

DE GRUYTER

*Nathalie Bauer, Susanne Günthner,
Juliane Schopf (Hrsg.)*

DIE KOMMUNIKATIVE KONSTRUKTION VON NORMALITÄTEN IN DER MEDIZIN

GESPRÄCHSANALYTISCHE PERSPEKTIVEN

LINGUISTIK - IMPULSE & TENDENZEN

DE
G

Die kommunikative Konstruktion von Normalitäten in der Medizin

Linguistik – Impulse & Tendenzen



Herausgegeben von
Susanne Günthner, Wolf-Andreas Liebert
und Thorsten Roelcke

Mitbegründet von Klaus-Peter Konerding

Band 108

Die kommunikative Konstruktion von Normalitäten in der Medizin

Gesprächsanalytische Perspektiven

Herausgegeben von
Nathalie Bauer, Susanne Günthner und Juliane Schopf

DE GRUYTER

Publiziert mit freundlicher Unterstützung der Universitätsgesellschaft Münster e.V.



UNIVERSITÄTS
GESELLSCHAFT
MÜNSTER

ISBN 978-3-11-076150-4

e-ISBN (PDF) 978-3-11-076155-9

e-ISBN (EPUB) 978-3-11-076157-3

ISSN 1612-8702

DOI <https://doi.org/10.1515/9783110761559>



Dieses Werk ist lizenziert unter der Creative Commons Namensnennung - Nicht-kommerziell - Keine Bearbeitungen 4.0 International Lizenz. Weitere Informationen finden Sie unter <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0>.

Die Creative Commons-Lizenzbedingungen für die Weiterverwendung gelten nicht für Inhalte (wie Grafiken, Abbildungen, Fotos, Auszüge usw.), die nicht im Original der Open-Access-Publikation enthalten sind. Es kann eine weitere Genehmigung des Rechteinhabers erforderlich sein. Die Verpflichtung zur Recherche und Genehmigung liegt allein bei der Partei, die das Material weiterverwendet.

Library of Congress Control Number: 2023942617

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.dnb.de> abrufbar.

© 2024 bei den Autorinnen und Autoren, Zusammenstellung © 2024 Nathalie Bauer, Susanne Günthner und Juliane Schopf, publiziert von Walter de Gruyter GmbH, Berlin/Boston
Dieses Buch ist als Open-Access-Publikation verfügbar über www.degruyter.com.

Einbandabbildung: Marcus Lindström/istockphoto

Satz: Integra Software Services Pvt. Ltd.

Druck und Bindung: CPI books GmbH, Leck

www.degruyter.com

Inhaltsverzeichnis

Nathalie Bauer, Susanne Günthner und Juliane Schopf

**Zur kommunikativen Konstruktion von Normalitäten in der Medizin –
Eine Einführung in den Band — 1**

I Die kommunikative Konstruktion von Normalitäten aus kontrastiver Perspektive

Alexandra Groß und Karin Birkner

**Formen der sprachlich-interaktiven Bezugnahme auf NORMAL und ihre
Funktionen in psychosomatischen Therapiegesprächen und
neurologischen Telekonsultationen — 23**

Kristin Bührig und Juliane Schopf

**Zum Umgang mit ‚uncertainty‘ in medizinischer Kommunikation:
‚Normalisieren‘ als Verfahren — 49**

Valeria Schick

**Animierte Szenarien: Zur sprachlichen Darstellung (über-)individueller
Normalität in deutschen und russischen Aufklärungsgesprächen aus der
Onkologie — 73**

II Die kommunikative Konstruktion von Normalitäten in Situationen der Krise

Susanne Günthner

**Kategorische Formulierungen als Praktiken der Rekalibrierung von
Normalität in „brüchigen Zeiten“: Strategien der Vermittlung von
allgemeingültigem Wissen in onkologischen Aufklärungsgesprächen — 101**

Nathalie Bauer

**Empathiedarstellungen und Normalisierung – Metapositionierungen mit
‚natürlich‘ und ‚klar‘ in onkologischen Aufklärungsgesprächen — 131**

Carolin Schwegler

**Normalisieren als Copingstrategie in Angehörigeninterviews.
Linguistische Betrachtungen der kommunikativen Einordnung von
Demenzrisiken — 157**

Kati Hannken-Illjes, Sara Honegger, Ina Völker und Tanja Giessler

aber das is (-) norMAL; – Normalität in der Schwangerenberatung — 181

Yvonne Ilg

**Konzeptualisierungen von (A-)Normalität in Gesprächen über psychische
Gesundheit und Krankheit — 207**

III Die kommunikative Konstruktion von Normalitäten in interprofessionellen Interaktionen

Isabella Buck

**„des IS ja auch schlImm;=ne,“: Verstehensanzeigen beim Sprechen über
Dritte als Mittel des Normalisierens von abweichendem
Patientenverhalten in interdisziplinären Teambesprechungen auf der
Palliativstation — 235**

Ulrich v. Wedelstaedt

**„Normales Piepen“ und „kritische Werte“ – Die Herstellung *klinischer
Normalität* als verteilte körperliche Praxis in der Anästhesie — 255**

Sachregister — 281

Nathalie Bauer, Susanne Günthner und Juliane Schopf

Zur kommunikativen Konstruktion von Normalitäten in der Medizin – Eine Einführung in den Band

1 Einleitung: Verortung und Erkenntnisinteresse

Normalität stellt in unterschiedlichsten Disziplinen ein zentrales Konzept dar, das klar zu konturieren sich insofern immer wieder als Herausforderung erweist, als Normalität zwischen den Polen einer deskriptiven und präskriptiven Größe changiert: Einerseits ist „normal“ etwas, das in den auf dem statistischen Durchschnitt einer nach bestimmten Kategorien eingegrenzten Gesamtheit basierenden Referenzbereich fällt und andererseits, was einer normativen Setzung dessen entspricht, das in bestimmten Zusammenhängen als „normal“ gilt bzw. angenommen wird. Wie in kaum einem anderen Kontext kommen in medizinischen Gesprächen beide Konzepte zugleich zum Tragen: Auf professioneller Seite bildet das Bestimmen des Normalen als Kontrastfolie zum Abweichenden bzw. zum Pathologischen eine zentrale Prämisse des medizinischen Forschens und Handelns, was auch von ärztlicher Seite in den Interaktionen mit Patient:innen immer wieder eingebracht wird. Aus Patientenperspektive stellen Normalität und davon abweichende Zustände (in Interaktionen mit Ärzt:innen) wiederum zentrale Konzepte mit Blick auf ihr subjektives Krankheits- und Gesundheitserleben dar. Auf beiden Seiten spielt somit in diesen kommunikativen Begegnungen das Konzept der Normalität – wenn auch aus unterschiedlichen Perspektiven – eine zentrale Rolle. Auf der Grundlage empirischer Untersuchungen solcher Interaktionen betonen Bredmar/Linell (1999: 237): „Notions of normality have a firm place both in people’s ordinary life-worlds and in the scientific sphere“. In Interaktionen zwischen Ärzt:innen und Patient:innen treffen folglich

Anmerkung: Der Sammelband basiert auf der im September 2021 an der Universität Münster stattgefundenen Tagung „Normvorstellungen, Normalität(en) und Normativität – Interdisziplinäre Perspektiven auf das ‚Normale‘ in der Medizin“. Diese Tagung wurde im Anschluss an das von der DFG geförderte Netzwerk „Linguistik und Medizin“ von Seiten des Münsteraner Teams organisiert. Wir danken der Universitätsgesellschaft Münster e.V. ganz herzlich für ihre finanzielle Unterstützung der Tagung sowie des Sammelbandes.

Open Access. © 2024 bei den Autorinnen und Autoren, publiziert von De Gruyter.  Dieses Werk ist lizenziert unter der Creative Commons Namensnennung - Nicht-kommerziell - Keine Bearbeitungen 4.0 International Lizenz.

<https://doi.org/10.1515/9783110761559-001>

oftmals unterschiedliche (alltagsweltliche vs. wissenschaftliche) Konzeptionen von Normalität aufeinander.¹

Spannungsgenerierende Momente dieses Zusammentreffens von Normalitätsentwürfen der „Stimme der Lebenswelt“ (*voice of lifeworld*, Mishler 1984) sowie der „Stimme der Medizin“ (*voice of medicine*, Mishler 1984) liegen zum einen in der alltagssprachlichen Omnipräsenz, Polysemie und Vagheit der diversen in Zusammenhang mit „Normalität“ stehenden Begriffsauffassungen als auch in der potenziellen Inkongruenz angelegter Normalitätsbegriffe aus einer emischen Perspektive: Während medizinische Expert:innen Normalität zumeist als deskriptive relationale Kategorie verwenden, umfasst Normalität als Ethnokategorie für medizinische Lai:innen oft eine evaluative Dimension im Sinne einer (sozialen) Erwünschtheit, einer Normativität (vgl. Sarangi 2001: 125). Wie der vorliegende Band verdeutlicht, kommt es darüber hinaus auch in Gesprächen unter Patient:innen sowie zwischen medizinischen Expert:innen zu kommunikativen Darstellungen und Aushandlungen von Normalitäten. Wohingegen die Definition des medizinisch Normalen, vor allem in Abgrenzung zur Festlegung des Pathologischen, einen zentralen Aspekt wissenschaftstheoretischer und -historischer Diskussion darstellt (u. a. Canguilhem 1976; Offer/Sabshin 1966; Hucklenbroich 2008; Groß/Steinmetzer/Müller 2008; Catita/Águas/Morgado 2020) und aus linguistischer Perspektive in gesellschaftlichen und fachlichen Diskursen bereits in den Blick genommen wurde (vgl. dazu rezent Liebert 2021; Iakushevich 2021; Schenk 2021), ist deren interaktive Herstellung und Aushandlung in medizinischen Gesprächen² selbst nur selten Gegenstand empirischer Untersuchungen (vgl. jedoch Bredmar/Linell 1999 sowie Adelswärd/Sachs 1996 zum Schwedischen; Sarangi 2001; Gutzmer/Beach 2015 und Heritage/Lindström 1998; 2012 zum Englischen sowie Bergmann 1999; Groß 2018; 2021 und Bührig 2009 zum Deutschen).

Hier setzt das Erkenntnisinteresse des vorliegenden interdisziplinären Bandes an, der empirisch, qualitativ und sequenzanalytisch ausgerichtete Beiträge aus Sprachwissenschaft, Soziologie und Sprechwissenschaft versammelt, die aus einer sozialkonstruktivistischen Perspektive beleuchten, wie solche Normalitätskonzeptionen in medizinischen Interaktionen von den Beteiligten selbst dargestellt, ausge-

¹ Vgl. dazu auch Adelswärd/Sachs (1996: 1183): „Adapting the concept of normality in a process of health information may give both professionals and patients means to keep the world in order [...]“

² Als „medizinische Gespräche“ werden in diesem Band institutionell eingebundene Interaktionen bezeichnet, die in verschiedenen medizinischen Kontexten stattfinden. Sie umfassen sowohl interprofessionelle Interaktionen zwischen medizinischen, pflegerischen und anderen Expert:innen als auch Gespräche zwischen solchen Expert:innen und Patient:innen. Zudem werden auch in Studien eingebundene Fokusgruppendifkussionen unter Betroffenen sowie Interviews mit Angehörigen und Patient:innen in diesem Band als medizinische Gespräche bezeichnet.

handelt und intersubjektiviert werden. Dabei werden sowohl interprofessionelle Gespräche als auch Interaktionen unter Patient:innen sowie zwischen Expert:innen und Patient:innen und Interviews mit Angehörigen untersucht, die entweder Face-to-face oder medial vermittelt über Videotelefonie stattfinden. Vor dem Hintergrund der die Beiträge einenden Betrachtung von Normalitäten als kommunikative Konstruktionsleistungen geht es in diesem Band weniger um das ‚Was‘ von Normalitäten, also beispielsweise die Identifikation bestimmter Vorstellungen von Normalität. Vielmehr verbindet die hier versammelten interaktional ausgerichteten Studien die Auseinandersetzung mit dem ‚Wie‘ der kommunikativen Herstellung von Normalitäten in authentischen Interaktionssituationen zwischen Mediziner:innen und Lai:innen, zwischen Mediziner:innen sowie unter Lai:innen.

Die Beschäftigung mit folgenden Aspekten kann dabei als erkenntnisleitend für die hier versammelten Beiträge angeführt werden: Diese betreffen (i) die Analyse von **interaktiven Praktiken³ der Normalitätsherstellung** im Prozess des Gesprächsverlaufs sowie (ii) die damit verbundene **sequenzielle Rekonstruktion von Kontexten**, in denen Gesprächsbeteiligte sich um eine solche interaktive Herstellung und intersubjektive Absicherung von Normalitäten bemühen. Aus der eingenommenen interaktionalen Perspektive und der damit verbundenen problemtheoretischen und funktionalen Sicht auf Gespräche, gemäß derer ein „jedes Interaktionsphänomen [...] als Ausdruck einer Orientierung an der Bearbeitung bzw. Lösung von Interaktionsaufgaben und -problemen verstanden [wird]“ (Deppermann 2014: 22), gehen die Beiträge dieses Bandes zudem (iii) Fragen bezüglich **der sozialen Handlungen** nach, die mittels der beschriebenen Normalisierungspraktiken durchgeführt werden. Diese erschöpfen sich zumeist nicht in der Einordnung bzw. Perspektivierung eines bestimmten Sachverhalts als „normal“, sondern werden von Interagierenden auch dazu eingesetzt, u. a. Verstehen und Empathie darzustellen, einen möglichen weitergehenden Handlungsbedarf interaktiv auszuhandeln oder auch um ärztliche Autorität zu indizieren.

2 Die kommunikative Konstruktion von Normalitäten in medizinischen Gesprächen

Das der Phänomenologie entstammende, auf Berger/Luckmanns Arbeit (1966) zur „sozialen Konstruktion von Wirklichkeit“ basierte Konzept der „kommunikativen

³ In Anlehnung an Günthner/König (2016: 181) verwenden wir den Begriff der „Praktik“ als „Oberbegriff für routinisierte Verfahren zur Herstellung sozialer Aktivitäten.“

Konstruktion“ (Knoblauch 2017) liefert zusammen mit der Ethnomethodologischen Konversationsanalyse (*Conversation Analysis*; Sacks/Schegloff/Jefferson 1974; Bergmann 1988; 1992; 2001; Heritage 2010; Birkner et al. 2020) und der Gesprächsanalyse (Deppermann 2008) zentrale methodologische und methodische Grundlagen für eine empirisch und qualitativ ausgerichtete Analyse der kommunikativen Aushandlung von Normalität(en) im zwischenmenschlichen, kommunikativen Handeln. Gesellschaften bzw. Kulturgemeinschaften verfügen (in der Regel) nicht über à priori festgelegte und kontextübergreifend fixierte Normen und Werte, vielmehr werden diese von den Mitgliedern in der zwischenmenschlichen Interaktion (re-)konstruiert, bestätigt oder modifiziert. Die zwischenmenschliche Kommunikation ist der Ort, an dem eine „objektivierte Welt geschaffen wird“, die wiederum Teil unserer Alltagswirklichkeit ist (Luckmann 2002: 202). Übertragen auf die Untersuchung von Normalitätsvorstellungen – sei es in informellen Alltagssituationen oder aber in medizinischen Gesprächen – gilt somit, dass Konzepte von „Normalsein“ bzw. „Nicht-Normalsein“ primär dort zu betrachten sind, wo sie interaktiv (re-)konstruiert, bestätigt bzw. hinterfragt werden: im Prozess der zwischenmenschlichen Interaktion. An diesem Ort setzen auch die in diesem Band versammelten Beiträge an, indem sie explizite wie auch implizite Bezugnahmen, Thematisierungen, Inferenzen etc. von Normalitäten in unterschiedlichen Kontexten medizinischer Gespräche untersuchen.

Die Untersuchung von Normalität als eine emergente Dar- und Herstellungsleistung (*emergent achievement*, Schegloff 1981) blickt in der konversationsanalytischen Forschung auf eine lange Tradition zurück. So nimmt bereits Sacks (1984: 414f.) in seiner Auseinandersetzung mit dem Konzept einer „ordinary person“ eine dezidiert sozialkonstruktivistische Perspektive ein:

Whatever you may think about what it is to be an ordinary person on the world, an initial shift is not think of ‚an ordinary person‘ as some person, *but as somebody having as one’s job, as one’s constant preoccupation, doing ‚being ordinary‘*. [...] So I am not going to be talking about an ordinary person as this or that person, or as some average; that is, as a nonexceptional person on some statistical basis, but as something that is the way somebody constitutes oneself, and, in effect a job that persons and the people around them may be coordinatively engaged in [...]. (Herv. der Autorinnen)

Wenngleich die Bezugsgrößen des Normalen in der medizinischen Interaktion andere sind als im Zuge der Konstruktion einer „ordinary person“ im informellen Alltag, deckt sich die in den Beiträgen des vorliegenden Bandes eingenommene Perspektive auf „ordinariness“ bzw. Normalität sowie auf deren interaktive Konstitution mit jener von Sacks. Normalität ist dabei nicht nur als ein Produkt zu betrachten, sondern vor allem auch als ein Prozess, der interaktiver Koordination und intersubjektiver Aushandlung bzw. Absicherung bedarf (vgl. Wehrle 2010 aus einer phänomenologischen Perspektive).

Mit Blick auf die hier versammelten sprachwissenschaftlichen wie auch soziologischen und sprechwissenschaftlichen Beiträge zeigt sich, dass sich die verschiedenen dazu eingesetzten Normalisierungspraktiken im medizinischen Kontext vor dem Hintergrund des einleitend formulierten Erkenntnisinteresses auf drei Ebenen differenzieren lassen. Diese betreffen (i) die sprachlichen Ressourcen, die im Zuge von Normalisierungspraktiken zum Einsatz kommen, (ii) die sequenziellen und interaktiven Bezugspunkte der interaktiven Normalisierungsbemühungen sowie (iii) ihre Funktionen in der laufenden Interaktion:

Zu (i): Die hier versammelten Beiträge tragen (im Anschluss an die Studien von Groß 2018; 2021 sowie Bührig 2009 zu deutschsprachigen Interaktionen) dazu bei, **sprachliche Ressourcen** zur interaktiven Konstruktion von Normalitäten zu eruieren. In diesem Zusammenhang gilt es zu unterscheiden, ob Interagierende im Zuge ihrer Normalisierungsbemühungen explizit auf Begriffe rund um das Lexem „normal“ zurückgreifen (vgl. hierzu die Beiträge Birkner/Groß; Hannen-Illjes/Honegger/Völker/Giessler; Bührig/Schopf und Ilg i. d. B.) oder ob die Herstellung von Normalität mittels impliziter (non-)verbaler Ressourcen erfolgt. Die hier versammelten Beiträge eröffnen in dieser Hinsicht den Blick auf ein weites Spektrum sprachlicher und leiblicher Ressourcen, die Interagierende im Zuge der kommunikativen Konstruktion von Normalitäten in medizinischen Gesprächen einsetzen. So zeigen sie mitunter, wie kategorische Formulierungen (Günthner i. d. B.), spezifische Verfahren der leiblichen Koordination (von Wedelstaedt i. d. B.), die interaktive Konstruktion von Szenarien (Schick i. d. B.), der Gebrauch von Kommentaradverbien bzw. -partikeln wie ‚natürlich‘ oder ‚klar‘ (Bauer und Buck i. d. B.) oder auch kleinformatige Erzählungen (Schwegler i. d. B.) im Zuge von Praktiken der interaktiven Normalisierung zum Einsatz kommen. Nicht nur kann die Vielzahl der in diesem Band zur interaktiven Konstruktion von Normalitäten beschriebenen Ressourcen, die von Interagierenden in unterschiedlichen Typen medizinischer Gespräche mobilisiert werden, die bislang vorliegenden Erkenntnisse zum Normalisieren als konversationeller Praktik weitergehend vertiefen, sondern auch die Beschäftigung mit interaktiven Einsätzen des Lexems „normal“ birgt das Potenzial, Begriffsaushandlungen in der Interaktion im Sinne einer Interaktionalen Semantik (Deppermann 2020; Groß/Birkner und Ilg i. d. B.) nachzuspüren. Dies gilt insbesondere mit Blick auf die, wie auch Groß/Birkner (i. d. B.) sie in ihrem Beitrag diskutieren, „relationale Semantik“ von „normal“, welches von Interagierenden zumeist zu einer Art Abgrenzung bzw. Kontrastierung zu „nicht-normalen“ Zuständen als konversationelle Praktik mobilisiert wird (vgl. auch Sarangi 2001).

Zu (ii): Eine weitere Differenzierung mit Blick auf eine sequenzanalytische Annäherung an die kommunikative Konstruktion von Normalitäten in medizinischen

Zusammenhängen ergibt sich hinsichtlich des jeweiligen **sequenziellen bzw. interaktiven Bezugspunkts der Normalisierung**. Wie die bislang vorliegenden Untersuchungen zur kommunikativen Konstruktion von Normalitäten in der Medizin zeigen, involviert insbesondere die Besprechung von Laborwerten, Testresultaten und Messergebnissen frequent die interaktive Herstellung einer „positiven Normalität“ (Groß 2018: 212 ff.; 2021; vgl. auch Gutzmer/Beach 2015). Dabei ziehen medizinische Akteur:innen Referenzgrößen heran, die Befunde aus einer intra- oder interindividuellen Perspektive in Bezug auf deren Normalität qualifizieren. Solche Normalisierungen sind dabei nicht immer mit der Abwesenheit von Krankheit verbunden. So werden etwa beim Sprechen über „normale“ Messergebnisse oder sonstige Indikationswerte sowie beim Sprechen über Symptome oder Krankheitsverläufe auch Normalitäten in Situationen der Anormalität, der Krankheit konstruiert (vgl. Bredmar/Linell 1999: 245 ff.) – wengleich sich in den Gesprächen mitunter zeigt, dass eine solche „neue Normalität fragil ist“ (Groß 2021: 355).

Darüber hinaus haben sich bisherige Untersuchungen auch mit Praktiken des Normalisierens im Sinne des von Sacks beschriebenen „doing being ordinary“ befasst, die im Zuge der Mitteilung von mitunter schwerwiegenden Diagnosen, wie z. B. von Ärzt:innen in der Onkologie eingesetzt werden, um Patient:innen durch eine Kontextualisierung von Erwartbarkeit des betreffenden Befundes auf deren Mitteilung schonend vorzubereiten (Günthner 2018; 2019; Maynard 2003; vgl. auch Bauer/Buck 2021 zur Vorbereitung von Patient:innen auf möglicherweise in der Zukunft auftretende Rezidive). Günthner (2017: 39) beschreibt in dieser Hinsicht verschiedene „projektive Praktiken“, die im Zuge von Diagnosemitteilungen in onkologischen Aufklärungsgesprächen von Ärzt:innen dazu eingesetzt werden, die histologischen Befunde vor dem Hintergrund der Vorgeschichte als Bestätigung eines ohnehin schon bestehenden Verdachts zu präsentieren, um auf diese Weise den „normalen“ Fluss der Interaktion“ nicht allzu stark durch die potenziell schockierende Nachricht zu irritieren (Günthner 2017: 16; vgl. auch Günthner 2019: 278).

Neben der weitergehenden Beschäftigung mit der Konstruktion von Normalitäten im Zuge solcher schwerwiegenden Diagnosemitteilungen (vgl. dazu Günthner und Bauer i. d. B.) sowie auch im Kontext der Einordnung körperlicher Empfindungen (vgl. Hannken-Illjes/Honegger/Völker/Giessler; Birkner/Groß i. d. B.) werden in dem vorliegenden Band weitere Kontexte sequenzanalytisch untersucht, in denen Praktiken des Normalisierens zum Einsatz kommen: Es handelt sich um solche Praktiken, die ebenfalls von medizinischen Expert:innen mobilisiert werden und sich auf die Patient:innen beziehen. Dabei zielen sie jedoch zum Beispiel nicht auf deren Erleben oder Empfinden ab, sondern u. a. darauf, die ihnen zur Verfügung stehenden Entscheidungsoptionen mit Blick auf deren Normalität einzuordnen (Schick i. d. B.). Darüber hinaus verdeutlichen die hier versammelten Analysen, dass Normalisierungsverfahren in medizinischen Kontexten auch dann zum Tra-

gen kommen, wenn es um die Darlegung medizinischer Abläufe und ärztlicher „uncertainty“ geht (Bührig/Schopf i. d. B.) oder wenn medizinische Akteur:innen in direkter Interaktion mit ihren Fachkolleg:innen um die Koordination ihrer jeweiligen professionellen Einschätzung bemüht sind (Buck sowie von Wedelstaedt i. d. B.). Während der Fokus der interaktionalen Auseinandersetzung mit der kommunikativen Konstruktion von Normalitäten bislang hauptsächlich auf den Normalisierungs-bemühungen medizinischer Expert:innen lag (vgl. Groß 2018; 2021; Sarangi 2001; Bredmar/Linell 1999) und auch die in diesem Absatz genannten Studien aus dem vorliegenden Band verdeutlichen, dass insbesondere medizinische Expert:innen auf interaktive Normalisierungspraktiken zurückgreifen, eröffnen andere Beiträge dieses Bandes den Blick darauf, dass auch Betroffene und Angehörige in medizinischen Gesprächen Prozesse der kommunikativen Konstruktion und intersubjektiven Absicherung von Normalitäten selbst initiieren (Bauer, Schwegler, Ilg, Hannken-Illjes/Honegger/Völker/Giessler, Birkner/Groß i. d. B.).⁴

Mit Blick auf die übergeordneten Kontexte, innerhalb derer es zur kommunikativen Konstruktion von Normalitäten kommt, werden in dem vorliegenden Band neben den bislang betrachteten medizinischen Gesprächen in Schwangerenberatung (Bredmar/Linell 1999; Heritage/Lindström 1998; s. auch Hannken-Illjes/Honegger/Völker/Giessler i. d. B.), HIV-Sprechstunden (Groß 2018; 2021) sowie onkologischen Aufklärungsgesprächen (Günthner 2017; 2019; i. d. B. sowie Bauer und Schick i. d. B.) auch psychiatrische Interaktionen (Birkner/Groß i. d. B.), gynäkologische Gespräche (Bührig/Schopf i. d. B.), telemedizinische Konsile (Birkner/Groß i. d. B.), Impfsprechstunden (Bührig/Schopf i. d. B.) sowie Interviews und Fokusgruppendifkussionen mit Betroffenen und Angehörigen (Ilg und Schwegler i. d. B.) in den Blick genommen. Darüber hinaus werden zudem interprofessionelle Interaktionen in palliativmedizinischen Teambesprechungen (Buck i. d. B.) sowie Anästhesieeinleitungen (von Wedelstaedt i. d. B.) fokussiert.

Zu (iii): Neben der Beschreibung der kommunikativen Ressourcen zur interaktiven Herstellung von Normalitäten sowie der Rekonstruktion von Kontexten und Bezugspunkten der kommunikativen Instanzierung von Normalitäten widmen sich die vorliegenden Beiträge vor allem der Frage nach deren **interaktiven Funktionen** in der laufenden Interaktion, d. h. der Frage nach den sozialen Handlungen, die mit den situierten Normalitätsmobilisierungen durchgeführt werden. Wie interaktional ausgerichtete Studien bereits verdeutlicht haben, zeigen auch die hier versammelten Beiträge, dass die kommunikative Konstruktion von Normalitäten in medizinischen Gesprächen nicht etwa um ihrer selbst willen erfolgt. Vielmehr im-

4 Gutzmer/Beach (2015: 8) formulieren die Untersuchung des patientenseitigen Einsatzes von Normalisierungspraktiken als ein Desiderat.

plementieren Sprecher:innen Bezugnahmen auf Normalitäten im Kontext von Aktivitäten wie der Einordnung von Befunden, der Erläuterung von Messwerten bzw. von anderen Untersuchungsergebnissen (vgl. Groß 2018; 2021; Sarangi 2001) oder aber um die Patient:innen zu beruhigen, sie zu trösten, ihrer Angst entgegenzuwirken, sowie um jene Empfindungen, die Patient:innen als unnormale wahrnehmen „as less out of the ordinary“ (Heritage/Lindström 2012: 267) einzuordnen (vgl. hierzu auch Bauer, Günthner, Buck i. d. B.).⁵ Darüber hinaus zeigen die Beiträge des Bandes, dass interaktive Normalitätskonstruktionen von Gesprächsbeteiligten auch dazu eingesetzt werden, Symptome bzw. körperliche und psychische Zustände intersubjektiv beschreibbar zu machen (Birkner/Groß und Ilg i. d. B.), professionelles Handeln zu koordinieren und abzustimmen (Buck und von Wedelstaedt i. d. B.), die Konfrontation mit schwer zu verarbeitenden Prädiktionen kommunikativ einzuordnen (Schwegler i. d. B.) sowie Patient:innen im Zuge ihrer informierten Entscheidungsfindung, z. B. mit Blick auf verschiedene mögliche Therapieoptionen, zu beraten (Schick i. d. B.).

3 Die interaktionale Perspektive

Aufbauend auf konversationsanalytischen Methoden (etwa Sacks/Schegloff/Jefferson 1974; Bergmann 1988; 1992) sowie der Interaktionalen Linguistik (vgl. Couper-Kuhlen/Selting 2018; Deppermann/Günthner 2015; Imo/Lanwer 2019) und der Gesprächsanalyse (Deppermann 2007; 2008) orientieren sich auch die vorliegenden Analysen kommunikativer Konstruktionen von Normalitäten in medizinischen Gesprächen aus der eingenommenen sozialkonstruktivistischen Perspektive (vgl. Abschnitt 2) am Prinzip der Sequenzialität. Dies besagt, dass jedes Gespräch aus einer linear-zeitlichen Abfolge von Beiträgen besteht, die nicht isoliert voneinander betrachtet werden, sondern immer in ihrem sequenziellen Kontext zu analysieren sind (vgl. Auer 1986). Vor diesem Hintergrund erfolgt die Sequenzanalyse durch ein „turn-by-turn“-Vorgehen (Silverman 1998: 50). Des Weiteren sind alle interaktiven Handlungen bzw. Gespräche als von den Interagierenden in kollaborativer Weise hervorgebrachte Erzeugnisse anzusehen. Auf die medizinische Interaktion bezogen heißt dies, dass nicht nur die Ärzt:innen über den Gesprächsverlauf und die Konstitution kommunikativer Handlungen bestimmen, sondern auch die Beiträge von Patient:innen und Angehörigen als konstituierend für die Interaktion und demnach als relevant für die Analyse zu berücksichtigen sind. Darüber hinaus ist für die interaktional ausgerichtete Analyse auch ihr emischer, also aus Perspektive der Teil-

⁵ Vgl. Svinhufvud/Voutilainen/Weiste (2017) zu ähnlichen Beobachtungen in hochschulischen Beratungsinteraktionen.

nehmenden gerichteter Zugriff auf die Gespräche charakteristisch. Dies heißt, dass die Interagierenden einander auf vielfältige Weise indizieren, welchen Sinn sie ihren Handlungen bzw. kommunikativen Äußerungen zuschreiben. Vor diesem Hintergrund rekonstruieren die Analysierenden, welche Bedeutung die Interagierenden ihren Handlungen selbst *in situ* verleihen (vgl. Deppermann 2000: 98) und wie sie sich gegenseitig über die Art des Vollzugs der Handlungen den Sinn eben dieser aufzeigen.

Neben der Untersuchung von informellen Alltagsinteraktionen entstand ein Forschungszweig innerhalb dieses methodischen Feldes, der sich dezidiert auch institutioneller Kommunikation widmet (vgl. Drew/Heritage 1992). Innerhalb dessen stieß gerade die medizinische Kommunikation auf so starkes Interesse, dass die „medical CA“ (Gill/Roberts 2013: 575) mit ihren zahlreichen Publikationen den Status einer eigenen Subdisziplin erhielt (Gill/Roberts 2013). Nachdem anfänglich vor allem Gespräche zwischen Ärzt:innen und Patient:innen in verschiedenen Kontexten der kurativen Akut-Medizin untersucht wurden (vgl. u. a. Heath 1986; 1992; Bergmann 1980; Peräkylä 1998; Heritage/Maynard 2006; Lalouschek/Menz/Wodak 1990; Stivers 2002; Spranz-Fogasy/Becker 2015), weitete sich das Forschungsfeld schnell auf weitere Felder wie etwa die Krankheitsprädiktion oder chronische Erkrankungen (vgl. z. B. genetische Beratung bei Hartog 1996 oder HIV-Ambulanz bei Groß 2018; 2021), Gespräche mit nicht-ärztlichen Akteur:innen im Gesundheitssystem (vgl. z. B. Parry 2004; Schoeb 2009 und Ortner 2021 zu physiotherapeutischen Interaktionen; Peräkylä 2013; Birkner/Burbaum 2016; Spranz-Fogasy 2020 zu psychotherapeutischer Kommunikation und Buck 2022 zu pflegerischer Interaktion), interprofessionelle Kommunikation (vgl. Uhmann 2010; Posenau/Peters 2016) und den Bereich der medial vermittelten medizinischen Kommunikation (vgl. Brünner/Lalouschek 2010; Brünner 2013) aus. Dabei wurden nicht nur ärztliche Gesprächspraktiken zentral in den Blick genommen, sondern auch die patientenseitige Kommunikation fokussiert. Dies geschah beispielsweise im Zuge der Studien von Gülich/Schöndienst (1999; 2000), die in interdisziplinären Projekten mit Mediziner:innen Ansätze zur Differentialdiagnose bei Anfallpatient:innen auf der Grundlage ihrer sprachlichen Darstellungen der Anfallserlebnisse entwickelten.

Dass sich gerade die methodischen Ansätze der Konversations- bzw. Gesprächsanalyse⁶ so fruchtbar für das Untersuchen von medizinischer Interaktion erweisen, also eine „starke Verbundenheit von Forschungsgegenstand und Forschungsmethode“ (Groß 2018: 55) besteht, verwundert nicht: Dass hier ausschließlich

⁶ Unter „Gesprächsanalyse“ wird nach Deppermann (2007) ein Ansatz verstanden, der die Konversationsanalyse u. a. mit Elementen der interaktionalen Soziolinguistik (vgl. Gumperz 1982) anreichert und z. B. auch ethnographisches Hintergrundwissen der Analytiker:innen berücksichtigt.

authentische Gespräche untersucht werden, bewirkt, dass wertvolle Erkenntnisse über die tatsächliche Praxis der institutionellen Kommunikation im Gesundheitswesen gewonnen werden können, die mitunter auch für die Aus- und Weiterbildung der professionellen Akteur:innen fruchtbar gemacht werden (vgl. Becker-Mrotzek/Brünner 2004).⁷ Zudem interessiert sich die „medical CA“ (Gill/Roberts 2013: 575) nicht nur für die sprachlich-kommunikativen Ressourcen, die die Interagierenden im Gespräch einsetzen, sondern arbeitet durch die sequenzielle Analyse zu dieser Form-Seite auch die Funktionen unterschiedlicher sprachlicher Phänomene im jeweiligen Kontext heraus. Dies ist auch für den vorliegenden Band relevant, da auf diese Weise zusätzlich zur Frage des ‚Wie‘ auch das ‚Wozu‘ und das ‚in welchem Kontext‘ nachgezeichnet werden kann, also zur Lösung welcher kommunikativen Probleme die interaktive Praktik des Normalisierens in der medizinischen Kommunikation eingesetzt wird (vgl. Luckmann 1989: 38).

4 Die Beiträge im Einzelnen

Der empirische Teil des Bandes gliedert sich in drei Abschnitte: Die kommunikative Konstruktion von Normalitäten aus einer kontrastiven Perspektive (Abschnitt 4.1), die kommunikative Konstruktion von Normalitäten in Situationen der Krise (Abschnitt 4.2) sowie die kommunikative Konstruktion von Normalitäten in interprofessionellen Settings (Abschnitt 4.3).

4.1 Die kommunikative Konstruktion von Normalitäten aus kontrastiver Perspektive

Dieser erste Teil des Bandes setzt sich empirisch aus einer kontrastiven bzw. vergleichenden Perspektive mit der interaktiven Herstellung von Normalität in Interaktionen zwischen Ärzt:innen und Patient:innen auseinander.

Anhand von psychosomatischen Therapiegesprächen und telemedizinischen neurologischen Konsultationen untersuchen **Karin Birkner** und **Alexandra Groß** Setzungen und Bedeutungsaushandlungen der dort auftretenden Gebrauchsweisen

⁷ Neben konversations- bzw. gesprächsanalytisch ausgerichteten Untersuchungen sei z. B. auch auf die u. a. in Busch/Spranz-Fogasy (2015) und Iakushevich/Ilg/Schnedermann (2021) versammelten Beiträge verwiesen, die Sprache in der Medizin nicht nur mit diesen und weiteren Methoden der Linguistik (z. B. Diskurslinguistik, historische Linguistik) untersuchen, sondern auch aus medizinischer/gesundheitswissenschaftlicher Perspektive beleuchten.

von „normal“. Wie ihre Daten aus unterschiedlichen medizinischen Settings (soma-tisch-medizinische sowie psychotherapeutische Gespräche) verdeutlichen, spielt der jeweilige Handlungs- bzw. Aktivitätskontext für die interaktiv hergestellte Semantik des Begriffs „normal“ eine entscheidende Rolle: Während in der somatischen Beschwerdenexploration Konstatierungen von „Normalität“ primär in der Ausschlussdiagnostik eingesetzt werden (insbesondere bei der Überprüfung von Symptombereichen der/des Patient:in aus einer Vorher/Nachher-Perspektive), werden Thematisierungen von „normal“ vs. „nicht-normal“ in den psychotherapeutischen Interaktionen vor allem zur Selbstpositionierung verwendet. Auffällig ist ferner, dass Normalitätskonstruktionen in den somatisch-medizinischen Gesprächen eher die subjektive Wahrnehmung des Körpers der/des Patient:in betreffen, dagegen werden Normalitätsbezüge in den psychotherapeutischen Gesprächen eher im Kontext einer kollektiven Außenperspektive (in Bezug auf Verhalten, Fühlen, Denken etc.) aktiviert.

Die Relevanz der Differenzierung unterschiedlicher Interaktionskontexte für die Herstellung von Normalität im Gespräch zeigt auch der anschließende Beitrag von **Kristin Bührig** und **Juliane Schopf**, die Normalitätsaushandlungen in kurativen und präventiven medizinischen Settings vergleichend untersuchen. Dabei werden zum einen Interaktionen aus der Gynäkologie und zum anderen Gesprächsdaten aus reisemedizinischen Impfsprechstunden herangezogen. Der Beitrag greift mit „uncertainty“ (vgl. Han/Klein/Arora 2011; Han i. Dr.) einen Gegenstand aus der aktuellen medizinischen und medizindidaktischen Diskussion auf und zeigt, wie in ärztlichen Gesprächen mit dieser umgegangen wird. Im Fokus der Analysen steht dabei das Verfahren des Normalisierens unterschiedlicher Formen medizinischer „uncertainty“.

Eine weitere kontrastive Dimension kommt in der Untersuchung von **Valeria Schick**, die vergleichbare Gesprächskontexte in deutschen und russischen onkologischen Aufklärungsgesprächen fokussiert, zum Tragen. Aus einer sprach- und kulturvergleichenden Perspektive (deutsch-russisch) illustriert die Verfasserin verschiedene Nuancen der Normalitätsherstellung, die Ärzt:innen sowohl in den deutschen als auch den russischen Daten zur Veranschaulichung von Therapie-maßnahmen, die auf die Patient:innen zukommen, einsetzen. Anhand animierter Szenarien modellieren die Ärzt:innen nicht nur therapiebezogene Entscheidungsoptionen (angesichts normierter medizinischer Vorgaben), sondern veranschaulichen auch typische Adaptationen von Patient:innen an deren „neue lebensweltliche Normalität“ im Rahmen der Krankheitserfahrung.

4.2 Die kommunikative Konstruktion von Normalitäten in Situationen der Krise

Der zweite Teil des Bandes beschäftigt sich mit Normalitätsherstellungen in Interaktionen zwischen professionellen Akteur:innen und Patient:innen als auch mit Gesprächen unter Patient:innen selbst sowie in Interviews mit Angehörigen. Den Beiträgen ist gemeinsam, dass sie Interaktionen in den Blick nehmen, deren integraler Bestandteil es ist, in Situationen der Anormalität Normalität aktiv (wieder-)herzustellen. Es handelt sich um Gespräche aus der Onkologie, der Schwangerschaftsberatung sowie der Alzheimer-Versorgung in sogenannten Memory-Kliniken. Die Beiträge widmen sich somit der Untersuchung von Gesprächen, die – zumindest für die anwesenden Patient:innen bzw. Angehörigen – als krisenhafte Situationen charakterisiert werden können. Wohingegen medizinische Interaktionen für die professionellen Akteur:innen zumeist mit mehr oder minder starker Routinisierung verbunden sind, bedeuten sie für Patient:innen, je nach der Schwere der zu übermittelnden Befunde, Prognosen oder Therapieempfehlungen, nicht selten eine – wie Günthner (2017) es mit Schütz/Luckmann (1984: 171 ff.) beschreibt – Suspension der „grundlegenden Idealisierung des Lebens, [des] Und-so-weiter“, mit der ein „Abstand vom Alltag“ eintritt. Vor diesem Hintergrund rückt in diesem Kapitel insbesondere die Rekonstruktion solcher Sequenzen in den Fokus des Interesses, welche der interaktiven (Wieder-)Herstellung von Normalität vor dem Hintergrund von übermittelten lebensverändernden Diagnosen (vgl. Frankel 1995; Maynard 2003 sowie Bauer, Günthner und Schick i. d. B.) bzw. Prädiktionen (vgl. Sarangi 2001 sowie Schwegler i. d. B.) dienen.

Bauer und Günthner (wie auch Schick im vorausgehenden Teil des Bandes) betrachten Praktiken des Normalisierens in onkologischen Aufklärungsgesprächen, in denen sich die Patient:innen insofern mit einer Krisensituation konfrontiert sehen, als sie in diesen Interaktionen erstmalig von ihrer Krebsdiagnose erfahren. In dieser Grenzsituation kommen Praktiken der Normalisierung in verschiedenen Kontexten zum Einsatz: So zeigt die Untersuchung von **Susanne Günthner**, dass Ärzt:innen in diesen hoch sensiblen Kontexten immer wieder Verfahren des formelhaften Sprechens (u. a. durch „kategorische Formulierungen“ wie ‚wenn ... dann‘, ‚es ist so, dass ...‘-Sätzen) einsetzen. Die verwendeten kategorischen Formulierungen dienen nicht nur der ärztlichen Übermittlung von Wissen über die betreffende Krankheit, die anstehenden Therapien und mögliche Erfahrungen im Umgang mit der belastenden Lebenssituation, sondern sie fungieren zugleich als Normalisierungsressourcen, um die Patient:innen in dieser neuen, die bisherige Normalität sprengenden Erfahrung zu stützen. Als kommunikative Strategien haben diese Darlegungen u. a. die Funktion, den Patient:innen „in der erlebten Grenzerfahrung [zu] indizieren, dass [sie] nicht alleine dastehe[n] und selbst in die-

ser neuen, die bisherige Normalität sprengenden Erfahrungswelt ‚Normalitäten‘ existieren“.

Nathalie Bauer, deren Untersuchung dasselbe Korpus zugrunde liegt, setzt sich mit interaktiven Normalisierungen mit „natürlich“ und „klar“ auseinander, die von Ärzt:innen dazu eingesetzt werden, das patientenseitige Erleben in der Situation der Übermittlung einer lebensbedrohlichen Diagnose vor dem Hintergrund möglicher Erlebensalternativen als normal und folglich erwartungskongruent zu perspektivieren. Diese Verwendungen von „natürlich“ und „klar“ beschreibt die Autorin als Praktiken der Metapositionierung zur Darstellung von Empathie, die es Ärzt:innen ermöglichen, die Nachvollziehbarkeit und Legitimität des patientenseitigen Erlebens zum Ausdruck zu bringen, ohne sich selbst affektiv dazu zu positionieren. Zugleich verdeutlichen die sequenziellen Analysen die erkennbare Orientierung der Beteiligten an der situativen und normativen Angemessenheit von Erlebensalternativen im institutionellen Kontext des onkologischen Aufklärungsgesprächs.

Eine weitere Perspektive auf Herstellungen von Normalität in Situationen des Umbruchs, der Anormalität oder neuen Normalität bringt **Carolyn Schwegler** ein: Sie untersucht narrative Interviews mit Angehörigen von Patient:innen in sogenannten Memory-Kliniken, die ein erhöhtes Risiko aufweisen, in Zukunft an Alzheimer zu erkranken. Anhand der sequenziellen Betrachtung dieser Interviews zeigt sie, dass Praktiken des interaktiven Normalisierens dabei zumeist von den Angehörigen selbst mobilisiert werden, die in den untersuchten Interviews in der Rolle sogenannter „Pre-Caregivers“, d. h. als potenziell bzw. zukünftig Pflegende, auftreten. Das interaktive Normalisieren durch die interviewten Personen dient dabei vorrangig der kommunikativen Einbindung der fortschreitenden Krankheit ihrer Angehörigen in den Alltag. Die Verfasserin verdeutlicht, dass Ressourcen des interaktiven Normalisierens in diesem Kontext eine Bewältigungs- bzw. eine Copingstrategie für die Betroffenen darstellen können.

Der Beitrag von **Kati Hannken-Illjes, Sara Honneger, Ina Völker und Tanja Giessler**, der die interaktive Herstellung von Normalität in Gesprächen in der Schwangerenberatung fokussiert, eröffnet insofern eine weitere interessante Perspektive für diesen Teil des Bandes, als er eine Lebenssituation, nämlich die von Schwangerschaft und Geburt, in den Blick nimmt, die sowohl von Lai:innen als auch professionellen Akteur:innen in einem Spannungsfeld von Normalität und Nicht-Normalität verortet wird. Aus den Gesprächen wird das Konzept des „Schwangerschaftsnormal“ rekonstruiert, welches sich aus Erfahrungs- und Erlebenswissen der Interagierenden konstituiert und zur Evaluation von Symptomen und Empfindungen dient. Besonders die Frage, ob Symptome bereits vom „Schwangerschaftsnormal“ abweichen, ist in den Gesprächen mit den Schwangeren von zentraler Bedeutung.

Yvonne Ilg beleuchtet in ihrem Beitrag Konzeptualisierungen von Normalität und Anormalität, die in narrativen Interviewsituationen und Fokusgruppen außerhalb von klinischen Kontexten auftreten. In diesen Interaktionen, in denen Betroffene über psychische Gesundheit bzw. Erkrankung reden, werden immer wieder Kategorien wie „normal“ bzw. „anormal“ relevant gesetzt. Anhand ausgewählter Fallanalysen verdeutlicht Ilg die enge Verwobenheit von individuellen und gesellschaftlichen Vorstellungen von (A-)Normalität und dem subjektiven Erleben psychischer Erkrankung. So zeigt ihre Analyse u. a., dass Betroffene ihr eigenes (Krankheits-)Erleben – in Kontrast zur psychiatrischen Diagnose – immer wieder als „normal“ und „usuell“ darstellen. Die sich in den Gesprächen offenbarenden Diskrepanzen bzgl. der Normalitätsvorstellung haben u. U. schwerwiegende Konsequenzen für die Akzeptanz medizinischer Diagnosen und Therapien.

4.3 Die kommunikative Konstruktion von Normalitäten in interprofessionellen Interaktionen

Die beiden Beiträge des letzten Teils des Sammelbands unterscheiden sich insofern von den vorangehenden, als sie Verfahren der Normalisierung in interprofessionellen Interaktionen in den Blick nehmen und damit eine weitere Dimension des Normalisierens in medizinischen Interaktionen beleuchten.

Isabella Buck verdeutlicht in einem Beitrag zu interdisziplinären Teambesprechungen auf der Palliativstation mit Vertreter:innen verschiedener Professionen (Ärzt:innen, Pflegekräfte, Seelsorger:innen, Therapeut:innen bzw. Sozialarbeiter:innen), dass Normalisierungen von den Beteiligten u. a. dazu verwendet werden, Verstehen für das Erleben der abwesenden Patient:innen zu bekunden. In diesen Teambesprechungen rekonstruieren die Mitglieder Handlungen, Wünsche wie auch das (emotionale) Verhalten der Patient:innen und versuchen dabei, dies – angesichts deren Situation – als nachvollziehbar und verständlich zu rahmen. Dieses Normalisieren dient wiederum dazu, innerhalb des Teams einen Konsens über weitere medizinische Schritte bzw. über die Einstellung der Therapiemaßnahmen zu erwirken. Ratifizieren die Teammitglieder das betreffende Verhalten des/der abwesenden Patient:in als „normal“ und indizieren damit ihre (trotz verschiedener Professionen) geteilte Perspektive, so hat diese Normalisierungskundgabe u. a. die Funktion der Themenbeendigung im Rahmen der vorliegenden Gesprächsagenda.

Ulrich von Wedelstaedt zeigt in seinem Beitrag zur Normalitätsherstellung als verteilte körperliche Praxis in der präoperativen Anästhesie anhand multimodaler Daten, wie die beteiligten Fachpersonen Prozesse und Messwerte im Rahmen der Narkoseeinleitung untereinander im Sinne einer „stillen Aushandlung“ als normal herstellen. Anhand der detaillierten sequenzanalytischen Untersuchung

eines Videoausschnitts verdeutlicht von Wedelstaedt, wie Pfleger:innen und Anästhesist:innen beispielsweise die ermittelten Vitalwerte der Patient:innen, welche zum Teil auch über die Einschreibung in elektronische Geräte *in situ* sicht- und hörbar werden, interaktiv auf ihre Normalität im Sinne des Übereinstimmens mit bestimmten Referenzgrößen überprüfen und in einem verkörperten Prozess gemeinsam als solche einordnen.

Die vorliegenden empirisch ausgerichteten, interdisziplinär verorteten Studien, die allesamt eine sozialkonstruktivistische Perspektive auf Normalität im Kontext medizinischer Kommunikation (sei es zwischen medizinischen Expert:innen, zwischen Expert:innen und Lai:innen, oder aber nur unter Lai:innen) einnehmen, veranschaulichen kommunikative Praktiken der interaktiven Konstruktion von Normalitäten in recht unterschiedlichen Gesprächskontexten: in onkologischen Beratungsgesprächen, in palliativmedizinischen Teamsitzungen, in psychotherapeutischen Interaktionen, in Schwangerenberatungen oder auch in interprofessionellen Interaktionen im OP-Saal.

Dabei wird deutlich, wie stark die Normalitätsherstellungen und Normalitätszuschreibungen vom prozessualen, dynamischen Charakter der betreffenden Interaktionssituationen (den betreffenden institutionellen Rahmungen, den Partizipationskonstellationen (Expertinnen-Laien etc.), den Gattungen, aber auch den konkreten Aktivitäten, in denen Normalitätszuschreibungen durchgeführt werden) mitgeprägt werden.

Anhand dieser divergierenden Interaktionszusammenhänge werden sowohl die kontextkontingenten Zuschreibungen dessen deutlich, was unter Normalität verstanden wird, als auch der Einsatz von Normalisierungspraktiken für die Durchführung recht unterschiedlicher kommunikativer Aktivitäten. Die Kontextsensitivität von Normalität zeigt sich nicht nur in divergierenden Konzeptualisierungen bei medizinischen Expert:innen und Lai:innen, sondern auch in unterschiedlichen medizinischen Bereichen und Professionen. Als äußerst aufschlussreich erweist sich darüber hinaus, wie im Falle bestimmter Krankheitsbilder bzw. Gesundheitszustände (bei psychiatrischen Erkrankungen, bei Risikoprädiktionen, bei onkologischen Krankheiten etc.) „neue Normalitäten“ im Angesicht des lebensweltlichen Alltags mit diesen Erkrankungen ausgehandelt werden. Ferner veranschaulichen die Interaktionsanalysen, dass Praktiken der Normalisierung oftmals im Zuge anderer Gesprächsziele eingesetzt werden und so als quasi rhetorische Verfahren zur Umsetzung bestimmter kommunikativer Handlungen zum Einsatz kommen – etwa zur intersubjektiven Herstellung von Empathie und Verstehen, zur Indizierung ärztlicher Autorität oder zur Verständigung darüber, dass kein weiterer Handlungsbedarf besteht.

Literatur

- Adelswärd, Viveka & Lisbeth Sachs (1996): The meaning of 6.8: numeracy and normality in health information talks. *Social Science & Medicine* 43 (8), 1179–1187.
- Auer, Peter (1986): Kontextualisierung. *Studium Linguistik* 19, 22–47.
- Bauer, Nathalie & Isabella Buck (2021): nur dass sie_s mal geHÖRT ham; – Eine Konstruktion zum Zwecke des Wissensmanagements in medizinischen Interaktionen. In Marina Iakushevich, Yvonne Ilg & Theresa Schnedermann (Hrsg.), *Linguistik und Medizin. Sprachwissenschaftliche Zugänge und interdisziplinäre Perspektiven*, 93–112. Berlin, Boston: De Gruyter.
- Becker-Mrotzek, Michael & Gisela Brünner (2004): *Analyse und Vermittlung von Gesprächskompetenz*. Frankfurt a.M.: Peter Lang.
- Berger, Peter & Thomas Luckmann (1966): *The Social Construction of Reality: A Treatise in the Sociology of Knowledge*. New York: Penguin Books.
- Bergmann, Jörg (1980): *Interaktion und Exploration: Eine konversationsanalytische Studie zur sozialen Organisation der Eröffnungsphase von psychiatrischen Aufnahmegesprächen*. Universität Konstanz, Dissertation.
- Bergmann, Jörg (1988): *Ethnomethodologie und Konversationsanalyse*. Hagen: Fernuniversität-Gesamthochschule Hagen.
- Bergmann, Jörg (1992): Konversationsanalyse. In Ulrich Flick, Ernst von Kardoff, Ernst, Heiner Keupp, Lutz von Rosenstiel & Stephan Wolff (Hrsg.), *Handbuch qualitativer Sozialforschung*, 213–218. München: Psychologie Verlags Union.
- Bergmann, Jörg (1999): Diskrete Exploration: Über die moralische Sinnstruktur eines psychiatrischen Frageformats. In Jörg Bergmann & Thomas Luckmann (Hrsg.), *Kommunikative Konstruktion Von Moral. Band 2: Von der Moral Zu Den Moralen*, 169–190. Wiesbaden: VS.
- Bergmann, Jörg (2001): Das Konzept der Konversationsanalyse. *HSK* 16 (2), 919–927.
- Birkner, Karin & Christina Burbaum (2016): Nichtwissen als interaktive Ressource in Therapiesprächen. In Alexandra Groß & Inga Harren (Hrsg.), *Wissen in institutioneller Interaktion*, 83–112. Frankfurt a. M.: Peter Lang.
- Birkner, Karin, Peter Auer, Angelika Bauer & Helga Kotthoff (2020): *Einführung in die Konversationsanalyse*. Berlin, Boston: De Gruyter.
- Bredmar, Margareta & Per Linell (1999): Reconfirming normality: The constitution of reassurance in talks between midwives and expectant mothers. In Srikant Sarangi (Hrsg.), *Talk, work and institutional order. Discourse in medical, mediation and management settings*, 237–270. Berlin: De Gruyter Mouton.
- Brünner, Gisela (2013): Vermittlungsstrategien in Gesundheitssendungen: Die Rolle von Metaphern, Vergleichen und anderen Verfahren der Veranschaulichung. In Karin Birkner & Oliver Ehmer (Hrsg.), *Veranschaulichungsverfahren im Gespräch*, 18–43. Mannheim: Verlag für Gesprächsforschung.
- Brünner, Gisela & Lalouschek, Johanna (2010): Gesundheitsinformation im Fernsehen: Gesunde Ernährung in klassischen und neuen Sendungsformaten. In Ulrich Dausendschön-Gay, Christine Domke & Sören Ohlhus (Hrsg.), *Wissen in (Inter-)Aktion: Verfahren der Wissensgenerierung in unterschiedlichen Praxisfeldern*, 315–346. Berlin, New York: De Gruyter. <https://doi.org/10.1515/9783110227673.4.315>.
- Buck, Isabella (2022): *Pflegerische und ärztliche Interaktionen mit PatientInnen und Angehörigen auf der Palliativstation. Eine vergleichende gesprächsanalytische Untersuchung*. Göttingen: Verlag für Gesprächsforschung.

- Bührig, Kristin (2009): Zur sprachlich-kommunikativen Realisierung von ‚Normalität‘ in der Arzt-Patient-Kommunikation. In Hanneli Döhner (Hrsg.), *Medizinsoziologie in Wissenschaft und Praxis*, 51–64. Münster: LIT.
- Busch, Albert & Thomas Spranz-Fogasy (2015): *Handbuch Sprache in der Medizin*. Berlin, Boston: De Gruyter.
- Canguilhem, Georges (1976): *Das Normale und das Pathologische*. München: Hanser.
- Catita, Marisa, Artur Águas & Pedro Morgado (2020): Normality in medicine: A critical review. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine* 15 (1), 1–6.
- Couper-Kuhlen, Elizabeth & Margret Selting (2018): *Interactional Linguistics. Studying Language in Social Interaction*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Deppermann, Arnulf (2000): Ethnographische Gesprächsanalyse: Zu Nutzen und Notwendigkeit von Ethnographie für die Konversationsanalyse. *Gesprächsforschung – Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion* 1, 96–124.
- Deppermann, Arnulf (2007): *Grammatik und Semantik aus gesprächsanalytischer Sicht*. Berlin, Boston: De Gruyter.
- Deppermann, Arnulf (2008): *Gespräche analysieren. Eine Einführung*. Wiesbaden: VS.
- Deppermann, Arnulf (2014): Konversationsanalyse: Elementare Interaktionsstrukturen am Beispiel der Bundespressekonferenz. In Sven Staffeldt & Jörg Hagemann (Hrsg.), *Analysen im Vergleich*, 19–47. Tübingen: Stauffenburg.
- Deppermann, Arnulf (2020): Interaktionale Semantik. In Jörg Hagemann & Sven Staffeldt (Hrsg.), *Semantiktheorien II. Analysen von Wort- und Satzbedeutungen im Vergleich*, 172–215. Tübingen: Stauffenburg.
- Deppermann, Arnulf & Susanne Günthner (2015): *Temporality in Interaction*. Amsterdam, Philadelphia: John Benjamins.
- Drew, Paul & John Heritage (1992): *Talk at work. Interaction in institutional settings*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Frankel, Richard (1995): Some Answers About Questions in Clinical Interviews. In George H. Morris & Richard Chenail (Hrsg.), *The Talk of the Clinic: Explorations in the Analysis of Medical and Therapeutic Discourse*, 233–267. Hillsdale: Erlbaum.
- Gill, Virginia T. & Felicia Roberts (2013): Conversation Analysis in Medicine. In Jack Sidnell & Tanya Stivers (Hrsg.), *The Handbook of Conversation Analysis*, 575–592. Chichester: Wiley-Blackwell.
- Groß, Alexandra (2018): *Arzt/Patient-Gespräche in der HIV-Ambulanz*. Mannheim: Verlag für Gesprächsforschung.
- Groß, Alexandra (2021): Eine erfreuliche Normalität. Konversationelle Praktiken des Normalisierens und Emotionalisierens bei der Befundmitteilung in der HIV-Sprechstunde. In Marina Iakushevich, Yvonne Ilg & Theresa Schnedermann (Hrsg.), *Linguistik und Medizin. Sprachwissenschaftliche Zugänge und interdisziplinäre Perspektiven*, 340–357. Berlin, Boston: De Gruyter.
- Groß, Dominik, Jan Steinmetzer & Sabine Müller (2008): *Normal – anders – krank? Akzeptanz, Stigmatisierung und Pathologisierung im Kontext der Medizin*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Gülich, Elisabeth & Martin Schöndienst (1999): „Das ist unheimlich schwer zu beschreiben.“ Formulierungsmuster in Krankheitsbeschreibungen anfallskranker Patienten: differentialdiagnostische und therapeutische Aspekte. *Psychotherapie & Sozialwissenschaft: Zeitschrift für qualitative Forschung und klinische Praxis* 1 (3), 199–227.

- Gülich, Elisabeth & Martin Schöndienst (2000): Ansätze zu einer linguistischen Differentialtypologie epileptischer und anderer anfallsartiger Störungen. *Methodologie und Anwendungsperspektiven. Qualitative linguistische Verfahren und klinische Forschung*, 1–46.
- Gumperz, John J. (1982): *Discourse strategies*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Günthner, Susanne (2017): Sprachliche Verfahren bei der Übermittlung schlechter Nachrichten - sedimentierte Praktiken im Kontext onkologischer Aufklärungsgespräche. *SpIn – Sprache und Interaktion* 73, 1–46.
- Günthner, Susanne (2018): Thomas Luckmanns Einfluss auf die Sprachwissenschaft – Kommunikative Gattungen im Alltagsgebrauch am Beispiel onkologischer Aufklärungsgespräche. In Alois Hahn & Martin Endreß (Hrsg.), *Lebenswelt und Gesellschaft. Gedenkband für Thomas Luckmann*, 358–400. Konstanz: UVK.
- Günthner, Susanne (2019): Kultur-in-kommunikativen-Praktiken. Kommunikative Praktiken zur Übermittlung schlechter Nachrichten in onkologischen Aufklärungsgesprächen. In Juliane Schröter, Susanne Tienken, Yvonne Ilg, Joachim Scharloth & Noah Bubenhofer (Hrsg.), *Linguistische Kulturanalyse*, 269–292. Berlin, Boston: De Gruyter.
- Günthner, Susanne & Katharina König (2016): Kommunikative Gattungen in der Interaktion: Kulturelle und grammatische Praktiken im Gebrauch. In Arnulf Deppermann, Helmuth Feilke & Angelika Linke (Hrsg.), *Sprachliche und kommunikative Praktiken*, 177–204. Berlin, Boston: De Gruyter.
- Gutzmer, Kyle & Wayne A. Beach (2015): ‚Having an Ovary This Big Is Not Normal‘: Physicians’ Use of Normal to Assess Wellness and Sickness During Oncology Interviews. *Health Communication* 30 (8), 8–18.
- Han, Paul (i. Dr.): A pragmatic agenda for understanding und managing uncertainty in healthcare. In Sarah Bigi & Grazia Maria Rossi (Hrsg.), *A pragmatic agenda for healthcare: fostering inclusion and active participation through shared understanding*. Amsterdam, New York: Benjamins.
- Han, Paul K., William Klein & Nerraj K. Arora (2011): Varieties of uncertainty in health care: a conceptual taxonomy. *Medical Decision Making* 31 (6), 828–838.
- Hartog, Jeniffer (1996): *Das genetische Beratungsgespräch. Institutionalisierte Kommunikation zwischen Experten und Nicht-Experten*. Tübingen: Narr.
- Heath, Christian (1986): *Body movement and speech in medical interaction*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Heath, Christian (1992): The delivery and reception of diagnosis in the general practice consultations. In Paul Drew & John Heritage (Hrsg.), *Talk at work. Interaction in institutional settings*, 235–268. Cambridge: Cambridge University Press.
- Heritage, John (2010): Conversation Analysis: Practices and Methods. In David Silverman (Hrsg.), *Qualitative research: Theory, method, and practice*, 208–230. London: SAGE.
- Heritage, John & Anna Lindström (1998): Motherhood, Medicine, and Morality: Scenes From a Medical Encounter. *Research on Language & Social Interaction* 31 (3–4), 397–438.
- Heritage, John & Anna Lindström, (2012): Knowledge, Empathy, and Emotion in a Medical Encounter. In Anssi Perakyla & Marja-Leena Sorjonen (Hrsg.), *Emotion in Interaction*, 256–272. Oxford: Oxford University Press.
- Heritage, John & Douglas W. Maynard (2006): *Communication in Medical Care. Interaction between primary care physicians and patients*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Hucklenbroich, Peter (2008): Normal – anders – krank: Begriffsklärungen und theoretische Grundlagen zum Krankheitsbegriff. In Dominik Groß, Sabine Müller, Jan Steinmetzer (Hrsg.), *Normal – anders – krank?*, 3–32. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

- Iakushevich, Marina, Yvonne Ilg & Theresa Schnedermann (Hrsg.) (2021): *Linguistik und Medizin. Sprachwissenschaftliche Zugänge und interdisziplinäre Perspektiven*. Berlin, Boston: De Gruyter.
- Iakushevich, Marina (2021): Einleitung: ‚Gesundheit‘, ‚Krankheit‘ und gesellschaftliche wie auch fachliche Vorstellungen von ‚Normalität‘. In Marina Iakushevich, Yvonne Ilg & Theresa Schnedermann (Hrsg.), *Linguistik und Medizin. Sprachwissenschaftliche Zugänge und interdisziplinäre Perspektiven*, 317–322. Berlin, Boston: De Gruyter.
- Imo, Wolfgang & Jens Philipp Lanwer (2019): *Interaktionale Linguistik. Eine Einführung*. Stuttgart: Metzler.
- Knoblauch, Hubert (2017): *Die kommunikative Konstruktion der Wirklichkeit*. Wiesbaden: Springer VS.
- Lalouschek, Johanna, Florian Menz & Ruth Wodak (1990): *Alltag in der Ambulanz. Gespräche zwischen Ärzten, Schwestern und Patienten*. Tübingen: Narr.
- Liebert, Wolf (2021): Psychopathologie der Erleuchtung. Psychiatrisch-linguistische Lektüren spiritueller Erzählungen. In Marina Iakushevich, Yvonne Ilg & Theresa Schnedermann (Hrsg.), *Linguistik und Medizin. Sprachwissenschaftliche Zugänge und interdisziplinäre Perspektiven*, 473–490. Berlin, Boston: De Gruyter.
- Luckmann, Thomas (1989): Kultur und Kommunikation. In Max Haller, Hans-Joachim Hoffmann-Nowotny & Wolfgang Zapf (Hrsg.), *Kultur und Gesellschaft: Verhandlungen des 24. Deutschen Soziologentags, des 11. Österreichischen Soziologentags und des 8. Kongresses der Schweizerischen Gesellschaft für Soziologie in Zürich 1988*, 33–45. Frankfurt a.M.: Campus Verlag.
- Luckmann, Thomas (2002): *Wissen und Gesellschaft. Ausgewählte Aufsätze 1981–2002*. Konstanz: UVK.
- Maynard, Douglas (2003): *Bad news, good news. Conversational order in everyday talk and clinical settings*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Mishler, Elliot (1984): *The Discourse of Medicine. Dialectics of Medical Interviews*. Norwood: Ablex.
- Offer, Daniel & Melvin Sabshin (1966): *Normality. Theoretical and Clinical Concepts of Mental Health*. New York, London: Basic Books.
- Ortner, Heike (2021): ‚Therapeutischer‘ Widerspruch: Epistemische Rechte und Pflichten in physiotherapeutischen Interaktionen. In Marina Iakushevich, Yvonne Ilg & Theresa Schnedermann (Hrsg.), *Linguistik und Medizin. Sprachwissenschaftliche Zugänge und interdisziplinäre Perspektiven*, 151–170. Berlin, Boston: De Gruyter.
- Parry, Ruth Helen (2004): The interactional management of patients’ physical incompetence: a conversation analytic study of physiotherapy interactions. *Sociology of health & illness* 26 (7), 976–1007.
- Peräkylä, Anssi (1998): Authority and Accountability: The Delivery of Diagnosis in Primary Health Care. *Social Psychology Quarterly* 61 (4), 301–320.
- Peräkylä, Anssi (2013): CA in psychotherapy. In Tanya Stivers & Jack Sidnell (Hrsg.), *The Handbook of Conversation Analysis*, 551–574. Oxford: Blackwell.
- Posenau, André & Tim Peters (2016): Communicative positioning of one’s own profession in interprofessional settings. *GMS Journal for Medical Education* 33 (2), 1–16.
- Sacks, Harvey, Emanuel A. Schegloff & Gail Jefferson (1974): A Simplest Systematics for the Organization of Turn-Taking for Conversation. *Language* 50 (4), 696–735.
- Sacks, Harvey (1984): On doing being ordinary. In Maxwell J. Atkinson & John Heritage (Hrsg.), *Structures of Social Action. Studies in Conversation Analysis*, 413–429. Cambridge: Cambridge University Press.
- Sarangi, Srikant (2001): Expert and lay formulation of normality in genetic counselling. *Bulletin VALS-ASLA* 74 (74), 109–127.

- Schegloff, Emanuel (1981): Discourse as an interactional achievement: Some uses of ‚uh huh‘ and other things that come between sentences. In Deborah Tannen (Hrsg.), *Analyzing discourse: Text and talk*, 71–93. Washington: Georgetown University Press.
- Schenk, Ana (2021): Die Konstruktion eines Verhältnisses zwischen Normalität und Abweichung im Fachdiskurs zu Autismus-Spektrums-Störungen. In Marina Iakushevich, Yvonne Ilg & Theresa Schnedermann (Hrsg.), *Linguistik und Medizin. Sprachwissenschaftliche Zugänge und interdisziplinäre Perspektiven*, 323–338. Berlin, Boston: De Gruyter.
- Schoeb, Veronika (2009): The goal is to be more flexible – Detailed analysis of goal setting in physiotherapy using a conversation analytic approach. *Manual Therapy* 14 (6), 665–670.
- Schütz, Alfred & Thomas Luckmann (1984): *Strukturen Der Lebenswelt. Band 2*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Silverman, David (1998): *Harvey Sacks. Social Science and Conversation Analysis*. New York: Oxford University Press.
- Spranz-Fogasy, Thomas & Maria Becker, Maria (2015): Beschwerdenexploration und Diagnosemitteilung im ärztlichen Erstgespräch. In Albert Busch & Thomas Spranz-Fogasy (Hrsg.), *Handbuch Sprache in der Medizin*, 93–115. Berlin, Boston: De Gruyter.
- Spranz-Fogasy, Thomas (2020): Fragen und ihre Funktionen in psychotherapeutischen Gesprächen. In Helmut Gruber, Jürgen Spitzmüller & Rudolf de Cillia (Hrsg.), *Institutionelle und organisationale Kommunikation. Theorie, Methodologie, Empirie und Kritik. Gedenkschrift für Florian Menz*, 39–70. Göttingen: V & R unipress.
- Stivers, Tanya (2002): Participating in decisions about treatment: overt parent pressure for antibiotic medication in pediatric encounters. *Social Science & Medicine* 54 (7), 1111–1130.
- Svinhufvud, Kimmo, Liisa Voutilainen & Elina Weiste (2017): Normalizing in student counseling: Counselors’ responses to students’ problem descriptions. *Discourse Studies* 19 (2), 196–215.
- Uhmann, Susanne (2010): Bitte einmal nachfassen. Professionelles Wissen und seine interaktive Vermittlung – Empraktische freie Infinitive im Operationssaal. In Ulrich Dausendschön-Gay, Christine Domke & Sören Ohlhus (Hrsg.), *Wissen in (Inter-)Aktion. Verfahren der Wissensgenerierung in unterschiedlichen Praxisfeldern*, 37–70. Berlin, Boston: De Gruyter.
- Wehrle, Maren (2010): Die Normativität der Erfahrung. Überlegungen zur Beziehung zwischen Normalität und Aufmerksamkeit bei E. Husserl. *Husserl Studies* 26 (3), 167–187.

**I Die kommunikative Konstruktion von
Normalitäten aus kontrastiver Perspektive**

Alexandra Groß und Karin Birkner

Formen der sprachlich-interaktiven Bezugnahme auf NORMAL und ihre Funktionen in psychosomatischen Therapiegesprächen und neurologischen Telekonsultationen

Abstract: Die vergleichende Untersuchung von Verwendungen der morphologischen Form NORMAL in einem somatisch-medizinischen vs. einem psychotherapeutischen Gesprächstyp verfolgt das Ziel, semantische Bestimmungspraktiken und konversationelle Funktionalisierungen von NORMAL zu identifizieren. Es zeigt sich, dass NORMAL semantisch schwach determiniert und *fuzzy* (Huber 2011: 44) bleibt und häufig nur durch die Kontrastierung mit NICHT NORMAL bestimmt wird. Die beiden untersuchten Gesprächstypen unterscheiden sich in den Referenzbereichen sowie in der Funktionalisierung von NORMAL: Im Kontext somatischer Beschwerdenexploration wird NORMAL innerhalb der Ausschlussdiagnostik verwendet, wenn Symptombereiche in einer Vorher/Nachher-Perspektive abgesteckt werden. In den Therapiegesprächen dienen die Verwendungen von NORMAL ebenfalls der Problemerkennung, werden aber zu expliziter Selbstpositionierung in Bezug auf die Pole NORMAL/NICHT NORMAL im interpersonalen Vergleichsrahmen verwendet. Weiterhin werden mit NORMAL-Evaluationen vormals als abweichend bewertete Empfindungs- und Handlungsweisen normalisiert.

Keywords: Beschwerdenexploration, interaktionale Semantik, Selbstpositionierung, Normalisieren, medizinische Gesprächsanalyse, Arzt/Patient-Gespräch, psychosomatische Therapiegespräche, telemedizinische Konsultationen, ärztliches Fragen, Subjektive Krankheitstheorien

1 Einleitung

Ethnovorstellungen dessen, was als NORMAL einzustufen ist, sind verbunden mit Soll-Vorstellungen menschlichen Seins und Handelns (vgl. z. B. Groß 2021) und rufen in der Regel auch das Abweichende mit auf. Sie können auf verschiedenste Lebensbereiche bezogen sein, und auch die damit verbundenen Bewertungen sind durchaus divers: Normative Implikationen von Normalität können sowohl „als Mittelmaß-Plädoyer als auch als Ablehnung einer Mittelmaß-Orientierung

und dann als Verbesserungsstreben“ auftreten (Horstmann 2016: 8). Das gilt für die Form und Funktionsweise des menschlichen Körpers wie auch für psychisches Empfinden und soziales Handeln.¹

Aus biomedizinischer Perspektive ist NORMAL v. a. auf den homöostatisch funktionierenden Patientenkörper bezogen. Abweichungen werden auf ihre Passung mit objektivierten Patho-Kategorien erfasst, diagnostisch eingeordnet und entsprechend benannt. Das Krankheitsgeschehen auf physiologischer Ebene lässt sich dabei i. d. R. detailliert umreißen, während Gesundheit als „quite fuzzy notion, that is to say ‘loose concept’ of normal functioning in medicine“ (Huber 2011: 44) vage bleibt und sich v. a. *ex negativo*, also durch das Nichtvorliegen von Symptomen, als subjektiv unauffälliges Erleben äußert. Schwierig wird es besonders dann, wenn das Körperempfinden von Patient*innen selbst als NICHT NORMAL bewertet wird, objektiviert-instrumentell jedoch kein Krankheitsgeschehen festgestellt werden kann, wie etwa bei somatoformen Störungen oder medizinisch unerklärten Symptomen (MUS). Denn „being doctorable“ (Heritage/Robinson 2006: 57ff.) ist zentral für die Legitimierung der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen, sowohl von auf die jeweilige Symptomatik zugeschnittenen Therapien als auch von Vorsorgemaßnahmen.

In unserem Beitrag nehmen wir medizinische Gesprächskontexte unter die Lupe, bei denen das Lexem NORMAL verwendet wird, und untersuchen hier die interaktive Bedeutungskonstitution sowie die kommunikativen Funktionen der Bezugnahmen auf NORMAL in zwei unterschiedlichen medizinischen Gesprächstypen: in neurologischen Telekonsultationen zur Schlaganfalldiagnostik und in psychotherapeutischen Sitzungen mit Patient*innen, die an somatisch (bislang) ungeklärten Beschwerden leiden. Unter Anwendung von Methoden der Konversationsanalyse und der Interaktionalen Linguistik zielt unsere Untersuchung darauf ab, vergleichend für die beiden medizinischen Gesprächstypen lokale Bedeutungen (Birkner 2002; Deppermann 2020) von NORMAL und konversationelle Einbettungen herauszuarbeiten. Das Ziel ist, Funktionalisierungen von NORMAL zu rekonstruieren und geteilte/divergierende NORMAL-Vorstellungen medizinischer Akteur*innen und Patient*innen nachzuvollziehen.

¹ Trotz weitgehend deskriptiver Vorgehensweise der medizinischen Forschung und Praxis ist die Gleichsetzung von Krankheit als Funktionsstörung und Gesundheit als anzustrebender Zustand auch das Ergebnis normativer Setzungen (Horstmann 2016).

2 NORMAL – Semantik und (medizinisch-) konversationelle Funktionalisierungen

NORMAL als Adjektiv ist eine Derivation von *Norm*, das seinerseits aus dem Lateinischen *nōrma*_{lat} (‘Winkelmaß, Richtschnur, Regel, Vorschrift’) entlehnt ist (Online-Version des Etymologischen Wörterbuchs des DWDS). Der Duden in seiner Online-Ausgabe verzeichnet zwei Einträge zum Lemma NORMAL.² Zum einen leitet er das Adjektiv aus dem Nomen *Norm* ab: „der Norm entsprechend; vorschriftsmäßig“. Als Beispiel wählt der Eintrag interessanterweise einen medizinischen Kontext: „der Puls ist normal“. Ein weiterer Untereintrag zur ersten Bedeutung lautet „so [beschaffen, geartet], wie es sich die allgemeine Meinung als das Übliche, Richtige vorstellt“ und wird durch das Beispiel „unter normalen Verhältnissen“ illustriert. Hier wird bereits deutlich, dass die Bewertung, die mittels der Attribuierung durch NORMAL vorgenommen wird, mitunter als Mehrheitsmeinung verstanden wird.

Bei der Recherche von NORMAL in klinischen Wörterbüchern wie der Online-Fassung des Pschyrembel erfolgen zahlreiche Vorschläge für Determinativkomposita mit NORMAL wie *Normalserum*, *Normaltyp*, *Normalflora* ... , die stets auf unauffällige medizinische Befundungen referieren. Dagegen erscheint das Adjektiv NORMAL in seiner Grundform im Pschyrembel online nicht als eigener Eintrag. Stattdessen ist die Substantivierung *Normalität* vertreten, die als „Eigenschaften eines Individuums, einer Gruppe, einer Verhaltensweise oder des Verlaufs von Prozessen (z. B. von Krankheiten) im Sinne des Durchschnittlichen, Üblichen oder des Gesunden“ definiert wird. Auch wird zugleich das explizit Wertende des Begriffs problematisiert und von einer wissenschaftlichen Referenz auf „den statistischen Durchschnitt aller vorhandenen Möglichkeiten“ abgegrenzt. NORMAL als Attribut erscheint dagegen als Teil der Lemma-Definition von *physiologisch*, das mit „normalen Vorgänge[n], Zustände[n] und Funktionen“ gleichgesetzt und in komplementärer Bedeutungsrelation zu *pathologisch* steht. Die Bedeutung wird relational etabliert; NORMAL ruft immer (mehr oder weniger explizit) ein Verhältnis zu einer Bezugsgröße auf. Zum einen weist der Eintrag durch die Synonymsetzung von NORMAL mit *physiologisch* auf einen engen Referenzbereich in der Medizin hin, zum anderen operiert NORMAL als mutmaßlich allgemein verständliche Begrifflichkeit, da es zur Erklärung des fachmedizinischen Begriffs herangezogen wird.

² Siehe <https://www.duden.de/rechtschreibung/normal> (letzter Zugriff 07.09.2023). Auch Ilg (i. d. B.) nimmt Wörterbuch-Definitionen von NORMAL als Ausgangspunkt ihrer Untersuchung.

NORMAL ist ein sprachliches Zeichen, das im Zusammenhang mit Gesundheit/Krankheit sowohl auf gewohnheitsmäßige, allgemein übliche Handlungsweisen und Kognitionen als auch auf unmarkierte körperliche Empfindungen und Funktionen referieren kann und dabei Körperwissen und erkrankungsbezogene Erfahrungen mit normativen Vorstellungen verbinden kann (siehe auch z. B. Bauer i. d. B.; Günthner i. d. B.); zur Verknüpfung von deklarativen mit prozeduralen Wissensanteilen siehe z. B. Konerding 2009: 91).

Zu Referenzierungen auf Erkrankungen in medizinischen Gesprächen arbeitet Sarangi (2001) jedoch heraus, dass medizinische und emische Perspektiven häufig inkongruent sind (vgl. die Einleitung zu diesem Band), was angesichts der Indexikalität konversationeller Sprachverwendung nicht verwundert: Nach Felder (2009: 43) ist es ein Charakteristikum der Bedeutungskonstitution in Gesprächen, dass sich zugeschriebene Bedeutungen „begrifflich nicht immer scharf abgrenzen lassen“ und dass Intersubjektivität über Konnotationen ebenfalls (gegenseitige) Zuschreibung bleibt, so dass relevante Bedeutungskomponenten v. a. über Situiertheit und Verknüpfung sprachlicher Zeichen disambiguiert werden. Unsere Daten legen nahe, dass die semantische Klärung von NORMAL ausschließlich zum Zweck der Beschwerdenexploration erfolgt und insbesondere in den Psychotherapiesitzungen hohe indexikale Anteile verbleiben, auch, da die Referenz (worauf bezieht sich NORMAL?) große Interpretationsspielräume lässt (siehe auch Hannken-Illjes et al. i. d. B.).

Interaktionsanalytische Arbeiten zu medizinisch-institutionellen wie informellen Gesprächstypen belegen Aushandlungssequenzen zu NORMAL, die vielfältigen lokalen konversationellen Funktionen dienen. Sie zeigen die Orientierungen von Interagierenden an diesen gemeinsamen Konstruktionsprozessen auf, die von Analytiker*innen identifiziert und als *normalisieren* – oder als *doing being ordinary* (Sacks 1984) – entsprechend benannt werden. Garfinkels (1967) *breaching experiments* weisen ebenfalls in diese Richtung, nur dass hier Normalitätserwartungen sichtbar gemacht werden, indem man sie absichtsvoll verletzt. Beidem liegt geteiltes Wissen um gängige Normen zugrunde und macht auf die eine wie die andere Weise analytisch greifbar, was in einer sozialen Gemeinschaft als normal gilt. Das betrifft so triviale Dinge, wie dass man bei der Beschreibung einer Person nicht die Form der Augenbrauen erwähnt oder dass man im Supermarkt keine Waren aus den Einkaufskörben der anderen Kund*innen nimmt, ferner bildet es sich aber auch in der Schilderung außergewöhnlicher oder bedrohlicher Ereignisse ab, wenn der Eindruck von „nothing happened“ (Sacks 1984: 414, 419) aufrechterhalten wird, um das Ereignis also gleichsam zu normalisieren.

Die Orientierung an NORMAL wurde auch für außergewöhnliche körperliche Zustände beschrieben: Degele (2006: 145) behandelt aus soziologischer Perspektive Schmerznormalisierungen im Sport: „In der Aus- und Abgrenzung von Un-

normalem und Pathologischem im Umgang mit und der Deutung von Schmerz konstruieren und sichern Akteur*innen Identität, Sozialität und damit Normalität“. Extremsportler*innen „schmerznormalisieren“ das schmerzhaft strapazieren des Körpers, „d. h. zur Konstruktion von Normalität erfahren, bewerten, verschieben und fixieren sie mit und durch Schmerz Grenzen (...), sie kontrollieren Schmerz, (...) und dabei konstruieren sie immer auch Geschlecht und Held(innen)tum mit (...)“ (Degele 2006: 145).

Auch in der Psychologie und in medialen Diskursen zu psychologischen Themen ist die Verwendung von NORMAL damit verknüpft, Abweichendes (in Referenz auf Denken, Fühlen und Handeln) mit pathologischen Kategorien abzugleichen (z. B. normale Trauer vs. Depression, vgl. Wittkowski/Scheuchenpflug 2021) oder es in den Bereich des Normalen hineinzunehmen. So beschreiben z. B. Canetto et al. (2021) eine Normalisierung suizidaler Gedanken in Diskursen unter LGB-Jugendlichen; auch Depression wird unter Verweis auf häufiges Vorkommen normalisiert (Iakushevich 2021).

Groß (2018; 2021) zeigt in Anlehnung an Sacks (1984), dass Interagierende es auch in medizinischen Gesprächen präferieren, Normalität aufrechtzuerhalten oder zu konstruieren. So werden unauffällige Befunde HIV-positiver Patient*innen explizit normalisiert, z. B. indem die Befundunauffälligkeit mittels Steigerungspartikeln (*völlig normal* oder *komplett normal*) herausgestellt (siehe auch Hannken-Illjes et al. i. d. B.) oder mit Normalwerten der gesunden Population gleichgesetzt wird.

Bührig (2009: 55) beschreibt sprachlich-interaktive Praktiken des Normalisierens in prä-operativen Aufklärungsgesprächen, wenn Mediziner*innen den Eingriff und eventuelle Komplikationen „unter die Normalität des medizinischen Alltags“ subsumieren. Aber selbst bei schwerwiegenden Diagnosemitteilungen ist Normalisieren beschrieben worden; so wird konversationeller Aufwand – sowohl antizipativ als auch in der Mitteilung selbst – betrieben, um das Bedrohliche abzumildern und um ins Stocken geratene Gesprächsroutinen schnell wiederherzustellen (vgl. Maynard 1996). Ähnliches beschreibt Günthner (2017: 39); sie identifiziert eine *projektive Praktik* für Diagnosegespräche in der Onkologie, bei der Ärzt*innen vorangegangene diagnostische Vermutungen als gemeinsamen Wissensbestand postulieren, womit sie die schlechte Diagnose als bereits angebahnt behandeln, so dass sie nicht zu abrupt in die Normalität der Patient*innen einbricht. Die Funktion liegt vor allem im Spenden von Hoffnung und Trost, d. h. im Umgang mit Unsicherheit, die sich angesichts eines schwer vorhersagbaren Krankheitsverlaufs und damit einer ungewissen persönlichen Zukunft einstellt (zur Normalisierung von medizinischer Unsicherheit siehe auch Bührig/Schopf i. d. B.).

Die kommunikativen Funktionen expliziter Bezugnahmen auf NORMAL sind insgesamt so vielfältig wie die Bezugsgrößen selbst, auf die sie verweisen, das

gilt – wie unsere Daten zeigen – vor allem für die untersuchten psychosomatischen Therapiegespräche, die thematisch breiter sind als die telemedizinischen Konsile. Die Verwendung von Wortformen um NORMAL können auf konversationelle Praktiken des Normalisierens hindeuten, das gilt allerdings nicht zwangsläufig. Umgekehrt enthalten Letztere nicht notwendigerweise die Form NORMAL auf der Gesprächsoberfläche (zu Normalisierungspraktiken ohne Bezug auf NORMAL siehe u. a. Bauer i. d. B.; Günthner i. d. B.). NORMAL bestimmt als attributiv oder prädikativ verwendetes Adjektiv sowie in der Funktion eines Modaladverbials nicht nur Bezugswörter näher, sondern wird mittels Referenz auf ein Bezugswort und den weiteren sprachlichen Kontext seinerseits semantisch gefüllt (z. B. Bsp. 2: NORMAL BEWEGEN = *Kraft haben*, intrapersonaler Bezugsrahmen).

3 Daten und Methode

Die Belege der vorliegenden Studie stammen aus zwei Korpora mit Gesprächen zwischen Patient*innen und Ärzt*innen bzw. medizinischen Psycholog*innen. Das Korpus „Telemedizinische Konsultationen“ (TMK) besteht aus 34 videoteknisch aufgezeichneten Konsilen mit einer Dauer zwischen 10 und 20 Minuten, die im Zeitraum 12/2014 bis 5/2015 in der München Klinik Harlaching aufgezeichnet wurden. Im Rahmen des Projekts „TEMpiS“ untersuchen Neurolog*innen aus dem Schlaganfallzentrum der Klinik Harlaching per Videokonferenz Patient*innen mit Schlaganfallverdacht, um die gesetzlich vorgeschriebene neurologische Abklärung der Ursache (Blutung oder Verschluss) vorzunehmen (vgl. Birkner/Groß 2020). Die Konsile werden von den behandelnden Krankenhausärzt*innen initiiert und begleitet. Sie sind stark auf die Ursachenklärung ausgerichtet, werden von den Telemediziner*innen gesteuert und unterliegen oft einem Zeitdruck.

Die Psychosomatischen Therapiegespräche (PTG) stammen aus dem DFG-Projekt „Die psychotherapeutische Behandlung von somatoformen Störungen im Rahmen des psychosomatischen Konsil- und Liaisondienstes“ der Uniklinik Freiburg, Abteilung Psychosomatik (Fritzsche et al. 2005; Stresing 2011). Im Korpus führen speziell geschulte psychologische und ärztliche Psychotherapeut*innen bis zu 5 Gespräche von jeweils 45–60 Minuten Dauer mit stationär aufgenommenen Patient*innen mit bisher unerklärten Körperbeschwerden (in die vorliegende Arbeit wurden 26 Gespräche mit 10 Patient*innen einbezogen). Die spezifische Partizipationsstruktur von Therapiegesprächen gesteht den Patient*innen das primäre Rederecht für ausgedehnte Darstellungen des Erlebens und Denkens zu, so dass es sich hier um stark narrativ geprägte Gespräche handelt. Die Audioaufnahmen fanden im Zeitraum 6/2002 bis 10/2004 statt (vgl. Birkner/Burbaum 2013).

Im ersten Schritt wurde eine Korpusrecherche durchgeführt. Ihr Ausgangspunkt war die Grundform des Lexems NORMAL. Die Recherche in den PTG erfolgte über die Datenbank „moca“ des Deutschen Seminars der Universität Freiburg, die Recherche im Korpus TMK wurde mittels einfacher Textsuche in den Worddateien der Transkriptionen durchgeführt.

Die beiden untersuchten Interaktionstypen unterscheiden sich folgendermaßen: Während die PTG wenig gesteuert werden und die Patient*innen breiten Raum für eigene Darstellungen und Relevantsetzungen haben, sind die TMG von der Notwendigkeit einer akuten Entscheidung im Bereich des Krankheitsbildes Schlaganfall geprägt und damit thematisch stark fokussiert. Das macht eine große Bandbreite unterschiedlicher Verwendungen analytisch verfügbar.

Ein Vorbehalt sei hier vorausgeschickt: Da die verwendeten Daten nicht aus einem gewichteten repräsentativen Korpus stammen, dienen auf Quantitäten basierende Beobachtungen im Folgenden nur der ersten Annäherung. Insgesamt ergaben sich 213 Treffer in 28 TMK und 26 PTG. Zunächst erfolgte eine eingehende Sichtung der Ergebnisse der Korpusrecherche: Da uns NORMAL in Krankheitsbezügen interessiert, haben wir uns in der qualitativen Analyse auf diejenigen Belege konzentriert, in denen NORMAL auf die Erkrankung in ihrer somatischen, psychosozialen und handlungsbezogenen Erscheinung und Auswirkung referiert. Das ist in den TMK fast durchweg der Fall. Die PTG dagegen sind z. T. durch längere Sequenzen geprägt, in denen NORMAL auch in Bezug auf berufliche oder alltagsbezogene Abläufe oder Charakteristika u.ä. verwendet wird (z. B. Patient 84: *es isch normal blödsinn so ein auto zum KAUFen*). Diese Belege stellen zwar typische Verwendungen dar, insofern sie einen Normalzustand postulieren; sie sind allerdings nicht spezifisch für Gespräche in Institutionen der Gesundheitsversorgung und wurden bei der folgenden semantischen und funktionalen Analyse nicht berücksichtigt.

Es zeigten sich auffällige quantitative Verteilungen, sowohl hinsichtlich hoher als auch niedriger Häufigkeiten. So gingen bei der Korpusrecherche nur wenige substantivische Wortformen unter Beteiligung der Form NORMAL ins Netz (insgesamt 18 Belege). Sie gehören vorwiegend zum medizinischen Fachvokabular (z. B. Determinativkompositabildungen wie *Normalstation* oder *Normalgewicht*). Diese fachsprachlichen Termini werden fast durchweg in den TMK in dyadischen intraprofessionellen Gesprächssequenzen zwischen Neurolog*in und Vor-Ort-Arzt*in verwendet. Da wir uns auf die Interaktion zwischen Patient*innen und Mediziner*innen fokussieren wollen, wurden diese wenigen Belege bei der weiteren Analyse ebenfalls nicht berücksichtigt. Weiterhin kommt das Satzadverb *normalerweise* nur insgesamt 5-mal vor. Noch seltener sind Verben; lediglich ein einzelner Beleg kam vor, und zwar in der Form *normalisieren*. Die überwiegende Mehrheit der Belege besteht also aus der einfachen Form NORMAL (insgesamt 172) und entsprechenden Flexionsformen. Sie verteilen sich folgendermaßen: Adjektiv-

verwendungen, a) prädikativ (80 Belege) und b) attributiv (30 Belege) sowie Adverbien mit 62 Belegen. Eine interessante Beobachtung ergibt sich aus der Verteilung der Verwendungshäufigkeiten auf die Beteiligten; so liegt in den beiden Gesprächstypen eine spiegelbildliche Frequenzverteilung zwischen Patient*innen und medizinischen Akteur*innen vor. Während die Belege mit *NORMAL* im TMK häufiger von Ärzt*innen (Ärzt*innen: 73% vs. Patient*innen/Angehörige: 27%) verwendet werden, ist es in den PTG umgekehrt; hier sind es vor allem die Patient*innen oder deren Angehörige (Patient*innen/Angehörige: 72% vs. Therapeut*innen: 28%). Darin spiegelt sich der höhere Gesprächsanteil von Patient*innen in der Therapie wider, wo ausführlichen Krankheitsnarrativen Vorrang eingeräumt wird. In den neurologischen Konsultationen hingegen geht es um die Abklärung akuter Symptome, und nach der patientenseitigen Beschwerdendarstellung gehen die Mediziner*innen rasch zur von ihnen gesteuerten diagnostischen Exploration über.

Die so erstellte Kollektion bildet die Basis für die qualitative Analyse der *NORMAL*-Belege in ihrem jeweiligen konversationellen Handlungskontext. Die Analyse folgt einer konversationsanalytischen (Birkner et al. 2020) und einer formbasierten interaktional-linguistischen Vorgehensweise, die „mit einem linguistischen Element oder einer Konstruktion [beginnt] und untersucht, welche Rolle dieses Phänomen in konversationeller Interaktion spielt“ (Selting/Couper-Kuhlen 2000: 79).

Um krankheitsbezogene Perspektivierungen in Bezug auf *NORMAL* in den Blick zu nehmen, wurden entsprechende Referenzierungen bestimmt. Falls explizit auf der Gesprächsoberfläche vorhanden, wurden die interaktional-semantischen Bestimmungspraktiken identifiziert (z. B. Kontrastierung) und auf diese Weise auch der relationale Bezugsrahmen von *NORMAL* herausgearbeitet. Die Handlungskontexte, in denen Verwendungen von *NORMAL* vorkommen, wurden daraufhin untersucht, welche Funktionalisierung sie für den lokalen Gesprächskontext aufweisen. Ziel war es, die kontextspezifischen interaktiven Funktionen der Verwendungen von *NORMAL* im Zusammentreffen von medizinischen Akteur*innen und Patient*innen für die beiden Gesprächstypen (Abschnitte 4 und 5) herauszuarbeiten und metaperspektivisch zu vergleichen (Abschnitt 6).

4 *NORMAL* in neurologischen Konsultationen

Verwendungen von *NORMAL* erscheinen in den neurologischen Konsultationen fast ausschließlich innerhalb der Aktivität der Beschwerdenexploration/Anamnese, an die sich stets das Durchführen neurologischer Tests anschließt. Die *NORMAL*-Verwendungen treiben lokal eine Ausschlussdiagnostik voran. Auf *NORMAL*

wird zum einen in beschwerdenexplorativen Fragen referiert, wofür entweder das patientenseitige somatische Empfinden oder aber einzelne medizinische Funktionskategorien auf das Vorliegen von Abweichungen geprüft werden. Bezugnahmen auf NORMAL stellen dabei eine Aufforderung zum Abgleich des aktuellen körperlichen Wahrnehmens mit unauffälligem Empfinden dar. Während der Testdiagnostik erscheinen Bezugnahmen auf NORMAL zudem in Instruktionen zur Durchführung der einzelnen Tests (normal schauen, normal Kniebeugen machen u. a.). Die Verwendung dient dazu, die erforderliche Beteiligung von Patient*innen zu vereindeutigen. Die semantische Füllung von NORMAL kann entweder implizit, d. h. hier: subjektiv, bleiben (Bsp. 1) oder aber (z. B. in Kontrastierung zu Merkmalen von NICHT NORMAL) zum Gegenstand semantischer Bestimmungspraktiken (Bsp. 2, 3) werden. Der Bezugsrahmen von NORMAL ist dabei intrapersonal; es geht also um die Vorher-Nachher-Perspektive. Dabei wird NORMAL sowohl von den Patient*innen (Bsp. 3) als auch von den Mediziner*innen (Bsp. 1, 2) eingebracht. Dass Mediziner*innen es verwenden, stellt eine Annäherung an die *voice of the life-world* (Mishler 1984) dar; das wird deutlich, wenn die in der Interaktion mit den Patient*innen über NORMAL erarbeiteten Inhalte im Gespräch unter Kolleg*innen oder für die medizinische Dokumentation etc. in professionell-medizinische Kategorien übertragen werden (vgl. dazu Bsp. 3).³

Beispiel 1 ist am Übergang von der Beschwerdenexploration zur Testdiagnostik verortet. Die Telemedizinerin bezieht sich mit *so etwas* (Z. 10) auf die vorangegangene Schilderung von Schwindel durch die Patientin und erfragt, ob dieser bereits früher einmal aufgetreten sei. Nach der Verneinung wechselt sie, mit dem Resumptionsmarker *und* (Z. 18) angeschlossen, zur Exploration des Visus. Durch das *und-prefacing* zeigt sie die Fortführung der laufenden Aktivität an (Heritage/Sorjonen 1994).

Beispiel 1: TMK, P01, normal sehen⁴

194	TM1:	haben sie so etwas SCHON mal gehabt,
195		(1.4)
196	P01:	NEIN-
197		(--)
198	TM1:	noch [NIE,
199	P01:	[schwInde] hab ich noch NIE gehabt;
200		(--)

³ Zu intraprofessionellem Aushandeln von *normal* siehe Buck (i. d. B.).

⁴ Die Abkürzungen sind folgendermaßen aufzulösen: P = Patient*in, TM = Telemediziner*in, VA = Vorortarzt/-ärztin, TH = Therapeut*in. Die jeweilige Nummerierung entstammt der projektinternen Erfassung.

- 201 TM1: mHM?
 202 und wenn sie mich jetzt anschauen sehen sie mich ganz
norMAL?
 203 (---)
 204 P01: JA-
 205 (1.1)
 206 TM1: würden_s Sagen;
 207 oKAY,

Die Telemedizinerin stellt eine Frage, in der eine Aufforderung enthalten ist *und wenn sie mich jetzt anschauen sehen sie mich ganz norMAL?* (Z. 202). Die Äußerung ist eine *double barrelled action* (Schegloff 2007), sie enthält zum einen den für die Beschwerdenexploration dominanten Handlungstyp Frage und zum anderen eine für die Testdiagnostik übliche Aufforderung (*mich jetzt anschauen*). Die Form *ganz normal* erscheint dabei in der syntaktischen Funktion eines Modaladverbials (*ganz normal sehen*).

Was *ganz normal sehen* umfasst, wird als *common ground* (= geteiltes Wissen, vgl. Clark 1992) präsupponiert und nicht in Bezug auf medizinische Kriterien des Sehens expliziert oder in Kontrast zu potenziellen Abweichungen gestellt. Interessanterweise gibt es keine weitere semantische Klärung von *normal sehen* (etwa: *scharf sehen*, *nicht doppelt sehen* o. ä.); es wird hierdurch eindeutig im Beurteilungsbereich der Patientin belassen. Nach der minimalen Bestätigung durch die Patientin in Zeile 204 äußert die Telemedizinerin ein abschließendes *würden_s sagen* (Z. 206). Sie stellt auf diese Weise noch einmal die genuin subjektive Beschaffenheit der Wahrnehmungsqualität *ganz normal sehen* heraus, die keiner intersubjektivierung – sondern als Verstehensdokumentation in dritter Sequenzposition maximal einer erneuten Bestätigung – bedarf.

Das zweite Beispiel ist ebenfalls der TMK entnommen; es ist innerhalb der Beschwerdenexploration verortet und im Gesprächsverlauf vor Beispiel 1 lokalisiert. Die Telemedizinerin eruiert mittels beschwerdenexplorativer Fragen mögliche Bereiche sensorischer und motorischer Veränderungen im Zuge des bereits zuvor geschilderten Beschwerdebildes.

Beispiel 2: TMK, P01, normal bewegen

- 160 TM1: war denn irgendwas EINGeschlafen am körper;
 161 PELzig,
 162 TAUB,
 163 dass irgendwo eine gefÜHLStörung war.
 164 P01: (1.0) NEIN-
 165 (1.0)

- 166 TM1: haben sie alles **normal** beWEgen können;
 167 alle ARme und BEIne-
 168 oder war IRgendwo was;
 169 keine KRAFT mehr drinnen;
 170 (1.0)
 171 P01: also müde bin ich ja (-) von (--) geBURT an schon;
 172 weil ich [(ein FRÜHchen war)]
 173 TM1: [INsgesamt schlapp,]

Zunächst gibt eine inkrementelle Frage (Z. 160–62) der Telemedizinerin drei medizinisch relevante Merkmale eines NICHT NORMALEN Körperempfindens in einem dreiteiligen Listenformat (Selting 2004) vor: *EINgeschlafen am körper*, *PELzig*, *TAUB*, die abschließend mit dem medizinischen Begriff *geFÜHLSstörung* zusammengefasst werden (Z. 163). Es handelt sich mit Spranz-Fogasy (2010) um *Kompletierungsfragen*, d. h. beschwerdenexplorative Fragen, die eine einfache Bestätigung oder Zurückweisung von vorgegebenen Kategorien fordern. Nach verneinender Antwort der Patientin in Zeile 164 wendet sich die Telemedizinerin mit einer weiteren Informationsnachfrage dem Thema Bewegungsfähigkeit zu und fragt die Patientin *haben sie alles normal beWEgen können* (Z. 166). Während in der ersten Frage NICHT-NORMAL im Fragefokus stand, liegt hier zunächst der umgekehrte Fokus auf NORMAL. Auch hier werden keine Merkmale genannt, die die erfragte Kategorie *normal bewegen* ausmachen, sondern es wird nur der Referenzbereich geklärt (*alle ARme und BEIne-*, Z. 167), um dann in Form einer Alternativfrage NORMAL ex negativo – also mit Wechsel auf die pathologische Perspektive motorischer Funktionseinschränkungen – näher zu bestimmen (Z. 169).

