universität wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

Beendigungen von Arzt-Patienten-Gesprächen:

Fallstudien vom Beginn und Ende physikalischer Therapieverläufe

Verfasserin

Elke Brandner

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag.phil.)

Wien, 2012

Studienkennzahl lt. Studienblatt:	A 328
Studienrichtung lt. Studienblatt:	Allgem./ Angew. Sprachwissenschaft
Betreuer:	Ao. Univ.-Prof. Mag. Dr. Florian Menz

DANKSAGUNGEN

Während der vier Jahre, die mein „Diplomieren“ in Anspruch nehmen wollte, haben viele Menschen zur Entstehung und zum Gelingen dieser Arbeit beigetragen. Würde ich all jene nennen wollen, die mir Mut zugesprochen und Verständnis entgegen gebracht haben, wäre es wohl besser, meine Danksagungen in einen eigenen Anhang zu stellen. Deshalb beschränke ich mich auf die persönliche Nennung jener, die sozusagen direkten Einfluss genommen haben.

An erster Stelle danke ich meinem Betreuer Ao. Prof. Dr. Florian Menz, nicht nur dafür, mich begleitet und seine fachliche Kompetenz mit mir geteilt zu haben, sondern auch dafür, mir immer wieder mit so viel Humor und Geduld zu begegnet zu sein.

Mein herzlicher Dank gebührt Prof. Dr. Werner Kallmeyer für die vielfältigen fachlichen wie moralischen Unterstützungen, die er mir zuteil werden ließ.

Mit Rat und Tat standen mir immer auch Studien- und Institutskolleg/inn/en zur Seite. Hier danke ich vor allem Mag.[a] Luzia Plansky, Dr.[in] Marlene Sator, Prof. Dr. Martin Reisigl und „Mag.[in spe]“ Jaro Faulhaber.

From the bottom of my heart danke ich jenen Frauen, die mir Freundinnen und Lehrerinnen zugleich sind (und wie gesegnet bin ich, meine Lehrerinnen Freundinnen nennen zu dürfen!): Dr.[in] Johanna Lalouschek, Veni Labi, Sonja Rössler und Alexandra Muhm. Sie haben mich beharrlich und aus vielen verschiedenen Blickwinkeln auf mein Potential hingewiesen und mir so einen Reichtum geschenkt, den ich nicht für möglich gehalten hätte.

Die letzten Zeilen auf dieser Seite gehören meinem Lebensgefährten Werner und meinem Sohn Niki. Ihnen gegenüber empfinde ich tiefste Dankbarkeit. Werner, für Dein unendliches Vertrauen in mich. Niki dafür, dass Du es mir immer gleich zeigst, wenn ich meine schlechte Laune an Dir ablasse. Euch beiden für die Liebe, in die ich jeden Tag heimkommen darf.

INHALT

1. EINLEITUNG 3

2. THEORETISCHE UND METHODISCHE RAHMUNGEN 5

2.1 Gesprächsanalyse 5

2.1.1 Forschungsgeschichtliche Verortung 6

2.1.2 Gegenstandsbestimmung 7

2.1.3 Das Verfahren der Gesprächsanalyse 10

2.2 Institutionelle Kommunikation – medizinische Kommunikation 14

2.2.1 Zwecke der Institution: Produktivität und Reproduktivität in Interaktion 14

2.2.2 Die Institution als Arbeitsplatz 15

2.2.3 Medizinische Rollenspezifika 17

2.2.4 Ärztin und Patientin als Expertin und Laiin 18

2.2.5 Zuständigkeit und Verantwortung: interaktive Sonderrechte 20

2.3 Gespräche beenden 21

2.3.1 Das ärztliche Gespräch in seinen Phasen 21

2.3.2 Die Gesprächsbeendigung als Forschungsgegenstand 22

2.3.3 Vorbeendigungen 36

3. EMPIRISCHE ERÖRTERUNGEN 38

3.1 Umriss der Interaktionen 39

3.1.1 Die Abteilung für Physikalisch-medizinische Rehabilitation 39

3.1.2 Das Projekt *Schmerzdarstellung und Krankheitserzählungen* 40

3.2 Analytisches Vorgehen 41

3.3 Die Analysen der Erstgespräche 43

3.3.1 Frau Schulter 43

3.3.1.1 Therapieplanung und Anliegensbearbeitung 43

3.3.1.2 Zusammenfassung 50

3.3.1.3 Schmerzbewältigung und Beendigung des Gesprächs 50

3.3.1.4 Zusammenfassung 59

3.3.2 Frau Hand 60

3.3.2.1 Kontrastive Betrachtung der Erstgespräche 60

3.3.2.2 Die closing sections *des Gesprächs „Frau Hand“* 63

3.3.2.3 Die Rolle des nonverbalen Verhaltens in der Beendigung der Erstgespräche 67
3.3.3 Die Konstitution der Erstgespräche 68
3.4 Die Analysen der Abschlussgespräche 71
3.4.1 Frau Rücken 71
3.4.1.1 Bestätigungen über den Therapieerfolg und „Kontrolle bei Bedarf" 71
3.4.1.2 Zusammenfassung 82
3.4.1.3 Eigenverantwortung und Beendigung des Gesprächs 83
3.4.1.4 Zusammenfassung 94
3.4.2 Herr Knie 95
3.4.2.1 Kontrastive Betrachtung der Abschlussgespräche 96
3.4.2.2 Die closing sections *des Gesprächs „Herr Knie"* 98
3.4.2.3 Die Rolle des nonverbalen Verhaltens in der Beendigung der Abschlussgespräche 102
3.4.3 Die Konstitution der Abschlussgespräche 102
3.4.4 Das Arzt-Patient/inn/en-Verhältnis in den Abschlussgesprächen 105
3.5 Vergleichende Betrachtung der *closing sections* der Erstgespräche und Abschlussgespräche 107

4. KONTEXTUALISIERUNG UND ERWEITERUNG DER ERGEBNISSE 109
4.1 Einordnung der Ergebnisse in die Literatur 109
4.2 Institutionelle Spezifika von Beendigungsphasen 111

5. SCHLUSSBMERKUNG 114

6. BIBLIOGRAPHIE 116

7. ANHANG 124
HIAT-Notation 124
7.1 Transkript Frau Schulter 125
7.2 Transkript Frau Hand 144
7.3 Transkript Frau Rücken 155
7.4 Transkript Herr Knie 171
Abstract 182
Lebenslauf 183

1. EINLEITUNG

Beim alltäglichen Miteinander-Reden hängt es von vielen Faktoren ab, ob wir uns im Gespräch wohlfühlen, das Gespräch gerne fortsetzen und uns vorstellen können, zu einem späteren Zeitpunkt neuerlich in Interaktion mit einer bestimmten Person zu treten. Im Nachdenken über eine vergangene Interaktion ist jedoch nicht nur der Inhalt eines Gesprächs, das gegenseitige Ausreden-Lassen oder das Auftreten unangenehmen Schweigens etc. – kurz: das Gespräch selbst von Bedeutung, sondern auch wie dieses Gespräch zu einem Ende gebracht wurde.
Die Beendigung eines Gesprächs ist die letzte interaktive Aufgabe, die gemeinsam gelöst werden muss. Ihre Brisanz liegt darin, dass danach kaum noch Reparaturen von eventuellen Fehltritten oder Ungeschicklichkeiten zu machen sind, wie es sonst praktisch im gesamten Verlauf eines Gesprächs möglich ist. Die Beendigung muss sozusagen “sitzen” und dabei einen Abschluss der aktuellen Interaktionssituation bei Aufrechterhaltung des Beteiligtenverhältnisses erzielen. Gerade weil diese Aufgaben am Schluss einer Interaktion zu meistern sind, erhält die Gesprächsbeendigung evaluativen Charakter für die vergangene Interaktion. Oder, wie Helmut Henne und Helmut Rehbock es formulieren: „Die Gesprächsbeendigung ist durch den Glanz oder die Mühsal der Gesprächsmitte geprägt” (Henne/ Rehbock 2001: 16).
Wie sich “Glanz” oder “Mühsal” im gemeinsamen Abschließen einer Interaktion zeigen und wie sich ein medizinisches Setting, das naturgemäß Themenorientiertheit und eine gewisse Unfreiwilligkeit bezüglich der Wahl der Interaktionspartner/inn/en sowie viele weitere gesprächs- und beziehungsrelevante Faktoren mit sich bringt, auf die Beendigungssituation auswirkt, soll im Rahmen meiner Diplomarbeit erörtert werden.

In den folgenden Kapiteln werde ich an vier Arzt-Patienten-Gesprächen zeigen, wie die Beteiligten gemeinsam zum Ende des jeweiligen Gesprächs gelangen und wie sie letztlich den Schluss der Interaktion herstellen. Hier stellen sich übergeordnet zwei Fragen:

- Wie beeinflusst ein medizinisch-institutionelles Setting die Phase der Gesprächsbeendigung?
- Und wo liegt der Unterschied zwischen Gesprächsbeendigungen am Beginn und jenen Ende eines Behandlungsprozesses?

Mein besonderes Interesse gilt also den Auswirkungen des institutionellen Settings auf die Gesprächsbeendigungen sowie den Unterschieden zwischen Gesprächen zu Beginn und jenen am Ende von medizinischen Behandlungsprozessen. Ich gehe davon aus, dass sich neben unterschiedlichen Grußformeln auch verschiedene Arten von Redebeiträgen zeigen und dass die Gesprächsbeendigungen am Ende eines Betreuungsverhältnisses einen längeren Zeitraum umfassen. Ich vermute, dass sich dieser Umstand auf komplexe beziehungskonstitutive Aspekte zurückführen lässt, die natürlicherweise entstehen, wenn ein über längere Zeit aufrechtes Beteiligtenverhältnis in beidseitigem Einverständnis aufgelöst beziehungsweise in einen quasi inaktiven Status überführt wird.

Mit Hilfe eines gesprächsanalytischen Zugangs sollen diese Fragen beantwortet werden. Dieser Zugang ermöglicht einerseits eine detaillierte Sequenzanalyse, welche notwendig ist, um die Beendigungsinitiativen im Gespräch zu identifzieren und somit eine Beendigungsphase überhaupt erst analytisch zu bestimmen. Andererseits kann das Gespräch somit auch in seinem institutionellen Kontext wahrgenommen werden.

Der Aufbau der Arbeit gestaltet sich wie folgt: In **Kapitel 2** erörtere ich die theoretischen und methodischen Perspektiven und Voraussetzungen für diese Arbeit. Nach einem Abriss zur Gesprächsanalyse und zum hier angewendeten gesprächsanalytischen Vorgehen werden die Implikationen institutioneller und vor allem medizinischer Kommunikation aufgefächert. Darauf folgt die Darstellung des aktuellen Forschungsstandes zur Gesprächsbeendigung.
Kapitel 3 ist der Auseinandersetzung mit dem Datenmaterial gewidmet. Nach der Darstellung des Kontexts der untersuchten Gespräche und der Erläuterung des analytischen Vorgehens werden die vier Gespräche analysiert. Zwei der Gespräche, je eines zu Beginn einer Behandlung und eines am Ende einer Behandlung, werden entlang der zuvor festgelegten Fragestellungen sequenzanalytisch genau aufgeschlüsselt. Die beiden anderen Gespräche werden kontrastiv dazu betrachtet. Zum Schluss des Kapitels nehme ich einen Vergleich der Beendigungsphasen vor.
In **Kapitel 4** stelle ich die Ergebnisse der Analysen aus Kapitel 3 in den sozialwissenschaftlichen Kontext, der zuvor in Kapitel 2 dargestellt wurde. Zudem werden die Ergebnisse, wo dies möglich ist, insofern erweitert und vertieft, dass anhand der Einzelfallanalysen Vermutungen hinsichtlich genereller gesprächsorganisatorischer beziehungsweise institutioneller Vorgänge geäußert werden können.
In **Kapitel 5** befinden sich abschließende Bemerkungen zur Arbeit sowie ein Ausblick auf jene Bereiche, die in der Auseinandersetzung mit der Thematik als interessant aufflackerten, die ich jedoch nicht weiter verfolgen konnte.

Kapitel 6 enthält das Literaturverzeichnis für das vorliegende Werk, und im Anhang (**Kapitel 7**) finden sich die vollständigen Transkripte aller vier analysierten Gespräche.

Zunächst ist jedoch, wie angekündigt, die Gesprächsanalyse Gegenstand der Erläuterungen, wodurch auch die Verankerung dieser Arbeit im sozialwissenschaftlich-linguistischen Kontext vorgenommen wird.

2. THEORETISCHE UND METHODISCHE RAHMUNGEN

Das zweite Kapitel dient der umfassenden Darstellung der theoretischen Perspektiven und methodischen Grenzen dieser Arbeit. Es wird in den folgenden drei Abschnitten der Versuch unternommen, mittels Einbeziehung der jeweils relevanten Literatur eine Selbstpositionierung innerhalb verschiedener Forschungsrichtungen und Untersuchungsansätze vorzunehmen. Diese Eingrenzung des Radius betrifft zunächst die Ebene des methodischen Vorgehens, anschließend den Bereich der Untersuchung institutioneller Kommunikation und zuletzt den Gegenstand der Analyse: die Gesprächsbeendigung.

2.1 Gesprächsanalyse

Auf den folgenden Seiten wird die Gesprächsanalyse als das methodische Verfahren skizziert, das den Analysen (s. Kapitel 3) zugrunde liegt. Die Unmöglichkeit, von „der“ Gesprächsanalyse zu sprechen, betrachtet man die Vielzahl an dargestellten gesprächsanalytischen Varianten in der Forschungsliteratur, wird hier bewusst ausgeklammert und stattdessen versucht, die für die vorliegende Arbeit relevanten Perspektiven und Verfahren aufzugreifen. Dieses Vorgehen wird begründet und legitimiert durch die Gesprächsanalyse selbst, die sich gerade nicht durch methodische Fixiertheit auszeichnet, sondern durch ein in erster Linie materialgestütztes Vorgehen, das den ständigen Dialog und die Wechselbeziehung zwischen Datenmaterial und Methode verlangt (Deppermann 1999, Brinker/ Sager 2010 etc.).
Zunächst sollen jedoch die forschungsgeschichtlichen Grundfesten der Gesprächsanalyse beleuchtet werden, aus welchen sich logischerweise spezifische Perspektiven und Grundannahmen auf den Forschungsgegenstand ableiten (s. Abschnitt 2.1.2). Die sich

daraus ergebenden forschungspraktischen Konsequenzen werden in Abschnitt 2.1.3 erläutert.

2.1.1 Forschungsgeschichtliche Verortung

Für die Entstehung der Gesprächsanalyse sind vor allem drei Forschungsrichtungen relevant: die deutsche *Gesprochene-Sprache-Forschung*, die amerikanische *conversational analysis* und die angelsächsische *Sprechakttheorie* (Brinker/ Sager 2010: 15).
Die Erforschung der gesprochenen Sprache im deutschsprachigen Raum setzte in den 1960er Jahren mit einer deutlichen Loslösung vom geschriebenen Text als normgebendes Element im Umgang mit Sprache ein (Brinker/ Sager 2010: 16). Im Rahmen der „pragmatischen Wende" (Brinker/ Sager 2010: 16) in den 1970ern rückte zusätzlich die Dialogizität und damit die situativen und kommunikativ-funktionalen Faktoren und Merkmale gesprochener Sprache in den Vordergrund (Brinker/ Sager 2010: 16).

Einen weiteren, meines Erachtens bedeutenderen Einfluss auf die Gesprächsanalyse übte die *conversational analysis* oder Konversationsanalyse aus, die aus der Ethnomethodologie in den USA der 1960er hervorgeht (Brinker/ Sager 2010: 17, Bergmann 2001: 919). Die in der Soziologie verortete Ethnomethodologie geht auf Garfinkel (1967) zurück und bezeichnet „die von den Mitgliedern einer Gesellschaft im Handlungsvollzug routinehaft praktizierte Methodologie der sinnhaften Erzeugung von gesellschaftlicher Wirklichkeit und sozialer Ordnung" (Bergmann 2001: 920f, unter Bezug auf Weingarten et al. 1976). Die Interagierenden selbst produzieren demnach die gesellschaftliche Wirklichkeit fortwährend durch ihr alltägliches Handeln, was impliziert, dass das Interaktionsgeschehen zum Ort der Sinnzuschreibung und Deutung der je situationsrelevanten Regeln und Werte wird (Bergmann 2001: 920), also genau in der unmittelbaren Interaktionssituation soziale Ordnung immer wieder neu hergestellt und gegebenenfalls verhandelt wird.
Die Ethnomethodologie wurde in den 1960ern von Sacks[1], im Weiteren von Schegloff (1968) und Jefferson (1972) und auch im Windschatten Goffmans, der die face-to-face-Kommunikation erstmals als Forschungsgegenstand thematisierte (vgl. Abschnitt 2.3.2), auf die Erforschung gesprochener Sprache ausgedehnt und damit zur Konversationsanalyse weiterentwickelt (Bergmann 2001: 919f). Im Brennpunkt dieses Forschungsansatzes stehen jedoch weniger sprachliche Strukturen und Einheiten, „sondern es geht primär um den Versuch einer Rekonstruktion der in Gesprächen ablaufenden Prozesse der Bedeutungszuschreibung und Interpretation sowie der für solche Vorgänge grundlegenden Interaktionsbedingungen." (Brinker/ Sager 2010: 17) Die *conversational analysis* bleibt also

[1] Harvey Sacks' „Lectures on Conversation" wurden erst 1992 von Gail Jefferson herausgegeben.

zunächst stark im Ansatz Garfinkels und in einer eher sozialwissenschaftlichen als linguistischen Perspektive verhaftet (Brinker/ Sager 2010: 17). Für die Gesprächsanalyse bedeutet der konversationsanalytische Zugang vor allem die Erweiterung des Fokus auf die Prozesshaftigkeit von sozialer Interaktion (Brinker/ Sager 2010: 17).

Als dritter maßgeblicher Einfluss für die Entstehung der Gesprächsanalyse muss die Sprechakttheorie zurückgehend auf Austin (1985)[2] und Searle (1969) genannt werden. Sie wurde ab den 1970ern in der Linguistik aufgenommen (Brinker/ Sager 2010: 15) und erweiterte diese um die theoretischen und methodischen Grundlagen, die zur Beschreibung des Charakters und der Struktur sprachlichen Handelns notwendig sind (Brinker/ Sager 2010: 18). Die Deskription von Sprache in ihren verschiedenen Segmentierungseinheiten ist nun möglich (Brinker/ Sager 2010:18).

Die forschungsgeschichtliche Genese der Gesprächsanalyse lässt sich also durch die Weiterentwicklung der deutschen Gesprochene-Sprache-Forschung, durch die Einbeziehung der Sprechakttheorie sowie durch die starke Rezeption der amerikanischen Konversationsanalyse zusammenfassen (als eine Konsequenz dieser starken Rezeption ist sicherlich die begriffliche Unschärfe und Vermischung der Termini Gesprächs- und Konversationsanalyse sowie auch Diskursanalyse etc. in der Forschungsliteratur zu sehen.)[3]. Die amerikanische Konversationsanalyse kann fraglos als Grundgerüst angesehen werden, das gegebenenfalls in Teilbereichen noch durch andere Forschungsansätze ergänzt wird (vgl. Deppermann 1999: 10 oder auch Plansky 2007: 35f).

2.1.2 Gegenstandsbestimmung

Die Gesprächsanalyse in der konversationsanalytischen Tradition und allgemein die Gesprächs- beziehungsweise Diskursforschung[4] sieht das Gespräch als zentralen Ort sozialen Geschehens (Deppermann 1999: 7, Bergmann 2001: 919). Dementsprechend kann die Gesprächsforschung als jener wissenschaftliche Ansatz gesehen werden, der das Alltagsleben, das sich großteils im und durch das interaktive Handeln konstituiert, am konsequentesten erforscht (Deppermann 1999: 7).

[2] Erstmals 1962 publiziert.
[3] Vgl. dazu Deppermann 1999, Becker-Mrotzek/ Meier 2002 und auch Brinker/ Sager 2010, die sich alle nicht auf die Verwendung einer Bezeichnung festlegen und zum Teil aus stilistischen Gründen zwischen den Begriffen wechseln.
[4] Ich schließe mich Becker-Mrotzek/ Meier (2002: 18) an, indem ich „Diskursforschung“ als Oberbegriff für die verschiedenen Forschungstraditionen, die sich mit sprachlicher Interaktion befassen, übernehme.

Die Diskursforschung grenzt sich insofern von anderen Teildisziplinen der Sozialforschung ab, als dass sie authentisches Handeln untersucht (Deppermann 1999, Becker-Mrotzek/ Meier 2002, Rehbein 2001, Brinker/ Sager 2010, Lalouschek/ Menz 1999 etc.). Analysegegenstand sind demnach Gespräche, wie sie „natürlich" stattfinden, also in nicht eigens für Forschungszwecke elizitierten Settings oder von Proband/inn/en gespielt (Lalouschek/ Menz 1999, Brinker/ Sager 2010 etc.). Der Authentizität des Datenmaterials wird weiters Rechnung getragen, indem weder Standardisierungen am Material vorgenommen, noch zuvor festgelegte Hypothesen über die Daten gestülpt werden (Deppermann 1999: 11).
Die Gesprächsanalyse zeichnet sich also durch ihre empirische Grundhaltung (Lalouschek/ Menz 1999) beziehungsweise ihr „radikales Empirieverständnis" (Deppermann 1999: 10) aus. Fragestellungen, Hypothesen und Kategorien werden quasi im Dialog mit dem Material entwickelt und im fortschreitenden Analyseprozess immer wieder reflektiert (Deppermann 1999, Becker-Mrotzek/ Meier 2002, Brinker/ Sager 2010 etc.). Das gesprächsanalytische Vorgehen ist also streng materialgestützt (Deppermann 1999: 10f).

Aufgrund dieser Materialgestütztheit ist es einerseits schwierig bis paradox von „der" Gesprächsanalyse oder „der" methodischen Vorgehensweise im Rahmen einer Gesprächsanalyse zu sprechen, da letztlich ja die spezifischen Merkmale des jeweiligen Gesprächs das konkrete analytische Vorgehen wesentlich bestimmen. Andererseits lässt sich der Analysegegenstand „Gespräch" in seiner generellen Beschaffenheit erfassen, was sehr wohl den Ausgangspunkt für eine „*gegenstandsfundierte* Methodik" (Deppermann 1999: 9, kursiv i.O.) bietet. Bevor diese Methodik selbst erläutert wird, muss aber zunächst das Gespräch als Forschungsgegenstand klar definiert und begrenzt werden.

Von der Kommunikation im Rahmen mündlicher Gespräche wird grundsätzlich die schriftliche Form der Kommunikation, der Text unterschieden (vgl. Rehbein 2001: 928f für eine Gegenüberstellung dieser beiden Sprachmodi). Demgemäß wird auch eine klare Grenze zwischen Text- und Gesprächsanalyse gezogen (Brinker/ Sager 2010: 9, Becker-Mrotzek/ Meier 2002: 20[5]).

Eine mögliche begriffliche Begrenzung des Gesprächs und seiner beziehungsweise in seinen Segmentierungsebenen lautet: „"Gespräch" ist eine begrenzte Folge von sprachlichen Äußerungen, die dialogisch ausgerichtet ist und eine thematische Orientierung aufweist."

[5] Vgl. aber die funktional-pragmatische Diskursanalyse, die beide sprachlichen Modi zum Gegenstand haben kann (Rehbein 2001: 929).

(Brinker/ Sager 2010: 12)[6] Hierin finden sich bereits einige Eigenschaften, die für Gespräche allgemein gelten:

Von einer *begrenzten Folge von sprachlichen Äußerungen* zu sprechen, impliziert einerseits eine zeitliche Abgeschlossenheit zu der sozialen Wirklichkeit vor und nach einem Gespräch[7], andererseits die Prozesshaftigkeit oder *Prozessualität* (Deppermann 1999: 8) sprachlichen Handelns. Der prozesshafte Charakter von Interaktion kann nun (von den sozialen Akteur/inn/en wie auch den Analytiker/inne/n) erfasst werden, indem das Gesprächsereignis segmentiert wird, woraus sich das Merkmal der Zusammengesetztheit von Gesprächen aus einzelnen verschieden großen Einheiten auf unterschiedlichen Ebenen des sprachlichen Handelns ableitet[8]. Dies entspricht dem Merkmal der *Konstitutivität*, also der aktiven Herstellung des Gesprächs durch die Interagierenden (Deppermann 1999: 8).

Von *dialogischer Ausgerichtetheit* zu sprechen verweist nun auf die *Interaktivität* (Deppermann 1999: 8), die mündlicher Kommunikation inhärent ist. Als letzter Punkt in der Definition von Brinker/ Sager (2010: 12) ist die *thematische Orientierung*, also die zumindest entfernte Themenbezogenheit zu nennen. Bei Deppermann (1999: 8) findet dieses Merkmal seine Entsprechung in der *Pragmatizität*, die eine feingliedrigere Analyse hinsichtlich der kommunikativen Zwecke (s. Abschnitt 2.1.3) erlaubt als die Vorstellung von bloßer Themenbezogenheit in der Interaktion. Im Gesprächsgeschehen von einer grundlegenden Pragmatizität auszugehen, bedeutet, zu jedem Zeitpunkt im Gesprächsverlauf von zweckbezogenem Handeln der Interagierenden auszugehen (vgl. Bergmann 2001: 923).

Deppermann spricht weiters noch vom Merkmal der *Methodizität*, also vom Gespräch als interaktivem Austausch, der auf Basis gesellschaftlich verbreiteter Praktiken zum Beispiel zur Konstruktion und zur Organisation von Gesprächsbeiträgen durchgeführt wird (Deppermann 1999: 8).

Sich Gespräche unter den eben angeführten Gesichtspunkten anzusehen, bedeutet bereits einen ersten Schritt in die Analyse und aus dem alltagsweltlichen Verstehen hinaus zu machen. Da die/ der Gesprächsanalytiker/in auf Basis ihrer/ seiner eigenen kommunikativen Kompetenz das Gesprächsgeschehen zunächst einschätzt und später interpretiert, ist dieser erste Schritt unbedingt erforderlich, um das eigene implizite Wissen im Umgang mit dem Material im Weiteren explizieren und methodisieren zu können (Plansky 2007: 37).

[6] Eine Diskussion zu verschieden weit gefassten Begriffsvarianten des „Gesprächs“ findet sich in Henne/ Rehbock (2001: 255-260).

[7] Wie diese Abgeschlossenheit interaktiv produziert wird und welche Rolle dabei ritualisierte Elemente spielen, wird in Abschnitt 2.3 dargestellt.

[8] Je nach analytischer Variante werden diese Einheiten unterschiedlich benannt.

2.1.3 Das Verfahren der Gesprächsanalyse

Dieser Abschnitt dient der Darstellung der gesprächsanalytischen Methodik in groben Zügen, wodurch auch die Gesprächsanalyse selbst charakterisiert werden soll. Auf die Skizzierung einzelner sequenzanalytischer Teilschritte wird bewusst verzichtet, da diese, gemäß des empirischen Selbstverständnisses der Gesprächsanalyse, am Datenmaterial entwickelt und insofern im Rahmen der Analyse selbst (s. Kapitel 3) nachvollzogen werden können.

Die Flüchtigkeit mündlicher Kommunikation erfordert zunächst die Aufzeichnung des sprachlichen Geschehens. Anders als andere Teilbereiche der qualitativen Sozialforschung, die sich zum Beispiel auf Beobachtungsprotokolle der Feldforschenden beschränken, erhebt die Gesprächsanalyse und allgemein die Diskursforschung den Anspruch, natürliche Kommunikation in genau jener Form zu untersuchen, in der sie stattfindet. Dies erfordert eine eins-zu-eins-Aufzeichnung, eine Konservierung des Geschehens in Form von Audio- beziehungsweise im Idealfall Videoaufzeichnungen (Becker-Mrotzek/ Meier 2002, Brinker/ Sager 2010, Deppermann 1999 etc.). Nur auf diesem Weg kann dem hohen Anspruch der Gesprächsanalyse an die „empirische Authentizität“ (Deppermann 1999: 105) und der hochgradig komplexen und vielschichtigen Strukturierung sprachlichen Handelns (s. Abschnitt 2.1.2) begegnet werden, ohne allzu große Informationsverluste für die Analyse in Kauf nehmen zu müssen[9].

Um die mittels Ton- oder Videoaufnahmen gewonnenen Daten in eine praktikable Form zu bringen, werden die Aufnahmen verschriftet. Der Genauigkeitsgrad der Transkription hängt letztlich von der jeweiligen Fragestellung ab (sowie von der Qualität der Aufnahmen), die Gesprächsanalyse verlangt aber generell ein hohes Maß an Genauigkeit und Detailreichtum in der Verschriftung. Dies bezieht sich, sofern Videoaufnahmen vorhanden sind, auch auf die Transkription multimodaler Phänomene, wobei selbst das genaueste Transkribieren notwendigerweise eine weitere Reduktion und Abstraktion an Informationen bedeutet. Die Transkription als Datenaufbereitung birgt weiters die Gefahr der Verzerrung von Details, da die Tätigkeit des Verschriftens schon eine unumgänglich interpretative Handlung ist, durch welche das Material von einer akustischen beziehungsweise audiovisuellen Form in eine schriftliche Form transformiert wird. Damit wird ein aufgezeichnetes Gespräch grundlegend in seinem Modus verändert (Brinker/ Sager 2010: 40) und erhält Modell- anstatt von Abbildungscharakter (Lalouschek/ Menz 1999: 55), was bei der Analyse, die ja schließlich hauptsächlich an diesem Gesprächsmodell vorgenommen wird, berücksichtigt und reflektiert werden muss (vgl. Deppermann 1999: 51).

[9] Jede noch so gelungene Aufzeichnung eines Ausschnitts sozialer Wirklichkeit bedeutet notwendigerweise eine Reduktion an Informationen, vgl. Lalouschek/ Menz 1999.

Für das Transkribieren selbst stehen, auch in Zusammenhang mit der jeweils angewendeten Variante von Gesprächsanalyse, unterschiedliche Notationssysteme zur Verfügung (vgl. Brinker/ Sager 2010, Deppermann 1999, Henne/ Rehbock 2001). Für die vorliegende Arbeit wurde das Notationssystem HIAT gewählt, das im Rahmen der funktional-pragmatischen Diskursanalyse von Ehlich und Rehbein (1976 usw.; Rehbein et al. 2004) entwickelt wurde. „HIAT" bezeichnet das System der Halb-interpretativen Arbeitstranskription, was einerseits dem interpretativen Charakter des Transkribierens Rechnung trägt, in dem das Material bereits auf Basis von Alltagswissen vorsegmentiert und vorkategorisiert wird, und andererseits auf die potentielle Erweiterbarkeit und Nicht-Abgeschlossenheit einer Transkription verweist (Rehbein et al. 2004, Lalouschek/ Menz 1999: 56).
Charakteristisch für dieses System ist vor allem die Partiturdarstellung, mittels welcher die Simultaneität der Gesprächsereignisse genau untereinander und dennoch in ihrer Sequenzialität übersichtlich wiedergegeben werden kann (Rehbein et al. 2004). Gerade aufgrund der hohen Dichte an verschriftungsrelevanter Information, wenn multimodal transkribiert wird, erleichtert diese Übersichtlichkeit in der Darstellung den Umgang mit dem Material und in der Folge die Analyse erheblich.
Die Transkripte für diese Arbeit wurden im EXMARaLDA Partitur Editor erstellt, einer Software, die das Generieren von Transkripten in den HIAT-typischen Partituren erleichtert[10]. Die Transkripte sowie eine Auflistung der in HIAT gängigen Notationszeichen befinden sich im Anhang.

Die eigentliche Analyse beginnt mit dem genauen Beobachten dessen, was in der Aufnahme beziehungsweise im Transkript vor sich geht (Becker-Mrotzek 2002: 23). Je nach Forschungsinteresse und Fragestellung lässt sich eventuell schon ein fokales Segment (vgl. Deppermann 1999) isolieren – jedenfalls geht es aber darum, das Gespräch als Gesamtes zu erfassen und sich einen ersten Überblick über die Beteiligtenkonstellation, Gesprächsdynamik, Themenentwicklung etc. und eventuell auch bereits über vermutete Musterabläufe zu verschaffen.
Wurde ein fokales Segment, das je nach Fragestellung beispielsweise eine einzelne Interjektion, eine Äußerung oder auch (wie in dieser Arbeit) eine Gesprächsphase sein kann, lokalisiert, wird es als „Bestandteil einer von den Interagierenden methodisch erzeugten Geordnetheit" (Bergmann 2001: 923) rekonstruiert, das heißt es wird ihm eine bestimmte Funktion in der Lösung eines strukturellen Problems in der aktuellen Organisation des Gesprächsgeschehens zugeschrieben (Becker-Mrotzek 2002: 24). Was genau diese

[10] Entwickelt wurde diese Software von unter anderen Thomas Schmidt (Schmidt 2002), verfügbar ist sie unter www.exmaralda.org.

Funktion ist, wie das Segment sie erfüllt und welches interaktive Problem an dieser Stelle im Gesprächsverlauf gelöst wird, ist selbst Gegenstand der Untersuchung (Bergmann 2001: 923).

Die funktionale Beschaffenheit eines Segments ergibt sich nicht zuletzt durch die kontextuelle Einbettung desselben. Die Diskursanalyse (beispielsweise nach Rehbein 2001) spricht in diesem Zusammenhang von der „Musterposition“ eines Elements, die Gesprächsanalyse von der „Strukturstelle“ (Deppermann 1999 u.a.). Ein Segment wird in einer Kette von Segmenten realisiert, die vor- und rückgreifend aufeinander verweisen. Interagierende handeln demnach immer in Hinblick auf den Kontext beziehungsweise die sequentielle Position der aktuellen Äußerung, indem sie sich sowohl auf den unmittelbar vorgeschalteten Kontext beziehen als auch auf das erwartete Ergebnis und den übergeordneten Zweck – den größeren kontextuellen Rahmen also. Für die Gesprächsanalyse ergibt sich aus dieser doppelten Verknüpfung eine „doppelte Aufgabenstellung“ (Brinker/ Sager 2010: 19): Es gilt einerseits, eine *Ergebnisanalyse* durchzuführen, um die „manifesten Struktureinheiten des Gesprächs“ (Brinker/ Sager 2010: 20) zu rekonstruieren, was auf Seite der Interagierenden deren Interpretationen und Erwartungen hinsichtlich eines bestimmten Ergebnisses beziehungsweise eines „kommunikativen Zwecks“ (Becker-Mrotzek/ Meier 2002: 29) entspricht und in der Analyse der Ermittlung des Handlungsresultats gleich kommt. Andererseits müssen in der *Verfahrensanalyse* die „interaktiven Verfahren“ der „Entstehung und Verwendung“ dieser Struktureinheiten (Brinker/ Sager 2010: 20) nachvollzogen werden, was eine Interpretation ist, die die Interagierenden ständig im direkten sequenzorganisatorischen Zusammenhang ihrer Handlungen leisten, und was in der Analyse die Beschreibung des Handlungsvollzugs ausmacht. Beide Interaktions- sowie Analyseebenen bedingen einander, denn „das Handlungsresultat (ist) gar nicht möglich ohne den Handlungsvollzug, und dieser wird nur möglich im intentionalen Bezug auf sein Ergebnis“ (Brinker/ Sager 2010: 20).

Auf beiden Analyseebenen wendet die/ der Gesprächsanalytiker/in prinzipiell die gleichen Verfahren zur Interpretation des Geschehens an wie die Interagierenden selbst (Brinker/ Sager 2010: 114, vgl. auch Bergmann 2001: 922). Das bedeutet allerdings weder, dass die Rekonstruktion im Rahmen der Gesprächsanalyse auf der Interpretationsebene der Interagierenden abläuft und lediglich aus einer Paraphrasierung von Äußerungen besteht, noch dass den Interagierenden die von ihnen angewendeten Verfahren zur Bewältigung der kommunikativen Zwecke oder auch diese Zwecke selbst bewusst sind (Deppermann 1999: 50f).

Untersuchungen im Rahmen der Diskursforschung beruhen also auf dem Verfahren des „nachvollziehenden Verstehens“, distanzieren sich jedoch von beliebigen Interpretationen des Geschehens (Becker-Mrotzek/ Meier 2002: 24). Eine Gesprächsanalyse hat zu explizieren, was die Teilnehmenden machen, sodass deren Aktivitäten als sinnvoll und geordnet verstanden werden können, und welche Interpretationsleistungen und –prinzipien dieser Ordnung zugrunde liegen (Deppermann 1999: 51). Methodologisch geleitet wird dieses Vorgehen von der konversationsanalytischen Prämisse, die Interagierenden zeigten einander ihre Sinn- und Bedeutungszuschreibungen wechselseitig an und orientierten einander auf diese Weise über ihre jeweilige Situationsdefinition (Deppermann 1999: 50f unter Bezug auf u.a. Schegloff 1997). Dadurch erledigen sie interaktionale Teilaufgaben, die insgesamt der Erfüllung des kommunikativen Zwecks dienen (Becker-Mrotzek/ Meier 2002: 29).

Ziel der Gesprächsanalyse ist es letztlich nicht, sich an der Explikation von Einzel- oder Spezialfällen abzuarbeiten, sondern die von den Teilnehmenden angewendeten interaktiven Verfahren in der Weise zu rekonstruieren, dass jene Organisationsprinzipien identifiziert werden können, die situationsübergreifend und offen für die partikularisierende Ausgestaltung durch die Teilnehmenden in der Interaktion sind (Bergmann 2001: 923). Spezialfälle und problematische Fälle haben allerdings in der Validierung der Analyse eine wichtige Funktion, weil hier die Teilnehmenden selbst indizieren, dass von der Normalform abgewichen wurde, und so das erwartete Ablaufschema teilweise zutage tritt (Bergmann 2001: 924; unter Bezug auf Pomerantz 1984).

Die Gesprächsanalyse wie auch ihr Analysegegenstand sind „interaktive Verfahren“ (Brinker/ Sager 2010): Die/ der Gesprächsanalytiker/in geht prozessorientiert vor (Brinker/ Sager 2010: 111) und setzt das Handlungsresultat immer in Bezug zum Handlungsvollzug (Brinker/ Sager 2010: 20), während das Gespräch selbst als genuin „interaktives Handlungsverfahren“ (Brinker/ Sager 2010: 111) zu verstehen ist, in dessen Rahmen die Interagierenden in wechselseitigem Bezug aufeinander kommunikativ handeln und so gemeinsam ein Gespräch und damit soziale Wirklichkeit herstellen (vgl. Brinker/ Sager 2010: 111, Deppermann 1999: 9).
Den interaktiven Charakter der Gesprächsanalyse zu betonen, soll die Gegenstandsfundiertheit dieser Methodik hervorheben, deren Adäquatheit letztlich immer am Material rückzufragen ist (vgl. Deppermann 1999: 9).

Der nächste Abschnitt in diesem Kapitel dient nun der Charakterisierung der in Kapitel 3 analysierten Gespräche hinsichtlich ihres größeren Kontexts, nämlich ihrer institutionellen Rahmenbedingungen.

2.2 Institutionelle Kommunikation – medizinische Kommunikation

In diesem Abschnitt werde ich die für die vorliegende Arbeit relevanten Aspekte hinsichtlich institutioneller beziehungsweise medizinischer Kommunikation mit dem Schwerpunkt Ärzt/inn/e/n-Patient/inn/en-Interaktion ausführen. Ich beginne dabei mit der in Bezug auf den Forschungsgegenstand größten Entität, der Institution, und beende meine Darstellung mit einer für die medizinische Interaktion typischen mikro-analytischen Einheit, der Frage-Antwort-Sequenz.

2.2.1 Zwecke der Institution: Produktivität und Reproduktivität in Interaktion

Zur Erläuterung des Begriffs der Institution zieht Menz (1988) unter anderem den relationalen Institutionenbegriff Schüleins (1987) heran. Die Institution wird hier als eingebettet in ihre Umwelt, also abhängig von vielfältigen gesellschaftlichen und politischen Faktoren angesehen, und als eine eigene Binnenwelt produzierend. Die Binnenwelt einer Institution lässt sich analytisch aufspalten in einen produktiven und einen reproduktiven Bereich, welchen die von der Institution intendierten Produkte, im Fall des Krankenhauses ist dies die Versorgung und Heilung von Patient/inn/en, sowie die nicht intendierten, sekundären Produkte der Institution zuzuordnen sind. Genau genommen handelt es sich beim reproduktiven Bereich um einen Sonderfall des produktiven Bereichs, da sich hier die „produktiven Leistungen auf die Reproduktion der Institution selbst“ (Schülein 1987: 148) konzentrieren. Die Reproduktion der Institution geschieht zum weitaus größten – quasi „institutionalisierten“ – Ausmaß in der Verwaltung, Elemente davon sind aber auch in den vorrangig produktiven Tätigkeitsbereichen zu finden, wenn beispielsweise Pflegepersonal oder Turnusärzt/inn/e/n organisatorische Aufgaben zu bewältigen haben (Menz 1988; unter Bezug auf Schülein 1987). Als Reproduktion der institutionellen Strukturen gelten jedoch auch Prozesse wie die kommunikative Herstellung von Hierarchien des medizinischen Personals durch eben dieses (vgl. auch Sarangi/ Roberts 1999 und Atkinson 1995).

Die Reproduktion der Institution gewährleistet jedenfalls die Stabilität derselben, weil sie die Binnenstrukturen der jeweiligen Institution hilft aufrecht zu erhalten, indem sie Kontrollen und Anpassungen an die Umwelt vornimmt und die Auswirkungen von und den Umgang mit Kontingenzen ausbalanciert (Menz 1988; unter Bezug auf Schülein 1987). Die Stabilität einer

Institution muss also „nicht unbedingt mit operativer Zielerfüllung und Funktionalität in der Produktion zusammenhängen“ (Lalouschek et al. 1988: 29). Dementsprechend können Irrationalitäten und Widersprüche im produktiven Bereich auf der reproduktiven Ebene funktional und rational sein und der institutionsinternen Stabilisierung dienen (Lalouschek et al. 1988: 29; Menz 1988: 55).

2.2.2 Die Institution als Arbeitsplatz

Da es sich bei dem, was als Institution verstanden wird, abgesehen von den Gebäuden, die in großen Lettern über deren meist überdurchschnittlich großen Eingangstüren als Schule oder Krankenhaus etc. ausgewiesen sind[11], nicht um konkrete, sichtbare Dinge handelt, ist nach dem sozialen Ort und den interaktiven Mitteln zu fragen, an dem und durch die eine Institution hergestellt wird.

Zunächst einmal ist eine Institution als Ort zu sehen, an dem Menschen zusammenkommen, um zweckgerichtet zu agieren. Wie oben bereits angesprochen, betrifft diese Zweckgerichtetheit sowohl die Produktivität einer Institution, also den nach außen gerichteten Aufgabenbereich (der wiederum das Vorhandensein der Institution in der Gesellschaft legitimiert), als auch den inneren, selbsterhaltenden Wirkungsbereich, die Reproduktivität. Beide Bereiche konstituieren sich durch das Verhalten, das die in der Institution agierenden Menschen an den Tag legen. Es ist ein Set von kommunikativen und habituellen Praxen, das die Agierenden entlang der Regeln und Normen entfalten, welche sich aus der jeweiligen Zweckgebundenheit der Institution ableiten (vgl. Sarangi/ Roberts 1999).

Die in einer Institution Agierenden teilen sich in die Gruppe der (zu den genaueren Implikationen dieser Zuschreibungen komme ich weiter unten)[12]. Idealerweise ist beiden der produktive Zweck der Institution bekannt. Für die Institution Krankenhaus ist relativ klar, dass ihre Hauptaufgabe darin besteht, hilfesuchenden Kranken, den Klient/inn/en, die adäquate medizinische Versorgung zukommen zu lassen. Dieser Aufgabe kommt das medizinische Personal nach, die AgentInnen der Institution, für die das Krankenhaus den Arbeitsplatz darstellt.

Sarangi und Roberts sprechen vom Arbeitsplatz als einer „social institution where resources are produced and regulated, problems are solved, identities are played out and professional knowledge is constituted“ (Sarangi/ Roberts 1999: 1). Diese vielfältigen Aktivitäten, die vor allem als interaktives Handeln der Akteur/inn/e/n zu beschreiben sind, sind eingebettet in die

[11] Diese Titulierung ist wiederum ein Akt der Reproduktion.

[12] Die Begriffe „Agent/in“ und „Klient/in“ wurden in diesem Zusammenhang von der funktionalen Pragmatik geprägt (vgl. beispielsweise Ehlich/ Rehbein 1977).

„institutional order“ (Sarangi/ Roberts 1999: 3), die von regulierenden Diskursen aufrecht erhalten wird, welche lokale Aktivitäten und Prozesse innerhalb der gesamten Institution rechtfertigen (Sarangi/ Roberts 1999: 16; vgl. dazu das Konzept der Mythen in Institutionen bei Menz 1988). Die institutionelle Ordnung steht in Wechselwirkung mit der „interactional order“, die sich aus den kommunikativen und habituellen Praxen zusammensetzt, die eine Institution beziehungsweise einen Arbeitsplatz konstituieren (Sarangi/ Roberts 1999).

Institutionelle Aktivitäten teilen sich in die Handlungsfelder und -modi *frontstage* und das Feld *backstage* auf (Sarangi/ Roberts 1999; auch unter Bezug auf Goffman 1959), die zwar Berührungspunkte mit den produktiven und reproduktiven Bereichen einer Institution aufweisen, aber nicht vollständig mit ihnen korrelieren. Sarangi und Roberts vermerken hierzu: „(F)rontstage and backstage activities (...) together constitute the interactional and institutional orders of workplace realities.“ (Sarangi/ Roberts 1999: 19)
Was an „Realitäten“ sozusagen innerhalb des Arbeitsplatzes bleibt, sind die *backstage*-Aktivitäten, wie die Interaktion innerhalb des medizinischen Personals, aber auch beispielsweise die Besprechung einer Primaria mit einem Mitglied der Verwaltungsabteilung. *Frontstage*-Aktivitäten hingegen sind jener institutionelle Arbeitsbereich, in dem der Kontakt nach außen, zur Klientel der Institution stattfindet. Für ein Krankenhaus ist das im Wesentlichen die Ärtz/inn/e/n-Patient/inn/en-Interaktion in all ihren Variationen und Settings. Hier erfolgt auch bis zu einem gewissen Grad der Transfer des institutionellen Handelns und professionellen Wissens hinein in die Gesellschaft, hier wird die Professionalisiertheit der Agent/inn/en dargestellt und in den außerinstitutionellen Kontext überführt, was die Institution wiederum legitimiert.

