Praktiken VORBEREITEN AUF STERBEN UND TOD, ARGUMENTIEREN UNTER REFERENZ AUF STERBEN UND TOD sowie POSITIONIEREN IN BEZUG AUF PROGNOSTISCHE INFORMATIONEN untersucht. Dabei zeigte sich, dass die ÄrztInnen häufig hypothetische Zukunftsszenarien entwerfen, um den PatientInnen und Angehörigen mögliche weitere Krankheitsverläufe zu skizzieren, die in letzter Konsequenz unausweichlich zum Tod führen. Einerseits bereiten die ÄrztInnen die PatientInnen dadurch auf die entsprechenden Szenarien vor; andererseits setzen sie die eröffneten möglichen Welten mitunter aber auch strategisch ein und nutzen sie als Argument für die Option, die ihnen von allen zur Verfügung stehenden Alternativen hinsichtlich der Versorgung der PatientInnen am besten und sinnvollsten erscheint. Zuletzt habe ich das Augenmerk auf die epistemischen und deontischen Selbstpositionierungen der ÄrztInnen gelegt, die sie in Bezug auf prognostische Informationen vornehmen. Diesbezüglich fiel auf, dass die ÄrztInnen für ihre Selbstpositionierungen öfter auf die Anzeige von Nichtkönnen als auf die Anzeige von Nichtwissen zurückgreifen, dass sie aber trotz des entsprechenden *displays* von Nichtwissen bzw. Nichtkönnen im weiteren Verlauf der Interaktion häufig dennoch präzisere Angaben über die verbleibende Lebenszeit der PatientInnen machen.

Am Ende dieses Kapitels sei abschließend darauf hingewiesen, dass der Fokus meiner Analysen auf dem ärztlichen Sprechen lag. Gerade im Hinblick auf das zwar sehr zentrale, aber potenziell auch sehr schwierige und belastende Thema ‚Sterben und Tod' wäre es jedoch sicherlich aufschlussreich, das Augenmerk zusätzlich auch dezidiert auf das Sprechen der PatientInnen und das der Angehörigen zu richten.

# 8 Schlussbetrachtung

Gegenstand der vorliegenden Untersuchung war die Kommunikation von Pflegekräften und ÄrztInnen mit PatientInnen und Angehörigen auf der Palliativstation. In diesem „ethisch und fachlich so anspruchsvollen Arbeitsfeld" (Müllern/Kern 2006: 66) kommt dem kommunikativen Verhalten der professionellen AkteurInnen aufgrund des Anspruchs der Palliative Care, Menschen in der Endphase ihres Lebens die größtmögliche Lebensqualität zu bieten, nochmals eine größere Bedeutung zu als in anderen medizinischen Subdisziplinen bzw. auf anderen, kurativ ausgerichteten Krankenhausstationen. Dass ich mich speziell dem kommunikativen Verhalten von Pflegekräften und ÄrztInnen zugewendet habe, liegt darin begründet, dass diese beiden Berufsgruppen das Kernteam von Palliativstationen bilden und von allen dort tätigen Professionen den meisten Kontakt zu den PatientInnen und Angehörigen haben. Im Ethos der Palliative Care ist hinsichtlich der interprofessionellen Zusammenarbeit von ÄrztInnen und Pflegekräften die Maxime verankert, deren Arbeit als gleich wichtig und deren Zusammenarbeit als hierarchiefrei anzusehen. Dadurch soll sichergestellt werden, dass die PatientInnen eine holistische, d. h. ganzheitlich ausgerichtete Versorgung und Betreuung erhalten, im Rahmen derer weit mehr Aspekte berücksichtigt werden als nur die medizinischen. Trotz dieses Ideals sind aber auch die auf der Palliativstation tätigen Pflegekräfte und ÄrztInnen an die Vorgaben hinsichtlich des Zuständigkeitsbereichs ihrer jeweiligen Berufsgruppe sowie an die damit verbundenen Rechte und Pflichten gebunden (s. Kapitel 4.2.2). Vor diesem Hintergrund galt das Erkenntnisinteresse der vorliegenden Arbeit der Frage, welche Gemeinsamkeiten und Unterschiede sich im pflegerischen und ärztlichen Sprechen mit PatientInnen und deren Angehörigen auf der Palliativstation zeigen und wie sich die institutionellen Rollenvorgaben der beiden Professionen in deren jeweiligem Interaktionsverhalten manifestieren.

Im Folgenden führe ich zunächst die zentralen Analyseergebnisse der Untersuchung zusammen (Kapitel 8.1), ehe ich daran anschließend ein Fazit ziehe und Perspektiven für weiterführende, an die vorliegende Arbeit anknüpfende Forschungsbeiträge skizziere (Kapitel 8.2).

## 8.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

Wird im Sinne der Praxistheorie davon ausgegangen, dass die Handlungen sozialer AkteurInnen von den Anforderungen der Praxis geleitet werden (Ebrecht/Hillebrandt 2004: 8) und die Praxis wiederum nicht kontextlosgelöst auftritt, sondern in spezifischen sozialen Feldern situiert ist (Hanks 1996b: 236), so vermag erst eine empirische Analyse des situativen Handelns von AkteurInnen die Regelhaftigkeiten und Routinisierungen der Praxis in einem sozialen Feld zutage zu fördern. Eine solche Analyse

wurde in der vorliegenden Arbeit durchgeführt: Im Rahmen einer der Gesprächsanalyse verpflichteten Untersuchung habe ich rekonstruiert, wie Pflegekräfte und ÄrztInnen mit PatientInnen und Angehörigen auf der Palliativstation interagieren und wie die professionellen AkteurInnen dabei ihre institutionell determinierten Verantwortungsbereiche einerseits aktualisieren, andererseits aber auch erst in situ konstruieren.

Um die übergeordnete Frage zu beantworten, welche Spuren die Berufsrollen ‚Pflegekraft' und ‚ÄrztIn' in der Interaktion zwischen den professionellen AkteurInnen und den PatientInnen sowie deren Angehörigen hinterlassen, habe ich das Sprechen über drei verschiedene Themen in den Blick genommen: das Sprechen über Medikamente (Kapitel 6.1), das Sprechen über Schmerzen (Kapitel 6.2) sowie das Sprechen über das psychosozial-affektive Krankheitserleben der PatientInnen und ihrer Angehörigen (Kapitel 6.3). Indem ich die interaktive Bearbeitung ebendieser Themen und die kommunikativen Praktiken, mittels derer die Themen überhaupt erst hervorgebracht bzw. konstituiert werden, beleuchtet habe, konnten wesentliche Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen den PPI und den ÄPI herausgearbeitet werden. Die Analyseergebnisse lassen dabei grundsätzlich Rückschlüsse darauf zu, dass im professionellen Wissensvorrat der beiden Hauptakteursgruppen der Palliativstation teilweise unterschiedliche, zum Teil aber auch ähnliche kommunikative Routinen für die Bearbeitung der genannten Themen verankert sind. Der Rückgriff auf den vom sozialtheoretischen Praxisdiskurs beeinflussten, gleichzeitig aber interaktional ausgerichteten Praktikenbegriff von Hanks (1987, 1996a, 1996b, 2005a, 2005b) erlaubte es dabei, die Domänenspezifik der kommunikativen Praktiken zu verdeutlichen. Gleichzeitig konnte damit auch das soziale Feld, in das die Praktiken eingebettet sind, berücksichtigt werden, wodurch sich das indexikalische Potenzial der Praktiken aufzeigen ließ.

**Kapitel 6.1** widmete sich zunächst dem Sprechen über Medikamente. Auf pflegerischer Seite konnten diesbezüglich die folgenden dominant auftretenden Praktiken identifiziert werden: INFORMIEREN, ERKLÄREN, ANKÜNDIGEN, RATGEBEN, ANBIETEN und VERWEISEN. ÄrztInnen dagegen machen insbesondere von den Praktiken ANKÜNDIGEN, ANBIETEN, ERKLÄREN, ENTWERFEN, VERWEISEN und ABKÜNDIGEN Gebrauch. Wenngleich sich teilweise Überschneidungen ergeben und vier Praktiken im kommunikativen Haushalt beider Berufsgruppen auftreten, zeigte sich in den Analysen doch ein zentraler Unterschied: Während die Praktiken des ärztlichen Sprechens über Medikamente mit Ausnahme der Praktik ABKÜNDIGEN in die projektive kommunikative Gattung ‚Therapieplanung' eingebettet sind, erscheinen die Praktiken des pflegerischen Sprechens über diesen Gegenstand im Rahmen der kommunikativen Gattung ‚Therapieumsetzung'. Grundlegendes Distinktionsmerkmal stellt also die zeitliche Ausrichtung der Praktiken dar, die entweder auf das *hic-et-nunc* oder auf die Zukunft bezogen sind. Dieser Kontrast lässt sich wiederum auf die institutionellen Vorgaben für die bei-

den funktionalen Felder ‚Pflege' und ‚Medizin' und deren VertreterInnen zurückführen: ÄrztInnen sind dafür verantwortlich, Pharmakotherapien zu planen und agieren folglich projektiv, wohingegen Pflegekräfte in der Pflicht stehen, die ärztlich verordneten Medikamente frist- und bedarfsgerecht in situ zu verabreichen. Die Legitimation, sich spezifischer Praktiken innerhalb bestimmter kommunikativer Gattungen zu bedienen, stellt dabei eine Form sozialen Kapitals dar (Hanks 1996a: 232). Dass die vonseiten der Institution auferlegten Rollenvorgaben keineswegs exogene explanative Variablen ohne Teilnehmerrelevanz darstellen, wurde insbesondere bei der Praktik VERWEISEN deutlich. Hier bringen die professionellen AkteurInnen ihre Orientierung an den getrennten Verantwortungs- und Zuständigkeitsbereichen sowie entsprechend an den epistemischen, vor allem aber den deontischen Rechten ihrer eigenen bzw. der anderen Profession zum Ausdruck. Auf diese Weise tragen sie zur fortlaufenden Aktualisierung der jeweiligen Aufgabenspektren bei.
Trotz der unterschiedlichen zeitlichen Ausrichtung der Praktiken, die im Rahmen des Sprechens über Medikamente sowohl in den PPI als auch in den ÄPI auftreten, manifestieren sich in den Analysen auch zahlreiche Gemeinsamkeiten ebendieser Praktiken, insbesondere hinsichtlich der vonseiten der professionellen AkteurInnen etablierten deontischen sowie epistemischen Asymmetrien: Gegenüber den PatientInnen als den KlientInnen der Institution positionieren sich sowohl die Pflegekräfte als auch die ÄrztInnen als die fachlich kompetenten AkteurInnen, die für die adäquate medikamentöse Behandlung der Symptome zuständig sind und die auf dieser Grundlage z. T. auch unilateral über die Pharmakotherapie entscheiden.

Im weiteren Verlauf des empirischen Teils habe ich mich in **Kapitel 6.2** dem Sprechen über Schmerzen zugewendet. Im Rahmen des hier angestellten Vergleichs zwischen der interaktiven Bearbeitung dieser Thematik in PPI und ÄPI ergaben sich recht wenige Gemeinsamkeiten. Die zahlreich dokumentierten Unterschiede sind dabei maßgeblich durch zwei Aspekte des sozialen Feldes ‚Palliativstation' bzw. durch die unterschiedlichen Verantwortungs- und Zuständigkeitsbereiche von Pflege und Medizin bedingt:

i) Zum einen interagieren die Pflegekräfte im Laufe eines Tages bzw. im Laufe ihrer Schicht weit häufiger mit den PatientInnen als die ÄrztInnen, die die PatientInnen i. d. R. lediglich einmal am Tag, im Rahmen der Visite, aufsuchen. Aufgrund der unterschiedlich hohen Kontaktfrequenz verfügen die Pflegekräfte über mehr Wissen über die Schmerzen der PatientInnen und den Schmerzverlauf als die ÄrztInnen. Der divergierende epistemische Status der beiden Akteursgruppen bezüglich des *B-Events* ‚Schmerzen der PatientInnen' manifestiert sich dabei insbesondere in der initialen Schmerzabfrage: Während Pflegekräfte hier oftmals problemlos an eine vorherige Interaktion anknüpfen und zu Zwecken der Schmerzabfrage auf V1-Fragen zurückgreifen können, die das Spektrum der Antwortmöglichkeiten auf die Dichotomie *ja/nein* reduzieren, steht ÄrztInnen diese Ressource nicht gleichermaßen zur Verfügung. Dass sie dennoch

oftmals Deklarativsatzfragen einsetzen, die einen hohen epistemischen Status dokumentieren, lässt sich mit dem internen Wissenstransfer der Palliativstation erklären: Da die ÄrztInnen im Rahmen der interprofessionellen Übergaben von ihren KollegInnen aus der Pflege Wissen über die PatientInnen und folglich auch über deren Schmerzen erhalten, können sie dieses im Rahmen ihrer Visite einbringen und es zur Ratifikation stellen sowie im *common ground* verankern.

ii) Zum anderen hinterlassen auch die unterschiedlichen institutionell vorgegebenen Pflichten der beiden Berufsgruppen ihre Spuren in den Schmerzexplorationssequenzen: Die Aufgabe des projektiven Schmerzmanagements, d. h. die Verordnung entsprechender Analgetika, obliegt klar den ÄrztInnen, wohingegen die Aufgabe des situativen Schmerzmanagements den Pflegekräften zukommt. Da die ÄrztInnen dementsprechend aus einer großen Bandbreite an möglichen Analgetika die für die einzelnen PatientInnen und deren Situation geeignete Medikation auswählen müssen, sind sie zwangsläufig auf wesentlich detailliertere Informationen über die Schmerzen angewiesen als die Pflegekräfte. Diese müssen in situ jeweils lediglich entscheiden, ob sie den PatientInnen das verordnete Analgetikum bzw. eines der verordneten Analgetika verabreichen oder nicht. Vor dem Hintergrund dieser unterschiedlichen Aufgabenbereiche wird verständlich, weshalb die interaktive Prozessierung der Schmerzen im ÄPG häufig weit detaillierter ausfällt als im PPG. *Grounding*-Prozesse zur Herstellung eines intersubjektiv geteilten Verständnisses der Schmerzen der PatientInnen spielen insgesamt aber sowohl in den Pflege- als auch in den ÄrztIn-PatientIn-Interaktionen eine zentrale Rolle.

Im weitesten Sinn lässt sich schließlich auch die unterschiedliche Beendigung der Schmerzexploration mit den verschiedenen Aufgaben der beiden Berufsgruppen erklären. Aufgrund der Tatsache, dass die Pflegekräfte parallel zur Schmerzabfrage häufig verschiedene außersprachliche Handlungen vollziehen, ist es für sie recht problemlos möglich, die thematische Progression des Gesprächs zeitweise zu suspendieren. So können sie nach einer Schmerzexplorationssequenz – insbesondere dann, wenn die PatientInnen zuvor angaben, keine Schmerzen zu haben – schlichtweg in Schweigen verfallen und allein ihr empraktisches Handeln fortsetzen. ÄrztInnen steht diese Option dagegen nicht zur Verfügung; sie nehmen den Ausstieg aus den entsprechenden Sequenzen zumeist über die Planung einer Analgetikatherapie vor.

Summa summarum zeigen folglich auch die im Kapitel zum Sprechen über Schmerzen dokumentierten Befunde, dass die pflegerischen und ärztlichen Praktiken, die in diesem Rahmen sedimentiert erscheinen, über indexikalisches Potenzial verfügen. Einerseits verweisen sie jeweils auf die spezifische Verantwortungs- und Zuständigkeitsdomäne der beiden Berufsgruppen, bringen diese andererseits aber auch in der interaktiven Emergenz stets neu hervor.

**Kapitel 6.3** hatte schließlich das Sprechen über das psychosozial-affektive Krankheitserleben der PatientInnen und Angehörigen zum Gegenstand. Zwei der größten

Unterschiede zwischen pflegerischem und ärztlichem Sprechen zeigen sich dabei auf der quantitativen Ebene: Zunächst finden sich im Gesamtkorpus meiner Arbeit nur 18 Belege für die interaktive Bearbeitung des psychosozial-affektiven Krankheitserlebens in PPI, während in den ÄPI 29 Belege auftreten. Die qualitativ-kontextsensitive Betrachtung der Belege offenbarte sodann, dass das Sprechen über das psychosozial-affektive Krankheitserleben in ÄPI insbesondere im Rahmen der Planung der weiteren Versorgung auftritt, die entsprechenden Praktiken hier also in eine projektive kommunikative Gattung eingebettet sind. Die Tatsache, dass die Pflegekräfte nicht in die Besprechung der künftigen Versorgung involviert sind und eine vergleichbare Gattung in ihrem kommunikativen Haushalt fehlt, vermag hier die geringeren Belegzahlen zu erklären.

Der zweite große Unterschied betrifft die Frage, welche Interaktionspartei das psychosozial-affektive Krankheitserleben der PatientInnen bzw. Angehörigen überhaupt erst interaktiv relevant setzt. Die Pflegekräfte ergreifen in 50 % der vorliegenden Belege die Initiative, diese Thematik einzuführen, wohingegen die ÄrztInnen lediglich in 21 % der Belege das Sprechen über das psychosozial-affektive Krankheitserleben initiieren (in den jeweils verbleibenden Belegen führen die PatientInnen bzw. die Angehörigen diese Thematik ein).

Auf der qualitativen Ebene überwiegen allerdings die Gemeinsamkeiten. So sind beispielsweise die Praktiken, derer sich die Pflegekräfte und ÄrztInnen zur initialen Thematisierung des psychosozial-affektiven Krankheitserlebens bedienen, recht ähnlich: Beide Berufsgruppen nutzen hierfür u. a. die Praktik FRAGEN sowie die Praktik *NOTICING*. Auch die Praktik GENERALISIEREN VON PSYCHOSOZIAL-AFFEKTIVEM KRANKHEITSERLEBEN tritt sowohl in den PPI als auch in den ÄPI auf. Mittels dieser Praktik stellen Angehörige beider Berufsgruppen das individuelle psychosozial-affektive Krankheitserleben der PatientInnen bzw. Angehörigen auf eine intersubjektiv gültige Ebene und signalisieren ihren GesprächspartnerInnen so, dass die entsprechenden Affekte situationsangemessen und ‚normal' sind. Pflegekräften und ÄrztInnen ist zuletzt auch gemein, dass Mitglieder beider Berufsgruppen mitunter Versuche der PatientInnen unterbinden, ihr psychosozial-affektives Krankheitserleben als Gesprächsgegenstand zu etablieren. So gehen Pflegekräfte und ÄrztInnen bisweilen etwa in keiner Weise auf die affektiven Selbstpositionierungen der PatientInnen ein und reagieren somit disaffiliativ und disaligniert. Hinsichtlich der Praktik DEFOKUSSIEREN VON PSYCHOSOZIAL-AFFEKTIVEM KRANKHEITSERLEBEN treten aber auch Unterschiede zutage: Pflegekräfte können etwa – konträr zu ÄrztInnen – auf eine Ressource zurückgreifen, die bereits im Rahmen des Ausstiegs aus der Schmerzexplorationssequenz erwähnt wurde: auf die inkohärent erscheinende Thematisierung außersprachlicher Vorgänge und somit auf den Übergang zur empraktischen Interaktionsmodalität. ÄrztInnen dagegen setzen den negativen Affektdisplays Lösungsvorschläge oder positive Aspekte entgegen.

Neben den Praktiken, die sowohl in PPI als auch in ÄPI auftreten, wurde auch noch je eine Praktik näher betrachtet, die lediglich im Rahmen des pflegerischen bzw. ärztlichen Sprechens über das psychosozial-affektive Krankheitserleben auftritt. Aufseiten der Pflegekräfte handelt es sich dabei um die Praktik *EMPOWERING* DER PATIENTINNEN/ANGEHÖRIGEN, aufseiten der ÄrztInnen um die Praktik KONZESSIVES ANZEIGEN VON VERSTEHEN DES PSYCHOSOZIAL-AFFEKTIVEN KRANKHEITSERLEBENS.

Schlussendlich zeigte sich zwar auch im Rahmen der Analysen zum Sprechen über das psychosozial-affektive Krankheitserleben, dass eine Rückbindung der kommunikativen Praktiken an die institutionell vorgegebenen Verantwortungs- und Zuständigkeitsbereiche der jeweiligen Berufsgruppe elementar ist, denn nur auf diese Weise lassen sich die quantitativen Unterschiede hinsichtlich der interaktiven Bearbeitung dieser Thematik erklären. In Anbetracht der zahlreichen Gemeinsamkeiten wird anhand der Analysen in diesem Kapitel allerdings auch deutlich, dass Grenzen zwischen zwei Berufsgruppen innerhalb eines sozialen Feldes nicht zwangsläufig auch (vollständig) distinkte Repertoires an kommunikativen Praktiken bedeuten. Dass gerade beim Sprechen über Affekte die Gemeinsamkeiten überwiegen, ist vor dem Hintergrund besonders interessant, dass die Bearbeitung des psychosozial-affektiven Krankheitserlebens in der Palliativphilosophie – neben der Kontrolle körperlicher Symptome – als zentrale Aufgabe der professionellen AkteurInnen angesehen wird (Obliers/Köhle 2017: 976). So lässt sich zumindest vorsichtig die These aufstellen, dass zwar die institutionellen Rechte und Pflichten hinsichtlich der rein körperlichen Behandlung der PatientInnen klar geregelt sind und sich die getrennten Zuständigkeitsbereiche daher auch in der Interaktion der professionellen AkteurInnen mit den PatientInnen manifestieren. Sobald aber das rein ‚physiologische Terrain' verlassen wird, verschwimmen die Grenzen zwischen den beiden Berufsgruppen, sodass deren Mitglieder ähnliche kommunikative Routinen zur Bearbeitung des psychosozial-affektiven Erlebens der PatientInnen und Angehörigen ausgebildet haben. Kommt ein emotional aufgeladenes Thema auf, gibt es für die ÄrztInnen und Pflegekräfte keine spezifischen Verantwortlichkeiten hinsichtlich dessen, was sie tun oder sagen dürfen – beide Akteursgruppen können gleichermaßen psychosoziale Begleitung und emotionale Unterstützung anbieten.

Am Ende des empirischen Teils habe ich in einem separaten Kapitel (**Kapitel 7**) zusätzlich das Sprechen über Sterben und Tod in den Blick genommen. Als erster Befund ergab sich dabei, dass hinsichtlich dieser Thematik kein Vergleich zwischen pflegerischem und ärztlichem Sprechen möglich ist, da abgesehen von einem Beleg aus einer PPI ausschließlich in Interaktionen zwischen ÄrztInnen und PatientInnen/Angehörigen Sterben und Tod thematisiert werden. Wie zu Beginn von Kapitel 6.3.5 festgehalten wurde, verwundert diese stark asymmetrische Verteilung. Zwar tritt das ärztliche Sprechen über diese Thematik häufig im Rahmen der projektiven kommunikativen Gattung ‚Planung der weiteren Versorgung' auf, die qua divergierender instituti-

oneller Aufgaben im kommunikativen Haushalt der Pflegekräfte gänzlich fehlt. Dennoch bleibt die Frage, weshalb das Thema ‚Sterben und Tod' in immerhin 614 Pflege-PatientIn-Gesprächen lediglich ein einziges Mal angesprochen wird.

Im Kapitel zum Sprechen über Sterben und Tod habe ich sodann die drei in diesem Kontext am häufigsten auftretenden kommunikativen Praktiken beleuchtet: VORBEREITEN AUF STERBEN UND TOD, ARGUMENTIEREN UNTER REFERENZ AUF STERBEN UND TOD und POSITIONIEREN IN BEZUG AUF PROGNOSTISCHE INFORMATIONEN. Auffällig ist diesbezüglich, dass die ÄrztInnen eine Thematisierung von Sterben und Tod keineswegs vermeiden und unter Verweis auf dieses Thema bisweilen sogar Schreckensszenarien für eine potenziell eintretende Zukunft entwerfen; durch den Verzicht auf euphemistische oder abschwächende Formulierungen schaffen sie dabei einen offenen Bewusstheitskontext. Die PatientInnen werden auf diese Weise dezidiert mit der Ernsthaftigkeit ihres gesundheitlichen Zustandes konfrontiert. Entsprechende Szenarien, die eine solche bedrohliche Zukunft enthalten, treten häufig dann auf, wenn die PatientInnen eine bestimmte Entscheidung fällen müssen. Einerseits versuchen die ÄrztInnen in diesem Kontext, sie darauf vorzubereiten, dass prinzipiell alle Entscheidungsoptionen in letzter Konsequenz zum Tod führen können (VORBEREITEN AUF STERBEN UND TOD). Tritt zusätzlich noch eine persuasive Komponente hinzu, wie dies im Rahmen der Praktik ARGUMENTIEREN UNTER REFERENZ AUF STERBEN UND TOD der Fall ist, versuchen die ÄrztInnen andererseits aber auch, die PatientInnen durch spezifische *argumenta ad metum* bzw. Furchtappelle von einer bestimmten Option zu überzeugen. Diesbezüglich wurde herausgearbeitet, dass der argumentativen Zwecken dienende Verweis auf Sterben und Tod stets an einer exponierten Stelle erscheint und zumeist die Klimax der ärztlichen Argumentation für oder gegen eine bestimmte Maßnahme bildet.

Mit Blick auf die Praktik POSITIONIEREN IN BEZUG AUF PROGNOSTISCHE INFORMATIONEN wurde schließlich dargelegt, dass ÄrztInnen deontische und/oder epistemische Selbstpositionierungen vornehmen, wenn es um die verbleibende Lebenszeit der PatientInnen geht. Dabei verweisen sie entweder auf ihre Unfähigkeit, eine genaue Vorhersage zu treffen, oder betonen ihr Nichtwissen hinsichtlich künftiger Ereignisse. Ungeachtet des initialen *displays* von Nichtwissen bzw. Nichtkönnen machen die ÄrztInnen im weiteren Verlauf der Interaktion jedoch häufig trotzdem präzisere Angaben zur verbleibenden Lebenszeit. Dementsprechend ergibt sich ein auffälliges Changieren zwischen epistemisch bzw. deontisch inferioren Selbstpositionierungen und sukzessiven Annäherungen an eine mögliche Prognose.

Letztlich bleibt festzuhalten, dass die PatientInnen die Thematik ‚Sterben und Tod' in meinen Daten – im Gegensatz zu den Ergebnissen palliativmedizinischer Studien, in denen bisweilen konstatiert wird, PatientInnen würden diesen Gegenstand aus Angst vor einer Konfrontation damit nicht eigeninitiativ thematisieren (s. Kapitel 2.3.1) – sogar etwas häufiger in die Interaktion einführen als die ÄrztInnen (57 % vs. 43 %). Ferner

konnte auch nicht beobachtet werden, dass die Lexeme *Sterben* und/oder *Tod* systematisch vermieden werden. Somit stellen Sterben und Tod also durchaus ‚sagbare' konversationelle Gegenstände dar.

## 8.2 Fazit und Ausblick auf Perspektiven weiterer Forschung

Insgesamt stellt die vorliegende Arbeit die erste Studie dar, die basierend auf authentischen Gesprächsdaten eine auf die kommunikative Praxis der Interagierenden fokussierende, vergleichende Untersuchung des Sprechens von Pflegekräften und ÄrztInnen im Krankenhaus vornimmt. Wie in der Einleitung (Kapitel 1) festgehalten wurde, verwundert es doch sehr, dass die seit nunmehr über 30 Jahren prosperierende gesprächsanalytische Forschung zu medizinischen Interaktionen den Vergleich zwischen dem Sprechen der beiden zentralen professionellen Akteursgruppen in Krankenhäusern bislang nicht als Forschungsgegenstand für sich entdeckte. Die Leistung meiner Untersuchung besteht diesbezüglich jedoch nicht nur darin, den Mehrwert einer solchen Untersuchung auf der inhaltlichen Ebene aufzuzeigen sowie darzulegen, dass ein detaillierter Blick auf die kommunikativen Praktiken von Pflegekräften und ÄrztInnen zu differenzierten Ergebnissen hinsichtlich Unterschieden und Gemeinsamkeiten der Interaktion dieser beiden Professionen mit PatientInnen und Angehörigen führt. Darüber hinaus liefert die vorliegende Arbeit auch einen methodischen Beitrag. So wurde der Nutzen der vergleichenden Gesprächsanalyse manifest, bei der es sich um einen noch nicht vollumfänglich entwickelten bzw. explizit ausgearbeiteten Ansatz innerhalb der interaktional ausgerichteten Forschung handelt: Über den Vergleich zwischen dem pflegerischen und ärztlichen Sprechen mit PatientInnen und Angehörigen konnten exemplarisch verschiedene Spezifika des professionsspezifischen Interaktionsverhaltens der beiden zentralen Berufsgruppen in Krankenhäusern herausgearbeitet werden, ohne dabei der weit verbreiteten und von Drew (2003: 294f.) kritisierten ‚Pseudo-Komparativität' zu verfallen (s. Kapitel 3.3). Dies wurde dadurch erreicht, dass nicht nur die kommunikative Praxis *einer* Profession beleuchtet und die dabei zutage tretenden Merkmale fraglos als charakteristisch für ebendiese Berufsgruppe angeführt wurden. Stattdessen habe ich anhand einzelner ausgewählter thematischer Bereiche die kommunikative Praxis einer Profession mit der einer anderen Profession kontrastiert, wodurch empirisch nachgewiesen werden konnte, welche Eigenschaften für das Sprechen von Pflegekräften und ÄrztInnen zumindest hinsichtlich der fokussierten Themen jeweils charakteristisch sind und welche Merkmale demgegenüber professionsübergreifend auftreten.

Neben dem Erkenntniszuwachs hinsichtlich des vergleichenden Aspekts trägt meine Untersuchung auch zur weiteren Profilierung der auf natürlichen Gesprächsdaten basierenden Erforschung der spezifischen „kommunikative[n] Kultur" des Palliativbereichs bei (Göckenjan/Dreßke 2005: 161). Vonseiten der *medical CA* wurde diese bislang nur marginal betrachtet (s. Kapitel 4.1.2.4 und 7.1), u. a. wohl deshalb, da der

Fokus jener Forschungsrichtung bis vor einigen Jahren hauptsächlich auf der *primary care*/der Allgemeinmedizin lag (Barnes 2019). Gerade weil Kommunikation in der Palliativversorgung aber einen so zentralen Stellenwert hat wie in kaum einer anderen medizinischen Subdisziplin (abgesehen von der eng verwandten Onkologie), finden sich in diesem Feld zahlreiche interessante Forschungsgegenstände und Anknüpfungspunkte für die Gesprächsanalyse. Dabei erscheint es u. a. wichtig, die entsprechenden, teilweise ideologisch aufgeladenen Annahmen der Palliative Care über die Kommunikation in ihrem Feld einer kritischen empirischen Überprüfung zu unterziehen. Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wurde beispielsweise deutlich, dass es sich bei der Palliativstation, von der meine Daten stammen, keineswegs um einen „vom Tod kontaminierten sozialen Raum" (Müller/Pfister 2014: 12) handelt, wie die (medizin-)soziologische Literatur bisweilen konstatiert. Der Themenkomplex ‚Sterben und Tod' erscheint hier nicht als zentraler, sondern vielmehr lediglich als marginaler Gesprächsgegenstand. Daneben zeigte sich, dass das psychosozial-affektive Krankheitserleben sowohl von Pflegekräften als auch von ÄrztInnen keineswegs so intensiv mit den PatientInnen und Angehörigen besprochen wird, wie die holistisch orientierte Palliativphilosophie dies vorsieht. Die Analyse meiner Daten verdeutlichte, dass die biomedizinischen Aspekte von Krankheiten sowohl in ärztlichen Visiteninteraktionen als auch in Interaktionen der Pflegekräfte mit den PatientInnen dominieren.
Schließlich trägt meine Untersuchung auch zur weiteren Bearbeitung eines in gesprächsanalytischen Studien bislang stark unterrepräsentierten Forschungsgegenstandes bei: der Interaktion zwischen Pflegekräften und PatientInnen. Ich konnte verdeutlichen, dass die Interaktionen zwischen Pflegekräften und PatientInnen denen zwischen ÄrztInnen und PatientInnen keineswegs untergeordnet oder allein in Abhängigkeit von diesen zu beschreiben sind, sondern dass es sich hierbei um eine gleichermaßen wichtige Interaktionsdomäne handelt, die daher ebenso intensiv beforscht werden sollte wie die ÄPI. Zumindest im Hinblick auf meine Daten konnten empiriefern formulierte Thesen wie die, dass Pflegekräfte eher für das psychosozial-affektive Erleben der PatientInnen zuständig sind und ÄrztInnen eher für die ‚Krankheit an sich' (s. Kapitel 1 und 6.3.1), widerlegt werden.

Als zentraler Erkenntnisgewinn der vorliegenden Arbeit ist schließlich Folgendes festzuhalten: Es konnte empirische Evidenz dafür erbracht werden, dass die institutionellen Vorgaben bzgl. der berufsbedingten Rechte und Pflichten der beiden Akteursgruppen ‚Pflegekräfte' und ‚ÄrztInnen' im sozialen Feld ‚Palliativstation' ihre Spuren in den Praktiken hinterlassen, die Bestandteil des kommunikativen Haushalts der jeweiligen Berufsgruppe sind. Dementsprechend ist die Verteilung der kommunikativen Ressourcen insofern „eng mit den jeweiligen sozialen Verhältnissen verwoben", als die Zugehörigkeit zu einer der beiden Berufsgruppen einen Einfluss auf das „kommunikative Repertoire einzelner Mitglieder" (Günthner/König 2016: 185), d. h. – mit Bourdieu (1976: 165) und Hanks (1996a: 237ff.) gesprochen – auf deren Habitus hat. Wie die Analysen demonstriert haben, zeichnet sich die Interaktion der beiden zentralen

Akteursgruppen der Palliativstation mit den PatientInnen und Angehörigen dadurch aus, dass hier bestimmte Praktiken sedimentiert anzutreffen sind und sich daher berufsspezifische kommunikative Routinen herausgebildet haben. Das professionsspezifische kommunikative Repertoire bzw. die institutionell verliehene Legitimität, sich bestimmter Praktiken zu bedienen, ist wiederum Teil des sozialen Kapitals der Professionen. Ihre Typik haben die kommunikativen Praktiken durch Rekurrenz erworben, wobei sie sich in situ stets in einem dialektischen Spannungsfeld aus lokaler Emergenz einerseits und Routinisierung andererseits bewegen. Die getrennten Verantwortlichkeits- und Zuständigkeitsbereiche von PflegerInnen und ÄrztInnen werden folglich nicht nur beständig aktualisiert, sondern auch fortlaufend neu hervorgebracht.

Auf einer übergeordneten Ebene verdeutlichen die Analyseergebnisse, dass für die Beschreibung kommunikativer Praktiken nicht nur deren sequenzielle Einbettung sowie ihre formalen Komponenten und ihr funktionales Potenzial zu berücksichtigen ist, sondern ebenso auch deren soziokultureller Kontext bzw. ihre „sozialsemiotisch-indexikalische[ ] Prägung" (Deppermann/Feilke/Linke 2016b: 9): Gerade in Untersuchungen, in denen institutionelle Interaktionen beleuchtet werden, ist ein Praktikenbegriff, wie ihn die klassische Konversationsanalyse oder auch die Interaktionale Linguistik vorschlägt, bei dem die Einbettung der Praktiken in den soziokulturellen Kontext nicht oder kaum berücksichtigt wird (Günthner/König 2016: 182), unzureichend. Ein Praktikenbegriff wie der für die vorliegende Arbeit gewählte impliziert zudem, dass die Analysierenden über ein breites ethnografisches Wissen über das Feld verfügen müssen, aus dem ihre Daten stammen. Andernfalls kann keine auch nur ansatzweise adäquate Beschreibung des sozialen Kapitals der AkteurInnen erfolgen, als dessen Bestandteil das akteurspezifische Repertoire an kommunikativen Praktiken erscheint (Hanks 1996a: 232).

Abstrahiert man die Ergebnisse meiner Arbeit noch weiter, so verdeutlichen diese nicht zuletzt auch den enormen Stellenwert des deontischen Status der professionellen AkteurInnen einer Institution für deren interaktives Verhalten. Obgleich die Größe *deontics* in gesprächsanalytischen Forschungsbeiträgen immer stärker berücksichtigt wird (vgl. u. a. Thompson/Fox/Raymond 2021; Ong/Barnes/Buus 2020; Tennent 2021; Weatherall 2020; Wåhlin-Jacobsen/Abildgaard 2020), fristet sie im Vergleich zum *epistemics*-Konzept, dessen Relevanz für Interaktionen und Prozesse der *action formation/ascription* inzwischen nahezu unbestritten ist (s. Kapitel 3.4.2), doch eher ein Schattendasein. Gerade wenn es aber um die Interaktion in Institutionen geht und der Fokus auf dem kommunikativen Verhalten einzelner Berufsgruppen liegt, haben die Rechte – und auch die Pflichten –, die einer Person qua ihrer Berufsrolle bzw. ihres Status zukommen, einen maßgeblichen Einfluss. Ohne die Rückbindung der kommunikativen Praktiken an die berufliche Rolle der AkteurInnen fehlt eine wichtige Variable, die das Interaktionsverhalten einerseits prägt, die dadurch andererseits aber auch kontinuierlich aktualisiert wird. Mit Rossi/Stivers (2020: 71) lässt sich dabei festhalten, dass mit bestimmten Rollen spezifische „affordances and constraints on the

performance of particular actions" verbunden sind. Der deontische Status einer Person oder auch einer Berufsgruppe ist somit elementar für das ‚Praktikeninventar', auf das diese zurückgreifen kann. Was dagegen den epistemischen Status betrifft, ließe sich die These aufstellen, dass dieser – zumindest wenn es darum geht, das Sprechen verschiedener Berufsgruppen einer Institution zu vergleichen – möglicherweise keine allzu prominente Rolle spielt. Verglichen mit den KlientInnen der Institution haben die VertreterInnen derselben in den meisten Fällen einen höheren epistemischen Status, woraus sich auch überhaupt erst die Daseinsberechtigung der Institution ergibt. Insofern erschient zumindest in Bezug auf die Fragestellung der vorliegenden Arbeit der deontische Status der beiden Berufsgruppen ‚Pflegepersonal' und ‚ÄrztInnen' für deren Interaktion mit den PatientInnen und Angehörigen von größerer Bedeutung zu sein als ihr epistemischer Status.