Innerhalb des Syntagmas erscheint NORMAL hier – wie in Beispiel 1 – in Funktion eines Adverbials. Mit NORMAL wird zum Zweck der Testdiagnostik lokal auf die Abwesenheit einer Bewegungseinschränkung referiert. In Form eines inkrementellen Nachtrags wird darauffolgend kataphorisch die Referenz des Indefinitpronomens *alles* genannt, die im zweiten Teil der Alternativfrage (ab Z. 168) in Kontrast zu einem Merkmal nicht-normaler Bewegungsfähigkeit gestellt wird, nämlich: dass keine Kraft mehr drinnen sei. Das Spezifizieren von NICHT-NORMAL definiert ex post auch NORMAL.

Im weiteren Verlauf bestätigt die Patientin zwar, dass Müdigkeit und Schlaptheit auf sie zutreffen, schreibt das jedoch dem Umstand zu, dass sie ein Frühchen (Z. 172) gewesen sei; damit wird ein gesundheitlich auffälliger Zustand mit Referenz auf

seine temporale Reichweite, d. h. weit vor dem akuten Ereignis, im Bereich NORMAL verortet, und für den gegenwärtigen Zusammenhang als irrelevant ausgeschlossen.⁵

Das Beispiel zeigt ebenso wie das vorausgehende, dass Bezugnahmen auf NORMAL lokal zweckgebunden für die patientenseitige Beurteilung einer sensorischen oder motorischen Funktion im Zuge der Beschwerdenexploration eingesetzt werden. Die semantische Bestimmung von NORMAL erscheint mal mehr, mal weniger explizit, was aber für die intrapersonale Überprüfung einer Abweichung ausreichend ist. Schließlich geht es um das Aufspüren einer akuten Veränderung als Symptom für ein pathogenes Ereignis. Die Beurteilung von physiologischen Funktionen als NORMAL ist innerhalb des Gesprächsgefüges handlungslogisch die Voraussetzung für das Weiterschreiten bei der Testdiagnostik, wie dies auch u. a. für die Übermittlung von Befundergebnissen in ambulanten HIV-Sprechstunden beschrieben wurde (vgl. Groß 2018; 2021).

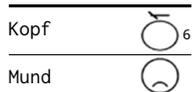
Auch Beispiel 3 ist innerhalb der Testdiagnostik verortet. Im Unterschied zu den vorhergehenden Gesprächsausschnitten wird hier erstens eine relevante semantische Dimension von NORMAL vorgegeben und zweitens wird NORMAL vom Patienten eingebracht, und zwar als Antwort auf die Überprüfung sensorischer Seitensymmetrie. Der Ausschnitt beginnt mit einer Entscheidungsfrage der anwesenden Ärztin VA8 zum Vorliegen einer Empfindungsdifferenz zwischen den Körperseiten des Patienten, während sie beidhändig über die Wangen und anschließend über Extremitäten streicht, was von der Telemedizinerin beobachtet wird:

Beispiel 3: TMK, P10, beide Seiten gleich

478 VA8: spüren sie das hier GLEICH?
 479 (--)
 480 TM1: ((räuspert sich))
 481 (--)
 482 VA8: auf bEIden seiten oder ist da AUCH ein unterschied;
 483 (---)
 484 P10: nein ich glaub dass da ein kleiner UNterschied ist;
 485 VA8: hier ist bisschen
 486 (-)
 487 P10: das ist RICHTig-
 488 das ist-
 489 (1.0)
 490 ein ANgenehmes gefühl;

⁵ Zum Zusammenhang von Normalisierungen und Irrelevanzmarkierung siehe auch Hannken-Illjes et al. (i. d. B.) und Schwegler (i. d. B.).

- 491 (---)
 492 P10: des andere ist ein bisschen da ist ein bisschen PELzigkeit
 dabei gewesen [().
 493 VA8: [oKAY,
 494 (---)
 495 TM1: mHM,
 496 VA8: und HIER?
 497 (1.0)
 498 P10: völlig **norMAL**;
 499 (1.3)
 500 VA8: am UNterarm,
 501 (-)
 502 P10: auch **nor[MAL**,
 503 VA8: [auch **norMAL**;
 504 (---)
 505 VA8: und an den BEInen,
 506 VA8: [auch **norMAL**;
 507 P10: [()
 508 VA8: bEIde seiten GLEICH;
 509 (---)
 510 VA8: <p>oKAY,>
 511 (----)



- 512 TM1: also im geSICHT ein bisschen pElzig-
 513 LINKS,
 514 und JETZT-
 515 auf berÜhrung sonst KEIne seitendifferenz;
 516 (1.0)
 517 oKAY;
 518 VA8: geNAU;

⁶ Wir verwenden die ikonischen Zeichen des ISWA (Sutton 2010). In Dix (2022) ist beschrieben, wie diese zur multimodalen Transkription eingesetzt werden können.

Während die Ärztin vor Ort die auf Seitensymmetrie zu prüfenden Körperstellen variiert, bewertet der Patient in den Zeilen 484 bis 492 seine jeweiligen Empfindungen. Er greift die vorgegebene Kategorie der Symmetrie auf und antwortet entsprechend *nein ich glaub dass da ein kleiner UNterschied ist*; (Z. 484). Er verwendet zudem die wertenden Adjektive *RIChtig* und *ANGenehm* sowie die Substantivierung *PELzigkeit* als synästhetischen Ausdruck in Bezug auf seine Körpersensorik, auf die er durchgehend pronominal mit *das* oder *des andere* referiert. Indem die Ärztin über seine Oberarme streicht und auf diese Weise die Referenz leiblich herstellt, erfragt sie die dortige Empfindung elliptisch und (verbal)deiktisch mit *und HIER?* (Z. 496), woraufhin der Patient diese in einer (subjektlosen) Prädikativkonstruktion erstmals als *völlig normal* (Z. 498) bewertet. Das Listenformat setzt sich fort, als die Ärztin die Unterarme prüft. Hier bewertet der Patient seine Empfindungen mit *auch norMAL*.⁷ Bei den Beinen angelangt (Z. 505) liefert die Ärztin eine *candidate answer*, indem sie die lexikalische Auswahl des Patienten aufgreift und eine *NORMAL*-Bewertung suggeriert (Z. 506). Sie adaptiert damit zunächst die für den Patienten relevante Begrifflichkeit (und Kategorie) von *NORMAL* in Bezug auf unauffälliges Empfinden, schließt aber direkt darauf erneut das eingangs gesetzte Symmetriekriterium an, indem sie *normal* als *BEIde seiten GLEICH* (Z. 508) übersetzt. Die Ärztin ratifiziert hiernach die Untersuchung mit *okay* (Z. 510), wendet sich der via Screen zugeschalteten Telemedizinerin zu und zieht für einen kurzen Moment die Mundwinkel herunter, synchron mit einem links-lateralen Kopfnicken und einem leichten Anheben der linken Schulter, produziert also einen asymmetrischen *shrug*⁸ (Ekman 1985).

Das anschließende Resümee der TM (Z. 512–515), die die sensorische Untersuchung über den Monitor verfolgt hat, greift das patientenseitig verwendete, medizinische Adjektiv *pelzig* (Z. 512) auf und überführt die Angaben des Patienten zum explorierten Merkmal einer unauffälligen Körpersensorik in entsprechende medizinische Kategorien (*KEIne seitendifferenz*; Z. 515).

Beispiel 3 zeigt, wie auch die vorausgehenden, dass *NORMAL* eine Kategorie ist, die v. a. für Patient*innen relevant ist bzw. als für sie relevant zugeschrieben wird. Der Bezugsrahmen von *NORMAL* wird hier zwar durch die Telemedizinerin vorgegeben (Symmetrie als medizinisches Kriterium), es bleibt aber vage, ob sich die patientenseitigen *NORMAL*-Bewertungen hierauf beziehen oder (außerdem) auf konträre

7 Die Verwendung wurde als strukturlatente Instantiierung der Präsentativkonstruktion gewertet: hier – (ist es) *normal* oder *am Unterarm* – (ist es auch) *normal*“.

8 Der *shrug* kann mit Schultern, Kopf und/oder fazialen Ressourcen wie dem Herunterziehen der Mundwinkel, z. T. kombiniert mit dem Heben beider Augenbrauen, produziert werden. Er gehört nach Ekman (u. a. 1985) zu den *Emblemen*, d. h. die Geste tritt (auch) allein stehend auf und trägt eine spezifische Bedeutung, z. B. „keine Ahnung“.

Dimensionen wie das Vorliegen/Nichtvorliegen von sensorischen Auffälligkeiten wie Pelzigkeit oder eine Vorher-Nachher-Perspektive. Insgesamt wird so deutlich, dass Normalvorstellungen zwar für die lokalen konversationellen Zwecke abgeglichen und zum Teil (hier durch die medizinischen Akteurinnen) in Einklang gebracht werden, dass umgekehrt aber auch mögliche Vagheiten bzw. Abweichungen der medizinischen vs. subjektiv-körperbezogenen Normalvorstellungen ungeklärt bleiben dürfen. NORMAL als *fuzzy notion* darf also – obgleich auf einen eng umrissenen Referenzrahmen der sensorischen Wahrnehmung oder der Bewegungsfähigkeit der Extremitäten – *fuzzy* bleiben, da das Vorliegen keine diagnostisch oder therapeutisch relevanten Konsequenzen nach sich zieht. NORMAL ist hier weniger die unmarkierte Physiologie motorischer und sensorischer Funktionen denn deren entsprechende subjektive Wahrnehmung. Exploriert wird das als abweichend Wahrgenommene, das Markierte, wobei sich die Abweichung v. a. als Bruch in der intrapersonalen, temporalen Kontinuität homöostatischer Körperwahrnehmung darstellt. Explizit medizinische Kategorien unauffälliger Physiologie (Symmetrie) werden dem – zumindest auf der Gesprächsoberfläche – untergeordnet.

Zusammengefasst lassen sich die Verwendungen von NORMAL in den neurologischen Konsultationen als sehr ähnlich beschreiben: Sie werden innerhalb der Beschwerdenexploration für diagnostische Zwecke funktionalisiert, wobei NICHT-NORMAL als der markierte Sachverhalt konsequenziell für den weiteren Gesprächsverlauf ist, während NORMAL im Zuge der Ausschlussdiagnostik abgehakt wird (zur Gleichsetzung von NORMAL mit *nicht behandlungsbedürftig* siehe auch Buck i. d. B.). Eingesetzt durch die Mediziner*innen, antizipiert es die Patientenperspektive oder wird als patientenseitig relevante Beurteilungskategorie zugeschrieben. Für den Abgleich der professionellen mit der patientenseitigen Perspektive ist das „*for all practical purposes*“⁹ (Garfinkel 1967: vii) ausreichend.

In Beispiel 1 bleibt die Semantik von NORMAL eher implizit; ein Bemühen um Intersubjektivierung ist auf der Gesprächsoberfläche nicht erkennbar und wird offensichtlich nicht als notwendig erachtet. Dagegen nennt die Ärztin in Beispiel 2 Merkmale der Bezugskategorie Motorik, die die Patientin evaluieren soll (*normal bewegen* und zwar *Arme und Beine nicht kraftlos*), allerdings in recht vager Form, die den praktischen Zwecken der Suche nach dem NICHT-NORMALEN, dem Pathogenen Genüge tut. In Beispiel 3 ist es der Patient, der NORMAL lokal als auf motorische oder sensorische Funktionen spezifiziert einbringt. (Die Medizinerinnen übersetzen es am Ende in die medizinisch relevante Dimension *seitensymmetrisch*.) Auch hier

9 Garfinkel (1967) referiert hiermit im Kontext seiner Krankenhausstudie auf die genuine Unvollständigkeit von Krankenakten, die für praktische Zwecke gerade gut genug seien, aber erst mit Berücksichtigung ihrer Entstehungsbedingungen und Verwendungskontexte umfassend verständlich würden.

wird die Kategorie semantisch v. a. *ex negativo* gefüllt, d. h. in Kontrast zu etwas dezidiert NICHT NORMALEM. Die sprachliche Praktik hierfür im Handlungskontext testdiagnostischer Fragen ist unter anderem die Alternativfrage. Die semantische Unterspezifikation von NORMAL präsupponiert es zum einen als *common ground*, betont aber auch die Relevanz der subjektiven Empfindung, wenn NORMAL als weitgehend nicht intersubjektivierungsbedürftig behandelt wird. In manchen der untersuchten Konsultationen gilt dies sogar für Funktionen, die leicht intersubjektivierungsfähig wären, etwa *normal sprechen können*. Dagegen werden abweichende subjektive Körperwahrnehmungen im Dienst der Diagnostik weiterbearbeitet.

5 NORMAL in Psychosomatischen Therapiegesprächen

Während sich die Verwendung von NORMAL in den TMK relativ homogen verhält, was u. a. in der klar abgegrenzten Zielstellung des neurologischen Konsils begründet ist, erweisen sich die Bezugnahmen auf NORMAL in den PTG als in eine Fülle verschiedener konversationeller Aktivitäten eingebunden. Insgesamt positionieren sich in den PTG die Patient*innen häufig gegenüber einer postulierten Normalität, und zwar in allen Fällen affirmativ, wenn auch bisweilen negative Konnotationen aufgerufen werden. Damit sind unterschiedliche Funktionalisierungen verbunden: Vereindeutigung/Veranschaulichung der eigenen Problemsicht, Legitimierung von Inanspruchnahme von medizinischen Maßnahmen und eingeschränkter Leistungsfähigkeit, Hochstufung der Beschwerden, Relativierung von psychischen Faktoren/ Abwehr von psychogener Theorie.

Wie erwähnt, wird NORMAL in PTG mehrheitlich von Patient*innen verwendet, während es in den TMK die Mediziner*innen sind. In beiden Gesprächstypen wird es aber als vor allem patientenseitig relevante Bewertungskategorie angezeigt. Wie die Referenzierung auf NORMAL für konversationelle Funktionen im Bereich der Problemexploration eingesetzt wird, soll im Folgenden dargestellt werden. Dabei werden die prominentesten funktionalen Kategorien fokussiert (die Darstellung ist somit nicht exhaustiv).

5.1 Selbstpositionierung in Kontrast zu NORMAL

Während in den TMK somatische Empfindungs- oder Funktionsqualitäten zum Zweck der (Ausschluss-)Diagnostik in kontrastiver Relation oder Übereinstimmung zu NORMAL bewertet werden, ist der Referenzbereich in den PTG ungleich größer, da hier holistisch die ganze Person, ihre Lebens- und Denkweisen etc. relevant werden können. Dennoch ist die konversationelle Funktion vergleichbar mit dem somatisch-medizinischen Kontext der TMK: Es geht um das Eingrenzen von Abweichungen zum Zwecke der Problemeruierung und um die Entwicklung einer kausalen Interpretation der eigenen Erkrankung und der Symptome ungeklärter Genese. Im Zuge solcher Suchbewegungen zu Ursache und Beschaffenheit der eigenen Symptomatik kommen bisweilen Verwendungen vor, in denen sich die Patient*innen mit der Prädikativkonstruktion X_Kopula_NORMAL selbst bewerten. In diesem Zusammenhang öffnen (auch negierte) NORMAL-Verwendungen ein Fenster auf *Subjektive Krankheitstheorien* (vgl. Birkner/Vlassenko 2015). Beispiel 4 zeigt ein einschlägiges Beispiel für die Eigenverortung einer Patientin, die zwischen den Polen NORMAL vs. NICHT-NORMAL oszilliert (vgl. a. Bsp. 5), im Gespräch mit der Therapeutin (TH).

Beispiel 4: PTG, P80, nicht normal

405 TH: [ja-
 404 P80: =ich ich .h ich [führe mit diesem MENSchen? (.)
 405 ein gespräch im GEIste?
 406 mit [MIR,
 407 TH: [ja-
 408 P80: .h un_ich mach meine ARbeit, (-)
 409 TH: [hm_hm,
 410 P80: [und ich: führe dieses gespräch und ich komm mir dann vor
 wie_n idiot;
 411 P80: .h also ich meine ich halte mich da(h)nn nich für **norm**AL;
 412 TH: hm_hm-
 413 (---)
 414 P80: [.h
 415 TH: [also sie führen dann im GEIste ein streitgespräch mit ihm;

In der Therapie berichtet die Patientin ausführlich von einer schwierigen Beziehung zu ihrem Chef; Ausschnitt 4 beginnt mit der Aussage, dass sie u. a. in Gedanken verbale Auseinandersetzungen mit ihm führt. Dabei gibt sie an, sich wie ein *idiOT* (Z. 410) vorzukommen, was sie anschließend reformulierend erklärt (vgl. den Explikationsmarker *also*, Z. 411). Im Zuge dessen verwendet sie die Prädikativkonstruk-

tion *ich halte mich da(h)nn nicht für normal*; (Z. 411). Interessant ist, dass *NORMAL* auch hier – vergleichbar mit dem eingangs erwähnten Eintrag im medizinischen Lexikon – als scheinbar allgemein verständliche Kategorie fungiert, denn es bildet einen Teil des Explanans. Gegenüber der eher umgangssprachlichen negativen Selbstattribuierung *wie ein Idiot* stellt die Selbstattribuierung mit der Negation von *NORMAL* eine stärker psychologisierende und damit der therapeutischen Problemeruierung wohl angepasstere lexikalische Auswahl dar. Die Patientin bewertet ihr Verhalten aus einer Meta-Perspektive heraus als abweichend und *NICHT-NORMAL*.

Beispiel 5: PTG, P80, ich wär gern normal

418 P80: <<flüsternd> und ich> würde auch <<flüsternd> gerne> (.)
 <<weinend> KINder haben;=
 419 =und ne familie aus ANdern gründen;>
 420 ((schluchzt))
 421 nicht um vor den andern zu GLÄNzen;
 422 ich <<weinend> wär gern **normal**,>
 423 <flüsternd> ich (hätt)> ((weint))
 424 <flüsternd> das ist> <weinend> mein proBLEM;>

In Beispiel 5 äußert die Patientin weinend den Wunsch nach Kindern und Familie, um *NORMAL* zu sein (Z. 422); womit im Umkehrschluss verbunden ist, dass sie in ihrer Selbsteinschätzung als *NICHT NORMAL* gilt. Sie formuliert eine Wunschvorstellung eines Lebens mit Kindern und Familie, die damit implizit als *NORMAL* postuliert wird, im Gegensatz zu ihrer Lebenswirklichkeit. Dabei antizipiert sie die Interpretation, dass ihr Wunsch nach Familie lediglich dem Bestehen eines sozialen Vergleichs diene (Z. 421). Ex negativo wird damit die interpersonale Vergleichsperspektive aufgerufen, die – im Unterschied zu den patientenseitigen intrapersonalen *NORMAL*-Bewertungen somatischer Funktionen in den TMK – in Referenz auf psycho-soziale Komponenten des menschlichen Seins und Handelns stets mitschwingt. Der Wunsch nach *NORMAL sein* wird als Erklärung nachgeschoben und direkt darauf als ihr Problem dargestellt (Z. 424). Die lokal etablierte Konnotation *NORMAL ist erstrebenswert* wird damit angesichts einer herbeigesehnten *conditio irrealis* der nicht erreichten Lebensweise – also *NORMAL sein* – als Ursache des eigenen Leidens vorgeschlagen. Damit bleibt im interpersonalen Bezugsrahmen zwar die Denotation *NORMAL = allgemein üblich* stehen, die Selbstbewertung ist aber eine andere.

NORMAL-Bewertungen des eigenen Handelns und/oder psychischen Erlebens kommen weiterhin als Teile von Normalisierungen des Ist-Zustandes zum Tragen, zum Teil im Zusammenhang mit Coping-Strategien (siehe auch Schwegler i. d. B.) mittels Neubewertungen des eigenen (somatischen und psychischen) Wahrneh-

mens, Denkens und Handelns angesichts fortbestehender Schmerzen, wie im folgenden Abschnitt dargestellt wird.

5.2 Normalisierung des eigenen Denkens, Fühlens und Handelns

Während in den vorangegangenen Beispielen aus den TMK sowie in den PTG eine Qualifizierung als NORMAL dazu führt, dass der diagnostische Prozess weiter voranschreitet, werden Bezugnahmen auf NORMAL durch Patient*innen in den PTG auch dazu verwendet, sich gegen krankheitsbezogene Zuschreibungen abzuschotten oder sich als resilient zu positionieren. Der Bezugsrahmen von NORMAL ist dabei – im Unterschied zu den TMK – weiterhin interpersonal, es geht um den sozialen Vergleich, der zugleich der Stütze der eigenen Bewertung und Argumentation dient.

In Beispiel 6 berichtet die Patientin der Therapeutin (T14) von Phasen, in denen sie glaubt, die Belastungen durch die Schmerzen nicht mehr aushalten zu können, und in denen sie folglich suizidale Gedanken entwickelt. Vor dem Ausschnitt (nicht gezeigt) gibt sie an, dass sie aus diesen Phasen recht schnell herausfinde und es ihr dabei helfe, sich mit Freund*innen über ihre Gefühle auszutauschen, d. h. sie hier eine Copingressource habe.

Beispiel 6, PTG, P23, Suizidgedanken

- 22 P23: un da hab ich festgestellt wie viele menschen einfach auch
(.) mal so FERTIG [sind (-)]
- 23 T14: [hm_hm,
- 24 P23: dass sie nich mehr WOLLen,
25 [nich mehr KÖNNen- =
- 26 T14: [hm_hm,
- 27 P23: =das hEIBt ja nich dass man gleich suizidge[fährdet is,
28 T14 [hm_hm,
- 29 P23: aber h. dass !SEHR! viele menschen das haben==
- 30 T14: =hm_hm,
- 31 P23: h. un des EInfach dass man das nich mehr tab (--) äh also
eben als taBUthema an[sieht,
32 T14: [hm_hm-
- 33 P23: sondern wenn man dadrüber rEden kann das is so TOLL,
34 (---)
- 35 [zu wIssen man is nich verRÜCKT?
- 36 T14: [hm_hm,

- 37 P23: un man- (--)
 38 ja es_is **norm**AL [im grunde genommen auch mal
 39 T14: [hm_hm,
 40 P23: [solche gefÜHle zu ham.
 41 T14: [also drüber SPREchen [tut gUt;
 42 P23: [ja-
 43 (--)
 44 T14: hm_hm,

Der Austausch mit Freund*innen, so die Patientin, habe zu der Erkenntnis geführt, dass viele andere auch *mal so fertig* sind (Z. 23) und nicht mehr *wollen* (Z. 24) und *können* (Z. 25). Mittels *das-heißt-nicht* schließt sie eine mögliche Interpretation (suizidgefährdet zu sein) seitens der Adressatin aus (Z. 27), was adversativ (*aber*) erneut mit ihrer Erkenntnis verknüpft wird, dass *sehr viele Menschen das haben*. Eingeleitet vom Resumptionsmarker *und* (Z. 31) gibt sie an, dass sich damit der Status der Gedanken *nicht mehr können* von einem tabuisierten in ein besprechbares Thema gewandelt hat, und bewertet diese neue Möglichkeit hochgestuft positiv als *so toll* (Z. 33). In einer Apokoinu-Konstruktion ergänzt sie einen Komplementsatz *zu wissen man is nich verrückt*, (Z. 35) und macht damit die zuvor etablierte interpersonale Vergleichsperspektive stark. Zudem wird dadurch ihre Erkenntnis als intersubjektiv gesichertes Wissen präsentiert und damit epistemisch gestärkt (zu kategorischen Formulierungen und Allaussagen als Normalisierungspraktiken siehe auch Günthner i. d. B.). Nach einem Abbruch in Zeile 37 fährt sie – beginnend mit einem bestärkenden *ja* – mit einer prädikativen *es-ist-NORMAL*-Bewertung fort (Z. 38), die als ein Fazit des bisher Gesagten fungiert. *NORMAL* ist hier ein Synonym der Negation von *verrückt*, zudem wird im Komplementsatz mit der Explikation seiner Referenz *solche Gefühle zu ham* (Z. 40) auch dessen Bedeutung geschärft. Interessanterweise greift die Therapeutin nicht die normalisierende Bewertung der Gedanken auf (etwa, um diese zu bestätigen), sondern die Relevanz des zwischenmenschlichen Austauschs für den Umgang mit den Schmerzen wird als paraphrasierende Deklarativsatzfrage geäußert (Z. 41) (Deppermann/Spranz-Fogasy 2011: 117). Diese dient hier nicht unbedingt der Absicherung des *common grounds*, sondern greift einen spezifischen Aspekt der patientenseitigen Darstellung heraus (nämlich die Relevanz der sozialen Unterstützung), lässt das Normalisieren der suizidalen Gedanken jedoch zugleich unkommentiert. Auch im weiteren Verlauf reagiert die Therapeutin eher verhalten auf die *NORMAL*-Bewertungen der Suizidgedanken durch die Patientin, womöglich angesichts psychotherapeutischer Vorbehalte, dass „suicide normalization may contribute to it“ (Canetto et al. 2021: 298).

Patient*innen in den untersuchten Therapiegesprächen verorten sich also bezüglich Aspekten ihres Handelns, Denkens und Fühlens als *NORMAL*. Der Referenz-

bereich von NORMAL ist dabei ungleich größer als in den TMK, NORMAL-Bewertungen dienen aber auch in ähnlicher Weise dazu, die diagnostischen Suchbewegungen (Birkner/Burbaum 2013) in eine (andere) Richtung zu lenken, wobei dies von Therapeut*innen mitgetragen werden kann oder nicht.

6 Zusammenfassung und Fazit

Das Ziel unseres Beitrags war, Formen und konversationelle Kontexte von Bezugnahmen auf NORMAL sowie Praktiken der semantischen Bestimmung in zwei unterschiedlichen medizinischen Gesprächstypen herauszuarbeiten, um in einem zweiten Schritt die Fragen zu bearbeiten, welche lokalen interaktiven Funktionen diese haben und welche (ggf. divergierenden) Vorstellungen von NORMAL die Interagierenden durch sie etablieren.

Als relationales Konzept eignet sich NORMAL für unterschiedliche Funktionen: Während in somatisch orientierten Gesprächen eine intrapersonale, temporale Vergleichsperspektive vor und nach einem potenziell schädigenden Ereignis zu Zwecken der laufenden Diagnostik aufgemacht wird, dient es in PTG v. a. der Interpretation psychosozialer Auffälligkeiten in Bezug auf NORMAL als das Übliche, der Legitimierung von Inanspruchnahmen und der Normalisierung von Auffälligkeiten, die mittels NORMAL-Prädikativa in den Bereich des Normalen hineingenommen, also entsprechend umgedeutet werden. Im vorliegenden Beitrag wurden zwar verschiedene Auffassungen anhand zweier unterschiedlicher Korpora deutlich, jedoch ohne dass es dabei zu frequenten Deutungskämpfen oder zu Missverständnissen bezüglich NORMAL käme. Vielmehr werden je nach Kontext andere Funktionalitäten aktualisiert. NORMAL ist dabei fast immer positiv besetzt (was in den untersuchten medizinischen Kontexten in den Beiträgen des vorliegenden Sammelbands die Regel ist) und bleibt in den TMK (scheinbar) allgemein verständlich oder subjektiv, während die Negation von NORMAL – der Handlungslogik des Diagnosegesprächs folgend – als spezifizierungsbedürftig und testdiagnostisch explorationsbedürftig behandelt wird. Dabei zeigt sich, dass die eng biomedizinische Referenzierung in den TMK zur Abklärung von Abweichungen mit der obigen explizit deskriptiven Kategorisierung des Psyhyrembel synchron läuft, aber dennoch Erwünschtheit im Sinne der Patientenperspektive mitschwingen kann. In den PTG ist NORMAL deutlich evaluativ im Hinblick auf soziale Erwünschtheit und Passung mit allgemein üblichem Denken und Handeln.

In den Bezugnahmen auf NORMAL in den TMK tritt NORMAL v. a. als Adjektivgruppe in adverbialer Funktion sowie als prädikative Adjektivgruppe auf. Diese erscheinen vor allem lokal und bedarfsgebunden auf die Beschwerdenexplora-

tion und Testdiagnostik bezogen. Semantische Eingrenzungen von NORMAL erfolgen nicht immer, allenfalls zweckgebunden bezüglich des subjektiven Erlebens physiologischer Funktionen, und zwar insbesondere, um Verständlichkeit der jeweils relevanten diagnostischen Kategorie für den*die Patient*in herzustellen und irrelevante Symptombereiche auszuschließen. Eine prominente Praktik ist, das konträre Konzept *unnormal* semantisch zu explizieren und auszudifferenzieren, so dass auf diese Weise auch NORMAL ex negativo eingegrenzt wird (vgl. *negative definitional components*, Deppermann/de Stefani 2019). Wenn NORMAL in den beschwerdenexplorativen Fragen nicht bestimmt wird, bleibt es indexikal und voraussetzungsvoll. Da es auf sensorisches oder motorisches Funktionieren Bezug nimmt, wird also die subjektive Wahrnehmung des/der Patient*in stark gemacht. Letztere ist die Grundlage für diagnostisches Einordnen und das weitere Handeln der medizinischen Akteur*innen. Die frequentere Verwendung durch Ärzt*innen spiegelt zum einen deren starke Partizipation in der Beschwerdenexploration, zeigt aber zum anderen, dass sie die patientenseitige Füllung von NORMAL antizipieren, indem sie es als normativen Normalitätsbegriff mit Bezug auf das subjektive Krankheitserleben der Patient*innen verwenden.

In den PTG kommt NORMAL auf sehr heterogene Weise zum Einsatz: Es kann auf Körper, Psyche oder auf soziales Miteinander bezogen sein und wird dabei vor allem positiv, bisweilen aber auch negativ bewertet, also als anzustrebender Zustand vs. als kritisch gesehene soziale Erwartung oder Mehrheitshandeln. Auf den Körper bezogen, tritt es auch negiert auf, als NICHT NORMAL, beispielsweise den physischen Ist-Zustand betreffend. NORMAL kann auch hier eine temporal-intraindividuelle Vergleichsdimension aufmachen, insofern es dann Teil eines Sehnsuchtsbilds ist für Zeiten vor dem Einbruch der Erkrankung oder nach einer Genesung (in diesem Beitrag nicht gezeigt). Auf die Psyche bezogen, kann NORMAL im Zusammenhang mit Wertungen länger bestehender Empfindungen wie Angst erscheinen, diese legitimieren und Teil eines neuen, konstruktiveren Selbstbildes sein. NORMAL-Bewertungen sind damit stark mit Selbstpositionierung verbunden, aber auch mit Normalisierung. Während der interpersonale Vergleich (etwa der Abgleich mit Cut-Off-Werten oder medizinischen Kriterien für unauffällige Physiologie) in den TMK meistens implizit bleibt, steht in den PTG das soziale Eingebundensein und „Funktionieren“ im Fokus. Entsprechend wird im ersten Gesprächstyp eher die subjektive Wahrnehmung des Körpers des*der Patient*in fokussiert, während NORMAL in den PTG einer kollektiven Außenperspektive zugeschrieben und mit dem eigenen Sein, Handeln, Fühlen in Beziehung gebracht wird.

Literatur

- Birkner, Karin (2002): ‚was mEinen sie jetzt mit NUTzen‘. Wortbedeutung als Gegenstand diskursiver Bedeutungskonstitution. In Arnulf Deppermann & Thomas Spranz-Fogasy (Hrsg.), *Be-deuten. Wie Bedeutung im Gespräch entsteht*, 185–202. Tübingen: Stauffenburg.
- Birkner, Karin, Peter Auer, Angelika Bauer & Helga Kotthoff (2020): *Einführung in die Konversationsanalyse*. Berlin, New York: De Gruyter.
- Birkner, Karin & Alexandra Groß (2020): Die neurologische Untersuchung in telemedizinischen Konsultationen zur Schlaganfalldiagnostik: Multimodale Praktiken medial vermittelter Kollaboration. *Sprache im Beruf* 3, 109–141.
- Birkner, Karin & Ivan Vlassenko (2015): Subjektive Theorien zu Krankheit und Gesundheit. In Albert Busch & Thomas Spranz-Fogasy (Hrsg.), *Handbuch Sprache in der Medizin*, 135–153. Berlin, New York: De Gruyter.
- Birkner, Karin & Christina Burbaum (2013): Suchbewegungen im Therapiegespräch: Formen der interaktiven Bearbeitung von Kausalattributionen bei körperlichen Beschwerden ohne Organbefund. *InLiSt* 53, <http://www.inlist.uni-bayreuth.de/issues/53/> (letzter Zugriff 29.03.2023).
- Bührig, Kristin (2009): Zur sprachlich-interaktiven Realisierung von Normalität in der Arzt-Patienten-Kommunikation. In Hanneli Döhner, Olaf von dem Knesebeck & Heidrun Kaupen-Haas (Hrsg.), *Medizinsoziologie in Wissenschaft und Praxis*, 51–64. Münster: LIT.
- Canetto, Silva Sara, Paolo Antonelli, Anna Ciccotti, Davide Dettore & Dorian A. Lamis (2021): Suicidal as Normal – A Lesbian, Gay, and Bisexual Youth Script? *Crisis* 42 (4), 292–300.
- Clark, Herbert H. (1992): *Arenas of Language Use*. Chicago: University of Chicago Press.
- Degele, Nina (2006): Sportives Schmerznormalisieren. Zur Begegnung von Körper- und Sportsoziologie. In Robert Gugutzer (Hrsg.), *body turn. Perspektiven der Soziologie des Körpers und des Sports*, 141–161. Bielefeld: transcript.
- Deppermann, Arnulf & Thomas Spranz-Fogasy (2011): Doctors’ questions as displays of understanding. *Communication & Medicine* 8 (2), 111–122.
- Deppermann, Arnulf (2020): Interaktionale Semantik. In Jörg Hagemann & Sven Staffeldt (Hrsg.), *Semantiktheorien II. Analysen von Wort- und Satzbedeutungen im Vergleich*, 172–215. Tübingen: Stauffenburg.
- Deppermann, Arnulf & Elwys de Stefani (2019): Defining in talk-in-interaction: Recipient-design through negative definitional components. *Journal of Pragmatics* 140, 140–155.
- Dix, Carolin (2022): GAT2 trifft das International Signwriting Alphabet (ISWA): Ein neues System für die Transkription von Multimodalität. In Cordula Schwarze & Sven Grawunder (Hrsg.), *Transkription und Annotation gesprochener Sprache und multimodaler Interaktion: Konzepte, Probleme, Lösungen*, 103–131. Tübingen: Narr Francke Attempto.
- Ekman, Paul (1985): *Telling lies*. New York: Norton.
- Felder, Ekkehard (2009): Sprachliche Formationen des Wissens. Sachverhaltskonstitution zwischen Fachwelten, Textwelten und Varietäten. In Ekkehard Felder & Marcus Müller (Hrsg.), *Wissen durch Sprache. Theorie, Praxis und Erkenntnisinteresse des Forschungsnetzwerks „Sprache und Wissen“* (Sprache und Wissen 3), 21–78. Berlin, New York: De Gruyter.
- Fritzsche, Kurt, Astrid Larisch & Axel Schweickhardt (2005): Psychotherapeutische Kurzinterventionen bei somatisierenden Patienten im Krankenhaus. *Psychotherapeut* 6, 404–414.
- Garfinkel, Harold (1967): *Studies in Ethnomethodology*. Cambridge: Polity Press.

- Groß, Alexandra (2018): *Arzt/Patient-Gespräche in der HIV-Ambulanz. Facetten einer chronischen Gesprächsbeziehung*. Göttingen: Verlag für Gesprächsforschung. <http://www.verlag-gespraechsforschung.de/2018/gross.html> (letzter Zugriff 11.11.2022).
- Groß, Alexandra (2021): Eine erfreuliche Normalität. Konversationelle Praktiken des Normalisierens und Emotionalisierens bei der Befundmitteilung in der HIV-Sprechstunde. In Marina Iakushevich, Yvonne Ilg, Theresa Schnedermann (Hrsg.), *Linguistik und Medizin*, 339–357. Berlin, New York: De Gruyter.
- Günthner, Susanne (2017): Sprachliche Verfahren bei der Übermittlung schlechter Nachrichten – Sedimentierte Praktiken im Kontext onkologischer Aufklärungsgespräche. *Arbeitspapiere Sprache & Interaktion* 71, 1–45.
- Heritage, John & Marja-Leena Sorjonen (1994): Constituting and maintaining activities across sequences: And-prefacing as a feature of question design. *Language in Society* 23, 1–29.
- Heritage, John & Jeffrey Robinson (2006): Accounting for the Visit: Patients' Reasons for Seeking Medical Care. In John Heritage & Douglas Maynard (Hrsg.), *Communication in Medical Care: Interactions between Primary Care Physicians and Patients*, 48–85. Cambridge: CUP.
- Horstmann, Simone (2016): *Ethik der Normalität – Zur Evolution moralischer Semantik in der Moderne*. Münster: LIT.
- Huber, Lara (2011): Norming Normality: On Scientific Fictions and Canonical Visualisations. *Medicine Studies* 3, 41–52.
- Iakushevich, Marina (2021): „Immer mehr Menschen fallen in Depressionen.“ Mediale Konstruktionen einer Volkskrankheit. In Marina Iakushevich, Yvonne Ilg & Theresa Schnedermann (Hrsg.), *Linguistik und Medizin. Sprachwissenschaftliche Zugänge und interdisziplinäre Perspektiven*, 399–417. Berlin, New York: De Gruyter.
- Konerding, Klaus-Peter (2009): Sprache – Gegenstandskonstitution – Wissensbereiche: Überlegungen zu (Fach-)Kulturen, kollektiven Praxen, sozialen Transzendentalien, Deklarativität und Bedingungen von Wissenstransfer. In Ekkehard Felder & Marcus Müller (Hrsg.), *Wissen durch Sprache*, 79–111. Berlin, New York: De Gruyter.
- Maynard, Douglas (1996): On “Realization” in Everyday Life: The Forecasting of Bad News as a Social Relation. *American Sociological Review* 61, 109–131.
- Mishler, Elliot G. (1984): *The Discourse of Medicine*. Norwood, N.J.: Ablex.
- Sacks, Harvey (1984): On Doing ‘Being Ordinary’. In J. Maxwell Atkinson & John Heritage (Hrsg.), *Structures of Social Action: Studies in Conversation Analysis*, 413–429. Cambridge: CUP.
- Sarangi, Srikant (2001): Expert and Lay Formulation of “Normality” in Genetic Counselling. *Bulletin VALS-ASLA* 74, 109–127.
- Schegloff, Emanuel (2007): *Sequence Organisation in Interaction*. Cambridge: CUP.
- Selting, Margret & Elizabeth Couper-Kuhlen (2000): Argumente für die Entwicklung einer interaktionalen Linguistik. *Gesprächsforschung – Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion* 1, 76–95.
- Selting, Margret (2004): Listen: Sequenzielle und prosodische Struktur einer kommunikativen Praktik 2 – eine Untersuchung im Rahmen der Interaktionalen Linguistik. *Zeitschrift für Sprachwissenschaft* 23, 1–46.
- Spranz-Fogasy, Thomas (2010): Verstehensdokumentation in der medizinischen Kommunikation: Fragen und Antworten im Arzt-Patient-Gespräch. In Arnulf Deppermann, Ulrich Reitemeier, Reinhold Schmitt & Thomas Spranz-Fogasy (Hrsg.), *Verstehen in professionellen Handlungsfeldern*, 27–116. Tübingen: Narr.
- Stresing, Anne-Maria (2011): *Die interaktive Bearbeitung von psychosomatischen Krankheitsmodellen im psychotherapeutischen Gespräch mit somatoformen Patienten. Eine konversationsanalytische*

Untersuchung. Universität Freiburg, Dissertation. http://www.freidok.uni-freiburg.de/volltexte/7986/pdf/Dissertation_Anne-Maria%20Stresing.pdf (letzter Zugriff 07.09.2023).

Sutton, Valerie (2010): *The SignWriting Alphabet. Read and Write any Sign Language in the World. ISWA Manual 2010. The SignWriting Press*. <http://www.movementwriting.org/symbolbank> (letzter Zugriff 11.11.2022).

Wittkowski, Joachim & Rainer Scheuchenpflug (2021): Evidence on the Conceptual Distinctness of Normal Grief from Depression. *European Journal of Health Psychology* 28 (3), 101–110.

Kristin Bührig und Juliane Schopf

Zum Umgang mit ‚uncertainty‘ in medizinischer Kommunikation: ‚Normalisieren‘ als Verfahren

Abstract: Der nachfolgende Beitrag greift mit ‚uncertainty‘ einen Gegenstand aus der aktuellen medizinischen und medizindidaktischen Diskussion auf und untersucht im Rahmen gesprächsanalytischer Betrachtungen den Umgang mit ‚uncertainty‘ in zwei unterschiedlichen medizinischen Settings. Dabei liegt der Fokus der Analysen auf dem Verfahren des Normalisierens medizinischer ‚uncertainty‘.

Keywords: uncertainty, normalisieren, medizinische Kommunikation, Medizindidaktik, Impfsprechstunde, Gynäkologie, Krankheitsprävention, kurative Medizin, Risiko, Nebenwirkungen, bildgebende Verfahren

1 Gegenstand und disziplinärer Zugriff: Medizin meets Linguistik

Obwohl die im heutigen Gesundheitswesen fest verankerte evidenzbasierte Medizin dem Anspruch folgt, auf gesicherten wissenschaftlichen Erkenntnissen zu gründen und sich in der Behandlung von PatientInnen an auf dieser Basis konsentierten Leitlinien zu orientieren (vgl. Bingeman 2016), ist der berufliche Alltag des medizinischen Personals vom Umgang mit Unsicherheiten durchdrungen: „Uncertainty in clinical medicine comes in a variety of forms, affecting all parts of clinical practice, from diagnosis to treatment decisions“ (vgl. Tonelli/Upshur 2019: 507). „Uncertainty“¹ als allgegenwärtiger und wichtiger Faktor in jeglicher medizinischen Interaktion hat in den vergangenen Jahren immer mehr Aufmerksamkeit in der Forschungslandschaft erregt (vgl. Han/Klein/Arora 2011; Han i. Dr.), wurde als „next medical revolution“ (Simpkin/Schwartzstein 2016) betitelt und erhielt auch sukzessive Einzug in die Medizindidaktik (vgl. u. a. Harendza et al. 2017; Tonelli/Upshur 2019). Ein adäquater Umgang mit ‚uncertainty‘ – konsensuell als zentrale Kernkompetenz von

1 Wir verwenden im Folgenden den Begriff ‚uncertainty‘ im englischen Original, da das Konzept der ‚uncertainty‘ u. E. über eine reine ‚Unsicherheit‘ hinausgeht und sich der englische Ausdruck auch in der deutschsprachigen Medizin und Medizindidaktik als feststehender Ausdruck etabliert hat.

MedizinerInnen jeder Alters- und Ausbildungsstufe beschrieben (vgl. O’Riordan et al. 2011) – wird dabei in der (bislang vorrangig medizinischen) Fachliteratur primär als kommunikative Aufgabe angesehen (vgl. Politi et al. 2007; Gärtner/Bührig/Harednza i. Dr.), wodurch sich Anknüpfungspunkte für eine linguistische Betrachtung und transdisziplinäre Perspektiven auf ‚uncertainty‘ ergeben.

Hier möchte der vorliegende Beitrag ansetzen, indem eine Möglichkeit im Umgang mit ‚uncertainty‘ betrachtet wird, nämlich das interaktive Verfahren des Normalisierens. Zu diesem Verfahren ist als vielleicht offensichtlichster Fall das Zuschreiben von ‚normal‘ bzw. ‚Normalität‘ zu zählen (vgl. Schütte 2021; Groß/Birkner i. d. B.). ‚Normalisieren‘ als Verfahren ist jedoch nicht notwendiger Weise auf Prädikationen mittels lexikalischer Ausdruckformen von ‚... normal ...‘ angewiesen, wie wir u. a. zeigen möchten. ‚Normalisieren‘ als interaktives Verfahren kann vielmehr unterschiedliche Formen nutzen, zumindest sofern ein Anlass oder ein interaktives Erfordernis dazu besteht. Im Rahmen medizinischer Kommunikation ist dies u. a. dann der Fall, wenn es zu Konstellationen kommt, die durch ‚uncertainty‘ geprägt sind.² Um diese Konstellationen soll es in den nachstehenden Analysen gehen, zuvor legen wir jedoch in Abschnitt 2 für unsere weiteren Überlegungen relevante Forschungsbeiträge zum Thema ‚uncertainty‘ in der Medizin dar und führen aus, inwiefern eine sprachwissenschaftliche Untersuchung zu diesem Thema lohnenswert ist. Danach werden die Gesprächsdaten vorgestellt, die uns als Datengrundlage dienen (Abschnitt 3). In Abschnitt 4 folgen dann detaillierte Analysen zweier exemplarischer Gesprächsausschnitte, wobei ein Beispiel aus der Präventionsmedizin (reisemedizinische Impfsprechstunde) und ein Beispiel aus der kurativen Medizin (Gynäkologie) stammt. Abschließend werden die Ergebnisse zusammengetragen und ein Fazit gezogen (Abschnitt 5).

2 Das Konzept der ‚uncertainty‘ in der Medizin und Medizindidaktik

Grundlegend kann ein Moment der ‚uncertainty‘ verstanden werden als „situation which involves imperfect and/or unknown information“ (Stöppler 2021). Dabei sind nach Wray/Loo (2015) zwei Typen von ‚uncertainty‘ zu unterscheiden, nämlich informationsbezogene und intrinsische ‚uncertainty‘. Informationsbezogene ‚uncertainty‘ basiert auf Wissensdefiziten, die aus mangelnden wissenschaftlichen Daten,

² Welche Verfahren der Normalisierung in medizinischen Aufklärungsgesprächen zum Einsatz kommen, zeigt z. B. Bührig 2009.

fehlenden praktischen Fähigkeiten, persönlichen Unsicherheiten in der Beziehungsgestaltung mit PatientInnen oder der Unfähigkeit, abstraktes Wissen auf spezifische Situationen anwenden zu können resultiert. Intrinsische ‚uncertainty‘ entsteht dagegen aus keinem bestimmten Defizit, sondern beschreibt das der Medizin inhärente Charakteristikum der Unvorhersagbarkeit der Zukunft für einzelne PatientInnen und einer Existenz von Variabilität hinsichtlich konkreter Krankheitsbilder, klinischer Praktiken und individueller Reaktionen von PatientInnen auf Behandlungen und Eingriffe (vgl. Wray/Loo 2015: 523). Zusammenfassend formuliert impliziert ‚uncertainty‘ also „a relative or absolute inability to accurately establish a diagnosis, predict response to treatment, or estimate future events“ (Dhawale et al. 2017: 866).

Ein Ziel von Forschungsbeiträgen zur ‚uncertainty‘ in der Medizin sowie von medizindidaktischen Interventionen ist dabei durchgehend das Normalisieren von Unsicherheit im medizinischen Alltag sowie die Anerkennung von ‚uncertainty‘ als ein Charakteristikum medizinischer Interaktion. ‚Uncertainty‘ wurde sogar bereits als das zentrale Merkmal der Medizin an sich beschrieben: „Medicine is a science of uncertainty and an art of probability“ (Bean 1961).

Dieser Ansatz der Normalisierung von ‚uncertainty‘ im medizinischen Setting und dem Ziel eines transparenten Umgangs mit dieser reagiert dabei auf Erkenntnisse, dass (gerade junge Assistenz-)ÄrztInnen Unsicherheiten oft nicht thematisieren, da sie nicht als „schwach“ angesehen werden wollen (Wray/Loo 2015: 523). Daraus resultiert u. a., dass sie darauf verzichten, erfahrene ÄrztInnen hinzuzuziehen, mehr Tests mit den PatientInnen anordnen oder ihre Unsicherheit überspielen (vgl. Lingard et al. 2003). Farnan et al. (2008) konnten in ihrer Studie zeigen, dass ein solcher Umgang mit ‚uncertainty‘ zu Verzögerungen in der medizinischen Versorgung und auch zu Schädigungen der PatientInnen führen kann. Andere Untersuchungen legen dar, dass auch die ÄrztInnen selbst Nachteile wie bspw. erhöhte Stress-Level (vgl. Iannello et al. 2017), höhere Raten an Burnouts und Depressionen (vgl. Bachman/Freeborn 1999) und verminderte Zufriedenheit in ihrer beruflichen Tätigkeit (vgl. Bovier/Perneger 2007) erfahren können, wenn sie nicht transparent mit dem Faktor ‚uncertainty‘ umgehen.

Es sprechen also triftige Gründe dafür, dass zukünftige ÄrztInnen im Studium einen souveränen kommunikativen Umgang mit ‚uncertainty‘ kennenlernen und erproben können, auch wenn z. T. immer noch teilweise diejenigen im Studium belohnt werden, die vor allem „richtige“ Antworten geben, anstatt Unsicherheiten ggf. zuzugeben (Wray/Loo 2015: 523). Die Art und Weise, wie Studierende mit ‚uncertainty‘ umgehen, ist bislang vorwiegend mit Hilfe von Fragebogenerhebungen ermittelt worden. Dabei zeigte sich, dass auf sprachlicher Ebene mannigfaltige Optionen zum Einsatz kommen, um ‚uncertainty‘ zu kompensieren. Allerdings ist es aus sprachwissenschaftlicher Sicht vor allem mit Blick auf die Aus- und Weiterbil-

derung von MedizinerInnen unerlässlich, die interaktiven Prozesse und sprachlichen Phänomene im Umgang mit ‚uncertainty‘ zu dokumentieren und zu untersuchen, die in der tatsächlichen Kommunikation stattfinden. Diesen Schritt möchten wir an zwei Ausschnitten aus unterschiedlichen Konstellationen medizinischer Praxis beschreiben, zuvor sei jedoch ein kurzer Blick auf das Konzept ‚Normalität‘ und die Möglichkeit seiner Nutzung für unsere linguistische Studie geworfen.

3 „Normal“, „Normalität“ und „Normalisieren“

Der Ausdruck ‚Normalität‘ geht ebenso wie das Adjektiv ‚normal‘ auf das lateinische Wort ‚norma‘ zurück (siehe etwa Pfeifer 2000: 931) und wird heutzutage in unterschiedlichen Bedeutungen verwendet. Wie Link (1999) ausführt, bezeichnet ‚Normalität‘ qualitativ die einer Norm entsprechende Eigenschaft oder Beschaffenheit; quantitativ betrachtet bezeichnet ‚Normalität‘ die Verteilung von Typen bzw. ausgewählter Merkmale im Mittelbereich einer Normalverteilung. Für sog. „moderne Gesellschaften“ bilde ‚Normalität‘ ein Orientierungs- und Handlungsraster und wird bisweilen auch als das ‚Natürliche‘ oder das ‚Naturgemäße‘ verstanden. Das Durchschnittliche oder Normale definiert stets auch ein Gebiet, das von ihm abgetrennt wird: das ‚Anormale‘, die Grenzen zwischen beiden Bereichen werden oft willkürlich gesetzt. (vgl. Molewijk et al. 2003).

Eingebürgert in die deutsche Alltagssprache hat sich die Wortgruppe um das Adjektiv ‚normal‘ erst im 20. Jahrhundert (vgl. Paul 1992: 618f.). Eine Rekonstruktion der Begriffsgeschichte im Rahmen gesellschaftstheoretischer Überlegungen (siehe etwa Link et al. 2003) zeigt jedoch, dass eine institutionelle Nutzung dieser Wortgruppe früher einsetzt: Wie beispielsweise aus den geistesgeschichtlichen Untersuchungen Foucaults (siehe etwa 1976 bzw. 1994 und 1993,) deutlich wird, entstehen im 18. Jahrhundert mit den absolutistischen Zentralstaaten Institutionen und Technologien einer vereinheitlichenden und homogenisierenden Regierungsmacht. Dieses Bestreben findet seinen begrifflichen Ausdruck in einem Auftauchen der Begriffe ‚normal‘ und ‚normativ‘ (siehe etwa die Argumentation in Foucault 2003).

Der Begriff der ‚Normalität‘ hat es, wie Link et al. (2003) zeigen, in seinen unterschiedlichen Extensionen mit einer Verarbeitung und (Aus-)Nutzung von Wissen zu tun, die zum einen die (unmittelbare) Wahrnehmung von Elementen der Wirklichkeit betrifft, zum anderen orientierend bzw. determinierend in das individuelle und das gesellschaftliche Handeln (und natürlich vice versa) eingeht. So wird in den Anwendungen des Begriffs ‚Normalität‘ ein Effekt der Legitimität deutlich, der einerseits eher einzelfall- bzw. individuenbezogen ist, wie etwa bei Bezug auf ethische Normen, Brauchtümer, Sitten, juristische Normen und Gesetze, andererseits

aber auch massenbezogen, wie etwa beim Bezug auf Üblichkeiten und Alltäglichkeiten, Normierungen, Normalitäten und Normalisierungen in den Bereichen der Medizin, Psychologie und Soziologie (vgl. Link et al. 2003: 10).

In der Untersuchung institutioneller Kommunikation beobachteten Giesecke (1982) bzw. Giesecke/Rappe (1981; 1982), dass die beteiligten AktantInnen (TeilnehmerInnen von Balint- und Supervisionsgruppen) über Wissensbestände verfügen, die für die Herstellung von Reziprozität in der Gruppeninteraktion verantwortlich sind und eine Ordnung im Ablauf der Interaktion schaffen, sodass das institutionelle Arbeitsziel erreicht werden kann. In Anschluss an Cicourel (1975) nennt Giesecke dieses Wissen ‚Normalformerwartung‘ bzw. ‚Normalform‘ (Giesecke 1982: 186). Es gehöre jedoch nicht zum Alltagswissen, sondern habe den Status eines kollektiven, institutionellen Sonderwissens, über das GruppenleiterInnen und TeilnehmerInnen der Gruppe gleichermaßen verfügen. Seiner Struktur nach, so Giesecke (1982), habe die ‚Normalform‘ den Charakter einer ‚Erwartungserwartung‘ (vgl. Schütz 1971) und funktioniere daher ähnlich wie alltägliche ‚konditionelle Relevanzen‘ (vgl. a.a.O.: 186, 197). Allerdings weise es einen weitläufigeren Charakter als diese auf, die Sequenzstruktur der Normalform ließe sich daher, so Giesecke (1982: 195) am ehesten durch das Konzept des ‚Ablaufschemas‘ (Kallmeyer/Schütze 1976) erfassen. Des Weiteren beziehen sich die Erwartungsmuster der Normalform in institutioneller Kommunikation nicht nur auf die Abfolge von Aktivitäten, sondern auch auf die Standpunkte und Perspektiven, die die InteraktantInnen mit Blick auf die Ziele oder die Arbeitsaufgaben einer Institution einzunehmen haben.

In seiner Untersuchung zum Überbringen schlechter und guter Nachrichten erwähnt Maynard (2003) Fälle, in denen ÄrztInnen ihren PatientInnen bzw. deren Angehörigen schlechte Nachrichten so lange wie möglich verschwiegen haben bzw. die tatsächliche Nachricht verschleierte. Als einen Weg dieser Verschleierung führt Maynard Verfahren der Normalisierung („normalization“) an, etwa durch den Gebrauch von Euphemismen oder das Hervorheben einzelner Details, deren wesentlicher Zusammenhang zunächst unerwähnt bleibt (vgl. Maynard 2003: 46–54). So beschreibt er z. B. den Fall eines Ehepaares, dem nach der Geburt ihres Babys nicht sofort die Diagnose „Down-Syndrom“ mitgeteilt wird. Der Arzt geht vielmehr zunächst auf die hohen Wangenknochen und die mandelförmigen Augen des Kindes ein, die eventuell auf die deutschen Ahnen zurückzuführen seien. Auch wenn diese Verschleierung schlechter Nachrichten dazu führen kann, dass Patientinnen und Patienten Hoffnung schöpfen, bemerken doch, so Maynard, viele auch, dass etwas nicht stimmt und sind entsprechend beunruhigt.

Verfahren der Normalisierung beobachtet Maynard auch auf PatientInnenseite, und zwar als Form einer Reaktion auf schlechte Nachrichten. Ähnlich wie in den von Harvey Sacks (1984) beobachteten Fällen, etwa den Augenzeugenberichten des Kennedy-Attentats oder den Opfern von Flugzeugentführungen, reagieren oftmals

auch PatientInnen auf schlechte Nachrichten, als wenn nichts passiert wäre. Gemeinsam ist diesen Verfahren, also sowohl den arztseitigen als auch den patienten-
seitigen, so Maynard, das Bestreben, die Wahrnehmung bzw. das Verständnis von
einer sozialen Welt aufrecht zu erhalten, die weiterhin, trotz schlechter Nachrichten
intakt ist: „that both tactics preserve a sense of the social world within it, as
basically intact rather than under alteration“ (Maynard 2003: 53–54).³

Sacks (1984: 414–427) führte seine Beobachtungen zum Festhalten an der Normalität
auch angesichts einer Katastrophe auf einen kollektiven Zwang zur Normalität, den
Zwang zu „doing being ordinary“ zurück, ein Zuwiderhandeln gegen diese Normalität
werde in aller Regel von den übrigen Gesellschaftsmitgliedern sanktioniert. „Doing
being ordinary“ ist daher, so Sacks, eine sozial bzw. gesellschaftlich relevante Aufgabe,
die ein bestimmtes Wissen darüber voraussetzt, was dazu gehört, normal zu sein bzw.
als normal zu gelten und sich auch in Gesprächen entsprechend zu verhalten.

Wie dieses „doing being ordinary“ im sequenziellen Gesprächsverlauf ausgeführt
wird und wann es erforderlich wird, soll im vorliegenden Beitrag anhand von exemplarischen
Analysen herausgearbeitet werden. Zuvor seien kurz die Daten und die zugrundeliegende
Methodik vorgestellt.

4 Gesprächsdaten und ihre Auswertung

Um mehrere Facetten von Arzt-Patient-Kommunikation in die Analyse einzubeziehen
und auf eine vielfältigere Datengrundlage zurückgreifen zu können, werden aufgezeichnete
Interaktionen aus zwei unterschiedlichen medizinischen Settings herangezogen: Aufnahmen
von reisemedizinischen Impfsprechstunden repräsentieren dabei beispielhaft das Feld der
Krankheitsprävention und Gespräche aus einer gynäkologischen Krankenhausstation den
Bereich der kurativen Medizin. Alle Gespräche liegen als Audiodateien vor.

Die Daten aus der Präventionsmedizin wurden 2017 bis 2019 an sieben unterschiedlichen
Standorten im deutschsprachigen Raum aufgezeichnet. Die Kollektion besteht aus 68
reisemedizinischen Impfberatungsgesprächen aus dem öffentlichen Gesundheitsdienst,
die nach GAT 2 (Selting et al. 2009) transkribiert wurden. Bei den Daten des zweiten
Kontextes handelt es sich um 25 Audioaufnahmen gynäkolo-

³ Insofern ließe sich die von Sacks beschriebene Orientierung der Wahrnehmung an Vorstellungen
von ‚Normalität‘ als ein konstitutives Element von Rahmen im Sinne Goffmans (1974) verstehen,
also im Sinne eines Organisationsprinzips zur Definition bestimmter Situationen und damit
verbundenen Möglichkeiten einer persönlichen Anteilnahme.

gischer Sprechstunden für Privatpatientinnen, die Ende der 1980er Jahre in einem Krankenhaus in Norddeutschland erhoben und nach HiAT (Ehlich/Rehbein 1976; 1979; Rehbein et al. 2004) transkribiert wurden.

Beide Datensätze wurden zunächst mit Blick auf Verwendung des lexikalischen Ausdrucks „normal“ (vgl. Groß/Birkner i. d. B.) untersucht und exemplarische Belege in ihrem sequenziellen Verlauf analysiert (vgl. stellvertretend Beispiel 2). In eingehender Betrachtung der Daten wurde aber deutlich, dass Verfahren des Normalisierens auch ohne den Ausdruck „normal“ vorkommen. Dies führte zur Frage, wie es zu Konstellationen des Normalisierens von ‚uncertainty‘ im Gesprächsablauf kommt und wie diese wieder in Einklang mit einer ‚Normalform‘ gebracht wird (vgl. stellvertretend Beispiel 3). Bei der Auswahl der Transkriptausschnitte wurde des Weiteren darauf geachtet, dass einem Beispiel das Moment einer ‚intrinsic uncertainty‘ zugrunde liegt und im anderen eine ‚informational uncertainty‘ besteht (vgl. Wray/Loo 2015; vgl. Abschnitt 2).

5 Analysen

5.1 Normalisierung von ‚uncertainty‘: Nebenwirkungen und Impfreaktionen

Im Gegensatz zur kurativen Medizin liegt im Bereich der Präventionsmedizin die besondere Konstellation vor, dass sich aktuell gesunde und i. d. R. symptomfreie Menschen einer medizinischen Intervention unterziehen, nach welcher sich möglicherweise erst gesundheitliche Beeinträchtigungen – etwa in Form von Nebenwirkungen und Impfreaktionen – entwickeln. Dieser Hintergrund beeinflusst auch die Einstellung zu etwaigen Nebenwirkungen und erfordert eine sensible Abwägung von Nutzen und Risiken des Eingriffs: „Wenn es beispielsweise um eine Therapie gegen eine Krebserkrankung geht, werden viele Betroffene angesichts besserer Überlebenschancen bereit sein, ein hohes Risiko schwerer Nebenwirkungen einzugehen“, während Gesunde im Zuge einer präventiven Maßnahme weniger Risiko bezogen auf Nebenwirkungen in Kauf nehmen (Robert Koch Institut / Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2021: 35). Dies ist auch in folgendem Beispiel zu beobachten, in welchem die Patientin die Typhusimpfung wegen möglicherweise eintretender Nebenwirkungen ablehnt⁴:

⁴ Für eine sequenzielle Analyse dieses Beispiels – vor allem in Bezug auf die Verwendung von Modalverben – siehe Buck/Schopf (2021).

Beispiel 1: Impfsprechstunde_L_Bolivien_Chile_Peru

- 374 AW: äh (.) man SCHAdet nIch mit der impfung,
 375 sie is auch nich allzu TEUer;
 376 sie äh kostet irgendwas irgendwie (.)ZWANZich
 vierundzwanzicheuro so;
 377 in dieser (.)GRÖßenordnung;
 378 PW: ja aber wie alle impfungen wird die auch nebenwirkungen
 haben KÖNnen,
 379 wenn_s DUMM kommt,
 380 AW: jede impfung [kann impfreaktionen her]VORrufen,
 381 PW: [und DANN äh-]
 382 AW: das is RIChtich,=ne,
 383 PW: dann MUSS ich das jetzt nich machen;

Sprechen ÄrztInnen und PatientInnen über Risiken und Nebenwirkungen, ist der Interaktion das Moment der ‚intrinsic uncertainty‘ (vgl. Wray/Loo 2015) automatisch inhärent: Auch wenn gut erforscht und belegt ist, wie viele der behandelten Personen im Schnitt von Nebenwirkungen ereilt werden, erlaubt dieser statistische Wert keine individuellen Vorhersagen, ob der/die einzelne PatientIn betroffen sein wird (vgl. Meyer 2020). Risikokommunikation ist dadurch per se retrospektiv-prospektiv ausgerichtet, indem zum einen auf bereits gesicherte Erkenntnisse über statistische Wahrscheinlichkeiten referiert wird und zum anderen Unsicherheit bzgl. des zukünftigen Eintretens von Symptomen im individuellen Einzelfall besteht. Wie die Interagierenden sprachlich-kommunikativ und sequenziell mit dieser Dichotomie zwischen ‚certainty‘ und ‚uncertainty‘ im Arzt-Patient-Gespräch umgehen und welche Rolle die Normalisierung von Nebenwirkungen dabei spielt, soll anhand des folgenden Beispiels beleuchtet werden. Dieses stammt aus einem Impfberatungsgespräch, das anlässlich einer geplanten Reise der Patientin nach Ecuador stattfindet. Nachdem der Arzt den Oberarm der Patientin desinfiziert hat, setzt der Transkriptausschnitt unmittelbar vor der Injektion des Impfstoffes gegen Tollwut ein.

Beispiel 2: Impfsprechstunde_J_Ecuador

- 1938 AM: ganz LOcker lassen-
 1939 (0.7)
 1940 so rötung schwellung druckschmerz an der einstichstelle
 kann mal SEIN,
 1941 man kann nach impfungen auch mal (.) n bisschen FIEber
 bekommen,
 1942 is AUCh normal,
 1943 oder n bisschen LYMPHknotenschwellung is auch normal,

- 1944 PW: hm_MH,
 1945 (0.8)
 1946 AM: und das immunsystem soll ja (.) ANtikörper machen;
 1947 PW: ja;
 1948 [is]ja auch GUT so;
 1949 AM: [ne,]
 1950 nich WAHR?
 1951 (0.9)
 1952 PW: ja morgen is FREItag;
 1953 von DAher-
 1954 (0.4)
 1955 AM: so;
 1956 PW: PASST des (.) ganz gut;
 1957 (0.8)

Nachdem der Arzt die Patientin mit dem deontischen Infinitiv (vgl. Deppermann 2006) „ganz LOcker lassen“ (Z. 1938) zur Entspannung des Oberarmmuskels auffordert, verlässt er – nach einer 0.7-sekündigen Pause – die empraktische körperbezogene Kommunikationsebene und klärt die Patientin über möglicherweise eintretende Impfreaktionen auf, während er den Impfstoff injiziert. Der Wechsel der Gesprächsaktivität wird auch durch den informationsstrukturierenden Diskursmarker „so“ (Z. 1940; vgl. Blühdorn et al. 2017 sowie sprachvergleichend Bührig/House 2007) angezeigt, der an der Stelle als „Scharnier“ (Ehlich 1987: 161f.) auftritt. Dieser fungiert hier zusätzlich auch als „Mittel zur Fokussierung der Aufmerksamkeit“ (Spranz-Fogasy 1987: 296), indem die Aufmerksamkeit der Patientin von dem gleichzeitig erfolgenden Einstich in den Oberarm⁵ abgelenkt und zum Gespräch hingeführt wird. Mit der Äußerung „rötung schwellung druckschmerz an der einstichstelle kann mal SEIN“ (Z. 1940) führt er zunächst lokale Impfreaktionen am Applikationsort an. Die Verwendungsweise des Modalverbs „können“ zeigt hier an, dass solche Reaktionen zwar zum „normalen, vorhersehbaren Ablauf“ (Zifonun et al. 1997: 1886) der Immunisierung gehören, jedoch nicht obligatorisch auftreten müssen. Die Häufigkeit dieser Symptome wird durch die Partikel „mal“ jedoch „nicht präzisiert, sondern eher ‚verwischt‘“ (Thurmair 1989: 185). Sowohl das Modalverb „kann“ als auch die Partikel „mal“ zur vagen Angabe der Häufigkeit werden auch in der nachfolgenden Intonationsphrase „man kann nach impfungen auch mal (.) n bisschen FIEber bekommen“ (Z. 1941) erneut herangezogen. Durch das

⁵ Der Zeitpunkt des Einstichs wurde während der Erhebung in begleiteten Notizen festgehalten, welche die Audiodaten ergänzen.

unpersönliche Pronomen „man“, das generalisierend wirkt und die Verbindlichkeit der Prognose abschwächt (vgl. Holly 1979: 213; Bührig/Meyer 2003; Imo/Ziegler 2019), kann der Arzt zum einen mit der ‚uncertainty‘ hinsichtlich der Impfreaktion im individuellen Fall der anwesenden Patientin umgehen und zum anderen kontextualisieren, dass es sich bei dieser Art von ‚uncertainty‘ um keine fachliche Inkompetenz handelt, sondern das mögliche Auftreten von Impfreaktionen im Kollektiv aller Geimpften generell epistemisch gesichert ist. Auffällig ist hier auch das mit unbestimmtem Artikel versehene Indefinitpronomen „n bisschen“, welches nicht nur in Zeile 1941 zu beobachten ist, sondern auch erneut in Zeile 1943 aufgegriffen wird. Dies stellt für den Arzt eine weitere Ressource dar, die Stärke und Dauer der individuellen zukünftigen Fiebersymptomatik (vgl. Ayaß 2021 zu projektiven Gattungen) zwar unbestimmt zu lassen, aber die Bedrohlichkeit der etwaigen Impfreaktion abzuschwächen und damit „protektive Imagearbeit“ (Peters 2015: 216) für die Impfung zu leisten. Nachfolgend kommt es zur expliziten Normalisierung der genannten Symptomatik über die inkrementelle Ergänzung mit Verbspitzenstellung (vgl. Auer 2006; 2007) „is AUCH normal“ (Z. 1942). Durch das mit einem Fokusakzent versehene Adverb „AUCH“ bewertet er dabei nicht nur das zuletzt erwähnte Fieber als „normal“ in Folge einer Impfung, sondern rahmt auch die zuvor genannten Lokalreaktionen retraktiv als „normal“. Über die koordinierende Konjunktion „oder“, die als „Kuppung“ (Imo 2016: 218) zwischen den angesprochenen Impfreaktionen fungiert und hier in inkludierender Weise gebraucht wird, leitet der Reisemediziner zur „LYMPH-knotenschwellung“ (Z. 1943) als weitere mögliche Folge der Immunisierung über. Diese wird über das mit unbestimmtem Artikel versehene Indefinitpronomen „n bisschen“ ebenfalls bzgl. ihrer Intensität und Dauer als nicht schwerwiegend gerahmt und zusätzlich explizit über „is auch normal“ normalisiert. Die Patientin quittiert dies über das Rückmeldesignal „hm_MH“ (Z. 1944).

Nach einer 0.8-sekündigen Pause ergreift der Arzt über die koordinierende Konjunktion „und“ erneut das Wort und perspektiviert die Impfreaktionen retraktiv nicht nur als normal, sondern durch die teleologische Verwendung von *sollen* (vgl. Zifonun et al. 1997: 1892) sogar als erwünscht in dem Sinne, dass sie signalisieren, dass sich der Körper mit dem Tollwuterreger auseinandersetzt („und das Immunsystem soll ja (.) ANtikörper machen“; Z. 1946). Das positive Framing der Nebenwirkungen über das Wissen zur Wirkweise der passiven Immunisierung wird dabei durch die Partikel „ja“ vom Arzt als geteilt behandelt. Dies wird von der Patientin durch ein „ja“ (Z. 1947) bestätigt sowie über ihre Formulierung mit Verbspitzenstellung (vgl. Auer 1993) auch aktiv aufgegriffen und als „GUT“ beurteilt, wobei sie diese Bewertung über die Partikel „ja“ wiederum als geteilt rahmt. Der Arzt verankert die gleichlaufende positive Perspektive auf die möglichen Impfreaktionen sowohl über ein überlappendes „ne“ (Z. 1948) als auch über das Vergewisserungssignal „nich WAHR“ erneut intersubjektiv. Nach einer 0.9-sekündigen Pause

und einer nochmaligen Bestätigung durch ein „ja“ (Z. 1952) bringt die Patientin dann zudem den Faktor des nahenden Wochenendes ins Gespräch ein (Z. 1952), welches Spielraum für die mit ‚uncertainty‘ behaftete Prognose von Impfreaktionen bietet und einen Puffer für das Abklingen von möglicherweise auftretenden Symptomen darstellt. Nach einem bestätigendem „so“ des Reisemediziners bewertet sie die Situation auch unter diesem Aspekt schließlich als „ganz gut“ passend (Z. 1956), bevor nach einer 0.8-sekündigen Pause das Thema gewechselt wird und die Patientin ihren Impfpass erhält (nicht mehr abgedruckt).

Es zeigte sich anhand des Transkriptausschnittes exemplarisch, dass der Arzt auf die ‚uncertainty‘ in Bezug auf die Prognose zukünftiger Symptome der individuellen Patientin mit Vagheit, diversen Abschwächungselementen wie „mal“, „n bisschen“ und den Einsatz des Modalverbs „können“ reagiert. Durch die Normalisierung von zukünftigen Impfreaktionen nimmt er – jenseits des individuellen Falls der Patientin – aber auch Bezug auf eine allgemeine Evidenz-Ebene und betont, dass es sich um bereits bekannte und beschriebene Reaktionen handelt, die mit der Verabreichung des Impfstoffs regelmäßig einhergehen. Die Bewertung als „normal“ kontextualisiert dabei zudem, dass es sich bei den erwähnten Symptomen um keine außergewöhnlichen Einzelfälle handelt, sondern diese standardmäßig bei einem nachgewiesenen Anteil von Geimpften zu beobachten sind.

Bei dem im Beispiel verwendeten Tollwutimpfstoff treten laut Packungsbeilage etwa lokale Symptome an der Injektionsstelle „sehr häufig“, d. h. „bei mehr als 1 von 10 Patienten“ und Fieber „häufig“, also „bei mehr als 1 von 100 Patienten, aber weniger als 1 von 10 Patienten“ (Eurimpharm 2009: 5) auf. Als ‚normal‘ werden hier also Symptome erachtet, die in der Vergangenheit „(sehr) häufig“ (Eurimpharm 2009: 5) vorkamen und dokumentiert sind. Das Sprechen über ‚normale‘ Impfreaktionen konstruiert demnach Normalität in einer zukünftigen Situation der Anormalität für die Patientin (vgl. Bredmar/Linell 2008: 245 ff.). Die Normalisierung bezieht sich dabei auf zwei Ebenen: Zum einen auf die Impfreaktionen an sich, die als „normale“ Folgen einer Impfung im Sinne einer beobachtbaren Häufung von Fällen beschrieben sind. Zum anderen aber auch auf die Nicht-Prognostizierbarkeit der individuellen Nebenwirkungen zum Zeitpunkt des Gesprächs, also die Fragen, ob die Patientin überhaupt von Impfreaktionen betroffen sein wird und in welcher Intensität diese ggf. auftreten. Während der Arzt die erste Ebene explizit kommunikativ bedient, indem er wiederholt betont, dass Impfreaktionen „normal“ sind, geht er auf die zweite Ebene insofern nur implizit ein, indem er seine Aussagen modalisiert und entsprechend vage lässt, um die Verbindlichkeit der Prognose abzuschwächen. Dadurch, dass die PatientInnen zum Zeitpunkt des Gesprächs symptomfrei sind und ‚uncertainty‘ darüber besteht, ob sie überhaupt von Impfreaktionen betroffen sein werden, handelt es sich um Informationen, die aktuell für die PatientInnen keine unmittelbare Situationsrelevanz aufweisen, sondern um „Wissensange-

bote für ein mehr oder weniger wahrscheinlich eintretendes Zukunftsszenario“ (Bauer/Buck 2021: 93). Durch diese Form des Wissensmanagements werden sowohl die zeitlichen Differenzen zwischen Gespräch und möglicherweise auftretenden Nebenwirkungen überbrückt als auch etwaige Symptome antizipativ als normal eingeordnet, wodurch die PatientInnen darauf vorbereitet sind und möglicherweise bei tatsächlichem Eintreten der Impfreaktionen weniger beunruhigt sind (vgl. Heritage/Lindström 2012; Fiehler 1990; Bauer/Buck 2021). Durch einen zusätzlichen, gemeinsam in der Interaktion hergestellten Perspektivwechsel von unangenehmen bzw. unerwünschten Nebenwirkungen hin zu Zeichen, dass die beabsichtigte Immunreaktion des Körpers erfolgreich abläuft, stellen die GesprächspartnerInnen nicht nur eine Normalität hinsichtlich der Häufigkeit der Symptome, sondern auch eine „positive Normalität“ (Groß 2018: 212ff.) bezogen auf das gemeinsame Ziel eines entstehenden Impfschutzes her.

5.2 Normalisierung von ‚uncertainty‘: Bildgebende Verfahren und Befund

Der nachstehende Transkriptionsausschnitt beinhaltet den Beginn eines Gespräches im Rahmen einer privatärztlichen gynäkologischen Sprechstunde. Die Transkription ist nach den Konventionen der ‚Halbinterpretativen Arbeitstranskriptionen‘ (HiAT) (Ehlich/Rehbein 1976; 1979) angefertigt.⁶ Die Patientin ist von ihrer behandelnden

6 Das Verfahren HiAT verfolgt Notationsprinzipien, in deren Rahmen die Notate der jeweiligen Äußerungen im Sinne einer literarischen Umschrift wiedergegeben werden. Die Partiturschreibweise dient dazu, die zeitlichen Relationen der einzelnen Beiträge zueinander abzubilden, so dass deutlich wird, wie die an einem Gespräch teilnehmenden Personen im Sinne einer konzentrierten Aktion interagieren. Im Sinne einer emischen Vorgehensweise nutzt das HiAT Interpunktionszeichen sowie die Groß- und Kleinschreibung. Um die Lektüre der Transkriptionen auch über die Sprachwissenschaften hinaus möglichst vielen interessierten Personen zu ermöglichen, sehen die Notationskonventionen möglichst wenig Sonderzeichen vor. Diejenigen, die dennoch verwendet werden, sind Pausenpunkte für kurze Pausen, wobei ein Pausenpunkt („•“) die Pausenlänge von 0, 25 Sekunden angibt, längere Pausen werden als Deskriptionen in Doppelklammern mit einem numerischen Wert angegeben, z. B. ((2, 5 Sek.)). Ebenfalls als Deskriptionen in Doppelklammern werden parasprachliche Phänomene wie etwas (Lacht 2s) notiert sowie aktionale Tätigkeiten ((—blättert um—)), die akustisch wahrnehmbar sind. Mit Hilfe einfacher runder Klammern werden Äußerungsteile markiert, die nicht gut oder gar nicht verständlich sind (und da sagt sie). Eckige Kommentarklammern rahmen Äußerungsteile, zu denen eine transkribierende Person einen komplexen Eindruck mitteilen möchte, der sich nicht als diskretes Phänomen auf die Realisierung des ‚phonetischen Aktes‘ notieren lässt. Reparaturen werden mit Hilfe eines slashes ‚da/ dort‘ notiert, unvollständige Äußerungen mit drei Punkten (...). Suprasegmentale Phänomene werden mit diakritischen Zeichen wiedergegeben, so etwa Veränderungen in

Gynäkologin zum Zweck einer differentialdiagnostischen Klärung aktueller Unterleibsschmerzen in diese Sprechstunde geschickt worden.

(B3) Myom

- 1 A (So), was is Ihr Problem?
P [• Mein Problem ist, daß ich ein ((1s))
{die Patientin spricht insgesamt sehr zögerlich und mit
- 2 P Myom ((1s)) wieder • neu /s /sich wieder neu bei mir gebildet
zittriger Stimme
- 3 P hat. Vor zwanzig Jahren bin ich schon mal ungefähr daran operiert
- 4 A ((schlägt vermutlich eine Akte auf)) ((schreibt - - -
P worden und hatte da / ((2s)) Dabei ist folgendes geschehen: ((2s))
- 5 A ----- schreibt -----
P Ah • wie meine Gynäkologin mir auseinandersetzte, die Kappe ist
- 6 A -----)) Jä.
P abgeschnitten worden. Darauf sitzt ein Bauchfellstück oder eine
- 7 A Hmhmhm.
P Fettschürze, das • • sieht sie nich genau auf dem Sonographen.
- 8 A Hm, kann sie auch nich sehen, jä.
P Und, • wie sie meint, ist auch
- 9 A ----- ((1s)) Also • ah • lassen Sie
P noch der Darm festgenäht worden].
- 10 A mich mal erst anders fragen, sonst kommen wir da so zu schwer
- 11 A hinter. Sie haben in Rudolfstein, also etwa vor zwanzig Jahren, is
P ----- Jä.

der Sprechgeschwindigkeit sowie der Lautstärke. Äußerungsteile, die mit deutlich wahrnehmbarer Emphase realisiert werden, sind unterstrichen.

Auf den ersten Blick erscheint dieser Gesprächsbeginn typisch und gleichsam unspektakulär. Der Arzt stellt eine Eingangsfrage, die, so macht ein Vergleich mit anderen Gesprächen und deren Untersuchung deutlich, das ‚ticket‘ (Sacks 1971) für die patientenseitige Anamnese darstellt. Entsprechend legt die Patientin im Anschluss an die Eingangsfrage (auch) in dem vorliegenden Gespräch ihr Anliegen über mehrere Äußerungseinheiten hinweg dar, bevor der Arzt mit seinen Nachfragen an die Patientin das weitere Gespräch thematisch steuert.

Die Struktur dieser Eingangssequenz ließe sich mit Blick auf die Thematik des Bandes als ein Paradebeispiel für ‚Normalität‘ in der medizinischen Kommunikation verstehen. Ein genauerer Blick in die konkreten Formulierungen lässt jedoch mit Blick auf das von uns verfolgte Interesse an ‚uncertainty‘ und anschließende Formen der ‚Normalisierung‘ einige betrachtenswerte Beobachtungen zu: Die Antwort auf die ärztliche Frage „was is Ihr Problem?“ weist eine interessante Selbstreparatur auf: Während die Patientin korrespondierend zu dem vom Arzt genutzten Possessivpronomen („ihr“, PF⁷) ihre Äußerung mit der Nominalphrase „Mein Problem ist“ einleitet, kommt es im Zuge der Verbalisierung des subordinierten Äußerungsteils „daß ich ein ((1s)) Myom ((1s)) wieder • neu/ si/ sich wieder neu bei mir gebildet hat“ zu einer Umplanung, in der das Nomen „Myom“ eine zentrale Rolle spielt. Vor und nach dem Aussprechen dieses Ausdrucks macht die Patientin jeweils eine Pause von einer Sekunde. Neben der kommunikativen Gewichtung des Ausdrucks, die mit dieser prosodischen Zäsurierung einhergeht, kommt es auch syntaktisch zu einer Hervorhebung der zu überprüfenden Erkrankung: In der Verbalphrase nimmt die Patientin nicht eine Prädikation zu dem in der Äußerung bereits realisierten Subjekt „ich“ vor, sondern im Rahmen der Reparatur fügt die Patientin ein Reflexivpronomen ein „wieder • neu/ si/ sich wieder neu bei mir gebildet hat“, das retrograd das Myom zum Thema der Äußerung macht und somit dem „Myom“ eine Handlungsmächtigkeit, der Erkrankung also eine Trägerschaft von ‚agency‘ (Deppermann 2014) zuweist. Der vom Arzt in seiner Frage gesetzte Fokus auf die Patientin wird also in der Antwort verschoben.

Auch in den nachfolgenden Äußerungen wird in den Verbalisierungen der Patientin deutlich, dass sie den Schwerpunkt ihrer Konsultation auf das vermeintlich aktuelle und auf ein ehemaliges Myom legt: Aus den Ausführungen der Patientin erfahren wir, dass sie zwanzig Jahre vor der aktuellen Konsultation des Arztes an einem Myom operiert wurde. Der Hergang dieser Operation bildet ein von der Pati-

7 Mit der Abkürzung „PF“ wird auf die jeweiligen Partiturf lächen im Rahmen des jeweiligen Transkriptionsausschnittes Bezug genommen. Bezugnahmen auf konkrete Äußerungen der am Gespräch beteiligten Personen werden mit Hilfe doppelter Anführungszeichen markiert. Geht es in eher systematischer Betrachtung um einzelne sprachliche Verfahren oder Ausdrucksmittel, so sind diese in einfache Anführungszeichen gesetzt.

entin ausführlicher behandeltes Thema, das sie unter Rückbezug auf die Befunde der behandelnden Gynäkologin schrittweise in Form einer ‚Chronik‘ (Rehbein 1989) ausführt. Nach den Angaben dieser Gynäkologin sei bei der Patientin „die Kappe“ abgeschnitten worden (PF 5/6), darauf sitze „ein Bauchfellstück oder eine Fettschürze“ (PF 6/7), zudem sei der Darm der Patientin festgenäht worden (PF9). Allerdings, so wird im ‚Nachtrag‘ (Rehbein 1976; Bührig 1996) „das • • sieht sie nicht genau auf dem Sonographen“ in PF 9 deutlich, herrscht aufgrund mangelnder Sichtbarkeit keine eindeutige Sicherheit im Befund „darauf sitzt ein Bauchfellstück oder eine Fettschürze“ vor. Der Arzt lässt die Patientin in ihrer Beantwortung auf seine Eingangsfrage gewähren und notiert vermutlich, so wird aus den Schreibgeräuschen deutlich, einige Angaben (PF 4 bis 6). Die von der Patientin erwähnten einzelnen Etappen ihrer Krankengeschichte werden mittels Interjektionen (Ehlich 1979; 1986) als Schritte seiner aktiven Rezeptionsleistung als ‚mitkonstruierender Hörer‘ (Ehlich 1979; Rehbein 2001) kommentiert (siehe etwa das arztseitige ‚ja‘ in PF 6 sowie die komplexe Mehrfachrealisierung des konvergenten ‚Hm‘ in PF 7). In stärker expliziter Form, d. h. im Rahmen einer Höreräußerung (Rehbein 1995; 2001) mit eigenständigem propositionalem Gehalt kommentiert der Arzt die Unsicherheit des von der behandelnden Gynäkologin rekonstruierten Befundes „Hm, kann sie auch nicht sehen, ja“ (PF 8).

Anhand der ‚Formulierungsarbeit‘ (vgl. etwa Gülich 1994) der Patientin (Umlanungen und Reparaturen) sowie der Realisierung ihrer Äußerungsakte, die Patientin spricht mit hörbar zittriger Stimme und insgesamt eher zögerlich, ergibt sich der Eindruck, dass sie ihr derzeitiger Gesundheitszustand, konkret die Möglichkeit, unter einem Myom zu leiden, deutlich belastet. Gleichzeitig scheint sie darauf bedacht zu sein, dem Arzt sehr genau den bisherigen Befund ihrer behandelnden Gynäkologin zu übermitteln. Dazu gehört auch ein Moment der ‚informational uncertainty‘ (vgl. Abschnitt 2), das die Patientin mit „das sieht sie nicht genau auf dem Sonographen“ in die Chronik einbindet.

Der Arzt reagiert auf dieses Moment der ‚uncertainty‘ in drei Schritten, in deren Mittelpunkt der Äußerungsteil „kann sie auch nicht sehen“ steht, der jeweils von zwei Interjektionen nämlich einem initialen ‚Hm‘ sowie einem nachgestellten ‚ja‘ augmentiert (Rehbein 1979) wird. Insgesamt betrachtet wird an dieser Reaktion deutlich, dass der Arzt die innerhalb der ehemaligen sonographischen Untersuchung auftretende ‚uncertainty‘ als nichts Außergewöhnliches wertet: Die initiale Interjektion ‚Hm‘ weist den charakteristischen Tonhöhenverlauf einer konvergenten Rezeption auf⁸, auch das nachgestellte ‚ja‘ kann als Ausdruck einer responsiven

⁸ Zur Differenzierung des kommunikativen Potenzials von Interjektionen als Hörsignale siehe Ehlich 1979; 1986. Im Rahmen der IDS-Grammatik greifen die AutorInnen den fallend-steigenden Tonhöhenverlauf unter dem Begriff des ‚Taltonmusters‘ auf (siehe Zifonun et al. 1997: 194 f.).

Passung zum für die Rezeption aktuellen arztseitigen Vorwissens gewertet werden. Mit „kann sie auch nich sehen“ nimmt der Arzt eine Einschätzung der Handlungsmöglichkeiten der behandelnden Gynäkologin vor. Dabei nutzt er die syntaktische Struktur der Äußerungen der Patientin für eine unmittelbare Kommentierung, indem er die vermeintlichen Wahrnehmungsobjekte nicht noch einmal aufführt, sondern als aktuelle Bestandteile des Diskurswissens im unmittelbaren Anschluss durch das Modalverb „kann“ in Spitzenstellung seiner kommentierenden Äußerung nutzt.⁹ Auf diese Weise wird die Chronologie der Patientin in unmittelbarer Form um ein Wissenselement erweitert, das, so das im Nachfeld der Äußerung genutzte ‚ja‘, mit dem Vorwissen des Arztes korrespondiert und sich insofern als in Erwartung mit den Möglichkeiten diagnostischer Verfahren deckt. Diese Lesart des arztseitigen Kommentars ist noch zu detaillieren durch die Berücksichtigung des vom Arzt eingesetzten Modalverbs ‚kann‘, den Ausdruck ‚auch‘ sowie die vergleichbare Artikulation des Negationsausdrucks ‚nich‘, – der finale dentale Abschlusslaut wird weder von der Patientin noch vom Arzt realisiert.

Gegenüber der patientenseitigen Formulierung „das sieht sie nich genau auf dem Sonographen“ gebraucht der Arzt das Modalverb ‚können‘, mit dem Handlungsoptionen im Vorfeld der Ausführung einer Handlung benannt werden (Ehlich/Rehbein 1972; Brünner/Redder 1983; Redder 1984). Während im patientenseitigen Formulieren quasi das Scheitern einer Befunderhebung mittels bildgebenden Verfahrens als besorgniserregende Besonderheit verbalisiert wird, geht der Arzt eher auf erwartbare Handlungsmöglichkeiten des von der Gynäkologin gewählten Verfahrens ein. Seine Einschätzung ordnet er mittels ‚auch‘ (vgl. Buck i. d. B.), so lässt sich mit Blick auf die vorliegenden Bestimmungen¹⁰ zu dem Ausdruck sagen, dem von der Patientin in den Diskurs eingebrachtem Wissen zu. Auf diese Weise kommt es nicht nur zu einer Bekräftigung des bereits Gesagten, sondern aufgrund der aktuell vom Arzt als Experten vorgenommenen Einschätzung wird das Nicht-Sehen der Gynäkologin plausibilisiert. Mit Blick auf die konkrete Konstellation wird die ‚uncertainty‘ der behandelnden Ärztin als regelhaftes Element der technischen Möglichkeiten einer Ultraschalluntersuchung und damit quasi als ‚normal‘ kategorisiert.

⁹ Diese Nutzung des Diskurswissens ist für sog. ‚Prodrop-Sprachen‘ charakteristisch, im Deutschen findet sich dieses Verfahren neben kommentierenden Äußerungen vor allem im alltäglichen Erzählen (siehe u. a. Rehbein 1992).

¹⁰ „auch“, bereitgestellt durch das Digitale Wörterbuch der deutschen Sprache, <<https://www.dwds.de/wb/auch>>, letzter Zugriff 26.05.2022. Neben einer Klassifikation als Konjunktion (DWDS; Paul 1992: 57; Pfeifer 2000: 72) wird darauf hingewiesen, dass ‚auch‘ sowohl als Grad, wie auch als Abtönungspartikel eingesetzt werden kann (Zifonun et al. 1997: 1225 ff.), wobei insbesondere die topologische Position sowie die Frage, ob der Ausdruck betont oder nichtbetont verwendet wird, über seinen Skopus entscheidet.

6 Fazit

Dieser Beitrag verfolgte das Ziel, das Normalisieren als Reaktion auf unterschiedliche Facetten und Konstellationen von ‚uncertainty‘ in der Arzt-Patient-Kommunikation aufzuspüren und exemplarisch anhand von zwei Gesprächsausschnitten zu beleuchten. Darauf basierend wurde den Fragen nachgegangen, wie Normalisieren als Reaktion auf intrinsische und informationsbezogene ‚uncertainty‘ eingesetzt und diese interaktiv im Gespräch hergestellt, sprachlich realisiert und ausgehandelt wird. Dabei haben wir mit ‚uncertainty‘ ein Phänomen aus der aktuellen medizindidaktischen Diskussion aufgegriffen, es für eine linguistische Untersuchungen fruchtbar gemacht und die damit verbundenen methodischen Fragen behandelt. Zunächst zu den konkreten Erkenntnissen:

Im ersten Beispiel aus der Präventionsmedizin bestand das zukunftsorientierte Moment der ‚uncertainty‘ darin, dass zum Zeitpunkt der Interaktion unklar ist, ob die Patientin infolge der Immunisierung von Impfreaktionen betroffen sein wird und falls ja, welche Symptome in ihrem Einzelfall auftreten. Es zeigte sich, dass hier sowohl das Auftreten der Symptome selbst als auch die eingeschränkte Prognostizierbarkeit dieser im Gespräch normalisiert wurde. Im zweiten – nun vergangenheitsorientierten – Beispiel aus der Gynäkologie zeigte sich die ‚uncertainty‘ insofern, als aufgrund mangelnder Sichtbarkeit auf dem Sonographen keine eindeutige Sicherheit in Bezug auf den Befund besteht. Es wurde jeweils evident, dass die Ärzte auf beide Fälle von ‚uncertainty‘ mit dem Verfahren des Normalisierens reagieren. Sie gehen demnach aktiv mit ‚uncertainty‘ um und normalisieren Konstellationen und Manifestationen von ‚uncertainty‘, indem sie den Patientinnen verdeutlichen, dass hier kein Scheitern in der Prognostizierbarkeit oder Diagnostik vorliegt, sondern es sich um gewöhnliche, reguläre und der Medizin inhärente Phänomene von ‚uncertainty‘ handelt.

Ärztliches Normalisieren konnte dabei als Reaktion sowohl auf zukünftige als auch vergangene Manifestationen von ‚uncertainty‘ beobachtet werden: Während die Normalisierung der Unsicherheit bzgl. der Nebenwirkungen oder Impfreaktionen projektiv ausgerichtet ist, erfolgt die Normalisierung vergangener Diagnostik retrospektiv. Für beide Konstellationen erfüllte das Normalisieren in der sequenziellen Umgebung von ‚uncertainty‘ eine zentrale Funktion, nämlich eine Beruhigung der Patientinnen durch die Einordnung von individuellen Auffälligkeiten in die Kategorie ‚normal‘: Indem etwaige zukünftige Symptome im Gespräch antizipiert und bereits im Vorfeld als ‚normal‘ gerahmt werden, wird einer möglichen späteren Verunsicherung der Patientin vorgebeugt. Bei der Normalisierung im Rahmen einer gynäkologischen Sprechstunde reagiert der Arzt auf eine aktuell präsente Beruhigung der Patientin auf Grundlage einer vergangenen Untersuchung und versucht dieser durch die retrospektive Normalisierung im Nachhinein zu begegnen.

Gleichzeitig positionieren sich die Ärzte in den Beispielen als epistemisch superior (vgl. Heritage 2012; Bauer i. d. B.), indem sie durch das Normalisieren anzeigen, dass sie über Wissen zu bekannten und beschriebenen Nebenwirkungen (Beispiel 2) sowie zu den Möglichkeiten und Grenzen von Diagnosetechnik (Beispiel 3) verfügen und individuelle Fälle kompetent in ein Spektrum zwischen normal und unnormal einordnen können.

Es zeigte sich anhand der Beispiele, dass Normalisieren dabei einerseits durch den lexikalischen Ausdruck ‚normal‘ (vgl. Beispiel 2) und entsprechender Varianten erfolgen kann, aber andererseits auch ohne diese auskommen kann (vgl. Beispiel 3). Methodisch bedeutet dies für eine Untersuchung von Normalisierungspraktiken als Reaktion auf ‚uncertainty‘, dass in den Daten nicht nur nach erwartbaren Ausdrücken wie ‚normal‘ oder ‚unsicher‘ gesucht werden sollte, sondern es darüber hinaus aufspürender Analysen bedarf, um auch Sequenzen ausfindig zu machen, in denen keine solchen offensichtlichen lexikalischen Marker zu beobachten sind. Erst solche aufspürenden qualitativen Untersuchungen der Gesprächsdaten ermöglichen das Eruiieren von sprachlichen Phänomenen, die innerhalb von Normalisierungsverfahren in ihrem konkreten Gebrauch analysiert und nach denen in einem zweiten Schritt im Gesprächskorpus systematisch gesucht werden kann. Diese Ergebnisse digitaler Suchanfragen müssen dann wiederum qualitativ untersucht werden, um sichergehen zu können, dass es sich tatsächlich um Belege des untersuchten Gegenstands handelt. Eine solche zyklische Kombination der aufgezeigten Schritte erlaubt es, zu belastbaren Ergebnissen zu einem facettenreichen Gesprächsphänomen wie dem Normalisieren als Reaktion auf ‚uncertainty‘ zu gelangen. Die explorativen Analysen der Ausschnitte 2 und 3 ermöglichten beispielsweise auf diesem Weg, dass insbesondere das Modalverb ‚können‘ als zentrale sprachliche Ressource extrapoliert werden konnte, welche von den Ärzten in ihren Normalisierungspraktiken eingesetzt wird. Im Rahmen weiterer Analysen könnten entsprechende Einsichten als Ausgangspunkt für die systematische Suche nach weiteren Belegen in größeren Korpora bzw. korpusübergreifend dienen.

Literatur

- Auer, Peter (1993): Zur Verbspitzenstellung im Gesprochenen Deutsch. *Deutsche Sprache* 21, 193–222.
- Auer, Peter (2006): Increments and More. Anmerkungen zur augenblicklichen Diskussion über die Erweiterbarkeit von Turnkonstruktionseinheiten. In Arnulf Deppermann, Reinhard Fiehler & Thomas Spranz-Fogasy (Hrsg.), *Grammatik und Interaktion*, 279–294. Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung.
- Auer, Peter (2007): Why are increments such elusive objects? An afterthought. *Pragmatics* 17 (4), 647–658.

- Ayaß, Ruth (2021): Projektive Gattungen. Die kommunikative Verfestigung von Zukunft. In Beate Weidner, Katharina König, Wolfgang Imo & Lars Wegner (Hrsg.), *Verfestigungen in der Interaktion. Konstruktionen, sequenzielle Muster, kommunikative Gattungen*, 57–82. Berlin: De Gruyter.
- Bachman, Keith H. & Donald K. Freeborn (1999): HMO physicians' use of referrals. *Social Science & Medicine* 48 (4), 547–557.
- Bauer, Nathalie & Isabella Buck (2021): „nur dass sie_s mal geHÖRT ham;“ – Eine Konstruktion zum Zwecke des Wissensmanagements in medizinischen Interaktionen. In Marina Jakusevich, Yvonne Ilg & Theresa Schnedermann (Hrsg.), *Linguistik und Medizin*, 93–112. Berlin, Boston: De Gruyter.
- Bean, William B. (Hrsg.) (1961): *Sir William Osler. Aphorisms From His Bedside Teachings and Writings*. Springfield: Charles C. Thomas.
- Bingeman, Emily (2016): Evaluating normative epistemic frameworks in medicine: EBM and casuistic medicine. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 22, 490–495.
- Blühdorn, Hardarik, Ad Foolen & Óscar Loureda (2017): Diskursmarker: Begriffsgeschichte – Theorie – Beschreibung. Ein bibliographischer Überblick. In Hardarik Blühdorn, Arnulf Deppermann, Henrike Helmer & Thomas Spranz-Fogasy (Hrsg.), *Diskursmarker im Deutschen. Reflexionen und Analysen*, 7–47. Göttingen: Verlag für Gesprächsforschung.
- Bovier, Patrick A. & Thomas V. Perneger (2007): Stress from uncertainty from graduation to retirement – a population-based study of Swiss physicians. *Journal of General Internal Medicine* 22 (5), 632–638.
- Bredmar, Margareta & Per Linell (2008): Reconfirming normality: The constitution of reassurance in talks between midwives and expectant mothers. In Srikant Sarangi & Celia Roberts (Hrsg.), *Talk, Work and Institutional Order: Discourse in Medical, Mediation and Management Settings*, 237–270. Berlin, New York: De Gruyter.
- Brunner, Gisela & Angelika Redder (1983): *Studien zur Verwendung der Modalverben*. Tübingen: Narr.
- Bührig, Kristin (1996): *Reformulierende Handlungen. Zur Analyse sprachlicher Adaptierungsprozesse in institutioneller Kommunikation*. Tübingen: Narr.
- Bührig, Kristin (2009): Zur sprachlich-kommunikativen Realisierung von Normalität in der Arzt-Patienten-Kommunikation. In Hanneli Döhner (Hrsg.), *Medizinsoziologie in Wissenschaft und Praxis*, 51–64. Münster: LIT.
- Bührig, Kristin & Bernd Meyer (2003): Die dritte Person: Der Gebrauch von Pronomina in gedolmetschten Aufklärungsgesprächen. *Zeitschrift für Angewandte Linguistik* 38, 5–35.
- Bührig, Kristin & Juliane House (2007): Linking Constructions in Discourse across Languages. In Jochen Rehbein, Christiane Hohenstein & Lukas Pietsch (Hrsg.), *Connectivity in Grammar and Discourse*, 345–365. Philadelphia, Amsterdam: Benjamins.
- Cicourel, Aaron (1975): *Sprache in der sozialen Interaktion*. München: List.
- Dhawale, Tejaswini, Lotte M. Steuten & Joachim H. Deeg (2017): Uncertainty of Physicians and Patients in Medical Decision Making. *Biology of Blood and Marrow Transplantation* 23 (6), 865–869.
- Deppermann, Arnulf (2006): Deontische Infinitivkonstruktionen: Syntax, Semantik, Pragmatik und interaktionale Verwendung. In Susanne Günthner & Wolfgang Imo (Hrsg.), *Konstruktionen in der Interaktion* (Linguistik – Impulse & Tendenzen 20), 239–262. Berlin, New York: De Gruyter.
- Deppermann, Arnulf (2014): Agency in Erzählungen über Gewalterfahrungen in Kindheit und Jugend. Sprachliche Praktiken der Zuschreibung von Schuld und Verantwortung an Täter und Opfer. In Carl-Eduard Scheidt, Gabriele Lucius-Hoene, Anja Stukenbrok & Elisabeth Waller (Hrsg.), *Narrative Bewältigung von Trauma und Verlust*, 64–75. Stuttgart: Schatthauer.