Die Institution ist also für einen großen Teil der darin Agierenden der Arbeitsplatz: ein physisch manifester Ort, an den sie sich regelmäßig begeben, um ihren Beruf auszuüben (im Regelfall also auch um Geld zu verdienen), und in dem sie soziale Beziehungen entfalten und immer wieder neu verhandeln. Die damit verbundenen Handlungsmuster sind rekursiv[13], woraus sich für die Beteiligten eine Vielfalt an Handlungsroutinen ergibt. Wenn nun die Institution Krankenhaus für das medizinische Personal Alltäglichkeit, Normalität und routinehaftes Verhalten bedeutet, was heißt der Eintritt in das institutionelle „Zahnrad“ für Patient/inn/en?
Um die spezifischen Rollenimplikationen von Ärzt/inn/e/n und Patient/inn/en fassen zu können, ist ein Blick auf das Krankenhaus selbst notwendig.

[13] Vgl. Atkinson 1995 zum Begriff der „Liturgie des modernen Krankenhauses“.

2.2.3 Medizinische Rollenspezifika

Zunächst ist festzuhalten, dass ein Krankenhaus eine hochkomplexe Organisation ist, in der die medizinische Arbeit sich in eine schier unglaubliche Menge an Personal mit verschiedensten Qualifikationen, in eine Vielzahl an Abteilungen und sonstigen Räumen mit spezifisch zugeteilten Aufgabengebieten (wie zum Beispiel Labors) aufgliedern lässt (Atkinson 1995: 7). Diese starke Segmentierung spiegelt das System der Biomedizin selbst wider, die sich einerseits in Bezug auf ihre Haupt-Klientel, nämlich kranke Menschen (andere Klientinnen könnten beispielsweise Pharmafirmen sein), zu starke Segmentierung von Krankheitssymptomen, bis hin zur „Fragmentierung“ (Mishler 1984) der Patient/inn/en in ihrer Krankheitsdarstellung und in der Folge ihrem Leiden vorwerfen lassen muss (vgl. auch Lalouschek 1995: 26; Menz et al. 2008: 7) und die sich andererseits in Wechselbeziehung mit den Naturwissenschaften immer stärker in ihre Teilbereiche hinein spezialisiert. Atkinson vermerkt hierzu: „Medicine is a vast array of activities; its division of labour is dizzingly complex; its knowledge-base is vast and growing exponentially.“ (Atkinson 1995: 22)

Der steigende Grad an Spezialisierung und damit die wachsende Komplexität des Systems ändert jedoch nichts am (produktiven) Zweck der Institution Krankenhaus, nämlich der Versorgung und im Idealfall Heilung von Patient/inn/en, wodurch auch die Rollen der Agent/inn/en und Klient/inn/en, also der Ärzt/inn/e/n und Patient/inn/en im Kern gleich bleiben. Setzt man zunächst die Person der Ärztin mit der Person der Patientin in Beziehung, so zeigt sich der von je her konstitutive Unterschied in dieser Beziehung: Die Ärztin ist gesund, die Patientin krank (Bliesener 1982: 16). Dies führt zu einer Reihe von anderen Unterschieden in Bezug auf Aspekte wie persönliche Betroffenheit, Wissensformen über Krankheiten, Aktionsfähigkeit etc., die allerdings nicht unaufhebbar sind (Bliesener 1982: 17). Bliesener formuliert weiter:

> Es gehört zu den Arbeitsvoraussetzungen der Klinik, daß sich in ihr Kranke und Gesunde in besonderen Rollen begegnen. Sie treten sich als Behandlungsbedürftige und Behandlungsbefähigte gegenüber, als laienhafte Benutzer und als professionelle Vertreter der Institution. Dabei tritt jede der beiden Seiten mit je eigenen Ansprüchen und Erwartungen in den gemeinsamen Kontakt ein. Der Kontakt zwischen ihnen wird zur Nahtstelle unterschiedlicher Perspektiven. (Bliesener 1982: 19)

Die Perspektivendivergenz, von der Bliesener spricht, setzt sich fort in unterschiedlichen Relevantsetzungen der Interagierenden (vgl. Menz et al. 2008: 7) hinsichtlich des Kontaktes von Ärztin und Patientin. Geht es für die Ärztin primär um Dinge wie Informationserhalt und die Ordnung und Kategorisierung dieser Information, um zum Beispiel Diagnose und Therapie entwickeln zu können, erhofft sich die Patientin in der Regel – zusätzlich zur

ärztlichen Expertise – eine empathische Begegnung mit der Ärztin[14]. Diese divergierenden Erwartungen an die Interaktion basieren auf den jeweils eingenommenen Rollen, die schon im Vorfeld definiert sind, wobei einzelne Aspekte der Erwartungen an die Patient/inn/en-Rolle sich nur schwer eindeutig fassen lassen[15]. Ärzt/inn/e/n wünschen sich in der Regel informierte, kooperative Patient/inn/en mit einem guten Maß an Institutionenwissen (Menz et al. 2008: 9f).

Von den Ärzt/inn/en hingegen wird eine Haltung der „affektiven Neutralität" erwartet[16], die dafür sorgen soll, dass keine qualitativen Behandlungsunterschiede aufgrund persönlicher Zu- oder Abneigung entstehen (Menz et al. 2008: 8). Damit hängt eng die Anforderung an ärztlichen Universalismus zusammen, der besagt, dass alle Patient/inn/en gleich behandelt werden müssen, also Aspekte wie Ethnie, religiöse Gesinnung oder Geschlecht keine Rolle spielen dürfen (Menz et al. 2008: 8). Eine weitere mit der Rolle der Ärztin verbundene Erwartung entlang moralischer Wertmaßstäbe wird „Kollektivitätsorientierung" genannt und bezeichnet das Handeln ohne Eigennutz und ohne beispielsweise Macht-orientierte Hintergedanken (Menz et al. 2008: 8). Hinzu kommt eine Institutionen-bezogene Erwartung, nämlich „funktional-spezifisch und fachlich-kompetent" zu handeln, was unter dem Begriff „Orientierungssicherheit" (Menz et al. 2008: 8) zusammengefasst werden kann.

Die Akteur/inn/e/n der Institution Krankenhaus begegnen einander also mit einem Set an Erwartungen, Rechten und Pflichten, die mit der jeweils eingenommenen Rolle quasi mitgeliefert werden. „Mit dem Einnehmen dieser Rollen wird der gesellschaftliche Zweck der Institution erfüllt" (Menz et al. 2008: 13; unter Bezug auf Ehlich/ Rehbein 1980), es wird aber auch das Machtgefälle und die Asymmetrie konstituiert und reproduziert, das/ die diesen Rollen inhärent ist (Menz et al. 2008: 13). Die/ der Einzelne ist dabei „den vorgegebenen Bedingungen der Institution unterworfen (...) und in der Ausgestaltung seiner auch interaktiven Handlungsräume zum Teil stark eingeschränkt" (Menz et al. 2008: 13).

2.2.4 Ärztin und Patientin als Expertin und Laiin

Rollenbedingtes Machtgefälle und Asymmetrie lassen sich noch auf eine weitere Dimension zurückführen, die außerhalb des medizinischen Settings liegt, jedoch konstitutiv an der Situtationsdefinition mitwirkt. So haben es im Fall der Ärzt/inn/e/n und Patient/inn/en zwar

[14] Alle mir bekannten Werke zur medizinischen Interaktion thematisieren die unterschiedliche emotionale Beteiligung, deshalb verzichte ich hier auf spezifische Literaturverweise.

[15] Was insofern logisch ist, als dass der ärztlichen Handlungsrolle eine Profession zugrunde liegt, die wiederum eine professionelle Identität herausbildet, innerhalb welcher sich bestimmte Werthaltungen und Handlungsmuster etc. als distinktive Merkmale zu anderen Berufsgruppen herauslösen. Demgegenüber gibt es, außer eventuell im pejorativen Gebrauch, keine „Berufspatient/inn/en".

[16] Die im Folgenden erläuterten ärztlichen Rollenerwartungen gehen auf Parsons (1958) zurück; vgl. deren Zusammenfassung bei Menz (1988: 143-149).

natürlich Vertreter/innen einer Institution mit Klient/inn/en zu tun, dies impliziert jedoch immer auch die Komponente der Expert/inn/en und Lai/inn/en.
Die Begriffe „Expertin“ und „Laiin“ bezeichnen zunächst einmal Teilnehmendenrollen in einem Gespräch (Palm 2001: 350), dem eine gemeinsam akzeptierte Problemdefinition zugrunde liegt: Die Laiin ist mit einem konkreten Problem konfrontiert, für welches die Expertin – idealerweise – typische Lösungen aufgrund ihres abstrakten Sonderwissens bieten kann (Palm 2001: 352). Die Gesprächsrollen und –aufgaben sind demnach *per definitionem* differierend und komplementär (Brünner 2005: 90), wie auch die den jeweiligen Rollen zugrunde liegenden Wissensbestände. Während Ärzt/inn/e/n professionelles Wissen haben, das sich aus wissenschaftlich-medizinischem Wissen, aber auch, als Vertreter/innen der Institution, aus Institutionenwissen zusammensetzt, verfügen Patient/inn/en über ihr spezifisches Erlebniswissen hinsichtlich einer Krankheit oder eines Leidens, sowie über nicht-professionelles Alltagswissen bezüglich Krankheit, Gesundheit und dem Körper allgemein (Brünner 2005: 91)[17]. Um gemäß der gemeinsamen Problemdefinition auch eine gemeinsame Lösung erarbeiten zu können, muss ein Wissenstransfer in beide Richtungen stattfinden (Brünner 2005: 91).

Für die Richtung Patientin-Ärztin lässt sich der Vorteil feststellen, dass Patient/inn/en in der Regel nicht über ein spezifisches Register verfügen, aus dem ausgewählt und übersetzt werden muss. Die Sprache der Patient/inn/en speist sich weitgehend aus der Alltagssprache – terminologische Differenzen sind dadurch eher selten. Allerdings zeigen mehrere Studien (vgl. zum Beispiel Sator 2009 und Menz 2010) die Schwierigkeit auf, das persönliche Schmerzempfinden zu beschreiben, was diagnostisch jedoch von großer Bedeutung sein kann. Für die Patient/inn/en kann es zur besonderen Herausforderung werden, ihr exklusives Erlebniswissen den Ärzt/inn/en kommunikativ zugänglich zu machen.
Für die Transfer-Richtung Ärztin-Patientin gilt der in der Expert/inn/en-Lai/inn/en-Kommunikation typische Fall: Hier müssen die für die Laiin relevanten Teile aus dem Fachwissen ausgewählt und so transformiert werden, dass diese Bezug zu ihrem bereits vorhandenen Wissen herstellen kann (Palm 2001: 352).

Ein großer Teil der rollenbedingten Asymmetrie lässt sich also auf das medizinische Fachregister zurückführen. Hat es zum einen den Zweck, die im Lauf der ärztlichen Sozialisation erworbenen Kompetenzen und gewissermaßen die ärztliche Identität interaktiv herzustellen, dient gerade diese Selbstdarstellung und -verankerung im Expertentum zum

[17] Gerade Patient/inn/en mit chronischen Beschwerden erwerben im Lauf ihrer Krankengeschichte jedoch eine beträchtliche Menge an einerseits Institutionenwissen und andererseits selektivem Wissen über ihre Krankheit, weshalb ihr Wissen zusammengefasst als semi-professionell bezeichnet wird (Brünner 2005: 91).

anderen auch der Herstellung von Autorität und Hierarchie (Brünner 2005: 94; Sarangi/ Roberts 1999: 15). In jedem Fall ziehen Ärzt/inn/e/n durch die (unreflektierte) Verwendung des medizinischen Registers im Gespräch mit Patient/inn/en Abgrenzungen zu diesen, was wiederum die ohnehin durch die Rollenerwartungen vordefinierten Beteiligungsweisen verfestigt.

2.2.5 Zuständigkeit und Verantwortung: interaktive Sonderrechte

Eine für das Ärzt/inn/e/n-Patient/inn/en-Gespräch typische Ausformung der ärztlichen Beteiligungsweise lässt sich auf das „Prinzip der Zuständigkeit" zurückführen, das Quasthoff (1990) als dem „Prinzip des primären Sprechers" (Quasthoff 1990, unter Bezug auf Wald 1978) übergeordnet ansieht. Ersteres wird „durch die Art der jeweiligen Involviertheit in das Handlungsgeschehen festgelegt" (Quasthoff 1990: 73), was bedeutet, dass zunächst nach, auch inhaltlichen, Zuständigkeiten in der Interaktion zu fragen ist (Quasthoff 1990: 74). Auf Basis dieser Zuständigkeiten schreiben die Interagierenden einander wechselseitig gewissermaßen rollenspezifische Verantwortung zu, wonach die Ärztin „als Resultat einer übergeordneten Zwecksetzung", nämlich der Nutzung der ärztlichen Expertise zum Wohl der Patientin, ihre Relevanzen setzen kann und bis zu einem bestimmten Grad muss (Quasthoff 1990: 77).

Für die konkrete Interaktion bedeutet dies gewisse Sonderrechte für die Ärzt/inn/e/n, die sich in Unterbrechungen oder (für die Patient/inn/en oft nicht nachvollziehbaren) Themenwechseln manifestieren (Lalouschek 1999). Lalouschek weist auf das Prinzip der Zuständigkeit als Organisationsprinzip hin (1999: 161), das bis in den inhaltlichen Verlauf eines Gesprächs hineinreicht. Ein Mittel, um die ärztliche Zuständigkeit anzuzeigen und immer wieder neu zu reproduzieren, ist demnach, den gesprächsorganisatorischen Ablauf zu kontrollieren, was sich vor allem in Frage-Antwort-Sequenzen zeigt (Lalouschek 1999: 162), einem Handlungsmuster, das typisch für die Ärzt/inn/e/n-Patient/inn/en-Kommunikation ist[18]. Dieses Handlungsmuster zeigt, wie sich Asymmetrie und Machtpositionen bis ins Turn-Design fortsetzen.

Mit der mikro-analytischen Einheit der Frage-Antwort-Sequenz kommt die Ausführung der für diese Arbeit wichtigen Aspekte von medizinischer Kommunikation generell zum Ende. Der nächste Abschnitt widmet sich der Frage, wie Gespräche in der Regel zu Ende gebracht

[18] Vgl. dazu auch Sarangi/ Roberts (1999: 21), die unter Bezug auf Drew/ Heritage (1992) auf die Zielgerichtetheit und den einschränkenden Charakter von Ärzt/inn/e/n-Patient/inn/en-Interkation hinweisen, die sich in Sequenzmustern wie dem Frage-Antwort-Schema zeigen.

werden und streift dabei teilweise erneut, jedoch aus anderer Perspektive, das Gebiet der institutionellen und medizinischen Interaktion.

2.3 Gespräche beenden

Nach der Erläuterung des methodischen Hintergrundes in Abschnitt 1 sowie der institutionellen Bedingungen in Abschnitt 2 steht nun gewissermaßen das Kernthema dieser Arbeit im Fokus: die Gesprächsbeendigung. Da diese die letzte größere gemeinsam zu bewältigende Aufgabe im Gespräch ist und dementsprechend häufig als Phase konzeptualisiert wird, möchte ich zunächst, als Zwischenschritt auf dem Weg zur Beschäftigung mit dem Gesprächsende, auf die Phasengliederung von Interaktion eingehen.

2.3.1 Das ärztliche Gespräch in seinen Phasen

Sprachliche Interaktion in verschieden große Einheiten zu gliedern, ist generell ein unabdingbarer analytischer Schritt. Widmet sich die Analyse in Kapitel 3 den Mikrostrukturen von Interaktion, soll hier die Ebene der Makrostrukturen im Vordergrund stehen.

Für praktisch alle Gesprächstypen können die drei Phasen Gesprächseröffnung, Gesprächsmitte und Gesprächsbeendigung mehr oder weniger klar identifiziert werden (vgl. Spiegel/ Spranz-Fogasy 2001)[19]. Für aufgabenbezogene Gespräche, wie sie für institutionelle Kommunikation typisch sind, lassen sich im Regelfall weitere Teilphasen segmentieren und dadurch übergeordnete Orientierungsmuster feststellen (Spiegel/ Spranz-Fogasy 2001: 1243). Diese enthalten Vorstellungen über die notwendigen und fakultativen Komponenten des Gesprächshandelns, über die idealtypische Reihenfolge der einzelnen Komponenten und Aufgaben, und sie geben Aufschluss über bestimmte Beteiligungsweisen und die spezifisch damit verbundenen Aufgaben (Spranz-Fogasy 2005: 20). Daraus formieren sich Handlungsschemata, die eine komplexe Hierarchie von Aktivitäten darstellen, die allerdings den lokalen Anforderungen der Interaktion unterworfen ist und angepasst wird (Spranz-Fogasy 2005: 20). Je nach Gesprächstyp variieren diese Aktivitäten, aber auch die Handlungsschemata selbst, was wiederum das Gespräch als Eines eines bestimmten Typus auszeichnet und was die Beteiligten über ihre gemeinsam zu lösenden Aufgaben orientiert (Spranz-Fogasy 2005: 20).

[19] Eine Reflexion der Probleme im Phasieren von Gesprächen allgemein und mit dem Begriff der „Phase“ im Speziellen findet sich in Spiegel/ Spranz-Fogasy (2001: 1242).

Für das ärztliche Gespräch lassen sich die einzelnen Handlungskomplexe relativ gut feststellen. Spranz-Fogasy nennt für das Erstgespräch zwischen Ärztin/ Arzt und Patient/in ein insgesamt fünfteiliges Handlungsschema, das die Phase der Gesprächsmitte in folgende drei Teilphasen gliedert: Beschwerdenschilderung und Beschwerdenexploration – Diagnosestellung – Therapieplanung und Therapieentwicklung (Spranz-Fogasy 2005: 21). Die so dargestellte Reihenfolge ist als idealtypisch zu verstehen, was einerseits bedeutet, dass eine Handlungslogik in dieser Reihenfolge liegt, und andererseits, dass diese Abfolge der Teilphasen empirisch am häufigsten zu finden ist (Spranz-Fogasy 2005: 22). Je nach lokalen Erfordernissen können die Komponenten, die den Teilphasen zugrunde liegen, aber in mehreren Anläufen oder teilweise auch vor oder nach ihrer eigentlichen Handlungsschema-Position bearbeitet werden (Spranz-Fogasy 2005: 22; Spiegel/ Spranz-Fogasy 2001: 1245). Wie die konkrete Realisierung des eben beschriebenen Handlungsschemas in den analysierten Gesprächen aussieht und wie im Komplex der Gesprächsmitte bereits auf das Gesprächsende vorgegriffen wird, ist in Kapitel 3 nachzulesen.

Für die Phasen der Gesprächseröffnung und der Gesprächsbeendigung wird postuliert, sie seien im Vergleich zu den Teilphasen der komplexen Gesprächsmitte „leicht erkennbar“ und „klar strukturierte Einheiten“ (Spiegel/ Spranz-Fogasy 2001: 1247). Gerade für die Phase der Beendigung ist diese Behauptung jedoch nur sehr eingeschränkt gültig, wie sowohl die Analysen in der vorliegenden Arbeit (s. Kapitel 3) als auch die im Anschluss beschriebenen Arbeiten zeigen.

2.3.2 Die Gesprächsbeendigung als Forschungsgegenstand

Im Folgenden soll die für diese Arbeit relevante Forschungsliteratur zum kommunikativen Ereignis der Gesprächsbeendigung vorgestellt werden. Es blieb bei einer überblicksartigen und nur grob geordneten Darstellung der Werke, da alle Versuche, diese Literaturzusammenfassung in einer durchgehend sinnvollen und konsistenten Systematik zu Papier zu bringen, mehr oder minder an den vielfältigen Blickwinkeln scheiterten, aus welchen der Gegenstand der Gesprächsbeendigung jeweils betrachtet wurde. Was allerdings zu manch „scharfer Kurve“ in diesem Kapitel geführt haben mag, spiegelt doch nur den Detailreichtum dieser letzten Interaktionsphase und die zahlreichen unterschiedlichen Möglichkeiten der linguistischen Auseinandersetzung damit wider.

Die Mehrzahl der Forschungsbeiträge stammt aus der Konversationsanalyse, so auch das Grundlagenwerk „Opening up Closings“ von Emanuel A. Schegloff und Harvey Sacks (1973),

worauf sich ausnahmslos alle mir bekannten Untersuchungen von Gesprächsbeendigungen beziehen. Deshalb beginne ich für die Darstellung des aktuellen Forschungsstandes mit einer Zusammenfassung der wesentlichen Erkenntnisse dieses nunmehr fast vierzig Jahre alten Artikels.

Als bei der Gesprächsbeendigung zu lösendes Problem identifizieren Schegloff und Sacks zunächst, wie die „turn-taking machinery" (Schegloff/ Sacks 1973: 293) angehalten werden kann, ohne dass ein Ausbleiben eines weiteren Redebetrages als Regelverstoß in der Interaktion gewertet wird. Um diesen theoretisch endlos fortlaufenden „Apparat" zu einem geordneten, von allen Gesprächsteilnehmenden gleichzeitig akzeptierten Ende zu bringen, stehen den Sprechenden diverse interaktive Techniken zur Verfügung. Als im laufenden Gesprächsprozess letzte dieser Techniken nennen Schegloff und Sacks den „terminal exchange", der als „adjacency pair" organisiert ist und aus zwei konventionalisierten Teilen, wie zum Beispiel *Tschüß! – Tschüß!* besteht (Schegloff/ Sacks 1973: 295). Die Organisation des *terminal exchange*, also der Verabschiedung in paarsequentieller Form anstatt beispielsweise durch nur eine Äußerung einer/eines Teilnehmenden garantiert einerseits das Abtesten und Absichern von wechselseitigem Verständnis und Einverständnis über den Gesprächsabschluss, andererseits legt die unmittelbare Aufeinanderfolge der beiden Paarteile auch einen bestimmten, für beide Teilnehmenden gültigen Zeitpunkt für das Ende eines Gesprächs fest. Mit der Realisierung der Verabschiedung haben die Interaktant/inn/en also die Möglichkeit, die *turn-taking machinery* auf konventionalisierte Weise gemeinsam und gleichzeitig anzuhalten (Schegloff/ Sacks 1973: 297f).

Da als Paarsequenzteile zur Verabschiedung anstatt klassischer Grußformeln wie *Auf Wiedersehen – Auf Wiedersehen* jedoch auch Äußerungen wie *Mach's gut*, *Danke* oder *Gern geschehen* usw. eingesetzt werden können, muss auch in Betracht gezogen werden, wann im Gesprächsverlauf es zur Äußerung des *terminal exchange* kommen kann. Schegloff und Sacks vermerken hierzu:

> (1) (...) placement considerations are general for utterances. That is: a pervasively relevant issue (for participants) about utterances in conversation is ‚why that now', a question whose analysis may (2) also be relevant to finding what ‚that' is. That is to say, some utterances may derive their character as actions entirely from placement considerations." (Schegloff/ Sacks 1973: 299)

Eine Verabschiedung zu einem unpassenden Zeitpunkt im Gespräch zu initiieren, kann dazu führen, dass die Verabschiedung nicht akzeptiert oder erwidert, der zweite Teil des *adjacency pairs* also nicht realisiert wird. Daraus ergibt sich die Überlegung, ein *terminal exchange* müsse adäquat vorbereitet werden, um erfolgreich durchgeführt werden zu

können. Die Beendigung eines Gesprächs entspricht demnach nicht dem Austausch zweier Grußformeln in einem beliebigen Moment, sondern ist vielmehr als „properly initiated closing SECTION“ (Schegloff/ Sacks 1973: 300, Kapitälchen im Original) zu verstehen, die in engem Zusammenhang zur sequentiellen Themenorganisation steht (Schegloff/ Sacks 1973: 300).

Schegloff und Sacks gehen davon aus, dass ein wesentlicher Bestandteil der *closing section* das gegenseitige „floor offering“ ist, das der/dem jeweils anderen Gesprächsteilnehmer/in das Einbringen von bisher Ungesagtem ermöglicht (Schegloff/ Sacks 1973). Dem zugrunde liegt die Annahme, ein Thema werde präferiert so eingebracht, dass es zum vorigen Thema passt, „to employ the resources of the local organization of utterances in the course of the conversation“ (Schegloff/ Sacks 1973: 301). Findet sich im themenorientierten Gesprächsteil selbst jedoch keine Möglichkeit, ein Thema auf diese Weise passend zu initiieren, bietet die Phase der Beendigung eine oftmals letzte Möglichkeit dazu.

Die Initiierung einer Beendigungsphase kann durch Diskursmarker wie *So.*, *Okay.* oder *Gut.* etc. (alle Äußerungen mit fallender Intonation) erfolgen. Sie werden von Schegloff und Sacks „POSSIBLE pre-closings“ (Schegloff/ Sacks 1973: 303, Kapitälchen im Original) genannt, da sie, außer der Funktion, den Austausch der Grußformeln vorzubereiten, dem Gegenüber auch die Gelegenheit eröffnen, ein neues Thema einzubringen, womit sie also das genaue Gegenteil des Gesprächsendes herbeiführen können. Mit einem Turn solcher Art zeigt ein/e Sprecher/in an, derzeit selbst nichts themenspezifisches äußern zu wollen, und bietet somit der/dem anderen den „floor“ an (Schegloff/ Sacks 1973: 304). Entscheidend für die tatsächliche Initiierung der *closing section* ist dabei die Reaktion auf ein erstes *possible pre-closing.* Folgt darauf eine Äußerung der gleichen Art, kann – theoretisch – umgehend daran der Austausch von Grußformeln schließen (Schegloff/ Sacks 1973: 304 und 317), wenngleich diese Minimalform einer Gesprächsbeendigung empirisch schwer zu finden ist. Pavlidou (2002) vermerkt hierzu (auch unter Bezug auf Button 1987 und dessen Vorstellung des „archetypischen closing“ und Brinker/ Sager 1989), dass die Idee einer interaktional so ökonomischen (vgl. Pavlidou 2002: 224) Gesprächsbeendigung die Erwartung entstehen lasse, es gebe eine klare Trennung zwischen dem zuletzt besprochenen Thema in einer Konversation und der *closing section* (Pavlidou 2002: 202). Tatsächlich schreiben Schegloff und Sacks in Bezug auf den Gesprächsverlauf und dessen Auswirkung auf den Zeitpunkt der Initiierung einer Beendigungsphase: „(U)tterances of the form “we-ell“, “O.K.“, etc., operate as possible pre-closings when placed at the analyzable (...) end of a topic.“ (Schegloff/ Sacks 1973: 305)

Die Schwierigkeit, in der Analyse authentischer Daten eine klare Grenze zwischen einem Themenabschluss beziehungsweise dem themenorientierten Teil eines Gesprächs und der Beendigungshase zu ziehen, ist Gegenstand von Theodossia-Soula Pavlidous (2002) Überlegungen. Sie beschäftigt sich anhand von privaten Telefongesprächen im griechischen Sprachraum mit dem Problem der Identifikation des Beginns von Beendigungsphasen und entdeckt dabei häufig ein Ineinandergreifen mehrerer Paarsequenzen. Die Paarteile erweisen sich dabei oft als multifunktional: Sie können entweder Themen-beendend oder auch Beendigungs-initiierend sein – oft sind mehrere Lesarten möglich (Pavlidou 2002). Pavlidou spricht von einer tendenziell oszillierenden Bewegung aus dem themenorientierten Gesprächsteil hin zum Gesprächsende (Pavlidou 2002: 218).

Auch Schegloff und Sacks weisen darauf hin, dass zum Beispiel in alltäglichen Gesprächen zwischen Bekannten etc. nicht von expliziten Themenbeendigungen gesprochen werden kann sondern eher von einem ineinander Fließen einzelner Themen, was sie als „topic shading“ bezeichnen (Schegloff/ Sacks 1973: 305). Bei bestimmten Thementypen, wie zum Beispiel dem Treffen von Vereinbarungen, zeigen sich allerdings Techniken, diese relativ eindeutig durch Realisierung einer Paarsequenz wie *Okay? – Okay.* zu beenden (Schegloff/ Sacks 1973: 306 inkl. Fn. 10) und einander dadurch wechselseitig Einverständnis anzuzeigen. Auf eine derartig klare Themenbeendigung können dann *possible pre-closings* und im Weiteren die Verabschiedung folgen[20].

Dieser „interactionally economic solution“ (Pavlidou 2002: 224; im Original kursiv) stellt Pavlidou eine „interactionally exuberant solution“ (ebd.) zur einvernehmlichen Gesprächsbeendigung gegenüber, die sich mehr an beziehungskonstitutiven Aspekten der Interaktion orientiert. In ihrem Korpus zeigt sich gerade in der *closing section* ein hohes Aufkommen von Turns und kurzen Sequenzen, die dazu dienen, einander Freundschaftlichkeit, soziale Nähe oder generell Kooperativität zu signalisieren. Die Interagierenden produzieren dazu in hoher Dichte Zustimmungs-Tokens (wie *okay*, *ja*, *gut* etc.), ratifizieren einander wechselseitig gemeinsam getroffene Vereinbarungen, tauschen gute Wünsche aus usw.

Ähnliche Beobachtungen machen Inga Harren und Mia Raitaniemi (2008) an deutschen privaten Telefongesprächen. Auch sie stellen eine starke Beziehungsorientiertheit der Interagierenden in der Beendigungsphase fest anstatt eines entlang gesprächsökonomischen Gesichtspunkten verlaufenden Interaktionsendes. Darüber hinaus

[20] Zur Rolle von Vereinbarungen am Gesprächsende s. v.a. die Ausführungen zu West 2006 und Gafaranga/ Britten (2004) in diesem Abschnitt.

zeigen sie, dass die Beendigungsphase – zumindest ihre Daten betreffend – aus zwei Phasen besteht: Einer ersten Phase, die die Beendigungssequenz initiiert und in welcher von den Beteiligten (implizit) ausgehandelt wird, ob sie das Gespräch in der Folge beenden oder erneut in einen themenorientierten Teil wechseln, und einer zweiten Phase, in der ausgehandelt wird, wie zügig sich die Interagierenden der Verabschiedung nähern, also wie viele beendigungsimplizierende Äußerungen in welcher Extension noch vor der Verabschiedung realisiert werden (Harren/ Raitaniemi 2008). Diese zweite Phase ist stark von sozialen Aspekten gekennzeichnet. Prosodische Modifikationen in Richtung weicherer Artikulation der Äußerungen sowie erhöhtes Sprechtempo[21] und eine große Anzahl von Überlappungen bis hin zur gleichzeitigen Realisierung von beendigungseinleitenden Elementen und dem *terminal exchange* deuten auf die hohe Relevanz der Herstellung von sozialer Nähe und Kooperativität in dieser letzten Gesprächsphase hin (Harren/ Raitaniemi 2008).

Eine besondere Rolle in der Herstellung eines einvernehmlichen Interaktionsendes spielt nach Harren und Raitaniemi das Temporaladverb „dann“, das vor allem in initialer Verwendung an verschiedenen Positionen im Gesprächsverlauf einen Abschluss beziehungsweise den ersten Schritt in ein neues Schema indiziert (Harren/ Raitaniemi 2008: 209; auch unter Bezug auf Meier 2002)[22] und das, je weiter die Beteiligten in der Herstellung einer *closing section* fortgeschritten sind, in immer kürzeren formelhafteren Konstruktionen auftritt (Harren/ Raitaniemi 2008: 206).
Mit der Zweiteilung der closing section distanzieren sich Harren und Raitaniemi (2008) von Schegloff und Sacks (1973) sowie von Button (1987), die ja das Wiederholen von Vereinbarungen oder den Austausch guter Wünsche für die Zukunft als kurzzeitiges Verlassen der Beendigungsphase ansehen: „We argue that (...) the reiterated arrangement and the wish are integral parts of the closing activities.“ (Harren/ Raitaniemi 2008: 204) Die Identifikation zweier Phasen in der Beendigung muss nun auch den Begriff der *pre-closings* in seinem Geltungsbereich einschränken, der, wie er von Schegloff und Sacks (1973) geprägt wurde, nur eine funktionale Kategorie benennt. Da jedoch zwei verschiedene Phasen innerhalb der Beendigungssequenz initiiert werden, führen Harren und Raitaniemi den Begriff der „candidate initiation“ (2008: 206) für jenen Turn ein, der die erste beziehungsweise zweite Beendigungsphase eröffnet.

[21] Harren und Raitaniemi (2008) verweisen auf ähnliche Erkenntnisse von Auer (1990), auf den sich auch Panese (1994) bezieht, der ebenfalls Veränderungen in Rhythmus, Sprechtempo und Intonation der Intergierenden gegen Ende von Radio-Talk-Show-Anrufen feststellt.
[22] Unter Bezug auf Kallmeyer 2005 werde ich später in diesem Abschnitt noch näher auf die metakommunikative Funktion einzelner Diskurselemente eingehen.

Wie sich die sequenzielle Organisation sprachlichen Handelns in körperlicher Aktivität fortsetzt und wie die Einbeziehung der nonverbalen Handlungsebene in die Analyse die Analyse der verbalen Ebene modifiziert, zeigt Christian Heath (1986) in seiner Untersuchung von Interaktion in allgemeinmedizinischen Praxen. Unter anderem den Thesen von Schegloff und Sacks (1973) folgend erkennt er eine Regelmäßigkeit im Auflösen der Interaktionssituation von Ärzt/inn/en und Patient/inn/en auf verbaler und nonverbaler Ebene (Heath 1986: 129). Typischerweise beginnen die Patient/inn/en noch während der *closing section*, sich auf ein Aufstehen beziehungsweise Gehen vorzubereiten. Sie orientieren sich dabei an den Äußerungen der Ärzt/inn/en, genauer an den *transition relevance places*, die an den ärztlichen Äußerungseinheiten entstehen. Heath beschreibt dies folgendermaßen: „Breaking co-presence has an almost turn-like character, fitted within the utterance-by-utterance structure of the talk and coordinated with consideration to the prior utterance and the mutually agreed end of the topic at hand." (Heath 1986: 134) Die Aktivitäten der Patient/inn/en in Richtung Aufbruch „are produced as if in second position, as responsive to an utterance by the doctor, rather than being the initial move in a subsequent chain of events." (Heath 1986: 138)

Sowohl Patient/inn/en wie auch Ärzt/inn/en sind sich der Gesprächsphase, in der sie sich befinden, bewusst und projizieren das Ende der Interaktion (Heath 1986: 138f). Beide sind in einer Haltung des gegenseitigen Monitorings, um ihre Aktivitäten aufeinander abzustimmen (Heath 1986: 139).

Das Auflösen der Kopräsenz von Ärztin/ Arzt und Patient/in wird in den von Heath (1986) untersuchten Gesprächen also mittels einer nonverbalen Aktivität der/ des Patientin/ Patienten initiiert, die genau auf die sprachlichen Aktivitäten der/ des Ärztin/ Arztes abgestimmt ist, Äußerungs-ähnlichen Charakter besitzt und mit der die Äußerungs- und Themenorganisation koordiniert wird (Heath 1986: 149).

Unter starkem Bezug auf u.a. Schegloff und Sacks (1973) sowie Heath (1986) und Button (1991) untersucht Candace West (2006) großteils auf Video aufgezeichnete Gespräche aus dem Bereich der US-amerikanischen Primary Care. Sie geht den Fragen nach, wer die Gesprächsbeendigungen initiiert, wie das geschieht und wie gerade in der Beendigung eine aufrechte Beziehung zwischen Ärztin/ Arzt und Patient/in hergestellt wird, also ein auf Kontinuität ausgerichtetes Betreuungsverhältnis bestätigt und betont wird.

In jedem von West untersuchten Gespräch wurden die *closing sections* von den Ärzt/inn/en nach einem Behandlungsvorschlag, den die Patient/inn/en annahmen, eröffnet (West 2006: 392). In wenigen Fällen stützten die Ärzt/inn/en die Initiierung eines *closings* mit dem Argument, keine Zeit mehr zu haben oder aber die Zeit der/ des Patientin/ Patienten nicht

mehr länger in Anspruch nehmen zu wollen (West 2006: 393f). Gerade die Wahrung der Interessen der/ des anderen wird häufig als Verfahren der Gesprächsbeendigung eingesetzt (vgl. Schegloff/ Sacks 1973), wenngleich Wests Beobachtungen ein etwas anderes Bild ergeben: Diese Ärzt/inn/en referierten nicht in erster Linie auf die Interessen ihrer Patient/inn/en sondern rechtfertigten die Initiierung der Beendigungen eher mit ihren ärztlichen Pflichten, wie zum Beispiel der Behandlung weiterer Patient/inn/en. (West 2006: 393f) In einem anderen Zusammenhang beobachtet West jedoch auch, wie sehr die Ärzt/inn/en gerade in der *closing section* bemüht sind, durch das Wiederholen von Vereinbarungen etc. ihre Fürsorge für die Patient/inn/en herauszustellen und sich „on top of doctoring them" (West 2006: 405) zu geben.

Als häufigstes Verfahren zur Gesprächsbeendigung wählten die Ärzt/inn/en in Wests Korpus das Treffen von Vereinbarungen über den weiteren Therapieverlauf beziehungsweise das Wiederholen dieser Vereinbarungen (West 2006: 395f). West schreibt hierzu, auch in Heaths (1986) Worten:

> One reason arrangements may be so prevalent in these movements into closings is that part of the business at hand in primary care visit is „providing the patient with appropriate management for a particular complaint" (Heath 1986: 270). Thus, in most visits, making arrangements to do something at a later time or see someone at a later date is necessary for managing particular complaints. (West 2006: 395)

Vereinbarungen und Pläne für zukünftige und evtl. auch gemeinsame Aktivitäten sind somit als Teil der Konstituierung einer auch nach der aktuellen Interaktion aufrechten Ärztinnen-Patientinnen-Beziehung zu sehen. Das laufende Gespräch wird auf diese Weise zu einem Gespräch aus einer Reihe von Gesprächen (Button 1991: 272), wodurch die Interagierenden „a continuity of care in their primary care relationships" (West 2006: 411, im Original kursiv) herstellen.

Einem anderen Aspekt von Vereinbarungen gegen Ende von ärztlichen Gesprächen widmen sich Joseph Gafaranga und Nicky Britten (2004). In ihrer Untersuchung beschäftigen sie sich spezifisch mit der (Re-)Formulierung von Zusammenfassungen und vereinbarten Aktivitäten im Ärzt/inn/e/n-Patient/inn/en-Gespräch. Das Wiederholen von Vereinbarungen identifizieren sie dabei als klar beendigungsimplizierend aber auch als interaktionales Mittel, um einander am Ende des Gesprächs noch einmal wechselseitig Einverständnis über das weitere Vorgehen zu bestätigen (Gafaranga/ Britten 2004). Demgegenüber würden die Teilnehmenden einander mit der Formulierung von Zusammenfassungen Verständnis über die aktuell besprochenen Inhalte anzeigen und somit zu glatten Themenbeendigungen und

in der Folge zur unproblematischen Themenprogression beitragen (Gafaranga/ Britten 2004)[23].

Besonders interessant ist Gafarangas und Brittens (2004) Beobachtung, diese Formulierungsaktivitäten hätten, anders als in anderen institutionellen Kontexten wie Schule oder Fernsehinterviews, nichts mit den extern definierten Identitäten der Beteiligten zu tun. Stattdessen konstatieren Gafaranga und Britten, dass „the answer to the question ‚who does formulating' is ‚whoever is doing being the listener'." (Gafaranga/ Britten 2004: 158) Wer nun zu welchem Zeitpunkt welche Beteiligungsrolle im Gespräch einnimmt, hat meines Erachtens auch maßgeblich mit der aktuell im Gespräch etablierten Phase zu tun (vgl. Abschnitt 2.3.1 sowie die Ausführungen zu Quasthoff 1990 in Abschnitt 2.2.5). Wie sich die sprecher/innenbezogene Verteilung von beendigungsprojizierenden Formulierungsaktivitäten in den für diese Arbeit analysierten Gesprächen gestaltet, kann in Kapitel 3 nachvollzogen werden.

Als vermutlich erster in den Sozialwissenschaften widmete sich Erving Goffman der Gesprächsbeendigung. Eingebettet in seine Theorie um den Ritualcharakter von Interaktion erkennt er zunächst, dass eine gewisse „Anzahl signifikanter Gesten" (Goffman 1999: 41[24]) notwendig ist, um in einen „Gesprächszustand" (Goffman 1999: 41) zu gelangen und diesen auch wieder zu verlassen. Des Weiteren weist er auf den evaluativen Charakter von Abschieden bezüglich der unmittelbar vergangenen Interaktion und auf die voraus greifenden Aspekte von Verabschiedungen auf das nächste Zusammentreffen hin (Goffman 1999: 49). Goffman beobachtet also sowohl die retrospektiven als auch projektiven Elemente in der interaktiven Handlung des Abschied-Nehmens und lässt so die temporale Einbettung von Verabschiedungen in die sozialen Gefüge der Interagierenden in den Vordergrund treten.

Im Aufsatz *Der bestätigende Austausch* (1982[25]) setzt Goffman sich systematisch mit Verabschiedungen auseinander. Er definiert Begrüßungen und Verabschiedungen als „rituelle Kundgaben, die einen Wechsel des Zugänglichkeitsgrades markieren" (Goffman 1982: 119). Sowohl am Beginn als auch am Ende einer Interaktion stehe demnach jeweils ein „Zugänglichkeitsritual" (Goffman 1982: 119), wobei das Grüßen den Übergang zu einem Zustand erhöhter Zugänglichkeit zwischen den Gesprächspartner/inne/n darstelle, während

[23] Zur Rolle von Vereinbarungen als Übergang von der thematisch orientierten Kernphase des ärztlichen Gesprächs zum Gesprächsende und deren kontraproduktiver interaktionaler Effekte hinsichtlich der Elizitierung bislang nicht besprochener Patient/inne/en-Anliegen s. Robinson (2001).
[24] Im Original 1967 erschienen.
[25] Im Original 1971 erschienen.

der Abschied den Übergang in einen Zustand verminderter Zugänglichkeit anzeige (Goffman 1982: 118).
Goffman vertieft weiters seine Überlegungen zur Polyfunktionalität des Abschieds: „das Auf-Wiedersehen-Sagen bringt die Begegnung zu einem eindeutigen Abschluß, resümiert die Konsequenz für die Beziehung und stärkt diese für den bevorstehenden kontaktlosen Zeitraum." (Goffman 1982: 118) Er erkennt also die hohe soziale Relevanz, die dem Beenden einer Interaktion innewohnt (vgl. auch Goffman 1982: 129), woraus sich das Heikle und auch, um eben dieses abzuschwächen und die Situation der Gesprächsbeendigung von vornherein abzusichern, der Ritualcharakter ergibt.

Wie eine Interaktion zu Ende gebracht wird, habe auch mit den Erwartungen der Interagierenden über den Zeitraum ihrer Trennung zu tun. Je nach „Kontaktwahrscheinlichkeit" (Goffman 1982: 122) variieren die Abschiede: Ist ein baldiger erneuter Kontakt abzusehen, sei von einem eher informellen Verabschieden auszugehen – das Ritual werde also verkürzt gestaltet. Ist hingegen vorauszusehen, dass über einen längeren Zeitraum kein Kontakt zwischen den Beteiligten stattfindet, könne man von einer elaborierten Realisierung des Verabschiedungs-Rituals ausgehen (Goffman 1982: 122)[26]. Die Erklärung, woraus genau dieses Ritual in seiner jeweiligen Ausformung besteht, bleibt Goffman allerdings schuldig. Tatsächlich scheint er sich, wie beispielsweise Jäger (1976) kritisiert (vgl. unten in diesem Abschnitt), im Wesentlichen auf die allerletzten Interaktionsmomente zu beziehen, wobei er letztlich wohl (auch weil dem schlichten Austausch von *Auf Wiedersehen!* noch kein Ritualcharakter anhaftet) mehr als das bloße Auf-Wiedersehen-Sagen in seine Überlegungen einbezieht. An einer Stelle spricht er (mit einem Hinweis auf einen Brief von William Labov) auch dezidiert von „Fingerzeigen" und Vorbereitungen, die notwendig sind, um „das Unvermeidliche hinter sich zu bringen" (Goffman 1982: 133), und nimmt damit genau genommen Schegloffs und Sacks' (1973) Erkenntnis vorweg, Gespräche würden mittels Phasen zu Ende gebracht (vgl. oben die Ausführungen zu Schegloff/ Sacks (1973)).

Karl-Heinz Jäger (1976) distanziert sich von Goffmans eingeschränktem beziehungsweise etwas unklarem Blick auf das Ritual der Gesprächsbeendigung. Er erkennt die Gesprächsbeendigung als Phase und versucht, diesen Interaktionsteil zu isolieren und modellhaft zu beschreiben. Er geht, unter anderem bezogen auf Schegloff und Sacks (1973), von einer Beendigungsphase aus, die mit einem *Schlusseinleitungssignal* von Seite der/ des

[26] Den Fall, dass von einer endgültigen Trennung der Interagierenden auszugehen ist, erwähnt Goffman nicht direkt (wobei man ja nie mit Sicherheit wissen kann, ob eine Trennung endgültig ist).

aktuell Sprechenden beginnt, welches das Ende des vorherigen Themas anzeigt und dem Gegenüber eine Beendigung des Gesprächs anbietet. Folgt darauf ein *Schlusszustimmungssignal* der/ des Gesprächspartnerin/ -partners, kann im Weiteren das Gespräch durch den Austausch von *Terminalsignalen* beendet werden (Jäger 1976).
Mit diesen drei Signaltypen, die als zwei aufeinander folgende Paarsequenzen realisiert werden, lassen sich nach Jäger (1976) die Grenzen der Beendigungsphase im Gesprächsverlauf markieren. Er kategorisiert die Signaltypen als formal-organisatorische Merkmale von Beendigungsphasen (Jäger 1976).
Bei der Beschreibung der inhaltlichen Merkmale der Beendigungsphase verweist Jäger auf die, seiner Ansicht nach, Hauptfunktion der Beendigung, in der die letzte Situationsdefinition von den Teilnehmenden vorgenommen und die gesamte Interaktion evaluiert werde:

> „Die Interaktionssubjekte fassen zur Beendigung Aspekte der Gesamt-Interaktion zusammen, sie gelangen damit zu einer Definition der augenblicklichen Situation, die gleichzeitig eine Wiedergabe der Hauptaspekte der gesamten Interaktion darstellt." (Jäger 1976: 127)

Jäger nennt insgesamt sieben inhaltliche Merkmale von Beendigungsphasen, die einzeln oder in Kombination zwischen der Paarsequenz Schlusseinleitungssignal-Schlusszustimmungssignal und dem Austausch der Terminalsignale auftreten können: *interne Legitimierung*, *Resümee*, *externe Legitimierung*, *Wertschätzung/Dank*, *Vereinbarungen*, *Ratschläge* und *Wünsche* (Jäger 1976: 127-129) (eine genauere Beschreibung dieser Merkmale findet sich auch in Petzhold 2003: 30f). Welche Beteiligungsrollen für die Realisierung dieser Merkmale vorausgesetzt sind, bleibt bei Jäger (1976) unklar. Die Fallanalysen in der vorliegenden Arbeit (s. Kapitel 3) gehen dieser Frage nach und jener, ob ein solches Kategorienraster sowie das von Jäger vorgeschlagene Beschreibungsmodell sprachlichen Daten nicht zu starre Strukturen aufdrängt.