Zuletzt sei noch eine kritische Reflexion meiner Untersuchung angestellt: Der im empirischen Teil erlangte Erkenntnisgewinn ist zunächst dadurch eingeschränkt, dass ich aus Platzgründen – abgesehen von Kapitel 7 zum Sprechen über Sterben und Tod – lediglich solche Themen in den Blick genommen habe, die sowohl in den PPI als auch in den ÄPI interaktiv bearbeitet werden. Für ein umfassenderes Bild über das pflegerische bzw. ärztliche Sprechen mit PalliativpatientInnen und deren Angehörigen wäre es jedoch angebracht, auch die Interaktion über die Themen zu betrachten, die lediglich in den PPI bzw. in den ÄPI relevant gesetzt werden. Hinsichtlich des ärztlichen Sprechens wäre dies v. a. die kommunikative Gattung ‚Planung der weiteren Versorgung', wie ich bereits des Öfteren am Rande erwähnt habe. In Bezug auf die PPI ließe sich das Augenmerk dagegen zusätzlich auch auf die empraktische Kommunikation während der Ausführung außersprachlicher Pflegehandlungen oder auf die hier häufig auftretenden Smalltalk-Sequenzen über das Wetter, die Haustiere der PatientInnen etc. richten. Auf diese Weise hätte sich ein noch detaillierteres Bild von den Gemeinsamkeiten und Unterschieden zwischen pflegerischem und ärztlichem Sprechen ergeben.

Eine weitere Grenze meiner Arbeit besteht darin, dass ich nicht zwischen dem Sprechen der InstitutionsvertreterInnen mit den PatientInnen und deren Sprechen mit den Angehörigen unterschieden habe, um der Analyse nicht noch eine zusätzliche Ebene hinzuzufügen und so die Komplexität weiter zu erhöhen. Sicher wäre diesbezüglich bei einigen der untersuchten kommunikativen Praktiken – insbesondere bei denen, die im Rahmen des Sprechens über das psychosozial-affektive Krankheitserleben auftreten – aber noch ein differenzierterer Blick vonnöten. So sind allein schon die jeweiligen Indizierungen von Betroffenheit bei PatientInnen anders als bei Angehörigen, was aus dem Gegensatz vom Sprechen über das eigene versus über das fremde Krankheitserleben resultiert.

Des Weiteren lag der Fokus meiner Analysen allein auf dem Interaktionsverhalten der professionellen AkteurInnen. Vor dem Hintergrund der grundlegenden Prämisse der

Gesprächsanalyse, Kommunikation und somit auch kommunikative Praktiken als inhärent dialogisch zu betrachten, wurden die Gesprächsbeiträge der PatientInnen bzw. Angehörigen in den angestellten Sequenzanalysen zwar selbstverständlich ebenso berücksichtigt wie die pflegerischen bzw. ärztlichen Turns. Für einen umfassenderen Vergleich wäre es allerdings vonnöten gewesen, die Blickrichtung zusätzlich noch umzukehren und zu untersuchen, wie PatientInnen bzw. Angehörige mit Pflegekräften interagieren und wie sie demgegenüber mit ÄrztInnen sprechen. So hätte sich eruieren lassen, inwiefern sich die PatientInnen bzw. Angehörigen an den getrennten Zuständigkeits- und Verantwortungsbereichen der beiden Professionen orientieren, wie die PatientInnen wem gegenüber ihre Bedürfnisse, Probleme, Sorgen etc. kommunizieren und ob es Unterschiede hinsichtlich der Themen gibt, die die PatientInnen und Angehörigen im Gespräch mit den Pflegekräften bzw. ÄrztInnen ansprechen.

Die vorliegende Arbeit widmete sich allein den Pflegekräften und ÄrztInnen und damit den AkteurInnen des Kernteams der Palliativstation und deren Interaktion mit PatientInnen bzw. Angehörigen. Im Vergleich zu anderen Stationen eines Krankenhauses zeichnet sich die Palliativstation aber gerade dadurch aus, dass neben der Pflege und der Medizin auch zahlreiche andere Professionen in die engmaschige Betreuung und Behandlung der PatientInnen involviert sind, um dem holistischen Versorgungsideal der Palliative Care gerecht zu werden. Daher wäre es sinnvoll, in einer weiterführenden Untersuchung auch die Interaktion zwischen PatientInnen bzw. Angehörigen und Musik-, Kunst-, Physio- und PsychotherapeutInnen sowie SeelsorgerInnen zu analysieren. Auf diese Weise ließe sich ein ganzheitlicheres Bild des kommunikativen Haushalts von Palliativstationen zeichnen. Würden in eine solche Analyse zusätzlich auch die interdisziplinären Besprechungen des Stationsteams einbezogen, die in der vorliegenden Arbeit aus Platzgründen unberücksichtigt bleiben mussten, könnten die Erkenntnisse zum Sprechen der einzelnen Professionen mit den PatientInnen und Angehörigen um Erkenntnisse zur Interaktion der einzelnen Professionen miteinander ergänzt werden.

Zur Beantwortung der Frage, inwiefern die hier dokumentierten Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen pflegerischem und ärztlichem Sprechen mit PatientInnen und deren Angehörigen allein für die Palliativstation spezifisch sind, wäre es ferner nötig, eine ähnlich angelegte vergleichende gesprächsanalytische Untersuchung auch auf anderen Stationen eines Krankenhauses durchzuführen. Möglicherweise treten die Unterschiede zwischen PPI und ÄPI auf anderen Stationen deutlicher zutage, auf denen nicht das Ideal der möglichst hierarchiefreien Zusammenarbeit der verschiedenen Professionen vorherrscht und auf denen der Personalschlüssel nicht so hoch ist wie auf der Palliativstation.

Ein weiteres, zweifelsohne lohnendes Unterfangen wäre auch, die hier angestellte Untersuchung in einem Hospiz zu wiederholen, wo das Kernteam allein aus Pflegekräften besteht, da es dort i. d. R. keine fest angestellten ÄrztInnen gibt. Obgleich die Pflegekräfte im Hospiz im Wesentlichen keine weitreichenderen Rechte haben als auf der

Palliativstation, ist das Anforderungsprofil für diese Berufsgruppe dort doch anders gelagert als auf der Palliativstation: Pflegekräfte haben hier einen noch intensiveren und häufigeren Kontakt mit den PatientInnen, die im Hospiz als *Gäste* bezeichnet werden, als auf der Palliativstation, da allein sie für die Symptombeobachtung und das Monitoring der Gäste zuständig sind. Besteht Handlungsbedarf hinsichtlich eines Aspektes, der den Zuständigkeitsbereich bzw. die Rechte ihrer Profession transzendiert, stehen sie in der Pflicht, die dauerhaft auf Abruf stehenden PalliativärztInnen oder die HausärztInnen der Gäste zu kontaktieren. Eine vergleichende Untersuchung der PPI und ÄPI auf der Palliativstation mit der PPI und ÄPI im Hospiz könnte daher hinsichtlich der Frage, wie sehr sich die institutionell unterschiedlichen Verantwortungsbereiche der einzelnen Berufsrollen in deren Interaktionsverhalten manifestieren, aufschlussreich sein.

Der Fokus der vorliegenden Arbeit lag auf den berufsspezifischen kommunikativen Praktiken, von denen die Pflegekräfte und ÄrztInnen im Gespräch mit den PatientInnen und Angehörigen Gebrauch machen. In diesem Rahmen wurden zwar auch die zentralen sprachlichen Merkmale der einzelnen Praktiken beleuchtet. Eine detaillierte und systematische linguistische Untersuchung der sprachlichen Aspekte steht allerdings noch aus. Hier würde es sich anbieten, dezidiert auf verschiedene sprachliche Ebenen zu fokussieren: Wie die Analysen zeigten, ist beispielsweise der Pronomengebrauch (insb. *wir, man*, *ich*) immer wieder auffällig, sodass sich die Frage nach der Funktion der einzelnen Pronomen und nach eventuellen Gebrauchssystematiken stellen ließe. Ferner wäre es etwa lohnenswert, auf der syntaktischen Ebene die insbesondere im Rahmen des Sprechens über Affekte zu beobachtenden Ko-Konstruktionen der professionellen AkteurInnen und der PatientInnen/Angehörigen sowie die dadurch erreichte Resonanz ins Zentrum der Betrachtung zu stellen. Nicht zuletzt würden sich auch die verwendeten rhetorischen Verfahren wie Litotes-Konstruktionen oder Projektorphrasen als Anknüpfungspunkte für weitere Untersuchungen eignen.

Insgesamt zeigen bereits die wenigen hier aufgezeigten Perspektiven, dass das Feld der Palliative Care reichlich Ansatzpunkte für künftige vergleichende gesprächsanalytische Untersuchungen bietet.

# 9 Literaturverzeichnis


Abraham, Werner (2004): Modalität und Modalverben. Wohin führt uns die Syntax – inwieweit brauchen wir die Pragmatik? In: Lindemann, Beate/Letnes, Ole (Hrsg.): Diathese, Modalität, Deutsch als Fremdsprache. Festschrift für Oddleif Leirbukt zum 65. Geburtstag. Tübingen: Stauffenburg, 3–14.

Abt-Zegelin, Angelika (2009): Eine Sprache finden. CNE.online – Certified Nursing Education. URL: https://cne.thieme.de/cne-webapp/p/training/learningunits [abgerufen am 10.05.2018].

Achterfeld, Claudia (2014): Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen. Rechtliche Rahmenbedingungen der Delegation ärztlicher Leistungen. Berlin/Heidelberg: Springer.

Achtziger, Anja/Gollwitzer, Peter M. (2010): Motivation und Volition im Handlungsverlauf. In: Heckhausen, Jutta/Heckhausen, Heinz (Hrsg.): Motivation und Handeln. Berlin/Heidelberg: Springer, 309–335.

Adams, Robert (2008): Empowerment, Participation, and Social Work. 4. Auflage. Basingstoke: Palgrave Macmillan.

Almack, Kathryn/Cox, Karen/Moghaddam, Nima/Pollock, Kristian/Seymour, Jane (2012): After you: conversations between patients and healthcare professionals in planning for end of life care. In: BMC Palliative Care 11 (15). URL: https://bmcpalliatcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-684X-11-15 [abgerufen am 22.03.2021].

Altmann, Hans (1987): Zur Problematik der Konstitution von Satzmodi als Formtypen. In: Meibauer, Jörg (Hrsg.): Satzmodus zwischen Grammatik und Pragmatik. Referate anläßlich der 8. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sprachwissenschaft, Heidelberg 1986. Tübingen: Niemeyer, 22–56.

Anderson, Rebecca J. (2020): Communication with the relatives and friends of imminently dying patients in a hospice. Dissertation: University College London. URL: https://discovery.ucl.ac.uk/id/eprint/10100137/ [abgerufen am 23.03.2021].

Anderson, Rebecca J./Bloch, Steven/Armstrong, Megan/Stone, Patrick C./Low, Joseph T. (2019): Communication between healthcare professionals and relatives of patients approaching the end-of-life: A systematic review of qualitative evidence. In: Palliative Medicine 33 (8), 926–941.

Anderson, Rebecca J./Stone, Patrick C./Low, Joseph T./Bloch, Steven (2020): Managing uncertainty and references to time in prognostic conversations with family members at the end of life: A conversation analytic study. In: Palliative Medicine 34 (7), 896–905.

Anderson, Robert M./Funnell, Martha M. (2010): Patient empowerment: Myths and misconceptions. In: Patient Education and Counseling 79, 277–282.

Anderson, Wendy G./Kools, Susan/Lyndon, Audrey (2013): Dancing Around Death: Hospitalist-Patient Communication About Serious Illness. In: Qualitative Health Research 23 (1), 3–13.

Angell, Beth/Bolden, Galina B. (2015): Justifying medication decisions in mental health care: Psychiatrists' accounts for treatment recommendations. In: Social Science & Medicine 138, 44–56.

Anschütz, Felix (1982): Indikation zum ärztlichen Handeln. Lehre, Diagnostik, Therapie, Ethik. Berlin u. a.: Springer.

Antaki, Charles (2011): Six Kinds of Applied Conversation Analysis. In: Antaki, Charles (Hrsg.): Applied Conversation Analysis. Intervention and Change in Institutional Talk. Basingstoke: Palgrave Macmillan, 1–14.

Arber, Anne (2016): Team Communication in the Hospice Setting. In: Wittenberg, Elaine/Ferrell, Betty R./Goldsmith, Jay/Smith, Thomas/Ragan, Sandra L./Glajchen, Myra/Handzo, George F. (Hrsg.): Textbook of Palliative Care Communication. Oxford/New York: Oxford University Press, 340–345.

Arens, Katja (i. V.): Strukturieren und Evaluieren im Gespräch. Lexikalische Diskurspartikeln als Ressourcen der Gesprächsorganisation. Dissertation: Universität Mannheim.

Ariss, Steven M. (2009): Asymmetrical knowledge claims in general practice consultations with frequently attending patients. Limitations and opportunities for patient participation. In: Social Science & Medicine 69 (6), 908–919.

Arminen, Ilkka (2005): Institutional Interaction. Studies of Talk at Work. Aldershot: Ashgate.

Arminen, Ilkka (2016): On comparative methodology in studies of social interaction. In: Haakana, Markku/Laakso, Minna/Lindström, Jan (Hrsg.): Talk in Interaction. Comparative Dimensions. Helsinki: Finnish Literature Society, 48–69.

Ashfort, Blake E./Kreiner, Glen E. (2002): Normalizing emotion in organizations: Making the extraordinary seem ordinary. In: Human Resource Management Review 12, 215–235.

Atkinson, J. Maxwell/Heritage, John (Hrsg.) (1984a): Structures of Social Action. Studies in Conversation Analysis. Cambridge u. a.: Cambridge University Press.

Atkinson, J. Maxwell/Heritage, John (1984b): Topic organization. In: Atkinson, J. Maxwell/Heritage, John (Hrsg.): Structures of Social Action. Studies in Conversation Analysis. Cambridge u. a.: Cambridge University Press, 165–166.

Atkinson, Paul (1999): Medical discourse, evidentiality and the construction of professional responsibility. In: Sarangi, Srikant/Roberts, Celia (Hrsg.): Talk, Work, and Institutional Order. Discourse in Medical, Mediation, and Management Settings. Berlin/New York: de Gruyter, 75–107.

Auer, Peter (1979): Referenzierungssequenzen in Konversationen: das Beispiel ‚Ortsangaben'. In: Linguistische Berichte 62, 93–106.

Auer, Peter (1986): Kontextualisierung. In: Studium Linguistik 19, 22–47.

Auer, Peter (2000): Was sich ändert und was bleibt: Vorläufiges zu stilistischen Konvergenzen Ost →West am Beispiel von Interviews. In: Auer, Peter/Hausendorf, Heiko (Hrsg.): Kommunikation in gesellschaftlichen Umbruchsituationen. Mikroanalytische Aspekte des sprachlichen und gesellschaftlichen Wandels in den Neuen Bundesländern. Tübingen: Niemeyer, 151–175.

Auer, Peter (2007): Syntax als Prozess. In: Hausendorf, Heiko (Hrsg.): Gespräch als Prozess. Linguistische Aspekte der Zeitlichkeit verbaler Interaktion. Tübingen: Narr, 95–124.

Auer, Peter (2021): *Genau!* Der auto-reflexive Dialog als Motor der Entwicklung von Diskursmarkern. In: Weidner, Beate/König, Katharina/Imo, Wolfgang/Wegner, Lars (Hrsg.): Verfestigungen in der Interaktion. Konstruktionen, sequenzielle Muster, kommunikative Gattungen. Berlin/Boston: de Gruyter, 263–294.

Auer, Peter/Uhmann, Susanne (1982): Aspekte der konversationellen Organisation von Bewertungen. In: Deutsche Sprache 1, 1–32.

Ayaß, Ruth (1996): „Wer das verschweigt, handelt eigentlich in böser Absicht". Zu Form und Funktion Kategorischer Formulierungen. In: Linguistische Berichte 162, 137–160.

Ayaß, Ruth (1999): Versachlicht oder veraltet: Positive Moralisierungen in alltäglichen und institutionellen Kontexten. In: Bergmann, Jörg R./Luckmann, Thomas (Hrsg.): Kommunikative Konstruktion von Moral. Band 2: Von der Moral zu den Moralen. Opladen/Wiesbaden: Westdeutscher Verlag, 289–327.

Ayaß, Ruth (2021): Projektive Gattungen. Die kommunikative Verfertigung von Zukunft. In: Weidner, Beate/König, Katharina/Imo, Wolfgang/Wegner, Lars (Hrsg.):

Verfestigungen in der Interaktion. Konstruktionen, sequenzielle Muster, kommunikative Gattungen. Berlin/Boston: de Gruyter, 57–82.
Back, Anthony L. (2020): Patient-Clinician Communication Issues in Palliative Care for Patients With Advanced Cancer. In: Journal of Clinical Oncology 38. URL: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32023153/ [abgerufen am 22.03.2021].
Bahlo, Nils/Fürstenberg, Indra/Drost, Michaela (2015): „muss der papa STREI:cheln?" – Modalkonstruktionen in interaktionalen Trostprozessen mit Kleinkindern. In: Bücker, Jörg/Günthner, Susanne/Imo, Wolfgang (Hrsg.): Konstruktionsgrammatik V. Konstruktionen im Spannungsfeld von sequenziellen Mustern, kommunikativen Gattungen und Textsorten. Tübingen: Stauffenburg, 269–290.
Baines, Mary (2011): From pioneering days to implementation: lessons to be learnt. In: European Journal of Palliative Care 18 (5), 223–227.
Bakhtin, Mikhail (2010 [1986]): The Problem of Speech Genres. In: Bakhtin, Mikhail (Hrsg.): Speech Genres and Other Late Essays. 12. Auflage. Austin: University of Texas Press, 60–102.
Banerjee, Smita C./Manna, Ruth/Coyle, Nessa/Shen Johnson, Megan/Pehrson, Cassandra/Zaider, Talia/Hammonds, Stacey/Krueger, Carol A./Parker, Patricia A./Bylund, Carma L. (2016): Oncology nurses' communication challenges with patients and families: A qualitative study. In: Nurse Education in Practice 16 (1), 193–201.
Bardenheuer, Hubert J. (2012): Beginn des Sterbens aus palliativmedizinischer Sicht. In: Anderheiden, Michael/Eckart, Wolfgang U. (Hrsg.): Handbuch Sterben und Menschenwürde. Berlin/Boston: de Gruyter, 87–91.
Barnes, Rebecca K. (2007): Formulations and the facilitation of common agreement in meetings talk. In: Text & Talk 27 (3), 273–296.
Barnes, Rebecca K. (2018): Preliminaries to Treatment Recommendations in UK Primary Care. A Vehicle for Shared Decision Making? In: Health Communication 33, 1366–1376.
Barnes, Rebecca K. (2019): Conversation Analysis of Communication in Medical Care: Description and Beyond. In: Research on Language and Social Interaction 52 (3), 300–315.
Barrere, Cynthia C. (2007): Discourse Analysis of Nurse-Patient Communication in a Hospital Setting. In: Journal for Nurses in Staff Development 23 (3), 114–122.
Barrows, Howard S./Pickell, Garfield C. (1991): Developing Clinical Problem-Solving Skills. A Guide to More Effective Diagnosis and Treatment. New York: Norton.
Barske, Tobias (2009): Same Token, Different Actions: A Conversation Analytic Study of Social Roles, Embodied Actions, and *ok* in German Business Meetings. In: Journal of Business Communication 46 (1), 120–149.
Barske, Tobias/Golato, Andrea (2010): German *so*: Managing sequence and action. In: Text & Talk 30 (3), 245–266.
Bartholomeyczik, Sabine (2005): Nachdenken über Sprache – Professionalisierung der Pflege? In: Abt-Zegelin, Angelika/Schnell, Martin W. (Hrsg.): Sprache und Pflege. 2., vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage. Bern: Huber, 19–29.
Bartholomeyczik, Sabine (2017): Zur Entwicklung der Pflegewissenschaft in Deutschland – eine schwere Geburt. In: Pflege & Gesellschaft 22 (2), 101–118.
Bartholomeyczik, Sabine (2021): Pflegetheorie: Bedeutung für Praxis und Gesundheitspolitik. In: Pundt, Johanne/Rosentreter, Michael (Hrsg.): Pflege dynamisch vorwärtsgerichtet. Aktuelle Tendenzen. Bremen: Apollon University Press, 31–55.
Barth-Weingarten, Dagmar (2002): Weil die Hälfte eben erst die Hälfte ist – zur prosodischen Gestaltung als Projektionsmittel bei konzessiven Konstruktionen im Englischen. In: Zeitschrift für Angewandte Linguistik 37, 77–105.

Barth-Weingarten, Dagmar (2003): Zur (Aus-)Nutzung konzessiver Konstruktionen in radio interviews. Eine qualitativ-quantitative Untersuchung zur Kontextabhängigkeit von Äußerungen. In: Gesprächsforschung – Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion 4, 251–281.

Barth-Weingarten, Dagmar (2006a): *fuzzy boundaries* – Überlegungen zu einer Grammatik der gesprochenen Sprache nach konversationsanalytischen Kriterien. In: Deppermann, Arnulf/Fiehler, Reinhard/Spranz-Fogasy, Thomas (Hrsg.): Grammatik und Interaktion. Untersuchungen zum Zusammenhang von grammatischen Strukturen und Gesprächsprozessen. Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung, 67–93.

Barth-Weingarten, Dagmar (2006b): Prozess und Resultat von Argumentationen: Die Habitate unterschiedlicher konzessiver Konstruktionen. In: Deppermann, Arnulf/Hartung, Martin (Hrsg.): Argumentieren in Gesprächen. Gesprächsanalytische Studien. 2. Auflage. Tübingen: Stauffenburg, 145–162.

Bauer, Nathalie (i. V.): Empathie in medizinischen Interaktionen – eine gesprächsanalytische Untersuchung. Dissertation: Westfälische Wilhelms-Universität Münster.

Bauer, Nathalie/Buck, Isabella (2021): „nur dass sie_s mal geHÖRT ham;" – Eine Konstruktion zum Zwecke des Wissensmanagements in medizinischen Interaktionen. In: Iakushevich, Marina/Ilg, Yvonne/Schnedermann, Theresa (Hrsg.): Linguistik und Medizin. Sprachwissenschaftliche Zugänge und interdisziplinäre Perspektiven. Berlin/Boston: de Gruyter, 93–112.

Bauer, Nathalie/Lanwer, Jens P. (i. V.): „is ja nIch so dass es VÖLlig außer reichweite wäre" – Zum Management von *common ground* mit *nicht so dass*.

Bausewein, Claudia (2005): Symptome in der Terminalphase. In: Der Onkologe 11 (4), 420–426.

Bayer, Klaus (1981): Einige Aspekte des Sprechhandlungstyps ‚Erklären'. In: Deutsche Sprache 9, 25–43.

Beach, Wayne A. (1993): Transitional regularities for ‚casual' „Okay" usages. In: Journal of Pragmatics 19 (4), 325–352.

Beach, Wayne A. (1995): Conversation Analysis: „Okay" as a Clue for Understanding Consequentiality. In: Sigman, Stuart J. (Hrsg.): The Consequentiality of Communication. London: Routledge, 121–162.

Beach, Wayne A. (2014): Managing hopeful moments. Initiating and responding to delicate concerns about illness and health. In: Hamilton, Heidi E./Chou, Wen-Ying Sylvia (Hrsg.): The Routledge Handbook of Language and Health Communication. London/New York: Routledge, 459–476.

Beach, Wayne A./Anderson, Jennifer K. (2003): Communication and Cancer? Part II: Conversation Analysis. In: Journal of Psychological Oncology 21 (4), 1–22.

Beach, Wayne A./Dozier, David M. (2015): Fears, Uncertainties, and Hopes. Patient-Initiated Actions and Doctors' Responses During Oncology Interviews. In: Journal of Health Communication 20 (11), 1243–1254.

Beach, Wayne A./Easter, David W./Good, Jeffrey S./Pigeron, Elisa (2005): Disclosing and responding to cancer „fears" during oncology interviews. In: Social Science & Medicine 60 (4), 893–910.

Becker, Maria (2015): Ärztliche Empfehlungen in Therapieplanungsgesprächen. Eine gesprächsanalytische Untersuchung. Mannheim: Verlag für Gesprächsforschung.

Becker, Maria/Spranz-Fogasy, Thomas (2017): Empfehlen und Beraten: Ärztliche Empfehlungen im Therapieplanungsprozess. In: Pick, Ina (Hrsg.): Beraten in Interaktion. Eine gesprächslinguistische Typologie des Beratens. Frankfurt am Main u. a.: Lang, 163–184.

Begemann-Deppe, Monika (1978): Sprechverhalten und Thematisierung von Krankheitsinformation im Rahmen von Stationsvisiten. Dissertation: Albert-Ludwigs-Universität zu Freiburg im Breisgau.

Belan, Dina/Schiller, Carina (2016): Helfen ohne zu heilen. Berufsbedingte Belastungen und Bewältigungsstrategien von Palliativpflegekräften. München/Mering: Hampp.

Benkel, Inger/Wijk, Helle/Molander, Ulla (2014): Challenging conversations with terminally ill patients and their loved ones: Strategies to improve giving information in palliative care. In: SAGE Open Medicine 2. URL: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4607190/ [abgerufen am 26.03.2021].

Berg, Melissa N./Ngune, Irene/Schofield, Penelope/Grech, Lisa/Juraskova, Ilona/Strasser, Michelle/Butt, Zoe/Halkett, Georgia K. B. (2021): Effectiveness of online communication skills training for cancer and palliative care health professionals: A systematic review. In: Psycho-Oncology. URL: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33909328/ [abgerufen am 04.05.2021].

Bergmann, Jörg R. (1981): Ethnomethodologische Konversationsanalyse. In: Schröder, Peter/Steger, Hugo (Hrsg.): Dialogforschung. Jahrbuch 1980 des Instituts für Deutsche Sprache. Düsseldorf: Schwann, 9–51.

Bergmann, Jörg R. (1982): Schweigephasen im Gespräch – Aspekte ihrer interaktiven Organisation. In: Soeffner, Hans-Georg (Hrsg.): Beiträge zu einer empirischen Sprachsoziologie. Tübingen: Narr, 143–184.

Bergmann, Jörg R. (1988): Ethnomethodologie und Konversationsanalyse. Kurseinheit 1. Studienbrief der Fernuniversität Hagen. Hagen: Fernuniversität Hagen.

Bergmann, Jörg R. (1990): On the local sensitivity of conversation. In: Markovà, Ivana/Foppa, Klaus (Hrsg.): The Dynamics of Dialogue. New York u. a.: Harvester Wheatsheaf, 201–226.

Bergmann, Jörg R. (1999): Diskrete Exploration: Über die moralische Sinnstruktur eines psychiatrischen Frageformats. In: Bergmann, Jörg R./Luckmann, Thomas (Hrsg.): Kommunikative Konstruktion von Moral. Band 2: Von der Moral zu den Moralen. Opladen/Wiesbaden: Westdeutscher Verlag, 169–190.

Bergmann, Jörg R. (2010a): Ethnomethodologie. In: Flick, Uwe/Kardorff, Ernst von/Steinke, Ines (Hrsg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. 8. Auflage. Reinbek: Rowohlt, 118–135.

Bergmann, Jörg R. (2010b): Harold Garfinkel und Harvey Sacks. In: Flick, Uwe/Kardorff, Ernst von/Steinke, Ines (Hrsg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. 8. Auflage. Reinbek: Rowohlt, 51–62.

Bergmann, Jörg R. (2014): Der Fall als epistemisches Objekt. In: Bergmann, Jörg R./Dausendschön-Gay, Ulrich/Oberzaucher, Frank (Hrsg.): "Der Fall". Studien zur epistemischen Praxis professionellen Handelns. Bielefeld: transcript, 423–440.

Bergmann, Jörg R./Luckmann, Thomas (Hrsg.) (1999a): Kommunikative Konstruktion von Moral. Band 1: Struktur und Dynamik der Formen moralischer Kommunikation. Opladen/Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.

Bergmann, Jörg R./Luckmann, Thomas (Hrsg.) (1999b): Kommunikative Konstruktion von Moral. Band 2: Von der Moral zu den Moralen. Opladen/Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.

Bernatzky, Günther/Sittl, Reinhard/Likar, Rudolf (Hrsg.) (2012): Schmerzbehandlung in der Palliativmedizin. 3., erweiterte und überarbeitete Auflage. Wien/New York: Springer.

Betsch, Cornelia/Schmid, Philipp (2013): Angst essen Impfbereitschaft auf? Der Einfluss kognitiver und affektiver Faktoren auf die Risikowahrnehmung im Ausbruchsgeschehen. In: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 56, 124–130.

Betz, Emma (2017): Diskursmarker aus konversationsanalytischer Sicht: Prosodisch integriertes *ja* am Beginn von responsiven Turns. In: Blühdorn, Hardarik/Deppermann, Arnulf/Helmer, Henrike/Spranz-Fogasy, Thomas (Hrsg.): Diskursmarker im Deutschen. Reflexionen und Analysen. Göttingen: Verlag für Gesprächsforschung, 183–206.

Betz, Emma/Deppermann, Arnulf (2018): Indexing Priority of Position: *Eben* as Response Particle in German. In: Research on Language and Social Interaction 51 (2), 171–193.

Betz, Emma/Taleghani-Nikazm, Carmen/Drake, Veronika/Golato, Andrea (2013): Third-Position Repeats in German: The Case of Repair- and Request-for-Information Sequences. In: Gesprächsforschung – Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion 14, 133–166.

Billings, J. Andrew (1998): What is Palliative Care? In: Journal of Palliative Medicine 1 (1), 73–81.

Bilmes, Jack (1985): „Why That Now?" Two Kinds of Conversational Meaning. In: Discourse Processes 8 (3), 319–355.

Birkner, Karin (2013): Erzählfragmente. Narrative Funktionalisierungen zur Lösung der schweren Beschreibbarkeit von Schmerzempfindungen. In: Hartung, Martin/Deppermann, Arnulf (Hrsg.): Gesprochenes und Geschriebenes im Wandel der Zeit. Festschrift für Johannes Schwitalla. Mannheim: Verlag für Gesprächsforschung, 82–98.

Birkner, Karin/Burbaum, Christina (2016): Nichtwissen als interaktive Ressource in Therapiegesprächen. In: Groß, Alexandra/Harren, Inga (Hrsg.): Wissen in institutioneller Interaktion. Frankfurt am Main u. a.: Lang, 83–112.

Bitschnau, Karl/Heimerl, Katharina (2013): Ums Leben kämpfen und trotzdem genießen – die Perspektive von Patienten und Angehörigen auf der Palliativstation. In: Zeitschrift für Palliativmedizin 14 (6), 268–275.

Black, Anne/McGlinchey, Tamsin/Gambles, Maureen/Ellershaw, John/Mayland, Catriona R. (2018): The ‚lived experience' of palliative care patients in one acute hospital setting – a qualitative study. In: BMC Palliative Care 17 (91). URL: https://bmcpalliatcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12904-018-0345-x [abgerufen am 26.10.2020].

Blackford, Jeanine/Street, Annette F. (2016): Advance Care Planning. In: Wittenberg, Elaine/Ferrell, Betty R./Goldsmith, Jay/Smith, Thomas/Ragan, Sandra L./Glajchen, Myra/Handzo, George F. (Hrsg.): Textbook of Palliative Care Communication. Oxford/New York: Oxford University Press, 284–293.

Bliesener, Thomas (1980): Erzählen unerwünscht. Erzählversuche von Patienten in der Visite. In: Ehlich, Konrad (Hrsg.): Erzählen im Alltag. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 143–178.

Bliesener, Thomas (1982): Die Visite – ein verhinderter Dialog. Initiativen von Patienten und Abweisungen durch das Personal. Tübingen: Narr.

Bliesener, Thomas/Köhle, Karl (1986): Die ärztliche Visite. Chance zum Gespräch. Opladen: Westdeutscher Verlag.

Blühdorn, Hardarik (2019): Modalpartikeln und Akzent im Deutschen. In: Linguistische Berichte 259, 276–317.

Blühdorn, Hardarik/Foolen, Ad/Loureda, Óscar (2017): Diskursmarker: Begriffsgeschichte – Theorie – Beschreibung. Ein bibliographischer Überblick. In: Blühdorn, Hardarik/Deppermann, Arnulf/Helmer, Henrike/Spranz-Fogasy, Thomas

(Hrsg.): Diskursmarker im Deutschen. Reflexionen und Analysen. Göttingen: Verlag für Gesprächsforschung, 7–47.
Bochenski, Joseph M. (1974): An analysis of authority. In: Adelmann, Frederick J. (Hrsg.): Authority. Den Haag: Nijhoff, 56–85.
Bolden, Galina B./Angell, Beth (2017): The Organization of the Treatment Recommendation Phase in Routine Psychiatric Visits. In: Research on Language and Social Interaction 50 (2), 151–170.
Bourdieu, Pierre (1976): Entwurf einer Theorie der Praxis. Auf der ethnologischen Grundlage der kabylischen Gesellschaft. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
Bourdieu, Pierre (1985): Sozialer Raum und ‚Klassen'. Leçon sur la leçon. Zwei Vorlesungen. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
Bourdieu, Pierre (1987): Sozialer Sinn. Kritik der theoretischen Vernunft. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
Bourdieu, Pierre (1993): The Field of Cultural Production. Essays on Art and Literature. New York: Columbia University Press.
Bourdieu, Pierre (1998): Praktische Vernunft. Zur Theorie des Handelns. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
Boyd, Elizabeth/Heritage, John (2006): Taking the history: questioning during comprehensive history-taking. In: Maynard, Douglas W./Heritage, John (Hrsg.): Communication in Medical Care. Interaction Between Primary Care Physicians and Patients. Cambridge: Cambridge University Press, 151–184.
Brazil, Kevin/Kassalainen, Sharon/Ploeg, Jenny/Marshall, Denise (2010): Moral distress experienced by health care professionals who provide home-based palliative care. In: Social Science & Medicine 71 (9), 1687–1691.
Bredel, Ursula (1999): Erzählen im Umbruch. Studie zur narrativen Verarbeitung der „Wende" 1989. Tübingen: Stauffenburg.
Bredmar, Margareta/Linell, Per (1999): Reconfirming normality: The constitution of reassurance in talks between midwives and expectant mothers. In: Sarangi, Srikant/Roberts, Celia (Hrsg.): Talk, Work, and Institutional Order. Discourse in Medical, Mediation, and Management Settings. Berlin/New York: de Gruyter, 237–270.
Breindl, Eva (2007): Intensitätspartikeln. In: Hoffmann, Ludger (Hrsg.): Handbuch der deutschen Wortarten. Berlin/New York: de Gruyter.
Brighton, Lisa J./Bristowe, Katherine (2016): Communication in palliative care: talking about the end of life, before the end of life. In: Postgraduate Medical Journal 92, 466–470.
Brighton, Lisa J./Koffman, Jonathan/Hawkins, Amy/McDonald, Christine/O' Brien, Suzanne/Robinson, Vicky/Khan, Shaheen A./George, Rob/Higginson, Irene J./Selman, Lucy E. (2017): A Systematic Review of End-of-Life Care Communication Skills Training for Generalist Palliative Care Providers: Research Quality and Reporting Guidance. In: Journal of Pain and Symptom Management 54 (3), 417–425.
Brock, Alexander/Meer, Dorothee (2004): Macht – Hierarchie – Dominanz – A-/Symmetrie: Begriffliche Überlegungen zur kommunikativen Ungleichheit in institutionellen Gesprächen. In: Gesprächsforschung – Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion 5, 184–209.
Brünner, Gisela (2005): Gespräche zwischen Pflegenden und PatientInnen aus linguistischer Sicht. In: Abt-Zegelin, Angelika/Schnell, Martin W. (Hrsg.): Sprache und Pflege. 2., vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage. Bern: Huber, 61–66.
Buck, Isabella (2021): Kommunikative Kompetenz kultivieren. Transkriptarbeit in der Pflege. In: Die Schwester | Der Pfleger (3), 70–73.

Buck, Isabella/Schopf, Juliane (2021): Sprachliche Ressourcen zur Vorbereitung von Patientenentscheidungen in dienstleistungsorientierten medizinischen Settings. In: Iakushevich, Marina/Ilg, Yvonne/Schnedermann, Theresa (Hrsg.): Linguistik und Medizin. Sprachwissenschaftliche Zugänge und interdisziplinäre Perspektiven. Berlin/Boston: de Gruyter, 113–130.

Bücker, Jörg (2006): Bestehen Argumentationen aus Argumenten? In: Karnowski, Paweł/Szigeti, Imre (Hrsg.): Sprache und Sprachverarbeitung. Akten des 38. Linguistischen Kolloquiums in Piliscsaba 2003. Frankfurt am Main u. a.: Lang, 419–430.

Bücker, Jörg (2013): Position offerings in German radio phone-in talk shows. In: Journal of Pragmatics 45 (1), 29–49.

Bühler, Karl (1982 [1934]): Sprachtheorie. Die Darstellungsfunktion der Sprache. Stuttgart/New York: Fischer.

Bührig, Kristin (2009): Zur sprachlich-kommunikativen Realisierung von ‚Normalität' in der Arzt-Patienten-Kommunikation. In: Döhner, Hanneli/Kaupen-Haas, Heidrun/Knesebeck, Olaf von dem (Hrsg.): Medizinsoziologie in Wissenschaft und Praxis. Münster: LIT, 51–64.

Bührig, Kristin/Meyer, Bernd (2003): Die dritte Person: Der Gebrauch von Pronomina in gedolmetschten Aufklärungsgesprächen. In: Zeitschrift für Angewandte Linguistik 38, 205–235.

Bührig, Kristin/Meyer, Bernd (2009): Gespräche zwischen Patienten und Ärzten – Ein- und mehrsprachige Anamnesen im Krankenhaus. In: Klusen, Norbert/Fließgarten, Anja/Nebling, Thomas (Hrsg.): Informiert und selbstbestimmt. Der mündige Bürger als mündiger Patient. Baden-Baden: Nomos, 189–205.

Bundesagentur für Arbeit (2020): Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich. Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt. URL: https://statistik.arbeitsagentur.de/Statischer-Content/Arbeitsmarktberichte/Berufe/generische-Publikationen/Alten-pflege.pdf [abgerufen am 25.05.2020].

Bundesärztekammer (2011): Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung. In: Deutsches Ärzteblatt 108 (7), 346–348.

Bundesärztekammer (2020): Ergebnisse der Ärztestatistik zum 31. Dezember 2019. URL: https://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aerztestatistik/aerztestatistik-2019/ [abgerufen am 25.05.2020].

Bundesministerium für Bildung und Forschung (2017): Masterplan Medizinstudium 2020. URL: https://www.bmbf.de/de/masterplan-medizinstudium-2020-4024.html [abgerufen am 21.06.2021].

Bundesministerium für Gesundheit (2016): Hospiz- und Palliativgesetz. Bessere Versorgung schwerstkranker Menschen. URL: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Flyer_Poster_etc/Hospiz-_und_Palliativgesetz.pdf [abgerufen am 30.03.2021].

Busch, Albert/Spranz-Fogasy, Thomas (Hrsg.) (2015a): Handbuch Sprache in der Medizin. Berlin/Boston: de Gruyter.

Busch, Albert/Spranz-Fogasy, Thomas (2015b): Sprache in der Medizin. In: Felder, Ekkehard/Gardt, Andreas (Hrsg.): Handbuch Sprache und Wissen. Berlin/Boston: de Gruyter, 335–357.