- Digitales Wörterbuch der deutschen Sprache*. <https://www.dwds.de/wb/auch> (letzter Zugriff 26.05.2022).
- Ehlich, Konrad (1979): *Verwendungen der Deixis beim sprachlichen Handeln. Linguistisch-philologische Untersuchungen zum hebräischen deiktischen System*. Frankfurt a.M. u.a.: Lang.
- Ehlich, Konrad (1979b): Formen und Funktionen von HM. Eine phonologisch-pragmatische Analyse. In Harald Weydt (Hrsg.), *Die Partikeln der deutschen Sprache*, 503–517. Berlin, New York: De Gruyter.
- Ehlich, Konrad (1986): *Interjektionen*. Tübingen: Niemeyer.
- Ehlich, Konrad (1987): so – Überlegungen zum Verhältnis sprachlicher Formen und sprachlichen Handelns, allgemein und an einem widerspenstigen Beispiel. In Konrad Ehlich (Hrsg.), *Sprache und sprachliches Handeln*, 141–168. Berlin, New York: De Gruyter.
- Ehlich, Konrad & Jochen Rehbein (1972): Einige Interrelationen von Modalverben. In Dieter Wunderlich (Hrsg.), *Pragmatik*, 318–340. Frankfurt a.M.: Athenäum.
- Ehlich, Konrad & Jochen Rehbein (1976): Halbinterpretative Arbeitstranskriptionen (HiAT). *Linguistische Berichte* 46, 21–41.
- Ehlich, Konrad & Jochen Rehbein (1979): Erweiterte halbinterpretative Arbeitstranskriptionen (HiAT 2): Intonation. *Linguistische Berichte* 59, 51–75.
- Eurimpharm (2009): *Rabipur Gebrauchsinformation: Information für den Anwender*. <https://portal.dimdi.de/amispb/doc/pei/Web/2604232-palde-20091201.pdf> (letzter Zugriff 24.06.2022).
- Farnan, Jeanne M., Joanne Johnson, David Meltzer, Holly J. Humphrey & Vishal Arora (2008): Resident uncertainty in clinical decision making and impact on patient care: a qualitative study. *Quality & Safety in Health Care* 17 (2), 122–126.
- Fiehler, Reinhard (1990): *Kommunikation und Emotion: Theoretische und empirische Untersuchungen zur Rolle von Emotionen in der verbalen Interaktion*. Berlin, New York: De Gruyter.
- Foucault, Michel (1993): Leben machen und Sterben lassen. Die Geburt des Rassismus. (Auszug aus der Vorlesung vom 17. März 1976 am Collège de France, übersetzt von Hermann Kocyba). In Sebastian Reinfeldt & Richard Schwarz (Hrsg.), *Bio-Macht. Biopolitische Konzeptionen der Neuen Rechten*. Duisburg: DISS.
- Foucault, Michel ([1976] 1994): *Überwachen und Strafen. Die Geburt des Gefängnisses*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Foucault, Michel (2003): Die gesellschaftliche Ausweitung der Norm. In Daniel Defert & Francois Ewalt (Hrsg.), *Michel Foucault. Schriften in vier Bänden: Dits et écrits*: Band III. 1976–1979, 99–105. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Gärtner, Julia, Kristin Bührig & Sigrid Harendza (i. Dr.): On indicating and dealing with uncertainty in healthcare dialogues: questions and findings for medical practice and teaching. In Sarah Bigi & Grazia Maria Rossi (Hrsg.), *A pragmatic agenda for healthcare: fostering inclusion and active participation through shared understanding*. Amsterdam, New York: Benjamins.
- Giesecke, Michael & Kornelia Rappe (1981): Rekonstruktion von Bedeutungszuschreibungen mithilfe der Normalformanalyse. In Wolfgang Frier (Hrsg.), *Pragmatik. Theorie und Praxis*, 343–378. Amsterdam: Rodopi.
- Giesecke, Michael (1982): Die Normalformanalyse, ein kommunikationswissenschaftliches Untersuchungsverfahren für interaktionelle Vorgänge in Institutionen – dargestellt an Beispielen aus der Analyse von Supervisions- und Balintgruppen. In Hans-Georg Soeffner (Hrsg.), *Beiträge zu einer empirischen Sprachsoziologie*, 185–204. Tübingen: Narr.
- Giesecke, Michael & Kornelia Rappe (1982): Setting und Ablaufstrukturen in Supervisions- und Balintgruppen. Ergebnisse einer kommunikationswissenschaftlichen Untersuchung. In Dieter Flader, Wolf-Dietrich Grodzicki & Klaus Schröter (Hrsg.), *Psychoanalyse als Gespräch*.

- Interaktionsanalytische Untersuchungen über Therapie und Supervision*, 208–302. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Goffman, Erving (1974): *Rahmenanalyse. Ein Versuch über die Organisation von Alltagserfahrungen*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Groß, Alexandra (2018): *Arzt/Patient-Gespräche in der HIV-Ambulanz. Facetten einer chronischen Gesprächsbeziehung*. Göttingen: Verlag für Gesprächsforschung.
- Gülich, Elisabeth (1994): Formulierungsarbeit im Gespräch. In Svetla Cmejrkova (Hrsg.), *Writing vs Speaking: language, text, discourse, communication: proceedings of the conference held at the Czech Language Institute of the Academy of Sciences of the Czech Republic, Prague, October 14 – 16, 1992* (Tübinger Beiträge zur Linguistik 392), 77–95. Tübingen: Narr.
- Han, Paul (i.pr.): A pragmatic agenda for understanding und managing uncertainty in healthcare. In Sarah Bigi & Grazia Maria Rossi (Hrsg.), *A pragmatic agenda for healthcare: fostering inclusion and active participation through shared understanding*. Amsterdam, New York: Benjamins.
- Han, Paul K., William M. Klein & Neeraj K. Arora (2011): Varieties of uncertainty in health care: a conceptual taxonomy. *Medical Decision Making* 31 (6), 828–838.
- Harendza, Sigrid, Pascal O. Berberat & Martina L. Kadmon (2017): Assessing competences in medical students with a newly designed 360-degree examination of a simulated first day of residency: a feasibility study. *Journal of Community Medicine & Health Education* 7 (4), 1–8.
- Heritage, John (2012): Epistemics in Conversation. In Jack Sidnell & Tanya Stivers (Hrsg.), *The handbook of conversation analysis*, 370–394. Chichester: Wiley-Blackwell.
- Heritage, John & Anna Lindström (2012): Knowledge, Empathy, and Emotion in a Medical Encounter. In Anssi Peräkylä & Marja-Leena Sorjonen (Hrsg.), *Emotion in Interaction*, 256–273. Oxford: Oxford University Press.
- Holly, Werner (1979): *Imagearbeit in Gesprächen*. Tübingen: Niemeyer.
- Iannello, Paola, Anna Mottini, Simone Tirelli, Silvia Riva & Alessandro Antonietti (2017): Ambiguity and uncertainty tolerance, need for cognition, and their association with stress: a study among Italian practicing physicians. *Medical Education Online* 22 (1), 1–10.
- Imo, Wolfgang (2016): *Grammatik. Eine Einführung*. Stuttgart: Metzler.
- Imo, Wolfgang & Evelyn Ziegler (2019): Situierete Konstruktionen: das Indefinitpronomen *man* im Kontext der Aushandlung von Einstellungen zu migrationsbedingter Mehrsprachigkeit. In Sabine de Knop & Jürgen Erfurt (Hrsg.), *Konstruktionsgrammatik und Mehrsprachigkeit*, 75–104. Duisburg: UVR [OBST].
- Kallmeyer, Werner & Fritz Schütze (1976): Konversationsanalyse. *Studium Linguistik* 1, 1–28.
- Lingard, Lorelai, Kim Garwood, Catherine Schryer & Marlee M. Spafford (2003): A certain art of uncertainty: case presentation and the development of professional identity. *Social Science & Medicine* 56 (3), 603–613.
- Link, Jürgen (1999): „Normativ“ oder „Normal“? Diskursgeschichtliches zur Sonderstellung der Industrienorm im Normalismus, mit einem Blick auf Walter Cannon. In Werner Sohn & Herbert Mehrtens (Hrsg.), *Normalität und Abweichung. Studien zur Theorie und Geschichte der Normalisierungsgesellschaft*, 30–44. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Link, Jürgen, Thomas Loer & Hartmut Neuendorff (2003): Zur Einleitung: ‚Normalität‘ im Diskursnetz soziologischer Begriffe. In Jürgen Link, Thomas Loer & Hartmut Neuendorff (Hrsg.), *‚Normalität‘ im Diskursnetz soziologischer Begriffe*, 7–20. Heidelberg: SYNCHRON Wissenschaftsverlag der Autoren.
- Maynard, Douglas W. (2003): *Bad News, Good News. Conversational Order in Everyday Talk and Clinical Settings*. Chicago: University of Chicago Press.

- Meyer, Bernd (2020): Zur Darstellung medizinischer Risiken in Text und Diskurs: Aufklärungsbögen, Aufklärungsgespräche, Dolmetschen. In Hartwig Kalverkämper & Klaus-Dieter Baumann (Hrsg.), *Fachtextsorten-in-Vernetzung. Forum für Fachsprachenforschung*, Band 80, 337–364. Berlin: Frank & Timme.
- Molewijk Albert C., Anne M. Stiggelbout, Wilma Otten, Heleen M. Dupuis & Job Kievit (2003): Implicit normativity in evidence-based medicine: a plea for integrated empirical ethics research. *Health Care Analysis* 11(1), 69–92.
- O’Riordan, Margaret, André Dahinden, Zekeriya Aktürk, José M. Ortiz, Dagdeviren Nezhil, Glyn Elwyn et al. (2011): Dealing with uncertainty in general practice: an essential skill for the general practitioner. *Quality in Primary Care* 19 (3), 175–181.
- Paul, Hermann (1992): *Deutsches Wörterbuch. 9. vollständig neu bearbeitete Auflage von Helmut Henne und Georg Objartel unter Mitarbeit von Heidrun Kämper-Jensen*. Tübingen: Niemeyer.
- Robert Koch Institut / Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2021): *Das Impfbuch für alle*. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Broschueren/BMG_Impfbuch-fuer-alle_210602_bf.pdf (letzter Zugriff 08.05.2022).
- Peters, Tim (2015): „*Sie können sich das quasi aussuchen, welches sie nehmen.*“ *Die interaktionale Aushandlung der therapeutischen Entscheidungsfindung in der medizinischen Ausbildung*. Mannheim: Verlag für Gesprächsforschung.
- Pfeifer, Wolfgang (2000⁵): *Etymologisches Wörterbuch des Deutschen*. München: DTV.
- Politi, Mary C., Paul K. Han & Nananda F. Col (2007): Communicating the uncertainty of harms and benefits of medical interventions. *Medical Decision Making* 27 (5), 681–695.
- Redder, Angelika (1984): *Modalverben im Unterrichtsdiskurs. Pragmatik der Modalverben am Beispiel eines institutionellen Diskurses*. Tübingen: Niemeyer.
- Rehbein, Jochen (1976): *Planen II: Planbildung in Sprechhandlungssequenzen*. Trier: Linguistic Agency Universität Trier (LAUT).
- Rehbein, Jochen (1979): Sprechhandlungsaugmente. In Harald Weydt (Hrsg.), *Die Partikeln der deutschen Sprache*, 58–74. Berlin, New York: De Gruyter.
- Rehbein, Jochen (1989): Biographiefragmente. Nicht-erzählende rekonstruktive Diskursformen in der Hochschulkommunikation. In Rainer Kokemohr & Winfried Marotzki (Hrsg.), *Biographien in komplexen Institutionen. Studentenbiographien I*, 163–253. Frankfurt a.M.: Lang.
- Rehbein, Jochen (1992): Zur Wortstellung im komplexen deutschen Satz. In Ludger Hoffmann (Hrsg.), *Deutsche Syntax. Ansichten und Aussichten*, 523–574. Berlin: De Gruyter.
- Rehbein, Jochen (1995): *Segmentieren*. Verbmobil Memo 64. Universität Hamburg: Germanisches Seminar.
- Rehbein, Jochen (2001): Das Konzept der Diskursanalyse. In Klaus Brinker, Gerd Antos, Wolfgang Heinemann & Sven F. Sager (Hrsg.), *Text- und Gesprächslinguistik. Linguistics of Text and Conversation. Ein internationales Handbuch zeitgenössischer Forschung. An International Handbook of Contemporary Research*. Vol. 2, 927–945. Berlin, New York: De Gruyter.
- Rehbein, Jochen, Thomas Schmidt, Bernd Meyer, Franziska Watzke & Annette Herkenrath (2004): *Handbuch für das computergestützte Transkribieren nach HIAT. Arbeiten zur Mehrsprachigkeit*, Folge B, Nr. 36. <http://www.rrz.uni-hamburg.de/SFB538/> (letzter Zugriff 08.05.2022).
- Sacks, Harvey (1971): Das Erzählen von Geschichten innerhalb von Unterhaltungen. In Rolf Kjolseth & Fritz Sack (Hrsg.), *Zur Soziologie der Sprache*. KZSS Sonderband 15, 307–314. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Sacks, Harvey (1984): On doing being ordinary. In J. Maxwell Atkinson & John Heritage (Hrsg.), *Structures of Social Action. Studies in Conversation Analysis*, 413–429. Cambridge: Cambridge University Press.

- Schütte, Christian (2021): Ist das denn noch normal? Diskurslinguistische Stichproben zur Aushandlung von Normalität in Online-Trauer-Foren. In Marina Iakusevich, Yvonne Ilg & Theresa Schnedermann (Hrsg.), *Linguistik und Medizin. Sprachwissenschaftliche Zugänge und interdisziplinäre Perspektiven*, 279–298. Berlin, New York: De Gruyter.
- Schütz, Alfred (1971): Phänomenologie und die Sozialwissenschaften. In Alfred Schütz, *Gesammelte Aufsätze, Bd. 1: Das Problem der sozialen Wirklichkeit*, 136–161. Den Haag: Martinus Nijhoff. [Orig.: Phenomenology and the Social Sciences. In Marvin Farber (Hrsg.) (1940), *Philosophical Essays in Memory of Edmund Husserl*, 164–186. Cambridge: Harvard University Press].
- Selting, Margret, Peter Auer, Dagmar Barth-Weingarten, Jörg Bergmann, Pia Bergmann, Karin Birkner, Elizabeth Couper-Kuhlen, Arnulf Deppermann, Peter Gilles, Susanne Günthner, Martin Hartung, Friederike Kern, Christine Mertzluft, Christian Meyer, Miriam Morek, Frank Oberzaucher, Jörg Peters, Uta Quasthoff, Wilfried Schütte, Anja Stukenbrock, Susanne Uhmann (2009): Gesprächsanalytisches Transkriptionssystem 2 (GAT 2). *Gesprächsforschung – Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion* 10, 353–402.
- Simpkin, Arabella L. & Richard M. Schwartzstein (2016): Tolerating uncertainty – The next medical revolution? *The New England Journal of Medicine* 375, 1713–1715.
- Spranz-Fogasy, Thomas (1987): Alternativen der Gesprächseröffnung im ärztlichen Gespräch. *Zeitschrift für Germanistische Linguistik* 15 (3), 293–302.
- Stöppler, Melissa M. (2021): Uncertainty. *Medterms. Medical Dictionary a-z list*. <https://www.medicinenet.com/medterms-medical-dictionary/article.htm> (letzter Zugriff 23.05.2022).
- Thurmair, Maria (1989): *Modalpartikeln und ihre Kombinationen*. Berlin u.a.: De Gruyter.
- Tonelli, Mark R. & Ross E. Upshur (2019): A Philosophical Approach to Addressing Uncertainty in Medical Education. *Academic Medicine* 94 (4), 507–511.
- Wray, Charlie M. & Lawrence K. Loo (2015): The Diagnosis, Prognosis and Treatment of Medical Uncertainty. *Journal of graduate medical education* 7 (4), 523–527.
- Zifonun, Gisela, Ludger Hoffmann, Bruno Strecker, Joachim Ballweg, Ursula Brauße, Eva Breindl, Ulrich Engel, Helmut Frosch, Ursula Hoberg & Klaus Vorderwülbecke (1997): *Grammatik der deutschen Sprache*. Berlin, New York: De Gruyter.

Valeria Schick

Animierte Szenarien: Zur sprachlichen Darstellung (über-)individueller Normalität in deutschen und russischen Aufklärungsgesprächen aus der Onkologie

Abstract: Der Beitrag stellt die ärzteseitige Verwendung animierter Szenarien in deutschen und russischen onkologischen Aufklärungsgesprächen sprach- und kulturkontrastiv in den Fokus. Im Kontext der Thematisierung von (über-)individuellen mitgliedschaftskategoriengebundenen Normalitätszuständen werden animierte Szenarien als Veranschaulichungspraktik aus einer interaktionslinguistischen Perspektive beleuchtet. Dabei werden generische animierte Szenarien exemplarisch in den Blick genommen, mit denen ÄrztInnen behandlungsnormbezogene Entscheidungsoptionen modellieren und sequenzlokal spezifische kommunikative Aufgaben der Veranschaulichung und Normalisierung erfüllen.¹

Keywords: Szenarien, animierte Rede, mentale Räume, Interaktionale Linguistik, Kognitive Linguistik, Sprachvergleich, Normalität, Normalisierung, Mitgliedskategorisierung, onkologische Aufklärungsgespräche

1 Einleitung

Medizinische Aufklärungsgespräche unterliegen als ein institutionelles Interaktionsformat juristischen, medizinsoziologischen und kommunikativen Normen, die vor allem darin bestehen, PatientInnen unter Berücksichtigung ihres Selbstbestimmungsrechts über bevorstehende präventive, diagnostische, invasive und/oder (post-)kurative Maßnahmen und Risiken zu informieren (vgl. Meyer 2000: 5f.; Günthner 2018: 366; Buck/Schopf 2021: 113f.). Für die onkologische Aufklärung bedeutet es folglich, dass die betroffenen Personen sowohl über die Einzelheiten zu dem vorliegenden Befund als auch über die auf ihre Diagnose zugeschnittenen Therapiemöglichkeiten in Kenntnis gesetzt werden müssen (vgl. Bentz et al. 2017: 16–18). Dabei stehen ÄrztInnen nicht zuletzt aufgrund der Formenvielfalt von Krebserkrankungen und ihrer patientenindividuellen Erscheinungen vor der Her-

¹ Ich danke Irina Mostovaia, den teils anonymen Gutachterinnen und besonders Wolfgang Imo für die hilfreichen Kommentare zu diesem Beitrag.

ausforderung, Vorstellungen von der bisherigen Alltagsnormalität der PatientInnen und den ihnen bevorstehenden Behandlungsmaßnahmen stets von Neuem auszuhandeln (vgl. Coussios et al. 2019: 51 f.; Iakushevich et al. 2021: Kap. III).

Dass dieser sprachlich-interaktive Aushandlungsprozess in verschiedenen nationalen und fachgebietsspezifischen medizinkulturellen Kreisen unterschiedlich ablaufen kann, gewinnt für die Ausbildungs- und Behandlungspraxis zunehmend an Bedeutung (vgl. Gießelmann 2016: 2198; Fedorovskaya/Osipenko 2020: 194 f.). Denn besonders in interkulturellen Gesprächskonstellationen geht der Verständigungsprozess zwischen ÄrztInnen und PatientInnen nicht immer mit dem gegenseitigen Verstehen einher (vgl. Bührig/Meyer 2004: 3 f.). Daher plädieren immer mehr MedizinerInnen dafür, die „eigene medizinische Sozialisation, berufliche Rollenvorstellungen und kulturelle Normen [zu] reflektieren“ (Gießelmann 2016: 2200), um für die kulturellen behandlungsrelevanten Gemeinsamkeiten und Unterschiede zu sensibilisieren. Da Kultur per se und damit auch die nationale sowie fachgebietsspezifische Medizinkultur zu einem nicht unerheblichen Teil über Sprache „dialogisch und in enger Kollaboration der Interagierenden konstruiert, bestätigt und modifiziert [wird]“ (Günthner 2019: 269; vgl. Günthner 2013: 27–37 zum Begriff *doing culture*), lassen sich die zugehörigen Auffassungen von lebensweltlicher sowie therapeutischer Normalität in medizinischen Handlungssettings demzufolge aus den empirisch erfassbaren kommunikativen Abläufen heraus rekonstruieren (vgl. Günthner 2019: 271, 285 f.).

An diesem Punkt setzt der vorliegende Beitrag mit der interaktionslinguistischen Betrachtung animierter Szenarien² an (vgl. Brünner/Gülich 2002: 36 f.; Ehmer 2011: 60–123), einer Praktik³ (vgl. Selting 2016: 27–31), der in den untersuchten Korpora deutscher und russischer onkologischer Aufklärungsgespräche aufgrund ihres wiederkehrenden Einsatzes in der kommunikativen Zuschreibung patientenseitiger Alltags- und Behandlungsnormalität eine tragende Rolle zukommt.⁴ Der Fokus auf diesem Sprachenpaar liegt darin begründet, dass mit den russischen

2 Der Begriff ‚animierte Szenarien‘ wird in Anlehnung an den Begriff „animierte Szene“ (Ehmer 2011: 143) verwendet, um spezifische Formen von Szenarien zu konzeptualisieren, in denen animierte Rede eingebettet ist.

3 Unter dem Praktikenbegriff wird hier die „rekurrente Verwendung und Kombination bestimmter Ressourcen oder Ressourcenbündel, d. h. sprachliche und nicht-sprachliche Formen und Formate, für die Herstellung und Kontextualisierung einer bestimmten Handlung in einem bestimmten sequenziellen Kontext“ (Selting 2016: 29) verstanden.

4 Weitere Normalisierungspraktiken, die in den deutschen Aufklärungsgesprächen vorkommen, werden von Bauer (i. d. B.) und Günthner (i. d. B.) analysiert. In den russischen Daten lassen sich ferner ärzteseitig selbstbeantwortete Fragen (vgl. zu dem Konzept selbstbeantworteter Fragen Bucker 2015) als explikative Praktiken zur Normalisierung der aktiven Überwachung gegenüber invasiven Therapieformen herausstellen (vgl. Schick 2020).

Daten gezielt ein Vergleichskorpus zu den deutschen Aufklärungsgesprächen aufgebaut wurde, um dem Anspruch der Interaktionalen Linguistik Rechnung zu tragen, sprach- und kulturvergleichende Analysen stärker ins Forschungsprogramm einzubeziehen (vgl. Couper-Kuhlen/Selting 2018: 11, 548–555). Am Beispiel einer explorativen Fallstudie (vgl. Couper-Kuhlen/Selting 2018: 7 zum Begriff *single cases*) generischer animierter Szenarien wird anhand je eines deutschen und russischen Gesprächsauszuges aus der Frauenklinik beziehungsweise der Urologie der Frage nachgegangen, wie und zu welchem Zweck ÄrztInnen fremde Äußerungen im Rahmen vorgestellter Situationen inszenieren und den PatientInnen damit (über-)individuelle Bereiche des Normalen in Bezug auf die Therapieansätze sowohl sprach- als auch gesprächsübergreifend nahebringen.

2 Dimensionen von Normalität in der medizinischen Interaktion

Aus praxeologischer Sicht stellen Normen – die in dieser Untersuchung vordergründig auf Seiten der ÄrztInnen eine wichtige Rolle in der Konstitution von Normalität spielen – „keine *a priori* Phänomene menschlichen Zusammenlebens und sozialer Strukturen“ (Vallentin 2012: 28, Hervorhebung im Original) dar. Sie können vielmehr als subjektive wissensgeleitete Interpretationen verinnerlichter gesellschaftlich etablierter Abläufe verstanden werden, die in diesem Sinne keine einheitliche empirische Fassungsform aufweisen (vgl. Gloy 2012: 23; Vallentin 2012: 29). Ihre Emergenz kann allerdings – wie einige gesprächslinguistische Publikationen für medizinische Kontexte im Ansatz aufzeigen (vgl. Bredmar/Linell 2008: 241–255, 257; Bührig 2009: 55–62; Groß 2018: 212–222, 255) – durch die Untersuchung der im entsprechenden sequenziellen Interaktionsverlauf eingesetzten sprachlichen Mittel offengelegt werden.

Innerhalb derartiger kommunikativer Rekonstruktionen lassen vor allem medizinische (Handlungs-)Normen in der Regel nur wenig Interpretationsspielraum zu, da sie zumeist in diagnostisch-therapeutischen Richt- oder Leitlinien verankert sind (vgl. Bundesärztekammer 2022), die wiederum auf standardisierten, häufig internationalen klinischen Studien und dem Erfahrungswissen der ÄrztInnen beruhen (vgl. Brünner 2009: 172; Jäger/Neumann 2013: 368–371). Diese ‚Orientierungsnormen‘ sind Teil der beruflichen ‚Alltagsnormalität‘ der ÄrztInnen und betreffen einerseits ihr kuratives Handeln (zum Beispiel die Behandlungsindikation bei Krankheiten wie Krebs) und andererseits ihr kommunikatives Handeln (zum Beispiel die adressatenorientierte Aufklärungspflicht von PatientInnen oder die kollektive Therapieplanung im Tumorboard; vgl. Coussios et al. 2019: 11, 156).

Des Weiteren dienen sie der standardisierten Klassifizierung von Krankheiten beziehungsweise Therapien, auf deren Basis aus individuellen PatientInnen PatientInnenengruppen erzeugt werden, denen bestimmte Kategorisierungsmerkmale gemein sind (vgl. Coussios et al. 2019: 50 f.). Dass medizinische Normen von ÄrztInnen und PatientInnen durchaus unterschiedlich wahrgenommen werden können, lässt sich besonders in der onkologischen Aufklärung erkennen.⁵ So zeigt sich beispielsweise, dass Therapiemaßnahmen wie Operation oder Chemotherapie für ÄrztInnen zu normalen⁶ Abläufen der Behandlungspraxis gehören (vgl. Bentz et al. 2017: 17 f.), während sie für PatientInnen ebenso wie die Krebsdiagnose, sofern sie damit zum ersten Mal konfrontiert werden, auf körperlicher und emotionaler Ebene einen schwerwiegenden Wandel ihrer Alltagsnormalität nach sich ziehen (vgl. Günthner 2017: 31–39; Imo 2017a: 24–26; auch Bauer/Günthner i. d. B.). Nichtsdestotrotz bestimmen nicht nur der von der Normfolie ‚Gesundheit‘ abweichende Befund, sondern auch die physische und psychische Verfassung der PatientInnen, was für sie im Gespräch unter den Normalitätsbegriff fällt und wie es ihre Entscheidung über den weiteren Umgang mit der Krankheit beeinflusst (vgl. Bührig 2009: 51). Denn sowohl ÄrztInnen als auch PatientInnen bringen dazu eigene (Fach-)Wissensbestände, Vorstellungen und Erwartungen in die Interaktion ein (vgl. Groß 2015: 284–292), die im Verlauf der Aufklärung auf einen gemeinsamen Nenner gebracht werden müssen (vgl. auch Groß/Birkner und Hannken-Illjes et al. i. d. B.).

Dies eröffnet in einigen Fällen ein situativ gebundenes ‚flexibles Normalitätsfeld‘ (vgl. Günthner et al. 2012: 4), das über eine festgelegte Norm hinaus als ein auszuhandelndes „[Möglichkeitsfeld] [...] mehr oder weniger zulässiger Verhaltensweisen [...]“ (Günthner et al. 2012: 4) gesehen wird, in dem „flexible, situationsabhängige und empirisch durchaus modifizierbare Verhaltensformen erscheinen“ (Günthner et al. 2012: 4). Wie die Analyse zeigen wird, können derartige Verhaltensformen beziehungsweise Handlungsoptionen medizinkultur- und patientengruppenspezifisch sein, was in der Interaktion mitunter über ärzteseitige Darstellungen von *category-bound activities* (vgl. Sacks 1974: 221) und die sich daraus abzeichnenden Mitgliedschaftskategorien (*membership categories*, vgl. Sacks 1974: 218) relevant gesetzt wird (vgl. Hausendorf 2000: 15 f.).⁷ Das heißt, dass sich der präskriptive Charakter medizi-

5 Aus Umfangsgründen kann in diesem Untersuchungszusammenhang nicht auf das patientenseitige Wissen um medizinische Normen eingegangen werden, da hier vor allem das kommunikative Handeln der ÄrztInnen im Fokus steht.

6 Bührig (2009: 52) beschreibt mit „Normalität“ die einer Norm entsprechende Beschaffenheit oder Eigenschaft.“

7 Die erwähnten Aktivitäten sind aus der Perspektive der *membership categorization analysis* (vgl. Hester/Eglin 1997: 1–23) als Teil der kommunikativ erzeugten *membership categorization* (vgl. Sacks 1974: 218–224) zu verstehen, zu der „die Aktualisierung von Zugehörigkeit z. B. mit Hilfe

nischer Handlungsnormen, also konkreter indikationsgebundener Handlungsvorgaben, in mitunter gleichwertigen, interaktionslokal aufeinanderfolgenden Handlungsalternativen äußert, denn „via some norm two activities may be made observable as a sequentially ordered pair“ (Sacks 1974: 226). Diese kategoriengebundenen Alternativen werden den Betroffenen im Prozess der sprachlich-interaktiven Normalisierung als einer Norm entspringende und demnach normale Vorgehensweisen (vgl. Bührig 2009: 52) zur Auswahl vorgelegt.⁸

Unter Einbezug der obigen Ausführungen werden für die analytisch relevanten Begriffe ‚Normalität‘ und ‚Normalisierung‘ im Kontext animierter Szenarien folgende Definitionen vorgeschlagen (vgl. Groß/Birkner i. d. B. für weitere Definitionsansätze), die sich aus unterschiedlichen Quellen speisen und sowohl die ärztels als auch die patientenseitigen Dimensionen einbeziehen:

I) Normalität

Normalität kommt in medizinischen Interaktionen einerseits als ärzte- und andererseits als patientenseitige (Alltags-)Normalität zum Vorschein. Neben der medizinischen Normalität der größtenteils auf medizinischen Normen basierenden kollektiven Diagnosestellung, Therapiediskussion und -durchführung besteht für ÄrztInnen in der Onkologie eine auf die Aufklärungssituation gerichtete Normalität. Dabei sind unter anderem die Mitteilung und Erläuterung der Diagnose und Therapiemöglichkeiten sowie der Umgang mit Begleitreaktionen (Bestürzung, Angst ...) der PatientInnen routinisierte und damit normale Bestandteile ihres Berufsalltags, zu deren Bewältigung die ÄrztInnen meist bestimmte kommunikative Muster entwickelt haben (vgl. Günthner 2018: 366).

Für Krebspatientinnen dagegen bildet die Konfrontation mit der Diagnose und der Therapieplanung einen Einschnitt in ihre Alltagsnormalität, die in ein Leben ohne (alte Normalität) und eines mit der Erkrankung (neue Normalität) geteilt wird. Dabei haben die Betroffenen über das Mitbestimmungsrecht einen gewissen Einfluss auf die Konstitution ihrer neuen Alltags-beziehungsweise lebensweltlichen Normalität.

II) Normalisierung

Unter Normalisierung wird die schrittweise kommunikative Etablierung von Normalität im Gespräch verstanden, die im situativen Kontext der Aufklärung seitens der ÄrztInnen oder PatientInnen mittels dafür bestimmter sprachlicher Praktiken erfolgt. Dieser Prozess des *talk[ing] into being [normal, V. S.]* (vgl. Heritage 1984: 290) umfasst unter anderem die ärzte-seitige Thematisierung von diagnoseabhängigen Behandlungs- sowie Entscheidungsoptionen und daraus resultierenden neuen Alltagsnormalitäten krebserkrankter PatientInnen, die

spezieller Mitgliedschaftskategorien (Zuordnen), das Ausdrücken verschiedenster Merkmale, die mit diesen Kategorien verbunden sind (Zuschreiben) sowie das auf die Kategorien‘inhaber‘ und ihre Merkmale bezogene Darstellen von Einstellungen (Bewerten) [gehören]“ (Hausendorf 2000: 16). Die Gesamtheit von Mitgliedschaftskategorien, die bestimmte Merkmale teilen, wird als *membership categorization device* (vgl. Sacks 1974: 218) bezeichnet.

⁸ Vgl. Bührig/Schopf i. d. B. zu Entscheidungsalternativen in der Präventionsmedizin.

beispielsweise über die Zuordnung eines Individualfalls zu einer PatientInnengruppe veranschaulicht werden.

Die patientenseitige Normalisierung kann sich zum Beispiel in Darstellungen des persönlichen Erlebens der neuen Alltagsnormalität und ihrer Mitgestaltung, in Bewertungen konkreter Behandlungsoptionen oder in zugehörigen Entscheidungsbekundungen äußern.⁹

In den Untersuchungsdaten zeigt sich der Normalisierungsprozess darin, dass die behandelnden ÄrztInnen den jeweiligen pathologischen Befund und die daraus resultierenden (über-)individuellen therapeutischen und lebensweltlichen Konsequenzen rekurrent mithilfe animierter Szenarien (vgl. Brünner/Gülich 2002: 36f.; Ehmer 2011: 60–123) illustrieren, deren theoretische Konzeptualisierung im Folgenden umrissen werden soll.

3 Animierte Szenarien als Veranschaulichungspraktik in der medizinischen Kommunikation

In ÄrztInnen-PatientInnen-Gesprächen spielen Veranschaulichungsverfahren wie Szenarien bei der Informationsvermittlung zwischen ExpertInnen und LaiInnen eine unentbehrliche Rolle (vgl. Brünner/Gülich 2002: 22f.; auch Günthner i. d. B.). Szenarien werden als sprachlich-interaktive Modellierungen imaginiertes, mehr oder weniger realitätsnaher Ereignisse oder Handlungen und vor diesem Hintergrund als ein Format ‚mentaler Räume‘ (*mental spaces*, vgl. Fauconnier [1985] 1994) konzeptualisiert (vgl. Coulson 2001: 22; Brünner/Gülich 2002: 36f.; Ehmer 2011: 14, 57). Für die verbale Gestaltung der Praktik der Präsentation von Szenarien ist neben Merkmalen wie der Adressatenorientierung (*recipient design*, vgl. Sacks 1995: 438) das Einbringen von situationsbezogenen Einzelheiten oder alternativen Handlungsverläufen sowie die funktionalisierte Verwendung direkter Rede charakteristisch (vgl. Brünner 2009: 181). Vor allem über die direkte Rede können PatientInnen Informationen auf unterschiedlichen Ebenen zugänglich gemacht werden, die „nicht nur rationale oder explizit formulierbare Wissensselemente [umfassen], sondern auch emotionale, situativ-perzeptive sowie konkret handlungspraktische Aspekte“ (Scarvaglieri 2013: 79). Diese Möglichkeit wird speziell dem Format der ‚animierten Rede‘ (vgl. Ehmer 2011: 60–123; vgl. Scarvaglieri

⁹ In den animierten Szenarien liegt die Normalisierungsperspektive ‚fiktiver‘ PatientInnen vor, die von den ÄrztInnen interaktionslokal aktiviert wird. Dabei orientieren sich die ÄrztInnen an den angenommenen Normalitätsvorstellungen der imitierten PatientInnen.

2013: 79f.) zugeschrieben, das eine Verbindung zu Wissen, Wahrnehmungsvermögen, Emotionen und Handlungsweisen herstellt und „als rhetorisches Verfahren zur konkreten Illustration und szenischen Vorführung kommunikativer Ereignisse“ (Günthner 2000: 285) bestimmten Zwecken unterliegt. Die animierte Rede zeichnet sich dadurch aus, dass sie über eine rein rekonstruktive Wiedergabeform hinausgeht (vgl. Ehmer 2011: 61f.), da sie sich nicht auf eine konkrete Ausgangsäußerung zurückführen lässt und keinen „auf bestimmte Aktivitätstypen begrenzten Sonderfall der Sprachverwendung (wie etwa Redewiedergabe in Erzählungen)“ (Ehmer 2011: 63) darstellt.¹⁰ Bei dieser Art der Inszenierung von (Sprech-)Handlungen an- oder abwesender Personen und der damit einhergehenden Versetzung in die jeweilige SprecherInnenperspektive operiert die animierte Rede im semiotischen Modus des Demonstrierens, der sich innerhalb eines zuvor eröffneten Handlungsraumes beziehungsweise mentalen Raumes vollzieht (vgl. Ehmer 2011: 77; Buck/Schopf 2021: 125).

Aus kognitiv-linguistischer Sicht sind derartige Konstruktionen mentaler Räume als gesprächslokal spontan entworfene, szenenartige Vorstellungen zu verstehen, welche bei Interagierenden auf kognitiver Ebene ausgehend von zusammenhängenden Wissens-elementen (*frames*, vgl. Fillmore 1976) mittels bestimmter sprachlicher Elemente (*space-builder*, vgl. Sweetser/Fauconnier 1996: 10) evoziert werden (vgl. Ehmer 2011: 32f.). So können eine Reihe sprachlicher Mittel, darunter Subjunktionen wie ‚wenn‘, ‚dann‘, (Modal-)Verben, Deiktika und nicht zuletzt direkte (animierte) Rede und die ihr vorausgehenden Quotativkonstruktionen (vgl. Bolden 2004: 1073) als *space-builder* fungieren und auf die Eröffnung oder Veränderung von mentalen Räumen im Gespräch hinweisen (vgl. Fauconnier [1985] 1994: 16f.; Brünner 1987: 330f.; Ehmer 2011: 79f.).¹¹ Demnach können SprecherInnen animierte Rede dazu einsetzen, um aus dem intersubjektiven Realitätsbeziehungsweise Basisraum (*reality/base space*, vgl. Sweetser/Fauconnier 1996: 13, 19) der laufenden Kommunikationssituation eine gemeinsame spatio-temporale mentale Verschiebung der Origo (vgl. Bühler [1934] 1982: 102) in eine imaginierte Situation im Sinne der Deixis am Phantasma (vgl. Bühler [1934] 1982: 135) zu erreichen (vgl. Ehmer 2011: 29, 35). In diesem Moment sind die im Gespräch eröffneten mentalen Räume jedoch nicht vollständig voneinander losgelöst, auch wenn sie

¹⁰ Ähnliche Fälle direkter Rede werden in der Forschungsliteratur unter anderem auch als *pseudo-quotations* (vgl. Tannen 1989: 119) oder ‚hypothetische/fiktive/fingierte Rede‘ (vgl. Günthner 1997: 236) betitelt.

¹¹ Dass solche Elemente in Abhängigkeit von ihrer sprachlich-strukturellen Umgebung und daher nicht immer die Funktion eines *space-builder* übernehmen, wird von Fauconnier ([1985] 1994: 17) angemerkt: „Space-builders come with linguistic clauses, which typically (but not always [...]) predicate relations holding between space elements.“

hinsichtlich ihres Wirklichkeitsstatus und der temporalen Verankerung variieren, sodass es immer möglich ist, auf einen bereits etablierten mentalen Raum zurückzugreifen (vgl. Ehmer 2011: 35). Die animierte Rede erlaubt daher in Bezug auf den Realitätsraum, etwas (Un-)Mögliches, Wahrscheinliches, Reales beziehungsweise Fiktionales zu repräsentieren, das sich in der Vergangenheit, einer alternativen Gegenwart oder der Zukunft abspielt (vgl. Ehmer 2011: 56 f.). Dabei können RedeproduzentInnen sich sowie andere Personen beziehungsweise Figuren in ihrer Äußerung porträtieren und sich mitunter zu den darüber transportierten Inhalten positionieren (vgl. Goffman 1981: 147–149; Ehmer 2011: 353).¹² Somit werden mentale Räume unter anderem zu Kontextualisierungszwecken verschiedener vorgestellter Situationen genutzt und in diesem Fall in Gestalt von Szenarien, die mithilfe animierter Rede skizziert werden, mehr oder weniger detailreich ausgebaut und instrumentalisiert (vgl. Coulson 2001: 22; Ehmer 2011: 60).

4 Datengrundlage und Methodik

Die im Folgenden analysierten Belege entstammen zwei Korpora von 56 deutschen und 54 russischen Aufklärungsgesprächen aus der Onkologie. Die deutschsprachigen Audioaufnahmen entstanden von 2014 bis 2015 im Rahmen des von der Deutschen Krebshilfe geförderten Projektes ‚Von der Pathologie zum Patienten: Optimierung von Wissenstransfer und Verstehenssicherung in der Onkologie zur Verbesserung der Patientensicherheit‘ (Projektnr. 111172) unter der Leitung von Prof. Dr. Martin Bentz, Prof. Dr. Wolfgang Imo und Prof. Dr. Thomas Rüdiger an verschiedenen Abteilungen des Städtischen Klinikums Karlsruhe (vgl. Bentz et al. 2017; Bauer/Günthner i. d. B.). Das russischsprachige Kontrastkorpus wurde im Kontext der DAAD-geförderten Germanistischen Institutspartnerschaft zwischen der Universität Hamburg (Prof. Dr. Wolfgang Imo) und dem Institut für Linguistik und Interkulturelle Kommunikation der Ersten Staatlichen Medizinischen Setschenov-Universität Moskau (Dr. Viktoria Fedorovskaya) im Zeitraum von 2019 bis 2021 an den Kliniken für Urologie und Koloproktologie zusammengestellt. Alle Interaktionen sind aus ethischen Gründen lediglich im Audioformat aufgezeichnet und im Anschluss nach GAT 2 (vgl. Selting et al. 2009) transkribiert worden.

In beiden Datensätzen weisen die Gespräche einen ähnlichen Ablauf auf (vgl. für das Deutsche Günthner 2017: 3f., 2018: 362–392; für das Russische Schick

¹² Die Möglichkeit der persönlichen Stellungnahme durch zitierte Figuren zeigt auch Günthner (1997: 238–240) in ihren Untersuchungen zur Redewiedergabe an dem Phänomen der Überlagerung von Stimmen beziehungsweise der ‚Polyphonie‘ (vgl. Bachtin 1979: 168–251) auf.

2020): Zu Beginn werden die PatientInnen entweder nach durchlaufenen Voruntersuchungen oder anderweitigen bereits erfolgten Eingriffen erstmalig über den Krebsbefund informiert. Je nach Art der Erkrankung werden daraufhin mögliche Therapiewege besprochen, wobei im Kontext ihrer Thematisierung unter anderem Vorstellungen von ärzte- und patientenseitiger Alltagsnormalität interaktiv bearbeitet werden. Daher erfordert die Erfassung der dafür verwendeten sprachlichen Praktiken (vgl. Selting 2016: 29) in Bezug auf die Fragen nach ihrer kontextuellen Entfaltung und Funktionalisierung einen Zugang, mit dem linguistische Phänomene und ihre Handlungsaufgaben aus sprachvergleichender Perspektive zum Rekonstruktionsgegenstand gemacht werden können. Vor diesem Hintergrund verortet sich dieser Beitrag methodisch in der Interaktionalen Linguistik (vgl. Couper-Kuhlen/Selting 2018; Imo/Lanwer 2019). Die hier im Zentrum stehenden animierten Szenarien werden somit in ihrem sequenziellen Kontext dahingehend analysiert, wie sie von den ÄrztInnen in der jeweiligen Sprache adressatenorientiert eingesetzt, mit Bedeutung aufgeladen und kollaborativ ausgehandelt werden (vgl. Depermann 2000: 98f.).

5 Normalisierung von *membership*-bezogenen Behandlungsalternativen

In den untersuchten deutschen und russischen Daten (je 124 und 113 Belege) wurden unterschiedliche Formate von zur Normalisierung genutzten animierten Szenarien herausgestellt, die sich in Anlehnung an die von Ehmer (2011: 57–59) vorgeschlagene Terminologie zur Kategorisierung mentaler Räume in generische, negierte, konditionale sowie antizipierte animierte Szenarien ausdifferenzieren lassen.¹³ Die hier exemplarisch im Fokus stehende Subkategorie generischer animierter Szenarien ist in dem deutschen Datensatz ausschließlich in den Gesprächen aus der Frauenklinik (fünf Belege) und in dem russischen in denen aus der Urologie (acht Belege) vertreten. Die Belege lassen sich auf sprachlich-struktureller Ebene insofern miteinander vergleichen, als die deutschen und russischen ÄrztInnen mit der Praktik des Entwerfens generischer animierter Szenarien bestimmte *membership*-bezogene Therapie- beziehungsweise Entscheidungsalternativen für ihre PatientInnen als normale Handlungswege darstellen. Die Alternativen bestehen in den analysierten Fällen einerseits aus den Optionen ‚Brustrekonstruktion *versus* keine Brustrekonstruktion

¹³ Aus Umfangsgründen kann an dieser Stelle nicht näher auf die Charakteristika aller Kategorien und die ermittelten Zweifelsfälle eingegangen werden.

nach einer Amputation‘ und andererseits aus den Optionen ‚aktive Überwachung versus radikale Therapie eines Prostatakrebses im Anfangsstadium‘. Ihre komparative Betrachtung soll ähnlich verlaufende Rekurse auf gruppenspezifische Alltags- und Behandlungsnormlichkeiten und ihre medizinkulturelle Verortung verdeutlichen.

5.1 Darstellung (über-)individueller Normalität bei Brustkrebspatientinnen im deutschsprachigen Datenkorpus

Die folgende Passage entstammt einem Aufklärungsgespräch, das der Arzt (A1) mit der Patientin (PW) und deren Lebensgefährten (LM) führt.¹⁴ Nach dem Einstieg in die Diagnosemitteilung informiert der Arzt die Anwesenden darüber, dass der festgestellte multizentrische Krebsbefund eine Brustamputation nach sich ziehen wird. Darauf reagiert die Patientin entsprechend emotional, da sie nicht mit einem derartig radikalen Eingriff gerechnet hat. Im Anschluss an diese Ankündigung wird neben den möglichen rekonstruktiven Folgeschritten der Operationsablauf in groben Zügen geschildert. Bei der Erläuterung weiterer postoperativer Untersuchungsetappen und Therapiemaßnahmen fordert die Patientin eine Handlungsempfehlung ein, in deren Rahmen erneut die Amputation und die damit einhergehenden Handlungsalternativen thematisiert werden:

Ausschnitt 1: *Generisches animiertes Szenario (Frauenklinik)*

298 A1: WISsen sie,
 299 ich ARbeite seit zwanzig ja:hren damit,=
 300 =und °hh (.) ich f:inde das per SE,
 301 nicht so SCHLIMM,
 302 ich habe auch GANZ viele frauen in der nachsorge,
 303 °h d? (-) die auch ne BRUSTamputation hinter sich haben,
 304 es is am anfang GANZ schlimm,
 305 GANZ klar,
 306 °h aber viele ham sich dann auch später dagegen entSCHLOSsen,
 307 irgendwas WEIter zu machen,=
 308 =weil sie sagen NE: ,=
 309 =das STÖRT mich jetzt nich mehr.
 310 ?hä,

¹⁴ In Bezug auf die Gesprächsausschnitte 1 und 2 wird aus Anonymisierungsgründen die Maskulinform ‚Arzt‘ verwendet.

311 °h **ich HAB**, (.)
 312 <<all> xxx>_LEbe damit,=
 313 =das is GUT.
 314 (--)
 315 ((schnalzt)) und **ANDere** sagen,
 316 **ne:** ,=
 317 =**ich möcht jetzt gern n_AUFbau**,
 318 es is ja auch NICHTS,
 319 °hh wenn sie sich jetzt entSCHEIden,
 320 endGÜLtig;=hä,
 ((...))¹⁵
 329 °h dann kann man das IMmer noch machen.
 330 PW: kann man_s noch MACHen;
 331 A1: geNAU;

Der Arzt bewertet die bevorstehende Brustamputation trotz der Tatsache, dass sie eine markante physiologische Normabweichung darstellt, zunächst als wenig problematisch, da sie bereits seit „zwanzig ja:hren“ (Z. 299) integraler und demnach normaler Bestandteil seines Berufsalltags ist (vgl. Z. 298–301). Um diese Einschätzung zu unterstützen, wird mit der teils akzentuierten intensivierenden Adjektivphrase „GANZ viele“ (Z. 302) auf eine unspezifiziert hohe Anzahl betroffener Frauen verwiesen, die sich diesem Eingriff bereits unterziehen mussten (vgl. Z. 303), womit für sie eine Art postoperative kollektive Alltagsnormalität erzeugt wird. Dann knüpft der Arzt propositional an seine durch die Adjektivphrase „nicht so SCHLIMM“ (Z. 301) relativierte Bewertung des medizinischen Sachverhaltes an, indem er diese hinsichtlich der postoperativen Empfindungen der Betroffenen mit „es is am anfang GANZ schlimm“ (Z. 304) revidiert und in Zeile 305 mithilfe der prosodisch fokussierten Gradpartikel und des Kommentaradverbs „GANZ klar“ als auf der Hand liegend bekräftigt (vgl. dazu Bauer i. d. B.). Die dadurch kontextualisierte Empfindungseinschränkung (vgl. Günthner 2015: 197) macht sowohl auf lexiko-syntaktischer Ebene über die im Mittelfeld platzierte Präpositionalphrase „am anfang“ (Z. 304) als auch über den leicht steigenden Tonhöhenverlauf der Intonationsphrasen in den Zeilen 304–305 eine Fortsetzung des Redezugs nach dem Muster einer konzessiven selbstinitiierten ‚zwar ... aber‘-Konstruktion (vgl. Günthner 2015: 197–199) erwartbar,

¹⁵ In diesem Ausschnitt führt der Arzt seinen Turn fort und bezieht dabei die zuvor in den Raum gestellten Alternativen explizit auf die Patientin. Aus Umfangsgründen können die Zeilen 321–328 nicht abgedruckt und im Detail analysiert werden.

auch wenn die Konnektivpartikel ‚zwar‘ (vgl. Günthner 2015: 195) in Zeile 304 nicht explizit realisiert wird.¹⁶

Im adversativen Skopus des projizierten ‚aber‘-Teils wird über das Verbgefüge „ham sich [...] dagegen entSCHLOSsen“ (Z. 306) und das Adverb „WEIter“ (Z. 307) akzentuiert in den Raum gestellt, dass eine signifikante Anzahl der radikal operierten Patientinnen keine rekonstruktiven Maßnahmen der Brust in Anspruch nehmen. Somit wird diese Patientinnengruppe als eine *membership category* (vgl. Sacks 1974: 218) des zuvor eingeführten übergeordneten *membership categorization device* (vgl. Sacks 1974: 218) ‚Patientinnen mit einer Brustamputation‘ und als ihrer kollektiven Alltagsnormalität zugehörig über die gruppenspezifische Ablehnung der Brustrekonstruktion kontextualisiert, wodurch die Rekonstruktionsablehnung zu einem normalen Folgetherapieschritt erklärt wird (vgl. Bauer 2006: 40). Daraufhin leitet der Arzt im schnellen Anschluss eine Begründung der Ablehnung ein. Dabei bildet das agentive Personalpronomen „sie“ (Z. 308) mit dem im generischen Präsens (vgl. Bührig 2009: 60f.) realisierten *verbum dicendi* „sagen“ (Z. 308) eine Quotativ- beziehungsweise redesituierende Matrixkonstruktion¹⁷ (vgl. Bolden 2004: 1073; Imo 2007: 50), die in ihrer lokalen Funktion als *space-builder* (vgl. Sweetser/Fauconier 1996: 10) in dem Realitätsraum syntaktisch und semantisch die Entfaltung eines generischen mentalen Raumes projiziert (vgl. Ehmer 2011: 57). Denn durch die Bezugnahme auf die in den Zeilen 306–307 thematisierte Patientinnengruppe und das generische Präsens wird die für generische Vorstellungsräume charakteristische Darlegung von einzelfallübergreifenden „Abstraktionen und Verallgemeinerungen“ (Ehmer 2011: 57) angekündigt. Im Wechsel der Sprecherperspektive bringt der Arzt zunächst akzentuiert und gedehnt das negative Responsiv „NE:“ (Z. 308) ein und expandiert es unmittelbar mit der Feststellung „das STÖRT mich jetzt nicht mehr“ (Z. 309; vgl. Imo 2017b: 56f.), die den ausgebliebenen Brustaufbau in seiner individuellen Normalität bestätigt. Der Demonstrationsmodus der animierten Rede wird dabei über das Akkusativpronomen „mich“ und das Adverb „jetzt“ im Sinne der Deixis am Phantasma (vgl. Bühler [1934] 1982: 133; Imo 2010: 33) eindeutig etabliert. Ausgehend davon fällt retrospektiv auf, dass die Mitgliedschaftskategorie der Patientinnen mit ablehnender Haltung gegenüber der Brustrekonstruktion als eine Gruppe „generische[r] Charaktere [...] im Chor“ (Günthner 1997: 229) auftritt („sie“, Z. 308), die animierte Rede dagegen aus der Sicht einer Repräsentantin dieser

¹⁶ Dem lexiko-syntaktischen Design der Intonationsphrase zufolge wäre die Realisierung von ‚zwar‘ ebenfalls im Mittelfeld zu erwarten, was dem prototypischen Muster dieser Konzessivkonstruktion entspricht (vgl. Günthner 2015: 197f.).

¹⁷ Im Folgenden wird dafür nach Bolden (2004: 1073) der Begriff Quotativkonstruktion („speaker + a reporting verb“) verwendet. Sowohl in den deutschen als auch in den russischen Belegen wird die animierte Rede stets über das *verbum dicendi* ‚sagen‘/говорить (‚sagen‘) eingeführt.

Mitgliedschaftskategorie („mich“, Z. 309) produziert wird. Zugleich wird über den Kontrast der Adverbien „später“ (Z. 306) und „jetzt“ (Z. 309) die Akzeptanz der Amputationsfolgen im Handlungsraum der in Zeile 309 imitierten Patientin verankert, sodass für PW eine Identifikationsmöglichkeit mit dem persönlichen Empfinden der neuen Alltagsnormalität einer Betroffenen geschaffen wird (vgl. Thielemann 2006: 149).

Der Arzt setzt nach einem Vergewisserungssignal (vgl. Z. 310) seinen Beitrag fragmentarisch durch „ich HAB | xxx_LEbe damit“ (Z. 311–312) fort. Das Personalpronomen „ich“ (Z. 311) deutet dabei weiterhin auf die in die animierte Rede verschobenen Beteiligungsrollen (*production format*, vgl. Goffman 1981: 144 f.) und die laufende Ausgestaltung des eröffneten mentalen Raumes hin (vgl. Ehmer 2011: 35). Die anschließende Bewertung „das is GUT“ (Z. 313) spiegelt in Referenz auf die Amputationsfolgen das persönliche Abfinden der imitierten Patientin mit der eingetretenen neuen Alltagsnormalität wider. Da die in animierter Rede dargelegten Äußerungseinheiten (vgl. Z. 308–309, 311–313) die in Zeile 306 begonnene ‚aber‘-Einheit der Konzessivstruktur ausweiten, wird „das [gesamte, V. S.] mit aber eingeleitete Gegenargument als gewichtiger präsentiert [...] und die zuvor im zwar-Teil dargelegte Position [überschrieben]“ (Günthner 2015: 198).

In Zeile 313 steigt der Arzt aus der animierten Rede aus, indem er die nächste Quotativkonstruktion „und ANdere sagen“ (Z. 315) wiederholt im generischen Präsens einbringt. Durch das betonte Pronomen „ANdere“ wird zu den bereits in Zeile 306–308 erwähnten Patientinnen eine Vergleichsgruppe angeführt und die Thematisierung ihrer Einstellung zur Brustrekonstruktion in Aussicht gestellt. Diese Projektion wird über das negative Responsiv „ne:“ (Z. 316; vgl. Imo 2017b: 56 f.) in animierter Rede eingelöst, womit die skizzierte postkurative Alltagsnormalität der ersten Mitgliedschaftskategorie als dispräferiert markiert wird. Mit „ich möcht jetzt gern n_AUFbau“ (Z. 317) komplettiert der Arzt den Beitrag aus der Sicht einer weiteren Betroffenen. Der geäußerte Wunsch nach einem rekonstruktiven Eingriff wird auch in diesem Teil der animierten Rede über die Opposition der Adverbien „jetzt“ (Z. 317) und „später“ (Z. 306) als ein alternativ eintretender posttherapeutischer Normalfall umrissen (vgl. Bauer 2006: 40) und zu der ersten inszenierten Meinungsbekundung in Kontrast gesetzt. So wird die neue Alltagsnormalität der zweiten *membership category* (vgl. Sacks 1974: 218) von Patientinnen mit einem Rekonstruktionswunsch ebenfalls über eine Gruppenvertreterin in das Gespräch eingebracht und der generische mentale Raum beziehungsweise das generische Szenario damit geschlossen. Auf diese Weise erzeugt der Arzt im Hinblick auf die Entscheidungsunsicherheit von PW aus seinem Routinewissen heraus zunächst eine kollektive Alltagsnormalität, die alle Patientinnen nach einer durchlaufenen Amputation (hier als *membership categorization device*, vgl. Sacks 1974: 218) betrifft, und elaboriert diese mithilfe der beiden entworfenen Optionen vor dem Hinter-

grund der damit einhergehenden *category-bound activities* (vgl. Sacks 1974: 221; Hausendorf 2000: 16): Bewertung/Akzeptanz der postoperativen Amputationsauswirkungen *versus* Aufbauwunsch. Dadurch werden die Therapiemaßnahme und ihre Folgeschritte einerseits als für den Arzt normale Abläufe und andererseits als für die Patientin potenziell auszuwählende Alltagsnormalitäten, die ihr über das Erfahrungswissen der animierten Patientinnen zugänglich gemacht werden, im Gespräch manifestiert.

Ab Zeile 318 wird durch die betonten Äußerungseinheiten auf die Entscheidungsmacht verwiesen, die mit Blick auf die beiden präsentierten Handlungsoptionen und darüber veranschaulichten alternativen Alltagsnormalitäten für die Patientin nicht nur punktuell („jetzt“, Z. 319; vgl. Imo 2010: 28), sondern auch zukunftsorientiert („NICHTS [...] endGÜltig“, Z. 318, 320) relevant gesetzt wird. Erst nachdem der Arzt die dargelegten Optionen noch einmal explizit auf die Patientin bezieht, meldet diese sich zu Wort, indem sie den Verweis auf die Entscheidungsmöglichkeit (vgl. Z. 329) mit „kann man_s noch MACHen“ (Z. 330) in Form eines Rezipientenechos (vgl. Günthner 1993: 187) ratifiziert, das der Arzt anschließend bestätigt.

Somit kontextualisiert der Arzt im Laufe des Gesprächsauszuges die bevorstehende Brustamputation unter Einbezug der zuvor gelieferten Informationen einerseits als einen aus medizinischer Perspektive normalen, wenn auch schwerwiegenden Therapieschritt und andererseits als eine kollektive Alltagsnormalität, die für alle betroffenen Patientinnen nach der Operation eintritt. Dabei wird die Realisierungsreihenfolge der Entscheidungsoptionen für oder gegen die Rekonstruktion nicht etwa von der Präferenz des Arztes, sondern sequenziell von dem einleitenden Teil der Konzessivstruktur bestimmt, der erst die Thematisierung der (Alltags-)Normalität des ausbleibenden Brustaufbaus projiziert. Gemeinsam mit der nachfolgenden gegenläufigen Entscheidung für eine Rekonstruktion – der zweiten möglichen (Alltags-)Normalität – werden diese für Szenarien charakteristischen Handlungsalternativen als gleichwertig gerahmt, da „die Therapie des Mammakarzinoms [...] heute durch eine Individualisierung des Vorgehens gekennzeichnet [ist]“ (Bauer 2006: 41). Der mehrstufige Normalisierungsprozess des Eingriffes und seiner Folgen legt über das dafür genutzte animierte generische Szenario und die darin porträtierten Mitgliedschaftskategorien offen, dass „persönliche Betroffenheit und unmittelbares Erleben [anderer, V. S.] als rhetorisches Verfahren besonders geeignet [ist], um strittige Thesen oder Positionen glaubwürdig erscheinen zu lassen [...]“ (Thielemann 2006: 149). Die in animierter Rede konstruierten Einstellungsalternativen veranschaulichen in Bezug auf die Empfehlungsanfrage der Patientin, dass sich innerhalb einer allgemeingültigen onkologischen Therapienorm ein individualisiertes Normalitätsfeld (vgl. Günthner et al. 2012: 4) etabliert, in dem der krankheitsbedingte lebensweltliche Einschnitt unterschiedliche Alltagsnormalitäten nach sich zieht, die die betroffenen Patientinnen und daher auch PW mitgestalten können. Dass diese Art

der Normalisierung von Behandlungsalternativen ebenso in anderweitigen onkologischen Aufklärungskontexten vorkommt und darüber hinaus kein sprachspezifisches Phänomen zu sein scheint, soll das folgende russischsprachige Beispiel aus der urologischen Onkologie demonstrieren.

5.2 Darstellung (über-)individueller Normalität bei Prostatakrebspatienten im russischsprachigen Datenkorpus

Im Zentrum dieser exemplarischen Analyse steht ein Auszug aus einem Aufklärungsgespräch zwischen dem Arzt (A2) und dem Patienten (PM). Der Arzt beginnt das Gespräch mit der Übermittlung des onkologischen Befundes und verweist in Anbetracht des niedrigen Aggressionsgrads der Erkrankung zunächst auf die international etablierte Methode der ‚aktiven Überwachung‘¹⁸ (vgl. DKFZ 2022), bei der der Krebs in seiner Entwicklung beobachtet wird. Daraufhin gibt der Arzt einen kurzen Überblick über die Ablaufschritte der aktiven Überwachung und geht ebenfalls auf die Option einer radikalen Behandlung ein. Zum Ende der Therapieplanungssequenz werden beide Vorschläge gegeneinander abgewogen, woran das folgende Beispiel anknüpft.¹⁹

Ausschnitt 2: Generisches animiertes Szenario (Urologie)

- 138 A2: к сожалЕнию или к СЧАСТЬю выбрать ВАМ;
zu Ihrem Leid oder Glück wählen Sie
- 139 (1.0)
- 140 A2: на что ВЫ согласны, (--)
womit Sie einverstanden sind
- 141 да,
ja
- 142 °hh <<all> то есть> на что ВЫ хотите;
°hh <<all> das heißt> was Sie wollen
- 143 **ЕСТЬ пациенты которые говорят, =**

¹⁸ „Bei der aktiven Überwachung [...] erhält ein Mann mit frühem Prostatakrebs zunächst keine Therapie, lässt sich aber regelmäßig untersuchen. Dabei kontrolliert die behandelnde Ärztin oder der Arzt, ob sich die biologischen Eigenschaften des Tumors verändert haben [...].“ (DKFZ 2022)

¹⁹ Für diesen Ausschnitt wurden eine freie und eine interlineare Übersetzung nach den Leipzig Glossing Rules (2015) vorgenommen. Die interlineare Übersetzung liegt aus Umfangsgründen lediglich für die hervorgehobenen Segmente vor, in denen das animierte Szenario produziert wird, um einen nachvollziehbaren sprachlich-strukturellen Vergleich mit dem deutschsprachigen Beispiel zu ermöglichen.

- sein-3PL Patient-NOM.PL die-NOM.PL sagen-3PL
es gibt Patienten die sagen
- 144 =**да** ; =
ja
ja
- 145 =**я гоТОВ наблюдаться** ; =
ich bereit ärztlich betreut werden-INF.REFL
ich bin bereit mich beobachten zu lassen
- 146 =**пока ничего не Делать?**
erstmal-ADV nichts nicht machen-INF
vorläufig nichts zu machen
- 147 **ЖИТЬ с этим** ,
leben-INF mit das-N.SG.INSTR
damit zu leben
- 148 °**h ЕСТЬ пациенты которые говорят что НЕТ** ;
sein-3PL Patient-NOM.PL die-NOM.PL sagen-3PL dass nein
°h es gibt Patienten die sagen nein
- 149 **вы ЗНА[ете]** , =
Sie wissen-2PL
wissen Sie
- 150 PM: [уГУ ;]
hm_hm
- 151 A2: =**даВАЙте** ; , =
IMP.PART
lassen Sie uns
- 152 =**вот надо будет лечИТЬся** , =
PART man muss-PRED werden-3SG sich behandeln lassen-INF.REFL
es muss behandelt werden
- 153 =**давайте лечИТЬся** ;
IMP.PART sich behandeln lassen-INF.REFL
lassen Sie es uns behandeln
- 154 (--)
- 155 **давайте что то Делать** , =²⁰
IMP.PART irgendetwas machen-INF
lassen Sie uns irgendetwas machen

20 Der in dem Indefinitpronomen *что-то* ('irgendetwas', Z. 155–156) vorhandene Bindestrich zur Anbindung der Partikel *-то* wird den GAT2-Konventionen zufolge nicht im Transkript erfasst.

- 156 =что то **предприниМАТЬ**.
 irgendetwas unternehmen-INF
 irgendetwas unternehmen
- 157 ПОЭТОМУ: ЗАВИСИТ ОТ ВАС, =
 daher hängt es von Ihnen ab
- 158 = <<all> вы вам> РЕШАТЬ,
 <<all> Sie entscheiden>
- 159 (2.4)
- 160 ЧТО С ЭТИМ ДЕЛАТЬ;
 was Sie damit machen
- 161 PM: СКОЛЬКО МНЕ НА РЕШЕНИЕ,
 wie lange habe ich für die Entscheidung

Der Arzt fokussiert mithilfe der Verben *выбирать* („wählen“, Z. 138) und *хотите* („wollen“, Z. 142) sowie des prädikativ gebrauchten Adjektivs *согласны* („einverstanden“, Z. 140) schrittweise darauf, die Verantwortung für die Wahl einer Behandlungsform in die Hände des Patienten zu legen, um das Entscheidungsrecht über die für ihn eintretende krankheitsdeterminierte Alltagsnormalität zu explizieren (vgl. Meyer 2000: 12). In diesem Zusammenhang beruft sich der Arzt anschließend vor dem Hintergrund seiner Behandlungsexpertise mit *ЕСТЬ пациенты которые говорят* („es gibt Patienten die sagen“, Z. 143) auf eine Patientengruppe, die sich in einer bestimmten Weise für eine der zur Diskussion stehenden normalitätskonstitutiven Behandlungsmethoden ausspricht. Genau wie im ersten Beleg erscheint hier die Patientengruppe als eine generische Gruppe „im Chor“ (Günthner 1997: 229), zu der das akzentuierte, syntaktisch vorangestellte Verb *ЕСТЬ* („es gibt“, Z. 143) bereits das Einbringen einer Alternative, in diesem Fall einer zweiten Patientengruppe, erwartbar macht (vgl. Shvedova 2005: 475). Das auf das generische Agens *пациенты* („Patienten“, Z. 143) referierende Relativpronomen *которые* („die“, Z. 143) setzt sich mit dem im imperfektiven Präsens stehenden *verbum dicendi* *говорят* („sagen“, Z. 143) zu einer Quotativkonstruktion (vgl. Bolden 2004: 1073) und folglich zu einem *space-builder* (vgl. Sweetser/Fauconnier 1996: 10; Thielemann 2019: 76) zusammen, welcher an dieser Stelle auf sich wiederholende Handlungskontexte verweist (vgl. Anstatt 2003: 68 ff.) und ausgehend von dem Realitätsraum ähnlich zum vorigen Beispiel einen generischen mentalen Raum eröffnet (vgl. Ehmer 2011: 57). Die mit der Quotativkonstruktion aufgebaute Erwartung der Relevantsetzung patientenseitiger Normalitätszuschreibungen wird einleitend in animierter Rede mithilfe des affirmierenden Responsivs *да* („ja“, Z. 141; vgl. Imo 2017b: 41) eingelöst. Der Arzt führt die vorausgestellte Propositionsbestätigung und damit den neuen mentalen Raum unmittelbar aus, indem er in der Sprecherperspektive eines der erwähnten Gruppe zugehörigen

Patienten (я – ‚ich‘, Z. 145) den Willen, die aktive Überwachung anzugehen, durch die doppelt akzentuierte Adjektiv-Verb-Verbindung *готоВ наблюдаться* („bin bereit mich beobachten zu lassen“, Z. 145) als Entscheidungsoption thematisiert. Diese Äußerungseinheit wird im schnellen Anschluss fortgesetzt, wobei der Infinitiv *наблю-даться* („sich beobachten lassen“, Z. 145) mithilfe der Verben in Zeile 146–147 elaboriert wird. Damit wird der Beobachtungsprozess aus Patientensicht im Sinne einer neuen Alltagsnormalität als Gegenüberstellung eines vorerst verworfenen radikalen Eingriffs zugunsten einer Lebensführung mit der Krankheit dargestellt, was das negierte Verb *делатъ* („machen“, Z. 146) und das Verb *жить* („leben“, Z. 147) offenlegen. Über die Animation eines Repräsentanten der Gruppe von Patienten, die die aktive Überwachung als Behandlungsmethode präferieren, führt der Arzt eine *membership category* (vgl. Sacks 1974: 218) ein, die wiederum dem aus dem Kontext hervorgehenden *membership categorization device* (vgl. Sacks 1974: 218) „Patienten mit einem Niedrig-Risiko-Prostatakrebs“ zugeordnet werden kann. Für PM wird dadurch – wie im ersten Beispiel – eine persönliche Identifizierungsgrundlage mit der lebensweltlichen Normalität dieser Gruppe geschaffen (vgl. Thielemann 2006: 149), denn nur bei einer derartigen Diagnose können die Betroffenen vor eine Wahl zwischen der aktiven Überwachung und einem radikalen Eingriff gestellt werden. Da die aktive Überwachung als weltweiter Empfehlungsstandard gilt, der sich jedoch sowohl in der Klinik als auch im Land noch im Etablierungsprozess befindet (vgl. Taratkin et al. 2019: 38 f.), wird diese Option dementsprechend sequenziell vorangestellt und mit Blick auf die zuvor geschaffene intersubjektive Wissensgrundlage als eine aus ärztlicher Sicht normale Vorgehensweise gerahmt.

Die in Zeile 143 indizierte Erwähnung einer zweiten Patientengruppe, die folglich demselben *membership categorization device* (vgl. Sacks 1974: 218) zugehört, steuert der Arzt in Zeile 148 in Form des Parallelismus *ЕСТЬ пациенты которые говорят* („es gibt Patienten die sagen“) bei. Der bestehende generische mentale Raum wird demnach trotz des Ausstiegs aus der animierten Rede nicht geschlossen, sondern um die Projektion der normalitätsbildenden Entscheidungsmitteilung einer weiteren Patientengruppe ausgebaut. Dabei wird die von der Quotativkonstruktion geforderte syntaktisch-semantische Beitragsergänzung mit dem negativen Responsiv *НЕТ* („nein“, Z. 148; vgl. Imo 2017b: 56 f.) in animierter Rede eingeführt, sodass die zuerst umrissene kollektive Normalität eines Lebens mit der aktiven Überwachung ähnlich zu Beispiel 1 abgelehnt wird. Aus der Sicht des nun im Fokus stehenden Stellvertreters der zweiten Patientengruppe bringt der Arzt durch *вы ЗНА[ете] | даВАЙте* („wissen Sie“, Z. 149 | „lassen Sie uns“, Z. 151), ohne auf die zwischenzeitig realisierte Ratifizierung von PM einzugehen (vgl. Z. 150), eine Handlungsaufforderung ein (vgl. Turchanenko 2020: 48). Diese wird durch das akzentuierte Verb *лечИТЬся* („sich behandeln lassen“, Z. 152–153), das das patientenseitige Vorhaben unterstreicht, sich einer radikalen Behandlung

zu unterziehen, präzisiert, womit PM die zweite Variante der therapiebedingten Alltagsnormalität demonstriert wird. Nach der darauffolgenden kurzen Pause (vgl. Z. 154) führt der Arzt seinen Turn in animierter Rede weiter, indem er die Vorgängeräußerung (vgl. Z. 153) umformuliert und die invasive Behandlungsalternative nochmals relevant setzt (vgl. Z. 155–156; Gülich 2003: 365). Mit dem Ausstieg aus der animierten Rede (vgl. Z. 157) führt der Arzt die Präsentation der zweiten *membership category* (vgl. Sacks 1974: 218) von Patienten, die einen radikalen Therapieweg einschlagen und sich damit für eine Lebensnormalität ohne aktive Überwachung aussprechen, zu Ende und schließt so den nun beide identifizierungsstiftende Handlungsalternativen beziehungsweise darauf verweisende *category-bound activities* (vgl. Sacks 1974: 221) enthaltenen generischen mentalen Raum. Gleichzeitig wird in Zeile 157 erneut auf die Entscheidungsautorität des Patienten hingewiesen, die der Arzt im schnellen Anschluss der Folgeäußerung über *вам решать* („Sie entscheiden“, Z. 158) und dann nach einer längeren Pause über das ergänzende *что с этим делать* („was Sie damit machen“, Z. 160) expliziert. Auf diese Handlungselizitierung hin erkundigt sich der Patient nach dem Zeitrahmen, der ihm für die Entscheidung zur Verfügung steht (vgl. Z. 161) und vertagt diese schließlich bis zur nächsten Routineuntersuchung.

In dieser Passage geht der Arzt zum Ende der Therapieplanungssequenz auf das Entscheidungserfordernis für eine der besprochenen Behandlungsweisen ein (vgl. Buck/Schopf 2021: 126). Diese werden genau wie die postoperativen Folgeschritte der Brustkrebspatientinnen mithilfe zweier oppositiver Mitgliedschaftskategorien in animierter Rede kontextualisiert und zu einem generischen Szenario ausgebaut, in dem unterschiedliche behandlungsbedingte und demgemäß neue Alltagsnormalitätsvarianten modelliert werden, die Prostatakrebspatienten bevorzugen können. Auch wenn der Arzt dabei die aktive Überwachung in Animation eines Vertreters der entsprechenden Patientengruppe sequenziell als erste in den Raum stellt, wird die Benennung einer Alternative unmittelbar über den ersten Teil der *есть x* („es gibt x“) ... *есть y* („es gibt y“) Konstruktion erwartbar gemacht, sodass er sich zu den entworfenen Optionen sequenzlokal neutral positioniert (vgl. Ehmer 2011: 356 f., 360). Obwohl sich die erwähnte aktive Überwachung in Russland im Gegensatz zu den bislang vorrangig eingesetzten invasiven Methoden noch zur landesweiten Behandlungsnorm entwickeln muss und daher keine breite Anwendungsresonanz aufweist (vgl. Taratkin et al. 2019: 37), werden die Meinungsbilder der verschiedenen Patientengruppen hier ebenfalls zur Illustration eines flexiblen Normalitätsfeldes (vgl. Günthner et al. 2012: 4) herangezogen, in dem die beiden therapeutischen Handlungsalternativen aus ärztlicher Perspektive als für die Behandlungspraxis routinisierte, also normale Handlungswege bestätigt und für den Betroffenen als *displays* (vgl. Schegloff 1984: 37) möglicher Alltagsnormalitäten skizziert werden.

Über diese Normalisierung hinaus wird zu Beginn und zum Ende des Gesprächsausschnittes auf die Entscheidungsautonomie des Patienten fokussiert, die für jeden onkologischen Diskurs mit Blick auf die Mitgestaltung der ‚neuen Alltagsnormalitäten‘ der Patientinnen von Bedeutung ist (vgl. Günthner 2017: 29 ff.). Die mehrmalige Hervorhebung der patientenseitigen Entscheidungsmacht und der damit einhergehenden normalitätskonstitutiven Behandlungswahl ist aus kontrastiver medizinkultureller Hinsicht insofern interessant, als die Institutionalisierung der Patientenautonomie (vgl. Koerfer/Albus 2015: 118 f.) in der russischen Medizinpraxis noch vor einigen Herausforderungen steht (vgl. Andreev et al. 2017: 210). Dies ist vor allem darauf zurückzuführen, dass das paternalistische Modell (vgl. Koerfer/Albus 2015: 117) in Russland zuweilen immer noch als eine kommunikative Orientierungsnorm gesehen wird, die es allerdings zukünftig zu überwinden gilt (vgl. Shabanova et al. 2016: 106). In Deutschland findet die Selbstbestimmung der PatientInnen dagegen schon seit den späten 1970er-Jahren verstärkt Beachtung, sodass sie auch für die medizinische Kommunikationskultur der Onkologie mittlerweile als selbstverständlich vorausgesetzt werden kann (vgl. Günthner 2019: 284–286). In dem ersten Aufklärungsgespräch aus der Frauenklinik zeigt sich dies zum Beispiel an der vonseiten des Arztes präsupponierten Tatsache, dass die Patientin eine selbstständige Entscheidung zwischen den vorgestellten Optionen trifft („wenn sie sich jetzt entSCHEIDen“, Z. 319). Die exemplarisch untersuchten Belege lassen somit im Ansatz erkennen, dass die sprachlich-interaktive Darstellung (über-)individueller Normalität in onkologischen Aufklärungsgesprächen ein komplexes Unterfangen ist, das dennoch Rückschlüsse auf nationale und fachspezifische medizinkulturelle Gemeinsamkeiten und Unterschiede zulässt.

6 Fazit

Die untersuchte Praktik der Ausgestaltung generischer animierter Szenarien weist in Anbetracht der exemplarischen Gesprächsauszüge auf unterschiedlichen Ebenen Ähnlichkeiten auf. Die Vertreter dieser Subkategorie kommen sowohl in den deutschen als auch den russischen Daten im Zuge von Therapieplanungssequenzen zum Einsatz, da den PatientInnen über die darin modellierten Normalitätalternativen die Adaptation an ihre neue lebensweltliche Normalität mit der Erkrankung ermöglicht wird. Sie weisen sprachübergreifend eine strukturelle Gemeinsamkeit über die der Eröffnung des entsprechenden mentalen Raumes dienenden generisch gerahmten Quotativkonstruktionen und die sequenziell bestimmten Realisierungsreihenfolgen der Handlungsalternativen auf. Ihre funktionale Ähnlichkeit besteht darin, dass sie innerhalb differenter Aufklärungskontexte einen musterhaften Normalisierungs-

mechanismus bilden: Über die in animierter Rede porträtierten StellvertreterInnen bestimmter PatientInnengruppen und die ihnen zugesprochenen *category-bound activities* (vgl. Sacks 1974: 221) werden jeweils zwei oppositive Mitgliedschaftskategorien kontextualisiert, mit denen ÄrztInnen angesichts ihrer Erfahrungen mit medizinischen Normen und Routinen den im jeweiligen generischen mentalen Raum entworfenen diagnose- und therapiegeprägten Alltagsnormalitäten der Betroffenen „einen Geltungsbereich zu[schreiben], der über einen konkreten Einzelfall hinaus[geht]“ (Ehmer 2011: 57). Obwohl dabei im ersten Beispiel zwei mögliche Folgeschritte einer bereits angeratenen Therapieform abgebildet werden und im zweiten Beispiel eine nicht-invasive Maßnahme einer invasiven gegenübergestellt wird, illustrieren die Ärzte die jeweiligen Optionen als aus einer medizinischen Norm hervorgehende und damit normale beziehungsweise gleichwertige Vorgehensweisen (vgl. Reineke/Spranz-Fogasy 2013: 448f.), zwischen denen sich die Patientin und der Patient *in actu* entscheiden können. Folglich werden die generischen animierten Szenarien von den behandelnden Ärzten im Prozess des *talk[ing] into being [normal, V. S.]* (vgl. Heritage 1984: 290) zur Demonstration (über-)individueller flexibler Normalitätsfelder (vgl. Günthner et al. 2012: 4) genutzt, die sich – wie die rekonstruierten Normalitätszuschreibungen andeuten – in den beiden medizinischen Fachgebieten manifestiert haben. Nicht zuletzt aus diesem Grund wäre es von Relevanz, weitere sprachvergleichende Untersuchungen dieser Normalisierungspraktik vorzunehmen, um ihren Mehrwert und Sedimentierungsstatus (vgl. Günthner 2017: 4f.) für die Präsentation von Behandlungs- und damit zusammenhängenden Normalitätsalternativen im onkologischen Kontext herauszuarbeiten.

Literatur

- Andreev, Sergej, Butidma Dondokova & Maxim Odnostalko (2017): Fenomen avtonomnosti v komunikatsii vrach – patsient: rossijskaja spetsifika. *Vestnik Rossijskoj voenno-meditsinskoj akademii* 1, 210–214.
- Anstatt, Tanja (2003): *Aspekt, Argumente und Verbklassen im Russischen*. Tübingen: Eberhard-Karls-Universität Tübingen.
- Bachtin, Michail M. (1979): *Die Ästhetik des Wortes*. Hrsg. von Rainer Grübel. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Bauer, Lelia (2006): Operative Therapie des primären Mammakarzinoms. In Susanne Ditz, Christa Diegelmann & Margarete Isermann (Hrsg.), *Psychoonkologie – Schwerpunkt Brustkrebs*, 39–41. Stuttgart: Kohlhammer.
- Bentz, Martin, Martin Binnenhei, Georgios Coussios, Juliana Gruden, WolfgangImo, Lisa Korte, Thomas Rüdiger, Antonia Ruf-Dördelmann, Michael R. Schön & Sebastian Stier (2017): Von der Pathologie zum Patienten: Optimierung von Wissenstransfer und Verstehenssicherung in der medizinischen Kommunikation. *Arbeitspapierreihe Sprache und Interaktion* 72, 1–45.

- <http://arbeitspapiere.sprache-interaktion.de/arbeitspapiere/arbeitspapier72.pdf> (letzter Zugriff 03.08.2022).
- Bolden, Galina (2004): The quote and beyond: defining boundaries of reported speech in conversational Russian. *Journal of Pragmatics* 36, 1071–1118.
- Bredmar, Margareta & Per Linell (2008): Reconfirming normality: The constitution of reassurance in talks between midwives and expectant mothers. In Srikant Sarangi & Celia Roberts (Hrsg.), *Talk, Work and Institutional Order: Discourse in Medical, Mediation and Management Settings*, 237–270. Berlin, New York: De Gruyter.
- Brünner, Gisela (1987): *Kommunikation in institutionellen Lehr-Lern-Prozessen: Diskursanalytische Untersuchungen zu Instruktionen in der betrieblichen Ausbildung*. Tübingen: Narr.
- Brünner, Gisela (2009): Die Verständigung zwischen Arzt und Patient als Experte-Laien-Kommunikation. In Norbert Klusen, Anja Fließgarten & Thomas Nebling (Hrsg.), *Informiert und selbstbestimmt. Der mündige Bürger als mündiger Patient*, 170–188. Baden-Baden: Nomos.
- Brünner, Gisela & Elisabeth Gülich (2002): Verfahren der Veranschaulichung in der Experten-Laien-Kommunikation. In Gisela Brünner & Elisabeth Gülich (Hrsg.), *Krankheit verstehen. Interdisziplinäre Beiträge zur Sprache in Krankheitsdarstellungen*, 17–93. Bielefeld: Aisthesis.
- Buck, Isabella & Juliane Schopf (2021): Sprachliche Ressourcen zur Vorbereitung von Patientenentscheidungen in dienstleistungsorientierten medizinischen Settings. In Marina Iakushevich, Yvonne Ilg & Theresa Schnedermann (Hrsg.), *Linguistik und Medizin. Sprachwissenschaftliche Zugänge und interdisziplinäre Perspektiven*, 113–130. Berlin, Boston: De Gruyter.
- Bücker, Jörg (2015): Selbstbeantwortete Fragen in der Mündlichkeit – ein Fall für die Konstruktionsgrammatik? In Jörg Bücker, Susanne Günthner & Wolfgang Imo (Hrsg.), *Konstruktionsgrammatik V. Konstruktionen im Spannungsfeld von sequenziellen Mustern, kommunikativen Gattungen und Textsorten*, 221–246. Tübingen: Stauffenburg.
- Bühler, Karl ([1934] 1982): *Sprachtheorie: Die Darstellungsfunktion der Sprache*. Stuttgart: Fischer.
- Bühlig, Kristin (2009): Zur sprachlich-kommunikativen Realisierung von ‚Normalität‘ in der Arzt-Patienten-Kommunikation. In Hanneli Döhner (Hrsg.), *Medizinsoziologie in Wissenschaft und Praxis*, 51–64. Münster: LIT.
- Bühlig, Kristin & Bernd Meyer (2004): Ad hoc-interpreting and the achievement of communicative purposes: the case of briefings for informed consent. In Juliane House & Jochen Rehbein (Hrsg.), *Multilingual Communication*, 43–62. Amsterdam: Benjamins.
- Bundesärztekammer (2022): *Richtlinie. Leitlinie. Empfehlungen und Stellungnahme*. <https://www.bundes-aerztekammer.de/baek/ueber-uns/richtlinien-leitlinien-empfehlungen-und-stellungnahmen> (letzter Zugriff 03.08.2022).
- Coulson, Seana (2001): *Semantic Leaps: frame-shifting and conceptual blending in meaning construction*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Couper-Kuhlen, Elizabeth & Margret Selting (2018): *Interactional linguistics. Studying language in social interaction*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Coussios, Georgios, Wolfgang Imo & Lisa Korte (2019): *Sprechen mit Krebspatienten. Ein gesprächsanalytisch fundiertes Trainingshandbuch für die medizinische Aus- und Weiterbildung*. Göttingen: Verlag für Gesprächsforschung.
- Deppermann, Arnulf (2000): Ethnographische Gesprächsanalyse: Zu Nutzen und Notwendigkeit von Ethnographie für die Konversationsanalyse. *Gesprächsforschung – Online-Zeitschrift für verbale Interaktion* 1, 96–124. <http://www.gespraechsforschung-ozs.de/heft2000/ga-deppermann.pdf> (letzter Zugriff 03.08.2022).

- Deutsches Krebsforschungszentrum – Krebsinformationsdienst (2022): *Prostatakrebs: Active Surveillance (Aktive Überwachung)*. <https://www.krebsinformationsdienst.de/tumorarten/prostatakrebs/therapie/active-surveillance.php> (letzter Zugriff 03.08.2022).
- Ehmer, Oliver (2011): *Imagination und Animation. Die Herstellung mentaler Räume durch animierte Rede*. Berlin, New York: De Gruyter.
- Fauconnier, Gilles ([1985] 1994): *Mental spaces: Aspects of meaning construction in natural language*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Fedorovskaya, Viktoria & Tatiana Osipenko (2020): Verbalizatsija informirujushchej kommunikativnoj strategii v konsul'tativnoj besede s onkologicheskimi patsientami. *Nauchnyi dialog* 10, 194–211.
- Fillmore, Charles J. (1976): Frame semantics and the nature of language. *Annals of the New York Academy of Sciences: Conference on the Origin and Development of Language and Speech* 280 (1), 20–32.
- Gießelmann, Kathrin (2016): Kulturelle Kompetenz: Verständigen heißt nicht Verstehen. *Deutsches Ärzteblatt* 113 (48), 2198–2204. <https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=184343> (letzter Zugriff 03.08.2022).
- Gloy, Klaus (2012): Was ist das Normhafte einer Norm? Zur Fundierung der Normenforschung. In Katharina Rosenberg & Rita Vallentin (Hrsg.), *Norm und Normalität. Beiträge aus Linguistik, Soziologie, Literatur- und Kulturwissenschaften*, 8–23. Berlin: Logos.
- Goffman, Erving (1981): *Forms of Talk*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Groß, Alexandra (2015): Asymmetrie und (Patienten-)Expertise in der HIV-Sprechstunde. In Albert Busch & Thomas Spranz-Fogasy (Hrsg.), *Handbuch Sprache in der Medizin*, 282–299. Berlin, Boston: De Gruyter.
- Groß, Alexandra (2018): *Arzt/Patient-Gespräche in der HIV-Ambulanz. Facetten einer chronischen Gesprächsbeziehung*. Mannheim: Verlag für Gesprächsforschung.
- Gülich, Elisabeth (2003): Reformulierungen. In Ingo Kolboom (Hrsg.), *Handbuch Französisch: Sprachliteratur-Kultur-Gesellschaft: Für Studium, Lehre, Praxis*, 350–357. Berlin: Erich Schmidt.
- Günthner, Susanne (1993): *Diskursstrategien in der interkulturellen Kommunikation. Analysen deutsch-chinesischer Gespräche*. Tübingen: Niemeyer.
- Günthner, Susanne (1997): Direkte und indirekte Rede in Alltagsgesprächen. Zur Interaktion von Syntax und Prosodie in der Redewiedergabe. In Peter Schlobinski (Hrsg.), *Syntax des gesprochenen Deutsch*, 227–262. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Günthner, Susanne (2000): Zwischen direkter und indirekter Rede. Formen der Redewiedergabe in Alltagsgesprächen. *Zeitschrift für germanistische Linguistik* 28, 1–22.
- Günthner, Susanne (2013): Sprache und Kultur. In Peter Auer (Hrsg.), *Sprachwissenschaft: Grammatik – Interaktion – Kognition*, 347–376. Stuttgart, Weimar: Metzler.
- Günthner, Susanne (2015): *Zwar ... aber*-Konstruktionen im gesprochenen Deutsch: Die dialogische Realisierung komplexer Konnektoren im Gespräch. *Deutsche Sprache* 43 (3), 193–219.
- Günthner, Susanne (2017): Sprachliche Verfahren bei der Übermittlung schlechter Nachrichten – sedimentierte Praktiken im Kontext onkologischer Aufklärungsgespräche. *Arbeitspapierreihe Sprache und Interaktion* 73, 1–46. <http://arbeitspapiere.sprache-interaktion.de/arbeitspapiere/arbeitspapier73.pdf> (letzter Zugriff 03.08.2022).
- Günthner, Susanne (2018): Thomas Luckmanns Einfluss auf die Sprachwissenschaft – Kommunikative Gattungen im Alltagsgebrauch am Beispiel onkologischer Aufklärungsgespräche. In Martin Endreß & Alois Hahn (Hrsg.), *Lebenswelttheorie und Gesellschaftsanalyse. Studien zum Werk von Thomas Luckmann*, 358–400. Köln: Herbert von Halem.
- Günthner, Susanne (2019): ‚Kultur-in-kommunikativen-Praktiken‘. Kommunikative Praktiken zur Übermittlung schlechter Nachrichten in onkologischen Aufklärungsgesprächen. In Juliane

- Schröter, Susanne Tienken, Yvonne Ilg, Joachim Scharloth & Noah Bubenhofer (Hrsg.), *Linguistische Kulturanalyse*, 269–292. Berlin, Boston: De Gruyter.
- Günthner, Susanne, Wolfgang Imo, Dorothee Meer & Jan Georg Schneider (2012): Kommunikation und Öffentlichkeit: Sprachwissenschaftliche Potenziale zwischen Empirie und Norm. Zur Einführung. In Susanne Günthner, Wolfgang Imo, Dorothee Meer & Jan Georg Schneider (Hrsg.), *Kommunikation und Öffentlichkeit: Sprachwissenschaftliche Potenziale zwischen Empirie und Norm*, 1–22. Berlin, Boston: De Gruyter.
- Hausendorf, Heiko (2000): *Zugehörigkeit durch Sprache. Eine linguistische Studie am Beispiel der deutschen Wiedervereinigung*. Tübingen: Niemeyer.
- Heritage, John (1984): *Garfinkel and Ethnomethodology*. Cambridge: Polity Press.
- Hester, Stephen & Peter Eglin (1997): Membership Categorization Analysis: An Introduction. In Stephen Hester & Peter Eglin (Hrsg.), *Culture in Action. Studies in Membership Categorization Analysis*, 1–23. Washington, D.C.: International Institute for Ethnomethodology and Conversation Analysis & University Press of America.
- Iakushevich, Marina, Yvonne Ilg & Theresa Schnedermann (2021): *Linguistik und Medizin. Sprachwissenschaftliche Zugänge und interdisziplinäre Perspektiven*. Berlin, Boston: De Gruyter.
- Imo, Wolfgang (2007): *Construction Grammar und Gesprochene-Sprache-Forschung: Konstruktionen mit zehn matrixsatzfähigen Verben im gesprochenen Deutsch*. Tübingen: Niemeyer.
- Imo, Wolfgang (2010): Das Adverb ‚jetzt‘ zwischen Zeit- und Gesprächsdeixis. *Zeitschrift für Germanistische Linguistik* 38 (1), 25–58.
- Imo, Wolfgang (2017a): Trösten: eine professionelle sprachliche Praktik in der Medizin. *Arbeitspapierreihe Sprache und Interaktion* 71, 1–31. <http://arbeitspa-piere.sprache-interaktion.de/arbeitspapiere/arbeitspapier71.pdf> (letzter Zugriff 03.08.2022).
- Imo, Wolfgang (2017b): Über ‚nein‘. *Zeitschrift für Germanistische Linguistik* 45 (1), 40–72.
- Imo, Wolfgang & Jens Philipp Lanwer (2019): *Interaktionale Linguistik. Eine Einführung*. Stuttgart: Metzler.
- Jäger, Elke & Antje Neumann (2013): Klinische Studien und Nachwuchswissenschaftler in der Onkologie. In Dieter Nittel & Astrid Seltrech (Hrsg.), *Krankheit: Lernen im Ausnahmezustand? Brustkrebs und Herzinfarkt aus interdisziplinärer Perspektive. Mit Online-Material für Fachleute*, 368–373. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Koerfer, Armin & Christian Albus (2015): Dialogische Entscheidungsfindung zwischen Arzt und Patient. In Albert Busch & Thomas Spranz-Fogasy (Hrsg.), *Handbuch Sprache in der Medizin*, 116–134. Berlin, Boston: De Gruyter.
- Leipzig Glossing Rules (2015): Conventions for interlinear morpheme-by-morpheme glosses. <https://www.eva.mpg.de/lingua/pdf/Glossing-Rules.pdf> (letzter Zugriff 03.08.2022).
- Meyer, Bernd (2000): Medizinische Aufklärungsgespräche. Struktur und Zwecksetzung aus diskursanalytischer Sicht. *Arbeiten zur Mehrsprachigkeit* 8, 1–38.
- Reineke, Silke & Thomas Spranz-Fogasy (2013): Arzt-Patient-Kommunikation: Allgemeine Merkmale und Besonderheiten bei Brustkrebspatienten. In Dieter Nittel & Astrid Seltrech (Hrsg.), *Krankheit: Lernen im Ausnahmezustand? Brustkrebs und Herzinfarkt aus interdisziplinärer Perspektive. Mit Online-Material für Fachleute*, 444–454. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Sacks, Harvey (1974): On the analyzability of stories by children. In Roy Turner (Hrsg.), *Ethnomethodology. Selected readings*, 216–232. Harmondsworth, Middlesex: Penguin Education.
- Sacks, Harvey (1995): *Lectures on conversation*, Band 2. Oxford u.a.: Blackwell.
- Scarvaglieri, Claudio (2013): Sprachliches Veranschaulichen und Kuratives Verstehen in der Psychotherapie. In Karin Birkner & Oliver Ehmer (Hrsg.), *Veranschaulichungsverfahren im Gespräch*, 66–92. Mannheim: Verlag für Gesprächsforschung.

- Schegloff, Emanuel A. (1984): On some questions and ambiguities in conversation. In John M. Atkinson & John Heritage (Hrsg.), *Structures of Social Action*, 28–52. Cambridge: Cambridge University Press.
- Schick, Valeria (2020): *Sprachlich-interaktive Praktiken in therapiestudienbezogenen Aufklärungsgesprächen aus der Onkologie*. Universität Hamburg, unveröffentlichte Masterarbeit.
- Selting, Margret (2016): Praktiken des Sprechens und Interagierens im Gespräch aus der Sicht von Konversationsanalyse und Interaktionaler Linguistik. In Arnulf Deppermann, Helmuth Feilke & Angelika Linke (Hrsg.), *Sprachliche und kommunikative Praktiken*, 27–56. Berlin, Boston: De Gruyter.
- Selting, Margret, Peter Auer, Dagmar Barth-Weingarten, Jörg Bergmann, Pia Bergmann, Karin Birkner, Elizabeth Couper-Kuhlen, Arnulf Deppermann, Peter Gilles, Susanne Günthner, Martin Hartung, Friederike Kern, Christine Mertzluft, Christian Meyer, Miriam Morek, Frank Oberzaucher, Jörg Peters, Uta Quasthoff, Wilfried Schütte, Anja Stukenbrock & Susanne Uhmann (2009): Gesprächsanalytisches Transkriptionssystem 2 (GAT 2). *Gesprächsforschung – Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion* 10, 353–402.
- Shabanova, Anastasiya, Larissa Bogovin & Viktor Kolosov (2016): Modeli terapevtsicheskogo vzaimodejstviya vracha i patientsia. *Bjulleten' fiziologii i patologii dykhanija* 60, 105–110.
- Shvedova, Natalya (2005): *Russkij jazyk: izbrannye raboty*. Moskva: Jazyki Slavjanskoj Kul'tury.
- Sweetser, Eve & Gilles Fauconnier (1996): Cognitive Links and Domains: Basic Aspects of Mental Space Theory. In Eve Sweetser & Gilles Fauconnier (Hrsg.), *Spaces, Worlds, and Grammar*, 1–28. Chicago: University of Chicago Press.
- Tannen, Deborah (1989): *Talking voices: Repetition, Dialogue, and Imagery in Conversational Discourse*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Taratkin, Mark, Ekaterina Laukhtina, Kirill Adelman, Yuriy Alyaev, Leonid Rapoport, Tatyana Alekseeva, Dmitriy Enikeev & Petr Glybochko (2019): Aktivnoe nabljudenie pri rake prostaty: komu, kogda i kak. *Sechenovskij vestnik* 10 (3), 37–44. https://www.sechenov.ru/upload/iblock/095/Sechenovskij_Vestnik-_3-_37_-2019.pdf (letzter Zugriff 03.08.2022).
- Thielemann, Nadine (2006): Argumentieren mit Szenarien. *Zeitschrift für Slawistik* 51 (2), 127–152.
- Thielemann, Nadine (2019): Constructional Patterns Emerging in Talk-In-Interaction – Some Preliminary Observations on the Grammar of *govorit'* in Colloquial Russian. In Nadine Thielemann & Nicole Richter (Hrsg.), *Urban Voices: The Sociolinguistics, Grammar and Pragmatics of Spoken Russian*, 67–94. Berlin: Peter Lang.
- Turchanenko, Viktoria (2020): Formy ‚davaj/davajte‘ v russkoj ustnoj spontannoj rechi („konteksty proshchanija“). *Sotsio- i psicholingvistscheskie issledovanija* 8, 48–55.
- Vallentin, Rita (2012): Entwurf eines praxeologischen Ansatzes für die empirische Normenforschung. In Katharina Rosenberg & Rita Vallentin (Hrsg.), *Norm und Normalität. Beiträge aus Linguistik, Soziologie, Literatur- und Kulturwissenschaften*, 27–41. Berlin: Logos.

II Die kommunikative Konstruktion von Normalitäten in Situationen der Krise

Susanne Günthner

Kategorische Formulierungen als Praktiken der Rekalibrierung von Normalität in „brüchigen Zeiten“: Strategien der Vermittlung von allgemeingültigem Wissen in onkologischen Aufklärungsgesprächen

Abstract: Der Beitrag widmet sich „kategorischen Formulierungen“ (Ayaß 1999a; b), die ÄrztInnen in onkologischen Aufklärungsgesprächen als interaktive Praktiken des Normalisierens einsetzen.

In dieser hochsensiblen Interaktionsgattung, in der die PatientInnen mit der Mitteilung einer lebensbedrohlichen Erkrankung konfrontiert werden, erfahren diese die Suspension der „grundlegenden Idealisierung des Lebens, [des] Und-so-weiter“ (Schütz/Luckmann 1979) und erleben einen Bruch mit ihrer bisherigen „Normalität des Alltags“. ÄrztInnen verwenden in diesen Gesprächen immer wieder kategorische Formulierungen unterschiedlicher Ausprägung, die nicht nur der Vermittlung von allgemeingültigem Wissen dienen, sondern zugleich als Normalisierungsressourcen fungieren, um die PatientInnen in dieser neuen, die bisherige Normalität sprengenden Erfahrung zu stützen.

Keywords: Kategorische Formulierung(en), Wissensvermittlung, (Re-)Kalibrierung, (re-)kalibrieren, kommunikative Praktiken, Normalisierungsressource(n), Allgemeingültig/Allgemeingültigkeit, Unhinterfragbar/Unhinterfragbarkeit, Konditionalkonstruktionen/Konditionalsätze, *es ist (immer/halt/einfach) so*-Konstruktion(en), *je ... umso/je ... desto*-Konstruktion(en), Dekontextualisierung, Generizität

1 Einleitung

Die vorliegende Analyse widmet sich „kategorischen Formulierungen“ (Ayaß 1999a; b), die ÄrztInnen in onkologischen Aufklärungsgesprächen als kommuni-

Anmerkung: Ich danke Ruth Ayaß, Nathalie Bauer, Isabella Buck und Juliane Schopf für ihre hilfreichen Kommentare zu einer früheren Fassung dieses Beitrags.

Open Access. © 2024 bei den Autorinnen und Autoren, publiziert von De Gruyter.  Dieses Werk ist lizenziert unter der Creative Commons Namensnennung - Nicht-kommerziell - Keine Bearbeitungen 4.0 International Lizenz.

<https://doi.org/10.1515/9783110761559-005>

kative Praktiken¹ zur (Re-)Kalibrierung von Normalität einsetzen. In diesen hochsensiblen Interaktionskontexten, in denen ÄrztInnen ihre PatientInnen mit einer Krebsdiagnose konfrontieren, mobilisieren die das Gespräch leitenden MedizinerInnen unterschiedliche Typen kategorischer Formulierungen als Ressource zur Vermittlung allgemeingültigen bzw. unzweifelhaften Wissens.²

Onkologische Aufklärungsgespräche zeichnen sich durch eine komplexe Aufgabenstellung aus, die von den ÄrztInnen in enger Kooperation mit den PatientInnen zu bewältigen ist (Bentz et al. 2017; Günthner 2017; 2018b). So obliegt den ÄrztInnen die Aufgabe, ihren PatientInnen die schlechte Nachricht – die Diagnose einer lebensbedrohlichen Krebserkrankung – zu übermitteln (Maynard 2003; Fruht/Vogelhuber 2016; Günthner 2017; 2018a; b; 2019), diese zu erläutern bzw. für medizinische LaiInnen zu übersetzen, um anschließend den anvisierten Therapieplan mit oftmals stark belastenden Therapieschritten abzustimmen. Darüber hinaus sollen die MedizinerInnen den PatientInnen in diesen zwischen 10 und 45 Minuten dauernden Gesprächen angesichts der lebensbedrohlichen Diagnose Mut machen, Hoffnung aufzeigen und sie zur „compliance“ und damit zur Bereitschaft einer/s PatientIn zur aktiven Mitwirkung an therapeutischen Maßnahmen gewinnen (Imo 2017). Die PatientInnen wiederum, die in diesen Interaktionen mit der Nachricht einer lebensbedrohlichen Erkrankung konfrontiert werden, erleben im Kontext dieser Grenzerfahrung (Günthner 2017; 2019) einen Bruch in ihrer bisherigen „Normalität des Alltags“. Durch das Verstummen, die ausbleibenden Reaktionen bzw. den immer wieder zu beobachtenden Ausstieg aus der Interaktionsordnung auf Seiten der PatientInnen wird deren Schockreaktion interaktional erkenntlich (Günthner 2017; 2018). Sie befinden sich in einer aktuellen „Schwellensituation“ bzw. „Liminalität“ (Turner 1989), in der sich das Leben schlagartig ändert: Die bisherigen Alltagsgewissheiten verlieren plötzlich ihre Gültigkeit und die „grundlegende Idealisierung des Lebens, [des] Und-so-weiter“ (Schütz/Luckmann 1979: 171) ist suspendiert.

Die vorliegende empirisch ausgerichtete Studie verdeutlicht, wie ÄrztInnen in dieser institutionellen Gattung verschiedene Typen kategorischer Formulierungen als kommunikative Praktiken einsetzen, um die auf Seiten der PatientInnen erlebte Grenzerfahrung bzw. den erfahrenen Zusammenbruch der Alltagsnormalität zu rekalisieren und um Normalitätsangebote für die anstehende Lebens-

1 Zum Konzept der „kommunikativen Praktiken“ siehe Günthner (2010) sowie Deppermann/Feilke/Linke (2016). Siehe u. a. Iakushevich (2021: 317–321) zum Themenfeld „Gesundheit/Krankheit und gesellschaftliche wie auch fachliche Vorstellungen von Normalität“; vgl. auch Schwegler (i. d. B.) zu kommunikativen Praktiken des Normalisierens sowie Groß/Birkner und Schick (i. d. B.).