Stark an Goffmans Verständnis von Interaktion orientiert, hat Iwar Werlen (1984) den rituellen Charakter von Gesprächsanfängen und –beendigungen im Fokus. Er untersucht sowohl Telefonate als auch face-to-face-Interaktionen, wobei er festhält, dass durch das Fehlen des visuellen und olfaktorischen Kanals bei Telefonaten „wohl auch Elemente in verbaler Form erscheinen, die in *face-to-face*-Kommunikationen nicht ausgesprochen werden." (Werlen 1984: 234)

Wie auch Schegloff und Sacks (1973) sieht Werlen das Hauptproblem der Gesprächsbeendigungen darin, zu wissen, wann kein Turn mehr auf einen anderen zu folgen braucht. Demnach haben Beendigungsrituale „die Funktion, Verfahren zu einer

sicheren Lösung dieser Aufgabe zu geben.“ (Werlen 1984: 250) Der erste von vier Schritten im Beendigungsritual ist nach Werlen die *Themabeendigung*, die die Einigkeit der Gesprächsteilnehmenden über die Abgeschlossenheit eines Themas voraussetzt und Endsignale wie *das wärs.* beinhalten kann. Darauf kann als zweiter Schritt ein *Resümee* in verschiedenen Explizitheitsgraden folgen. Diese ersten beiden Schritte werden, so Werlen, von den Anrufenden ausgeführt, die als „situativ ranghöher“ (Werlen 1984: 253) klassifiziert werden. Der dritte Schritt des Rituals umfasst *Dank* sowie *Dankantwort*, wonach bereits *Verabschiedung* und *Gegenverabschiedung* realisiert werden. Diese vier Ritualschritte beobachtet Werlen zwar in erster Linie an Telefonaten, erkennt sie jedoch auch in ausgebauten Beendigungen nichttelefonischer Gespräche.

Werlens Charakterisierung vom Ritual der Gesprächsbeendigung ist bereits in Jägers (1976) Überlegungen angelegt (s. oben). Schritt eins in Werlens Beschreibung entspricht dem Austausch von Schlusseinleitungs- und Schlusszustimmungssignal, die Schritte zwei und drei werden von Jäger (1976) als optionale Bestandteile von Beendigungsphasen genannt, und im letzten Ritualschritt findet sich die Paarsequenz der Terminalsignale wieder. Werlens (1984) Weiterentwicklung besteht demnach in erster Linie in der Herausarbeitung des Ritualcharakters jener Handlungen, die Interagierende vollziehen, um Gespräche zu beenden.

Als wichtig für die vorliegende Arbeit kann vor allem noch Werlens Hervorhebung des evaluativen Charakters von Beendigungen angesehen werden:

> Das Beendigungsritual hat wie das Eröffnungsritual Folgen für die Situationsdefinition und die Beziehung der Teilnehmer. Durch Dank und Verabschiedung versichern sie sich der gegenseitigen Wertschätzung und definieren die Situation um in eine der (vorübergehend) verminderten Zugänglichkeit. (Werlen 1984: 259)

Mit der Konstituierung, Aufrechterhaltung und Schließung eines Therapeut/inn/en-Klient/inn/en-Verhältnisses im Rahmen einer psychotherapeutischen Gesprächsreihe beschäftigt sich Marion Petzhold (2003). Mit Verweis auf die rituellen Klammern von Interaktion (Goffman 1982) untersucht sie die Eröffnung und Beendigung von fünf auf Tonband aufgezeichneten Therapiesitzungen, die jeweils auf fünfzig Minuten anberaumt wurden.

Stark beendigungsimplizierend wirkt in Petzholds (2003) Korpus der Hinweis der Therapeutin auf den Ablauf der therapeutischen Gesprächszeit. Dabei zeigt sich einerseits die Asymmetrie in dieser institutionell geprägten Interaktionssituation, die außerhalb der stark

ritualisierten Eröffnungs- und Beendigungsphase zugunsten eines auf Kooperation basierenden Therapeutinnen-Klientinnen-Verhältnisses ausgeklammert wird. Andererseits veranschaulicht Petzhold auch, wie die Asymmetrie durch hohe Kooperativität der Klientin lokal ausgeglichen wird (Petzhold 2003: 103). Die beiden Interaktantinnen entwickeln über die Gesprächsreihe hinweg eine „gemeinsame Interaktionsroutine" (Petzhold 2003: 106), in der die Therapeutin, um die Gesprächsbeendigung zu elizitieren, eine Abschlussfrage mit resümierendem Charakter an die Klientin stellt, die wiederum durch zum Beispiel überlappendes Mitsprechen oder häufige Ratifikationen in dieser abschließenden Phase ihre Kooperationsbereitschaft anzeigt. Die beiden Beteiligten vollziehen also eine einvernehmliche Schließung des therapeutischen Rahmens, die durch das Ausschalten des Tonbandes durch die Therapeutin besiegelt wird (Petzhold 2003).

Durch die Inszenierung des Abschaltens des Tonbandes als Aktivität, die für die Schließung des therapeutischen Handelns steht, wird dieser Rahmen interaktiv deutlicher und lässt sich eindeutig von den Folgeaktivitäten abgrenzen. Ob diese Folgeaktivitäten nun aus etwaigen Terminabsprachen, Small-Talk und jedenfalls einer Verabschiedungssequenz bestehen und wie genau die Herstellung von Kontinuität und die Aufrechterhaltung der therapeutischen Beziehung in den allerletzten Gesprächsmomenten vonstatten geht, bleibt also aufgrund des Aufnahmemodus unklar. Festhalten lässt sich allerdings, dass die Therapeutin als „autorisierte Schlussmacherin" (Petzhold 2003: 102) der Therapiegespräche, das heißt als diejenige Interaktantin, die in ihrer institutionell zugeschriebenen Rolle beginnt, beendigungsrelevante Aktivitäten zu setzen, sich u.a. um die Herstellung einer gewissen Pünktlichkeit kümmern muss (vgl. Clayman 1989), die idealerweise mit einer thematischen „Abrundung" erreicht werden soll (Petzhold 2003), jedenfalls aber die Kooperativität zwischen den Beteiligten wahren muss[27]. Für besonders interessant halte ich eine Parallele zu Wests Beobachtungen, die zeigen, dass Ärzt/inn/e/n sich ihren Patient/inn/en gegenüber gerade in der Beendigungsphase sehr fürsorglich zeigen (West 2006, s. oben). Auch Petzhold beobachtet, wie „der Aktivtätstyp Therapie in seiner Auflösung noch mal in den Vordergrund" (Petzhold 2003: 104; unter Verweis auf Schegloff/ Sacks 1973: 317f) rückt, indem die letzten Gesprächsminuten von der Therapeutin noch intensiv psychotherapeutisch genutzt werden. (Petzhold 2003: 105).

[27] Hier geht es meines Erachtens vor allem auch um den achtsamen Umgang mit dem „sensiblen Gesprächsklima", das in der Therapiesitzung etabliert wurde, in der ja das sprachliche Handeln dem therapeutischen Handeln entspricht. Um aus der Rolle der Therapeutin zu schlüpfen, braucht es ein explizites Beenden des therapeutischen Gesprächsmodus, das jedoch die Integrität der Klientin nicht verletzen darf. Um diesen Übergang zu markieren, nutzt die Therapeutin in Petzholds (2003) Korpus das Abschalten des Tonbandgeräts.

Im Rahmen der Interaktionalen Linguistik untersucht Margret Selting (2007) an informellen Alltagsgesprächen und teilweise medialen Telefonaten sprachliche Beendigungsaktivitäten auf vier Ebenen: auf der Ebene der Turnkonstruktionseinheiten, jener der Sequenzorganisation, der Ebene der kommunikativen Gattungen sowie auf der Ebene der Gesamtorganisation der Interaktion (Selting 2007: 309).
Generell, vermerkt Selting, ist das Handeln und die konkrete Interaktion an Konstruktionsschemata orientiert, die, je nach Kontext, flexibel handhabbar sind (Selting 2007; mit Verweis auf Kallmeyer/ Schütze 1976, 1977 und Auer 1986). So unterliegen auch Beendigungen einem Schema, das, an die situativen Erfordernisse angepasst, die Aktivitäten der Interagierenden steuert beziehungsweise ihnen eine intersubjektiv nachvollziehbare und erwartbare Struktur verleiht, die sich die Beteiligten wiederum gegenseitig anzeigen. Dabei müssen die Teilkomponenten der Struktur nicht notwendigerweise vollständig realisiert werden, aber zumindest ist es erforderlich, dass die Teilnehmenden rekonstruieren können, an welcher Strukturstelle im Schema sie sich befinden. Mittels Kontextualisierungshinweisen, wie beispielsweise metasprachlichen Aktivitäten (vgl. Kallmeyer 2005), ermöglichen die Interagierenden einander solche Rekonstruktionsleistungen und generell, die Interaktion in Einheiten zu zerlegen, so ihr Handeln zu organisieren und im konkreten Verlauf ihre Erwartungen über den weiteren Verlauf der Interaktion immer wieder neu anzupassen (Selting 2007). Selting schreibt hierzu: „Wir wissen, dass wir für die für den Rezipienten erkennbare/ verstehbare Herstellung von Aktivitäten Sprache kontextualisieren müssen, i.d.R. mit Hilfe von Bündeln von Kontextualisierungshinweisen.“ (Selting 2007: 335; unter Verweis auf Selting 1995a und b)
Institutionelle Kontexte erzeugen von sich aus eine spezifische Anpassung der Konstruktionsschemata, denn „die Flexibilität der Handhabung von Konstruktionsschemata (ist) reflexiv mit dem Handlungskontext verbunden“ (Selting 2007: 309). Im institutionellen Kommunikationsgefüge wird also durch die oftmals relativ klare Vorgabe an zu bewältigenden Aufgaben der Spielraum der Beteiligten im Schema eingeengt, was jedoch auch den Grad an Erwartbarkeit über den Verlauf der Interaktion für die Beteiligten erhöht (Selting 2007).

Ähnliche Überlegungen zu Konstruktions- und Interaktionsschemata finden sich bei Werner Kallmeyers Untersuchung einer Talkshow (Kallmeyer 2005). Er geht jedoch einen Schritt weiter als Selting (2007), indem er nicht nur auf die Segmentierung des Handlungsverlaufs durch die Beteiligten hinweist, sondern diese Segmentierung in Bezug zur Untergliederung des Zeitflusses setzt. Soziale Ereignisse werden demnach mit Zeiteinheiten in Beziehung gesetzt, wobei sich immer auch die Frage nach der „sozialen Ökonomie von Handlungszeit“

stellt: „Wie viel Zeit wofür?“ (Kallmeyer 2005: 2). Darauf basierend wird ausgehandelt, wie die zur Verfügung stehende Zeit angemessen genutzt wird (Kallmeyer 2005: 2).
Das Spezifikum der von Kallmeyer (2005) untersuchten Talkshow ist es, keinem fixen Zeitlimit wie die allermeisten institutionell-medialen Gesprächsereignisse unterworfen zu sein, worin sich eine Parallele zum ärztlichen Gespräch herausbildet. Die Herstellung des Endes der TV-Sendung geschieht entlang Parametern wie thematischer Vollständigkeit beziehungsweise Erschöpfung und generell Angemessenheit in Bezug auf etwaige Gesprächszwecke in diesem medialen Kontext (wie zum Beispiel Unterhaltung) oder auch in Hinblick auf stilistische und beziehungsrelevante Faktoren (Kallmeyer 2005). Ähnliches lässt sich für Ärzt/inn/e/n-Patient/inn/en-Gespräche behaupten: Thematische Vollständigkeit sowie Vorstellungen von Höflichkeit und angemessenem sozialen Verhalten haben wesentlichen Einfluss auf die Konstruktion und den Zeitpunkt der Beendigung. Kallmeyer spricht hierbei von kommunikativen Leitvorstellungen, die zur Grundlage von Situationsbewertungen durch die Teilnehmenden werden (Kallmeyer 2005: 9).

Die Situierung und wechselseitige Orientierung im Verlauf der Interaktion wird mittels Meta-Aktivitäten vorgenommen. Die Einheiten der Interaktion werden als solche erkannt und abgegrenzt durch Rahmungen, die zu den gerahmten Einheiten in einer Meta-Beziehung stehen (Kallmeyer 2005: 5; unter Bezug auf Goffman 1974). Diese Rahmungen transportieren Meta-Informationen über den Ereignisverlauf, die die Verarbeitung der Kerninformationen steuern (Kallmeyer 2005: 5f).
Mit Verweisen auf Gülich (1970), Gülich et al. (1974), Gülich und Raible (1977) sowie auf Fiehler et al. (2004) spricht Kallmeyer von semantisch entleerten Gliederungssignalen beziehungsweise Diskursmarkern, die die Funktion haben, den Ereignisverlauf transparent zu machen und somit dessen Komplexität zu reduzieren (Kallmeyer 2005: 4-6). Er schreibt hierzu:

> Gliederungssignale nehmen jeweils auf die Gesamtkontur bzw. –gestalt von Darstellungskomplexen Bezug, wobei in der Hierarchie der Gliederungsebenen die Metakommunikation die höchste Ebene markiert und insofern z.B. für die Gestaltung von Anfang und Ende eines Textes prädestiniert ist. (Kallmeyer 2005: 5)

Die aus der Konversationsanalyse weiterentwickelte formalpragmatische Sicht auf die Aspekte der Interaktionskonstitution verfolgt den Ansatz, „dass zur Durchführung von Interaktionskomplexen auch die Herstellung der Voraussetzung ihrer Durchführung gehört.“ (Kallmeyer 2005: 5; unter Verweis auf Kallmeyer/ Schütze 1976 und 1977 und Kallmeyer 1978) Demnach sichern Rahmungen am Beginn und Ende von Einheiten, aber auch mitlaufende Aktivitäten, die Voraussetzungen, die es im konkreten Gespräch braucht, um

sinnvoll und angemessen handeln zu können – und dies auch vom Gegenüber erwarten zu können (Kallmeyer 2005: 5).
In Bezug auf die Beendigung von Gesprächen vermerkt Kallmeyer, dass das Ende schon im Verlauf der Interaktion projiziert und vorbereitet wird, was wiederum durch interaktionsbegleitende Meta-Aktivitäten geschieht (Kallmeyer 2005: 5). In der anschließenden Ausarbeitung zu vorbeendenden Gesprächshandlungen sowie in den Analyseteilen gehe ich darauf näher ein.

2.3.3 Vorbeendigungen

Der obige Abschnitt zur Gesprächsbeendigung als Forschungsgegenstand hat, bis auf die Ausführungen zu Kallmeyer (2005), einen wesentlichen Aspekt von Gesprächsbeendigungen vernachlässigt. Hauptsächlich wurden lediglich Modelle beziehungsweise Untersuchungen von Beendigungsphasen selbst dargestellt, (also jene letzten Sekunden, auf die unmittelbar die Auflösung der Interaktionssituation folgt) oder, wie auch bereits bei Schegloff und Sacks (1973), jene kurzen Beendigungssequenzen, die zugunsten einer Fortsetzung der Konversation wieder verlassen werden. Ausgeklammert bleibt bei den besprochenen Werken meist eine Auseinandersetzung mit jenen Äußerungen, die „irgendwie“ auf das Ende verweisen, mit welchen die/ der Sprechende indiziert, dass sie/ er sich an einem bestimmten Punkt im laufenden Geschehen befindet und sich auf das Gesprächsende, wie nahe oder fern auch immer, bezieht oder dieses zumindest als Abschluss der gemeinsamen Interaktion im Bewusstsein hat.
Im Folgenden versuche ich, dieses spannende Phänomen der vorbeendigenden Aktivitäten etwas eingehender zu betrachten. Meine Ausgangsfrage lautet hier: Welche Äußerungen kommen als Vorbeendigungen in Frage beziehungsweise erfüllen diese Funktion?

In allen im Rahmen dieser Arbeit analysierten Gesprächen zeigen sich zum Teil lange vor Beginn der ersten Schlusssequenz Hinweise auf das antizipierbare Ende des Gesprächs. Pavlidou (2002) spricht in diesem Zusammenhang von „foreshadowing the closing“, also Äußerungen, die den Schluss erahnen lassen. Sie bezieht sich damit auf spezifische Themen oder Kommunikationsmodi, die typischerweise gegen Ende eines Gesprächs auftreten, wie zum Beispiel phatische Äußerungen oder zukunftsbezogene Themen, wie das Schmieden von Plänen, einander zu treffen. Sie erwähnt darüber hinaus auch jene Gruppe von Gesprächsbeiträgen, die explizit ein Thema beenden und damit auf direkte Weise zum Fortschreiten des Gesprächs beitragen, und nennt sie „pre-closing moves“ (Pavlidou 2002).

Kallmeyer (2005) untersucht ebenfalls jene verbalen Handlungen, die das Ende des Gesprächs antizipierbar machen, und fasst sie zusammen unter dem Begriff „Vorbeendigungsformeln".
Eine gemeinsame Eigenschaft aller Vorbeendigungen (auch der *possible pre-closings* nach Schegloff/ Sacks 1973) ist nach Kallmeyer (2005; unter Bezug auf Gülich 1970, Gülich et al. 1974; Gülich/ Raible 1977 und Fiehler et al. 2004) ihr metakommunikativer Charakter. Die Vorbeendigungen lösen sich dadurch aus der laufenden Aktivität heraus und indizieren Rahmungen oder zumindest Teilschritte im aktuellen sprachlichen und sozialen Geschehen. Das Anzeigen der Rahmungen beziehungsweise Teilschritte durch Vorbeendigungen dient wiederum der Rezeptionssteuerung auf Seite der/ des Hörerin/ Hörers, was die tatsächliche Beendigung – auch wenn diese noch weit entfernt ist – vorbereitet.
Ein besonderes Merkmal einiger Vorbeendigungsformeln in meinen Gesprächen, das auch von Kallmeyer (2005) beschrieben wird, ist das Auftreten des Adverbs *noch*, das gemeinsam mit *bereits* und *schon* Sonderfälle der Gradpartikel beziehungsweise Diktumsgradierungen darstellt, die zur Herstellung einer zeitlichen Reihung von Ereignissen beitragen können (Grammatik der deutschen Sprache 1997: 884). Die Gradpartikel *noch* zeigt, analog zu *bereits* und *schon*, „Spätplatzierung im Rahmen eines Bezugskomplexes" (Kallmeyer 2005: 16) an, verweist also auf eine Orientierung an einer fortschreitenden Agenda in der Interaktion beziehungsweise markiert einen relativ späten Zeitpunkt im laufenden Gesprächsplan. Insofern ist *noch* in der oben genannten Funktion geradezu prädestiniert für den Gebrauch in Vorbeendigungsformeln und ist distinktives Merkmal für die Unterscheidung zwischen metafunktionalen Äußerungen generell und Meta-Aktivitäten, die sich auf einen späten Zeitpunkt auf einer temporalen Skala beziehen.

Während Vorbeendigungsformeln mit der Gradpartikel *noch* das Fortschreiten einer Aktivität transparent machen, gibt es auch Vorbeendigungen, die den Abschluss einer Aktivität anzeigen. Wie oben bereits angeführt, spricht Pavlidou (2002) hierbei von *pre-closing moves* als einer Möglichkeit, abgehandelte Themen explizit abzuschließen. Sie bezieht sich damit auf metakommunikative Turns wie „That was all I wanted." (Pavlidou 2002: 207). Kallmeyer (2005) nennt diese Äußerungen „Erledigungsfeststellungen" beziehungsweise klassifiziert sie global als Aktivitäten der Gestaltschließung, welche der (weiteren) Vorbereitung des antizipierbaren Endes dienen.

In den Abschlussgesprächen ergibt sich zusätzlich zu den eben besprochenen Vorbeendigungen der Spezialfall jener Äußerungen, die nicht vorrangig das Gesprächsende antizipieren sondern eher das Therapieende. Sie tragen damit zur Konstituierung des Abschlussgesprächs als solches bei und werden in Kapitel 3 näher betrachtet. Darüber

hinaus wird im Rahmen der Analyse gezeigt, wer der Beteiligten welche Aufgaben bei der Herstellung eines Themen- oder Gesprächsabschlusses übernimmt. Angesichts der institutionell festgelegten Rollenverhältnisse und dem Teilnehmer/innen-gebundenen Wissen über institutionsspezifische (Gesprächs-)Abläufe ist davon auszugehen, dass die Patient/inn/en weniger Initiativen zur Herstellung und Antizpierung des Interaktionsendes ergreifen können als die Ärzt/inn/e/n.
Die Aushandlung der Beteiligungsweisen in den untersuchten Gesprächen ist vermutlich dort besonders interessant, wo zwei Ärzte das Gespräch führen, die ihre jeweiligen Rollen ausgestalten und ihre interaktiven Aufgaben in Relation zu einer anderen – unter Umständen ebenfalls „gesprächsführenden" – Person wahrnehmen müssen[28]. Generell kann bei einer höheren Anzahl von Beteiligten von einer größeren Zahl an die Beendigung betreffenden Aushandlungselementen ausgegangen werden (Kallmeyer 2005: 42; unter Bezug auf Ferenc˘ik 1998).

Für die vorliegende Arbeit und die hier untersuchten Gespräche definiere ich Vorbeendigungsformeln als Äußerungen, die jedenfalls metafunktional im Verhältnis zu den sie umgebenden Aktivitäten sind, und die optional entweder einen fortgeschrittenen Zeitpunkt im etablierten Aktivitätsprogramm markieren oder eine Art der Gestaltschließung vollziehen, um – in beiden Fällen – eine Projektion des Gesprächsendes vorzunehmen. Hinsichtlich der Verteilung dieser Aktivitäten auf die Interagierenden ist festzuhalten, dass aufgrund der institutionellen Rahmung der Gespräche es erwartbar und logisch ist, dass bis auf wenige Ausnahmen der Großteil der Vorbeendigungsformeln von den Ärzten realisiert wird. Wie genau die Beteiligung an der Herstellung von Abschlüssen in der Interaktion verteilt ist oder ausgehandelt wird, ist Gegenstand der Analyse im anschließenden Kapitel.

3. EMPIRISCHE ERÖRTERUNGEN

Nach der Darlegung der methodischen und theoretischen Voraussetzungen und Grenzen im vorigen Abschnitt stecke ich im Folgenden zunächst den empirischen Rahmen meines Datenmaterials ab (Kap. 3.1). Noch im Vorfeld der Analysen werde ich die leitenden Fragen für diese Untersuchung explizieren (s. Kap. 3.2), um mich anschließend der Analyse der vier

[28] In der von Kallmeyer (2005) analysierten Talkshow zeigt sich ein ähnlicher Fall wie jener der beiden Ärzte in meinen Gesprächen: Einer der Talkshowgäste, ehemals selbst Moderator, etabliert sich im Lauf des Gesprächs als eine Art Co-Moderator und produziert in dieser Rolle an einigen Stellen vorbeendigende Meta-Aktivitäten.

ausgewählten Gespräche zu widmen (s. Kap 3.3 und 3.4). Am Ende dieses Abschnitts befindet sich eine vergleichende Betrachtung der Gesprächsbeendigungen (Kap. 3.5).

3.1 Umriss der Interaktionen

3.1.1 Die Abteilung für Physikalisch-medizinische Rehabilitation

Die Gespräche wurden 2005 im AKH Wien, in der Abteilung für Physikalisch-medizinische Rehabilitation, kurz PMR, aufgezeichnet. In dieser Abteilung werden Menschen mit Leiden des Bewegungsapparates, wie nach Gelenksoperationen, Bandscheibenvorfällen, Verkehrsunfällen aber vor allem auch mit chronischen Schmerzerkrankungen aller Art (zur Spezifik der Behandlung chronischer Erkrankungen s. Lalouschek (2007: 16-19)) vorwiegend nicht medikamentös beziehungsweise nur begleitend medikamentös behandelt. Im Vordergrund stehen physikalische Behandlungsmethoden wie Massagen, Bewegungs- und Entspannungstherapien sowie Muskelaufbautrainings etc., die für einen nachhaltigen Behandlungserfolg großteils auch einer Integration in den jeweiligen Lebensalltag der Patient/inn/en bedürfen. Ziel einer Therapie auf der PMR, also beispielsweise dem durch Physiotherapeut/inn/en angeleiteten, speziell auf Rückenprobleme zugeschnittenen Turnen, ist also eine langfristige Linderung und bestenfalls Beseitigung von Schmerzen, was allerdings nach Meinung der dortigen Ärzt/inn/e/n und Therapeut/inn/en nur durch die kontinuierliche Weiterführung des jeweiligen Turnübungsprogramms auch nach Ende der institutionellen Therapie erreicht werden kann.

Zu Beginn einer Therapie an der PMR steht ein Erstgespräch, in dem in der Regel detaillierte Beschwerdenbeschreibungen und –darstellungen sowie genaue Lokalisierungen von Schmerzen etc. von den Ärzt/inn/en eingefordert werden. Auch die Schmerzursache ist für eine Therapie von erheblicher Wichtigkeit und wird deshalb ebenfalls eruiert. Meist folgt eine körperliche Untersuchung, in der das Schmerzgeschehen noch differenzierter lokalisiert sowie Beweglichkeit oder auch nur das Vorhandensein von Nervenreizen getestet wird. Anhand all dieser Faktoren werden nun passende Therapiemöglichkeiten für die/ den jeweilige/n Patientin/ Patienten von den Ärzt/inn/en ausgewählt, aber gegebenenfalls auch Medikamente verschrieben und Tipps zum individuellen Schmerzmanagement gegeben.
Die Funktion eines Erstgesprächs auf der PMR kann man also mit dem Erstellen eines geeigneten Therapieplans zusammenfassen, der eine Patient/inn/enkarriere in der (Teil-) Institution startet (vgl. Lalouschek 2007: 12f und Kap. 3.3 der vorliegenden Arbeit).

Der Bezeichnung Erstgespräch wird zwar im Rahmen der Institution für diesen Typ von Gesprächen vergeben, bedeutet aber nicht unbedingt, dass ein/e Patient/in zum ersten Mal im AKH behandelt wird. Oftmals wurden Patient/inn/en beispielsweise operiert und werden auf einer anderen Abteilung stationär behandelt, wenn sie zu einem Erstgespräch zur PMR kommen (so zum Beispiel die Patientin Frau Schulter, vgl. Kap. 3.2.1).

Bei praktisch allen Gesprächen, die nicht als Erstgespräche klassifiziert sind, handelt es sich aus institutioneller Perspektive um Kontrollgespräche (zu Bedeutung und Kritik an der Kategorie „Kontrollgespräch“ s. Lalouschek (2007: 13f)). Kontrollgespräche in der PMR begleiten die therapeutischen Maßnahmen und haben die Funktion, die Wirkung dieser Maßnahmen zu überwachen beziehungsweise mit den Patient/inn/en zu evaluieren. Ist eine Therapie zu Ende, ist institutionell ein Kontrollgespräch vorgesehen, in welchem von den Beteiligten ausgehandelt wird, ob weitere Therapiemaßnahmen zu treffen sind oder ob der gewünschte Erfolg bereits eingetreten ist und die Patient/inn/en deshalb keine weiteren angeleiteten Therapiemaßnahmen mehr benötigen (s. Kap. 3.4). Für viele Patient/inn/en bedeutet gerade diese zweite Möglichkeit eine Entlassung in die Selbstverantwortung: Es liegt fortan an ihnen und ihrem Durchhaltevermögen, den Behandlungserfolg aufrecht zu erhalten, indem sie die auf der PMR gelernten therapeutischen Maßnahmen in ihr tägliches Leben integrieren und ohne professionelle Anleitung selbstständig ihre Therapie weiterführen – so kann der Grundtenor der Ärzt/inn/e/n zusammengefasst werden.
Diesen zweiten Fall des Kontrollgesprächs, ein interaktiv hergestelltes letztes Gespräch aus einer Reihe von Gesprächen, bezeichnet Lalouschek (2007) als *Abschlussgespräch*. Das Abschlussgespräch markiert gewissermaßen allmählich, nämlich im Laufe seiner Herstellung durch Ärztin und Patientin, einen äußerst wichtigen Punkt im therapeutischen Handeln wie auch im Krankheitsmanagement: Es ist die Schnittstelle von ärztlicher Verantwortung über eine/n Patientin/ Patienten und der Eigenverantwortung dieser/ dieses Patientin/ Patienten im Umgang mit der Krankheit (vgl. Kap. 3.4.1).

3.1.2 Das Projekt *Schmerzdarstellung und Krankheitserzählungen*

Das Korpus, aus dem die vier von mir analysierten Gespräche stammen, wurde 2005 im Rahmen des vom Österreichischen Wissenschaftsfonds geförderten Projekts *Schmerzdarstellung und Krankheitserzählungen* (Projektnummer 17816) am Institut für Sprachwissenschaft unter der Leitung von Florian Menz erstellt. Es umfasst 65 Gespräche, die auf der PMR aufgenommen wurden, und 16 Aufnahmen von der (ebenfalls AKH-internen) Kopfschmerzambulanz.

Da die Gespräche aus dem Korpus des Schmerzprojekts nicht zum Zweck einer Analyse der Beendigungen aufgenommen wurden, war zunächst das Vorhandensein der Verabschiedung auf der Aufnahme ein Auswahlkriterium für mich. Weitere Kriterien sind eine weitgehend ununterbrochene Aufnahme sowie gute Aufnahmequalität und, die Abschlussgespräche betreffend, Verfügbarkeit im Korpus.
Die von mir ausgewählten Gespräche stehen in keinem Zusammenhang zueinander. Durch Zufall wurden drei Aufnahmen mit dem gleichen Ärzte-Team und eine Aufnahme mit einem dieser beiden Ärzte für die Analysen ausgewählt. Diese geringe Varianz halte ich, in Anbetracht der Tatsache, dass es sich hier um Fallanalysen handelt, für unbedenklich. Die Häufigkeit, in der man im AKH Wien (sowohl als Patient/in als auch als Forscher/in) auf ein Ärzt/inn/e/n-Team trifft, ist der dortigen Ausbildungssituation geschuldet.

3.2 Analytisches Vorgehen

Bevor die analytische Auseinandersetzung mit den Gesprächen beginnen kann, müssen die Leitfragen und Eckpunkte für diesen Prozess festgelegt werden. Diesem Zweck dient der folgende Abschnitt, in welchem die den Analysen zugrunde liegenden Überlegungen und Fragen bestimmt werden.

Die zwei grundlegenden Fragen dieser Arbeit lauten:

- Wie werden Gespräche zwischen Ärzt/inn/e/n und Patient/inn/en beendet?
- Was unterscheidet Gesprächsbeendigungen am Anfang eines physikalisch-therapeutischen Prozesses von jenen am Ende?

Einige Antworten darauf befinden sich bereits in den theoretischen Rahmungen in Abschnitt 2.3. Wie allerdings die konkreten Realisierungen von Gesprächsbeendigungen an den vier Beispielen, die für diese Arbeit ausgewählt wurden, aussehen und ob sich diese Ergebnisse mit jenen aus Abschnitt 2.3 decken, bleibt noch auszuführen.
Zunächst müssen allerdings die beiden oben genannten Fragen in analysierbare Teilfragen zerlegt werden. Da nur an zweien der vier Gespräche Sequenzanalysen vorgenommen werden, lassen sich auch nur an diesen beiden Gesprächen Detailfragen zur Antizipation und Vorbereitung des Endes während des Interaktionsverlaufs sowie zur lokalen Einbettung möglicher *closing sections* im Interaktionsverlauf beantworten. Gleiches gilt für die mikrostrukturelle Schritt-für-Schritt-Rekonstruktion der Aktivitäten der Beteiligten in den Schlusssequenzen. Folgende Fragen werden demnach lediglich im Rahmen der

Sequenzanalysen, also für das Erstgespräch „Frau Schulter“ (Kap. 3.3.1) und das Abschlussgespräch „Frau Rücken“ (Kap. 3.4.1) gestellt und beantwortet:

- Welche verbalen Hinweise auf die (erste) Schlusssequenz zeigen sich in deren Vorfeld? Wie sind diese Hinweise thematisch eingebettet?
- Wo beginnt die (erste) Schlusssequenz? In welchem thematischen Kontext befindet sie sich?
- Wie stellen die Beteiligten eine (mögliche) Schlusssequenz her? Welche Themen treten darin auf?

Daran anschließend soll ein kontrastiv-analytischer Zugang ermöglichen, für die beiden Erstgespräche „Frau Schulter“ und „Frau Hand“ festzustellen,

- wie ein aufrechtes Arzt-Patienten-Verhältnis konstituiert wird und wer welche Arbeit leistet, um ein Erstgespräch zu konstituieren (Kap. 3.3.3).

Analog dazu ist für die beiden Abschlussgespräche „Frau Rücken“ und „Herr Knie“ festzuhalten,

- ob das Arzt-Patienten-Verhältnis weiterhin als aufrecht konstituiert wird, wenn ja, wie und von wem, und wer welche Arbeit leistet, um ein Abschlussgespräch zu konstituieren (Kap. 3.4.3).

Da das Abschlussgespräch als institutionell vorgegebener Gesprächstyp nicht existiert, stellt sich hier zusätzlich die Frage,

- was das Abschlussgespräch zum Abschlussgespräch macht (Kap. 3.4.3).

Letztlich sollen die Ergebnisse aus den Fallanalysen in den theoretischen Rahmen eingefügt werden, der in den Kapiteln 2.2 und 2.3 aufgespannt wurde. Dabei werden diese Ergebnisse noch stärker in Beziehung zueinander gesetzt und mit den Erkenntnissen aus der Literatur verglichen und überprüft. In diesem Vergleich wird auch der Frage nachgegangen,

- wie sich ein institutionelles Setting auf die interaktive Herstellung von Abschlussphasen auswirkt (Kap. 4).

Mit dieser Vorgehensweise sollen die Mikrostrukturen des einzelnen Fallbeispiels den größeren Zusammenhängen des institutionellen Handelns zugeordnet werden.

Die Herangehensweise an die Gespräche und der Aufbau der Analysen sind folgendermaßen gestaltet: Jeweils ein Erst- und ein Abschlussgespräch werden exemplarisch in sequenzanalytischer Ausführlichkeit und Genauigkeit untersucht. Nach jeder Analysesequenz befindet sich eine kurze Zusammenfassung, die die schnelle Rekapitulation der einzelnen Teilschritte einer analytischen Phase ermöglichen soll.
Die Herangehensweise an das zweite Erst- sowie das zweite Abschlussgespräch meiner Untersuchung ist dezidiert kontrastiv zu den beiden anderen Gesprächen und verfolgt nicht das Ziel, weitere sequenzanalytische Aufbereitungen vorzunehmen. Mit dem Fokus auf die Vergleichbarkeit der Gespräche wären weitere detaillierte Sequenzanalysen wenig hilfreich, da die Gespräche in vielerlei Hinsicht sehr unterschiedlich sind. Stattdessen werden lediglich die Verfahren zur Herstellung von Gesprächsende und/ oder Abschlussgespräch identifiziert, um auf dieser Ebene die Interaktionen zu vergleichen.
Vor der Analyse jedes Gesprächs gebe ich eine kurze Zusammenfassung über den gesamten Gesprächsverlauf, sodass sich ein überblicksartiges Bild des Geschehens bei der/ dem Leser/in entwickeln kann. Die vollständigen Transkripte aller vier Gespräche befinden sich im Anhang (Kap. 7).

3.3 Die Analysen der Erstgespräche

3.3.1 Frau Schulter

3.3.1.1 Therapieplanung und Anliegensbearbeitung

Im Raum befinden sich neben den Beobachterinnen zwei Ärzte sowie die Patientin Frau Schulter und ihre Begleiterin, vermutlich ihre Mutter. Außer den beiden Beobachterinnen sind alle Personen im Raum am Screenshot zu sehen:



In das Gespräch eingebunden sind hauptsächlich Frau Schulter, im Rollstuhl sitzend, und Dr. Grabner, ihr zugewandt auf einem Hocker sitzend. Dr. Renner, dessen Kopf am rechten Bildrand zu sehen ist, beteiligt sich zunächst kaum und liest stattdessen Frau Schulters Krankenakte und spricht ihren Befund auf sein Diktiergerät. Frau Schulters Begleiterin, an der linken Bildseite zu sehen, schaltet sich ebenfalls nur selten in die Interaktion ein. Das Gespräch dauert 13 Minuten.

Die Patientin, die zum Zeitpunkt der Aufnahme zwischen 30 und 40 Jahre jung ist, kommt nach einer Schulteroperation mit großen Schmerzen zur PMR. Sie ist stationär im AKH aufgenommen und ist außerhalb des Rollstuhls, den sie zur Zeit benutzt, weitgehend immobil, da sie sowohl ihre Beine als auch ihre Schulter nicht belasten darf[29]. Dieser Umstand bereitet ihr große Schwierigkeiten und sie erwähnt mehrmals den Wunsch, möglichst bald mit Krücken gehen zu können. Nach Lalouschek (2007) kann dieser Wunsch beziehungsweise seine interaktive Bearbeitung durch die Ärzte, zum Beispiel in Form von Hoffnungs- oder Verstehensbekundungen, als Frau Schulters erstes Anliegen im Gespräch bezeichnet werden.

Bei der körperlichen Untersuchung stellt sich heraus, dass Frau Schulter selbst bei sanften Berührungen große Schmerzen hat, was die Therapiemöglichkeiten erheblich einschränkt. Darüber hinaus darf sie aufgrund der erst kürzlich durchgeführten Operation ihren Arm nur passiv bewegen.

Nachdem Dr. Grabner eine Schmerzanamnese erhoben und die körperliche Untersuchung durchgeführt hat, verlässt er den Raum, um sich Kopien von Frau Schulters Krankenakte anzufertigen. Davor schon zeigt Dr. Renner den Übergang in die Phase der Therapieplanung und –entwicklung mit der metasprachlichen Formulierung *Was mach ma?* in Fl. 84 an. Nur wenige Sekunden danach verdeutlicht Frau Schulter, sich ebenfalls in diesem Abschnitt des Gesprächs zu befinden und sich also an dem eben zu beobachtenden Austausch der beiden

[29] Es bleibt leider ungeklärt, welche Probleme sie mit ihren Beinen hat.

Ärzte zu orientieren, indem sie Renner gegenüber ihr Anliegen, die Therapie auf einer anderen Station im AKH in Anspruch nehmen zu können, thematisiert (Fl. 86-89).
Nach Abhandlung dieses Themas zwischen Renner und Schulter findet auf institutionell-organisatorischer Ebene eine Art Gestaltschließung statt. Dr. Renner, der während des Gesprächs den von Dr. Grabner erhobenen Befund auf sein Diktiergerät gesprochen hat, beendet diese Aktivität, indem er das – der Patientin zu diesem Zeitpunkt eigentlich noch nicht mitgeteilte – therapeutische Vorhaben auf das Diktiergerät spricht (Fl. 96f).
Als Dr. Grabner den Raum wieder betritt, beginnt er, die Therapiemöglichkeiten für Frau Schulter zuerst kurz mit Dr. Renner, dann ausführlicher mit der Patientin zu besprechen. Dadurch zeigt Grabner nun „offiziell“, also der Patientin gegenüber an, sich im aktuellen Handlungskomplex „Erstgespräch“ bereits in der Therapieplanung zu befinden.

Da der Zweck gerade eines Erstgesprächs auf einer Spezialambulanz mit dem Entwickeln und Planen einer Therapie erfüllt ist, kann dieser gesamte Themenkomplex als beendigungsantizipierend bezeichnet werden. Der Eintritt in diese Phase ersetzt im vorliegenden Gespräch die Realisierung vorbeendigender Aktivitäten.

Am Ende seiner Ausführungen, nach gut elf Gesprächsminuten, setzt Dr. Grabner die erste Beendigungsinititative.

[142]

	..	390	391	392	393	394
		11:07				
Re [v]			Ja?			
Gr [v]	geht das schon.			Hm̀hḿ ((ea)) •	Gut ! Okay. • Na,	
Gr [nv]		*Augenkontakt zu Schu.*		*senkt Blick, wendet sich von Schu ab.*	*schaut mit leicht*	
Schu [v]		Jā				
Schu [nv]		*Augenkontakt zu Gr.*	*senkt Blick leicht, kein Augenkontakt.*		*wendet sich leicht von Gr*	

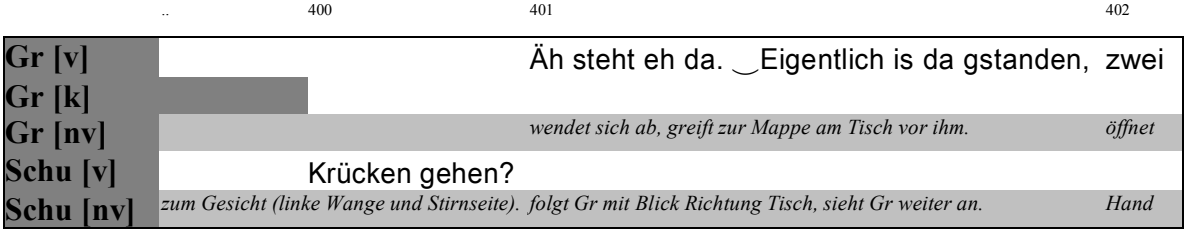
[143]

	..	395	396
Gr [v]	schaun ma uns das mal an. ‿Vielleicht	könn ma	später noch a
Gr [nv]	*gesenktem Kopf gerade vor sich.*		*wendet sich Schu leicht wieder zu,*
Schu [v]		(Und wann)…	
Schu [nv]	*ab, sieht ihn aber wieder an.*	*sieht Gr weiter an, wendet sich ihm wieder mehr zu.*	

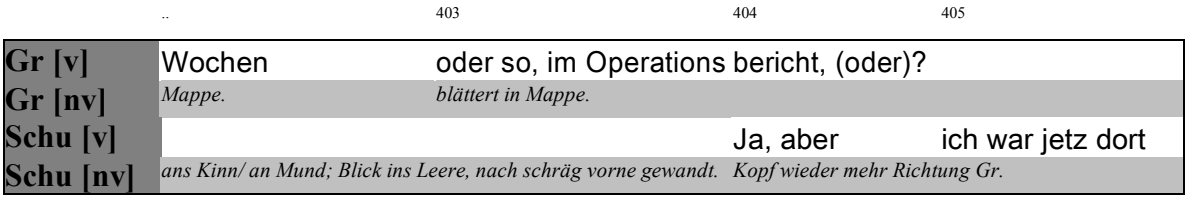
[144]

	..	397	398	399
Gr [v]	Wassertherapie	oder so was machen,	ja? ‿Wenn s a bissl	besser geht.
Gr [k]			*leicht krächzend*	
Gr [nv]	*Blick auf ihre Beine.*	*Augenkontakt zu Schu.*		
Schu [v]			Ja, und wann darf ich dann	mit
Schu [nv]		*Augenkontakt zu Gr.*		*führt linke Hand*

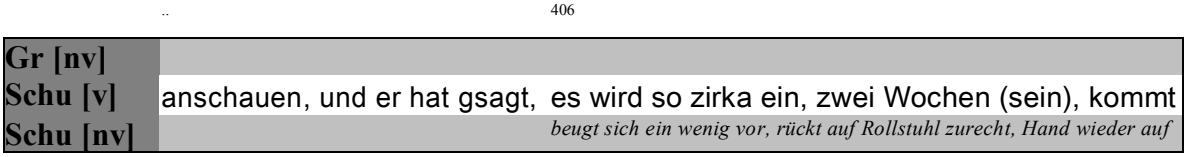
[145]



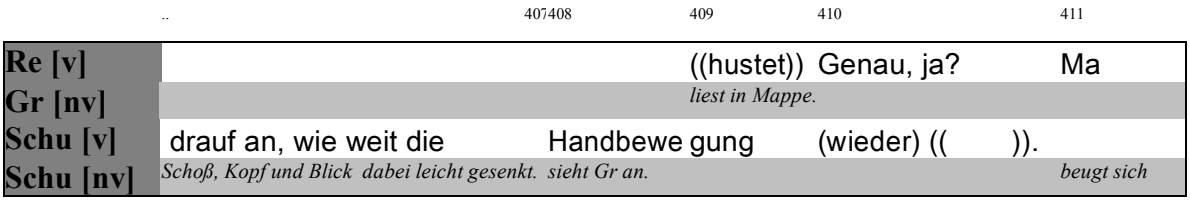
[146]



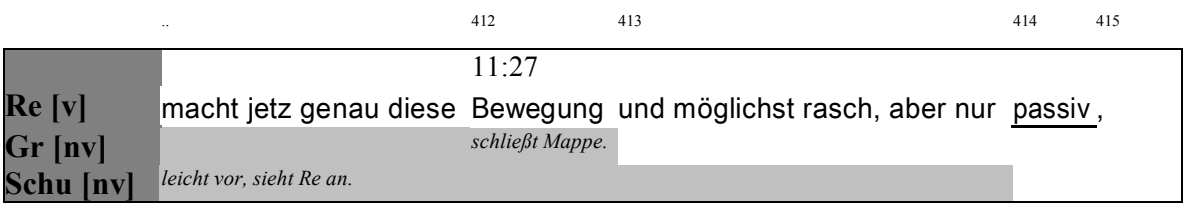
[147]



[148]



[149]



Vor Dr. Grabners erstem *possible pre-closings* beendet er das Thema der Therapieorganisation, das zuvor von Dr. Renner initiiert wurde. Dabei geht es darum, dass Frau Schulter zur Bewegungstherapie gerne auf eine andere Station als zur PMR gehen würde, was Grabner als außerhalb seiner Verantwortung, aber als prinzipiell problemlos darstellt (*Wenn da oben gsagt ham, das geht, dann geht das schon.*). Nach einer Ratifizierung durch die Patientin (ein gleich bleibend intoniertes *Ja*) und einer Rückfrage durch Renner (*Ja?*), wobei unklar ist, an wen diese gerichtet wird, ratifiziert Grabner durch ein fallend-steigendes Hörersignal beziehungsweise bestätigt dadurch noch mal das eben von ihm Gesagte. Er realisiert nach einer kurzen Pause ein akzentuiertes *Gut!* als Gliederung sowie ein *Okay.*, ebenfalls als Gliederung. Diese beiden Diskursmarker indizieren einen Übergang vom vorigen Thema, der Therapieorganisation, zum Beginn einer möglichen *closing section*.

Während die starke Betonung des *Gut!* dessen gliedernde Funktion in der Interaktion verstärkt und damit den Abschluss des vorigen Themas gleichsam fixiert, kann das *Okay.* als

Überleitung zum Interaktionsende, also als Schlusseinleitungssignal gesehen werden. Gerade die nun folgenden Äußerungssegmente Grabners verleihen dem *Okay.* retrospektiv vorbeendigende Relevanz: *Na, schaun ma uns das mal an. Vielleicht könn ma später noch a Wassertherapie oder so was machen, ja? Wenn s a bissl besser geht.* Die Segmente werden nach einer kurzen Pause nach dem *Okay.* mit eher hoher Sprechgeschwindigkeit und in schnellem Anschluss zueinander realisiert.