Buscha, Joachim (1989): Lexikon deutscher Konjunktionen. Leipzig: VEB Verlag Enzyklopädie.

Buttny, Richard/Morris, G. H. (2001): Accounting. In: Robinson, Peter/Giles, Howard (Hrsg.): The New Handbook of Language and Social Psychology. Chichester: Wiley & Sons, 285–301.

Button, Graham/Casey, Neil (1985): Topic Nomination and Topic Pursuit. In: Human Studies 8 (1), 3–55.

Button, Graham/Casey, Neil (1988/89): Topic initiation: Business-at-Hand. In: Research on Language and Social Interaction 22, 61–92.

Button, Graham/Sharrock, Wes (2016): In support of conversation analysis' radical agenda. In: Discourse Studies 18 (5), 610–620.
Buxel, Holger (2011): Was Pflegekräfte unzufrieden macht. In: Deutsches Ärzteblatt 108 (17), 946–948.
Byrne, Patrick S./Long, Barrie E. (1976): Doctors Talking to Patients: A Study of the Verbal Behaviour of General Practitioners Consulting in Their Surgeries. London: Her Majesty's Stationery Office.
Candlin, Christopher N./Candlin, Sally (2003): Health Care Communication: A Problematic Site For Applied Linguistic Research. In: Annual Review of Applied Linguistics 23, 134–154.
Chappell, Paul/Toerien, Merran/Jackson, Claire/Reuber, Markus (2018): Following the Patient' s Orders? Recommending vs. Offering Choice in Neurology Outpatient Consultations. In: Social Science & Medicine 205, 8–16.
Charles, Cathy/Gafni, Amiram/Whelan, Tim (1997): Shared decision-making in the medical encounter: What does it mean? (or it takes at least two to tango). In: Social Science & Medicine 44 (5), 681–692.
Chatwin, John/Kennedy, Anne/Firth, Adam/Povey, Andrew/Rogers, Anne/Sanders, Caroline (2014): How potentially serious symptom changes are talked about and managed in COPD clinical review consultations: a micro-analysis. In: Social Science & Medicine 113, 120–136.
Chevalier, Fabienne H./Moore, John (2015a): Producing and managing restricted activities. An introduction to avoidance and withholding in institutional interaction. In: Chevalier, Fabienne H./Moore, John (Hrsg.): Producing and Managing Restricted Activities. Avoidance and Withholding in Institutional Interaction. Amsterdam/Philadelphia: Benjamins, 1–43.
Chevalier, Fabienne H./Moore, John (Hrsg.) (2015b): Producing and Managing Restricted Activities. Avoidance and Withholding in Institutional Interaction. Amsterdam/Philadelphia: Benjamins.
Chou, Wen-Ying Sylvia/Hamel, Lauren M./Thai, Chan L./Debono, David/Chapman, Robert A./Albrecht, Terrance L./Penner, Louis A./Eggly, Susan (2017): Discussing prognosis and treatment goals with patients with advanced cancer: A qualitative analysis of oncologists' language. In: Health Expectations 20 (5), 1073–1080.
Christakis, Nicholas A. (1999): Death foretold. Prophecy and prognosis in medical care. Chicago: University of Chicago Press.
Christmann, Gabriela B./Günthner, Susanne (1996): Sprache und Affekt. Die Inszenierung von Entrüstungen im Gespräch. In: Deutsche Sprache 24 (1), 1–33.
Christmann, Gabriela B./Günthner, Susanne (1999): Entrüstung: Moral mit Affekt. In: Bergmann, Jörg R./Luckmann, Thomas (Hrsg.): Kommunikative Konstruktion von Moral. Band 1: Struktur und Dynamik der Formen moralischer Kommunikation. Opladen/Wiesbaden: Westdeutscher Verlag, 242–274.
Cicourel, Aaron V. (1987): The Interpenetration of Communicative Contexts: Examples from Medical Encounters. In: Social Psychology Quarterly 50 (2), 217–226.
Clark, David (2007): From margins to centre: a review of the history of palliative care in cancer. In: The Lancet Oncology 8 (5), 430–438.
Clark, Herbert H. (1996): Using Language. Cambridge: Cambridge University Press.
Clark, Herbert H./Brennan, Susan E. (1991): Grounding in Communication. In: Resnick, Lauren B./Levine, John M./Teasley, Stephanie D. (Hrsg.): Perspectives on Socially Shared Cognition. Washington, D.C.: American Psychological Association, 127–149.
Clark, Herbert H./Carlson, Thomas B. (1982): Hearers and Speech Acts. In: Language 58 (2), 332–373.

Clark, Herbert H./Gerrig, Richard J. (1990): Quotations as Demonstrations. In: Language 66 (4), 767–805.

Clark, Herbert H./Marshall, Catherine R. (1981): Definite reference and mutual knowledge. In: Joshi, Aravind K./Webber, Bonnie L./Sag, Ivan A. (Hrsg.): Elements of Discourse Understanding. Cambridge u. a.: Cambridge University Press, 10–63.

Clayman, Steven E. (2002): Sequence and Solidarity. In: Thye, Shane R./Lawler, Edward J. (Hrsg.): Group Cohesion, Trust and Solidarity. Bingley: Emerald, 229–253.

Clayman, Steven E./Heritage, John/Elliott, Marc N./McDonald, Laurie L. (2007): When does the watchdog bark? Conditions of aggressive questioning in presidential news conferences. In: American Sociological Review 72, 23–41.

Clayman, Steven E./Maynard, Douglas W. (1994): Ethnomethodology and Conversation Analysis. In: ten Have, Paul/Psathas, George (Hrsg.): Situated Order. Studies in the Social Organization of Talk and Embodied Activities. Washington, DC: University Press of America, 1–30.

Clemens, Katri E./Klaschik, Eberhard (2007): Übelkeit, Erbrechen und Obstipation in der palliativen Situation. In: Deutsches Ärzteblatt 104 (5), 269–278.

Clift, Rebecca (2007): Getting there first: non-narrative reported speech in interaction. In: Holt, Elizabeth/Clift, Rebecca (Hrsg.): Reporting Talk. Reported Speech In Interaction. Cambridge: Cambridge University Press, 120–149.

Clift, Rebecca/Raymond, Chase W. (2018): Actions in practice: On details in collections. In: Discourse Studies 20 (1), 90–119.

Cock, Barbara de (2014): Profiling Discourse Participants. Forms and functions in Spanish conversation and debates. Amsterdam/Philadelphia: Benjamins.

Cole, Lindsay/Turnbull, Deborah/Dahlen, Hannah (2020): How are decisions made to access a planned epidural in labour? Midwife-woman interactions in antenatal consultations. In: Midwifery 82. URL: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0266613819303092?via%3Dihub [abgerufen am 06.04.2021].

Collins, Anna/McLachlan, Sue-Anne/Philip, Jennifer (2018): Communication about palliative care: A phenomenological study exploring patient views and responses to its discussion. In: Palliative Medicine 32 (1), 133–142.

Collins, Sarah (2005): Explanations in consultations: the combined effectiveness of doctors' and nurses' communication with patients. In: Medical Education 39 (8), 785–796.

Collins, Sarah/Drew, Paul/Watt, Ian/Entwistle, Vikki (2005): ‚Unilateral' and ‚bilateral' practitioner approaches in decision-making about treatment. In: Social Science & Medicine 61 (12), 2611–2627.

Cortez, Dagoberto/Maynard, Douglas W./Campbell, Toby C. (2019): Creating space to discuss end-of-life issues in cancer care. In: Patient Education and Counseling 102, 216–222.

Costello, Brian A./Roberts, Felicia (2001): Medical Recommendations as Joint Social Practice. In: Health Communication 13 (3), 241–260.

Couper-Kuhlen, Elizabeth (2004): Prosody and sequence organization in English conversation: The case of new beginnings. In: Couper-Kuhlen, Elizabeth/Ford, Cecilia E. (Hrsg.): Sound Patterns in Interaction. Cross-linguistic studies from conversation. Amsterdam/Philadelphia: Benjamins, 335–376.

Couper-Kuhlen, Elizabeth (2012a): Exploring Affiliation in the Reception of Conversational Complaint Stories. In: Peräkylä, Anssi/Sorjonen, Marja-Leena (Hrsg.): Emotion in Interaction. Oxford: Oxford University Press, 113–146.

Couper-Kuhlen, Elizabeth (2012b): Some truths and untruths about final intonation in conversational questions. In: de Ruiter, Jan P. (Hrsg.): Questions. Formal, Functional and Interactional Perspectives. Cambridge: Cambridge University Press, 123–145.

Couper-Kuhlen, Elizabeth (2014): What does grammar tell us about action? In: Pragmatics 24 (3), 623–647.

Couper-Kuhlen, Elizabeth (2016): A sequential approach to affect: The case of ‚disappointment'. In: Haakana, Markku/Laakso, Minna/Lindström, Jan (Hrsg.): Talk in Interaction. Comparative Dimensions. Helsinki: Finnish Literature Society, 94–123.

Couper-Kuhlen, Elizabeth/Etelämäki, Marja (2017): Linking clauses for linking actions: Transforming requests and offers into joint ventures. In: Laury, Ritva/Etelämäki, Marja/Couper-Kuhlen, Elizabeth (Hrsg.): Linking Clauses and Actions in Social Interaction. Helsinki: Finnish Literature Society, 175-200.

Couper-Kuhlen, Elizabeth/Selting, Margret (2001): Introducing Interactional Linguistics. In: Selting, Margret/Couper-Kuhlen, Elizabeth (Hrsg.): Studies in Interactional Linguistics. Amsterdam/Philadelphia: Benjamins, 1–22.

Couper-Kuhlen, Elizabeth/Selting, Margret (2018a): Interactional Linguistics. Studying Language in Social Interaction. Cambridge u. a.: Cambridge University Press.

Couper-Kuhlen, Elizabeth/Selting, Margret (2018b): Interactional Linguistics. Studying Language in Social Interaction. Online-Chapter C. Stance and Footing. Cambridge u. a.: Cambridge University Press.

Couper-Kuhlen, Elizabeth/Thompson, Sandra A. (1999): On the Concessive Relation in Conversational English. In: Neumann, Fritz-Wilhelm/Schülting, Sabine (Hrsg.): Anglistentag 1998 Erfurt. Proceedings. Trier: Wissenschaftlicher Verlag Trier, 29–39.

Couper-Kuhlen, Elizabeth/Thompson, Sandra A. (2000): Concessive patterns in conversation. In: Couper-Kuhlen, Elizabeth/Kortmann, Bernd (Hrsg.): Cause – Condition – Concession – Contrast. Cognitive and Discourse Perspectives. Berlin/New York: de Gruyter, 381–410.

Coupland, Justine/Coupland, Nikolas/Robinson, Jeffrey D. (1992): „How are you?": Negotiating phatic communion. In: Language in Society 21 (2), 207–230.

Coupland, Nikolas/Coupland, Justine/Giles, Howard (1991): Language, Society and the Elderly. Discourse, Identity and Ageing. Oxford: Blackwell.

Cunningham, Shannon (2012): Physicians' Questions and a Palliative Patient's Answers Regarding Physical Pain: A Conversation Analytic Approach. Dissertation: The University of Guelph. URL: https://atrium.lib.uoguelph.ca/xmlui/bitstream/handle/10214/3891/Shannon%20Cunningham%20Dissertation%20Final%20Copy%20August%202012.pdf?sequence=1 [abgerufen am 25.09.2020].

Curl, Traci S. (2006): Offers of assistance: Constraints on syntactic design. In: Journal of Pragmatics 38 (8), 1257–1280.

Curl, Traci S./Drew, Paul (2008): Contingency and Action: A Comparison of Two Forms of Requesting. In: Research on Language and Social Interaction 41 (2), 129–153.

Dahlin, Constance M. (2016): Communication in Palliative Nursing. In: Wittenberg, Elaine/Ferrell, Betty R./Goldsmith, Jay/Smith, Thomas/Ragan, Sandra L./Glajchen, Myra/Handzo, George F. (Hrsg.): Textbook of Palliative Care Communication. Oxford/New York: Oxford University Press, 54–62.

Dancygier, Barbara/Sweetser, Eve (1996): Conditionals, Distancing, and Alternative Spaces. In: Goldberg, Adele (Hrsg.): Conceptual Structure, Discourse and Language. Cambridge: Cambridge University Press, 83-98.

Dancygier, Barbara/Sweetser, Eve (2005): Mental Spaces in Grammar. Conditional Constructions. Cambridge: Cambridge University Press.

Dannerer, Monika (1999): Besprechungen im Betrieb. Empirische Analysen und didaktische Perspektiven. München: Iudicium.

d' Avis, Franz (2013): Normalität und Sprache – Normalvorstellungen und ihre Rolle in bestimmten Konstruktionen des Deutschen. Unveröffentlichte Habilitationsschrift.

d' Avis, Franz (2016): Einleitung – Normalvorstellungen und Sprache. In: d' Avis, Franz/Lohnstein, Horst (Hrsg.): Normalität in der Sprache. Hamburg: Buske, 7–35.

Del Piccolo, Lidia/de Haes, Hanneke C./Heaven, Cathy/Jansen, Jesse/Verheul, William/Bensing, Jozien/Bergvik, Svein/Deveugele, Myriam/Eide, Hilde/Fletcher, Ian/Goss, Claudia/Humphris, Gerry/Kim, Young-Mi/Langewitz, Wolf/Mazzi, Maria Angela/Mjaaland, Trond/Moretti, Francesca/Nübling, Matthias/Rimondini, Michela/Salmon, Peter/Sibbern, Tonje/Skre, Ingunn/van Dulmen, Sandra/Wissow, Larry/Young, Bridget/Zandbelt, Linda/Zimmermann, Christa/Finset, Arnstein (2011): Development of the Verona coding definitions of emotional sequences to code health providers' responses (VR-CoDES-P) to patient cues and concerns. In: Patient Education and Counseling 82 (2), 149–155.

Deppermann, Arnulf (2000): Ethnographische Gesprächsanalyse: Zu Nutzen und Notwendigkeit von Ethnographie für die Konversationsanalyse. In: Gesprächsforschung – Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion 1, 96–124.

Deppermann, Arnulf (2001): Gesprächsanalyse als explikative Konstruktion – Ein Plädoyer für eine reflexive ethnomethodologische Gesprächsanalyse. In: Iványi, Zsuzsanna/Kertész, András (Hrsg.): Gesprächsforschung. Tendenzen und Perspektiven. Frankfurt am Main u. a.: Lang, 43–73.

Deppermann, Arnulf (2003): Wenn Semantik zum praktischen Problem wird: Divergierende Schmerzkonzepte von Ärztin und Patientin in der psychosomatischen Exploration. In: Psychotherapie & Sozialwissenschaft 5 (3), 165–181.

Deppermann, Arnulf (2006): Desiderata einer gesprächsanalytischen Argumentationsforschung. In: Deppermann, Arnulf/Hartung, Martin (Hrsg.): Argumentieren in Gesprächen. Gesprächsanalytische Studien. 2. Auflage. Tübingen: Stauffenburg, 10–26.

Deppermann, Arnulf (2007): Grammatik und Semantik aus gesprächsanalytischer Sicht. Berlin/New York: de Gruyter.

Deppermann, Arnulf (2008): Gespräche analysieren. Eine Einführung. 4. Auflage. Wiesbaden: VS.

Deppermann, Arnulf (2009): Verstehensdefizit als Antwortverpflichtung: Interaktionale Eigenschaften der Modalpartikel *denn* in Fragen. In: Günthner, Susanne/Bücker, Jörg (Hrsg.): Grammatik im Gespräch. Konstruktionen der Selbst- und Fremdpositionierung. Berlin/New York: de Gruyter, 23–56.

Deppermann, Arnulf (2010): Konversationsanalyse und diskursive Psychologie. In: Mey, Günter/Mruck, Katja (Hrsg.): Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie. Wiesbaden: VS, 643–661.

Deppermann, Arnulf (2014a): „Don' t get me wrong": Recipient design by using negation to constrain an action' s interpretation. In: Günthner, Susanne/Imo, Wolfgang/Bücker, Jörg (Hrsg.): Grammar and Dialogism. Sequential, Syntactic, and Prosodic Patterns between Emergence and Sedimentation. Berlin/Boston: de Gruyter, 15–51.

Deppermann, Arnulf (2014b): Konversationsanalyse: Elementare Interaktionsstrukturen am Beispiel der Bundespressekonferenz. In: Staffeldt, Sven/Hagemann, Jörg (Hrsg.): Pragmatiktheorien. Analysen im Vergleich. Tübingen: Stauffenburg, 19–47.

Deppermann, Arnulf (2015): Agency in Erzählungen über Gewalterfahrungen in Kindheit und Jugend. Sprachliche Praktiken der Zuschreibung von Schuld und Verantwortung an Täter und Opfer. In: Scheidt, Carl E./Lucius-Hoene, Gabriele/Stukenbrock, Anja/Waller, Elisabeth (Hrsg.): Narrative Bewältigung von Trauma und Verlust. Stuttgart: Schattauer, 64–75.

Deppermann, Arnulf (2018): Wissen im Gespräch: Voraussetzung und Produkt, Gegenstand und Ressource. In: Birkner, Karin/Janich, Nina (Hrsg.): Handbuch Text und Gespräch. Berlin/Boston: de Gruyter, 104–142.

Deppermann, Arnulf/Blühdorn, Hardarik (2013): Negation als Verfahren des Adressenzuschnitts: Verstehenssteuerung durch Interpretationsrestriktionen. In: Deutsche Sprache 41 (1), 6–30.

Deppermann, Arnulf/Feilke, Helmuth/Linke, Angelika (Hrsg.) (2016a): Sprachliche und kommunikative Praktiken. Berlin/Boston: de Gruyter.

Deppermann, Arnulf/Feilke, Helmuth/Linke, Angelika (2016b): Sprachliche und kommunikative Praktiken: Eine Annäherung aus linguistischer Sicht. In: Deppermann, Arnulf/Feilke, Helmuth/Linke, Angelika (Hrsg.): Sprachliche und kommunikative Praktiken. Berlin/Boston: de Gruyter.

Deppermann, Arnulf/Hartung, Martin (Hrsg.) (2006): Argumentieren in Gesprächen. Gesprächsanalytische Studien. 2. Auflage. Tübingen: Stauffenburg.

Deppermann, Arnulf/Helmer, Henrike (2013): Zur Grammatik des Verstehens im Gespräch. Inferenzen anzeigen und Handlungskonsequenzen ziehen mit *also* und *dann*. In: Zeitschrift für Sprachwissenschaft 32 (1), 1–39.

Deppermann, Arnulf/Schmitt, Reinhold (2008): Verstehensdokumentationen: Zur Phänomenologie von Verstehen in der Interaktion. In: Deutsche Sprache 36 (3), 220–245.

Deppermann, Arnulf/Spranz-Fogasy, Thomas (2011): Doctors' Questions as Displays of Understanding. In: Communication & Medicine 8 (2), 111–122.

Deutscher Hospiz- und Palliativverband e. V. (2021): Zahlen und Fakten. URL: https://www.dhpv.de/zahlen_daten_fakten.html [abgerufen am 22.06.2021].

Diewald, Gabriele (1999): Die Modalverben im Deutschen. Grammatikalisierung und Polyfunktionalität. Tübingen: Niemeyer.

Dillon, Patrick J./Roscoe, Lori A. (2016): Qualitative Communication Research. In: Wittenberg, Elaine/Ferrell, Betty R./Goldsmith, Jay/Smith, Thomas/Ragan, Sandra L./Glajchen, Myra/Handzo, George F. (Hrsg.): Textbook of Palliative Care Communication. Oxford/New York: Oxford University Press, 399–407.

Dittmar, Norbert (2002): Lakmustest für funktionale Beschreibungen am Beispiel von *auch* (Fokuspartikel, FP), *eigentlich* (Modalpartikel, MP) und *also* (Diskursmarker, DM). In: Fabricius-Hansen, Cathrine/Leirbukt, Oddleif/Letnes, Ole (Hrsg.): Modus, Modalverben, Modalpartikeln. Trier: Wissenschaftlicher Verlag Trier, 142–177.

Dittmar, Norbert (2010): Zum Verhältnis von Form und (kommunikativer) Funktion in der mündlichen Rede am Beispiel des Konnektors *also*. In: Dittmar, Norbert/Bahlo, Nils (Hrsg.): Beschreibungen für gesprochenes Deutsch auf dem Prüfstand. Analysen und Perspektiven. Frankfurt am Main/New York: Lang, 99–135.

Drake, Veronika (2016): German questions and turn-final *oder*. In: Gesprächsforschung – Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion 17, 168–195.

Dreßke, Stefan (2007): Interaktionen zum Tode. Wie Sterben im Hospiz orchestriert wird. In: Gehring, Petra/Rölli, Marc/Saborowski, Maxine (Hrsg.): Ambivalenzen des Todes. Wirklichkeit des Sterbens und Todestheorien heute. Darmstadt: WBG, 77–101.

Dreßke, Stefan/Göckenjan, Gerd (2006): Neue Arzt-Patient-Verhältnisse in der Palliativversorgung. In: Rehberg, Karl-Siebert (Hrsg.): Soziale Ungleichheit, kulturelle

Unterschiede: Verhandlungen des 32. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie in München. Frankfurt am Main: Campus, 1976–1981.
Drew, Paul (1991): Asymmetries of knowledge in conversational interactions. In: Markovà, Ivana/Foppa, Klaus (Hrsg.): Asymmetries in Dialogue. Savage: Barnes & Noble Books, 21–48.
Drew, Paul (2002): Out of context: an intersection between domestic life and the workplace, as contexts for (business) talk. In: Language & Communication 22 (4), 477–494.
Drew, Paul (2003): Comparative Analysis of Talk-in-Interaction in Different Institutional Settings: A Sketch. In: Glenn, Phillip J./LeBaron, Curtis D./Mandelbaum, Jenny (Hrsg.): Studies in Language and Social Interaction. In Honor of Robert Hopper. Mahwah/London: Erlbaum, 293–308.
Drew, Paul (2005): Foreword: Applied Linguistics and Conversation Analysis. In: Richards, Keith J./Seedhouse, Paul (Hrsg.): Applying Conversation Analysis. Basingstoke: Palgrave Macmillan, xiv–xx.
Drew, Paul (2012): What Drives Sequences? In: Research on Language and Social Interaction 45 (1), 61–68.
Drew, Paul/Chatwin, John/Collins, Sarah (2001): Conversation analysis: a method for research into interactions between patients and health-care professionals. In: Health Expectations 4 (1), 58–70.
Drew, Paul/Heritage, John (1992): Analyzing talk at work. An introduction. In: Drew, Paul/Heritage, John (Hrsg.): Talk at work. Interaction in institutional settings. Cambridge: Cambridge University Press, 3–65.
Drew, Paul/Holt, Elizabeth (1998): Figures of speech: Figurative expressions and the management of topic transition in conversation. In: Language in Society 27 (4), 495–522.
Droste, Pepe/Günthner, Susanne (2020): „das mAchst du bestimmt AUCH du;": Zum Zusammenspiel syntaktischer, prosodischer und sequenzieller Aspekte syntaktisch desintegrierter *du*-Formate. In: Imo, Wolfgang/Lanwer, Jens P. (Hrsg.): Prosodie und Konstruktionsgrammatik. Berlin/Boston: de Gruyter, 75–110.
Du Bois, John W. (2007): The stance triangle. In: Englebretson, Robert (Hrsg.): Stancetaking in Discourse: Subjectivity, Evaluation, Interaction. Amsterdam/Philadelphia: Benjamins, 139–182.
Du Bois, John W./Kärkkäinen, Elise (2012): Taking a stance on emotion: affect, sequence, and intersubjectivity in dialogic interaction. In: Text & Talk 32 (4), 433–451.
Duden (2016): Die Grammatik. Unentbehrlich für richtiges Deutsch. 9., vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage. Berlin: Dudenverlag.
Dunphy, Janet (2014): Kommunikation mit Sterbenden. Praxishandbuch zur Palliative-Care-Kommunikation. Bern: Huber.
Ebrecht, Jörg/Hillebrandt, Frank (2004): Einleitung. Konturen einer soziologischen Theorie der Praxis. In: Ebrecht, Jörg/Hillebrandt, Frank (Hrsg.): Bourdieus Theorie der Praxis. Erklärungskraft – Anwendung – Perspektiven. 2., durchgesehene Auflage. Wiesbaden: VS.
Edwards, Derek (2005): Moaning, whinging and laughing: the subjective side of complaints. In: Discourse Studies 7 (1), 5–29.
Eggs, Frederike (2003): „Weiß sowieso jeder". Eine funktional-grammatische Analyse der Ausdrücke *sowieso, eh, ohnedies* und *ohnehin*. In: Hoffmann, Ludger (Hrsg.): Funktionale Syntax. Die pragmatische Perspektive. Berlin/New York: de Gruyter, 270–306.
Eggs, Frederike (2016): Das personale Indefinitum *man*. In: d' Avis, Franz/Lohnstein, Horst (Hrsg.): Normalität in der Sprache. Hamburg: Buske, 181–219.

Eggs, Frederike (2017): „Darf man fragen, wie alt Sie sind?" – Zu einigen ungewöhnlichen Formen der Selbst- und Fremdreferenz und ihren Funktionen. In: Ekinci, Yüksel/Montanari, Elke/Selmani, Lirim (Hrsg.): Grammatik und Variation. Festschrift für Ludger Hoffmann zum 65. Geburtstag. Heidelberg: Synchron, 67–81.

Ehlich, Konrad (1985): The Language of Pain. In: Theoretical Medicine 6, 177–187.

Ehmer, Oliver (2011): Imagination und Animation. Die Herstellung mentaler Räume durch animierte Rede. Berlin/New York: de Gruyter.

Ehrlich, Susan/Freed, Alice F. (2010): The Function of Questions in Institutional Discourse. An Introduction. In: Freed, Alice F./Ehrlich, Susan (Hrsg.): „Why Do You Ask?": The Function of Questions in Institutional Discourse. Oxford: Oxford University Press, 3–19.

Eisenberg, Peter (2013): Der Satz. Grundriss der deutschen Grammatik. 4., aktualisierte und überarbeitete Auflage. Stuttgart/Weimar: Metzler.

Ekberg, Katie/LeCouteur, Amanda (2015): Clients' resistance to therapists' proposals: Managing epistemic and deontic status. In: Journal of Pragmatics 90, 12–25.

Ekberg, Katie/LeCouteur, Amanda (2020): Clients' Resistance to Therapists' Proposals: Managing Epistemic and Deontic Status in Cognitive Behavioral Therapy Sessions. In: Lindholm, Camilla/Stevanovic, Melisa/Weiste, Elina (Hrsg.): Joint Decision Making in Mental Health. An Interactional Approach. London: Palgrave Macmillan, 95–114.

Ekberg, Katie/Reuber, Markus (2015): Can conversation analytic findings help with differential diagnosis in routine seizure clinic interactions? In: Communication & Medicine 12 (1), 13–24.

Ekberg, Stuart/Danby, Susan/Herbert, Anthony/Bradford, Natalie K./Yates, Patsy (2020): Affording opportunities to discuss deterioration in paediatric palliative care consultations: A conversation analytic study. In: BMJ Supportive & Palliative Care 10 (2). URL: https://spcare.bmj.com/content/10/2/e13.long [abgerufen am 14.04.2021].

Ekberg, Stuart/Danby, Susan/Rendle-Short, Johanna/Herbert, Anthony/Bradford, Natalie K./Yates, Patsy (2019): Discussing death: Making end of life implicit or explicit in paediatric palliative care consultations. In: Patient Education and Counseling 102, 198–206.

Elias, Norbert (2002 [1982]): Über die Einsamkeit der Sterbenden in unseren Tagen. Humana conditio. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Ellington, Lee/Clayton, Margaret F./Reblin, Maija/Donaldson, Gary/Latimer, Seth (2018): Communication among cancer patients, caregivers, and hospice nurses: Content, process and change over time. In: Patient Education and Counseling 101 (3), 414–421.

Elzer, Matthias/Sciborski, Claudia (2007): Kommunikative Kompetenzen in der Pflege. Theorie und Praxis der verbalen und nonverbalen Interaktion. Bern: Huber.

Emmison, Michael/Butler, Carly W./Danby, Susan (2011): Script proposals: A device for empowering clients in counselling. In: Discourse Studies 13 (1), 3–26.

Engel, George L. (1970): Pain. In: MacBryde, Cyril M./Stanley Blacklow, Robert (Hrsg.): Signs and Symptoms. Applied Pathologic Physiology and Clinical Interpretation. 5. Auflage. Philadelphia: Lippincott.

Engel, George L. (1977): The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. In: Science 196, 129–136.

Erbe, Barbara (2017): Reden ist Gold: Mehr Raum für die „Sprechende Medizin". In: Deutsche Medizinische Wochenschrift 142 (14), 1083–1084.

Esser, Frank/Vliegenthart, Rens (2016): Comparative Research Methods. In: Matthes, Jörg (Hrsg.): The International Encyclopedia of Communication Research Methods. URL: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/9781118901731.iecrm0035 [abgerufen am 14.04.2021].

Etkind, Simon N./Koffman, Jonathan (2016): Approaches to managing uncertainty in people with life-limiting conditions: role of communication and palliative care. In: Postgraduate Medical Journal 92 (1089), 412–417.

Ewers, Michael/Lehmann, Yvonne (2020): Hochschulisch qualifizierte Pflegende in der Langzeitversorgung?! In: Jacobs, Klaus/Kuhlmey, Adelheid/Greß, Stefan/Klauber, Jürgen/Schwinger, Antje (Hrsg.): Pflege-Report 2019. Berlin/Heidelberg: Springer, 167–177.

Fallowfield, Lesley J./Jenkins, Valerie A./Beveridge, Helena A. (2002): Truth may hurt but deceit hurts more: communication in palliative care. In: Palliative Medicine 16 (4), 297–303.

Fasulo, Alessandra/Zinken, Jörg/Zinken, Katarzyna (2016): Asking ‚What about' questions in chronic illness self-management meetings. In: Patient Education and Counseling 99 (6), 917–925.

Fauconnier, Gilles (1994): Mental Spaces. Aspects of Meaning Construction in Natural Language. Cambridge u. a.: Cambridge University Press.

Fauconnier, Gilles (1997): Mappings in Thought and Language. Cambridge u. a.: Cambridge University Press.

Fauconnier, Gilles/Sweetser, Eve (Hrsg.) (1996): Spaces, Worlds, and Grammar. Chicago: University of Chicago Press.

Feichtner, Angelika (2018): Palliativpflege für Pflege- und andere Gesundheitsberufe. 5., überarbeitete und erweiterte Auflage. Wien: Facultas.

Feichtner, Angelika/Pußwald, Bettina (2017): Palliative Care. Unterstützung der Angehörigen. Wien: Facultas.

Feldmann, Klaus (1995): Leben und Tod im Werk von Talcott Parsons. In: Feldmann, Klaus/Fuchs-Heinritz, Werner (Hrsg.): Der Tod ist ein Problem der Lebenden. Beiträge zur Soziologie des Todes. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 140–172.

Feldmann, Klaus (1997): Sterben und Tod. Sozialwissenschaftliche Theorien und Forschungsergebnisse. Opladen: Leske + Budrich.

Ferner, Marion/Nauck, Friedemann/Laufenberg-Feldmann, Rita (2020): Palliativmedizin meets Intensivmedizin. In: Anästhesiologie, Intensivmedizin, Notfallmedizin, Schmerztherapie 55 (1), 41–53.

Ferrell, Betty R./Buller, Haley (2020): Palliative Care Communication: On Deeper Reflection. In: Journal of Palliative Medicine 23 (3), 304–305.

Fiehler, Reinhard (1980): Kommunikation und ihre Rolle in verschiedenen Typen von Tätigkeitszusammenhängen. In: Tschauder, Gerhard/Weigand, Edda (Hrsg.): Perspektive: textextern. Akten des 14. Linguistischen Kolloquiums Bochum 1979. Band 2. Tübingen: Niemeyer, 63–72.

Fiehler, Reinhard (1990a): Erleben und Emotionalität als Problem der Arzt-Patienten-Interaktion. In: Ehlich, Konrad/Koerfer, Armin/Redder, Angelika/Weingarten, Rüdiger (Hrsg.): Medizinische und therapeutische Kommunikation. Diskursanalytische Untersuchungen. Opladen: Westdeutscher Verlag, 41–65.

Fiehler, Reinhard (1990b): Kommunikation und Emotion. Theoretische und empirische Untersuchungen zur Rolle von Emotionen in der verbalen Interaktion. Berlin/New York: de Gruyter.

Fiehler, Reinhard (1993): Spezifika der Kommunikation in Kooperationen. In: Schröder, Hartmut (Hrsg.): Fachtextpragmatik. Tübingen: Narr, 343–357.

Fine, Elizabeth/Reid, M. Carrington/Shengelia, Rouzi/Adelman, Ronald D. (2010): Directly Observed Patient-Physician Discussions in Palliative and End-of-Life Care: A Systematic Review of the Literature. In: Journal of Palliative Medicine 13 (5), 595–603.

Finkbeiner, Rita/Meibauer, Jörg (2016): „Richtig gut, das Paper!" Satz, non-sententiale/unartikulierte Konstituente, Konstruktion? In: Finkbeiner, Rita/Meibauer, Jörg (Hrsg.): Satztypen und Konstruktionen. Berlin/Boston: de Gruyter, 296–325.

Fischer, Hermann (1911): Schwäbisches Wörterbuch. Dritter Band. G. H. Tübingen: Verlag der H. Laupp' schen Buchhandlung.

Fischer, Kerstin (2007): Grounding and Common Ground: Modal Particles and their Translation equivalents. In: Fetzer, Anita/Fischer, Kerstin (Hrsg.): Lexical Markers of Common Grounds. Amsterdam u. a.: Elsevier, 47–66.

Fischer, Martin R./Wölfel, Teresa/Schmidmaier, Ralf (2016): Schnittstelle Visite. In: Deutsche Medizinische Wochenschrift 141 (1), 28–31.

Fölsch, Doris (2017): Ethik in der Pflegepraxis. Anwendung moralischer Prinzipien im Pflegealltag. 3., überarbeitete Auflage. Wien: Facultas.

Ford, Joseph (2017): Empathy in doctor-patient palliative care consultations: A conversation analytic approach. Dissertation: Loughborough University. URL: https://repository.lboro.ac.uk/articles/Empathy_in_doctor_patient_palliative_care_consultations_a_conversation-analytic_approach/9480566/1 [abgerufen am 16.04.2021].

Ford, Joseph/Hepburn, Alexa/Parry, Ruth (2019): What do displays of empathy do in palliative care consultations? In: Discourse Studies 10 (1), 1-16.

Fothergill-Bourbonnais, Frances/Wilson-Barnett, Jenifer (1998): Pflegewissen über Schmerzbehandlung bei Pflegenden auf der Intensivstation und im Hospiz: eine Vergleichsstudie. In: Schröck, Ruth/Drerup, Elisabeth (Hrsg.): Schmerz. Perspektiven der Pflegeforschung. Freiburg im Breisgau: Lambertus, 106–128.

Fox, Barbara A./Thompson, Sandra A. (2018): Topic Proffers as Beginnings in Interaction: Gaze Practices. In: Favareau, Donald (Hrsg.): Co-operative Engagements in Intertwined Semiosis: Essays in Honour of Charles Goodwin. Tartu: University of Tartu Press, 144–151.

Franck, Gideon/Sitte, Thomas (2019): Wahrnehmung und Kommunikation. In: Thöns, Matthias/Sitte, Thomas (Hrsg.): Repetitorium Palliativmedizin. Zur Vorbereitung auf die Prüfung Palliativmedizin. 3., überarbeitete und aktualisierte Auflage. Berlin: Springer, 263–279.

Frankel, Richard M. (1984): From Sentence to Sequence: Understanding the Medical Encounter Through Microinteractional Analysis. In: Discourse Processes 7, 135–170.

Freese, Jeremy/Maynard, Douglas W. (1998): Prosodic features of bad news and good news in conversation. In: Language in Society 27, 195–219.

Friedrichsen, Maria/Lindholm, Ann/Milberg, Anna (2011): Experiences of truth disclosure in terminally ill cancer patients in palliative home care. In: Palliative & Supportive Care 9 (2), 173–180.

Fuchs, Thomas (2018): The „As-If" Function and Its Loss in Schizophrenia. In: Summa, Michela/Fuchs, Thomas/Vanzago, Luca (Hrsg.): Imagination and Social Perspectives. Approaches from Phenomenology and Psychopathology. New York/London: Taylor & Francis, 83–98.

Fuchs, Thomas (2019): Versöhnung mit dem Ungelebten – Zum Gelingen des Lebens im Sterben. In: Mitscherlich-Schönherr, Olivia (Hrsg.): Gelingendes Sterben. Berlin/Boston: de Gruyter, 85–100.

Fuoto, Abby/Turner, Kathleen M. (2019): Palliative Care Nursing Communication: An Evaluation of the COMFORT Model. In: Journal of Hospice & Palliative Nursing 21 (2), 124–130.

Gabbard, Jennifer/Smith, Thomas (2016): Communication in Palliative Medicine. In: Wittenberg, Elaine/Ferrell, Betty R./Goldsmith, Jay/Smith, Thomas/Ragan, Sandra L./Glajchen, Myra/Handzo, George F. (Hrsg.): Textbook of Palliative Care Communication. Oxford/New York: Oxford University Press, 44–53.

Gafaranga, Joseph/Britten, Nicky (2003): „Fire away": the opening sequence in general practice consultations. In: Family Practice 20 (3), 242–247.

Gafaranga, Joseph/Britten, Nicky (2007): Patient participation in formulating and opening sequences. In: Collins, Sarah/Britten, Nicky/Ruusuvuori, Johanna/Thompson, Andrew (Hrsg.): Patient Participation in Health Care Consultations. Qualitative Perspectives. Maidenhead: Open University Press, 104–120.

Gaibler, T./Trengler, C. (2006): Rechtliche Grundprinzipien bei arbeitsteiligem Zusammenwirken im Verhältnis Arzt-Pflegekraft. In: Berg, Dietrich/Ulsenheimer, Klaus (Hrsg.): Patientensicherheit, Arzthaftung, Praxis- und Krankenhausorganisation. Berlin/Heidelberg: Springer, 111–123.

Galushko, Maren/Voltz, Raymond (2012): Todeswünsche und ihre Bedeutung in der palliativmedizinischen Versorgung. In: Bormann, Franz-Josef/Borasio, Gian D. (Hrsg.): Sterben. Dimensionen eines anthropologischen Grundphänomens. Berlin/Boston: de Gruyter, 200–210.

Gardner, Rod (2007): The Right Connections: Acknowledging Epistemic Progression in Talk. In: Language in Society 36 (3), 319–341.

Gardner, Roderick (1987): The identification and role of topic in spoken interaction. In: Semiotica 65 (1/2), 129–141.

Garfinkel, Harold (1967): Studies in Ethnomethodology. Cambridge: Polity Press.