2 Siehe u. a. Keppler/Luckmann (1990) zur Wissensübermittlung im Gespräch.

phase als KrebspatientIn zu offerieren. Der Einsatz normativer Formulierungen³ mit „unhinterfragbaren Weisheiten“ (Keppler/Luckmann 1990) ermöglicht den ÄrztInnen – wie die folgenden Daten veranschaulichen – vom konkreten Einzelfall im Hier-und-Jetzt zu abstrahieren und die auf Seiten der PatientInnen aktuell erlebte biographische Krisensituation wiederum allgemeingültigen Regelmäßigkeiten und „neuen Alltagsnormalitäten“ im (zukünftigen) Leben mit der bedrohlichen Krankheit zuzuordnen.

Nach einem Einblick in den Bereich der ärztlichen Wissensvermittlung und der damit einher gehenden Rezipientenorientierung in onkologischen Aufklärungsgesprächen soll das der Analyse zugrundeliegende Datenmaterial wie auch das Normalitätskonzept kurz skizziert werden (Abschnitt 2), bevor (im Hauptteil des Beitrags, Abschnitt 3) vier Typen kategorischer Formulierungen, die von Seiten der ÄrztInnen als Praktiken der Wissensvermittlung und Normalisierung eingesetzt werden, einer genaueren Analyse unterzogen werden. Die Schlussfolgerungen (Abschnitt 4) liefern eine Zusammenschau der multifunktionalen Ausrichtung kategorischer Formulierungen als Strategien der Rekalibrierung von Normalität⁴ angesichts einer lebensbedrohlichen Diagnose.

2 Wissensvermittlung in onkologischen Aufklärungsgesprächen anhand kategorischer Formulierungen

Auch wenn die Teilnehmenden in den vorliegenden onkologischen Aufklärungsgesprächen ein gewisses Maß an allgemeinem, im Wissenshaushalt der Gemeinschaft vorliegenden Alltagswissen teilen, so zeichnet sich die institutionelle Gesprächsgattung durch eine deutliche Asymmetrie in Bezug auf die Verteilung von medizinischem Wissen bzw. den epistemischen Status der Interagierenden und die institutionellen Rollen mit den damit einhergehenden Teilnahmekonstellationen aus:⁵ Während die PatientInnen in der Regel medizinische LaiInnen sind, die zwar über subjektives Wissen bzgl. ihres körperlichen Empfindens, ihrer fami-

3 Zur Frage der Normativität siehe u. a. Gloy (2012). Vgl. auch Groß (2021) sowie Groß/Birkner (i. d. B.) und Schick (i. d. B.) zum medizinischen Normalitätsbegriff und dessen Bezug zur Normativität. Vgl. auch Liebert (2021) zur Frage von Normalitätsverschiebungen und Ordnungen des Außerordentlichen.

4 Zu Normalitätskonzepten in den Sozialwissenschaften siehe Link/Loer/Neuendorff (2003).

5 Siehe Berger/Luckmann (1969/2016) zur sozialen Verteilung von Wissen in Gesellschaften, sowie Günthner/Luckmann (2002) zu Wissensasymmetrien in Gesprächen. Siehe auch Günthner

liären Krankheitsgeschichten etc. verfügen (d. h. Wissen in Bezug auf „A-events“; Labov/Fanshel 1977), weisen die ÄrztInnen aufgrund ihres professionellen Wissens und ihrer institutionellen Rolle einen hohen „epistemic status“ (Heritage 2013: 376) und eine deontische Autorität auf. Die ungleiche Verteilung spezialisierten Fachwissens wie auch institutioneller Kompetenzen kommt in dieser institutionalisierten Gesprächsgattung in vielfältiger Weise zum Ausdruck: Die Interaktionen sind geprägt von Sequenzen ärztlicher Wissensvermittlung, von Verstehensaushandlungen,⁶ von Asymmetrien in Bezug auf epistemische Domänen (subjektives Erleben und Alltagswissen vs. Fachwissen) sowie der auf Seiten der PatientInnen erlebten Schockerfahrung, Hilflosigkeit und Verunsicherung hinsichtlich ihrer zukünftigen Lebenssituation in Anbetracht der soeben erhaltenen Diagnose etc.

Wie Schütz/Luckmann (1979: 88 ff.) in Zusammenhang mit dem Konzept der „Reziprozität der Perspektiven“ als Grundbedingung für intersubjektives Verstehen ausführen, orientieren sich Interagierende im intersubjektiven Handeln an der Perspektive des Gegenübers und damit an dessen (potenziell vorhandenen) Wissensgrundlagen, Verstehensproblemen wie auch an den emotionalen Befindlichkeiten (im Sinne der „Generalthese der wechselseitigen Perspektiven“; Schütz/Luckmann 1979: 88 ff.). Dies trifft auch auf die ärztliche Vermittlung von Wissen in der vorliegenden Gattung zu – insbesondere in Hinblick auf die diagnostizierte Krankheit, ihre Therapien und Bewältigungsoptionen. So ist es für die ÄrztInnen relevant, abschätzen zu können, was als gemeinsames Wissen vorausgesetzt werden kann, an das sie mit ihren Ausführungen anknüpfen können, bzw. welche Form des „recipient design“ (Sacks/Schegloff 1979) geeignet ist, um weder das Wissen des Gegenübers zu über-, noch zu unterschätzen und so einen „common ground“ in Bezug auf Strategien der Krankheitsbewältigung zu erzielen. Die ÄrztInnen zeigen eine Art „epistemic vigilance“ (Sperber et al. 2010) und damit eine Aufmerksamkeit in Hinblick auf den Wissensstatus der/des PatientIn, an dem sie sich wiederum orientieren, um ihre Agenda in Kooperation mit den PatientInnen verfolgen zu können.⁷

In diesem Zusammenhang setzen ÄrztInnen zur Vermittlung von selbst- wie auch fremdinitiiertem Wissen bzgl. der diagnostizierten Krankheit und deren Bewältigung immer wieder normgeleitete kategorische Formulierungen ein. Kategori-

(2018b) zur Wissensverteilung in onkologischen Aufklärungsgesprächen und Bauer/Buck (2021) zum Wissensmanagement in der medizinischen Interaktion.

⁶ Zu Verstehensaushandlungen als Mittel der Normalisierung siehe auch Buck (i. d. B.).

⁷ Siehe hierzu auch Günthner/Luckmann (2002: 220 ff.), die verdeutlichen, wie Interagierende das vorhandene Wissen ihrer KommunikationspartnerInnen „mit Hilfe ihres Bewusstseins um die soziale Verteilung von Wissen in ihrer Gesellschaft und um damit verbundene soziale Positionen und soziale Biografien einigermaßen abschätzen.“

sche Formulierungen verstehe ich – in Anlehnung an Ayaß (1999a: 124)⁸ – als formelhafte (sowohl routinisierte als auch ad hoc-gebildete) Konstruktionen, die einen apodiktischen Charakter und somit eine verallgemeinernde Referenzialität aufweisen. Anhand der vorliegenden Gesprächsdaten werde ich veranschaulichen, dass kategorische Formulierungen aufgrund ihrer inhärenten „Unhinterfragbarkeit“ (Keppler/Luckmann 1990) eine geeignete Ressource für die Konstitution und Rekalibrierung von Normalität in der vorfindlichen Situation darstellen, in der die bislang erlebte Alltagsnormalität der PatientInnen „auf den Kopf gestellt“ wird bzw. ihnen „der Boden unter den Füßen weggezogen wird“.⁹

Die vorliegende Analyse befasst sich also weder mit Annahmen, was gesellschaftlich als „normal“ gilt oder was die individuellen GesprächsteilnehmerInnen als „normal“ betrachten, noch mit medizinisch kodierten Normalitätsfestlegungen (siehe u. a. Canguilhem 1974; Link/Loer/Neuendorff 2003; Groß/Steinmetzer/Müller 2008; Catita/Águas/Morgado 2020 sowie Groß/Birkner und Schick i. d. B.), sondern damit, wie ÄrztInnen in diesen Krisengesprächen den PatientInnen Normalitätsangebote machen: In welchen Kontexten und zur Durchführung welcher sozialen Handlungen setzen ÄrztInnen kategorische Formulierungen als kommunikative Ressourcen zum Normalitäts-Display ein?

Die Untersuchung basiert auf 56 onkologischen Aufklärungsgesprächen, die im Rahmen des von der Deutschen Krebshilfe geförderten Projektes „Von der Pathologie zum Patienten: Optimierung von Wissenstransfer und Verstehenssicherung in der Onkologie zur Verbesserung der Patientensicherheit“ (Bentz et al. 2017) am Städtischen Klinikum Karlsruhe 2014 bis 2015 erhoben und nach GAT 2 (Selting et al. 2009) transkribiert wurden.¹⁰

Auf Basis dieser Daten werde ich argumentieren, dass ÄrztInnen in diesen äußerst sensiblen Gesprächskontexten kategorische Formulierungen als kommunikative Ressource einsetzen, um emotionales Erleben, zukünftige Alltagsroutinen, krankheitsbezogene Informationen etc. einer situationsübergreifenden Generizität zuzuordnen. Ausgestattet mit der „Interaktionsmodalität der fraglosen Sicherheit“ (Kallmeyer/Keim 1994: 269) wird den PatientInnen in ihrer aktuell erlebten Grenz-

8 Ayaß (1999a; b) verwendet den Begriff der „kategorischen Formulierungen“ um primär komplexe, aus zwei Teilsätzen bestehende Wendungen (wie *wer ... der*-Konstruktionen) zu beschreiben, die oftmals „moralische Aktivitäten vollziehen.“

9 Hierbei handelt es sich um Zitate von Patientinnen.

10 Ich danke den Projektleitern Prof. Dr. M. Bentz, Prof. Dr. W. Imo und Prof. Dr. Th. Rüdiger für die Möglichkeit, an diesem Projekt zu partizipieren. Siehe auch die Beiträge von Bauer und Schick (beide i. d. B.), die ebenfalls mit diesen Daten arbeiten.

erfahrung indiziert, dass auch in dieser – die bisherige Normalität sprengenden – Erfahrungswelt Normalitäten bzw. Regelmäßigkeiten vorherrschen.¹¹

3 Kategorische Formulierungen als Praktiken der Normalisierung in onkologischen Aufklärungsgesprächen

Zu den in den Daten immer wieder auftretenden „kategorischen Formulierungen“, mit denen ÄrztInnen „Normalitäten“ (re-)kalibrieren, zählen:

- *es ist (immer/halt/einfach) so*-Konstruktionen zur Einleitung und Beendigung von Kernäußerungen,
- bildliche Vergleichsprädikationen anhand von *es ist (halt) wie*-Konstruktionen,
- *wenn ... dann*-Konstruktionen,
- *je ... umso bzw. je ... desto*-Konstruktionen.

Im Folgenden werden die unterschiedlichen Konstruktionen¹² anhand ausgewählter Gesprächsausschnitte vorgestellt. Auffällig hierbei ist, dass in den Sequenzen, in denen ÄrztInnen Normalitäts-Displays aktivieren, oftmals mehrere Typen kategorischer Formulierungen zusammentreffen bzw. diese anhand verschiedener Tropen – u. a. bildlicher Vergleiche, Metaphern, Gemeinplätze, Quasi-Tautologien etc. – untermauert werden.

3.1 Die *es ist (immer/halt/einfach) so*-Konstruktion als metakommunikative Einleitungs- bzw. Beendigungsformel bei der Wissensübermittlung

ÄrztInnen leiten in den vorliegenden Interaktionen ihre Wissensvermittlung u. a. mit der musterhaft verfestigten Projektorkonstruktion (Günthner 2008) *es ist (immer/halt/einfach) so* ein und bereiten mit dieser „weitgehend ‚gefrorenen‘ Vor-

¹¹ Siehe auch Günthner et al. (2012) sowie Schick (i. d. B.) zu divergierenden und flexiblen Normalitätsfeldern.

¹² Zum interaktional ausgerichteten Konzept der „Konstruktionen“ sowie zum Gebrauch grammatischer Konstruktionen in der Interaktion siehe Günthner/Imo (2006) sowie Bücken/Günthner/Imo (2015).

laufkonstruktion“ (Auer 2006: 303) ihr Gegenüber auf eine komplexe und als all-gemeingütig angekündigte Sachverhaltsdarlegung vor.

Der folgende Ausschnitt entstammt einem Gespräch zwischen der ÄrztIn A, dem Patienten PM und dessen Lebenspartnerin LW.¹³ Nachdem die ÄrztIn A ihren Patienten über dessen Krebsdiagnose sowie über bereits in der Leber vorhandene Metastasen aufgeklärt hat, setzt sie mit der Therapiebesprechung ein. Auf die Frage von LW, wann die Chemotherapie starten kann, erläutert A, dass diese erst einsetzen kann, wenn die Wundheilung der OP abgeschlossen ist, da der Beginn der systemischen Therapie davon abhängt, wie der Patient die OP verkraftet:

(I) GESPRÄCH 004

- 337 A: kann sich das mAI (-) verZögern-
 338 oder kann es auch beSCHLEUnigen,
 339 PM: ja.
 340 [hm.]
 341 LW: [hm_hm;]
 342 hm_hm;
 343 A: **es_s IMmer so;**
 344 wenn es komplikationslos DURCHläuft-
 345 versucht man so SCHNELL wie möglichen-
 346 die therapie zu beGINNen [dann;]
 347 PM: [ja.]
 348 LW: hm_hm;
 349 A: des_is eigentlich die Überschrift;
 350 LW: ja JA;
 351 A: [die sys]TEmische therapie==
 352 LW: [=ja_ja-]
 353 PM: [ja_ja-]
 354 A: =so früh wie möglich zu beGINNen,
 355 <<len, behaucht> °hh (.) EINFach:.,> (---)
 356 <<len, behaucht> UM dem tUmor,
 357 <<len, behaucht> NICHT die zeit- (-)
 358 <<len, behaucht> zu LASsen> [sich noch wEIter aus]
 [zu]breiten.

13 Die Siglen A verweisen auf die ÄrztInnen, PM bzw. PW auf PatientInnen und LM bzw. LW auf die LebenspartnerInnen der PatientInnen. Aufgrund der Anonymisierung der beteiligten MedizinerInnen werden die Begriffe „ÄrztInnen“ bzw. „die ÄrztIn“ genderneutral gebraucht und umfassen alle Geschlechter. Die Sigle A verweist auf ÄrztInnen, die Siglen PW und PM auf weibliche bzw. männliche PatientInnen und LW und LM auf die LebenspartnerInnen (weiblich und männlich) der PatientInnen.

Der Patient und seine Frau quittieren die Ausführungen der ÄrztIn bzgl. möglicher zeitlicher Verschiebungen der Chemotherapie durch mehrfache Rezipientensignale („ja“, „hm.“ bzw. zweimaliges „hm_hm.“; Z. 339–342). In Zeile 343 ergreift A erneut den Redezug und kündigt mit der Projektorkonstruktion „es_s Immer so;“ (Z. 343) eine allgemeingültige, nicht argumentationsfähige Wissenskundgabe an. Obgleich die Semantik des expletiven *es* entleert ist (Auer 2006: 302), erhält dieses kataphorische Element eine wichtige interaktive Funktion: Es weist auf die Folgeäußerung hin und erhöht aufgrund dieser Aufmerksamkeitssteuerung zugleich deren Relevanz. Das in die kategorische Formulierung eingefügte generalisierende Adverb „immer“ fungiert als „extreme case formulation“ (Pomerantz 1986: 221; Günthner 1995) und unterstreicht die uneingeschränkte Gültigkeit der angekündigten Mitteilung. Aufgrund ihrer Generizität trägt die kategorische Formulierung „es_s Immer so;“ (Z. 343) ferner dazu bei, vom vorliegenden Einzelfall zu abstrahieren: Die Subsumption des möglichen Therapieverlaufs von PM unter den allgemein gültigen Normalfall repräsentiert – wie Bergmann (2014: 428) ausführt – ein zentrales „Strukturprinzip der professionellen Fallarbeit“: Anhand der „Dekontextualisierungsleistung“ (Frommer 2014: 109) und des „Perspektivwechsels“ von der/dem individuellen PatientIn zur Generizität und damit zu „einem Fall von vielen“ (Frommer 2014: 109) ordnet A das weitere Vorgehen bei der systemischen Therapie einer professionell fundierten Regelmäßigkeit zu.¹⁴

Die mit der apodiktischen Vorlaufkonstruktion angekündigte Aussage erfolgt nun in Form einer komplexen *wenn ... dann*-Konstruktion, wobei die Protasis „wenn es komplikationslos DURCHläuft-“ (Z. 344) die Bedingung aufbaut, unter der die Aussage in der Apodosis „versucht man so SCHNELL wie möglich- die therapie zu beGINnen [dann;]“ (Z. 345–346) gültig ist. Auf diese Weise verknüpft A die beiden Handlungen „die OP verläuft komplikationslos“ und „man kann die Therapie so schnell wie möglich beginnen“ durch eine „konditionale Generalisierung“ (Kallmeyer/Keim 1994: 268), die den bereits instanziierten epistemischen „stance“¹⁵ der fraglosen Gegebenheit weiter untermauert.

Wie die metakommunikative Formel „es_s Immer so;“ (Z. 343) so trägt auch das *wenn ... dann*-Gefüge zur Konstruktion eines normativ-ausgerichteten Rahmens für A's Wissenskundgabe bei. Das Indefinitpronomen *man* („wenn es komplikationslos DURCHläuft- versucht man so SCHNELL wie möglich- die therapie zu beGINnen [dann;]“; Z. 344–346), das die Gesprächsrollen neutralisiert und die

¹⁴ Siehe Bergmann (2014) sowie Frommer (2014) zum ärztlichen Dilemma zwischen „objektiver Professionalität“ versus Zuwendung zum Einzelschicksal der/des PatientIn. Siehe auch Günthner (2021) zum Einsatz namentlicher Anreden als Ressource zum Wechsel von der „objektiven Fallarbeit“ zur „individuellen Orientierung am Patienten.“

¹⁵ Zum „stance“-Konzept siehe Stivers (2008) sowie Kiesling (2022).

Allgemeingültigkeit unterstreicht (Imo/Ziegler 2019)¹⁶ wie auch das atemporal verwendete Präsens bestätigen den epistemischen „stance“ der Unhinterfragbarkeit. Mit ihrer Zustimmung quittieren die RezipientInnen (Z. 347; 348) die in der „Interaktionsmodalität der fraglosen Sicherheit“ (Kallmeyer/Keim 1994) tradierte Wissensübermittlung.

Der Gestus eines als „Gewißheit“ präsentierten Wissensbestands (Berger/Luckmann 1969/2016: 101) wird im vorliegenden Gesprächsausschnitt somit nicht nur über den professionellen Status der ÄrztIn indiziert, sondern von A aktiv durch die kategorische Formulierung *es ist immer so* sowie die folgende *wenn ... dann*-Konstruktion, die auf durch medizinische Erfahrung erworbenes Wissen gründet, konstruiert. Mit der nachgelieferten Sentenz „des_is eigentlich die Überschrift;“ (Z. 349), die einen abschließenden „präzise und schmückend formulierten Sinnspruch“ (Ueding/Steinbrink 1986: 250–252) repräsentiert, unterstreicht A nochmals die Allgemeingültigkeit ihrer Darlegung.

Wie dieser Ausschnitt zeigt, gelingt es der ÄrztIn anhand der – durch die kategorische Formulierung „es_s IMmer so;“ (Z. 343) eingeleiteten und mit der Sentenz „des_is eigentlich die Überschrift;“ (Z. 349) abgeschlossenen – Äußerung vom Einzelfall des Hier-und-Jetzt zur Darlegung des Therapievorgangs überzugehen und dem Patienten gegenüber Professionalität in Bezug auf die Krankheitsbewältigung zu signalisieren. Diese vom konkreten Fall abstrahierende Darlegung ermöglicht es A darüber hinaus, das Management der anstehenden Agenda weiter voranzutreiben. Wie die Rezipientenreaktionen des Patienten und seiner Frau („hm_hm;“, „ja JA“, „= ja ja-“, „ja ja-“, Z. 348–353) verdeutlichen, stimmen diese den Ausführungen der ÄrztIn zu, ohne selbst den Redezug zu übernehmen bzw. nachzuhaken.

Im folgenden Ausschnitt (II) produziert die ÄrztIn A kurz hintereinander mehrere *es ist (immer/halt/einfach) so*-Konstruktionen – „das is so“ (Z. 508), „des is ja SO,“ (Z. 529), „u:nd dann Äh:m, ((Schmatzlaut)) is es SO,“ (Z. 535) sowie „is jetzt nich SO,“ (Z. 551) – die allesamt den Aussagen der ÄrztIn die „Würde des Normativen“ (Berger/Luckmann 1969/2016: 100) verleihen. Die Patientin PW, die aufgrund der Mitteilung einer Krebsdiagnose „an assault on the ordinary, expected, intended, typical, predictable, moral world of every-day life“ (Maynard 2003: 7) erfahren hat, wird nun mit der anvisierten Therapieplanung und den auf sie zukommenden Therapiealltag konfrontiert:

¹⁶ Siehe auch Stukenbrock/Bahr (2017: 162–164) zu „Vorlaufkonstruktionen mit so“, die oftmals mit dem Indefinitpronomen *man* bzw. mit einen generischen *du* ausgeführt werden.

(II) GESPRÄCH 042

- 504 A: aber man KOMMT (.),
 505 ganz gut damit dUrch;
 506 [die k]emo läuft ambuLANT,
 507 PW: [hm_hm-]
 508 A: [**das is**] so dass sie mOrgens um NEUN oder um ELF komm_n,
 509 PW: [hm_hm-]
 510 A: un dann so zwei drei STUNDN-
 511 hm na DREI stunden sinds eher-
 512 drei vier stunden DA sind,=
 513 PW: =hm_hm-
 514 A: °h und dann wieder nach HAUse gehen-
 515 entweder ABgeholt werden-
 516 oder mit dem TAXi abgeholt werd_n-
 517 <<p> das kommt immer drauf AN °h->
 518 PW: hm_[hm-]
 519 A: [wie] sie des organiSIERN,
 520 kriegen sie von uns dann son taxiSCHEIN noch-
 521 (0.3)
 522 PW: ah ja o[KAY.]
 523 A: [des:]
 524 <<p> °h des is eigentlich alles GUT->
 525 sie sollen auch WÄHrend der kemo-
 526 nich die ganze zEIt zu hause nur im BETT liegen ja,
 527 man soll[te wens einem wieder] GUT geht-
 528 PW: [ja ja des isch-]
 529 A: **des is ja S0**,
 530 die kemo geht alle drei WOCHen,
 531 PW: hm_hm-
 532 A: °h sie haben immer drei wochen PAUse,
 533 zwischen den einzelnen ZYKlen °h-
 534 u: :nd dann Äh:m,
 535 ((Schmatzlaut)) **is es S0**,
 536 dass es einem vielleicht so DREI,
 537 VIER,
 538 FÜNF tA:ge, (.)
 539 nich GUT?
 540 <<p> also nich GUT> also;
 541 nich so GUT gEht,
 542 [°h und-]dann isses wie son schalter UMgelegt,

- 543 PW: [hm_hm-]
 544 A: und dann hat man fast ZWEI wochen normAlEs leben-
 545 [ne dann ko]mmt natürlich der NÄCHSte,
 546 PW: [hm_hm-]
 547 A: und je mEhr man HAT, °h
 548 umso anstrengender WIRD[=s natÜrlich,]
 549 PW: [isch KLAR-]
 550 A: ja Aber °h-
 551 **is jetzt nich SO,**
 552 dass sie die ganze ZEIT,
 553 irgendwie so totAl schlapp im bett LIEgen,
 554 PW: hm_hm-
 555 A: und auch nich liegen SOLLten;
 556 sondern sie sollen wirklich aktIV sein,
 557 sie solln n BISSL °h-
 558 <<behaucht> sport (.) fahrrad FAHren->

Die in diesem Gesprächssegment von A aktivierten projektiven *es ist (immer/halt/einfach) so*-Konstruktionen haben allesamt die Funktion, den Rahmen für als allgemeingültig präsentierte Darlegungen zum Therapieverlauf zu eröffnen. A übermittelt hierbei nicht nur medizinisches Wissen, sondern antizipiert den auf ihre Patientin zukommenden Alltag, wobei sie sich an der (mutmaßlichen) Perspektive ihrer Kommunikationspartnerin, deren möglichen emotionalen Befindlichkeiten, Ängsten etc., aber auch an deren potenziellem Wissen um medizinische Prozesse orientiert (siehe Schütz/Luckmann 1979: 88 ff. zur Generalthese der wechselseitigen Perspektiven).

Gemeinsam ist den vorliegenden *es ist (immer/halt/einfach) so*-Konstruktionen (Z. 508; 529; 535; 551), dass sie stets komplexe Folgeteile einleiten, die die Patientin auf die anvisierte Chemotherapie vorbereiten. Auffällig ist hierbei, wie A einerseits ihre Patientin in das zukünftige Szenario¹⁷ mittels direkter Adressierung „sie“ einbezieht „[das is] so dass sie mOrgens um NEUN oder um ELF komm_n, un dann so zwei drei STUNDN- hm na DREI stunden sinds eher- drei vier stunden DA sind, =“; (Z. 508–512). Andererseits produziert A zur Illustration des zukünftigen Alltags aber auch generisch formulierte Aussagen: „u:::d dann ÄH:m, ((Schmatzlaut)) is es SO, dass es einem vielleicht so DREI, VIER, FÜNF TA:ge, (.) nich GUT? <<p > also nich GUT > also; nich so GUT gEht,“ (Z. 534–541). Die detaillierte Präsentation des wöchentlichen Verlaufs vermittelt der Patientin, dass sie auch in nächster Zukunft mit einem gere-

17 Siehe auch Schick (i. d. B.) zu „animierten Szenarien“ in onkologischen Aufklärungsgesprächen.

gelten Ablauf normativ erwartbarer und wiederkehrender Ereignisse zu rechnen hat, und dass die anvisierte Therapie einer Routinisierung folgt, die durchaus Raum für einen „normalen“ Alltag bereithält.¹⁸

Der Wechsel des Pronominalgebrauchs vom adressierenden *sie* zum Indefinitpronomen *man* (bzw. *einem*) skizziert A's Bemühen, PW in Bezug auf ihre Konfrontation mit der lebensbedrohlichen Erkrankung in eine größere Erfahrungsgemeinschaft einzureihen (Auer 2000: 167)¹⁹ und sie somit aus der Isolation des singulären Falls in „eine neue Normalität“ mit durchaus geregelten Bahnen einzubinden.²⁰

532 °h sie haben immer drei wochen PAUSE,
 ...
 535 ((Schmatzlaut)) **is es SO**,
 536 dass es einem vielleicht so DREI,
 ...
 544 und dann hat man fast ZWEI wochen normaLes leben-
 ...
 547 und je mEhr man HAT, °h

Im Unterschied zu den ersten drei Realisierungen der kategorisch formulierten Projektorkonstruktion (Z. 508; 529 und 535) initiiert die vierte mittels der rhetorischen Figur der Litotes „is jetzt nicht SO,“ (Z. 551) ein ex-negativo Szenario und damit etwas, was zwar nicht zutrifft, was das Gegenüber aber u. U. befürchten könnte: „is jetzt nicht SO, dass sie die ganze ZEIT, irgendwie so totAl schlapp im bett LIEgen,“ (Z. 551–553). Durch diese Verneinung des Gegenteils lässt die ÄrztIn das, was die Patientin erwartet, unbenannt (Bergmann 1999/2013: 183) und bleibt so in Bezug auf das projektive Zukunftsszenario deutlich zurückhaltender. Diese Unbestimmtheitsrhetorik wird durch die Vagheitsmarker „irgendwie“ und „so“ untermauert.

Das konstruierte Szenario dessen, was die Patientin während ihrer Chemotherapie erwartet, verdeutlicht A's Management der Intersubjektivität (Schütz/Luckmann 1984): So greift A in ihrer Skizzierung des Ablaufs der anvisierten Chemotherapie fortwährend mögliche Vorannahmen, Erwartungen, Ängste und Hoffnun-

¹⁸ Siehe Groß/Birkner (i. d. B.) zu expliziten Bezugnahmen auf „das Normale“ in medizinischer Kommunikation.

¹⁹ Das hier verwendete Pronomen der 2. Person wird teilweise auch als „generisches Sie“ aktualisiert, das dem Indefinitpronomen *man* nahekommt. Zum generischen Gebrauch von *Sie* siehe Günthner (i.V.).

²⁰ Siehe auch Ayaß (1999a; b) zur Verwendung von *man* in „kategorischen Formulierungen“.

gen ihres Gegenübers auf. Mit Deppermann (2014: 48) möchte ich betonen, dass Rezipientendesign keineswegs auf die Erzielung eines „common ground“ unter den Interagierenden zu reduzieren ist; vielmehr zielt dies auch darauf ab, die unterschiedlichen Perspektiven, emotionalen Befindlichkeiten etc. der Beteiligten zu berücksichtigen und diese wiederum in die eigene Äußerungsgestaltung sowie Handlungsdurchführung einzubeziehen.

Während die in (I) und (II) präsentierten kategorischen *es ist (immer/halt/einfach)* so-Formulierungen die Aufmerksamkeit des Gegenübers auf die folgende Wissensdarlegung lenken, produziert die ÄrztIn A im folgenden Gesprächssegment (III) eine post-positionierte *es ist (immer/halt/einfach)* so-Formulierung und untermauert damit retrospektiv ihre vorausgehende Darlegung als normativ gültige Wissenskundgabe. Dem Ausschnitt geht die Frage des Ehemanns LM der Patientin voraus, inwiefern sich die bei seiner Frau anvisierte Brust-OP von der vor Jahren bereits durchgeführten OP unterscheidet. Nachdem A Gemeinsamkeiten wie auch Unterschiede in den OP-Verfahren skizziert hat, beendet sie ihre Wissensübermittlung in Zeile 340. Nach einer kurzen Pause (Z. 341) liefert sie die Partikel „ja,“ (mit leicht steigender Intonation), um ihren RezipientInnen eine Reaktion zu entlocken. PW übernimmt daraufhin den Redezug (Z. 342), doch statt eines Erkenntnisprozessmarkers bzw. einer Verstehensnachfrage wechselt diese mit ihrer W-Frage das Thema:

(III) GESPRÄCH 045-01

- 340 A: ja, =also DES wäre gleich.
 341 (---) ja,
 342 PW: un_wie KOMMT man eigentlich an sowas,
 343 (--)
 344 A: JA::[::H?]
 345 LM: [(x)]
 346 A: [des]is SCHICKsal;
 347 LM: [(xx)]
 348 A: des WEIB man nIcht.
 349 (1.3)
 350 des KANN m[an ni-]
 351 LM: [ACHso;]
 352 A: des waRUM darf man in der medizIn ganz selten fragen;
 353 <<p> des IS einfach so.>
 354 (---)
 355 wir könn_n immer nur SAgen,
 356 des und des HAben sie,
 357 aber waRUM sie_s gekriegt haben,

358 WEIß man nIch.
 359 (2.2)
 360 je ÄLter man wird,
 361 desto eher is (.) STEIGT das risiko.

Auf PW's Frage nach der Ursache ihrer Brustkrebserkrankung reagiert A mit einem stark gedehntem, mit steigender Intonation produziertem „JA::[:H?]“ (Z. 344), das eine Fortsetzung des Redezugs der Sprecherin erwartbar macht. Im unmittelbaren Anschluss formuliert A dann den Topos „des is SCHICKsal;“ (Z. 346) als „autoritätshaltige und auf konkrete [...] Fälle verwendbare Weisheit“ (Lausberg 1973: 143), dem die Generizität markierende Erläuterung „des WEIß man nIcht.“ (Z. 348) folgt. Nach ihrem Äußerungsabbruch „des KANN m[an ni-]“ (Z. 350), der in Überlappung mit LM's Erkenntnisprozessmarker „ACHso;“ (Z. 351) erfolgt, untermauert A ihre bisherige Ausführung durch die apodiktisch formulierte Sentenz: „des waRUM darf man in der medizIn ganz selten fragen;“ (Z. 352). Dieser mit epistemischer Autorität und Bezugnahme auf die eigene Profession versehene Maxime, die eine normative Aussage enthält, folgt in reduzierter Lautstärke die inkrementell nachgeschobene Phrase „<p>des IS einfach so.>“ (Z. 353). Mit dieser auf der „vorthoretischen Ebene“ situieren „simplen Versicherung“ verleiht A ihrer vorausgehenden deontischen Äußerung zur Unabänderlichkeit „die Würde des Normativen“ (Berger/Luckmann 1969/2016: 100). Auch die vorliegende Wissensübermittlung, die sich durch eine regelrechte Kaskade an „kategorischen Formulierungen“ auszeichnet, wird durch die „Interaktionsmodalität der fraglosen Sicherheit“ untermauert, welche „Bemühungen um Differenzierungen der dargestellten Sachverhalte, Problematisierungen, Aktivitäten der Überprüfung von Urteilen“ ausschließt (Kallmeyer/Keim 1994: 270). Die Patientin sowie ihr Ehemann äußern im Anschluss an die kategorische Formulierung weder Rezipientensignale, noch liefern sie Anzeichen dafür, die apodiktische Aussage zu hinterfragen (siehe die Pause in Zeile 354).²¹

Wie die Gesprächsausschnitte (I), (II) und (III) veranschaulichen, setzen ÄrztInnen in den vorliegenden Gesprächen immer wieder die metakommunikative Formulierung *es ist (immer/halt/einfach) so* ein, um sowohl selbst- als auch fremdinitiierte Wissensübermittlungen bzw. Handlungsanweisungen als den konkreten Einzelfall überragende, unhinterfragbare Tatsache zu präsentieren und diese zugleich zu legitimieren. Ferner zeigen die Exzerpte, dass ÄrztInnen diese kommunikative Praktik der Normativitätsindizierung in Kontexten einsetzen, in denen es um Voraussagen bzgl. des zukünftigen krankheitsbezogenen Alltags bzw. die anstehenden Therapien

²¹ Da keine Videoaufnahmen vorliegen, kann keine Angabe zu möglichen nonverbalen Reaktionen gemacht werden.

geht oder aber um Patientenfragen, für die es keine einfachen Antworten gibt. Aufgrund ihres Kontextualisierungspotenzials einer allgemeingültigen, unhinterfragbaren Sachlage fungieren kategorische Formulierungen – wie die Rezipientenreaktionen bestätigen – als wirkungsvolle Ressource zur Themenbeendigung und erlauben den ÄrztInnen, ihre Agenda in Bezug auf den weiteren Gesprächsverlauf fortzusetzen.

3.2 Bildliche Vergleichsprädikationen anhand der *es ist (halt) wie*-Konstruktion

Eine weitere in den vorliegenden Gesprächen mobilisierte kategorische Formulierung ist die *das ist wie*-Konstruktion. Diese Prädikation wird von ÄrztInnen eingesetzt, um die auf Seiten der PatientInnen erfahrene Extremsituation anhand eines Vergleichsszenarios zu verbildlichen und intersubjektivität herzustellen.

Nachdem die ÄrztIn A mit ihrer Patientin PW die anstehende Chemotherapie besprochen hat und PW ihre Ängste äußert, offenbart die ÄrztIn, dass sie selbst eine Brustkrebsdiagnose hatte und folglich PW's Befürchtungen „SEHR gut nachvollzieh_n“ kann (Z. 779):

(IV) GESPRÄCH 032-01

- 778 A: <<sehr leise> ne von DAher,>
 779 <<leise> (-) kann ich des SEHR gut nachvollzieh_n.>
 780 (1.6) ((Geräusche im Hintergrund))
 781 A: **des_is wie [so_n SCHLAG] auf den kOpf;**
 782 PW: [°hh ja KLAR;]
 783 A: JA:hh so: ,
 784 das LEben (.) plötzlich [machts KLICK,]
 785 PW: [<<schluchzend>°hh>]
 786 PW: ja?=
 787 A: und es [is GANZ anders.]
 788 PW: ja [nee ich hab eh-]
 789 (während) ich die ganze ZEIT hier [über po]siTives (xxx)
 790 A: [hm]
 791 PW: [nee des IS nix;]
 792 A: [hm ?hm ?hm ?hm]
 793 PW: [es kann NET (es wird nicht)]
 794 A: [hm hm hm hm]
 795 PW: <<schluchzend> deshalb [des is] JETZ,>
 796 A: [hm_hm]
 797 PW: (0.6)

798 PW: <<weinend> hät_s echt NICH gedAcht;>

799 A: is en SCHLAG;=ja.

Im Anschluss an A's Eingeständnis und die folgende längere Pause (Z. 778–780) ergreift die ÄrztIn erneut den Redezug und leitet mit der metakommunikativen Formulierung „des_is wie“ einen Vergleich („comparatio“; Ueding/Steinbrink 1986: 254) ein, der PW's aktuelle Verfasstheit angesichts der Diagnose bildlich zu veranschaulichen versucht: „[so_n SCHLAG] auf den kOpf;“ (Z. 781). Mit ihrer überlappend geäußerten Rezipientenreaktion in Zeile 782 „[°hh ja KLAR;]“ stimmt PW rückwirkend A's Aussage hinsichtlich der intersubjektiven Nachvollziehbarkeit zu.

Die in „kategorischen Formulierungen“ gehäuft auftretenden Metaphern bzw. bildlichen Vergleiche²² („Schlag auf den Kopf“) sind von den RezipientInnen in Relation zur thematisierten Situation im Hier-und-Jetzt (wie die Erfahrung der Patientin PW aufgrund ihrer Krebsdiagnose) zu interpretieren. Zugleich trägt der bildliche Vergleich dazu bei, in der institutionellen Gattung des medizinischen Aufklärungsgesprächs mit ihren asymmetrischen Statuspositionen einen näher sprachlichen, weniger formellen Ton einzuschlagen (Drew/Holt 1988; Antaki 2007: 258). Mit der Zuschreibung „des_is wie [so_n SCHLAG] auf den kOpf;“ (Z. 781) indiziert A nicht nur ihr Verständnis für PW's Zustand, sondern macht aus deren individuellen Erfahrung eine intersubjektiv geteilte Tatsache.²³ Im Anschluss an ihre eigene Rückbestätigung („JA:hh so:“; Z. 783) artikuliert A eine Schlussfolgerung, die ebenfalls figurativ präsentiert wird: „das LEben (.) plötzlich machts KLICK, [und es ist GANZ anders.]“ (Z. 784–787). Auch diese bildliche Veranschaulichung²⁴ suggeriert ein Verstehen des auf Seiten der Patientin erfahrenen Bruchs mit der „Normalität des Alltags“ und der „grundlegenden Idealisierung des Lebens, [als ein] Und-so-weiter“ (Schütz/Luckmann 1979: 171): PW's biographische Krisenerfahrung, die zunächst von A als „SCHLAG auf den kOpf“ metaphorisiert wurde, wird nun als plötzlicher „KLICK“, der das Leben komplett umkrepelt, rekonfiguriert. Mit der durch die *das ist wie*-Konstruktion übermittelten apodiktischen Prädikation indiziert die ÄrztIn ihrer Patientin, dass deren Schockerleben in dieser „Liminalität“ (Turner 1989), in der sich ihr Leben schlagartig ändert, gut nachvollziehbar – ja geradezu „normal“ – ist.

²² Vergleiche werden in der Literatur oftmals als „Metaphern mit Ansagen“ (Surmann 2005: 89) bezeichnet.

²³ Siehe Perelman/Olbrechts-Tyteca (1958: 497 ff.), die die argumentative Strategie der Überführung von singulären Ereignissen in eine Verallgemeinerung beschreiben.

²⁴ Siehe auch Schick (i. d. B.) zu Veranschaulichungspraktiken in der medizinischen Kommunikation (bzw. in onkologischen Aufklärungsgesprächen).

Im bereits präsentierten (II) GESPRÄCH 042–01 aktiviert die ÄrztIn A ebenfalls mittels der kategorischen Formulierung „[°h und-] dann isses wie“ einen bildlichen Vergleich (Z. 542). Im Kontext der Therapieplanung skizziert A den Ablauf der Chemotherapie, die alle „drei WOCHen“ erfolgen soll und produziert in Zusammenhang mit dieser „projektiven Gattung“ (Ayaß 2021) neben zahlreichen kategorischen *es ist so*-Konstruktionen eine bildliche Vergleichsprädikation (Z. 542):

(V) GESPRÄCH 042-01

- 535 A: ((Schmatzlaut)) is es SO,
 536 dass es einem vielleicht so DREI,
 537 VIER,
 538 FÜNF TA:ge, (.)
 539 nich GUT?
 540 <<p> also nich GUT> also;
 541 nich so GUT gEht,
 542 **[°h und-] dann isses wie son schalter UMgelegt,**
 543 PW: [hm_ hm-]
 544 A: und dann hat man fast ZWEI wochen normAles leben-
 545 [ne dann ko]mmt natürlich der NÄCHste,
 546 PW: [hm_hm-]

Nach der Skizzierung des Ablaufs der Chemotherapie und der Tatsache, dass es „einem vielleicht (einige Tage) nich SO GUT gEht,“ (Z. 536–541), formuliert A – eingeleitet durch das koordinierende „und“ – einen Wendepunkt: „°h -und dann isses wie son schalter,“ (Z. 542). Der bildliche Vergleich mit dem „umgelegten Schalter“ veranschaulicht die Plötzlichkeit, mit der ein „fast ZWEI Wochen normAles leben-“ (Z. 544) zurückkehrt und aktiviert so ein „understanding and experiencing one kind of thing in terms of another“ (Lakoff/Johnson 1980: 5). Die bevorstehende Chemotherapie-Erfahrung wird durch den Vergleich anhand einer aus dem Alltag bekannten Situation veranschaulicht (Brünner/Gülich 2002: 24): Der Schalter fungiert als metaphorische Veranschaulichung eines raschen Übergangs zurück ins „normAle [...] leben“. Das in den vorliegenden Gesprächskontexten anzutreffende „in Aussichtstellen“ der Wiedererlangung eines „normalen Alltagslebens“ wird in den Gesprächen sowohl von Seiten der PatientInnen als auch ÄrztInnen immer wieder als Ziel konzipiert, das trotz der Krankheit erreichbar sein kann.

Auch im vorliegenden Gesprächsausschnitt (V) indiziert die dem Repertoire der Alltagserfahrung entstammende Bildlichkeit ein „sociable register“ (Drew/Holt 1988), das Nähe bzw. Informalität zwischen den Interagierenden kontextualisiert. Laut Heritage (2013) repräsentieren idiomatische Ausdrücke bzw. bildliche

Vergleiche, die auf bekannte Erfahrungen rekurrieren, ideale Werkzeuge zur Konstitution einer epistemischen Balance zwischen den Interagierenden. Die Patientin reagiert auch hier mit Zustimmungsmarkern („hm_hm“; Z. 543; 546) auf die ärztliche Darlegung unhinterfragbaren, allgemeingültigen Wissens. Im Unterschied zur *es ist (immer/halt/einfach) so*-Konstruktion hat die vorliegende Vergleichsprädikation einen weniger stark ausgeprägten apodiktischen Charakter, was u. U. an dem bildlichen nahe-sprachlichen Vergleichsangebot liegt.

Die Gesprächsausschnitte (IV) und (V) verdeutlichen den Versuch der ÄrztInnen, anhand der bildlichen *das ist wie*-Vergleichsprädikation und dem evozierten Szenarium sowohl Verständnis *für* wie auch Wissen *um* die emotionale Situation der PatientInnen zu indizieren und so eine Affiliation mit den PatientInnen herzustellen. Auf die Relevanz der Erzielung eines gemeinsamen Wissensstands für die Konstitution zwischenmenschlicher Affiliation verweist auch Enfield (2006: 399):

The pursuit and exploitation of mutual knowledge, shared expectations and other types of common ground ... not only serves the mutual management of referential information, but has important consequences in the realm of social, interpersonal affiliation.

Gerade für die in dieser Gesprächsgattung notwendige „compliance“ und damit für die kooperative Zusammenarbeit bei der Krankheitsbewältigung ist die kommunikative Konstruktion von Affiliation zwischen den ÄrztInnen und ihren PatientInnen zentral.

3.3 Konditionale *wenn ... dann*-Konstruktionen

Kategorische *wenn ... dann*-Formulierungen²⁵ gehören neben den *es ist (immer/halt/einfach) so*- und den *das ist wie*-Konstruktionen zu den kommunikativen Praktiken, die ÄrztInnen in den vorliegenden Gesprächen immer wieder einsetzen, um anhand der suggerierten Schlussfolgerungen Normativitätszuweisungen als unhinterfragbare Tatsachen zu konstituieren.

Nachdem die ÄrztIn A ihre Patientin PW über deren Krebserkrankung informiert und die anstehende Therapie mit ihr abgestimmt hat, bittet sie PW, kurz im Vorzimmer Platz zu nehmen, da sie den OP-Termin telefonisch aushandeln muss. PW bedankt sich mit flüsternder und leicht weinerlicher Stimme bei der ÄrztIn (Z. 417–418), woraufhin diese betont, dass sie im Anschluss an ihr Telefonat nochmals zu PW kommen wird: „[ich komm] gleich nochmal zu IHNen,“ (Z. 419). (PW ist keine Muttersprachlerin.)

25 Siehe Ayaß (1999a; b) zu „kategorischen Formulierungen“ mit *wenn ... dann*-Konstruktionen.

(VI) GESPRÄCH 071-01

- 417 PW: <<flüsternd, leicht weinerliche Stimme> FRAU doktor,>
 418 VIElen [dank;]
 419 A: [ich komm] gleich nochmal zu IHnen,
 420 komm_n se HER,
 421 hm?
 422 PW: <<flüsternd; leicht weinerliche Stimme> ich muss doch->
 423 A: oKAY?
 424 PW: oKAY.
 425 A: **°h und wenn sie WEInen müssen,**
 426 **dann muss man WEInen,**
 427 [is dann einfach so;]
 428 PW: [((unverständlich))] zu HAUse,
 429 A: ok.
 430 (0.8)
 431 weil VER (.) drücken is auch nix,
 432 [dann lieber MAL?]
 433 PW: [((unverständlich))]
 434 A: dann LIEber mal=]en en HEULtag haben,
 435 PW: [((unverständlich))]
 436 A: dann [IS es so-=]
 437 PW: [((unverständlich))]
 438 A: [un am nächstten tag gehts wie]der bergAUF-
 439 PW: [((unverständlich))]

Auf PW's mit flüsternder und leicht weinerlicher Stimme gesprochene unvollständige Äußerung „ich muss doch –“ (Z. 422) hin fragt A nach, ob alles „oKAY?“ (Z. 423) ist. Im Anschluss an PW's bestätigende Replik „oKAY.“ (Z. 424) produziert A die *wenn ... dann*-Formulierung: „°h und wenn sie WEInen müssen, dann muss man WEInen, [is dann einfach so;]“ (Z. 425–427). Das in beiden Teilsätzen der Konditionalkonstruktion verwendete Modalverb *müssen* kontextualisiert – im Sinne des „Force-Dynamics“-Konzeptes (Talmy 1988: 79) – eine Kraft, die vom Subjekt eine zwingende, unausweichliche Handlung verlangt.²⁶ Ferner wird anhand des Pronomenwechsels von der direkten Rezipientenanrede „sie“ (Z. 425) im initialen Teilsatz „°h und wenn sie WEInen müssen,“ zum indefiniten „man“ im Folgesatz „dann muss man WEInen,“ (Z. 426) die in der Protasis dargelegte emotionale Reaktion von PW in der folgenden Konsequenz auf eine generische

²⁶ Siehe Gloy (2012) zum „normativen Müssen“ und der Frage der Normativität im Handeln.

Ebene gehoben. In Anlehnung an Kallmeyer/Keim (1994: 268) liegt hier eine „konditionale Generalisierung“ vor: Die kategorische Formulierung zeichnet sich durch eine klare, geschlossene Gestalt (*wenn ... dann*-Konstruktion) aus, die im Präsens formuliert und mit dem indefiniten Pronomen *man* ausgestattet ist. Mittels dieser Entindexikalisierung löst sich die Weisheitsformel insofern vom konkreten *hic et nunc* ab, als explizite Verweise „auf konkrete raum-zeitlich verankerte Situationen“ (Kallmeyer/Keim 1994: 268) fehlen und eine bedingungslose Gültigkeit der Aussage postuliert wird. Die Aussage „h und wenn sie WEInen müssen, dann muss man WEInen,“ (Z. 425–426) entspricht so einer „Quasi-Tautologie“, bei der „das Thema und das, was über das Thema ausgesagt wird, also das Rhema, identisch“ sind (Gülich 1978: 9).

Mit der – in Überlappung mit PW's Turnbeginn – inkrementell nachgeschobenen kategorischen Formulierung „is dann einfach so;“ (Z. 426) untermauert A retrospektiv die vorausgehende Quasi-Tautologie und spricht dieser nochmals explizit „die Würde des Normativen“ (Berger/Luckmann 1969/2016: 100) zu.²⁷ Die vorliegende durch mehrfache kategorische Formulierungen untermauerte Normativitätskonstitution trägt zugleich dazu bei, die für die Patientin geltende Ausnahmereaktion (ihr Weinen) als angemessen und legitim zu klassifizieren.

Im Anschluss führt A mit dem Kausalkonnektor *weil* einen retraktiv ausgerichteten „account“ für ihre vorausgegangene Weisheitsdarlegung ein und liefert eine als präferenzuell ausgerichtete Handlungsanweisung zum Umgang mit der neuen Lebenssituation: „weil VER (.) drÜcken is auch nix, [dann lieber MAL?] dann LIEber mal = Jen en HEULtag haben, (...) un am nächstchen tag gehts wie] der bergAUF“ (Z. 431–438). Auch hier steht die idiomatische Redewendung in engem Bezug zur normativ-ausgerichteten Vorhersage einer auf die Patientin zukommenden Erfahrung. Der bildliche Vergleich dient nicht nur der Veranschaulichung (Brünner/Gülich 2002; Ehmer 2013), sondern das damit verwobene „sociable register“ (Drew/Holt 1988; Antaki 2007) mildert zugleich die statusbezogene Asymmetrie zwischen den Interagierenden ab.

Im folgenden Ausschnitt, der dem Beginn eines onkologischen Aufklärungsgesprächs entstammt, rekonstruiert die ÄrztIn A zunächst die Vorgeschichte, die dazu führte, dass die Patientin PW zur Durchführung weiterer Untersuchungen in das Klinikum einbestellt wurde.²⁸

²⁷ Siehe Link/Loer/Neuendorff (2003) zur Differenz zwischen „Normalität“ und „Normativität.“

²⁸ Vgl. hierzu Günthner (2018b) sowie Bauer (i. d. B.), die diesen Ausschnitt ebenfalls in Zusammenhang mit ihren Ausführungen zur Empathie analysiert.

(VII) GESPRÄCH 038

- 014 A: ((schnalzt)) °hh sie sind ja sozusagen von der HAUSärztin
war_s,=gell?
- 015 (-)
- 016 PW: ja;
- 017 (-)
- 018 A: verHAFtet worden,
019 und (.) die hat ihnen geSACHT,
020 ((Stimmen im Hintergrund))
021 ich erINner mich noch,
022 °hh ich hab verdacht auf leukämIE frau ((anonymisiert)),
023 sie müssen !SO! fort ins krankenhaus;
024 (1.1) ne,=
- 025 PW: mhm,
- 026 A: **da bricht dann natürlich ne WELT zusammen,**
027 **wenn man das (.) geSACHT bekommt;**
- 028 PW: ja;
- 029 (1.9)
- 030 A: also (-) sie sind jetzt n_paar Tage BEI uns,
031 und wir ham die die eXAKte diagnose schOn gestellt;
032 (-) mh?

Im Anschluss an die Rekonstruktion der fremden Rede und das in Zeile 025 von PW artikulierte Rückmeldesignal „mhm“ formuliert A anhand der Redewendung „da bricht dann natürlich ne WELT zusammen,“ (Z. 026) eine metaphorisch ausgerichtete Schlussfolgerung. A gibt hierbei vor, die von PW durchgemachte Extrem-erfahrung („B-event“; Labov/Fanshel 1977) zu verstehen und markiert mit ihrer Perspektivübernahme (Schütz/Luckmann 1979: 88 ff.) Empathie (Bauer i. d. B.) in Hinblick auf die Sorgen und Emotionen, die ein solcher Angriff auf die bisherige Alltagsnormalität auslösen kann. Das zum „imposing ordinariness“ (Sacks 1972) beitragende Adverb *natürlich* suggeriert, dass die von Seiten der Patientin erlebte Unfassbarkeit der Diagnose durchaus „normal“ und bzw. „natürlich“ ist.²⁹

A expandiert ihr Fazit durch einen nachgestellten *wenn*-Teilsatz, der ihre vorausgehende Äußerung „da bricht dann natürlich ne WELT zusammen,“ (Z. 026) retrospektiv zur Apodosis der nun eingefügten Protasis („wenn man das (.) geSACHT bekommt,“; Z. 027) transformiert. Die kategorische *wenn ... dann*-Formulierung trägt

²⁹ Siehe Bauer (i. d. B.) zur Verwendung des Adjektivs *natürlich* in den vorliegenden Gesprächsdaten und dessen Beitrag zum Normalitätsdiskurs.

auch hier dazu bei, eine hochsensible, emotional bedrohliche neue Wirklichkeitserfahrung der Patientin „prägnant zusammenzufassen“ (Ayaß 1999a): PW's Erleben des Bruchs mit der bisherigen Alltagsnormalität wird anhand der sozialen Typik (Ayaß 1999b) als „neue Normalität“ (Günthner 2017: 29 ff.; Schick i. d. B.) postuliert und zugleich legitimiert: „Y trifft zu, wenn X zutrifft“. Das Indefinitpronomen *man* wie auch die Verwendung des atemporalen Präsens markieren auch hier eine „apodiktische Generalisierung“ (Kallmeyer/Keim 1994: 268),³⁰ und die erlebte Extremsituation erhält damit die Facette der „ordinariness“.³¹

Die bildlich ausgestattete kategorische Formulierung „da bricht dann natürlich ne WELT zusammen, wenn man das (.) geSACHT bekommt;“ (Z. 026–027), die an das Alltagswissen der Rezipientin appelliert, lädt auch hier wiederum die Patientin zur Bestätigung ein: PW reagiert auf die Fremdattribuierung der ÄrztIn in Bezug auf ihr eigenes Erleben mit einem „ja;“ und ratifiziert damit die ärztliche Zuschreibung („B-event“). Dies stützt einmal mehr die Beobachtung des themenabschließenden Potenzials generalisierter, apodiktischer Weisheitssprüche.³² So zeigen die Studien von Drew/Holt (1988) und Antaki (2007), dass ÄrztInnen und PsychiaterInnen idiomatische Ausdrücke oftmals themenbeendend einsetzen, da diese ihnen – aufgrund ihres Zustimmungspotenzials – den Übergang zum nächsten Themenbereich ermöglichen. Auch im vorliegenden Ausschnitt schreitet A (Z. 30) im Anschluss an PW's Reaktion „ja;“ (Z. 028) und die folgende Pause – initiiert durch den Diskursmarker *also* – in ihrer Agenda fort und geht zur Übermittlung der Diagnose über.

3.4 *je ... umso* bzw. *je ... desto*-Konstruktionen

Eine weitere kategorische Formulierung, die von Seiten der ÄrztInnen zur Normativitätskonstitution und Präsentation fraglosen Wissens eingesetzt wird, bilden Vergleichssätze mit dem zweiteiligen Konnektor *je ... umso* bzw. *je ... desto*. Auch diese syntaktisch komplexen Formate zeichnen sich durch ihre prägnante, apodiktisch ausgeprägte Qualität aus. Im Folgenden sollen zwei exemplarische Gesprächsausschnitte vorgestellt werden, in denen ÄrztInnen ihren Patientinnen medizinisches Wissen anhand von *je ... umso* bzw. *je ... desto*-Konstruktionen vermitteln.

³⁰ Siehe Ayaß (1999a; b) zur Verwendung von *man*, *alle* sowie *jeder* in „kategorischen Formulierungen“.

³¹ Siehe hierzu auch Antaki (2007).

³² Siehe auch Güllich (1978); Drew/Holt (1988); Ayaß (1999a; b); Kallmeyer/Keim (1994) sowie Antaki (2007) zur themenabschließenden Qualität idiomatischer bzw. formelhafter Wendungen.

Nachdem die ÄrztIn A ihrer Patientin PW eingestanden hat, dass sie selbst an Krebs erkrankt ist, verweist sie zur Ermutigung der Patientin auf ihre inzwischen wieder vorhandene Lockenpracht. PW entgegnet, dass sie bislang davon ausgegangen war, dass Frauen in ihrem Alter diese Krebserkrankung nicht mehr bekommen könnten (Z. 830–834):

(VIII) GESPRÄCH 065

- 822 A: ich hab_s SELber schon dUrchgemacht,
 823 PW: EHR[lich?]
 824 A: [nur dass] sie_s WISsen;
 825 (0.5)
 826 schauen sie was für HAARE man danach <<lachend> kriegt?>
 827 ((lacht))
 828 LOcken ohne ende;
 829 (0.2)
 830 PW: °h ich hab geDACHT,=
 831 =JA_a,
 832 jetzt in dem ALter noch?
 833 ne,=
 834 =ALso-
 835 A: ja: aber des AL äh==
 836 =↑GRAD je Älter man wird,
 837 umso (.) EHer kriegt man des [ja;]
 838 PW: [und] woVON,
 839 oder pf: keine AHnung,
 840 A: BITte-
 841 des darf man jetzt ↓GAR nicht frAgen,
 842 es hat NICHTS mit_m essen trinken [oder sonst
 <<cresc> ↑I:Rgendwas zu tun,>]
 843 PW: [(GAB es denn
 da-)]
 844 A: DES ist;
 845 LM: <<p> weil_de BRAV warst;>
 846 PW: wahr[SCHEINlich,]
 847 A: [SCHICKsal;]

Im Anschluss an das Eingeständnis von PW, dass sie bislang annahm, in ihrem Alter könnte man nicht mehr an Brustkrebs erkranken, liefert sie die Partikeln „ne, =ALso-“ (Z. 833–834) inkrementell nach, um so ihrer Verwunderung Ausdruck zu verleihen. Daraufhin übernimmt A den Redezug, wobei das initial positionierte

„ja aber“ bereits einen folgenden Dissens ankündigt. Ihre Aussage zum Alter („des AL äh- =“; Z. 835) bricht A jedoch ab und setzt in Zeile 836 zu einem Neuansatz an. Die initial positionierte und prosodisch durch hohen Ansatz und Nukleusakzent markierte Fokuspartikel „GRAD“ erhöht die Relevanzsetzung des Folgestatements. Mit dem in Form einer *je ... umso*-Konstruktion dargebotenen medizinischen Wissen „= †GRAD je Älter man wird, umso (.) EHer kriegt man des [ja:]“ (Z. 836–837) widerspricht die ÄrztIn PW's Vorannahme. Die hierbei durch die *je ... umso*-Konstruktion indizierte „Interaktionsmodalität der fraglosen Sicherheit“ (Kallmeyer/Keim 1994: 270) wird mittels der prosodischen Äußerungsgestaltung – den positionierten liegenden Hauptakzenten auf „GRAD“ und „EHer“, den isochronen Rhythmus und die leicht fallende Endintonation – untermauert.

Während die ÄrztIn im Ausschnitt (VIII) das in einer *je ... umso*-Konstruktion präsentierte Wissen zur Korrektur der Fehleinschätzung ihrer Patientin einsetzt, handelt es sich bei der folgenden auf Seiten der ÄrztIn A produzierten kategorischen *je ... desto*-Konstruktion um eine durch die Frage der Patientin (Z. 342) initiierte Wissensdarlegung. (Der folgende Ausschnitt ist Teil des oben zitierten Exzerpts (III).)

(IX) GESPRÄCH 045-01

342 PW: un_wie KOMMT man eigentlich an sowas,
(...)

352 A: des waRUM darf man in der medizIn ganz selten fragen;

353 <<p> des IS einfach so.>

354 (---)

355 wir könn_n immer nur sagen,

356 des und des HABen sie,

357 aber waRUM sie_s gekriegt haben,

358 WEIB man nIch.

359 (2.2)

360 **je ÄLter man wird,**

361 **desto eher is (.) STEIGT das risiko.**

362 (--) JEde achte frau kriegt brustkrebs;

363 (.)

364 PW: hm?

Im Kontext von PW's Frage nach dem Grund für ihre Krebserkrankung aktiviert die ÄrztIn die als unhinterfragbar präsentierte Wissenskundgabe: „je ÄLter man wird, desto eher is (.) STEIGT das risiko.“ (Z. 360–361). Auffallend sind die vor und nach der kategorischen Formulierung auftretenden Pausen, der markierte Rhythmus (mit den relativ weit links liegenden Nukleusakzenten auf „ÄLter“ und „STEIGT“) sowie

die sinkende Endkontur, die die formelhafte Wissenskundgabe vom umgebenden Äußerungskontext abheben. Durch die prosodische Gestaltung wird die kategorische Formulierung aus dem Kontext herausgehoben und ähnelt einer „fremden Rede“ bzw. einer „Äußerung in der Äußerung“ (Vološinov 1929/1975; Bakhtin 1979/1986).

In beiden Ausschnitten thematisieren die ÄrztInnen mit den zweiteiligen Konstruktionen den Zusammenhang zwischen Alter und Risiko einer Krebserkrankung: Die jeweils zwei Turnkonstruktionseinheiten umfassenden Kategorisierungen tragen – u. a. anhand des Indefinitpronomens *man*, der Verwendung des atemporalen Präsens und der prosodischen Markierung – dazu bei, den verkündeten Sachverhalt als eine vom vorliegenden Einzelfall abstrahierende fraglose Tatsache zu konstituieren: Der Grad der Quantitätsphrase im *je*-Teilsatz („= ↑GRAD je älter man wird,“; Z. 836 bzw. „je ÄLter man wird,“; Z. 360) wird in Bezug gesetzt zur Sachlage in dem mit *umso* bzw. *desto* eingeleiteten Hauptsatz („umso EHer kriegt man des [ja];“; Z. 837 bzw. „desto eher is (.) STEIGT das risiko.“; Z. 361). Die Komparativausdrücke „Älter“ und „Eher“ zeichnen sich ferner durch ein kategorisches Abhängigkeitsverhältnis aus. Mit dem nach kurzer Pause folgenden Fakten-basierenden Nachtrag „Jede achte frau kriegt brustkreb;“ (Z. 362) stützt A nicht nur ihre Argumentation, sondern zugleich den von ihr konstituierten Normalitätsdiskurs.

In beiden Gesprächssegmenten (VIII und IX) enthält die auf Normativitätserwartungen gründende kategorische Formulierung eine „entindexikalisierte“, als nicht-argumentationsfähig präsentierte Wissensdarlegung, die insofern als Normalisierungsressource (Bredmar/Linell 2008: 257) fungiert, als der jeweiligen Patientin indiziert wird, dass ihre Erkrankung im Rahmen einer sozial gegebenen Erwartung liegt.

4 Schlussfolgerungen

Kategorische Formulierungen fungieren in den vorliegenden Interaktionen als multifunktionale Ressourcen, die ÄrztInnen mobilisieren, um ihren PatientInnen nicht nur „unhinterfragbares Wissen“ (Keppler/Luckmann 1990) über deren Krankheit, die anstehenden Therapien und mögliche Erfahrungen im Umgang mit der belastenden Lebenssituation zu liefern, sondern zugleich Normalitätseinstellungen in dieser, die bisherige Normalität der PatientInnen sprengenden Grenzsituation zu rekalibrieren. Sie erweisen sich somit als kommunikative Praktik, um in den vorliegenden hochsensiblen Gesprächskontexten, in denen PatientInnen mit einer lebensbedrohlichen Diagnose konfrontiert werden, neue Normalitäten bzw.

Normativitäten aufzuzeigen, bzw. diese interaktiv zu konstituieren („talk into being“; Heritage 1984).

Das Dekontextualisierungspotenzial, die situationsübergreifende Generizität und die „Interaktionsmodalität der fraglosen Sicherheit“ (Kallmeyer/Keim 1994: 270) verleihen den in diese teilverfestigten Konstruktionen gekleideten Aussagen die „Würde des Normativen“ (Berger/Luckmann 1969/2016: 100). Sie tragen dazu bei, den individuellen „Fall“ der/des PatientIn mit ihren/seinen subjektiven Erfahrungen einer allgemeinen Regelhaftigkeit unterzuordnen und den PatientInnen auf diese Weise zu verdeutlichen, dass sie mit ihren Unsicherheiten, Ängsten und Zweifeln nicht allein sind.³³ Die Einreihung in eine größere Erfahrungsgemeinschaft ist durchaus als Verfahren der Ermutigung angesichts der biographischen Krisensituation zu sehen. Darüber hinaus ermöglichen diese Praktiken den ÄrztInnen, eine Balance zu wahren zwischen der Orientierung an der individuellen PatientIn im Hier-und-Jetzt und einer routinisierten Fallarbeit (Bergmann 2014; Frommer 2014). Zugleich bilden diese apodiktischen Formulierungen aufgrund ihrer inhärenten „Unhinterfragbarkeit“ (Keppler/Luckmann 1990) und ihres zur Bestätigung einladenden Potenzials geeignete Mittel zur Themenbeendigung bzw. zum Übergang zu einem weiteren Besprechungspunkt und damit zur zielorientierten Verfolgung der Agenda.³⁴

Literatur

- Antaki, Charles (2007): Mental-health practitioners' use of idiomatic expressions in summarising clients' accounts. *Journal of Pragmatics* 39, 527–541.
- Auer, Peter (2000): Pre- and post-positioning of wenn-clauses in spoken and written German. In Elizabeth Couper-Kuhlen & Bernd Kortmann (Hrsg.), *Cause, condition, concession, contrast: cognitive and discourse perspectives*, 173–204. Berlin: De Gruyter Mouton.
- Auer, Peter (2006): Construction Grammar meets Conversation: Einige Überlegungen am Beispiel von „so“-Konstruktionen. In Susanne Günthner & Wolfgang Imo (Hrsg.), *Konstruktionen in der Interaktion*, 291–314. Berlin, New York: De Gruyter.
- Ayaß, Ruth (1999a): Form und Funktion kategorischer Formulierungen. In Jörg Bergmann & Thomas Luckmann (Hrsg.), *Kommunikative Konstruktion von Moral* (Band 1: Struktur und Dynamik der Formen moralischer Kommunikation), 106–124. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Ayaß, Ruth (1999b): Eine moralische Gattung? Vom Ursprung der Sprichwörter und ihrem Schicksal. In Jörg Bergmann & Thomas Luckmann (Hrsg.), *Kommunikative Konstruktion von Moral* (Band 1:

³³ Siehe auch Svinhufvud/Voutilainen/Weiste (2017: 198) zu Normalisierungsaktivitäten in anderen institutionellen Beratungskontexten an Hochschulen, in der AIDS-Beratung, in der Psychotherapie etc.

³⁴ Siehe auch Antaki (2007) zu idiomatischen Ausdrücken von PsychologInnen und PsychiaterInnen in Gesprächen mit PatientInnen.

- Struktur und Dynamik der Formen moralischer Kommunikation), 127–150. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Ayaß, Ruth (2021): Projektive Gattungen. Die kommunikative Verfertigung von Zukunft. In Beate Weidner, Katharina König, Wolfgang Imo & Lars Wegner (Hrsg.), *Verfestigungen in der Interaktion. Konstruktionen, sequenzielle Muster, kommunikative Gattungen*, 57–82. Berlin, Boston: De Gruyter.
- Bakhtin, Mikhail (1979/1986): The Problem of Speech Genres. In Caryl Emerson & Michael Holquist (Hrsg.), *Speech genres and Other Late Essays*, 60–102. Austin: University of Texas Press.
- Bauer, Nathalie & Isabella Buck (2021): ‚nur dass sie_s mal geHÖRT ham;‘ – Eine Konstruktion zum Zwecke des Wissensmanagements in medizinischen Interaktionen. In Marina Iakushevich, Yvonne Ilg & Theresa Schnedermann (Hrsg.), *Linguistik und Medizin*, 93–112. Berlin, Boston: De Gruyter.
- Bentz, Martin, Martin Binnenhei, Georgios Coussios, Juliana Gruden, Wolfgang Imo, Lisa Korte, Thomas Rüdiger, Antonia Ruf-Dördelmann, Michael R. Schön & Sebastian Stier (2017): Von der Pathologie zum Patienten: Optimierung von Wissenstransfer und Verstehenssicherung in der medizinischen Kommunikation. *Sprache und Interaktion – SpIn-Arbeitspapierreihe 72* (3), 1–45. <http://arbeitspapiere.sprache-interaktion.de/arbeitspapiere/arbeitspapier72.pdf> (letzter Zugriff 29.03.2023).
- Berger, Peter & Thomas Luckmann (1969/2016): *Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit. Eine Theorie der Wissenssoziologie*. Frankfurt a.M.: Fischer.
- Bergmann, Jörg (1999/2013): Diskrete Exploration: Über die moralische Sinnstruktur eines psychiatrischen Frageformats. In Jörg Bergmann & Thomas Luckmann (Hrsg.), *Kommunikative Konstruktion von Moral: Von der Moral zu den Moralen* (Band 2), 169–190. Mannheim: Verlag für Gesprächsforschung.
- Bergmann, Jörg (2014): Der Fall als epistemisches Objekt. In Jörg Bergmann, Ulrich Dausendschön-Gay & Frank Oberzaucher (Hrsg.), *‚Der Fall‘ – Studien zur epistemischen Praxis professionellen Handelns*, 423–440. Bielefeld: transcript.
- Bredmar, Margareta & Per Linell (2008): Reconfirming normality: The constitution of reassurance in talks between midwives and expectant mothers. In Srikant Sarangi & Celia Roberts (Hrsg.), *Talk, Work and Institutional Order: Discourse in Medical, Mediation and Management Settings*, 237–270. Berlin, New York: De Gruyter Mouton.
- Brünner, Gisela & Elisabeth Gülich (2002): Verfahren der Veranschaulichung in Experten-Laien-Kommunikation. In Gisela Brünner & Elisabeth Gülich (Hrsg.), *Krankheit verstehen. Interdisziplinäre Beiträge zur Sprache in Krankheitsdarstellungen*, 17–93. Bielefeld: Aisthesis.
- Bücker, Jörg, Susanne Günthner & Wolfgang Imo (Hrsg.) (2015): *Konstruktionsgrammatik V: Konstruktionen im Spannungsfeld von sequenziellen Mustern, kommunikativen Gattungen und Textsorten*. Tübingen: Stauffenburg.
- Canguilhem, Georges (1974): *Das Normale und das Pathologische*. München: Carl Hanser.
- Catita, Marisa, Artur Águas & Pedro Morgado (2020): Normality in medicine: A critical review. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine* 15, 1–6.
- Deppermann, Arnulf (2014): ‚Don’t get me wrong‘: Recipient design by reactive and anticipatory uses of negation to constrain an action’s interpretation. In Susanne Günthner, Wolfgang Imo & Jörg Bücker (Hrsg.), *Sequential, syntactic, and prosodic patterns between emergence and sedimentation*, 15–51. Berlin, Boston: De Gruyter.
- Deppermann, Arnulf, Helmuth Feilke & Angelika Linke (Hrsg.) (2016): *Sprachliche und kommunikative Praktiken*. Berlin, Boston: De Gruyter.

- Drew, Paul & Elizabeth Holt (1988): Complainable Matters: The Use of Idiomatic Expressions in Making Complaints. *Social Problems* 35, 398–417.
- Ehmer, Oliver (2013): Veranschaulichungsverfahren im Gespräch. In Karin Birkner & Oliver Ehmer (Hrsg.), *Veranschaulichungsverfahren im Gespräch*, 2–17. Mannheim: Verlag für Gesprächsforschung.
- Enfield, Nick J. (2006): Social consequences of common ground. In Nick J. Enfield & Stephen C. Levinson (Hrsg.), *Roots of human sociality. Culture, cognition, and interaction*, 399–430. Oxford u. a.: Berg.
- Frommer, Jörg (2014): Therapie als Fallarbeit: Über einige Grundprobleme und Paradoxien professionellen Handelns in der Medizin. In Jörg Bergmann, Ulrich Dausendschön-Gay & Frank Oberzaucher (Hrsg.), *„Der Fall“ – Studien zur epistemischen Praxis professionellen Handelns*, 103–123. Bielefeld: transcript.
- Fruht, Christiane & Markus Vogelhuber (2016): *Kommunikation in der Onkologie: Überbringen schlechter Nachrichten*, 1–15. Universitätsklinikum Regensburg. <https://www.fruht.de/assets/files/Publikationen/ueberbringen-schlechter-nachrichten.pdf> (letzter Zugriff 29.03.2023).
- Gloy, Klaus (2012): Was ist das Normhafte einer Norm? Zur Fundierung der Normenforschung. In Katharina Rosenberg & Rita Vallentin (Hrsg.), *Norm und Normalität*, 8–23. Berlin: Logos.
- Groß, Dominik, Jan Steinmetzer & Sabine Müller (Hrsg.) (2008): *Normal – anders – krank? Akzeptanz, Stigmatisierung und Pathologisierung im Kontext der Medizin*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Groß, Alexandra (2021): Eine erfreuliche Normalität. Konversationelle Praktiken des Normalisierens und Emotionalisierens bei der Befundmitteilung in der HIV-Sprechstunde. In Marina Iakushevich, Yvonne Ilg & Theresa Schnedermann (Hrsg.), *Linguistik und Medizin. Sprachwissenschaftliche Zugänge und interdisziplinäre Perspektiven*, 339–358. Berlin, Boston: De Gruyter.
- Gülich, Elisabeth (1978): Was sein muß, muß sein. Überlegungen zum Gemeinplatz und seiner Verwendung. *Bielefelder Papiere zur Linguistik und Literaturwissenschaft* 7, 1–41.
- Günthner, Susanne (1995): Exemplary stories. The cooperative construction of moral indignation. *VERSUS* 70/71, 145–176.
- Günthner, Susanne (2008): Projektorkonstruktionen im Gespräch: Pseudoclefts, die Sache ist-Konstruktionen und Extrapositionen mit es. *Gesprächsforschung – Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion* 9, 86–114. <http://www.gespraechsforschung-ozs.de/heft2008/ga-guenthner.pdf> (letzter Zugriff 29.03.2023).
- Günthner, Susanne (2010): Sprache und Sprechen im Kontext kultureller Praktiken. Facetten einer Anthropologischen Linguistik. In Silke Meyer & Armin Owzar (Hrsg.), *Disziplinen der Anthropologie*, 121–144. Frankfurt: Waxmann.
- Günthner, Susanne (2017): Sprachliche Verfahren bei der Übermittlung schlechter Nachrichten – sedimentierte Praktiken im Kontext onkologischer Aufklärungsgespräche. *Sprache und Interaktion – SpIn-Arbeitspapierreihe* 73 (4), 1–45. <http://arbeitspapiere.sprache-interaktion.de/arbeitspapiere/arbeitspapier73.pdf> (letzter Zugriff 29.03.2023).
- Günthner, Susanne (2018a): Routinisierte Muster in der Interaktion. In Arnulf Deppermann & Silke Reineke (Hrsg.), *Sprache im kommunikativen, interaktiven und kulturellen Kontext*, 29–50. Berlin, Boston: De Gruyter.
- Günthner, Susanne (2018b): Thomas Luckmanns Einfluss auf die Sprachwissenschaft – Kommunikative Gattungen im Alltagsgebrauch am Beispiel onkologischer Aufklärungsgespräche. In Alois Hahn & Martin Endreß (Hrsg.), *Lebenswelt und Gesellschaft. Gedenkbuch für Thomas Luckmann*, 358–400. Konstanz: UVK.

- Günthner, Susanne (2019): ‚Kultur-in-kommunikativen-Praktiken‘. Kommunikative Praktiken zur Übermittlung schlechter Nachrichten in onkologischen Aufklärungsgesprächen. In Juliane Schröter, Susanne Tienken, Yvonne Ilg, Joachim Scharloth & Noah Bubenhofer (Hrsg.), *Linguistische Kulturanalyse*, 269–292. Berlin, Boston: De Gruyter.
- Günthner, Susanne (2021): Namentliche Anreden in onkologischen Aufklärungsgesprächen: Formen und Funktionen onymischer Anreden in der Interaktion. In Marina Iakushevich, Yvonne Ilg & Theresa Schnedermann (Hrsg.), *Linguistik und Medizin: Sprachwissenschaftliche Zugänge und interdisziplinäre Perspektiven*, 71–92. Berlin, Boston: De Gruyter.
- Günthner, Susanne (i.V.): Zur Verwendung des generischen *Sie* in onkologischen Aufklärungsgesprächen.
- Günthner, Susanne & Thomas Luckmann (2002): Wissensasymmetrien in der interkulturellen Kommunikation. Die Relevanz kultureller Repertoires kommunikativer Gattungen. In Helga Kotthoff (Hrsg.), *Kultur(en) im Gespräch*, 213–244. Tübingen: Narr.
- Günthner, Susanne & Wolfgang Imo (Hrsg.) (2006): *Konstruktionen in der Interaktion*. Berlin, New York: De Gruyter.
- Günthner, Susanne, Wolfgang Imo, Dorothee Meer & Jan Georg Schneider (2012): Kommunikation und Öffentlichkeit: Sprachwissenschaftliche Potenziale zwischen Empirie und Norm. Zur Einführung. In Susanne Günthner, Wolfgang Imo, Dorothee Meer & Jan Georg Schneider (Hrsg.), *Kommunikation und Öffentlichkeit: Sprachwissenschaftliche Potenziale zwischen Empirie und Norm*, 1–20. Berlin, Boston: De Gruyter.
- Heritage, John (1984): *Garfinkel and Ethnomethodology*. Cambridge: Polity Press.
- Heritage, John (2013): Epistemics in Conversation. In Jack Sidnell & Tanya Stivers (Hrsg.), *The Handbook of Conversation Analysis*, 370–394. Chichester: Blackwell.
- Iakushevich, Marina (2021): Einleitung ‚Gesundheit‘/‚Krankheit‘ und gesellschaftliche wie auch fachliche Vorstellungen von Normalität. In Marina Iakushevich, Yvonne Ilg & Theresa Schnedermann (Hrsg.), *Linguistik und Medizin. Sprachwissenschaftliche Zugänge und interdisziplinäre Perspektiven*, 317–323. Berlin, Boston: De Gruyter.
- Imo, Wolfgang (2017): Trösten: eine professionelle Praktik in der Medizin. *Sprache und Interaktion – SpIn-Arbeitspapiere* 71 (3), 1–30. <http://arbeitspapiere.sprache-interaktion.de/arbeitspapiere/arbeitspapier71.pdf> (letzter Zugriff 29.03.2023).
- Imo, Wolfgang & Evelyn Ziegler (2019): Situierete Konstruktionen: das Indefinitpronomen *man* im Kontext der Aushandlung von Einstellungen zu migrationsbedingter Mehrsprachigkeit. *Osnabrücker Beiträge zur Sprachtheorie* 94, 75–104.
- Kallmeyer, Werner & Inken Keim (1994): Formelhaftes Sprechen in der Filsbachwelt. In Werner Kallmeyer (Hrsg.), *Kommunikation in der Stadt. Teil 1: Exemplarische Analysen des Sprachverhaltens in Mannheim*, 250–317. Berlin, New York: De Gruyter.
- Keppeler, Angela & Thomas Luckmann (1990): Weisheit im modernen Alltag? In Hermann Flothkötter (Hrsg.), *Zeichen der Zeit*, 133–152. Münster: Regensberg.
- Kiesling, Scott F. (2022): Stance and Stancetaking. *Annual Review of Linguistics* 8, 409–426.
- Labov, William & Daniel Fanshel (1977): *Therapeutic Discourse: Psychotherapy as conversation*. New York: Academic.
- Lakoff, George & Mark Johnson Mark (1980): *Metaphors we live by*. Chicago: University of Chicago Press.
- Lausberg, Heinrich (1973): *Handbuch der literarischen Rhetorik*. München: Hueber.
- Liebert, Wolf-Andreas (2021): Psychopathologie der Erleuchtung Psychiatrisch-linguistische Lektüren spiritueller Erzählungen. In Marina Iakushevich, Yvonne Ilg & Theresa

- Schnedermann (Hrsg.), *Linguistik und Medizin. Sprachwissenschaftliche Zugänge und interdisziplinäre Perspektiven*, 473–489. Berlin, Boston: De Gruyter.
- Link, Jürgen, Thomas Loer & Hartmut Neuendorff (2003): Zur Einleitung: ‚Normalität‘ im Diskursnetz soziologischer Begriffe. In Jürgen Link, Thomas Loer & Hartmut Neuendorff (Hrsg.), *‚Normalität‘ im Diskursnetz soziologischer Begriffe*, 7–20. Heidelberg: Synchron.
- Maynard, Douglas W. (2003): *Bad News, Good News. Conversational Order in Everyday Talk and Clinical Settings*. Chicago: University of Chicago Press.
- Perelman, Chaim & Lucie Olbrechts-Tyteca (1958): *Traité de l'argumentation: La nouvelle rhétorique*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Pomerantz, Anita (1986): Extreme Case Formulations: A way of Legitimizing Claims. *Human Studies* 9, 219–229.
- Sacks, Harvey (1972): On the analyzability of stories by children. In: Dell Hymes & John J. Gumperz (Hrsg.), *Directions in Sociolinguistics*, 329–345. New York u. a.: Holt, Rinehart and Winston.
- Sacks, Harvey & Emanuel A. Schegloff (1979): Two preferences in the organization of reference to persons in conversation and their interaction. In George Psathas (Hrsg.), *Everyday language*, 15–21. New York: Center for the Study of Ethnomethodology and Conversation Analysis.
- Schütz, Alfred & Thomas Luckmann (1979): *Strukturen der Lebenswelt* (Band 1). Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Schütz, Alfred & Thomas Luckmann, Thomas (1984): *Strukturen der Lebenswelt* (Band 2). Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Selting, Margret, Peter Auer, Dagmar Barth-Weingarten, Jörg Bergmann, Pia Bergmann, Karin Birkner, Elizabeth Couper-Kuhlen, Arnulf Deppermann, Peter Gilles, Susanne Günthner, Martin Hartung, Friederike Kern, Christine Mertzlufft, Christian Meyer, Miriam Morek, Frank Oberzaucher, Jörg Peters, Uta Quasthoff, Wilfried Schütte, Anja Stukenbrock & Susanne Uhmann (2009): Gesprächsanalytisches Transkriptionssystem 2 (GAT 2). *Gesprächsforschung – Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion* 10, 353–402. <http://www.gespraechsforschung-online.de/fileadmin/dateien/heft2009/px-gat2.pdf> (letzter Zugriff 29.03.2023).
- Sperber, Dan, Fabrice Clément, Christophe Heintz, Olivier Mascaro, Hugo Mercier, Gloria Origgi & Deidre Wilson (2010): Epistemic Vigilance. *Mind and Language* 25 (4), 359–393.
- Stivers, Tanya (2008): Stance, Alignment, and Affiliation during Storytelling: When Nodding is a Token of Affiliation. *Research on Language and Social Interaction* 41 (1), 31–57.
- Stukenbrock, Anja & Cornelia Bahr (2017): Zur kommunikativen Leistung des generischen ‚du‘-Gebrauchs in der sozialen Interaktion. In Angelika Linke, Angelika & Juliane Schröter (Hrsg.), *Sprache und Beziehung*, 149–182. Berlin, Boston: De Gruyter.
- Surmann, Volker (2005): *Anfallsbilder: Metaphorische Konzepte im Sprechen anfallskranker Menschen*. Würzburg: Königshausen & Neumann.
- Svinhufvud, Kimmo, Liisa Voutilainen & Elina Weiste (2017): Normalizing in student counseling: Counselors, responses to students' problem descriptions. *Discourse Studies* 19 (2), 196–215.
- Talmy, Leonard (1988): Force dynamics in language and cognition. *Cognitive Science* 2, 49–100.
- Turner, Victor (1989): Liminalität und Communitas. In Andréa Belliger & David J. Krieger (Hrsg.), *Ritualtheorien. Ein einführendes Handbuch*, 251–264. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Ueding, Gert & Bernd Steinbrink (1986): *Grundriss der Rhetorik. Geschichte – Technik – Methode*. Stuttgart: Metzler.
- Vološinov, Valentin (1929/1975): *Marxismus und Sprachphilosophie*. Frankfurt: Ullstein.

Nathalie Bauer

Empathiedarstellungen und Normalisierung – Metapositionierungen mit ‚natürlich‘ und ‚klar‘ in onkologischen Aufklärungsgesprächen

Abstract: Gegenstand dieses Beitrags sind Empathiedarstellungen mit ‚natürlich‘ und ‚klar‘, die von ÄrztInnen in onkologischen Aufklärungsgesprächen zur Normalisierung des patientenseitigen Erlebens eingesetzt werden. Diese Erlebensnormalisierungen erweisen sich nicht etwa als heikel, weil sie ein subjektives Erleben in seiner genuinen Einzigartigkeit zu nivellieren drohen, sondern – in den für die PatientInnen als krisenhaft zu beschreibenden Interaktionssituationen – vielmehr als hochfunktional: So wird über die Rückversicherung intersubjektiver Erlebensroutinen zumindest ein Stück Normalität wiederhergestellt. Aus einer interaktionallinguistischen Perspektive werden Empathiedarstellungen mit ‚natürlich‘ und ‚klar‘ in diesem Beitrag als normalisierende Metapositionierungen beschrieben, die es ÄrztInnen ermöglichen, das patientenseitige Erleben als nachvollziehbar und legitim einzuordnen, ohne sich selbst affektiv dazu zu positionieren.

Keywords: Empathiedarstellungen, Erlebensnormalisierungen, Metapositionierungen, Affiliation, Interaktionale Linguistik, Onkologische Aufklärungsgespräche

1 Einleitung

Im Fokus dieses Beitrags stehen Praktiken der Normalisierung fremden Erlebens: Dabei geht es nicht darum, das dargestellte oder zugeschriebene Erleben Anderer in dessen genuiner Singularität zu validieren (vgl. Fiehler 1990: 151), sondern vielmehr darum, es vor dem Hintergrund möglicher Erlebensalternativen als erwartungskongruent, normal und folglich intersubjektiv nachvollziehbar zu behandeln (vgl. Bredmar/Linell 1999; Heritage/Lindström 2012). Solche Erlebensnormalisierungen gehen nicht unbedingt mit einer expliziten Referenz auf ‚Normalität‘ einher, sondern erfolgen auch indirekt, beispielsweise durch die Kontextualisierung einer Erfahrungssymmetrie mittels des Erzählens zweiter Geschichten (Ruusuvuori 2005; 2007) oder durch den Gebrauch von Indefinitpronomen (Buck 2022) und kategorischen Formulierungen (vgl. Günthner i. d. B.). In dem vorliegenden Beitrag werden Verwendungen von ‚natürlich‘ und ‚klar‘ interaktionallinguistisch untersucht, auf die

die Gesprächsbeteiligten in den analysierten onkologischen Aufklärungsgesprächen routinemäßig zurückgreifen, um Erlebensdarstellungen und -zuschreibungen als normal einzuordnen bzw. auszuflaggen. Im Fokus stehen dabei Verwendungen von ‚natürlich‘ und ‚klar‘, mit denen ÄrztInnen verstehend auf die Erlebensperspektive ihrer PatientInnen Bezug nehmen.

In diesem Zusammenhang richtet sich das Erkenntnisinteresse des Beitrags zentral auf die (i) funktionale und (ii) sequenzielle Integration der ärztlichen Verwendungen von ‚natürlich‘ und ‚klar‘ vor dem Hintergrund der institutionellen Spezifika der onkologischen Aufklärungsgespräche. Dabei soll (iii) zudem der Frage nachgegangen werden, wie die Erlebensnormalisierungen mit Blick auf die interaktionale Forschungsliteratur konzeptuell als Praktiken der Dar- und Herstellung von Empathie eingeordnet werden können.

Dazu werde ich zunächst kurz die in diesem Beitrag eingenommene interaktionale Perspektive auf Empathie sowie das für die Analysen relevante Konzept der Metapositionierung skizzieren. Im Anschluss an eine Beschreibung der Datengrundlage werden dann Erlebensnormalisierungen mittels ‚natürlich‘ und ‚klar‘ in Reaktionen auf Erlebensdarstellungen (Abschnitt 5.1) sowie in Erlebenszuschreibungen (Abschnitt 5.2) sequenzanalytisch untersucht. Im Fazit sollen die Ergebnisse zusammengeführt und mit Blick auf ihre inner- und interdisziplinäre Anschlussfähigkeit diskutiert werden.

2 Eine interaktionale Perspektive auf Empathie in medizinischen Interaktionen

Wenngleich in der medizinischen Forschung unbestritten ist, dass einem empathischen ärztlichen Kommunikationsverhalten eine zentrale Bedeutung für verschiedene Dimensionen der Versorgungsqualität zukommt (vgl. hierzu die Metastudien von Derksen et al. 2013; Lelorain et al. 2012), liegen nur wenige empirisch fundierte Erkenntnisse darüber vor, wie Verfahren der Dar- und Herstellung von Empathie in der medizinischen Praxis konkret aussehen und in welchen Zusammenhängen sie durch die Beteiligten relevant gemacht werden. Dies ist vor allem darauf zurückzuführen, dass in den vorliegenden Studien vorrangig Analyseinstrumente wie *ex post*-Befragungen von ÄrztInnen und PatientInnen sowie kontextfreie Kodierungen authentischer und simulierter Gespräche eingesetzt werden. Empathie wird dabei weitestgehend interaktionslos gelöst untersucht (vgl. Pedersen 2009).

Demgegenüber steht die interaktionallinguistische Perspektive, die dieser Beitrag auf Empathie im medizinischen Gespräch einnimmt. Aus der damit verbundenen sozialkonstruktivistischen Sicht auf Interaktion wird Empathie vielmehr als

eine emergente Herstellungsleistung (*emergent achievement*, Schegloff 1981; vgl. Kupetz 2014; 2020) betrachtet, die nur in ihrem sequenziellen Kontext sinnvoll untersucht werden kann. Genauer richtet sich der Fokus dieses Beitrags daher auch nicht auf Empathie an sich, sondern vielmehr auf die situierten Praktiken¹ ihrer interaktiven Anzeige und Hervorbringung. Diese werden in dem vorliegenden Beitrag als verstehende, d. h. in verschiedener Weise intersubjektivität dar- und herstellende² Bezugnahmen auf die Erlebensperspektive³ des Gegenübers begriffen (vgl. Kupetz 2020: 145–146).

Die Anzeige und Hervorbringung von Empathie stellen Interagierende grundsätzlich vor die Herausforderung, Verstehen in Bezug auf ein Erleben zu bekunden, das ihnen selbst nicht originär zugänglich ist (Heritage 2011: 161). So gehen Praktiken der Dar- und Herstellung von Empathie häufig mit epistemischen Positionierungen einher, mittels derer die Beteiligten entweder eine Erfahrungsasymmetrie (bspw. durch den Gebrauch verschiedener Kontingenzmarker; vgl. Hepburn/Potter 2007) oder eine Erfahrungssymmetrie (bspw. durch das Erzählen zweiter Geschichten; vgl. Kupetz 2015) kontextualisieren. In der hier in den Fokus genommenen medizinischen Interaktion ist die Dar- bzw. Herstellung von Empathie darüber hinaus insofern mit weiteren Herausforderungen verbunden, als die Beteiligten sich in einem epistemisch ohnehin komplexen Feld bewegen. Eine Wissensasymmetrie zwischen den Interagierenden (Linell/Luckmann 1991: 7) liegt dabei gleich in doppelter Weise vor: So verfügen die PatientInnen über epistemische Priorität in Bezug auf ihr Krankheits- und Körpererleben, während die ÄrztInnen in Bezug auf medizinisches Wissen eine epistemische Vorrangstellung einnehmen (vgl. u. a. Peräkylä 2002).⁴ Auch verfügen ÄrztInnen aufgrund ihres professionellen Erfahrungshorizonts über ein Wissen darüber, wie sich das Erleben Anderer in ähnlichen Situationen, wie denen einer einschneidenden Diagnosemitteilung, gestaltet hat. Daneben steht die – nicht nur in medizinischer Literatur geforderte, sondern auch von Interagierenden

1 In Anlehnung an Selting (2016: 29) verstehe ich unter einer Praktik die „[...] rekurrente Verwendung und Kombination bestimmter Ressourcen oder Ressourcenbündel, d. h. sprachliche und nicht-sprachliche Formen und Formate, für die Herstellung und Kontextualisierung einer bestimmten Handlung in einem bestimmten sequenziellen Kontext.“

2 Dem liegt ein interaktionales Verständnis von Verstehen zugrunde (vgl. Deppermann/Schmitt 2008).

3 Unter ‚Erleben‘ verstehe ich in Anlehnung an Fiehler (2005: 121f.) bewertende Stellungnahmen zu Wahrnehmungen sowie zu eigenen und fremden Handlungen. Emotionen und Affekte werden vor diesem Hintergrund als eine spezielle Form des Erlebens begriffen. Aus der hier eigenommenen interaktionallinguistischen Perspektive analysiere ich diese bewertenden Stellungnahmen als Prozesse der Positionierung (*stance-taking*, Du Bois 2007; vgl. dazu Abschnitt 3).

4 Dabei handelt es sich um zwei unterschiedliche Wissensdomänen, die mit Heritage (2012: 392) näher als den sog. *epistemics of experience* und *epistemics of expertise* zugehörig charakterisiert werden können.

selbst relevant gemachte – Erwartung, dass ÄrztInnen zwar Empathie zeigen, sich aber zugleich gemäß ihrer beruflichen Rolle nicht zu sehr emotional involvieren sollten (vgl. Ruusuvoori 2005 aus einer interaktionallinguistischen Perspektive; vgl. Leloirain et al. 2012 aus einer medizinischen Perspektive).

Vor dem Hintergrund dieser komplexen Rollen- und Beteiligungsstrukturen treten in medizinischen Gesprächen entsprechend mitunter andere als die für informelle Interaktionen beschriebenen Praktiken der Dar- und Herstellung von Empathie auf – wie beispielsweise die im Fokus dieses Beitrags stehenden Erlebensnormalisierungen. Als Empathiedarstellungen im Sinne verstehender Bezugnahmen auf die Erlebensperspektive des Gegenübers lassen sie sich genauer als Positionierungspraktiken beschreiben, worauf ich im folgenden Abschnitt näher eingehen werde.

3 Zum Konzept der Metapositionierung

In der interaktionalen Forschungsliteratur werden Empathiedarstellungen oft als affiliative Positionierungsaktivitäten beschrieben, durch die Empathisierende einen „emotionally congruent stance“ (Heritage 2011: 161) in Reaktion auf eine vorangehende Erlebensdarstellung zum Ausdruck bringen (vgl. auch Du Bois/Kärkkäinen 2012: 440). Empathie wird dabei als eine Form von emotionaler Reziprozität (Jefferson 1984) konzeptualisiert, deren interaktionale Darstellung und Aushandlung sich in Anlehnung an Du Bois (2007) wie folgt darstellen lässt:

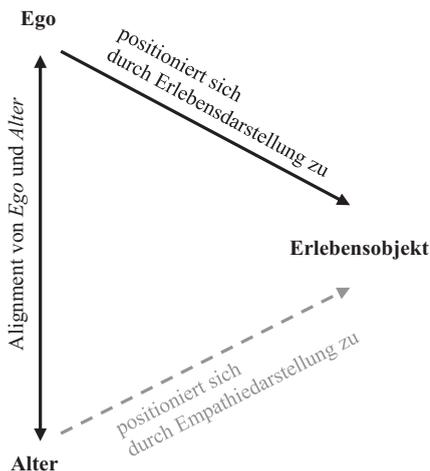


Abbildung 1: Empathiedarstellung als gleichlaufende Zweitpositionierung.

Bei der Konzeptualisierung von Empathiedarstellungen als affiliative, im Sinne gleichlaufender, kongruenter Gegenpositionierungen (*counter-stances*, Du Bois 2007) positionieren sich sowohl *Ego* durch seine Erlebensdarstellung als auch *Alter* durch seine Empathiedarstellung in Bezug auf ein bestimmtes Erlebensobjekt, wie z. B. eine bestimmte Situation. Dabei setzt *Alter* typischerweise Kontingenzmarker ein, um seine epistemisch inferiore Position in Bezug auf das ihm nicht originär zugängliche Erleben zu kontextualisieren (s. die gestrichelte Linie in der Grafik). Durch das Zusammenspiel ihrer Positionierungsaktivitäten (d. h. durch das *Alignment* von *Ego* und *Alter*) stellen sie nicht nur gemeinsam Intersubjektivität her, sondern ko-konstruieren zugleich die Darstellung und Einordnung des im Fokus stehenden Erlebens (vgl. Günthner 1997a).

In den vorliegend untersuchten medizinischen Gesprächen stellen solche Empathiedarstellungen in Gestalt gleichlaufender affektiver Zweitpositionierungen jedoch höchstens eine Ausnahme dar.⁵ Viel häufiger kommt es hingegen zu einer Form der verstehenden Bezugnahme auf das fremde Erleben, die ich in dem vorliegenden Beitrag als Metapositionierung beschreibe: Wenn eine Patientin beispielsweise eine ihr Angst einjagende Untersuchungssituation rekonstruiert, kann ihr Gegenüber darauf nicht nur empathisch reagieren, indem es die Situation ebenfalls als beängstigend einordnet, sondern auch, indem es ihr Erleben dieser Episode als nachvollziehbar, glaubhaft oder normal bewertet – und damit seine Perspektive auf die fremde Erlebensperspektive zum Ausdruck bringt. Es handelt sich folglich um eine Positionierung zu einer Positionierung – oder anders formuliert: eine Metapositionierung.⁶

Eine Konzeptualisierung von Empathiedarstellungen als Positionierungen zu Positionierungen des Gegenübers ist unmittelbar anschlussfähig an phänomenologische Überlegungen zur Intentionalität von Empathie: So beschreibt beispielsweise Stein (1917: 10), die sich in ihrer Dissertation bei Husserl mit dem „Problem der Einfühlung“ auseinandersetzt und deren Überlegungen bis heute als paradigmatisch für die phänomenologische Perspektive auf Empathie gelten, diese als „eine Art erfahrende[n] Akt sui generis“. Seine Einzigartigkeit liege gerade in der

5 Diese Differenz liegt mitunter darin begründet, dass in den vorliegenden Studien zu Empathiedarstellungen primär affektgeladene narrative Rekonstruktionen in (stärker) informellen Alltagsinteraktionen in den Blick genommen wurden (vgl. Kupetz 2014; 2015). Dabei kommt es im Zuge verstehender Bezugnahmen auf die Erlebensperspektive des Anderen häufig zu einer „Synchronisation von Affekten“ (Günthner 2000: 248) bzw. zu einem „stance mirroring“ (Stivers 2008: 33). So zeigt beispielsweise Günthner (1997a: 192; 2000: 251) in Bezug auf Beschwerdegeschichten, dass Interagierende an einer „gemeinsamen Verurteilung des Antagonisten“ orientiert sind und eine „Ko-Indignation“ (Günthner 1997b: 252) zum Ausdruck bringen.

6 Der Terminus ‚Meta-Positionierung‘ ist angelehnt an den Begriff des *metastance* gewählt worden, den Kockelman (2004: 143; 2010: 161f.) im Rahmen der anthropologischen Linguistik als „the orientations we take toward our own and others’ orientations“ etabliert hat. Als ein Beispiel für einen solchen *metastance* nennt er selbst Empathie als „feeling others’ feelings“ (Kockelman 2004: 144).

Tatsache begründet, dass *Ego* und *Alter* nicht intentional auf denselben Erlebensgegenstand orientiert sind, sondern *Alter* intentional auf das Erleben seines Gegenübers gerichtet ist. Das fremde Erleben ist ihm dabei – wie Scheler ([1913] 1973: 24) es formuliert – „gegenständlich“.

In Anlehnung an Abbildung 1 lassen sich Prozesse der Metapositionierung vor dem Hintergrund dieser Überlegungen wie folgt visualisieren:

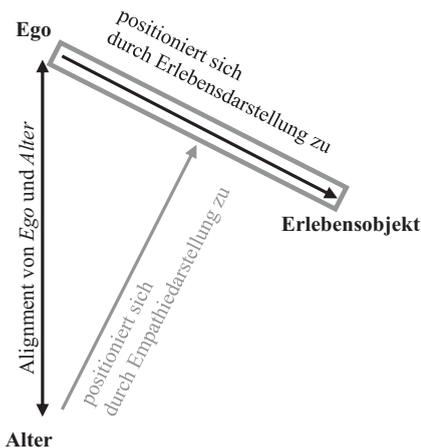


Abbildung 2: Empathiedarstellung als Metapositionierung.

Der zentrale Unterschied zu Abbildung 1 ist der Bezugspunkt der empathischen Positionierung: Er ist nicht derselbe, zu dem sich *Ego* durch seine Erlebensdarstellung beispielsweise affektiv positioniert. Vielmehr positioniert *Alter* sich im Rahmen einer Metapositionierung zu *Egos* Erlebensdarstellung als solcher (in der Abbildung grau eingekastelt), indem er dessen dargestelltes Erleben einer bestimmten Situation als beispielsweise normal, nachvollziehbar oder glaubhaft einordnet. Intersubjektivität wird dabei folglich nicht über eine gleichlaufende Gegenpositionierung zum Ausdruck gebracht, sondern – wie in den vorliegend fokussierten Datenausschnitten – beispielsweise durch eine Normalisierung des fremden Erlebens.