Der erste Äußerungsteil beginnt mit der Gliederungspartikel *Na*. Zusammen mit der kurzen Pause davor entsteht hier der Eindruck, Dr. Grabner nehme die zuvor so deutlich in Richtung Abschluss weisenden Gliederungselemente etwas zurück, um nun doch nicht direkt das Gesprächsende anzusteuern. Im weiteren Äußerungsverlauf produziert er einen formelhaften Abschluss (*schaun ma uns das mal an.*), dessen genauer propositionaler Gehalt sich erst im weiteren Verlauf seines Turns, wenn auch vage, erschließt. Als formelhafter, metasprachlicher Ausdruck vermittelt er jedoch zunächst eine Art „Halten" des aktuellen Gesprächs- und damit Therapiestandes, was zudem eine leichte Distanzierung seinerseits aus der Situation bewirkt. Das „Halten" impliziert allerdings auch die lose Vereinbarung, zu einem späteren Zeitpunkt am momentanen Stand der Dinge anzuknüpfen, wodurch Grabner zwar nicht explizit Kontinuität in seinem Verhältnis zur Patientin herstellt, aber zumindest schwach auf die gemeinsame Beobachtung einer Tätigkeit oder Ergebnisses referiert (*ma* für „wir), das sich in der Zukunft einstellen wird. Gleichzeitig, und diese Bedeutungsebene zeigt sich erst im nächsten Äußerungsabschnitt, greift er das Thema Therapie noch einmal auf und fixiert zugleich seinen Entschluss darüber, indem er den Blick schon auf Frau Schulters Genesungsprozess richtet.

Im nächsten Teil seines Beitrags expliziert Dr. Grabner die vage Zukunftsoption, die er vorhin anklingen ließ und nennt eine weitere Therapiemöglichkeit für die Patientin (*Vielleicht könn ma später noch a Wassertherapie oder so was machen, ja?*). Das Adverb *vielleicht*, das Modalverb *können* sowie die kurze Wendung *oder so was* lassen hier einen Modalitätswechsel hin zur Möglichkeit (und weg vom Entschluss) erkennen. Das Temporaladverb *später* zeigt den aktuellen frühen Zeitpunkt im Bezugskomplex an und verweist auf einen Zeitpunkt in Frau Schulters Genesung, der nach dem „mal Anschauen", das zuvor in Aussicht gestellt wurde, zu lokalisieren ist. Wieder wird auch Kontinuität und, mit der Perspektive auf ein mögliches gemeinsames Vorhaben, Gemeinsamkeit hergestellt (*könn ma (...) machen*). Am Ende des Beitragsteils produziert Grabner, durch das leichte Krächzen artikulatorisch das Ende seines Beitrags vorweg nehmend, die Ratifikations-suchende tag-Partikel *ja?*, allerdings bereits in Überlappung mit Frau Schulter, die deshalb nicht darauf reagiert.

In Grabners letztem Beitragsteil, dem Konditionalsatz *Wenn s a bissl besser geht.*, den er wie zuvor das *ja?* leicht krächzend und in Überlappung mit Frau Schulter realisiert, wird nun einerseits die Bedingung für das Eintreten der im vorigen Abschnitt erwähnten

Therapiemöglichkeit genannt, andererseits wird eine lose Verknüpfung zu dem zeitlichen Rahmen hergestellt, der zuvor mit *später* angezeigt wurde. Dieser Beitragsteil hat zwar keinen klaren Referenten (*s* für „es", das hier als „semantische Leerform" zu verstehen ist (Blasch et al. 2010: 257-259).), aus dem Interaktionszusammenhang ergibt sich jedoch, dass Grabner Schulters Allgemeinzustand, ihre Schmerzempfindlichkeit und Beweglichkeit meinen muss.
Dr. Grabner eröffnet nach seinem *possible pre-closing* in Fl. 142 also zwar für sich noch einmal das Thema der therapeutischen Möglichkeiten für die Patientin, tut dies aber in einer Form, die ihn das Thema gleich wieder abschließen lässt, also eher eine unverbindliche Zukunftsperspektive als eine Themeninitiative mit interaktivem Verhandlungsspielraum darstellt.

Frau Schulter reagiert auf Grabners beendigungsimplizierende Äußerung, indem sie ihr Hauptanliegen im Gespräch, die Aussicht auf Wiedererlangung von Mobilität, thematisiert: *Ja, und wann darf ich dann mit Krücken gehen?* Sie formuliert nach dem *Ja*, das als ratifizierender Anschluss an Grabners voriges Äußerungssegment gesehen werden kann, eine explizite Frage. Die Position dieses Beitrags im Interaktionsverlauf lässt auf ein *unmentioned mentionable* schließen, das jedoch, streng nach der Definition von Schegloff und Sacks (1973), nicht in Form einer Frage auftreten kann. Die Antwort auf diese Frage ist hingegen jene Information, die Frau Schulter noch fehlt, um das Gespräch einvernehmlich beenden zu können. Diese Information ist sozusagen – aus Sicht der Patientin – das *unmentioned mentionable* Grabners, das er aufgrund der von Schulter aufgebauten konditionellen Relevanz nun thematisieren muss.
Dr. Grabners Antwort verweist nach dem kurzen Textplanungssignal *Äh* zunächst auf den Operationsbericht: *steht eh da.* Diese knappe elliptische Konstruktion, die Grabners unmittelbar folgende Bewegung hin zum Bericht am Tisch vorwegnimmt, steht zunächst in einem krassen Missverhältnis zu Frau Schulters großer Involviertheit und ihrem Nachdruck bezüglich dieses Themas. Sein Griff zur Mappe, das Öffnen und Blättern darin spiegeln jedoch nonverbal ein „Wieder-Aufmachen" des Gesprächs wider.
Die Partikel *eh* in Grabners Turnkonstruktionseinheit verweist auf bereits etabliertes Gesprächsmaterial und weist in diesem Zusammenhang Schulter darauf hin, dass sie die von ihr geforderte Information bereits hat beziehungsweise haben sollte, ihre Frage aus Grabners Sicht also nicht unbedingt berechtigt ist. Mit der Nähe-indizierenden Lokaldeixis *da* (die im österreichischen Deutsch Sprechernähe wie -ferne anzeigen kann) richtet er den Fokus auf den Operationsbericht, dessen Inhalt Frau Schulter ebenfalls bekannt sein sollte, wie Grabner zu meinen scheint.
In schnellem Anschluss setzt Dr. Grabner zu einem weiteren, etwas informativeren Verweis an: *Eigentlich is da gstanden, zwei Wochen oder so, im Operationsbericht, (oder)?* Diese komplexe

Turnkonstruktionseinheit besteht aus vier Segmenten. Das erste Segment ist der metasprachliche Matrixsatz *Eigentlich is da gstanden*, dessen Geltungsrahmen durch die Modalpartikel *eigentlich* eingeschränkt wird. Die Satzkonstruktion im Perfekt lässt sich wohl auf das vergangene Lesen Grabners des Operationsberichts zurückführen und wird durch die Lokaldeixis *da* unterstützt, die hier eher Sprecherferne anzeigt. Das zweite Segment ist wieder elliptisch und beinhaltet neben der von Frau Schulter eingeforderten Information (*zwei Wochen*) die Wendung *oder so*, die hier generell Vagheit anzeigt. Ob diese Vagheit aus Grabners Unsicherheit im Memorieren der Information resultiert oder aus einer unklaren Formulierung im Operationsbericht, lässt sich zunächst nicht eruieren. Als drittes Segment formuliert er den Nachsatz *im Operationsbericht* und konkretisiert damit die Lokaldeixis *da*. Das letzte Segment seiner Äußerung ist die schwer verständliche tag-Frage *oder?*, ein ratifikationssuchendes Element, das nun tatsächlich eine gewisse Unsicherheit auf Grabners Seite anzeigt.
Dr. Grabners gesamte Äußerung beantwortet zwar, wenn auch etwas vage, vordergründig Frau Schulters Frage, er geht jedoch in keiner Weise emotional auf ihr Anliegen ein, obwohl sie hier bereits das vierte Mal, wenn auch implizit, ihren Wunsch nach baldiger Mobilität thematisiert. Grabners mangelhafte Anliegensbearbeitung im Verlauf der Interaktion verhindert also den zuvor von ihm initiierten Gesprächsabschluss.

Noch während Grabners Äußerungsende produziert Frau Schulter den Beginn eines Ja-Aber-Formativs: *Ja, aber ich war jetz dort anschauen, und er hat gsagt, es wird so zirka ein, zwei Wochen (sein)* ... Das nicht akzentuierte *Ja* als erster, minimaler Teil der Konstruktion fungiert eher als Bezugsmarkierung denn als Zustimmung zu Grabners Äußerung (vgl. Kallmeyer 2007). Mit diesem Beitrag rechtfertigt Frau Schulter gewissermaßen ihre zuvor geäußerte Frage, die von Grabner ja auch tendenziell als nicht berechtigt behandelt wurde. Sie bezieht sich hiermit auf die Aussage eines anderen, zu Beginn des Gesprächs schon erwähnten Arztes, der von *ein, zwei Wochen* Dauer bis zur Verwendung von Krücken gesprochen habe. Im Weiteren bringt sie die optimistischen Ausführungen dieses Arztes noch weiter ein, um schließlich von Dr. Renner in ihrem Anliegen ernst genommen zu werden, indem dieser ihr das soeben beschlossene therapeutische Vorgehen nochmals erklärt und auch nahe legt.
Mit der eben besprochenen Sequenz der Anliegensetablierung durch Frau Schulter und anschließender Anliegensbearbeitung vor allem durch Dr. Renner bewegen sich die Interaktant/inn/en nochmals vollständig aus der von Dr. Grabner initiierten *closing section* hinaus.

3.3.1.2 Zusammenfassung

Nachdem alle für ein Erstgespräch erwartbaren Punkte abgehakt sind und die Patientin mit allen Informationen für den Therapiebeginn versorgt, also bereit ist, institutionell eingebunden zu werden, produziert Dr. Grabner zwei deutliche beendigungsindizierende Gliederungen und die Thematisierung einer vagen Zukunftsperspektive. Mittels einer formelhaften Äußerung, die die thematische Entwicklung bezüglich der weiteren Vorgehensweise für Frau Schulter in diesem Moment für vorerst beendet erklärt, einer vorsichtigen Prognose für das zukünftige therapeutische Vorgehen sowie der Nennung der Bedingung für das zuvor genannte Szenario bewegt sich Grabner weiter interaktiv Richtung Beendigung und konstituiert gleichzeitig – wenn auch schwach und unverbindlich, da explizite Verweise auf folgende Gespräche fehlen – das aktuelle Gespräch als erstes aus einer Reihe (oder zumindest als eines, dem noch weitere Nachfolgen).

Von besonderer beziehungsdynamischer Relevanz ist Grabners Konditionalsatz *Wenn s a bissl besser geht.,* der gewissermaßen den springenden Punkt in der Interaktion zwischen Grabner und Frau Schulter markiert: Hier zeigt sich die Perspektiven- und Erwartungsdivergenz zwischen Grabner und Schulter. Grabner weiß aufgrund seines Expertentums, dass es zunächst einmal gilt abzuwarten und den Genesungsprozess zu beobachten, bevor größere therapeutische Maßnahmen gesetzt werden können. Frau Schulter hingegen agiert aus ihrem Leidensdruck heraus und prescht mit ehrgeizigen – und aufgrund ihrer körperlichen Verfassung schlichtweg verfrühten – Wünschen hinsichtlich ihrer Beweglichkeit und Belastbarkeit hervor. Ihr Krankheitsmanagement ist zum Zeitpunkt des Gesprächs noch nicht so weit fortgeschritten, dass sie Distanz zu ihrer Situation herstellen und dadurch die unhintergehbare Reihenfolge im Genesungsprozess sehen könnte. Dementsprechend thematisiert sie in dieser von Grabner initiierten ersten Beendigungsphase zum wiederholten Mal ihr Anliegen (ironischerweise in Überlappung mit Grabners Konditionalsatz, wodurch ihr dieser zwangsläufig entgeht). Da eine schnelle Themenbeendigung aufgrund der interaktiv deutlich markierten hohen Relevanz für Frau Schulter nicht möglich ist, ist das Verlassen der *closing section* logisch. Als Aussicht auf eine (gemeinsam) herzustellende Zukunft bleibt das Thema jedoch beendigungsimplizierend.

3.3.1.3 Schmerzbewältigung und Beendigung des Gesprächs

Die in der Folge zu bewältigende Aufgabe der Anliegensbearbeitung wird von Dr. Renner übernommen, der Frau Schulter nun nochmals das Therapievorhaben (niederschwellig) erklärt. Sie nimmt diese Bearbeitung an, äußert aber ihre Enttäuschung über ihren voraussichtlich längeren Weg bis zur Mobilität, wodurch sie die Relevanz der Thematik

nochmals unterstreicht. Dr. Renner zeigt sich verständnisvoll, mahnt Frau Schulter jedoch zur Geduld.

Nach der gelungenen Anliegensbearbeitung Renners setzt Frau Schulters Begleiterin ihre einzige Inititiative im Interaktionsverlauf: Sie fragt nach der Häufigkeit der verordneten Therapie. Adressat ist nun wieder Dr. Grabner, der die Frage kurz beantwortet und dann nochmals zum Thema Schmerzlinderung zurückkehrt (das erste Mal sprechen er und Frau Schulter im Rahmen der Therapieentscheidung darüber, Fl. 107-131), indem er das Auflegen von Topfen als geeignetes Hausmittel für Frau Schulter erwähnt. Daraufhin entspinnt sich eine kurze Sequenz zur Behandlung von Entzündungen mit Kühle, innerhalb derer Schulter eine weitgehend unbearbeitete Thematisierung ihrer Schmerzursache beziehungsweise Schmerzintensität setzt. Da es an dieser Stelle nicht das erste Mal im Gespräch ist, dass sie diese für ihr hohes Schmerzempfinden relevanten Aspekte relativ ausführlich thematisiert, sind diese mehrmaligen Initiativen und Ausführungen als ihre persönlichen Strategien zur Schmerzbewältigung und des Schmerzmanagements zu sehen.

Schulter ist hier also sichtlich noch mit der Plausibilisierung ihrer Schmerzen beschäftigt, während Grabner sich schon einen Schritt weiter befindet und mit dem Beharren auf der Lösung für Schulters Problem das Thema beendet und damit die nächste Gelegenheit herstellt, eine Beendigungsphase zu eröffnen[30].

[170]

	..	453	454455
Re [v]		12:50	Ja?
Re [nv]		*sieht Schu kurz an.*	*nimmt Mappe,*
Gr [nv]		*Augenkontakt zu Schu.*	
Schu [v]	es kann genau dort sein, wo die drei Muskeln	zam kommen, (ja)? ((	
Schu [nv]		*hält drei Finger der linken Hand ausgestreckt,*	
Be [nv]		*sitzt leicht vorgebeugt, sieht wechselweise Schu*	

[171]

	.. 456	457	458
Re [v]			
Re [nv]	*sieht Mappe an.*	*sieht kurz Gr an, dann Schu.*	
Gr [v]		Ja.	
Gr [nv]	*nickt.*		*weiter Augenkontakt zu Schu.*
Schu [v]	)).		Drum tut s so weh.
Schu [nv]	*zeigt damit auf Oberarm, Schulter und Nacken; Blickkontakt zu Gr.*	*senkt linken Arm.*	*weiter Augenkontakt zu Gr.*
Be [nv]	*und Re bzw. Gr an, dann wieder nach unten; wippt ein wenig vor und zurück; ist wenig involviert.*		

[30] Bei der Analyse dieser Passage verdanke ich viele wichtige Hinweise Marlene Sator und Luzia Plansky.

[172]

	.. 460	461 462	463 464
Re [nv]	*Blick wieder auf Mappe. nickt leicht.*	*Blick auf Mappe, blättert darin.*	
Gr [v]	Und bei Entzün dung is Kühle immer gut.		Ja? • • •
Gr [nv]	*Augenbrauen hochgezogen.*		*wendet sich*
Schu [v]		Hm̀hḿ	
Schu [nv]		*wendet sich leicht von Gr ab, nickt leicht. Blick*	
Be [nv]			

[173]

	.. 465	466	467	468	469
Re [v]		Okay?			
Re [nv]	*schließt Mappe.*	*wendet sich Schu zu. Blick zu Schu.*			
Gr [v]	Okay?				
Gr [nv]	*Re zu. in Richtung Re.*	*wendet sich Schu zu, sieht sie an.*		*nickt.*	*weiterhin*
Schu [v]			Ja. •	(Und der Zettel liegt jetz da	
Schu [nv]	*Richtung Re.*	*nickt leicht.*	*Blick Richtung Re.*	*wendet sich wieder Gr zu, Blickkontakt zu Gr, rollt*	
Be [nv]				*Blick auf Schu.*	

[174]

	.. 470	471 472	473	474
Re [v]		Ja,		
Re [nv]	*steht auf.*			*geht zur Türe.*
Gr [v]		Zettel liegt draußen am Schalter sieben,		und da machen Sie
Gr [nv]	*Augenkontakt zu Schu.*	*wendet sich nickend ab, Blick Richtung Tisch.*		*fährt auf Hocker ein Stück weg*
Schu [v]	draußen.)			
Schu [nv]	*leicht mit Rollstuhl weg von Tisch.*	*wendet sich Be zu, rollt noch weiter weg.*		*nimmt Sackerl von Be, bereitet*
Be [nv]		*Blick auf Gr.*	*beginnt, sich auf Verlassen des Raums vorzubereiten (beugt sich*	

[175]

	.. 475	476
	13:00	
Re [nv]		
Gr [v]	jetzt auch die Thera pien aus, ja?	
Gr [nv]	*von Schu, Richtung Re, Blick wieder Richtung Schu.*	*dreht sich auf Hocker Schu zu, fährt noch ein Stück von ihr weg,*
Schu [nv]	*sich zum Verlassen des Raums vor, kein Blickkontakt.*	
Be [nv]	*ein wenig hinunter, gibt Schu Sackerl etc.).*	*kurzer Blick zu Gr.*

[176]

	.. 477 478	479	480
Re [nv]	*öffnet beide Türflügel.*		
Gr [v]	((2s))	Gut.	Auf
Gr [nv]	*sieht Schu an.*	*sieht Schu lächelnd an, rückt wieder etwas näher. hebt rechte Hand Richtung Schu (Grußhand).*	*steht*
Schu [v]	Ja,		
Schu [nv]			
Be [nv]	*wendet sich wieder Vorbereitungen zu, kein Blickkontakt.*		*steht*

[177]

	.. 481 482
Re [nv]	*verlässt den*
Gr [v]	Wiedersehn! Alles
Gr [nv]	*schnell mit ausgestreckter Hand auf, Blickkontakt zu Schu. Hände schütteln (Blickkontakt unklar: außerhalb des*
Schu [v]	(Wiedersehn)˙
Schu [k]	*leise*
Schu [nv]	*Blickkontakt zu Gr. Hände schütteln*
Be [nv]	*auf, Jacke in der Hand, Blick nach unten (suchend, kontrollierend); ist mit Zusammenräumen beschäftigt.*

[178]

	.. 483 484 485 486
Re [nv]	*Raum.*
Gr [v]	Gute! Wieder sehn! • •
Gr [nv]	*Bildes). streckt Be Hand hin. Hände schütteln (Blickkontakt unklar: außerhalb des Bildes). geht*
Schu [nv]	*wendet sich wieder Vorbereitungen zu (Sackerl etc. nehmen bzw. am Schoß positionieren), rollt sich wieder*
Be [v]	Wieder sehn!
Be [nv]	*streckt etwas verzögert Gr Hand hin. Hände schütteln, Blick Richtung Gr, kein Augenkontakt. nimmt*

[179]

	.. 487
Gr [v]	Sso. ‿(Jetzt ham ma noch…)
Gr [nv]	*zur Tür, berührt mit rechter Hand Rollstuhlgriff, als wollte er Schu beim Hinausfahren unterstützen.*
Schu [nv]	*ein Stück weg vom Tisch. Blick zu PM, rechte Hand und Sackerl am Schoß,mit linker Hand dreht sie sich weiter*
Be [nv]	*Jacke, hängt sich Tasche um, Blick Richtung Schu, macht einen Schritt Richtung Schu bzw. Türe.*
PM [v]	Darf ich Sie

[180]

	.. 488 489
Gr [v]	
Gr [nv]	*verlässt den Raum.*
Schu [nv]	*Richtung Türe bzw. Richtung PM.*
Be [nv]	*fährt mit Tätigkeiten fort, Blick Richtung PM.*
PM [v]	noch ganz kurz begleiten und Ihnen ein paar Fragen

[181]

	.. 490 491
	13:12
Schu [v]	Jă
Be [nv]	
PM [v]	stellen?
[nn]	*Ende der Aufnahme*

Auf Anlass von Dr. Grabners Empfehlung, ihre Entzündung mit Kühle zu lindern, nahm Frau Schulter zuvor eine Themenverschiebung vor, indem sie zwar von ihrer starken Entzündung spricht (und erneut auf den anderen Arzt referiert: *er hat gmeint*, Fl. 167), dabei aber die Außergewöhnlichkeit und Intensität der Entzündung hervorhebt. Quasi als Konsequenz formuliert sie, vermutlich noch jenen Arzt zitierend, die Schlussfolgerung *Drum tut s so weh.* Frau Schulters unvermittelte Themenverschiebung und diese explizite Formulierung markieren die hohe Relevanz dieses Themas für sie. Die Eigenschaftsdeixis *so* bedarf an

dieser Stelle auch keiner weiteren Explikation, denn Schulter wies ja schon vielfach auf ihre starken Schmerzen hin.

Grabner geht auf Frau Schulters Themenverschiebung beziehungsweise Anliegensdarstellung, wie auch beim Anliegen der Mobilität, nur peripher ein: *Und bei Entzündung is Kühle immer gut.* Die von Schulter rekapitulierte Schmerztheorie wird von Grabner hier weder reformuliert noch explizit ratifiziert, was den Anschein erweckt, er würde diesen Schmerzbewältigungsversuch Schulters ignorieren. Statt einer expliziten Verstehens- und Verständnisbekundung schließt er also das Thema ab, indem zur Zusammenfassung seiner vorigen Ausführung zur Entzündungsbehandlung zurückkehrt.

Die kopulative Konjunktion *Und* erzeugt lokale Kohärenz zu Frau Schulters Äußerung, während es sich bei dem Beitrag um eine pointierte Reformulierung seines früher geäußerten Fazits aus Fl. 166f (... *wenn das warm is und s gschwollen is und ma gibt Kühle drauf, dann is das gut.*) handelt. Die prägnante, unpersönliche Formulierung sowie das Temporaladverb *immer* machen diesen Beitrag zu einer Art universell anwendbaren Merksatz. Nach Schulters Relevanzhochstufung ihres Schmerzerlebens ist diese lösungsorientierte Haltung interaktiv als Relevanzrückstufung zu sehen, die wiederum funktional hinsichtlich des sich abzeichnenden Gesprächsendes ist. Grabner wendet an dieser Stelle also ein Beschwichtigungsverfahren an, das er mit dem Hochziehen seiner Augenbrauen noch akzentuiert. Gerade diese Geste impliziert, dass er Schulters Anliegen verstanden hat, macht aber auch deutlich, dass er diese thematische Ebene nicht zu prozessieren bereit ist und, anstatt eine Anliegensbearbeitung vorzunehmen, eine Problembearbeitung im Sinne einer physikalisch-therapeutisch orientierten Herangehensweise vorzieht. Wieso Grabner so konsequent eine Anliegensbearbeitung ablehnt und umgeht, bleibt unklar. Es wäre möglich, dass eine emotionsorientierte Bearbeitung des Themas „Schmerzbewältigung“ und somit ein stärker beziehungsorientiertes Eingehen auf die Patientin einfach nicht mit seiner Agenda für dieses Gespräch vereinbar ist[31].

Frau Schulter ratifiziert Dr. Grabners Äußerung positiv mit dem fallend-steigenden Hörersignal *Hm`hm´* und einem gleichzeitigen leichten Nicken. Angesichts der starken themenbeendigenden Implikation von Grabners voriger Äußerung und auch aufgrund deren semantischen Gehalts – der ja auch aus LaiInnen-Sicht nicht zu bestreiten ist – bietet sich Schulter keine andere Möglichkeit als zu ratifizieren. Die Endgültigkeit der von Grabner elizitierten (gesprächsorganisatorisch durchaus einvernehmlichen) Themenbeendigung und damit Besiegelung der aus Schulters Sicht wohl unzureichenden Anliegensbearbeitung zeigt

[31] Dass Grabner sehr wohl dazu in der Lage ist, das emotionale Erleben von Patient/inn/en zu erfassen und darauf einzugehen, zeigt sich im Gespräch mit Herrn Knie (Kap. 3.4.2).

sie nonverbal an, indem sie sich während der Realisierung ihrer Ratifikation von Grabner abwendet und mit leichter Verzögerung zu Renner blickt.
Grabners *Ja?* kann an dieser Stelle als Gliederungsangebot gesehen werden. Möglicherweise aufgrund von Schulters nonverbal angezeigter Distanzierung während ihrer ersten Ratifikation soll eine neuerliche, eventuell explizitere positive Ratifizierung bei Frau Schulter elizitiert werden.
Seine zweite fragende Gliederung (*Okay?*) richtet Dr. Grabner an Dr. Renner. Es scheint, als würde Grabner hier noch kurz Rücksprache halten oder Renner den *floor* noch für etwaige *unmentioned mentionables* anbieten wollen, bevor er das Gespräch zu Ende bringt. Renner gibt den *floor* quasi weiter an Frau Schulter, indem er Grabners fragende Gliederung, an Schulter adressiert, wiederholt. Diese Frage legt Frau Schulter wiederum eine positive Ratifizierung nahe (die ihre Begleiterin mit einem leichten Nicken bereits vorweg nimmt), nach welcher der einvernehmliche Gesprächsabschluss vollzogen werden kann.

Frau Schulter realisiert im Anschluss an Dr. Renners fragende Gliederung die positiv bewertende, an Renner adressierte Stellungnahme *Ja.* Damit drückt sie explizit Zustimmung aus, wo kein propositionaler Gehalt expliziert wurde, aber vage beispielsweise das Angebot der Ärzte im Raum steht, das Thema zu beenden und das Gespräch hier zu gliedern oder gar im Sinne eines *possible pre-closings* zu beenden.
Grabner ratifiziert Schulters Ratifikation, indem er, ihr zugewandt, nickt.

Wie sich in der Folge herausstellt, schließt Frau Schulter tatsächlich den themenorientierten Teil des Gesprächs ab, um mental nun den Interaktionsraum zu verlassen. Sie wendet sich mit einer Themen(re-)etablierung an Grabner: *Und der Zettel liegt jetz da draußen.* Mit diesem Redebeitrag vollzieht Schulter den Übergang in die *closing section*. Syntaktisch schließt sie mit der Konjunktion *Und* an die vorige Sequenz und stellt so lokal Kohärenz her, inhaltlich zeigt sich, dass sie auf früher im Gespräch etabliertes, aber noch nicht hinreichend bearbeitetes Material zurückgreift und dieses, trotz der deklarativen Äußerungskonstruktion, erfragt.[32]
Die sprechernahe Temporaldeixis *jetz* weist auf einen aktuellen Sachverhalt hin, die in diesem Fall sprecherferne Lokaldeixis *da (draußen)* lenkt den Fokus hingegen aus der Interaktionssituation hinaus. Die mentale Bewegung, die Frau Schulter hier vollzieht, unterstreicht sie, indem sie sich in ihrem Rollstuhl ein Stück vom Tisch entfernt. Sie beginnt also die physische Bewegung hinaus aus dem Interaktionsraum (und hin nach *da draußen*) noch während ihrer thematischen Initiative und wendet sich so, mental wie physisch, der

[32] In Fl. 30-33 ist ein Zettel an der Leitstelle bereits kurz Thema, und auch in Fl. 139f war schon indirekt die Rede von Zetteln am Schalter, doch die genaue Vorgehensweise wurde Frau Schulter noch nicht mitgeteilt.

Tätigkeit zu, die sie unmittelbar nach der Interaktion erwartet. Damit macht sie den ersten Schritt in die Beendigungsphase dieses Gesprächs[33].
Das von Schulter etablierte Thema des administrativen Vorgehens ist stark beendigungsimplizierend, einerseits weil es auf nach der Interaktion zu geschehendes verweist, andererseits weil Frau Schulter diese Informationen schlichtweg noch fehlen, sie also diese Anweisungen und Orientierungen *braucht*, um überhaupt in den vereinbarten Therapieplan einsteigen zu können. Auch wenn alle medizinischen Details geklärt sind, kann dennoch erst nach dem Abhandeln dieses Themas die Interaktion beendet werden (vgl. zur Funktionsweise von Institutionen Abschnitt 2.2). Es kann also als klassisches *closing topic* nach Schegloff und Sacks (1973) bezeichnet werden.

Beide Ärzte reagieren nun zustimmend. Dr. Renner, der sich nach Schulters Themenetablierung erhebt und damit parallel zur Patientin den Interaktionsraum auflöst, bestätigt Schulters Annahme mit einem leicht verzögerten, leicht steigend intonierten *Ja*. Dr. Grabner wiederholt eine etwas konkretisierte Version von Schulters eben explizierter Annahme und nennt den nächsten behandlungsrelevanten Schritt dazu: *Zettel liegt draußen am Schalter sieben, und da machen Sie jetzt auch die Therapien aus, ja?*
In der ersten Äußerungseinheit reformuliert Grabner zunächst nickend die Äußerung Frau Schulters, ersetzt aber ihre Lokaldeixis *da* mit der konkreten Lokalangabe *am Schalter sieben*. In der zweiten Äußerungseinheit vollführt er mental die gleiche Bewegung wie zuvor Schulter, indem er das sprecherferne *da* (das hier auf die Konkretisierung *am Schalter sieben* referiert) mit dem sprechernahen *jetzt* kombiniert. Diese Äußerungseinheit scheint das bevorstehende Ende noch stärker zu antizipieren als bisherige Äußerungen, da Frau Schulters Begleiterin, die bisher bis auf ihre Initiative in Fl. 158 eher unbeteiligt wie neben dem Gespräch saß, hier ebenfalls beginnt, physisch den eben vollzogenen Eintritt in die *closing section* zu indizieren: Sie beginnt, ihre Sachen zu packen, gibt Frau Schulter ein Sackerl und bereitet sich allgemein auf das Verlassen des Raums vor.

Die kopulative Konjunktion *und* in Dr. Grabners Äußerung verstärkt auf syntaktischer Ebene den Kontakt zwischen der ersten und der zweiten Äußerungseinheit, der auch intonatorisch gegeben ist, und verdeutlicht so die mentale Bewegung zum *Schalter sieben*. Die Temporaldeixis *jetzt* erfährt hier eine kontextbedingte semantische Erweiterung, da sie sich ja nicht auf den aktuellen Zeitpunkt im interaktiven Geschehen beziehen kann, sondern auf einige Momente oder auch Minuten nach ihrer Realisierung bezogen wird. Mit dieser

[33] Es zeigt sich hier eine Parallele zu den Beobachtungen von Harren/ Raitaniemi (2008), nach welchen das Interaktionsende in zwei Phasen ausgehandelt wird (s. Kap. 2.3.2). Frau Schulter markiert den Eintritt in Phase 2, in der es gilt, gemeinsam den Zeitpunkt für die Verabschiedung herzustellen.

semantischen Dehnung gelingt Grabner ein Weiterkommen am Weg zur Gesprächsbeendigung. In der Formulierung *da machen Sie jetzt auch die Therapien aus* expliziert er den nächsten Schritt im Behandlungsablauf und plant gewissermaßen die Zeit von Frau Schulter und deren Begleiterin direkt nach dem Gespräch. Das Adverb *auch* ist etwas unklar zu bestimmen, vermutlich hat es jedoch mit dem Zettel zu tun, der zusätzlich zur Vereinbarung der Bewegungstherapie *am Schalter sieben* geholt werden muss. Grabner beginnt an dieser Stelle, wie zuvor Schulter, zur mentalen die räumliche Bewegung, indem er auf seinem Hocker ein Stück von Schulter wegfährt, um sich ihr dann, mit ein wenig Distanz, wieder zuzuwenden. Grabner steigt damit als letzter Interaktionsteilnehmer in das allgemeine Auflösen der Situation ein.
Die letzte Äußerungseinheit in Dr. Grabners Redebeitrag, die tag-Partikel *ja?*, fordert Frau Schulter zur Bestätigung seines Plans im Sinne einer Vereinbarung auf. Diese Bestätigung folgt sofort mit dem *Ja,* das Frau Schulter während ihrer laufenden Vorbereitungen zum Verlassen des Raums realisiert, ohne Grabner dabei anzusehen. Dies deutet auf niedrige Relevanz beziehungsweise auf wenig neuen Informationsgehalt der Äußerung für die Patientin hin, was auf das zuvor bereits teilweise angeklungene administrative Prozedere zurückzuführen ist und eventuell auch auf eine gewisse Institutionenerfahrung Frau Rückens hindeutet.

Die nun folgende zweisekündige Sprechpause wird von allen Beteiligten genützt, um das tatsächliche Interaktionsende einzuleiten. Dr. Renner, der den gemeinsamen Interaktionsraum schon aufgelöst und sich zur Tür bewegt hat, öffnet beide Türflügel, damit Frau Schulter mit ihrem Rollstuhl durchfahren kann. Renners Handlung ist als starkes Indiz für die fortschreitende Aufhebung des Interaktionsraums zu sehen – tatsächlich öffnet Renner ja mit den Türflügeln den physisch manifesten Behandlungsraum, gewissermaßen um die Patientin auf den Gang der Abteilung und so aus der Rolle der aktuell zu betreuenden Patientin zu entlassen.
Dr. Grabner sieht Frau Schulter höflich lächelnd an[34] und rückt auf seinem Hocker wieder etwas näher zu ihr hin, wie um sich für die Verabschiedung anzubieten. Frau Schulter und ihre Begleiterin sind weiter mit dem Packen ihrer Sachen beschäftigt.

Aufgrund der vielfältigen nonverbalen Aktivitäten lässt sich hier ein *floor offering*, das eine Pause von zwei Sekunden ja sein könnte, gänzlich ausschließen. Ein *unmentioned mentionable* einzuführen, wäre an dieser Stelle durch den bereits aufgelösten Interaktionsraum und die schon nahezu aufgelösten Interaktionspositionen der Beteiligten problematisch und dementsprechend untypisch. Vielmehr handelt es sich bei dieser Pause

[34] Zum Lächeln am Beginn und Ende von Interaktionen vgl. Schwitalla (2001: 328).

um ein kurzzeitiges Anhalten der Gesprächsaktivität zum Zweck des Ausgleichs von verbalen und nonverbalen Abschlusshandlungen, die einander auf diese Weise angeglichen werden können.

Noch während sich Frau Schulter und ihre Begleiterin physisch auf die bevorstehende Verabschiedung vorbereiten, äußert Grabner die Gliederung *Gut.* Dieses *Gut.* könnte aufgrund seiner fallenden Intonation und der vorangehenden Sequenz zwar als *possible pre-closing* gesehen werden, aufgrund seiner Position in der bereits laufenden Beendigung muss jedoch von einem *pre-closing* gesprochen werden. Da Grabner während dieser Gliederung Frau Schulter seine Grußhand hinstreckt, könnte es auch eine deiktische Funktion übernehmen und Schulter, die ja gerade mit der Vorbereitung auf das Verlassen des Raums beschäftigt ist, auf die ausgestreckte Grußhand hinweisen.

Gleich im Anschluss daran initiiert Grabner, weiterhin Frau Schulter anblickend, den Austausch der Verabschiedungen: *Auf Wiedersehn!* Er steht dabei schnell auf, was gerade im Gegensatz zum Aufstehen von Schulters Begleiterin, die sich mit ihrer Jacke in der Hand und dem Blick suchend nach unten gerichtet vergleichsweise langsam erhebt, entschlossen und auch etwas ungeduldig wirkt.
Frau Schulter, die für die Verabschiedung von Grabner wieder Blickkontakt zu ihm aufnimmt, erwidert erwartungsgemäß sowohl das verbale Terminalsignal (wenn auch verkürzt, leise und eher tonlos) als auch das nonverbale, das Hände Schütteln. Nach Grabners Erweiterung seiner Verabschiedung mit dem Wunsch *Alles Gute!* wendet sie sich wieder dem Zusammenpacken zu.
Dr. Renner verlässt inzwischen den Raum. Da er ja die raumorganisatorische Aufgabe des Öffnens der Türflügel übernommen hat, ist es denkbar, dass er sich am Gang – und damit auch außerhalb der Aufnahme – von Frau Schulter und ihrer Begleiterin zu verabschieden vorhat, um im Anschluss daran die Türflügel wieder zu schließen.

Als nächstes streckt Dr. Grabner Frau Schulters Begleiterin seine Hand hin und elizitiert damit ihr Terminalsignal *Wiedersehn!* und ihre Erwiderung seiner nonverbalen Handlung. Während er in Überlappung mit der Begleiterin seine Verabschiedung äußert, kommt es zum Hände Schütteln der beiden. Sie blickt dabei zwar in seine Richtung, sieht ihm aber nicht in die Augen (Grabners Blickverhalten kann hier nicht berücksichtigt werden, da sein Gesicht durch sein Aufstehen aus dem Aufnahmefeld der Kamera gerückt ist). Danach widmet sich Schulters Begleiterin wieder ihren Vorbereitungen zum Verlassen des Raums.

Grabner äußert nach einer kurzen Pause ein prosodisch markiertes Gliederungssignal (*Sso.*) und in schnellem Anschluss die abgebrochene Äußerung *Jetzt ham ma noch...*, die sich auf weitere Patient/inn/en im Warteraum beziehen könnte. Er geht während dieses Beitrags zur Türe, dreht sich jedoch kurz zurück zu Frau Schulter beziehungsweise zum Griff ihres Rollstuhls an dessen Rückseite und macht Anstalten, den Rollstuhl anders zu positionieren. Dann verlässt er den Raum. Frau Schulter dreht sich inzwischen selbst weiter um ihre eigene Achse, um sich zum Hinausfahren vorzubereiten.
Grabners Verhalten hier ist unklar. Einerseits zeigt er mit seinem Redebeitrag eine Gliederung beziehungsweise auch den Beginn einer neuen Interaktion (eventuell einem Selbstgespräch) an, andererseits wendet er sich Frau Schulter nochmals zu. Denkbar ist, dass er ihr beim Verlassen des Raums hilfreich sein will, aber davon ablässt, weil Frau Schulters Begleiterin anwesend ist und diese Aufgabe übernehmen kann.

3.3.1.4 Zusammenfassung

Als Reaktion auf Frau Schulters Darstellung ihrer Schmerzursache und damit verbundenen hohen Schmerzintensität schließt Dr. Grabner den Kreis mit einer prägnanten Reformulierung seines vorher schon etablierten Behandlungsprinzips (*bei Entzündung is Kühle immer gut.*). Diese abrupte Verschiebung der thematischen Ebene ist beziehungsdynamisch heikel, da er einerseits nicht auf die offensichtliche emotionale Belastung Frau Schulters eingeht und andererseits mit der Wiederholung des Behandlungsprinzips eine implizite Anweisung zur Selbstbehandlung gibt, so die Selbstverantwortung Frau Schulters in der Linderung ihres Leidens herausstellt und sich in seiner ärztlichen Rolle aus dem Problem zurücknimmt. Dementsprechend schwach fällt die – an dieser Stelle interaktionsdynamisch erwartbare – Ratifizierung Frau Schulters aus. Nach dem wechselseitigen Anbieten und Weiterreichen des Rederechts, das dem endgültigen Abschluss des thematisch orientierten Gesprächsteils dient, den Frau Schulter schließlich auch vollzieht, setzt sie multimodal den ersten Schritt in die *closing section* beziehungsweise in die zweite Aushandlungsphase der *closing section* (vgl. Harren/ Raitaniemi 2008). Sie erfragt ein bis dato noch nicht hinlänglich geklärtes organisatorisches Detail und beginnt gleichzeitig, die Interaktionssituation aufzulösen, indem sie mit ihrem Rollstuhl ein Stück vom Tisch wegfährt. Während Grabner noch in aller Kürze die fehlende organisatorische Information nachreicht, findet ein allgemeines Aufstehen, Zusammenpacken etc. statt.
Die Initiierung des Austauschs der Terminalsignale erfolgt schließlich von Grabner, der gleich danach metakommunikativ seine nun verminderte Zugänglichkeit anzeigt und letztlich auch vor Frau Schulter den Behandlungsraum verlässt.

3.3.2 Frau Hand

Das Setting und die Sitzordnung für das Erstgespräch mit der Patientin Frau Hand sind die gleichen wie für alle anderen im Rahmen dieser Arbeit untersuchten Gespräche (vgl. Kap. 3.3.1, 3.4.1, 3.4.2). Anwesend sind neben Frau Hand das bereits bekannte Ärzteteam bestehend aus Dr. Grabner und Dr. Renner sowie eine Projektmitarbeiterin. Das Gespräch dauert insgesamt 7 Minuten und 22 Sekunden.

Die etwa vierzigjährige Frau Hand ist Spitalsangestellte und kommt in ihrem Dienstgewand und ohne persönliche Habseligkeiten in den Raum. Der Grund für ihren Besuch an der PMR ist ein seit wenigen Tagen auftretendes Kribbeln in der linken Hand. Nach der Gesprächseröffnung durch Dr. Renner schildert die Patientin ihre Beschwerden. Primärer Gesprächspartner ist hier Dr. Grabner, der nach der ersten Beschwerdeerhebung auch die körperliche Untersuchung durchführt. Unmittelbar darauf, nach ca. 3 Gesprächsminuten geht Grabner zur Diagnosemitteilung über. Er nennt zwei mögliche Ursachen für Frau Hands Beschwerden: eine muskuläre und eine von Knochengewebe ausgehende Einengung von Nerven. Darauf folgt eine Reihe administrativer Tätigkeiten Grabners und Renners, die teilweise von Interaktion der beiden in kollegial-vergnügtem Unterton begleitet werden. Frau Hand ist daran weitgehend unbeteiligt.
Renners Frage *Und wos moch ma?* (Fl. 60) initiiert die Phase der Therapieplanung und -entwicklung – ohne Beteiligung der Patientin. Renners Sprechen in das Diktiergerät markiert nur wenige Sekunden später auch schon die Fixierung des therapeutischen Vorgehens (Fl. 62f). Offenbar antizipiert Grabner die Aufmerksamkeit und das Verstehen der Patientin bezüglich des Austausches der beiden Ärzte in der vorigen Sequenz, da er ohne weitere metakommunikative Hinweise das Vorgehen im Rahmen der Therapie mit stereodynamischem Strom für sie erläutert, damit die Therapieplanung abschließt und dazu übergeht, Frau Hand über das Beschlossene zu informieren. Diese Phase und damit auch der Teil des Gesprächs, in dem medizinisch Relevantes ausgehandelt beziehungsweise fixiert wird, wird eher schleichend nach gut 6 Gesprächsminuten beendet, indem sich die beiden Ärzte wieder mehr in administrative Dinge vertiefen (Fl. 74), die zweifelsohne notwendig sind für eine erfolgreiche physikalische Therapie im AKH, aber jedenfalls das Ende einer interaktiven Aushandlungsphase mit der Beteiligung Frau Hands indizieren. Danach werden nur noch zwei organisatorische Details auf Initiative von Frau Hand geklärt und das Gespräch beendet.

3.3.2.1 Kontrastive Betrachtung der Erstgespräche

Die wohl auffälligste Differenz bei den Gesprächen „Frau Schulter“ und „Frau Hand“ liegt bei den Patientinnen selbst. In Frau Schulter und Frau Hand treten gänzlich unterschiedliche

Typen von Patient/inn/en zutage. Während Schulter ihre Schmerzen kaum fassen kann und dementsprechend die Intensität der Schmerzen interaktiv zu bewältigen sucht (s. Kap. 3.3.1), ist das Beschwerdebild Frau Hands mit weit weniger Leidensdruck verbunden. Damit korreliert das Ausmaß der Hilfsbedürftigkeit der beiden Frauen: Schulter sitzt im Rollstuhl, darf ihren rechten Arm nicht bewegen und wird vermutlich aufgrund dieser Immobilität von ihrer Mutter begleitet. Hand hingegen ist nicht nur durch ihre Beschwerden praktisch gar nicht in ihrer Bewegungsfreiheit eingeschränkt, sondern kann sich als AKH-Angestellte buchstäblich anders in der Institution bewegen und erhält auch von den Ärzten, vor allem von Dr. Renner, den Status der Kollegin, was ihr noch mehr Freiraum verschafft, wie sich an der Thematik des Röntgens zeigt.[35]

Ironischerweise sind die Vorteile genau umgekehrt verteilt, wenn es um das Patient/inn/en-spezifische Institutionenwissen geht: Als chronische Schmerzpatientin verfügt Schulter über mehr Wissen über die Abläufe im AKH und muss beispielsweise nicht nachfragen, als es um die Ambulanzkarte und das Vereinbaren der Therapien am Schalter geht. Frau Hand hingegen ist mit ihren erst wenige Tage bestehenden Beschwerden zum ersten Mal an der PMR, weswegen ihr die Abläufe dort nicht vertraut sind und ihr die etwas kryptische Angabe Renners *Können Sie sich dann abholen.* (Fl. 75) als Handlungsanweisung nicht ausreicht (vgl. Fl. 76/ 77 und Kap. 3.3.2.2). Die bereits vor dem Gespräch bestehende institutionelle Eingebundenheit der beiden Patientinnen – Schulter als Kranke, Hand als Angestellte – differiert also ganz wesentlich und führt zu unterschiedlichen interaktiven Notwendigkeiten und Bedürfnissen.

Die institutionelle Eingebundenheit (als Patientin) ist letztlich das, was in den beiden Erstgesprächen gefestigt beziehungsweise konstituiert wird. Im Gegensatz zu den Beobachtungen vor allem von West (2006) (s. Kap. 2.3.2) kommt es in den Gesprächen mit Frau Hand und Frau Schulter nicht beziehungsweise kaum zur Konstitution eines auch nach der aktuellen Interaktion aufrechten Arzt-Patientinnen-Verhältnisses. Die wenigen Indikatoren, die auf ein bevorstehendes gemeinsames „Etwas“ im Sinne einer ärztlichen Begleitung der physikalisch-medizinischen Therapie hindeuten, beziehen sich bei genauerem Hinsehen auf die gesamte Institution[36]. Für Frau Hand wird allerdings eine andere Form der Gemeinsamkeit schlagend, nämlich die der Arbeitskollegenschaft, die

[35] Zur Diagnosesicherung wird ein Röntgen angeordnet (Fl. 30-32 und 47-49). Nach Frau Hands Frage, ob sie dieses im AKH machen lassen solle, zeigt sich Renner kollegial engagiert, indem er ihr anbietet, ihn anzurufen, falls es organisatorisch ein Problem für sie sein sollte, sich im AKH röntgen zu lassen (Fl. 51-54).