Garfinkel, Harold/Sacks, Harvey (1970): On formal structures of practical action. In: McKinney, John C./Tiryakian, Edward A. (Hrsg.): Theoretical Sociology. Perspectives and Developments. New York: Appleton-Century-Crofts, 338–366.

Garthaus, Marcus/Marquard, Sara/Wendelstein, Britta/Kruse, Andreas/Remmers, Hartmut (2019): Kommunikation am Lebensende aus Sicht schwerkranker und sterbender Menschen. Erfahrungen eines explorativen Forschungsprojekts. In: Kreutzer, Susanne/Oetting-Roß, Claudia/Schwermann, Meike (Hrsg.): Palliative Care aus sozial- und pflegewissenschaftlicher Perspektive. Weinheim: Beltz Juventa, 116–137.

Gast, Volker/Deringer, Lisa/Haas, Florian/Rudolf, Olga (2015): Impersonal uses of the second person singular: A pragmatic analysis of generalization and empathy effects. In: Journal of Pragmatics 88, 148–162.

Gatterer, Gerald (2012): Kommunikation und Interaktion in der Palliativbetreuung. In: Bernatzky, Günther/Sittl, Reinhard/Likar, Rudolf (Hrsg.): Schmerzbehandlung in der Palliativmedizin. 3., erweiterte und überarbeitete Auflage. Wien/New York: Springer, 269–290.

Geisler, Regina/Menz, Florian (2018): Kommunikation mit Schmerzpatienten. In: Koerfer, Armin/Albus, Christian (Hrsg.): Kommunikative Kompetenz in der Medizin. Ein Lehrbuch zur Theorie, Didaktik, Praxis und Evaluation der ärztlichen Gesprächsführung. Göttingen: Verlag für Gesprächsforschung, 1650–1670.

Gerhard, Christoph (2015): Praxiswissen Palliativmedizin. Konzepte für unterschiedlichste palliative Versorgungssituationen. Stuttgart u. a.: Thieme.

Gerwinski, Jan (2018): Empraktische Kommunikation in Organisationen. In: Habscheid, Stephan/Müller, Andreas P./Thörle, Britta/Wilton, Antje (Hrsg.): Handbuch Sprache in Organisationen. Berlin/Boston: de Gruyter, 27–44.

Gill, Virginia T. (1998): Doing Attributions in Medical Interaction: Patients' Explanations for Illness and Doctors' Responses. In: Social Psychology Quarterly 61 (4), 342–360.

Gill, Virginia T./Roberts, Felicia (2013): Conversation Analysis in Medicine. In: Sidnell, Jack/Stivers, Tanya (Hrsg.): The Handbook of Conversation Analysis. Chichester: Wiley-Blackwell, 575–592.

Gillett, Karen/O' Neill, Bernadette/Bloomfield, Jacqueline G. (2016): Factors influencing the development of end-of-life communication skills. In: Nurse Education Today 36, 395–400.

Glaser, Barney G./Strauss, Anselm (1965): Awareness of Dying. Chicago: Aldine.

Göckenjan, Gerd/Dreßke, Stefan (2005): Sterben in der Palliativversorgung. Bedeutung und Chancen finaler Aushandlung. In: Knoblauch, Hubert/Zingerle, Arnold (Hrsg.): Thanatosoziologie: Tagungen der Sektion für Soziologie der Görres-Gesellschaft. Berlin: Duncker & Humblot, 147–167.

Goffman, Erving (1963): Behavior in Public Places. Notes On The Social Organization Of Gatherings. New York: The Free Press.

Goffman, Erving (1978): Response Cries. In: Language 54 (4), 787–815.

Goffman, Erving (1981): Forms of Talk. Oxford: Blackwell.

Goffman, Erving (1983): The Interaction Order. In: American Sociological Review 48 (1), 1–17.

Gohl, Christine/Günthner, Susanne (1999): Grammatikalisierung von weil als Diskursmarker in der gesprochenen Sprache. In: Zeitschrift für Sprachwissenschaft 18 (1), 39–75.

Golato, Andrea/Fagyal, Zsuzsanna (2008): Comparing Single and Double Sayings of the German Response Token *ja* and the Role of Prosody: A Conversation Analytic Perspective. In: Research on Language and Social Interaction 41 (3), 241–270.

Golato, Peter (2020): Recruitments in French. Declarative statements and accompanying actions which result in offers of assistance. In: Taleghani-Nikazm, Carmen/Betz, Emma/Golato, Peter (Hrsg.): Mobilizing Others. Grammar and lexis within larger activities. Amsterdam/Philadelphia: Benjamins, 83–114.

Goodwin, Charles (1996): Transparent Vision. In: Ochs, Elinor/Schegloff, Emanuel A./Thompson, Sandra A. (Hrsg.): Interaction and grammar. Cambridge: Cambridge University Press, 370–404.

Goodwin, Charles (2007): Participation, stance and affect in the organization of activities. In: Discourse & Society 18 (1), 53–73.

Goodwin, Charles/Goodwin, Marjorie H. (1992): Assessments and the construction of context. In: Duranti, Alessandro/Goodwin, Charles (Hrsg.): Rethinking Context: Language as an Interactive Phenomenon. Cambridge: Cambridge University Press, 147–189.

Goodwin, Charles/Heritage, John (1990): Conversation Analysis. In: Annual Review of Anthropology 19 (1), 283–307.

Goodwin, Marjorie H./Cekaite, Asta/Goodwin, Charles (2012): Emotion as Stance. In: Peräkylä, Anssi/Sorjonen, Marja-Leena (Hrsg.): Emotion in Interaction. Oxford: Oxford University Press, 16–41.

Gordon, Clare/Ellis-Hill, Caroline/Ashburn, Ann (2009): The use of conversational analysis: nurse-patient interaction in communication disability after stroke. In: Journal of Advanced Nursing 65 (3), 544–553.

Gorer, Geoffrey (1955): The Pornography of Death. In: Encounter 5 (4), 49–52.

Gottschalk-Mazouz, Niels (2007): Was ist Wissen? Überlegungen zu einem Komplexbegriff an der Schnittstelle von Philosophie und Sozialwissenschaften. In: Ammon, Sabine/Heineke, Corinna/Selbmann, Kirsten (Hrsg.): Wissen in Bewegung. Dominanz, Synergien und Emanzipation in den Praxen der ‚Wissensgesellschaft'. Weilerswist: Velbrück, 21–40.

Graefen, Gabriele (1999): Eine streitbare Partikel: *DOCH*. In: Freudenberg-Findeisen, Renate (Hrsg.): Ausdrucksgrammatik versus Inhaltsgrammatik. Linguistische und didaktische Aspekte der Grammatik. München: Iudicium, 111–128.

Gramling, David/Gramling, Robert (2019): Palliative Care Conversations. Clinical and Applied Linguistic Perspectives. Boston/Berlin: de Gruyter.

Gramling, Robert/Norton, Sally A./Ladwig, Susan/Metzger, Maureen/DeLuca, Jane/Gramling, David/Schatz, Daniel/Epstein, Ronald/Quill, Timothy/Alexan-

der, Stewart C. (2013): Direct observation of prognosis communication in palliative care: a descriptive study. In: Journal of Pain and Symptom Management 45 (2), 202–212.

Gramling, Robert/Stanek, Susan/Han, Paul K. J./Duberstein, Paul/Quill, Tim E./Temel, Jennifer S./Alexander, Stewart C./Anderson, Wendy G./Ladwig, Susan/Norton, Sally A. (2018): Distress Due to Prognostic Uncertainty in Palliative Care: Frequency, Distribution, and Outcomes among Hospitalized Patients with Advanced Cancer. In: Journal of Palliative Medicine 21 (3), 315–321.

Greatbatch, David (1986): Aspects of Topical Organization in News Interviews: The Use of Agenda-Shifting Procedures by Interviewees. In: Media, Culture and Society 8, 441–455.

Greer, Tim/Bussinguer, Vivian/Butterfield, Jeff/Mischinger, Agnes (2009): Receipt Through Repetition. In: JALT Journal 31 (1), 5–34.

Groß, Alexandra (2018): Arzt/Patient-Gespräche in der HIV-Ambulanz. Facetten einer chronischen Gesprächsbeziehung. Göttingen: Verlag für Gesprächsforschung.

Gück, Jürgen/Matt, Eduard/Weingarten, Elmar (1983): Zur interaktiven Ausgestaltung der Arzt-Patient-Beziehung in der Visite. In: Jahrbuch Medizinische Soziologie 3, 158–214.

Gück, Jürgen/Matt, Eduard/Weingarten, Elmar (1984): Sprachliche Realisierung von hierarchischen Kontexten – Eine Analyse intensiv-medizinischer Visitenkommunikation. In: Soeffner, Hans-Georg (Hrsg.): Beiträge zu einer Soziologie der Interaktion. Frankfurt am Main/New York: Campus, 121–160.

Gülich, Elisabeth (1999): „Experten" und „Laien". Der Umgang mit Kompetenzunterschieden am Beispiel medizinischer Kommunikation. In: Union der Deutschen Akademien der Wissenschaften/Sächsische Akademie der Wissenschaften zu Leipzig (Hrsg.): „Werkzeug Sprache". Sprachpolitik, Sprachfähigkeit, Sprache und Macht: 3. Symposion der Deutschen Akademien der Wissenschaften. Hildesheim u. a.: Olms, 165–196.

Gülich, Elisabeth (2003): Conversational techniques used in transferring knowledge between medical experts and non-experts. In: Discourse Studies 5 (2), 235–263.

Gülich, Elisabeth/Kotschi, Thomas (1987): Reformulierungshandlungen als Mittel der Textkonstitution. Untersuchungen zu französischen Texten aus mündlicher Kommunikation. In: Motsch, Wolfgang (Hrsg.): Satz, Text, sprachliche Handlung. Berlin: Akademieverlag, 199–261.

Gülich, Elisabeth/Lindemann, Katrin (2010): Communicating emotion in doctor-patient interaction. A multidimensional single-case analysis. In: Barth-Weingarten, Dagmar/Reber, Elisabeth/Selting, Margret (Hrsg.): Prosody in Interaction. Amsterdam/Philadelphia: Benjamins, 269–294.

Gülich, Elisabeth/Schöndienst, Martin/Surmann, Volker (2003): Schmerzen erzählen Geschichten – Geschichten erzählen Schmerzen. In: Psychotherapie & Sozialwissenschaft 5 (3), 220–249.

Gumperz, John J. (1982): Discourse strategies. Cambridge u. a.: Cambridge University Press.

Gumperz, John J. (1984): Ethnography in urban communication. In: Auer, Peter/Di Luzio, Aldo (Hrsg.): Interpretive Sociolinguistics. Migrants – Children – Migrant Children. Tübingen: Narr, 1–12.

Gumperz, John J. (1992a): Contextualization and understanding. In: Duranti, Alessandro/Goodwin, Charles (Hrsg.): Rethinking Context: Language as an Interactive Phenomenon. Cambridge: Cambridge University Press, 229–252.

Gumperz, John J. (1992b): Contextualization Revisited. In: Auer, Peter/Di Luzio, Aldo (Hrsg.): The Contextualization of Language. Amsterdam/Philadelphia: Benjamins, 39-53.

Gumperz, John J. (1999): On interactional sociolinguistic method. In: Sarangi, Srikant/Roberts, Celia (Hrsg.): Talk, Work and Institutional Order. Discourse in Medical, Mediation and Management Settings. Berlin/New York: de Gruyter, 453–472.

Günthner, Susanne (2021): WIR im interaktionalen Gebrauch: Zur Verwendung des Pronomens der 1. Person Plural in der institutionellen Kommunikation – am Beispiel onkologischer Aufklärungsgespräche. In: Zeitschrift für Germanistische Linguistik 49 (2), 292–334.

Günthner, Susanne (1993a): „…weil – man kann es ja wissenschaftlich untersuchen" – Diskurspragmatische Aspekte der Wortstellung in WEIL-Sätzen. In: Linguistische Berichte 143, 37–59.

Günthner, Susanne (1993b): Diskursstrategien in der interkulturellen Kommunikation. Analysen deutsch-chinesischer Gespräche. Tübingen: Niemeyer.

Günthner, Susanne (1995): Gattungen in der sozialen Praxis. Die Analyse ‚kommunikativer Gattungen' als Textsorten mündlicher Kommunikation. In: Deutsche Sprache 23 (3).

Günthner, Susanne (1996): Zwischen Scherz und Schmerz – Frotzelaktivitäten in Alltagsinteraktionen. In: Kotthoff, Helga (Hrsg.): Scherzkommunikation. Beiträge aus der empirischen Gesprächsforschung. Opladen: Westdeutscher Verlag, 81–108.

Günthner, Susanne (1997a): Direkte und indirekte Rede in Alltagsgesprächen. Zur Interaktion von Syntax und Prosodie in der Redewiedergabe. In: Schlobinski, Peter (Hrsg.): Syntax des gesprochenen Deutsch. Opladen: Westdeutscher Verlag, 227–262.

Günthner, Susanne (1997b): Stilisierungsverfahren in der Redewiedergabe – Die „Überlagerung von Stimmen" als Mittel der moralischen Verurteilung in Vorwurfsrekonstruktionen. In: Selting, Margret/Sandig, Barbara (Hrsg.): Sprech- und Gesprächsstile. Berlin/New York: de Gruyter, 94–122.

Günthner, Susanne (1997c): The Contextualization of Affect in Reported Dialogues. In: Niemeier, Susanne/Dirven, René (Hrsg.): The Language of Emotions. Conceptualization, Expression, and Theoretical Foundation. Amsterdam/Philadelphia: Benjamins, 247–276.

Günthner, Susanne (1999): *Wenn*-Sätze im Vor-Vorfeld: Ihre Formen und Funktionen in der gesprochenen Sprache. In: Deutsche Sprache 3, 209–235.

Günthner, Susanne (2000): Vorwurfsaktivitäten in der Alltagsinteraktion. Grammatische, prosodische, rhetorisch-stilistische und interaktive Verfahren bei der Konstitution kommunikativer Muster und Gattungen. Tübingen: Niemeyer.

Günthner, Susanne (2002): Stimmenvielfalt im Diskurs. Formen der Stilisierung und Ästhetisierung in der Redewiedergabe. In: Gesprächsforschung – Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion 3, 59-80.

Günthner, Susanne (2006a): Rhetorische Verfahren bei der Vermittlung von Panikattacken. Zur Kommunikation von Angst in informellen Gesprächskontexten. In: Gesprächsforschung – Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion 7, 124–151 [abgerufen am 26.02.2021].

Günthner, Susanne (2006b): „Was ihn trieb, war vor allem Wanderlust". Pseudocleft-Konstruktionen im Deutschen. In: Günthner, Susanne/Imo, Wolfgang (Hrsg.): Konstruktionen in der Interaktion. Berlin/New York: de Gruyter, 59–90.

Günthner, Susanne (2007): Zur Emergenz grammatischer Funktionen im Diskurs – *wo*-Konstruktionen in Alltagsinteraktionen. In: Hausendorf, Heiko (Hrsg.): Gespräch als Prozess. Linguistische Aspekte der Zeitlichkeit verbaler Interaktion. Tübingen: Narr, 125–154.

Günthner, Susanne (2008a): Projektorkonstruktionen im Gespräch: Pseudo-Clefts, *die Sache ist*-Konstruktionen und Extrapositionen mit *es*. In: Gesprächsforschung – Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion 9, 86–114.

Günthner, Susanne (2008b): „weil – es ist zu spät". Geht die Nebensatzstellung im Deutschen verloren? In: Denkler, Markus/Günthner, Susanne/Imo, Wolfgang (Hrsg.): Frischwärts und Unkaputtbar. Sprachverfall oder Sprachwandel im Deutschen? Münster: Aschendorff, 103–128.

Günthner, Susanne (2012): Die Schriftsprache als Leitvarietät – die gesprochene Sprache als Abweichung? „Normwidrige" *wenn*-Sätze im Gebrauch. In: Günthner, Susanne/Imo, Wolfgang/Meer, Dorothee/Schneider, Jan G. (Hrsg.): Kommunikation und Öffentlichkeit. Sprachwissenschaftliche Potenziale zwischen Empirie und Norm. Berlin/New York: de Gruyter, 61–84.

Günthner, Susanne (2013): Vom schriftsprachlichen Standard zur pragmatischen Vielfalt? Aspekte einer interaktional fundierten Grammatikbeschreibung am Beispiel von *dass*-Konstruktionen. In: Hagemann, Jörg/Klein, Wolf P./Staffeldt, Sven (Hrsg.): Pragmatischer Standard. Tübingen: Stauffenburg, 223-243.

Günthner, Susanne (2015): Zwar…aber-Konstruktionen im gesprochenen Deutsch: Die dialogische Realisierung komplexer Konnektoren im Gespräch. In: Deutsche Sprache 43 (3), 193–219.

Günthner, Susanne (2016a): Concessive patterns in interaction: uses of zwar…aber ('true…but')-constructions in everyday spoken German. In: Language Sciences 58, 144–162.

Günthner, Susanne (2016b): From biclausal constructions to ‚stand-alone'-conditionals – ‚syntactically disintegrated *wenn*-constructions' in everyday spoken German. SpIn Arbeitspapierreihe 58. URL: http://arbeitspapiere.sprache-interaktion.de/arbeitspapiere/arbeitspapier58.pdf [abgerufen am 26.04.2021].

Günthner, Susanne (2017a): Alleinstehende Nebensätze: Insubordinierte wenn-Konstruktionen in der kommunikativen Praxis. In: Ekinci, Yüksel/Montanari, Elke/Selmani, Lirim (Hrsg.): Grammatik und Variation. Festschrift für Ludger Hoffmann zum 65. Geburtstag. Heidelberg: Synchron Wissenschaftsverlag der Autoren, 97–111.

Günthner, Susanne (2017b): Diskursmarker in der Interaktion – Formen und Funktionen univerbierter *guck mal*- und *weißt du*-Konstruktionen. In: Blühdorn, Hardarik/Deppermann, Arnulf/Helmer, Henrike/Spranz-Fogasy, Thomas (Hrsg.): Diskursmarker im Deutschen. Reflexionen und Analysen. Göttingen: Verlag für Gesprächsforschung, 103–130.

Günthner, Susanne (2017c): Sprachliche Verfahren bei der Übermittlung schlechter Nachrichten – sedimentierte Praktiken im Kontext onkologischer Aufklärungsgespräche. SpIn (Arbeitspapierreihe Sprache und Interaktion) 73. URL: http://arbeitspapiere.sprache-interaktion.de/arbeitspapiere/arbeitspapier73.pdf [abgerufen am 03.05.2021].

Günthner, Susanne (2018): Thomas Luckmanns Einfluss auf die Sprachwissenschaft – Kommunikative Gattungen im Alltagsgebrauch am Beispiel onkologischer Aufklärungsgespräche. In: Endreß, Martin/Hahn, Alois (Hrsg.): Lebenswelttheorie und Gesellschaftsanalyse. Studien zum Werk von Thomas Luckmann. Köln: Herbert von Halem, 358–400.

Günthner, Susanne (2019a): ‚Kultur-in-kommunikativen-Praktiken'. Kommunikative Praktiken zur Übermittlung schlechter Nachrichten in onkologischen Aufklärungsgesprächen. In: Schröter, Juliane/Tienken, Susanne/Ilg, Yvonne/Scharloth, Joachim/Bubenhofer, Noah (Hrsg.): Linguistische Kulturanalyse. Berlin/Boston: de Gruyter, 269–292.

Günthner, Susanne (2019b): Namentliche Anreden in onkologischen Aufklärungsgesprächen: eine interaktional ausgerichtete Studie zu Formen und Funktionen onymischer Anreden. SpIn (Arbeitspapierreihe Sprache und Interaktion) 82. URL: http://arbeitspapiere.sprache-interaktion.de/arbeitspapiere/arbeitspapier82.pdf [abgerufen am 21.04.2021].

Günthner, Susanne (2020): Practices of clause-combining. From complex *wenn*-constructions to insubordinate (‚stand-alone') conditionals in everyday spoken German. In: Taleghani-Nikazm, Carmen/Betz, Emma/Golato, Peter (Hrsg.): Mobilizing Others. Grammar and lexis within larger activities. Amsterdam/Philadelphia: Benjamins, 185–220.

Günthner, Susanne (2021): *Wenn*-Konstruktionen im Gespräch: Zur Verwobenheit kognitiver und interaktionaler Faktoren bei der Realisierung grammatischer Muster. In: Binanzer, Anja/Gamper, Jana/Wecker, Verena (Hrsg.): Prototypen – Schemata – Konstruktionen. Untersuchungen zur deutschen Morphologie und Syntax. Berlin/Boston: de Gruyter, 93–124.

Günthner, Susanne/Knoblauch, Hubert (1996): Die Analyse kommunikativer Gattungen in Alltagsinteraktionen. In: Michaelis, Susanne/Tophinke, Doris (Hrsg.): Texte – Konstitution, Verarbeitung, Typik. München: Lincom, 35–57.

Günthner, Susanne/Knoblauch, Hubert (1997): Gattungsanalyse. In: Hitzler, Ronald/Honer, Anne (Hrsg.): Sozialwissenschaftliche Hermeneutik. Eine Einführung. Opladen: Leske + Budrich, 281–307.

Günthner, Susanne/König, Katharina (2016): Kommunikative Gattungen in der Interaktion: Kulturelle und grammatische Praktiken im Gebrauch. In: Deppermann, Arnulf/Feilke, Helmuth/Linke, Angelika (Hrsg.): Sprachliche und kommunikative Praktiken. Berlin/Boston: de Gruyter, 177–203.

Haakana, Markku/Laakso, Minna/Lindström, Jan (2016a): Introduction: Comparative dimensions of talk in interaction. In: Haakana, Markku/Laakso, Minna/Lindström, Jan (Hrsg.): Talk in Interaction. Comparative Dimensions. Helsinki: Finnish Literature Society, 15-47.

Haakana, Markku/Laakso, Minna/Lindström, Jan (Hrsg.) (2016b): Talk in Interaction. Comparative Dimensions. Helsinki: Finnish Literature Society.

Haberland, Hartmut/Mey, Jacob L. (1981): Wording and Warding: The Pragmatics of Therapeutical Conversation. In: Journal of Pragmatics 5, 103–111.

Habscheid, Stephan (2001): Empraktisches Sprechen in computergestützten Arbeitssettings. In: Matuschek, Ingo (Hrsg.): Neue Medien im Arbeitsalltag. Empirische Befunde, Gestaltungskonzepte, theoretische Perspektiven. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag, 17–36.

Hagemann, Jörg (2009): *Tag questions* als Evidenzmarker. Formulierungsdynamik, sequentielle Struktur und Funktionen redezuginterner *tags*. In: Gesprächsforschung – Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion 10, 145–176.

Hamann, Peter A./Fenger, Hermann (2004): Allgemeinmedizin und Recht. Berlin/Heidelberg: Springer.

Han, Paul K. J./Klein, William M. P./Arora, Neeraj K. (2011): Varieties of uncertainty in health care: a conceptual taxonomy. In: Medical Decision Making 31 (6), 828–838.

Hancock, Karen/Clayton, Josephine M./Parker, Sharon M./Wal der, Sharon/Butow, Phyllis N./Carrick, Sue/Currow, David/Ghersi, Davina/Glare, Paul/Hagerty, Rebecca/Tattersall, Martin H. N. (2007): Truth-telling in discussing prognosis in advanced life-limiting illnesses: a systematic review. In: Palliative Medicine 21 (6), 507–517.

Hanks, William F. (1987): Discourse Genres in a Theory of Practice. In: American Ethnologist 14 (4), 668–692.

Hanks, William F. (1996a): Language and Communicative Practices. Boulder: Westview Press.
Hanks, William F. (1996b): Language form and communicative practices. In: Gumperz, John J./Levinson, Stephen C. (Hrsg.): Rethinking linguistic relativity. Cambridge: Cambridge University Press, 232–270.
Hanks, William F. (2005a): Explorations in the Deictic Field. In: Current Anthropology 46 (2), 191–212.
Hanks, William F. (2005b): Pierre Bourdieu and the Practices of Language. In: Annual Review of Anthropology 34, 67–83.
Harden, Karen/Price, Deborah/Duffy, Elizabeth/Galunas, Laura/Rodgers, Cheryl (2017): Palliative Care: Improving Nursing Knowledge, Attitudes, and Behaviors. In: Clinical Journal of Oncology Nursing 21 (5), 232-238.
Harren, Inga (2001): „ne?" in Alltagsgesprächen – Interaktive Funktionen und Positionierungen in Turn und Sequenz. Abschlussarbeit: Carl-von-Ossietzky-Universität Oldenburg. URL: https://www.researchgate.net/profile/Inga_Harren/publication/298792177_ne_in_Alltagsgesprachen_-_Interaktive_Funktionen_und_Positionierungen_in_Turn_und_Sequenz/links/56ec133608aefd0fc1c72365/ne-in-Alltagsgespraechen-Interaktive-Funktionen-und-Positionierungen-in-Turn-und-Sequenz.pdf [abgerufen am 26.04.2021].
Harren, Inga (2015): Fachliche Inhalte sprachlich ausdrücken lernen. Sprachliche Hürden und interaktive Vermittlungsverfahren im naturwissenschaftlichen Unterrichtsgespräch in der Mittel- und Oberstufe. Mannheim: Verlag für Gesprächsforschung.
Hauser, Eric (2011): Generalization: A Practice of Situated Categorization in Talk. In: Human Studies 34 (2), 183–198.
Hayano, Kaoru (2013): Question Design in Conversation. In: Sidnell, Jack/Stivers, Tanya (Hrsg.): The Handbook of Conversation Analysis. Malden u. a.: Blackwell, 395–414.
Heath, Christian (1986): Body Movement and Speech in Medical Interaction. Cambridge: Cambridge University Press.
Heath, Christian (1989): Pain Talk: The Expression of Suffering in the Medical Consultation. In: Social Psychology Quarterly 52 (2), 113–125.
Heath, Christian (1992): The delivery and reception of diagnosis in the general-practice consultation. In: Drew, Paul/Heritage, John (Hrsg.): Talk at work. Interaction in institutional settings. Cambridge: Cambridge University Press, 235–267.
Heath, Christian (2006): Body work: the collaborative production of the clinical object. In: Heritage, John/Maynard, Douglas W. (Hrsg.): Communication in Medical Care. Interaction between primary care physicians and patients. Cambridge: Cambridge University Press, 185–213.
Heeser, Alexandra (2020): Vorbehaltsaufgaben. Paradigmenwechsel in der Pflege. In: Klinik Management aktuell 25 (3), 76–77.
Helbig, Gerhard/Buscha, Joachim (2007): Deutsche Grammatik. Ein Handbuch für den Ausländerunterricht. Berlin: Langenscheidt.
Heller, Andreas/Pleschberger, Sabine/Fink, Michaela/Gronemeyer, Reimer (2013): Die Geschichte der Hospizbewegung in Deutschland. 2., überarbeitete Auflage. Ludwigsburg: Hospiz-Verlag.
Henselmans, Inge/Smets, Ellen M. A./Han, Paul K. J./de Haes, Hanneke C./van Laarhoven, Hanneke W. M. (2017): How long do I have? Observational study on communication about life expectancy with advanced cancer patients. In: Patient Education and Counseling 100 (10), 1820–1827.
Hentschel, Elke/Weydt, Harald (2013): Handbuch der deutschen Grammatik. 4., vollständig überarbeitete Auflage. Berlin/New York: de Gruyter.

Hepburn, Alexa/Potter, Jonathan (2007): Crying Receipts: Time, Empathy, and Institutional Practice. In: Research on Language and Social Interaction 40 (1), 89–116.
Hepburn, Alexa/Potter, Jonathan (2012): Crying and Crying Responses. In: Peräkylä, Anssi/Sorjonen, Marja-Leena (Hrsg.): Emotion in Interaction. Oxford: Oxford University Press, 195-211.
Heritage, John (1984a): A change-of-state token and aspects of its sequential placement. In: Atkinson, J. Maxwell/Heritage, John (Hrsg.): Structures of Social Action. Studies in Conversation Analysis. Cambridge u. a.: Cambridge University Press, 299–345.
Heritage, John (1984b): Garfinkel and Ethmomethodology. Cambridge: Polity Press.
Heritage, John (1995): Conversation Analysis: Methodological Aspects. In: Quasthoff, Uta M. (Hrsg.): Aspects of Oral Communication. Berlin/New York: de Gruyter, 391–418.
Heritage, John (2001): Ethno-sciences and their significance for conversation linguistics. In: Brinker, Klaus/Antos, Gerd/Heinemann, Wolfgang/Sager, Sven F. (Hrsg.): Text- und Gesprächslinguistik. Ein internationales Handbuch zeitgenössischer Forschung. 2. Halbband. Berlin/New York: de Gruyter, 908–919.
Heritage, John (2010): Questioning in Medicine. In: Freed, Alice F./Ehrlich, Susan (Hrsg.): „Why Do You Ask?": The Function of Questions in Institutional Discourse. Oxford: Oxford University Press, 42–68.
Heritage, John (2011a): Conversation Analysis: Practices and Methods. In: Silverman, David (Hrsg.): Qualitative Research. 3. Auflage. Los Angeles u. a.: Sage, 207–226.
Heritage, John (2011b): Territories of knowledge, territories of experience: empathic moments in interaction. In: Stivers, Tanya/Mondada, Lorenza/Steensig, Jakob (Hrsg.): The Morality of Knowledge in Conversation. Cambridge u. a.: Cambridge University Press, 159–183.
Heritage, John (2011c): The interaction order and clinical practice: Some observations on dysfunctions and action steps. In: Patient Education and Counseling 84 (3), 338–343.
Heritage, John (2012a): Epistemics in Action. Action Formation and Territories of Knowledge. In: Research on Language and Social Interaction 45 (1), 1–29.
Heritage, John (2012b): The Epistemic Engine: Sequence Organization and Territories of Knowledge. In: Research on Language and Social Interaction 45 (1), 30–52.
Heritage, John (2013a): Action formation and its epistemic (and other) backgrounds. In: Discourse Studies 15 (5), 551–578.
Heritage, John (2013b): Epistemics in Conversation. In: Sidnell, Jack/Stivers, Tanya (Hrsg.): The Handbook of Conversation Analysis. Malden u. a.: Blackwell, 370–394.
Heritage, John (2017): Online Commentary in Primary Care and Emergency Room Settings. In: Acute Medicine & Surgery 4 (1), 12–18.
Heritage, John (2018): The ubiquity of epistemics: A rebuttal to the ‚epistemics of epistemics' group. In: Discourse Studies 20 (1), 14–56.
Heritage, John/Clayman, Steven E. (2010): Talk in Action. Interactions, Identities, and Institutions. Malden: Wiley-Blackwell.
Heritage, John/Clayman, Steven E. (2014): Benefactive status and stance in the management of offers and requests. In: Couper-Kuhlen, Elizabeth/Drew, Paul (Hrsg.): Requesting in Social Interaction. Amsterdam/Philadelphia: Benjamins, 55–86.
Heritage, John/Greatbatch, David (1991): On the Institutional Character of Institutional Talk: The Case of News Interviews. In: Boden, Deirdre/Zimmerman, Don H. (Hrsg.): Talk and Social Structure. Studies in Ethnomethodology and Conversation Analysis. Cambridge: Polity Press, 93–137.

Heritage, John/Lindström, Anna (1998): Motherhood, Medicine, and Morality: Scenes From a Medical Encounter. In: Research on Language and Social Interaction 31 (3–4), 397–438.

Heritage, John/Lindström, Anna (2012a): Advice giving – terminable and interminable: The case of British health visitors. In: Limberg, Holger/Locher, Miriam A. (Hrsg.): Advice in Discourse. Amsterdam: Benjamins, 169–193.

Heritage, John/Lindström, Anna (2012b): Knowledge, Empathy, and Emotion in a Medical Encounter. In: Peräkylä, Anssi/Sorjonen, Marja-Leena (Hrsg.): Emotion in Interaction. Oxford: Oxford University Press, 256–273.

Heritage, John/Maynard, Douglas W. (Hrsg.) (2006a): Communication in Medical Care. Interaction between primary care physicians and patients. Cambridge: Cambridge University Press.

Heritage, John/Maynard, Douglas W. (2006b): Introduction: Analyzing interaction between doctors and patients in primary care encounters. In: Heritage, John/Maynard, Douglas W. (Hrsg.): Communication in Medical Care. Interaction between primary care physicians and patients. Cambridge: Cambridge University Press, 1–21.

Heritage, John/Maynard, Douglas W. (2006c): Problems and Prospects in the Study of Physician-Patient Interaction: 30 Years of Research. In: Annual Review of Sociology 32 (1), 351–374.

Heritage, John/Raymond, Geoffrey (2005): The Terms of Agreement: Indexing Epistemic Authority and Subordination in Talk-in-Interaction. In: Social Psychology Quarterly 68 (1), 15–38.

Heritage, John/Robinson, Jeffrey D. (2006a): Accounting for the visit: giving reasons for seeking medical care. In: Heritage, John/Maynard, Douglas W. (Hrsg.): Communication in Medical Care. Interaction between primary care physicians and patients. Cambridge: Cambridge University Press, 48–85.

Heritage, John/Robinson, Jeffrey D. (2006b): The Structure of Patient' s Presenting Concerns: Physicians' Opening Questions. In: Health Communication 19 (2), 89–102.

Heritage, John/Robinson, Jeffrey D./Elliott, Marc N./Beckett, Megan/Wilkes, Michael (2007): Reducing Patients' Unmet Concerns in Primary Care: the Difference One Word Can Make. In: Journal of General Internal Medicine 22 (10), 1429–1433.

Heritage, John/Sefi, Sue (1992): Dilemmas of advice: aspects of the delivery and reception of advice in interactions between health visitors and first time mothers. In: Drew, Paul/Heritage, John (Hrsg.): Talk at work. Interaction in institutional settings. Cambridge: Cambridge University Press, 359–417.

Heritage, John/Sorjonen, Marja-Leena (1994): Constituting and maintaining activities across sequences: *And*-prefacing as a feature of question design. In: Language in Society 23, 1–29.

Heritage, John/Stivers, Tanya (1999): Online commentary in acute medical visits: a method of shaping patient expectations. In: Social Science & Medicine 49, 1501–1517.

Heritage, John/Watson, Rod D. (1979): Formulations as Conversational Objects. In: Psathas, George (Hrsg.): Everyday Language. Studies in Ethnomethodology. New York u. a.: Irvington, 123–162.

Hernández-Marrero, Pablo/Fradique, Emília/Pereira, Sandra Martins (2019): Palliative care nursing involvement in end-of-life decision-making: Qualitative secondary analysis. In: Nursing Ethics 26 (6), 1680–1695.

Herzberg, Heidrun (2013): Der veränderte Interaktionsprozess in der Pflege: Evidenzbasierung und biographische Rahmung. In: Herzberg, Heidrun/Seltrecht, Astrid (Hrsg.): Der soziale Körper. Interdisziplinäre Zugänge zur Leiblichkeit. Opladen u. a.: Budrich, 189–200.

Herzig, Stefan/Koerfer, Armin (2018): Ärztliche Schlüsselkompetenzen. In: Koerfer, Armin/Albus, Christian (Hrsg.): Kommunikative Kompetenz in der Medizin. Ein Lehrbuch zur Theorie, Didaktik, Praxis und Evaluation der ärztlichen Gesprächsführung. Göttingen: Verlag für Gesprächsforschung, 229-261.

Herzig-Walch, Gabriele (2009): Kommunikation in der Pflege. Ein Ansatz zur Verbesserung der kommunikativen Kompetenz von Pflegepersonal. Kassel: Kassel University Press.

Heuckeroth, Lea/Schmeer, Regina (2018): Schritt für Schritt: Implementierung einer APN auf Station. In: Pflegezeitschrift 71 (5), 58–60.

Hewitt, John P./Stokes, Randall (1975): Disclaimers. In: American Sociological Review 40 (1), 1–11.

Hibbeler, Birgit (2011): Ärzte und Pflegekräfte. Ein chronischer Konflikt. In: Deutsches Ärzteblatt 108 (41), 2138–2144.

Hilmisdóttir, Helga (2016): Responding to informings in Icelandic talk-in-interaction: A comparison of *nú* and *er það*. In: Journal of Pragmatics 104, 133–147.

Hirsmüller, Susanne/Schröer, Margit (2019): Interprofessionelle Teamarbeit als Ausgangspunkt für Palliativmedizin. In: Schnell, Martin W./Schulz-Quach, Christian (Hrsg.): Basiswissen Palliativmedizin. 3., völlig bearbeitete Auflage. Berlin: Springer, 9–16.

Hitzler, Sarah (2012): Aushandlung ohne Dissens? Praktische Dilemmata der Gesprächsführung im Hilfeplangespräch. Wiesbaden: VS.

Hjelmfors, Lisa/van der Wal, Martje H. L./Friedrichsen, Maria J./Mårtensson, Jan/Strömberg, Anna/Jaarsma, Tiny (2015): Patient-Nurse Communication about Prognosis and End-of-Life Care. In: Journal of Palliative Medicine 18 (10), 865–871.

Hobbs, Jerry R. (1990): Topic Drift. In: Dorval, Bruce (Hrsg.): Conversational Organization and its Development. Norwood: Ablex, 3–22.

Hofmann, Irmgard (2012): Die Rolle der Pflege im Gesundheitswesen. Historische Hintergründe und heutige Konfliktkonstellationen. In: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 55 (9), 1161–1167.

Hohenstein, Christiane (2006): Erklärendes Handeln im wissenschaftlichen Vortrag. Ein Vergleich des Deutschen mit dem Japanischen. München: Iudicium.

Holt, Elizabeth (1993): The structure of death announcements: Looking on the bright side of death. In: Text 13 (2), 189–212.

Holtel, Markus/Weber, Heidemarie (2019): So gelingt die Visite. In: Deutsches Ärzteblatt 116 (1–2), 40–41.

Hoos-Leistner, Heike (2020): Kommunikation im Gesundheitswesen. Berlin: Springer.

Hopper, Robert W. (1995): Studying Conversational Interaction in Institutions. In: Communication Yearbook 18 (1), 371–380.

Hougaard, Anders/Oakley, Todd (2008): Introduction: Mental Spaces and Discourse Analysis. In: Oakley, Todd/Hougaard, Anders (Hrsg.): Mental Spaces in Discourse and Interaction. Amsterdam/Philadelphia: Benjamins, 1–26.

Housley, William/Fitzgerald, Richard (2015): Introduction to Membership Categorisation Analysis. In: Fitzgerald, Richard/Housley, William (Hrsg.): Advances in Membership Categorisation Analysis. London: Sage, 1–21.

Howell, Debra/Hardy, Beth/Boyd, Caroline/Ward, Chris/Roman, Eve/Johnson, Miriam (2014): Community palliative care clinical nurse specialists: a descriptive study of nurse-patient interactions. In: International Journal of Palliative Nursing 20 (5), 246–253.