Interaktionallinguistische Untersuchungen von Empathiedarstellungen haben bislang primär die aktive Seite der intentionalen Bezugnahme in den Blick genommen und sich Fragen danach gewidmet, mit welchen Weisen der Bezugnahme solche Empathiedarstellungen einhergehen (vgl. etwa Kupetz 2014; 2015; Hepburn/Potter 2007 zu eher kognitiv und eher affektiv orientierten Empathiedarstellungen). In den vorliegenden Daten zeigt sich, dass – wie im Folgenden sequenzanalytisch verdeutlicht werden soll – auch der intentionale Bezugspunkt von Empathiedarstellungen

eine wichtige Rolle für deren differenzierte Beschreibung als Positionierungspraktik spielt.⁷

4 Datengrundlage: Onkologische Aufklärungsgespräche

Die im Rahmen dieses Beitrags untersuchten Daten entstammen dem von der Deutschen Krebshilfe geförderten Projekt „Von der Pathologie zum Patienten: Optimierung von Wissenstransfer und Verstehenssicherung in der Onkologie zur Verbesserung der Patientensicherheit“ (Bentz et al. 2016). Das Projektkorpus, mit dem auch Günthner und Schick (i. d. B.) arbeiten, setzt sich aus 56 onkologischen Aufklärungsgesprächen zusammen, die in den Jahren 2014 und 2015 am Städtischen Klinikum Karlsruhe aufgezeichnet wurden. Flankiert werden diese Daten durch neun Audioaufzeichnungen onkologischer Aufklärungsgespräche aus einem weiteren universitären Brustzentrum in Deutschland.⁸

In diesen Aufklärungsgesprächen werden die PatientInnen nach erfolgter Gewebeuntersuchung erstmalig mit ihrer Krebsdiagnose konfrontiert. Neben der Diagnosemitteilung ist die Besprechung des mitunter schwerwiegende Behandlungsschritte enthaltenden Therapieplans mit den PatientInnen (sowie ggf. deren Angehörigen, die sie zum Gespräch begleiten) zentraler Gegenstand der Interaktion. Aus forschungsethischen Gründen wurden an beiden Standorten keine Videodaten erhoben. Die Daten wurden nach GAT 2 (Selting et al. 2009) transkribiert.

5 Erlebensnormalisierungen mit ‚natürlich‘ und ‚klar‘

Wie eingangs bereits dargelegt, stehen solche Verwendungen von ‚natürlich‘ und ‚klar‘ im Fokus dieses Beitrags, mit denen ÄrztInnen patientenseitiges Erleben in

7 Aus dieser Perspektive können auch Mitleidsbekundungen als Metapositionierungen zu Erlebensdarstellungen beschrieben werden. Mit ihnen wird keine normalisierende, sondern eine affektive Metapositionierung vorgenommen, die sich bspw. so ausdrücken kann, dass *Alter* ein dargestelltes bzw. zugeschriebenes Erleben leid tut.

8 Für die Bereitstellung dieser Daten danke ich Thomas Spranz-Fogasy.

den vorliegenden Daten rekurrent normalisieren.⁹ In Abschnitt 5.1 werden zunächst solche Vorkommen von ‚natürlich‘ und ‚klar‘ in den Blick genommen, die responsiv und intonationsphrasenkonstitutiv zum Einsatz kommen. In Abschnitt 5.2 werden dann Verwendungen von ‚natürlich‘ und ‚klar‘ fokussiert, die in stärker prospektiv orientierten Zügen syntaktisch und prosodisch integriert auftreten.

5.1 Metapositionierungen mit ‚natürlich‘ und ‚klar‘ in Reaktionen auf Erlebensthematisierungen

In dem ersten Ausschnitt spricht eine Ärztin¹⁰ mit einer Patientin, bei der eine bestimmte Form von Leukämie, ein sogenanntes Plasmozytom, diagnostiziert worden ist. Nach den diagnoserelevanten Voruntersuchungen im Klinikum wurde die Patientin bis zum Eintreffen der Befunde wieder nach Hause geschickt. Wie sie selbst zu Beginn dieses Diagnose- und Therapieplanungsgesprächs entrüstet rekonstruiert, war diese Zeit für sie insofern sehr belastend, als sie – wie sie es in dem vorliegenden Ausschnitt auf den Punkt bringt – „von GA:R nichts“ (Z. 009) wusste. Ihrer Sicht auf diese Wartezeit setzt die Ärztin eine Erklärung der internen Abläufe im Krankenhaus entgegen. AW resümiert diese Kontrastdarstellungen in den Zeilen 001 und 002, indem sie die Sicht der Patientin mit „NIX passiert“ pointiert:

Ausschnitt 1 (Gespräch 046, 23:30 Minuten, 01:06–01:22 Min.)¹¹

001 AW: es ist aber so wie es !IM!mer ist,
 002 im KOPF vom patienten ist drin,
 003 NIX passiert.
 004 PW: ja,=
 005 [=ich WUSSte-]
 006 AW: [waren sie] genauso schnau [SCHLAU] als wie [zu-]
 007 PW: [ja,]
 008 [geNAU,]

⁹ Vgl. Groß/Birkner sowie Ilg (i. d. B.) zu expliziten Bezugnahmen auf ‚das Normale‘ durch die Interagierenden.

¹⁰ Aus Gründen der Anonymisierung wird in diesem Beitrag auf alle Ärztinnen und Ärzte im Singular mit der weiblichen Form referiert. In den Transkripten verweist die Sigle AW daher auf die beteiligten ÄrztInnen, die Siglen PM/PW und LM/LW stehen für Patienten und Patientinnen sowie für Lebensgefährten und Lebensgefährtinnen, die die PatientInnen zu den Gesprächen begleiten.

¹¹ Aufgrund des Exports aus dem Partitur-Editor EXMARaLDA beginnen alle Transkriptausschnitte mit der Zeilennummer ‚001‘. Im jeweiligen Transkripttitel findet sich eine Angabe zur zeitlichen Lokalisierung der abgedruckten Auszüge in Bezug auf die Gesamtlänge der jeweiligen Aufzeichnung.

tin zu der erlebten Wartezeit hier jedoch keine affektive Gegenpositionierung im Sinne eines „stance mirroring“ (Stivers 2008: 33) einher. Vielmehr kann die Reaktion von AW als eine normalisierende Metapositionierung beschrieben werden, mittels derer sie die negative Perspektive der Patientin auf die Situation der Unwissenheit als normal, erwartbar und auf diese Weise als intersubjektiv nachvollziehbar behandelt. Ihr Verstehen expliziert AW im Anschluss an die Erlebensthematisierung schließlich mit „VERSTEH ich.“ (Z. 012), wobei die uneigentliche Verbspitzenstellung dieser Verstehensbehauptung (Sacks 1995: 252) eine starke Kohäsion zum Vorgängerturn herstellt, obgleich der anaphorische Bezug durch das fehlende Objektpronomen nicht expliziert wird (vgl. Auer 1993: 200).¹³

Mit dem „ja;“ der Patientin in Zeile 013 kommt die interaktiv hergestellte Erlebensrekonstruktion zu einer Beendigung. Insbesondere das auf die Selbstverständlichkeit der patientenseitigen Erlebensdarstellung verweisende ‚klar‘ hat einen abschließenden Charakter, als es neben der Anzeige von Empathie auch verdeutlicht, dass die Erlebensdarstellung keiner weiteren Begründung oder Erläuterung bedarf. In dem vorliegenden Ausschnitt äußert sich das sequenzschließende bzw. -überleitende Potenzial der Darstellung von Empathie zudem darin, dass die Ärztin ihre durch den Wechsel ins Präsens auch temporal wieder im Hier und Jetzt verankerte Refokussierung auf die aktuell zu bearbeitende professionelle Agenda („das heißt sie w_haben gar keine A::Hnung [um was] das es gEht“, Z. 015) als weitergehende Interpretation der vorherigen Erlebensdarstellung präsentiert (vgl. Helmer/Zinken 2019: 159).

Der Ausschnitt 1 verdeutlicht exemplarisch, wie ‚klar‘ in Reaktion auf Erlebensdarstellungen von ÄrztInnen eingesetzt wird. Als Metapositionierung ermöglicht es der Ärztin, die Nachvollziehbarkeit des durch das Gegenüber dargestellten Erlebens zum Ausdruck zu bringen, ohne sich selbst im Sinne eines „stance mirroring“ (Stivers 2008: 33, 50) gleichlaufend affektiv dazu zu positionieren. Dabei wird das dargestellte Erleben nicht nur vor dem Hintergrund sämtlicher möglicher Erlebensweisen als erwartbare, selbstverständliche und folglich normale Erlebensalternative behandelt, sondern auch vor dem Hintergrund seiner weitestgehenden Inkongruenz mit der ärztlichen Perspektive: Obgleich AW zuvor thematisiert, dass die Länge der Wartezeit medizinisch betrachtet nicht auffällig ist, behandelt sie deren besorgniserregendes Erleben durch die Patientin mittels der ‚klar‘-Reaktion nicht nur als nachvollziehbar, sondern auch als unmittelbar selbstevident, insofern als sie PW damit die alleinige Deutungshoheit über ihr Erleben zuschreibt.

13 Diese spezifische ‚responsive Syntax‘ mit der Nachstellung des Subjekts erweist sich als typisch für das Turndesign von Reaktionen mit mentalen Verben auf Erlebensdarstellungen (vgl. Kupetz 2013 zu ‚das glaub ich‘ und Kupetz 2015: 56–59 zu ‚das versteh ich‘).

Die Normalisierung eines potenziell mit der ärztlichen Perspektive inkongruenten Erlebens wird auch in dem folgenden Ausschnitt deutlich, in dem ‚natürlich‘ zur Reaktion auf eine Erlebensdarstellung eingesetzt wird. Der Ausschnitt stammt aus einer insofern besonderen Interaktion, als die das Gespräch führende Ärztin eine eigene Krebserkrankung im Anschluss an den abgedruckten Auszug offen thematisiert. An dem Gespräch sind neben der Ärztin eine Patientin und deren Lebensgefährte als Begleitperson beteiligt. Nach der Mitteilung der Krebsdiagnose und der Erläuterung des vorgesehenen Therapieplans thematisiert die Patientin, dass sie sich ihren Eintritt in den Ruhestand anders vorgestellt hat:

Ausschnitt 2 (Gespräch 65, 23:44 Minuten, 11:58–12:22 Min.)

- 001 PW: ich hab mich SO auf meinen ruhestand gefreut;
 002 aber JETZT-
 003 AW: JA: dann freuen se sich dann;
 004 PW: da tät ich [LIEber-]
 005 AW: [das wird GUT;]
 006 ((lacht)) °h des [wird TROTZdem schön.]
 007 PW: [ich mein sie haben ja da
 wirklich MEHR er[fahrungen;]
 008 AW: [ja;]
 009 PW: für MICH isch des jetzt natürlich-
 010 KLAR [das_s für die ganze] familie schlimm;
 011 AW: [naTÜRlich-]
 012 JA_a;
 013 das ist erstmal_n SCHOCK-
 014 und es DAUert auch,
 015 bis man des ALles so verkräftet hat;

Die Patientin beginnt in Zeile 001 ihr Erleben mit Blick auf den Ruhestand darzustellen, wobei sie dessen freudige Erwartung durch die Verwendung des Perfekts bereits als eine nunmehr der Vergangenheit angehörige Positionierung rahmt. Mit dem adversativen Konnektor „aber“ und dem prosodisch fokussierten temporaldeiktischen Adverb „JETZT“ in Zeile 002 stellt sie einen Kontrast zum neuen Status quo her – wobei die durch die Krebsdiagnose veränderte Perspektive nicht weiter expliziert wird. Vielmehr bleibt es bei der ins Leere bzw. Vage verweisenden „Mikroaposiopese“ (Imo 2011: 280) mit „aber JETZT-“ (Z. 002). Mit ihren tröstenden Folgeäußerungen nimmt die Ärztin Bezug darauf, dass auch „dann“ (Z. 003) – nach der Therapie – „TROTZdem“ (Z. 006) noch genügend schöne Zeit sei, auf die die Patientin sich freuen könne (vgl. Imo 2017). Dass PW diese evaluativen Positionierungen der Ärztin als eine Beanspruchung von Erfahrungswissen versteht, wird an

deren Folgezug in Zeile 007 deutlich, mit dem sie eine Wissenszuschreibung an die Ärztin expliziert: „ich mein sie haben ja da wirklich MEHR erfahrungen,“. Dies ist insofern auffällig, als mit Blick auf den epistemischen Status (Heritage 2012: 376f.) der ÄrztInnen normalerweise keine expliziten Fremdpositionierungen durch die PatientInnen erfolgen (vgl. Günthner/Luckmann 2001: 64 zur rollenspezifischen Zuschreibung von Wissen in der Interaktion). So wird sie von der Patientin durch den im Vor-Vorfeld positionierten und auf die Egoreferenzialität der Äußerung verweisenden Diskursmarker „ich mein“ entsprechend mitigiert (vgl. Günthner/Imo 2003: 24). Trotz dessen lässt sich die Wissenszuschreibung nicht etwa als ein Ausdruck von Ungläubigkeit durch die Patientin interpretieren. Im Gegenteil expliziert PW damit ihre Annahme, die Ärztin verfüge über das für ihre Äußerungen notwendige Erfahrungswissen, was zudem die Modalpartikel „ja“ (Z. 007) verdeutlicht: Mit ihr rahmt die Patientin ihre Äußerung nicht etwa als eine neu gewonnene Erkenntnis, sondern vielmehr als Vergegenwärtigung eines ohnehin schon evidenten Sachverhalts (vgl. Reineke 2016: 86). Nach einer kurzen Bestätigung von AW stellt die Patientin sodann ihre Perspektive auf die Diagnose dar: „für MICH isch des jetzt natürlich-“ (Z. 009). Mittels der prosodischen Fokussierung des Personalpronomens betont sie dabei den Kontrast zwischen ihrer und der ärztlichen Erlebensperspektive. Erneut bleibt die eröffnete Struktur zur Beschreibung des eigenen Erlebens insofern offen, als das Prädikativkomplement zunächst nicht realisiert wird. Daraufhin setzt PW in Zeile 010 neu an und reformuliert ihre zuvor begonnene Erlebensdarstellung. Dabei erweitert sie den durch die Präpositionalphrase ausgedrückten Gültigkeitsbereich ihrer Äußerung von „für MICH“ auf „für die ganze familie“ – und ergänzt nun „schlimm“ in die zuvor geöffnete Leerstelle der Prädikation.

An dieser Stelle zeigt sich, dass nicht nur ÄrztInnen ‚natürlich‘ und ‚klar‘ zur Erlebensnormalisierung einsetzen, sondern mitunter auch die PatientInnen selbst. Mit deren Verwendung als Kommentaradverbien¹⁴ rahmt die Patientin ihre Perspektive als eine zwar mit der ärztlichen Sicht inkongruente, aber dennoch normale und in ihren Augen legitime Erlebensalternative. Darauf reagiert auch in diesem Ausschnitt AW noch vor dem Abschluss der Erlebensdarstellung mit einem überlappenden „naTÜRlich-“ (Z. 011) und ratifiziert damit die Normalität und zugleich die Selbstevidenz der durch die Patientin bereits entsprechend eingeführten Erlebensdarstellung.¹⁵ Zur Untermauerung ihres Nachvollzugs geht AW sodann zu

¹⁴ Vgl. König (2014: 240 ff.) zu ähnlichen Verwendungen von ‚natürlich‘ in sprachbiographischen Interviews.

¹⁵ Es zeigt sich in den Daten häufiger, dass ‚natürlich‘ und ‚klar‘ in solchen Resonanzstrukturen (vgl. Du Bois 2014) auftreten.

einer Rekonstruktion ihres eigenen vergangenen und mit der Patientenperspektive übereinstimmenden Erlebens über.

Die beiden Ausschnitte illustrieren exemplarisch, wie ÄrztInnen Metapositionierungen mit ‚natürlich‘ und ‚klar‘ in Reaktionen auf Erlebensdarstellungen ihrer PatientInnen in zweiter sequenzieller Position einsetzen, um Empathie im Sinne einer verstehenden Bezugnahme auf deren Perspektive zum Ausdruck zu bringen. Intersubjektivität wird dabei über die Normalisierung des fremden dargestellten Erlebens kontextualisiert. Wie Ausschnitt 2 darüber hinaus verdeutlicht hat, werden ‚natürlich‘ und ‚klar‘ auch in initialen Zügen zur Erlebensnormalisierung verwendet. In dieser sequenziellen Position werden sie jedoch nicht nur wie in Ausschnitt 2 von PatientInnen eingesetzt, um das dargestellte eigene Erleben als legitime Alternative vor dem Hintergrund (möglicher) divergenter Perspektiven auszuflaggen, sondern auch von ÄrztInnen, die sogenannte Empathieangebote (Pfänder/Gülich 2013) machen. Dieser Verwendungszusammenhang von ‚natürlich‘ und ‚klar‘ mit Bezug auf das fremde Erleben soll im folgenden Kapitel näher betrachtet werden.

5.2 Metapositionierungen mit ‚natürlich‘ und ‚klar‘ in Erlebenszuschreibungen

In den für diesen Beitrag untersuchten institutionellen Gesprächen finden sich neben den in der interaktionallinguistischen Literatur bislang vorrangig beschriebenen Praktiken der Empathiedarstellung in responsiver Position auch solche, die eine stärker prospektive Orientierung aufweisen (vgl. Ford et al. 2019: 23f.). Diese treten in Form von Fremdpositionierungen als „projektive Erlebensthematisierung[en]“ (Fiehler 1990: 132) in Erscheinung, in denen „vermutetes, gegenwärtiges oder vergangenes Erleben [...] des Interaktionspartners thematisiert [wird]“. Für die onkologischen Aufklärungsgespräche spielen solche Formen der Empathiedarstellung insofern eine zentrale Rolle, als die PatientInnen im Zuge ihrer erstmaligen Konfrontation mit der Diagnose ihr Erleben typischerweise zunächst nicht zum Gesprächsthema machen, sondern vielmehr ‚verstummen‘ (vgl. Günthner 2019: 279). Folglich ist in diesen Gesprächen von einer – wie Breyer (2015: 201) es ausdrückt – ‚allmählichen Verfertigung der Empathie im Gespräch‘ auszugehen:

Die Emotion liegt [...] häufig nicht von vornherein vor, um dann vom Anderen verstanden und mitgeföhlt zu werden, sondern sie gewinnt im Verlauf der empathischen Interaktion selbst Kontur und definiert sich nach und nach.

In Anlehnung an Pfänder/Gülich (2013: 434f.) werde ich solche stärker prospektiv orientierten Formen der intersubjektiven Bezugnahme im Folgenden als „Empathieangebote“ bezeichnen, deren zentrale Funktion es ist, den inneren Zustand einer an-

deren Person interaktiv relevant zu setzen. Dabei haben sie insofern einen Angebotscharakter, als sie einer (Nicht-)Ratifikation durch die Erlebenden selbst bedürfen. Solche Empathieangebote, die als Fremdpositionierungen und damit als *B-event statements* (vgl. Labov/Fanshel 1977: 100) Bezug auf das fremde Erleben nehmen, werden von ÄrztInnen daher nicht nur im Sinne eines *topic proffer* (Schegloff 2007: 169 f.) dazu eingesetzt, das Erleben der PatientInnen als Gesprächsgegenstand zu offerieren, sondern auch, um diese (nach mitunter sehr langen Schweigephasen; vgl. Günthner 2019) als aktive Gesprächsbeteiligte in die Interaktion zu reintegrieren.

Wie die folgenden Ausschnitte verdeutlichen, greifen ÄrztInnen auch dabei auf ‚natürlich‘ und ‚klar‘ zur Normalisierung des in diesen Fällen nicht durch die PatientInnen selbst dargestellten, sondern ihnen zugeschriebenen Erlebens zurück:

Ausschnitt 3 (Gespräch 038, 19:10 Minuten, 00:03–00:42 Minuten)

- 001 AW: wir sind ja [jetzt] zuSAMmen gekommen,
 002 PW: [eh:m-]
 003 AW: weil wir über (0.1) die diaGNose,
 004 die wir bei ihnen geSTELLT haben,
 005 !SPRE!chen,
 006 (0.3) !MÜS!sen;
 007 (1.4)
008 u:nd KLAR,
 009 ich versteh das dass sie sich große SORgen machen,
 010 weil,
 011 (0.6) ((schnalzt)) °hh sie sind ja sozusagen von der
 HAUSärztin war_s,=gell?
 012 (0.4)
 013 PW: ja;
 014 (0.5)
 015 AW: verHAFtet worden,
 016 und (0.1) die hat ihnen geSACHT,
 017 ((Stimmen im Hintergrund))
 018 AW: ich erINNER mich noch,
 019 °hh ich hab verdacht auf leukämIE frau ((anonymisiert)),
 020 sie müssen !SO!fort ins krankenhaus;
 021 (1.1)
 022 ne,
 023 PW: m_MH,
024 AW: da bricht dann natürlich ne WELT zusammen,
 025 wenn man das (0.1) geSACHT bekommt;
 026 PW: ja;

- 027 (1.9)
 028 AW: also (0.1) sie sind jetzt n_paar tage BEI uns,
 029 und wir ham die die exAKte diagnose schon gestellt;
 030 (0.3) mh?

In diesem Ausschnitt, den auch Günthner (2018; i. d. B.) analysiert, spricht eine Ärztin mit einer Leukämiepatientin. Zu Beginn des Ausschnitts, der direkt nach der Begrüßung durch die Ärztin einsetzt, kontextualisiert AW zunächst die unbedingte Notwendigkeit des vorliegenden Aufklärungsgesprächs (Z. 001–006). Nach einer 1.4-sekündigen Pause fügt die Ärztin daran ein Empathieangebot an, das sie in Zeile 008 durch den Konnektor „u:nd“ sowie das prosodisch fokussierte „KLAR“ einleitet. Auf diese Weise projiziert sie bereits ein ‚normales‘ und folglich selbstverständliches Erleben. Sie führt in Zeile 009 aus, dass sie verstehe, dass die Patientin sich große Sorgen mache, wobei sie ihr Verstehen durch den Gebrauch des mentalen Verbs explizit thematisiert (vgl. Deppermann/Schmitt 2008: 222 f.). Mit dem als Diskursmarker eingesetzten und prosodisch desintegrierten „weil“ (Gohl/Günthner 1999) in Zeile 010 leitet sie sodann die Rekonstruktion der Vorgeschichte der Patientin ein, die AW so als Hintergrund für ihre affektive Fremdpositionierung präsentiert (Z. 011–020). Ihre Darstellung kulminiert in einer inszenierten Redewiedergabe (Günthner 1997b) der behandelnden Hausärztin in den Zeilen 019 und 020, die mit einer entsprechenden Origoverschiebung sowie einer inszenierten onymischen Anrede der Patientin einhergeht (vgl. Günthner 2021).¹⁶ Als ihre Rekonstruktion in keiner verbalen patientenseitigen Reaktion resultiert, schließt die Ärztin nach einer 1.1-sekündigen Pause ein antwortmobilisierendes „ne“ mit steigender Intonation in Zeile 022 an (vgl. Lanwer 2019: 52 f., Stivers/Rossano 2010). Als auch darauf nur eine Minimalreaktion durch die Patientin erfolgt, elaboriert AW ihr Empathieangebot in Form einer expliziten Erlebenszuschreibung (Z. 024–025). Diese ist, anders als ihr erstes Empathieangebot, in mehrerer Hinsicht generisch gestaltet: Zunächst referiert die Ärztin in diesem Turn pronominal nicht mehr explizit auf sich und ihr Gegenüber, sondern bedient sich des Indefinitpronomens ‚man‘ (Zifonun 2000). In Bezug auf die Generizität der zweiten Erlebenszuschreibung ist außerdem zu beobachten, dass AW das Empathieangebot in Form einer kategorischen Formulierung ausdrückt, mittels derer sie den konditionalen Zusammenhang zwischen dem zugeschriebenen Erleben und der Mitteilung der Diagnosevermutung als einer „zwingenden Logik“ unterliegend darstellt (vgl. Ayaß 1999: 109 f. sowie Günthner i. d. B.). Dessen Allgemeingültigkeit wird überdies durch das verwendete generische Präsens kontextualisiert (Bührig 2009: 60 f.). Darüber hinaus

¹⁶ Vgl. hierzu auch Schick (i. d. B.).

kommt ‚natürlich‘ als Kommentaradverb zum Einsatz. Es dient auch in diesem Ausschnitt einer Metapositionierung: So nimmt AW nicht nur eine affektive Fremdpositionierung der Patientin vor, sondern positioniert sich zugleich selbst zu dem ihr zugeschriebenen Erleben, insofern als die Ärztin dieses als eine erwartbare und folglich normale Erlebensalternative ausflaggt. Das zugeschriebene Erleben der Mitteilung des Diagnoseverdachts als „Zusammenbruch der Welt“ stellt AW mittels ‚natürlich‘ folglich auch als eine intersubjektiv nachvollziehbare Erlebensalternative dar. Die in dieser Weise als hochgradig zustimmungsfähig eingeführte Erlebenszuschreibung, in der die Patientin als „potenzielle Perspektivträgerin“ (Bredel 1999: 132) mitkodierte ist, wird von Letzterer im Folgezug dann auch unmittelbar mit „ja;“ (Z. 026) ratifiziert. Die fast zweisekündige Pause im Anschluss verdeutlicht, dass die Patientin keine weitere Elaboration ihrer Erlebensperspektive vornimmt, sodass AW nach der freien Gesprächspause in Zeile 027 mit der inhaltlichen Agenda fortfährt und mit „also“ (Z. 028) die Diagnosebesprechung refokussiert.

Zusammenfassend verdeutlicht der Ausschnitt, dass ÄrztInnen ‚natürlich‘ und ‚klar‘ als Metapositionierungen nicht nur in Reaktion auf patientenseitige Erlebensdarstellungen einsetzen, sondern auch Erlebenszuschreibungen auf diese Weise als intersubjektiv nachvollziehbar und dem gegebenen Kontext angemessen etablieren. Vor dem Hintergrund der professionellen Vertrautheit der Ärztin mit solchen Situationen stellt sie diese projektiven Erlebenszuschreibungen so als Resultat einer „routinemäßigen Anwendung des aus vergangenen Erfahrungen sedimentierten Gewohnheitswissens“ (Schütz/Luckmann [1979/1984] 2017: 324) darüber dar, wie PatientInnen in Situationen der Diagnosemitteilung ‚typischerweise‘ reagieren.

Obschon solche normalisierenden Erlebenszuschreibungen, wie Ausschnitt 3 verdeutlicht hat, als hochgradig zustimmungsfähig eingeführte Erlebensalternativen in der Regel von den PatientInnen ratifiziert werden, zeigt der folgende Ausschnitt, dass eine patientenseitige Bestätigung nicht zwangsläufig erfolgen muss. So werden Empathieangebote, wenngleich selten, in dispräferiert formatierten zweiten Zügen durch die PatientInnen abgelehnt oder zumindest in ihrer Gültigkeit restringiert:

Ausschnitt 4 (Gespräch_B_01, 17:43 Minuten, 15:25–15:53 Min.)

001 AW: sollten einfach auf jeden fall pünktlich um drei DA sein,=
 002 =weil des immer [PÜNKTlich anfängt,]
 003 PW: [h°°]((lacht))
 004 (4.7)
 005 AW: ist natürlich jetzt_n großer SCHOCK,
 006 hm-
 007 (1.1)
 008 für SIE;=ne?
 009 PW: pf::

010 WEIniger-
 011 ich hab eigentlich mit geRECHnet,
 012 AW: HM_hm,
 013 (0.6)
 014 PW: nur CHEmotherapie is_n großer schock;
 015 [weil] des WOLLT ich-
 016 AW: [HM_hm;]
 017 (0.5)
 018 PW: EIgentlich-
 019 AW: HM_hm,
 020 (0.5)
 021 PW: nicht;
 022 (0.4)
 023 AW: HM_hm;

Zu Beginn des Ausschnitts, der vom Ende eines Gesprächs aus einem Brustzentrum stammt, verweist die Ärztin auf einen Folgetermin, zu dem die Patientin pünktlich erscheinen soll. Daran anschließend ergibt sich eine sehr lange Pause von fast fünf Sekunden. Gerade solche langen Pausen gegen Ende des Gesprächs stellen in den vorliegenden Daten ein prädestiniertes sequenzielles Umfeld für abschließende Empathieangebote durch die ÄrztInnen dar (vgl. Bauer i.V.). Ein solches erfolgt auch in diesem Ausschnitt in Zeile 005: AW schreibt der Patientin in Reaktion auf das lange vorangehende Schweigen ein Erleben der Situation als Schock zu. Obwohl der eigentliche Bezugspunkt der Erlebenszuschreibung durch die Nicht-Realisierung des grammatischen Subjekts unbestimmt bleibt, wird durch die uneigentliche Verbspitzenstellung eine enge Kohäsion mit der vorangegangenen Interaktion kontextualisiert (vgl. Auer 1993: 200).

Auch in diesem Ausschnitt findet sich ‚natürlich‘ als Kommentaradverb, das, wie im vorherigen Auszug, der Metapositionierung der Ärztin zu dem zugeschriebenen patientenseitigen Erleben dient: Das angenommene Erleben der Situation als „SCHOCK“ (Z. 005) rahmt die Ärztin so als eine zu erwartende, intersubjektiv nachvollziehbare und legitime Erlebensalternative im gegebenen Kontext. Als PW nach etwas über einer Sekunde darauf nicht verbal reagiert, erweitert AW ihr Empathieangebot inkrementell um die auf das Gegenüber zugeschnittene Präpositionalphrase „für SIE“ (Z. 008) sowie einen antwortmobilisierenden und zugleich auf die epistemische Vorrangstellung (*epistemic priority*, Heritage/Raymond 2005) der Patientin verweisenden Alignmentmarker „ne?“ mit stark steigender Intonation (vgl. Lanwer 2019: 52f.). Diese reagiert dann zwar – jedoch nicht mit der projizierten Zustimmung. Entsprechend ist ihre Nicht-Zustimmung zu der von ärztlicher Seite als hochgradig *common ground*-fähig eingeführten Erlebensalternative dispräferiert formatiert: Zu-

nächst kontextualisiert sie durch das Lautobjekt „pf:“ (Z. 009) in der Einleitung ihres Turns ihr „disengagement from a previously displayed stance“ (Baldauf-Quilliatre 2016: 90) und projiziert somit bereits eine Relevanzverschiebung (Baldauf-Quilliatre/Imo 2020: 226). Mittels des folgenden „WEniger“ (Z. 010) rahmt PW ihre Sicht auf die Erlebenszuschreibung jedoch als nicht völlig unzutreffend und bringt so ihre nur eingeschränkte Nicht-Übereinstimmung zum Ausdruck. In Zeile 011 expliziert PW dann ihr erwartungsinkongruentes Erleben: Von der Diagnose sei sie bereits ausgegangen. Durch das Modaladverb „eigentlich“ weist sie ihre erkennbare Orientierung daran aus, dass ihre Sichtweise möglicherweise nicht der normalerweise erwartbaren und von der Ärztin auch so projizierten Reaktion auf eine Krebsdiagnose entspricht (vgl. Thurmair 1989: 149). Nach einer kurzen Verstehensdokumentation der Ärztin (Z. 012) verdeutlicht die Patientin in Zeile 014, dass AW mit ihrer Einschätzung nicht ganz falsch lag, sondern lediglich das schockauslösende Moment ein anderes gewesen sei. Dazu führt sie die bereits projizierte Relevanzverschiebung durch: Mittels der Fokuspartikel „nur“ lenkt sie das Augenmerk auf einen anderen Sachverhalt, der zu ihrer ‚Schockstarre‘ geführt habe, nämlich die angeratene Chemotherapie, welche sie zudem durch deren prosodische Fokussierung als Kontrastalternative zur Diagnosestellung als ‚Schockauslöser‘ präsentiert. Die wiederholten, zum Teil überlappenden Rückmeldesignale (Z. 016, 019, 023) der Ärztin zeigen einerseits deren Verstehen an und verdeutlichen andererseits, dass das an dieser Stelle explizit von der Patientin dargestellte Erleben – trotz dessen partieller Inkongruenz mit dem Empathieangebot der Ärztin – von Letzterer als unmittelbar gültig und nicht hinterfragbar behandelt wird.

6 Fazit & Diskussion

In dem Beitrag konnte verdeutlicht werden, dass ‚natürlich‘ und ‚klar‘ sowohl in Reaktionen auf Erlebensdarstellungen (Kapitel 5.1) als auch in stärker prospektiv orientierten Empathieangeboten (Kapitel 5.2) zur Erlebensnormalisierung eingesetzt werden. Das dargestellte bzw. zugeschriebene Erleben wird von Gesprächsbeteiligten mittels ‚natürlich‘ und ‚klar‘ nicht nur als eine individuell nachvollziehbare, sondern auch als eine überkontextuell erwartbare, selbstverständliche und somit normale Erlebensalternative behandelt bzw. ausgeflagt. ‚Natürlich‘ und ‚klar‘ zur verstehenden Bezugnahme auf die fremde Erlebensperspektive wurden dabei in den vorliegenden Daten durch weitere Ressourcen der Erlebensnormalisierung, wie Indefinitpronomen, kategorische Formulierungen oder das generische Präsens flankiert (vgl. Buck i.d.B; Günthner i. d. B.; Schick i. d. B.).

Dabei haben die untersuchten Ausschnitte gezeigt, dass die Erlebensnormalisierungen nicht etwa um ihrer selbst willen vorgenommen werden, sondern die Beteiligten sie funktional dazu einsetzen, das eigene bzw. fremde Erleben intersubjektiv zu legitimieren. Bei einer genaueren Betrachtung der sequenziellen Kontexte wurde zudem deutlich, dass Interagierende ‚natürlich‘ und ‚klar‘ dabei nicht nur dazu verwenden, das dargestellte bzw. zugeschriebene Erleben vor dem Hintergrund etwaiger Erlebensweisen als legitime Erlebensalternative zu behandeln bzw. zu präsentieren, sondern vor allem auch vor dem Hintergrund einer (präsupponierten) inkongruenten Position des/der ÄrztIn: Wie sich in den Ausschnitten 1 und 2 gezeigt hat, kommen ‚natürlich‘ und ‚klar‘ als Empathiedisplays insbesondere dann zum Einsatz, wenn die ‚Stimme der Medizin‘ (*voice of medicine*, Mishler 1984) und die ‚Stimme der Lebenswelt‘ (*voice of lifeworld*, Mishler 1984) zu kollidieren drohen. Die in den beiden Ausschnitten sehr früh realisierten, überlappenden Reaktionen der ÄrztInnen mit ‚klar‘ und ‚natürlich‘ – die erfolgen, noch ehe die PatientInnen ihr mit der ärztlichen Perspektive inkongruentes Erleben abschließend explizieren – verdeutlichen, dass die ÄrztInnen das dargestellte Erleben ihrer PatientInnen insofern unmittelbar legitimieren, als sie ihnen so, noch vor Abschluss der eigentlichen Darstellung, die Deutungshoheit über das eigene Erleben zuschreiben (vgl. Sacks 1984: 424f.). Selbst wenn das patientenseitige Erleben sich nicht mit ihrer eigenen bzw. medizinischen Perspektive deckt, behandeln die ÄrztInnen es mittels ‚natürlich‘ und ‚klar‘ als nicht weiter aushandlungsbedürftig, sondern vielmehr als fraglos evident und als alleiniges und definitives „information preserve“ (Goffman 1971: 38f.) ihres Gegenübers. Das zeigt sich auch im jeweiligen sequenziellen Fortgang: Während es in Ausschnitt 1 – wie in den vorliegenden Daten häufiger zu beobachten ist – zu einem unmittelbar auf die ärztliche Metapositionierung folgenden Sequenzschluss kommt,¹⁷ pflichtet die Ärztin in Ausschnitt 2, die hier in der speziellen Position ist, selbst schon Erfahrungen mit einer Krebserkrankung gemacht zu haben, der Patientin mit ihrer lebensweltlichen Erlebensperspektive, entgegen ihrer vorherigen Einschätzung, uneingeschränkt bei. Obschon es in beiden Fällen zuvor zu einer abweichenden Perspektivierung durch die ÄrztInnen gekommen ist, wird dem damit inkongruenten Erleben der PatientInnen so unmittelbare Gültigkeit zugesprochen. Wengleich in den Ausschnitten 3 und 4 die *Stimme der Medizin* im sequenziellen Vorlauf nicht expliziert wurde, dienen ‚natürlich‘ und ‚klar‘ auch hier der Legitimation der *Stimme der Lebenswelt* vor dem Hintergrund des institutionellen Gesprächskontexts: Die von den ÄrztInnen angebotenen Erlebensalternativen werden fernab einer ‚nüchternen‘ medizinischen Sicht durch ‚klar‘ und ‚natürlich‘ nicht

17 Vgl. Groß (2021: 353) und Buck (i. d. B.) zu ähnlichen Beobachtungen zum sequenzschließenden Potenzial von interaktiven Normalisierungen.

nur als mögliche, sondern zugleich als normale, erwartungskongruente und folglich der Situation angemessene Erlebensperspektiven in das Gespräch eingebracht. Insgesamt zeigt sich in den untersuchten Aufklärungsgesprächen somit eine erkennbare Orientierung der Beteiligten an der situativen und normativen Angemessenheit ihrer Erlebensdarstellungen bzw. -zuschreibungen (vgl. Hochschild 1979: 551; Coulter 1979: 125; Fiehler 1990: 77 ff.).¹⁸

Die Erlebensnormalisierungen mit ‚natürlich‘ und ‚klar‘ habe ich in diesem Beitrag als Metapositionierungen beschrieben, mittels derer ÄrztInnen verstehend auf die fremde Erlebensperspektive Bezug nehmen, ohne sich selbst affektiv zu positionieren. Daran schließen sich folgende – sowohl inner- (1) als auch stärker interdisziplinäre (2) – Folgeüberlegungen an:

Zu (1): Auf einer stärker konzeptuellen Ebene kann die vorliegende Untersuchung zu einer weiteren Entflechtung des Verhältnisses von Empathie und Affiliation beitragen, das in der interaktionallinguistischen Forschungsliteratur als weitgehend diffus charakterisiert wird (Lindström/Sorjonen 2012: 368). So zeigt sich, dass Empathiedarstellungen als verstehende Bezugnahmen auf das fremde Erleben nicht grundsätzlich mit einer kongruenten affektiven bzw. evaluativen Zweitpositionierung einhergehen müssen, als die Affiliation häufig definiert wird (vgl. z. B. Stivers 2008: 35 f.; Couper-Kuhlen 2012: 114). Aus diesem Begriffsverständnis heraus ist Affiliation weniger als ein konstitutiver Bestandteil von Empathiedarstellungen, sondern vielmehr als eine spezifische Unterform ihrer einzuordnen.¹⁹ Mit Blick auf weiterführende konzeptuelle Differenzierungen von Empathiedarstellungen in der Interaktion wurde zudem deutlich, dass nicht nur die Weisen der empathischen Bezugnahme (im Sinne eher kognitiv und eher affektiv orientierter Ressourcen), sondern auch deren intentionaler Bezugspunkt eine wichtige Rolle spielt. So können Praktiken der Dar- und Herstellung von Empathie in Form von Positionierungsaktivitäten nicht nur als gleichlaufende Gegenpositionierung auf das ursprüngliche Positionierungsobjekt, sondern als eine Metapositionierung auch auf das dargestellte bzw. zugeschriebene Erleben selbst bezogen sein und

18 Eine erkennbare Orientierung der Beteiligten an der Normativität von Erlebensdarstellungen zeigt sich in den onkologischen Aufklärungsgesprächen zudem an deontischen Positionierungen zum eigenen oder fremden Erleben: So kommt es beispielsweise auch dazu, dass PatientInnen sich für ‚Emotionsausbrüche‘ entschuldigen bzw. ÄrztInnen ihnen diese explizit erlauben (Bauer i.V.; vgl. Hepburn/Potter 2007 zu ähnlichen Beobachtungen in englischsprachigen Beratungshotlines).

19 Mitunter werden unter affiliativen Äußerungen auch präferierte oder grundsätzlich prosoziale Äußerungen verstanden (vgl. für einen Überblick Lindström/Sorjonen 2012: 350–353). Hier geht es jedoch lediglich um Affiliation im Sinne von Stivers (2008) als ein „matching stance.“

dieses, wie beispielsweise in den vorliegend analysierten Gesprächsausschnitten, als normal und selbstverständlich einordnen.

Zu (2): Vor dem Hintergrund des in der Medizin(didaktik) zu einer zentralen Leitidee avancierten Konzepts der ‚klinischen Empathie‘ (*clinical empathy*, Halpern 2003) schließen sich auch aus einer stärker angewandten Perspektive Folgeüberlegungen an die vorliegenden Erkenntnisse an. Gemäß diesem Konzept unterscheidet sich klinische Empathie grundlegend von Empathie in informellen Alltagsinteraktionen: „Outside the field of medicine, empathy is a mode of understanding that specifically involves emotional resonance. In contrast, leading physician educators define empathy as a form of detached cognition.“ (Halpern 2003: 670) Der Hintergrund der Entwicklung dieses Konzepts liegt zum einen darin, dass Studien vor einer sogenannten Mitgefühlerschöpfung (*compassion fatigue*, Figley 2002) bei ÄrztInnen warnen, die sich zu stark emotional involvieren (vgl. Larson/Yao 2005: 1104; Derksen et al. 2013: 82). Außerdem wird ein emotionales ‚Mitgehen‘ von ÄrztInnen – auch aus einer Teilnehmerperspektive – mitunter als ihrer professionellen Rolle unangemessen behandelt: So verdeutlichen interaktionale Studien, dass stärker affektiv orientierte Formen der Empathieanzeige bisweilen patientenseitig zurückgewiesen werden (Ruusuvauro 2005; 2007).²⁰ Nichtsdestotrotz wird der Ausdruck von Empathie beispielsweise in onkologischen Leitlinien, wie etwa der „Interdisziplinären Leitlinie zur Früherkennung, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms“²¹, als „starke Empfehlung“ des höchsten Empfehlungsgrades „A“ (Leitlinie Mammakarzinom 2021: 39) angeraten. Vor dem Hintergrund dieser komplexen Anforderung an ÄrztInnen, Empathie zum Ausdruck zu bringen, ohne dabei jedoch (zu stark) eigene Affektivität anzuzeigen, bleibt – insbesondere auch aus einer didaktischen Perspektive – oft unklar, wie Formen der Anzeige einer solchen klinischen Empathie konkret aussehen können (u. a. Lelorain et al. 2012: 1256). Die in diesem Beitrag betrachteten Metapositionierungen mit ‚natürlich‘ und ‚klar‘ zeigen, wie ÄrztInnen genau dieser Herausforderung in der Praxis begegnen.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die normalisierenden Metapositionierungen in besonderer Weise auf die herausfordernde und für die PatientInnen als krisenhaft zu bezeichnende Interaktionssituation zugeschnitten sind: Für Letztere bedeutet die Mitteilung einer Krebsdiagnose eine hochgradig einschneidende

²⁰ Vgl. Stommel/te Molder (2018) und Jefferson/Lee (1981) zu ähnlichen Befunden in Beratungsinteraktionen.

²¹ Die Leitlinie ist unter folgendem Link abrufbar: https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Leitlinien/Mammakarzinom_4_0/Version_4.4/LL_Mamma_karzinom_Langversion_4.4.pdf (letzter Zugriff 17.06.2022).

Ausnahmesituation, mit der ein „Abstand vom Alltag“ (Schütz/Luckmann [1979/1984] 2017: 625 f.; vgl. Günthner 2017: 35) eintritt. In einer die Normalität des Alltags derart erschütternden Situation wird so über die Rückversicherung intersubjektiver Erlebensroutinen zumindest ein Stück Normalität wiederhergestellt. Es scheint – wie Schütz (1972: 73) es formuliert hat – „[...] eine Art – und zwar eine anerkannte Art – [zu geben], um Krisen [...] zu begegnen, [...] die eigene Haltung gegenüber Krankheit und sogar Tod festzulegen.“ Vor diesem Hintergrund gebe es, pointiert Schütz, „[p]aradox formuliert, [...] sogar eine Routineart, um mit dem Neuartigen fertig zu werden“ – derer sich die Beteiligten in den vorliegend untersuchten Gesprächsausschnitten offenkundig wechselseitig rückzuversichern bestrebt sind.

Literatur

- Auer, Peter (1993): Zur Verbspitzenstellung im Gesprochenen Deutsch. *Deutsche Sprache* 3, 193–222.
- Ayaß, Ruth (1999): Form und Funktion kategorischer Formulierungen. In Jörg Bergmann & Thomas Luckmann (Hrsg.), *Kommunikative Konstruktion von Moral*. Band 1, 106–124. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Baldauf-Quilliatre, Heike (2016): „pf“ indicating a change in orientation in French Interactions. *Journal of Historical Pragmatics* 104, 89–107.
- Baldauf-Quilliatre, Heike & Wolfgang Imo (2020): Pff. In Wolfgang Imo & Jens Philipp Lanwer (Hrsg.), *Prosodie und Konstruktionsgrammatik*, 201–232. Berlin, Boston: De Gruyter.
- Bauer, Nathalie (i.V.): *Empathie in medizinischen Interaktionen – eine gesprächsanalytische Untersuchung*. Westfälische Wilhelms-Universität Münster, Dissertation.
- Bentz, Martin, Martin Binnenhei, Georgios Coussios, Juliana Gruden, Wolfgang Imo, Lisa Korte, Thomas Rüdiger, Antonia Ruf-Dördelmann, Michael R. Schön & Sebastian Stier (2016): Von der Pathologie zum Patienten: Optimierung von Wissenstransfer und Verstehenssicherung. *SpIn – Sprache und Interaktion* 8, 1–45.
- Bredel, Ursula (1999): *Erzählen im Umbruch*. Tübingen: Stauffenburg.
- Bredmar, Margareta & Per Linell (1999): Reconfirming normality: The constitution of reassurance in talks between midwives and expectant mothers. In Srikant Sarangi (Hrsg.), *Talk, work and institutional order. Discourse in medical, mediation and management settings*, 237–270. Berlin: De Gruyter Mouton.
- Breyer, Thiemo (2015): *Verkörperter Intersubjektivität und Empathie. Philosophisch-anthropologische Untersuchungen*. Frankfurt a.M.: Vittorio Klostermann.
- Buck, Isabella (2022): *Pflegerische und ärztliche Interaktionen mit PatientInnen und Angehörigen auf der Palliativstation. Eine vergleichende gesprächsanalytische Untersuchung*. Göttingen: Verlag für Gesprächsforschung.
- Bührig, Kristin (2009): Zur sprachlich-kommunikativen Realisierung von ‚Normalität‘ in der Arzt-Patient-Kommunikation. In Hannli Döhner (Hrsg.), *Medizinsoziologie in Wissenschaft und Praxis*, 51–64. Münster: LIT.
- Coulter, Jeff (1979): *The social construction of mind. Studies in ethnomethodology and linguistic philosophy*. Basingstoke: Macmillan.

- Couper-Kuhlen, Elizabeth (2012): Exploring Affiliation in the Reception of Conversational Complaint Stories. In Anssi Peräkylä & Marja-Leena Sorjonen (Hrsg.), *Emotion in Interaction*, 113–146. Oxford: Oxford University Press.
- Deppermann, Arnulf & Reinhold Schmitt (2008): Verstehensdokumentationen: Zur Phänomenologie von Verstehen in der Interaktion. *Deutsche Sprache* 3 (36), 220–245.
- Derksen, Frans, Jozien Bensing & Antoine Lagro-Janssen (2013): Effectiveness of empathy in general practice: A systematic review. *British Journal of General Practice* 606 (63), 76–84.
- Du Bois, John W. (2007): The stance triangle. In Robert Englebretson (Hrsg.), *Stancetaking in Discourse*, 139–182. Amsterdam, Philadelphia: Benjamins.
- Du Bois, John W. (2014): Towards a dialogic syntax. *Cognitive Linguistics* 3/25, 359–410.
- Du Bois, John W. & Elise Kärrkäinen (2012): Taking a stance on emotion: Affect, sequence, and intersubjectivity in dialogic interaction. *Text & Talk* 4 (32), 433–451.
- Fiehler, Reinhard (1990): *Kommunikation und Emotion*. Berlin, Boston: De Gruyter.
- Fiehler, Reinhard (2005): Erleben und Emotionalität im Arzt-Patienten-Gespräch. In Mechthild Neises & Hans Becker (Hrsg.), *Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde. Ein interdisziplinärer Ansatz zur verbalen Intervention*, 120–136. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Figley, Charles R. (2002): *Treating compassion fatigue*. New York: Routledge.
- Ford, Joseph, Alexa Hepburn & Ruth Parry (2019): What do displays of empathy do in palliative care consultations? *Discourse Studies* 1 (21), 22–37.
- Goffman, Erving. (1971): *Relations in public. Microstudies of the public order*. New York: Basic Books.
- Gohl, Christine & Susanne Günthner (1999): Grammatikalisierung von weil als Diskursmarker in der gesprochenen Sprache. *Zeitschrift für Sprachwissenschaft* 1 (18), 39–75.
- Groß, Alexandra (2021): Eine erfreuliche Normalität. Konversationelle Praktiken des Normalisierens und Emotionalisierens bei der Befundmitteilung in der HIV-Sprechstunde. In Marina Iakushevich, Yvonne Ilg & Theresa Schnedermann (Hrsg.), *Linguistik und Medizin. Sprachwissenschaftliche Zugänge und interdisziplinäre Perspektiven*, 340–357. Berlin, Boston: De Gruyter.
- Günthner, Susanne (1997a): Complaint Stories. Constructing emotional reciprocity among women. In Helga Kotthoff & Ruth Wodak (Hrsg.), *Communicating gender in context*, 179–218. Amsterdam: Benjamins.
- Günthner, Susanne (1997b): Direkte und indirekte Rede in Alltagsgesprächen. Zur Interaktion von Syntax und Prosodie in der Redewiedergabe. In Peter Schlobinski (Hrsg.), *Syntax des gesprochenen Deutsch*, 227–262. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Günthner, Susanne (2000): *Vorwurfsaktivitäten in der Alltagsinteraktion. Grammatische, prosodische, rhetorisch-stilistische und interaktive Verfahren bei der Konstitution kommunikativer Muster und Gattungen*. Berlin, Boston: De Gruyter.
- Günthner, Susanne (2017): Sprachliche Verfahren bei der Übermittlung schlechter Nachrichten - sedimentierte Praktiken im Kontext onkologischer Aufklärungsgespräche. *SpIn – Sprache und Interaktion* 73, 1–46.
- Günthner, Susanne (2018): Thomas Luckmanns Einfluss auf die Sprachwissenschaft – Kommunikative Gattungen im Alltagsgebrauch am Beispiel onkologischer Aufklärungsgespräche. In Martin Endreß & Alois Hahn (Hrsg.), *Lebenswelttheorie und Gesellschaftsanalyse. Studien zum Werk von Thomas Luckmann*, 358–400. Köln: Herbert von Halem.
- Günthner, Susanne (2019): Kultur-in-kommunikativen-Praktiken. Kommunikative Praktiken zur Übermittlung schlechter Nachrichten in onkologischen Aufklärungsgesprächen. In Juliane

- Schröter, Susanne Tienken, Yvonne Ilg, Joachim Scharloth & Noah Bubenhofer (Hrsg.), *Linguistische Kulturanalyse*, 269–292. Berlin, Boston: De Gruyter.
- Günthner, Susanne (2021): Namentliche Anreden in onkologischen Aufklärungsgesprächen: Formen und Funktionen onymischer Anreden in der Interaktion. In Marina Iakushevich, Yvonne Ilg & Theresa Schnedermann (Hrsg.), *Linguistik und Medizin. Sprachwissenschaftliche Zugänge und interdisziplinäre Perspektiven*, 71–91. Berlin, Boston: De Gruyter.
- Günthner, Susanne & Wolfgang Imo (2003): Die Reanalyse von Matrixsätzen als Diskursmarker: ich mein-Konstruktionen im gesprochenen Deutsch. *InLiSt – Interaction and Linguistic Structures* 37, 1–31.
- Günthner, Susanne & Thomas Luckmann (2001): Asymmetries of Knowledge in Intercultural Communication. In Aldo di Luzio, Susanne Günthner & Franca Orletti (Hrsg.), *Culture in Communication. Analyses of intercultural situations*, 55–86. Philadelphia: Benjamins.
- Halpern, Jodi (2003): What is clinical empathy? *Journal of general internal medicine* 8 (18), 670–674.
- Helmer, Henrike & Jörg Zinken (2019): Das Heißt („That Means“) for Formulations and Du Meinst („You Mean“) for Repair? Interpretations of Prior Speakers' Turns in German. *Research on Language and Social Interaction* 2 (52), 159–176.
- Hepburn, Alexa & Jonathan Potter (2007): Crying Receipts: Time, Empathy, and Institutional Practice. *Research on Language & Social Interaction* 1 (40), 89–116.
- Heritage, John (2011): Territories of knowledge, territories of experience: empathic moments in interaction. In Tanya Stivers, Lorenza Mondada & Jakob Steensig (Hrsg.), *The Morality of Knowledge in Conversation*, 159–183. Cambridge: Cambridge University Press.
- Heritage, John (2012): Epistemics in Conversation. In Jack Sidnell & Tanya Stivers (Hrsg.), *The handbook of conversation analysis*, 370–394. Chichester: Wiley-Blackwell.
- Heritage, John & Anna Lindström (2012): Knowledge, Empathy, and Emotion in a Medical Encounter. In Anssi Perakyla & Marja-Leena Sorjonen (Hrsg.), *Emotion in Interaction*, 256–272. Oxford: Oxford University Press.
- Heritage, John & Geoffrey Raymond (2005): The Terms of Agreement: Indexing Epistemic Authority and Subordination in Talk-in-Interaction. *Social Psychology Quarterly* 1 (68), 15–38.
- Hochschild, Arlie Russell (1979): Emotion Work, Feeling Rules, and Social Structure. *American Journal of Sociology* 3 (85), 551–575.
- Imo, Wolfgang (2011): Cognitions are not observable – but their consequences are: Mögliche Aposiopese-Konstruktionen in der gesprochenen Alltagssprache. *Gesprächsforschung – Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion* 12, 265–300.
- Imo, Wolfgang (2017): Trösten: eine professionelle sprachliche Praktik in der Medizin. *SpIn – Sprache und Interaktion*, 1–30.
- Jefferson, Gail (1984): On the organization of laughter in talk about troubles. In Maxwell J. Atkinson (Hrsg.), *Structures of Social Action. Studies in Conversation Analysis*, 346–369. Cambridge: Cambridge University Press.
- Jefferson, Gail & John R.E. Lee (1981): The rejection of advice: Managing the problematic convergence of a 'troubles-telling' and a 'service encounter'. *Journal of Pragmatics* 5, 399–422.
- Kockelman, Paul (2004): Stance and Subjectivity. *Journal of Linguistic Anthropology* 2 (14), 127–150.
- Kockelman, Paul (2010): *Language, Culture, and Mind*. Cambridge: Cambridge University Press.
- König, Katharina (2014): *Spracheinstellungen und Identitätskonstruktion. Eine gesprächsanalytische Untersuchung sprachbiographischer Interviews mit Deutsch-Vietnamesen*. Berlin, Boston: De Gruyter.

- Kupetz, Maxi (2013): Verstehensdokumentationen in Reaktionen auf Affektdarstellungen am Beispiel von ‚das glaub ich‘. *Deutsche Sprache* 13 (1), Arnulf Deppermann (Hrsg.): Themenheft ‚Interaktionale Linguistik des Verstehens‘ 1, 72–96.
- Kupetz, Maxi (2014): Empathy displays as interactional achievements – Multimodal and sequential aspects. *Journal of Pragmatics* 61, 4–34.
- Kupetz, Maxi (2015): *Empathie im Gespräch. Eine interaktionslinguistische Perspektive*. Tübingen: Stauffenburg.
- Kupetz, Maxi (2020): Sprachliche, interaktionale und kulturelle Sprachliche, interaktionale und kulturelle Aspekte von Empathie in sozialer Interaktion. In Katharina Jacob, Klaus-Peter Konderding & Wolf-Andreas Liebert (Hrsg.): *Sprache und Empathie. Beiträge zur Grundlegung eines linguistischen Forschungsprogramms*, 141–173. Berlin, Boston: De Gruyter.
- Labov, William & David Fanshel (1977): *Therapeutic discourse. Psychotherapy as conversation*. New York: Academic Press.
- Janßen, Jens Philipp (2019): Alignmentmarker in norddeutscher Alltagssprache (AINA). *Niederdeutsches Wort. Beiträge zur niederdeutschen Philologie* 59, 33–75.
- Larson, Eric B. & Xin Yao (2005): Clinical empathy as emotional labor in the patient-physician relationship. *JAMA – The Journal of the American Medical Association* 9 (293), 1100–1106.
- Leloirain, Sophie, Anne Brédart, Sylvie Dolbeault & Serge Sultan (2012): A systematic review of the associations between empathy measures and patient outcomes in cancer care. *Psycho-oncology* 12 (21), 1255–1264.
- Lindeström, Anna & Marja-Leena Sorjonen (2012): Affiliation in Conversation. In Jack Sidnell, Jack & Tanja Stivers (Hrsg.), *The handbook of conversation analysis*, 350–369. Chichester: Wiley-Blackwell.
- Linell, Per & Thomas Luckmann (1991): Asymmetries in Dialogue: Some Conceptual Preliminaries. In Ivana Marková, Ivana S. & Klaus Foppa (Hrsg.), *Asymmetries in dialogue*, 1–20. Hertfordshire: Harvester Wheatsheaf.
- Mishler, Elliot G. (1984): *The Discourse of Medicine. Dialectics of Medical Interviews*. Norwood: Ablex.
- Oloff, Florence (2017): Genau als redebeitragsinterne, responsive, sequenzschließende oder sequenzstrukturierende Bestätigungspartikel im Gespräch. In Hardarik Blühdorn, Arnulf Deppermann, Henrike & Thomas Spranz-Fogasy (Hrsg.): *Diskursmarker im Deutschen. Reflexionen und Analysen*, 207–232. Göttingen: Verlag für Gesprächsforschung.
- Pedersen, Reidar (2009): Empirical research on empathy in medicine – A critical review. *Patient education and counseling* 3 (76), 307–322.
- Peräkylä, Anssi (2002): Agency and Authority: Extended Responses to Diagnostic Statements in Primary Care Encounters. *Research on Language & Social Interaction* 2 (35), 219–247.
- Pfänder, Stefan & Elisabeth Güllich (2013): Zur interaktiven Konstitution von Empathie im Gesprächsverlauf. Ein Beitrag aus der Sicht der linguistischen Gesprächsforschung. In Thiemo Breyer (Hrsg.): *Grenzen der Empathie. Philosophische, psychologische und anthropologische Perspektiven*, 433–457. München: Wilhelm Fink.
- Reineke, Silke (2016): *Wissenszuschreibungen in der Interaktion. Eine gesprächsanalytische Untersuchung impliziter und expliziter Formen der Zuschreibung von Wissen*. Heidelberg: Winter.
- Ruusuvuori, Johanna (2005): „Empathy“ and „Sympathy“ in Action: Attending to Patients’ Troubles in Finnish Homeopathic and General Practice Consultations. *Social Psychology Quarterly* 3 (68), 204–222.
- Ruusuvuori, Johanna (2007): Managing affect: integration of empathy and problem-solving in health care encounters. *Discourse Studies* 5 (9), 597–622.

- Sacks, Harvey (1984): On doing „being ordinary“. In Maxwell J. Atkinson (Hrsg.), *Structures of Social Action. Studies in Conversation Analysis*, 413–429. Cambridge: Cambridge University Press.
- Sacks, Harvey (1995): *Lectures on Conversation*. Volume I. Herausgegeben von Gail Jefferson. Oxford: Blackwell.
- Schegloff, Emanuel A. (1981): Discourse as an interactional achievement: Some uses of ‚uh huh‘ and other things that come between sentences. In Deborah Tannen (Hrsg.), *Analyzing discourse: Text and talk*, 71–93. Washington: Georgetown University Press.
- Schegloff, Emanuel A. (2007): *Sequence Organization in Interaction. A primer in Conversation Analysis*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Scheler, Max ([1913] 1973): *Wesen und Formen der Sympathie*. Bern, München: Francke.
- Schütz, Alfred (1972): *Gesammelte Aufsätze 2. Studien zur soziologischen Theorie*. Den Haag: Nijhoff.
- Schütz, Alfred & Thomas Luckmann ([1979/1984] 2017): *Strukturen der Lebenswelt*. Konstanz: UVK.
- Selting, Margret, Peter Auer, Dagmar Barth-Weingarten, Jörg Bergmann, Pia Bergmann, Karin Birkner, Elizabeth Couper-Kuhlen, Arnulf Deppermann, Peter Gilles, Susanne Günthner, Martin Hartung, Friederike Kern, Christine Mertzluft, Christian Meyer, Miriam Morek, Frank Oberzaucher, Jörg Peters, Uta Quasthoff, Wilfried Schütte, Anja Stukenbrock & Susanne Uhmann (2009): Gesprächsanalytisches Transkriptionssystem 2 (GAT 2). *Gesprächsforschung – Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion* 10, 353–402.
- Selting, Margret (2016): Praktiken des Sprechens und Interagierens im Gespräch aus der Sicht von Konversationsanalyse und Interaktionaler Linguistik. In Arnulf Deppermann, Arnulf. Helmuth Feilke & Angelika Linke (Hrsg.), *Sprachliche und kommunikative Praktiken*, 27–53. Berlin, Boston: De Gruyter.
- Stein, Edith (1917): *Zum Problem der Einfühlung*. Universität Freiburg, Dissertation.
- Stivers, Tanya (2008): Stance, Alignment, and Affiliation During Storytelling: When Nodding Is a Token of Affiliation. *Research on Language & Social Interaction* 1 (41), 31–57.
- Stivers, Tanya (2011): Morality and question design: ‚Of course‘ as contesting a presupposition of askability. In Tanya Stivers, Lorenza Mondada & Jakob Steensig (Hrsg.), *The Morality of Knowledge in Conversation*, 82–106. Cambridge: Cambridge University Press.
- Stivers, Tanya & Frederico Rossano (2010): Mobilizing Response. *Research on Language & Social Interaction* 1 (43), 3–31.
- Stommel, Wyke & Hedwig te Molder (2018): Empathically designed responses as a gateway to advice in Dutch counseling calls. *Discourse Studies* 4 (20), 523–543.
- Thurmair, Maria (1989): *Modalpartikeln und ihre Kombinationen*. Berlin, Boston: De Gruyter.
- Zifonun, Gisela (2000): Man lebt nur einmal. Morphosyntax und Semantik des Pronomens „man“. *Deutsche Sprache* 28, 232–253.

Carolin Schwegler

Normalisieren als Copingstrategie in Angehörigeninterviews. Linguistische Betrachtungen der kommunikativen Einordnung von Demenzrisiken

Abstract: Alzheimer gilt als Volkskrankheit, deren Ursachen nicht vollständig erforscht sind. Sichere (früh-)diagnostische oder kurative Optionen stehen aus. Demenzen beginnen meist schleichend, entwickeln sich langsam über mehrere Jahre und sind währenddessen eine belastende Herausforderung für Betroffene und ihre Familien. Dieser Beitrag zeigt, wie Angehörige versuchen, die (mögliche) fortschreitende Krankheit ihres Familienmitglieds im Interview kommunikativ einzuordnen. Die kulturlinguistische Interviewanalyse fokussiert *Praktiken des Normalisierens*, die v. a. in repisodisch formulierten Small Stories sowie evaluativen Äußerungen eingesetzt werden. Herausgearbeitete Praktiken des Normalisierens – Relativieren, Umbenennen, Generalisieren und intersubjektives Absichern – können funktional als typische Copingstrategien aufgefasst werden.

Keywords: Linguistische Interviewanalyse, sprachliche Praktiken, Normalisieren im Gespräch, Copingstrategien, Angehörige, Demenzrisiko, Alzheimer, Mitigation, Relativieren, intersubjektives Absichern, doing being ordinary, clausal glue-on, credentialing, Rechtfertigung

1 Demenzrisiken und das *Alzheimer-Kontinuum*

„Volkskrankheit Demenz“ (Caritas o.J.)¹ betitelt die Caritas Altenhilfe ihre Ratgeberseite zum Krankheitsbild Demenz, die World Health Organisation (WHO) weist auf der Startseite zum *World Alzheimer Report 2021* (und in diesem) auf den Stand von Demenzen in der globalen Statistik der häufigsten Todesursachen hin: „Dementia is now the 7th leading cause of mortality globally“ (WHO 2021: 17). Fast jede:r kennt Freund:innen, Nachbar:innen oder Familienmitglieder, die an einer Demenz leiden oder (pflegende) Angehörige von Demenzkranken sind. Die Alzheimer-Erkrankung (AD) ist aktuell die häufigste Ursache für eine Demenz. Ihre Prävalenz steigt bei Personen ab 65 Jahren exponentiell mit dem Alter an. Das ICD-10 Klassifikationssys-

1 <https://www.caritas-altenhilfe.de/ratgeber/ratgebervolkskrankheitdemenz> (letzter Zugriff 14.04.2023).

tem hebt den langen Vorlauf der „Demenz bei Alzheimer-Krankheit“ (ICD-10-F00.2) hervor: Alzheimer „beginnt meist *schleichend* und *entwickelt sich langsam* aber stetig über einen Zeitraum von mehreren Jahren“ (DIMDI 2022, Hervorheb. CS). Mediziner:innen unterteilen die Patient:innen auf der Grundlage von Syndromdiagnosen in die Stadien des sogenannten *Alzheimer-Kontinuums* (Jack et al. 2018: 2). Mit Hilfe der entsprechenden prädiktiven Tests kann eine ätiologische Zuordnung – in Risikogruppen auf der Grundlage biologischer Marker – vorgenommen werden (Rostamzadeh/Jessen 2020). Bei ersten, klinisch nachweisbaren kognitiven Einschränkungen (Diagnose: *mild cognitive impairment*, MCI) sind Prädiktionsangebote mittlerweile Teil des klinischen Alltags, jedoch gehen mit der Tatsache, dass die eindeutige Identifizierung von MCI durch komorbide altersbedingte und neuropsychiatrische Erkrankungen erschwert wird (Sepehry et al. 2022) und eine biomarkerbasierte Risikoprädiktion der Alzheimer-Demenz lediglich eine Wahrscheinlichkeit für den Eintritt der Symptome in einem gewissen Zeitraum liefert (Vos et al. 2015), erhebliche Auswirkungen für Betroffene einher.

Hier setzte die Studie PreDADQoL² an, im Zuge derer Interviews mit Patient:innen und Angehörigen (i. d. R. Ehe- oder Lebenspartner:innen) nach einem Prädiktionsangebot geführt werden konnten. Wie viele der Interviews der Studie verdeutlichen, hoffen Betroffene, die erste leichte Symptome zeigen und hinsichtlich einer möglichen Risikoprädiktion der Alzheimer-Demenz beraten werden, darauf, dass es sich bei den festgestellten leichten kognitiven Einschränkungen (MCI) nicht um eine Vorstufe von Demenz, sondern nur um *normales Altern* handelt, und erwarten von einer Prädiktion v. a. Klarheit (Schwegler et al. 2017; Rostamzadeh et al. 2021). Eine Prädiktion ist aber keine *sichere* Diagnose, sondern eine Risikovorhersage – eine *unsichere* Wahrscheinlichkeitsbestimmung für das Eintreten von Symptomen in der Zukunft: Prädiktionen zählen zu den *präventiven* medizinischen Untersuchungen – im Gegensatz zu *kurativen* Maßnahmen (vgl. dazu Bührig/Schopf i. d. B.). Die Aufgabe, ohne weitere kurative Therapieoptionen mit solchem prädiktiven Wissen umgehen zu müssen, stellt für alle Beteiligten eine Herausforderung dar. Für Ehe- bzw. Lebenspartner:innen, die in der Studie neben den MCI-Patient:innen als Gesprächspartner:innen gewonnen werden konnten, bedeutet dies – im Falle einer voranschreitenden Krankheit – häufig, dass sie zu *pflegenden*

2 Era-Net-Neuron Projekt PreDADQoL *Ethical and Legal Framework for Predictive Diagnosis of Alzheimer's Dementia: Quality of Life of Individuals at Risk and their Close Others* (2016–2021, Fkz: 01GP1624). Ich danke allen beteiligten Projektpartner:innen, den Kolleg:innen und Ärzt:innen der Universität zu Köln und der Uniklinik Köln, insbesondere Prof. Dr. Frank Jessen, Dr. Ayda Rostamzadeh, Dr. Vanessa Romotzky und Prof. Dr. Christiane Woopen für ihre Unterstützung sowie den Patient:innen der Uniklinik Köln und ihren Angehörigen für ihren Beitrag und ihre Offenheit in den Interviews.

Angehörigen werden. Die Risikovorhersage wirkt sich somit auch unmittelbar auf ihre Zukunft aus (Largent/Karlawish 2019).

In diesem kulturlinguistischen Beitrag zu *Praktiken des Normalisierens als Copingstrategie* soll untersucht werden, wie Angehörige versuchen, die (mögliche) fortschreitende Krankheit ihres Familienmitglieds im Interview kommunikativ einzuordnen. Als Datengrundlage für die gesprächslinguistische Analyse (Abschnitt 4) dienen die im Rahmen der o. g. Studie erhobenen Interviews mit Angehörigen. Zur Einordnung und Deutung des Untersuchungsgegenstandes *Normalisieren als Copingstrategie* wird im Sinne einer kulturalanalytischen Linguistik (Schröter/Tienken/Ilg 2019: 6; Linke 2016: 253) auf medizinethische, sozialpsychologische und kognitionsphilosophische Erkenntnisse zurückgegriffen (Abschnitte 2 und 3).

In diesem Text geht es im Kern darum, zu ergründen, wie Angehörige – im Rahmen narrativer Interviews – versuchen, die Auffälligkeiten einer (potentiell) fortschreitenden Krankheit ihrer Familienangehörigen retro- und prospektiv in ihren Alltag einzubinden und sie kommunikativ einzuordnen. Fokussiert werden dabei *kommunikative Praktiken des Normalisierens*, denen Lucius-Hoene für erzählerische Interaktionen im Interview „Bewältigungscharakter“ (2009: 140) zuschreibt.

2 Normalität als Prozess der intersubjektiv abgestimmten Erfahrung

Um *kommunikative Praktiken des Normalisierens* ergründen zu können, muss zunächst das zugrundeliegende Konzept von Normalität erörtert werden. Wenn wir im Alltag von *Normalität* sprechen, ist dies meist eine Bewertung, die eine implizit und explizit kulturell und diskursiv etablierte Vergleichsgröße aufgreift, also das, was hinsichtlich eines Bereichs, einer Handlung usw. als *normal* oder gar „vernünftig“ (Sager 2004: 193) gilt (vgl. zum Ausdruck *normal* Groß/Birkner sowie Ilg i. d. B.). Sager sieht aus verhaltens- und kommunikationsanalytischer Perspektive den Bezug zur Normalität für die Alltagswelt v. a. hinsichtlich des „Selbstverständlichen und Unproblematischen“ (Sager 2004: 193 sowie Bauer i. d. B.). Normalität ist in diesem Sinne eine *latent* vorhandene Größe. Dass sie auch an die Oberfläche von Gedanken, Gesprächen und Aushandlungen gelangen kann, wird in den letzten Jahren insbesondere durch öffentliche Auseinandersetzungen mit der sogenannten *neuen Normalität* in pandemischer oder postpandemischer Zeit, in der Genderdebatte oder anderen Bereichen deutlich, in denen sich gesellschaftliche Paradigmenwechsel abzeichnen. Normalität ist dabei ein Zustand und auf der Sprachoberfläche eine aufgegriffene Momentaufnahme dieses Zustands, bestehend aus Normen, Werten, Orientierungsmustern und kulturellen Dispositiven (Jäger/Jäger 2007). Eine solche

diskursive Normalität enthält darüber hinaus Aspekte von Durchschnitthaftigkeit oder Regulierung, außerdem die Ebene der sozialen Erwünschtheit.

Im medizinischen Kontext ist diskursive Normalität etwas differenzierter zu fassen. So kann *normal* zunächst als *gesund* verstanden werden, gleichzeitig kann es aber auch als *durchschnittlich/typisch* hinsichtlich bestimmter Parameter (z. B. des Alters oder eines Krankheitsverlaufs) aufgefasst werden. Beispielsweise gilt es als *normal*, im Alter eine Lesebrille zu benötigen oder ab und an etwas vergesslich zu sein. Medizinische Normalität ist stark von medizinischen Denkstrukturen geprägt (Fleck 1980: 53), zentral sind dabei Evidenz (Guyatt et al. 1992) und darauf basierende Entscheidungen, Grenzwerte und Definitionen in Kriterienkatalogen usw. (u. a. DIMDI 2022). Diese stellen bei genauerer Betrachtung aber keine unumstößlichen Fakten dar, sondern sind – auch abhängig von jeweils aktuellen Trends – *konstruierte*³ fachdiskursive Normalität (vgl. Groß/Birkner i. d. B.).

Dieses diskursive Normalitätskonzept ist für die hier zugrunde gelegte empirische Untersuchung – obgleich sie eine individuelle Perspektive beleuchtet – relevant, weil die Erzählenden im Interview auf diskursive Vergleichsgrößen als eine Art *Rahmenbedingung* rekurren (vgl. Günthner i. d. B.). Zentraler für die Untersuchung von Normalisierungspraktiken im Interview ist jedoch ein Verständnis von Normalität als Größe, die individuell (z. B. im Gespräch) durch den Prozess der intersubjektiv abgestimmten Erfahrung konstituiert, stabilisiert und beständig angepasst wird (Wehrle 2016). Hierbei ist wichtig, dass Normalität ein *Prozess* ist und zunächst auf der sich wiederholenden Erfahrung eines Individuums basiert. Um als *normal* gelten zu können, muss diese Erfahrung intersubjektiv, d. h. interaktiv abgestimmt werden. Dies passiert im Interview z. B. durch Absicherungspraktiken und kann bei unzureichender Reaktion des Gegenübers einen „korrektiven Prozess“ (Goffman 2017: 28) einleiten und zu Äußerungen mit rechtfertigendem Charakter führen (siehe Abschnitt 4).

Wie Wehrle im Sinne Husserls herausarbeitet, kann Normalität aus phänomenologischer Perspektive als *Voraussetzung*, *Rahmenbedingung* und *Ergebnis* von Erfahrung verstanden werden (Wehrle 2010: 167–187 im Rückgriff auf Husserl, Hua IV und XXXIX): Sie ist *Voraussetzung*, weil für Individuen die Erfahrung der sogenannten *Einstimmigkeit* notwendig zur Sinnbildung ist, d. h. eine Erfahrung muss in sich und für das Subjekt *stimmig* sein. Sie ist *Rahmenbedingung*, weil

³ Deutlich wird die Konstruiertheit von medizinischer Normalität im Allgemeinen durch Anpassungen in Aktualisierungsvorgängen von Kriteriensammlungen, wie aktuell beispielsweise die WHO ICD-11 Klassifikationen (DIMDI 2022), die eine Überarbeitung der WHO ICD-10 Klassifikationen darstellen. Besonders eindrücklich zeigen Anpassungen von Normalwerten eine Konstruiertheit: Neben dem Thema Cholesterin ist die Diskussion um Blutdruckwerte nach der SPRINT-Studie ein bekanntes Beispiel (u. a. Düsing/Middeke 2016).

Individuen sich diskursiver Normalität und diskursiven Normen beugen, diese aber ebenfalls mitkonstituieren. Normalität ist ebenfalls *Ergebnis*, weil sie prozesshaft zu verstehen ist, als Sedimentierung oder mal schnellere oder langsamere Anpassung, die – gerade bei individuellen Abweichungserfahrungen – immer wieder intersubjektiv überprüft (also mit diskursiver Normalität abgeglichen) wird.

Gerahmt von diskursiver Normalität verändert sich die individuelle Normalität prozesshaft beständig weiter – parallel zur schleichend und sich langsam entwickelnden (potentiellen) Erkrankung und ihren Symptomen. Die dabei geleistete Anpassung berücksichtigt neben erfahrenen Abweichungen auch prospektiv vermutete Abweichungen, wie sie beispielsweise eine Risikoprädiktion bereithält. Die Unsicherheit, die letztere aufgrund ihrer probabilistischen Natur mit sich bringt, führt möglicherweise zur verstärkten Suche nach intersubjektivem Normalitätsabgleich – nicht nur in privaten Alltagsgesprächen, sondern eben auch in einem Interview.

Man könnte eigentlich vermuten, dass das Zusammenleben mit einer Person mit MCI in den Interviewsituationen verstärkt zu Erzählungen von Anormalität führt. Die MCI-Diagnose und die Beschäftigung mit Prädiktionsoptionen für eine Alzheimer-Demenz sind aber, wie auch andere (medizinische) schlechte Nachrichten, ein besonderer Einschnitt in die Normalität von Betroffenen: Schlechte Nachrichten unterliegen nach Maynard der Besonderheit, als „assault on the ordinary, expected, intended, typical, predictable, moral world of every day life“ (Maynard 2003: 7) und als gegenläufig zur sonst *konsistenten Welt* wahrgenommen zu werden. Letztere wird versucht, so lange wie möglich aufrechtzuerhalten, selbst wenn dafür an der Nachricht gezweifelt werden muss (Maynard 2003: 182–183). Diese Mechanismen dürfen beim Betrachten der Interaktionen zwischen Interviewer:innen und den erzählenden Angehörigen nicht außer Acht gelassen werden, denn sie wirken sich auf die Art und Weise der Positionierungen im Gespräch aus.

Sacks (1984: 416) betont mit seinem Text *On doing „being ordinary“* passend hierzu die kommunikativ-erzählerische Ebene der Reaktion auf schlechte Nachrichten: Er argumentiert, dass man nur die *üblichen* Aspekte einer möglichst *üblichen* Szene berichtet, wenn man von belastenden Dingen im Leben erzählt und führt aus, dass dies eine Art gesellschaftliche implizite Regel in Form einer kollektiven Geisteshaltung (*cast of mind*) hin zum Üblichen/Normalen ist (vgl. dazu Bauer sowie Günthner i. d. B.), die vorgibt: „You cannot have a nervous breakdown because you happened to see an automobile accident. You cannot make much more of it than what *anybody* would make of it“ (Sacks 1984: 427, Hervorheb. CS). Diese implizite Regel kann sich in Normalisierungspraktiken wie dem euphemistischen Umbenennen und verschiedenen Relativierungsstrategien (vgl. Buck i. d. B.) äußern, aber ebenso durch normalisierende Generalisierungen, mit denen die individuellen Haltungen abgeglichen werden, die genau jene von Sacks genannte Referenzgröße (*anybody*) darstellen.

3 Copingstrategien: Konstruktion subjektiver Bedeutungen als Ressource

Lucius-Hoene schreibt den im Folgenden (Abschnitt 4) fokussierten *kommunikativen Praktiken des Normalisierens* für erzählerische Interaktionen im Interview „Bewältigungscharakter“ (2009: 140) zu. Genau wie traumatische Ereignisse oder plötzliche Erkrankungen müssen auch eine sich langsam entwickelnde Krankheit, wie Alzheimer bzw. (potentielle) Vorstufen von Demenzsymptomen, verarbeitet, in den Alltag integriert und somit *normalisiert* werden. Angehörige schätzen den Gesundheitszustand der Betroffenen auf der Basis ihres Erfahrungswissens, das sie während der Begleitung des Prädiktionsprozesses gesammelt haben, individuell ein und verdeutlichen ihre Perspektive in den Interviews durch evaluative Äußerungen und minimale Erzählungen. Hier stellt sich die Frage nach den (kommunikativen) Bewältigungsstrategien, die dabei angewandt werden. In der psychologischen Copingforschung werden empirisch fassbare Auseinandersetzungsmöglichkeiten mit traumatischen Ereignissen oder Erkrankungen untersucht (Zaumseil/Schwarz 2013: 46). Dabei wird nicht versucht, den Erfolg (die Bewältigungsleistung) von Handlungsstrategien grundlegend festzustellen: Sie sind vielfältig und können individuell, phasen- oder krankheitsspezifisch ganz unterschiedlich wirken. Dies soll der neutrale Begriff *Copingstrategien* ausdrücken (Lucius-Hoene 2002: 169), der auch in diesem Beitrag verwendet wird.

Skinner et al. (2003: 239) konnten in einer Überblicksarbeit zu hunderten von Copingstrategien fünf handlungsbezogene Großkategorien identifizieren: „problem solving, support seeking, avoidance, distraction, and positive cognitive restructuring“. Zum Bereich des *positiven kognitiven Restrukturierens* zählen u. a. verschiedene Aspekte der *globalen und individuellen Sinnherstellung* (Park/Folkman 1997) oder Praktiken des *interaktiven Verarbeitens* bzw. des *Erzählens* im Interview (Lucius-Hoene 2002; 2009). Für den hier vorliegenden Fall der schleichenden und langsamen Entwicklung einer Krankheit und unter Berücksichtigung, dass sich die Gesprächspartner:innen (Angehörige) *inmitten* dieser kontinuierlichen Entwicklung befinden, ist außerdem noch das zukunftsbezogene (prospektive) bzw. antizipatorische oder gar proaktive Verarbeiten (Aspinwall/Taylor 1997) von Relevanz. Lucius-Hoene (2002: 183) hebt diesbezüglich ebenso hervor, dass Bewältigung in Gesprächen nicht nur mittels Rekonstruktion *vergänger* Identität, sondern auch mittels der Konstruktion einer *zukünftigen* Identität stattfinden kann, die durch Hoffnungsphantasien und Zukunftsperspektiven als „subjunctivizing elements“ (Good 1994: 153) sichtbar wird.

Lucius-Hoene (2002; 2009), Deppermann/Lucius-Hoene (2005), Gülich/Lucius-Hoene (2015) sowie Scheidt et al. (2018) betonen wiederholt den facettenreichen

Wert des *Erzählens* als Copingstrategie. Dem zugrunde liegt die „Entdeckung der Konstruktion *subjektiver Bedeutungen* als wichtige Ressource der Bewältigung [die die Autor:innen als] wesentliche Erweiterung der Copingforschung“ (Scheidt/Lucius-Hoene 2018: 27, Hervorheb. CS) neben problem- und emotionsfokussierten Ansätzen ansehen. Bei der Betrachtung der entsprechenden Studienergebnisse zum Erzählen und zur narrativen Bewältigung fällt auf, dass meist Schlüsselereignisse oder akute, plötzliche Erkrankungen, die über einen relativ klar bestimmbareren Ausgangs- oder Anfangspunkt verfügen, herangezogen werden (z. B. Geburt (Lucius-Hoene 2009), Kriegsbeginn (Gülich/Lucius-Hoene 2015) oder Misshandlung (Scheidt/Lucius-Hoene 2018)). Die Beispielanalysen der genannten Studien lassen vermuten, dass solche Ursachen in (einzelnen) Ereigniserzählungen als Schlüsselerzählung in Form von „großen Paketen“ (Sacks 1992 zitiert nach Birkner et al. 2020: 417) verarbeitet werden, insbesondere als *Aufwertungs-, Rechtfertigungs-, Genugtuungs-, Rache- oder Normalisierungsgeschichten* (Lucius-Hoene 2009: 140). Bei Erkrankungen, die schleichend auftreten und sich langsam entwickeln, gibt es aber ähnlich wie bei chronischen Krankheiten (Hydén 1997) nur selten das *eine* zentrale (Schlüssel-)Ereignis, das als Bewältigungserzählung dienen kann. Wie die untenstehende Analyse zeigt (siehe Abschnitt 4), ist das *Normalisieren* aber dennoch eine zentrale kommunikative Handlung in Gesprächen mit betroffenen Angehörigen. Anstelle von großen Normalisierungsgeschichten fallen hier aber eher *Praktiken des Normalisierens* auf Mikro- und Mesoebene auf (vgl. dazu ebenfalls Günthner i. d. B.), die im Folgenden näher betrachtet und beschrieben werden.

4 Praktiken des Normalisierens im Angehörigeninterview

Die folgende Beispielanalyse basiert auf drei aufeinanderfolgenden Transkriptausschnitten aus einem typischen Gespräch eines Interviewdatensatzes von sechzehn Audioaufnahmen mit Angehörigen (Ehe- oder Lebenspartner:innen) von Patient:innen mit MCI, die 2018–2019 in der Gedächtnisambulanz der Kölner Uniklinik im Rahmen des o. g. Projektes (Rostamzadeh et al. 2021) erhoben wurden.⁴ Die 30–60-minütigen episodischen Interviews (Flick 1997; 2011) dienten ursprünglich v. a. medizinethischen Untersuchungen (Schwegler/Romotzky/Woopen 2023). Für

⁴ Ich möchte an dieser Stelle den Herausgeber:innen sowie anonymen Gutachter:innen für die zahlreichen konstruktiven Hinweise und konzeptuell hochrelevanten Kommentare zu den Gesprächsdaten danken. Sie haben ergänzende Denkprozesse angestoßen und die Ergebnisse dieses Beitrags maßgeblich bereichert.

linguistische Analysezwecke muss berücksichtigt werden, dass Interviewer:innen *steuernde* und zugleich *zurückhaltende* Gesprächspartner:innen sind, die sich hinsichtlich eigener Narrative und Fremdbewertungen eher zurücknehmen und den Interviewten bewusst „möglichst viel Raum und Zeit“ (König 2014: 6) bieten, um diese relativ *unbeeinflusst* formulieren zu lassen (d. h. beispielsweise, dass es seltener als in Alltagsgesprächen zu konkreten wertenden Rückmeldungen oder Interaktionseffekten wie kollaborativen Vervollständigung kommt usw.). Dies kann als *nicht-natürlich* bewertet werden, aber auch als *gattungsspezifisch* – hierzu herrscht gesprächslinguistisch kein Konsens (König 2014: 84). Zumindest kann festgehalten werden, dass ein Interview „keine alltagsweltliche Routinesituation“ (Deppermann 2013: 6) für Interviewte ist. Dies gilt insbesondere hinsichtlich der generellen Gesprächssituation (fremde Gesprächspartner:in, ggf. privates/intimes Thema) und des eher „monologischen Rederecht[s]“ (Deppermann 2013: 6), bei gleichzeitig fehlender (wertender) Rückmeldung und fehlenden Erzählungen im Gegenzug zu Erzähltem. Interviewer:innen können somit aus gattungsspezifischen Gründen – im direkten Vergleich zu Gesprächspartner:innen in Alltagskommunikation – mitunter etwas unbeteiligt erscheinen. Deppermann stellt heraus, dass Interviews „in erster Linie von den sprachlich-kommunikativen Praktiken der (subjektiven) Darstellung von sozialen Ereignissen“ (2013: 5) der Interviewten zeugen, dennoch sind Interviews Interaktionsereignisse, in denen eine „gemeinsame Herstellung sozialer Wirklichkeit“ (2013: 10) erfolgt. Dabei „rechtfertigen und klagen [Interviewte] an mit ihren Aussagen, sie weisen Vorwürfe oder Annahmen, die sie bei den AdressatInnen vermuten, zurück“, wie Deppermann im Überblick feststellt (2013: 11).

Den folgenden Ausführungen liegt eine gesprächslinguistische Interviewanalyse (Deppermann 2013) von *Praktiken des Normalisierens* anhand von sechzehn Interviews zugrunde, die die o. g. gegenstandsbezogenen Prämissen berücksichtigt. Die linguistische Untersuchung betrachtet verbale Ressourcen aus den Bereichen der Lexiko-Semantik, der Rhetorik und der Syntax, um Gesprächspraktiken auf Meso- und Mikroebene zu ergründen (Selting 2016; Günthner 2019; Birkner et al. 2020). Ebenso wurden einzelne erzählerische Besonderheiten auf struktureller Ebene festgestellt und bei der weiterführenden Analyse berücksichtigt: Es handelt sich um das *erzählungsabschließende Bewerten* (Birkner et al. 2020: 432 in Anlehnung an Labov/Waletzky 1967), das verkürzte Erzählen in minimalen Geschichten (Birkner et al. 2020: 425) bzw. *Small Stories* (Bamberg/Georgakopoulou 2008) und die z. T. damit einhergehenden Äußerungseinheiten mit exemplarisch-wiederholungsanzeigendem, sogenanntem *repisodischen*⁵ Charakter. Letzteres ist möglicherweise gegen-

5 Der aus der kognitiven Psychologie stammende Begriff *Repisode* birgt in seiner ursprünglichen Bedeutung epistemologisch positivistische Annahmen, die nicht mit linguistischen Perspektiven zu

stands- oder domänenspezifisch: Lucius-Hoene (2002: 188) berichtet im Kontext eines Beispiels chronischer Anfälle auch von *exemplarischen Episoden*, die einerseits Anteile von konstruierter wörtlicher Rede und andererseits Beschreibungen „rekurrenten Geschehens“ enthalten. In ihren Beispielen werden solche Episoden v. a. mit *wenn* im Sinne von *immer wenn* eingeleitet und entsprechen einer „summarisch[en Darstellung] als wiederkehrende Erscheinung“ (Lucius-Hoene 2002: 189). Dieses Phänomen wird in der vorliegenden Analyse als *repisodische* Formulierung bezeichnet.

Im Sinne des sozialpsychologischen Interesses des kulturlinguistischen Ansatzes wird die Struktur der Analyse an den herausgearbeiteten Kategorien (Praktiken) orientiert und gebündelt. Es können aus den vorliegenden Daten vier zentrale Praktiken (sowie einzelne Unterformen) des Normalisierens der Angehörigen herausgearbeitet werden, die im Folgenden entsprechende inhaltliche Unterkapitel bilden: das *Relativieren*, das *Umbenennen*, das *Generalisieren* und das *intersubjektive Absichern*.

Das ausgewählte Beispielgespräch mit der Interviewerin (I) ist im Nachgang der MCI-Diagnose des Ehepartners der Erzählerin, also der Angehörigen oder Begleitperson (B), und genau eine Woche nach einem umfassenden Beratungsgespräch⁶ zu den Möglichkeiten und Risiken der Prädiktion der Alzheimer-Demenz entstanden. Der erste Gesprächsausschnitt beginnt direkt nach der Begrüßung und der Aufklärung durch die Interviewerin (I). Es wird zuvor erwähnt, dass das Interview ein relativ themenoffenes und freies Gespräch sein soll, in dem die Gefühle und Empfindungen der Angehörigen (B) hinsichtlich des Gesundheitszustands ihres Mannes verdeutlicht werden (Z. 1–10, nicht abgedruckt). Das ausgewählte Beispielinterview ist insgesamt 41:50 Minuten lang, die abgedruckten Transkriptausschnitte 1, 2 und 3 stellen relativ abgeschlossene Erzähleinheiten dar (thematische Phasen) und folgen chronologisch aufeinander, die Zeilennummern zeigen die Abstände zwischen den Ausschnitten an, die an entsprechender Stelle verkürzt paraphrasiert wiedergegeben werden.

vereinigen sind, wird heute aber bedeutungsverengt in sozialwissenschaftlichen Analysen von narrativen Interviews für das kommunikative Anzeigen von wiederholten Ereignissen genutzt (Flick 1997; 2011). Insbesondere Small Stories enthalten *repisodisch* (also exemplarisch-wiederholungsanzeigend) formulierte Ausdrucksweisen, z. B. *üblicherweise*, *normalerweise*, *immer* (Flick 1997: 21). Für die vorliegende Analyse ist unbedeutend, wie bzw. ob sich Repisoden von Erzählungen unterscheiden. Erwähnungen des *repisodischen Charakters* einzelner Äußerungen soll ausschließlich auf die Modalität der (subjektiven) Darstellung von sozialen Ereignissen hinweisen.

⁶ Zum *Prädiktionsberatungsgespräch* hinsichtlich einer potentiellen Alzheimer-Demenz siehe Schwegler (2021) aus linguistischer Perspektive (zu Phasen und Inhalten insbesondere 363–366) und aus medizinisch-klinischer Perspektive siehe Rostamzadeh/Jessen (2020).

Transkriptausschnitt 1: immer schon Schwierigkeiten/Besonderheiten

- 011 I: können sie da noch ähm sich an_ne situatiON zurückerinnern,
 012 wo sie das so zum ERSten mal vielleicht gemerkt haben?
 013 ähm (.)-
- 014 B: NEIN (.) eigentlich nicht;
 015 es: °h waren ähm in bestimmten beREichen;
 016 hatte mein mann IMmer schwierigkeiten (.)-
 017 sich an bestimmte NAMen zu erinnern (.) an ähm gebUrtsdaten,
 018 ähm oder (.) dass wir seine patiENTen getroffen haben,
- 019 I: hm_HM;
 020 B: dass er nicht genau wUsste wie die HEIßen;=
 021 =aber das war EIgentlich (.) so in den bereichen;
 022 in denen er äh IMmer schon ähm,=
 023 =ich will nicht sagen SCHWIErigkeiten hat-
 024 aber DAS was seine besonderheit eben ausmachte;
 025 das hat sich eigentlich nur verSTÄRKT.
- 026 I: oKAY-
 027 B: und deshalb kann ich gar nicht SAgen;
 028 dass ich ähm irgendwann sehr beTROffen war.
 029 es war_ist nur einfach die:QUANTität-
- 030 I: [hm_HM.]
 031 B: [Eben](.) DESSen.

Gesprächseinstieg: Versprachlichung schleichender Veränderung

Die Interviewerin stellt zunächst eine Informationsfrage nach einer konkreten „situatiON“ (Z. 11). Dies stellt eine typische Elizitierungspraktik in episodischen Interviews dar (Flick 1997). Sie versucht damit, Erzählungen zu initiieren, in denen die Angehörige die Wahrnehmung erster Symptome bei ihrem Mann schildert („wo sie das so zum ERSten mal vielleicht gemerkt haben“, Z. 12). Die Interviewerin relativiert die temporale Spezifizierung („ERSten mal“, Z. 12) hier allerdings durch einen nachgeschobenen Vagheitsmarker („vielleicht“, Z. 12) und zeigt indirekt ihre Erfahrung mit der Gesprächsthematik an, denn sie antizipiert, dass es im Kontext von Krankheiten, die sich schleichend und langsam entwickeln, ggf. keine eindeutige erste Situation gibt, die als solche klar erinnert werden kann.

Ihre Gesprächspartnerin (B) antwortet mit der Negationspartikel („NEIN“, Z. 14) zunächst zwar ablehnend, relativiert dies aber mit der nachgeschobenen Mitigation (Bergmann 1992: 151–154) „eigentlich nicht, [aber]“ (Z. 14), was hinsicht-

lich des Vagheitsmarkers („vielleicht“, Z. 12) durchaus als präferiert zu bezeichnen ist. Sie schließt im Sinne von *nein, aber* an, wenn sie in Zeile 15 beginnt, trotz des eingeschränkt ablehnenden Responsivs eine Small Story mit repisodischem Charakter zu formulieren. Diese Reaktion verdeutlicht die Schwierigkeit, sich bei schleichenden Entwicklungen von Krankheiten an einen konkreten Anfangspunkt zu erinnern. Trotz erkennbarer Unsicherheit, wie sie ihre Perspektive versprachlichen soll, sichert sie sich das Rederecht – sichtbar durch den gedehnten Erzähleinstieg („es:“, Z. 15), das hörbare Einatmen („h“, Z. 15), das signalisiert, dass ihr Redebeitrag nach dem negativen Responsiv auf keinen Fall zu Ende ist, und das Verzögerungssignal („ähm“, Z. 15) – bevor sie mit einer Reformulierung in die tatsächliche (minimale) Erzählung einsteigt.

Normalisierungspraktiken: temporales und bereichsspezifisches Relativieren

Der Abbruch nach „es: °h waren“ (Z. 15) wird mit einem Neustart („in bestimmten beREichen hatte“, Z. 15–16) fortgesetzt, der die erste Normalisierungspraktik dieses Gesprächsausschnitts einleitet – das bereichsspezifische Relativieren. Ein solcher Neustart kann funktional die Aufmerksamkeit der Rezipientin auf die entsprechende Äußerung, hier die Einschränkung auf Bereiche, lenken (Goodwin 1980: 278). Die Angehörige sieht es außerdem als notwendig an, auszuholen und zeitlich *vor* den Situationen, in denen etwas (krankheitsbezogen) aufgefallen ist, anzusetzen („[schon] Immer schwierigkeiten“, Z. 16). Zum einen ratifiziert sie also die angebotene Anerkennung von Vagheit sowohl durch ihr nachträglich mitigiertes Responsiv (Z. 14) als auch ihren neu gestarteten Erzähleinstieg (Z. 15–16), zum anderen beginnt sie, die Verhaltensweisen ihres Mannes zu normalisieren: Durch ‚temporales Relativieren‘ im Sinne von *das war schon immer so* (Z. 16) und durch ‚bereichsspezifisches Relativieren‘ (Z. 15). Letzteres elaboriert sie exemplarisch in den Zeilen 17, 18 und 20 durch die Spezifizierungen „Namen“ (Z. 17), „gebürtstage“ (Z. 17) und die Tatsache, dass ihr Mann (wahrscheinlich außerhalb seiner Praxis) auf Patient:innen getroffen ist und deren Namen nicht mehr erinnert hat (Z. 18, 20). In Verbindung mit „Immer“ (Z. 16) stellen diese Beispiele typische Formen repisodisch formulierter Small Stories dar.

Darüber hinaus dient der Angehörigen die Äußerung in Zeile 18 als indirekte Positionierung hinsichtlich ihrer sozialen Identität (Lucius-Hoene/Deppermann 2004: 171). Sie positioniert sich durch den Hinweis auf „seine patiENTen“ (Z. 18) in ihrem ersten Gesprächsbeitrag dieses Interviews als Person, die (als Ehefrau eines Arztes) mit medizinischen Themen oder zumindest entsprechenden Rollen und Gepflogenheiten bekannt sein könnte. In späteren Abschnitten des Interviews (nicht abge-

druckt) konkretisiert sie diesen Hinweis in direkter Form. Positionierungspraktiken zum – wie auch immer gearteten – Kontakt zur Medizin sind für die hier untersuchten Interviews musterhaft und tragen zur Aushandlung der Wissens(a)symmetrie im jeweiligen Gespräch bei (siehe dazu die Studienergebnisse in Schwegler/Romotzky/Woopen 2023: 117 sowie Schwegler et al. 2023). Die Sprecherin (B) konzipiert mit ihren Normalisierungspraktiken und ihrer indirekten Positionierung im Gesprächseinstieg eine *Normalität* für diese Interaktion. Die Interviewerin akzeptiert und quittiert – allerdings nur in Form eines (interviewtypischen) minimalen Rezeptionssignals („hm_HM“, Z. 19).

Darauffolgend wird die Small Story durch einen unmittelbaren und schnellen Anschluss (*Latching*, Birkner et al. 2020: 137) einschränkend ergänzt („= aber“ Z. 21): Die Sprecherin (B) schließt eine Bewertung an („das war Eigentlich (.) so in den bereichen“ Z. 21 und „IMmer schon“ Z. 22), die die Beispiele von Vergesslichkeit (*Anormalität*) als bereichsspezifische Eigenheit (*Normalität*) ihres Manns perspektiviert. Sie wiederholt hier die zuvor begonnenen Normalisierungspraktiken des temporalen und bereichsspezifischen Relativierens, die im gesamten Datensatz sehr musterhaft auftreten, auf eine rechtfertigende Weise. Dies verdeutlicht, dass das minimale Rezeptionssignal ihrer Gesprächspartnerin (I) nicht ausreichte, um die intersubjektive Absicherung zufriedenstellend durchzuführen. Der rechtfertigende Charakter der Äußerung spricht dafür, dass ein „korrekativer Prozess“ (Goffman 2017: 28) eingeleitet wurde, der sich in den nächsten Äußerungseinheiten fortsetzt.

Normalisierungspraktiken: Umbenennen und quantitatives Relativieren

Unter den Vorzeichen des korrektiven Prozesses ist nun der *Disclaimer* der Angehörigen in Zeile 23 interessant, den Hewitt und Stokes als „credentialing“ (1975: 4) bezeichnen würden: eine kommunikative Strategie zur Vermeidung einer unerwünschten Einschätzung durch die Gesprächspartnerin. Der Ausdruck *Schwierigkeiten*, den die Angehörige zuvor schon einmal genutzt hatte (Z. 16), wird bei erneuter Nennung metasprachlich thematisiert und gleichzeitig durch eine mitigierende Vorlaufkonstruktion (Bergmann 1992: 151) entschärft („ich will nicht sagen SCHWIERigkeiten“ Z. 23). Sie nennt die Schwierigkeiten im Folgenden euphemistisch „seine Besonderheit“ (Z. 24) und deutet somit die vorherige Äußerung mit repisodischem Charakter um: Eine Besonderheit, die sich im Alter „eigentlich nur verSTÄRKT“ (Z. 25), ist eine typische Eigenschaft *normalen Alterns* (und eben keine Vorstufe einer Erkrankung). „Eigentlich“ fungiert hier als Satzadverbial im Sinne von *im Grunde* (Thurmair 1989: 175), die mitigierende Gradpartikel „nur“ (Altmann 1976: 101) verdeutlicht zum einen, dass sich die Entwicklung der Auffälligkeiten ausschließlich auf die In-

tensität bekannter Aspekte bezieht – und nicht etwa neue Kognitionsprobleme hinzukommen –, zum anderen funktioniert sie als erneutes Rechtfertigungsmoment: Wenn es sich „nur“ um normales Altern handelt, ist die Sprecherin (als aufmerksame Angehörige/Partnerin) nicht zu kritisieren.

Hinsichtlich des Euphemismus stellt Bergmann (1980 sowie 1999: 184–185) für psychiatrische Aufnahmegespräche umgekehrt fest, dass Ärzt:innen z. T. einen euphemistischen Einstieg als rhetorische Strategie wählen, bevor eine deutlichere Beschreibung erfolgen kann. Die dem gegenläufige ‚Praktik des Umbenennens‘ von einer deutlichen zu einer euphemistischen Bezeichnung, die die Angehörige im Interview durchführt, kennzeichnet gemeinsam mit der Strategie des zuvor gewählten *Disclaimers* ihre Ambivalenz und den Versuch des intersubjektiven Auslotens von *Normalität*. Letztere ist für sie schwierig einzuschätzen, zum einen aufgrund des prädiktiven (anstelle von eindeutigem diagnostischen) Wissens zum Gesundheitszustand ihres Manns und zum anderen aufgrund des Gesprächsformats selbst: Die Interviewsituation birgt gegenüber einem privaten Gespräch, das im Normalfall mehr Aufschluss über die Einstellung der Gesprächspartnerin bieten würde, weniger Möglichkeiten zur intersubjektiven Absicherung.

Betrachtet man die intersubjektive Verhandlung dieser Gesprächsstelle, zeigt die Modalpartikel *eben* in Zeile 24 („aber DAS was seine besonderheit eben ausmachte“) außerdem an, dass für die Sprecherin (B) die Umbenennung evident ist und auch für die Gesprächspartnerin (I) evident sein sollte (Thurmair 1989: 120). Sie versucht sich dadurch – insofern die Interviewerin nicht widerspricht oder Zweifel ausdrückt – erneut (indirekt) intersubjektiv abzusichern.