[36] Bei Frau Schulter wäre so ein Hinweis die Erwägung einer Wassertherapie (Transkript Schulter Fl. 143f), bei Frau Hand die Ankündigung des Röntgens (Transkript Hand Fl. 47f). In beiden Fällen gebraucht Grabner zwar das Pronomen „wir“ (oder die österreichische Variante „ma“), spricht aber als Stellvertreter für die (Teil-)Institution.

Renner ja sehr bemüht ist, herauszustellen. Dadurch erfährt Frau Hand eine Status-Anhebung nicht nur in dem Sinne, dass sie als Institutionsangehörige aus der Masse der Patient/inn/en herausgehoben wird, sondern auch insofern, als sie die internen Arbeitsbeziehungen des hierarchisch höher gestellten Arztes Renner ausnützen darf. Was jedoch die Herstellung eines regulären Arzt-Patienten-Verhältnisses betrifft, indizieren Grabner und Renner in beiden Gesprächen nichts, was auf ein Wiedersehen mit den Patientinnen oder einen an deren Seite zu durchlaufenden Prozess hinweist.
Dies erscheint logisch und nachvollziehbar in Anbetracht der Tatsache, dass die dienstlichen Bedingungen im AKH es sehr unwahrscheinlich machen, dass Patient/inn/en in einer (Spezial-)Ambulanz einige Wochen später noch einmal auf die gleichen Ärzt/inn/e/n treffen. Auffallend ist jedoch allemal das Fehlen jeglicher Orientierung in Bezug auf diese Aussichten hinsichtlich des Arzt-Patienten-Verhältnisses. Es wäre doch zumindest im Rahmen der letzten *closing section* ein Hinweis wie „Sie kommen in ungefähr 5 Wochen zur Kontrolle wieder, dann wird Sie ein Kollege ansehen“ oder ähnliches erwartbar.

In beiden Gesprächen ist auch die Orientierung über das unmittelbar folgende Vorgehen für die Patientinnen mangelhaft. Frau Hand weist Renner nach dessen höchst impliziter Aufforderung, alles weitere am Schalter zu klären, dezidiert auf diesen Informationsmangel und ihre nicht vorhandene Routine diesbezüglich hin (Transkript Hand Fl. 76f), während Frau Schulters Begleiterin die Anzahl der verordneten Therapieeinheiten zu einem Zeitpunkt erfragt, an dem die Therapieplanung und -mitteilung bereits weitgehend abgeschlossen ist (Transkript Schulter Fl. 158). Es bleibt in beiden Gesprächen völlig unklar, wann das nächste Kontrollgespräch vorgesehen ist. Die Aushandlung und Organisation dieses Punktes wird offenbar an das Personal am Schalter oder an die Therapeut/inn/en ausgelagert.

Ebenfalls unklar bleibt in beiden Gesprächen, woraus besagte Bewegungstherapie besteht, die allen vier Patient/inn/en verordnet wird beziehungsweise worden war und offensichtlich integraler Bestandteil des therapeutischen Vorgehens an der PMR zu sein scheint. Die Ärzte erwähnen nicht, welche Übungen dabei gemacht werden, was genau sie bewirken, in welchem Intervall die Einheiten stattfinden etc. Frau Hand bekommt lediglich den Hinweis, die Übungen zu „kriegen“, um sie zu Hause machen zu können (Transkript Hand Fl. 71-73), wohingegen Frau Schulter mit Nachdruck ermahnt wird, zunächst nur mit ihrer Physiotherapeutin an ihrer Mobilität zu arbeiten (Transkript Schulter Fl. 148-152).[37]

[37] Hier zeigt sich erneut die Unterschiedlichkeit der Patientinnen: Während Frau Hand zu einem meines Erachtens verfrühten Zeitpunkt mit dem Thema der Selbstverantwortung konfrontiert wird, muss Frau Schulter förmlich in der Passivität zurückgehalten werden.

Insgesamt kann also von einer Tendenz zur Verschleierung der institutionellen Abläufe (vgl. Menz 1988) gesprochen werden, wobei sich letztendlich all diese Dinge für die Patientinnen „entschleiern“, sobald sie gemäß den Erwartungen an ihre institutionellen Pflichten als Patientinnen agieren. Das heißt, wenn sie der ersten Anweisung folgen, sich an der Leitstelle der Abteilung was auch immer abzuholen, werden nach und nach von verschiedenen Institutionsangehörigen alle Informationen über das weitere Vorgehen nachgereicht werden. Aus dieser Perspektive stellt ein Erstgespräch an der PMR gewissermaßen nur die Übergangsphase in den Patient/inn/en-Status dar, während dieser Status erst mit dem Gang zur Leitstelle tatsächlich eingenommen wird. Der Patient/inn/en-Status und die Einbindung in die Institution werden demnach weitgehend auf einer administrativen und damit eher undurchschaubaren Ebene hergestellt und vollzogen, anstatt durch eine Bindung an die jeweiligen physisch manifesten Ärzte beziehungsweise generell an die „Ärzteschaft“ der Abteilung.

Auch dieser letzte Punkt erscheint logisch, wenn man sich die realen Betreuungs- und Zuständigkeitsverhältnisse an der PMR vor Augen führt. Die Ärzt/inn/en hier fungieren im Grunde als bloße Weichensteller/innen, die Diagnosen stellen und therapeutische Maßnahmen verordnen, jedoch selbst nichts Therapeutisches machen oder anderswie längerfristig mit Patient/inn/en arbeiten. Insofern ist das Fehlen der Herstellung einer Beziehung im Sinne eines Agent/inn/en-Klient/inn/en-Verhältnisses nur konsequent und im Rahmen einer analytischen Betrachtung nachvollziehbar.

3.3.2.2 Die closing sections *des Gesprächs „Frau Hand“*

Das Gespräch mit Frau Hand enthält zwei Beendigungsphasen. Die erste wird vorbereitet durch den Abschluss der Mitteilung Grabners über das weitere therapeutische Vorgehen für Frau Hand.

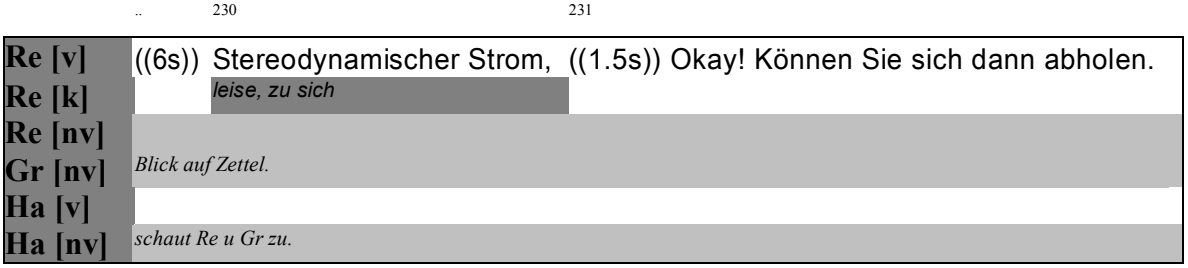
[73]

	.. 218	219	220 221 222
	6:00		
Gr [v]	machen können,	ja? Des is auch ganz wichtig (für nachher).	Dass sie nicht
Ha [v]			Hm̀ hḿ

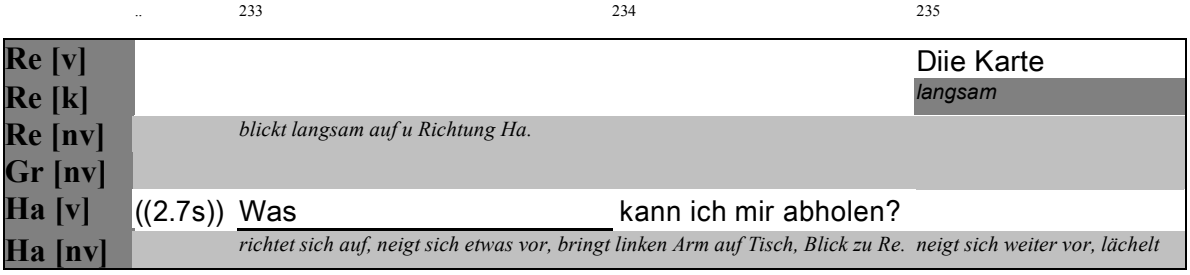
[74]

	.. 223	224 225 226	227 228 229
	6:04		
Re [v]		((4.8s)) (Zehn Mal),	
Re [nv]		*schreibt am PC, Blick auf Bildschirm.*	
Gr [v]	so • (wieder kommen).	((2.2s))	Guu tt,
Gr [nv]		*schreibt per Hand, Blick auf Zettel. legt Stift geräuschvoll weg.*	*hantiert mit Zetteln,*
Ha [nv]		*sitzt ruhig, schaut Re u Gr zu.*	*nickt leicht.*

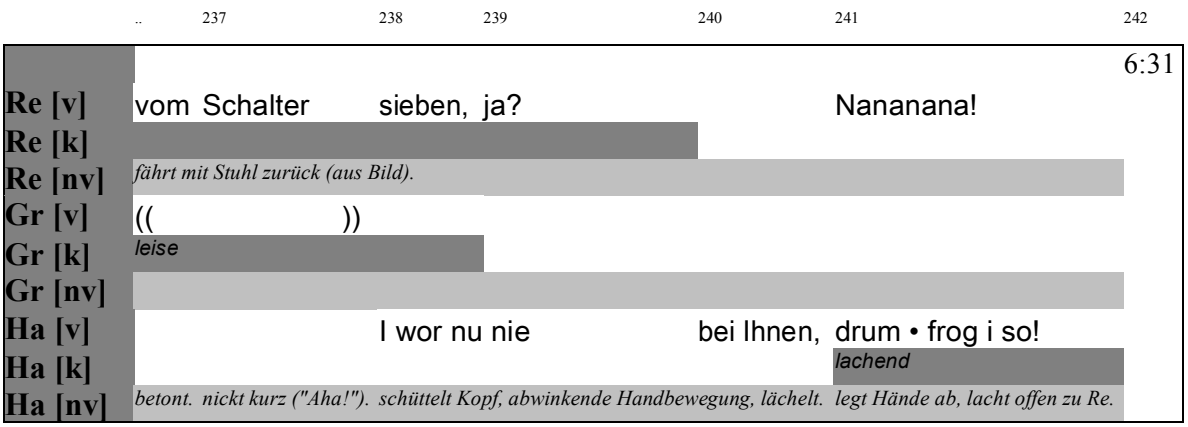
[75]



[76]



[77]



Unmittelbar nach Grabners Äußerung *Dass sie nicht so ((Mikropause)) (wieder kommen).* (Fl. 73f) widmen sich die beiden Ärzte wieder ganz der Erledigung administrativer Dinge (die schon in Fl. 54f begonnen wird). Einige Sekunden und Handgriffe später setzt Renner ein *possible pre-closing* (*Okay!*) und schließt unmittelbar folgend die Handlungsanweisung *Können Sie sich dann abholen.* für Hand an. Diese Äußerung ist stark beendigungsimplizierend, da sie einerseits das Ende aller für ein Erstgespräch typischen (vorbereitenden) Handlungen markiert und andererseits die direkt auf das Gespräch folgende Aktivität Frau Hands benennt, also die Zeitspanne nach der aktuellen Interaktionssituation antizipiert. Dies ermöglicht die mentale Bewegung der Beteiligten aus dem Setting, ist also ein erster Schritt hin zur Auflösung der Interaktionssituation. Da Frau Hand jedoch noch Informationen fehlen, um über ihr weiteres Vorgehen Bescheid zu wissen, initiiert sie gleich darauf das Verlassen der *closing section*, indem sie zunächst implizit, dann explizit ihr Unwissen über die Abläufe an der PMR thematisiert (Fl. 76f). Nach Abhandlung dieses Themas bringt Frau Hand noch einmal das zwar schon früher etablierte, doch ebenfalls nur unzulänglich prozessierte Thema des Vorgehens bezüglich Röntgen aufs Tapet (Fl. 47-54).

Beide Themen sind stark beendigungsimplizierend, wodurch das Abschließen des Aktivitätskomplexes Erstgespräch durch deren Abhandlung nicht unterbrochen sondern vielmehr vorangetrieben wird. Insofern lässt sich sagen, dass streng gesprächsorganisatorisch genommen die erste *closing section* zwar unmittelbar nach ihrer Initiierung wieder verlassen wird, die Beteiligten sich aber jedenfalls weiter im Abschließen aller für dieses Gespräch relevanten Ebenen und Details befinden, die Aktivität des Gestalt-Schließens also gerade auch durch die Prozessierung der beiden Themen fortgesetzt wird. Hier bestätigt sich erneut, wie zuvor schon im Gespräch mit Frau Schulter (s. Kap. 3.3.1.3 und 3.3.1.4), die Beobachtung von Harren und Raitaniemi (2008), dass das Beenden von Interaktionen in zwei Phasen ausgehandelt wird (s. Kap. 2.3.2). Während die erste Aushandlungsphase gewissermaßen von Renner initiiert und unmittelbar darauf von Frau Hand beendet wird, befinden sich die Beteiligten nun schon in Phase 2, in welcher nur noch der Zeitpunkt für den Austausch der Terminalsignale gemeinsam herzustellen ist.

Mit Grabners Übergabe eines Formulars an Frau Hand beginnt die – gesprächsorganisatorisch – zweite und letzte Beendigungsphase des Gesprächs (vgl. Kapitel 4.1).

[85]

	274	275	276	277	278
				7:01	
Re [v]	‿Wenn S nicht dran kommen,	sollen sie	mich	rauspiepsen, ja?	‿Dann ruf ich
Re [k]					
Re [nv]					*sitzt lässig auf Stuhl,*
Gr [v]	)).				
Gr [nv]					*sitzt am Hocker,*
Ha [nv]					*locker auf Tisch*

[86]

	279	280	281	282
Re [v]	oben an.		Ja?	
Re [nv]	*außerhalb des Bildes.*			
Gr [v]			Gut!	
Gr [nv]	*ordnet Zettel.*	*gibt Ha Zettel, Blick zu Ha.*		*lässt Hände auf Tisch fallen,*
Ha [v]	• •	Des wär ganz lieb.	(Ihren), Ihren Namen	
Ha [k]		*leise*		
Ha [nv]	*abgestützt, Blick zu Re, lächelt. nickt kurz, lächelt.*	*nimmt Zettel.*	*neigt sich weiter vor, schiebt Kopf vor,*	

[87]

	283	284	285	286	287
Re [v]		(Es steht		eh drauf).	
Re [nv]		*neigt sich vor, streckt linke Hand aus, zeigt auf Zettel.*			*rollt auf Stuhl weiter*
Gr [v]			(Steht	eh drauf).	
Gr [nv]	*Blick gesenkt. löst überschlagene Beine, fährt mit Hocker etwas zurück, kurzer Blick zu Re.*				*rollt etwas vor, Griff*
Ha [v]	hab ich vergessen,				(Steht eh
Ha [nv]	*Blick zu Re, lächelt.*			*Blick zu Zettel.*	

[88]

	.. 288	289	290	291	292
Re [v]	‿((Nachname2)) is mein Name, tschuldig en Sie, ja?				
Re [nv]	*vor, neigt sich über Tisch.*		*nimmt Zettel von Ha.*	*dreht ihn um.*	*bleibt mit Hand auf*
Gr [v]					Das steht eh
Gr [nv]	*zu Zettel.*		*Blick auf Zettel.*		
Ha [v]	drauf).	Ja?		Bitte.	
Ha [nv]		*gibt Zettel Re.*		*Blick zu Zettel.*	

[89]

	.. 293	294	295	296
Re [v]	((Nachname2)),	ja?		
Re [nv]	*Zettel.*		*Blick zu Ha.*	
Gr [v]	auf (Ihrer) (( )) Karte,			
Gr [nv]			*wippt leicht links u rechts, Blick zu Zettel.*	
Ha [v]	Jo. Gut.		Des heißt, i hol ma jetzt das gelb/ die gelbe Karte	
Ha [nv]	*richtet sich nickend auf, Blick zu Zettel.*		*gestikuliert mit linker Hand.*	*Blick zu Re, gestikuliert*

[90]

	.. 297	298	299	300	301	302	303
Re [v]	Hm̀hḿ		Genau.				
Re [nv]		*gibt Zettel zurück.*		*fährt auf Stuhl zurück.*			
Gr [v]							((1s))
Gr [nv]				*rollt auf Hocker zurück, Blick zu Ha, lächelt.*			
Ha [v]	und geh dann zum Röntgen.			Gut,		danke vümals!	
Ha [nv]	*weiter.*		*akzentuiertes Nicken.*	*nimmt Zettel, Blick zu Zettel, lächelt.*		*Blick zu Gr,*	

[91]

	.. 304	305	306	307	308	309	310	311
Re [v]					Wieder sehn!			
Re [nv]			*steht auf, Hand Richtung Ha.*		*Hände schütteln mit Ha.*			*setzt*
Gr [v]		Wieder sehn!	Alles Gute!					
Gr [nv]		*steht auf.*	*Hände schütteln mit Ha.*	*bleibt stehen.*				*Schritt*
Ha [v]		Dankeschön, wiedersehn!		Danke!		Wieder schaun!		
Ha [nv]	*lächelt.*	*steht auf.*	*Hände schütteln mir Gr.*	*wendet sich Re zu.*	*Hände schütteln mit Re.*			*geht*
PM [v]								((

[92]

	.. 312	313
Re [nv]	*sich, fährt mit Stuhl zurück (aus Bild).*	
Gr [nv]	*zu Tisch, hantiert mit etwas.*	
Ha [v]	Bitte!	
Ha [nv]	*zur Türe (PM folgt).*	
PM [v]	))	
[nn]		*Ende der Aufnahme*

Unmittelbar nach der Zettelübergabe setzt Grabner ein *possible pre-closing* (*Gut!*), während Hand, die gerade im Begriff ist, mit Renner die Thematik um das Röntgen abzuschließen, ein Subthema einführt, um die Voraussetzung dafür herzustellen, dass sie das eben mit Renner

vereinbarte Vorgehen einhalten kann. Sie fragt Renner indirekt nach seinem Namen, was eine Reihe von Kompensationshandlungen vor allem von Renner auslöst (Fl. 87-89).[38]
Mit zwei ratifizierenden Partikeln, die auch als *possible pre-closings* zu sehen sind, schließt Frau Hand auch diese thematische Ebene ab, um in ihrer nächsten Äußerung alle zuvor geklärten Details und somit ihr Vorgehen zu rekapitulieren: *Des heißt, i hol ma jetz das gelb/ die gelbe Karte und geh dann zum Röntgen.* Ein Resümee dieser Art ist, wie in der Literatur beschrieben, typischer Bestandteil von Beendigungsphasen (vgl. Kap. 2.3.2). Schon während Renners Zustimmung segnet sie gewissermaßen ihre Äußerung durch ein akzentuiertes Nicken selbst ab und beendet anschließend mit einer Ratifizierung und dem Aussprechen von Dank das Gespräch. Es folgen nur noch die Terminalsignale und nochmals zwei Dankesbekundungen von Frau Hand.

Insgesamt lässt sich sagen, dass das Gespräch ein hohes Tempo aufweist, und die einzelnen Phasen buchstäblich durchlaufen werden. Gerade wegen der Zusammenarbeit der Ärzte im Team kommt es zu vielen parallelen Aktivitäten, was das Vorankommen in den einzelnen Gesprächsabschnitten noch beschleunigt. Frau Hand bekommt an keiner Stelle das Angebot, sich an der Therapieplanung zu beteiligen oder einfach Fragen zu stellen. Die wenigen Initiativen, die sie dennoch setzen kann, gehen nicht auf *floor offerings* der Ärzte zurück. *Floor offerings*, wie sie in der Literatur beschrieben sind (Kap. 2.3.2), fehlen hier wie auch im Abschlussgespräch mit Frau Rücken gänzlich (vgl. Kap. 3.4.1).

3.3.2.3 Die Rolle des nonverbalen Verhaltens in der Beendigung der Erstgespräche

Auf nonverbaler Ebene zeigen sich bei beiden Erstgesprächen völlig unterschiedliche Dynamiken. Im Gespräch mit Frau Schulter ist vor allem ihr eigenes Verhalten ausschlaggebend für das Eintreten des Interaktionsendes. Frau Hands nonverbale Aktivitäten scheinen hingegen viel weniger Einfluss auf die Interaktion zu nehmen. Hier ist es Dr. Grabner, der nonverbal das Gesprächsende vorwegnimmt, indem er ihr das Formular gibt, das sie für alle weiteren Aktivitäten auf der Abteilung braucht (Fl. 86). Mit dieser Handlung sichert er die Voraussetzung für das Weiterverweisen der Patientin auf der Station, also die aus seiner Zuständigkeit heraus abgeschlossene Vorbereitung des Einbindens Frau Hands in die Institution. Dies wiederum bedeutet, dass zu diesem Zeitpunkt alle Punkte, die ein Erstgespräch auf der PMR ausmachen, abgehakt sind (s. Kap. 4.2). Unmittelbar darauf setzt er eine beendigungs-indizierende Geste, indem er die Hände auf den Tisch fallen lässt,

[38] Frau Hands Frage nach dem Namen unterscheidet sich wesentlich von Herrn Knies Namensfrage. Hier ist sie Teil der Voraussetzungssicherung, dort gehört sie zur Honorierung (s. Kap. 3.4.2). Dass sie in beiden Fällen trotz unterschiedlicher Funktion am Gesprächsende realisiert wird, hängt vermutlich damit zusammen, dass die Frage nach dem Namen ein natürlicherweise kurz abzuhandelndes Thema ist und sich kaum im Sinne eines *topic shading* (Schegloff/ Sacks 1973) in andere Thematiken eingliedern lässt (vgl. Kap. 2.3.2).

dann löst er seine überschlagenen Beine und fährt mit dem Hocker ein Stück rückwärts (Fl. 86f). Er beginnt so, die Interaktionssituation aufzulösen – paradoxerweise fast gleichzeitig mit Renners nonverbalem Re-Involvement, das die aktuelle thematische Entwicklung rund um Renners Namen erfordert (Fl. 87-89). Diese zuwiderlaufenden Beteiligungen lassen sich darauf zurückführen, dass die beiden Ärzte nicht zur gleichen Zeit mit der Patientin sozusagen fertig werden: Renner muss noch administrative beziehungsweise beziehungsrelevante Details klären, als Grabner schon alle medizinisch relevanten Punkte abgeschlossen hat.[39]

Renner geht in seinem Engagement nun so weit, Frau Hand das Formular noch einmal aus der Hand zu nehmen, um ihr zu zeigen, wo darauf sein Name zu finden ist (Fl. 88). Das Zurückgeben dieses Formulars an Hand geschieht erst einige Sekunden später (Fl. 90), nachdem die Namensfrage schon geklärt wurde, und ist daher als aufgrund der parallel laufenden Gesprächsdynamiken verzögert realisierter thematischer Endpunkt zu sehen.
Frau Hand setzt mit ihrem akzentuierten Nicken die finale Ratifizierung und Themenbeendigung und nimmt in der Folge das Formular wieder an sich, womit sie im Besitz aller Informationen ist – ob interaktiv abgehandelt oder ob manifest, in Form dieses Zettels – die sie für ihr weiteres Vorgehen braucht.
Das unmittelbar bevorstehende Gesprächsende zeigen Hand und Grabner nun durch ihr Lächeln an (s. Kap. 4). Einen Moment später stehen die beiden gleichzeitig auf und Schütteln einander die Hände. Das Hände Schütteln von Hand und Renner folgt darauf.

3.3.3 Die Konstitution der Erstgespräche

Wie in Abschnitt 3.3.2.1 ausgeführt wurde, sind wider Erwarten (vgl. West 2006 und Button 1991) kaum Anzeichen zur Herstellung eines aufrechten Arzt-Patientinnen-Verhältnisses in den Erstgesprächen zu finden. Dass die vorliegenden Gespräche aber Erstgespräche sind, zeigt sich nicht nur an deren institutioneller Vor-Kategorisierung, nach welcher immer, wenn ein/e Patient/in zum ersten Mal an einer Station ist, automatisch eine Interaktion des Typs „Erstgespräch“ den Beteiligten zugewiesen und von ihnen geführt wird. Ein Erstgespräch wird *in situ* durch bestimmte typische Aktivitäten konstituiert. Wie sich in Spranz-Fogasys (2005; vgl. Kap. 2.3.1) Beschreibung der Teilphasen eines ärztlichen Erstgesprächs zeigt, sind die Aktivitäten der Beschwerdenschilderung, Beschwerdenexploration, Diagnosestellung, Therapieplanung und Therapieentwicklung typisch und vor allem auch unablässig für die Erfüllung des Zwecks eines Erstgesprächs. Als Teil des Schrittes der

[39] Diese Arbeitsteilung findet sich in unterschiedlicher Ausprägung auch in den anderen beiden Gesprächen mit dem Ärzteteam (s. Kap. 3.3.1 und 3.4.1.).

Beschwerdenexploration ist auf Stationen wie der PMR sicherlich auch die körperliche Untersuchung anzuführen, die sich ja ganz wesentlich von den Aktivitäten davor und danach abhebt, da die Exploration hier vom abstrakten verbalen Informationsaustausch zum konkreten ärztlichen Fragen zu Empfindungen und Anweisungen zu bestimmtem Verhalten wechselt (vgl. Transkript Schulter 50-81 und Hand 14-37). Vor allem aber agieren physikalische Ärzt/inn/e/n in der Handlung der körperlichen Untersuchung genau in ihrem speziellen fachärztlichen Bereich und wenden ihre spezifische Expertise an die jeweiligen Patient/inn/en an.

Da in den beiden Erstgesprächen die Schritte der Therapieplanung und –entwicklung nur von den Ärzten untereinander (oder überhaupt nur mental) und praktisch ohne Rücksprache mit den Patientinnen realisiert werden, kann für die vorliegenden Interaktionen zusätzlich die Teilphase der Therapiemitteilung identifiziert werden. Hier werden die zuvor intern ausgehandelten Planungsprozesse als Erläuterungen oder Anweisungen für die Patientinnen veräußert.[40] Dies macht den begrenzten Spielraum der Patientinnen deutlich, die nicht in die Aushandlung der therapeutischen Maßnahmen einbezogen werden und so kaum die Gelegenheit haben, ein Veto hinsichtlich der zeitlichen Vereinbarkeit dieser Maßnahmen mit ihrem Berufsalltag einzulegen oder deren Abstimmbarkeit mit bereits vorhandenen Freizeitaktivitäten zu besprechen.[41] Die Patientinnen werden aufgrund der internen Planung des Vorgehens regelrecht vor vollendete Tatsachen gestellt. Insofern halte ich den Begriff der Therapie*mitteilung* für angemessen, da er die eindeutige Direktionalität dieser Aktivität indiziert.
Als wesentlichen Teil der Therapiemitteilung an der PMR sehe ich die Orientierung über das weitere Vorgehen der Patient/inn/en auf dieser Abteilung. Obwohl diese Orientierung in den vorliegenden Gesprächen nur mangelhaft von den Ärzten vollzogen oder an andere Stellen ausgelagert wird (s. Kap. 3.3.2.1), passiert doch genau dadurch die Einbindung in die Institution, eine Meta-Aktivität, die für ein Erstgespräch konstitutiv ist.

Anhand der beiden Fallbeispiele Schulter und Hand lassen sich also folgende, zusätzlich zu den von Spranz-Fogasy (2005, s. oben und Kap. 2.3.1) genannten, Bausteine zur Konstitution eines Erstgesprächs in der Teilinstitution PMR nachvollziehen: die körperliche Untersuchung der Patientinnen im Rahmen der Beschwerdenexploration sowie die Teilphase

[40] Diese Phase im Detail für die Gespräche zu isolieren, würde den Rahmen dieser Arbeit überdehnen, weshalb ich lediglich – ohne Anspruch auf Vollständigkeit – auf einige Transkriptstellen hinweisen möchte: im Transkript Schulter 111f, 116-137 und 138-142; im Transkript Hand 63-67, 70-74 und 75.
[41] Frau Hand thematisiert ihr Hobby Nordic Walking (Fl. 68-70), aber denkbar wären auch die Mitgliedschaft in einem Turnverein oder Fitnesscenter etc.

der Therapiemitteilung, die an die Therapieentwicklung schließt und in der die intern ausgehandelten Ergebnisse der vorigen Phase den Patientinnen mitgeteilt werden.
Den Großteil aller genuin ärztlichen Tätigkeiten in den Gesprächen, wie beispielsweise Beschwerdenexploration, körperliche Untersuchung und Diagnostik übernimmt Dr. Grabner.[42] Dr. Renner macht in allen drei Gesprächen Teile der administrativen Aufgaben, was für die Erstgespräche auch das etwas seltsam anmutende Sprechen in das Diktiergerät umfasst, das wahrscheinlich der in der Interaktionssituation zeitlich effizienten Dokumentation der Fälle dient.[43] Außerdem leistet er in den Gesprächen die Gefühlsarbeit im weitesten Sinne, indem er die Anliegen der Patientinnen bearbeitet. Im Gespräch mit Frau Schulter positioniert sich Renner hinsichtlich des Wunsches der Patientin, die Therapie auf einer anderen Station zu machen, sogar als Vermittler zwischen ihr und Grabner (Fl. 138f).
Die Patientinnen scheinen mit ihrer Beschwerdenschilderung lediglich als Impulsgeberinnen zu dienen, die anschließend mehr oder minder den institutionellen Prozessen unterworfen und insofern – etwas überspitzt formuliert – in die passive Rolle der Empfängerinnen von Anweisungen überführt werden. Tatsächlich beschränkt sich der Gestaltungsfreiraum der Patientinnen auf den Beginn des Gesprächs, an dem sie den Grund ihrer Anwesenheit erläutern, und das Ende des Gesprächs, in dem letztlich sie entscheiden, wann sie mit den Vorbereitungen zum Verlassen des Raums beginnen (vgl. Kap. 3.3.1.3, 3.3.1.4, 3.3.2.2 und 3.3.2.3). Selbst wenn die Ärzte schon alle sowohl medizinischen als auch administrativen Aktivitäten abgeschlossen haben, müssen sie in einer mentalen und physischen Haltung der Zugänglichkeit bleiben, bis die Patientinnen die Auflösung der Interaktionssituation initiieren (s. Kap. 4.2).

Die Zuständigkeiten in der Herstellung der beiden Erstgespräche können also folgendermaßen zusammengefasst werden: Die Konstitution eines Erstgesprächs ist von vornherein institutionell festgelegt, wird aber auch zu Beginn der Interaktionssituation vor allem durch die Beschwerdenschilderung der Patientinnen realisiert. Dr. Grabner übernimmt mit der Beschwerdenexploration, der Diagnosestellung, der Therapieplanung und der Therapiemitteilung den Großteil des ärztlichen Handelns. Dr. Renner bringt anhand seiner Anliegensbearbeitungen zusätzliche Aspekte der Beziehungsarbeit in die Gespräche und

[42] Beim Gespräch mit Frau Hand zeigt sich sogar, dass er letztlich die Entscheidung über das therapeutische Vorgehen trifft. Grabner weist hier einen Therapievorschlag Renners erklärend zurück (Fl. 61f), womit kurz – und völlig sanktionsfrei – in einen Lehr-Lern-Diskurs gewechselt wird. Grabners Expertise an der PMR scheint demnach über jener von Renner zu stehen.
[43] Diese Aktivität ist wohl auch deshalb so befremdlich, weil hier in die *frontstage*-Aktivität des Arzt-Patientinnen-Gesprächs kommentarlos die *backstage*-Aktivität der Falldokumentation eingeflochten wird (vgl. Sarangi/ Roberts 1999 und Kap. 2.2.2), die interaktiv allerdings absolut präsent ist und ihrerseits fast wie ein Meta-Kommentar zum Gespräch verstanden werden kann.

verändert diese so hinsichtlich ihrer Modalität. Auf diese Weise koproduzieren die Beteiligten die Erstgespräche mit relativ klar verteilten Rollen.

3.4 Die Analysen der Abschlussgespräche

3.4.1 Frau Rücken

3.4.1.1 Bestätigungen über den Therapieerfolg und „Kontrolle bei Bedarf"

Die Patientin Frau Rücken ist am Ende ihrer physikalischen Therapie angelangt und nimmt ihren letzten Kontrolltermin wahr. Wie auch in den beiden Erstgesprächen aus Abschnitt 3.3 teilen sich die Ärzte Renner und Grabner die Gesprächsführung beziehungsweise die ärztlichen Interaktionsaufgaben.
Die Therapie verlief gut und verhalf Frau Rücken, die einige Wochen zuvor mit Schmerzen wegen eines Bandscheibenvorfalls das AKH aufsuchte, zu Schmerzfreiheit. Ihre Motivation, die so wirkungsvolle Bewegungstherapie zu hause eigenständig fortzusetzen, betont sie mehrmals. Dr. Renner, der während der ersten Minuten mit Frau Rücken spricht, zeigt sich angesichts der erfolgreichen Behandlung und der hohen Compliance der Patientin ebenfalls zufrieden. Dr. Grabner schaltet sich erst ins Gespräch ein, als sein Kollege Frau Rücken schon fast verabschiedet. Er mahnt sie nun eindringlich zur eigenständigen Weiterführung ihres Übungsprogramms, was angesichts der Engagiertheit Frau Rückens durchaus seltsam anmutet. Tatsächlich reagiert sie darauf mit großer Offenheit, indem sie zwar ihren Willen aber auch ihre Zweifel thematisiert, für den Rest ihres Lebens (sie ist zum Zeitpunkt der Aufnahme 38 Jahre jung) kontinuierlich das Übungsprogramm weiterzuführen. Daraus entspinnen sich weitere Mahnungen, aber auch Entschärfungen vor allem durch Dr. Renner, der sich Frau Rücken gegenüber generell um einen lockeren, jovialen Umgangston bemüht, was die Interaktion, gerade auch in der Beendigungsphase, erheblich beeinflusst.

Das Setting des Gesprächs unterscheidet sich von den bisher beschriebenen Gesprächen nicht wesentlich, wie das folgende Standbild aus der Videoaufnahme zeigt:



Am linken Bildrand befindet sich Frau Rücken, in der Mitte Dr. Grabner und am rechten Bildrand sitzt Dr. Renner. Dieser positioniert sich meist schräg zum Tisch, dafür aber deutlich in Richtung der Patientin. Er rollt immer wieder ein Stück rückwärts und damit aus dem Bild. Frau Rücken sitzt auf einem herkömmlichen Stuhl am vorderen Teil der Sitzfläche. Sie lehnt sich während des ganzen Gesprächs nicht zurück. Ihre Tasche ist in der linken unteren Bildecke zu sehen, eine Jacke hat sie nicht bei sich. Die Beobachterin sitzt rechts neben der Kamera und kommt, außer kurz zu Beginn und am Ende des Gesprächs, nicht ins Bild.
Die Gesprächszeit beträgt insgesamt 7 Minuten und 6 Sekunden.

Anders als bei Petzhold (2003) scheint im Gespräch mit Frau Rücken das bevorstehende Therapieende kein explizit problematisches Thema zu sein beziehungsweise wird es bewusst von Dr. Renner als unproblematisch und beinahe freudig inszeniert. Renner platziert seine diesbezügliche Äußerung an der ersten möglichen Stelle im Gesprächsverlauf, nach der gegenseitigen Begrüßung.

[1]

	0	1	2	34	5
Re [v]		(Oba do ham ma doch) die physikalische Thera pie am Ende, oder?			
Gr [v]	Grüß Gott!				

[2]

	..	6	7	8	9
Gr [v]		Hm̆			
Rü [v]	Ja,	denk ich schon jedenfalls, al so die…		Ich war bei der Frau	
Rü [k]		*leiser*			*Name*
[nn]			*unklar, ob Re oder Gr*		

Dr. Renners thematischer Einstieg in das Gespräch mit Frau Rücken etabliert bereits den freundschaftlichen Umgangston zwischen den beiden: *(Oba do ham ma doch) die physikalische*

Therapie am Ende, oder? Die adversative Konjunktion *oba* zu Beginn des Gesprächs stellt zusammen mit der Partikel *doch* eine Art Exklamativ-Modus her (vgl. Grammatik der deutschen Sprache 1997: 614f), der durch die Akzentuierung der letzten Silbe in *Therapie* noch unterstrichen wird. Mit der Lokaldeixis *do* (dialektal für „da“) verankert Renner den Deutungshorizont seiner Äußerung in der gegenwärtigen Situation, während er mit dem an dieser Stelle semantisch entleerten Verb *ham* (dialektal für „haben“) und der Personaldeixis *ma* (dialektal für „wir“) die Gegebenheit des Therapieabschlusses in der Weise personalisiert, dass er sich selbst involviert und somit sich als einer der an der Situation Beteiligten definiert. Generell ist die Turnkonstruktionsheinheit *Oba do ham ma doch* eher formelhaft und drückt Nähe, Freundschaftlichkeit und, gerade auch durch den exklamativen Modus, Spontaneität und Herzlichkeit aus.
Die Fortsetzung von Renners Äußerung bildet ihren thematischen Kern (*die physikalische Therapie am Ende*) und wird von der Rückfragepartikel *oder?* abgeschlossen, die weiter zur Herstellung von Nähe beiträgt, indem sie die konditionelle Relevanz der gesamten Äußerung erhöht.
Auffallend an Renners Gesprächseröffnung sind also die betonte Nähe und Involviertheit, die er damit Frau Rücken gegenüber herstellt. Wie oben angedeutet, könnte er die eventuell einem Therapieende anhaftende Problematik (Petzhold 2003) durch seine Freundlichkeit und Herzlichkeit zu mindern oder auszugleichen versuchen.

Mit dieser Gesprächseröffnung trägt Dr. Renner wesentlich zur Konstituierung des Gesprächs als Abschlussgespräch bei. Er kündigt es als solches an beziehungsweise stellt es als Möglichkeit in den Raum, die in den folgenden Minuten mit Frau Rücken auszuhandeln ist. Diese Aushandlung geschieht zum einen über eine Häufung schneller Themenabschlüsse in den ersten Minuten des Gesprächs: Alle Themen, die Dr. Renner initiiert, werden relativ zügig zum Ende gebracht, was dem Gespräch zunächst den Charakter eines letzten „Check-ups“ vor dem Eintritt in eine nächste (Therapie-)Phase verleiht. Zum anderen realisiert Renner an zwei Stellen ratifikationssuchende Deklarativsatzfragen (Spranz-Fogasy 2010)[44]: *Und jetz ham Sie keine Beschwerden.* (Fl. 20) sowie *Und Sie ham jetz auf jeden Fall keine Beschwerden.* (Fl. 36f). Beide Äußerungen stellen mit dem initiativen Konjunktor *Und* lokal Kohärenz zu Renners vorigen Beiträgen her (im ersten Fall eine Ratifikation, im zweiten eine Gliederung), während sie mittels der Temporaldeixis *jetz* den propositionalen Gehalt der Äußerungen direkt in der Gesprächssituation verankern und damit die in beiden Fällen vorangehende schnelle Abhandlung der zu erledigenden Formalitäten kontrastieren. Außerdem haben beide Äußerungen schlussfolgernde Qualität

[44] Für diesen Hinweis danke ich Marlene Sator.

hinsichtlich der von Frau Rücken und Dr. Renner implizit prozessierten Darstellung ihrer Genesung[45].
Frau Rücken reagiert in beiden Fällen klar verneinend, einmal mit einem deutlichen Kopfschütteln, dann mit einem zwar leicht verzögerten, doch ausrufenden *Nein!* (Fl. 37). Sie ratifiziert also Renners Deklarativsatzfragen gemäß seinen Erwartungen – und gemäß der Notwendigkeit für ihren Therapie- bzw. Behandlungsabschluss im AKH. Die Konstitution des, aus formaler Perspektive, Kontrollgesprächs als Abschlussgespräch wird demnach entscheidend von Renners Schlussfolgerungen und Frau Rückens eindeutigen Ratifizierungen vorangetrieben.

In diesen ersten Gesprächsminuten lassen sich noch zwei subtilere beendigungsrelevante Äußerungen finden, die beide von Dr. Renner realisiert werden. Im Rahmen seines „Check-ups“ äußert er an zwei Stellen Vorbeendigungen, die einerseits jeweils ein neues Thema initiieren beziehungsweise eine Themeninitiierung vorbereiten und andererseits auf das bevorstehende Gesprächs- und Therapieende verweisen.
Die erste Vorbeendigung befindet sich in Fl. 21f und ähnelt aufgrund der leiseren Artikulation einem lokalen Segment eines Selbstgespräch: *Aber irgendetwas wollt ich da jetz noch schlau...* Nach einem gedehnten Hörersignal und einer kurzen Pause produziert Renner auch die Konjunktion *Aber* gedehnt. Dieser adversative Anschluss indiziert einen Übergang vom zuvor betont freundschaftlichen Themenabschluss durch eine Evaluation mit gesprächsbeendigungs-relevanten Implikationen hin zu einer Fortsetzung des Erledigens von Detail-Abhandlungen, die für den Therapieabschluss notwendig sind. Der intonatorisch quasi „zurückgezogene“ Äußerungsteil *irgendwas wollt ich da jetz noch schlau...* verweist auf eine Art To-do-Liste, den Gesprächsplan, auf den Renner sich bezieht, wobei sein Ansatzpunkt vorerst unklar bleibt und er lediglich metakommunikativ fest hält, dass an dieser Stelle *irgendetwas* zu erledigen sei. (Im Folgenden expliziert Renner den Ansatzpunkt seines Gedankens: *Ja, wegen Röntgen!* So benennt er das angekündigte Detail und initiiert die nächste Abhandlung.)
Mit der Konstruktion in der ersten Person im Präsens, dem Modalverb „wollen“ sowie der Aneinanderreihung der Personal- (*ich*), Lokal- (*da*) und Temporaldeixis (*jetz*) gewährt Renner Einblick in seinen aktuellen kognitiven Prozess: Er sucht in diesem Moment nach dem interaktiv abzuhandelnden Detail. Die Gradpartikel *noch* verweist, wie in Abschnitt 2.3.3 ausgeführt, auf einen späten Zeitpunkt in der Bezugsaktivität und zeichnet diese Äußerung somit als Vorbeendigung aus. Die elliptische Konstruktion und das etwas unklare *schlau* (ich vermute, es handelt sich hier um einen Versprecher Renners und es sollte eigentlich

[45] Nachdem Renner es zuvor ja unterließ, wie es in einem Kontrollgespräch zu erwarten wäre, nach dem Befinden der Patientin zu fragen, muss er seine vermuteten Schlussfolgerungen absichern, indem er sie explizit zur Ratifikation „frei gibt“ (vgl. Spranz-Fogasy 2010).

„schauen“ heißen) lassen eine weiter gehende Analyse dieses Segments nicht zu, dessen vorbeendigender Charakter ist jedoch bereits an dem realisierten Teil klar erkenntlich.

Die nächste vorbeendigende Aktivität wird gleich im Anschluss an die Aushandlung rund um das Röntgen von Renner gesetzt: *Uund ah wegen der Entzündungswerte, ham Sie das noch kontrollieren lassen oder...* (Fl. 31f) Nach der leicht verzögerten Herausstellung des Themas formuliert Dr. Renner eine Frage an Frau Rücken und geht damit einen Punkt weiter in seiner To-do-Liste. Wieder zeigt die Gradpartikel *noch* an, dass die Aktivität, auf die Renner sich bezieht, schon eher fortgeschritten ist. Allerdings ist die Referenzaktivität hier nicht die laufende Interaktion sondern die therapeutische Betreuung Frau Rückens im AKH. Insofern ist diese Äußerung nicht eine Vorbeendigung in dem Sinne, dass dadurch über die aktuelle späte Position im Gesprächsverlauf orientiert wird, sondern sie antizipiert das Ende der physikalischen Therapie Frau Rückens im AKH und trägt damit zur Herstellung des Gesprächs als letzte Kontrolle, als Abschlussgespräch bei.
Die elliptische Konstruktion beziehungsweise die Initiierung eines dann nicht realisierten zweiten Frageteils durch die Konjunktion *oder* lässt sich vermutlich darauf zurückführen, dass Renner hier nach einer stark dispräferierten Option fragen würde, zumal er selbst ja davon ausgeht, dass die Entzündungswerte kontrolliert wurden, wie sich aus dem unmittelbar folgenden Gesprächsverlauf schließen lässt. Beide Varianten, das Kontrolliert-haben-Lassen und das Nicht-kontrolliert-haben-Lassen, wie gleichberechtigt nebeneinander zu stellen, würde die Relevanz der ersten Variante herabsetzen.

Nach Frau Rückens Thematisierung ihres weiteren Therapie-Vorhabens, die sie im Anschluss an ihre Beteuerung, die Bewegungstherapie auch zu hause zu machen, realisiert (Fl. 37-41), und nach Ratifizierungen durch Renner und Grabner (Fl. 41) stellt Renner leicht zögerlich eine Frage an Rücken: *Ahm ((schnalzt)) und brauchen Sie noch was von uns?* An dieser Stelle im Gesprächsverlauf und auch aufgrund der Formelhaftigkeit erhält die Frage gewissermaßen finalen Charakter. Das offene Angebot, das Renner hier formuliert, deutet auf eine letzte Gelegenheit hin, die ganze thematische Bandbreite an medizinischen Anliegen aufzumachen, die Frau Rücken hier noch einbringen könnte. Zudem stellt Renner mit dieser spezifischen Formulierung den Aspekt von Dienstleistung, also den gleichberechtigten, partnerschaftlichen Aspekt der Beziehung zu – wie es hier scheinen mag – *seiner* Patientin Frau Rücken heraus.
Während *und* als koordinierender Anschluss zum vorher Gesagten fungiert, leistet *noch* wieder die Orientierung in Bezug auf die laufende Aktivität. Ob hier der Gesprächs- oder der Therapieabschluss als Referenzaktivität im Vordergrund steht, bleibt unklar. Vermutlich fallen

beide Ebenen hier zusammen, was das beendigungsrelevante Moment der Äußerung noch verstärkt.
Grabners kurzes Lachen ist wohl eine Reaktion auf die Herausstellung des Dienstleistungs-Verhältnisses, die Renner mit seinem Angebot vornimmt.

Interessant ist vor allem auch Frau Rückens Antwort auf Renners Frage. Mit leichter Verzögerung produziert sie zunächst eine klare, auch lauter artikulierte negative Antwort, um diese umgehend mit institutionellen Vorgaben zu rechtfertigen: *Na, mir wurde nur gesagt, ich muss da/ also nach Abschluss der Therapie zur Kontrolle ((Mikropause)) kommen.* (Fl. 43f) Damit manifestiert Frau Rücken interaktiv eine institutionelle Regel, die verlangt, dass die Patient/inn/en den physikalisch-therapeutischen Prozess im AKH mit einem letzten Kontrolltermin abschließen und dadurch ihren Patient/inn/en-Status in dieser Angelegenheit bis auf Weiteres quasi zurücklegen. Frau Rücken setzt hiermit interaktiv den ordnungsgemäßen Abschluss ihrer Therapie relevant und trägt somit explizit zur Konstituierung des Abschlussgesprächs als solches bei.