Hudak, Pamela L./Clark, Shannon J./Raymond, Geoffrey (2011): How surgeons design treatment recommendations in orthopaedic surgery. In: Social Science & Medicine 73 (7), 1028–1036.

Hudak, Pamela L./Maynard, Douglas W. (2011): An interactional approach to conceptualising small talk in medical interactions. In: Sociology of Health & Illness 33 (4), 634–653.

Hultgren, Anna Kristina/Cameron, Deborah (2010): „How May I Help You?" Questions, Control, and Customer Care in Telephone Call Center Talk. In: Freed, Alice F./Ehrlich, Susan (Hrsg.): „Why Do You Ask?": The Function of Questions in Institutional Discourse. Oxford: Oxford University Press, 322–342.

Husebø, Stein (2017): Kommunikation. In: Husebø, Stein/Mathis, Gebhard (Hrsg.): Palliativmedizin. 6. Auflage. Berlin/Heidelberg: Springer, 99-158.

Husebø, Stein/Mathis, Gebhard (2017): Was ist Palliativmedizin? Was ist Palliative Care? In: Husebø, Stein/Mathis, Gebhard (Hrsg.): Palliativmedizin. 6. Auflage. Berlin/Heidelberg: Springer, 1–9.

Hutchby, Ian/Wooffitt, Robin (1998): Conversation Analysis. Principles, Practices and Applications. Cambridge: Polity Press.

Ijäs-Kallio, Taru/Ruusuvuori, Johanna/Peräkylä, Anssi (2010): Patient Involvement in Problem Presentation and Diagnosis Delivery in Primary Care. In: Communication & Medicine 7 (2), 131–141.

Imo, Wolfgang (2007): Construction Grammar und Gesprochene-Sprache-Forschung. Konstruktionen mit zehn matrixfähigen Verben im gesprochenen Deutsch. Tübingen: Niemeyer.

Imo, Wolfgang (2009): Konstruktion oder Funktion? Erkenntnisprozessmarker („change-of-state token") im Deutschen. In: Günthner, Susanne/Bücker, Jörg (Hrsg.): Grammatik im Gespräch. Konstruktionen der Selbst- und Fremdpositionierung. Berlin/New York: de Gruyter, 57–86.

Imo, Wolfgang (2010a): Das Adverb *jetzt* zwischen Zeit- und Gesprächsdeixis. In: Zeitschrift für Germanistische Linguistik 38 (1), 25–58.

Imo, Wolfgang (2010b): *Mein Problem ist/mein Thema ist* (‚My problem is/my topic is'): How syntactic patterns and genres interact. In: Dorgeloh, Heidrun/Wanner, Anja (Hrsg.): Syntactic Variation and Genre. Berlin/New York: de Gruyter, 141–166.

Imo, Wolfgang (2012): Wortart Diskursmarker? In: Rothstein, Björn (Hrsg.): Nicht-flektierende Wortarten. Berlin: de Gruyter, 48–88.

Imo, Wolfgang (2013): Sprache in Interaktion. Analysemethoden und Untersuchungsfelder. Berlin/Boston: de Gruyter.

Imo, Wolfgang (2017a): Das Problem der zweiten Meinung: Vom Umgang mit Misstrauen in onkologischen Therapieplanungsgesprächen. In: Zeitschrift für Angewandte Linguistik 67, 25–49.

Imo, Wolfgang (2017b): Trösten: eine professionelle sprachliche Praktik in der Medizin. In: Muttersprache 127 (3), 197–225.

Imo, Wolfgang (2020): Krebs und persönliche Kontrolle: Ursachen und Verantwortlichkeiten. SpIn (Arbeitspapierreihe Sprache und Interaktion) 83. URL: arbeitspapiere.sprache-interaktion.de/arbeitspapiere/arbeitspapier83.pdf [abgerufen am 04.05.2021].

Imo, Wolfgang/Ziegler, Evelyn (2019): Situierte Konstruktionen: das Indefinitpronomen *man* im Kontext der Aushandlung von Einstellungen zu migrationsbedingter Mehrsprachigkeit. In: OBST – Osnabrücker Beiträge zur Sprachtheorie 94, 75–104.

Isaacson, Mary J./Minton, Mary E./DaRosa, Patricia/Harming, Shana (2019): Nurse Comfort With Palliative and End-of-Life Communication: A Rural and Urban Comparison. In: Journal of Hospice & Palliative Nursing 21 (1), 38–45.

Jackob, Nikolaus (2004): Der Tod planscht mit. Furchtappelle als Instrument der Gesundheitskommunikation. In: Fachjournalist 13, 15–19.

Jackson, Sally/Jacobs, Scott (1980): Structure of Conversational Argument: Pragmatic Basis for The Enthymeme. In: The Quarterly Journal of Speech 66, 251–265.
Jacobs, Scott (1987): The Management of Disagreement in Conversation. In: Eemeren, Frans/Grootendorst, Rob/Blair, Anthony (Hrsg.): Argumentation: Across the Lines of Disciplines. Dordrecht/Providence: Foris Publications, 229–239.
Jährig, Christian/Koch, Uwe (1982): Die Arzt-Patienten-Interaktion in der internistischen Visite eines Akutkrankenhauses – Eine empirische Untersuchung. In: Köhle, Karl/Raspe, Hans-Heinrich (Hrsg.): Das Gespräch während der ärztlichen Visite. München u. a.: Urban & Schwarzenberg, 36–57.
Jakoby, Nina/Thönnes, Michaela (2017): Einleitung – Zur Soziologie des Sterbens. In: Jakoby, Nina/Thönnes, Michaela (Hrsg.): Zur Soziologie des Sterbens. Aktuelle theoretische und empirische Beiträge. Wiesbaden: VS, 1–9.
Janich, Nina (2018): Nichtwissen und Unsicherheit. In: Birkner, Karin/Janich, Nina (Hrsg.): Handbuch Text und Gespräch. Berlin/Boston: de Gruyter, 555–583.
Jarrett, Nicola J./Payne, Sheila A. (2000): Creating and maintaining ‚optimism' in cancer care communication. In: International Journal of Nursing Studies 37 (1), 81–90.
Jefferson, Gail (1972): Side Sequences. In: Sudnow, David (Hrsg.): Studies in Social Interaction. New York: Free Press, 294–338.
Jefferson, Gail (1983): Caveat Speaker: Preliminary Notes on Recipient Topic-Shift Implicature. In: Tilburg Papers in Language and Literature, 1–25.
Jefferson, Gail (1984a): Notes on a systematic deployment of the acknowledgement tokens „Yeah" and „Mm hm". In: Papers in Linguistics 17 (2), 197–216.
Jefferson, Gail (1984b): On Stepwise transition from talk about a trouble to inappropriately next-positioned matters. In: Atkinson, J. Maxwell/Heritage, John (Hrsg.): Structures of Social Action. Studies in Conversation Analysis. Cambridge u. a.: Cambridge University Press, 191–221.
Jefferson, Gail (1984c): On the organization of laughter in talk about troubles. In: Atkinson, J. Maxwell/Heritage, John (Hrsg.): Structures of Social Action. Studies in Conversation Analysis. Cambridge u. a.: Cambridge University Press, 346–369.
Jefferson, Gail (1988): On the Sequential Organization of Troubles-Talk in Ordinary Conversation. In: Social Problems 35 (4), 418–441.
Jefferson, Gail/Lee, John R. (1981): The Rejection of Advice: Managing The Problematic Convergence of a ‚Troubles-Telling' and a ‚Service Encounter'. In: Journal of Pragmatics 5, 399–422.
Jenkins, Laura/Parry, Ruth/Pino, Marco (2021): Providing Opportunities for Patients to Say More about Their Pain without Overtly Asking: A Conversation Analysis of Doctors Repeating Patient Answers in Palliative Care Pain Assessment. In: Applied Linguistics 42. URL: https://academic.oup.com/applij/advance-article/doi/10.1093/applin/amaa062/6146161 [abgerufen am 05.05.2021].
Jensen, Torben Juel/Gregersen, Frans (2016): What do(es) *you* mean? The pragmatics of generic second person pronouns in modern spoken Danish. In: Pragmatics 26 (3), 417–446.
Jones, Aled (2003): Nurses talking to patients: exploring conversation analysis as a means of researching nurse-patient communication. In: International Journal of Nursing Studies 40 (6), 609–618.
Jones, Aled/Collins, Sarah (2007): Nursing assessments and other tasks. Influences on participation in interactions between patients and nurses. In: Collins, Sarah/Britten, Nicky/Ruusuvuori, Johanna/Thompson, Andrew (Hrsg.): Patient Participation in Health Care Consultations. Qualitative Perspectives. Maidenhead: Open University Press, 143–163.
Jünger, Jana (Hrsg.) (2018): Ärztliche Kommunikation. Praxisbuch zum Masterplan Medizinstudium 2020. Stuttgart: Schattauer.

Jünger, Saskia/Pestinger, Martina/Elsner, Frank/Krumm, Norbert/Radbruch, Lukas (2007): Criteria for successful multiprofessional cooperation in palliative care teams. In: Palliative Medicine 21 (4), 347–354 [abgerufen am 05.05.2021].

Kallmeyer, Werner (1978): Fokussierungen und Fokuswechsel als Aktivitäten der Gesprächskonstitution. In: Meyer-Herrmann, Reinhard (Hrsg.): Sprechen – Handeln – Interaktion. Tübingen: Niemeyer, 179–250.

Kallmeyer, Werner/Schütze, Fritz (1977): Zur Konstitution von Kommunikationsschemata der Sachverhaltsdarstellung. In: Wegner, Dirk (Hrsg.): Gesprächsanalysen. Vorträge, gehalten anläßlich des 5. Kolloquiums des Instituts für Kommunikationsforschung und Phonetik, Bonn, 14. – 16. Oktober 1976. Hamburg: Buske, 159–274.

Kärkkäinen, Elise (2003): Epistemic Stance in English Conversation. A description of its interactional functions, with a focus on *I think*. Amsterdam/Philadelphia: Benjamins.

Kärkkäinen, Elise (2006): Stance taking in conversation: From subjectivity to intersubjectivity. In: Text & Talk 26 (6), 699–731.

Kärkkäinen, Elise/Keisanen, Tiina (2012): Linguistic and embodied formats for making (concrete) offers. In: Discourse Studies 14 (5), 587–611.

Kastl, Jörg M. (2004): Habitus als non-deklaratives Gedächtnis – zur Relevanz der neuropsychologischen Amnesieforschung für die Soziologie. In: Sozialer Sinn 5 (1), 195–226.

Kaupen-Haas, Heidrun/Mischo-Kelling, Maria/Reiter, Gabriele (1993): Arzt-Patient-Kommunikation ‚Revisited'. Am Beispiel internistischer Stationsvisiten. In: Löning, Petra/Rehbein, Jochen (Hrsg.): Arzt-Patienten-Kommunikation. Analysen zu interdisziplinären Problemen des medizinischen Diskurses. Berlin/New York: de Gruyter, 149–176.

Keevallik, Leelo (2011): The terms of not knowing. In: Stivers, Tanya/Mondada, Lorenza/Steensig, Jakob (Hrsg.): The Morality of Knowledge in Conversation. Cambridge u. a.: Cambridge University Press, 184–206.

Keevallik, Leelo (2017): Negotiating deontic rights in second position: Young adult daughters' imperatively formatted responses to mothers' offers in Estonian. In: Sorjonen, Marja-Leena/Raevaara, Liisa/Couper-Kuhlen, Elizabeth (Hrsg.): Imperative Turns at Talk. The design of directives in action. Amsterdam/Philadelphia: Benjamins, 271–295.

Keisanen, Tiina/Rauniomaa, Mirka (2012): The Organization of Participation and Contingency in Prebeginnings of Request Sequences. In: Research on Language and Social Interaction 45 (4), 323–351.

Kellehear, Allan (2017): Current social trends and challenges for the dying person. In: Jakoby, Nina/Thönnes, Michaela (Hrsg.): Zur Soziologie des Sterbens. Aktuelle theoretische und empirische Beiträge. Wiesbaden: VS, 11-27.

Keller, Rudi (2018): Zeichentheorie. Zu einer Theorie semiotischen Wissens. 2., durchgesehene Auflage. Tübingen: Francke.

Kelly, John/Local, John (1989): Doing Phonology. Observing, Recording, Interpreting. Manchester: Manchester University Press.

Kendon, Adam (1988): Goffman' s Approach to Face-to-Face Interaction. In: Drew, Paul/Wootton, Anthony (Hrsg.): Ervin Goffman: Exploring the interaction order. Boston: Northeastern University Press, 14–40.

Kendrick, Kobin H./Drew, Paul (2016): Recruitment: Offers, Requests, and the Organization of Assistance in Interaction. In: Research on Language and Social Interaction 49 (1), 1–19.

Kent, Alexandra (2012): Compliance, resistance and incipient compliance when responding to directives. In: Discourse Studies 14 (6), 711–730.

Keppler, Angela/Luckmann, Thomas (1991): ‚Teaching': conversational transmission of knowledge. In: Markovà, Ivana/Foppa, Klaus (Hrsg.): Asymmetries in Dialogue. Savage: Barnes & Noble Books, 143–165.

Kern, Friederike (2000): Kulturen der Selbstdarstellung. Ost- und Westdeutsche in Bewerbungsgesprächen. Wiesbaden: Deutscher Universitätsverlag.

Kesselring, Annemarie/Geest, Sabina de (2002): Medizin und Pflege: siamesische Zwillinge? In: SAMW Bulletin (Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften) 2 (3), o. S.

Kindt, Walther (2001): Argumentationsanalyse, ein Stiefkind der Diskursforschung: Warum die Rekonstruktion von Argumentation zu den Standardaufgaben in Kommunikationsuntersuchungen gehören sollte. In: Iványi, Zsuzsanna/Kertész, András (Hrsg.): Gesprächsforschung. Tendenzen und Perspektiven. Frankfurt am Main u. a.: Lang, 169–183.

Kirkpatrick, Amanda J./Cantrell, Mary Ann/Smeltzer, Suzanne C. (2017): Palliative Care Simulations in Undergraduate Nursing Education: An Integrative Review. In: Clinical Simulation in Nursing 13 (9), 414–431.

Klaschik, Eberhard/Nauck, Friedemann/Radbruch, Lukas/Sabatowski, Rainer (2000): Palliativmedizin – Definitionen und Grundzüge. In: Der Internist 41 (7), 606–611.

Klein, Josef (1987): Die konklusiven Sprechhandlungen. Studien zur Pragmatik, Semantik, Syntax und Lexik von Begründen, Erklären-warum, Folgern und Rechtfertigen. Tübingen: Niemeyer.

Klein, Josef (2001): Erklären und Argumentieren als interaktive Gesprächsstrukturen. In: Brinker, Klaus/Antos, Gerd/Heinemann, Wolfgang/Sager, Sven F. (Hrsg.): Text- und Gesprächslinguistik. Berlin/New York: de Gruyter, 1309–1329.

Klemperer, David (2005): Shared Decision Making und Patientenzentrierung – vom Paternalismus zur Partnerschaft in der Medizin. Teil 2: Risikokommunikation, Interessenkonflikte, Effekte von Patientenbeteiligung. In: Balint 6, 115–123.

Klemperer, David (2015): Patientenbeteiligung zur Verbesserung der Versorgungsqualität. In: Deutsches Ärzteblatt international 112 (40), 663–664.

Knoblauch, Hubert (2007): Der Tod der Moderne, die neue „Kultur des Todes" und die Sektion. In: Groß, Dominik/Esser, Andrea/Knoblauch, Hubert/Tag, Brigitte (Hrsg.): Tod und toter Körper. Der Umgang mit dem Tod und der menschlichen Leiche am Beispiel der klinischen Obduktion. Kassel: Kassel University Press, 189–200.

Knoblauch, Hubert (2011): Alfred Schütz, die Phantasie und das Neue. Überlegungen zu einer Theorie des kreativen Handelns. In: Schröer, Norbert/Bidlo, Oliver (Hrsg.): Die Entdeckung des Neuen. Qualitative Sozialforschung als Hermeneutische Wissenssoziologie. Wiesbaden: VS, 99–116.

Knoblauch, Hubert/Kahl, Antje (2017): Tod. In: Gugutzer, Robert/Klein, Gabriele/Meuser, Michael (Hrsg.): Handbuch Körpersoziologie. Band 2: Forschungsfelder und Methodische Zugänge. Wiesbaden: VS, 365–378.

Knoblauch, Hubert/Schnettler, Bernd (2005): Prophetie und Prognose. Zur Konstitution und Kommunikation von Zukunftswissen. In: Hitzler, Ronald/Pfadenhauer, Michaela (Hrsg.): Gegenwärtige Zukünfte. Interpretative Beiträge zur sozialwissenschaftlichen Diagnose und Prognose. Wiesbaden: VS, 23–44.

Knoblauch, Hubert/Zingerle, Arnold (2005): Thanatosoziologie. Tod, Hospiz und die Institutionalisierung des Sterbens. In: Knoblauch, Hubert/Zingerle, Arnold (Hrsg.): Thanatosoziologie: Tagungen der Sektion für Soziologie der Görres-Gesellschaft. Berlin: Duncker & Humblot, 11–30.

Koch, Amie/Mantzouris, Stephen (2020): Nurses' Role in Providing Comprehensive Communication, Prognostication, and Palliative Care During the COVID-19 Pandemic. In: Journal of Hospice & Palliative Nursing 22 (6), 442–446.

Kocks, Andreas/Segmüller, Tanja/Zegelin, Angelika (2017): Pflege ist Kommunikation und die Basis für vielschichtige Beratungsmomente. In: Pick, Ina (Hrsg.): Beraten in Interaktion. Eine gesprächslinguistische Typologie des Beratens. Frankfurt am Main u. a.: Lang, 279–297.

Koenig, Christopher J. (2011): Patient resistance as agency in treatment decisions. In: Social Science & Medicine 72 (7), 1105–1114.

Koenig, Christopher J./Robinson, Jeffrey D. (2014): Conversation analysis: understanding the structure of health talk. In: Whaley, Bryan B. (Hrsg.): Research Methods In Health Communication. Principles and Application. New York u. a.: Routledge, 119–140.

Koerfer, Armin/Albus, Christian (2018a): Biographisch-narrative Anamnese. In: Koerfer, Armin/Albus, Christian (Hrsg.): Kommunikative Kompetenz in der Medizin. Ein Lehrbuch zur Theorie, Didaktik, Praxis und Evaluation der ärztlichen Gesprächsführung. Göttingen: Verlag für Gesprächsforschung, 406-466.

Koerfer, Armin/Albus, Christian (2018b): Klinische Kommunikationsausbildung. Einleitung und Überblick. In: Koerfer, Armin/Albus, Christian (Hrsg.): Kommunikative Kompetenz in der Medizin. Ein Lehrbuch zur Theorie, Didaktik, Praxis und Evaluation der ärztlichen Gesprächsführung. Göttingen: Verlag für Gesprächsforschung, 12-39.

Koerfer, Armin/Albus, Christian/Obliers, Rainer/Thomas, Walter/Köhle, Karl (2008): Kommunikationsmuster der medizinischen Entscheidungsfindung. In: Niemeier, Susanne/Diekmannshenke, Hans-Joachim (Hrsg.): Profession & Kommunikation. Frankfurt am Main u. a.: Lang, 121–156.

Koerfer, Armin/Kilarski, Laura L./Albus, Christian (2018): Visitenkommunikation. In: Koerfer, Armin/Albus, Christian (Hrsg.): Kommunikative Kompetenz in der Medizin. Ein Lehrbuch zur Theorie, Didaktik, Praxis und Evaluation der ärztlichen Gesprächsführung. Göttingen: Verlag für Gesprächsforschung, 1379-1445.

Koerfer, Armin/Neumann, Christoph (1982): Alltagsdiskurs und psychoanalytischer Diskurs. Aspekte der Sozialisierung des Patienten in einem ‚ungewohnten' Diskurstyp. In: Flader, Dieter/Grodzicki, Wolf-Dietrich/Schröter, Klaus (Hrsg.): Psychoanalyse als Gespräch. Interaktionsanalytische Untersuchungen über Therapie und Supervision. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 96–137.

Köhle, Karl/Langewitz, Wolf (2017): Arzt-Patient-Kommunikation. In: Köhle, Karl/Herzog, Wolfgang/Joraschky, Peter/Kruse, Johannes/Langewitz, Wolf/Söllner, Wolfgang/von Uexküll, Thure (Hrsg.): Psychosomatische Medizin. Theoretische Modelle und klinische Praxis. 8. Auflage. München: Urban & Fischer, 289–323.

König, Ekkehard (1991): Konzessive Konjunktionen. In: Stechow, Arnim von/Wunderlich, Dieter (Hrsg.): Semantik. Ein internationales Handbuch der zeitgenössischen Forschung. Berlin/New York: de Gruyter, 631–639.

König, Katharina (2014): Spracheinstellungen und Identitätskonstruktion. Eine gesprächsanalytische Untersuchung sprachbiographischer Interviews mit Deutsch-Vietnamesen. Berlin/New York: de Gruyter.

König, Katharina (2017): *Question tags* als Diskursmarker? – Ansätze zu einer systematischen Beschreibung von *ne* im gesprochenen Deutsch. In: Blühdorn, Hardarik/Deppermann, Arnulf/Helmer, Henrike/Spranz-Fogasy, Thomas (Hrsg.): Diskursmarker im Deutschen. Reflexionen und Analysen. Göttingen: Verlag für Gesprächsforschung, 233–258.

König, Katharina/Stoltenburg, Benjamin (2013): „oder so", „und so", „und so was", „und so weiter" etc. Eine interaktionale Perspektive auf Etcetera-Formeln. gidi Arbeitspapierreihe 48. URL: https://arbeitspapiere.sprache-interaktion.de/arbeitspapiere/arbeitspapier48.pdf [abgerufen am 10.05.2021].

Kotthoff, Helga (2009): Erklärende Aktivitätstypen in Alltags- und Unterrichtskontexten. In: Spreckels, Janet (Hrsg.): Erklären im Kontext. Neue Perspektiven aus der

Gesprächs- und Unterrichtsforschung. Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren, 120–146.
Kreutzer, Susanne (2005): Vom „Liebesdienst" zum modernen Frauenberuf. Die Reform der Krankenpflege nach 1945. Frankfurt: Campus.
Krug, Reinhard/Köhle, Karl (1982): Der Gebrauch von Personalpronomina als Indikator für Beziehungskonstellationen in Visitengesprächen. In: Köhle, Karl/Raspe, Hans-Heinrich (Hrsg.): Das Gespräch während der ärztlichen Visite. München u. a.: Urban & Schwarzenberg, 178–195.
Kruse, Anna-Paula (1995): Krankenpflegeausbildung seit Mitte des 19. Jahrhunderts. 2., überarbeitete Auflage. Stuttgart: Kohlhammer.
Kuhlmann, Peter (2010): Der lateinische Einfluss auf Lexik, Morphologie und Syntax des Deutschen – ein Überblick. In: Forum Classicum 53 (3), 218–226.
Kuiper, Koenraad/Flindall, Marie (2000): Social rituals, formulaic speech and smalltalk at the supermarket checkout. In: Coupland, Justine (Hrsg.): Small Talk. Harlow: Pearson Education, 183–207.
Kunz, Roland (2014): Interdisziplinäre Betreuung und Integrierte Versorgung. In: Steinebach, Christoph (Hrsg.): Innovative Palliative Care. Für eine neue Kultur der Pflege, Medizin und Betreuung. Bern: Huber, 108–119.
Kupetz, Maxi (2013): Verstehensdokumentationen in Reaktionen auf Affektdarstellungen am Beispiel von ‚das glaub ich'. In: Deutsche Sprache 13 (1), 72–96.
Kupetz, Maxi (2014a): ‚Mitfühlend sprechen': Zur Rolle der Prosodie in Empathiedarstellungen. In: Barth-Weingarten, Dagmar/Szczepek Reed, Beatrice (Hrsg.): Prosodie und Phonetik in der Interaktion – Prosody and phonetics in interaction. Mannheim: Verlag für Gesprächsforschung, 87–114.
Kupetz, Maxi (2014b): Empathy displays as interactional achievements – Multimodal and sequential aspects. In: Journal of Pragmatics 61, 4–34.
Kurhila, Salla/Lehtimaja, Inkeri (2018): Dealing with numbers: Nurses informing doctors and patients about test results. In: Discourse Studies 109 (2), 1-19.
Kuroshima, Satomi/Iwata, Natsuho (2016): On Displaying Empathy: Dilemma, Category, and Experience. In: Research on Language and Social Interaction 49 (2), 92–110.
Labov, William (1973): Hedges: A Study in Meaning Criteria and the Logic of Fuzzy Concepts. In: Journal of Philosophical Logic 2 (4), 458–508.
Labov, William/Fanshel, David (1977): Therapeutic Discourse. Psychotherapy as Conservation. New York u. a.: Academic Press.
Lalouschek, Johanna (2002): Frage-Antwort-Sequenzen im ärztlichen Gespräch. In: Brünner, Gisela/Fiehler, Reinhard/Kindt, Walther (Hrsg.): Angewandte Diskursforschung. Band 1: Grundlagen und Beispielanalysen. Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung, 155–173.
Lalouschek, Johanna (2005): Medizinische Konzepte und ärztliche Gesprächsführung – am Beispiel der psychosomatischen Anamnese. In: Neises, Mechthild/Ditz, Susanne/Spranz-Fogasy, Thomas (Hrsg.): Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde. Ein interdisziplinärer Ansatz zur verbalen Intervention. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 48–72.
Lalouschek, Johanna (2010): Medizinische und kulturelle Perspektiven von Schmerz. In: Menz, Florian/Lalouschek, Johanna/Sator, Marlene/Wetschanow, Karin (Hrsg.): Sprechen über Schmerzen. Linguistische, kulturelle und semiotische Analysen. Duisburg: Universitätsverlag Rhein-Ruhr, 15–69.
Lalouschek, Johanna/Menz, Florian/Wodak, Ruth (1988): Gespräche in der Ambulanz. Ein Zwischenbericht. In: Deutsche Sprache 16 (2), 167–191.
Lalouschek, Johanna/Menz, Florian/Wodak, Ruth (1990): Alltag in der Ambulanz. Gespräche zwischen Ärzten, Schwestern und Patienten. Tübingen: Narr.

Land, Victoria/Parry, Ruth/Pino, Marco/Jenkins, Laura/Feathers, Luke/Faull, Christina (2019): Addressing possible problems with patients' expectations, plans and decisions for the future: One strategy used by experienced clinicians in advance care planning conversations. In: Patient Education and Counseling 102 (4), 670–679.

Landmark, Anne Marie Dalby/Gulbrandsen, Pål/Svennevig, Jan (2015): Whose decision? Negotiating epistemic and deontic rights in medical treatment decisions. In: Journal of Pragmatics 78, 54–69.

Langley-Evans, Alison/Payne, Sheila (1997): Light-hearted death talk in a palliative day care context. In: Journal of Advanced Nursing 26, 1091–1097.

Lanwer, Jens P. (2019): Alignmentmarker in norddeutscher Alltagssprache (AINA). In: Niederdeutsches Wort 59, 33–75.

Lanwer, Jens P./Coussios, Georgios (2018): Kommunikative Praxis, soziale Gruppe und sprachliche Konventionen. In: Neuland, Eva/Schlobinski, Peter (Hrsg.): Handbuch Sprache in sozialen Gruppen. Berlin/Boston: de Gruyter, 126–148.

Lehmann, Yvonne/Schaepe, Christiane/Wulff, Ines/Ewers, Michael (2019): Pflege in anderen Ländern. Vom Ausland lernen? Heidelberg: medhochzwei.

Leitlinienprogramm Onkologie (2020): Erweiterte S3 Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung. Langversion 2.1 – Januar 2020. URL: https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Leitlinien/Palliativmedizin/Version_2/LL_Palliativmedizin_2.1_Langversion.pdf [abgerufen am 11.05.2021].

Leppänen, Vesa (1998): The Straightforwardness of Advice: Advice-Giving in Interactions Between Swedish District Nurses and Patients. In: Research on Language and Social Interaction 31 (2), 209–239.

Lerner, Gene H. (1993): Collectivities in action: Establishing the relevance of conjoined participation in conversation. In: Text 13 (2), 213–245.

Leschke, Matthias (2009): Die klinische Visite im Zeichen der Arbeitsverdichtung des Arztes. In: Klinikarzt 38 (5), 207–209.

Leung, Janice M./Udris, Edmunds M./Uman, Jane/Au, David H. (2012): The effect of end-of-life discussions on perceived quality of care and health status among patients with COPD. In: Chest 142 (1), 128–133.

Levinson, Stephen C. (1988): Putting Linguistics on a Proper Footing: Explorations in Goffman' s Concepts of Participation. In: Drew, Paul/Wootton, Anthony (Hrsg.): Erving Goffman. Exploring the Interaction Order. Boston: Northeastern University Press, 161–227.

Levinson, Stephen C. (2000): Presumptive Meanings. The Theory of Generalized Conversational Implicature. Cambridge: MIT Press.

Levinson, Stephen C. (2005): Living with Manny' s dangerous idea. In: Discourse Studies 7 (4–5), 431–453.

Levinson, Stephen C. (2012): Interrogative intimations: on a possible social economics of interrogatives. In: de Ruiter, Jan P. (Hrsg.): Questions. Formal, Functional and Interactional Perspectives. Cambridge: Cambridge University Press, 11–32.

Levinson, Stephen C. (2013): Action Formation and Ascription. In: Sidnell, Jack/Stivers, Tanya (Hrsg.): The Handbook of Conversation Analysis. Chichester: Wiley-Blackwell, 103–130.

Levorato, Alessandro/Stiefel, Friedrich/Mazzocato, Claudia/Bruera, Eduardo (2001): Communication with terminal cancer patients in palliative care: are there differences between nurses and physicians? In: Supportive Care in Cancer 9 (6), 420–427.

Lindemann, Katrin (2015): Emotionen in medizinischer Kommunikation. In: Busch, Albert/Spranz-Fogasy, Thomas (Hrsg.): Handbuch Sprache in der Medizin. Berlin/Boston: de Gruyter, 154–169.

Lindström, Anna/Sorjonen, Marja-Leena (2013): Affiliation in Conversation. In: Sidnell, Jack/Stivers, Tanya (Hrsg.): The Handbook of Conversation Analysis. Chichester: Wiley-Blackwell, 350–369.

Lindström, Anna/Weatherall, Ann (2015): Orientations to epistemics and deontics in treatment discussions. In: Journal of Pragmatics 78, 39–53.

Lindström, Jan/Karlsson, Susanna (2016): Tensions in the epistemic domain and claims of no-knowledge: A study of Swedish medical interaction. In: Journal of Pragmatics 106, 129–147.

Lindtner-Rudolph, Heide/Bardenheuer, Hubert J. (2015): Sprache am Lebensende: Chancen und Risiken ärztlicher Gesprächsführung in der Palliativmedizin. In: Busch, Albert/Spranz-Fogasy, Thomas (Hrsg.): Handbuch Sprache in der Medizin. Berlin/Boston: de Gruyter, 243–263.

Lindwall, Oskar/Lymer, Gustav/Ivarsson, Jonas (2016): Epistemic status and the recognizability of social actions. In: Discourse Studies 18 (5), 500–525.

Linell, Per (2009): Rethinking Language, Mind and World Dialogically. Interactional and Contextual Theories of Human Sense-Making. Charlotte: Information Age Publishing.

Linell, Per/Luckmann, Thomas (1991): Asymmetries in dialogue: some conceptual preliminaries. In: Markovà, Ivana/Foppa, Klaus (Hrsg.): Asymmetries in Dialogue. Savage: Barnes & Noble Books, 1–20.

Linke, Angelika (2010): ‚Varietät' vs. ‚Kommunikative Praktik' – Welcher Zugang nützt der Sprachgeschichte? In: Gilles, Peter/Scharloth, Joachim/Ziegler, Evelyn (Hrsg.): Variatio delectat. Empirische Evidenzen und theoretische Passungen sprachlicher Variation. Frankfurt am Main u. a.: Lang, 255–273.

Linke, Angelika (2016): Sprache als Praxis. In: Schiewe, Jürgen (Hrsg.): Angemessenheit. Einsichten in Sprachgebräuche. Göttingen: Wallstein, 52–66.

Llewellyn, Nick/Hindmarsh, Jon (2010): Work and organisation in real time: an introduction. In: Llewellyn, Nick/Hindmarsh, Jon (Hrsg.): Organisation, Interaction and Practice. Studies in ethnomethodology and conversation analysis. Cambridge u. a.: Cambridge University Press, 3–23.

Local, John (1996): Conversational phonetics: some aspects of news receipts in everyday talk. In: Couper-Kuhlen, Elizabeth/Selting, Margret (Hrsg.): Prosody in Conversation. Interactional studies. Cambridge u. a.: Cambridge University Press, 177–230.

Local, John/Walker, Gareth (2008): Stance and affect in conversation: On the interplay of sequential and phonetic resources. In: Text & Talk 28 (6), 723–747.

Locher, Miriam A./Limberg, Holger (2012): Introduction to advice in discourse. In: Limberg, Holger/Locher, Miriam A. (Hrsg.): Advice in Discourse. Amsterdam: Benjamins, 1–27.

Löning, Petra (2001): Gespräche in der Medizin. In: Brinker, Klaus/Antos, Gerd/Heinemann, Wolfgang/Sager, Sven F. (Hrsg.): Text- und Gesprächslinguistik. Berlin/New York: de Gruyter, 1576–1588.

Lucius-Hoene, Gabriele/Deppermann, Arnulf (2004): Narrative Identität und Positionierung. In: Gesprächsforschung – Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion 5, 166–183.

Luckmann, Thomas (1986): Grundformen der gesellschaftlichen Vermittlung des Wissens: Kommunikative Gattungen. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 27, 191–211 [abgerufen am 02.01.2018].

Luckmann, Thomas (1987): Kanon und Konversion. In: Assmann, Aleida/Assmann, Jan (Hrsg.): Kanon und Zensur. Beiträge zur Archäologie der literarischen Kommunikation II. München: Fink, 38–46.

Luckmann, Thomas (1988): Kommunikative Gattungen im kommunikativen ‚Haushalt' einer Gesellschaft. In: Smolka-Koerdt, Gisela/Spangenberg, Peter M./Tillmann-

Bartyla, Dagmar (Hrsg.): Der Ursprung von Literatur. Medien, Rollen, Kommunikationssituationen zwischen 1450 und 1650. München: Fink, 279–288.
Luckmann, Thomas (1992): Theorie des sozialen Handelns. Berlin/New York: de Gruyter.
Lutfey, Karen (2004): Assessment, Objectivity, and Interaction: The Case of Patient Compliance With Medical Treatment Regimens. In: Social Psychology Quarterly 67 (4), 343–368.
Lutfey, Karen/Maynard, Douglas W. (1998): Bad News in Oncology: How Physician and Patient Talk About Death and Dying Without Using Those Words. In: Social Psychology Quarterly 61 (4), 321–341.
Lüth, Paul (1986): Von der stummen zur sprechenden Medizin. Über das Verhältnis von Patient und Arzt. Frankfurt/Main: Campus.
Lynch, Michael/Macbeth, Douglas (2016): The epistemics of Epistemics: An introduction. In: Discourse Studies 18 (5), 493–499.
Lynch, Michael/Wong, Jean (2016): Reverting to a hidden interactional order: Epistemics, informationism, and conversation analysis. In: Discourse Studies 18 (5), 526–549.
Maier, Christoph/Enax-Krumova, Elena/Rolke, Roman/Diener, Hans-Christoph/Sisignano, Marco/Bingel, Ulrike/Fritsche, Günther/Frettlöh, Jule (2017): Schmerzbegriffe und Pathophysiologie. In: Maier, Christoph/Diener, Hans-Christoph/Bingel, Ulrike (Hrsg.): Schmerzmedizin. Interdisziplinäre Diagnose- und Behandlungsstrategien. 5. Auflage. München: Urban & Fischer, 3–19.
Maio, Giovanni (2019): Der Erfolg der Palliativmedizin – oder die Institutionalisierung des Subversiven. In: Zeitschrift für Palliativmedizin 20 (3), 93–94.
Malamud, Sophia A. (2012): Impersonal indexicals: *one*, *you, man*, and *du*. In: The Journal of Comparative Germanic Linguistics 15 (1), 1–48.
Mandelbaum, Jenny (1990): Beyond mundane reason: Conversation analysis and context. In: Research on Language and Social Interaction 24, 333–350.
Manning, Philip/Ray, George B. (2002): Setting the agenda: an analysis of negotiation strategies in clinical talk. In: Health Communication 14 (4), 451–473.
Mantz, Sandra (2019): Kommunizieren in der Pflege. Kompetenz und Sensibilität im Gespräch. 2., aktualisierte Auflage. Stuttgart: Kohlhammer.
Marquard, Sara/Garthaus, Marcus/Wendelstein, Britta/Remmers, Hartmut/Kruse, Andreas (2018): Konflikte am Lebensende. Erfahrungen in Pflegebeziehungen aus der Sicht schwer kranker und sterbender Menschen. In: Zeitschrift für Palliativmedizin 19 (2), 110–115.
Marschall, Gottfried R. (1996): Was bezeichnet *man*? Das indefiniteste „Indefinitpronomen" und seine Verwandten. In: Pérennec, Marie-Hélène (Hrsg.): Pro-Formen des Deutschen. Tübingen: Stauffenburg, 87–97.
Marson, Stephen M./Powell, Rasby M. (2014): Goffman and the Infantilization of Elderly Persons: A Theory in Development. In: Journal of Sociology & Social Welfare 41 (4), 143–158.
Måseide, Per (2006): The deep play of medicine: Discursive and collaborative processing of evidence in medical problem solving. In: Communication & Medicine 3 (1), 43–54.
Måseide, Per (2011): Institutional bodies and social selves: The discourse of medical examinations in hospital settings. In: Candlin, Christopher N./Sarangi, Srikant (Hrsg.): Handbook of Communication in Organisations and Professions. Berlin/Boston: de Gruyter, 173–192.
Måseide, Per (2016): Team talk and problem solving in thoracic medicine. In: Communication & Medicine 13 (1), 9–22.

Masman, Anniek D./van Dijk, Monique/Tibboel, Dick/Baar, Frans P. M./Mathôt, Ron A. A. (2015): Medication use during end-of-life care in a palliative care centre. In: International Journal of Clinical Pharmacy 37 (5), 767–775.

Matic, Igor/Hanselmann, Sandra/Kleinberger, Ulla (2016): „SOME tablets they say that i don' t get anyMORE." – Wissensaushandlungen in der mehrsprachigen häuslichen Pflege. In: Groß, Alexandra/Harren, Inga (Hrsg.): Wissen in institutioneller Interaktion. Frankfurt am Main u. a.: Lang, 57–82.

Maurer, Friedrich/Mulch, Rudolf/Stroh, Friedrich (1968): Südhessisches Wörterbuch. Band 1 A–D. Marburg: Elwert.

Maynard, Douglas W. (1980): Placement of topic changes in conversation. In: Semiotica 30 (3–4), 263–290.