In Zeile 26 ratifiziert die Interviewerin mit einem für sie typischen kurzen „oKAY“, das hier mehr als ein Hörersignal darstellt, da ein pragmatischer Abschlusspunkt der Erzählung erreicht ist (Imo 2013: 175 mit Verweis auf Auer 2010): Die Erzählerin (B) wechselt von der Deskription der Situation (bis Z. 25) zur Evaluation bzw. individuellen Positionierung und Erzählhaltung (Z. 27–28). Das Responsiv „oKAY“ (Z. 26) hat zum einen die Funktion, die „erfolgreiche Erledigung der eingeforderten Handlung zu signalisieren“ (Fischer 2006: 357) und zum anderen – erkennbar durch eine neutrale (nicht fallende) Tonhöhenbewegung – (implizit) weiterführend zu elizitieren (Imo 2013: 175–176). Die anschließende Positionierung („und deshalb kann ich gar nicht Sagen dass ich ähm irgendwann sehr beTROffen war es war_ist nur einfach die: QUANtität Eben DESSen.“, Z. 27–29, 31) und Darlegung der Erzählhaltung mittels einer Litotes-Figur (Bergmann 1992: 148) enthält im letzten Teil eine ‚Normalisierung durch quantitatives Relativieren‘. Die Äußerung wird mit *nur einfach* als unkompliziert und naheliegender Grund erneut mit rechtfertigendem Charakter versprachlicht (Thurmair 1989: 129). Die von der Erzählerin (B) demonstrierte Haltung wird in Zeile 30 von der Gesprächspartnerin (I) durch ein Hörersignal („hm_HM“) erneut nur minimal bestätigt. Der Nachlauf („Eben DES-

sen“ Z. 31) zeigt durch *eben* erneut an, dass sich die Angehörige interaktiv (stärker) absichern möchte (Thurmair 1989: 120).

Im Anschluss an Transkriptausschnitt 1 führt die Angehörige eine innerfamiliäre Vergleichserzählung (früher/heute) aus, die abschließend ganz ähnlich zur repisodisch formulierten Ausführung in Ausschnitt 1 evaluiert wird. Sie legt dort dar (Z. 32–53, nicht abgedruckt), wie sich die Aufmerksamkeit ihres Mannes ihr gegenüber mit der Zeit verändert hat. Ab Zeile 54 (Transkriptausschnitt 2) folgt die erzählungsabschließende Bewertung.

Transkriptausschnitt 2: Bewertung potentiellen Fehlens von Aufmerksamkeit

- 054 B: also solche Sachen (.) und-
 055 äh die QUANTität (.) die das in der beziehung ausmacht.
 056 I: oKAY;
 057 B: das empfinde ich schon als wesentlich SCHWIERiger-
 058 damit UMZugehen-
 059 also sonst sind die dinge so allMÄHlich mEhr.=
 060 =und unsere KINder haben das eben AUCh gemerkt.
 061 I: oKAY-
 062 das ist auch so_n bisschen so_n auf_so_ne AUfmerksamkeit;
 063 die manchmal FEHLT?=
 064 =wenn man jetzt ne EINzelne geLEgenheit beach_betrachten [würde?]
 065 B: [ja_JA.]
 066 also wenn ich das geFÜHL hätte,
 067 ich wäre jetzt AUCh gerade in irgendeinem zUstand,
 068 ähm; (-)
 069 sehr ähm äh ANgewiesen auf zUwendung fÜrsorge oder so etwas-
 070 dann KÖNNte ich mir vorstellen;
 071 dass mir das sehr viel AUSmacht.
 072 I: hm_HM;
 073 B: wenn ich da PLÖTZlich nicht so diese (.) ähm-
 074 reaktions:TIEfe sage ich [mal] einfach;
 075 I: [JA.]
 076 B: ähm mehr empFINden würde,
 077 (.) NE?
 078 I: oKAY,
 079 B: und das sind ja auch DINge-
 080 die auch ANdere (.) menschen beklAgen?
 081 weil sie einfach dann NICHT mehr-

- 082 auf diese_auf dieser beZIEhungsebene das wiederfinden;
 083 was ähm FRÜher mal dA war.

Normalisierungspraktiken: intersubjektives Absichern und Generalisieren

Die Angehörige geht in den Zeilen 54 und 55 erneut mittels einer erzählungsabschließenden Bewertung auf den Aspekt der gesteigerten Quantität von bestimmten Auffälligkeiten ein. Wie oben in Transkriptausschnitt 1 (Z. 29) ist diese der zentrale Aspekt der Veränderung – nicht etwa eine Symptomerweiterung. Sie positioniert sich mit der Bewertung „das empfinde ich schon als wesentlich SCHWIERiger damit UMzugehen“ (Z. 57–58) zu ihrer Geschichte über mangelnde Aufmerksamkeit (nicht abgedruckt, Z. 32–43). Eingeleitet durch den *Reformulierungsmarker* (Blüh-dorn/Foolen/Loureda 2017: 24) *also* fasst sie anschließend mittels einer quantitativ relativierenden Mitigation zusammen („so allMÄHlich mEhr“, Z. 59). Die gesamte Bewertung sichert sie nun noch additiv ab: Die gewählte ‚Normalisierungspraktik der intersubjektiven Absicherung‘ ist hier aber keine interaktionale Vergewisserung, sondern eine Absicherung durch Ergänzung („clausal glue-on“ Couper-Kuhlen/Ono 2007: 523) eines Autoritätsverweises, d. h. die Erwähnung glaubwürdiger Bezugspersonen, die ihre Evaluation teilen: „= und unsere KINder haben das eben AUch gemerkt“ (Z. 60).

In Zeile 61 leitet die Interviewerin mit kurzem Vorlaufelement „oKAY“ zur Rückfrage über, die die zuvor geschilderten Beispiele im Sinne eines „candidate understanding“ (Heritage 1984: 319) auf ein Konzept bringt („ne AUfmerksamkeit die manchmal FEHLT“, Z. 62–63) und die Angehörige (B) somit zur Bestätigung einlädt. Die Interviewerin schließt jedoch zunächst direkt mit auffälligem *Latching* noch eine Einschränkung an, die hinsichtlich der Häufigkeit relativiert: Die Betonung und die Beschränkung auf „EINzelne gelEgenheit[en]“ (Z. 64) schwächt die indirekte negative Bewertung, dass der Betroffene keine Aufmerksamkeit mehr schenken kann. Unter dieser – hinsichtlich der Intensität angemessenen – *ausbalancierten* Prämisse stimmt die Angehörige zu und ratifiziert mit „ja_JA“ (Z. 65).

In einem neuen Erzählabschnitt (Z. 66–71) schließt die Sprecherin (B) mit einer hypothetischen Äußerung an. Durch die konditionale Struktur („wenn“, Z. 66; „dann“, Z. 70) im Konjunktiv („hätte“, Z. 66; „KÖNNte“, Z. 70) wird das antizipatorische Erkennen von potentiellen Stressoren deutlich, was eine der Stufen von proaktivem Coping darstellt (Aspinwall/Taylor 1997). In Gesprächen kann Bewältigung laut Lucius-Hoene (2002: 183) parallel dazu durchaus auch mittels Hoffnungsphantasien und Zukunftsperspektiven stattfinden.

Im vorliegenden Interviewausschnitt beschränkt die Angehörige die (potentielle) Problematik in der Beziehung zu ihrem Mann durch ihre Formulierungsweise auf einen (hypothetischen) Zustand *bestimmter Bedingungen*, nämlich wenn sie „AUCH gerade in irgendeinem zUstand sehr ähm äh ANgewiesen auf zUwendung fÜrsorge oder so etwas“ (Z. 67–69) wäre. Das entsprechende Gefühl („dass mir das sehr viel AUSmacht“ Z. 71) tritt nur ein, wenn sie eine gewisse „reaktions:TIEfe“ (Z. 74) ihres Mannes nicht mehr empfinden (d. h. feststellen) würde. Letztere Einschränkung wird in den Zeilen 73, 74 und 76 mittels inkrementeller Ergänzung („clausal glue-on“ Couper-Kuhlen/Ono 2007: 523) als inhaltliche Elaborierung angefügt: „wenn ich da PLÖTZlich nicht so diese (.) ähm reaktions:TIEfe [...] mehr empFINDen würde“. Zusätzlich liegt erneut eine Mitigation vor: Die Sprecherin (B) schiebt in Zeile 74 im Anschluss an die zentrale *Reaktionstiefe* ein mitigierendes „sage ich [mal] einfach“ nach. Damit folgt sie der – für diesen Datensatz – musterhaften Praktik der (inkrementellen) Mitigation nach einer Bewertungsäußerungen über ihren Partner.

Die gesamte Bewertung ab Zeile 66 wird in Zeile 77 mit einem Vergewisserungssignal („NE“) nach kurzer Pause als Einladung zur Rückbestätigung markiert, d. h. die Angehörige versucht erneut, sich bei ihrer Gesprächspartnerin (I) abzusichern, um ihre individuelle Normalität und Erfahrung intersubjektiv abzustimmen (Wehrle 2016). Diese Form der Normalisierung als intersubjektive Absicherung ist im zugrundeliegenden Datensatz ebenfalls umfassend musterhaft vorhanden.

Neben dem Normalisierungsversuch durch die Vergewisserung/Absicherung fügt die Angehörige im weiteren Verlauf eine zusätzliche Normalisierungspraktik hinzu: In den Zeilen 79 und 80 sichert sie sich intersubjektiv über den Vergleich mit „ANdere[n]“ ab, die in ähnlichen Situationen Ähnliches empfinden. Hier normalisiert sie somit doppelt: Sie generalisiert („Normalisierungspraktik des Generalisierens“), da der generische Ausdruck *die anderen* unbestimmt ist, und sie nutzt diese anderen gleichzeitig als ‚intersubjektive Absicherungspraktik‘, ähnlich wie sie in Zeile 60 die eigenen Kinder heranzieht. In den Zeilen 81 bis 83 spricht die Angehörige generalisierend weiter, „sie“, also *die anderen*, erleben stellvertretend, was sie selbst potentiell in der Zukunft erleben könnte, wenn die zuvor genannten Voraussetzungen eintreten. Durch die Gegenüberstellung von „dann NICHT mehr“ (Z. 81) und „was ähm FRÜher mal dA war“ (Z. 83) bekommt die hypothetische Äußerung eine zeitliche oder gar prospektive Komponente. Die Strategie des Generalisierens stellt erneut eine starke Normalisierungspraktik im Sinne von *doing being ordinary* dar, denn sie zeigt damit zum einen, dass es normal ist, dass es einem in einer solchen Situation so geht, gleichzeitig positioniert sie sich als Erzählerin selbst *normal*, da der Einstieg in die Episode für sie selbst immer noch nur eine hypothetische ist.

Im Anschluss an Transkriptausschnitt 2 führt die Angehörige Erzählungen zur Art und Weise des *Kaschierens* aus, d. h. sie legt dar, wie sie die Krankheit ihres Mannes vor Dritten verschleiert (Z. 91–281, nicht abgedruckt). Es handelt

sich um fremdinitiierte Erzählungen, da die Interviewerin nach Situationen in der Öffentlichkeit fragt. Kurz vor Beginn des dritten Transkriptausschnitts erkundigt sich die Interviewerin, ob die (geschilderten) negativen Bewertungen von Dritten nur den Mann oder allgemein beide als Paar/Einheit betreffen. Die Angehörige verneint letzteres und schließt dann in Transkriptausschnitt 3 mit ihrer Wahrnehmung der Paarbeziehungsdynamik an, die auch für Dritte sichtbar ist („also ich hab das geFÜHL jetzt werden die rollen neu verTEILT“, Z. 282).

Transkriptausschnitt 3: Kaschierungs-idee zur neuen Rollenverteilung

- 282 B: also ich hab das geFÜHL,
 283 jetzt werden die rollen neu verTEILT.
 284 das ist in vielen dingen AUCh so-
 285 aber das hätte ja nichts nur mit der geDÄCHTnisstörung zu tun;
 286 das könnte ja mit ANderen defiziten;
 287 im KÖRperlichen bereich auch sein.
 288 NE?
 289 I: JA.
 290 B: und dass man dann SAGT-
 291 das ist sowieso jetzt nicht mehr mein ding.
 292 und das muss ICH machen;
 293 auch KÖRperlich schwierige arbeiten,
 294 weil mein mann eben von der HERZsituation nicht so belastbar ist.
 295 und ähm (.) DAMit kann auch ähm (.) ja (.)-
 296 wenn ich WOLLte ähm auch vieles kaschieren.
 297 I: hmHM-

Normalisierungspraktiken: krankheitsbezogenes Relativieren und hypothetisch-prospektives Normalisieren

Zu Beginn des Ausschnitts bewertet die Sprecherin (B) eine Veränderung ihrer Beziehung emotional („hab das geFÜHL“, Z. 282–284). Diese evaluative, zusammenfassende Äußerung ist erzählungsabschließend (Birkner et al. 2020: 432), es handelt sich hier (nicht abgedruckt) um eine Erzählung von bemerkter Anormalität im Alltag. In Zeile 284 expandiert die Angehörige ihre Bewertung („in vielen dingen“) und bereitet dadurch darauffolgende Elaborierungen vor, die hier in die ‚Normalisierungspraktik des krankheitsbezogenen Relativierens‘ münden. Sie rechtfertigt ihre familiäre Rollenverteilung einschränkend („aber das hätte ja nichts nur mit der geDÄCHTnisstörung zu tun“ Z. 285). Gepaart mit der festgelegten Interviewthematik „Gedächtnisstörungen“ fällt die Gegenüberstellung von

„geDÄCHTnis“ (Z. 285) und dem „KÖRperlichen bereich“ (Z. 287) auf. Wie Deppermann ausführt, werden im Interview vermutete Annahmen der Interviewerin von Interviewten bestätigt oder zurückgewiesen (2013: 11), Interviewthemen können darüber hinaus Relevanzen und Erwartungen präsupponieren. In Zeile 286 und 287 wird möglicherweise eine solche Erwartung zurückgewiesen bzw. eingeschränkt: „das könnte ja mit ANderen defiziten [...] auch sein.“ Abweichend zum Interviewthema können die Probleme auch „im KÖRperlichen bereich“ (Z. 287) liegen, nicht (ausschließlich) im geistigen/kognitiven. Diese krankheitsbezogene Relativierung (*Körper, der als potentielles Problem identifiziert wird vs. Geist, der dadurch normalisiert wird*) wird in Zeile 288 von einer Nachlaufpartikel (Vergewisserungssignal „NE“) expandiert, d. h. die Sprecherin (B) versucht auch diese Normalisierung intersubjektiv abzusichern. Die Interviewerin geht mit einem für sie in den zugrundeliegenden Interviews typischen, kurzen und responsiven „JA“ auf die Absicherungsstrategie ein (Z. 289) und ratifiziert somit die Sequenz (Imo 2013: 162), d. h. diese krankheitsbezogene Normalisierung.

Im letzten Abschnitt des Transkripts wechselt die Angehörige mehrmals ihre Erzählhaltung und Sprecher:innenperspektive. Zum einen nutzt sie die Normalisierungspraktik der Generalisierung (Eggs 2016 sowie Günthner und Bührig/Schopf i. d. B.) „und dass man dann SAGT“ (Z. 290), zum anderen spricht sie aus der Perspektive ihres Mannes „das ist sowieso jetzt nicht mehr mein ding“ (Z. 291), anschließend führt sie aus ihrer eigenen Position fort „und das muss ICH machen“ (Z. 292). Auch hier erhält die potentielle Situation durch die Erwähnung einer zeitlichen Entwicklung („jetzt nicht mehr“, Z. 291) eine prospektive Komponente. Die Begründung für das Müssen liefert die schon vorhandene „HERZsituation“ (Z. 294) ihres Mannes. Letztere kann sie zum ‚hypothetisch-prospektiven Normalisieren‘ nutzen, denn mit dem körperlichen Zustand ihres Mannes könnte sie, wie sie angibt, den geistigen Zustand „kasschieren“ (Z. 296). Die Perspektive „wenn ich WOLLte“ (Z. 296) verdeutlicht die Potentialität dieser Äußerung, die nach dem Hörsignal der Interviewerin („hmHM“ Z. 297) weiter prospektiv ausgeführt wird (nicht abgedruckt) und dadurch nicht nur ein kommunikatives, sondern ebenfalls ein lebensweltliches *doing being ordinary* in Aussicht stellt.

5 Fazit

Als potentielle (später einmal) pflegende Personen (Largent/Karlawish 2019: E1) können Angehörige von Menschen mit Demenzrisiko hinsichtlich ihrer psychosozialen Situation als vulnerable Gruppe gelten. Es ist davon auszugehen, dass Normalisierungsstrategien in Gesprächen, wie den hier vorliegenden Interviews,

Teil einer kommunikativen Bewältigungsstrategie sind, erfahrene und prospektiv (durch die Prädiktion im Vorausblick) vermutete Abweichungen von Normalität intersubjektiv zu überprüfen, einzuordnen und zu verarbeiten. Wie die Analyse verdeutlicht, legt die Angehörige Normalitätserwartungen ihrer Gesprächspartnerin zugrunde, überprüft diese intersubjektiv oder geht antizipierend darauf ein.

Lucius-Hoene beschreibt, dass Coping „als ständig im Fluß befindliches, rückgekoppeltes, prozesshaftes Geschehen“ (2002: 171) aufgefasst werden muss. Diese prozesshafte und intersubjektive Komponente wird besonders in Interaktionen deutlich, aber nicht nur in privaten Gesprächen, sondern auch in eher „einseitigen“ narrativen Interviewformaten mit nicht vertrauten Personen. Hier folgen auf (wiederholte) Absicherungspraktiken der interviewten Personen z. T. unzureichende Reaktionen der Interviewer:innen und leiten einen „korrektiven Prozess“ (Goffman 2017: 28) ein, die den Äußerungen der Interviewten einen rechtfertigenden Charakter verleihen.

Die Praktiken des Normalisierens, die in dieser Untersuchung von Angehörigeninterviews herausgearbeitet werden konnten, unterstreichen das kommunikative Verarbeitungsbedürfnis. Anstelle von großen Normalisierungsgeschichten sind es aber die im Folgenden aufgeführten Praktiken des Normalisierens, die in (reepisodisch formulierten) Small Stories und in evaluativen Äußerungen auftreten. Die herausgearbeiteten Normalisierungsstrategien umfassen:

- Temporales und bereichsspezifisches Relativieren
- Quantitatives Relativieren
- Krankheitsbezogenes Relativieren
- Umbenennen
- Intersubjektives Absichern
- Generalisieren
- Hypothetisch-prospektives Normalisieren

Es ist auffällig, dass die Angehörige im Beispielgespräch zwischen repisodisch formulierten Small Stories der innerfamiliär erlebten Anormalität und den sprachlichen Normalisierungen im Sinne eines gesprächszweckangemessenen „doing being normal“ (Bührig 2009: 54, abgewandelt von Sacks *doing being ordinary*) changiert. Diese Auffälligkeit kann in allen Gesprächen der Studie festgestellt werden und passt zu Maynards Beobachtung (2003: 7) der Wahrnehmung von schlechten Nachrichten als Angriff auf die sonst *konsistente Welt*. Letztere wird versucht, so lange wie möglich aufrechtzuerhalten (Maynard 2003: 182–183), was für unterschiedliche (oder gar gegenläufige) Positionierungen der betroffenen Person im Gespräch sorgt. Das Abwechseln von ProblemDarlegung und der kommunikativen Fortführung des (unauffälligen) Alltags zeigt sich im Erzählen der Angehörigen, das ein Wechselspiel zwischen Anormalitätsbeschreibungen und

Normalisierungen darstellt. Interessant ist, dass die Angehörige trotz Erzählauforderung zu auffälligen Situationen diese Ausführungen durch Phasen, die der kollektiven Vorgabe *doing being ordinary* folgen, ausgleicht. Es findet somit ihrerseits ein *Balancehalten* zwischen Normalisierungen und Anormalitätsbeschreibungen statt.

Hierzu passend kann als rhetorische Praktik die nachgeschobene inkrementelle Mitigation (Bergmann 1992: 151–154; Couper-Kuhlen/Ono 2007: 523) – insbesondere nach einer (erzählungsabschließenden) bewertenden Äußerung – hervorgehoben werden, die einen Ausdruck dieses Balancehaltens und möglicherweise ebenfalls eine interaktionale Konsequenz der Spezifik der Interviewsituation (wenig Rückmeldung) darstellt. Die (minimalen) Reaktionen der Interviewerin sind dennoch interaktiv relevant für den Erzählprozess der Angehörigen, auch wenn erstere interviewtypisch zurückhaltend ist (Deppermann 2013: 6). Wie Selting (2016: 48) für Beschwerdeerzählungen beschreibt, sind Reaktionen von Rezipient:innen auch im privaten Alltagsgespräch (im gelungenen Fall) nicht immer ähnlich, sondern eher mal in die eine, mal in die andere Richtung ausgleichend. Die Balance zwischen Normalisierungen und Beschreibungen von Anormalität ist somit auch auf kommunikativ-interaktiver Ebene angesiedelt, sie bezieht sich nicht nur auf (einseitig) vermittelte Informationen, sondern betrifft die gemeinsame interaktive Herstellung von Sinn im Gespräch.

Literatur

- Altmann, Hans (1976): *Die Gradpartikeln im Deutschen. Untersuchungen zu ihrer Syntax, Semantik und Pragmatik*. Tübingen: Niemeyer.
- Aspinwall, Lisa G. & Shelley E. Taylor (1997): A Stitch in Time. Self-regulation and proactive coping. *Psychological Bulletin* 121 (3), 417–436.
- Bamberg, Michael & Alexandra Georgakopoulou (2008): Small Stories as a New Perspective in Narrative and Identity Analysis. *Text & Talk* 28 (3), 377–396.
- Bergmann, Jörg (1980): *Interaktion und Exploration. Eine konversationsanalytische Studie zur sozialen Organisation der Eröffnungsphase von psychiatrischen Aufnahmegesprächen*. Universität Konstanz, Dissertation.
- Bergmann, Jörg (1992): Veiled morality: notes on discretion in psychiatry. In Paul Drew & John Heritage (Hrsg.), *Talk at work. Interaction in institutional settings*, 137–162. Cambridge: CUP.
- Bergmann, Jörg (1999): Diskrete Exploration: Über die moralische Sinnstruktur eines psychiatrischen Frageformats. In Jörg Bergmann & Thomas Luckmann (Hrsg.), *Kommunikative Konstruktion von Moral. Band 2: Von der Moral zu den Moralen*, 169–190. Wiesbaden: Springer.
- Birkner, Karin, Peter Auer, Angelika Bauer & Helga Kotthoff (2020): *Einführung in die Konversationsanalyse*. Berlin, Boston: De Gruyter.
- Blühdorn, Hardarik, Ad Foolen & Óscar Loureda (2017): Diskursmarker: Begriffsgeschichte – Theorie – Beschreibung. Ein bibliographischer Überblick. In Hardarik Blühdorn, Arnulf

- Deppermann, Henrike Helmer & Thomas Spranz-Fogasy (Hrsg.), *Diskursmarker im Deutschen. Reflexionen und Analysen*, 7–48. Göttingen: Verlag für Gesprächsforschung.
- Bührig, Kristin (2009): Zur sprachlich-kommunikativen Realisierung von ‚Normalität‘ in der Arzt-Patienten-Kommunikation. In Hanneli Döhner, Heidrun Kaupen-Haas & Olaf van dem Knesebeck (Hrsg.), *Medizinsoziologie in Wissenschaft und Praxis. Festschrift für Alf Trojan*, 51–64. Münster: LIT.
- Couper-Kuhlen, Elizabeth & Tsuyoshi Ono (2007): ‚Incrementing‘ in Conversation. A Comparison of Practices in English, German and Japanese. *Pragmatics* 17 (4), 513–552.
- Deppermann, Arnulf (2013): Interview als Text vs. Interview als Interaktion. *FQS Forum Qualitative Sozialforschung* 14 (3), Art. 13, 1–36.
- Deppermann, Arnulf & Gabriele Lucius-Hoene (2005): Trauma erzählen – kommunikative, sprachliche und stimmliche Verfahren der Darstellung traumatischer Erlebnisse. *Psychotherapie & Sozialwissenschaft* 7, 35–73.
- DIMDI (2022): ICD-10-GM Version 2022, Systematisches Verzeichnis, Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (10. Revision). Köln.
- Düsing, Rainer & Martin Middeke (2016): SPRINT-Studie zur Blutdrucksenkung: Neuer Zündstoff für die Kontroverse. *Deutsches Ärzteblatt* 113 (48), A-2210/B-1825/C-1801.
- Eggs, Frederike (2016): Das personale Indefinitum ‚man‘. In Franz d’Avis & Horst Lohnstein (Hrsg.), *Normalität in der Sprache*, 181–220. Hamburg: Buske.
- Fischer, Kerstin (2006): Konstruktionsgrammatik und situationales Wissen. In Susanne Günthner & Wolfgang Imo (Hrsg.), *Konstruktionen in der Interaktion*, 343–264. Berlin: De Gruyter.
- Fleck, Ludwik (1980): *Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Flick, Uwe (1997): The Episodic Interview. Small Scale Narratives as Approach to Relevant Experiences. *Methodology Institute Discussion Papers – Qualitative Series*, 1–23. London: LSE.
- Flick, Uwe (2011): Das Episodische Interview. In Gertrud Oelerich & Hans-Uwe Otto (Hrsg.), *Empirische Forschung und Soziale Arbeit*, 273–280. Wiesbaden: Springer VS.
- Goffman, Erving (2017): *Interaktionsrituale. Über Verhalten in direkter Kommunikation*, 11. Auflage. Berlin: Suhrkamp.
- Good, Byron J. (1994): *Medicine, Rationality, and Experience. An Anthropological Perspective*. Cambridge: CUP.
- Goodwin, Charles (1980): Restarts, Pauses, and the Achievement of a State of Mutual Gaze at Turn-Beginning. *Sociological Inquiry* 50 (3–4), 272–302.
- Guyatt, Gordon, John Cairns, David Churchill & Deborah Cook et al. (1992): Evidence-Based Medicine: A New Approach to Teaching the Practice of Medicine. *JAMA* 268 (17), 2420–2425.
- Gülich, Elisabeth & Gabriele Lucius-Hoene (2015): Veränderungen von Geschichten beim Erzählen. In Elke Schumann, Elisabeth Gülich, Gabriele Lucius-Hoene & Stefan Pfänder (Hrsg.), *Wiedererzählen. Formen und Funktionen einer kulturellen Praxis*, 135–175. Bielefeld: transcript.
- Günthner, Susanne (2019): ‚Kultur-in-kommunikativen-Praktiken‘. Kommunikative Praktiken zur Übermittlung schlechter Nachrichten in onkologischen Aufklärungsgesprächen. In Juliane Schröter, Susanne Tienken, Yvonne Ilg, Joachim Scharloth & Noah Bubenhofer (Hrsg.), *Linguistische Kulturanalyse*, 269–292. Berlin, Boston: De Gruyter.
- Heritage, John (1984): A change-of-state token and aspects of its sequential placement. In J. Maxwell Atkinson & John Heritage (Hrsg.), *Structures of Social Action: Studies in Conversation Analysis*, 299–345. Cambridge: CUP.
- Hewitt, John P. & Randall Stokes (1975): Disclaimers. *American Sociological Review* 40 (1), 1–11.
- Hydén, Lars-Christer (1997): Illness and Narrative. *Sociology of Health and Illness* 19, 48–69.

- Imo, Wolfgang (2013): *Sprache in Interaktion. Analysemethoden und Untersuchungsfelder*. Berlin, Boston: De Gruyter.
- Jack, Clifford R., David A. Bennett, Kaj Blennow & Maria C. Carrillo et al. (2018): NIA-AA Research Framework: Toward a Biological Definition of Alzheimer's Disease. *Alzheimer's & Dementia* 14 (4), 535–562.
- Jäger, Margarete & Siegfried Jäger (2007): Normalität um jeden Preis? Normalismus und Normalisierung als diskurstragende Kategorien in modernen Industriegesellschaften. In Margarete Jäger & Siegfried Jäger (Hrsg.), *Deutungskämpfe. Theorie und Praxis Kritischer Diskursanalyse*, 61–72. Wiesbaden: VS.
- König, Katharina (2014): *Spracheinstellungen und Identitätskonstruktion. Eine gesprächsanalytische Untersuchung sprachbiographischer Interviews mit Deutsch-Vietnamesen*. Berlin: Akademie.
- Labov, William & Joshua Waletzky (1967): Narrative Analysis: Oral Versions of Personal Experience. In June Helm (Hrsg.), *Essays on the Verbal and Visual Arts*, 12–44. Seattle: University of Washington Press.
- Largent, Emily A. & Jason Karlawish (2019): Preclinical Alzheimer Disease and the Dawn of the Pre-Caregiver. *JAMA Neurology* 76 (6), 631–632.
- Linke, Angelika (2016): Einführung: Kommunikation und Kulturalität. In Ludwig Jäger, Werner Holly, Peter Krapp, Samuel Weber & Simon Heekeren (Hrsg.), *Sprache – Kultur – Kommunikation. Ein internationales Handbuch zu Linguistik als Kulturwissenschaft*, 351–368. Berlin: De Gruyter Mouton.
- Lucius-Hoene, Gabriele (2002): Narrative Bewältigung von Krankheit und Coping-Forschung. *Psychotherapie & Sozialwissenschaft* 4 (3), 166–203.
- Lucius-Hoene, Gabriele (2009): Erzählen als Bewältigung. In Geneviève Grimm, Nicole Kapfhamer, Hanspeter Mathys, Suleika Michel & Brigitte Boothe (Hrsg.), *Erzählen, Träumen und Erinnern. Erträge klinischer Erzählforschung*, 139–147. Lengerich, Berlin: Pabst.
- Lucius-Hoene, Gabriele & Arnulf Deppermann (2004): Narrative Identität und Positionierung. *Gesprächsforschung* 5, 166–183.
- Maynard, Douglas W. (2003): *Bad News, Good News: Conversational Order in Everyday Talk and Clinical Settings*. Chicago, London: Chicago UP.
- Park, Crystal L. & Susan Folkman (1997): Meaning in the Context of Stress and Coping. *Review of General Psychology* 1 (2), 115–144.
- Rostamzadeh, Ayda & Frank Jessen (2020): Früherkennung der Alzheimer-Krankheit und Demenzprädiktion bei Patienten mit leichter kognitiver Störung. *Nervenarzt* 2020 (91), 832–842.
- Rostamzadeh, Ayda, Carolin Schwegler, Silvia Gil-Navarro, Maitée Rosende-Roca, Vanessa Romotzky, Gemma Ortega, Pilar Cañabate, Mariola Moreno, Björn Schmitz-Luhn, Mercè Boada, Frank Jessen & Christiane Woopen (2021): Biomarker-Based Risk Prediction of Alzheimer's Dementia in MCI: Psychosocial, Ethical and Legal Aspects – The PreDADQoL Project. *Journal of Alzheimer's Disease* 80 (2), 601–617.
- Sacks, Harvey (1984): On doing „being ordinary“. In J. Maxwell Atkinson & John Heritage (Hrsg.), *Structures of Social Action Studies in Conversation Analysis*, 413–440. Cambridge: CUP.
- Sacks, Harvey (1992): *Lectures on Conversation, I*. Chichester: Blackwell.
- Sager, Sven F. (2004): *Kommunikationsanalyse und Verhaltensforschung: Grundlagen einer Gesprächsethologie*. Tübingen: Stauffenburg.
- Scheidt, Carl Eduard, Gabriele Lucius-Hoene, Anja Stukenbrock & Elisabeth Waller (Hrsg.) (2018): *Narrative Bewältigung von Trauma und Verlust*. Stuttgart: Schattauer.
- Scheidt, Carl Eduard & Gabriele Lucius-Hoene (2018): Kategorisierung und narrative Bewältigung bindungsbezogener Traumaerfahrungen im Erwachsenenbindungsinterview. In Carl Eduard

- Scheidt, Gabriele Lucius-Hoene, Anja Stukenbrock & Elisabeth Waller (Hrsg.), *Narrative Bewältigung von Trauma und Verlust*, 26–38. Stuttgart: Schattauer.
- Schröter, Juliane, Susanne Tienken & Yvonne Ilg (2019): Linguistische Kulturanalyse. Eine Einführung. In Juliane Schröter, Susanne Tienken, Yvonne Ilg, Joachim Scharloth & Noah Bubenhofer (Hrsg.), *Linguistische Kulturanalyse*, 1–27. Berlin, Boston: De Gruyter.
- Schwegler, Carolin, Ayda Rostamzadeh, Frank Jessen, Mercè Boada & Christiane Woopen (2017): Expectations of Patients with MCI and their Caregivers towards Predictive Diagnosis of AD: A Qualitative Approach. *Alzheimer's & Dementia* 13 (7), P538.
- Schwegler, Carolin (2021): Prädiktive Medizin als Gegenstand linguistischer Untersuchungen. In Marina Iakushevich, Yvonne Ilg & Theresa Schnedermann (Hrsg.), *Linguistik und Medizin. Sprachwissenschaftliche Zugänge und interdisziplinäre Perspektiven*, 359–377. Berlin, Boston: De Gruyter.
- Schwegler, Carolin, Vanessa Romotzky & Christiane Woopen (2023): Wissensbestände und Wissensquellen im Entscheidungsprozess zur Prädiktion der Alzheimer-Demenz. In Annika Baumeister, Carolin Schwegler & Christiane Woopen (Hrsg.), *Facetten von Gesundheitskompetenz in einer Gesellschaft der Vielfalt*, 111–124. Berlin: Springer.
- Schwegler, Carolin, Björn Schmitz-Luhn, Vanessa Romotzky & Pilar Cañabate, Mariola Moreno, Gemma Ortega, Mercè Boada, Frank Jessen, Christiane Woopen & Ayda Rostamzadeh (2023): Predementia counselling: Informed decision-making and post-counselling reflection. *GeroPsych – Journal of Gerontopsychology and Geriatric Psychiatry (Special Issue: Ethical aspects in diagnostics, prediction, and treatment of dementia)*. <https://doi.org/10.1024/1662-9647/a000313> (letzter Zugriff 05.05.2023).
- Selting, Margret (2016): Praktiken des Sprechens und Interagierens im Gespräch aus der Sicht von Konversationsanalyse und Interaktionaler Linguistik. In Arnulf Deppermann, Helmuth Feilke & Angelika Linke (Hrsg.), *Sprachliche und kommunikative Praktiken*, 27–56. Berlin, Boston: De Gruyter.
- Sepelhy, Amir A., Izabela Z. Schultz, Douglas A. Cohen & Sarah Greer (2022): From Subjective Cognitive Decline to Mild Cognitive Impairment to Dementia: Clinical and Capacity Assessment Considerations. *Psychological Injury and Law*, 1–15.
- Skinner, Ellen A., Kathleen Edge, Jeffrey Altman, & Hayley Sherwood (2003): Searching for the Structure of Coping: A Review and Critique of Category Systems for Classifying Ways of Coping. *Psychological Bulletin* 129 (2), 216–269.
- Thurmair, Maria (1989): *Modalpartikeln und ihre Kombinationen*. Tübingen: Niemeyer.
- Vos, Stephanie J. B., Frans Verhey, Lutz Fröhlich & Johannes Kornhuber et al. (2015): Prevalence and Prognosis of Alzheimer's Disease at the Mild Cognitive Impairment Stage. *Brain* 138, 1327–1338.
- Wehrle, Maren (2010): Die Normativität der Erfahrung. Überlegungen zur Beziehung zwischen Normalität und Aufmerksamkeit bei E. Husserl. *Husserl Studies* 26 (3), 167–187.
- Wehrle, Maren (2016): Normale und normalisierte Erfahrung. Das Ineinander von Diskurs und Erfahrung. In Hilge Landweer & Isabella Marcinski (Hrsg.), *Dem Erleben auf der Spur. Feminismus und die Philosophie des Leibes*, 235–256. Bielefeld: transcript.
- WHO (2021): *World Alzheimer Report 2021*. Online verfügbar unter <https://www.alzint.org/resource/world-alzheimer-report-2021/> (letzter Zugriff 14.08.2023).
- Zaumseil, Manfred & Silke Schwarz (2013): Understandings of Coping: A Critical Review of Coping Theories for Disaster Contexts. In Manfred Zaumseil, Silke Schwarz, Mechthild von Vacano, Gavin Brent Sullivan & Johana Prawitasari-Hadiyono (Hrsg.), *Cultural Psychology of Coping with Disasters*, 45–83. Berlin, New York: Springer.

Kati Hannken-Illjes, Sara Honegger, Ina Völker und Tanja Giessler

aber das is (-) norMAL; – Normalität in der Schwangerenberatung

Abstract: Gespräche in der Schwangerenberatung bewegen sich in einem Spannungsverhältnis zwischen Schwangerschaft als normalem Zustand, der trotz möglicher Schwangerschaftsbeschwerden keinen Krankheitswert hat, und der medizinischen Dimension von Schwangerschaft und Geburt. Der vorliegende Beitrag zeigt, wie die Gesprächspartner*innen unterschiedliche Konzepte von Normalität in den Gesprächen herstellen und nutzen. Dabei rekonstruieren wir ein Konzept, das wir als SCHWANGERSCHAFTSNORMAL fassen, welches insbesondere über Erfahrungswissen und Erlebenswissen konstituiert wird. Abweichungen von diesem SCHWANGERSCHAFTSNORMAL erweisen sich zur Einordnung und Evaluation bestimmter (körperlicher) Empfindungen als besonders relevant für Gespräche in der Schwangerenberatung.

Keywords: interaktionale Herstellung von Normalität, SCHWANGERSCHAFTSNORMAL, medizinische Kommunikation, Gespräche in der Geburtshilfe, Gesprächsanalyse, Erfahrungswissen, Erlebenswissen, Schwangerenberatung, Normalitätskonzepte, Wissen im Gespräch

1 Einleitung

In Gesprächen der Geburtshilfe und der Schwangerenberatung stellt die Normalität von Erfahrungen, Empfindungen oder Einstellungen ein zentrales Konzept dar. Die Gespräche bewegen sich in einem Spannungsverhältnis zwischen Schwangerschaft als normalem Zustand, der trotz möglicher Beschwerden keinen Krankheitswert hat, und der medizinischen Dimension von Schwangerschaft und Geburt. Dabei werden Normbezüge und Normalität zwar lokal in der Interaktion hergestellt, können jedoch auch auf Wissensbestände aus gesellschaftlichen Diskursen über Schwangerschaft und Geburt zurückgreifen. So sieht Dudenhausen (2008: 232) die Geburt in einem Spannungsfeld von der Natur überlassenem Ereignis (normale Geburt = natürliche Geburt) und durchgeplantem Vorgang (normale Geburt = medizinisch unauffällige Geburt). Normalität wird, je nach Sichtweise, einem Natürlichkeits- oder einem Sicherheitsdiskurs zugeordnet. Ähnlich fassen Rose/Schmidt-Knittel (2011) den gesellschaftlichen Diskurs um die Geburt als bestimmt durch ein Spannungsverhältnis von Risiko- und Natürlichkeitsdispositiv. Dieses Verhältnis von Normalität, Natürlichkeit und Sicherheit findet sich nicht nur auf Diskursebene, sondern auch auf

der Ebene der Interaktion, bspw. in Gesprächen der Schwangerenberatung. Auch wenn diskursive Wissensbestände auf die interaktionale Praxis zurückwirken (vgl. Villa/Moebius/Thiessen 2011: 15), so sind Diskurs, im Sinne einer Diskursformation, und Gesprächspraxis doch nicht gleichzusetzen, denn in Gesprächen der Schwangerenberatung wird lokal und auf eine individuelle Schwangerschaft bezogen ausgehandelt, was unter der Geburt und insbesondere auch im Rahmen der Schwangerschaft als normal gilt. Dies geschieht vor allem durch den begründenden Bezug auf diverse Wissensaspekte und -quellen, unter denen Erfahrungswissen und Erlebenswissen die wichtigsten Dimensionen darstellen.

Unsere Analyse zeigt, dass in Gesprächen der Schwangerenberatung verschiedene Aspekte und Formen von Wissen aufgerufen werden, um anzuzeigen, was als normal beurteilt wird und was nicht. Zum einen indizieren die Gesprächsbeteiligten auf diese Weise, dass sie qua Erfahrung (auf professioneller und / oder auf persönlicher Ebene) dazu befugt sind, zu beurteilen, was normal bzw. nicht normal ist. Zum anderen knüpft der Bezug auf eine Normalität an die Relevanzeinstufung einzelner Themen an. Dies trifft, so werden die Beispiele zeigen, insbesondere auf die Einordnung von körperlichen Symptomen in der Schwangerschaft und deren Normalisierung zu. Wird bspw. durch die Schwangere das Thema Sodbrennen als Beschwerde initiiert, dieses jedoch von der Hebamme als normale Beschwerde in der Schwangerschaft bewertet, so wird das Thema auf diese Weise in seiner Relevanz herabgestuft (vgl. dazu auch die von Buck (in diesem Band) herausgestellten Normalisierungen von patient*innenseitigem Erleben in Teambesprechungen auf der Palliativstation und die damit einhergehende Implikation einer Nicht-Indikation weiterer Maßnahmen). Die Aushandlung von Relevanz verstehen wir dabei in Anlehnung an Sator (2003: 57) als eine interaktive Aufgabe. Die Untersuchung der Herstellung von Normalität in ihrer Verbindung mit der Hoch- und Herabstufung von Relevanz eignet sich zur Fokussierung der Frage, wie welche Themen bearbeitbar gemacht werden. Darüber hinaus eröffnet der Blick auf die Herstellung von Normalität in der Schwangerenberatung einen Zugang zu individuellen Abweichungen von einem NORMAL¹ in der Schwangerschaft, die von medizinischer Relevanz für die Geburtsvorbereitung sein können. Im Folgenden werden wir sowohl die interaktionale Herstellung von Normalität im Gespräch als auch die Spezifika kommunikativer Ereignisse in der Schwangerenberatung in den Blick nehmen, um dann nach der Beschreibung der Daten die interaktive Herstellung eines SCHWANGERSCHAFTSNORMALS und seine Grenzbereiche zu untersuchen.

¹ Die Kapitalchen sollen signalisieren, dass es sich hier – im Unterschied zur sonst gebräuchlichen Verwendung des Begriffs – um das analytische Konzept eines Normalen, einer Normalität handelt.

2 Die interaktionale Herstellung von Normalität

2.1 Die interaktionale Herstellung von Normalität mit Bezug auf Wissen

Die Herstellung von Normalität im Gespräch ist eng an Fragen der Wissenskonstitution und der Herstellung von Evidenz gebunden. Die gemeinsame (oder divergierende) Einschätzung von etwas als NORMAL basiert auf Vergleichsfolien und ist ein interaktives Ergebnis des *Displays*, der Zuschreibung und der lokalen Aushandlung NORMAL-relevanter Wissensbestände auf Seiten der Teilnehmer*innen.

Unter der Annahme, dass Wissen eine bedeutende Rolle bei der Herstellung von Normalität zukommt, stellt sich die Frage, ob und wie mentale, nicht beobachtbare Wissensstrukturen den Interaktionsteilnehmer*innen zugeordnet werden können. Damit verknüpft ist sowohl die Frage nach der Rolle von Wissen innerhalb der Interaktion als auch innerhalb der Interaktionsanalyse (vgl. Lynch/Macbeth 2016; Lynch/Wong 2016; Heritage 2018 und Drew 2018). Wir verstehen Wissen mit Deppermann (2015: 2) als „Annahmen, die eine Personen [sic!] für mehr oder weniger gewiss hält, sowie alle begrifflich (aber nicht unbedingt sprachlich) strukturierten Kenntnisse.“ Unsere Analysen fokussieren nicht, was die Teilnehmer*innen wissen, sondern wie verschiedene Formen des Wissens im Gespräch zur Herstellung von Normalität verfügbar gemacht und bearbeitet werden. Damit wird Wissen zu „eine[r] Ressource der Interaktionsorganisation im Unterschied zur mentalistischen Sicht, nach der es Voraussetzung und Ergebnis interaktiven Handelns [sic!] ist.“ (Deppermann 2015: 4); das Verstehen der Welt ist gebunden an „public embodiment, gesturing, positioning, movement, and talk“ (Maynard 2006: 109). Dies gilt auch für das Wissen und das Verstehen, was als NORMAL in der Schwangerschaft gelten kann.

Der Fokus unserer Analyse liegt demnach darauf, wie die Gesprächsteilnehmer*innen einander die verschiedenen Formen von Wissen und Sicherheit des Wissens anzeigen bzw. welches Wissen sie einander zuschreiben (vgl. Deppermann 2015: 2), um daraus verschiedene Formen der Bearbeitung von Normalität zu ermöglichen. Zentral ist die Frage zum Zugang zu verschiedenen Wissensformen (bspw. deklarative oder prozedurale) sowie der Rückgriff auf diverse Wissensquellen, darunter direkte (bspw. visuelle oder sensorische), reflektierte (bspw. inferentielle) oder vermittelte Quellen (durch Hörensagen oder Zitate) (vgl. Plungian 2001: 535; Aikhenvald, 2004: 63f.). Die begründende Kraft dieses Bezugs auf Wissensquellen, die sich auch in den Auszügen unseres Korpus zeigt, wurde für das Deutsche von Diewald und Smirnova (2010: 2) definiert: „Evidentiality is a semantic-functional domain having to do with the kinds of ‚proof‘ speakers are able to adduce in order to underpin their statements“. Die konventionellen Beziehungen zwischen vermeintlicher Informations-

quelle, Gültigkeit der Information und Grad an epistemischer Autorität führen zur Beweiskraft von Informationsquellen (Mushin 2013: 629) und erlauben Urteile hinsichtlich der Faktizität bzw. Gewissheit von Informationen, die auch Modalitäts-Markern zugesprochen werden (vgl. Diewald/Smirnova 2010: 86 und Mushin 2013: 634). Sidnell (2012: 295 und 315) betont darüber hinaus, dass das Indizieren von Wissensquellen als eine Ressource unter vielen zu betrachten sei, mit denen epistemische Positionierungen vorgenommen werden, die zum Teil *en passant* geschehen.

Bedeutend für unseren Beitrag ist insbesondere die Aktualisierung subjektiven Erfahrungswissens in Bezug auf die Geburt, welches von einem theoretischen Erkenntniswissen abgegrenzt werden kann (vgl. Graf/Spranz-Fogasy 2018: 19). Das Erfahrungswissen beinhaltet zwar eine medizinische Dimension, die mit dem subjektiv-individuellen Erleben verwoben ist, es unterscheidet sich jedoch vom systematisch erworbenen und durch intensive berufliche Beschäftigung angeeigneten Fachwissen von Expert*innen (vgl. Birkner/Vlassenko 2015: 143). Ersteres ziehen Schwangere – zumeist Mehrfachgebärende – explizit zur begründeten Einordnung (bzw. Abgrenzung) bestimmter Symptome in ein SCHWANGERSCHAFTSNORMAL heran. Zweiteres verwenden Hebammen häufig implizit vor einem ähnlichen Hintergrund.

2.2 Die interaktionale Herstellung von Normalität in medizinischen Gesprächen

Für medizinische Gespräche, z. B. im Rahmen von Diagnosemitteilungsgesprächen (Maynard 2003; Günthner 2017) oder präoperativen Aufklärungsgesprächen (Bührig 2009), sind verschiedene Formen von Normalisierungsstrategien beschrieben worden.² Die Beschreibung des NORMALEN bezieht sich oft auf die Einordnung von Messwerten (vgl. Bredmar/Linell 1999 und Groß 2018). Groß (2018) beschreibt die Herstellung von Normalität anhand von Befundmitteilungen in ambulanten ärztlichen Gesprächen mit HIV-positiven Patient*innen. Dabei liegen der Herstellung von Normalität unterschiedliche Referenzbereiche zugrunde; Verfahren des Normalisierens können sich auf inter- und intraindividuelle Vergleiche beziehen (vgl. Groß 2018: 219). Im interindividuellen Abgleich kann zwischen einem NORMAL, das bestimmt ist als ‘ohne Krankheitswert’ und einem NORMAL innerhalb einer Erkrankung differenziert werden. Diese Unterscheidung ist ebenso für Gespräche in

² Schick i. d. B. zeigt anhand ihres Vergleichskorpus deutscher und russischer Aufklärungsgespräche, wie sprachlich vermittelte animierte Szenarien als Normalisierungsstrategie genutzt werden, um mögliche Behandlungsoptionen vorzustellen.

der Geburtshilfe zentral, changiert doch die Schwangerschaft zwischen einem normalen, nicht-kranken Zustand und einzelnen körperlichen Beschwerden mit Krankheitswert. Stellen Schwangere über Erfahrungswissen Vergleiche zu vorhergehenden Schwangerschaften her und nehmen damit auch eine starke epistemische Position ein, werden zudem die intraindividuellen Vergleiche relevant.

Groß (2018: 220f.) unterscheidet drei Formen des *stancetaking* innerhalb der Praktik des Normalisierens: das affektive, evaluative und epistemische. Sie beobachtet, dass häufig über evaluative Verfahren im Sinne eines *evaluative stancetaking* Normalität hergestellt wird. In ihren Daten geht das *epistemic stancetaking* eher von ärztlicher Seite aus, weniger von dem*der Patient*in, da es um den Abgleich mit medizinischen Cut-Off-Werten geht, eine Aufgabe, die in den Bereich des professionellen Wissens der Ärzt*innen fällt. „Normalisierende evaluative Verfahren können aufgrund des zumindest implizit gesetzten Vergleichs mit einer interindividuellen Norm eher als professionell-bewertende assessments denn als subjektive Evaluierungen gelten“ (Groß 2018: 221). Allerdings können auch Patient*innen solche vergleichenden Bewertungen und damit objektive Einschätzungen wie ‚völlig im Normbereich‘ vornehmen und nehmen damit eher eine epistemische als eine evaluative Haltung in Bezug auf die relative Bedeutung eines Werts ein (vgl. Groß 2018). Auch Bredmar/Linell (1999) diskutieren, welche Bedeutung Normalität in medizinischen Gesprächen zukommt und analysieren Gespräche zwischen Schwangeren und Hebammen. Damit ist ihre Untersuchung eine der wenigen Arbeiten zu Gesprächen in der Geburtshilfe.

Die Daten von Bredmar/Linell (1999) stammen aus einem schwedischen Korpus, das Gespräche zwischen Hebammen und werdenden Müttern in der *preventive maternal health care* (MHC) umfasst. Die MHC stellt ein Angebot an schwangere Frauen dar, in regelmäßigen Abständen ihre Hebamme aufzusuchen, um zum einen persönliche und professionelle Hilfe zu erhalten und zum anderen Schwangerschafts-Check-ups und medizinische Kontrollen vornehmen zu lassen (vgl. Bredmar/Linell 1999: 239f.). Die Untersuchung der mehrdimensionalen Semantik³ von Normalität führen die Autor*innen konversationsanalytisch an zwei Sequenztypen durch: 1. an Sequenzen, in denen Symptome besprochen werden, und 2. an Sequenzen, in denen Test-Ergebnisse besprochen und eingeordnet werden. In beiden Sequenztypen wird auf eine Normalität referiert, um bestimmte Symptome als unauffällig bzw. normal im Rahmen der Schwangerschaft zu bewerten. Die Schwangerschaft wird dadurch explizit von einer Krankheit abgegrenzt. Auf diese Weise sollen der Schwangeren

³ Erstens, so die Autor*innen, besitzt Normalität eine moralische Dimension (das wünschenswerte, erwartbare, angemessene bzw. korrekte Verhalten einer Person). Darüber hinaus weist es eine statistische bzw. wissenschaftliche Dimension auf (das Gewöhnliche, Häufige, Typische, der Durchschnitt) (Bredmar/Linell 1999: 237).

die Sorgen in Bezug auf unerwartete bzw. nicht normale Gegebenheiten (z. B. auffällige Testergebnisse) genommen werden. Die Autor*innen untersuchen dabei, wie das Konzept der Normalität (explizit und implizit) als zentrales Organisationsprinzip für das Verstehen der individuellen Schwangerschaft herangezogen wird. Sie können zeigen, dass die Gesprächspartner*innen häufig gegenseitig ihre Wahrnehmungen und Einschätzungen bestätigen und insbesondere Hebammen affiliative Strategien einsetzen, um einen Diskurs der Normalität zu etablieren. Während in den meisten der untersuchten Sequenzen eine positive Normalitätsbewertung ermöglicht und explizit ausgesprochen oder zumindest implizit vorausgesetzt wird, bleiben explizite Bezeichnungen von abweichenden individuellen Beschwerden der Schwangeren als etwas Abnormales, Alarmierendes oder Besorgniserregendes aus. Abweichende Messwerte oder Beschwerden werden darüber hinaus durch die Hebammen diskursiv neutralisiert, minimiert oder zumindest abgemildert (Bredmar/Linell 1999: 256f.).

Die Untersuchung von Bredmar/Linell (1999) liefert wichtige Erkenntnisse und Anknüpfungspunkte für unsere eigene Analyse, vor allem für die Einordnung bestimmter Schwangerschaftssymptome. Mit Blick auf die epistemischen Dimensionen im Gespräch – die von Bredmar/Linell weitestgehend unberücksichtigt bleiben – sind die Ergebnisse aber nur bedingt übertragbar. Die Daten wurden Anfang der 90er Jahre in Schweden erhoben. Durch die Möglichkeiten, über das Netz und soziale Medien Informationen zu erhalten und auszutauschen, befinden sich die Gespräche unseres Korpus in einer anderen Wissensordnung als die Gespräche aus den 90er Jahren. Es gilt herauszustellen, ob und inwiefern sich dies auf Normalitätsetzungen und -aushandlungen auswirkt. Während bei ihnen nicht zwischen verschiedenen Geltungskreisen von Normalität unterschieden oder die Konstruktion von Normalität auf die Schwangerschaft im Sinne eines SCHWANGERSCHAFTSNORMALS bezogen wird, nehmen wir neben unterschiedlichen Referenzpunkten (medizinischen Werten, körperlichen Symptomatiken) auch ebensolche variierenden Geltungskreise in den Blick. Bei der Analyse verschiedener Geltungsbereiche von Normalität, die im Gespräch hergestellt werden, zeigt sich in unseren Daten, dass Hebamme und Schwangere (und weitere Teilnehmer*innen des Gesprächs) ein SCHWANGERSCHAFTSNORMAL herstellen, das ein Normalitätsfeld beschreibt. Damit repräsentiert es einen dehnbaren Bereich, in welchem Normalität in der Schwangerschaft liegen kann. Dieses Feld wird zum einen begrenzt durch eine Normalität, die auch über die Schwangerschaft hinaus gilt, und zum anderen durch Phänomene in der Schwangerschaft, die nicht mehr normal sind oder als potenziell nicht normal betrachtet werden. Besonders interessant sind hier die Sequenzen, in denen die Normalität (bzw. die Nicht-Normalität) durch intensive Aushandlungsprozesse unter Rückbezug auf unterschiedliches Erfahrungswissen als strittig markiert wird. Dabei werden die Wissensquellen häufig nicht expliziert, so wie auch die Wissensinhalte nur

so weit expliziert werden, wie für die Interaktion und die folgende Kooperation notwendig (vgl. Deppermann 2015: 11 beziehungsweise auf Schütz/Luckmann 1975). Für alle Formen der Normalität gilt, dass sie gemeinsam von den Interaktionsteilnehmer*innen hergestellt werden. Daher nähern wir uns den Gesprächen aus interaktionaler Perspektive und gehen davon aus, dass die Normalität in den Gesprächen von den Interaktionsteilnehmer*innen gemeinsam, durch aufeinander bezogenes Sprechen hergestellt wird (vgl. Deppermann 2008: 8 und Imo/Lanwer 2019: 64). Dies ist für Gespräche der Schwangerenberatung besonders relevant, oszilliert die Schwangerschaft doch immer zwischen einem normalen Zustand ohne Krankheitswert und der klinischen Relevanz von auffälligen Symptomen oder Phänomenen.

3 Gespräche in der Schwangerenberatung

Die untersuchte Gesprächsgattung⁴ wird im Feld *Schwangerenberatung* genannt. Dieser Begriff ist dabei als institutionelle und als Teilnehmer*innenkategorie zu verstehen: Er findet sich sowohl in den Terminkalendern der Hebammen als auch in den Gesprächen der Beteiligten. In den Gesprächseinstiegen rahmen die Hebammen die Gespräche häufig als *Anmeldung zur Geburt* (vgl. Jander 2019), da die Schwangeren im letzten Trimester der Schwangerschaft in die Klinik kommen, um sich für die Geburt anzumelden. In der Regel kennen sich Hebamme und Schwangere noch nicht. Die Hebamme will wissen, wie die Schwangerschaft verlaufen ist und wie es der Schwangeren geht. Die Schwangere erfährt, was sie unter der Geburt erwartet und erhält Informationen über verschiedene mögliche Verläufe der Geburt. Zudem besteht für die Schwangere die Möglichkeit, Fragen zu stellen oder Geburtspläne zu besprechen. Es lassen sich immer mindestens zwei Gesprächsteile unterscheiden: Eine Form der Anamnese mit Übertragung von Daten aus dem Mutterpass in das Partogramm und ein freier Teil, der Raum für verschiedene Erklärungen, Fragen und Entscheidungsfindungen bietet.

⁴ An dieser Stelle sei auf die eingeschränkte Gültigkeit des Gattungsbegriffs für die Gespräche in der Schwangerenberatung verwiesen. Während das Gesprächsformat für die Hebammen und Ärzt*innen ein verfestigtes, sedimentiertes Muster zur „Lösung immer wiederkehrender kommunikativer Aufgaben“ (Günthner/König, 2016: 180) darstellt, ist eine solche durch Routine etablierte Verfestigung auf Seiten der Schwangeren (und insbesondere der Erstgebärenden) nicht gegeben.

4 Methode und Daten

Das Korpus setzt sich aus Gesprächsdaten und ethnographischem Material (Feldnotizen) zusammen und ist Teil des Projekts „Verstehen, Relevanzsetzung und Wissen in Gesprächen der Schwangerenberatung“, das in Kooperation mit der Klinik für Geburtshilfe des Universitätsklinikums Marburg unter Leitung von Dr. Siegmund Köhler entstanden ist. An den Gesprächen beteiligt sind die Schwangere, in manchen Fällen Begleitpersonen, eine Hebamme, häufig eine Hebammenschülerin und in manchen Fällen ein*e Ärzt*in. Die Hauptfunktion der Gespräche ist die Anmeldung zur Geburt im letzten Trimester der Schwangerschaft. Das Korpus wurde 2017 und 2018 in zwei Phasen erhoben und umfasst 37 videographierte Gespräche, deren Länge zwischen 10 und 60 Minuten variiert, mit einer mittleren Länge von 20 Minuten. Die Aufnahmen wurden mit einer stationären Kamera (Sony – HDR-MV1) gemacht, die klein und unauffällig ist und eine sehr gute Audioqualität, wenn auch nur eine mittlere Videoqualität garantiert. Die Teilnahme war freiwillig. Die Teilnehmer*innen wurden über das Ausgangsprojekt informiert und unterzeichneten eine Einverständniserklärung, das Ethikvotum der Universität Marburg liegt vor. Die Gespräche wurden gemäß GAT2-Konventionen in Form von Basistranskripten verschriftlicht (vgl. Selting et al. 2009). Unsere Ergebnisse basieren auf interaktionslinguistischen Gesprächsanalysen. Im Fokus steht dabei die gemeinsame Aushandlung von Normalität, auch durch die Kontrastierung mit dem Nicht-Normalen, Auffälligen. Im Gegensatz zu den Gesprächen, die Bredmar/Linell (1999) untersucht haben, sind die Gespräche unseres Korpus häufig zukunftsgerichtet, d. h. explizit auf die bevorstehende Geburt fokussiert. Die Kollektion, auf der die Analyse basiert, wurde über alle Gespräche hinweg zusammengestellt. Für die Auswahl war zunächst eine lexikalische Suche nach Begriffen im Feld von normal, Normalität ebenso wie die Suche nach Vergleichsschemata ausschlaggebend. Die hier präsentierten Sequenzen stehen exemplarisch für die verschiedenen Konstitutionen von NORMAL im Korpus.

5 NORMAL in und außerhalb der Schwangerschaft

5.1 „ging ALlen so“ – Übergänge zum SCHWANGERSCHAFTSNORMAL

Das SCHWANGERSCHAFTSNORMAL entsteht im Gespräch häufig über die Kontrastierung mit anderen Formen des Normalen. So werden typische Beschwerden der Schwangerschaft nicht nur für eine Schwangerschaft normalisiert, sondern zugleich ein all-

gemeineres NORMAL konstruiert. Auf diese Weise etablieren die Gesprächsbeteiligten einen Referenzpunkt des SCHWANGERSCHAFTSNORMALS im Übergang zu einem allgemeinen NORMAL. Die Annahme lautet dabei: Das ist noch nicht spezifisch für die Schwangerschaft, auch wenn es dort ebenfalls normal wäre. Ein Beispiel findet sich im folgenden Austausch zwischen der Hebamme und der Schwangeren.

Beispiel 1: Gespräch 34

ML⁵: Hebamme, RF: Schwangere, GF: Partner der Schwangeren

- 372 ML: <<im Mutterpass blättern> °h ham sie jetzt irgendwie
probleme gehabt mit > <<zu RF blickend> KRAMPFadern
oder wassereinlagerung[en >,]
- 373 RF: [(nur)] jetzt als es so HEISS
war hatt ich schon äh-
- 374 °h geschwollene füße und HÄNde aber ich
[glaub das is] <<mit der linken Hand am Ohr
kratzend> äh >-
- 375 ML: [<<schreibend> JA: >,]
- 376 ((schreibt, 1.49s))
- 377 RF: <<Hand zurück auf den Bauch legend> ging > ALlen so
<<lachend> glaub [(ich) >;]
- 378 GF: [hehe]
- 379 ML: [<<schreibend> JO >;]
- 380 RF: hehehe
- 381 ML: <<schreibend> nich [nur im SCHW]ANge[renzu][stand >.]

Die Hebamme erfragt zunächst „probleme“ (Z. 372) in Verbindung mit Krampfadern und Wassereinlagerungen und schlägt damit mögliche Schwangerschaftssymptome vor (vgl. Bredmar/Linell 1999: 243). Mit dieser beschwerdenexplorativen Frage eröffnet sie somit den Raum für Beschwerden und damit verbunden für Abweichungen von einem NORMAL (vgl. Groß/Birkner i. d. B.). Die Schwangere leitet ihre Antwort über die Angabe einer zeitlichen und umstandsbezogenen Spezifizierung ein und beschränkt somit die Reichweite ihrer Beschwerden (Z. 373f.). Ihre Symptome ordnet sie anschließend auch jenseits einer Schwangerschaft als normal ein, indem sie festhält: „ging ALlen so“ (Z. 377). Epistemisch wird diese Einordnung jedoch durch Häsitationspartikeln sowie durch die wiederholt geäußerte Markierung einer Vermutung mit Hilfe des *verbum cogitandum* „glauben“ (Z. 374–377) als

⁵ Die Siglen stehen für die pseudonymisierten Vor- und Familiennamen der jeweiligen Gesprächsbeteiligten.

ungesichert gekennzeichnet. Eine weitere Begründung bzw. Quelle für die geäußerte Vermutung erfolgt nicht. Die Hebamme ratifiziert (Z. 379) und expliziert (Z. 381) die Einordnung der Schwangeren. Hebamme und Schwangere haben somit gemeinsam ein NORMAL etabliert, dem die Beschwerden der Schwangeren zuzuordnen sind, auch wenn sie dann als nicht spezifisch für die Schwangerschaft bewertet werden (vgl. den Begriff der Normalisierungspraktik durch Generalisieren bei Schwegler i. d. B.). Auf verbaler und nonverbaler Ebene werden die Wassereinlagerungen dennoch als relevant behandelt. Dies zeigt sich daran, dass die Hebamme – die zu Beginn der Sequenz nach den Beschwerden gefragt hat – diese notiert, während die Schwangere berichtet (Z. 375 und 379). Krampfadern und Wassereinlagerungen können Symptome für darunterliegende Komplikationen sein, sind jedoch während einer Schwangerschaft nicht ungewöhnlich und müssen deshalb keinen Krankheitswert haben. In dem Gesprächsausschnitt etabliert die Schwangere nun initiativ in Kontrast zu einem SCHWANGERSCHAFTSNORMAL ein allgemeineres NORMAL, bei dem diese Symptome durch hohe Temperaturen auftreten und somit als unabhängig von der Schwangerschaft oder besagten Komplikationen behandelt werden. Dieses wird durch die Hebamme ratifiziert. Das mögliche Problem von Krampfadern wird normalisiert, da es bei allen auftreten kann (da alle der Hitze ausgesetzt sind). Die Praktik des Normalisierens tritt also an dieser Stelle in Form einer De-Individualisierung möglicher problematischer Zustände auf, die erfragt werden. Zudem werden alternative Ursachen angegeben (Z. 373: „als es so HEISS war“). Die Wissensquellen der beiden Teilnehmerinnen werden hier nicht weiter expliziert, auch die Form des Wissens nicht. Die Gesprächspartnerinnen zeigen einen *common ground*, d. h. geteiltes Wissen an, das implizit auf der Zugehörigkeit zu einer Erfahrungsgemeinschaft gründet (vgl. Clark 1996: 100 ff.) und keiner weiteren Ausführung bedarf.

5.2 „dann weiß man dass man SCHWANger is“ – Etablieren eines SCHWANGERSCHAFTSNORMALS

Das SCHWANGERSCHAFTSNORMAL bezeichnet die Konzeption eines Normbereichs, der von den Teilnehmer*innen kollaborativ hergestellt wird und teilweise auch ganz unproblematisch unterstellt wird. Eine solche Herstellung von NORMAL erfordert häufig keinen großen Kommunikationsaufwand, da die Gesprächsbeteiligten Übereinstimmung hinsichtlich ihrer Normalitätskonzepte aufzeigen. Einem solchen SCHWANGERSCHAFTSNORMAL werden schwangerschaftsbezogene Beschwerden zugeordnet, die (noch) nicht als klinisch relevant gewertet werden, aber außerhalb der Schwangerschaft nicht normal wären.

Beispiel 2: Gespräch 19a

MN: Hebammenschülerin, TH: Schwangere

- 172 MN: und hatten sie in dieser schwangerschaft irgendwelche
beSCHWERden-
- 173 ((räuspert sich)) irgendWELche:-
- 174 TH: naja so ganz normal Rückenschmerzen-
- 175 MN: joa aber jetzt NICH[TS irgendwie-]
- 176 TH: [n nee nich] auffällig nix
AUF[fälliges.]
- 177 MN: [Oke.]
- 178 TH: ((räuspert sich))

Auf die Frage der Hebammenschülerin nach Beschwerden in der Schwangerschaft antwortet die Schwangere in dem vorliegenden Beispiel in einer durch die Interjektion „naja“ (Z. 174) abgeschwächten Form und benennt „so ganz normal Rückenschmerzen“ (Z. 174). Mit Hilfe des Modaladverbials „normal Rückenschmerzen“ (vs. Attribut „normale Rückenschmerzen“) verweist die Schwangere explizit auf die Normalität der Rückenschmerzen im Rahmen der Schwangerschaft und zugleich auf die Normalität der Schmerzen für sie selbst (zu Normalisierungspraktiken unter expliziter Verwendung morphologischer Formen von NORMAL siehe Groß/Birkner und Ilg i. d. B.). Parallel wird also zum einen die Exklusivität der Schmerzen (für die Schwangere), aber zum anderen auch deren Normalität (für die Schwangere aber auch im Rahmen der Schwangerschaft) hervorgehoben (vgl. den Begriff des bereichsspezifischen Relativierens bei Schwegler i. d. B.). Die Hebammenschülerin bestätigt diese Einordnung, eingeleitet durch „joa aber“ und erkundigt sich nach weiteren Beschwerden (Z. 175). Die Verwendung der Konjunktion „aber“ projiziert eine Kontrastierung und verdeutlicht somit einen Fokus auf Beschwerden, die im Gegensatz zum zuvor Geäußerten nicht dem Normbereich zuzuordnen wären. Diese erneute Frage wird von der Schwangeren verneint und kollaborativ vervollständigt mit Blick auf etwas „Auffälliges“ (Z.176). Diese Äußerung der Schwangeren erfolgt noch in überlappendem Sprechen mit der Hebammenschülerin und stellt eine konkordante bzw. kollaborative Fortsetzung der Äußerung der Schülerin dar (Günthner 2015; Helasuvo 2004; Szczepek 2000a; 2000b), was an der Ratifikation bzw. der Behandlung dieser Ergänzung als adäquat deutlich wird (Z. 177). Die Vervollständigung zeigt zum einen das Verstehen der Schwangeren im Hinblick auf die geforderte Aktivität (Bestätigung) an und zum anderen die übereinstimmende Bewertung der Rückenschmerzen als ‘unauffällig’, die in Kontrast zu etwas Auffälligem gesetzt wird. In diesem Abschnitt behandeln Schwangere und Hebammenschülerin, dass es während der Schwangerschaft sowohl Beschwerden gibt, die normal sind, als auch solche, die auf-

fällig und dementsprechend nicht (mehr) normal sind als geteiltes Wissen.⁶ Die Rückenschmerzen der Schwangeren werden dabei kollaborativ (vgl. Z. 175/176) und ohne Problematisierung einem SCHWANGERSCHAFTSNORMAL zugeordnet, ohne dass dabei die Wissensquelle expliziert wird, auf der diese Einordnung beruht. Zudem findet sich, ähnlich wie auch in den Daten von Groß/Birkner (i. d. B.), die Kontrastierung als sprachlich-interaktives Verfahren der Normalitätseingrenzung.

Ein weiteres Beispiel für das Etablieren eines SCHWANGERSCHAFTSNORMALS findet sich im folgenden Austausch zwischen der Hebamme und der Schwangeren.

Beispiel 3: Gespräch 24

ML: Hebamme, CG: Schwangere

- 015 ML: und die SCHWANGerschaft,
 016 eh wie GING_s ihnen da jetzt;
 017 war al[les GU:T-
]
 018 CG: [<<Stuhl an den Tisch rückend und Kopf schüttelend> ach
 abgesehen] von irgendwie kleinen wehWEHchen war (.)
 wieder alles > (.) [gUt.]
 019 ML: [war alles] [GUT;]
 020 CG: [ge]NAU.
 021 ML: <<in Unterlagen blättern> SEHR schön>;
 ((Auslassung, Z. 22-32))
 033 ((schreibt, 9.0s))
 034 <<schreibend> SO >;
 035 ((schreibt, 5.0s))
 036 oKE;
 037 also gab (.) hm: was gabs so an wehWEHchen-
 038 was ha (-) [((unverständlich))] [((unverständlich))-]
 039 CG: [ach es war war am ANfang-]
 040 [da (.)]
 hatt ich wieder die phase der Übelkeit-
 041 a[ber (.) ich glaub] ich wär eher beunruhigt gewesen es
 <<lachend> NICHT zu haben >- he
 042 ML: [JA:,]
 043 [<<lachend und schreibend> oKA:Y >,]

⁶ Sowohl die Gleichsetzung von normal (hier: unauffällig) mit gesund sowie die Kontrastierung mit krank (hier: auffällig) als auch die Etablierung unterschiedlicher Bezugsgruppen für die Wertungen beschreibt Ilg i. d. B. anhand der Daten aus „Drüber reden! Aber wie?“

- 044 CG: [<<lachend> ((unverständlich)) bei den andern beiden] [AUCH
so hatte-]
- 045 ML: [(dann)
weiß man dass man] [SCHWANger is-]
- 046 CG: [°hh geNAU >;]

Anders als in Beispiel 1 schlägt die Hebamme in diesem Fall keine konkreten Beschwerden vor, sondern erfragt das aktuelle Befinden der Schwangeren (vgl. dazu auch Bredmar/Linell, 1999: 242). Die Schwangere antwortet auf die Frage, wie es ihr in der Schwangerschaft ging und ob „alles GÜ:T“ (Z. 17) war mit einer eingeschränkt zustimmenden Antwort. Sie erwähnt dabei kleine „wehWEHchen“ (Z. 18), ohne die Beschwerden zunächst zu benennen. Sowohl über die Verwendung des Diminutivs als auch durch das Kopfschütteln auf nonverbaler Ebene erfolgt ein Abschwächen der Beschwerden. Die Hebamme greift dies in einer Phase parallelen Sprechens auf und ratifiziert die Antwort (Z. 19). Es folgt eine Bestätigung des Resümees der Hebamme durch die Schwangere sowie ein evaluativer Abschluss mit Orientierung auf die Unterlagen durch die Hebamme (Z. 20f.).

Die Gesprächsbeteiligten etablieren in diesem Abschnitt zunächst ein SCHWANGERSCHAFTSNORMAL, indem sie bestätigen, dass es gewisse Beschwerden während der Schwangerschaft gibt, die nicht weiter problematisch sind. Im Gegensatz zu dem vorherigen Beispiel (2) folgt in diesem Abschnitt jedoch ein genaueres Bearbeiten der Beschwerden. Die Hebamme fragt nach einer Schreibpause, um welche „wehWEHchen“ (Z. 37) es sich handele, und greift damit die Formulierung der Schwangeren (Z. 18) auf, ähnlich der Strategie der Wiederholung zur Herstellung von Zustimmung, die Brown/Levinson (1978; 117/118) beschreiben. Damit markiert die Hebamme, dass die vorherige Referenz auf mögliche Schwangerschaftsbeschwerden zu unspezifisch erfolgt ist und daher keine Zuordnung zu (bzw. Ausgrenzung aus) dem SCHWANGERSCHAFTSNORMAL möglich scheint. Die Schwangere leitet ihre Antwort wie auch zuvor (Z. 18) mit der Interjektion „ach“ (Z. 39) ein und schwächt damit die Bedeutung der Beschwerden ab. Sie konkretisiert anschließend die Beschwerden, mindert ihre aktuelle Bedeutung jedoch wiederholt über die Nennung eines vergangenen Zeitpunkts („am ANfang“). Die Schwangere markiert dabei ihr Erfahrungs- und Körperwissen („wieder“ (Z. 40)). Sie referiert auf das Erfahrungswissen, über das sie als Mehrfachgebärende verfügt und gibt darüber die Wissensquelle für die Zuordnung der „wehWEHchen“ zum SCHWANGERSCHAFTSNORMAL an. Die Schwangere stützt die Einordnung der Übelkeit somit auf Erfahrungswissen und betont die Normalität dieser Beschwerden wiederholt (Z. 41 und 44). Sie zeigt an, dass sie im Sinne einer *conditio irrealis* die Abwesenheit der angegebenen Beschwerden als nicht normal eingestuft hätte und evaluiert zugleich die Be-

schwerden positiv, indem sie diese als zu erwarten und zu erhoffen beschreibt.⁷ Die Hebamme ratifiziert dies und expliziert das SCHWANGERSCHAFTSNORMAL über den *account*: „(dann) weiß man dass man SCHWANger is“ (Z. 45), was die Schwangere erneut bestätigt. Im Rahmen dieser Turnkonstruktion zeigen also beide Gesprächspartner*innen implizit und explizit den Normbezug und die Gültigkeit ihrer normativen Erwartungshaltung an. Anschließend wird, initiiert durch die Frage der Hebamme, elaboriert, welche spezifischen Beschwerden vorliegen und ob diese tatsächlich diesem SCHWANGERSCHAFTSNORMAL zuzuordnen sind. Dieser Aufforderung zur Konkretisierung begegnet die Schwangere zunächst mit der Spezifizierung der Beschwerden und schließlich mit einer Explikation der Wissensquelle, die als Erfahrungswissen bezeichnet werden kann. Insgesamt wird die Rückfrage der Hebamme zu den Beschwerden also als Problematisierung einer unmittelbaren Zuordnung von unspezifisch benannten Schwangerschaftsbeschwerden zu einem SCHWANGERSCHAFTSNORMAL behandelt. Die Schwangere stuft wiederholt die Relevanz der Beschwerden herab, was im Gegensatz zur expliziten Erfragung durch die Hebamme steht. Damit betreibt sie zugleich die eigene Positionierung als schwangerschaftserfahren und als resilient gegenüber möglichen Schwangerschaftsbeschwerden. Auf die zugrundeliegende Normalität wird in diesem Fall lediglich implizit referiert, was häufig bei Beschwerdeerhebungssequenzen mit Zweitgebärenden der Fall ist (Bredmar/Linell 1999: 248).

Während die beiden Schwangeren aus Beispiel 2 und 3 in unmittelbar sequenziellem Anschluss an die Frage der Hebamme Einordnungen bestimmter Symptome hinsichtlich eines SCHWANGERSCHAFTSNORMALS vornehmen, kann der Prozess des Etablierens und damit des Zuordnens bestimmter Beschwerden zu einem SCHWANGERSCHAFTSNORMAL ebenso durch die Schwangere problematisiert werden, wie der folgende Abschnitt (Beispiel 4) zeigt.

Beispiel 4: Gespräch 20a

MN: Hebammenschülerin, BS: Schwangere

- 0051 MN: ((schreibt und liest in Unterlagen, 8.5s))
 0052 <<zu BS aufblickend> °h hatten sie denn irgendwelche
 beSCHWERden in der schwangerschaft >;=
 0053 =<<sich im Gesicht kratzend> komplikaTIONen >,
 0054 BS: <<auf Unterlagen vor MN blickend> (1.5) kommt drauf an was
 sie da jetzt drunter verSTEHen;

⁷ Zum Zusammenhang von Evaluierungsäußerungen und der Praktik des Normalisierens siehe auch Groß (2021).

Beispiel (3) erfolgt das Etablieren eines SCHWANGERSCHAFTSNORMALS in Abgrenzung zu Zuständen, die nicht mehr normal wären, wobei implizit bleibt, wann diese Grenze überschritten wäre und welche Konsequenzen dies hätte. Schwierigkeiten im gemeinsamen Etablieren dieses nicht vorkonzeptualisierten, sondern erst interaktiv hergestellten SCHWANGERSCHAFTSNORMALS zeigen sich anhand der Herabstufungen der Beschwerden mit Verweis auf den Normalitätsbereich in der Schwangerschaft, der hier allerdings durch mangelndes Erfahrungswissen epistemisch herabgestuft wird. Als Erstgebärende kann die Schwangere nicht auf ein *A-event* (vgl. Labov/Fanshel 1977: 100) zurückgreifen und damit in Bezug auf dieses Ereignis als Sprecher*in auch keine epistemische Autorität beanspruchen. Zugleich wird damit der Hebammenschülerin die epistemisch höhere Position zugeschrieben (K+) (vgl. Heritage 2010: 48; 2012: 4; 2013b: 559), das Ereignis der Geburt wird von der Schwangeren also als *B-event* behandelt. Anders als das allgemeinere NORMAL befindet sich das SCHWANGERSCHAFTSNORMAL immer schon in einem Spannungsverhältnis zu dem, was die Schwangere – nicht die Hebamme – als normal kennt. Während Mehrfachgebärende auf Erfahrungswissen mit Blick auf Schwangerschaften und Geburten zurückgreifen können, entfällt dies für Erstgebärende. Es ist eine neue Normalität, auf die insbesondere Erstgebärende keinen direkten Zugriff haben.

5.3 „das is bis zum gewissen grad norMAL“ – Problematisieren des SCHWANGERSCHAFTSNORMALS

Im nächsten Beispiel (5) erwähnt dieselbe Schwangere, die zunächst Schwierigkeiten bei der Konzeptualisierung des SCHWANGERSCHAFTSNORMALS aufgrund von mangelndem Erfahrungswissen indiziert hatte (Beispiel 4), die Beschwerde Rückenschmerzen. Anders als in Beispiel 2 wird diese Beschwerde jedoch nicht dem SCHWANGERSCHAFTSNORMAL zugeordnet, sondern sogar explizit von diesem abgegrenzt. Das Beispiel illustriert, dass die Aushandlungsprozesse in Bezug auf das NORMAL in den Gesprächen insbesondere dann relevant werden, wenn darüber verhandelt wird, was in der Schwangerschaft nicht normal ist. Denn der Bereich, in dem das SCHWANGERSCHAFTSNORMAL verlassen wird, ist von medizinischer Bedeutung für die bevorstehende Geburt. In solchen Fällen wird zumeist ein individuelles Körperwissen geltend gemacht. Auch im folgenden Auszug thematisieren die Schwangere und die Hebammenschülerin mögliche Schwangerschaftsbeschwerden und -komplikationen.

Beispiel 5: Gespräch 20a

MN: Hebammenschülerin, BS: Schwangere

- 0116 MN: <<zu BS aufblickend> SONST noch irgendwelche >-
 0117 BS: <<Hände öffnend und nach oben haltend> ich denke mal
 Rückenschmerzen,
 0118 (.) KLAR >,
 0119 MN: [<<nickend> hm: geNAU > ;]
 0120 BS: [das is bis zum] [gewissen] grad
 norM[AL > ;]
 0121 MN: [<<nickend> das IS-]
 0122 [nor]MAL > ;
 0123 <<in Unterlagen blickend> ge[NAU >
]
 0124 BS: [<<Hände geöffnet nach
 oben haltend> a]be:r öhm (.) ich krieg PHYsiotherapie
 dagegen,=
 0125 [=weil ich] ja: vorerkrankungen im bereich > << mit
 beiden Fingern hin und her zeigend> BANDScheibenvorfälle
 habe > ,
 0126 MN: [<<nickend> hmHM > ;]
 0127 <<nickend und zu BS blickend> oKAY > ;

Nachdem die Schwangere von einem Krankenhausaufenthalt und einer Abszessspaltung berichtet hatte (hier nicht abgebildet), erfragt die Schülerin, ob es „SONST noch irgendwelche“ (Z. 116) Komplikationen im Verlauf der Schwangerschaft gegeben habe. Die Schwangere erwähnt daraufhin „Rückenschmerzen“ (Z. 117), indiziert jedoch mit Hilfe des *verbuns dicendi* „denken“ bereits ihre persönliche Perspektivierung und Unsicherheit bezüglich der Adäquatheit dieser Antwort. Unmittelbar darauf erfolgt – nahezu zeitgleich mit der Hebammenschülerin – eine Einschränkung dieser Beschwerden: Die Schwangere verweist, u. a. mittels Kommentaradverb „KLAR“ (Z. 118) (vgl. Bauer in diesem Band), auf die Normalität dieser empfundenen Beschwerden in der Schwangerschaft, allerdings lediglich „bis zum gewissen grad“ (Z. 120). Damit nimmt sie zum einen den Einwand der Hebammenschülerin vorweg und zum anderen – und dies wird insbesondere im weiteren sequenziellen Verlauf deutlich – zeigt sie an, dass ihre Rückenschmerzen über einen bestimmten Grad hinausgehen und damit nicht mehr im Bereich des SCHWANGERSCHAFTSNORMALS anzusiedeln sind. Beginnend mit dem einen Gegensatz indizierenden Adversativkonjektor „abe:r“ (Z. 124) liefert die Schwangere nun eine Stützung für die Abweichung ihrer Schmerzen vom SCHWANGERSCHAFTSNORMAL, der darin liegt, dass sie „PHYsiotherapie“

(Z. 124) gegen die Schmerzen erhalte. Damit begründet sie implikativ, dass ihre Rückenschmerzen den „gewissen grad“ (Z. 120) überschreiten, der noch im normalen und damit nicht bearbeitungsrelevanten Bereich liegen würde (im Sinne von: Rückenschmerzen, die behandelt werden, sind in der Schwangerschaft nicht normal). Die Formulierung zeigt eine Quantifizierbarkeit der Schmerzen an, welche wiederum einen Zusammenhang zu der Einordnung als normal oder nicht-normal aufweist und somit auf die Grenzen des Normalen referiert. Zusätzlich erwähnt die Schwangere im Folgenden eine diagnostizierte Vorerkrankung (Bandscheibenvorfälle), die wiederum die Stärke der Schmerzen belegt und die Notwendigkeit der Physiotherapie begründet. Diese Begründung liefert eine zusätzliche Stütze für das Abweichen von einem SCHWANGERSCHAFTSNORMAL. Während die Schwangere also zum einen ihr Erfahrungswissen heranzieht, um Beschwerden abzustufen und im Bereich des Normalen zu verorten, aktualisiert sie zum anderen professionelles medizinisches Wissen, um genau diese Beschwerden hochzustufen. Nach dieser Relevanzhochstufung ratifiziert auch die Hebammenschülerin die Abweichung von der Norm und damit die medizinische Relevanz der Rückenschmerzen in Bezug auf die bevorstehende Geburt (Z. 126 f.).

Bei der Aushandlung dessen, was im Rahmen der Schwangerschaft als normal gelten kann und was nicht, handelt es sich also um eine Gratwanderung. In den Gesprächen bildet sich dieser Zustand in der Konstitution eines SCHWANGERSCHAFTSNORMALS sowie im Etablieren einer Abweichung vom SCHWANGERSCHAFTSNORMAL ab. Da zur Konstitution dieses NORMALS verschiedene Wissensbestände beitragen – u. a. ein professionelles Wissen der Hebamme bzw. Hebammenschülerin und das subjektive Erfahrungswissen der Schwangeren – können Konzepte des SCHWANGERSCHAFTSNORMALS differieren. In solchen Fällen wird das SCHWANGERSCHAFTSNORMAL bzw. das Abweichen davon problematisiert und es kann zu längeren Aushandlungsprozessen wie in Beispiel 6 kommen. In diesem Fall handelt es sich um eine Zweitgebärende, die in den Zeilen 1647 f. ihre aktuellen Schmerzen thematisiert. Diese Thematisierung erfolgt selbstinitiiert, d. h. ohne Aufforderung durch die Hebamme gegen Ende des Gesprächs.

Beispiel 6: Gespräch 32

MR: Hebamme, RR: Schwangere, AF: Hebammenschülerin

1645 MR: ((setzt sich, 2.0s))
 1646 ((PC-Geräusche, 2.0s))
 1647 RR: ja ich hab DIEses mal im gegensatz zu meinem sohn==
 1648 =hab ich echt ganz komische schmerzen im BAUCH;
 1649 <<Kopf drehend> die hab ich SO: >>
 1650 (1.02)

- 1651 <<beide Hände schrittweise hebend> also n_NICH dass es jez
irgendwie >-
- 1652 ((gestikuliert)) <<Träger richtend und gestikulierend>
richtig WEHtut,
- 1653 aber ich hab °h> [<<Oberteil richtend> SCHMERZEN die ich: >-]
- 1654 MR: [aber (.) soll ich ihnen was]
- SAgen,
- 1655 [das is bei (.) ZWEITgebärenden so;]
- 1656 AF: [(geht durch den Raum mit Unterlagen in der Hand)]
- 1657 RR: <<Haare richtend> !GANZ! ganz komisch,=
=ich sach > ich sach zu meiner MUTter--=
1658 =sach ich <<kopfschüttelnd> ich hab manchmal SCHMERzen sach
ich >- =
1659 =<<kopfschüttelnd> das HATT-
1660 °h hatt ich obwohl ><<gestikulierend> beim ersten kind ja
eigentlich alles n bisschen ENger noch is [und >-]
- 1662 MR: [JA-]
- 1663 aber das IS [bei mehrgebärenden so;]
- 1664 RR: [<<kopfschüttelnd> sach ich (.) is echt KRASS >;]
- 1665 MR: also DI:E-
- 1666 RR: JA;
- 1667 MR: is WIRKlich so;
- 1668 RR: <<Hand wiederholt nach oben vom Bauch weg und zurück
bewegend> das drückt sich manchmal auch AB so wo ich dann
denke >--=
1669 =mir zerreiβts !JE: !den augenblick den bauch;=
1670 =<<lachend> DENK ich da ga >-
1671 °h is nich mehr viel LUFT--=
1672 =un wenn das noch n bisschen WEIter drückt--=
1673 [=<<Arme zur Seite hebend und dann Ellenbogen nach außen
bewegend> dann]machts KRK>;
- 1674 MR: [JA-]
- 1675 RR: <<kopfschüttelnd> NEE aber >-
- 1676 MR: aber das is (-) norMAL;
- 1677 al[so so][[Ange: das jez]
nich äh [durchgehend] alle zehn miNuten is--
- 1678 RR: [<<den Kopf auf die Schulter legend> JO >-]
- 1679 [hehehehe]
- 1680 [JA;]

Einordnung der Schmerzen in Form einer *extreme case formulation* (Pomerantz 1986) als „!GANZ! ganz komisch“ (Z. 1657) und insistiert damit auf der abweichenden Normalität der Schmerzen. Pomerantz (1986: 287) beschreibt diese Form als *extreme case formulation* in Fällen von erwartbarem Widerspruch oder Strittigkeit. In einer kurzen Erzählsequenz rekonstruiert die Schwangere in Form von direkter Rede ein Gespräch mit ihrer Mutter. Dadurch wird die Intensität der Schmerzen unterstrichen: Die Schmerzen wurden derart intensiv wahrgenommen, dass die Schwangere diese mit ihrer Mutter teilt. Dieser wiedergegebene Austausch fungiert als externer Beleg für die Intensität der erlebten Schmerzen und stützt somit im Sinne einer Authentifizierung (Bergmann 1998: 118) die Argumentation bei der Einordnung als nicht normal. Dass es sich in diesem Fall um ein Selbstzitat handelt, erscheint zunächst schlüssig, da die Schwangere persönlich Erlebtes wiedergibt. Auf argumentativer Ebene wirkt diese Strategie jedoch paradox, da die Schwangere ihre Aussage zirkulär stützt. In den Zeilen 1660f. werden die Empfindungen erneut um die Erfahrungsdimension sowie eine Erklärung ergänzt, wodurch die eigene Einordnung als nicht normal einen argumentativen Rahmen erhält. Die Hebamme projiziert durch das Rezeptionssignal „JA“ (Z. 1662) eine Nichtübereinstimmung (vgl. Betz 2017), was im Folgenden deutlich wird: Sie insistiert auf ihrer Einordnung und bleibt dabei sehr nah an der Formulierung der vorherigen Relevanzrückstufung (Z. 1663).

Im Gegensatz zu der Schwangeren gibt die Hebamme keine weitere Erklärung⁹ und geht auch auf den Begründungsversuch der Schwangeren nicht ein. In überlappendem Sprechen markiert die Schwangere nun die Schmerzen erneut als nicht normal: „is echt KRASS“ (Z. 1664). Dabei bedient sie sich wiederum eines Erzählelements in Form von direkter Rede. Die Hebamme verleiht ihrer Aussage mit gesteigerter Intensität Nachdruck „is WIRKlich so“ (Z. 1667). Die Schwangere hingegen insistiert erneut; die Darstellung wird nun erzählerisch auf multimodaler Ebene (prosodisch und gestisch) dramatisiert (Z. 1669 und Z. 1673). Über die Wiedergabe ihrer Gedankengänge betont die Schwangere die eigene Erlebensdimension und somit den Anspruch auf die Einordnung ihrer Erfahrung als nicht normal. Im Gegensatz zum sequenziellen Kontext zuvor zieht sie nun auch visuelle und mentale, nicht nur sensorische Beweisquellen heran (Z. 1668–1673). Die Hebamme reagiert erneut über das Markieren von Dissens und verbalisiert zum ersten Mal explizit die Einordnung als normal (Z. 1676). An dieser Stelle ergänzt sie diese Einordnung jedoch um ein einschränkendes Kriterium, das für die Hebamme eine Einordnung als Abweichung vom SCHWANGERSCHAFTSNORMAL begründen würde (Z. 1677). Das vor-

⁹ Auch Groß (2021: 347) zeigt auf, dass die „Nichtvermittlung von Wissen“ bzw. fehlende *accounts* als Merkmale der impliziten Mitteilung guter Nachrichten und damit der Behandlung als „normal“ betrachtet werden können.

gestellte Kriterium wird, wie auch die vorherige Einordnung als normal bei Mehrfachgebärenden, nicht weiter begründet oder mit einer Wissensquelle belegt. Die Schwangere reagiert auf die Einordnungen der Hebamme zu den Schmerzen mit „JO“ und indiziert dadurch Zustimmung zur Normalität der Schmerzen, da das Kriterium („durchgehend alle zehn miNuten“ (Z. 1677)) nicht erfüllt ist. Die Signale auf non- und paraverbalen Ebene zeigen jedoch lediglich teilweise Zustimmung an: Die Schwangere legt ihren Kopf auf die Schulter und schließt ein Lachen an (Z. 1678 f.). Die Hebamme und die Schwangere erreichen also an dieser Stelle Übereinstimmung hinsichtlich ihrer Einordnung der Schmerzen als normal im Rahmen der Schwangerschaft. Die Schwangere insistiert aber immer noch auf der Relevanz der Schmerzen trotz ihrer Normalität. Dies wird an der finalen Einschätzung der Hebamme deutlich, die hier Zustimmung zur Relevanz anzeigt, indem sie übereinstimmend mit der Schwangeren mit der Feststellung schließt, dass die Erfahrung der aktuellen Schwangerschaft von der ersten Schwangerschaft abweicht (Z. 1682–1686). Daraus lässt sich ableiten, dass spezifische Kriterien Aussagen über ein generelles SCHWANGERSCHAFTSNORMAL zulassen (Kriterium der durchgehenden Schmerzen im Abstand von zehn Minuten), jedoch für jede Schwangerschaft auch ein individuelles NORMAL zu bestimmen ist, welches sich hervorhebt als ein NICHT-NORMAL im Rahmen des SCHWANGERSCHAFTSNORMALS. Darüber hinaus unterscheidet sich das NORMAL von Erstgebärenden von dem von Zweitgebärenden.

Insgesamt wird anhand dieser Sequenz deutlich, dass die Schwangere und die Hebamme aushandeln, was als SCHWANGERSCHAFTSNORMAL bzw. als Abweichung von diesem SCHWANGERSCHAFTSNORMAL gilt. Dabei zieht vor allem die Schwangere zur Begründung ihrer jeweiligen Standpunkte zum Teil explizit verbalisierte Wissensquellen heran. Insbesondere anhand der diversen Begründungshandlungen der Schwangeren über Erfahrungswissen, externe Wissensquellen, visuelle und mentale Quellen sowie Körperwissen wird deutlich, dass Schwangere Normalität nicht einfach behaupten können, sondern stets belegen müssen. Die Hebamme hingegen kann die Zuordnung bestimmter Symptome zu einem SCHWANGERSCHAFTSNORMAL setzen und indiziert dadurch einen privilegierten *epistemic stance*. Erst nach mehrfach insistierendem Handeln der Schwangeren zieht die Hebamme ein Abgleichkriterium heran, welches eine Abweichung vom SCHWANGERSCHAFTSNORMAL belegen würde, und schränkt damit ihre Behauptung ein. Die Gesprächspartner*innen können schließlich Konsens über die Einordnung der Schmerzen als normal im Rahmen der zweiten Schwangerschaft erreichen. Dies schließt jedoch nicht aus, dass die Erfahrung der aktuellen Schwangerschaft von der Erfahrung der ersten abweicht, die Schmerzen zudem ihr Wohlbefinden einschränken und deshalb das Erleben der Schwangeren von Relevanz ist. Es wird deutlich, dass nicht nur ein Konzept eines generellen SCHWANGERSCHAFTSNORMALS vorliegt, sondern dass das allgemeine SCHWANGERSCHAFTSNORMAL vom individuellen abweichen kann. Dadurch

werden verschiedene Vergleichsreferenzen (z. B. interpersonal vs. intrapersonal) sowie divergierende Wissensbestände (biographisches Wissen/Körperwissen vs. professionelles (Erfahrungs-)Wissen) offengelegt.

6 Fazit

In den Gesprächen der Schwangerenberatung findet sich ein Netz an verschiedenen Normen und Normalitätsaushandlungen. So werden bestimmte Beschwerden als normal bzw. weniger normal und damit auch als mehr oder weniger relevant behandelt. In unserer Analyse konnten wir zeigen, dass die Gesprächsbeteiligten zur interaktiven Herstellung eines gemeinsamen Normalitätskonzeptes auf professionelles und körperbezogenes Erfahrungswissen referieren. Der Normalität im Rahmen der Schwangerschaft kommt eine spezifische Rolle zu, denn Beschwerden, die im nicht-schwangeren Zustand als nicht normal und damit medizinisch auffällig gelten würden, sind im Rahmen der Schwangerschaft ggf. als normal einzuordnen (bspw. Rückenschmerzen). Genauso können sie – zum Teil auch unbegründet – aus einem SCHWANGERSCHAFTSNORMAL ausgegrenzt werden, wodurch sie medizinisch relevant werden (bspw. Schmerzen im Bauch, die „durchgehend alle zehn miNuten“ auftreten). Die Schwangere kann zur Begründung eines Abweichens vom SCHWANGERSCHAFTSNORMAL auf verschiedene Wissensquellen, darunter Erfahrungswissen aus einer vorherigen Geburt, aber auch auf sensorische und visuelle Quellen (bspw. in der multimodal umgesetzten Beschreibung körperlicher Empfindungen wie starker, spannender Schmerzen im Bauch) bzw. externe Wissensquellen (bspw. in Form einer diagnostizierten Erkrankung mit entsprechender physiotherapeutischer Behandlung) referieren. Dieses individuell erlebte (Nicht-)SCHWANGERSCHAFTSNORMAL tritt dann wiederum in Konkurrenz zu einem über das professionelle Erfahrungswissen der Hebammen konstituierten generellen (Nicht-)SCHWANGERSCHAFTSNORMAL. Über das Konzept des SCHWANGERSCHAFTSNORMALS erlangen die Gesprächspartner*innen somit einen Zugang zum klinisch Relevanten, wobei der Abgleich der individuell vorliegenden Beschwerden mit einem generellen SCHWANGERSCHAFTSNORMAL Hinweise über weiter zu behandelnde Aspekte und Symptome liefert, damit eine möglichst risikoarme Geburt sichergestellt werden kann. Die herangezogenen Wissensdimensionen, die zur Konstitution des SCHWANGERSCHAFTSNORMALS beitragen, sind eng mit Ansprüchen und Rechten hinsichtlich einer Bedeutungsbestimmung von Normalität verwoben und wirken kooperativ auf das hier konstruierte semantische Netz an Normalitäten. Auffällig ist, dass in den untersuchten Gesprächen die Hebammen Normalität behaupten können und nicht explizit auf bestimmte Wissensquellen rekurrieren. Ähnlich wie bereits Bredmar/Linell (1999: 247) festgestellt haben, schei-

nen die Hebammen sich in einer dialogischen Position zu befinden, in der sie in Form einer „Mini-Diagnose“ (*mini-diagnosis*) sagen können, dass die Dinge ganz normal sind. Die Schwangeren hingegen etablieren ein NORMAL meist ausführlicher über verschiedene Formen von *accounts*, die oft auf Erfahrungswissen basieren.

Bereits an diesen wenigen Ausschnitten zeigt sich die (semantische) Vielschichtigkeit von Normalität in Gesprächen der Schwangerenberatung und ihr enger Zusammenhang zu erlebensmäßigen, moralischen und medizinisch-faktischen Wissensaspekten. Ähnlich wie bereits Bredmar/Linell (1999: 237f.) festgestellt haben, gilt auch für unsere Gespräche, dass sie in Bezug auf den verwendeten Normalitätsbegriff eine duale Funktion übernehmen: Durch die in den Gesprächen ausgehandelte Normalität werden mögliche Schwangerschaftsrisiken und -symptome auf der einen Seite neutralisiert und in ein Spektrum der Normalität eingeordnet. Auf diese Weise wird die Zuversicht der Schwangeren gestärkt, ihr wird die Angst vor möglichen Schwangerschafts- und Geburtsrisiken genommen. Auf der anderen Seite besteht die Aufgabe der Gespräche darin, eine medizinisch unauffällige, nach Plan verlaufende Geburt zu ermöglichen. Dafür werden mögliche generelle Risikofaktoren aber auch individuelle Symptome evaluiert und hinsichtlich ihrer Normalität eingeordnet. Von Interesse sind weiter insbesondere die Aushandlungsprozesse bezüglich der Zuschreibung verschiedener Formen von (Nicht-)NORMALITÄT. An diesem Punkt können detailliertere lexikalische Untersuchungen ansetzen, die einen analytischen Zugang zur Vielfalt der Normalitäts-Konzepte und Normalisierungsstrategien in den Gesprächen der Schwangerenberatung eröffnen.

Literatur

- Aikhenvald, Aleksandra (2004): *Evidentiality*. Oxford, New York: Oxford University Press.
- Bergmann, Jörg (1998): Authentisierung und Fiktionalisierung in Alltagsgesprächen. In Herbert Willems & Martin Jurga (Hrsg.), *Inszenierungsgesellschaft: Ein einführendes Handbuch*, 107–123. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Betz, Emma (2017): Diskursmarker aus konversationsanalytischer Sicht: Prosodisch integriertes ja am Beginn von responsiven Turns. In Hardarik Blühdorn, Arnulf Deppermann, Henrike Helmer & Thomas Spranz-Fogasy (Hrsg.), *Diskursmarker im Deutschen. Reflexionen und Analysen*, 183–206. Göttingen: Verlag für Gesprächsforschung.
- Birkner, Karin & Ivan Vlassenko (2015): Subjektive Theorien zu Krankheit und Gesundheit. In Albert Busch & Thomas Spranz-Fogasy (Hrsg.), *Handbuch Sprache in der Medizin*, 135–153. Berlin, Boston: De Gruyter.
- Bredmar, Margareta & Per Linell (1999): Reconfirming normality: The constitution of reassurance in talks between midwives and expectant mothers. In Srikant Sarangi & Celia Roberts (Hrsg.), *Talk, work and institutional order. Discourse in medical, mediation, and management settings*, 237–270. Berlin, New York: De Gruyter.