Die Initiierung der ersten *closing section* zeichnet sich bereits in Fl. 46 ab.

[46]

	.. 195 196 197 198 199 200 201
	3:09
Re [v]	((ea)) Und die Übungen kennen Sie sozusag en, die wurden mit
Re [nv]	*sitzt etwas nach rechts geneigt, stützt linke Hand von sich gestreckt auf Tisch; Blickkontakt zu Rü, ansatzweise Gestik mit*
Gr [nv]	*Blick gerade vor sich auf Bildschirm, (am Bildschirm zu sehen: Gr scrollt Seite auf Bildschirm hinunter).*
Rü [v]	Hm̀ hḿ Ja. Ja,
Rü [nv]	*Blickkontakt zu Re, leichtes Nicken. weiter Blickkontakt zu Re. beginnt starkes Nicken,*

[47]

	.. 202 203 204 205 206
Re [v]	Ihnen besprochen, da fühlen Sie sich sicher,
Re [nv]	*rechter Hand, leichtes Nicken/ Kopfbewegungen während des Sprechens. schließt kurz Augen, wendet Kopf leicht nach*
Gr [nv]	*nickt leicht, Blick weiterhin auf Bildschirm.*
Rü [v]	ja, ja, ja, •
Rü [nv]	*leichter werdend. regungslos, weiter Blickkontakt zu Re.*

[48]

	.. 207
Re [nv]	*rechts (weg von Rü). Kopf Richtung Rü, Blickkontakt zu Rü; zieht Kinn zur Brust, hebt dazu linke Schulter und rechte*
Gr [nv]	
Rü [v]	Ja.
Rü [nv]	*Nicken, leichter werdend.*

[49]

	.. 208	209	210	211	212
Re [v]	Ja?		Na gut! Dann	mach ma	"Kontrolle
Re [nv]	*Hand. Blickkontakt zu Rü.*			*zieht beide Schultern kurz hoch. Blickkontakt zu Rü.*	
Gr [nv]		*Blick weiterhin auf Bildschirm.*			
Rü [v]		Hm̀hḿ			
Rü [nv]			*Blickkontakt weiter zu Re. kurzes schnelles Nicken.*		*kurzer Blick zu Gr (aus*

[50]

	.. 213	214	215	216	217	218	219
Re [v]	bei Bedarf", wie das so schön	heißt bei	uns,	oder?			
Re [nv]						*kurzer Blick zu Gr.*	
Gr [v]			Jâ		Okaŷ	Und wenn s	
Gr [nv]						*dreht sich abrupt*	
Rü [v]		Hm̀hḿ				Hm̀hḿ	
Rü [k]						*leiser*	
Rü [nv]	*Augenwinkel). Blickkontakt zu Re, ansatzweises Lächeln.*	*Nicken.*	*leichtes Nicken, weiter Lächeln.*			*wendet sich*	

[51]

	.. 220	221	222	223
Re [nv]	*Blick zu Rü.*			
Gr [v]	wieder schlechter geht und (S) Probleme habm,	schaun S her,		
Gr [nv]	*Rü zu, Blick zu Rü (Blickkontakt etwas unklar).*	*legt Kopf leicht nach rechts. Kopf gerade.*		
Rü [v]		Hm̀hḿ	hm̀hḿ	
Rü [k]				
Rü [nv]	*abrupt Gr zu, kein Lächeln mehr.*	*Nicken, Blick zu Gr.*		

[52]

	.. 224	225	226
Re [nv]	*kurzes leichtes Nicken, dabei langsamer Augenaufschlag. kaut kurz auf den Lippen, dabei langsame*		
Gr [v]	schaun ma, dass ma wieder was machen	können, aber ((ea)) wichtig is halt die	
Gr [nv]	*Blick weiter zu Rü.*	*wendet sich Bildschirm zu; Blick zu Bildschirm.*	
Rü [v]	hm̀hḿ jā		
Rü [nv]	*sitzt regungslos, weiterhin Blick zu Gr, macht kurz Kaubewegungen.*		

[53]

	.. 227	228	229	230
Re [nv]	*Augenaufschläge; Blick zu Rü, nur kurz zu Gr (aus dem Augenwinkel).*		*weiterhin Blick zu Rü mit langsamen*	
Gr [v]	kont/ diie kontinuierliche	Durchführung • (der)	Bewegungstherapie	halt,
Gr [nv]	*leichte Gestik mit rechter Hand. wendet sich Rü wieder zu.*		*zieht Schultern leicht hoch.*	*Blick*
Rü [nv]				

[54]

	.. 231	232	233	234	235
					3:28
Re [nv]	*Augenaufschlägen; schüttelt rechte Hand spielend (unruhig).*				
Gr [v]	(dass S) die Übungen,	die S	daheim	haben, • gelernt haben, ((ea))	
Gr [nv]	*weiter zu Rü.*		*akzentuierendes Nicken.*		*weiterhin Blick zu Rü, evtl. ohne*
Rü [nv]	*senkt kurz Blick. weiter Blick zu Gr.*				

[55]

	.. 236	237	238	239
Gr [v]	dass S die auch weitermachen, ja?	Ich nehm mal an,	so ein	
Gr [nv]	*ständigen Augenkontakt.*			
Rü [v]	((ea)) Ich	mach		sie auf alle Fälle
Rü [nv]				

Dr. Renner knüpft mit seinem Beitrag inhaltlich an zuvor etabliertes Gesprächsmaterial: *Und die Übungen kennen Sie sozusagen, die wurden mit Ihnen besprochen, da fühlen Sie sich sicher,.* Die dreiteilige Deklarativsatzfrage beginnt mit dem Konjunktor *Und*, der Kontinuität in Bezug auf den bisherigen Gesprächsverlauf und das vorige Thema herstellt. Der erste Äußerungsteil (*Und die Übungen kennen Sie sozusagen,*) wird durch die nächsten beiden Teile (*die wurden mit Ihnen besprochen,* und *da fühlen Sie sich sicher,*) spezifiziert, indem das akzentuierte *kennen* durch ein „besprochen Werden" und „sich sicher Fühlen" näher definiert wird. Die gesamte Äußerung ist insofern suggestiv, als dass Dr. Renner Frau Rücken hier Wissen beziehungweise Erfahrung im Umgang mit den Übungen unterstellt und damit einerseits Frau Rücken die Möglichkeit nimmt, selbst ihre Erfahrungen darzustellen und andererseits ihren Grad an Sicherheit im Umgang mit den Übungen selbst zu beurteilen. Durch die Reformulierung und Spezifizierung der unterstellten Illokution und die dadurch immer neu elizitierte Ratifizierung durch Frau Rücken kann Renner sich über den Wahrheitsgehalt seiner Suggestion versichern. Dies treibt die Abklärung zur Möglichkeit der Therapiebeendigung und insofern auch die vor einer *closing section* notwendige Themenabhandlung voran.
Nach der mehrmaligen, auch nonverbal eindeutigen Zustimmung Frau Rückens zu Renners Äußerung, im Übertragenen auch zum Therapieabschluss, nimmt er mit einer Geste das Ende des Themas – und das Ende der Therapie – vorweg: Er zieht das Kinn zur Brust und hebt gleichzeitig linke Schulter und rechte Hand in der Art, als wollte er sagen „Was soll man da noch machen?" oder „Was will man mehr?" oder auch „Ich kann da nichts (mehr) machen." Diese Geste ist meines Erachtens als durchaus positiv und freundlich Frau Rücken gegenüber zu verstehen. Dr. Renner zeigt ihr damit gleichsam an, dass er nichts mehr für sie tun könne, was im erfreulichen Kontext der Genesung Frau Rückens durchaus wünschenswert ist.

Das nun folgende *adjacency pair* (*Ja?* von Dr. Renner und *Hm`hm´* von Frau Rücken) dient der einvernehmlichen Beendigung des Themas, die Renner zuvor nonverbal ja bereits initiierte und die von Frau Rücken durch ihr beinahe durchgängiges Nicken ratifiziert wurde. Der ebenfalls fast durchgängige Blickkontakt ermöglicht den beiden Interagierenden hier ein besonders intensives Monitoring, was zum glatten Themenabschluss und zur Initiierung der *closing section* an einem so frühen Zeitpunkt im Gesprächsverlauf beiträgt.

Dr. Renner setzt nun mit *Na gut!* (Fl. 49) ein Schlusseinleitungssignal, um anschließend eine Beendigungsphase zu initiieren und so Frau Rücken in Form einer losen Vereinbarung sowohl den Abschluss des Gesprächs als auch den Abschluss der Gesprächsreihe anzubieten: *Dann mach ma „Kontrolle bei Bedarf", wie das so schön heißt bei uns, oder?* Der hier konklusiv gebrauchte Konnektor *Dann* zeigt die Aktivität des Folgerns an, also quasi einen

nächsten Schritt nach dem soeben gemeinsam hergestellten Abschluss der Therapie (Helmer 2011, vgl. auch Harren/ Raitaniemi 2008). Der Beitragsteil *Dann mach ma „Kontrolle bei Bedarf"* ist zwar als gewöhnliche Feststellung formuliert, erhält aber durch die am Ende des Beitrags realisierte tag-Partikel *oder?* Frage-Charakter. Dieser Äußerungsteil ist stark institutionell gefärbt: Der zitierte Patient/inn/en-Status „Kontrolle bei Bedarf" bleibt als institutionell konstruierter Status in der Äußerung verhaftet, indem Dr. Renner seine Feststellung nicht ausformuliert zu einem Satz wie „Dann mach ma **eine** Kontrolle bei Bedarf", der tatsächlich ein gemeinsames „Machen" (*mach ma*) projizieren würde. Im von Renner formulierten Beitrag bleibt das „Machen" jedoch eher auf der Ebene eines Pro-Verbs, das für institutionelle Abläufe wie in Akten notieren oder dem Diktiergerät diktieren etc. steht.

Während Dr. Renner zu seiner Äußerung eine weniger expressive Variante der zuvor realisierten Geste „was kann man da noch machen" vollführt (er zieht die Schultern bei *mach ma* kurz hoch, Fl. 49) und damit erneut seine Zuständigkeit zurückweist, gleichsam abschüttelt, signalisiert Frau Rücken ihre Zustimmung und gewährt auch Einblick in ihr intensives Monitoring der beiden Ärzte: Zunächst hält sie den Blickkontakt zu Renner, um dann, während er seine Schultern hoch zieht, kurz und schnell zu nicken, was man als nonverbale Variante eines Schlusszustimmungssignals deuten kann. Dann blickt sie kurz aus dem Augenwinkel zu Dr. Grabner (gleichzeitig mit Renners *Kontrolle*), der wohl interaktiv merklich (allerdings am Video nicht sichtbar) seine Turnübernahme in Fl. 50 vorbereitet. Danach nimmt Frau Rücken den Blickkontakt zu Dr. Renner wieder auf und beginnt dabei zu lächeln. Aufgrund des begrenzten Aufnahmewinkels der Kamera lässt sich nicht sagen, ob sie hier auf ein Lächeln des Arztes reagiert oder ob alleine der soeben fixierte Therapieabschluss sie zu einem freudigen beziehungsweise freundlichen Lächeln hinreißt. Meines Erachtens kann dieses Lächeln – egal ob responsiv oder initiativ – auf die soeben initiierte Beendigungsphase zurückgeführt werden, da es als freundlich und höflich gilt, eine Interaktion lächelnd aufzulösen (vgl. Schwitalla 2001: 328).

Der zweite Teil von Dr. Renners Beitrag *wie das so schön heißt bei uns* ist eine formelhafte Äußerung, die sich insofern an den vorigen Beitragseil fügt, als dass sie auf die Zitierung der Krankenhaus-internen Bezeichnung für den Patient/inn/en-Status hinweist, der Frau Rücken gerade zugewiesen wurde, und eventuell auch die etwas holprige Verwendung des „machen" erklärt. Das Pronomen *uns* indiziert die Sprecherperspektive und Sprecherzughörigkeit: Renner ist Teil der Institution AKH und spricht aus dessen Perspektive.

Dr. Renner verbleibt (auch nach Grabners Turnübernahme) in seiner legeren Sitzhaltung. Er hält weiterhin den Blickkontakt mit Frau Rücken, die seine Äußerung (vermutlich den Vorschlag der *„Kontrolle bei Bedarf*“) bereits mit dem zustimmenden Hörersignal *Hm`hm´* (Fl. 50) ratifiziert und dabei, immer noch lächelnd, zu nicken beginnt.

Die tag-Partikel *oder?* am Ende von Renners Äußerung stellt nun einerseits eine konditionelle Relevanz für Frau Rücken her, die sie (weiter lächelnd, weiter nickend) mit ihrer zweiten Realisierung des ratifizierenden Hörersignals *Hm`hm´* auch einlöst. Andererseits öffnet Dr. Renner mit der relativ starken Fragefunktion dieses *oder?* auch ein letztes Mal die Möglichkeit für Frau Rücken, in Hinblick auf ihren Therapieabschluss zuzustimmen oder abzulehnen.
Im eben besprochenen zweiten Zustimmungsmarker Frau Rückens (*Hm`hm´*) zeichnet sich ein Wechsel ab: Sie artikuliert diese Einheit leiser als die vorige und wendet sich währenddessen abrupt und ohne Lächeln Dr. Grabner zu. Einerseits verändert sich hier also die Kombination der Interagierenden (von Renner mit der Patientin zu Grabner mit der Patientin). Andererseits verweist Frau Rückens Abbruch des Lächelns auf einen Modalitätswechsel, der wiederum anzeigt, dass das eben noch so kurz bevorstehende Gesprächsende sich wieder ein Stück entfernt hat. Mit diesem Wechsel bleibt die klare Ratifizierung Frau Rückens des von Dr. Renner getätigten Versuchs einer Vereinbarung aus, die allerdings notwendig wäre, um im nächsten Schritt weitere *possible pre-closings* beziehungsweise die Terminalsignale auszutauschen. Dr. Grabner verhindert also durch sein Anzeigen einer Turnübernahme an dieser Stelle nicht nur den *terminal exchange*, sondern schon den eindeutigen Themenabschluss, der dem *terminal exchange* vorausgehen müsste.

Bereits vor Frau Rückens zweitem Zustimmungsmarker *Hm`hm´* schaltet sich Dr. Grabner, weiterhin dem Bildschirm zugewandt, mit einem steigend-fallenden *Ja* und einem ebenso intonierten *Okay* in das Gespräch ein. Grabner formuliert hier Gliederungen, die durchaus auch als Themenabschlüsse zu verstehen sind, und markiert so einen von ihm geplanten Übergang beziehungsweise einen „Ausgang“ aus der *closing section*. Interessant ist hier die Tatsache, dass die Produktion von Themenabschlüssen durch einen bisher kaum beteiligten Interaktanten die gegenteilige Wirkung von Themenabschlüssen durch die aktuellen Beteiligten hat: Äußerungen dieses Typs durch Dr. Renner oder Frau Rücken würden den *terminal exchange* elizitieren, während sie bei Dr. Grabner – wohl auch aufgrund deren „(ein)dringlicher“ Position im Gesprächsverlauf – das Verlassen der Beendigungssequenz bewirken.

Dr. Grabner, der sich mit seinen Diskursmarkern *Ja* und *Okay* gewissermaßen selbst den *floor* geöffnet hat, dreht sich nun abrupt zu Frau Rücken und initiiert den Übergang zu einem

neuen Thema: *Und wenn s wieder schlechter geht und (S) Probleme habm, schaun S her, schaun ma, dass ma wieder was machen können, aber* ((...)) Zunächst produziert Grabner sowohl syntaktischen (mit *Und*) als auch thematischen Anschluss an Dr. Renners Äußerung, genauer an dessen Vorschlag, Frau Rückens Therapieende zu fixieren und ihren Fall nunmehr unter „Kontrolle bei Bedarf" zu kategorisieren. Er stellt also lokale Kohärenz zu Renners Beitrag her. Grabner expliziert gewissermaßen diesen neuen Patient/inn/en-Status mit einer elliptischen wenn-dann-Konstruktion, die von Frau Rücken auch dreimal mit zustimmenden Hörersignalen und einmal mit einem gleich bleibend intonierten *ja* (und durchgängigem Nicken) ratifiziert wird. Mit der adversativen Konjunktion *aber* leitet Grabner allerdings einen Themen- und auch Moduswechsel ein, den Frau Rücken vorerst nicht ratifiziert.

Dr. Renners nonverbales Verhalten während Dr. Grabners Äußerung ist schwer zu deuten. Mit Grabners Reinitiierung einer thematisch orientierten Gesprächsphase (beginnend mit *Und wenn s* ...) blickt Renner kurz zu Grabner, um danach fast durchgehend Frau Rücken anzusehen, die ihrerseits jedoch zu Grabner blickt. Renner verändert seine Sitzhaltung nicht, auffällig sind lediglich ein kurzes, leichtes Nicken als Zustimmung zu Grabners Hinweis, Frau Rücken könne sich „bei Bedarf" auf der PMR wieder therapieren lassen (*schaun ma, dass ma wieder was machen können,* Fl. 52), und das betont langsame Augenzwinkern, das er mit diesem Nicken beginnt und auch darüber hinaus weiterführt. Was Renner mit diesem Zwinkern indiziert, bleibt unklar: Ich denke, er positioniert sich dadurch auf seine individuelle Weise als, möglicherweise leicht distanzierter, Zuhörer – letztlich bewege ich mich damit allerdings im Bereich der Vermutungen und behandle deshalb meine Einschätzung dieses mimischen Spiels nicht als Teil meiner Analyse.

Im weiteren Verlauf von Dr. Grabners Redebeitrag beteuert er die Wichtigkeit der eigenständigen Weiterführung der Bewegungstherapie, was einer Mahnung oder wenigsten einer dringenden Empfehlung gleich kommt. Sein Verhalten wirkt an dieser Stelle etwas befremdlich, da Frau Rücken im bisherigen Verlauf des Gesprächs bereits zweimal von sich aus darauf hingewiesen hat, wie gut ihr die Übungen getan hätten und dass sie dieses Bewegungsprogramm auch ehrlich vorhabe weiterzuführen. Grabners Handeln an dieser Stelle (und auch im weiteren Gesprächsverlauf) ist wohl als eine Art Ausgleich zu Renners schneller Abschlussbereitschaft gegenüber Frau Rücken zu verstehen. Grabner scheint hier jenen Part des ärztlichen Handelns zu übernehmen, der sich eher an medizinischen Relevanzen denn an beziehungsgestaltenden Fragen orientiert. Somit vollzieht er einen Rollentausch einerseits hin zum gesprächsführenden Arzt, andererseits hin zum Vertreter der Institution AKH, der Frau Rücken auf ihren (potentiellen) Patient/inn/en-Status hinweist

und ihr zudem gleichsam als Dienstleistung eine neuerliche Therapie zu einem späteren Zeitpunkt anbietet.

In jedem Fall verhindert Dr. Grabner den Eintritt in die von Dr. Renner und Frau Rücken zuvor vorbereitete *closing section* und bringt, um es mit Schegloff und Sacks (1973) zu formulieren, sein *unmentioned mentionable* aufs Tapet, äußert also bisher ungesagtes Gesprächsmaterial, das durch seine Platzierung vor einer potentiellen *closing section* in einem Abschlussgespräch einigermaßen hohe Relevanz erhält. Diese hohe Relevanz ist auch thematisch gegeben: Eben weil die Interaktion einen institutionellen Therapieverlauf abschließt, der jedoch in der Eigenverantwortlichkeit der Patientin weitergeführt werden soll, muss diese Eigenverantwortlichkeit interaktiv explizit übergeben werden.

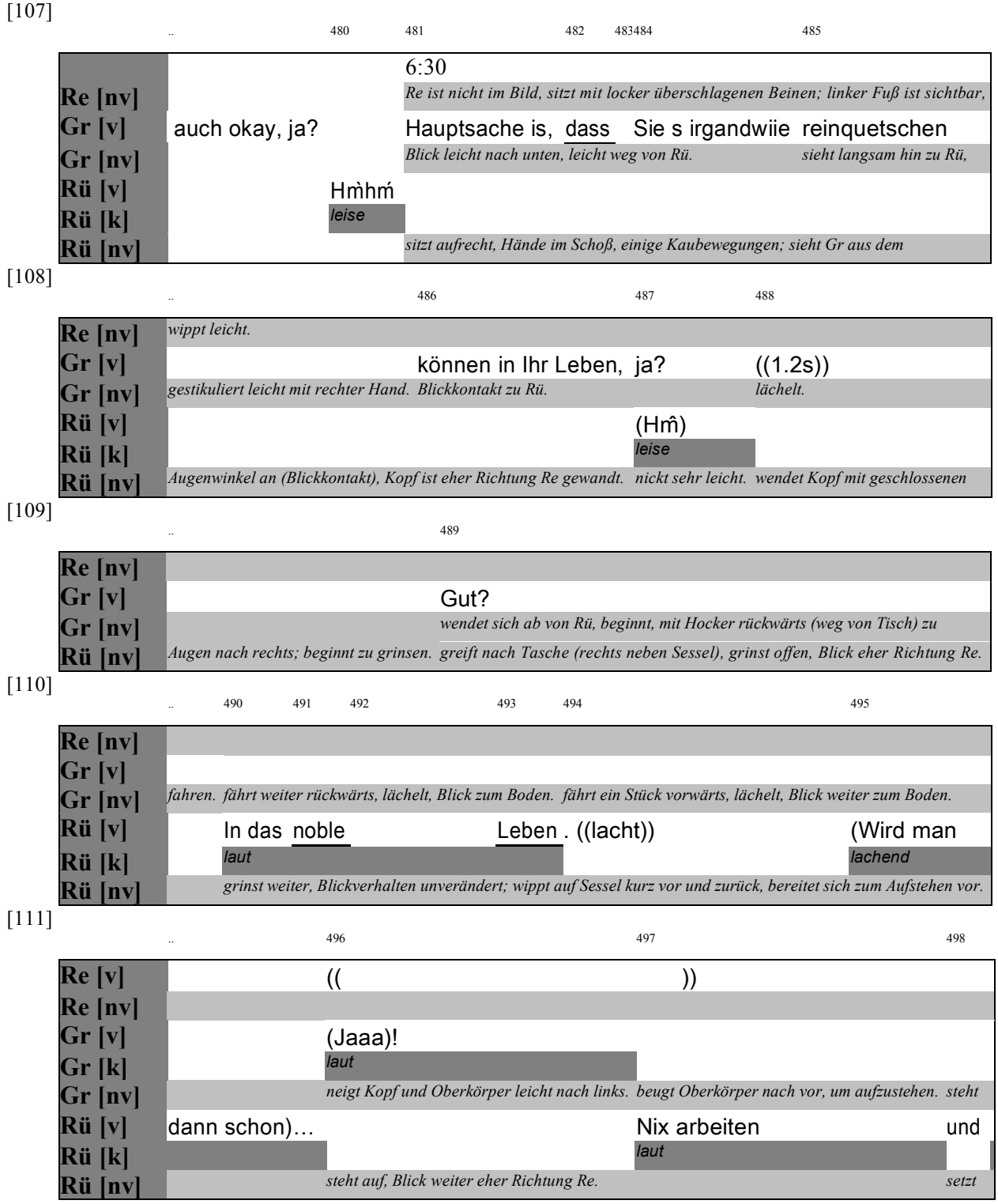
3.4.1.2 Zusammenfassung

Dr. Renner eröffnet das Gespräch, indem er Frau Rückens Abschluss der physikalischen Therapie thematisiert. Dadurch initiiert er den Prozess des Aushandelns darüber, ob dieses institutionell vorgesehene Kontrollgespräch als Abschlussgespräch betrachtet werden kann. Dementsprechend arbeiten Frau Rücken und Renner in den ersten Minuten diese Möglichkeit als Faktum heraus: Renner klärt zügig noch ausständige medizinische und institutionell-organisatorische Details mit Frau Rücken und lässt sich mehrmals die „Schmerzfreiheit“ von ihr bestätigen. Rücken thematisiert von sich aus ihre Zukunftspläne hinsichtlich der Weiterführung der Therapie. Beides trägt zur gegenseitigen Rückversicherung über das Erreichen des therapeutischen Ziels bei (das auch das eigenverantwortliche Handeln der Patientin beinhaltet) und konstruiert so Schritt für Schritt den Gesprächstyp „Abschlussgespräch“.

Mit der Feststellung des Patient/inn/en-Status „Kontrolle bei Bedarf“ durch Renner ist das Abschlussgespräch als solches eindeutig hergestellt. Der Gesprächsteil der institutionell notwendigen Abklärungen ist vorbei und das Gespräch könnte an dieser Stelle von Renner und Rücken einvernehmlich beendet werden. Dr. Grabner verhindert diese frühe Beendigung, indem er eine neue thematische Ebene eröffnet und der Interaktion dadurch einen anderen Modus verleiht. Der bis dahin beziehungsorientierte, fast freundschaftliche Grundton des Gesprächs wechselt in einen strengeren, eher paternalistisch anmutenden Grundton, da Grabner Frau Rücken nachdrücklich daran erinnert, dass ihre Genesung nur von Dauer sein könne, wenn sie selbst konsequent daran weiterarbeite. Der Wechsel auf der thematischen und modalen Ebene wird durch einen Wechsel in der Beteiligtenkonstellation vollzogen, was an unterschiedlichen Zuständigkeiten und/ oder lokalen Zielsetzungen der Ärzte liegen mag. Jedenfalls wird durch diese vielschichtige Verschiebung die Beendigungssequenz verlassen.

3.4.1.3 Eigenverantwortung und Beendigung des Gesprächs

Die nächste Beendigungsphase wird erst drei Minuten später von Frau Rücken nonverbal initiiert.



[112]

	.. 500	501	502 503
Re [v]		Nanananana!	Das hab ich nicht … ah/ no/
Re [k]		*laut*	
Re [nv]			
Gr [v]			
Gr [nv]	*auf.*	*beugt sich zu Tisch (nimmt etwas?).*	*steht gerade, Ausrichtung zum Tisch; Blickrichtung unklar, da Kopf*
Rü [v]	nur	((lacht))	(( ))
Rü [k]	*lachend*		
Rü [nv]	*an, sich Tasche auf linken Unterarm zu hängen.*	*lässt Tasche in rechter Hand, richtet sich Rock; bewegt sich leicht*	

[113]

	.. 504	505 506 507	508 509
Re [v]		Also das hab i nie gsagt. ‿Aber das ah… Im Gegen teil.	
Re [nv]			
Gr [nv]	*außerhalb des Bildes.*		
Rü [v]			
Rü [nv]	*rückwärts (Richtung Türe), Blick weiter Richtung Re.*	*nimmt Tasche mit beiden Händen am Boden der Tasche,*	

[114]

	.. 510 511	512	513 514
Re [v]	‿Glaub ich ziemlich stressig, aber ää hh nicht, na? • Nicht so nobel?		
Re [k]	*leiser*		
Re [nv]			*steht schnell*
Gr [nv]	*wendet sich leicht Rü zu.*		
Rü [v]	Jâ jâ		• • • Ja,
Rü [nv]	*positioniert sich als Hörerin Res. leichtes Nicken.*	*weiter Blick zu Re.*	*dreht sich*

[115]

	..
Re [nv]	*auf, blickt dabei Richtung Rü (lächelt?).*
Gr [nv]	
Rü [v]	
Rü [nv]	*abrupt Richtung Türe, dabei führt sie linke Hand im Halbkreis von unten zum Taschenhenkel (Geste: "nicht so wichtig"*

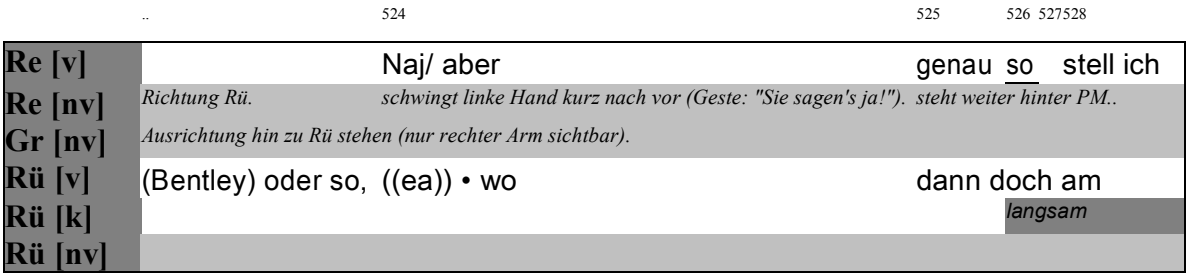
[116]

	.. 515	516	517 518 519
Re [nv]		*schlendert für zwei, drei Schritte sehr langsam Richtung Rü (bzw. ins Bild); wird*	
Gr [nv]	*dreht sich zu Rü bzw. Richtung Türe.*	*geht hinter Rü leicht schlendernd zur Türe.*	
Rü [v]	"nobel",	weiß nicht, so die gewissen Leute schon , die	
Rü [nv]	*oder Art Drüberwischen über Thema).*	*bewegt sich Richtung Türe, lässt linke Hand nach unten sinken, sodass sie*	

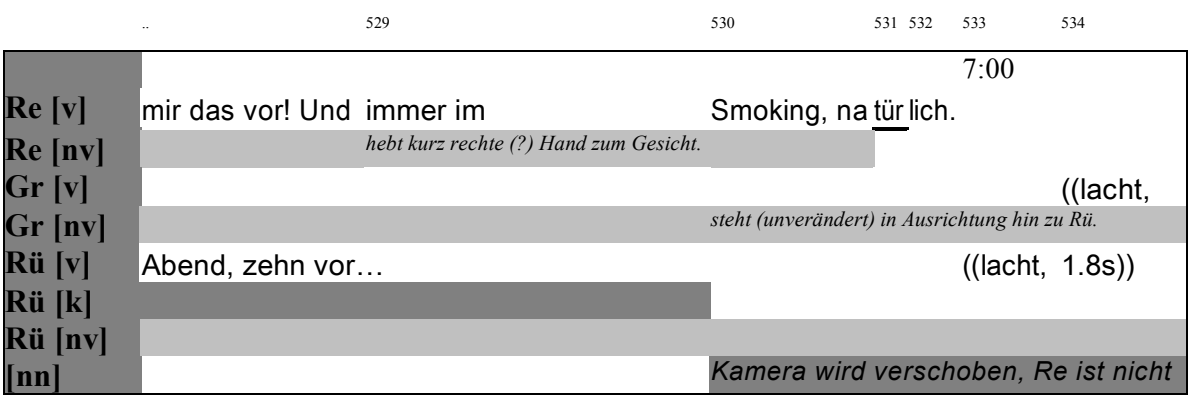
[117]

	.. 520	521	522
Re [v]			((lacht))
Re [nv]	*großteils von PM verdeckt.*	*gibt Diktiergerät von rechter Hand in die linke.*	*steht hinter PM, Blick vermutlich*
Gr [nv]			*bleibt mit Rücken zur Kamera und*
Rü [v]	sich vielleicht einen	Aston Martin	leisten können od er einen
Rü [nv]	*Tasche gewöhnlich trägt.*	*geht Richtung Türe und damit aus Bild.*	

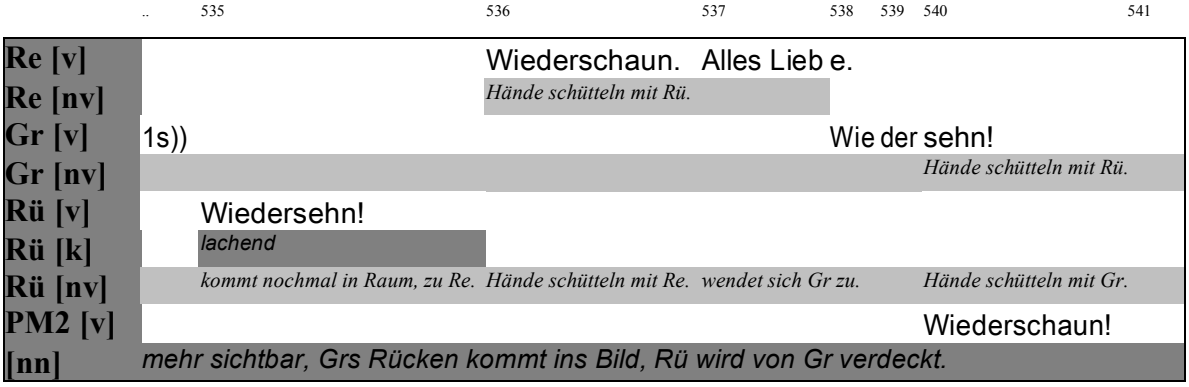
[118]



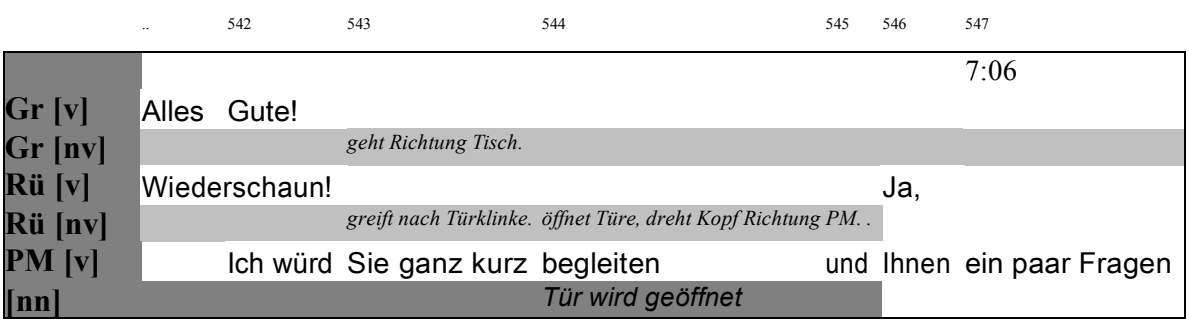
[119]



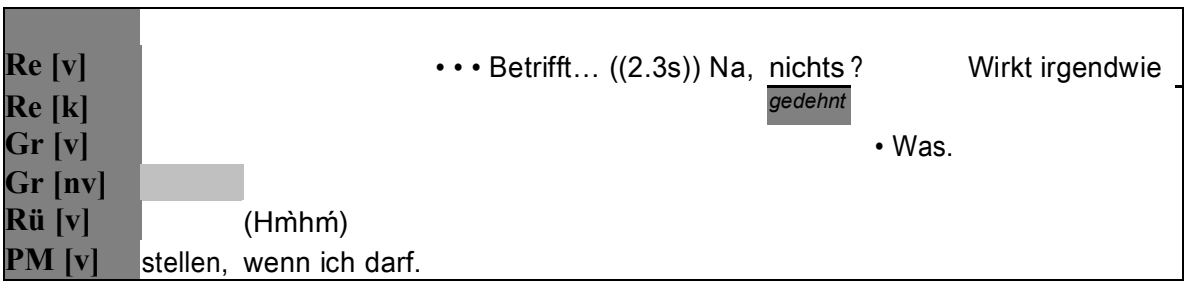
[120]



[121]



[122]



[123]

	.. 555556	557	558 555560	561
Re [v]	nicht so zufrieden, oder?			
Gr [v]		• Naja, sie wird schon zufrieden mit der		
[nn]				*Ende der*

[124]

	..
[nn]	*Aufnahme*

Thema der Interaktion ist immer noch die Notwendigkeit der kontinuierlichen Weiterführung des Bewegungsprogramms (mit einer kurzen Unterbrechung wurde dieses Thema während der gesamten Zeit seit der ersten Beendigungsinitiative von den beiden Ärzten exploriert). Dr. Grabner formuliert diesbezüglich nun ein Resümee, das durch eine angehängte tag-Partikel konditionelle Relevanz für Frau Rücken aufbaut: *Hauptsache is, dass Sie s irgandwiie reinquetschen können in Ihr Leben, ja?* Sie ratifiziert dieses Resümee leise und nicht ausdrücklich positiv mit dem steigend-fallen intonierten Hörersignal *Hm*. Die Zurückhaltung in ihrer Zustimmung liegt wohl weniger an Ablehnung oder Zweifeln ihrerseits ob des propositionalen Gehalts der Äußerung als am bisherigen Gesprächs- beziehungsweise Themenverlauf. Sie mag angesichts ihrer hohen Bereitschaft zur Compliance einigermaßen irritiert über so viel Überzeugungsarbeit vor allem von Dr. Grabner sein, was sich sicherlich auch in dieser zurückhaltenden Zustimmung niederschlägt.

In der folgenden Pause von 1.2 Sekunden beginnt Grabner nun, Frau Rücken anzulächeln, die sich allerdings abwendet, um nach ihrer Tasche zu greifen, und dabei leicht schelmisch zu grinsen beginnt. Während sie mit diesem Grinsen den Moduswechsel vorwegnimmt, den sie in ihrer nächsten Äußerung vollzieht (Fl. 110), deute ich das Lächeln Grabners als Hinweis auf und Frau Rückens Griff zur Tasche als ersten Schritt in die *closing section* (vgl. Heath 1986). Dieser Handlungsablauf hat demnach die Funktion eines nonverbalen Schlusseinleitungssignals oder auch einer „candidate initiation“ (Harren/ Raitaniemi 2008) beziehungsweise vollzieht Frau Rücken hier eine für den Gesprächsabschluss notwendige Gestaltschließung.

Nur mit minimaler Verzögerung wird ein weiteres mögliches Schlusseinleitungssignal realisiert: Dr. Grabner bietet Frau Rücken mit *Gut?* eine Gliederung, in dem Fall einen Themenabschluss an. Diese Form der Gliederung ist markiert, da ein Element, das in dieser Form primär der Diskursorganisation dient, durch die Frageintonation verhandelbar wird. An diesem Punkt im Gesprächsverlauf, in der Konstruktion mit der davor auftretenden Pause, sowie in Anbetracht dessen, dass Grabner sich gleichzeitig von Frau Rücken abwendet und die Interaktionssituation weiter auflöst, indem er auf seinem Hocker rückwärts und damit weg

von Frau Rücken fährt, ist dieser fragende Diskursmarker nicht nur als Angebot zur Themenbeendigung zu verstehen, sondern legt den Teilnehmenden auch die Möglichkeit nahe, in eine *closing section* einzutreten. Demnach übernimmt das von Grabner realisierte *Gut?* im Interaktionsgeschehen die gleiche Funktion wie Frau Rückens Abwenden mit Griff zur Tasche – es werden in beiden Fällen *possible pre-closings* produziert.

Frau Rücken vollzieht wohl eher in der Konsequenz ihrer eigenen Handlung als in Antwort auf Dr. Grabners Beendigungsangebot den Moduswechsel, den sie durch ihr Grinsen bereits vorweg genommen hat: *In das noble Leben. ((lacht)) (Wird man dann schon...)* Ihr Adressat ist nun Dr. Renner (der in der Situation nicht im Bild ist), den sie grinsend anblickt, während sie leicht am Sessel wippt und sich auf das Aufstehen vorbereitet. Grabner fährt inzwischen auf seinem Hocker kurz rück- und vorwärts und lächelt zwar weiter, blickt aber zu Boden. Vermutlich signalisiert er damit verminderte Zugänglichkeit beziehungsweise Zuständigkeit, was ja durchaus mit dem Modus- und Adressatenwechsel Frau Rückens übereinstimmt.

Frau Rücken verleiht mit ihrem Turn der Interaktion einen jovialen Modus, worauf die gesteigerte Lautstärke, ihr mehrmaliges Lachen und auch die Reaktionen der beiden Ärzte schließen lassen. Sie knüpft mit ihrem ersten Beitragsteil syntaktisch direkt an Dr. Grabners vorige Äußerung (*... reinquetschen können in Ihr Leben*) und verleiht dem Segment *in Ihr Leben* scherzhaft eine Spezifikation. Inhaltlich bezieht sie sich auf Gesprächsmaterial vom Beginn der Interaktion (Fl. 9-12), als Dr. Renner sie auf ihre Tätigkeit als Übersetzerin an der britischen Botschaft ansprach und – ebenfalls im Scherz – die Vermutung äußerte, dort gehe es sehr nobel zu. Da Frau Rückens etwas irritierte Reaktion darauf weitgehend unkommentiert blieb, ist es nicht verwunderlich, dass sie nun, zum voraussichtlichen Ende des Gesprächs, an geeigneter Stelle dieses Thema nochmals etabliert. Da sich zuvor keine Gelegenheit dazu bot, bleibt ihr nur noch hier, in der Beendigungsphase die Möglichkeit, ihr *unmentioned mentionable* quasi loszuwerden und damit, streng nach Schegloff und Sacks (1973) genommen, die Beendigungsphase auch kurzzeitig wieder zu verlassen.

Frau Rücken vollzieht an dieser Stelle äußerst komplexe und scheinbar zuwiderlaufende Handlungen: Auf struktureller Ebene verlässt sie durch die Einführung eines Themas die *closing section*. Da eine Themeninitiierung jedoch zumindest eine Form der Einvernehmlichkeit oder Zustimmung zum zuletzt Gesagten voraussetzt, ist die Wiedereinführung eines Themas hier bedingt auch als Zustimmung zu Grabners Gliederungsangebot *Gut?* zu verstehen. Der joviale Modus, in dem Fau Rücken ihre Äußerung produziert, verstärkt zwar nicht unbedingt den Eindruck, sie stimme Grabner zu – in Anbetracht der Redundanz seiner Mahnungen und dem für Frau Rücken beinahe

gesichtsbedrohenden Interaktionsverlauf wäre eine explizite Zustimmung auch wenig erwartbar – doch der Moduswechsel im Allgemeinen verlagert das Gewicht des Gesprächs weg von der thematischen Ebene, zurück zur vorhin mit Renner bereits bearbeiteten Beziehungsebene, und setzt somit dem vorausgegangenen thematisch orientierten Gesprächsteil ein Ende. Gerade in monothematischen Gesprächen wie diesem finden Elemente der phatischen Kommunikation oft erst in der Beendigungsphase einen Platz (Pavlidou 2002).
Die nonverbale Handlungsabfolge Frau Rückens, in der sie sich auf das Verlassen des Raums vorbereitet, weist eindeutig den Weg zum Gesprächsende. In Summe macht Frau Rücken also deutlich, dass sie den themenorientierten Teil des Gesprächs für abgeschlossen hält und dass sie vom baldigen Ende des Gesprächs ausgeht. Sie re-etabliert zwar ein weiteres Thema, doch stammt dieses aus einer thematischen Kategorie und wird in einer Modalität vorgebracht, welcher im Interaktionsrahmen eines Arzt-Patienten-Gesprächs schnelle Abhandelbarkeit inhärent ist. Allerdings möchte ich darauf hinweisen, dass Frau Rücken für ihre thematische Initiative wohl keine andere Möglichkeit als die Realisation im scherzhaften Modus zur Verfügung steht, zumal diese Initiative von Dr. Renner ursprünglich ja auch mit einem ironischen Unterton gesetzt wurde (Fl. 9-12).

Frau Rückens Folgeäußerungen, die von den beiden Ärzten unterbrochen werden, explizieren nun die Annahme, die sie hinter Dr. Renners Äußerung vom Gesprächsbeginn (Fl. 9-12) vermuten mag und die auch schon in ihrer vorigen Äußerung anklingt, nämlich dass ein „nobles Leben“, das Frau Rücken aufgrund ihres Berufs unterstellt wird, von viel Freizeit und Luxus gekennzeichnet sei (*Wird man dann schon...* „Zeit finden für ein paar Turnübungen“, könnte die Äußerung fortgesetzt werden): *Nix arbeiten und nur ((lacht)) ((Unverständlich))*. Der Fiktionalitätsrahmen, den Renner zu Beginn des Gesprächs für die britische Botschaft entwarf, wird von Rücken hier also nochmals aufgegriffen und auch auf sich selbst expandiert. Frau Rücken zeigt paralinguistisch zwar die scherzhafte beziehungsweise ironische[46] Ebene an, auf der sie sich momentan bewegt (wie auch die beiden Ärzte bei ihren überlappenden Kommentaren), doch der propositionale Gehalt ihres Turns ist durchaus brisant, da es ihre berufliche Herausforderung und Leistung in Frage stellen und somit als Untergriff gewertet werden kann, wenn keine explizite Ablehnung darauf folgt. Günthner spricht im Zusammenhang mit frotzelnden Aktivitäten von „sozialen Reparatursequenzen“ (1996: 91), was mir für die vorliegende Situation ein geeigneter Begriff zu sein scheint.

[46] Kritik an der schwammigen Verwendung der Begriffe Scherz, Ironie, Sarkasmus etc. in der Forschungsliteratur üben u.a. Günthner 1996, Clift 1999 und v.a. Hartung 1998.

Auf nonverbaler Ebene setzt Frau Rücken begleitend zu ihrer Beitragssequenz, die sie weiterhin an Dr. Renner richtet, ihre Vorbereitungen zum Verlassen des Raums fort und steht auf. Dr. Grabner folgt ihr mit leichter Verzögerung in dieser Bewegung und steht ebenfalls auf. Er nimmt sich jedoch aus der Interaktion zurück und positioniert sich buchstäblich am Rande des Geschehens, indem er stehend den Raum, den er zuvor im Sitzen beanspruchte, zwischen Frau Rücken und Renner frei lässt. Seine körperliche Ausrichtung weist gerade vor sich, womit er sich als neutraler Zuhörer positioniert.
Während Grabner sich in seinem nonverbalen Verhalten also durchaus Frau Rücken anpasst und so gesprächsorganisatorisch Kooperation zeigt, verändert Renner, soweit es der Kamerawinkel zeigt (zu sehen ist nur sein linker Fuß, der darauf schließen lässt, dass er mit locker überschlagenen Beinen auf seinem Stuhl sitzt), seine Sitzhaltung nicht. Er reagiert also nicht merklich auf Frau Rückens Aufstehen und geht somit vorerst nicht auf diese sehr explizite Beendigungsinitiative ein. Allerdings veranlasst die Brisanz der Äußerung Frau Rückens ihn, schleunigst den Gesprächsmodus zu wechseln und seinen vermeintlichen Untergriff, den Frau Rücken hier thematisiert, interaktiv vehement zu bearbeiten. Kurz: Renner scheint sich als der Urheber der möglichen Beleidigung angesprochen zu fühlen und weiß offenbar, dass er diese explizit revidieren muss, will er die Beziehung zu Frau Rücken nicht gefährden.