Maynard, Douglas W. (1991a): Interaction and Asymmetry in Clinical Discourse. In: The American Journal of Sociology 97 (2), 448–495.

Maynard, Douglas W. (1991b): The Perspective-Display Series and the Delivery and Receipt of Diagnostic News. In: Boden, Deirdre/Zimmerman, Donald H. (Hrsg.): Talk and Social Structure. Studies in Ethnomethodology and Conversation Analysis. Cambridge: Polity Press, 164–192.

Maynard, Douglas W. (1996): On „Realization" in Everyday Life: The Forecasting of Bad News as a Social Relation. In: American Sociological Review 61 (1), 109–131.

Maynard, Douglas W. (1997): The News Delivery Sequence: Bad News and Good News in Conversational Interaction. In: Research on Language and Social Interaction 30 (2), 93–130.

Maynard, Douglas W. (2003): Bad News, Good News. Conversational Order in Everyday Talk and Clinical Settings. Chicago: University of Chicago Press.

Maynard, Douglas W./Freese, Jeremy (2012): Good News, Bad News, and Affect. In: Peräkylä, Anssi/Sorjonen, Marja-Leena (Hrsg.): Emotion in Interaction. Oxford: Oxford University Press, 92–111.

Maynard, Douglas W./Heritage, John (2005): Conversation analysis, doctor-patient interaction and medical communication. In: Medical Education 39 (4), 428–435.

Maynard, Douglas W./Hudak, Pamela L. (2008): Small talk, high stakes: Interactional disattentiveness in the context of prosocial doctor-patient interaction. In: Language in Society 37 (5), 661–688.

Mayor, Eric/Bietti, Lucas (2017): Ethnomethodological studies of nurse-patient and nurse-relative interactions: A scoping review. In: International Journal of Nursing Studies 70, 46–57.

Mazeland, Harrie (2021): Die Aktivität als eigenständiger interaktionsorganisierender Bereich. In: Weidner, Beate/König, Katharina/Imo, Wolfgang/Wegner, Lars (Hrsg.): Verfestigungen in der Interaktion. Konstruktionen, sequenzielle Muster, kommunikative Gattungen. Berlin/Boston: de Gruyter, 159–194.

Mazeland, Harrie/ten Have, Paul (1996): Essential tensions in (semi-)open research interviews. In: Maso, Ilja/Wester, Fred (Hrsg.): The Deliberate Dialogue. Qualitative Perspectives on the Interview. Brüssel: VUB University Press, 87–113.

McArthur, Amanda (2019): Pain and the collision of expertise in primary care physical exams. In: Discourse Studies 21 (5), 522–539.

McVittie, Chris/Craig, Slavka/Temple, Margaret (2019): A conversation analysis of communicative changes in a time-limited psychotherapy group for mothers with post-natal depression. In: Psychotherapy Research 29, 1–13.

Meer, Dorothee (2009): „Unscharfe Ränder" – Einige kategoriale Überlegungen zu Konstruktionen mit dem Diskursmarker ‚ja' in konfrontativen Talkshowpassagen. In: Günthner, Susanne/Bücker, Jörg (Hrsg.): Grammatik im Gespräch. Konstruktionen der Selbst- und Fremdpositionierung. Berlin/New York: de Gruyter, 87–115.

Meier, Christoph (2002): Arbeitsbesprechungen. Interaktionsstruktur, Interaktionsdynamik und Konsequenzen einer sozialen Form. Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung.

Menz, Florian (1993): Medizinische Ausbildung im Krankenhaus am Beispiel der Lehranamnese: Die institutionalisierte Verhinderung von Kommunikation. In: Löning, Petra/Rehbein, Jochen (Hrsg.): Arzt-Patienten-Kommunikation. Analysen zu interdisziplinären Problemen des medizinischen Diskurses. Berlin/New York: de Gruyter, 251–264.

Menz, Florian/Sator, Marlene (2010): Einleitung. In: Menz, Florian/Lalouschek, Johanna/Sator, Marlene/Wetschanow, Karin (Hrsg.): Sprechen über Schmerzen. Linguistische, kulturelle und semiotische Analysen. Duisburg: Universitätsverlag Rhein-Ruhr, 7–13.

Menz, Florian/Sator, Marlene (2011): Kommunikationstypologie des Handlungsbereiches Medizin. In: Habscheid, Stephan (Hrsg.): Textsorten, Handlungsmuster, Oberflächen. Linguistische Typologien der Kommunikation. Berlin/New York: de Gruyter, 414–436.

Mercadante, Sebastiano/Prestia, Giovanna/Casuccio, Alessandra (2016): Nurse-based monitoring and management of breakthrough pain in an acute pain relief and palliative care unit. In: Hospital Practice 44 (4), 203–206.

Métrich, René/Faucher, Eugène (2009): Wörterbuch deutscher Partikeln. Unter Berücksichtigung ihrer französischen Äquivalente. Berlin/New York: de Gruyter.

Mishler, Elliot G. (1984): The Discourse of Medicine. Dialectics of Medical Interviews. Norwood: Ablex.

Möhler, Martin (1999a): Beziehungen zwischen Patienten, Pflegepersonal und Ärzten bei der Visite. 1. Teil. In: Die Schwester | Der Pfleger 38 (2), 140–143.

Möhler, Martin (1999b): Beziehungen zwischen Patienten, Pflegepersonal und Ärzten bei der Visite. 2. Teil. In: Die Schwester | Der Pfleger 38 (3), 227–229.

Mondada, Lorenza (2002): Die interaktive Formulierung der medizinischen Beschreibung. In: Psychotherapie & Sozialwissenschaft 4 (4), 341–353.

Mondada, Lorenza (2012): Conversation Analysis and Institutional Interaction. In: Chapelle, Carol A. (Hrsg.): The Encyclopedia of Applied Linguistics. Oxford: Blackwell, 1–7.

Morek, Miriam (2012): Kinder erklären. Interaktionen in Familie und Unterricht im Vergleich. Tübingen: Stauffenburg.

Morek, Miriam (2016): „watt soll ich dazu SAgen" – (Dis)Alignment bei der interaktiven Manifestation epistemischer Asymmetrien. In: Groß, Alexandra/Harren, Inga (Hrsg.): Wissen in institutioneller Interaktion. Frankfurt am Main u. a.: Lang, 145-175.

Morek, Miriam/Heller, Vivien/Quasthoff, Uta (2017): Erklären und Argumentieren. Modellierungen und empirische Befunde zu Strukturen und Varianzen. In: Meißner, Iris/Wyss, Eva Lia (Hrsg.): Begründen – Erklären – Argumentieren. Konzepte und Modellierungen in der Angewandten Linguistik. Tübingen: Stauffenburg, 11–45.

Morris, David B. (2000): Krankheit und Kultur. Plädoyer für ein neues Körperverständnis. München: Kunstmann.

Müller, Andreas P. (2018): Sprache und Hierarchie. In: Habscheid, Stephan/Müller, Andreas P./Thörle, Britta/Wilton, Antje (Hrsg.): Handbuch Sprache in Organisationen. Berlin/Boston: de Gruyter, 105–125.

Müller, Elke (1998): Grundpflege und Behandlungspflege. Historische Wurzeln eines reformbedürften Pflegebegriffs. In: Pflege 3 (2), 1–6.

Müller, Monika/Kern, Martina (2006): Kommunikation im Team. In: Zeitschrift für Palliativmedizin 7 (3), 65–70.

Müller, Monika/Pfister, David M. (2014): So viel Tod. In: Müller, Monika/Pfister, David M. (Hrsg.): Wie viel Tod verträgt das Team? Belastungs- und Schutzfaktoren in

Hospizarbeit und Palliativmedizin. 3., unveränderte Auflage. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 11–12.
Müller-Busch, Christof (2012): Entwicklung und Desiderate der Palliativmedizin in Deutschland. In: Bormann, Franz-Josef/Borasio, Gian D. (Hrsg.): Sterben. Dimensionen eines anthropologischen Grundphänomens. Berlin/Boston: de Gruyter, 95–110.
Muntigl, Peter/Horvath, Adam O. (2014a): „I Can See Some Sadness in Your Eyes": When Experiential Therapists Notice a Client' s Affectual Display. In: Research on Language and Social Interaction 47 (2), 89–108.
Muntigl, Peter/Horvath, Adam O. (2014b): The therapeutic relationship in action: how therapists and clients co-manage relational disaffiliation. In: Psychotherapy Research 24 (3), 327–345.
Muntigl, Peter/Knight, Naomi/Horvath, Adam O./Watkins, Ashley (2012): Client Attitudinal Stance and Therapist-Client Affiliation: A View from Grammar and Social Interaction. In: Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome 15 (2), 117–130.
Muntigl, Peter/Knight, Naomi/Watkins, Ashley (2014): Empathic practices in client-centred psychotherapies: Displaying understanding and affiliation with clients. In: Graf, Eva-Maria/Sator, Marlene/Spranz-Fogasy, Thomas (Hrsg.): Discourses of Helping Professions. Amsterdam/Philadelphia: Benjamins, 33–57.
Murray, Craig D./McDonald, Claire/Atkin, Heather (2015): The communication experiences of patients with palliative care needs: A systematic review and meta-synthesis of qualitative findings. In: Palliative & Supportive Care 13 (2), 369–383.
Nassehi, Armin/Saake, Irmhild (2005): Kontexturen des Todes. Eine Neubestimmung soziologischer Thanatologie. In: Knoblauch, Hubert/Zingerle, Arnold (Hrsg.): Thanatosoziologie: Tagungen der Sektion für Soziologie der Görres-Gesellschaft. Berlin: Duncker & Humblot, 31–54.
Nassehi, Armin/Weber, Georg (1989): Tod, Modernität und Gesellschaft. Entwurf einer Theorie der Todesverdrängung. Opladen: Westdeutscher Verlag.
Nauck, Friedemann/Alt-Epping, Bernd/Benze, Gesine (2015): Palliativmedizin. Aktueller Stand in Klinik, Forschung und Lehre. In: Anästhesiologie, Intensivmedizin, Notfallmedizin, Schmerztherapie 50, 36–44.
Nauck, Friedemann/Jaspers, Birgit (2021): Integration der Palliativmedizin in die Akutmedizin. In: Medizinische Klinik, Intensivmedizin und Notfallmedizin 116 (3), 267–276.
Neuhaus, Laura (2019): Linguistik der Litotes im Deutschen. Syntax, Semantik und Pragmatik einer ‚nicht uninteressanten' Redefigur. Berlin/Boston: de Gruyter.
Norrick, Neal R. (1987): Functions of repetition in conversation. In: Text 7 (3), 245–264.
Norton, Sally A./Metzger, Maureen/DeLuca, Jane/Alexander, Stewart C./Quill, Timothy E./Gramling, Robert (2013): Palliative Care Communication: Linking Patients' Prognoses, Values, and Goals of Care. In: Research in Nursing & Health 36 (6), 582–590.
Nothdurft, Werner (1981): „Ich komme nicht zu Wort". Austausch-Eigenschaften als Ausschluß-Mechanismen des Patienten in Krankenhaus-Visiten. In: Frier, Wolfgang (Hrsg.): Pragmatik. Theorie und Praxis. Amsterdam: Rodopi, 321–342.
Nothdurft, Werner (1982): Zur Undurchlässigkeit von Krankenhaus-Visiten. In: Köhle, Karl/Raspe, Hans-Heinrich (Hrsg.): Das Gespräch während der ärztlichen Visite. München u. a.: Urban & Schwarzenberg, 23–35.
Nowak, Peter (2010): Eine Systematik der Arzt-Patient-Interaktion. Systemtheoretische Grundlagen, qualitative Synthesemethodik und diskursanalytische Ergebnisse zum sprachlichen Handeln von Ärztinnen und Ärzten. Frankfurt am Main u. a.: Lang.

Nowak, Peter/Spranz-Fogasy, Thomas (2008a): Gespräche mit Patienten. Ein alltägliches und komplexes Arbeits- und Steuerungsinstrument für Ärzte. In: Klinikarzt 37 (1), 15–19.

Nowak, Peter/Spranz-Fogasy, Thomas (2008b): Medizinische Kommunikation – Arzt und Patient im Gespräch. In: Bogner, Andrea/Ehlich, Konrad/Eichinger, Ludwig M./Kelletat, Andreas F./Krumm, Hans-Jürgen/Michel, Willy/Wierlacher, Alois/Dengel, Barbara (Hrsg.): Jahrbuch Deutsch als Fremdsprache. Intercultural German Studies. Band 34. München: iudicum, 80–96.

Oberzaucher, Frank (2014): Übergabegespräche. Interaktionen im Krankenhaus. Eine Interaktionsanalyse und deren Implikationen für die Praxis. Stuttgart: Lucius & Lucius.

Obliers, Rainer/Köhle, Karl (2017): Palliativmedizin. In: Köhle, Karl/Herzog, Wolfgang/Joraschky, Peter/Kruse, Johannes/Langewitz, Wolf/Söllner, Wolfgang/von Uexküll, Thure (Hrsg.): Psychosomatische Medizin. Theoretische Modelle und klinische Praxis. 8. Auflage. München: Urban & Fischer, 975–989.

Ochs, Elinor (1983): Making it last: repetition in children' s discourse. In: Ochs, Elinor/Schieffelin, Bambi B. (Hrsg.): Acquiring conversational competence. London u. a.: Routledge & Kegan Paul, 26–39.

Ochs, Elinor (1996): Linguistic resources for socializing humanity. In: Gumperz, John J./Levinson, Stephen C. (Hrsg.): Rethinking linguistic relativity. Cambridge: Cambridge University Press, 407–437.

Ochs, Elinor/Schieffelin, Bambi (1989): Language has a heart. In: Text 9 (1), 7–25.

O' Hare, James A. (2008): Anatomy of the ward round. In: European Journal of Internal Medicine 19 (5), 309–313.

Öhlén, Joakim/Elofsson, Linnéa Carling/Hydén, Lars-Christer/Friberg, Febe (2008): Exploration of communicative patterns of consultations in palliative cancer care. In: European Journal of Oncology Nursing 12 (1), 44–52.

O' Keefe, Daniel J. (2016): Persuasion. Theory and Research. 3. Auflage. London u. a.: Sage.

Oloff, Florence (2017): Genau als redebeitragsinterne, responsive, sequenzschließende oder sequenzstrukturierende Bestätigungspartikel im Gespräch. In: Blühdorn, Hardarik/Deppermann, Arnulf/Helmer, Henrike/Spranz-Fogasy, Thomas (Hrsg.): Diskursmarker im Deutschen. Reflexionen und Analysen. Göttingen: Verlag für Gesprächsforschung, 207–232.

Ong, Ben/Barnes, Scott/Buus, Niels (2020): Downgrading Deontic Authority in Open Dialogue Reflection Proposals: A Conversation Analysis. In: Family Process. URL: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/famp.12586 [abgerufen am 17.06.2021].

Orletti, Franca (1989): Topic organization in conversation. In: International Journal of the Sociology of Language 76, 75–85.

Overlach, Fabian (2008): Sprache des Schmerzes – Sprechen über Schmerzen. Eine grammatisch-semantische und gesprächsanalytische Untersuchung von Schmerzausdrücken im Deutschen. Berlin/New York: de Gruyter.

Parry, Ruth/Land, Victoria/Seymour, Jane (2014): How to communicate with patients about future illness progression and end of life: a systematic review. In: BMJ Supportive & Palliative Care 4 (4), 331–341.

Parsons, Talcott (1951): The Social System. New York: Free Press.

Patzlsperger, Maria/Kränzle, Susanne/Hermann, Inger/Völkel, Manuela/Göth, Martin (2018): Sterbenden Menschen begegnen. In: Kränzle, Susanne/Schmid, Ulrike/Seeger, Christa (Hrsg.): Palliative Care. Praxis, Weiterbildung, Studium. 6., aktualisierte und erweiterte Auflage. Berlin: Springer, 111–140.

Pavlish, Carol/Ceronsky, Lyn (2009): Oncology Nurses' Perceptions of Nursing Roles and Professional Attributes in Palliative Care. In: Clinical Journal of Oncology Nursing 13 (4), 404–412.

Pennycook, Alastair (2010): Language as a Local Practice. Abingdon/New York: Routledge.

Peräkylä, Anssi (1993): Invoking a hostile world: Discussing the patient' s future in AIDS counselling. In: Text 13 (2), 291–316.

Peräkylä, Anssi (1995): AIDS counselling. Institutional interaction and clinical practice. Cambridge: Cambridge University Press.

Peräkylä, Anssi (1998): Authority and Accountability: The Delivery of Diagnosis in Primary Health Care. In: Social Psychology Quarterly 61 (4), 301–320.

Peräkylä, Anssi (2002): Agency and Authority: Extended Responses to Diagnostic Statements in Primary Care Encounters. In: Research on Language and Social Interaction 35 (2), 219–247.

Peräkylä, Anssi (2006): Communicating and responding to diagnosis. In: Heritage, John/Maynard, Douglas W. (Hrsg.): Communication in Medical Care. Interaction between primary care physicians and patients. Cambridge: Cambridge University Press, 214–247.

Peräkylä, Anssi (2012): Epilogue. What Does the Study of Interaction Offer to Emotion Research? In: Peräkylä, Anssi/Sorjonen, Marja-Leena (Hrsg.): Emotion in Interaction. Oxford: Oxford University Press, 274–289.

Peräkylä, Anssi/Bor, Robert (1990): Interactional problems of addressing ‚dreaded issues' in HIV-counselling. In: AIDS Care 2 (4), 325–338.

Perron, Vincent/Schonwetter, Ronald S. (2001): Assessment and management of pain in palliative care patients. In: Cancer Control 8 (1), 15–24.

Pfänder, Stefan/Gülich, Elisabeth (2013): Zur interaktiven Konstitution von Empathie im Gesprächsverlauf. Ein Beitrag aus der Sicht der linguistischen Gesprächsforschung. In: Breyer, Thiemo (Hrsg.): Grenzen der Empathie. Philosophische, psychologische und anthropologische Perspektiven. München/Paderborn: Fink, 433–458.

Pfeiffer, Martin (2015): Selbstreparaturen im Deutschen. Syntaktische und interaktionale Analysen. Berlin/Boston: de Gruyter.

Pilnick, Alison (1999): „Patient Counselling" by Pharmacists: Advice, Information, or Instruction? In: Sociological Quarterly 40 (4), 613–622.

Pilnick, Alison (2003): „Patient counselling" by pharmacists: four approaches to the delivery of counselling sequences and their interactional reception. In: Social Science & Medicine 56 (4), 835–849.

Pilnick, Alison/Dingwall, Robert (2011): On the remarkable persistence of asymmetry in doctor/patient interaction: A critical review. In: Social Science & Medicine 72 (8), 1374–1382.

Pilnick, Alison/Hindmarsh, Jon/Gill, Virginia T. (2009): Beyond ‚doctor and patient': developments in the study of healthcare interactions. In: Sociology of Health & Illness 31 (6), 787–802.

Pino, Marco (2015): Responses to indirect complaints as restricted acitivities in Therapeutic Community meetings. In: Chevalier, Fabienne H./Moore, John (Hrsg.): Producing and Managing Restricted Activities. Avoidance and Withholding in Institutional Interaction. Amsterdam/Philadelphia: Benjamins, 271–304.

Pino, Marco/Doehring, Ann/Parry, Ruth (2020): Practitioners' Dilemmas and Strategies in Decision-making Conversations Where Patients and Companions Take Divergent Positions on a Healthcare Measure: An Observational Study Using Conversation Analysis. In: Health Communication. URL: https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/10410236.2020.1813952 [abgerufen am 22.05.2021].

Pino, Marco/Parry, Ruth (2019a): How and when do patients request life-expectancy estimates? Evidence from hospice medical consultations and insights for practice. In: Patient Education and Counseling 102 (2), 223–237.

Pino, Marco/Parry, Ruth (2019b): Talking about death and dying: Findings and insights from five conversation analytic studies. In: Patient Education and Counseling 102, 185–187.

Pino, Marco/Parry, Ruth/Land, Victoria/Faull, Christina/Feathers, Luke/Seymour, Jane (2016): Engaging Terminally Ill Patients in End of Life Talk. How Experienced Palliative Medicine Doctors Navigate the Dilemma of Promoting Discussions about Dying. In: PloS One 11 (5). URL: https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0156174 [abgerufen am 22.05.2021].

Pittner, Karin (1994): Psychologische Verben und ihre Argumentstrukturen – drei Erklärungsansätze zur syntaktischen Variabilität der Experiencer-Rolle. In: Sprache und Sprachen 14/15, 96–101.

Poimann, Horst (2021): Evidenzbasierte Kommunikation ist wertsteigernd. In: Ärztliche Psychotherapie 16 (2), 93–98.

Pomerantz, Anita (1980): Telling My Side: „Limited Access" as a „Fishing" Device. In: Sociological Inquiry 50 (3–4), 186–198.

Pomerantz, Anita (1984): Agreeing and disagreeing with assessments: Some features of preferred/dispreferred turn shapes. In: Atkinson, J. Maxwell/Heritage, John (Hrsg.): Structures of Social Action. Studies in Conversation Analysis. Cambridge: Cambridge University Press, 57–101.

Pomerantz, Anita (1988): Offering a candidate answer: An information seeking strategy. In: Communication Monographs 55, 360–373.

Pomerantz, Anita/Heritage, John (2013): Preference. In: Sidnell, Jack/Stivers, Tanya (Hrsg.): The Handbook of Conversation Analysis. Chichester: Wiley-Blackwell, 210–228.

Pomerantz, Anita/Rintel, E. Sean (2004): Practices for Reporting and Responding to Test Results during Medical Consultations: Enacting the Roles of Paternalism and Independent Expertise. In: Discourse Studies 6 (1), 9–26.

Posenau, André (2014): Analyse der Kommunikation zwischen dementen Bewohnern und dem Pflegepersonal während der Morgenpflege im Altenheim. Mannheim: Verlag für Gesprächsforschung.

Posenau, André (2016): Nie mehr wortlos. Gespräche gestalten Pflegebeziehung. CNE.online – Certified Nursing Education. URL: https://cne.thieme.de/cne-webapp/r/pdf/learningunit/10.1055_s-0035-1570210 [abgerufen am 25.08.2020].

Potter, Jonathan (2012): Conversation Analysis and Emotion and Cognition in Interaction. In: Chapelle, Carol A. (Hrsg.): The Encyclopedia of Applied Linguistics. Oxford: Blackwell, 1–6.

Pudlinski, Christopher (2005): Doing empathy and sympathy: caring responses to troubles tellings on a peer support line. In: Discourse Studies 7 (3), 267–288.

Pudlinski, Christopher (2009): Empowerment on warm lines: microanalytical explorations of peer encouragement. In: Text & Talk 29 (4), 439–458.

Pummerer, Martin (1985): Das Medikamentengespräch. Die medikamentenbezogene Kommunikation von Arzt und Patient während der klinischen Visite. Prinzipielle Überlegungen und Stationsvergleich. Ulm: Universitätsklinikum Ulm.

Pundt, Johanne/Rosentreter, Michael (2021): Einleitung – Pflege dynamisch vorwärtsgerichtet: Aktuelle Tendenzen. In: Pundt, Johanne/Rosentreter, Michael (Hrsg.): Pflege dynamisch vorwärtsgerichtet. Aktuelle Tendenzen. Bremen: Apollon University Press, 17–29.

Quasthoff, Uta (1983): Formelhafte Wendungen im Deutschen: Zu ihrer Funktion in dialogischer Kommunikation. In: Germanistische Linguistik 81 (5–6), 5–22.

Quasthoff-Hartmann, Uta (1982): Frageaktivitäten von Patienten in Visitengesprächen: Konversationstechnische und diskursstrukturelle Bedingungen. In: Köhle, Karl/Raspe, Hans-Heinrich (Hrsg.): Das Gespräch während der ärztlichen Visite. München u. a.: Urban & Schwarzenberg, 70-101.

Quirk, Alan/Chaplin, Rob/Lelliott, Paul/Seale, Clive (2012): How pressure is applied in shared decisions about antipsychotic medication: a conversation analytic study of psychiatric outpatient consultations. In: Sociology of Health & Illness 34 (1), 95–113.

Radbruch, Lukas/Kern, Martina/Hoffmann-Menzel, Helmut/Cuhls, Henning (2018): Kommunikation mit Sterbenden. In: Koerfer, Armin/Albus, Christian (Hrsg.): Kommunikative Kompetenz in der Medizin. Ein Lehrbuch zur Theorie, Didaktik, Praxis und Evaluation der ärztlichen Gesprächsführung. Göttingen: Verlag für Gesprächsforschung, 1751-1771.

Radbruch, Lukas/Payne, Sheila (2011): Standards und Richtlinien für Hospiz- und Palliativversorgung in Europa: Teil 1. Weißbuch zu Empfehlungen der Europäischen Gesellschaft für Palliative Care (EAPC). In: Zeitschrift für Palliativmedizin 12 (5), 216–227.

Radbruch, Lukas/Payne, Sheila A. (2011): Standards und Richtlinien für Hospiz- und Palliativversorgung in Europa: Teil 2: Weißbuch zu Empfehlungen der Europäischen Gesellschaft für Palliative Care (EAPC). In: Zeitschrift für Palliativmedizin 12 (5), 260–270.

Radbruch, Lukas/Sabatowski, Rainer/Loick, Georg/Jonen-Thielemann, Ingeborg/Elsner, Frank/Hörmann, Eva (2000): MIDOS. Validierung eines minimalen Dokumentationssystems für die Palliativmedizin. In: Schmerz 14, 231–239.

Ragan, Sandra L. (2016): Overview of Communication. In: Wittenberg, Elaine/Ferrell, Betty R./Goldsmith, Jay/Smith, Thomas/Ragan, Sandra L./Glajchen, Myra/Handzo, George F. (Hrsg.): Textbook of Palliative Care Communication. Oxford/New York: Oxford University Press, 1–9.

Ragan, Sandra L./Wittenberg-Lyles, Elaine M./Goldsmith, Joy/Sanchez-Reilly, Sandra (2008): Communication as Comfort. Multiple Voices in Palliative Care. New York/London: Routledge.

Raspe, Hans-Heinrich (1976): Informationsbedürfnisse und faktische Informiertheit bei Krankenhaus-Patienten. In: Begemann, Herbert/Adam, Wolfgang (Hrsg.): Patient und Krankenhaus. München: Urban & Schwarzenberg, 49–70.

Raspe, Hans-Heinrich (1982): Visitenforschung in der Bundesrepublik: Historische Reminiszenzen und Ergebnisse formal-quantitativer Analysen. In: Köhle, Karl/Raspe, Hans-Heinrich (Hrsg.): Das Gespräch während der ärztlichen Visite. München u. a.: Urban & Schwarzenberg, 1–15.

Raymond, Geoffrey/Heritage, John (2006): The epistemics of social relations: Owning grandchildren. In: Language in Society 35 (5), 677–705.

Reber, Elisabeth (2012): Affectivity in Interaction. Sound objects in English. Amsterdam/Philadelphia: Benjamins.

Reckwitz, Andreas (2003): Grundelemente einer Theorie sozialer Praktiken. Eine sozialtheoretische Perspektive. In: Zeitschrift für Soziologie 32 (4), 282–301.

Redder, Angelika (1994): Eine alltägliche klinische Anamnese. In: Redder, Angelika/Wiese, Ingrid (Hrsg.): Medizinische Kommunikation. Diskurspraxis, Diskursethik, Diskursanalyse. Opladen: Westdeutscher Verlag, 171–198.

Reineke, Silke (2016): Wissenszuschreibungen in der Interaktion. Eine gesprächsanalytische Untersuchung impliziter und expliziter Formen der Zuschreibung von Wissen. Heidelberg: Winter.

Reineke, Silke (2018): Interaktionale Analysen kognitiver Phänomene. Wissenszuschreibungen mit der Modalpartikel *ja*. In: Marx, Konstanze/Meier, Simon

(Hrsg.): Sprachliches Handeln und Kognition. Theoretische Grundlagen und empirische Analysen. Berlin/Boston: de Gruyter, 183–204.
Reisigl, Martin (2010): Prolegomena zu einer Semiotik des Schmerzes. In: Menz, Florian/Lalouschek, Johanna/Sator, Marlene/Wetschanow, Karin (Hrsg.): Sprechen über Schmerzen. Linguistische, kulturelle und semiotische Analysen. Duisburg: Universitätsverlag Rhein-Ruhr, 71–139.
Rémi, Constanze/Bausewein, Claudia (2020): Zum Umgang mit Off-Label-Use in der Palliativmedizin. In Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin. URL: https://www.dgpalliativmedizin.de/images/RZ_200219_Offlabel_DS_ONLINE_aktuell_v2.pdf [abgerufen am 24.05.2021].
Rémi, Constanze/Bausewein, Claudia/Twycross, Robert G./Wilcock, Andrew/Howard, Paul (2018): Arzneimitteltherapie in der Palliativmedizin. 3. Auflage. München: Urban & Fischer.
Remmers, Hartmut (2019): Sorgen und Sorgeaufgaben von Angehörigen am Lebensende – Kommunikation als Herausforderung und Chance. In: Die Hospizzeitschrift 21 (81), 13–19.
Richards, Keith J. (2005): Introduction. In: Richards, Keith J./Seedhouse, Paul (Hrsg.): Applying Conversation Analysis. Basingstoke: Palgrave Macmillan, 1-14.
Riedel, Annette (2021): Palliative Versorgung – die Bedeutsamkeit, die (interprofessionellen) Perspektiven zu wechseln und zu erweitern. In: Zeitschrift für Medizinische Ethik 67, 47–60.
Roberts, Felicia D. (1999): Talking about Treatment: Recommendations for Breast Cancer Adjuvant Therapy. Oxford/New York: Oxford University Press.
Robinson, Jeffrey D. (2001): Asymmetry in action: Sequential resources in the negotiation of a prescription request. In: Text 21 (1), 19–54.
Robinson, Jeffrey D. (2006): Soliciting patients' presenting concerns. In: Heritage, John/Maynard, Douglas W. (Hrsg.): Communication in Medical Care. Interaction between primary care physicians and patients. Cambridge: Cambridge University Press, 22–47.
Robinson, Jeffrey D. (2016): Accountability in Social Interaction. In: Robinson, Jeffrey D. (Hrsg.): Accountability in Social Accountability in Social Interaction. Oxford: Oxford University Press, 1–44.
Rogall-Adam, Renate (2018): Professionelle Kommunikation in Pflege und Management. Ein praxisnaher Leitfaden. 3., überarbeitete Auflage. Hannover: Schlütersche.
Rolke, Roman/Rolke, Silke/Hiddemann, Sonja/Mücke, Martin/Cuhls, Henning/Radbruch, Lukas/Elsner, Frank/Peuckmann-Post, Vera (2016): Update palliative Schmerztherapie. In: Der Internist 57 (10), 959–970.
Roller, Susanne (2018): Arbeitstechniken. In: Bausewein, Claudia/Roller, Susanne/Voltz, Raymond (Hrsg.): Leitfaden Palliative Care. Palliativmedizin und Hospizbetreuung. 6. Auflage. München: Urban & Fischer, 41-112.
Rossi, Giovanni/Stivers, Tanya (2020): Category-Sensitive Actions in Interaction. In: Social Psychology Quarterly. URL: https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0190272520944595?journalCode=spqc [abgerufen am 16.12.2020].
Roter, Debra/Larson, Susan (2002): The Roter interaction analysis system (RIAS): utility and flexibility for analysis of medical interactions. In: Patient Education and Counseling 46 (4), 243–251.
Rubinelli, Sara (2013): Argumentation as Rational Persuasion in Doctor-Patient Communication. In: Philosophy & Rhetoric 46 (4), 550–569.
Rucker, Bronwyn/Browning, David M. (2015): Practicing End-of-Life Conversations: Physician Communication Training Program in Palliative Care. In: Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care 11, 132–146.

Rüdiger, Andreas J. (2011): Das ärztliche Visitengespräch in der Onkologie – eine Feldstudie unter formal-quantitativen und qualitativen Gesichtspunkten. Dissertation: Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald. URL: https://epub.ub.uni-greifswald.de/files/930/diss_ruediger_andreas_johannes.pdf [abgerufen am 27.05.2021].

Ruusuvuori, Johanna (2005a): Comparing homeopathic and general practice consultations: The case of problem presentation. In: Communication & Medicine 2 (2), 123–135.

Ruusuvuori, Johanna (2005b): „Empathy" and „Sympathy" in Action: Attending to Patients' Troubles in Finnish Homeopathic and General Practice Consultations. In: Social Psychology Quarterly 68 (3), 204–222.

Ruusuvuori, Johanna (2007): Managing affect: integration of empathy and problem-solving in health care encounters. In: Discourse Studies 9 (5), 597–622.

Ruusuvuori, Johanna (2013): Emotion, Affect and Conversation. In: Sidnell, Jack/Stivers, Tanya (Hrsg.): The Handbook of Conversation Analysis. Chichester: Wiley-Blackwell, 330–349.

Ruusuvuori, Johanna/Voutilainen, Liisa (2016): Comparing affiliating responses to troubles-tellings in different types of health care encounters. In: Haakana, Markku/Laakso, Minna/Lindström, Jan (Hrsg.): Talk in Interaction. Comparative Dimensions. Helsinki: Finnish Literature Society, 206-230.

Sachweh, Svenja (1997): „Schätzle hinsetzen" – Babysprache in der Altenpflege. In: Zegelin-Abt, Angelika (Hrsg.): Sprache und Pflege. Berlin: Ullstein Mosby, 95–103.

Sachweh, Svenja (1999): „Schätzle hinsetze!" Kommunikation in der Altenpflege. Frankfurt am Main u. a.: Lang.

Sachweh, Svenja (2003): „so frau adams↓ guck mal↓ ein feines bac-spray↓ gut↑". Charakteristische Merkmale der Kommunikation zwischen Pflegepersonal und BewohnerInnen in der Altenpflege. In: Fiehler, Reinhard/Thimm, Caja (Hrsg.): Sprache und Kommunikation im Alter. Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung, 143–160.

Sacks, Harvey (1972a): An Initial Investigation of the Usability of Conversational Data for Doing Sociology. In: Sudnow, David (Hrsg.): Studies in Social Interaction. New York: Free Press, 31–74.

Sacks, Harvey (1972b): On the Analyzability of Stories by Children. In: Gumperz, John J./Hymes, Dell (Hrsg.): Directions in Sociolinguistics. The Ethnography of Communication. New York u. a.: Holt, Rinehart and Winston, 325–345.

Sacks, Harvey (1984): Notes on methodology. In: Atkinson, J. Maxwell/Heritage, John (Hrsg.): Structures of Social Action. Studies in Conversation Analysis. Cambridge u. a.: Cambridge University Press, 21–27.

Sacks, Harvey (1992a): Lectures on Conversation. Volume I. Oxford/Cambridge: Blackwell.

Sacks, Harvey (1992b): Lectures on Conversation. Volume II. Oxford/Cambridge: Blackwell.

Sacks, Harvey/Schegloff, Emanuel A. (1979): Two Preferences in the Organization of Reference to Persons in Conversation and Their Interaction. In: Psathas, George (Hrsg.): Everyday Language. Studies in Ethnomethodology. New York u. a.: Irvington, 15–21.

Sacks, Harvey/Schegloff, Emanuel A./Jefferson, Gail (1974): A Simplest Systematics for the Organization of Turn-Taking for Conversation. In: Language 50 (4), 696–735.

Sander, Kirsten (2012): Geschlechterarrangements im Krankenhaus. Sozialräumliche Grenzen von ‚weiblicher Sorgearbeit' und ‚männlicher Professionalität'. In: Hanses, Andreas/Sander, Kirsten (Hrsg.): Interaktionsordnungen. Gesundheit als soziale Praxis. Wiesbaden: Springer VS, 125–143.

Sarangi, Srikant/Roberts, Celia (1999): The dynamics of interactional and institutional orders in work-related settings. In: Sarangi, Srikant/Roberts, Celia (Hrsg.): Talk, Work, and Institutional Order. Discourse in Medical, Mediation, and Management Settings. Berlin/New York: de Gruyter, 1–57.

Sator, Marlene (2010): Schmerzdifferenzierung. In: Menz, Florian/Lalouschek, Johanna/Sator, Marlene/Wetschanow, Karin (Hrsg.): Sprechen über Schmerzen. Linguistische, kulturelle und semiotische Analysen. Duisburg: Universitätsverlag Rhein-Ruhr, 141–224.

Sator, Marlene (2011): Schmerzdifferenzierung. Eine gesprächsanalytische Untersuchung ärztlicher Erstgespräche an der Kopfschmerzambulanz. Wien: Vienna University Press.

Sator, Marlene/Gstettner, Andreas/Hladschik-Kermer, Birgit (2008): „Seitdem mir der Arzt gesagt hat ‚Tumor' – Das war' s". Arzt-Patient-Kommunikation an der onkologischen Ambulanz. Eine sprachwissenschaftliche Pilotstudie zu Problemen der Verständigung. In: Wiener Klinische Wochenschrift 120 (5–6), 158–170.

Saunders, Cicely (1963): The Treatment of Intractable Pain in Terminal Cancer. In: Proceedings of the Royal Society of Medicine 56 (3), 195–197.

Saunders, Cicely/Baines, Mary (1991): Leben mit dem Sterben. Betreuung und medizinische Behandlung todkranker Menschen. Bern u. a.: Huber.

Scarvaglieri, Claudio (2017): Beraten und Psychotherapie: Zur Differenzierung zweier Formate helfenden Handelns. In: Pick, Ina (Hrsg.): Beraten in Interaktion. Eine gesprächslinguistische Typologie des Beratens. Frankfurt am Main u. a.: Lang, 53–76.

Schaeffer, Doris (2011): Professionalisierung der Pflege – Verheißung und Realität. In: Gesundheits- und Sozialpolitik 65 (5–6), 30–37.

Schaepe, Karen S./Maynard, Douglas W. (2014): After the diagnosis. News disclosure in long-term cancer care. In: Hamilton, Heidi E./Chou, Wen-Ying Sylvia (Hrsg.): The Routledge Handbook of Language and Health Communication. London/New York: Routledge, 443–458.

Schatzki, Theodore R. (1996): Social Practices. A Wittgensteinian Approach to Human Activity and the Social. Cambridge: Cambridge University Press.

Schatzki, Theodore R. (2001): Introduction. Practice Theory. In: Schatzki, Theodore R./Knorr-Cetina, Karin/Savigny, Eike von (Hrsg.): The Practice Turn in Contemporary Theory. London u. a.: Routledge, 10-23.

Schatzki, Theodore R. (2002a): A Primer on Practices. In: Higgs, Joy/Barnett, Ronald/Billett, Stephen/Hutchings, Maggie/Trede, Franziska (Hrsg.): Practice-based Education. Perspectives and Strategies. Rotterdam/Boston/Taipei: Sense Publishers, 13–26.

Schatzki, Theodore R. (2002b): The Site of the Social: A Philosophical Account of the Constitution of Social Life and Change. University Park: Pennsylvania State University Press.