- Brown, Penelope & Stephen Levinson (1978): Universals in language use. In Esther N. Goody (Hrsg.), *Questions and politeness. Strategies in social interaction*, 56–289. Cambridge: Cambridge University Press.
- Bührig, Kristin (2009): Zur sprachlich-interaktiven Realisierung von Normalität in der Arzt-Patienten-Kommunikation. In Hanneli Döhner, Olaf von dem Knesebeck & Heidrun Kaupen-Haas (Hrsg.), *Medizinsoziologie in Wissenschaft und Praxis*, 51–64. Berlin: LIT.
- Clark, Herbert H. (1996): *Using Language*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Deppermann, Arnulf (2008): *Gespräche analysieren. Eine Einführung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Deppermann, Arnulf (2015): Wissen im Gespräch: Voraussetzung und Produkt, Gegenstand und Ressource. *InLISt* 57, 1–31.
- Diewald, Gabriele & Elena Smirnova (2010): *Evidentiality in German. Linguistic Realization and Regularities in Grammaticalization*. Berlin, Boston: De Gruyter.
- Drew, Paul (2018): Epistemics – The Rebuttal Special Issue: An introduction. *Discourse Studies* 20 (1), 3–13.
- Dudenhausen, Joachim Wolfram (2008): Schwangerschaft und Geburt im 21. Jahrhundert. In Christoph Wulf, Anja Hänsch & Micha Brumlik (Hrsg.), *Das Imaginäre der Geburt. Praktiken, Narrationen und Bilder*, 231–240. München: Wilhelm Fink.
- Graf, Eva-Maria & Thomas Spranz-Fogasy (2018): Welche Frage, wann und warum? – Eine qualitativ-linguistische Grammatik zur Erforschung von Frage-Sequenzen als zentrale Veränderungspraktik im Coaching. *Coaching Theor. Prax.* 4 (1), 17–32.
- Groß, Alexandra (2018): *Arzt/Patient-Gespräche in der HIV-Ambulanz. Facetten einer chronischen Gesprächsbeziehung*. Göttingen: Verlag für Gesprächsforschung.
- Groß, Alexandra (2021) Eine erfreuliche Normalität. Konversationelle Praktiken des Normalisierens und Emotionalisierens bei der Befundmitteilung in der HIV-Sprechstunde. In Marina Iakushevich, Yvonne Ilg & Theresa Schnedermann (Hrsg.), *Linguistik und Medizin*, 339–357. Berlin: De Gruyter.
- Günthner, Susanne (2008): Projektorkonstruktionen im Gespräch: Pseudoclefts, die Sache ist-Konstruktionen und Extrapositionen mit es. *Gesprächsforschung – Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion* 9 (8), 86–114.
- Günthner, Susanne (2015): ›Geteilte Syntax‹: Kollaborativ erzeugte dass-Konstruktionen. In Alexander Lasch & Alexander Ziem (Hrsg.), *Konstruktionsgrammatik IV*, 25–40. Tübingen: Stauffenburg.
- Günthner, Susanne (2017): Sprachliche Verfahren bei der Übermittlung schlechter Nachrichten – Sedimentierte Praktiken im Kontext onkologischer Aufklärungsgespräche. *Arbeitspapiere Sprache & Interaktion* 71 (1), 1–45.
- Günthner, Susanne & Katharina König (2016): Kommunikative Gattungen in der Interaktion. Kulturelle und grammatische Praktiken im Gebrauch. In Arnulf Deppermann, Helmuth Feilke & Angelika Linke (Hrsg.), *Sprachliche und kommunikative Praktiken*, 177–203. Berlin, Boston: De Gruyter.
- Helasvuo, Marja-Liisa (2004): Shared syntax: the grammar of co-constructions. *Journal of Pragmatics* 36, 1315–1336.
- Heritage, John (2010): Questioning in Medicine. In Alice Freed & Susan Ehlich (Hrsg.), *Why do you ask*, 42–68. Oxford: Oxford University Press.
- Heritage, John (2012): Epistemics in action: Action formation and territories of knowledge. *Research on Language and Social Interaction* 45 (1), 1–29.
- Heritage, John (2013a): Epistemics in conversation. In Jack Sidnell & Tanya Stivers (Hrsg.), *The handbook of conversation analysis*, 370–394. Malden: Mass.

- Heritage, John (2013b): Action formation and its epistemic (and other) backgrounds. *Discourse Studies* 15 (5), 551–578.
- Heritage, John (2018): The ubiquity of epistemics: A rebuttal to the ‚epistemics of epistemics‘ group. *Discourse Studies* 20 (1), 14–56.
- Imo, Wolfgang & Jens Lanwer (2019): *Interaktionale Linguistik. Eine Einführung*. Berlin: Metzler.
- Jander, Nora (2019): *Formen von Gesprächseinstiegen in der Schwangerenberatung*. Philipps-Universität Marburg, unveröffentlichte Abschlussarbeit.
- Labov, William & David Fanshel (1977): *Therapeutic discourse. Psychotherapy as conversation*. New York: Academic Press.
- Lynch, Michael & Douglas Macbeth (2016): The epistemics of Epistemics: An introduction. *Discourse Studies* 18 (5), 493–499.
- Lynch, Michael & Jean Wong (2016): Reverting to a hidden interactional order: Epistemics, informationism, and conversation analysis. *Discourse Studies* 18 (5), 526–549.
- Maynard, Douglas (2003): *Bad News, Good News – Conversational order in everyday talk and clinical settings*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Maynard, Douglas W. (2006): Cognition on the ground. *Discourse Studies* 8 (1), 105–115.
- Mushin, Ilana (2013): Making knowledge visible in discourse: Implications for the study of linguistic evidentiality. *Discourse Studies* 15 (5), 627–645.
- Plungian, Vladimir A. (2001): The place of evidentiality within the universal grammatical space. *Journal of Pragmatics* 33 (3), 349–357.
- Pomerantz, Anita (1986): Extreme case formulations: A way of legitimizing claims. *Human Studies* 9 (2), 219–229.
- Rose, Lotte & Ina Schmied-Knittel (2011): Magie und Technik: Moderne Geburt zwischen biographischem Event und kritischem Ereignis. In Paula-Irene Villa, Stephan Moebius & Barbara Thiessen (Hrsg.), *Soziologie der Geburt: Diskurse, Praktiken und Perspektiven*, 75–100. Frankfurt a.M.: Campus.
- Sator, Marlene (2003): *Zum Umgang mit Relevanzmarkierungen im Ärzt/i/nnen-Patient/i/nnen-Gespräch*. Diplomarbeit. Wien: Geistes- und Kulturwissenschaftliche Fakultät Wien.
- Schütz, Alfred & Thomas Luckmann (1975). *Strukturen der Lebenswelt*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Selting, Margret, Peter Auer & Dagmar Barth-Weingarten (2009): Gesprächsanalytisches Transkriptionssystem 2 (GAT 2). In *Gesprächsforschung – Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion* 10, 353–402.
- Sidnell, Jack (2012): Who knows best? Evidentiality and epistemic asymmetry in conversation. *Pragmatics and Society* 3 (2), 294–320.
- Szczepek, Beatrice (2000a): Formal Aspects of Collaborative Constructions in English Conversation. *InLiSt* 17, 1–34.
- Szczepek, Beatrice (2000b): Functional Aspects of Collaborative Constructions in English Conversation. *InLiSt* 21, 1–36.
- Villa, Paula-Irene, Stephan Moebius & Barbara Thiessen (2011): Soziologie der Geburt: Diskurse, Praktiken und Perspektiven – Einführung. In Paula-Irene Villa, Stephan Moebius & Barbara Thiessen (Hrsg.), *Soziologie der Geburt: Diskurse, Praktiken und Perspektiven*, 7–21. Frankfurt a.M.: Campus.

Yvonne Ilg

Konzeptualisierungen von (A-)Normalität in Gesprächen über psychische Gesundheit und Krankheit

Abstract: Der Beitrag fragt nach Referenzen auf und Konzeptualisierungen von Normalität und Anormalität sowie den zugehörigen interaktiven Kontexten und kommunikativen Funktionen entsprechender Darstellungen in Gesprächen über psychische Gesundheit und Krankheit. Im Fokus stehen Interaktionen ausserhalb des engen klinischen Kontexts, narrative Interviews und Fokusgruppendifkussionen, mit von einer psychischen Erkrankung betroffenen Personen und ihren Angehörigen. Anhand ausgewählter Fallanalysen untersucht der Beitrag zentrale Formen entsprechender Darstellungen und fragt nach sich daraus ergebenden Implikationen für die medizinisch-psychiatrische Praxis.

Keywords: Normalität, Anormalität, Psychische Gesundheit, Psychiatrie, Gesprächsanalyse/Konversationsanalyse

1 Einleitung

Zum alltagssprachlichen Bedeutungsspektrum von *normal* findet man beispielsweise im *Duden Universalwörterbuch (DUW)* die folgenden Angaben:¹

1. a) *der Norm entsprechend, vorschriftsmässig*: der Puls ist normal; b) *so [beschaffen, gear- tet], wie es sich die allgemeine Meinung als das Übliche, Richtige vorstellt*: unter normalen Verhältnissen; c) <nicht standardsprachlich> (*umgangssprachlich*) *normalerweise*.

1 Der vorliegende Beitrag ist im Kontext des Projektes *Drüber reden! Aber wie?* (vgl. Abschnitt 2) entstanden – und so auch viele der im Beitrag dargelegten Überlegungen. Mein herzlicher Dank gilt daher insbesondere meinen beiden Ko-Projektleiterinnen Anke Maatz und Henrike Wiemer für die gemeinsame Arbeit, fruchtbare Diskussionen und hilfreiche Denkanstösse. Darüber hinaus danke ich Elisabeth Gülich, Christiane Tilly, Martin Schöndienst und Anja Schmid für ihr Interesse am Projekt und die gemeinsamen Datensitzungen. Den Herausgeberinnen sowie der externen Gutachterin danke ich für ihre sorgfältigen Lektüren und hilfreichen Kommentare zu einer Vorversion dieses Beitrags. Und schliesslich bin ich den Teilnehmer:innen der Gesprächsaufnahmen dankbar dafür, dass sie im Projekt ihre Geschichte erzählt und mit uns gemeinsam über das Reden über psychische Gesundheit und Krankheit nachgedacht haben.

Open Access. © 2024 bei den Autorinnen und Autoren, publiziert von De Gruyter.  Dieses Werk ist lizenziert unter der Creative Commons Namensnennung - Nicht-kommerziell - Keine Bearbeitungen 4.0 International Lizenz.

<https://doi.org/10.1515/9783110761559-009>

2. (veraltend) in [geistiger] Entwicklung und Wachstum keine ins Auge fallenden Abweichungen aufweisend: bist du noch normal? (salopp; Ausruf des Ärgers, der Entrüstung über jemandes Verhalten o. Ä. (DUW 2019; Hervorhebungen i. O.)

Zum alltagssprachlichen Verständnis von *normal* gehören also zunächst der Bezug zu einer Norm sowie der Verweis auf gesellschaftliche Usualitäten, auf das Übliche, Alltägliche und Richtige.² Parallel dazu steht die hier als Zweites aufgeführte Lesart, die die Bewertung *normal* eng mit der Beurteilung (psychischer) Gesundheit in Verbindung bringt. Ja, *normal* wird in diesem Sinne geradezu zu einem Antonym von (*psychisch*) *krank* und zu einem Synonym von (*psychisch*) *gesund* (vgl. u. a. auch Liebert 2021: 473 f.; Finzen 2018). In diesem Kontext geht mit *normal* auch eine besonders stark wertende Konnotation einher. Der aufgeführte Beispielsatz, „[B]ist du noch normal?“ dient etwa als „Ausruf des Ärgers, der Entrüstung über jemandes Verhalten“.

Zugleich scheint aber gerade im Feld psychischer Gesundheit und Krankheit die klare Abgrenzung von *Norm*, *normal*, *krank* und *gesund* auch besonders schwierig zu sein.³ Im *Lexikon Psychiatrie, Psychotherapie, medizinische Psychologie* von Uwe Peters ist zum *psychiatrischen Krankheitsbegriff* etwa das Folgende zu lesen (vgl. auch Finzen 2018: 30):

Die Abgrenzung krankhafter psychischer Vorgänge gegenüber der Norm erfolgt, wie in der Allgemeinmedizin, gewöhnlich durch Symptome, wobei vom subjektiven Erleben der erkrankten Individuen möglichst abgesehen wird. [...] Da jede psychische Krankheit außer persönlichkeitsdifferenten (objektiven) Merkmalen auch einen individuellen und einen sozialen Aspekt besitzt, ist eine scharfe Grenzziehung nicht möglich. (Peters 2000: 312)

Vor diesem Hintergrund sollen im Folgenden Referenzen auf Normalität und Anormalität in Gesprächen über psychische Gesundheit und Krankheit in den Blick genommen werden:⁴ In welchen kommunikativen Zusammenhängen wird mit Bezug auf psychische Erkrankungen auf (A-)Normalität referiert? Wie werden Normalität

2 Vgl. hierzu auch den Beitrag von Groß/Birkner (i. d. B.), die auf den deckungsgleichen Eintrag der Online-Ausgabe des Duden eingehen und diesem Einträge in klinischen Wörterbüchern gegenüberstellen. Vgl. zudem die Übersicht zu *normal*, *Normalität* und *normalisieren* bei Bührig/Schopf (i. d. B.).

3 Vgl. hierzu z. B. auch die Übersicht bei Hucklenbroich (2008) zum Krankheits- und Normalitätsbegriff aus medizinischer Sicht. Zur Kategorie der Normalität spezifisch im psychiatrischen Kontext vgl. u. a. Finzen (2018).

4 Vgl. u. a. auch Groß (2021: 342–344) mit Verweis auf Garfinkel (1967) und Sacks (1984) sowie Bührig (2009) zu einem Verständnis von *Normalität* als Ergebnis kommunikativer Aushandlung. Für entsprechende Untersuchungen aus konversations- und diskurslinguistischer Perspektive vgl. u. a. Iakushevich/Ilg/Schnedermann (2021: 323–437); Iakushevich (2021); Groß/Birkner (i. d. B.); Hannken-Illjes et al. (i. d. B.).

und Anormalität konzeptualisiert, finden sich Bewertungen der beiden Kategorien und was sind kommunikative Kontexte und Funktionen entsprechender Darstellungen? Im Zentrum stehen dabei Interaktionen ausserhalb des engeren klinischen Kontextes, d. h. ausserhalb klassischer Arzt-Patienten-Gespräche und verwandter medizinisch-institutioneller Settings. Die Datengrundlage bilden narrative Interviews und Fokusgruppengespräche aus dem zwischen Linguistik und Psychiatrie angesiedelten Projekt *Drüber reden! Aber wie?*⁵

2 Datengrundlage und methodisches Vorgehen

Das interdisziplinäre und partizipative Projekt *Drüber reden! Aber wie?*, dessen Gesprächskorpus für die nachfolgende Analyse als Grundlage dient, geht vor dem Hintergrund der Wichtigkeit und zugleich Schwierigkeit des Sprechens über psychische Erkrankung den Fragen nach, wie über psychisches Erleben gesprochen wird und welche kommunikativen Strategien und Ressourcen in Interaktionen zu dieser Thematik eingesetzt werden.⁶ Das sich im Aufbau befindliche Korpus besteht aus Gesprächsdaten unterschiedlicher Art, bisher sind es narrative Interviews, durchgeführt in unterschiedlichen Modi, als Face-to-face- und Online-Gespräche,⁷ sowie face-to-face durchgeführte Fokusgruppendifkussionen.⁸ Für die hier zugrundeliegenden narrativen Interviews wurde dazu die Einstiegsfrage „Können Sie mir Ihre Geschichte erzählen?“ gewählt.⁹ Die Fokusgruppen begannen mit einer von Moderator:in und Co-

5 Vgl. zum Projekt Maatz/Ilg/Wiemer (2021); Maatz/Ilg/Wiemer (2022); Maatz et al. (2022) sowie die Webseite www.drueberreden.ch (letzter Zugriff 16.07.2022).

6 Vgl. zum Projekt Fussnote 5, zum darin vertretenen partizipativen Forschungsansatz z. B. Beresford (2013); Hartung/Wihofszky/Wright (2020).

7 Zur Durchführung und Aufzeichnung der Online-Gespräche wurde ein von der Universität Zürich für sensible Daten zur Verfügung gestelltes Programm eingesetzt, das auf *Jitsi* basiert und bezüglich Ansicht und Funktionalität mit verbreiteteren Programmen wie *Zoom* vergleichbar ist.

8 Vgl. zum narrativen Interview als Erhebungsinstrument z. B. Ziebland (2013) sowie die Übersicht bei König (2014: 66–83); zur Methodik der Fokusgruppengespräche z. B. Bohnsack/Przyborski/Schäffer (2010).

9 König (2014: 77) weist zurecht darauf hin, dass eine solche Einstiegsfrage bzw. der narrative Impuls nicht den eigentlichen Beginn der Interviewgespräche ausmachen, wie dies in der Literatur häufig dargestellt wird. Vielmehr gingen auch den hier zugrunde liegenden Interviewgesprächen kurze Vorgespräche voraus, in denen sich die Interviewer:innen den Teilnehmenden vorgestellt haben und gemeinsam die Einwilligungserklärung zur Teilnahme unterzeichnet wurde. Den Interviews wie auch den Fokusgruppengesprächen voraus gingen zudem zu einem früheren Zeitpunkt durchgeführte Informationsgespräche zur Studie, zur Aufnahmesituation und Datensicherheit – dem in der Medizin üblichen forschungsethischen Vorgehen gemäss.

Moderator:in initiierten Vorstellungsrunde mit der für alle offenen Option, gegenseitig Rückfragen zu stellen. Ergab sich daraus nicht bereits eine Diskussion, folgten Fragen nach persönlichen Assoziationen und Erfahrungen mit dem Thema psychische Gesundheit und Krankheit.

Die Teilnehmer:innen in den mehrheitlich auf Video, vereinzelt als Tonaufnahmen aufgezeichneten Gesprächen¹⁰ sprechen alle in ihrer Muttersprache, entweder bundesdeutsche Varietäten oder Deutschschweizer Dialekte. Vielfach sind die Interaktionen gemischt, was in Deutschschweizer Kontexten zum sprachlichen Alltag gehört. Aufgenommen wurden die Gespräche in den Jahren 2019 bis 2022, die Gesprächsdauer variiert zwischen 35 Minuten und zweieinhalb Stunden.¹¹ Teilgenommen haben Personen, die von einer psychischen Erkrankung betroffen sind, Angehörige, Freund:innen und Arbeitgeber:innen betroffener Personen sowie Gesundheitsfachpersonen. Hinsichtlich der psychiatrischen Diagnose fokussiert das Projekt vornehmlich auf Menschen mit einer affektiven oder einer psychotischen Störung, welche zu den grossen und häufigsten Gruppen psychischer Erkrankung gehören.

Bisher transkribiert¹² und in den vorliegenden Beitrag einbezogen wurden insgesamt elf Gespräche.¹³ acht narrative Einzelinterviews, davon vier face-to-face und vier online, mehrheitlich mit Personen, die selbst von einer psychischen Erkrankung betroffen sind, sowie drei Fokusgruppengespräche mit fünf bis sieben Teilnehmer:innen, die all den verschiedenen genannten Gruppen zuordenbar sind. Insgesamt teilgenommen haben an den einbezogenen Gesprächen 27 Personen und sieben Interviewer:innen bzw. Moderator:innen.

Als Operationalisierung der hier interessierenden Fragen nach Referenzen auf und Konzeptualisierungen von (A-)Normalität wurde der Zugang über die sprachlichen Ausdrücke *Norm*, *Normalität*, *normal* sowie den zugehörigen Derivationen und Komposita gewählt bzw. das Augenmerk auf jene Gesprächsstellen

10 Von den Online-Gesprächen wurden Bildschirmaufnahmen der Videoanrufe hergestellt, die Aufnahmen bilden also ab, was auch für die Gesprächsteilnehmenden während des Gesprächs am Bildschirm sichtbar war. Je nach Übertragungsgerät und der Positionierung gegenüber der Kamera beschränkt sich der Videoausschnitt so zumeist auf eine Porträtaufnahme, Handgestik und Körperbewegungen sind nicht immer erkennbar.

11 Der Pandemie-Situation der Jahre 2020, 2021 und 2022 geschuldet, waren die physischen Abstände zwischen den Gesprächsteilnehmer:innen der Fokusgruppendifkussionen grösser als davor üblich. Alle hier untersuchten Face-to-face-Gespräche konnten aber ohne weitere pandemische Einschränkungen, wie etwa das Tragen einer medizinischen Maske, durchgeführt werden.

12 Die Transkription erfolgte nach GAT 2 (Selting et al. 2009) und wurde mehrheitlich mit *ELAN* (Wittenburg et al. 2006) durchgeführt.

13 Entsprechend der Vorläufigkeit des Korpus handelt es sich hier um eine explorative Studie, die keinen Anspruch auf Repräsentativität erhebt.

gerichtet, in denen die Ausdrücke explizit verwendet werden (vgl. für dieses Vorgehen auch Groß/Birkner i. d. B.).¹⁴ Die zugehörige Suche in den einbezogenen Transkripten ergab 45 Belege in insgesamt elf Gesprächen. Wie Tabelle 1 illustriert, besteht die grosse Mehrzahl der Belege aus dem Adjektiv *normal*. Die beiden Derivationen *normalerweise* und *abnormal* werden in den Gesprächen zwei- bzw. einmal verwendet, ebenso wie der substantivierte Superlativ *das Allernormalste* und die beiden Determinativkomposita *Normalzustand* und *Normalbereich*. Das Substantiv *Norm* ist im untersuchten Gesprächskorpus ebenfalls einmal belegt.¹⁵

Tabelle 1: Lemmatisierte Belege zum Wortfeld *normal* in den untersuchten Gesprächen.

	Beleg	Anzahl	Gespräche
1)	<i>normal</i>	38	9
2)	<i>normalerweise</i>	2	1
3)	<i>abnormal</i>	1	1
4)	<i>das Allernormalste</i>	1	1
5)	<i>Normalzustand</i>	1	1
6)	<i>Normalbereich</i>	1	1
7)	<i>Norm</i>	1	1

Die 45 Belegstellen konnten innerhalb der jeweiligen Gespräche in der Folge 36 Gesprächssequenzen zugeordnet werden. Diese bilden die Basis für die nachfolgenden qualitativen Analysen, welche methodisch an die Gesprächsanalyse angelehnt sind.¹⁶

¹⁴ Das gewählte Vorgehen soll dabei keineswegs implizieren, dass ausschliesslich mittels der genannten sprachlichen Ausdrücke auf (A-)Normalität Bezug genommen werden kann. Insbesondere in der konversationsanalytischen Forschung werden vielfältige kommunikative Formen etwa des *Normalisierens* aufgezeigt (vgl. z. B. Bührig 2009; Groß 2021 sowie in diesem Band: Bauer; Buck; Groß/Birkner; Günthner; Schwegler).

¹⁵ Eine ähnliche Verteilung stellen auch Groß/Birkner (i. d. B.) in ihrer vergleichenden Untersuchung zum Lexemverband zu *normal* in Psychosomatischen Therapiegesprächen mit Patient:innen bisher ungeklärter Beschwerden und Telemedizinischen Konsultationen von Patient:innen mit Schlaganfallverdacht fest. Auch in diesen Daten besteht die Mehrheit der entsprechenden Belege aus Aktualisierungen des Adjektivs *normal*, nur sehr selten finden sich Belege für das Satzadverbial *normalerweise* und substantivische Formen wie die Determinativkomposita *Normalgewicht* oder *Normalstation*, wobei es sich bei letzteren vornehmlich um medizinische Fachausdrücke handle (vgl. Groß/Birkner i. d. B.). Vgl. auch die Untersuchung von Schütte (2021) zu Online-Trauerforen. Im dort untersuchten Korpus werden Normalitätszuschreibungen mittels des Lexemverbandes *normal* ebenfalls in grosser Mehrheit durch die Verwendung des Adjektivs *normal* realisiert (vgl. Schütte 2021: 386–390).

¹⁶ Die gesprächsanalytische Beschäftigung mit Interaktionen im Themenbereich psychische Krankheit und Gesundheit bezieht sich insbesondere auf medizinisch-institutionelle Kommunika-

Dabei werden die jeweiligen spezifischen Eigenschaften des narrativen Interviews und der Fokusgruppendifkussion etwa bezüglich des besonders affirmativen Rezeptions- und – bezüglich eigener Meinungen und Gesprächsbeiträge – zurückhaltenden Interaktionsverhalten der Interviewer:innen und Moderator:innen in die Analyse mit einbezogen.¹⁷

3 Referenzen auf und Konzeptualisierungen von (A-)Normalität im interaktiven Gesprächskontext

Auf der Grundlage der in Abschnitt 2 vorgestellten Daten wird im Folgenden näher betrachtet, inwiefern in den untersuchten Interaktionen auf Normalität (und Anormalität) Bezug genommen und diese konzeptualisiert wird, sowie nach den kommunikativen Funktionen der Darstellungen gefragt. Anhand ausgewählter Gesprächsausschnitte werden zunächst metakommunikative Äusserungen und Bewertungen des Normalitätsbegriffs diskutiert (Abschnitt 3.1). Anschließend stehen zwei kommunikative Verfahren im Zentrum, die in gewissem Sinne den Gegensatz des jeweils anderen bilden und in den untersuchten Daten auffällig häufig Kontexte von Referenzen auf (A-)Normalität darstellen: die explizite Kontrastierung der eigenen Krankheit im Verhältnis zur Normalität (Abschnitt 3.2) auf der einen Seite sowie die Normalisierung der eigenen, subjektiven Krankheitserfahrung auf der anderen Seite (Abschnitt 3.3).

3.1 Metakommunikative Äusserungen zu *normal*

In den Gesprächsdaten finden sich an mehreren Stellen metakommunikative Äusserungen zum Begriff der Normalität. Sie beziehen sich alle auf das Adjektiv *normal* und enthalten alle eine mit unterschiedlichen sprachlichen Mitteln realisierte Form der Distanzierung zum verwendeten Ausdruck.

tionsformen wie die Psychotherapie, vgl. z. B. Peräkylä (2013); Peräkylä et al. (2008) zur Übersicht. Studien zu Gesprächen über psychische Gesundheit und Krankheit ausserhalb des medizinisch-institutionellen Kontextes sind seltener, vgl. als Beispiel Günthner (2006).

¹⁷ Vgl. hierzu die Übersicht hinsichtlich narrativer Interviews bei König (2014: 84–96). Viele der von König diskutierten Punkte gelten dabei genauso für die Fokusgruppendifkussion als Erhebungsinstrument.

Im nachfolgenden Ausschnitt 1 aus einem Fokusgruppengespräch ist diese Distanzierung in der Form einer expliziten, verbal ausgedrückten Ablehnung realisiert. Der Ausschnitt ist Teil eines längeren Redebeitrags der Teilnehmerin PART10¹⁸, die mit einer Borderline-Erkrankung und einer posttraumatischen Belastungsstörung diagnostiziert wurde. Im Rahmen einer von ihr selbst initiierten, kritischen Diskussion zu psychiatrischen Diagnosen äussert sie sich zu damit einhergehenden Schwierigkeiten, ihrer anfänglichen Ablehnung der erhaltenen Diagnosen, damit zusammenhängenden Stigmatisierungen sowie der Macht gesellschaftlicher Normen. Nach einem von Häsitationssignalen, Reformulierungen und Pausen geprägten (Zwischen-)Fazit, dass alles „nöd Eifach“ (*nicht einfach*) sei, setzt sie zu einer Untermauerung ihrer zuvor geäusserten grundsätzlichen Kritik an psychiatrischen Diagnosen an (Z. 0238):

Ausschnitt 1

- 0238 PART10: <<berührt mit beiden Händen die Schultern, rückt auf Stuhl nach vorne> ich (.) f FRÖG mi halt denn eifach okAY; (--)>
ich f frage mich halt dann einfach okay
- 0239 <<hält l. Hand in die Luft, Daumen und Zeigefinger berühren sich> aso ich han mit mim therapeUT au scho drüber gschwätzt;
also ich habe mit meinem Therapeuten auch schon darüber gesprochen
- 0240 was isch *normAL*,>
was ist normal
- 0241 <<bewegt Hände> und er het (-) de da wort AU nöd gern->
und er hat den dieses Wort auch nicht gerne
- 0242 <<formt mit Händen einen grossen Halbkreis> aso isch döt au sehr Offe,> (--)
also ist dort auch sehr offen
- 0243 <<bewegt Hände nach r.> und aso was isch krAnk> <<bewegt Hände nach l.> und was isch NÖD krank;>
und also was ist krank und was ist nicht krank

¹⁸ Es werden die folgenden Siglen verwendet: Interviewer:innen/Moderator:innen der Fokusgruppen: INT, Interviewteilnehmer:innen: TN, Teilnehmer:innen der Fokusgruppengespräche: PART.

- 0244 <<bewegt l. Hand in der Luft, Daumen und Zeigefinger
berühren sich> und ich ha jetzt für mi e definitiON gfounde;
und ich habe jetzt für mich eine Definition gefunden
- 0245 was krAnk (--) für mich (-) beDÜte cha.>
was krank für mich bedeuten kann
- 0246 (--)

Datenkorpus „Drüber reden! Aber wie?“, Fokusgruppe2, 00:24:00h ff.

Zur Untermauerung ihrer Kritik an psychiatrischen Diagnosen, damit zusammenhängenden Stigmatisierungen und gesellschaftlichen Normen wirft PART10 in Zeile 0240 die grundsätzliche Frage auf: „was isch norMAL,“ (*was ist normal*) (Z. 0240).¹⁹ Dabei weisen die beiden einleitenden Inquit-Formeln (Z. 0238 u. 0239) die Frage zweifach zu: als direkte Gedankenrede der Sprechenden (Z. 0238) und als wiedergegebener Inhalt eines Gesprächs zwischen PART10 und ihrem Therapeuten.²⁰ Der metakommunikative Kommentar zu *normal* folgt im Anschluss in der Form einer eingeschobenen Bewertung bezüglich des Therapeuten: „er het (-) de da wort AU nöd gern-“ (*er hat de dieses Wort auch nicht gerne*) (Z. 0241). Mittels des prosodisch markierten Adverbs *au* (*auch*) schliesst sich die Sprecherin dabei implizit dem paraphrasierten Kommentar ihres Therapeuten an. Letzterer, der in der Folge eingeleitet durch ein konkludierendes *aso* (*also*) und gestisch unterstützt als (bezüglich der gestellten Frage) „sehr Offe“ bewertet wird, dient PART10 dabei als Autoritätsperson, um der referierten Einschätzung mehr Gewicht zu verleihen.

Unmittelbar in der Folge stellt PART10 zwei weitere Fragen in den Raum: *Was ist krank?* und *Was ist nicht krank?* (Z. 0243). Durch den doppelt verwendeten Konjektor *und* schliesst sie diese dabei an ihre erste zum Adjektiv *normal* an und markiert jene nach *krank* und *nicht krank* mittels *aso* (*also*) zugleich als Erläuterung bzw. Konklusion zur ersten. Durch die parallele syntaktische Struktur *WAS IST X* werden die drei Fragen und die darin thematisierten Begriffe *normal*, *krank* bzw. *nicht krank* zudem in eine semantische Nähe-Beziehung gebracht. Gewissermassen als Antwort verweist die Sprecherin auf eine nun gefundene, individuell für sie selbst gültige Definition von *krank* (Z. 0244 u. 0245), deren rein subjektive Gültigkeit durch die zweifache possessive Zuweisung *für mich* und die vor und nach der Präpositionalgruppe eingefügten Pausen (Z. 0245) zusätzlich betont wird.

¹⁹ Vgl. ferner auch Weiste et al. (2018) zu Bezugnahmen auf psychiatrische Diagnosen von Patient:innenseite.

²⁰ Vgl. u. a. Günthner (2000); Holt/Clift (2007); König (2013) zur Gesprächswiedergabe in der mündlichen Interaktion.

Die Äusserung von PART10 zeugt somit gleich auf zwei Ebenen von einer metakommunikativen Bewertung von *normal* bzw. von Normalität: Zum einen berichtet die Teilnehmerin von einem Gespräch zu dieser Thematik mit ihrem Therapeuten und vollführt damit zum anderen die berichtete Tätigkeit der Bewertung auch gleich selbst im aktuellen Gesprächskontext. Dabei lehnt sie den Normalitätsbegriff und die damit und mit psychiatrischer Diagnostik verbundene Kategorisierung implizit über die Zitation einer Autoritätsperson sowie Inferenzen ab und berichtet von einer ausschliesslich individuell für sie selbst gültigen, von ihr selbst gefundenen Definition von *krank* im Kontext ihrer eigenen psychischen Krankheit und Gesundheit.

Neben dieser, im Vergleich zu den restlichen Sequenzen besonders ausführlichen, verbal expliziten Form metakommunikativer Kommunikation fallen in den untersuchten Daten an mehreren Stellen gestisch hinzugefügte, das Adjektiv *normal* begleitende Anführungszeichen (vgl. u. a. Gutzmann/Stein 2011; Klockow 1980) auf. Diese dienen in allen Fällen als Mittel der Modalisierung und Distanzierung bezüglich des Ausdrucks und der damit vorgenommenen Kategorisierung (vgl. Gutzmann/Stein 2011: 2651; Klockow 1980: 131), auf die zwar zurückgegriffen wird, die jedoch zugleich als markierte Form präsentiert wird. Ebenso finden sich – teilweise kombiniert mit gestischen Anführungszeichen – vor *normal* in mehreren Sequenzen kürzere oder längere Pausen, die als prosodisches Mittel der Distanzierung interpretiert werden können.

3.2 Kontrastierung von Krankheit vs. Normalität

Bereits im in Abschnitt 3.1 präsentierten Transkriptausschnitt wird das Adjektiv *normal* zu (psychischer) Krankheit und (psychiatrischen) Diagnosen in Kontrast gesetzt (vgl. auch Günthner 2006: 134–137; Groß/Birkner i. d. B.). Diese Kontrastierung von Krankheit vs. Normalität findet sich in den untersuchten Gesprächen dabei an mehreren Stellen in unterschiedlichen Formen, am häufigsten realisiert durch attributive und prädikative Verwendungen des Adjektivs *normal*. So auch im nachfolgenden Ausschnitt 2 aus einem face-to-face durchgeführten narrativen Interview. Der Gesprächsteilnehmer TN4, der an einer Depressionserkrankung leidet, beginnt auf die Einstiegsfrage („Können Sie mir Ihre Geschichte erzählen?“) mit der Erzählung seiner Krankheitsgeschichte. Er situiert diese zuerst zeitlich und beschreibt im Anschluss, wie er die Depressionserkrankung das erste Mal selbst bemerkt hat bzw. was ihn schliesslich dazu gebracht hat, eine psychiatrische Klinik aufzusuchen.

Ausschnitt 2

0007 TN4: ähm (-) hatte ich FEST <<bewegt Hände> ge->
0008 oder kam ich in ne situatiON wo ich merkte-
0009 ich glaub es ist etwas nicht mehr ganz okAY, (-)
0010 INT3: <<nickt> mhm->
0011 TN4: ähm ausgelöst aus <<bewegt Hände> verschiedenen GRÜNden-> (-)
0012 °hh ähm einersei:ts durch eine ähm (-) durch meine
beZIEhung;
0013 <<nickt> die ich damals HATte;>
0014 u:nd andererseits weil festgestellt worden dass ich äh ein_n
<<schüttelt Kopf> (-) tuMOR hab;>
0015 [also ein_n ein_n (--) harmlosen HAUTkrebs-]
0016 INT3: [((nickt))]]
0017 TN4: [aber <<gestikuliert> trotzdem hat halt viel> ausgelöst in
meinem KOPF,]
0018 INT3: [((nickt))]
0019 TN4: °h u:nd (.) hab dann gemerkt dass IRgendwie: ähm (-)
((nachdenklicher Laut)) (-)
0020 dass <<Zeigegeste> meine geDANKenwelt> glaub ich nicht ganz
dem entspricht-
0021 was ä::h (-) nor[MAL ist;]
0022 INT3: [((nickt leicht))]]
0023 TN4: oder [WAS ä::h-]
0024 INT3: [(m)hm-]
0025 TN4: geSUND ist;
0026 oder in eine RICHTung geht;
0027 die !ICH! noch (.) <<nickt> so: hAben mö[chte,>]
0028 INT4: [((nickt))]]
0029 TN4: [und hab dann äh (-)] <<zeigt in den Raum> HIERher>
gekommen;=
0030 INT4: [((nickt))]
0031 INT3: <<nickt> mhm;>
0032 TN4: =ähm für ein ERSTgesprä:ch-

Datenkorpus „Drüber reden! Aber wie?“, narratives Interview, face-to-face, TN4,
00:03:02h ff.

Zum Auftakt der narrativen Rekonstruktion beschreibt TN4 seine Wahrnehmung formuliert als direkte Gedankenrede: „ich glaub es ist etwas nicht mehr ganz okay, (-)“ (Z. 0009), was von INT3 nach einer kurzen Pause durch ein Rezeptionssignal ratifiziert wird (Z. 0010). Nach der Benennung möglicher Gründe für diese Veränderung (Z. 0011–0017)²¹ konkretisiert TN4 in den Zeilen 0019 bis 0027 die Äußerung in drei weiteren Reformulierungen von Zeile 0007 bis 0009, wobei die Zeilen 0021 bis 0027 jeweils syntaktisch an Zeile 0020 anschliessen. Die Sequenz kulminiert schliesslich, begleitet von ratifizierenden Rezeptionssignalen der Interviewerinnen²², in der Aussage „[und hab dann äh (-)] <<zeigt in den Raum> HIERher> gekommen;= [...] =ähm für ein ERSTgespräch-“ (Z. 0029–0032), mit der sich der Sprecher auf die Räumlichkeiten der psychiatrischen Klinik bezieht, in der das Interview durchgeführt wurde.

Die mittels der ersten Formulierung in Zeile 0009 und den zugehörigen Reformulierungen aktualisierten Beschreibungen bauen dabei einen Kontrast zwischen Krankheit und „Nicht-Krankheit“ auf und sind als Litotes gestaltet. Wie Bergmann (1992: 148–151) aufzeigt, ist die rhetorische Figur der Litotes in psychiatrischen Kontexten ein verbreitetes Mitigationsmittel zum kommunikativen Umgang mit „presumably delicate, touchy, or embarrassing matters“ (Bergmann 1992: 150), die durch die Litotes zugleich als solche markiert werden. Im hier abgebildeten sequenziellen Verlauf findet dabei eine Konkretisierung der anfänglichen Einschätzung (Z. 0009) statt. Einerseits bezüglich der bewerteten Entität: Während die erste Bewertung *nicht mehr ganz okay* noch auf ein allgemeines *es* bezogen war (Z. 0009), werden die nachfolgenden nun in Zeile 0020 mittels Possessivpronomen und gestisch unterstützt auf „meine geDANKenwelt“ bezogen. Zugleich wird die in der Bewertung *nicht mehr ganz okay* enthaltene semantische Vagheit durch die Reformulierungen weiter konkretisiert und definiert in den Negierungen von *normal*, *gesund* und *in eine Richtung gehend, die ich noch so haben möchte* (vgl. auch Deppermann 2002: 178–180; ferner auch Deppermann/De Stefani 2019). Sie alle dienen in der Form der Kontrastierung der näheren Beschreibung der Befindlichkeit im Krankheitszustand.

Die in den Negationen aktualisierten Bewertungen werden dabei durch die sequenzielle Struktur in eine semantische Ähnlichkeitsbeziehung gesetzt. Sequenziell in nächster Nähe und sogar inklusive des Häsitiationssignals *äh* auch hinsichtlich der syntaktischen Struktur identisch sind die Formulierungen in Zeile 0021 und 0023/0025, was eine Parallelisierung der Bewertungen *normal* und *gesund* nahelegt. Inter-

²¹ Vgl. u. a. Birkner (2006) zu subjektiven Krankheitstheorien im Gespräch.

²² Im Gegensatz zu allen anderen Interviews waren bei diesem Gespräch zwei Interviewerinnen anwesend, wobei INT3 die Leitung des Interviews innehatte.

essant ist dabei das Nebeneinander von generalisierenden Formulierungen, die einen *common ground* (Clark 1996) aktualisieren (vgl. z. B. *nicht dem entsprechen, was normal ist* (Z. 0020f.)), und ganz explizit subjektiven Bewertungen (vgl. z. B. Zeile 0026f., mit zusätzlich prosodisch stark akzentuiertem Personalpronomen). Zugleich sind die gesamte Sequenz und entsprechend auch die zur Kontrastierung der Krankheitserfahrung eingesetzten Bewertungen von zahlreichen Hästiationssignalen, Abbrüchen, Pausen und Vagheitsmarkern (vgl. auch Lakoff 1973) geprägt. Die aktualisierten Bewertungen werden so zu graduellen Grössen, deren Zuschreibung nicht zwingend immer eindeutig klar sein muss und die im interaktiven Kontext je neu definiert und verändert werden können.

Eine entsprechende Fassung von *normal* als graduelle Grösse findet sich auch gegen Ende der vom Teilnehmer angesetzten, initialen Erzählung des Interviews, als er zu deren Abschluss auf seinen aktuellen Gesundheitszustand zu sprechen kommt:

Ausschnitt 3

- 0072 TN4: °hh ÄHM ja-
- 0073 und ä:hm jetzt seit (-) ja ungefähr n äh DREIvierteljahr
oder so-
- 0074 jetzt eben <<nickt> OHne [medikamente.]>
- 0075 INT3: [((nickt, zieht Augenbrauen leicht
hoch))]
- 0076 TN4: [ähm u:nd ähm <<schwenkende Handbewegung> ja>] in dem sinne (.)
depressionsFREI würd ich [sAgen-]
- 0077 INT4: [((nickt))]
- 0078 INT3: [((nickt, zieht Augenb. hoch))]
- 0079 TN4: ich klar gibt_s immer wieder momente wo ich MERke-
- 0080 °h äh (.) dass es mir nicht !SO:! gut geht,
- 0081 [aber dass es ein (.) **norMALbereich** ist.]
- 0082 INT4: [((nickt))]
- 0083 INT3: [<<pp, stellt Kopf leicht schräg> oKAY->]
- 0084 INT4: [((nickt))]
- 0085 TN4: [<<nickt> ja.>]
- 0086 INT4: [((nickt))] [((nickt))]
- 0087 INT3: [<pp> oKAY.>]

Datenkorpus „Drüber reden! Aber wie?“, narratives Interview, face-to-face, TN4, 00:04:50h, ff.

TN4 beschreibt seinen aktuellen Zustand stichwortartig als „<<nickt > OHne [medikamente.]>“ (Z. 0074) und „in dem sinne (.) depressionsFREI würd ich [sAgen-]“

(Z. 0076), was von den Interviewerinnen ebenfalls mit Nicken sowie von INT3 mit als Ausdruck der Anerkennung interpretierbarem Hochziehen der Augenbrauen ratifiziert wird (Z. 0075, 0077, 0078). Der Absolutheitsausdruck *depressionsfrei* ist allerdings bereits von Vagheitsmarkern umgeben und wird in der Folge zusätzlich eingeschränkt: Immer wieder gebe es Momente, in denen es ihm „nicht !SO:! gut“ (Z. 0080) gehen würde (vgl. Bergmann (1992: 148–151) zur Litotes als Mitigationsmittel), es handle sich aber um einen „norMALbereich“ (Z. 0081). Der Sprecher konzeptualisiert *normal* bzw. Normalität damit nicht als Pol eines binären Kategorienpaares zwischen *normal* und *anormal*, sondern als skalare, graduelle Größe ohne exakt definierte Grenzen (vgl. auch Groß/Birkner i. d. B.).

Im Gegensatz zu diesen Beispielen finden sich im untersuchten Korpus jedoch verschiedene Stellen, die das Bewertungsadjektiv *normal* ohne entsprechende Markierungen der Vagheit und des Graduellen verwenden und mittels Kontrastierung einem Krankheitszustand gegenüberstellen. So auch im nachfolgenden Ausschnitt 4. Dieser stammt aus einem online durchgeführten narrativen Interview und steht an dessen Ende. Der Teilnehmer TN24 spricht über seinen aktuellen Umgang mit einer depressiven Erkrankung und davon, dass er sich, wenn das Gedankenkreisen zunehme, jeweils frühzeitig selber zu einer Krisenintervention anmelde. Dabei zieht er als Generalisierung seines persönlichen Verhaltens zum Abschluss seiner Erzählung einen Vergleich zu anderen Betroffenen:

Ausschnitt 4

- 2034 TN24: <<zieht Augenbrauen hoch> usserdem bin ich nöd de EINzig,
ausserdem bin ich nicht der einzige
- 2035 aso de: de gueti UMGang mit de erkrankig-
also der der gute Umgang mit der Erkrankung
- 2036 DE: händ- ((zuckt mit Schultern)) (2.2)
den haben
- 2037 git_s VIEli wo betroffe sind->
gibt es viele die betroffen sind
- 2038 [wo das sehr äh VORBILDlich machet;]
die das sehr äh vorbildlich machen
- 2039 INT5: [((nickt))]
- 2040 <<nickend> ja> <<p> ja.>=
- 2041 TN24: =und eifach au ned UFgebet, (--)
und einfach auch nicht aufgeben
- 2042 sondern sich denn mit (-) de ZIET chönd säge;
sondern sich dann mit der Zeit sagen können
- 2043 <<abwehrende Handgeste> Oh NEI das isch jetzt dA:-
oh nein das ist jetzt da

- 2044 **das het NÜT meh mit de:- (-)**
 das hat nichts mehr mit der
- 2045 **mit em äh norMAle: s herr nachnametn24 ztue;**
 mit dem äh normalen s Herr NachnameTN24 zu tun
- 2046 **sondern das isch jetzt sehr äh> (--) KRANKheitsbedingt äh-**
 sondern das ist jetzt sehr äh krankheitsbedingt äh

Datenkorpus „Drüber reden! Aber wie?“, narratives Interview, online, TN24, 00:51:04h ff.

Eingeleitet mit dem Adverb *ausserdem* führt TN24 zu Beginn dieser resümierenden Sequenz andere Betroffene als Bezugsgrösse ein, deren Handeln er als „VORBildlich“ (Z. 2038) bewertet, was vom Interviewer turn-überlappend bestätigt wird. Zur näheren Beschreibung dieses Verhaltens wird im Anschluss eine exemplarische Szene aufgebaut: Die in Zeile 2037 als „VIEli wo betroffe sind“ (*viele, die betroffen sind*) eingeführte Gruppe wird in den Zeilen 2043 und 2044 zunächst mittels im Chor gesprochener, mittels akzentuierter Interjektion eingeleiteter und gestisch unterstützter direkter Rede aktualisiert. Die direkte, fremde Rede wird jedoch in 2044 mitten in der Satzstruktur abgebrochen und in der nächsten Zeile ohne vorherige verbale Ankündigung oder spezifische prosodische Markierung als direkte Gedankenrede des Sprechenden – über sich selbst – fortgesetzt. TN24 fügt hier, gestisch unterstützt, auf sich selbst referierend einen Kontrast zwischen dem „norMAle: s herr nachnametn24“ (Z. 2045) und einem als „KRANKheitsbedingt“ (Z. 2046) charakterisierten Zustand an. Die gewählte Form der distanzierten, formellen Anrede *Herr + Nachname* als Personenreferenz auf sich selbst (die sich in anderen Zusammenhängen auch bereits früher im Gespräch findet) bewirkt dabei eine Distanzierung des Sprechenden zu sich selbst, womit eine Aussenperspektive aufgerufen wird (vgl. auch Gülich 2005: 239 f.; Groß/Birkner i. d. B.), die letztlich auch im verwendeten Adjektiv *normal* stets mitenthalten ist. Das als Kontrast zu *normal* als *krankheitsbedingt* bewertete Phänomen wird dabei in dieser Form des eine narrative Struktur abschliessenden, generalisierenden Vergleichs nicht näher expliziert, sondern nur deiktisch durch den Artikel *das* (Z. 2044 und 2046) referiert.

Das Verfahren der Kontrastierung und Gegenüberstellung von Normalität und psychischer Krankheit dient dabei in all diesen Fällen der Bewertung und teilweise auch der Beschreibung des eigenen Krankheitszustandes, wobei gerade durch die als Kontrast hinzugezogenen Eigenschaften und Grössen situativ näher konturiert wird, was (*a*)*normal* im entsprechenden Interaktionskontext umfasst.

3.3 Normalisierung der eigenen Krankheitserfahrung

In gewisser Hinsicht das Umgekehrte des in Abschnitt 3.2 dargelegten Kontrastierens der eigenen Krankheitserfahrung mit dem Normalen findet in den nachfolgend diskutierten Gesprächsausschnitten statt. In diesem, im Vergleich zu ersterem im Korpus seltener beobachtbaren kommunikativen Verfahren werden nun nicht die Krankheit und/oder die eigene Krankheitserfahrung dem Normalen gegenübergestellt, sondern es findet eine Normalisierung der subjektiven Krankheitserfahrung statt.

Verhältnismässig ausführlich geschieht dies im nachfolgenden längeren Ausschnitt 5. Dieser stammt aus einer Fokusgruppendifkussion, in der ein Teilnehmer (PART3) von seinen Erfahrungen der Medikamenten-Einnahme während einer depressiven Erkrankung erzählt:

Ausschnitt 5

- 0271 PART3: und döt isch <<fährt mit rechter Hand auf Tisch hin und her> (.) öppis ganz KOMischs passiert;>
und da ist etwas ganz Komisches passiert
- 0272 s het mer extrem <<hält beide Hände mit offener Handfläche gegen oben zeigend beieinander> ANGST gmacht gha; (-)>
es hat mir extrem Angst gemacht gehabt
- 0273 plötzlech (-) <<Anführungszeichen mit Händen> sind die normale TRIGgersituatione->
plötzlich sind die normalen Triggersituationen
- 0274 <<bewegt Hände parallel von l. nach r.> aso irgend (wie/e) STRESS(.)punkt oder so;>
also irgend (wie/ein) Stresspunkt oder so
- 0275 wo suscht ebe (.) <<beschreibt Abwärtskurve mit Hand> mis TUF->
die sonst eben mein Tief
- 0276 USglöst gha händ;
ausgelöst haben
- 0277 <<hält beide Handflächen nach oben> die händ käs TUF meh usglöst gha.> (--)
die haben kein Tief mehr ausgelöst
- 0278 und ich bi mir SO gwöhnt gsi all die jahr <<fährt mit beiden Händen nach l.> (.) jetz passiert das und das->
und ich war mir so gewohnt all die Jahre jetzt passiert das und das

- 0279 <<bewegt Hände in Wellenbewegung nach r.> und das löst
dänn eigentlich DAS us->
und das löst dann eigentlich das aus
- 0280 <<hält Hände weit auseinander> und dänn BRUCH ich (xxx) zwoi
drü täg> (und) dänn gahts wieder besser-
und dann brauche ich xxx zwei drei Tage und dann gehts wieder
besser
- 0281 <<hält beide Hände mit Handflächen gegen oben> und plötzlech>
(-) <<markiert mit Fingern der r. Hand einen rechten
Winkel> isch s mer eifach konstant GUET gange; (--)>
und plötzlich ist es mir einfach konstant gut gegangen
- 0282 und ALLi rundume händ das (.) bejubl <<zeigt mit beiden
Daumen nach oben> hey super super,>
und alle rundherum haben das beju hey super super
- 0283 und ich bi T0tal üb überforderet gsi;
und ich war total üb überfordert
- 0284 und ha [SCHISS gha] was isch mit <<zeigt mit r. Hand
auf sich> mir 10s,>
und habe Schiss gehabt was ist mit mir los
- 0285 PART5: [((nickt leicht))]
- 0286 PART3: ich funktionIER nümme; (-)
ich funktioniere nicht mehr
- 0287 und plötzlech gmerkt <<nickt> ahA> (--)> <<bewegt r. Hand von
r. nach l.> !VOR!här hani nid funktioni->
und plötzlich gemerkt aha vorher habe ich nicht funktioni'
- 0288 aso NID <<Anführungszeichen mit Händen> funktioniert;>
also nicht funktioniert
- 0289 ANDersch ähm; (1.8)
anders ähm
- 0290 vorhär aso jetz (--)> föhl ich mich !ME! Ich-
vorher also jetzt föhl ich mich mehr ich
- 0291 etz won ich <<bewegt Hände mit Handflächen gegeneinander
zeigend voneinander weg> (.) die stabiliTÄT han;>
jetzt da ich die Stabilität habe
- 0292 plötzlech hani wie <<fährt mit r. Hand zum Kopf> müsse
(--)> merke> we wer i wüklech BIN;
plötzlich habe ich wie merken müssen we wer ich wirklich bin

- 0293 <<hebt r. Hand zum Gesicht > plötzlich> (--) a also das (---)
[unterSCHÄTZe glaub vili,]
plötzlich a also das unterschätzen glaub viele
- 0294 PART5: [((nickt))]
- 0295 PART3: [dass de <<deutet mit r. Hand Kreis an> HEIligsprozäss>
(---) nid nume e e e jubeltanz isch;]
dass der Heilungsprozess nicht nur ein ein ein Jubeltanz ist
- 0296 PART5: [((nickt)) mhm;]
- 0297 PART3: [aso] zumindest für <<zeigt mit r. Hand auf sich> MICH->
also zumindest für mich
- 0298 PART5: [mhm-]
- 0299 PART3: das isch (--) <<schüttelt Kopf> ex[!TREM! schwi]erig;>
das ist extrem schwierig
- 0300 PART5: [<<nickt> (mhm-)>]
- 0301 PART3: aso (.) mängisch han ich mich au <<hebt r. Hand zum
Oberkörper> ZRUGgseht->
also manchmal habe ich mich auch zurückgeseht
- 0302 i ine depressivi [PHase;]
i in eine depressive Phase
- 0303 PART5: [<<pp> ja.>]
- 0304 PART3: <<hält Hände mit Handflächen nach oben auf den Tisch> wil
döt han i mi eifach USkennt.>
weil ich mich dort einfach ausgekannt habe
- 0305 PART5: ja (.) hm ja.
- 0306 PART6: <<nickt> mhm.>
- 0307 (1.1)

Datenkorpus „Drüber reden! Aber wie?“, Fokusgruppe1, 01:32:38h ff.

Die hier abgebildete, durchgehend in der ersten Person gehaltene Erzählung wird von PART3 mit einer Bewertung eröffnet: „öppis ganz KOMischs“ (*etwas ganz Komisches*) (Z. 0271) sei passiert,²³ das dem Erzählenden „extrem ANGST“ (Z. 0272) gemacht habe. Zur näheren Beschreibung baut PART3 in der Folge, eingeleitet durch das adverbial gebrauchte Adjektiv *plötzlich* einen Kontrast auf zwischen den von ihm, wenn auch umrahmt von modalisierend–distanzierenden Anführungszeichen, als *normal* bewerteten, während seiner Erkrankung vorhandenen *Triggersituatio-*

²³ Auf die Verwendung von *komisch* zur Bewertung des Nicht-Normalen verweisen auch Hannen-Illjes et al. (i. d. B.).

nen zur Auslösung einer akuten depressiven Phase und dem durch die eingenommenen Medikamente ausgelösten Zustand (Z. 0273–0277). Er verweist auf gewohnte Usualitäten, die nicht mehr so waren wie zuvor (Z. 0278–0281), präsentiert unterschiedliche Bewertungen der Veränderungen (Z. 0282–0286) und fügt zum Schluss eine Interpretation und Erklärung derselben an (Z. 0287–0304), die von PART5 mehrfach und zum Schluss auch von PART6 gestisch und verbal ratifiziert wird (Z. 0294, 0296, 0298, 0300, 0303, 0305 f.).

Normalität ist dabei in dieser Darstellung sehr eng verknüpft mit der Bedeutung des Usuellen, Alltäglichen und damit auch des Bekannten (Z. 0275, 0278, 0304) und wird von PART3 zumindest zu Teilen positiv bewertet (Z. 0301). Hinsichtlich der Erzählstruktur führt PART3 den Einbruch in seine vorherige Usualität und damit zugleich in seine Normalität mit dem adverbial gebrauchten Adjektiv *plötzlich* (Z. 0273) ein, das er in der Folge mit variierender syntaktischer Folgestruktur und zusätzlichen inhaltlichen Elementen insgesamt fünfmal zu Beginn einer Intonationsphrase wiederholt (Z. 0273, 0281, 0287, 0292, 0293). Die letzten zwei der Wiederholungen folgen dabei eng aufeinander (Z. 0292f.) bis die letzte Realisierung in Zeile 0293 in der Äusserung eines initialen *plötzlich* mit anschliessender Leerstelle als Aposiopese kulminiert.²⁴

PART3 stellt in seiner Schilderung dabei an mehreren Stellen zwei parallel vorhandene, geradezu gegensätzliche Bewertungen von *normal* bzw. Normalität einander gegenüber: Für ihn selber war die aus medizinischer Sicht intendierte Wirkung der Medikation, wie er unter Rückgriff auf Extremformulierungen (vgl. Bergmann/Meyer 2020: 460) und teilweise gestische Mittel beschreibt, *öppis ganz Komischs (etwas ganz Komisches)* (Z. 0271), das ihm *extrem Angst* (Z. 0272) und *Schiss* (Z. 0284) gemacht und ihn *total überfordert* (Z. 0283) hatte, das für ihn *extrem schwierig* (Z. 0299) war (vgl. auch die entsprechenden Ratifizierungshandlungen von PART5 in Z. 0285 u. 0300). Sein Umfeld hingegen sah dies ganz anders: „und ALLi rundume händ das (.) bejubl <<zeigt mit beiden Daumen nach oben> hey super super,“ (*und alle rundherum haben das beju- hey super super*) (Z. 0282). Die positive Bewertung von – absolut formuliert – *allen rundherum* wird zusätzlich verstärkt durch den gestisch begleiteten und als direktes Zitat wiedergegebenen, der generalisierenden Gruppe von *allen rundherum* in den Mund gelegten Ausruf „hey super super“. Gerade auch diese Gegenüberstellung der diametral entgegengesetzten Bewertungen, nämlich einer gesellschaftlichen und einer subjektiv erlebten Normalität, macht dabei nochmals deutlich, dass Normalität individuell unterschiedlich interpretiert werden kann. Das vermeintlich Gesunde, Normale empfindet der Sprecher hier als furcht-

²⁴ Das dramaturgische Element der Schilderung eines Normalzustandes, der *plötzlich* unterbrochen bzw. verändert wird, beschreiben auch Birkner und Groß für Patient:innen-Berichte in Arzt-Patient:innen-Gesprächen in diesem Band. Vgl. weiter auch Bergmann/Meyer (2020: 462) zur Ausschmückung und *iteratio* unerhörter Begebenheiten als verbreitete rhetorische Figuren in Alltagserzählungen.

einflössend, als plötzlichen Einbruch in seine vorherige Usualität, nach der er sich manchmal zurücksehnt.

Diese Betonung der persönlichen, individuellen Normalität, die sich von der Bewertung Nicht-Betroffener diametral unterscheidet, findet sich besonders deutlich auch im nachfolgend zitierten Online-Interview. Der Ausschnitt ist Teil der Antwort der Interviewten auf die Einstiegsfrage *Können Sie mir Ihre Geschichte erzählen?* Die Teilnehmerin (TN25), die an einer Schizophrenie leidet, erzählt in diesem ersten, längeren Redebeitrag vom Beginn ihrer Erkrankung, vom ersten Klinikaufenthalt und ihren Symptomen. Unmittelbar vor dem nachfolgenden Ausschnitt 6 beschreibt sie ihre Wahngedanken und Ängste. Im Anschluss resümiert sie zum Abschluss dieser längeren Antwort wie folgt:

Ausschnitt 6

- 0220 TN25: **i stell mir denn IMmer vor-**
ich stelle mir dann immer vor
- 0221 <<deutet mit linker Hand von sich weg> **wie schön s_lebe Isch oder !WÄR! ohni die ängst; (1.4)>**
wie schön das Leben ist oder wäre ohne diese Ängste
- 0222 <<deutet mit linker Hand zu sich> **ich bi aber au scho so i dem züg DInne gsi dass ich mir-**
ich bin aber auch schon so in der Situation drin gewesen
dass ich mir
- 0223 **das irgendwie (-- gar nüme so VORstelle chan; (---)**
das irgendwie gar nicht mehr so vorstellen kann
- 0224 **für mich isch amol no schwierig zum NOvollzieh-**
für mich ist es jeweils noch schwierig nachzuvollziehen
- 0225 **dass (-)> <<deutet mit linker Hand von sich weg>**
Ussestehendi> <<deutet mit linker Hand zu sich> vielleicht
(-- mini gedankegÄng als-
dass Aussenstehende meine Gedankengänge vielleicht als
- 0226 **(.) <<deutet Kopfschütteln an> !KO!misch> alueged; (--)**
komisch ansehen
- 0227 **weill für mich sind_s irgendwie norMA:L;**
weil für mich sind sie irgendwie normal
- 0228 INT4: **((nickt)) [((nickt))]**
- 0229 TN25: **[geNAU (.) ja.>]**
- 0230 INT4: **<<nickend, pp> ja.>**

Datenkorpus „Drüber reden! Aber wie?“, narratives Interview, online, TN25, 00:05:24h ff.

Die den ersten längeren Redebeitrag der Interviewten abschliessende Sequenz beginnt mit dem Bericht eines Gedankenexperiments bzw. einer hypothetischen Formulierung (Z. 0220–0221), die jedoch unmittelbar im Anschluss wieder relativiert bzw. zurückgenommen wird (Z. 0222–0223). Die Vorstellung, wie das Leben ohne die Angstsymptome wäre, ist für die Sprechende gar nicht mehr zugänglich. Nach einer längeren Pause setzt TN25 in Zeile 0224 zu einer Erläuterung des zuvor Geäusserten an – syntaktisch parallel zu Zeile 0222 f. als mittels *dass* eingeleitetem Nebensatz. Dazu kontrastiert sie, prosodisch mittels starkem bzw. Fokusakzent und Dehnung markiert, die Bewertung ihrer Gedankengänge als *komisch* und *normal*, wobei sie die – generalisierend *Aussenstehenden* zugeschriebene – Bewertung ihrer Gedankengänge als *komisch* explizit als für sich selbst nur schwer nachvollziehbare Fremdkategorisierung referiert.²⁵ Für sie selber sind die vor diesem Ausschnitt im Gespräch geschilderten Wahngedanken „norMA:L“ (Z. 0227). Dieser Gegensatz bildet zugleich den Kulminationspunkt ihrer Darstellung, gefolgt von ratifizierendem Nicken und Bejahen der Interviewerin sowie einer abschliessenden Bestätigung von TN25 (Z. 0229).

Das Normale ist dabei nicht etwa positiv bewertet (vgl. Z. 0221), wie dies in Ausschnitt 5 zumindest zu Teilen geschieht, sondern bezieht sich vielmehr auf das für die Sprecherin Usuelle, Alltägliche und Bekannte. Die Äusserungen und vorgenommenen Kategorisierungen sind zusätzlich umrahmt von zahlreichen Pausen (vgl. Z. 0223, 0225, 0226), Häitationssignalen und Heckenausdrücken (*irgendwie, so, noch, vielleicht*, Z. 0223–0227) (Lakoff 1973), was einerseits der Darstellung von Formulierungsschwierigkeiten dient (vgl. auch Gülich 2005; Maatz et al. 2022: 3–4) und andererseits die benannten Kategorien zusätzlich als unsicher und vage markiert.

Wie die Ausschnitte 5 und 6 illustrieren, variiert die kommunikative Funktion dieses Verfahrens der Normalisierung der eigenen Krankheit. In Ausschnitt 5 wird damit auf eine Herausforderung und Schwierigkeit in der Krankheitserfahrung aufmerksam gemacht und deren – zu Unrecht vorgenommene – positive Beurteilung von Nicht-Betroffenen kritisiert. Auch in Ausschnitt 6 werden zwei gegenteilige Interpretationen des Krankheitszustandes als (A-)Normalität einander gegenübergestellt. Die Bewertung der *Aussenstehenden* wird jedoch nicht in der gleichen Form kritisiert. Vielmehr dient die Normalisierung der eigenen Krankheitserfahrung dort als eine Art Rechtfertigung dafür, dass die von Aussen vorgenommene Einteilung in Normalität und Anormalität nicht geteilt

²⁵ Vgl. in diesem Kontext u. a. auch Czyzewski et al. (1995) zu referierten Fremdkategorisierungen, die grundlegenden Arbeiten von Sacks (1972a; 1972b; 1989) zur *membership categorization* wie auch Lucius-Hoene/Deppermann (2004) zu Positionierungshandlungen in der kommunikativen Interaktion. Vgl. zudem auch Schütte (2021: 387) zu Selbst- und Fremdpositionierungen im Kontext von Normalitätszuschreibungen in Online-Trauerforen.

wird, ja nicht geteilt werden kann. Gemein ist den Fällen die Kontrastierung sich widersprechender Interpretationen von Normalität. Dabei ist die Eigenschaft *normal* eng verknüpft mit dem individuell – und explizit *nicht* gemeinschaftlich geteilten – Usuellen, Alltäglichen und Bekannten. Der durch die Bewertung *normal* aufgerufene *common ground* (Clark 1996) bedarf der Anpassung, wird in den Schilderungen als neu Auszuhandelnder dargestellt (vgl. auch Maatz et al. 2022: 4).

4 Fazit

Individuelle und gesellschaftliche Vorstellungen von Normalität sind mit dem Kontext der psychischen Gesundheit und Krankheit eng verknüpft und spielen als Bezugsgrösse zum Erleben psychischer Erkrankung eine zentrale Rolle. Auch in den hier untersuchten narrativen Interviews und Fokusgruppengesprächen werden die Kategorien aufgerufen und als Orientierungs- und Bezugsgrössen eingesetzt. Dabei finden sich auf der einen Seite Verwendungen von *normal*, wie sie auch im eingangs zitierten *Duden Universalwörterbuch* als allgemeinsprachliche Lesarten definiert sind: Als Referenz einer klar definierten, entweder medizinisch festgesetzten oder durch das Usuelle, Alltägliche, durch gesellschaftliche Werte bestimmten Norm. Auf der anderen Seite haben die Analysen aber auch verschiedentlich gezeigt, dass die Sprechenden situiert im jeweiligen interaktiven Kontext Normalität als subjektive und graduelle Grösse konzeptualisieren, die je individuell unterschiedlich interpretiert werden kann und erst in der kommunikativen Interaktion situativ bestimmt wird (vgl. auch Iakushevich 2021: 320). *Normal* wird in den untersuchten Gesprächen dabei zu *krank* und *komisch* in Kontrast und zu *gesund* sowie subjektiven, positiven Bewertungen in eine semantische Ähnlichkeitsbeziehung gesetzt und so zugleich näher definiert. Wie die Analysen gezeigt haben, ruft die Bewertung *normal* dabei häufig zugleich den Kontrast des Gegenteils, des als nicht normal Bestimmten auf. Gerade im Kontext psychischer Krankheit und Gesundheit wird die Grösse der Normalität bzw. die damit verbundene Kategorisierung und Bewertung von den hier zu Wort Kommenden dabei auch kritisiert oder sogar gänzlich abgelehnt.

Hinsichtlich seiner kommunikativen Funktion werden *normal* und damit das Konzept der (A-)Normalität in den untersuchten Gesprächsdaten zur Beschreibung, Kategorisierung und Bewertung eingesetzt. Die Bezeichnung als (*a*-)*normal* dient dabei auf der einen Seite als Kontrastfolie zur Darstellung der eigenen Krankheitserfahrung und beschreibt und konturiert diese damit zugleich. Auf der

anderen Seite werden die eigenen Krankheitserfahrungen auch – im Kontrast zur psychiatrischen Diagnose bzw. zur medizinischen Einschätzung und dem Urteil der Aussenstehenden – als *normal* und *usuell* dargestellt und damit normalisiert. In beiden Fällen wird mittels *normal* eine (nicht immer näher konkretisierte) Aussensicht auf die Erkrankung aufgerufen, zu welcher sich die Sprechenden positionieren – je nachdem in affirmativer oder kontrastierender Form (vgl. auch Groß/Birkner i. d. B.).

Für die medizinisch-psychiatrische Praxis scheint es vor diesem Hintergrund zentral, hinsichtlich der Interaktion mit Patient:innen, Angehörigen und medizinischen Laien auch ausserfachliche Auffassungen von Normalität mit in den Blick zu nehmen. Mag aus Sicht medizinischer Theorie (*A-)Normalität* eine objektiv ermittelbare, rein deskriptiv intendierte Grösse sein, die auf einen für alle geltenden, von allen akzeptierten *common ground* verweist – aus der Perspektive von Patient:innen ist sie dies nicht zwingend. Dass entsprechende divergierende Auffassungen auch Auswirkungen auf Arzt-Patienten-Gespräche, auf die Akzeptanz medizinischer Diagnosen und Therapien haben und so für die medizinische Praxis unmittelbar Relevanz besitzen, ist, so scheint mir, in den hier diskutierten Interviews und Fokusgruppendifkussionen zu psychischer Krankheit und Gesundheit evident geworden (vgl. dazu ferner auch Ilg 2021).

Literatur

- Beresford, Peter (2013): From ‚other‘ to involved: user involvement in research: an emerging paradigm. *Nordic Social Work Research* 3, 139–148.
- Bergmann, Jörg R. (1992): Veiled morality: notes on discretion in psychiatry. In Paul Drew & John Heritage (Hrsg.), *Talk at Work. Interaction in Institutional Settings*, 137–162. Cambridge: University Press.
- Bergmann, Jörg & Christian Meyer (2020): Gesprächsrhetorik in Soziologie, Ethnologie, Ethnographie und Anthropologie. In Ernest W. B. Hess-Lüttich (Hrsg.), *Handbuch Gesprächsrhetorik*, 451–468. Berlin, Boston: De Gruyter.
- Birkner, Karin (2006): Subjektive Krankheitstheorien im Gespräch. *Gesprächsforschung* 7, 152–183.
- Bohnsack, Ralf, Aglaja Przyborski & Burkhard Schäffer (Hrsg.) (2010): *Das Gruppendiskussionsverfahren in der Forschungspraxis*. 2., vollst. überarb. Aufl. Opladen: Budrich.
- Bühlig, Kristin (2009): Zur sprachlich-interaktiven Realisierung von Normalität in der Arzt-Patienten-Kommunikation. In Hanneli Döhner, Heidrun Kaupen-Haas & Olaf von dem Knesebeck (Hrsg.), *Medizinsoziologie in Wissenschaft und Praxis*, 51–64. Berlin: LIT.
- Clark, Herbert H. (1996): Common ground. In Herbert H. Clark (Hrsg.), *Using language*, 92–121. Cambridge: University Press.
- Czyzewski, Marek, Martina Drescher, Elisabeth Gülich & Heiko Hausendorf (1995): Selbst- und Fremdbilder im Gespräch. Theoretische und methodologische Aspekte. In Marek Czyzewski, Elisabeth Gülich, Heiko Hausendorf & Maria Kastner (Hrsg.), *Nationale Selbst- und Fremdbilder im*

- Gespräch. Kommunikative Prozesse nach der Wiedervereinigung Deutschlands und dem Systemwandel in Mittelosteuropa*, 11–81. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Deppermann, Arnulf (2002): Konstitution von Wortbedeutung im Gespräch. Eine Studie am Beispiel des jugendsprachlichen Bewertungsadjektivs *assi*. In Arnulf Deppermann & Thomas Spranz-Fogasy (Hrsg.), *Be-deuten. Wie Bedeutung im Gespräch entsteht*, 158–184. 2., unver. Aufl. Tübingen: Stauffenburg.
- Deppermann, Arnulf & Elwys De Stefani (2019): Defining in talk-in-interaction: Recipient-design through negative definitional components. *Journal of Pragmatics* 140, 140–155.
- DUW = Deutsches Universalwörterbuch (2019): *Duden – Deutsches Universalwörterbuch*. 9., überarb. u. erw. Aufl. Berlin: Bibliographisches Institut.
- Finzen, Asmus (2018): *Normalität. Die ungezähmte Kategorie in Psychiatrie und Gesellschaft*. Köln: Psychiatrie Verlag.
- Garfinkel, Harold (1967): *Studies in Ethnomethodology*. Englewood Cliffs/NJ: Prentice Hall.
- Groß, Alexandra (2021): *Eine erfreuliche Normalität*. Konversationelle Praktiken des *Normalisierens* und *Emotionalisierens* bei der Befundmitteilung in der HIV-Sprechstunde. In Marina Iakushevich, Yvonne Ilg & Theresa Schnedermann (Hrsg.), *Linguistik und Medizin. Sprachwissenschaftliche Zugänge und interdisziplinäre Perspektiven*, 339–357. Berlin, Boston: De Gruyter.
- Gülich, Elisabeth (2005): Unbeschreibbarkeit: Rhetorischer Topos – Gattungsmerkmal – Formulierungsressource. *Gesprächsforschung* 6, 222–244.
- Günthner, Susanne (2000): Zwischen direkter und indirekter Rede. Formen der Redewiedergabe in Alltagsgesprächen. *Zeitschrift für Germanistische Linguistik* 28, 1–22.
- Günthner, Susanne (2006): Rhetorische Verfahren bei der Vermittlung von Panikattacken. Zur Kommunikation von Angst in informellen Gesprächskontexten. *Gesprächsforschung* 7, 124–151.
- Gutzmann, Daniel & Erik Stei (2011): How quotation marks what people do with words. *Journal of Pragmatics* 43, 2650–2663.
- Hartung, Susanne, Petra Wihofszky & Michael T. Wright (Hrsg.) (2020): *Partizipative Forschung. Ein Forschungsansatz für Gesundheit und seine Methoden*. Wiesbaden: Springer VS.
- Holt, Elizabeth & Rebecca Clift (2007): Introduction. In Elizabeth Holt & Rebecca Clift (Hrsg.), *Reporting Talk. Reported Speech in Interaction*, 1–15. Cambridge: University Press.
- Hucklenbroich, Peter (2008): „Normal – anders – krank“: Begriffserklärungen und theoretische Grundlagen zum Krankheitsbegriff. In Dominik Groß, Jan Steinmetzer & Sabine Müller (Hrsg.), *Normal – anders – krank? Akzeptanz, Stigmatisierung und Pathologisierung im Kontext der Medizin*, 3–32. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Iakushevich, Marina (2021): Einleitung: ‚Gesundheit‘/‚Krankheit‘ und gesellschaftliche wie auch fachliche Vorstellungen von ‚Normalität‘. In Marina Iakushevich, Yvonne Ilg & Theresa Schnedermann (Hrsg.), *Linguistik und Medizin. Sprachwissenschaftliche Zugänge und interdisziplinäre Perspektiven*, 317–321. Berlin, Boston: De Gruyter.
- Iakushevich, Marina, Yvonne Ilg & Theresa Schnedermann (Hrsg.) (2021): *Linguistik und Medizin. Sprachwissenschaftliche Zugänge und interdisziplinäre Perspektiven*. Berlin, Boston: De Gruyter.
- Ilg, Yvonne (2021): Wechselwirkungen zwischen öffentlicher Kommunikation, subjektiven und fachlichen Krankheitstheorien. In Marina Iakushevich, Yvonne Ilg & Theresa Schnedermann (Hrsg.), *Linguistik und Medizin. Sprachwissenschaftliche Zugänge und interdisziplinäre Perspektiven*, 191–195. Berlin, Boston: De Gruyter.
- Klockow, Reinhard (1980): *Linguistik der Gänsefüßchen: Untersuchungen zum Gebrauch der Anführungszeichen im gegenwärtigen Deutsch*. Frankfurt a.M.: Haag u. Herchen.

- König, Katharina (2013): Generalisieren, Moralisieren – Redewiedergabe in narrativen Interviews als Veranschaulichungsverfahren zur Wissensübermittlung. In Karin Birkner & Oliver Ehmer (Hrsg.), *Veranschaulichungsverfahren im Gespräch*, 201–223. Mannheim: Verlag für Gesprächsforschung.
- König, Katharina (2014): *Spracheinstellungen und Identitätskonstruktion: Eine gesprächsanalytische Untersuchung sprachbiographischer Interviews mit Deutsch-Vietnamesen*. München: De Gruyter.
- Lakoff, George (1973): Hedges: A Study in Meaning Criteria and the Logic of Fuzzy Concepts. *Journal of Philosophical Logic* 2, 458–508.
- Liebert, Wolf-Andreas (2021): Psychopathologie der Erleuchtung. Psychiatrisch-linguistische Lektüren spiritueller Erwachenserzählungen. In Marina Iakushevich, Yvonne Ilg & Theresa Schnedermann (Hrsg.), *Linguistik und Medizin. Sprachwissenschaftliche Zugänge und interdisziplinäre Perspektiven*, 473–489. Berlin, Boston: De Gruyter.
- Lucius-Hoene, Gabriele & Arnulf Deppermann (2004): Narrative Identität und Positionierung. *Gesprächsforschung* 5, 166–183.
- Maatz, Anke, Yvonne Ilg & Henrike Wiemer (2021): Sprechen über psychische Erkrankungen: Drüber reden! Aber wie? *Leading Opinions Neurologie & Psychiatrie* 2, 6–7.
- Maatz, Anke, Yvonne Ilg & Henrike Wiemer (2022): Einfach drüber reden? Eine interdisziplinäre Untersuchung zu Schwierigkeiten und Ressourcen beim Reden über Erfahrungen psychischer Erkrankungen. *Sozialpsychiatrische Informationen* 52, 6–12.
- Maatz, Anke, Yvonne Ilg, Henrike Wiemer, Rahel Kleiner, E. S., Julian Hofmann, Anja Schmid & Paul Hoff (2022): Wahnsinns Sprache! Eine qualitative Untersuchung zur kommunikativen Darstellung von Wahn im Gespräch. *Der Nervenarzt*, 1–7.
- Peräkylä, Anssi (2013): Conversation Analysis and Psychotherapy. In Jack Sidnell & Tanya Stivers (Hrsg.), *The Handbook of Conversation Analysis*, 551–574. Chichester: Wiley-Blackwell.
- Peräkylä, Anssi, Charles Antaki, Sanna Vehviläinen & Ivan Leudar (Hrsg.) (2008): *Conversation Analysis and Psychotherapy*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Peters, Uwe Henrik (2000): *Lexikon Psychiatrie, Psychotherapie, Medizinische Psychologie*. Unveränd. Nachdruck der 5. Aufl. München u.a.: Urban & Fischer.
- Sacks, Harvey (1972a): An initial investigation of the usability of conversational materials for doing sociology. In David Sudnow (Hrsg.), *Studies in Social Interaction*, 31–74. New York: Free Press.
- Sacks, Harvey (1972b): On the Analyzability of Stories by Children. In John Gumperz, & Dell H. Hymes (Hrsg.), *Directions in Sociolinguistics: The Ethnography of Communication*, 325–345. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Sacks, Harvey (1984): On doing „being ordinary“. In J. Maxwell Atkinson & John Heritage (Hrsg.), *Structures of Social Action*, 413–429. Cambridge: University Press.
- Sacks, Harvey (1989): Lecture Six – The M.I.R. Membership Categorization Device. *Human Studies* 12, 271–281.
- Schütte, Christian (2021): „Ist das denn noch normal?“ Diskurslinguistische Stichproben zur Aushandlung von ‚Normalität‘ in Online-Trauer-Foren. In Marina Iakushevich, Yvonne Ilg & Theresa Schnedermann (Hrsg.), *Linguistik und Medizin. Sprachwissenschaftliche Zugänge und interdisziplinäre Perspektiven*, 379–398. Berlin, Boston: De Gruyter.
- Selting, Margret, Peter Auer, Dagmar Barth-Weingarten, Jörg Bergmann, Pia Bergmann, Karin Birkner, Elizabeth Couper-Kuhlen, Arnulf Deppermann, Peter Gilles, Susanne Günthner, Martin Hartung, Friederike Kern, Christine Mertzlufft, Christian Meyer, Miriam Morek, Frank Oberzaucher, Jörg Peters, Uta Quasthoff, Wilfried Schütte, Anja Stukenbrock & Susanne Uhmann (2009): Gesprächsanalytisches Transkriptionssystem 2 (GAT 2). *Gesprächsforschung* 10, 353–402.

- Weiste, Elina, Anssi Peräkylä, Taina Valkeapää, Enikö Savander & Jukka Hintikka (2018): Institutionalised otherness: Patients references to psychiatric diagnostic categories. *Social Science & Medicine* 207, 71–79.
- Wittenburg, Peter, Hennie Brugman, Albert Russel, Alex Klassmann & Han Sloetjes (2006): ELAN: a Professional Framework for Multimodality Research. *Proceedings of LREC 2006, Fifth International Conference on Language Resources and Evaluation*, 1556–1559. http://www.lrec-conf.org/proceedings/lrec2006/pdf/153_pdf.pdf (letzter Zugriff 16.07.2022).
- Ziebland, Sue (2013): Narrative Interviewing. In Sue Ziebland, Angela Coulter, Joseph D. Calabrese & Louise Locock (Hrsg.), *Understanding and using health experiences: improving patient care*, 38–48. Oxford: University Press.

III Die kommunikative Konstruktion von Normalitäten in interprofessionellen Interaktionen

Isabella Buck

„des IS ja auch schlImm;=ne,“: Verstehensanzeigen beim Sprechen über Dritte als Mittel des Normalisierens von abweichendem Patientenverhalten in interdisziplinären Teambesprechungen auf der Palliativstation

Abstract: Gegenstand des Beitrags sind Verstehensdisplays professioneller Akteur:innen in Teambesprechungen des stationären Palliativbereichs, die sich auf das interaktiv als auffällig konstruierte emotionale Verhalten von Patient:innen beziehen. Da die analysierten Teambesprechungen ohne die Anwesenheit der Betroffenen stattfinden, stellt sich die Frage, welche Funktion diesen Verstehensanzeigen zukommt. Auf Grundlage einer gesprächsanalytischen Betrachtung der Besprechungen wird gezeigt, dass die entsprechenden Turns die Funktion erfüllen, das Verhalten der Patient:innen als nachvollziehbar zu rahmen und somit zu normalisieren. Das Normalisieren dient wiederum dazu, innerhalb des Teams einen Konsens darüber herzustellen, dass keine weiteren Maßnahmen indiziert sind. Im Beitrag werden speziell die lexikalisch-syntaktischen sowie die sequenziell-interaktiven Merkmale der Verstehensanzeigen beleuchtet.

Keywords: Teambesprechungen, Normalisieren, Palliative Care, Verstehensanzeigen, Sprechen über Emotionen, lexikalisch-syntaktisch, sequenziell-interaktiv, Wissenstransfer, Abtönungspartikel, Sterben, Versorgungsplanung

1 Einleitung

Der Kerngedanke der Palliativmedizin besteht darin, Menschen einen guten, weitgehend schmerzfreien Sterbeprozess zu ermöglichen, währenddessen ein interdisziplinäres Team die Sterbenden holistisch betreut. Vor diesem Hintergrund strebt die Palliative Care eine Optimierung des Sterbens an, die auf eine aktive Auseinandersetzung der Patient:innen mit ihrem Tod sowie auf die Akzeptanz desselben abzielt (Streeck 2017). In den Besprechungen interdisziplinärer Palliativteams finden sich vonseiten der professionellen Akteur:innen daher häufig Bewertungen des Umgangs der Patient:innen mit ihrer Krankheit, deren Fortschreiten, dem fehlen-

den Therapieerfolg sowie dem nahen Lebensende: Es wird danach gefragt, wie die Patient:innen emotional auf ihren Krankheitsprogress reagieren und ob sie die zunehmende Symptomfülle aktiv verarbeiten oder verdrängen. Da die Teambesprechungen auf Palliativstationen u. a. die Funktion erfüllen, die Maßnahmen der einzelnen Professionen zu koordinieren, stellen die diesbezüglichen Bewertungen und Einschätzungen ein wichtiges Instrument für Entscheidungen rund um die weiteren Behandlungen der Patient:innen dar.

Für den vorliegenden Beitrag wurden fünfzehn Teambesprechungen einer süddeutschen Palliativstation sprachlinguistisch analysiert. Betrachtet man die Sequenzen näher, in denen ein als auffällig gerahmtes Verhalten der Patient:innen im Hinblick auf deren Krankheitsprogress thematisiert wird, fällt auf, dass hier bisweilen Verstehensanzeigen der professionellen Akteur:innen erscheinen. Mittels dieser Praktik zeigen die Teammitglieder Verständnis für die Reaktionen der Patient:innen an. Allerdings scheinen diese empathisierenden Verstehensdisplays im Kontext der Teambesprechungen zunächst unnötig zu sein, sind die betroffenen Personen, denen gegenüber eine Verstehensanzeige angebracht wäre, doch gar nicht anwesend. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage nach der interaktiven Funktion der entsprechenden Verstehensanzeigen vonseiten der professionellen Akteur:innen. Durch sequenzanalytische Betrachtungen der entsprechenden Gesprächsausschnitte wird zu zeigen sein, dass die Verstehensanzeigen die Aufgabe übernehmen, die emotionalen Reaktionen der Patient:innen zu normalisieren.¹ Hierbei gilt es, innerhalb des Teams einen intersubjektiven Konsens darüber zu erlangen, dass die geschilderten emotionalen Reaktionen der Patient:innen und Angehörigen auf den Krankheitsprogress nachvollziehbar und dementsprechend keineswegs außergewöhnlich, sondern ‚normal‘ sind. Insofern handelt es sich bei der Normalisierung auch um eine Strategie der Relativierung. Die geteilte Auffassung hinsichtlich des Verhaltens der Patient:innen und Angehörigen erweisen sich wiederum als wichtig, um entscheiden zu können, ob Maßnahmen wie Psychopharmaka, eine intensivierete Betreuung durch eine Psychologin oder Begleitgespräche mit einem Seelsorger indiziert sind. So erfüllen die Verstehensdisplays der Teammitglieder eine wichtige Funktion für die Planung der weiteren Versorgung.

Der Beitrag ist wie folgt aufgebaut: Zunächst beschreibe ich die Besonderheiten von Verstehensdisplays, wenn diese in Abwesenheit der betroffenen Personen geäußert werden (Kapitel 2). Anschließend gehe ich auf die interaktionalen Spezifika von Teambesprechungen ein (Kapitel 3), ehe ich meine Datengrundlage vorstelle (Kapitel 4). Im Analyseteil widme ich mich sodann zunächst den lexikalisch-

¹ Ich folge einer breit gehaltenen, sozialkonstruktivistischen Definition von Normalität und referiere in Anlehnung an.

syntaktischen (Kapitel 5.1) und nachfolgend den sequenziell-interaktiven Merkmalen der auf abwesende Dritte bezogenen Verstehensanzeigen (Kapitel 5.2). Im Fazit werden die Analyseergebnisse schließlich zusammengeführt (Kapitel 6).

2 Verstehensanzeigen in der Interaktion

Verstehensanzeigen, die sich auf den affektiv-emotionalen Zustand kopräsenter Gesprächsteilnehmer:innen beziehen, werden in der gesprächsanalytischen Forschung zumeist im Kontext von Empathiedarstellungen untersucht (vgl. Bauer i. d. B.). Empathie wird hier als *display* von Verstehen des emotionalen Zustandes eines Gegenübers beschrieben, als „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“ (Ruusuvoori 2005: 205; vgl. auch Kupetz 2015; Stommel/te Molder 2018: 524). In den dabei untersuchten Gesprächsdaten sind die betroffenen Personen, die *consequential figures* (Maynard 1997), zumeist anwesend und beteiligen sich als ratifizierte Teilnehmer:innen an der fokussierten Interaktion. Wie jedoch Kupetz (2015: 171) festhält, ist die Anwesenheit der betroffenen Personen „kein konstitutives Kriterium für Empathiedarstellungen“; Verstehensanzeigen, in denen Verständnis für die emotionale Situation anderer zum Ausdruck gebracht wird, können auch in Abwesenheit der *consequential figures* auftreten. In solchen interaktiven Kontexten dienen diese häufig nicht nur der Darstellung von Empathie, sondern auch anderen sozialen Aktivitäten, etwa der Untermauerung einer persönlichen Meinung der empathieanzeigenden Person oder der Legitimierung der Erzählbarkeit einer Geschichte über die Betroffenen (Kupetz 2015: 190).

Ist die Person, der Verstehen entgegengebracht wird, nicht anwesend, besteht keine Gefahr, dass die Verstehensdisplays vonseiten der Betroffenen nicht ratifiziert bzw. zurückgewiesen werden. Dennoch wird auch hier die epistemische Komponente von Verstehensanzeigen relevant: Der Zugang zum inferierten emotionalen Zustand einer *consequential figure* ist lediglich ein indirekter, weshalb trotz der Abwesenheit der betroffenen Person epistemische Marker zur Abschwächung des Gesagten auftreten. Für die Herstellung von Intersubjektivität ist es auch in diesen Kontexten von Bedeutung, Übereinstimmung mit den anwesenden Personen bzgl. der Einschätzung des Zustandes der Betroffenen herzustellen (Kupetz 2015: 176). Besondere Relevanz kommt einem solchen Konsens im Kontext professioneller Fallbesprechungen zu, wie sie im vorliegenden Beitrag betrachtet werden.

Aus diesem Grund lege ich im folgenden Kapitel den Forschungsstand zu interdisziplinären Teambesprechungen dar.

3 Interdisziplinäre Teambesprechungen

Besprechungen sind der Ort, an dem Institutionen „are talked into being“ (Heritage 1984: 237): Die Mitglieder der Institution legitimieren hier fortwährend die Aktivitäten, die sie tagtäglich verrichten, und versichern sich somit gegenseitig der Berechtigungsgrundlage ihres institutionellen Daseins (Schwartzman 1981). Bei Besprechungen handelt es sich gemäß Boden (1994: 84) um

planned gathering[s] [...], in which the participants have some perceived (if not guaranteed) role, have some forewarning (either longstanding or quite improvisatorial) of the event, which has itself some purpose or a ‚reason‘, a time, place, and [...] an organizational function.

Die in Besprechungen ausgeführten sprachlichen Handlungen können gemäß ihrer temporalen Gerichtetheit in drei Subtypen unterteilt werden – Berichten über Vergangenes, Entscheidungsfindung, die sich auf die Gegenwart bezieht, und planende, auf die Zukunft gerichtete Aktivitäten (Svennevig 2011: 17). Etwas zu besprechen bedeutet dabei immer, etwas mit dem Attribut „besprechenswert“ Versehenes „im Sinne einer weiteren, möglichen Bearbeitung bereitzustellen [...] [,] es interaktiv in einen spezifischen Bearbeitungszustand zu überführen und diesen als Anknüpfungspunkt sichtbar zu machen“ (Domke 2006: 4).

Neben der Auswahl der Themen sind Besprechungen auch durch die Rollenverteilung der Teilnehmenden charakterisiert, die mit unterschiedlichen Möglichkeiten der Beteiligung hinsichtlich der Länge und Übernahme von Turns einhergeht (Habscheid et al. 2015: 402). Im Vergleich zu anderen Interaktionsformen zeichnen sich Besprechungen vor allem durch ein verändertes Turn-Taking-System aus (Halvorsen/Sarangi 2015: 3), das insbesondere durch die institutionelle Rolle der Vorsitzenden bedingt ist, denen die Zuweisung des Rederechts obliegt (Pomerantz/Denvir 2007). Gibt es keine Vorsitzenden, wird das Rederecht oftmals reihum weitergegeben, bis alle Teammitglieder einen Redebeitrag hatten.

In Besprechungen wird immer auch Wissen ausgetauscht und verhandelt. Das Wissen, das die einzelnen Teammitglieder bzw. Professionen einbringen, bildet hierbei kein statisches Objekt, sondern wird im Laufe des interaktiven Geschehens zur Disposition gestellt, evaluiert, fragmentiert etc. Insofern findet in Teambesprechungen nicht nur ein Transfer von Wissen statt; Teambesprechungen sind auch ein Ort, an dem interaktiv neues Wissen generiert wird (Djordjilovic 2012). Insbesondere in interdisziplinären Teams, die Gegenstand des vorliegenden Beitrags

sind, ist dieser Wissenstransfer essenziell, um die Kompetenzen sowie das Wissen der einzelnen Professionen zu bündeln und effektiv an den Zielen der Institution arbeiten zu können. Interdisziplinäre Teams zeichnen sich dadurch aus, dass gemeinschaftlich an der Lösung von Problemen gearbeitet wird und die Grenzen zwischen den einzelnen Professionen bisweilen verschwimmen (Øvretveit 1993: 55). Im Gesundheitswesen lassen sich interdisziplinäre Teams auch als „therapeutische Allianz“ (Kursawe/Guggenberger 2013: 7) begreifen, die regelmäßig die aktuellen Fälle bespricht, um so das übergeordnete Ziel der Zusammenarbeit, das Wohl der Patient:innen, zu erreichen. Insbesondere in der Palliativmedizin mit ihrem holistischen Anspruch gilt die enge Zusammenarbeit zwischen allen in die Betreuung involvierten Berufsgruppen als unabdingbare Prämisse professionellen Handelns (Klarare et al. 2013: 1067).

4 Datengrundlage

Die für diesen Beitrag untersuchten Gesprächsdaten stammen aus dem Projekt „Kommunikation in der Palliativmedizin: Pflegerisches und ärztliches Sprechen mit PalliativpatientInnen“, in welchem von 2018 bis 2020 Gespräche auf der Palliativstation des Städtischen Klinikums Karlsruhe erhoben wurden.² Neben ärztlichen und pflegerischen Interaktionen mit Patient:innen und deren Angehörigen konnten auch 15 Teambesprechungen aufgezeichnet werden. Von diesen 16 Stunden Audiomaterial wurden dreieinhalb Stunden gemäß dem Gesprächsanalytischen Transkriptionssystem 2 (GAT 2; Selting et al. 2009) transkribiert und auf für die Fragestellung dieses Beitrags relevante Stellen hin durchsucht; in die für den vorliegenden Beitrag erstellte Kollektion fanden schließlich zehn Gesprächsauschnitte Eingang, in denen das emotionale Erleben von PatientInnen thematisiert wird.

Jeden Dienstagmorgen versammeln sich im sogenannten ‚Wohnzimmer‘ der Palliativstation alle Professionen, die in die Versorgung und Betreuung der Patient:innen involviert sind – ein:e Pfleger:in, die Stationsärztin(nen), eine Kunsttherapeutin, eine Schmerztherapeutin, ein Musiktherapeut, ein evangelischer und ein katholischer Pfarrer, ein:e Physiotherapeut:in und eine Psychologin. Die Teamsitzungen sind als stark problemfokussiert zu bezeichnen, wobei die thematisierten Schwierigkeiten zumeist darin liegen, dass die Patient:innen (und deren Angehörige) den Krankheitsprogress nicht wahrhaben wollen oder dass die Patient:innen zurück nach Hause möchten, was aus verschiedenen Gründen aber nicht möglich ist.

² Eine ausführliche Projektbeschreibung findet sich in Buck (2022).

Zum Ablauf der Besprechungen ist Folgendes festzuhalten: Die Ärztin führt zu Beginn die erste Patientin ein, indem sie deren Name, Alter und Diagnose aus der Patientenakte vorliest. Hat sie von der aktuellen medizinischen Entwicklung, offenen Fragen, Problemen, Erfolgen o. Ä. berichtet, sind die anderen Teammitglieder entsprechend ihrer Sitzordnung um den Besprechungstisch nacheinander an der Reihe, aus der Perspektive ihrer Profession von der aktuell besprochenen Patientin zu berichten.

5 Verstehensanzeigen zu Normalisierungszwecken

Im Folgenden gehe ich der diesem Beitrag zugrunde liegenden Frage nach, welche Funktion die Verstehensanzeigen der professionellen Akteur:innen erfüllen. Die Analyse vier beispielhafter Gesprächssequenzen ist dabei zweigeteilt: Zunächst beleuchte ich die morphosyntaktische Struktur der Verstehensanzeigen und arbeite Spezifika dieser sprachlichen Ebene heraus. Anschließend fokussiere ich die sequenziell-interaktive Struktur der Verstehensanzeigen, wobei hier das hohe Bemühen um eine intersubjektiv geteilte Auffassung vom Zustand der Patient:innen sowie die themenstrukturierende bzw. -abschließende Funktion des Normalisierens im Fokus steht.

5.1 Lexikalisch-syntaktische Merkmale der Verstehensanzeigen

Betrachtet man die hier untersuchten Verstehensanzeigen zum Zwecke einer Normalisierung von Patientenverhalten näher, so zeigen sich auf der lexikalischen Ebene folgende charakteristischen Elemente: unpersönliche Kopulakonstruktionen, die Abtönungspartikeln *ja* und *auch* sowie das Kommentaradverb *natürlich* (vgl. hierfür auch Bauer i. d. B.). Im Folgenden betrachte ich das Auftreten dieser lexikalisch-syntaktischen Merkmale in ihrem Verwendungskontext und analysiere deren interaktive Funktionen. Das erste Beispiel führt dabei gleichzeitig das zentrale Argument des vorliegenden Beitrags in sehr anschaulicher Weise vor, dass nämlich eine Normalisierung des Verhaltens der Patient:innen eine Nicht-Indikation bestimmter weiterer Maßnahmen impliziert.

Im abgedruckten Transkriptausschnitt unterhalten sich die Interagierenden³ über einen 50-jährigen, onkologisch erkrankten, psychisch stark belasteten und aktuell unter einer Schlafstörung leidenden Patienten. Die Pflegerin hatte zuvor bereits davon berichtet, dass der Patient seine Krankheit ‚stark verdränge‘; zusätzlich hatte die Psychologin ihn kurz zuvor als ‚phlegmatisch‘ beschrieben. Insbesondere gegenüber seiner Ehefrau verschließe er sich stark und lehne alle von ihr vorgeschlagenen positiven Aktivitäten wie Spaziergänge ab.

Beispiel 1: 11_20190402

747 PS01: sie hat (ihm) immer gsagt hey KOMM,
 748 we_w: bleib WACH,=und-
 749 °h[hh] wir gehen doch mal jetzt RAUS und er
 so NEE,
 750 AR15: [<<p> hm HM;>]
 751 PS01: ich WILL nich;
 752 WILL nich;=und- (--)
 753 AR15: [<<p> m_HM;>]
 754 PS01: [<<p> ALso->] (---)
 755 °h aber KLAR;
 756 is natürlich au noch verARbeitung,
 757 AR15: [ja;]
 758 PS01: [es is ja noch ALles:,]
 759 [äh:-]
 760 AR15: [m_] [HM;]
 761 PS01: [irgendWIE,]
 762 zwei MONate: alt,
 763 AR15: [geNAU;]
 764 PS01: [und-]
 765 [äh-]
 766 AR15: [also im JAnu] [ar war () [] []]
 767 PS01: [°hh] [geNAU;]
 768 [aber man muss
 natürlich] AUFpassen;

³ Die Sprechersigle „PS01“ verweist auf den:die Psycholog:in, die Sigle „AR15“ auf den:die Stationsärzt:in. Um keinen Rückschluss auf das Geschlecht der Sprechenden ziehen zu können, spreche ich abwechselnd von ‚der Ärztin‘ oder ‚dem Arzt‘ etc. Die Ziffern dienen lediglich der internen Durchnummerierung der verschiedenen Angehörigen einer Berufsgruppe.

men indiziert. ‚Nicht mehr normal‘ ließe sich diesem Verständnis nach folglich mit ‚behandlungsbedürftig‘ gleichsetzen. Im unpersönlichen Pronomen *man*, dessen sich die Psychologin in Zeile 768 bedient, kommt dabei zum Ausdruck, dass die Aufgabe der Überwachung des psychischen Zustandes des Patienten keinem bestimmten Teammitglied alleine, sondern allen in die Betreuung involvierten Akteur:innen zukommt. Da es zum aktuellen Gesprächszeitpunkt aber noch nicht darum geht, konkrete Maßnahmen festzusetzen, kann das Thema der Krankheitsverarbeitung des Patienten im Folgenden abgeschlossen werden.

Bei der Analyse des nächsten Transkriptausschnitts beschäftige ich mich schwerpunktmäßig mit der unbetont realisierten Abtönungspartikel *auch*.⁴ Es handelt sich dabei um das lexikalische Element, das im Rahmen der Verstehensanzeigen zu Normalisierungszwecken am häufigsten – in neun der zehn betrachteten Fälle – auftritt.

In Beispiel 2 geht es um einen 61-jährigen Patienten. Dieser hatte mit seiner Ehefrau nach der initialen Krebsdiagnose vor zweieinhalb Jahren ein sehr aktives Leben geführt. Wenige Wochen vor dem hier betrachteten Gespräch trat allerdings plötzlich ein rapider Krankheitsprogress ein; seither befindet sich der Patient auf der Palliativstation. Dem Transkriptausschnitt vorangegangen war der Bericht des katholischen Seelsorgers (SK01) und des Psychologen (PS01), dass die Ehefrau des Patienten alle Gesprächsversuche/-angebote abblockt und auch der Patient selbst sehr verschlossen sei. Dem hatte der Pfleger entgegengesetzt, dass er den Patienten als ‚kooperativ‘ wahrgenommen habe. Die Ärztin AR04 erwiderte daraufhin, dass dies sicher daran liege, dass der Pfleger eben „von der Pflege ist“.

Beispiel 2: 09_20190319

330 AR04: also aber ich glaub was darüber hiNAUSgeht,
 331 des SCHON:::-
 332 n_schwieriges THEma glaub ich bisher [gewesen;]
 333 PS01: [<<p> hm HM;>]
 334 AR04: weil ich glaub des auch SCHWIErich,
 335 wenn man zweieinhalb JAHre,
 336 die sin ja WANdern gegangen,
 337 ins ALLgäu,

4 Die Verwendung von *auch* als Abtönungspartikel ist, wie u. a. Zifonun et al. (1997: 1225) konstatieren, „in Aussagesätzen sehr schwer von der Gradpartikelverwendung zu unterscheiden, [...] [da] *auch* in beiden Verwendungen konnektierende Funktion hat“. Möglicherweise ist hier gar nicht von Binarität, sondern von einem graduellen Übergang auszugehen. Diese Frage steht jedoch nicht im Fokus des vorliegenden Beitrags, weshalb ich sie nicht weiter diskutiere.

338 °h der hatte zwar ne metastasierte
 Tumor[erkrankung-=A]ber-
 339 PS01: [<<pp> hm HM;>]
 340 AR04: °hhh konnte gut damit LEben,
 341 und dass es jetzt auf einmal so schnell KIPPT,
 342 und in ne [andere RI]CHTung geht,
 343 PS01: [<<p> hm HM;>]
 344 AR04: und s_ihm WIRKlich ja- (-)
 345 Elendich geht,
 346 <<p> des IS da-
 347 (.) komm->
 348 (.) komm[en die gar nicht hinter][HE][R;]
 349 SK01: [muss erscht NACHkommen;]
 350 [hm][HM;]
 351 AR04: geNAU;
 352 SK01: <<pp> hm HM;>
 353 PS01: hm HM;> (1.0)
 354 der bleibt wird HIERbleiben,
 355 oder: hosPIZ,

Mit ihrer Äußerung „was darüber hiNAUSgeht,“ (Zeile 330) referiert die Ärztin auf alle Angebote der Palliativstation, die nicht (nur) die körperliche Dimension des Leidens in den Blick nehmen, sondern (auch) die psychosozial-emotional-spirituelle. Dass der Patient und dessen Frau solche Angebote vehement ablehnen, wurde bereits in früheren Besprechungen thematisiert. Nachdem die Ärztin berichtet, dass dies bislang „n_schwieriges THEma“ (Zeile 332) war, setzt sie zu einer syntaktisch komplexen Begründung bzw. Plausibilisierung des Verhaltens des Ehepaars an: „weil ich glaub des auch SCHWIERich, wenn man zweieinhalb JAHre, die sin ja WANdern gegangen, ins ALLgäu, °h der hatte zwar ne metastasierte Tumorerkrankung- = Aber- °hhh ? konnte gut damit LEben,“ (Zeile 334–338, 340). Obwohl die Ärztin ihre Einschätzung der Situation initial durch die epistemische Konstruktion „ich glaub“ (Zeile 334) in ihrer objektiven Gültigkeit abschwächt, argumentiert sie im Folgenden stark für ihre Sichtweise und versucht so, Konsens unter den anwesenden Teammitgliedern herzustellen. Mittels der Abtönungspartikel *auch* stellt sie dabei zum einen eine Verbindung zu ihrer eigenen vorherigen Aussage her und signalisiert, dass es sich bei der folgenden Aussage um einen Zusatz handelt, der „im Prinzip bekannt und insofern erwartbar ist“ (Weinrich 2007: 847; vgl. auch Diewald 1999: 189; Thurmair 1989: 155 f.). Im Auftretenskontext dieser Äußerung verleiht die Partikel der Aussage aber zusätzlich auch einen „erklärenden oder rechtfertigenden Charakter“ (Thurmair 1989: 156): Wie Kupetz (2015: 176) anmerkt, werden empathisierende Verstehensanzeigen in den von ihr be-

trachteten Beispielen *mit* Anwesenheit der betroffenen Person(en) stets ohne die Partikel *auch* realisiert. Sind die Betroffenen jedoch keine Gesprächsteilnehmer:innen, muss nicht nur Verstehen für die betroffene Person ausgehandelt werden, sondern es ist gleichzeitig auch „die Übereinstimmung mit den anwesenden Personen hinsichtlich der Einschätzung der Situation der Betroffenen“ sicherzustellen. Insofern dient die Abtönungspartikel im betrachteten Beispiel auch der argumentativen Untermauerung der Verstehensanzeige und somit der Legitimation des patientenseitigen Verhaltens.