In der Folge ist Dr. Renner nun äußerst bemüht, eine ungetrübte Beziehung zwischen sich und Frau Rücken (wieder)herzustellen, und arbeitet sich förmlich an ihrer Unterstellung ab: *Nanananana! Das hab ich nicht... ah/ no/ Also das hab ich nie gsagt.* Mit dieser vehementen, starken Ablehnung der Beitragssequenz Frau Rückens lenkt er den Interaktionsmodus zurück zur Ernsthaftigkeit. Während Dr. Renner sich verbal abarbeitet, ist die Haltung seines Fußes interessanterweise unverändert und lässt keine Rückschlüsse auf eine Veränderung im nonverbalen Verhalten zu.
Die Häufung der Negations-Tokens (*Nanananana!*, *nicht*, *nie* und auch *Im Gegenteil.*), die ihre volle semantische Wirkung erst aufgrund des Moduswechsels entfalten können, vermittelt einen Eindruck besonderer Gewissenhaftigkeit Renners im Umgang mit der gegenwärtigen misslichen Situation. Auch, dass er die ersten Teile seiner Äußerung als Unterbrechung ihres Beitrags realisiert, weist auf die hohe Relevanz hin, die er seiner Richtigstellung beimisst – oder die er inszeniert. Seine Konstruktionseinheiten weisen jedenfalls mehrere Abbrüche und expressive Akzentuierungen auf und münden in einer expliziten Zurückweisung der Illokution in Frau Rückens Äußerung (*Also das hab ich nie gsagt.*), die durch die Betonung des Temporaladverbs *nie* an Deutlichkeit gewinnt.

In schnellem Anschluss formuliert Renner nun seine ernst gemeinte (beziehungsweise so inszenierte) Annahme über Frau Rückens berufliche Situation und zeigt sich damit zunächst verständnis- und respektvoll: *Aber das ah... Im Gegenteil. Glaub ich ziemlich stressig, aber äähh nicht, na? ((Mikropause)) Nicht so nobel?* Die hohe Geschwindigkeit, die Textplanungssignale sowie die syntaktisch unvollständigen Äußerungseinheiten deuten auf eine Gestresstheit Renners hin beziehungsweise inszenieren Gestresstheit und somit Bemühung. Gerade mit dem leiser gesprochenen Beitragsende und den Frageelementen darin zeigt sich auch Unsicherheit. Interessant an dieser Sequenz ist meines Erachtens vor allem deren Einfluss auf die *closing section*, in die sich zumindest Frau Rücken und Dr. Grabner auf nonverbaler Ebene ja schon eingefunden haben. Sowohl Grabner als auch Frau Rücken positionieren sich als Hörer/innen (Grabner schon ab Fl. 111f, Frau Rücken ab Fl. 113), setzen also für einen bestimmten Zeitraum, außer zustimmenden Hörersignalen wie zum Beispiel Nicken (von Frau Rücken in Fl. 114, begleitet vom verbalen Backchanneling), keine gesprächsrelevanten nonverbalen Handlungen. Die zuvor durch den komplexen Bewegungsablauf Frau Rückens begonnene *closing section*, in die Grabner durch respondierende Bewegungen einsteigt, wird durch Renners verbale Handlungen und wohl auch durch die Abwesenheit respondierender nonverbaler Handlungen durch ihn angehalten.

Dementsprechend abrupt wirkt Frau Rückens nächste Beendigungsinitiative, die sie parallel zu ihrem Turn realisiert: Sie dreht sich Richtung Türe, macht mit der linken Hand dabei eine Geste, die mit „nicht so wichtig“ oder „egal“ umschrieben werden könnte, und nimmt, wie um die Geste zu akzentuieren, den Henkel ihrer Tasche und macht sich auf den Weg zur Türe. Verbal setzt sie nach verzögertem Anschluss an Dr. Renners Frage zu einer Exploration des Begriffs „nobel“ im Kontext ihrer beruflicher Situation an: *Ja, „nobel“, weiß nicht, so die gewissen Leute schon, die sich vielleicht einen Aston Martin leisten können oder einen (Bentley) oder so, ((ea)) ((Mikropause)) wo dann doch am Abend, zehn vor...* Die Scharnierpartikel *Ja* geht der Nennung des freien Themas *„nobel“* voraus, auf die das elliptische Segment *weiß nicht* folgt, das einerseits den weiteren Beitrag Frau Rückens in seinem Wahrheits- und Sicherheitsgehalt abschwächt und andererseits vielleicht auch eine gewisse Gleichgültigkeit und Distanz gegenüber den unterstellten noblen Verhältnissen herstellen soll. Mit der nächsten Turnkonstruktionseinheit lässt sich Frau Rücken gewissermaßen auf Renners Gedankenspiel von den „wirklich noblen Briten“ ein, die teure Autos fahren etc. Sie bleibt dabei aber vage und unspezifisch (***so** die **gewissen Leute** schon, die sich **vielleicht** einen Aston Martin leisten können oder einen (Bentley) **oder so**,*), behält also die zuvor gestisch und verbal aufgebaute Distanz zur „Noblesse“.
Im nächsten Konstruktionsschritt, den Frau Rücken aufgrund der dominant überlappenden Äußerung Dr. Renners nicht vollenden kann, scheint sie allerdings auf eine etwas explizitere Ebene wechseln zu wollen, da sie sich daran macht, eine eher konkrete Situation zu

schildern (*wo dann doch am Abend, zehn vor...*). In dieser abgebrochenen Relativkonstruktion lassen sich die Einheiten zwar nicht eindeutig in ihrer Funktion bestimmen, doch für die Partikeln *dann* und *doch* sowie für die Uhrzeitangabe *zehn vor* kann gesagt werden, dass sie eine kurze Erzählung vorbereiten, die den Grad an Explizitheit sicherlich steigern würde. Die langsame Artikulation lässt sich wohl auf Renners überlappende Äußerung zurückführen, der sie folgt.

Wie schon zuvor in Fl. 108-112 setzt Frau Rücken hier scheinbar zuwiderlaufende Handlungen. Ihre Exploration und zuletzt sogar der Versuch einer Erzählung stehen in Missverhältnis zu ihrer nonverbalen Handlungsabfolge, die die zuvor angehaltene *closing section* maßgeblich vorantreibt. Ich vermute, die Bewegung aus der Interaktion hinaus und die gleichzeitige Realisation einer komplexen Äußerung haben die Funktion, das Gesagte rückzustufen, worauf auch einige Äußerungselemente hinweisen.
Frau Rückens relativ lange und vielschichtige Äußerung ist zwar als vorsichtige Zustimmung zu Renners Annahme über die „Noblesse“ der Briten zu verstehen, sie ist an dieser Stelle jedoch auch ein zweiter Versuch Frau Rückens, Renner über ihre Arbeitssituation an der britischen Botschaft aufzuklären und seinen fantasievollen Vorstellungen darüber Einhalt zu gebieten (der erste Versuch findet sich in Fl. 12). Dies unterstützt die bereits formulierte These, es handele sich beim Subthema „nobles Leben“ um ein *unmentioned mentionable* Frau Rückens. Es scheint ihr also ein Anliegen zu sein, dass Dr. Renner seine Annahmen über ihren Beruf revidiert und eventuell auch dass sie ihre Vermutungen über Renner bezüglich dessen Annahmen revidieren oder bestätigen kann. Unter diesem Gesichtspunkt und in Hinblick auf die Ebene der phatischen Kommunikation, in der momentan agiert wird, muss auch von Beziehungsarbeit gesprochen werden, die auf Frau Rückens Initiative innerhalb dieser Sequenz geleistet wird. Die Wichtigkeit solcher sprachlichen Aktivitäten betont West (2006), in deren Datenmaterial sich deutlich zeigt, dass gerade am Ende eines Arzt-Patienten-Verhältnisses beziehungsrelevante Faktoren interaktiv besonderes Gewicht erhalten.
Dieses besondere Gewicht wird nun etwas vermindert, indem Strategien der Rückstufung, wie körperliches Abwenden, der Gang zur Türe etc., eingesetzt werden. Ich vermute, dass Frau Rückens Rückstufen hier die Anforderungen an Dr. Renner, sich auf ihre Äußerung „einzulassen“ herabsetzt, was einer gesichtswahrenden Aktivität gleich kommt. Sie könnte damit also die konditionelle Relevanz ihrer Äußerung für Renner vermindern und ihre eigene Relevantsetzung zurückstellen, die sie durch ihren Moduswechsel zuvor hin zur Ernsthaftigkeit markierte.

Dr. Renner, der sich zuletzt ja sehr bemüht und ernsthaft gab, initiiert in Fl. 117 mit einem kurzen Lachen während Frau Rückens Äußerung seine Rückkehr in den ironischen Interaktionsmodus. In Rückens kurzer Atem- und Formulierungspause (Fl. 118), die aufgrund der Erzählintonation nicht als TRP gewertet werden kann, vollzieht Renner den Moduswechsel zurück zur jovialen Ebene: *Naj/ aber genau so stell ich mir das vor! Und immer im Smoking, natürlich.* Die abgebrochene beziehungsweise verkürzte bewertende Stellungnahme *Naj/* geht einer metasprachlichen Konstruktion mit adversativem Konnektor (*aber*) voraus. Es handelt sich dabei um eine Variante des Ja-Aber-Formativs, die in diesem Fall eingeschränkte Zustimmung (*Naj/*) bei unmittelbar folgendem Widerspruch ausdrückt (Kallmeyer 2007). Die oppositive Beziehung der beiden Formativ-Teile lässt sich so analysieren, dass Renner zwar Frau Rückens für sehr eingeschränkte Situationen geltende Exploration übernimmt, es jedoch vorzieht, den Geltungsbereich der Exploration bewusst nach seinen eigenen Vorstellungen zu erweitern. Seine Gestik an dieser Stelle unterstreicht die Komponente der Zustimmung: Er schwingt die linke Hand mit offener Handfläche nach vor, als wollte er etwas in der Art von „Sie sagen's ja!" indizieren. Damit stellt er Gemeinsamkeit her, wo er sie eigentlich negiert, was ihm freieres Agieren in Hinblick auf seine widersprüchliche Haltung erlaubt.

Entgegen Frau Rückens umfassender Einschränkung, nur von „gewissen Leuten" zu sprechen, beharrt Renner hier also implizit und doch offensichtlich auf seiner Vorstellung, dass alle an der britischen Botschaft dem skizzierten Bild entsprächen (*genau so*). Auf diese Weise widerspricht er Frau Rücken ironisch. Er fügt ihrer Skizze von (seltener) Noblesse sogar noch ein Detail hinzu und übersteigert die derzeit etablierte fiktionale Welt, indem er elliptisch formuliert: *Und immer im Smoking, natürlich.* Mit der leicht snobistischen Artikulation der Herausstellung *natürlich* indiziert Renner auch prosodisch den ironischen Rahmen. Er scheint sogar selbst in die Rolle des „noblen Briten", quasi in einen Smoking zu schlüpfen, was die Übersteigerung nochmals überspitzt. Mittels dieser ironischen Distanzierungsverfahren ratifiziert Renner gewissermaßen Rückens Deutungsangebot über die „noble britische Botschaft", wo er es inhaltlich übergeht. Sein kurzes Rollen- und Gedankenspiel vervollständigt also das mit Frau Rücken gemeinsam entworfene Bild, indiziert, ironisch gerahmt, Zustimmung (oder wenigstens Kenntnisnahme) und übernimmt somit die Funktion der Themenbeendigung.

Frau Rückens Handlungsspielraum ist nach dieser komplexen Themenbeendigung stark eingeschränkt, will sie Renners Überspitzung nicht weitertreiben. Insofern ist ihre Initiierung des *terminal exchange* ein eleganter Weg aus diesem interaktiven Engpass, der weder Zustimmung noch Ablehnung Renner gegenüber vermittelt, sondern metasprachlich den Engpass aufzeigt.

Ich möchte noch auf ein weiteres Detail der Äußerung Renners eingehen: Er unterbricht mit seinem Turn Frau Rücken nicht einfach in ihrer geplanten Äußerungsproduktion, sondern verhindert so die weitere Formulierung ihrer Antwort auf seine zuvor gestellte Frage (*Nicht so nobel?*; Fl. 114). Er tut dies, wie erwähnt, mit Hilfe eines Moduswechsels beziehungsweise einer Rückkehr zur vorhin von Frau Rücken etablierten jovialen Ebene und beendet so das Thema. Eine widersprechende Feststellung dieser Art außerhalb eines scherzhaften Modus wäre durchaus brisant, doch im vorliegenden Fall bewirkt sie Einvernehmlichkeit auf thematischer und auch auf beziehungsrelevanter Ebene, mit deren Hilfe Renner sogar abrupt das Thema beenden kann. Renners komplexe Handlung ist also durchaus funktional in Bezug auf die bevorstehende Gesprächsbeendigung.

Frau Rückens nächste Aktivität ist ein Lachen, das wohl auf Renners hyperbolische Figur reagiert und somit der Ratifizierung dient. Ob sie tatsächlich amüsiert ist oder dieses Lachen eher als „Krisenantwort" (Iser 1976: 400) zu sehen ist, sei dahingestellt. Gesprächsorganisatorisch initiiert es jedenfalls die Aushandlung über den Zeitpunkt der Verabschiedung (vgl. Harren/ Raitaniemi 2008) und ermöglicht den Beteiligten gleichzeitig, alles eventuell noch Offene im Gespräch kommentarlos und dennoch sanktionsfrei abzuschließen. Wie Rückens körperliche Haltung diese vielschichtige Aktivität begleitet oder konterkariert, ist nicht festzustellen, da sie sich ja schon außerhalb des Aufnahmewinkels bei der Türe befindet und auch durch Dr. Grabner verdeckt wird, der Frau Rücken in ihrer Bewegung zur Türe zuvor bereits gefolgt war und sich seitlich von ihr (nach wie vor mit dem Rücken zur Kamera) weiterhin als Zuhörer positioniert hatte.
Für besonders interessant halte ich an dieser Stelle einerseits, dass Frau Rücken während ihres lachend realisierten Terminalsignals *Wiedersehn!* in den Raum zurückkehrt, um Dr. Renner die Hand zu schütteln. Andererseits ist es auffällig, dass Renner ihr überhaupt die Möglichkeit bietet, das erste Terminalsignal zu realisieren[47]. Meines Erachtens haben diese beiden Phänomene miteinander zu tun, da Renner nach seiner scherzhaften Bemerkung höflicherweise nicht zum *terminal exchange* übergehen beziehungsweise Frau Rücken die Hand zum Gruß reichen kann, sondern ihr diesen Schritt überlassen muss – so wie er ihr in dieser Situation auch mit jeder anderen Gesprächsaktivität den Vortritt lassen müsste, will er nicht unhöflich erscheinen. Durch Renners Schweigen während des Lachens von Frau Rücken und Grabner – und auch durch das Ausbleiben eines reaktiven Lachens seinerseits (es lässt sich leider nicht feststellen, ob er lächelt) – forciert er eine Initiative Frau Rückens zusätzlich. Aus dieser Perspektive wird verständlich, warum Frau Rücken hier zu Renner herantritt und nicht umgekehrt.

[47] Mit Blick auf West (2006) ist die Initiierung der *terminal exchanges* durch eine/n Patientin/ Patienten markiert, da im Regelfall die Ärzt/inn/e/n den ersten Teil dieser Paarsequenz realisieren.

Es folgen nun die Terminalsignale zwischen Frau Rücken und Dr. Renner und Frau Rücken und Dr. Grabner mit jeweils gleichzeitigem Händeschütteln der Beteiligten. Im Gegensatz zu Renner realisiert Grabner den ersten Teil der Paarsequenz gegenüber Frau Rücken. Die beiden Ärzte formulieren ausgebaute Varianten von Verabschiedungen, indem sie den in Verabschiedungen stark konventionalisierten Wunsch *Alles Liebe.* (in Renners Fall) beziehungsweise *Alles Gute!* (in Grabners Fall) an das eigentlich verabschiedende Element hängen. Mit solchen konventionalisierten Formeln soll vermutlich ein letztes Mal der Beziehungsaspekt des Arzt-Patienten-Gesprächs hervorgehoben und besondere Herzlichkeit vermittelt werden. Entgegen meinen Erwartungen sind Äußerungen dieser Art nicht nur in Abschlussgesprächen sondern auch in Erstgesprächen zu finden.

3.4.1.4 Zusammenfassung

Die zweite und finale Beendigungsphase im Gespräch wird von Frau Rücken durch den Griff zu ihrer Tasche initiiert. Sie beginnt hier, die Interaktionssituation aufzulösen, worauf Dr. Grabner sofort reagiert, indem auf seinem Hocker rückwärts fährt und den Bereich zwischen sich und Frau Rücken öffnet und sich so vom etablierten Interaktionsraum distanziert. Der Eintritt in die *closing section* wird zwar verbal begleitet, die Eindeutigkeit der Handlungen wird jedoch auf kinesischer Ebene konstitutiert.

Frau Rücken vollzieht als nächsten Schritt in die Beendigungsphase einen Adressaten- sowie Moduswechsel. Sie re-etabliert das zu Beginn des Gesprächs von Dr. Renner angeschnittene Thema ihrer beruflichen Situation in einem frotzelnd bis ironischen Rahmen, wodurch sie auf die beziehungsorientierte Ebene des Gesprächs zurückkehrt und somit praktisch an die erste von Freundschaftlichkeit gekennzeichnete Beendigungssequenz mit Renner anknüpft. Während der Abhandlung dieses beziehungsorientierten Gegenstandes, die thematisch leicht verschoben, aber einvernehmlich zu einem Ende gebracht wird, löst Frau Rücken den Interaktionsraum weiter auf und bewegt sich Richtung Türe.

In der Konsequenz auf die von Ironie gekennzeichnete, komplexe Themenbeendigung Renners initiiert Rücken schließlich den Austausch der Terminalsignale und kehrt für das Hände-Schütteln noch einmal in den Raum zurück. Zu diesem Zeitpunkt ist die Beziehungsebene zwischen Rücken und Renner durch seine ironische Überformung und ihr Lachen gefestigt (und wohl auch das Selbstbild Renners), womit auch aus beziehungskonstitutiver Sicht das Gespräch beendet werden kann.

Das Gespräch wird also in einem scherzhaften, locker-ironischen Modus zwischen Renner und Rücken zu Ende gebracht. Grabner ist weder am Gesprächsbeginn noch am Ende (beziehungsweise an den beiden beendigungs-möglichen Stellen) konstitutiv beteiligt. An den „Rändern“ der Interaktion, wo die Beziehungskonstitution besonderen Stellenwert erhält,

handeln also Renner und Rücken miteinander diese Aspekte aus, während Grabner den eher unangenehmen – ärztlich-pflichtbewussten – Teil des Mahnens beziehungsweise des expliziten Übergebens von Verantwortung an die Patientin übernimmt. Damit schlüpft er in die Rolle eines eher strengen, von paternalistischen Ärzt/inn/e/n-Patient/inn/en-Konzepten geprägten Arztes und überlässt Renner die Ausgestaltung seines ärztlichen Tuns als partnerschaftlich und Dienstleistungs-orientiert.
Eine spannende Dimension hinsichtlich der Beziehungsebene zeigt sich im Nachlauf des Gesprächs, der sich zufälligerweise noch auf der Aufnahme befindet: Renner äußert die Vermutung, Frau Rücken wirke *irgendwie nicht so zufrieden* (Fl. 122f) und gibt damit Einblick in seine Interpretationen über ihr Verhalten, was wiederum Rückschlüsse darauf zulässt, seine intensive Beziehungsarbeit könnte auch kompensatorischen Charakter haben.

Dass *possible pre-closings*, wie sie in der Literatur beschrieben werden, in diesem Gespräch fast zur Gänze fehlen und dennoch ein einvernehmlicher Austausch von Terminalsignalen stattfindet, weist darauf hin, dass es durchaus verschiedene Varianten zur Auflösung einer Interaktion gibt, die jedoch einer relativ klaren Struktur folgen. Maßgeblichen Einfluss auf das Vorankommen innerhalb der Beendigungsphase nehmen paralinguistische Aktivitäten wie Lachen und generell das nonverbale Verhalten der Beteiligten.

3.4.2 Herr Knie

Herr Knie, knapp sechzig Jahre, hat seine letzte Behandlung an der PMR hinter sich und ist durchaus zufrieden mit dem Therapieerfolg (mit einigen Einschränkungen, die jedoch bei Knieverletzungen typisch sind und mittels einer physikalischen Therapie auch nur bedingt gelindert werden können, wie zum Beispiel Schmerzen im Ruhezustand, s. Fl. 49-57). Er etabliert sehr früh im Gespräch seine Bedenken, sich einer Knieoperation zu unterziehen, die die einzige Möglichkeit wäre, seine Beschwerden in größerem Ausmaß und dauerhaft zu lindern. In Konsequenz daraus fragt er Dr. Grabner zunächst nach Möglichkeiten und Strategien fern einer Operation, seine Schmerzen im Knie zu lindern. Im Zuge einer ausführlichen Antwort Grabners und einigen Zwischenfragen, z.B. von Grabner zur Lokalisation des Schmerzes und von Knie zur Durchführung eines bestimmten schmerzlindernden Verfahrens, äußert Knie seine Befürchtung, er werde sich wohl operieren lassen müssen, wenn sich seine Kniebeschwerden verschlimmern. Diese Sorge bleibt vorerst im Gespräch unbearbeitet, vor allem aber auch, weil Herr Knie selbst keine Gelegenheit zur Bearbeitung lässt.
Nach ca. vier Gesprächsminuten und einer ersten Möglichkeit das Interaktionsende einzuleiten thematisiert Herr Knie erneut die Knieoperation, indem er Grabner nach

Knieoperierten an der PMR fragt. Dieser gibt wiederum eine ausführliche Antwort und geht auch ohne Umschweife auf Knies Zwischenfragen ein. Daraufhin nennt Herr Knie eine Information aus einem Buch über Knieoperationen und problematisiert diese Information explizit. Dr. Grabner kann diese Bedenken zerstreuen, da sie sich auf veraltete Operationsmethoden beziehen. In der Folge bereitet Knie erneut eine *closing section* vor, die jedoch Grabner hinauszögert, indem er, initiiert durch seine Frage nach Knies Alter, von sich aus noch eine mögliche Knieoperation in Hinblick auf die Haltbarkeit einer Prothese problematisiert. Diese Thematisierung bleibt von Knie unbearbeitet, allerdings nimmt er eine leichte Themenverschiebung vor und bezieht sich erneut auf eine Information aus dem im Gespräch bereits etablierten Buch. Er stellt indirekt die Frage, ob nicht eine möglichst frühe Operation den Heilungsprozess begünstigen würde, und erntet von Grabner dafür eindeutige Zustimmung sowie einen recht persönlich gehaltenen Rat für Knies weitere Entscheidungsfindung. Daraufhin folgt die Beendigung des insgesamt 7 Minuten und 45 Sekunden langen Gesprächs.

3.4.2.1 Kontrastive Betrachtung der Abschlussgespräche

Zunächst ganz an der Oberfläche betrachtet, gibt es einige wenige Gemeinsamkeiten bei den Gesprächen von Herrn Knie und Frau Rücken. Sie finden im gleichen Raum statt, die Sitzpositionen der Beteiligten sind praktisch gleich. Sie finden auch beide am Ende der physikalischen Therapie statt und werden in ihrem Verlauf von den Beteiligten als Abschlussgespräche konstituiert. Was die Beteiligten selbst betrifft, gibt es allerdings wesentliche Unterschiede – abgesehen von den Patient/inn/en selbst. Das Gespräch mit Herrn Knie führt Dr. Grabner alleine, Dr. Renner ist hier nicht anwesend. Der Wechsel von der Dreier- auf die Paarkonstellation wirkt sich am augenscheinlichsten auf gesprächsdynamische Prozesse aus: Während Frau Rücken buchstäblich ins Spannungsfeld zwischen Renner und Grabner gerät und nachdrücklich ihren Willen zur Compliance behaupten muss (vgl. Kapitel 3.4.1), ist das Gespräch zwischen Herrn Knie und Dr. Grabner geradezu ruhig und geordnet. Es kann ja auch tatsächlich von einer leichter überschaubaren Ordnung gesprochen werden, wenn genau ein behandelnder Arzt einem Patienten gegenüber sitzt und lediglich diese beiden miteinander in Interaktion treten. Vermutlich hat es dabei weniger Einfluss auf das Geschehen, welcher der beiden Ärzte nun anwesend und gesprächsführend ist, als die Tatsache, dass es eben nur einer ist. Es geht hier wohl um klar verteilte Zuständigkeiten und vor allem auch darum, den eigenen Gesprächsplan nur an eine Person anstatt an zwei – wovon im Fall der Ärzte einer quasi „ranggleich“ ist – anpassen zu müssen.

Zur Ordnung trägt außer dem reduzierten Personal sicherlich bei, dass Herr Knie und Dr. Grabner einem eindeutigen Handlungsmuster folgen, nämlich dem Muster des Beratens (vgl. Kallmeyer 1985), das Knie gleich zu Beginn des Gesprächs etabliert. Etwas Vergleichbares fehlt für das Gespräch zwischen Frau Rücken und den beiden Ärzten, weshalb sich die Beteiligten an weniger klaren Plänen und Vorstellungen des Gesprächsverlaufs orientieren bzw. diese zuerst aneinander entwickeln müssen. Diese Beobachtung bringt mich zu einer tiefer liegenden Schicht meiner kontrastiven Herangehensweise.

Am Anfang beider Gespräche stehen die Feststellung des Therapieabschlusses und damit der Beginn der interaktiven Herstellung des Gesprächstyps Abschlussgespräch. Während im Gespräch mit Frau Rücken Dr. Renner an der erstmöglichen Stelle das Ende der physikalischen Therapie thematisiert (s. Kapitel 3.4.1), ist es im Gespräch zwischen Herrn Knie und Dr. Grabner Knie, der zu Beginn seiner ersten Äußerung die *letzte Behandlung* (Fl. 3) erwähnt. Im weiteren Verlauf dieser Äußerung entwickelt er, aufbauend auf dem Faktum des physikalischen Therapieendes, eine Problemdarstellung hinsichtlich der Möglichkeit, sich einer Knie-Operation zu unterziehen. Wiederum darauf aufbauend legt Knie einen Bearbeitungsgegenstand für Grabner fest: *Jetzt mecht i nur frogn, was ich noch machen kann, ((ea)) außer ((Mikropause)) die Bewegungstherapie söber zhaus weiter tuan,* (Fl. 9-11). Innerhalb der ersten Sekunden im Gespräch werden also die ersten Komponenten des Kernschemas für das Handlungsmuster des Ratgebens realisiert (vgl. Kallmeyer 1985: 91f).[48] Dadurch gibt Knie gewissermaßen die weitere Entwicklung der Interaktion vor – sofern sich Dr. Grabner auf dieses Muster einlässt.

Wie sich in den folgenden Gesprächsminuten zeigt, ist Grabner durchaus bereit, die Rolle des Ratgebers an- und einzunehmen. Er überlässt die Gesprächssteuerung fast ausschließlich Herrn Knie und setzt hauptsächlich respondierende Aktivitäten aus seiner Instanz als Experte heraus. Im Unterschied zum Gespräch mit Frau Rücken verfällt Grabner hier auch nicht in Mahnungen. Woran das liegen mag, bleibt Gegenstand von Vermutungen: Sei es die Abwesenheit von Dr. Renner, sei es die unterschiedliche pathologische Situation von Rücken und Knie, oder sei es auch einfach die klare Rollenzuweisung als ärztlicher Ratgeber – jedenfalls profitiert Herr Knie sichtlich von dieser sozusagen entspannteren Atmosphäre.

[48] Da es in dieser Betrachtung hauptsächlich darum geht, die beiden Abschlussgespräche einander gegenüber zu stellen, verzichte ich im Folgenden auf die weitere Darstellung der hier aktuellen Realisierung dieses Handlungsmusters. Als Ausgangspunkt der kontrastiven Herangehensweise halte ich es allerdings für außerordentlich wichtig, festgestellt und im Weiteren vor Augen zu haben, dass in den beiden Abschlussgesprächen tatsächlich völlig verschiedene Pläne und Gesprächsziele schlagend sind.

Interessanterweise fehlt in diesem Gespräch auch die Überprüfung der kleinen Details, wie beispielsweise Kontrollwerte, die aus institutioneller Sicht abschluss-relevant sind beziehungsweise im Gespräch mit Frau Rücken von Dr. Renner in Verbindung mit dem Therapieabschluss relevant gesetzt werden (vgl. Kapitel 3.4.1). Es liegt nahe, dass sich im Rahmen des Beratungsschemas einfach kein Platz für die Abhandlung dieser Subthemen bietet, oder aber auch, dass Knies Erkrankung diese Kontrollmaßnahmen nicht erfordert.[49]

3.4.2.2 Die closing sections *des Gesprächs „Herr Knie"*

Die erste von drei *closing sections* im Gespräch wird ziemlich genau in der Mitte des Gesprächs, nach der erschöpfenden Abarbeitung des ersten Beratungsgegenstandes (der Möglichkeiten zur symptomatischen Schmerzlinderung), von Knie initiiert, indem er eine Gliederung und ein anschließendes Resümee über sein weiteres Vorgehen formuliert:

[61]

		3:47
Gr [v]	Abnützungserscheinungen˙	
Gr [nv]		*Blick leicht n rechts (z Schreibtisch). Kopf weiter leicht n rechts gedreht,*
Kn [v]		((ea)) Na guat , des haßt, zur Zeit • •
Kn [nv]		*Blick n links (z Schreibtisch). Blick z Gr. löst Hand v Kinn, leicht*

[62]

Gr [nv]	*Blick z Kn.*		*streckt Daumen*
Kn [v]	werd i nix mochen und…	I man, •	bei euch
Kn [nv]	*wegwerfende Handbewegung. Hand wieder z Kinn.*	*hebt Kopf etwas, leichtes Lächeln.*	*deutet mit linker*

[63]

Gr [nv]	*kurz n oben. nickt kurz, dreht Kopf dabei mehr z Kn, zieht Mundwinkel bei zusammengepressten Lippen hoch, hebt*
Kn [v]	nix, (na)?
Kn [nv]	*Hand kurz Richtung Gr.*

[64]

Gr [v]			((ea))
Gr [nv]	*Augenbrauen (Geste: "ratlos"). Blick z Kn, Gesichtszüge normal.*		*hebt Unterarme (inkl.*
Kn [v]	((ea))		Wenn s ma
Kn [nv]	*Hand wieder z Kinn, leichtes Nicken, etwas stärkeres Lächeln.*		*Blick z Gr.*

[65]

Gr [v]			Ja,	• •
Gr [nv]	*Daumen) kurz, leichtes Kopfschütteln (Geste: "ich kann nichts (mehr) machen").*		*Blick z Kn.*	*Blick gesenkt,*
Kn [v]	schlechter geht,	• •		(kumm i,
Kn [nv]	*nickt kurz nach links, noch stärkeres Lächeln.*	*Blick lächelnd zu Gr.*		*neigt Kopf vor*

[66]

Gr [v]		genau, ja? Richtig.	• • •
Gr [nv]	*dreht Kopf leicht n rechts.*	*Blick leicht gesenkt z Schreibtisch.*	
Kn [v]	glaub i, wieder).		
Kn [nv]	*(Mund verschwindet halb hinter Hand), leichtes Grinsen, Blick z Gr.*	*hebt Kopf wieder, weniger Grinsen. Blick z Gr.*	

[49] In Zusammenhang mit Frau Rückens Beschwerden erwähnt Dr. Renner ja einmal den Morbus Bechterew, der offenbar als Grund- oder Begleitkrankheit bei Frau Rücken vorliegt und spezielle Untersuchungs- und Therapiemaßnahmen erfordert (s. Fl. 4/5 im Transkript Frau Rücken).

[67]

Gr [v]	((e a))
Gr [nv]	*hebt Unterarme kurz, dreht Kopf n vor, dann Blick wieder z Kn. zieht Augenbrauen hoch, adjustiert Hände wieder im*
Kn [v]	Wie hobt s n ihr Erfohrungen mit der
Kn [nv]	*kurzes leichtes Nicken. nickt kurz n links, leichtes Lächeln, linke Hand hantiert mit Westenkragen.*

[68]

	4:00
Gr [v]	((ea)) ((schnalzt))
Gr [nv]	*Schoß. senkt Blick (weiter Richtung Kn), Augenbrauen sinken. zieht Mundwinkel kurz n*
Kn [v]	Nochbehondlung von die Knieoperierten.
Kn [nv]	*bewegt linkes Bein etwas. Hand z Kinn, Blick gerade*

[69]

Gr [v]	• Kommt drauf an! Kommt drauf an!
Gr [nv]	*unten, leicht wiegende Kopfbewegung, Blick links an Kn vorbei.*
Kn [nv]	*z Gr.*

[70]

Nach der Fortsetzung des Resümees und der Bestätigung desselben durch Grabner, verlässt Knie die *closing section*, indem er einen neuen, bereits seit Beginn des Gesprächs latenten Beratungsgegenstand etabliert: *Wie hobt s n ihr Erfohrungen mit der Nochbehondlung von die Knieoperierten*. Durch die Frage nach den *Erfohrungen* Grabners mit Patient/inn/en nach Knieoperationen spricht er Grabner explizit als physikalischen Mediziner an und setzt ihn so als ratgebende Instanz zum Thema der Knieoperation ein.

In der zweiten *closing section* produziert Herr Knie einen expliziten Themenabschluss, der in dieser Form stark beendigungsimplizierenden Charakter hat:

[101]

		6:07
Gr [v]		(Nein, na,)
Gr [k]		*sehr leise*
Gr [nv]		*schüttelt Kopf, Blick leicht gesenkt, spielt mit Klebebandrolle.*
Kn [v]	net. (Ahă)	((ea))
Kn [nv]		*Blick n unten, neigt Kopf kurz n links, hebt beide Hände kurz an (Geste: "was soll man*

[102]

Gr [v]	((ea))	Nicht, ja?	((aa))
Gr [k]		*leise*	*schnaubend*
Gr [nv]		*Blick z Kn, leicht lächelnd.*	*lächelt mit zusammengepressten Lippen, zieht Augenbrauen kurz leicht n*
Kn [v]		Na guat, Herr Doktor, des woar eigentlich	((aa))
Kn [nv]	*machen"). Blick z Gr, beginnt zu lächeln.*		*hebt linke Hand*

[103]

Gr [v]			((ea)) Ja!
Gr [nv]	*oben. Blick offen lächelnd z Kn.*	*stärkeres Lächeln, dann Blick z Schreibtisch.*	*lächelt weiter, bringt rechte Hand*
Kn [v]	eh olles einstweilen,	wos i wissen woit.	
Kn [k]		*lachend*	
Kn [nv]	*kurz. Lächeln wird größer.*	*Blick weiter z Gr, lacht offen.*	*Blick lächelnd z Grs rechter Hand.*

[104]

Gr [v]	Ja. Es is a net… ((ea))
Gr [nv]	*mit Klebebandrolle über Schreibtisch, Blick folgt Hand. hebt kurz beide Hände (Geste. "ratlos"), legt Klebebandrolle ab.*
Kn [nv]	*Blick z Gr, lächelt weniger, hebt Kopf etwas an. kein Lächeln mehr, schiebt Kinn etwas vor.*

[105]

		6:16 VZ	
Gr [v]	Wie alt sind Sie jetz?	‿Fünfundvierzig (sind Sie) geboren,	
Gr [k]		*murmelnd*	
Gr [nv]	*lächelt kaum mehr, Blick auf Bildschirm.*		
Kn [v]		Ah sechzg	wer i jetz, ja?
Kn [nv]			

[106]

Die hohe illokutive Kraft von Knies Äußerung (*Na guat, Herr Doktor, des woar eigentlich ((aa)) eh olles einstweilen, wos i wissen woit.*) ergibt sich teilweise aus deren Aufbau: Auf die Gliederung folgt eine Adressierung, die den Effekt der Hörersteuerung verstärkt, was auf eine kommende größere Zäsur hinweist. Danach äußert Knie einen metakommunikativer Hinweis auf die geleistete Abhandlung seines Gesprächsplans. Zusätzlich impliziert dieser Themenabschluss im vorliegenden Gesprächsverlauf auch das Gesprächsende, da hier im weitesten Sinne die Möglichkeit der Knieoperation besprochen wurde, die an sich schon den Abschluss des aktuellen Therapieverhältnisses voraussetzt. Letztlich steuert Herr Knie auch auf der Ebene des Handlungsmusters eine Gestaltschließung an: Es ist die zweite Beratungsphase, die Knie hier abzuschließen versucht.

Dr. Grabner ist es nun, der sich aus dieser Beendigungsphase hinausbewegt. Er problematisiert vage die Möglichkeit der Knieoperation in Hinblick auf Knies Alter und die Haltbarkeit von Prothesen. Dadurch signalisiert er Verständnis für Knies Bedenken und setzt einen ersten Schritt aus seiner ärztlichen Rollendistanz hinaus (vgl. Kallmeyer 1985: 88).

Außer seiner Frage nach Knies Befinden zu Beginn des Gesprächs und einigen wenigen Verständnis sichernden Nachfragen im Verlauf seiner Antworten ist dies die einzige thematische Initiative, die er während der gesamten Interaktion setzt. In der Folge explorieren beide Interagierenden dieses thematische Feld weiter, indem Herr Knie eine Frage zum Zusammenhang von Alter und Dauer der Genesung nach Knieoperationen stellt (Fl. 108-114). Grabner bewegt sich mit einer sehr persönlich gehaltenen Antwort weiter aus der ärztlichen Rollendistanz hinaus und unterstützt so den Prozess der Problemlösung (Fl. 116-123).

Nach Ratifikation und Abschluss dieses Themas initiiert Herr Knie das tatsächliche Gesprächsende, das keine thematischen Aspekte mehr enthält, sondern nur noch auf gesprächsorganisatorischer Ebene durch *pre-closings* und auf beziehungsdynamischer Ebene durch Honorierung die Auflösung der Gesprächssituation vorbereitet.

[126]

			7:31	
Gr [v]	oder sonst	irgendwas,		ja?
Gr [nv]		*Blick z Kn, Hände mit Klebebandrolle spielend.*	*öffnende Bewegung mit beiden Händen, Augenbrauen n*	
Kn [v]		Ja,	• •	
Kn [nv]		*Blick z Gr, nickt, linke Hand am Kinn.*	*Blick n links unten (auf Ambulanzkarte am*	

[127]

Gr [nv]	*oben, Mundwinkel n unten bei zusammengespressten Lippen, Kopf kurz leicht n hinten (Geste: "ratlos"). Blick lächelnd z*		
Kn [v]			((ea)) Okay!
Kn [nv]	*Schreibtisch).*		

[128]

Gr [v]	Okay?		
Gr [nv]	*Kn. legt Klebebandrolle auf Schreibtisch, Blick folgt Bewegung.*	*löst überschlagene Beine, Oberkörper n vor, Blick*	
Kn [v]		• Guat, Herr Doktor. ‿Danke,	
Kn [nv]	*linke Hand greift z Ambulanzkarte.*		*Blick z Gr, Oberkörper*

[129]

Gr [v]		Gut! • •	
Gr [nv]	*Richtung Kn.*	*steht auf, streckt kurz beide Hände z Kns linker Hand.*	
Kn [v]	((räuspert sich))		
Kn [nv]	*wankt leicht zurück, nimmt Ambulanzkarte, Oberkörper n vor.*	*steht auf, streckt rechte Hand z Gr.*	

[130]

Gr [v]	Ois Guate!		
Gr [nv]	*Hände Schütteln, lässt linke Hand sinken.*	*verlagert Gewicht kurz auf rechtes Bein, schlägt mit linker Hand Mantel vor*	
Kn [v]	Wiedersehn!	Wie is Ihr Namen,	Herr
Kn [nv]	*Hände Schütteln.*	*beugt sich n rechts unten (zur Tasche), Blick folgt Bewegung.*	*greift Tasche,*

[131]

Gr [v]		((Nachname)).		
Gr [nv]	*das Bein.*	*geht z Türe.*	*öffnet Türe, verlässt Raum (aus dem Bild).*	
Kn [v]	Doktor?		(Gut).	‿(Dankeschön!)
Kn [k]			*kurz, leise*	
Kn [nv]	*Blick n oben z Gr. folgt Gr mit Blick, hebt Tasche auf.*		*Blick z Tasche, klemmt sich Tasche unter linken Arm. geht z Türe.*	

[132]

		7:40			
Gr [v]		Wieder schaun!			
Gr [nv]					
Kn [v]	Wiedersehn!			Jo,	
Kn [nv]				*bleibt stehen, z B ausgerichtet.*	
B [v]		Darf ich Sie noch ganz kurz	beglei ten	und ein paar Fragen	
B [nv]		*steht auf, tritt an Kn heran.*	*bleibt seitlich von Kn stehen.*		

[133]

Gr [v]				((la cht))	Nur raus.
Gr [k]					*lachend*
Kn [v]		Jo, bitte, jo, • •	wohin (geht s n)?		
Kn [nv]		*geht z Türe weiter (aus dem Bild).*			
B [v]	stellen?			Nur da raus.	
B [nv]		*folgt Kn (aus dem Bild).*			

[134]

Gr [v]	Wiederschaun.

Direkt nach dem Austausch der Terminalsignale eröffnet Herr Knie nochmals für einen Moment das Gespräch, indem er nach Grabners Namen fragt (Fl. 130/131). Dies sehe ich als Teil der Honorierung Knies gegenüber Grabners Beratungstätigkeit, was auf eine gelungene Beziehungsgestaltung hinweist.

In Summe liegt hier also ein Gespräch vor, das eine sehr hohe Geordnetheit und ein klares Handlungsmuster aufweist. Beide Beteiligten, vor allem natürlich Herr Knie, scheinen alle Themen und Anliegen, mit welchen sie in das Gespräch eingestiegen sind beziehungsweise die sich im Verlauf entwickeln, zufrieden stellend interaktiv bearbeitet zu haben.
Die hohe Geordnetheit findet sich auch im nonverbalen Verhalten der Beteiligten, wie ich im folgenden Abschnitt ausführe.

3.4.2.3 Die Rolle des nonverbalen Verhaltens in der Beendigung der Abschlussgespräche

In beiden Abschlussgesprächen sind es vor allem die nonverbalen Handlungen der Patient/inn/en, die letztlich den Anstoß geben, die Gesprächssituation aufzulösen. Die „*possible closing sections"* davor sind nonverbal praktisch unmarkiert und fügen sich auf dieser Ebene nahtlos in den Gesprächsverlauf ein. Diese Phasen sehe ich daher als ausgebaute thematische Enden beziehungsweise auch Abschlüsse größerer Aktivitätskomplexe (vgl. Kapitel 3.4.1.2 und 3.4.1.4), die gerade durch die interaktive Ausgebautheit ihre Relevanz für den weiteren Interaktionsverlauf entfalten. Ein Thema, das mit so verhältnismäßig hohem interaktiven Aufwand beendet wurde, bedarf vermutlich keiner weiteren Behandlung beziehungsweise könnte es eventuell sogar als Affront gewertet werden, wenn ein/e Interagierende/r noch einmal auf die Bearbeitung eines solchen Themas beharrte.
Der Eintritt in die tatsächliche, „endgültige" *closing section* wird in beiden Abschlussgesprächen vor allem nonverbal manifestiert. Bei Frau Rücken ist es der Griff zur Tasche, die sie am Boden stehen hat, bei Herrn Knie ist es der Griff zur Ambulanzkarte, dem noch der Blick darauf vorgeschaltet ist, was bereits die mentale Bewegung aus dem Setting vorweg nimmt.
In beiden Gesprächen sind es also die Patient/inn/en, die den Zeitpunkt festlegen, an dem das Interaktionsende beginnt, und die Ärzte, die sich reaktiv dazu verhalten.

3.4.3 Die Konstitution der Abschlussgespräche

Wie schon in Kapitel 3.1.1 dargestellt, ist das Abschlussgespräch, im Gegensatz zum Erstgespräch, keine institutionell vorgegebene Kategorie und wird *in situ* von den Beteiligten konstituiert (vgl. Lalouschek 2007). Zudem ist es gerade auch im medizinischen Kontext ein

eher ungewöhnlicher Gesprächstyp, da die definitive Feststellung des Endes eines Genesungs- und Begleitungsprozesses eher selten gegeben ist. Diese Eindeutigkeit von Abschlussgesprächen an der PMR wird sowohl auf institutioneller als auch auf interaktiver Ebene durch die Statuszuweisung „Kontrolle bei Bedarf" abgemildert (explizit geschieht diese Zuweisung im Gespräch mit Frau Rücken, s. Fl. 49f und Kap. 3.4.1.1; implizit im Gespräch mit Herrn Knie, s. Fl. 64-66 und Kap. 3.4.2.2). Interessanterweise ist dieser Status im Grunde der Normalzustand für praktisch alle Menschen in dieser Gesellschaft, da wir ja, egal ob mit Halsschmerzen, Zahnschmerzen oder Gelenksproblemen, immer dann ärztlichen Rat suchen und uns in der Folge medizinischer „Kontrollen" unterziehen, wenn wir „Bedarf" danach haben[50]. Die besondere Notwendigkeit zur Markierung dieses Zustandes ergibt sich wohl daraus, die Grenze vom engmaschigen Behandlungsverhältnis (wenn auch nicht unbedingt durch die Ärzt/inn/e/n, vgl. Kap. 3.3.2.1) zum Ende dieser therapeutischen Begleitung und zur Eigenverantwortung zu überbrücken.

Dementsprechend prominent ist die explizite Übergabe der Verantwortung für den andauernden Heilungserfolg an die Patientin Frau Rücken. Als Voraussetzung für eine solche Verantwortungsübergabe muss die Zuständigkeit für den (bleibenden) Therapieerfolg neu verhandelt werden, was das Vorgehen von Patient/inn/en außerhalb der Institution und gegebenenfalls deren Rückkehr in die Institution beinhaltet. Angesichts der Gespräche mit Frau Rücken und Herrn Knie kann davon ausgegangen werden, dass diese Neuverhandlung schon früher, vermutlich in den Therapieeinheiten mit der/ dem jeweiligen Therapeutin/ Therapeuten stattfindet, da sowohl Herr Knie als auch Frau Rücken bereits darüber Bescheid wissen, dass sie weiterhin ihr Übungsprogramm fortsetzen müssen, wollen sie den Behandlungserfolg aufrecht erhalten. Meines Erachtens, mit der Kenntnis einiger anderer Abschlussgespräche an der PMR, ist es dennoch üblich, dass das ärztliche Personal im letzten Kontrollgespräch noch einmal wie darauf beharrt, dass die Zuständigkeit und Verantwortung von den Patient/inn/en wahr- und angenommen wird – obwohl die Ärzt/inn/e/n ja in der Vermittlung und Durchführung eines Übungsprogramms keine Rolle spielen. Hier scheinen institutionelle Vorgaben oder eventuell auch Vorstellungen von verantwortungsvollem ärztlichen Handeln oder auch von ärztlicher Autorität schlagend zu werden. Insofern denke ich, dass das Gespräch mit Frau Rücken eher einem typischen Abschlussgespräch an der PMR entspricht als jenes zwischen Herrn Knie und Dr. Grabner.