Schatzki, Theodore R./Knorr-Cetina, Karin/Savigny, Eike von (Hrsg.) (2001): The Practice Turn in Contemporary Theory. London u. a.: Routledge.

Schegloff, Emanuel A. (1968): Sequencing in Conversational Openings. In: American Anthropologist 70 (6), 1075–1095.

Schegloff, Emanuel A. (1982): Discourse as an Interactional Achievement: Some Uses of ‚Uh Huh' And Other Things That Come Between Sentences. In: Tannen, Deborah (Hrsg.): Georgetown University Roundtable on Languages and Linguistics 1981. Washington, D.C.: Georgetown University Press, 71–93.

Schegloff, Emanuel A. (1984): On some questions and ambiguities in conversation. In: Atkinson, J. Maxwell/Heritage, John (Hrsg.): Structures of Social Action. Studies in Conversation Analysis. Cambridge u. a.: Cambridge University Press, 28–52.

Schegloff, Emanuel A. (1986): The routine as achievement. In: Human Studies 9 (2-3), 111–151.
Schegloff, Emanuel A. (1988): Goffman and the Analysis of Conversation. In: Drew, Paul/Wootton, Anthony (Hrsg.): Ervin Goffman: Exploring the interaction order. Boston: Northeastern University Press, 89–135.
Schegloff, Emanuel A. (1990): On the Organization of Sequences as a Source of „Coherence" in Talk-in-Interaction. In: Dorval, Bruce (Hrsg.): Conversational Organization and its Development. Norwood: Ablex, 51–77.
Schegloff, Emanuel A. (1992a): In another context. In: Duranti, Alessandro/Goodwin, Charles (Hrsg.): Rethinking Context: Language as an Interactive Phenomenon. Cambridge: Cambridge University Press, 191–227.
Schegloff, Emanuel A. (1992b): On Talk and Its Institutional Occasions. In: Drew, Paul/Heritage, John (Hrsg.): Talk at work. Interaction in institutional settings. Cambridge: Cambridge University Press, 101–134.
Schegloff, Emanuel A. (1992c): Repair After Next Turn: The Last Structurally Provided Defense of Intersubjectivity in Conversation. In: American Journal of Sociology 97 (5), 1295–1345.
Schegloff, Emanuel A. (1993): Reflections on Quantification in the Study of Conversation. In: Research on Language and Social Interaction 26 (1), 99–128.
Schegloff, Emanuel A. (1996): Confirming Allusions: Toward an Empirical Account of Action. In: American Journal of Sociology 102 (1), 161–216.
Schegloff, Emanuel A. (1997a): Practices and actions: Boundary cases of other-initiated repair. In: Discourse Processes 23 (3), 499–545.
Schegloff, Emanuel A. (1997b): Whose text? Whose context? In: Discourse & Society 8 (2), 165–187.
Schegloff, Emanuel A. (2005): Discourse as an Interactional Achievement III: The Omnirelevance of Action. In: Schiffrin, Deborah/Tannen, Deborah/Hamilton, Heidi E. (Hrsg.): The Handbook of Discourse Analysis. Malden: Blackwell, 229–249.
Schegloff, Emanuel A. (2007): Sequence Organization in Interaction. A Primer in Conversation Analysis. Cambridge: Cambridge University Press.
Schegloff, Emanuel A./Jefferson, Gail/Sacks, Harvey (1977): The Preference for Self-Correction in the Organization of Repair in Conversation. In: Language 53 (2), 361–382.
Schegloff, Emanuel A./Ochs, Elinor/Thompson, Sandra A. (1996): Introduction. In: Ochs, Elinor/Schegloff, Emanuel A./Thompson, Sandra A. (Hrsg.): Interaction and grammar. Cambridge: Cambridge University Press, 1–51.
Schegloff, Emanuel A./Sacks, Harvey (1973): Opening Up Closings. In: Semiotica 8 (4), 289–327.
Scherr, Elisabeth (2019): Die Opazität epistemischer Modalverben im Deutschen. Berlin/Boston: de Gruyter.
Schlobinski, Peter (1992): Funktionale Grammatik und Sprachbeschreibung. Eine Untersuchung zum gesprochenen Deutsch sowie zum Chinesischen. Opladen: Westdeutscher Verlag.
Schlobinski, Peter (1996): Empirische Sprachwissenschaft. Wiesbaden: Springer.
Schlömer, Gabriele (2000): Evidence-based nursing. Eine Methode für die Pflege? In: Pflege 13 (1), 47–52.
Schloßberger, Annette/Ditsch, Nina/Kahlert, Steffen/Untch, Michael (2005): Chemotherapie. Langzeitnebenwirkungen aus gynäkologisch-onkologischer Sicht. In: Der Onkologe 11 (7), 785–792.
Schmeling-Kludas, Christoph (2006): Die Rolle des Arztes und die Kommunikation mit Sterbenden. In: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 49 (11), 1113–1121.

Schmidt, Bettina (2019): Gesellschaftliche Konstruktion von Gesundheit und Krankheit. In: Haring, Robin (Hrsg.): Gesundheitswissenschaften. Berlin/Heidelberg: Springer, 225–232.

Schmidt, Jürgen E. (2001): Bausteine der Intonation? In: Germanistische Linguistik 157-158, 9–32.

Schmied, Gerhard (1985): Sterben und Trauern in der modernen Gesellschaft. Opladen: Leske + Budrich.

Schmit, Jessica M./Meyer, Lynne E./Duff, Jennifer M./Dai, Yunfeng/Zou, Fei/Close, Julia L. (2016): Perspectives on death and dying: a study of resident comfort with End-of-life care. In: BMC Medical Education 16 (297). URL: https://bmcmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-016-0819-6 [abgerufen am 25.05.2021].

Schmitt, Reinhold (1993): Kontextualisierung und Konversationsanalyse. In: Deutsche Sprache 21, 326–354.

Schmitt, Reinhold/Heidtmann, Daniela (2002): Die interaktive Konstitution von Hierarchie in Arbeitsgruppen. In: Becker-Mrotzek, Michael/Fiehler, Reinhard (Hrsg.): Unternehmenskommunikation. Tübingen: Narr, 179–208.

Schöffler, Marta/Spranz-Fogasy, Thomas (2012): *ja m_hm*. Patientenreaktionen auf prädiagnostische Mitteilungen. In: Zeitschrift für Angewandte Linguistik 57 (1), 1–32.

Schopf, Juliane (i. V.): Gespräche in der Impfsprechstunde. Analyse einer Gesprächsgattung und Entwicklung einer didaktischen Implementierung zur Aus- und Weiterbildung von (nicht-)muttersprachlichen MedizinerInnen. Dissertation: Westfälische Wilhelms-Universität Münster.

Schröck, Ruth A. (2012): Forschung in der Krankenpflege: Methologische Probleme. In: Pflege 25 (1), 51–60.

Schroeter, Klaus R. (2004): Figurative Felder. Ein gesellschaftstheoretischer Entwurf zur Pflege im Alter. Wiesbaden: Deutscher Universitätsverlag.

Schubert, Maria/Herrmann, Luzia/Spichiger, Elisabeth (2018): Akademisierung der Pflege – Evidenz und Wirksamkeitsforschung. In: Simon, Anke (Hrsg.): Akademisch ausgebildetes Pflegefachpersonal. Entwicklung und Chancen. Berlin: Springer, 85–100.

Schulz von Thun, Friedemann (2010): Miteinander reden 1. Störungen und Klärungen. Allgemeine Psychologie der Kommunikation. 48. Auflage. Reinbek: Rowohlt.

Schulz-Quach, Christian/Schnell, Martin W. (2019): Kommunikation in der Palliativmedizin. In: Schnell, Martin W./Schulz-Quach, Christian (Hrsg.): Basiswissen Palliativmedizin. 3., völlig bearbeitete Auflage. Berlin: Springer, 123–157.

Schulz-Quach, Christian/Zapke, Sonja/Schmitz, Andrea/Zehnder-Kiworr, Cordula/Bausewein, Claudia/Rémi, Constanze/Rémi, Jan/Simon, Steffen/Fegg, Martin/Feddersen, Berend/Meister, Esther/Steudter, Elke/Galgan, Manuela/Dietz, Isabel/Schildmann, Eva K./Alt-Epping, Bernd (2019): Symptome in der Palliativmedizin. In: Schnell, Martin W./Schulz-Quach, Christian (Hrsg.): Basiswissen Palliativmedizin. 3., völlig bearbeitete Auflage. Berlin: Springer, 43–109.

Schütz, Alfred (1971): Gesammelte Aufsätze. Band 1. Das Problem der sozialen Wirklichkeit. Den Haag: Nijhoff.

Schütz, Alfred (1972): Gesammelte Aufsätze. Band 2. Studien zur soziologischen Theorie. Den Haag: Nijhoff.

Schütz, Alfred/Luckmann, Thomas (2017 [1979/1984]): Strukturen der Lebenswelt. 2., überarbeitete Auflage. Konstanz: UVK.

Schwabe, Meike (2006): Kinder und Jugendliche als Patienten. Eine gesprächsanalytische Studie zum subjektiven Krankheitserleben junger Anfallpatienten in pädiatrischen Sprechstunden. Göttingen: V&R unipress.

Schwarze, Cordula (2012): Vom dreigliedrigen Argument zum fünfgliedrigen Sequenzschema des Argumentierens: Ergänzungen der Gesprächslinguistik zu einem rhetorischen Grundbegriff. In: Forum Artis Rhetoricae 30 (3), 47–63.

Schwarze, Cordula (2016): Was ist ein gutes Argument? – Zu Analyse, Reflexion und Beurteilung mündlichen Argumentierens. In: Hinger, Barbara (Hrsg.): Zweite „Tagung der Fachdidaktik" 2015. Sprachsensibler Sach-Fach-Unterricht – Sprachen im Sprachunterricht. Innsbruck: Innsbruck University Press, 161–190.

Schwitalla, Johannes (1986): Jugendliche hetzen über Passanten. Drei Thesen zur ethno-graphischen Gesprächsanalyse. In: Hartung, Wolfdietrich (Hrsg.): Untersuchungen zur Kommunikation – Ergebnisse und Perspektiven. Berlin: Akademie der Wissenschaften, 248–261.

Schwitalla, Johannes (1995): Kommunikation in der Stadt. Teil 4: Kommunikative Stilistik zweier sozialer Welten in Mannheim-Vogelstang. Berlin/New York: de Gruyter.

Searle, John R. (1969): Speech Acts. An Essay in the Philosophy of Language. Cambridge: Cambridge University Press.

Searle, John R. (1976): A classification of illocutionary acts. In: Language in Society 5, 1–23.

Seccareccia, Dori/Wentlandt, Kirsten/Kevork, Nanor/Workentin, Kevin/Blacker, Susan/Gagliese, Lucia/Grossman, Daphna/Zimmermann, Camilla (2015): Communication and Quality of Care on Palliative Care Units. A Qualitative Study. In: Journal of Palliative Medicine 18 (9), 758–764.

Seedhouse, Paul/Harris, Andrew (2011): Topic development in the IELTS Speaking Test. In: IELTS Research Reports 12. URL: https://www.ielts.org/-/media/research-reports/ielts_rr_volume12_report2.ashx [abgerufen am 26.05.2021].

Seiler, Hansjakob (1981): Possession as an Operational Dimension of Language. Köln: Arbeiten des Kölner Universalien-Projekts.

Selman, Lucy E./Brighton, Lisa J./Hawkins, Amy/McDonald, Christine/O' Brien, Suzanne/Robinson, Vicky/Khan, Shaheen A./George, Rob/Ramsenthaler, Christine/Higginson, Irene J./Koffman, Jonathan (2017): The Effect of Communication Skills Training for Generalist Palliative Care Providers on Patient-Reported Outcomes and Clinician Behaviors: A Systematic Review and Meta-analysis. In: Journal of Pain and Symptom Management 54 (3), 404-416.

Selting, Margret (1993): Voranstellungen vor den Satz. Zur grammatischen Form und interaktiven Funktion von Linksversetzung und Freiem Thema im Deutschen. In: Zeitschrift für Germanistische Linguistik 21, 291–319.

Selting, Margret (1994): Emphatic speech style – with special focus on the prosodic signalling of heightened emotive involvement in conversation. In: Journal of Pragmatics 22 (3/4), 375–408.

Selting, Margret (1995): Prosodie im Gespräch. Aspekte einer interaktionalen Phonologie der Konversation. Tübingen: Niemeyer.

Selting, Margret (1996): Prosody as an activity-type distinctive cue in conversation: the case of so-called ‚astonished' questions in repair initiation. In: Couper-Kuhlen, Elizabeth/Selting, Margret (Hrsg.): Prosody in Conversation. Interactional studies. Cambridge u. a.: Cambridge University Press, 231–270.

Selting, Margret (2004): Listen: Sequenzielle und prosodische Struktur einer kommunikativen Praktik – eine Untersuchung im Rahmen der Interaktionalen Linguistik. In: Zeitschrift für Sprachwissenschaft 23, 1–46.

Selting, Margret (2010): Affectivity in Conversational Storytelling: An Analysis of Displays of Anger or Indignation in Complaint Stories. In: Pragmatics 20 (2), 229–277.

Selting, Margret (2016): Praktiken des Sprechens und Interagierens im Gespräch aus der Sicht von Konversationsanalyse und Interaktionaler Linguistik. In: Deppermann, Arnulf/Feilke, Helmuth/Linke, Angelika (Hrsg.): Sprachliche und kommunikative Praktiken. Berlin/Boston: de Gruyter.

Selting, Margret/Auer, Peter/Barth-Weingarten, Dagmar/Bergmann, Jörg R./Bergmann, Pia/Birkner, Karin/Couper-Kuhlen, Elizabeth/Deppermann, Arnulf/Gilles, Peter/Günthner, Susanne/Hartung, Martin/Kern, Friederike/Mertzlufft, Christine/Meyer, Christian/Morek, Miriam/Oberzaucher, Frank/Peters, Jörg/Quasthoff, Uta/Schütte, Wilfried/Stukenbrock, Anja/Uhmann, Susanne (2009): Gesprächsanalytisches Transkriptionssystem 2 (GAT 2). In: Gesprächsforschung – Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion 10, 353–402.

Selting, Margret/Couper-Kuhlen, Elizabeth (2000): Argumente für die Entwicklung einer ‚interaktionalen Linguistik'. In: Gesprächsforschung – Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion 1, 76–95.

Sendera, Martina/Sendera, Alice (2015): Einleitung. In: Sendera, Martina/Sendera, Alice (Hrsg.): Chronischer Schmerz. Schulmedizinische, komplementärmedizinische und psychotherapeutische Aspekte. Wien: Springer, 3–10.

Seuren, Lucas M./Stommel, Wyke/van Asselt, Dieneke/Sir, Özcan/Stommel, Martijn (2019): Multidisciplinary meetings at the emergency department: A conversation-analytic study of decision-making. In: Social Science & Medicine 242, 1–13.

Seymour, Jane/Almack, Kathryn/Kennedy, Sheila (2010): Implementing advance care planning: a qualitative study of community nurses' views and experiences. In: BMC Palliative Care 9 (4). URL: https://bmcpalliatcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-684X-9-4 [abgerufen am 27.05.2021].

Shaw, Chloe/Chrysikou, Vasiliki/Davis, Sarah/Gessler, Sue/Rodin, Gary/Lanceley, Anne (2017): Inviting end-of-life talk in initial CALM therapy sessions: A conversation analytic study. In: Patient Education and Counseling 100 (2), 259–266.

Shaw, Chloe/Potter, Jonathan/Hepburn, Alexa (2015): Advice-implicative actions: Using interrogatives and assessments to deliver advice in mundane conversation. In: Discourse Studies 17 (3), 317–342.

Shaw, Rebecca/Kitzinger, Celia (2005): Calls to a home birth helpline: empowerment in childbirth. In: Social Science & Medicine 61 (11), 2374–2383.

Shaw, Rebecca/Kitzinger, Celia (2013): Managing Distress, Effecting Empowerment: A Conversation Analytic Case Study of a Call to the Home Birth Helpline. In: International Review of Social Research 3 (2), 7–28.

Sidnell, Jack (Hrsg.) (2009): Conversation Analysis. Comparative Perspectives. Cambridge u. a.: Cambridge University Press.

Sidnell, Jack (2012): Declaratives, Questioning, Defeasibility. In: Research on Language and Social Interaction 45 (1), 53–60.

Sidnell, Jack (2013): Basic Conversation Analytic Methods. In: Sidnell, Jack/Stivers, Tanya (Hrsg.): The Handbook of Conversation Analysis. Malden u. a.: Blackwell, 77–99.

Sidnell, Jack/Enfield, Nick J. (2014): The ontology of action, in interaction. In: Enfield, Nick J./Kockelman, Paul/Sidnell, Jack (Hrsg.): The Cambridge Handbook of Linguistic Anthropology. Cambridge: Cambridge University Press, 423–446.

Siegrist, Johannes (1976): Asymmetrische Kommunikation bei klinischen Visiten. In: Medizinische Klinik 71 (45), 1962–1966.

Siegrist, Johannes (1977): Empirische Untersuchungen zu Kommunikationsprozessen bei Visiten. In: Österreichische Zeitschrift für Soziologie 3 (4), 6–15.

Siegrist, Johannes (1978): Arbeit und Interaktion im Krankenhaus. Vergleichende medizinsoziologische Untersuchungen in Akutkrankenhäusern. Stuttgart: Enke.

Silverman, David (1998): Harvey Sacks. Social Science and Conversation Analysis. New York: Oxford University Press.

Silverman, David/Peräkylä, Anssi (1990): AIDS counselling: the interactional organisation of talk about ‚delicate' issues. In: Sociology of Health & Illness 12 (3), 293–318.

Simon, Alfred (2019): Entscheidungsfindung in der Palliativmedizin. In: Ghadimi, Michael/Homayounfar, Kia/Kalff, Jörg C. (Hrsg.): Palliative Viszeralchirurgie. Chirurgisches und perioperatives Management. Berlin/Heidelberg: Springer, 43–52.

Singh, Sarguni/Cortez, Dagoberto/Maynard, Douglas/Cleary, James F./DuBenske, Lori/Campbell, Toby C. (2017): Characterizing the Nature of Scan Results Discussions: Insights Into Why Patients Misunderstand Their Prognosis. In: Journal of Oncology Practice 13 (3), 231-239.

Skelton, John R./Wearn, Andy M./Hobbs, F. D. Richard (2002): ‚I' and ‚we': a concordancing analysis of how doctors and patients use first person pronouns in primary care consultations. In: Family Practice 19 (5), 484–488.

Sliedrecht, Keun Young/van der Houwen, Fleur/Schasfoort, Marca (2016): Challenging formulations in police interrogations and job interviews: A comparative study. In: Journal of Pragmatics 105, 114–129.

Smith, Madison B./Macieira, Tamara G. R./Bumbach, Michael D./Garbutt, Susan J./Citty, Sandra W./Stephen, Anita/Ansell, Margaret/Glover, Toni L./Keenan, Gail (2018): The Use of Simulation to Teach Nursing Students and Clinicians Palliative Care and End-of-Life Communication: A Systematic Review. In: American Journal of Hospice & Palliative Medicine 35 (8), 1140–1154.

Solin, Anna/Östman, Jan-Ola (2012): Introduction: Discourse and responsibility. In: Journal of Applied Linguistics and Professional Practice 9 (3), 287–294.

Sorjonen, Marja-Leena/Peräkylä, Anssi (2012): Introduction. In: Peräkylä, Anssi/Sorjonen, Marja-Leena (Hrsg.): Emotion in Interaction. Oxford: Oxford University Press, 3–15.

Sorjonen, Marja-Leena/Raevaara, Liisa/Couper-Kuhlen, Elizabeth (Hrsg.) (2017): Imperative Turns at Talk. The design of directives in action. Amsterdam/Philadelphia: Benjamins.

Speer, Susan A. (2012): Hypothetical Questions: A Comparative Analysis and Implications for „Applied" vs. „Basic" Conversation Analysis. In: Research on Language and Social Interaction 45 (4), 352–374.

Speer, Susan A./Parsons, Ceri (2007): „Suppose it wasn' t possible for you to go any further with treatment, what would you do?" Hypothetical questions in interactions between psychiatrists and transsexual patients. In: Hepburn, Alexa/Wiggins, Sally (Hrsg.): Discursive Research in Practice. New Approaches to Psychology and Interaction. Cambridge: Cambridge University Press, 182–199.

Spielberg, Petra (2007): Palliativmedizin in Europa. Noch keine flächendeckende Versorgung. In: Deutsches Ärzteblatt 104 (40), 2700–2702.

Spranz-Fogasy, Thomas (1987): Alternativen der Gesprächseröffnung im ärztlichen Gespräch. In: Zeitschrift für Germanistische Linguistik 15, 293–302.

Spranz-Fogasy, Thomas (1988): Medikamente im Gespräch zwischen Arzt und Patient – Gesprächsanalysen für die Praxis. In: Deutsche Sprache 16, 240–258.

Spranz-Fogasy, Thomas (1990): Ärztliche Kommunikation. Transfer diskursanalytischen Wissens in die Praxis. In: Ehlich, Konrad/Koerfer, Armin/Redder, Angelika/Weingarten, Rüdiger (Hrsg.): Medizinische und therapeutische Kommunikation. Diskursanalytische Untersuchungen. Opladen: Westdeutscher Verlag, 143–155.

Spranz-Fogasy, Thomas (2002): Interaktionsorganisation als (meta-)kommunikative Ressource des Argumentierens. In: Bastian, Sabine/Hammer, Françoise (Hrsg.): Aber, wie sagt man doch so schön … Beiträge zu Metakommunikation und Reformulierung in argumentativen Texten. Frankfurt am Main u. a.: Lang, 11–25.

Spranz-Fogasy, Thomas (2005a): Argumentation als alltagsweltliche Kommunikationsideologie 33, 141–156.

Spranz-Fogasy, Thomas (2005b): Kommunikatives Handeln in ärztlichen Gesprächen – Gesprächseröffnung und Beschwerdenexploration. In: Neises, Mechthild/Ditz, Susanne/Spranz-Fogasy, Thomas (Hrsg.): Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde. Ein interdisziplinärer Ansatz zur verbalen Intervention. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 17–47.

Spranz-Fogasy, Thomas (2006): Alles Argumentieren, oder was? Zur Konstitution von Argumentation in Gesprächen. In: Deppermann, Arnulf/Hartung, Martin (Hrsg.): Argumentieren in Gesprächen. Gesprächsanalytische Studien. 2. Auflage. Tübingen: Stauffenburg, 27–39.

Spranz-Fogasy, Thomas (2010): Verstehensdokumentation in der medizinischen Kommunikation: Fragen und Antworten im Arzt-Patient-Gespräch. In: Deppermann, Arnulf/Reitemeier, Ulrich/Schmitt, Reinhold/Spranz-Fogasy, Thomas (Hrsg.): Verstehen in professionellen Handlungsfeldern. Tübingen: Narr, 27–116.

Spranz-Fogasy, Thomas (2014a): Anticipatory reactions. Patients' answers to doctors' questions. In: Graf, Eva-Maria/Sator, Marlene/Spranz-Fogasy, Thomas (Hrsg.): Discourses of Helping Professions. Amsterdam/Philadelphia: Benjamins, 205–226.

Spranz-Fogasy, Thomas (2014b): Die allmähliche Verfertigung der Diagnose im Reden. Prädiagnostische Mitteilungen im Gespräch zwischen Arzt und Patient. Berlin/Boston: de Gruyter.

Spranz-Fogasy, Thomas/Becker, Maria (2015): Beschwerdenexploration und Diagnosemitteilung im ärztlichen Erstgespräch. In: Busch, Albert/Spranz-Fogasy, Thomas (Hrsg.): Handbuch Sprache in der Medizin. Berlin/Boston: de Gruyter, 93–115.

Spreckels, Janet (2009): Erklären im Kontext: neue Perspektiven. In: Spreckels, Janet (Hrsg.): Erklären im Kontext. Neue Perspektiven aus der Gesprächs- und Unterrichtsforschung. Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren, 1–11.

Stein, Leonard I. (1967): The Doctor-Nurse Game. In: Archives of General Psychiatry 16 (6), 699–703.

Sterie, Anca-Cristina/González-Martínez, Esther (2017): Newcomer Nurses' Telephone Calls to Porters and Doctors: Inquiring and Reporting as Vehicles for Requests. In: Pekarek Doehler, Simona/Bangerter, Adrian/Weck, Geneviève de/Filliettaz, Laurent/González-Martínez, Esther/Petitjean, Cécile (Hrsg.): Interactional Competences in Institutional Settings. From School to the Workplace. Cham: Palgrave Macmillan, 143-168.

Stevanovic, Melisa (2011): Participants' Deontic Rights and Action Formation: The Case of Declarative Requests for Action. InLiSt 52. URL: http://www.inlist.uni-bayreuth.de/issues/52/Inlist52.pdf [abgerufen am 28.05.2021].

Stevanovic, Melisa (2013): Deontic Rights in Interaction. A Conversation Analytic Study on Authority and Cooperation. Dissertation: University of Helsinki. URL: https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/39270/stevanovic_dissertation.pdf?sequence=1&isAllowed=y [abgerufen am 29.05.2021].

Stevanovic, Melisa (2018): Social deontics: A nano-level approach to human power play. In: Journal for the Theory of Social Behaviour 48 (3), 369–389.

Stevanovic, Melisa/Kahri, Mikko (2011): Puheen musiikilliset piirteet ja sosiaalinen toiminta: Kohti prosodian sosiologiaa [Social action and the musical aspects of speech: Towards a sociology of prosody]. In: Sosiologia 4, 285–308.

Stevanovic, Melisa/Peräkylä, Anssi (2012): Deontic Authority in Interaction: The Right to Announce, Propose, and Decide. In: Research on Language and Social Interaction 45 (3), 297–321.

Stevanovic, Melisa/Peräkylä, Anssi (2014): Three orders in the organization of human action: On the interface between knowledge, power, and emotion in interaction and social relations. In: Language in Society 43 (2), 185–207.

Stevanovic, Melisa/Svennevig, Jan (2015): Introduction: Epistemics and deontics in conversational directives. In: Journal of Pragmatics 78, 1–6.

Stiel, Hilary/Nagarajan, Srivalli V./Forster, Benjamin C./Clayton, Josephine M. (2019): Palliative care physicians' perspectives on transferring patients to nursing homes and communication strategies to facilitate this transition: A qualitative study. In: Palliative Medicine 33 (3), 323–331.

Stirling, Lesley/Manderson, Lenore (2011): About you: Empathy, objectivity and authority. In: Journal of Pragmatics 43 (6), 1581–1602.

Stivers, Tanya (2002a): Participating in decisions about treatment: overt parent pressure for antibiotic medication in pediatric encounters. In: Social Science & Medicine 54 (7), 1111–1130.

Stivers, Tanya (2002b): Presenting the problem in pediatric encounters: „symptoms only" versus „candidate diagnosis" presentations. In: Health Communication 14 (3), 299–338.

Stivers, Tanya (2004): „No no no" and Other Types of Multiple Sayings in Social Interaction. In: Human Communication Research 30 (2), 260–293.

Stivers, Tanya (2005a): Non-antibiotic treatment recommendations: delivery formats and implications for parent resistance. In: Social Science & Medicine 60 (5), 949–964.

Stivers, Tanya (2005b): Parent resistance to physicians' treatment recommendations: one resource for initiating a negotiation of the treatment decision. In: Health Communication 18 (1), 41–74.

Stivers, Tanya (2006): Treatment decisions: negotiations between doctors and parents in acute care encounters. In: Heritage, John/Maynard, Douglas W. (Hrsg.): Communication in Medical Care. Interaction between primary care physicians and patients. Cambridge: Cambridge University Press, 279-312.

Stivers, Tanya (2008): Stance, Alignment, and Affiliation During Storytelling. When Nodding Is a Token of Affiliation. In: Research on Language and Social Interaction 41 (1), 31–57.

Stivers, Tanya (2010): An overview of the question-response system in American English conversation. In: Journal of Pragmatics 42 (10), 2772–2781.

Stivers, Tanya (2011): Morality and question design: „of course" as contesting a presupposition of askability. In: Stivers, Tanya/Mondada, Lorenza/Steensig, Jakob (Hrsg.): The Morality of Knowledge in Conversation. Cambridge u. a.: Cambridge University Press, 82–106.

Stivers, Tanya (2019): How We Manage Social Relationships Through Answers to Questions: The Case of Interjections. In: Discourse Processes 56 (3), 191–209.

Stivers, Tanya/Barnes, Rebecca K. (2018): Treatment Recommendation Actions, Contingencies, and Responses: An Introduction. In: Health Communication 33 (11), 1331–1334.

Stivers, Tanya/Heritage, John (2001): Breaking the sequential mold: Answering ‚more than the question' during comprehensive history taking. In: Text 21 (1), 151–185.

Stivers, Tanya/Heritage, John/Barnes, Rebecca K./McCabe, Rose/Thompson, Laura/Toerien, Merran (2018): Treatment Recommendations as Actions. In: Health Communication 33 (11), 1335–1344.

Stivers, Tanya/Mondada, Lorenza/Steensig, Jakob (2011a): Knowledge, morality and affiliation in social interaction. In: Stivers, Tanya/Mondada, Lorenza/Steensig, Jakob (Hrsg.): The Morality of Knowledge in Conversation. Cambridge u. a.: Cambridge University Press, 3–24.

Stivers, Tanya/Mondada, Lorenza/Steensig, Jakob (Hrsg.) (2011b): The Morality of Knowledge in Conversation. Cambridge u. a.: Cambridge University Press.
Stivers, Tanya/Rossano, Federico (2010): Mobilizing Response. In: Research on Language and Social Interaction 43 (1), 3–31.
Stivers, Tanya/Timmermans, Stefan (2017): Always Look on the Bright Side of Life: Making Bad News Bivalent. In: Research on Language and Social Interaction 50 (4), 404–418.
Stivers, Tanya/Timmermans, Stefan (2020): Medical Authority under Siege: How Clinicians Transform Patient Resistance into Acceptance. In: Journal of Health and Social Behavior 61 (1), 60-78.
Stoltenburg, Benjamin (2003): Parenthesen im gesprochenen Deutsch. InLiSt 34. URL: www.inlist.uni-bayreuth.de/issues/34/Inlist34.pdf [abgerufen am 31.05.2021].
Stommel, Wyke (2016): Information giving or problem discussion? Formulations in the initial phase of web-based chat counseling sessions. In: Journal of Pragmatics 105, 87–100.
Stommel, Wyke/te Molder, Hedwig (2018): Empathically designed responses as a gateway to advice in Dutch counseling calls. In: Discourse Studies 20 (4), 523–543.
Streuli, Jürg C./Widger, Kimberley/Medeiros, Christina/Zuniga-Villanueva, Gregorio/Trenholm, Madeline (2019): Impact of specialized pediatric palliative care programs on communication and decision-making. In: Patient Education and Counseling 102 (8), 1404–1412.
Stukenbrock, Anja (2009): Erklären – Zeigen – Demonstrieren. In: Spreckels, Janet (Hrsg.): Erklären im Kontext. Neue Perspektiven aus der Gesprächs- und Unterrichtsforschung. Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren, 160–176.
Stukenbrock, Anja (2015): Verlustnarrative im Spannungsfeld zwischen erzählter Situation und Erzählsituation. In: Scheidt, Carl E./Lucius-Hoene, Gabriele/Stukenbrock, Anja/Waller, Elisabeth (Hrsg.): Narrative Bewältigung von Trauma und Verlust. Stuttgart: Schattauer, 76–93.
Stukenbrock, Anja (2016): Deiktische Praktiken: Zwischen Interaktion und Grammatik. In: Deppermann, Arnulf/Feilke, Helmuth/Linke, Angelika (Hrsg.): Sprachliche und kommunikative Praktiken. Berlin/Boston: de Gruyter, 81–126.
Stukenbrock, Anja/Bahr, Cornelia (2017): Zur kommunikativen Leistung des generischen „du"-Gebrauchs in der sozialen Interaktion. In: Linke, Angelika/Schröter, Juliane (Hrsg.): Sprache und Beziehung. Berlin/Boston: de Gruyter.
Suchman, Anthony L./Markakis, Kathryn/Beckman, Howard B./Frankel, Richard M. (1997): A Model of Empathic Communication in the Medical Interview. In: Journal of the American Medical Association 277 (8), 678–682.
Sudnow, David (1973 [1967]): Organisiertes Sterben. Eine soziologische Untersuchung. Frankfurt am Main: Fischer.
Svennevig, Jan (2003): Echo Answers in Native/Non-Native Interaction. In: Pragmatics 13 (2), 285–309.
Svennevig, Jan (2004): Other-repetition as display of hearing, understanding and emotional stance. In: Discourse Studies 6 (4), 489–516.
Svennevig, Jan/Djordjilovic, Olga (2015): Accounting for the right to assign a task in meeting interaction. In: Journal of Pragmatics 78, 98–111.
Svinhufvud, Kimmo/Voutilainen, Liisa/Weiste, Elina (2017): Normalizing in student counseling: Counselors' responses to students' problem descriptions. In: Discourse Studies 19 (2), 196–215.
Sweetser, Eve/Fauconnier, Gilles (1996): Cognitive Links and Domains: Basic Aspects of Mental Space Theory. In: Fauconnier, Gilles/Sweetser, Eve (Hrsg.): Spaces, Worlds, and Grammar. Chicago: University of Chicago Press, 1–28.

Szczepek Reed, Beatrice (2015): Managing the Boundary Between „Yes" and „But": Two Ways of Disaffiliating With German *ja aber* and *jaber*. In: Research on Language and Social Interaction 48 (1), 32–57.

Talmy, Leonard (1988): Force Dynamics in Language and Cognition. In: Cognitive Science 12, 49–100.

Tannen, Deborah (1987): Repetition in Conversation: Toward a Poetics of Talk. In: Language 63 (3), 574–605.

Tannen, Deborah (2007): Talking Voices. Repetition, Dialogue, and Imagery in Conversational Discourse. 2. Auflage. Cambridge: Cambridge University Press.

Tarn, Derjung M./Heritage, John/Paterniti, Debora A./Hays, Ron D./Kravitz, Richard L./Wenger, Neil S. (2006): Physician communication when prescribing new medications. In: Archives of Internal Medicine 166 (17), 1855–1862.

Tate, Alexandra (2019): Treatment Recommendations in Oncology Visits: Implications for Patient Agency and Physician Authority. In: Health Communication 34 (13), 1597–1607.

Tate, Alexandra/Rimel, Bobbie J. (2020): The duality of option-listing in cancer care. In: Patient Education and Counseling 103 (1), 71–76.

Taylor, Vanessa (2004): Acute hospital care. In: Payne, Sheila/Seymour, Jane/Ingleton, Christine (Hrsg.): Palliative care nursing. Principles and evidence for practice. Maidenhead: Open University Press, 108–125.

ten Have, Paul (1991): Talk and Institution: A Reconsideration of the „Asymmetry" of Doctor-Patient Interaction. In: Boden, Deirdre/Zimmerman, Donald H. (Hrsg.): Talk and Social Structure. Studies in Ethnomethodology and Conversation Analysis. Cambridge: Polity Press, 138–163.

Tennent, Emma (2021): Identity and action: Help-seeking requests in calls to a victim support service. In: British Journal of Social Psychology. URL: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33576530/ [abgerufen am 17.06.2021].

Thieme, Frank (2019): Sterben und Tod in Deutschland. Eine Einführung in die Thanatosoziologie. Wiesbaden: Springer.

Thimm, Caja (1997): Sprache und Pflege – Überlegungen aus der Sicht der linguistischen Frauenforschung. In: Zegelin-Abt, Angelika (Hrsg.): Sprache und Pflege. Berlin: Ullstein Mosby, 67–75.

Thomas, Teresa H./Jackson, Vicki A./Carlson, Heather/Rinaldi, Simone/Sousa, Angela/Hansen, Andrea/Kamdar, Mihir/Jacobsen, Juliet/Park, Elyse R./Pirl, William F./Temel, Jennifer S./Greer, Joseph A. (2019): Communication Differences between Oncologists and Palliative Care Clinicians: A Qualitative Analysis of Early, Integrated Palliative Care in Patients with Advanced Cancer. In: Journal of Palliative Medicine 22 (1), 41–49.

Thompson, Laura/McCabe, Rose (2018): How Psychiatrists Recommend Treatment and Its Relationship with Patient Uptake. In: Health Communication 33 (11), 1345–1354.

Thompson, Sandra A./Fox, Barbara A./Raymond, Chase W. (2021): The grammar of proposals for joint activities. In: Interactional Linguistics. URL: https://benjamins.com/catalog/il.20011.tho [abgerufen am 17.06.2021].

Thurmair, Maria (1989): Modalpartikeln und ihre Kombinationen. Tübingen: Niemeyer.

Tiitinen, Sanni/Lempiälä, Tea (2018): Two Social Functions of Stepwise Transitions When Discussing Ideas in Workplace Meetings. In: International Journal of Business Communication 23, 1-30.

Timmermans, Stefan/Stivers, Tanya (2018): Clinical forecasting: Towards a sociology of prognosis. In: Social Science & Medicine 218, 13–20.

Tirschmann, Felix (2019): Der Alltag des Todes. Perspektiven einer wissenssoziologischen Thanatologie. Wiesbaden: Springer.

Toerien, Merran (2018): Deferring the Decision Point: Treatment Assertions in Neurology Outpatient Consultations. In: Health Communication 33 (11), 1355–1365.

Toerien, Merran/Shaw, Rebecca/Duncan, Roderick/Reuber, Markus (2011): Offering patients choices: A pilot study of interactions in the seizure clinic. In: Epilepsy & Behavior 20 (2), 312–320.

Toerien, Merran/Shaw, Rebecca/Reuber, Markus (2013): Initiating decision-making in neurology consultations: ‚recommending' versus ‚option listing' and the implications for medical authority. In: Sociology of Health & Illness 35 (6), 873–890.

Torres Cajo, Sarah (2019): Zwischen Strukturierung, Wissensmanagement und Argumentation im Gespräch – Interaktionale Verwendungsweisen der Modalpartikeln *halt* und *eben* im gesprochenen Deutsch. In: Deutsche Sprache 47 (4), 289–310.

Udo, Camilla/Lövgren, Malin/Lundquist, Gunilla/Axelsson, Bertil (2018): Palliative care physicians' experiences of end-of-life communication: A focus group study. In: European Journal of Cancer Care 27 (1). URL: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/ecc.12728 [abgerufen am 21.09.2020].