Im weiteren Verlauf entfaltet die Ärztin ihre Argumentation, indem sie ein detailliertes Bild der Situation des Ehepaars zeichnet. Kernstück bildet dabei die Tatsache, dass der Patient und dessen Frau seit der Diagnose sehr aktiv waren, ehe die Situation „jetzt auf einmal so schnell“ ‚gekippt‘ ist (Zeile 341). So entwirft sie einen eklatanten Kontrast zwischen einem aktiven Leben mit Wanderungen und der aktuellen Situation, in der es dem Patienten „WIRKlich ja- Elendich geht,“ (Zeile 345–346). In der von Selbstreparaturen geprägten Aussage „<p> des IS da- (.) komm- > (.) kommen die gar nich hinterHER;“ (Zeile 346–348) nimmt die Ärztin sodann eine explizite Einschätzung der Situation des Ehepaars vor, wobei sie durch die geringere Lautstärke und die final fallende Tonhöhenbewegung die Beendigung ihrer Argumentation signalisiert. In Überlappung dazu kommt es zu einer kollaborativen Äußerung des Seelsorgers, der die Argumentation der Ärztin stützt: „muss erschert NACHkommen;“ (Zeile 349). Da keines der anwesenden Teammitglieder der Verstehensanzeige der Ärztin widerspricht, kann nach entsprechenden Bestätigungs- bzw. Rückmeldesignalen (Zeile 351–353) eine Themenverschiebung hin zur Frage nach der weiteren Versorgung des Patienten erfolgen.

In allen von mir betrachteten Beispielen signalisiert die Verwendung der Partikel *auch*, dass aus den vorherigen Schilderungen der emotional prekären Situation der Patient:innen logisch ein entsprechendes Verstehen und Nachvollziehen ihrer Reaktionen folgt. Somit dient die Partikel dazu, Übereinstimmung hinsichtlich der Einschätzung des Verhaltens der Patient:innen als ‚normal‘, entsprechend nicht pathologisch und wiederum keiner weiteren Behandlung bedürftig herzustellen. Das Verständnis eines Teammitglieds für das emotional auffällige Verhalten von Patient:innen wird folglich konsensfähig gemacht.

5.2 Sequenziell-interaktive Merkmale der Verstehensanzeigen

Im Folgenden lege ich das Augenmerk zunächst auf das Bemühen der Teammitglieder um eine intersubjektiv geteilte Auffassung der Nachvollziehbarkeit des Krankheitserlebens der Patient:innen. Dieses Bemühen kommt in einem mitunter exzessiven Beipflichten bzw. in einer starken Indizierung geteilter Auffassung

zum Ausdruck. Im zweiten Teil des Kapitels gehe ich außerdem auf das themenabschließende Potenzial der Verstehensanzeigen ein.

Hintergrund von Beispiel 3 ist, dass eine 59-jährige Patientin mit Mammakarzinom nach ihrem Aufenthalt auf der Palliativstation ins Pflegeheim möchte. Von dort aus will sie eine weitere Chemotherapie erhalten, wohingegen das Stations-team für sie einen Hospizplatz beantragen möchte. Für die Patientin bedeutet Hospiz Sterben; eigenen Aussagen zufolge geht es ihr aber noch viel zu gut, um ins Hospiz zu gehen. Das Team hingegen ist der festen Überzeugung, dass die Patientin im Pflegeheim nicht adäquat versorgt werden kann und eine weitere Chemotherapie ihren Krankheitsprogress beschleunigen würde. Auf die Frage der Protokoll führenden Musiktherapeutin (MU01) nach den geplanten Zielen des Aufenthaltes auf der Palliativstation erwidert eine der beiden anwesenden Ärztinnen (AR04) lachend, dass es ihr persönliches Ziel sei, die Patientin vom Hospiz zu überzeugen.

Beispiel 3: 07_T_20190305

- 1100 AR04: °hhh ich MEIN- (-)
 1101 <<p> i_ICH k->
 1102 (.) wir [KÖNnen sie ja] nur,
 1103 MU01: [<<pp> hm HM;>]
 1104 AR04: beRAten;
 1105 MU01: ja;
 1106 AR13: (.) °hh ich mein gestern is ja wirklich s_Allererste
 mal dass von ÄRZTlicher seite,
 1107 des jemand ANgesprachen hat;
 1108 AR04: geNAU;
 1109 <<creaky> ja;>
 1110 AR13: kann man ja au nich von IHR erwarten,
 1111 AR04: [geNAU;]
 1112 AR13: [dass sie gleich] MIT,
 1113 (geht;)
 1114 [ne,]
 1115 AR04: [geN][AU;]
 1116 PS01: [die brau][cht n bi]sschen [ZEIT;]
 1117 PF17: [<<creaky> ja;>]
 1118 PS01: GLAUB [ich;]
 1119 AR04: [die hat][sIeben oder Acht JAHre,]
 1120 PS01: [(denk ich/wirklich) und auch LUFT;]
 1121 AR04: WAR sie jetzt;

- 1122 n[e,]
 1123 AR13: [<<p> j][a;>]
 1124 AR04: [in]der theraPIEschiene [drin;]
 1125 AR13: [<<p, behaucht> von
 DA]her;> (-)
 1126 AR04: <<p> geNAU;>
 1127 AR13: sind wir optiMISTisch glaub;>

Die Ärztin AR04 stuft zunächst ihre Einflussmöglichkeiten auf die Patientin herab, indem sie festhält, dass das Stationsteam (WIR_{inkl}; Günthner 2021) die Patientin ‚nur beraten‘ und entsprechend nicht entscheiden kann, wo die weitere Versorgung stattfinden soll (Zeile 1102, 1104). In einer syntaktischen Parallelstruktur nimmt die Ärztin AR13 daraufhin einen Perspektivwechsel vor: Anstatt weiter auf die Verdrängungstendenzen der Patientin Bezug zu nehmen und ihr Verhalten weiter als nicht wünschenswert zu evaluieren, führt sie ein Argument ein, mit dem sie die ablehnende Haltung der Patientin einordnet: „hh ich mein gestern is ja wirklich s_{Allererste} mal dass von ÄRZTlicher seite, des jemand ANgesprochen hat;“ (Zeile 1106–1107). Die Ärztin AR04 stimmt diesem Argument zu und beansprucht durch die Bestätigungspartikel „geNAU;“ (Zeile 1108) einen unabhängigen epistemischen Zugang zum dargelegten Sachverhalt (vgl. auch von Wedelstaedt i. d. B.). Im Folgenden findet sich eine auffällige ‚Bekräftigungs-Kaskade‘: AR13 baut ihre Argumentation, durch welche sie das ablehnende Verhalten der Patientin nachvollziehbar macht, weiter aus, wobei AR04 die entsprechende Perspektive auf die Reaktion der Patientin mittels der Bestätigungspartikel „geNAU;“ (Zeile 1111, 1115) ratifiziert. Vor dem Hintergrund der Tatsache, dass das Hospiz erst vor einem Tag überhaupt als Option skizziert wurde, argumentiert AR13 im Sinne der Patientin und bewertet deren Verhalten somit als normal, nachvollziehbar und verständlich – kurz: als nicht pathologisch. Mittels des Pronomens ‚man‘ stellt sie ihre Perspektive als nicht subjektive, sondern als objektiv geteilte dar; zudem rahmt sie die angeführte Proposition durch die Abtönungspartikel ‚ja‘ als *common ground*-fähig: „kann man ja au nich von IHR erwarten, dass sie gleich MIT, (geht);“ (Zeile 1110, 1112–1113).

Nachfolgend ergreift die Psychologin – und somit die ‚Expertin‘ für das psychische Ergehen der PatientInnen – qua Selbstwahl das Rederecht und produziert einen affiliativen Turn, wodurch sie der Argumentation von AR13 beipflichtet: „die braucht n bisschen ZEIT; GLAUB ich; (denk ich/wirklich) und auch LUFT;“ (Zeile 1116, 1118, 1120). Dieses Argument für die nicht ungewöhnliche Reaktion der Patientin wird wiederum von AR04 untermauert, indem sie anführt, dass die Patientin „sieben oder acht JAhre“ (Zeile 1119) lang Therapien erhielt. Der eine Tag, an dem die Patientin bisher Zeit hatte, sich mit der von ärztlicher Seite eingebrachten Verlegung ins Hospiz und somit dem Ende kurativer Maßnahmen auseinanderzusetzen

zen, steht als Zeitspanne dementsprechend in starkem Kontrast zu den sieben bis acht Jahren Therapie. Die Ärztin AR13 greift diese Argumentation schließlich auf und formuliert eine durch WIR_{inkl} als konsensual gerahmte Conclusio: „von DAher; sind wir optiMISTisch glaub;“ (Zeile 1125, 1127). An dieser Stelle ist das Verhalten der Patientin nun endgültig als normal, verstehbar und entsprechend nicht pathologisch gerahmt: folglich muss keine Entscheidung darüber getroffen werden, wie dem Widerstand der Patientin zu begegnen ist und die Besprechung kann auf einen anderen Punkt fokussieren. Insofern zeigt sich hier, wie von Kupetz (2015: 172) beschrieben, dass die Verstehensanzeigen für Dritte nicht nur Empathie signalisieren, sondern auch „im Dienste anderer sozialer Aktivitäten verwendet“ werden – hier im Dienste der Aktivität des Normalisierens und des Festhaltens eines Konsenses darüber, dass keine weiteren Entscheidungen getroffen werden müssen.

Im folgenden Gesprächsausschnitt steht zuletzt das themenabschließende Potenzial normalisierender Verstehensanzeigen im Fokus. Gleichzeitig zeigt sich in Beispiel 4 aber auch ein Extremfall hinsichtlich der interaktiven Struktur der Verstehensanzeigen: Im Gegensatz zum zuvor besprochenen Beispiel 3 reagiert hier zumindest verbal kein Teammitglied auf die Normalisierung der Ärztin. Ein möglicher Grund hierfür wird im Verlauf der Analyse besprochen.

Die Ärztin AR13 berichtet von einem 68-jährigen, onkologisch erkrankten Patienten, der trotz seines starken Krankheitsprogresses nicht akzeptieren kann, dass sein Tumor unheilbar ist und daher eine weitere Chemotherapie erhalten möchte.

Beispiel 4: 06_20190226

780 AR13: °h und die Ehefrau sitzt immer daNEben,
 781 und-
 782 ähm- (--)
 783 °h die is schon viel WEIder in der- (---)
 784 in der entWICKlung; (---)
 785 weiß ganz klar worauf es RAUSläuft;
 786 der herr kaminski selber tUt sich da noch bisschen
 SCHWE:R;
 787 °hhh er versucht noch nach jeder HOFFnung zu grEIfen,
 788 <<p>Aber- (1.5)
 789 °hh s_vielleicht auch ganz norMAL;> (1.0)
 790 °h mh:::-
 791 mit seiner morPHINpompe-
 792 (.) pumpe kommt er zuRECHT,
 793 der hat immer wieder HALSkratzen,
 794 was ihn STÖRT,

Der Wunsch des Patienten nach einer weiteren Chemotherapie wird mit dem Verhalten seiner Ehefrau kontrastiert, die „schon viel WEIder“ (Zeile 783) ist und daher „ganz klar“ weiß, „worauf es RAUSläuft;“ (Zeile 785). Während bislang lediglich Aussagen des Patienten wiedergegeben wurden, die auf eine fehlende Akzeptanz seines Krankheitsstadiums schließen ließen, macht die Ärztin diese mangelnde Krankheitsverarbeitung nun explizit, schwächt sie gleichzeitig aber auch ab: „der herr kaminski selber tUt sich da noch bisschen SCHWE:R; °hhh er versucht noch nach jeder HOFFnung zu grEifen,“ (Zeile 786–787). Eingeleitet durch den Adversativkonnektor „Aber-“ (Zeile 788) führt die Ärztin anschließend ein Verstehensdisplay und dadurch eine explizite Normalisierung an⁵: „°hh s_vielleicht auch ganz norMAL; >“ (Zeile 789). Im Folgenden entsteht eine einsekündige Schweigephase, ehe die Ärztin durch das Häsitiationselement „mh:::-“ (Zeile 790) eine Turnfortsetzung projiziert, dadurch gleichzeitig aber den anderen Teammitgliedern die Gelegenheit bietet, sie für eine Ergänzung des Gesagten zu unterbrechen. Dass kein einziges Teammitglied verbal auf die Verstehensanzeige reagiert, ist für die von mir betrachteten Fälle ungewöhnlich und tritt lediglich in diesem Transkriptausschnitt auf. Eine Erklärung, die sich auf Grundlage einer vergleichenden Betrachtung anbietet, ist die, dass das Maß an intersubjektivem Beipflichten von der Schwere des Patientenverhaltens abhängt bzw. davon, wie sehr diese zuvor vom jeweils berichtenden Teammitglied dargestellt wurde. Da die Ärztin im vorliegenden Beispiel lediglich anführte, dass sich der Patient Herr Kaminski ‚noch ein bisschen schwertut‘, scheinen die Fronten hier noch nicht so verhärtet sein wie im Beispiel zuvor.

Im weiteren Verlauf ihres Turns nimmt die Ärztin eine Themenverschiebung vor (*topic shift* nach Gardner 1987: 138 f.) und führt so die übergeordnete Handlung ‚Bericht über den Patienten‘ fort. Der Fokus verlagert sich somit weg von der psychischen und hin zu einer körperlichen Krankheitskomponente: der Morphinpumpe. Die zuvor besprochene Thematik – der Umgang des Patienten mit seiner Krankheit – kann an dieser Stelle abgeschlossen werden, denn offensichtlich besteht kein Handlungsbedarf und somit muss auch keine Entscheidung getroffen werden: Da das Festhalten an einer kurativen Therapie als nachvollziehbar gerahmt wurde, sind weitere Maßnahmen wie Psychotherapie oder Psychopharmaka nicht indiziert. Vor diesem Hintergrund sind normalisierende Verstehensanzeigen folglich auch dazu geeignet, zu einer anderen Thematik in der Besprechung der Patient:innen überzugehen.

5 Es handelt sich hier um den einzigen in meinen Daten auftretenden Fall einer expliziten Normalisierung mittels des Adjektivs ‚normal‘.

6 Fazit

In der gesprächsanalytischen Forschung zu Verstehensanzeigen, die auf das emotionale Erleben von Interagierenden bezogen sind, wird als deren zentrale Funktion die Darstellung von Empathie genannt (Heritage 2011). Aufgrund der Abwesenheit der *consequential figures* in den hier betrachteten Teambesprechungen kann dies jedoch nicht die alleinige Funktion sein; es stellt sich daher die Frage, weshalb in interdisziplinären Teambesprechungen auf der Palliativstation überhaupt Verstehensanzeigen der professionellen Akteur:innen für das als auffällig gerahmte emotionale Verhalten der Patient:innen auftreten. Als deren zentrale Funktion manifestiert sich in den Analysen ein Normalisieren der Emotionen der Patient:innen. Herrscht innerhalb des Teams Konsens darüber, dass das Verhalten der Patient:innen der Situation angemessen und dementsprechend nachvollziehbar ist, muss keine weitere Entscheidung für gegenwirkende weitere Maßnahmen getroffen werden, da solche zumindest zum aktuellen Zeitpunkt nicht indiziert sind. ‚Normal‘ ist in diesem Kontext folglich mit ‚nicht pathologisch‘ und entsprechend mit ‚keiner weiteren Behandlung bedürftig‘ gleichzusetzen. Wie die Analyse von Beispiel 1 zeigt, muss das Verhalten der Patient:innen aber weiterhin sorgfältig überwacht werden, um rechtzeitig zu merken, wenn doch Maßnahmen indiziert sind. In diesem Sinne übernehmen die normalisierenden Verstehensdisplays eine wichtige Aufgabe für die Planung der weiteren Versorgung.⁶

Auf der lexikalisch-syntaktischen Ebene konnten als charakteristische Elemente unpersönliche Kopulakonstruktionen, die Abtönungspartikeln *ja* und *auch* sowie das Kommentaradverb *natürlich* herausgearbeitet werden. Durch unpersönliche Kopulakonstruktionen wie „is natürlich au noch verARbeitung“ verleihen die Akteur:innen ihren Verstehensanzeigen eine allgemeine Gültigkeit und signalisieren so, dass die jeweilige Einschätzung des Zustandes der Patient:innen prinzipiell konsensfähig und überindividuell valide ist. Auch mittels der Abtönungspartikel *ja* sowie des Kommentaradverbs *natürlich* wird eine Modalisierung des dargestellten Sachverhaltes als geteiltes, nicht kontroverses Faktum vorgenommen. Besonders hervorgehoben sei an dieser Stelle die Abtönungspartikel *auch*, die in neun der zehn betrachteten Fälle auftritt. Deren Funktion besteht im analysierten Kontext zum einen ähnlich wie die Funktion der Partikel *ja* sowie des Adverbs *natürlich* darin, die Erwartbarkeit und Logik des Verhaltens der Patient:innen zu unterstreichen. Zum anderen übernimmt die Partikel aber auch insofern eine argumentative Funktion, als deren Verwendung dazu dient, innerhalb des Teams auf einen Kon-

⁶ Wenngleich die Verstehensanzeigen in den hier analysierten Beispielen lediglich von Ärzt:innen bzw. von der Psychologin der Palliativstation initiiert werden, ist die Praktik des Normalisierens in den von mir untersuchten Daten nicht auf diese beiden Berufsgruppen begrenzt.

sens hinsichtlich der Nachvollziehbarkeit und somit Normalität des Verhaltens der Patient:innen hinzuwirken.

Hinsichtlich der sequenziell-interaktiven Struktur von Verstehensanzeigen ist zusammenfassend zunächst das Bemühen der Teammitglieder um eine intersubjektiv geteilte Auffassung der Nachvollziehbarkeit des Krankheitserlebens der Patient:innen festzuhalten. Äußert ein Teammitglied Verstehen für die geschilderten auffälligen Reaktionen der Patient:innen, wird dies in der Regel von anderen Teammitgliedern (ausführlich) ratifiziert und bekräftigt, wodurch sich die Interagierenden gegenseitig ihrer geteilten professionellen Perspektive auf den Sachverhalt versichern. Zuletzt zeigte sich schließlich, dass die normalisierenden Verstehensanzeigen über themenabschließendes Potenzial verfügen: Da das auffällige Verhalten der Patient:innen zuvor als normal und nachvollziehbar dargestellt wurde, bedarf der entsprechende Punkt keiner weiteren Bearbeitung und es muss keine Entscheidung getroffen werden. Zum aktuellen Gesprächszeitpunkt wird das Verhalten der Patient:innen nicht als pathologisch gerahmt, woraus folgt, dass kein akuter Handlungsbedarf besteht und zur Besprechung weiterer Themen übergegangen werden kann.

Insgesamt wurde in diesem Beitrag deutlich, dass das Herstellen einer intersubjektiv gültigen, im Team geteilten Perspektive auf das Verhalten der Patient:innen von zentraler Bedeutung ist. Die normalisierenden Verstehensanzeigen, die eine Nicht-Indikation weiterer Maßnahmen implizieren, stehen somit im Dienste einer der Kernaufgabe der Teambesprechungen – der Planung der weiteren Versorgung.

Literatur

- Boden, Deirdre (1994): *The Business of Talk. Organizations in Action*. Cambridge: Polity Press.
- Bredmar, Margareta & Per Linell (1999): Reconfirming normality: The constitution of reassurance in talks between midwives and expectant mothers. In Srikant Sarangi & Celia Roberts (Hrsg.), *Talk, Work, and Institutional Order. Discourse in Medical, Mediation, and Management Settings*, 237–270. Berlin, New York: De Gruyter.
- Buck, Isabella (2022): *Pflegerische und ärztliche Interaktionen mit PatientInnen und Angehörigen auf der Palliativstation. Eine vergleichende gesprächsanalytische Untersuchung*. Göttingen: Verlag für Gesprächsforschung.
- d’Avis, Franz (2016): Einleitung – Normalvorstellungen und Sprache. In Franz d’Avis & Horst Lohnstein (Hrsg.), *Normalität in der Sprache*, 7–35. Hamburg: Buske.
- Diewald, Gabriele (1999): Die dialogische Bedeutungskomponente von Modalpartikeln. In Bernd Naumann (Hrsg.), *Dialogue Analysis and the Mass Media*, 187–200. Berlin, New York: De Gruyter.
- Djordjilovic, Olga (2012): Displaying and developing team identity in workplace meetings – a multimodal perspective. *Discourse Studies* 14 (1), 111–127.

- Domke, Christine (2006): *Besprechungen als organisationale Entscheidungskommunikation*. (Linguistik, Impulse & Tendenzen 18). Berlin: De Gruyter.
- Gardner, Roderick (1987): The identification and role of topic in spoken interaction. *Semiotica* 65 (1/2), 129–141.
- Günthner, Susanne (2021): WIR im interaktionalen Gebrauch: Zur Verwendung des Pronomens der 1. Person Plural in der institutionellen Kommunikation – am Beispiel onkologischer Aufklärungsgespräche. *Zeitschrift für germanistische Linguistik* 49(2), 292–334.
- Habscheid, Stephan, Andreas P. Müller, Britta Thörle & Antje Wilton (2015): Sprache in Organisationen. In Ekkehard Felder & Andreas Gardt (Hrsg.), *Handbuch Sprache und Wissen*, 392–410. Berlin, Boston: De Gruyter.
- Halvorsen, Kristin & Srikant Sarangi (2015): Team decision-making in workplace meetings: The interplay of activity roles and discourse roles. *Journal of Pragmatics* 76, 1–14.
- Heritage, John (1984): *Garfinkel and Ethnomethodology*. Cambridge: Polity Press.
- Heritage, John (2011): Territories of knowledge, territories of experience: empathic moments in interaction. In Tanya Stivers, Lorenza Mondada & Jakob Steensig (Hrsg.), *The Morality of Knowledge in Conversation*, 159–183. Cambridge u.a.: Cambridge University Press.
- Heritage, John & Anna Lindström (2012): Knowledge, Empathy, and Emotion in a Medical Encounter. In Anssi Peräkylä & Marja-Leena Sorjonen (Hrsg.), *Emotion in Interaction*, 256–273. Oxford: Oxford University Press.
- Klarare, Anna, Carina L. Hagelin, Carl J. Fürst & Björn Fossum (2013): Team Interactions in Specialized Palliative Care Teams: A Qualitative Study. *Journal of Palliative Medicine* 16 (9), 1062–1069.
- Kupetz, Maxi (2015): *Empathie im Gespräch. Eine interaktionslinguistische Perspektive*. Tübingen: Stauffenburg.
- Kursawe, Hubertus K. & Herbert Guggenberger (2013): Arzt und Pflegepersonal. In Hubertus K. Kursawe & Herbert Guggenberger (Hrsg.), *Neu im Klinikalltag – wie junge Mediziner den Einstieg besser meistern*, 3–19. Berlin: Springer.
- Maynard, Douglas W. (1997): The News Delivery Sequence: Bad News and Good News in Conversational Interaction. *Research on Language and Social Interaction* 30 (2), 93–130.
- Oloff, Florence (2017): *Genau* als reдеbeitragsinterne, responsive, sequenzschließende oder sequenzstrukturierende Bestätigungspartikel im Gespräch. In Hardarik Blühdorn, Arnulf Deppermann, Henrike Helmer & Thomas Spranz-Fogasy (Hrsg.), *Diskursmarker im Deutschen. Reflexionen und Analysen* (30), 207–232. Göttingen: Verlag für Gesprächsforschung.
- Øvretveit, John (1993): *Co-ordinating Community Care. Multidisciplinary Teams and Care Management*. Buckingham: Open University Press.
- Pomerantz, Anita & Paul Denvir (2007): Enacting the Institutional Role of Chairperson in Upper Management Meetings: The Interactional Realization of Provisional Authority. In François Cooren (Hrsg.), *Interacting and organizing: Analyses of a management meeting*, 31–51. Mahwah, N.J.: Erlbaum.
- Reineke, Silke (2018): Interaktionale Analysen kognitiver Phänomene. Wissenszuschreibungen mit der Modalpartikel *ja*. In Konstanze Marx & Simon Meier (Hrsg.), *Sprachliches Handeln und Kognition. Theoretische Grundlagen und empirische Analysen*, 183–204. Berlin, Boston: De Gruyter.
- Ruusuvuori, Johanna (2005): „Empathy“ and „Sympathy“ in Action: Attending to Patients' Troubles in Finnish Homeopathic and General Practice Consultations. *Social Psychology Quarterly* 68 (3), 204–222.
- Schwartzman, Helen B. (1981): Hidden Agendas And Formal Organizations Or How to Dance At A Meeting. *Social Analysis* 9, 77–88.

- Selting, Margret, Peter Auer, Dagmar Barth-Weingarten, Jörg R. Bergmann, Pia Bergmann, Karin Birkner, Elizabeth Couper-Kuhlen, Arnulf Deppermann, Peter Gilles, Susanne Günthner, Martin Hartung, Friederike Kern, Christine Mertzluft, Christian Meyer, Miriam Morek, Frank Oberzaucher, Jörg Peters, Uta Quasthoff, Wilfried Schütte, Anja Stukenbrock & Susanne Uhmann (2009): Gesprächsanalytisches Transkriptionssystem 2 (GAT 2). *Gesprächsforschung – Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion* 10, 353–402.
- Stommel, Wyke & Hedwig te Molder (2018): Empathically designed responses as a gateway to advice in Dutch counseling calls. *Discourse Studies* 20 (4), 523–543.
- Streeck, Nina (2017): Sterben, wie man gelebt hat. Die Optimierung des Lebensendes. In Nina Jakoby & Michaela Thönnies (Hrsg.), *Zur Soziologie des Sterbens. Aktuelle theoretische und empirische Beiträge*, 29–48. Wiesbaden: VS.
- Svennevig, Jan (2011): Leadership Style in Managers' Feedback in Meetings. In Jo Angouri & Meredith Marra (Hrsg.), *Constructing Identities At Work*, 17–39. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Svinhufvud, Kimmo, Liisa Voutilainen & Elina Weiste (2017): Normalizing in student counseling: Counselors' responses to students' problem descriptions. *Discourse Studies* 19 (2), 196–215.
- Thurmair, Maria (1989): *Modalpartikeln und ihre Kombinationen*. Tübingen: Niemeyer.
- Weinrich, Harald (2007): *Textgrammatik der deutschen Sprache*, 4. Auflage. Hildesheim: Olms.
- Zifonun, Gisela, Ludger Hoffmann, Bruno Strecker, Joachim Ballweg, Ursula Brauße, Eva Breindl, Ulrich Engel, Helmut Frosch, Ursula Hoberg & Klaus Vorderwülbecke (1997): *Grammatik der deutschen Sprache*. Berlin, New York: De Gruyter.

Ulrich v. Wedelstaedt

‚Normales Piepen‘ und ‚kritische Werte‘ – Die Herstellung *klinischer Normalität* als verteilte körperliche Praxis in der Anästhesie

Abstract: In der präoperativen Anästhesie bearbeitet das Personal stetig eine besondere Form der Normalität, welche ich als klinische Normalität bezeichne: Die in situ festgestellten Vitalwerte der PatientInnen, die allgemeine Erscheinung oder die Reaktion auf Medikamentengaben müssen mit einer Vielzahl von idealisierten Referenzrahmen – die teilweise über die Einschreibung in elektronische Geräte sicht- und hörbar werden – in Einklang gebracht werden. Anhand der Videoanalyse eines Ausschnitts aus einer Narkoseeinleitung wird aufgezeigt, wie dies weniger eine Tätigkeit ist, die auf mentalisierte Ressourcen des medizinischen Personal zurückgreift oder die – einmal vollzogen – beendet ist. Stattdessen handelt es sich um einen stetigen, verteilten und verkörperten Aushandlungsprozess zwischen medizinischem und pflegerischem Personal.

Keywords: Anästhesie, Klinische Normalität, Interaktionsanalyse, Kommunikation unter Druck, routinisierte Körperpraktiken, Patientenkörper/PatientInnenkörper, Videoanalyse, Narkoseeinleitung, Medikamentengabe, Technikgebrauch, evidenzbasierte Medizin, Überwachungsmonitor

1 Einleitung

Studien zum interaktiven Geschehen in der präoperativen Anästhesie haben aufgezeigt, dass im Zentrum der Arbeit der Narkoseeinleitung die ‚Objektifizierung‘ des PatientInnenkörpers – vom vollwertigen Partizipanten am Interaktionsgeschehen zum Objekt medizinisch-chirurgischer Intervention – steht (u. a.: Pilnick/Hindmarsh 1999: 359). Teil dieses Prozesses ist es, etwaige Aufregung und Irritationen der PatientInnen zu reduzieren und – im Angesicht blinkender Bildschirme, piepender Geräte oder sonstiger aus PatientInnensicht potentiell beunruhigender Umstände – immer wieder die ‚Normalität‘ zu betonen. Das Personal versucht so etwaige Störungen der Narkoseeinleitung (und damit der gelungenen Objektifizierung) zu unterbinden. Zur Schaffung dieser Normalität werden etwa bestimmte Abläufe für PatientInnen intransparent gestaltet, also quasi um diese ‚herum gearbeitet‘: zum

Beispiel indem bestimmte Gesten außerhalb des PatientInnenblickfelds erfolgen (Hindmarsh/Pilnick 2007: 1409). Bezüglich dessen, was als ‚normal‘ angesehen wird, obliegt dem medizinischen Personal in der institutionell gerahmten Interaktion eine Definitionsmacht. So werden zum Beispiel in Patientengesprächen festgestellte Zustände als (un-)normal eingeordnet (Gutzmer/Beach 2015: 14) oder auch offensichtliche Abweichungen von gesetzten Standards kommunikativ so verarbeitet, dass eine Normalität für PatientInnen aufrecht erhalten bleibt (Bredmar/Linell 1999: 250). Dies ist vergleichbar mit dem Herstellen einer ruhigen Atmosphäre und der Vermeidung von Aufregung, die im Rahmen der Narkoseeinleitung immer wieder stattfindet (vergleichbar ebenfalls mit dem von Bühring und Schopf i. d. B. beschriebenen ‚ärztlichen Normalisieren‘). Dieser Art von Normalisierung möchte ich jedoch weniger nachspüren, sondern stattdessen der Herstellung einer *klinischen* Normalität, welche die Grundlage für den Handlungsvollzug in der Anästhesie bildet.

Die Tätigkeiten rund um die Narkoseeinleitung finden in einer professionalisierten, technologisierten und organisatorisch hochgerüsteten Umgebung statt, in der etwa die Beiträge technischer Instanzen integraler Bestandteil der medizinischen Praxis sind (Schubert 2008: 149). Bezüglich des Technologiegebrauchs in der Anästhesie gerät schnell die enge Verschränkung zwischen den Tätigkeiten des Personals und der Anwendung technischer Geräte – besonders des PatientInnenmonitors – in den Blick (Smith et al. 2003: 1076 f.). Der ‚Monitor‘ ermittelt permanent Vitalwerte der PatientInnen und zeigt diese an (in der Regel mittels optischer und akustischer Signale). Es zeigt sich jedoch ebenfalls, dass auch und gerade in hochtechnisierten Umgebungen einfachste Körpertechniken (etwa das Fühlen des Pulsschlags mit dem Finger trotz umfassender Anzeigen; Moreira 2006: 91 f.) nicht an Bedeutung verlieren. In der (prä-)operativen Anästhesie stellen sich zur Anwendung kommende routinisierte Körpertechniken häufig als Körpertechniken dar, die mehr als eine Person involvieren. Dies geschieht etwa, indem permanente gegenseitige Beobachtungen stattfinden und so auch vermeintliche ‚Einzelhandlungen‘ immer wechselseitige Aspekte beinhalten (Hindmarsh/Pilnick 2002: 146).

Die Interaktion, die im Zentrum der nachfolgenden Untersuchung steht, bewegt sich in diesem Spannungsfeld aus permanenten Beiträgen technischer Instanzen, der verteilten körperlichen Performanz des Personals und des Einbezugs des PatientInnenkörpers. Mein Argument ist, dass hierin noch eine Ebene der Normalitätsherstellung sichtbar wird, welche die Beteiligten als Grundlage des Handlungsvollzugs herstellen müssen und welche ich mit *klinischer Normalität* bezeichne. Auf dieser Ebene geht es weniger um die Herstellung einer ruhigen Atmosphäre und die Vermeidung von Aufregung für die PatientInnen. Stattdessen kommt es hier zu einem Abgleichen und Abstimmen der situativ präsenten Körperlichkeit der PatientInnen mit einem externen, idealisierten Referenzrahmen

von Körperlichkeit. Diese Verbindungsarbeit ist eine persistente Aufgabe des medizinischen Personals. Die situativ präsente Körperlichkeit der PatientInnen wird besonders sicht- und hörbar durch Messwerte, welche ständig am PatientInnenkörper erhoben werden. Diese alleine bedeuten jedoch noch keine Repräsentation der PatientInnenkörperlichkeit. Eine solche Repräsentation ist erst Konsequenz einer kommunikativen Aushandlung des Personals. Es muss also ausgehandelt werden, dass es sich nicht etwa um Messfehler o. ä. handelt und es muss ausgehandelt werden, ob diese Werte (klinisch) *normal* sind.

2 Referenzrahmen der Körperlichkeit

Bezüglich des idealisierten Referenzrahmens von PatientInnenkörperlichkeit, und somit dessen, was häufig mit *normal* beschrieben wird, werden heutzutage häufig Erkenntnisse evidenzbasierter Medizin als Bezugspunkt angeführt. Durch die Evidenzbasierung kommt es zu einer Normierung und Normalisierung von Körperlichkeit und somit zur Etablierung eines Standards, vor dessen Hintergrund individuelle medizinische Befunde eingeordnet werden (Webster 2002: 445). Im Fall der Anästhesie wird dieser ‚Rahmen des Normalen‘ stetig für das Personal sicht- oder hörbar: So sind etwa in die Überwachungsgeräte Grenzwerte für den Herzschlag oder die Pulsfrequenz eingeschrieben und ein Unter- oder Überschreiten löst optische Meldungen oder akustische Alarmer aus.

Die idealisierten Standardisierungen und Normierungen sowie ihre Er- und Verarbeitung im medizinischen Diskurs ziehen regelmäßig Kritik auf sich (vgl. Bluhm/Borgerson 2011: 214). In ihrer ursprünglichen Anlage war die Arbeitsgruppe evidenzbasierte Medizin (EBM), welche den Begriff ‚evidenzbasiert‘ in den 1990er Jahren prägte, jedoch sehr um eine differenzierte Darstellung der Möglichkeiten und Limitationen der EBM bemüht und betonte gerade die Notwendigkeit zur Integration individueller klinischer Expertise und externer epidemiologischer Evidenz (Sackett et al. 1996: 72): Verschiedene Stufen des *Reasonings*, der Berücksichtigung externer epidemiologischer Erkenntnisse auf der einen Seite und individueller Erkenntnisse in der Untersuchungssituation auf der anderen Seite (sowie die kritische Prüfung der Anwendbarkeit beider Aspekte), sind integraler Bestandteil der ursprünglichen Anlage der EBM (Straus et al. 1997: 185 ff.). Dieses Konzept ist heute unter dem Begriff des *Clinical Reasoning* fest in der medizinischen Profession verankert (vgl. Klemme et al. 2015). In der Praxis führt dies dazu, dass es zahlreiche ‚globale‘ Aspekte gibt, mit denen das Personal in der alltäglichen, ‚lokalen‘ Praxis konfrontiert ist. Die folgende Tabelle stellt den Versuch dar, die situativen Bezüge und die Referenzrahmen, die

hierdurch im unmittelbaren klinischen Vollzug präsent werden für die Situation der Narkoseeinleitung, zu erfassen.

Referenzrahmen	Situative Bezugspunkte
<i>Bezug zu ‚globalen‘ Aspekten</i>	
‚Schulmedizin‘ (Physio- vs. Pathologie)	Aus-/Fortbildung des Personals
Medizinisch-technischer Diskurs	Skalierungen, Programmierung der Geräte (z. B. Grenzen für die Alarmauslösung)
<i>Relational zu ‚lokalen‘ Aspekten</i>	
Organisatorische Vorgaben (Leitbilder, Qualitätsmanagement, Zertifizierung etc.)	Personalrotation, Dokumentation
PatientInnenhistorie, soweit bekannt (Bezug zum Aufklärungsgespräch)	PatientInnenakte, Dokumentation des Aufklärungsgesprächs
Bevorstehende Operation	Anweisungen der Operateure
Unmittelbarer Eindruck	Visuell, akustisch, olfaktorisch, taktil; Interaktion, Interkinästhetik, Interkorporalität (Fähigkeiten werden ‚abgeprüft‘)

Im Fall der präoperativen Anästhesie werden diese Spannungen zwischen Referenzrahmen und situativen Bezugspunkten in besonderem Maße sichtbar in den Messungen, die unmittelbar an den PatientInnen vorgenommen werden. Diese Messungen entfalten nur auf den ersten Blick eine ungeprüfte Faktizität, müssen jedoch angesichts zahlreicher anderer Bezugspunkte mit verschiedensten Aspekten in Einklang gebracht werden.

Auch in der evidenzbasierten Version der klinischen Praxis ist also ein *klinisches Normal* angelegt, welches oft erheblich von einer evidenzbasiert ermittelten Normalität abweicht (oder zumindest erheblich mehr als dies beinhalten kann). In der alltäglichen klinischen Praxis zeigt sich dies etwa in den Vorgaben von Operateuren, welche die (Nicht-)Tolerierung bestimmter Werte fordern, in abweichenden organisatorischen Routinen oder in individuellen – und oft wenig explizierten – Entscheidungen, die im Angesicht der Krankengeschichte oder anderer unmittelbarer Eindrücke getroffen werden. Solche individuellen Entscheidungen sind Einzelfallentscheidungen, jedoch selten Entscheidungen einzelner Personen. Sie werden also im Klinikalltag nicht etwa von einer ÄrztIn alleine getroffen. Im Rahmen der folgenden Analyse möchte ich zeigen, wie der Vollzug dieser Tätigkeiten eine ‚verteilte Körperlichkeit‘ und mit ihr eine Notwendigkeit des Personals, ihr eigenes Tun für andere Teammitglieder transparent zu machen, bedingt. Dies wird besonders gut beobachtbar bei der oben beschriebenen

„Prüfung“ der Messwerte. In diesem Sinne spürt die folgende empirische Betrachtung dem *Clinical reasoning* in der Praxis nach und versucht die routinisierte Körperpraxis des Personals dabei nachzuzeichnen.

3 Die Narkoseeinleitung

Die folgenden Daten stammen aus einer mehrmonatigen Feldstudie, die sich ursprünglich vor allem mit dem Technikgebrauch in der präoperativen Anästhesie beschäftigte.¹ Konkret wird eine 23 Sekunden lange Sequenz aus einer Narkoseeinleitung analysiert. Dieser vergleichsweise kurze Ausschnitt wird in einem detaillierten Transkript mit Standbildern sowie mehreren Videos zugänglich gemacht (genauere Erläuterung unten). Ziel ist es, die multimodalen Beiträge der anwesenden Personen im Kontext der hochtechnisierten Arbeitsumgebung zu erfassen und so die hochkomplexe Interaktionssituation angemessen zu rekonstruieren. Hieran sollen die Prozesse aufgezeigt werden, welche ich als Prozesse zur Herstellung klinischer Normalität beschreiben möchte und welche prinzipiell stetig im Rahmen der Narkoseeinleitung „mitlaufen“. Das Datenstück, der 23 Sekunden lange Videoausschnitt, ist in diesem Sinne repräsentativ für die interaktive Verschränkung zwischen Personen und technischen Instanzen im Rahmen der Narkoseeinleitung. Die hier aufgezeigten Prozesse sind prinzipiell immer beobachtbar, da sie integraler Bestandteil des interaktionalen Gefüges sind. Ausgewählt wurde die Sequenz jedoch, weil die Abstimmung zwischen den Beteiligten hier besonders gut sichtbar wird: Besonders bei unerwarteten Ereignissen, externen Störungen, in Lern-/Lehrsituationen, aber auch in der Anfangsphase der Narkoseeinleitung kommt den interaktiven Prozessen der Herstellung klinischer Normalität eine besondere Bedeutung zu. Der gezeigte Fall stellt in diesem Sinne also eine Besonderheit dar (weil für mich an diesem Dinge gut beobacht- und beschreibbar werden), gleichzeitig allerdings auch eine Routinesituation, wie sie potentiell viele Male im alltäglichen Arbeitsablauf vorkommt.

Der folgende Ausschnitt ist der Anfangsphase der Narkoseeinleitung entnommen. Der Patient (lila Markierung, Skizze unten) wurde, bereits auf dem fahrbaren Operationstisch liegend, in den Narkoseeinleitungsraum gebracht und dort vom Nar-

¹ Die Studie wurde in einer deutschen Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin durchgeführt. Am Ende der Feldarbeit wurden 14 Videoaufnahmen von Narkoseeinleitungen angefertigt, welche eine Länge zwischen zwölf und 75 Minuten haben. Die Einwilligung der PatientInnen in die Teilnahme an der Studie (und die Anfertigung von Videoaufnahmen) erfolgte entsprechend der ethischen Forschungsrichtlinien der betreffenden Klinik und dem Ethik-Kodex der Deutschen Gesellschaft für Soziologie. Alle folgenden Daten sind anonymisiert. Mein Dank gilt den beteiligten PatientInnen, dem Personal und der Klinikleitung.

koseteam, bestehend aus Anästhesieärztin (gelbe Markierung) und -pfleger (grüne Markierung), empfangen. Im Vorfeld hat der Patient das Medikament Midazolam erhalten, welches eine schlaffördernde, beruhigende und angstlösende Wirkung hat. Die tatsächliche Wirkung auf PatientInnen variiert jedoch stark – manche sind nicht merklich beeinflusst, andere verfallen in tiefen Schlaf. Abgesehen von dieser Prämedikation findet die weitere Narkoseeinleitung – von der Begrüßung des Patienten bis hin zur Überführung in den Operationsaal im narkotisierten Zustand – vollständig im Einleitungsraum statt.

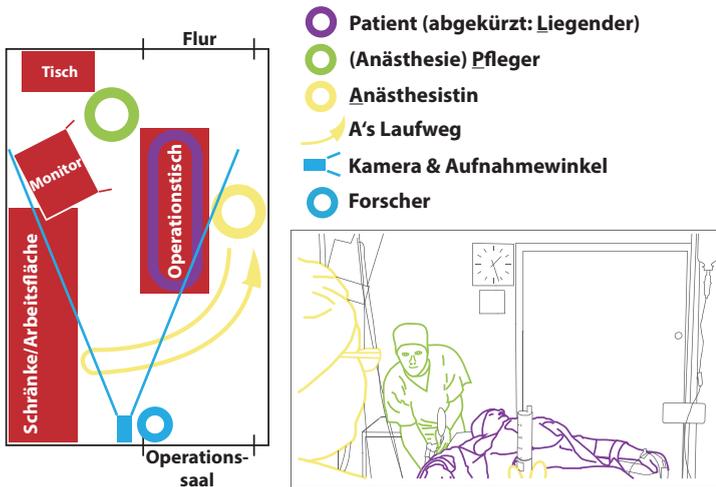


Abbildung 1: Skizze des Einleitungsraums und Standbild.

Nach der Ankunft im Einleitungsraum wurde der Patient ‚verkabelt‘: er wurde mit dem zentralen Überwachungsmonitor verbunden und ein peripherer Venenzugang zur Medikamentengabe wurde gelegt (in diesem Fall in die linke Hand des Patienten). Der Monitor liefert von diesem Moment an Informationen zu Herzschlag und Brustbewegungen (per EKG-Elektroden an der Brust), Puls und Sauerstoffsättigung im Blut (Fingersensor an der linken Hand des Patienten) und Blutdruck (Armmanschette). Die Werte werden visuell auf dem Monitor dargestellt. Zusätzlich erfolgt ein akustisches Signal bei jedem Pulsschlag, wobei die Tonhöhe auf die Sauerstoffsättigung hinweist.

Parallel zur ‚Verkabelung‘ wurde mit dem Patienten über die bevorstehenden anästhetischen und chirurgischen Verfahren gesprochen. Nach der Anlage des Venenzugangs und dem Anschluss des Infusionsbeutels hat die Anästhesistin das erste Medikament, Fentanyl, gespritzt. Dies ist ein starkes Schmerzmittel, welches eine Verlangsamung der Atmung bis hin zum Atemstillstand verursachen kann. Im hier gezeigten Fall übernimmt die Anästhesistin die Verabreichung der Medi-

kamente, während der Pfleger die Beatmung mittels Beatmungs- maske und -gerät vorbereitet bzw. übernimmt. Im weiteren Verlauf erfolgt die Gabe des Hauptnarkosemedikaments, Propofol, auf welche ein unmittelbares Versagen der Atmung folgt. Bei Verabreichung dieses Medikaments muss eine externe Beatmung sicher- gestellt sein, um körperliche Schäden zu vermeiden. An diesem Punkt der Narko- seeinleitung – zwischen der Verabreichung der beiden Narkosemedikamente – setzt das folgende Transkript/Video² ein.

Die folgenden zwei Videos sollen zum besseren Verständnis der Szenerie vor der sequenziellen Beschäftigung mit dem Fall dienen. Das erste Video gibt einen Einblick in die im folgenden relevanten Personen, Orte und technischen Geräte.³



https://www.degruyter.com/publication/isbn/9783110761559/downloadAsset/9783110761559_v_We delstaedt%20-%20Klinische%20Normalit%C3%A4t%20-%20Video%2001.mp4

Zur Erfassung des komplexen Interaktionsgeschehens wurde eine Transkriptions- weise gewählt, die neben den Beiträgen technischer Instanzen auch besonderen Wert



https://www.degruyter.com/publication/isbn/9783110761559/downloadAsset/9783110761559_v_We delstaedt%20-%20Klinische%20Normalit%C3%A4t%20-%20Video%2002.mp4

2 Die folgenden, über das Play-Symbol bzw. einen QR-Code gekennzeichneten, Videodateien sind durch anklicken bzw. scannen direkt abrufbar (verlinkt über [https://www.degruyter.com/docu ment/isbn/9783110761559/html](https://www.degruyter.com/document/isbn/9783110761559/html)).

3 Zum besseren Verständnis, entspricht die Reihenfolge der Standbilder nicht der sequenziellen Abfolge (wie im späteren Video zu sehen). Das Hintergrundgeräusch in diesem Video ist ein Zu- sammenschnitt, der lediglich zum Erfassen der Geräuschatmosphäre dient.

auf Blicke und Körperbewegungen in Relation zu Orten und Objekten der Beteiligten legt. Im folgenden Video wird die Art der Transkription ausführlich illustriert.

Die im vorstehenden Video dargestellte Art der Transkription (vgl. auch Transkriptionszeichen im Anhang) ermöglicht einen detaillierten Einblick in das Interaktionsgeschehen mit dem Zweck, die soziale Dynamik zugänglich und transparent zu machen. Diese Art der Transkription ist vergleichbar mit anderen, neueren Transkriptionsweisen, die multimodale Interaktionsbeiträge zu erfassen versuchen (etwa bei Mondada 2019). Ein besonderer Schwerpunkt liegt dabei auf der Frage, welche beteiligten Personen in der Interaktionssituation perzeptiv zu welchen anderen Personen oder Objekten hin orientiert sind. Mit anderen Worten also: Wer sieht/hört was in welchem Moment? Diese scheinbar basalen Fragen des interaktiven Austauschs führen oft zu entscheidenden Einsichten bezüglich der Ausgestaltung des Interaktionsgeschehens (Mair et al. 2018: 100). Im Folgenden findet zunächst eine analytische Darstellung des Interaktionsgeschehens anhand der einzelnen Transkriptblöcke statt. In einem weiteren Schritt wird dann eine analytische Diskussion des Materials in Bezug auf die Fragestellung nach der Herstellung von klinischer Normalität vorgenommen.

Das folgende Video ist eine anonymisierte Version der analysierten Sequenz. Es besteht aus der ursprünglichen Audiospur⁴ und den Standbildern des Transkripts, wodurch eine Art ‚Stop Motion‘-Video entsteht.



https://www.degruyter.com/publication/isbn/9783110761559/downloadAsset/9783110761559_v_Wedelstaedt%20-%20Klinische%20Normalit%C3%A4t%20-%20Video%2003.mp4

3.1 Zum Fall: Propofol auch schon gespritzt?

Das Transkript setzt circa zehn Minuten, nachdem der Patient in den Narkoseeinleitungsraum gebracht wurde, ein. Es handelt sich um einen 45-jährigen Patienten, bei dem ein orthopädischer Eingriff am Knöchel vorgenommen werden soll. Da er

⁴ Die Audiospur dieses Videos wurde teilweise verändert, um die Stimmen der Beteiligten zu anonymisieren.

nur wenig Deutsch spricht und versteht, laufen seit der Begrüßung die Gespräche mit dem Patienten auf Englisch. Um den Venenkatheter an der linken Hand des Patienten zu legen, wurde der Fingersensor abgenommen und wieder aufgesteckt. In diesem Moment setzt das Transkript ein.

I.	1 – 10:15	2 – 10:17	3 – 10:20
			
01	M	[¹ SpO ₂ = fehlender Wert; He ² rzschlag ~65][SpO ₂ =100% ³]	
02	P:B	[eigene Hände/Atemmaske]	
03		[eigene Hände/Mülleimer]	
04		[eigene Hände/Atemmaske]	
05	P:A	[entpackt Atemmaske]	
06		[wirft Verpackung weg]	
07		[hantiert m. Atemmaske]	
08	L:B	(Blick an die Decke)	
09	L:S	[hhh= .hhh]	
10	A:S	[<<p>okay> (-) do not stop breathing]	

Nachdem der Sensor abgenommen war, signalisiert der Überwachungsmonitor zunächst fehlende Informationen zur Sauerstoffsättigung, einen Moment später wechselt die Anzeige dann auf einen Wert von 100% (01).⁵ Der Pfleger beschäftigt sich in dieser Zeit mit der Vorbereitung der Beatmung (05–07) und blickt dabei auf seinen eigenen Tätigkeitsbereich (02–04). Dadurch sieht er nicht, was die Anästhesistin tut, die während dieser Zeit im Bereich des Venenzugangs des Patienten steht und die Reaktionen auf die Verabreichung des ersten Narkosemedikaments, Fentanyl, beobachtet (welches sie kurz vor Transkriptbeginn appliziert hat). Der Patient selbst hat die Augen geöffnet und blickt in Richtung der Raumdecke (08) und nimmt einen vergleichsweise tiefen Atemzug (09). Trotzdem scheint der Patient bereits schläfriger zu werden und zeigt verlängerte Atempausen. Abgestimmt auf eine solche Atempause, direkt nach dem Ende der Ausatmung, sagt die Ärztin dem Patienten, dass er mit dem Atmen nicht aufhören solle (die Wahl des Englischen ist hier neben dem Inhalt ein Hinweis auf die Adressierung des Patienten, 10).

⁵ Da die Herzfrequenz des Patienten im Laufe des Transkripts nicht verändert angezeigt wird, wird diese im Transkript nicht weiter angegeben.

Die im Fließtext angegebenen Zahlen verweisen immer auf die Zeilennummern der darüber befindlichen Transkriptblöcke. Z.B.: „(01)“ bezieht sich auf Zeile 01 im direkt darüber liegenden Block; „(02–04)“ auf die Zeilen 02 bis 04.

II.		1 - 10:20	2 - 10:22	3 - 10:24
				
01	M	¹ SpO ₂ =100%	2	3
02	P:B	[eigene Hände/Beatmungsgerät]	[auf L
03	P:A	[hantiert am Beatmungsgerät]	
04			[dreht sich in Richtung L]
05			[hantiert m. Atemmaske]
06	L:B	(Blick an die Decke)		
07	L:S	[hh=.hh]	
08	A:B	[(...)]	[Richtung Arbeitsfläche
09	A:A	[(...)]	[geht Richtung Arbeitsfläche
10	A:S	[(-- in an out, (.) <<p>in an out,>]	

Nach der vorangegangenen Aufforderung, weiter zu atmen, erfolgt nun eine Atemanleitung durch die Anästhesistin (10). Diese Anleitung wird repetiert und ist durch eine gleiche Tonhöhenbewegung rhythmisiert. Zugleich wird die Stimme der Ärztin bei der zweiten Wiederholung leiser. Unmittelbar nach Beendigung der gesprochenen Atemanleitung begibt sich die Anästhesistin vom Venenzugang in Richtung der Arbeitsfläche auf der anderen Raumseite (08–09; in Standbild 3 geht sie vor der Kamera entlang). Diese Art der rhythmisierten Atemanleitung dient dazu, besonders während der baldigen Abwesenheit der Ärztin, den Patienten wach und seine Atmung aufrecht zu halten. Das ‚Ausschleichen‘ ihrer Stimme anhand der Reduzierung der Lautstärke schafft den Übergang zur zukünftigen Situation der Stille. Hierdurch wird eine Art ‚Anleitungsschleife‘, über den unmittelbaren Moment hinaus und in die bevorstehende Stille hinein, erzeugt.

Der Patient atmet jedoch nur parallel mit dem ersten Teil ihrer Atemanleitung und kürzer als zuvor (07). Der Pfleger ist unterdessen weiterhin mit der Vorbereitung der Beatmung beschäftigt (03/05), bevor er sich in Richtung des Patienten dreht.

III.	1 - 10:24	2 - 10:25	3 - 10:26
			
01	M	¹ SpO ₂ =100%	2
02	P:B	[Blick auf L]
03		[Beatmungsgerät]
04			[zum Tisch hinter sich]
05	P:A	[dreht Maske in Position] [hält Maske] [berührt Beatmungsgerät]	
06	L:B	[Blick an die Decke] [schließt Augen]
07	L:S	[hh=.hh]	
08	A:B	[Richtung Arbeitsfläche] [(...)]
09	A:A	[geht zur Arbeitsfläche] [(legt Spritzen ab)] [(...)]

Der Pfleger verharrt einen Moment dem Patienten zugewandt, während er die Atemmaske weiter vorbereitet (02). In diesem Moment atmet der Patient nicht. Erst, als der Pfleger sich erneut in Richtung des Beatmungsgerätes (03) und dann des Tisches hinter ihm (04) dreht, atmet der Patient ein und aus (erneut eher kurz, 07). Im Anschluss an das Ausatmen schließt der Patient die Augen (06).

Die Anästhesistin kommt währenddessen an der Arbeitsfläche an und arbeitet dort (08–09).

IV.	1 - 10:26	2 - 10:27	3 - 10:29	
				
01	M	[¹ SpO ₂ =100%	2]
02	P:B	[zum Tisch hinter sich]	[SpO ₂ 99%] [SpO ₂ 98% ³]
03		[eigene Hände/Halterung]	
04	P:A	[dreht sich um, greift zum Tisch]	
05			[beugt sich Rich.OP-Tisch]	
06	L:B	[Augen geschlossen]	[Augen offen]
07	A:A	[steht a. Arbeitsfl./hantiert m. Spritzen] [(...)]	

Während der nächsten drei Sekunden bleibt die Ärztin an der Arbeitsfläche stehen (07). Die Augen des Patienten bleiben geschlossen (06) und er atmet nicht. Inzwischen hat der Pfleger eine Schlauchhalterung von dem hinteren Tisch genommen (04) und sich zum Operationstisch zurückgedreht (05). Er ist nun nah am Kopf des Patienten, schaut jedoch weiterhin auf seine eigenen Hände bzw. die Schlauchhalterung.

In diesen Sekunden beginnt der Überwachungsmonitor ein abruptes Abnehmen der Sauerstoffsättigung anzuzeigen (01). Der Wert fällt von 100 auf 99, auf 98%. Kleinere Variationen in der Sauerstoffsättigung sind die Regel. Auffällig ist hier allerdings die Geschwindigkeit des Rückgangs: Mit jedem Pulsschlag sinkt die signalisierte Sauerstoffsättigung um ein Prozent.

V.	1 - 10:29	2 - 10:30	3 - 10:31
			
01	M	[¹ SpO ₂ =97%]	[SpO ₂ =96% ² 3]
02	P:B	[eigene Hände/Halterung]	
03			[L's Hand/Sensor/Zugang]
04			[Blick wandert von L zu A]
05	P:A	schraubt Halterung an Operationstisch	
06	L:B	öffnet Augen, blickt dann Richtung Decke	
07	L:S	[h]	
08	A:A	[bewegt sich etwas zurück]	[bewegt sich etwas vorwärts]

Der Rückgang der Sauerstoffsättigung setzt sich zunächst wie bisher fort: Mit jedem Pulsschlag fällt der Wert um ein Prozent, bevor er bei 96 stagniert (01). Der Patient hat die Augen nun wieder geöffnet (06) und atmet sehr kurz aus (07). Der Pfleger schraubt weiter die Halterung an (05) und blickt dabei zunächst noch weiter auf seine eigenen Hände bzw. die Halterung (02). Kurz nachdem die Sauerstoffsättigung jedoch auf 96% gefallen ist, wandert der Blick des Pflegers von seiner Tätigkeit weg, über das Gesicht, die Brust, den linken Arm des Patienten (03) und schließlich zur Anästhesistin, die weiter an der Arbeitsfläche steht (08).

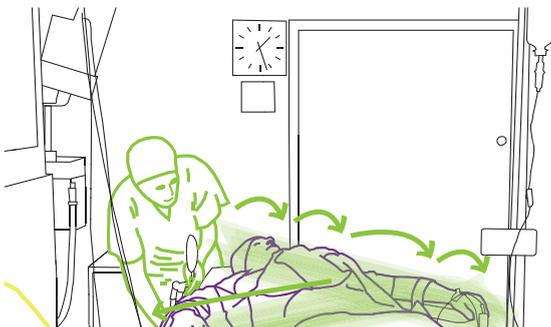


Abbildung 2: Wandernder Blick des Pflegers.

Diese Blickwanderung des Pflegers, welche weniger als zwei Sekunden dauert, stellt die erste sichtbare Reaktion des Personals auf die fallende Sauerstoffsättigung dar. Abbildung 2 skizziert das visuelle Feld des Pflegers in diesem Moment. Er passiert mit seinem Blick Orte, die Hinweise zur Einordnung der aktuell vorliegenden Werte liefern könnten. Er blickt zunächst über das Gesicht des Patienten. An diesem Punkt scheint jedoch eine Einschätzung des Zustands des Patienten anhand von Augenbewegungen o. Ä. für den Pfleger nicht mehr zielführend zu sein. Sein Blick bewegt sich weiter in Richtung Brust des Patienten. Hier wurde eine Decke, die während des Anbringens der EKG-Elektroden leicht zurückgeschlagen wurde, geknüllt auf der Brust liegengelassen. Dies wird vom medizinischen Personal regelmäßig getan, um Brust- respektive Atembewegungen besser wahrnehmen zu können. Es werden auch verbrauchte Spritzen gelegentlich auf der Patientenbrust abgelegt (in der Regel nur bei narkotisierten PatientInnen). Dann blickt der Pfleger zur linken Hand des Patienten. An dem hier befindlichen Venenzugang werden ebenfalls gelegentlich verbrauchte Spritzen abgelegt oder hängen gelassen. Auch der Fingersensor befindet sich hier. Ein Verrutschen dieses Sensors führt häufig zu verfälschten Anzeigen des Monitors. Ebenso kann mangelnde Durchblutung („kalte Finger“) die angezeigten Werte beeinflussen. Nachdem der Pfleger diesen Ort visuell passiert hat, wendet sich sein Blick der Ärztin zu.

VI.	1 - 10:31	2 - 10:32	3 - 10:33		
					
01	M	[¹ SpO ₂ =96%	2][SpO ₂ =97%	3]
02	P:B	[Blick auf A's Hände]		
03		[zu A/Gesicht, Blick folgt A]			
04			[auf die Spritze]	
05	P:A	schraubt Halterung an Operationstisch			
06	P:S	[<<p/all>propofol auch schon gespritzt?>]			
07	L:B	öffnet Augen, Blick Richtung Decke	[blinzelt langsam]	
08	L:S	[hhh=.hhh]		
09	A:B	[(...)]		
10		[Blick zu P]			
11		[kurz zur Spritze]			
12		[wieder zu P]		
13					
14	A:A	[(...)] [dreht sich Richtung P/L, bewegt sich vor]			
		[hält Spritze hoch]		
15	A:S		[<<all>ne:>]	

Unmittelbar nachdem der Blick des Pflegers sie erreicht, dreht sich die Ärztin in Richtung von Pfleger und Patient um (13). Der Pfleger sieht ihr jedoch nicht ins Gesicht, sondern tiefer, auf ihre Hände (02). Während er auf ihre Hände blickt, spricht er mit schneller und leiser Stimme sowie stark steigender Tonhöhe die Ärztin an und thematisiert die Verabreichung des Medikaments Propofol, dem Hauptnarkosemittel (06). Beinahe parallel zum Sprechen des Pflegers dreht sich die Ärztin in seine Richtung (14, in Standbild 2 wird ihr Gesicht links sichtbar). Kurz bevor sich die Ärztin ihm vollständig zugedreht hat, blickt dieser in ihr Gesicht und folgt ihr (03), als sie sich leicht vorbewegt. Sie selbst blickt in Richtung des Pflegers (10) und hält dann eine Spritze hoch (14). Der Pfleger blickt bereits kurz vor dem Hochhalten auf die Spritze und nicht mehr in das Gesicht der Ärztin (04). Ärztin selbst blickt ebenfalls kurz auf die Spritze (11), dann jedoch wieder zum Pfleger (12) und verneint die Medikamentengabe schnell und eher informell mit „ne“ (14).

Währenddessen steigt die Sauerstoffsättigung wieder auf 97%, nachdem diese einige Sekunden bei 96% stagniert hatte. Der Patient hatte kurz zuvor bzw. parallel erstmals wieder einen tiefen und langen Atemzug gemacht (08), seine Augen geöffnet und langsam geblinzelt (07).

Von besonderem Interesse bei der genauen Betrachtung dieses visuellen und verbalen Austauschs ist hier der Blick des Pflegers auf die Hände der Ärztin, während er die Frage stellt. Er sucht vor allem nach Zeichen der Applikation durch die Ärztin – wie schon zuvor bei der Blickwanderung über den Patientenkörper. Auf der Arbeitsfläche werden regelmäßig verbrauchte Spritzen abgelegt, es werden dort neue Spritzen vorbereitet und auch Dokumentationsarbeiten finden meistens dort statt. Für jede PatientIn gibt es ein kleines Spritzen-Tablett, welches häufig auf der Arbeitsfläche abgestellt wird. Die Ärztin hält eine Spritze in der Hand und hält sie im Verlauf hoch. In der Spritze befindet sich eine weiße, milchige Flüssigkeit – Propofol. Dieses sehr gut erkennbare Medikament (im Rahmen der Narkose werden aus Sicherheitsgründen sonst keine ähnlich aussehenden Flüssigkeiten verwendet) hat der Pfleger sicherlich schon vor dem Hochhalten durch die Ärztin identifiziert. Trotzdem sagt der Pfleger mit leiser und schneller Stimme: „propofol auch schon gespritzt“.

Die Verwendung der deutschen Sprache ist ein klarer Hinweis der Adressierung der Ärztin (auch der Pfleger sprach, bevor das Transkript einsetzte, Englisch mit dem Patienten). Hierin – und ebenfalls in der leisen Lautstärke bei gleichzeitiger physischer Orientierung in Richtung der Ärztin – zeigt sich auch ein kommunikatives Exkludieren des Patienten (vgl. Hindmarsh/Pilnick 2002: 152). Anhand der prosodischen Ausgestaltung, besonders der stark steigenden Tonhöhe, wird das Gesagte als Frage erkennbar. Gleichzeitig ist diese Frage syntaktisch interessant aufbereitet: Das Thema (Propofol) wird linksversetzt eingeführt und es folgt eine Phrase ohne Subjekt und Agens. Hierdurch ergibt sich eine sehr unmittelbare Topikalisierung der potentiellen Medikamentengabe sowie ein besonders stark verdichteter Aus-

druck und eine hohe Kontextbezogenheit. Fehlende Angaben müssen kontextuell inferiert werden. Die starke Notwendigkeit zur Kontextinferenz zeigt sich ebenfalls in den Wörtern „auch“ und „schon“, die der Pfleger verwendet. Mit „auch“ nimmt der Pfleger Bezug auf das zuvor verabreichte Medikament (Fentanyl) und mit „schon“ auf den Zeitpunkt der Medikamentengabe im Narkoseablauf (und seiner Bereitschaft die Beatmung zu übernehmen). Diese zwei indexikalen Verweise deuten – wie das Stellen der Frage trotz der optischen Wahrnehmbarkeit einer Spritze – auf die Suche nach einer Kontextualisierung der signalisierten Monitorwerte hin. Die gesamte Konstruktion betont die Wichtigkeit des Punktes der (möglichen) Verabreichung des Propofols und zeigt gleichzeitig an, dass dieses Thema kommunikativ weiterbearbeitet werden muss, also ein gemeinsamer Kontext zu etablieren ist.

Im direkten Anschluss hält die Ärztin die Spritze hoch, blickt selbst kurz auf diese und dann wieder zum Pfleger. Sie verneint zusätzlich noch die Frage, wobei über die Wahl der Sprache (Deutsch) wieder eine Adressierung des Pflegers deutlich wird und das kommunikative Exkludieren des Patienten bestätigt wird. Diese Doppelung von Verbalität und Geste scheint zunächst redundant. Sie ist jedoch im Rahmen von „kritischen Situationen“, wie den oben beschriebenen Disruptionen, regelmäßig beobachtbar. Und, sie ist auch weit weniger redundant, als sie scheint: Die reine Sichtbarkeit einer bestimmten Spritze ist kein sicherer Hinweis auf die vorherige (Nicht-)Applikation des gleichen Medikaments. Die sichtbare Spritze könnte ebenso eine weitere Spritze sein, die zur Verabreichung vorgesehen ist. Durch diese Doppelung von Verbalität und Geste erreicht die Ärztin vor allem auch die Etablierung eines geteilten Punktes der Aufmerksamkeit (vgl. Goodwin 2000: 72). Zugleich muss diese Doppelung im Zusammenhang mit der Frage des Pflegers und der Aufforderung zur Etablierung eines gemeinsamen Kontexts gesehen werden: Hierfür scheint eine rein gestische „Antwort“ der Ärztin (genauso wie eine rein verbale) nicht ausreichend.

Die Beiträge des Patienten – und selbst seine Atmung, ob vorhanden oder nicht (in unserem Fall setzt sie wieder ein, 08) – sind in diesem Moment erkennbar weniger relevant. Denn egal, in welchem Zustand sich der Patient befindet, Ärztin und Pfleger sind in der Lage mit der Situation umzugehen und etwaige Probleme zu bewältigen. Im Lichte der (bevorstehenden) Aufgaben, ist hierfür jedoch die weitergehende körperliche Verschränkung, vor allem bezüglich der Wahrnehmungen des Personals, nötig. Diese ist noch nicht abschließend hergestellt und eine Fortsetzung der Tätigkeiten ist zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht möglich, wie im nächsten Block deutlich wird.

VII.		1 - 10:33	2 - 10:34	3 - 10:35
				
01	M	[¹ SpO ₂ =98%] [SpO ₂ ² =99%] [SpO ₂ =100% ³]
02	P:B	[Blick auf Spritze]		
03			[in den Raum]	
04			[zu A, Blick folgt A]
05	P:A	schraubt Halterung an Operationstisch		
06	P:S	[<<pp>oke:>]		
07	L:B	[öffnet Augen]	[blinzelt langsam]	
08	A:G	[Blick zu P]	
09			[vor sich selbst][(...)]
10	A:A	[hält Spritze hoch]	
11			[senkt Spritze, geht Richtung	Venenzugang/L's Hand]

Während er immer noch auf die Spritze blickt, spricht der Pfleger ein sehr leises ‚okay‘ (06). Trotz dieser verbalen Bestätigung verändert sich erst einmal nichts weiter: Die Anästhesistin blickt weiterhin zum Pfleger, welcher auf die Spritze blickt (02), die sie selbst hochhält (10). Es entsteht eine Art Spritzen-Blick-Dreieck, das sich für fast eine weitere Sekunde nicht auflöst (illustriert in Abbildung 3).

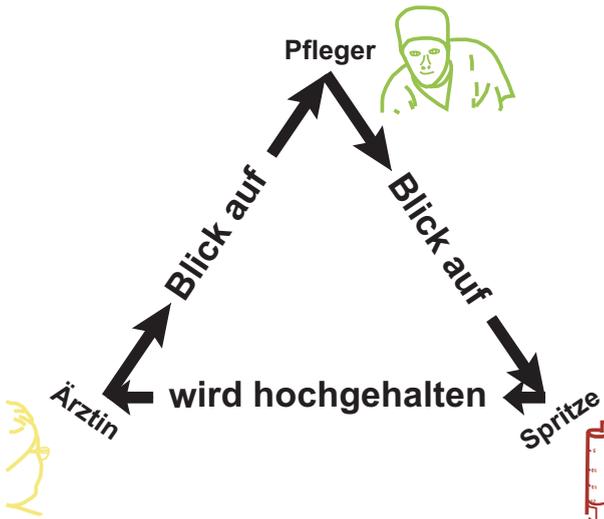


Abbildung 3: Das ‚Dreieck‘.

Diese Dreiecksformation wird erst aufgelöst, nachdem der Pfleger eher unspezifisch in den Raum hineinschaut (03). Er wendet seine Aufmerksamkeit damit von allem ab, was vorher relevante Orte für die Abstimmung zwischen Anästhesistin und Pfleger waren: dem Patienten, dem Fingersensor, dem Venenzugang, der Arbeitsfläche, der Spritze, den Händen sowie dem Gesicht der Ärztin. Im direkten Anschluss senkt die Ärztin die Spritze und geht in Richtung des Venenzugangs (11). Auch hier ist es wiederum eine Doppelung aus Verbalität und Geste, die zur Auflösung des Stillstands führt: Der Pfleger hat die Antwort der Ärztin verbal bestätigt und tut dies nun auf der visuellen Ebene, indem er seinen Blick unspezifisch in den Raum wendet. In der Zwischenzeit hat die Sauerstoffsättigung wieder 100% erreicht (01), wobei sie genauso schnell gestiegen ist, wie sie zuvor gefallen war.

Im weiteren Verlauf appliziert die Anästhesistin die zuvor hochgehaltene Spritze und der Pfleger übernimmt die Beatmung des Patienten.

4 Diskussion: Verteilte und verkörperte Herstellung von Normalität

Bei meiner Forschung in der Klinik, wurden in Gesprächen mit dem Personal immer wieder Aspekte hierarchischer Vergemeinschaftung im Interaktionsgeschehen thematisiert. Von außen betrachtet wäre eine Situation zu erwarten, bei welcher die Ärztin den Ablauf vorgibt und der Pfleger ihr assistiert. Es ist erkennbar, dass es eine klare Aufgabenverteilung gibt: Die Ärztin nimmt die Medikamentengaben vor, während der Pfleger die Beatmung vorbereitet. Trotzdem würde ich aus der Erfahrung der ethnografischen Feldarbeit heraus von einer sehr flachen Hierarchie ausgehen: Die Aufgaben werden regelmäßig innerhalb der Teams getauscht; in kritischen oder unklaren Situationen fragen ÄrztInnen langgediente PflegerInnen nach Einschätzungen oder Ideen; erfahrene PflegerInnen werden gebeten, schwierige Intubationen vorzunehmen oder Venenzugänge bei Kleinkindern zu legen. Ganz allgemein findet ein konstanter interaktiver Austausch auf allen Ebenen der Modalität statt: Innerhalb des Teams herrscht ein kontinuierlicher verbaler, gestischer und visueller Austausch. Hieraus ergibt sich eine Perspektive auf das Geschehen, die weniger die individuellen Beiträge zum Interaktionsgeschehen ins Zentrum stellt und stattdessen die gemeinsame Hervorbringung als Ausgangspunkt annimmt. Die Fähig- und Fertigkeiten sind somit weniger bei oder in den Individuen zu suchen, sondern sie entstehen in der Interaktion zwischen ihnen (wie für radiologische Expertise aufgezeigt bei Ivarsson 2017: 135). In der präoperativen Anästhesie besteht die Notwendigkeit einer gemeinsamen Hervorbringung in besonderem Maße, da die situativen Anforderungen in dieser Hochrisikoumge-

bung, mit ihren diversen Orten der auditiven, visuellen, taktilen, oft olfaktorischen Stimuli, die Kapazitäten eines Individuums übersteigen. Die Bewältigung dieser Anforderungen gelingt nur einem abgestimmten Team.

Diese Abstimmung wird sichtbar in den routinisierten Körperpraktiken des Personals. Eine dieser Praktiken ist der Blick des Pflegers im Moment der fallenden Sauerstoffsättigung: Der Pfleger begibt sich deutlich sicht- und erkennbar auf die Suche. Er schaut nicht etwa nur aus den Augenwinkeln, sondern macht seine Suche transparent: Auch als sein Blick die Ärztin erreicht und beide in einen verbalen Austausch eintreten, schaut er (auch) auf ihre Hände und die Gegenstände, die sie in diesen hält. Es geht also nicht *nur* darum, dass der Pfleger zu einer Erkenntnis bezüglich des aktuellen Status der Medikamentengabe gelangt. Es geht vor allem *auch* darum, der Anästhesistin über das Anzeigen seiner Suche Kontext zur Situation zu geben: Sein sichtbares Suchen wird auf kommunikativer Ebene vor allem zur sichtbaren Darstellung einer Suche und informiert die Ärztin so bezüglich dieser (erfolglosen) Suche. Erfolglos, da sonst die Kommunikation mit der Ärztin am Ende des Blicks wohl anders ausgefallen wäre (etwa mit dem Hinweis auf einen, durch den Pfleger entdeckten, verrutschten Sensor). Der Pfleger bringt in diesem Sinne Kontext in den Austausch mit der Ärztin ein und fordert damit zur gemeinsamen Kontextbildung auf. So wird das Verstehen des Pflegers um den Kontext auch das *Verstehen des Verstehens* der Ärztin (und unser Verstehen, als BeobachterInnen der Situation; Koschmann 2011). Hier geht es also nicht um das Ausgleichen einer Wissensasymmetrie, sondern um die gemeinsame Herstellung einer Abstimmung zwischen dem Personal. Über das gegenseitige Beobachten (und die interaktionale Arbeit um diese Blicke herum) wird das Signal des Monitors in seiner Bedeutung für den Ablauf erfasst, eingeordnet und letztlich ignoriert.

Diese Prozesse der Abstimmung stellen eine Normalität her, welche ich als *klinische Normalität* bezeichnen möchte. In der frühen Phase der Narkoseeinleitung wird dies gut sichtbar an den Werten, welche der Überwachungsmonitor anzeigt. Schwankungen bei den Vitalwerten sind die Regel und ihr Ausbleiben wäre für das Personal vermutlich überraschender als ihr Auftreten. Bezogen auf die Sauerstoffsättigung ist etwa ein Wert im Bereich zwischen 95 und 100% für eine PatientIn wie im vorliegenden Beispiel (mittleres Alter, sportlich, keine Vorerkrankungen) zu erwarten. Der Überwachungsmonitor würde erst bei einem Wert von 90% oder weniger einen optischen und akustischen Alarm aussenden. Es ist jedoch genau diese Abstimmung – die Einordnung der aktuell angezeigten Werte, vor dem Hintergrund der diversen Referenzrahmen von Körperlichkeit und entlang der situativen Bezugspunkte – die stetig vorgenommen werden muss und durch das Personal mittels routinisierter Körperpraktiken vorgenommen wird. Hierüber wird eine relationale, klinische Normalität hergestellt und diese ist für

das Personal die Grundlage, auf der ein – durchaus risikoreiches – Unterfangen wie die Narkoseeinleitung erst vorgenommen werden kann.⁶

Im gezeigten Fall wird diese Abstimmung besonders gut sichtbar, da eine potentiell fehlerhafte oder unvollständige Abstimmung zwischen Pfleger und Ärztin erkennbar wird. Zumindest wird diese Möglichkeit (medikamentöse Narkoseeinleitung durch die Ärztin, ohne Bereitschaft des Pflegers zur Beatmung) in den Raum gestellt. Sichtbar wird auch, wie aufwendig dieser Umstand interaktional nachbearbeitet und kompensiert werden muss: Es erfolgt eine komplexe Folge aus gestischer, visueller und verbaler Koordination, bis die Abstimmung zwischen dem Personal wiederhergestellt ist. Diese dient der Einordnung des Geschehens vor allem bezüglich des weiteren Handlungsverlaufs: ob etwa eine frühzeitige Intervention des Personals aufgrund einer starken Reaktion auf das Fentanyl notwendig wird oder ob es sich um „normale“ Schwankungen der Atemfrequenz bei einem bereits deutlich schläfrigen Patienten handelt.

Diese Abstimmung, die Herstellung von klinischer Normalität, ist in der Anästhesie eng mit einem Konzept verknüpft, das als Redundanz beschrieben worden ist (Smith et al., 2003, S. 1075). Die Redundanz betrifft hierbei vor allem den Überwachungsmonitor und das – häufig zu beobachtende – scheinbare Ignorieren von Anzeigen oder Alarmen (angesichts anderer, verlässlicherer Informationen, die einen Alarm etwa auf einen Messfehler zurückführen). Anhand der Rekonstruktion des obigen Falls zeigt sich jedoch, dass dies vor allem über die Herstellung von Transparenz (innerhalb des medizinischen Teams, nicht gegenüber den PatientInnen; Pilnick/Hindmarsh 1999: 354) passiert. Wie am empirischen Material aufgezeigt, handelt es sich jedoch bei dieser Redundanz weniger um einen mentalen Prozess, der in der Erfahrung des Personals gründet, sondern um das Resultat der kontinuierlichen Herstellung von Transparenz für andere Teammitglieder. So ordnen Pfleger und Ärztin den „abhanden gekommenen“ Wert der Sauerstoffsättigung wieder ein und aus dem potentiell „alarmierenden“ oder „kritischen Wert“ wird wieder ein „normales Piepen“.⁷

Welche physiologischen Ursachen hinter diesem Ereignis stecken, bleibt hierbei zunächst unklar. Handelt es sich um eine Reaktion auf die erste Medikamentengabe, ein Einschlafen des Patienten, oder doch um einen Messfehler? Zu bedenken ist dabei auch, dass die Sauerstoffsättigung mit recht starker Verzögerung auf ver-

6 Ein anderer Fall, in dem eine abweichende Normalität etabliert und die genaue Grenzziehung zum „sonstigen Normal“ kommunikativ verhandelt werden muss, beschreiben Hannken-Illjes et al. i. d. B. mit dem Begriff „Schwangerschaftsnormalität“.

7 Diese Unterscheidung zwischen „ernstzunehmenden“ oder „echten“ Werten auf der einen und „unplausiblen Piepen“, „Gebraubel der Maschinen“ oder „Hintergrundrauschen“ auf der anderen Seite wird vom Personal durchaus explizit vorgenommen (und etwa neuem Personal – oder ForscherInnen – über solche Metaphern vermittelt).

änderte Körperzustände reagiert. Die unmittelbaren Zusammenhänge zwischen Handlungen an dem/mit dem/des Patienten und dem Anzeigenwert werden nicht expliziert oder aufgearbeitet. Sie bleiben für das Personal also ebenso unklar wie für uns. Entscheidend ist hier jedoch die (gelungene) Wieder-Abstimmung, welche menschliche und technische Instanzen involviert.

Wie Studien zur präoperativen Anästhesie gezeigt haben, wird die Frage, ob die PatientInnen zur menschlichen oder technischen Seite dieses Gefüges zuzurechnen sind, während der Narkoseeinleitung ausgehandelt (etwa bei Pilnick/Hindmarsh 1999: 359). Im Sinne dieser Objektifizierung ist es wichtig zu verstehen, dass die Abstimmung bezüglich der Messung, nicht nur die Manipulation technischer Gerätschaften durch das Personal umfasst (also zum Beispiel das Verstellen von Alarmgrenzen). Ebenso regelmäßig erfolgt eine Anpassung der Patientenseite an die medizinischen Erfordernisse der Narkoseeinleitung: Bei abweichenden Werten werden regulierende Medikamente verabreicht, PatientInnen werden in Gespräche verwickelt (um ein frühzeitiges Einschlafen zu verhindern), es werden Schmerzreize gesetzt (um Bewusstseinszustände zu klären oder zu verändern). Die Grenzen zwischen Manipulation der Geräte und der Manipulation der PatientInnen sind fließend. Dies trifft spätestens nach der erfolgten Narkotisierung zu, zeichnet sich jedoch auch in der Übergangsphase bereits deutlich ab. Der oben dargestellte empirische Fall befasst sich also nur auf den ersten Blick lediglich mit der Überwachung und Einordnung von gemessenen *Vital*werten. Bei genauerem Hinsehen betrifft die Aushandlung nämlich nicht nur Aspekte von Messung und Werten, sondern auch Aspekte der *Vitalität*, also der Körperlichkeit der PatientInnen als solches. Die Herstellung dessen, was ich mit klinischer Normalität beschreibe, umfasst also regelmäßig auch eine Herstellung unmittelbarer körperlicher Normalität auf Seiten der PatientInnen.

5 Fazit

Der hier untersuchte Fall zeigt auf, wie durch eine Verbindung von PatientInnenkörper und technischen Instanzen eine immer tiefere Durchdringung der PatientInnen stattfindet (Webster 2002: 445f.). In unserem Fall wird eine (mutmaßliche) kleine Varianz bei der Atmung sofort hör- und sichtbar und muss aufwendig nachbearbeitet werden. In dieser Nachbearbeitung zeigt sich jedoch auch, dass die bloße technische Anzeige situativ wenig Resonanz finden kann. Es sind die verteilten körperlichen Routinen des Personals, die solch eine Anzeige erst in situ einbinden und für die medizinische Behandlung anschlussfähig und wertvoll machen. Dies bedeutet natürlich auch eine enge Anbindung des Personals an technologische Instanzen: Ebenso wie PatientInnen ab einem gewissen Punkt materialisiert und

zum Objekt des medizinischen Behandlungsgeschehens werden, findet auch eine immer engere Verschränkung des Personals mit der Technik statt (für die Chirurgie aufgezeigt bei Hirschauer 1991: 293 ff.). In der Anästhesie ist diese enge Verschränkung nötig, um eine Einordnung des Geschehens, in diesem Sinne eine (klinische) Normalisierung der Werte, vornehmen zu können.

Nicht nur bei den (elektronisch) ermittelten Vitalwerten, sondern bei allen Wahrnehmungen des Personals am und um die PatientInnen, handelt es sich nicht um statische Repräsentationen des PatientInnenkörpers. Es sind, wie Mort und Smith (2009: 219) es bei ihrer Studie zu sozio-technischen Relationen in der Praxis der Anästhesie beschreiben, keine neutralen Informationen, welche unbesehen übernommen werden und zur Handlungsgrundlage gemacht werden können. Stattdessen werden hierüber immer wieder neue Schichten von Informationen über die PatientInnen gelegt und müssen erst wieder mit dem PatientInnenkörper verbunden werden.

Hierin wird die stetige Lokalisierung anders hierarchisierter Wissensformen in der medizinischen Praxis sichtbar: Mittels lokaler Expertisen wird die situative Angemessenheit vermeintlich objektiver (Messung) und generalisierter (Messung im Kontext evidenzbasiert idealisierter und standardisierter) Werte stetig abgeprüft und erst hierauf kann eine Fortsetzung des Geschehens basieren (zum Spannungsfeld zwischen Angemessenheit und Hierarchisierung vgl. auch Bluhm/Borgerson: 221 ff.). In diesem Sinne wird also eine Verstetigung des *Clinical Reasoning*, welches in die Körper- und Interaktionsroutinen des Personal eingeschrieben ist, sichtbar.

Wie gezeigt, beschränkt sich diese Expertise jedoch nicht auf die Verknüpfung einzelner Personen mit technologischen Instanzen. Nur eine verteilte körperliche Instanz ist in der Lage, die komplexen Anforderungen der Narkoseeinleitung mit ihren multifokalen Anforderungen zu erfüllen, sei es durch Aufmerksamkeit, Handlung oder Nichtberücksichtigung. Hier treten die einzelnen kommunikativen Beiträge oder Personen hinter die Handlungsfähigkeit und die Kompetenz des Teams zurück (Ivarsson 2017: 126). Trotz der Abwesenheit interkinästhetischer Aspekte, wie des gegenseitigen Berührens (Meyer et al. 2016: 319 f.), kommt es somit zu einer erstaunlich weitgehenden körperlichen Verschränkung der Personen bis hin zu einem gemeinsamen, „professionellen Sehen“ (Goodwin 1994), Hören, Fühlen und oft auch Riechen.

Diese gemeinsame, vor allem auch verkörperte Herstellung einer klinischen Normalität bedingt auch eine stetige Erneuerung, welche erforderlich ist, um die hochkomplexen Aufgaben bewältigen zu können und gleichzeitig situativ adaptiv zu bleiben. Dies ist essenziell, um kurzfristig auf veränderte Zu- oder Umstände während des Verlaufs einer Narkoseeinleitung reagieren zu können. Vergleichbares konnte bei der Untersuchung von Interaktionen in Hochrisikobereichen oder unter Bedingungen von Handlungs- oder Zeitdruck festgestellt werden. Bei der gemeinsamen kommunikativen Aushandlung von Angriffsentscheidungen in Kriegseinsätzen beispielsweise führt der Handlungsdruck gerade dazu, eigene Tätigkeiten transparent für andere Be-

teiligte zu machen (v. Wedelstaedt 2020: 115f.). So wird der Zeit- und Handlungsdruck zum bestimmenden Faktor angesichts der Notwendigkeit, kollaborativ zu agieren, und schafft die Möglichkeiten, dass ebendieser Druck dem Lösen der situativen Anforderungen zuträglich statt hinderlich ist. Ähnliches wurde auch für die Untersuchung der Ausgestaltung von Handball-Auszeiten beschrieben, bei denen die Begrenzung auf 60 Sekunden gerade die kommunikative Ausgestaltung begünstigt anstatt diese zu behindern (Meyer/v. Wedelstaedt 2018: 250). Ausgehend von der permanenten Notwendigkeit der Herstellung von Transparenz ist die klinische Normalität kein Zustand, der an einem bestimmten Punkt erreicht wird und von diesem an Wirkung entfaltet. Statt einer solchen ‚interaktionalen Trägheit‘ (also quasi der Entlastung der Interaktionssituation durch ein ‚auf Dauer stellen‘ bestimmter Zustände) wird die permanente Notwendigkeit zur (Re-)Aktualisierung von Normalität durch die Beteiligten beobacht- und beschreibbar.

In unserem obigen Fall zeigt sich, wie Anästhesistin und Pfleger, während die Sauerstoffsättigung mit unklarem Fortgang fällt, erstaunlich lange ‚Blickarbeit‘ leisten, um sich und ihre Umgebung wieder in einer Normalität einzuordnen. Dabei spielt es auch keine Rolle, ob hierauf eine ‚unproblematische Narkoseeinleitung‘ folgt oder es zu einer kritischen Situation kommt. Beides (und jede Schattierung dazwischen) findet im Rahmen der Narkoseeinleitung regelmäßig statt und kann vom Personal gut bewältigt werden – jedoch nur, wenn die Abstimmung (erfolgreich) erfolgt ist und die klinische Normalität als Grundlage des Handlungsvollzugs etabliert ist und diese für (Re-)Aktualisierungen bereit ist. Während sich der Monitor meldet, scheint eigentlich wenig Zeit für ‚kommunikative Projekte‘. Trotzdem werden in der Anästhesie ständig Objekte oder Tätigkeiten in kommunikative Instanzen transformiert: Einige Dinge werden ‚zum Sprechen gebracht‘ (etwa die auf der Patientenbrust aufgerollte Decke), andere werden ‚zum Schweigen gebracht‘ (etwa der Monitor), damit keine ungewollten kommunikativen Anschlüsse (etwa seitens des Patienten) entstehen. Es findet eine permanente gegenseitige Beobachtung von Tätigkeiten statt und Körpertechniken der Transparenzherstellung finden Anwendung, was die Grundlage für die gemeinsame Herstellung klinischer Normalität durch das Personal bildet. Das Hochhalten der Spritze durch die Ärztin ist ein weiteres Beispiel hierfür: Eine Spritze hoch- oder gegen das Licht zu halten, um Luftblasen darin entdecken zu können, ist eine routinisierte Tätigkeit im Bereich der Medizin. In diesem Fall dient sie aber nicht zur Entlüftung der Spritze (die wohl schon zuvor vorgenommen wurde), sie dient interaktional vor allem zur Herstellung von Transparenz bezüglich der eigenen Tätigkeit. In der Anästhesie scheint es gerade dieser Handlungs- und Transparenzdruck zu sein, der die verteilten Tätigkeiten und eine ständige gemeinsame Normalitätsherstellung des Personals in dieser Form erst ermöglicht.

Literatur

- Bluhm, Robyn & Kristin Borgerson (2011): Evidence-Based Medicine. In Fred Gifford (Hrsg.), *Handbook of the Philosophy of Science – Volume 16: Philosophy of Medicine*, 203–238. Amsterdam: Elsevier.
- Bredmar, Margareta & Per Linell (1999): Reconfirming Normality: The Constitution of Reassurance in Talks Between Midwives and Expectant Mothers. In Srikant Sarangi & Celia Roberts (Hrsg.), *Talk, Work, and Institutional Order: Discourse in Medical, Mediation, and Management Settings*, 237–270. New York: Mouton de Gruyter.
- Goodwin, Charles (1994): Professional Vision. *American Anthropologist* 96 (3), 606–633.
- Goodwin, Charles (2000): Pointing and the Collaborative Construction of Meaning in Aphasia. *Texas Linguistic Forum* 43, 67–76.
- Gutzmer, Kyle & Wayne Beach (2015): “Having an Ovary This Big Is Not Normal”: Physicians’ Use of *Normal* to Assess Wellness and Sickness During Oncology Interviews. *Health Communication* 30 (1), 8–18.
- Hindmarsh, Jon & Alison Pilnick (2002): The Tacit Order of Teamwork. *The Sociological Quarterly* 43 (2), 139–164.
- Hindmarsh, Jon & Alison Pilnick (2007): Knowing Bodies at Work: Embodiment and Ephemeral Teamwork in Anaesthesia. *Organization Studies* 28 (9), 1395–1416.
- Hirschauer, Stefan (1991): The Manufacture of Bodies in Surgery. *Social Studies of Science* 21 (2), 279–319.
- Ivarsson, Jonas (2017): Visual Expertise As Embodied Practice. *Frontline Learning Research* 5 (3), 123–138.
- Klemme, Beate, Gaby Siegmann, Julia Köster, Annika Kruse & Katrin Kunze (2015): *Clinical Reasoning: Therapeutische Denkprozesse lernen*. Berlin: Thieme.
- Koschmann, Timothy (2011): Understanding Understanding in Action. *Journal of Pragmatics* 43 (2), 435–437.
- Mair, Michael, Chris Elsey, Paul Smith & Patrick Watson (2018): War on Video: Combat Footage, Vernacular Video Analysis and Military Culture from Within. *Ethnographic Studies* 15 (1), 83–105.
- Meyer, Christian, Christian Meier zu Verl & Ulrich von Wedelstaedt (2016): Zwischenleiblichkeit und Interkinästhetik: Dimensionen körperlicher Kopräsenz in der situierten Interaktion. In Rainer Keller & Jürgen Raab (Hrsg.), *Wissensforschung – Forschungswissen. Beiträge und Debatten zum 1. Sektionskongress der Wissenssoziologie*, 317–331. Weinheim: Beltz Juventa.
- Meyer, Christian & Ulrich von Wedelstaedt (2018): Multiparty Coordination Under Time Pressure: The Social Organisation of Handball Team Time-out Activities. In Elisabeth Reber & Cornelia Gerhardt (Hrsg.), *Embodied Activities in Face-to-face and Mediated Settings: Social Encounters in Time and Space*, 217–254. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Mondada, Lorenza (2019): Transcribing Silent Actions: A Multimodal Approach of Sequence Organization. *Social Interaction. Video-Based Studies of Human Sociality* 2 (1).
- Moreira, Tiago (2006): Heterogeneity and Coordination of Blood Pressure in Neurosurgery. *Social Studies of Science* 36 (1), 69–97.
- Mort, Maggie & Andrew Smith (2009): Beyond Information: Intimate Relations in Sociotechnical Practice. *Sociology* 43 (2), 215–231.
- Pilnick, Alison & Jon Hindmarsh (1999): ‘When You Wake Up It’ll All Be Over’: Communication in the Anaesthetic Room. *Symbolic Interaction* 22 (4), 345–360.
- Sackett, David, William Rosenberg, J.A. Muir Gray, R. Brian Haynes & W. Scott Richardson (1996): Evidence Based Medicine: What It Is And What It Isn’t: It’s About Integrating Individual Clinical Expertise And The Best External Evidence. *BMJ – British Medical Journal* 312 (1), 71–72.

- Schubert, Cornelius (2008): (Un-)Sicherheiten der organisierten Apparatedizin. Vergleichende Beobachtungen der Anästhesie als soziotechnischer Praxis. In Irmhild Saake & Werner Vogd (Hrsg.), *Moderne Mythen der Medizin. Studien zur organisierten Krankenbehandlung*, 139–160. Wiesbaden: VS.
- Smith, Andrew, Maggie Mort, Dawn Goodwin & Cathrine Pope (2003): Making Monitoring ‘Work’: Human-Machine Interaction and Patient Safety in Anaesthesia. *Anaesthesia* 58 (11), 1070–1078.
- Straus, Sharon, Paul Glasziou, W. Scott Richardson & R. Brian Haynes (Hrsg.) (1997): *Evidence-Based Medicine: How to Practice and Teach EBM*. Amsterdam: Elsevier.
- v. Wedelstaedt, Ulrich (2020): The Interactional Accomplishment of ‘Shootables’: Visualisation and Decision Making Before an Apache Helicopter Attack. *Ethnographic Studies* 17, 100–124.
- Webster, Andrew (2002): Innovative Health Technologies and the Social: Redefining Health, Medicine and the Body. *Current Sociology* 50 (3), 443–457.

Transkriptionszeichen:

¹ ; ² ; ³	Position der Abbildung relativ zum Transkript
X:B	X’ Blick
X:A	X’ Aktivität
X:S	X’ sprechen
hantiert m. Spritze	Unveränderte Aktivität während einer Zeile
[hält Spritze][legt Spritze ab]	Verschiedene Aktivitäten während einer Zeile (ausgenommen sprechen)
Bei[spiel] [Beispiel]	Beginn/ende von überlappenden Aktivitäten/Sprache
(.); (-); (-); (-) (1,5)	Pausen: Mikropause; 0,25; 0,5; 0,75 Längere Pausen, geschätzte Zeit (sec.)
(...); (example)	Fehlende; unsichere Transkription, vermuteter Wortlaut/Aktivität
h; hh; hhh .h; .hh; .hhh	Kurzes; mittleres; langes Ausatmen Kurzes; mittleres; langes Einatmen
<<p>example<<; <<pp>example<<	Leises; sehr leises sprechen
bEispiel	Akzentuierter Teil
<<len>beispiel<<; <<all>example<<	Langsames; schnelles sprechen/Aktivität
:	Längung/Dehnung
example=example	Unmittelbarer Anschluss

1, 2, 3 ; ;	Position der Abbildung relativ zum Transkript
, ; ?	Steigende; stark steigende Intonation
	Blickfeld des Pflegers (nur in Videos)
	Bewegungsrichtung (nur in Videos)

Sachregister

- Abtönungspartikel 64, 135, 240, 242, 243, 244, 245, 247, 250
- Affektive Positionierung 139
- Affiliation 118, 131, 150
- Allgemeingültigkeit/allgemeingültig 87, 101, 102, 103, 107–109, 111, 115, 118, 145, 242
- Alzheimer 12, 13, 157, 158, 161–162, 165
- Anästhesie 7, 14, 255, 256, 257–260, 271, 273, 274, 275, 276
- Angehörige 2, 3, 7, 8, 12, 13, 30, 53 137, 157–179, 207, 210, 229, 236, 239, 241
- Animierte Rede 73–74, 79, 80, 84, 85
- Anormalität 6, 12–14, 59, 161, 168, 176, 207–209, 212, 228
- Arzt-Patient-Gespräch 23, 56, 78, 209, 224, 228
- Ärztliches Fragen 23
- Beschwerdenexploration 11, 23, 26, 30, 32, 34, 37, 44
- Bildgebende Verfahren 49, 60
- Clausal glue-on 157, 171–172
- Copingstrategien 13, 157–179
- Credentialing 157, 168
- Dekontextualisierung 101, 108, 126
- Demenzrisiko 157, 175
- Doing being ordinary 6, 26, 54, 157, 172, 175–176
- Emotionen 79, 121, 133, 250
- Sprechen über Emotionen 235
- Empathie 3, 13, 15, 120–121, 131–156, 248, 250
- Darstellung von Empathie 13, 131–140, 237, 250
- Empathieanzeige/Empathiedisplay 139, 149, 151, 242
- Empathieangebot 143, 144–148
- Epistemische Positionierung 184
- Erfahrungswissen 75, 86, 142, 162, 181–206
- Erlebensdarstellungen 132, 134–137, 140–143, 146, 148, 150
- Erlebensnormalisierungen 131–150
- Erlebenswissen 13, 181, 182
- Erlebenszuschreibungen 132, 139, 143, 145–147
- Es ist (immer/halt/einfach) so-Konstruktion(en) 101, 106, 109, 111, 113–115
- Evidenzbasierte Medizin 49, 255, 257
- Fokusgruppe/Fokusgruppengespräch 2, 7, 15, 209–214, 221, 224, 228, 229
- Geburtshilfe 181, 185, 188
- Generizität 101, 105, 108, 114, 126, 145
- Gesprächsanalyse 4, 8, 9, 23, 181, 188, 207
- Gynäkologie 11, 49–50, 65
- Impfsprechstunde 7, 11, 49 50, 54, 56
- Interaktionale Linguistik 73, 131
- Interaktionale Semantik 23
- Interaktionsanalyse 15, 183, 255
- Interviewanalyse, linguistische 157, 164
- Je...umso/je...desto-Konstruktion(en) 101, 106, 122, 124
- Kategorische Formulierung(en) 5, 12, 101–130, 148
- Klinische Normalität 255–279
- Kognitive Linguistik 73
- Kommunikation unter Druck 255
- Konditionalkonstruktionen/Konditionalsätze 81, 101, 108, 118–122, 145, 171
- Kontrastieren 221, 229
- Konversationsanalyse 4, 9, 17, 24, 95, 97, 207
- Körperpraktiken 255, 256, 259, 271, 272
- Krankheitsprävention 49, 54
- Kurative Medizin 49
- Medikamentengabe 255, 260, 268, 269, 271, 272, 273
- Medizindidaktik 49, 50
- Mentale Räume 73, 80
- Metapositionierungen 13, 131–156
- Mitgliedschaftskategorisierung 74
- Mitigation 157, 167, 171, 172, 176, 217, 219

- Narkoseeinleitung 14, 255–279
- Narratives Interview 159, 165, 175, 216, 218, 220, 227
- Nebenwirkungen 49, 50, 55–56, 58, 59, 60, 65–66
- Onkologische Aufklärung/Beratung 6, 7, 11, 12, 13, 15, 73, 74, 76, 87, 92, 101–106, 111, 116, 120, 131–132, 137, 143, 150, 258
- Palliative Care 153, 235
- Partizipative Forschung 209
- PatientInnenkörper 24, 255, 256, 257, 268, 274, 275
- Praktiken, kommunikative 15, 101, 102, 157, 159, 162, 164
- Psychiatrie 207, 209
- Psychische Gesundheit/Krankheit 14, 207–231, 249
- Psychische Erkrankung 14, 207–210, 227
- Psychisches Empfinden/Erleben 24, 40, 209, 247
- Psychosomatische Therapiegespräche 10, 23, 28, 38, 211
- Rechtfertigung 157, 163, 169, 226
- (Re-)Kalibrierung, (re-)kalibrieren 101, 102, 106, 125
- Relativieren 157, 165, 167, 168, 169, 171, 173, 175, 191
- Risiko 13, 49, 55, 90, 125, 181, 203, 271, 273, 275
- Demenzrisiko 157, 174
- Risikogruppen 158
- Risikoprädiktion/-vorhersage 13, 158, 159, 161
- Risikofaktoren 204
- Schwangerschaftsnormal 13, 181–206, 273
- Selbstpositionierung 11, 23, 39, 44
- Sprachvergleich 57, 73, 81, 93
- Sterben 235, 246
- Subjektive Krankheitstheorien 23, 39
- Szenarien 5, 11, 73–97, 111, 184
- Teambesprechungen 7, 14, 182, 235–236, 238–239, 250, 251
- Technikgebrauch 255, 259
- Telemedizinische Konsultationen 23, 28
- Überwachungsmonitor 255, 260, 263, 266, 272, 273
- Uncertainty 7, 11, 49–71
- Unhinterfragbar/Unhinterfragbarkeit 101, 103, 105, 109, 114, 115, 118, 124, 125, 126
- Versorgungsplanung 235
- Videoanalyse 255
- Wissen im Gespräch 102, 181
- Wissenstransfer/-vermittlung 80, 101, 103, 104, 105, 106, 137, 235, 239