Uitterhoeve, Ruud/Bensing, Jozien/Dilven, Eefje/Donders, Rogier/deMulder, Pieter/van Achterberg, Theo (2009): Nurse-patient communication in cancer care: does responding to patient' s cues predict patient satisfaction with communication. In: Psycho-Oncology 18 (10), 1060–1068.

van der Laaken, Manon/Bannink, Anne (2020): Openings in follow-up cancer consultations: The ‚How are you?' question revisited. In: Discourse Studies 22 (2), 205–220.

van der Velden, Naomi C. A./Meijers, Maartje C./Han, Paul K. J./van Laarhoven, Hanneke W. M./Smets, Ellen M. A./Henselmans, Inge (2020): The Effect of Prognostic Communication on Patient Outcomes in Palliative Cancer Care: a Systematic Review. In: Current Treatment Options in Oncology 21 (5). URL: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7181418/ [abgerufen am 01.06.2021].

van Eemeren, Frans H./Garssen, Bart/Labrie, Nanon (2021): Argumentation between Doctors and Patients. Understanding clinical argumentative discourse. Amsterdam/Philadelphia: Benjamins.

van Eemeren, Frans H./Grootendorst, Rob (2004): A Systematic Theory of Argumentation. The pragma-dialectical approach. Cambridge u. a.: Cambridge University Press.

Vehviläinen, Sanna (2009): Student-Initiated Advice in Academic Supervision. In: Research on Language and Social Interaction 42 (2), 163–190.

Verhagen, Arie (2005): Constructions of intersubjectivity. Discourse, syntax, and cognition. New York: Oxford University Press.

Verschueren, Jef (2010): Interactional sociolinguistics. In: Jaspers, Jürgen/Östman, Jan-Ola/Verschueren, Jef (Hrsg.): Society and Language Use. Amsterdam/Philadelphia: Benjamins, 169–175.

Virdun, Claudia/Luckett, Tim/Lorenz, Karl/Davidson, Patricia M./Phillips, Jane (2017): Dying in the hospital setting: A meta-synthesis identifying the elements of end-of-life care that patients and their families describe as being important. In: Palliative Medicine 31 (7), 587–601.

von Uexküll, Thure (1986): Wissenschaftstheorie und Psychosomatische Medizin, ein bio-psychosoziales Modell. In: Adler, Rolf/Herrmann, Jörg M./Köhle, Karl/Schonecke, Othmar/von Uexküll, Thure/Wesiack, Wolfgang (Hrsg.): Psychosomatische Medizin. 3. Auflage. München u. a.: Urban und Schwarzenberg, 1–30.

Voß, Christian (2015): Ärztliche Behandlung und pflegerische Versorgung – theoretische Annäherung an eine Rekonstruktion der Arzt-Pflege-Interaktion. In:

Borutta, Manfred/Bowert, Barabara/Grasekamp, Guido/Ketzer, Ruth/Löttgen, Katharina T./Özlü, Ismail/Voß, Christian (Hrsg.): Theorie als Mission. Fest- und Streitschrift zum 60. Geburtstag von Heribert W. Gärtner. Marburg: Tectum Wissenschaftsverlag, 61–84.

Voßkamp, Wilhelm (2013): Möglichkeitsdenken. Utopie und Dystopie in der Gegenwart. In: Voßkamp, Wilhelm/Blamberger, Günter/Roussel, Martin/Thewes, Christine (Hrsg.): Möglichkeitsdenken. Utopie und Dystopie in der Gegenwart. München: Fink, 13–31.

Voutilainen, Liisa (2012): Responding to Emotion in Cognitive Psychotherapy. In: Peräkylä, Anssi/Sorjonen, Marja-Leena (Hrsg.): Emotion in Interaction. Oxford: Oxford University Press, 235–255.

Voutilainen, Liisa/Peräkylä, Anssi/Ruusuvuori, Johanna (2010a): Misalignment as a Therapeutic Resource. In: Qualitative Research in Psychology 7 (4), 299–315.

Voutilainen, Liisa/Peräkylä, Anssi/Ruusuvuori, Johanna (2010b): Recognition and Interpretation: Responding to Emotional Experience in Psychotherapy. In: Research on Language and Social Interaction 43 (1), 85–107.

Wåhlin-Jacobsen, Christian D./Abildgaard, Johan S. (2020): Only the wearer knows where the shoe pinches? Deontics and epistemics in discussions of health and well-being in participatory workplace settings. In: Discourse & Communication 14 (1), 44–64.

Walczak, Adam/Butow, Phyllis N./Bu, Stella/Clayton, Josephine M. (2016): A systematic review of evidence for end-of-life communication interventions. In: Patient Education and Counseling 99 (1), 3–16.

Walter, Tony (1994): The Revival Of Death. London: Routledge.

Walther, Sabine (1996): Zur Bedeutung von Sprache in der Krankenpflege. Ein Bericht aus Theorie und Praxis. In: OBST – Osnabrücker Beiträge zur Sprachtheorie 53, 27–47.

Walther, Sabine (1997): Im Mittelpunkt der Patient? Übergabegespräche im Krankenhaus. Stuttgart: Thieme.

Walther, Sabine (2001): Abgefragt?! Pflegerische Erstgespräche im Krankenhausalltag. Eine linguistische Untersuchung von Erstgesprächen zwischen Pflegepersonal und Patienten. Bern: Huber.

Walther, Sabine (2003): Sprache und Kommunikation in der Pflege. Forschungsarbeiten und Publikationen zur mündlichen und schriftlichen Kommunikation in der Pflege. Eine kommentierte Bibliographie. Duisburg: Gilles & Francke.

Walther, Sabine (2005): Sprechen als Pflegehandlung. In: Abt-Zegelin, Angelika/Schnell, Martin W. (Hrsg.): Sprache und Pflege. 2., vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage. Bern: Huber, 51–55.

Walther, Sabine/Weinhold, Christine (1997): Die Übergabe. Ein Fachgespräch unter Pflegenden. Stuttgart: Thieme.

Wasner, Maria (2012): Keiner stirbt für sich allein: Bedeutung und Bedürfnisse des sozialen Umfelds bei Sterbenden. In: Bormann, Franz-Josef/Borasio, Gian D. (Hrsg.): Sterben. Dimensionen eines anthropologischen Grundphänomens. Berlin/Boston: de Gruyter, 82–91.

Watzlawick, Paul/Beavin, Janet H./Jackson, Don D. (2011): Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien. 12. Auflage. Bern u. a.: Huber.

Weatherall, Ann (2011): *I don' t know* as a prepositioned epistemic hedge. In: Research on Language and Social Interaction 44 (4), 317–337.

Weatherall, Ann (2020): Constituting agency in the delivery of telephone-mediated victim support. In: Qualitative Research in Psychology 17 (3), 396–412.

Weatherall, Ann/Keevallik, Leelo (2016): When Claims of Understanding Are Less Than Affiliative. In: Research on Language and Social Interaction 49 (3), 167–182.

Weber, Heidemarie (2011a): Das Gepräch bei der Visite. In: Adler, Rolf H./Herzog, Wolfgang/Joraschky, Peter/Köhle, Karl/Langewitz, Wolf/von Uexküll, Thure (Hrsg.): Uexküll. Psychosomatische Medizin. Theoretische Modelle und klinische Praxis. 7., komplett überarbeitete Auflage. München: Urban & Fischer, 347–358.

Weber, Heidemarie (2011b): Die Ambivalenz in der Pflege auf dem Professionalisierungsweg. Eine empirische Untersuchung bei der täglichen Visite. Münster: LIT.

Weber, Heidemarie/Nübling, Matthias/Langewitz, Wolf (2009): Das Visitengespräch. In: Langer, Thorsten/Schnell, Martin W. (Hrsg.): Das Arzt-Patient Patient-Arzt Gespräch. Ein Leitfaden für Klinik und Praxis. München: Marseille Verlag, 77–88.

Weber, Heidemarie/Stöckli, M./Nübling, Matthias/Langewitz, Wolf A. (2007): Communication during ward rounds in internal medicine. An analysis of patient-nurse-physician interactions using RIAS. In: Patient Education and Counseling 67 (3), 343–348.

Weber, Martin/Müller, Monika/Ewald, Hermann (2005): Kommunikation in der Palliativmedizin. In: Der Onkologe 11 (4), 384–391.

Weidner, Beate (2017): Kommunikative Herstellung von Infotainment. Gesprächslinguistische und multimodale Analysen einer TV-Kochsendung. Berlin/Boston: de Gruyter.

Weidner, Matylda (2018): Treating something as self-evident. *No*-prefaced turns in Polish. In: Heritage, John/Sorjonen, Marja-Leena (Hrsg.): Between Turn and Sequence. Turn-initial particles across languages. Amsterdam/Philadelphia: Benjamins, 225–250.

Weihrauch, Birgit (2016): Hospizbewegung und Palliativmedizin in Deutschland – Ziele, Konzept und Entwicklung. In: May, Arnd T./Kreß, Hartmut/Verrel, Torsten/Wagner, Till (Hrsg.): Patientenverfügungen. Handbuch für Berater, Ärzte und Betreuer. Berlin/Heidelberg: Springer, 293–312.

Weinhold, Christine (1991): Kommunikation in Krankenhäusern. Ein Forschungsbericht über deutschsprachige Analysen der Gespräche zwischen Arzt und Patient und das Gesprächsverhalten des Pflegepersonals. In: Zeitschrift für Germanistik 3, 674–684.

Weinhold, Christine (1997): Kommunikation zwischen Patienten und Pflegepersonal. Eine gesprächsanalytische Untersuchung des sprachlichen Verhaltens in einem Krankenhaus. Bern u. a.: Huber.

Weinhold, Christine (2002): „Ich hab' bloß gesagt gnä' Frau ich brauch vier Binden". Eine gesprächsanalytische Untersuchung von Kommunikationsstörungen zwischen einer Krankenschwester und einer Patientin. In: Fiehler, Reinhard (Hrsg.): Verständigungsprobleme und gestörte Kommunikation. Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung, 116–133.

Weinrich, Harald (2005): Textgrammatik der deutschen Sprache. 3. revidierte Auflage. Hildesheim: Olms.

Weiste, Elina (2016): Formulations in occupational therapy: Managing talk about psychiatric outpatients' emotional states. In: Journal of Pragmatics 105, 59–73.

Weiste, Elina/Peräkylä, Anssi (2013): A Comparative Conversation Analytic Study of Formulations in Psychoanalysis and Cognitive Psychotherapy. In: Research on Language and Social Interaction 46 (4), 299–321.

Weiste, Elina/Peräkylä, Anssi (2014): Prosody and empathic communication in psychotherapy interaction. In: Psychotherapy Research 24 (6), 687–701.

Wentlandt, Kirsten/Seccareccia, Dori/Kevork, Nanor/Workentin, Kevin/Blacker, Susan/Grossman, Daphna/Zimmermann, Camilla (2016): Quality of Care and Satisfaction With Care on Palliative Care Units. In: Journal of Pain and Symptom Management 51 (2), 184–192.

West, Candace (1984): Routine Complications: Troubles with Talk Between Doctors and Patients. Bloomington: Indiana University Press.

Westerman, Michael A. (2011): Conversation analysis and interpretive quantitative research on psychotherapy process and problematic interpersonal behavior. In: Theory & Psychology 21 (2), 155–178.

Westphale, Werner/Köhle, Karl (1982): Gesprächssituation und Informationsaustausch während der Visite auf einer internistisch-psychosomatischen Krankenstation. In: Köhle, Karl/Raspe, Hans-Heinrich (Hrsg.): Das Gespräch während der ärztlichen Visite. München u. a.: Urban & Schwarzenberg, 102–139.

Whalen, Jack/Zimmerman, Donald H. (1998): Observations on the Display and Management of Emotion in Naturally Occurring Activities: The Case of „Hysteria" in Calls to 9-1-1. In: Social Psychology Quarterly 61 (2), 141–159.

Wheat, Hannah C./Barnes, Rebecca K./Byng, Richard (2015): Practices used for recommending sickness certification by general practitioners: a conversation analytic study of UK primary care consultations. In: Social Science & Medicine 126, 48–58.

WHO (2002): WHO Definition of Palliative Care. URL: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care [abgerufen am 02.06.2021].

Wichmann, Cornelia/Wilkening, Karin (2016): Palliative Care in Einrichtungen. In: May, Arnd T./Kreß, Hartmut/Verrel, Torsten/Wagner, Till (Hrsg.): Patientenverfügungen. Handbuch für Berater, Ärzte und Betreuer. Berlin/Heidelberg: Springer, 323–331.

Wide, Camilla/Lappalainen, Hanna/Rouhikoski, Anu/Norrby, Catrin/Lindholm, Camilla/Lindström, Jan/Nilsson, Jenny (2019): Variation in address practices across languages and nations: A comparative study of doctors' use of address forms in medical consultations in Sweden and Finland. In: Pragmatics 29 (4), 595–621.

Wiese, Ingrid (1984): Fachsprache der Medizin. Eine linguistische Analyse. Leipzig: Enzyklopädie.

Wilkinson, Sue/Kitzinger, Celia (2006): Surprise As an Interactional Achievement: Reaction Tokens in Conversation. In: Social Psychology Quarterly 69 (2), 150–182.

Wilkinson, Susie (1991): Factors which influence how nurses communicate with cancer patients. In: Journal of Advanced Nursing 16 (6), 677–688.

Willkop, Eva-Maria (1988): Gliederungspartikeln im Dialog. München: Iudicium.

Wilson, Marian/Sleutel, Martha/Newcomb, Patricia/Behan, Deborah/Walsh, Judith/Wells, Jo Nell/Baldwin, Kathleen M. (2015): Empowering nurses with evidence-based practice environments: surveying Magnet®, Pathway to Excellence®, and non-magnet facilities in one healthcare system. In: Worldviews on Evidence-Based Nursing 12 (1), 12–21.

Wissenschaftsrat (2012): Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen. URL: https://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/2411-12.pdf [abgerufen am 03.06.2021].

Witkamp, Frederika E./van Zuylen, Lia/Vergouwe, Yvonne/van der Rijt, Carolina C. D./van der Heide, Agnes (2015): Concordance between Experiences of Bereaved Relatives, Physicians, and Nurses with Hospital End-of-Life Care: Everyone Has Their „Own Truth". In: International Journal of Palliative Care 2015 (11), 1–10.

Witte, Kim (1992): Putting the fear back into fear appeals: The extended parallel process model. In: Communication Monographs 59 (4), 329–349.

Witte, Kim/Allen, Mike (2000): A Meta-Analysis of Fear Appeals: Implications for Effective Public Health Campaigns. In: Health Education & Behavior 27 (5), 591–615.

Wittenberg, Elaine/Ferrell, Betty R./Goldsmith, Jay/Smith, Thomas/Ragan, Sandra L./Glajchen, Myra/Handzo, George F. (Hrsg.) (2016): Textbook of Palliative Care Communication. Oxford/New York: Oxford University Press.

Wittenberg, Elaine/Goldsmith, Joy/Ferrell, Betty/Buller, Haley/Mendoza, Yesenia/Ragan, Sandra L. (2020): Palliative Care Communication: Outcomes From COMFORT, a Train-the-Trainer Course for Providers. In: Clinical Journal of Oncology Nursing 24 (1). URL: https://cjon.ons.org/cjon/24/1/palliative-care-communication-outcomes-comfort-train-trainer-course-providers [abgerufen am 04.06.2021].

Wittenberg, Elaine/Ragan, Sandra L./Ferrell, Betty (2017): Exploring Nurse Communication About Spirituality. In: American Journal of Hospice & Palliative Medicine 34 (6), 566–571.

Wittenberg-Lyles, Elaine M./Oliver, Debra Parker/Demiris, George/Regehr, Kelly (2009): Exploring Interpersonal Communication in Hospice Interdisciplinary Team Meetings. In: Journal of Gerontological Nursing 35 (7), 38–45.

Wolf, Julian/Vogd, Werner (2018): Professionalisierung der Pflege, Deprofessionalierung der Ärzte oder vice versa? In: Müller-Hermann, Silke/Becker-Lenz, Roland/Busse, Stefan/Ehlert, Gudrun (Hrsg.): Professionskulturen – Charakteristika unterschiedlicher professioneller Praxen. Wiesbaden: Springer, 151–173.

Wortham, Stanton/Mortimer, Katherine/Lee, Kathy/Allard, Elaine/White, Kimberly D. (2011): Interviews as Interactional Data. In: Language in Society 40 (1), 39–50.

Wu, Yijin (2020): Pain talk in hospice care: a conversation analysis. In: BMC Palliative Care 19. URL: https://bmcpalliatcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12904-020-00625-x [abgerufen am 03.06.2021].

Wu, Yijin (2021): Empathy in nurse-patient interaction: a conversation analysis. In: BMC Nursing 20. URL: https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12912-021-00535-0 [abgerufen am 03.06.2021].

Wulf, Detmer (2018): Fokus-Hintergrund-Gliederung. In: Liedtke, Frank/Tuchen, Astrid (Hrsg.): Handbuch Pragmatik. Stuttgart: Metzler, 214–222.

Wulf, Hinnerk/Volberg, Christian/Morin, Astrid (2020): Symptomkontrolle in der Palliativmedizin (ohne Schmerztherapie). In: Anästhesiologie, Intensivmedizin, Notfallmedizin, Schmerztherapie 55 (1), 12–26.

Wüller, Johannes/Krumm, Norbert/Hack, Karin/Reineke-Bracke, Heike (2014): Palliativpflege. München: Elsevier Urban & Fischer.

Wynn, Rolf/Wynn, Michael (2006): Empathy as an interactionally achieved phenomenon in psychotherapy. In: Journal of Pragmatics 38 (9), 1385–1397.

Yadegari, Maryam/Rankin, Janet/Johnson, Jessie M. (2019): Nurses' communication with dying children and their families in pediatric oncology: A literature review. In: Journal of Nursing Education and Practice 9 (2), 37–41.

Young, Amanda/Froggatt, Katherine/Brearley, Sarah G. (2017): ‚Powerlessness' or ‚doing the right thing' – Moral distress among nursing home staff caring for residents at the end of life: An interpretive descriptive study. In: Palliative Medicine 31 (9), 853–860.

Zaros, Mark C./Curtis, J. Randall/Silveira, Maria J./Elmore, Joann G. (2013): Opportunity Lost: End-of-Life Discussions in Cancer Patients Who Die in the Hospital. In: Journal of Hospital Medicine 8 (6), 334–340.

Zenz, Michael (2020): Palliativmedizin und Schmerzmedizin – Vergangenheit und Zukunft. In: Zeitschrift für Palliativmedizin 21 (1), 1–2.

Zifonun, Gisela (2000): „*Man lebt nur einmal*." Morphosyntax und Semantik des Pronomens *man*. In: Deutsche Sprache 28 (3), 232–253.

Zifonun, Gisela/Hoffmann, Ludger/Strecker, Bruno/Ballweg, Joachim/Braußе, Ursula/Breindl, Eva/Engel, Ulrich/Frosch, Helmut/Hoberg, Ursula/Vorderwülbecke, Klaus (1997): Grammatik der deutschen Sprache. Berlin/New York: de Gruyter.

Zimmerman, Don H. (1978): Ethnomethodology. In: American Sociologist 13 (1), 6–15.

Zimmerman, Don H. (1999): Horizontal and Vertical Comparative Research in Language and Social Interaction. In: Research on Language and Social Interaction 32 (1&2), 195–203.
Zimmerman, Marc A. (1995): Psychological Empowerment: Issues and Illustrations. In: American Journal of Community Psychology 23 (5), 581–599.
Zimmermann, Camilla (2012): Acceptance of dying: A discourse analysis of palliative care literature. In: Social Science & Medicine 75 (1), 217–224.
Zimmermann, Camilla/Swami, Nadia/Krzyzanowska, Monika/Leighl, Natasha/Rydall, Anne/Rodin, Gary/Tannock, Ian/Hannon, Breffni (2016): Perceptions of palliative care among patients with advanced cancer and their caregivers. In: Canadian Medical Association Journal 188 (10), 217–227.
Zinken, Jörg (2016): Requesting Responsibility. The Morality of Grammar in Polish and English Family Interaction. Oxford/New York: Oxford University Press.
Zobel, Sarah (2016a): A pragmatic analysis of German impersonally used first person singular ‚Ich'. In: Pragmatics 26 (3), 379–416.
Zobel, Sarah (2016b): On the (in)definiteness of impersonal pronouns. In: Linguistica 56 (1), 363–374.

# 10 Anhang

## 10.1 Abkürzungsverzeichnis

| | |
|---|---|
| 1./2./3. Pers. Pl. | 1./2./3. Person Plural |
| 1./2./3. Pers. Sg. | 1./2./3. Person Singular |
| AdvP | Adverbphrase |
| ANw00/ANm00 | Angehörige/Angehöriger (Sprechersigle, inkl. interne Nummerierung) |
| ÄPG | ÄrztIn-PatientIn-Gespräch(e) |
| ÄPI | ÄrztIn-PatientIn-Interaktion(en) |
| ARw00/ARm00 | Ärztin/Arzt (Sprechersigle, inkl. interne Nummerierung) |
| IL | Interaktionale Linguistik |
| IP | Intonationsphrase |
| KA | Konversationsanalyse |
| NP | Nominalphrase |
| PAw00/PAm00 | Patientin/Patient (Sprechersigle, inkl. interne Nummerierung) |
| PFw00/PFm00 | Pflegerin/Pfleger (Sprechersigle, inkl. interne Nummerierung) |
| PPG | Pflege-PatientIn-Gespräch(e) |
| PPI | Pflege-PatientIn-Interaktion(en) |
| PräpP | Präpositionalphrase |
| TCU | *turn-constructional unit* |
| VP | Verbalphrase |

## 10.2 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Aufgabenteilung im Bereich ‚Medikamente' ..... 91

Abbildung 2: Ablauf Schmerzexploration ..... 181

## 10.3 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Sprachliche Formate der pflegerischen Praktik INFORMIEREN ..... 100
Tabelle 2: Sprachliche Formate der pflegerischen Praktik ERKLÄREN ..... 105
Tabelle 3: Sprachliche Formate der pflegerischen Praktik ANKÜNDIGEN ..... 111
Tabelle 4: Sprachliche Formate der pflegerischen Praktik RATGEBEN ..... 118
Tabelle 5: Sprachliche Formate der pflegerischen Praktik ANBIETEN ..... 124
Tabelle 6: Sprachliche Formate der pflegerischen Praktik VERWEISEN ..... 129
Tabelle 7: Praktiken des pflegerischen Sprechens über Medikamente ..... 134
Tabelle 8: Sprachliche Formate der ärztlichen Praktik ANKÜNDIGEN ..... 138
Tabelle 9: Sprachliche Formate der ärztlichen Praktik ANBIETEN ..... 146
Tabelle 10: Sprachliche Formate der ärztlichen Praktik ERKLÄREN ..... 152
Tabelle 11: Sprachliche Formate der ärztlichen Praktik ENTWERFEN ..... 156
Tabelle 12: Sprachliche Formate der ärztlichen Praktik VERWEISEN ..... 162
Tabelle 13: Sprachliche Formate der ärztlichen Praktik ABKÜNDIGEN ..... 167
Tabelle 14: Vergleich der Praktiken des pflegerischen und ärztlichen Sprechens über Medikamente ..... 173
Tabelle 15: Praktiken des pflegerischen Sprechens über Medikamente ..... 177
Tabelle 16: Praktiken des ärztlichen Sprechens über Medikamente ..... 179
Tabelle 17: Absolute Häufigkeiten der Fragetypen zur initialen Schmerzabfrage (PPI) ..... 189
Tabelle 18: Praktiken des pflegerischen Sprechens über Schmerzen ..... 220
Tabelle 19: Absolute Häufigkeiten der Fragetypen zur initialen Schmerzabfrage (ÄPI) ..... 222
Tabelle 20: Vergleich der Praktiken des pflegerischen und ärztlichen Sprechens über Schmerzen ..... 251
Tabelle 21: Praktiken des pflegerischen Sprechens über psychosozial-affektives Krankheitserleben ..... 303
Tabelle 22: Vergleich der Praktiken des pflegerischen und ärztlichen Sprechens über das psychosozial-affektive Krankheitserleben ..... 337
Tabelle 23: Verteilung der Belege zum Sprechen über Sterben und Tod auf die ÄrztInnen ..... 353
Tabelle 24: Sprachliche Formate der Praktik POSITIONIEREN IN BEZUG AUF PROGNOSTISCHE INFORMATIONEN ..... 376

## 10.4 Transkriptverzeichnis

Ausschnitt 1: Pantozol (533_16_P_20190405; 00:00:19–00:00:22) ..... 99

Ausschnitt 2: Thrombosespritze (266_14_P_20190315, 00:00:11–00:00:23) ..... 101

Ausschnitt 3: Laxans- und Mucosolvan (491_07_P_20190323; 00:03:51–00:04:06) ..... 102

Ausschnitt 4: Kepral (202_12_P_20190305; 00:00:57–00:01:18) ..... 105

Ausschnitt 5: Piptaz (264_13_P_20190318; 00:00:58–00:01:42) ..... 108

Ausschnitt 6: Flüssiger Stuhlgang (050_03_P_20180705; 00:02:15–00:02:45) ..... 111

Ausschnitt 7: Spuckerei (521_15_P_20190404; 00:00:09–00:00:34) ..... 114

Ausschnitt 8: Dünner Stuhlgang (570_15_P_20190413; 00:00:11–00:00:48) ..... 118

Ausschnitt 9: Novalgin und Magenschutz (412_07_P_20190320; 00:00:22–00:00:46) ..... 121

Ausschnitt 10: Tröpfle (467_13_P_20190322; 00:17:12–00:17:43) ..... 124

Ausschnitt 11: Infusionen vor dem Essen (444_15_P_20190327; 00:01:19–00:01:39) ..... 126

Ausschnitt 12: Medikamente bringen (593_17_P_20190416; 00:13:50–00:13:56) ..... 128

Ausschnitt 13: Chemokapseln (593_17_P_20190416; 00:12:35–00:13:19) ..... 129

Ausschnitt 14: Dosis und Medikamente (062_03_P_20180711; 00:02:17–00:02:31) ..... 132

Ausschnitt 15: Hefepilze (099_05_A_20180705, 00:01:48–00:02:22) ..... 140

Ausschnitt 16: Darm anregen (018_02_A_20180702; 00:07:34–00:08:04) ..... 142

Ausschnitt 17: Tröpfchendosis erhöhen (615_17_A_20190418; 00:00:20–00:00:41) ..... 147

Ausschnitt 18: Colestyramin (683_18_A_20190429; 00:01:03–00:01:43) ..... 148

Ausschnitt 19: Relistor (722_21_A_20191107; 00:00:39–00:01:09) ..... 152

Ausschnitt 20: Reduktion der Abführtropfen (683_18_A_20190429; 00:07:14–00:07:31) ..... 157

Ausschnitt 21: Pflanzliches Mittel (075_04_A_20180704; 00:03:36–00:03:55) ..... 159

Ausschnitt 22: Spüllösung (003_01_A_20180627; 00:08:30–00:09:08) ..... 162

Ausschnitt 23: Nicht experimentieren (044_03_A_20180702; 00:02:06–00:02:44) ..... 164

Ausschnitt 24: Granisetron (010_02_A_20180628; 00:00:28–00:00:47) ..... 167

Ausschnitt 25: Blutsalze (422_07_A_20190319; 00:00:42–00:00:54) ..... 169

Ausschnitt 26: Besserung Schmerzen (199_13_P_20190305; 00:00:05–00:00:11) ..... 189

Ausschnitt 27: Patientin klingelt (583_15_P_20190406; 00:00:01–00:00:05) ..... 191

Ausschnitt 28: Besserung Schmerzen (541_16_P_20190406; 00:00:07–00:00:12) ..... 192

Ausschnitt 29: Ausgeschlafen (566_15_P_20190410; 00:00:06–00:00:20) ..... 192

Ausschnitt 30: Erkältung (298_07_P_20190318; 00:01:08–00:01:20) ..... 194

Ausschnitt 31: Schmerzen sind aushaltbar (634_16_P_20190418; 00:01:15–00:01:50) ..... 195

Ausschnitt 32: Schmerzen plagen (576_15_P_20190406; 00:00:03–00:00:20) ..... 198

Ausschnitt 33: Nicht auszuhalten (413_07_P_20190320; 00:00:03–00:00:17) ..... 199

Ausschnitt 34: Schmerzen Stärke 6 (001_01_P_20180628; 00:01:02–00:01:19) ..... 201

Ausschnitt 35: Schmerz wird schlimmer (266_14_P_20190315; 00:00:36–00:00:53) ..... 204

Ausschnitt 36: Stechende Schmerzen (637_16_P_20190420; 00:20:08–00:20:31) ..... 205

Ausschnitt 37: Gewöhnung an Schmerz (037_03_P_20180627; 00:01:14–00:02:09) ..... 207

Ausschnitt 38: Schmerzen wie immer (578_15_P_20190406; 00:00:16–00:00:28) ..... 212

Ausschnitt 39: Letzter Bolus (495_07_P_20190326; 00:00:16–00:00:40) ..... 214

Ausschnitt 40: Schmerzskalastufe (645_16_P_20190423; 00:15:42–00:16:04) ..... 216

Ausschnitt 41: Schmerzen sind weg (223_10_P_20190306; 00:14:38–00:19:38) ..... 218

Ausschnitt 42: Juckreiz (230_09_P_20190306; 00:19:53–00:20:07) ..... 219

Ausschnitt 43: Medikament vor Aufstehen (615_17_A_20190418; 00:00:01–00:00:15) ..... 223

Ausschnitt 44: Furchtbare Nacht (496_07_A_20190327; 00:00:42–00:00:58) ..... 225

Ausschnitt 45: Perfusor (488_07_A_20190322; 00:00:26–00:00:39) ..... 227

Ausschnitt 46: Pflasterdosiserhöhung (787_21_A_20191118; 00:02:54–00:03:09) ..... 228

Ausschnitt 47: Schmerzen nur in der Hüfte (602_17_A_20190416; 00:00:42–00:01:10) ..... 229

Ausschnitt 48: Ein bisschen ein Problem (107_05_A_20180710; 00:00:44–00:01:05) ..... 232

Ausschnitt 49: Schmerzen durch Katheter (406_13_A_20190320; 00:00:57–00:01:17) ..... 233

Ausschnitt 50: Druckgefühl (045_03_A_20180703; 00:00:29–00:01:48)..... 235

Ausschnitt 51: Jucken anstatt Schmerzen (795_23_A_20191120; 00:01:48–00:02:27) ..... 239

Ausschnitt 52: Kein blauer Fleck (602_17_A_20190416; 00:02:11–00:02:46) ..... 241

Ausschnitt 53: Wassereinlagerungen (650_16_A_20190423; 00:03:05–00:03:21) ..... 244

Ausschnitt 54: Knoten (765_23_A_20191118; 00:05:02–00:05:24)..... 246

Ausschnitt 55: Nirgends Schmerzen (370_12_P_20190313; 00:00:25–00:00:32) ..... 248

Ausschnitt 56: Auf Holz klopfen (117_07_A_20190702; 00:00:26–00:00:42) ..... 248

Ausschnitt 57: Zur Ruhe kommen (701_21_P_20191105; 00:06:42–00:07:06) ..... 270

Ausschnitt 58: Augenprobleme (134_07_P_20190213; 00:00:22–00:00:50)..... 272

Ausschnitt 59: Andere Vorstellungen (467_13_P_20190322; 00:00:37–00:01:28) ..... 274

Ausschnitt 60: Infos über die Welt draußen (685_16_P_20190427; 00:02:33–00:02:49) ..... 279

Ausschnitt 61: Abgeschlossenheit (685_16_P_20190427; 00:03:35–00:04:08) ..... 281

Ausschnitt 62: Autonomie (172_09_P_20190227; 00:11:10–00:12:01) ..... 285

Ausschnitt 63: Nein sagen (216_09_P_20190305; 00:01:01–00:01:22)..... 289

Ausschnitt 64: Die Patientin ist Königin (216_09_P_20190305; 00:02:26–00:02:45) ..... 291

Ausschnitt 65: Schlechtes Gewissen (467_13_P_20190322; 00:07:07–00:08:04) ..... 293

Ausschnitt 66: Hilflos (377_14_P_20190319; 00:00:48–00:01:27)..... 298

Ausschnitt 67: Keine Lust (377_14_P_20190319; 00:11:07 – 00:11:16)..... 301

Ausschnitt 68: Hilflos 2 (377_14_P_20190319; 00:11:43–00:12:01)..... 302

Ausschnitt 69: Angestrengter Eindruck (161_ 08_A_20190221; 00:01:52–00:03:15) ..... 308

Ausschnitt 70: Angst und Sorge (496_07_A_20190327; 00:04:13–0:05:05)..... 310

Ausschnitt 71: Leid der Angehörigen (681_16_P_20190515; 00:04:32–00:04:48) ..... 311

Ausschnitt 72: Extremsituation (466_13_A_20190322; 00:10:39–00:11:10) ..... 314

Ausschnitt 73: Metastasen (466_13_A_20190322; 00:11:29–00:12:21) ..... 317

Ausschnitt 74: Nach jedem Strohhalm greifen (195_09_A_20190304; 00:20:12–00:20:20) ..... 320

Ausschnitt 75: Auftrieb im Hospiz (195_09_A_20190304; 00:14:54–00:15:17) ..... 321

Ausschnitt 76: Traurig über Verlegung (108_05_A_20180711; 00:05:08–00:05:29) ..... 324

Ausschnitt 77: Haarausfall (822_23_A_20191123; 00:02:54–00:04:14) ..... 326

Ausschnitt 78: Odyssee (269_14_A_20190318; 00:02:01–00:03:17) ..... 330

Ausschnitt 79: Betäubungsmittel (839_23_P_20191127; 00:13:23–00:15:38) ..... 346

Ausschnitt 80: In Richtung Sterben (092_04_A_20180713; 00:04:45–00:05:42) ..... 356

Ausschnitt 81: Verkürzung der Lebenszeit (382_14_A_20190320; 00:03:49–00:04:28) ..... 360

Ausschnitt 82: Schaden durch Therapie (778_21_A_20191115; 00:07:24–00:08:00) ..... 365

Ausschnitt 83: Kürzeres Leben (081_04_A_20180706; 00:04:18–00:04:42) ..... 367

Ausschnitt 84: Angst der Leute (081_04_A_20180706; 00:08:13–00:08:51) ..... 369

Ausschnitt 85: Wie es im Hospiz nicht ist (195_09_A_20190304; 00:15:18–00:15:43) ..... 372

Ausschnitt 86: Keine genaue Vorhersage (153_08_A_20190215; 00:02:45–00:03:34) ..... 378

Ausschnitt 87: Nichts mehr machen (547_16_A_20190409; 00:17:08–00:18:06) ..... 382

## 10.5 Transkriptionskonventionen

| | |
|---|---|
| [ ]<br>[ ] | Überlappungen und Simultansprechen |
| = | Schneller, unmittelbarer Anschluss neuer Intonationsphrasen (*latching*) |
| °h / h° | Ein- bzw. Ausatmen von 0.2–0.5 Sek. Dauer |
| °hh / hh° | Ein- bzw. Ausatmen von 0.5–0.8 Sek. Dauer |
| °hhh / hhh° | Ein- bzw. Ausatmen von 0.8–1.0 Sek. Dauer |
| <<lachend> °h> / <<lachend> h°> | Lachendes Ein- bzw. Ausatmen |
| (.) | Mikropause bis 0.2 Sek. Dauer |
| (-) | Kurze Pause von 0.2–0.5 Sek. Dauer |
| (--) | Mittlere Pause von 0.5–0.8 Sek. Dauer |
| (---) | Längere Pause von 0.8–1.0 Sek. Dauer |
| (1.0) | Pausen ab 1.0 Sek. Dauer[334] |
| : | Dehnung um 0.2–0.5 Sek. |
| :: | Dehnung um 0.5–0.8 Sek. |
| ::: | Dehnung um 0.8–1.0 Sek. |
| ? | Glottalverschluss (isoliertes Vorkommen) |
| ʔ | Einsatz oder Abbruch durch Glottalverschluss |
| hast_e | Verschleifungen innerhalb von Einheiten |
| äh ähm | Verzögerungspartikel |
| <<lachend> hahaHA> | Silbisches Lachen (mit akzentuierter Silbe) |
| hm HM<br>m HM | Zweisilbige Rückmeldesignale mit Glottalverschluss vor der zweiten Silbe |
| hm_HM<br>m_HM | Zweisilbige Rückmeldesignale ohne Glottalverschluss vor der zweiten Silbe |
| ((seufzt)) | Para- und außersprachliche Handlungen und Ereignisse |
| ( ) | Unverständliche Passage ohne weitere Angaben |

[334] Ich habe Pausen – abgesehen von Mikropausen – aus Platzgründen immer am Ende eines Segmentes notiert. Dies impliziert jedoch nicht, dass die Pausen von der jeweiligen Sprecherin oder dem jeweiligen Sprecher, der bzw. dem diese zugeordnet sind, ‚produziert' werden: Bei Schweigephasen handelt es sich stets um kollaborativ produzierte Phänomene, an deren Aufrechterhaltung alle Interagierenden gleichermaßen beteiligt sind.

| | |
|---|---|
| (xxx XXX xxx) | Unverständliche Passage mit Angabe der Silben, wobei jedes xxx eine unverständliche Silbe repräsentiert und die Majuskeln die Stelle des Fokusakzentes (s. u.) anzeigen |
| (also/alo) | Nicht mit Sicherheit identifizierbare Laute oder Silben auf Wortebene mit möglichen Alternativen, zwischen denen nicht entschieden werden kann |
| (mensch) | Vermuteter Wortlaut |
| akZENT | Fokusakzent |
| akzEnt | Nebenakzent |
| ak!ZENT! | Extra starker Akzent |
| ? | Hoch steigende Tonhöhenbewegung am Ende der Intonationsphrase |
| , | Mittel steigende Tonhöhenbewegung am Ende der Intonationsphrase |
| - | Gleichbleibende Tonhöhenbewegung am Ende der Intonationsphrase |
| ; | Mittel fallende Tonhöhenbewegung am Ende der Intonationsphrase |
| . | Tief fallende Tonhöhenbewegung am Ende der Intonationsphrase |
| <<creaky> > | Knarrstimme (mit Angabe der Reichweite) |
| <<behaucht> > | Behauchte Stimmqualität (mit Angabe der Reichweite) |
| <<smile voice> > | Lächelndes Sprechen (mit Angabe der Reichweite) |
| <<p> > | Lautstärke piano, leise (mit Angabe der Reichweite) |
| <<pp> > | Lautstärke pianissimo, sehr leise (mit Angabe der Reichweite) |
| <<f> > | Lautstärke forte, laut (mit Angabe der Reichweite) |
| <<all> > | Sprechgeschwindigkeit allegro, schnell (mit Angabe der Reichweite) |
| <<len> > | Sprechgeschwindigkeit lento, langsam (mit Angabe der Reichweite) |
| <<t> > | Tiefes Tonhöhenregister |
| <<h> > | Hohes Tonhöhenregister |
| `SO | Fallender Tonhöhenverlauf |
| ´SO | Steigender Tonhöhenverlauf |

| | |
|---|---|
| ↑ | Auffälliger Tonhöhensprung nach oben |
| ↓ | Auffälliger Tonhöhensprung nach unten |

(vgl. Selting et al. 2009)