Aus fachlich-institutioneller Sicht ist davon auszugehen, dass der Aspekt der Zuständigkeits- und Verantwortungsübergabe generell in Abschlussgesprächen an der PMR präsent ist, also als konstitutiver Baustein betrachtet werden kann. Selbst im Gespräch mit Herrn Knie, das ja

[50] Wobei unser Bedarf in der Regel nicht durch die Kontrolle an sich sondern durch die Heilung oder Linderung von Beschwerden gestillt wird, was die eindeutig ärztliche Perspektive der Zuweisung „Kontrolle bei Bedarf" betont.

dem Handlungsschema des Beratungsgesprächs folgt (s. Kap. 3.4.2), zeigt sich die Zuständigkeitsverschiebung, indem Knie von sich aus in den ersten Sekunden der Interaktion thematisiert, dass er die Therapie ohne institutionelle Begleitung fortsetzen werde (Fl. 9-11). Diese frühe eigenständige Thematisierung Knies und das Beratungsschema, das die beiden Interagierenen durchlaufen und das nur aufgrund der intensiven Auseinandersetzung Knies mit seinen Beschwerden und den weiteren Behandlungsoptionen möglich ist, mögen dazu beitragen, dass Grabner hier nicht in ähnliche Mahnungen wie gegenüber Frau Rücken verfällt (vgl. Kap. 3.4.1.3 und 3.4.2.1). Was Grabner bei Frau Rücken an Verantwortungsübergabe leistet, leistet Knie von sich aus an Verantwortungsübernahme.

Neben diesem therapeutisch außerordentlich wichtigen thematischen Feld, das in beiden Abschlussgesprächen, wenn auch unterschiedlich, abgehandelt wird, kommen noch einige interaktive Verfahren hinzu, die zur Herstellung der Abschlussgespräche beitragen.
Beide Gespräche beginnen regelrecht mit der Feststellung, die physikalische Therapie sei zu Ende. Gegenüber Frau Rücken thematisiert Dr. Renner diesen Umstand (vgl. Kap. 3.4.1.1), während Herr Knie von sich aus das Gespräch mit dem Hinweis auf seine letzte Behandlung beginnt (s. Kap. 3.4.2.1). Dadurch ist für beide Gespräche klar, welchen Gesprächstyp die Beteiligten im Begriff sind zu etablieren, also welches Gespräch geführt werden *kann*. Die Konstitutierung des Abschlussgesprächs erfolgt nun im Verlauf des Gesprächs mittels der wechselseitigen Absicherung der Bedingungen für den Therapieerfolg, der wiederum Bedingung für das Therapieende ist. Die Absicherung über diese Bedingungen wird interaktiv durch die Klärung abschlussrelevanter Details hergestellt. Bei Frau Rücken handelt es sich um organisatorisch-institutionelle Details wie Untersuchungsergebnisse, die von Dr. Renner abgefragt werden, wohingegen Herr Knie die aus seiner Sicht abschlussrelevanten Details wie weitere schmerzlindernde Mittel erfragt. In beiden Fällen wird demnach das Betreuungsende vorbereitet, indem gewissermaßen die letzte Einheit der physikalischen Therapie durch die Klärung einzelner Subthemen nachbereitet wird. Infolgedessen und auch im Rahmen der Verantwortungsübergabe und –übernahme kommt es im weiteren Gesprächsverlauf zur Thematisierung von zukünftigen Aktivitäten, wie zum Beispiel der Plan Rückens, ihre physikalische Therapeutin wieterhin aufzusuchen, oder auch Knies Vorhaben, auf Kur zu gehen. Die Gesprächsmitte ist demnach bei beiden Abschlussgesprächen thematisch eher in der Zukunft verortet.
Das Gesprächsende hingegen, genauer die jeweils letzte *closing section* ist völlig frei von Resümees oder Vereinbarungen. Hier kommen stattdessen nochmals stark beziehungsdynamische Aspekte in den Vordergrund (vgl. Kap. 3.4.1.3 und 3.4.2.2). Durch das Fehlen von Resümees einerseits und die Hervorhebung des Arzt-Patient/inn/en-

Verhältnisses anderseits zeigt sich also gerade in den letzten Interaktionsmomenten eindeutig, dass ein Gespräch des Typs Abschlussgespräch beendet wird.

Die Verfahren zur Konstitution der beiden untersuchten Abschlussgespräche an der PMR sind demnach die Thematisierung des Therapieendes zu Beginn des Gesprächs, die Klärung abschlussrelevanter Details aus institutioneller beziehungsweise patient/inn/en-orientierter Sicht und, als gegebenenfalls ausgebauter Aktivitätskomplex, die Übergabe und Übernahme der Verantwortung an/ durch die Patient/inn/en, was der Entlassung aus der Institution vorausgeht, was ja zweckmäßig einem Abschlussgespräch zugrunde liegt. In logischer Konsequenz führen diese Verfahren zu reduzierten Gesprächsbeendigungen hinsichtlich der Rekapitulation zukünftiger Aktivitäten oder Anweisungen für unmittelbar folgende Handlungen der Patient/inn/en (vgl. die finale *closing section* von Frau Schulter, Kap. 3.3.1.3, und jene von Frau Hand, Kap. 3.3.2.2), während eine Fokussierung auf beziehungsdynamische Aspekte erwartbar ist.
Die Aushandlung der interaktiven Zuständigkeiten für die einzelnen Verfahren erfolgt lokal, je nach dem, welches Handlungsmuster von den Beteiligten eingesetzt wird. Da es für ein institutionelles Abschlussgespräch keine oder kaum Vorgaben zu geben scheint, obliegt die Gestaltung desselben offenbar den interaktiven Bedürfnissen und Vorstellungen der Beteiligten. Wie oben bereits ausgeführt, ist allerdings davon auszugehen, dass eher das Gespräch mit Frau Rücken der Norm entspricht als das Beratungsgespräch zwischen Herrn Knie und Dr. Grabner.

3.4.4. Das Arzt-Patient/inn/en-Verhältnis in den Abschlussgesprächen

Während in den Erstgesprächen kaum ein Verhältnis zwischen den Ärzten und den beiden Patientinnen in einer erwartbaren Form etabliert wird (vgl. Kap. 3.3), gilt für die Abschlussgespräche paradoxerweise das Gegenteil. Vor allem im Gespräch mit Frau Rücken sind die Ärzte bemüht, „etwas“ herzustellen, das offenbar über das aktuelle Interaktionsereignis hinausreichen soll. Dr. Renner bettet durch seine intensive Beziehungsarbeit gegenüber Frau Rücken das Gespräch in einen partnerschaftlich-dienstleistungs-orientierten Kontext, was allerdings von Dr. Grabners paternalistisch anmutenden Mahnungen unterlaufen wird (s. Kap. 3.4.1.3). So verschieden die Verhaltensweisen der zwei Ärzte auch sind, beide bewirken eine Festigung der Beziehung zu Frau Rücken und damit eine Bindung der Patientin an die Institution. Hier zeigt sich wohl auch die Funktion der Beziehungsfestigung: Gerade am Ende des therapeutischen Prozesses soll ein Wiedereintritt in die Institution zu einem späteren Zeitpunkt vorbereitet werden – bei der gleichzeitigen Äußerung dringender Hinweise, dies durch eigenverantwortliches Handeln zu vermeiden. Frau Rücken wird also einerseits die Türe zur

Institution offen gehalten, andererseits wird ihr nahe gelegt, sie nicht mehr zu durchschreiten. Ein Grund für diese zuwiderlaufenden Handlungen ist sicherlich das Oszillieren zwischen Grabners und Renners Konzepten zu ihrer Arzt-Patient/inn/en-Beziehung.

In der Interaktion von Herrn Knie und Dr. Grabner zeigen sich völlig andere Dynamiken. Hier gestaltet sich die Beziehung der Interagierenden von vornherein völlig anders als im Gespräch mit Frau Rücken, da Knie aus einer passiven Patientenrolle in die aktive Rolle des Ratsuchenden wechselt und Grabner daher nicht primär als Arzt sondern als ärztlicher Ratgeber auftritt (vgl. Kap. 3.4.2.1). Knie ist als Ratsuchender in jeder Hinsicht initiativ im Gespräch und ist so in der Lage, seine intensive Auseinandersetzung mit der Thematik darzustellen[51]. Seine Compliance steht damit außer Frage und könnte im Rahmen des Beratungsschemas auch gar nicht in Frage gestellt werden. Auf Basis dieser interaktiven Entwicklungen bildet sich zwar kein aufrechtes Arzt-Patienten-Verhältnis oder dessen Festigung heraus (obwohl für Knie die Möglichkeit einer weiteren Therapie an der PMR nach einer Knieoperation weit eher in Betracht gezogen werden kann als für Rücken), doch die Beteiligten bleiben auch nach Ende der Interaktion im Bewusstsein eines gelungenen Beratungsgesprächs, an das jederzeit – im Rahmen dieses Handlungsschemas – angeknüpft werden könnte.

Letztlich lässt sich auch das evaluative Moment, das Gesprächsbeendigungen anhaftet (s. Goffman 1999 und Kap. 2.3.2), auf den größeren Kontext von Beendigungen therapeutischer Prozesse übertragen. Es ist demnach relevant für die Beteiligten, vor allem für die Ärzte als Vertreter der Institution, Abschlussgespräche zu führen, die eben einen guten Abschluss ermöglichen, um damit sowohl retrospektiv die Zeit der Behandlung aufzuwerten, als auch für die Zukunft und mögliche weitere Begegnungen das Feld vorzubereiten. In Hinblick auf eine Situations- beziehungsweise Prozessevaluation kommen sicherlich Aspekte der Selbstdarstellung für die Ärzte hinzu, welche wiederum Einfluss nehmen auf die Beziehungsgestaltung zu Rücken beziehungsweise Knie. Renner gibt sich als freundschaftlich-lockerer und dienstleistungsorientierter Arzt, während Grabner zum Einen sein ärztliches Verantwortungsbewusstsein gegenüber Rücken herausstellt und zum Anderen seine ärztliche Expertise zur Verfügung stellt, womit er zu Knie auch eine dienstleistungsorientierte Beziehung etbaliert. Beide repräsentieren auf ihre Weise die Institution und hinterlassen so ihren je spezifischen Eindruck bei Frau Rücken und Herrn Knie, was sicherlich nachhaltig auf deren Gesamtevaluation ihrer Zeit im AKH beiträgt.

[51] Frau Rückens Auseinandersetzung mit ihren Beschwerden ist eventuell ebenso intensiv, doch hat sie durch die Anwesenheit zweier Ärzte schlichtweg nicht den gleichen interaktiven Spielraum zur Verfügung, der ihr eine ähnliche Darstellung ermöglichen würde.

Nach dieser intensiven Auseinandersetzung mit sowohl den Erstgesprächen als auch den Abschlussgesprächen, werden im folgenden Abschnitt die *closing sections* beider Gesprächstypen gegenüber gestellt.

3.5 Vergleichende Betrachtung der *closing sections* der Erstgespräche und Abschlussgespräche

Das distinktive Element der *closing sections* in Erstgesprächen und jenen in Abschlussgesprächen ist die temporale Einbettung des thematischen Bereichs der zukünftigen Aktivitäten der Patient/inn/en in das aktuelle Interaktionsgefüge.

In den Erstgesprächen bedeutet die Thematisierung von unmittelbar folgenden Handlungen der Patient/inn/en, dass der Übergang in die Beendigungsphase vollzogen wird. Diesen Übergang realisieren beziehungsweise bereiten die Ärzte vor, indem sie alle anderen in einem Erstgespräch abzuarbeitenden (Teil-)Phasen abschließen (s. Kap. 3.3.3). Dies indiziert das hohe Steuerungspotenzial des ärztlichen Gesprächsplans und macht noch einmal deutlich, wie wenig Einfluss Patient/inn/en auf den Interaktionsverlauf vor allem eines Erstgesprächs nehmen können (vgl. Kap. 2.2.5). Die *closing section* dient hier der Klärung oder Rekapitulation der unmittelbar nach der Interaktion relevanten To-dos für die Patientinnen.

Anders verhält es sich in den Abschlussgesprächen. Da diese generell im Rahmen eines offeneren Gesprächskonzeptes geführt werden (s. Kap. 3.4.3) gibt es hier weniger eindeutige Vorgaben darüber, was darin enthalten sein muss und vor allem wann alle Teilschritte in der Aktivität „Abschlussgespräch“ abgeschlossen sind. Wie sich an den beiden untersuchten Abschlussgesprächen zeigt, divergieren die Vorstellungen über interaktive Notwendigkeiten dieser Gesprächsereignisse doch maßgeblich und reichen von gelungener Beziehungsarbeit, über explizite Verantwortungsübergabe bis hin zum Vollzug des Handlungsschemas für Beratungsgespräche. Demnach können die Beteiligten weder auf dezidiertes Musterwissen noch auf einen klaren Gesprächsplan zurückgreifen, wodurch eher Raum für Aushandlungen entsteht (s. z.B. Renners Frage an Rücken *brauchen Sie noch was von uns?* in Fl. 42 des Transkripts Frau Rücken oder auch den Import des vollständigen Beratungsschemas von Knie und Grabner).
Für beide Abschlussgespräche gilt jedoch, dass mit dem Abschließen zukunftstrelevanter Themen der Übergang in die *closing section* stattfindet. Diese wiederum ist nun völlig frei von Vereinbarungen oder Resümees oder ähnlichem, das Handlungsanweisungen für die

Patient/inn/en enthält. Die Beendigungsphasen der Abschlussgespräche sind stattdessen der interaktive Ort, an dem beziehungsdynamische Aspekte noch einmal in den Vordergrund gerückt werden. Goffman (1982) spricht in diesem Zusammenhang von ausgebauten Verabschiedungs-Ritualen (s. Kap. 2.3.2), wobei die hier untersuchten Abschlussgespräche eben zeigen, dass in erster Linie die Komponente der Beziehung zwischen den Beteiligten interaktiv verdichtet und, wie im Fall Rücken-Renner (vgl. Kap. 3.4.1), gegebenenfalls zurecht gerückt wird. Auf diese Weise stärken die Interagierenden eine Beziehung, die an dieser Stelle eigentlich ihr Ende findet, was den Beteiligten eine jedenfalls positive abschließende Situationsdefinition ermöglicht, womit wiederum ein eventuelles – wenn auch unwahrscheinliches – erneutes Zusammentreffen vorbereitet wird.

Während die Beendigungsphasen der Erstgespräche also dem Zweck dienen, die Patient/inn/en zwar aus der aktuellen Interaktion zu entlassen, aber gleichzeitig die Einbindung in die Institution vorbereiten, werden die Beendigungsphasen der Abschlussgespräche eher für beziehungsrelevante Aushandlungen genutzt, da die Ausgliederung aus der Institution zuvor schon als konstitutives Element der Abschlussgespräche geschieht. Ob es dadurch generell zu längeren Beendigungsphasen im Abschlussgespräch kommt, lässt sich zwar aufgrund der hier untersuchten Fälle, die beide doch einigermaßen speziell sind, nicht völlig ausschließen. Es ist aber anzuzweifeln, dass routinemäßig durch lokale Relevantsetzungen von Beziehungsaspekten die *closing section* verlängert wird, da beziehungsdynamische Parameter eher schon während des gesamten Gesprächs schlagend und somit schon früher interaktiv bearbeitet werden.

4. KONTEXTUALISIERUNG UND ERWEITERUNG DER ERGEBNISSE

4.1 Einordnung der Ergebnisse in die Literatur

Nachdem in den vorigen Kapiteln die Gespräche im Detail untersucht und in ihren Typen zueinander verglichen wurden, dient dieser Abschnitt der Verknüpfung der Ergebnisse aus den Fallanalysen mit jenen aus der Literatur (s. Kap. 2.3.2).

In allen von mir untersuchten Gesprächen geht das Abschließen von Themen oder ganzen Aktivitäten dem Abschließen der Interaktion voraus, wie unter anderem Schegloff und Sacks (1973), aber auch Pavlidou (2002) und Harren/ Raitaniemi (2008) behaupten. Themen- und Aktivitätsabschlüsse sind meines Erachtens auch nonverbal zu finden. Die Ordnungshandlungen der Ärzte, wie das Schließen der Mappe oder das Weglegen des Stiftes, antizipieren das Ende des aktuellen ärztlichen Handelns und insofern auch das Gesprächsende (vgl. Kallmeyer 2005). Die Ärzte stellen sich in der Folge eher nur noch zur Verfügung, haben ihre (Verwaltungs-)Aktivitäten aber schon abgeschlossen. Aufgrund ihres Abschluss-antizipierenden Charakters können diese Ordnungshandlungen als nonverbale Vorbeendigungen bezeichnet werden.

Das verbale Abschließen von Aktivitäten wird durch Diskursmarker, die nach Schegloff und Sacks (1973) als *possible pre-closings* klassifiziert werden können, und resümierende Äußerungen indiziert. Wie Harren und Raitaniemi (2008) argumentieren, können gerade kurze Resümees und Zusammenfassungen als *candidate initiations*, also bereits als Eintritt in die für Harren und Raitaniemi (2008) zweistufige Beendigungsphase gesehen werden. Für diese Sichtweise spricht vor allem das nonverbale Verhalten der Beteiligten, an dem sich bei allen von mir untersuchten Gesprächen schon vor dem finalen Austausch von *pre-closings* Anzeichen für die Interaktionsauflösung finden.

Dass die Rekapitulation von Vereinbarungen, aber auch das Aussprechen von Wünschen füreinander etc. als Teil der *closing section* anzusehen ist, entspricht auch den Erkenntnissen von Jäger (1976). Von den insgesamt sieben verbalen Aktivitäten, die er für die Beendigungssequenz nennt (s. Kap. 2.3.2), sind im vorliegenden Datenmaterial die folgenden vier zu finden: Resümee, Wertschätzung und Dank, Vereinbarungen und Wünsche. Festzuhalten ist hier jedoch zum einen, dass Wünsche nur in konventionalisierter

Form nach den Terminalsignalen beziehungsweise als Erweiterung dieser und ausschließlich von den Ärzten ausgesprochen werden (s. Kap. 4.2). Zum anderen muss betont werden, dass Vereinbarungen nicht erst in der Beendigungsphase getroffen, sondern lediglich wiederholt werden (vgl. u.a. Harren/ Raitaniemi 2008 und West 2006). Die von Jäger (1976) angeführten und von West (2006) an ihrem Korpus beobachteten internen und externen Legitimierungen durch die Ärzte bleiben bei den hier untersuchten Gesprächen aus, wobei die zeitlichen Limitierungen als Artefakt der ärztlichen Kommunikation vermutlich sehr wohl präsent sind (s. Kap. 4.2).
Gafarangas und Brittens (2004) Erkenntnis hinsichtlich des Formulierens von Resümees und Wiederholen von Vereinbarungen, bestätigt sich am vorliegenden Material. Es zeigt sich der von ihnen postulierte Zusammenhang mit der aktuellen Beteiligungsweise der Patient/inn/en im Gespräch: Herr Knie (s. Kap. 3.4.2), der durch die Etablierung des Handlungsmusters für Beratungen wesentlichen Einfluss auf die Gestaltung des Gesprächs mit Grabner nimmt, setzt wiederholt resümierende Handlungen. Aber auch Frau Hand (s. Kap. 3.3.2), die zum Ende des Gesprächs mehrere Initiativen setzt, also eine aktivere Beteiligungsrolle einnimmt, realisiert schließlich eine Zusammenfassung ihrer nächsten Handlungsschritte.

Das Indizieren einer aufrechten Arzt-Patient/inn/en-Beziehung beispielsweise mittels der Wiederholung von Vereinbarungen stellt sich bei West (2006) als besonders relevant hinsichtlich der Aufrechterhaltung der Beziehung zwischen Ärztin/ Arzt und Patient/in heraus. Während in den *closing sections* der hier untersuchten Abschlussgespräche durchaus Anzeichen für die Aufrechterhaltung des Verhältnisses zu finden sind, fehlen diese Indizes wider Erwarten völlig in den Erstgesprächen. Deshalb kann auch nicht von der Konstitution eines Erstgesprächs im Sinne der Initiierung einer Gesprächsreihe gesprochen werden (vgl. West 2006, Petzhold 2003 und Button1991). Vielmehr bleibt für die Patientinnen unklar, ob, wann und mit wem weitere Gespräche folgen. Stattdessen scheint ein Erstgespräch an der PMR eher initiierenden Charakter hinsichtlich der institutionellen Eingebundenheit zu haben, was in den vorliegenden Erstgesprächen sogar soweit geht, dass die Patientinnen nur mit Informationen versorgt werden, die sie unmittelbar nach der Interaktionssituation mit den Ärzten brauchen.

Zu den Ergebnissen von Heath (1986) zeigen sich Abweichungen. Die nonverbalen Handlungen der Patient/inn/en werden in den vier hier untersuchten Gesprächen nicht äußerungs-ähnlich genau an die *TRPs* der Ärzte geknüpft. Das nonverbale Verhalten aller Beteiligten scheint hingegen eher ein paralleles kommunikatives Operationsfeld zum verbalen Verhalten zu sein, das teilweise auch Aktivitäten beinhaltet, die scheinbar in Widerspruch zum Gesprochenen stehen.

Wo dennoch die *turn-by-turn*-Abstimmung in den nonverbalen Bereich hinein wirkt, vermute ich, dass die Beteiligten sich aus Gründen der Höflichkeit auf ihr Gegenüber abstimmen, da es ja bedeutet, der/ dem Interaktionspartner/in nicht die volle Aufmerksamkeit entgegen zu bringen, wenn man sich nonverbal anderswie betätigt. Ich sehe aber keinen unbedingten Zusammenhang und vor allem keine ständige Abstimmung von verbaler und nonverbaler Sprache.

Bei allen vier untersuchten Gesprächen gibt es jeweils einen sehr deutlichen Hinweis auf das unmittelbare Bevorstehen der Terminalsignale: das Lächeln der Beteiligten. Harren und Raitaniemi (2008) sowie Pavlidou (2002) beobachten durchgehend am Ende ihrer Telefongespräche das Anzeigen sozialer Nähe durch Überlappungen und/ oder das höher Werden der Stimme etc. Meines Erachtens kommt es zu diesen Nähe-Markierungen, weil bei Telefonaten der fehlende visuelle Kanal kompensiert werden muss. In der *face-to-face*-Interaktion kann jedoch einfach mittels Lächeln direkt vor und während der Verabschiedung das gegenseitige Wohlwollen angezeigt und so das Gespräch mit einer klar positiven Situationsdefinition hinsichtlich beziehungsdynamischer Faktoren abgeschlossen werden.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass sich die Ergebnisse aus den für diese Arbeit durchgeführten Analysen mit jenen aus der Literatur weitgehend decken. Teilweise ist es auch möglich, Erkenntnisse aus ihren ursprünglichen Kontexten, wie zum Beispiel der Untersuchung von Telefongesprächen (v.a. Schegloff/ Sacks 1973, Pavlidou 2002, Harren/ Raitaniemi 2008), zu übertragen und dadurch zu erweitern, was jedenfalls den Blick für die Zusammenhänge von Setting, Rollen, Aushandlung von Beteiligungsweisen und generell interaktiven Dynamiken schärft.
Im Folgenden steht der Einfluss des institutionellen Settings auf die *closing sections* der analysierten Gespräche im Fokus meiner Überlegungen.

4.2. Institutionelle Spezifika von Beendigungsphasen

Da auf den vorigen Seiten die Ergebnisse aus den Fallanalysen den in Abschnitt 2.3.2 aufgearbeiteten Erkenntnissen aus der Literatur gegenübergestellt wurden, bleibt nun noch die letzte der in Kapitel 3.2.1 gestellten Analysefragen zu klären:

- Wie wirkt sich das institutionelle Setting auf die interaktive Herstellung der Abschlussphasen aus?

Dass sich ein ärztliches Gespräch durch bestimmte extern legitimierte interaktive Rechte und Pflichten der Beteiligten auszeichnet, wurde in Abschnitt 2.2.5 dargelegt. Diese Rechte und Pflichten sind Teil des institutionellen Settings beziehungsweise konstituieren sie dieses Setting interaktiv. Sie müssen in der Regel nicht zu Beginn eines Gesprächs zwischen den Beteiligten ausgehandelt werden, sondern gehören einem übergeordneten Institutionenwissen an, das sowohl den Agent/inn/en wie auch den Klient/inn/en zur Verfügung steht.
Dieses Institutionenwissen enthält auch Vorstellungen darüber, was in einem Erstgespräch beziehungsweise einem Abschlussgespräch enthalten sein muss. An diesen Vorstellungen orientieren sich die Beteiligten, wenn sie Handlungen und Handlungsmuster in der Interaktion vollführen und sie den aktuellen Gegebenheiten anpassen. Sind alle Vorstellungen über einen Gesprächstyp (einigermaßen) realisiert und zudem alle eventuell vorhandenen Ideen über Beziehungsgestaltung umgesetzt, kurz: sind alle Zwecke, deretwegen das Gespräch geführt wird, erfüllt, kann die Interaktion abgeschlossen werden.
Insofern müssen bei der Frage nach dem institutionellen Einfluss auf die *closing sections* die „unmarkierten" Varianten der Beendigungen in Alltagsinteraktionen mitgedacht werden. Aufgrund seiner spezifischen Implikationen hat das institutionelle Setting also folgende Konsequenzen für die Gesprächsbeendigung:

Da es sich bei medizinischer Kommunikation um zweckgerichtete Interaktion handelt, gibt es von allen Beteiligten relativ klare Erwartungen bezüglich der abzuhandelnden Themen und dementsprechend auch Vorstellungen hinsichtlich der Vollständigkeit der thematischen Abhandlung, also wann der Zweck eines ärztlichen Gesprächs erfüllt ist. Wie genau diese Konstruktionsschemata auf die Gesprächsbeendigung Einfluss nehmen, ist in den vorliegenden Gesprächen nicht nachweisbar, da die Interagierenden einander nicht jeden einzelnen Schritt im Konstruktionsschema anzeigen. Wo sie dies allerdings tun, zeigen sich Verankerungen in der aktuellen Schemaposition und auch Antizipationen des Gesprächsendes, die der/ dem jeweils anderen den Abgleich der eigenen Schemaposition mit der der/ des anderen ermöglichen. Durch dieses einander Aufzeigen und aneinander Abgleichen, also durch die Realisierung von Äußerungen mit beispielsweise vorbeendigendem Charakter wird ein gemeinsames Hinbewegen zum Gesprächsabschluss ermöglicht. Demnach beeinflusst das institutionelle Setting alleine schon durch die damit verbundenen Erwartungen und Leitvorstellungen die Gesprächsbeendigung (vgl. Kallmeyer 2005 und s. Kap. 2.3).

Die eben erläuterten Zusammenhänge zwischen schemabedingten Erwartungen an institutionelle Interaktion und der Herstellung eines gemeinsamen Interaktionsabschlusses

nehmen wiederum Einfluss auf die organisationsinterne Zeitplanung, die für Gespräche eines Typs bestimmte zeitliche Ausdehnungen vorsieht. Dies zeigt sich an den Terminvergaben, in welchem einer Ärztin/ einem Arzt eine gewisse Anzahl von Gesprächen für einen bestimmten Zeitraum zugeteilt werden. Solche vagen Vorstellungen über die Dauer der Erfüllung von Gesprächszwecken haben sicherlich Einfluss auf das Zeitmanagement der Ärzt/inn/en, und sie machen jedenfalls deutlich, dass die Zeitmöglichkeiten im institutionellen Rahmen begrenzt sind. Obwohl die beiden Ärzte Renner und Grabner nicht explizit auf Zeitdruck hinweisen (vgl. West 2006), ist dennoch davon auszugehen, dass sie ihren zeitlichen Rahmen im Hinterkopf behalten und gegebenenfalls auch das Vorankommen in den Gesprächen beschleunigen. Ein Mittel zur Beschleunigung eines ärztlichen Gesprächs wäre beispielsweise das Weglassen von *floor offerings*.

Dies bringt mich zu jenen institutionellen Einflüssen, die sich an den extern legitimierten interaktiven Rechten und Pflichten der Beteiligten manifestieren. In einem ärztlichen Gespräch können rollenbedingt nur die Ärzt/inn/e/n die für *closing sections* typischen *floor offerings* realisieren oder mittels fragender Partikel gezielt Ratifikationen der Patient/inn/en einfordern. Dieser Umstand ist im Wissens- und Zuständigkeitsunterschied der Interagierenden begründet, woraus sich die komplementären interaktiven Handlungen ergeben, wie sie bereits für die Frage-Antwort-Sequenz beschrieben wurden (s. Kap. 2.2.5). Ein ähnliches Muster zeigt sich eben auch im Anordnen von Therapien durch Ärzt/inn/e/n und Entgegennehmen dieser Anordnungen durch Patient/inn/en, das gerade in den Beendigungsphasen bei der Abklärung der auf die Interaktion folgenden Handlungen für die Patient/inn/en schlagend wird.
Weiters ist es in Hinblick auf die institutionellen Rollen logisch, dass lediglich die Ärzt/inn/e/n am Ende eines Gesprächs gute Wünsche für die Patient/inn/en aussprechen, während Dank und Würdigung nur von den Patient/inn/en zu erwarten sind.

Ein wichtiger Faktor der institutionellen Einflussnahme auf die *closing sections* zeigt sich schließlich auch im nonverbalen Verhalten. In jedem der vier untersuchten Gespräche ist eine nonverbale Handlung der/ des Patientin/ Patienten ausschlaggebend für die Auflösung der Interaktionssituation – selbst wenn auf ärztlicher Seite schon früher nonverbale Abschlusshandlungen gesetzt wurden (vgl. Kap. 3.3.2). Denn selbst wenn die Ärzte schon sehr weit fortgeschritten in ihren Ordnungshandlungen sind beziehungsweise diese schon abgeschlossen haben, sind sie dennoch gezwungen, ihre interaktive Zugänglichkeit (und damit ihre ärztliche Zuständigkeit) aufrecht zu erhalten, bis die Patient/inn/en den Raum verlassen. Die räumlichen Gegebenheiten auf der untersuchten Abteilung, die zur Folge haben, dass Ärzt/inn/e/n für mehrere Gespräche hintereinander im gleichen Raum bleiben

und Patient/inn/en zu den Ärzt/inn/en in den Raum kommen, führen also dazu, dass lediglich die Patient/inn/en nonverbale Aktivitäten setzen können, die so stark das Interaktionsende projizieren wie beispielsweise Rückens Griff zur Tasche (s. Kap. 3.4.1.3) oder Schulters Zurückrollen mit dem Rollstuhl (s. Kap. 3.3.1.3).

Es zeigt sich hier die Vielfältigkeit der Auswirkungen der institutionellen Rahmenbedingungen auf das Beenden von Gesprächen.

5. SCHLUSSBEMERKUNG

Nachdem nun die Ergebnisse in allen Kombinationsmöglichkeiten zueinander in Beziehung gesetzt, sie in den Kontext der Forschungsliteratur gestellt und deren institutionelle Realisationsbedingungen beleuchtet wurden, bleibt nur noch, an den Beginn der Arbeit zurückzukehren und die initialen Überlegungen dieses Arbeitsprozesses zu Ende zu führen.

Im einleitenden Kapitel 1 formulierte ich die Annahme, *closing sections* zu Therapieende seien wesentlich verschieden, vor allem auch in ihrer zeitlichen Ausdehnung, zu jenen am Therapiebeginn. Diese Annahme hat sich nicht bestätigt. Wie in den vorigen Abschnitten gezeigt, besteht der Unterschied von Erst- zu Abschlussgespräch in den Phasen des nahenden Gesprächsendes lediglich in der An- beziehungsweise Abwesenheit von Anweisungen für die Patient/inn/en. Auch ist kein signifikanter Unterschied in den Grußformeln festzustellen. Stattdessen kann das wesentlich Andere an den zwei Gesprächstypen im Mittelteil der Gespräche gefunden werden, wo in Abschlussgesprächen länger Zeit für die Abhandlung beendigungsrelevanter Themen eingeräumt wird. Kritisch formuliert bedeutet dies, dass Therapien an der Abteilung der physikalisch-medizinischen Rehabilitation tendenziell „ordentlicher“ und eher Patient/inn/en-orientiert abgeschlossen als sie begonnen werden.
Auch hinsichtlich beziehungrelevanter Parameter zeigt sich am Ende des Betreuungsverhältnisses ein sensiblerer Umgang der Ärzte mit den Patient/inn/en als bei der Konstitution des Betreuungsverhältnisses im Rahmen der Erstgespräche, wobei sich dies eben nicht notwendigerweise auf die interaktive Herstellung der *closing sections* auswirkt.
Natürlich muss eingeräumt werden, dass die Aussagekraft vierer Einzelfallanalysen mit geringer Varianz hinsichtlich des beteiligten Personals begrenzt ist. Doch es liegt durchaus eine gewisse interaktionale Logik im Vorgehen der Beteiligten, sodass kaum von Zufälligkeiten oder personenspezifischen Eigenheiten gesprochen werden kann.

In jedem Arbeitsprozess, egal ob im wissenschaftlichen Kontext oder außerhalb, kann man sich nahezu unendlich in immer noch kleineren Einheiten verlieren. Ich hoffe, meine Auswahl bei der Behandlung dieser kleinen Einheiten und Details ist nachvollziehbar. Zwei sogenannte Details, die bei näherer Betrachtung vermutlich mehr als ganze Kapitel füllen würden, möchte ich hier noch einmal anführen.
Die Analyse brachte eine Phase des ärztlichen Erstgesprächs zutage, die bislang nicht beschrieben wurde (s. Kap. 3.3.3). Diese Phase der Therapiemitteilung, die in der vorliegenden Untersuchung zwischen der Therapieplanung und der Initiierung der Beendigungsphase lokalisiert werden konnte, gilt es in zukünftigen Untersuchungen zu bestimmen und näher zu beschreiben. Vor allem wäre es auch interessant, herauszufinden, welche institutionellen Rahmenbedingungen überhaupt dazu führen, dass die Therapie*mitteilung* durch die Ärztin/ den Arzt an Stelle einer gemeinsamen Therapie*entwicklung* von Ärztin/ Arzt und Patient/in steht.

Eine kleine Überraschung war die Entdeckung des Handlungsschemas für Beratungsgespräche in einem der Abschlussgespräche (s. Kap 3.4.2). Wo zunächst nur Ratlosigkeit über die absolute Gegenteiligkeit der beiden Abschlussgespräche herrschte, zeigten sich mit dem Wissen, zwei verschiedene Handlungsschemata vor mir zu haben, langsam die Strukturen der Gespräche, an welchen sehr wohl Vergleiche angestellt werden konnten. Neben der genauen Herausarbeitung des Beratungsschemas, das ich in diesem Rahmen aussparen musste, ist es sicherlich sinnvoll und erhellend, in medizinisch-institutioneller Kommunikation nach weiteren Musterimporten zu suchen. Gerade in hochkomplexen multifunktionalen Institutionen wie dem AKH ließen sich dadurch leichter die Handlungsebenen und deren Verschränkungen erkennen. Zudem könnte überprüft werden, ob es im Sinne des Empowerments von Patient/inn/en generell günstig ist, wenn diese zu Beginn von ärztlichen Gesprächen ein klar vorgegebenes Muster wie jenes für die Beratung etablieren.

Für die beiden eben beschriebenen „Details“ so wie für die generelle, bislang noch viel zu wenig untersuchte gesprächsorganisatorische Dimension von Beendigungsphasen in Organisationen ist das Herangehen an größere Korpora notwendig. Die Varianz der Beteiligten sowie die Vielfalt der Gespräche muss erhöht werden, um eine gewisse Vergleichbarkeit und quantitative Relevanz im sozialwissenschaftlichen Kontext zu erreichen.

6. BIBLIOGRAPHIE

Atkinson, Paul (1995). Medical Talk and Medical Work. The Liturgy of the Clinic. London: Sage Publications.

Auer, Peter (1986). *Kontextualisierungen*. Studium Linguistik 19. 22-47.

Auer, Peter (1990). *Rhythm in telephone closings.* Human Studies 13. 361-392.

Austin, John Langshaw (1985 (1962)). Zur Theorie der Sprechakte. Stuttgart: Philipp Reclam Jun.

Becker-Mrotzek, Michael/ Meier, Christoph (2002). Arbeitsweisen und Standardverfahren der Angewandten Diskursforschung. In: Brünner Gisela/ Fiehler, Reinhard/ Kindt, Walther (Hg.). Angewandte Diskursforschung. Band 1: Grundlagen und Beispielanalysen. Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung. 18-45.

Bergmann, Jörg R. (1991). Goffmans Soziologie des Gesprächs und seine ambivalente Beziehung zur Konversationsanalyse. In: Hettlage, Robert/ Lenz, Karl (Hg.). Erving Goffman – ein soziologischer Klassiker der zweiten Generation. Bern/ Stuttgart: Verlag Paul Haupt. 301-326.

Bergmann, Jörg (2001). Das Konzept der Konversationsanalyse. In: Brinker, Klaus/ Antos, Gerd/ Heinemann, Wolfgang/ Sager, Sven (Hg.). Text- und Gesprächslinguistik. Bd.2.

Blasch, Lisa/ Menz, Florian/ Wetschnow, Karin (2010). Texttypische und gendertypische Unterschiede in der Darstellung von Kopfschmerzen. In: Menz, Florian/ Lalouschek, Johanna/ Sator, Marlene/ Wetschanow, Karin (Hg.) Sprechen über Schmerzen. Linguistische, kulturelle und semiotische Analysen. Duisburg: Universitätsverlag Rhein-Ruhr. 225-293.

Bliesener, Thomas (1982). Die Visite – ein verhinderter Dialog. Initiativen von Patienten und Abweisungen durch das Personal. Gunter Narr Verlag: Tübingen.

Brinker, Klaus/ Sager, Sven F. (2010^4). Linguistische Gesprächsanalyse. Eine Einführung. Erich Schmidt Verlag: Berlin.

Brünner, Gisela/ Fiehler, Reinhard/ Kindt, Walther (Hg.) (1999). Angewandte Diskursforschung. Band 1: Grundlagen und Beispielanalysen. Westdeutscher Verlag: Opladen/ Wiesbaden.

Brünner, Gisela (2005). Arzt-Patienten-Kommunikation als Experten-Laien-Kommunikation. In: Neises, Mechthild/ Ditz, Susanne/ Spranz-Fogasy, Thomas (Hg.). Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde. Ein interdisziplinärer

Ansatz zur verbalen Intervention. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft: Stuttgart. 90-109.

Brünner, Gisela (2011). Gesundheit durchs Fernsehen. Linguistische Untersuchungen zur Vermittlung medizinischen Wissens und Aufklärung in Gesundheitssendungen. Duisburg: Universitätsverlag Rhein-Ruhr.

Button, Graham (1987). Moving out of closings. In: Button, Graham (Hg.). Talk and social organisation. Clevedon: Multilingual Matters. 101-151.

Button, Graham (1991). Conversation-in-a-Series. In: Boden, Deirdre/ Zimmerman, Don H. (Hg.). Talk and Social Structure: Studies in Ethnomethodology and Conversational Analysis. Cambridge: Polity Press. 251-277.

Clayman, Steven (1989), *The Production of Punctuality: Social Interaction, Temporal Organization, and Social Structure.* The American Journal of Sociology, Vol. 95, No. 3: 659-691.

Clayman, Steven/ Heritage, John (2002), The News Interview. Journalists and Public Figures on the Air. Cambridge: Cambridge University Press.

Clift, Rebecca (1999). *Irony in conversation*. Language in Society 28/1. Cambridge University Press. 523-553.

Deppermann, Arnulf (1999). Gespräche analysieren. Eine Einführung in konversationsanalytische Methoden. Leske & Budrich: Opladen

Drew, Paul/ Heritage, John (Hg.) (1992). Talk at Work. Interaction in Institutional Settings. Cambridge: Cambridge University Press.

Drew, Paul/ Holt, Elizabeth (1998). *Figures of Speech: Figurative Expressions and the Management of Topic Transition in Conversation.* Language in Society. Vol.27, No.4. 495-522.

Ehlich, Konrad/ Rehbein, Jochen (1976). *Halbinterpretative Arbeitstranskriptionen (HIAT)*. Linguistische Berichte 45. 21-41.

Ehlich, Konrad/ Rehbein, Jochen (1977). Wissen, kommunikatives Handeln und die Schule. In: Goeppert, Herma C. (Hg.). Sprachverhalten im Unterricht. Zur Kommunikation von Lehrern und Schülern in der Unterrichtssituation. München. 36-114.

Ehlich, Konrad/ Rehbein, Jochen (1980). Kommunikation und Institution. Tübingen: Narr.

Ehlich, Konrad/ Koerfer, Armin/ Redder, Angelika/ Weingarten, Rüdiger (Hg.) (1990). Medizinische und therapeutische Kommunikation. Diskursanalytische Untersuchungen. Westdeutscher Verlag: Opladen.

Ehrhardt, Claus (2002), Beziehungsgestaltung und Rationalität. Eine linguistische Theorie der Höflichkeit. Triest: Edizioni Parnaso.

Ferenc˘ík, Milan (1998). On Some Pragmalinguistic, Sociolinguistic and Psycholinguistic Aspects of the Dialogue and Polylogue in Radio Phone-In Talk Shows. Unpublished Ph.D. Thesis. Pres˘ov FF PU.

Gafaranga, Joseph/ Britten, Nicky (2004). *Formulations in general practice consultations.* TEXT 24. 147-170.

Garfinkel, Harold (1967). Studies in ethnomethodology. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Goffman, Erving (1959). The presentation of self in everyday life. New York: Doubleday.

Goffman, Erving (1991 (1967)), Interaktionsrituale. Über Verhalten in direkter Kommunikation. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Goffman, Erving (1982 (1971)), Das Individuum im öffentlichen Austausch. Mikrostudien zur öffentlichen Ordnung. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Goffman, Erving (1977 (1974)), Rahmen-Analyse. Ein Versuch über die Organisation von Alltagserfahrungen. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Gülich, Elisabeth (1970). Makrosyntax der Gliederungssignale im gesprochenen Französisch. München: Wilhelm Fink Verlag.

Gülich, Elisabeth/ Raible, Wolfgang (1977). Linguistische Textmodelle. Grundlagen und Möglichkeiten. München: Wilhelm Fink Verlag.

Günthner, Susanne (1996). Zwischen Scherz und Schmerz – Frotzelaktivitäten in Alltagsinteraktionen. In: Kotthoff, Helga (Hg.). Scherzkommunikation. Opladen: Westdeutscher Verlag. 81-108.

Haakana, Markku (2002). *Laughter in medical interaction: From quantification to analysis, and back.* Journal of Sociolinguistics 6/2. Blackwell Publishers. 207-235.

Harren, Inga/ Raitaniemi, Mia (2008). *The sequential structure of closings in private German phone calls.* Gesprächsforschung – Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion, Ausgabe 9: 198-223.

Hartung, Martin (1998). Ironie in der Alltagssprache. Eine gesprächsanalytische Untersuchung. Opladen/ Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.

Heath, Christian (1986). Body movement and speech in medical interaction. Cambridge/ London/ New York: Cambridge University Press.

Heath, Christian (2002). *Demonstrative Suffering: The Gestural (Re)embodiment of Symptoms*. Journal of Communication. 597-616.

Helmer, Henrike (2011). Die Herstellung von Kohärenz in der Interaktion durch Turnanschlüsse mit *dann*. Mannheim: Verlag für Gesprächsforschung.

Henne, Helmut/ Rehbock, Helmut (2001[4]). Einführung in die Gesprächsanalyse. Berlin/ New York: De Gruyter.

Heritage, John/ Robinson, Jeffrey D./ Elliot Marc N./ Beckett, Megan/ Wilkes, Michael (2007). *Reducing Patients' Unmet Concerns in Primary Care – the Difference One Word Can Make*. Journal of General Internal Medicine 22, No.10. 1429-1433.

Iser, Wolfgang (1976). Das Komische: ein Kipp-Phänomen. In: Preisendanz, Wolfgang/ Warning, Rainer (Hg.). Das Komische. München: Wilhelm Fink Verlag. 398-402.

Jäger, Karl-Heinz (1976), Zur Beendigung von Dialogen. Überlegungen, Vorschläge und erste Systematisierungsversuche. In: Berens, Franz-Josef/ Jäger, Karl-Heinz/ Schank, Gerd/ Schwitalla, Johannes, Projekt Dialogstrukturen. München: Max Hueber Verlag. 105-135.

Jefferson, Gail (1972). Side sequences. In: Sudnow, David (Hg.). Studies in social interaction. New York: The Free Press. 294-338.

Kallmeyer, Werner/ Schütze, Fritz (1976). *Konversationsanalyse*. Studium Linguistik 1. 1-25.

Kallmeyer, Werner/ Schütze, Fritz (1977). Zur Konstitution von Kommunikationsschemata der Sachverhaltsdarstellung. In: Wegner, Dirk (Hg.). Gesprächsanalysen. Hamburg: Buske. 159-274.

Kallmeyer, Werner (1978). Fokuswechsel und Fokussierungen als Aktivitäten der Gesprächskonsititution. In: Meyer-Hermann, Reinhard (Hg.). Sprechen – Handeln – Interaktion. Tübingen: Niemeyer. 191-241.

Kallmeyer, Werner (1985). Handlungskonstitution im Gespräch. Dupont und sein Experte führen ein Beratungsgespräch. In: Gülich, Elisabeth/ Kotschi, Thomas (Hg.). Grammatik, Konversation, Interaktion. Tübingen: Max Niemeyer Verlag. 81-122.

Kallmeyer, Werner (2005). Der interaktive Umgang mit dem Gesprächsende im Gesprächsverlauf. Am Beispiel der Talkshow „Berlin 19" vom 28.4.1989. Mannheim: IDS. Unveröffentlicht.

Kallmeyer, Werner (2007). Das Ja-Aber-Formativ. Wien. Unveröffentlicht.[52]

Kendall, Shari (2011). Symbolic Interactionism, Erving Goffman, and Sociolinguistics. In: Wodak, Ruth/ Johnstone, Barbara/ Kerswill, Paul (Hg.). The Sage Handbook of Sociolinguistics. Los Angeles: Sage Publications.113-124.

Lalouschek, Johanna/ Menz, Florian/ Wodak, Ruth (1988). „Alltag in der Ambulanz". Gespräche zwischen Ärzt/inn/en, Schwestern und Patient/inn/en. Endbericht. Wien.

Lalouschek, Johanna (1995). Ärztliche Gesprächsausbildung. Eine diskursanalytische Studie zu Formen des ärztlichen Gesprächs. Westdeutscher Verlag: Opladen.

Lalouschek, Johanna/ Menz, Florian (1999). Empirische Datenerhebung und Authentizität von Gesprächen. In: Brünner, Gisela/ Fiehler, Reinhard/ Kindt, Walther (Hg.).

[52] In folgender Publikation sind die Ausführungen zum Ja-Aber-Formativ ebenfalls zu finden: Kallmeyer, Werner (2007). Möglichkeiten der maschinellen Unterstützung bei der Arbeit mit Interaktionskorpora. In: Kallmeyer, Werner/ Zifonun, Gisela (Hg.). Sprachkorpora – Datenmengen und Erkenntnisfortschritt. Institut für Deutsche Sprache, Jahrbuch 2006. Berlin: De Gruyter. S. 203-234.

Angewandte Diskursforschung. Bd.1: Grundlagen und Beispielanalysen. Westdeutscher Verlag: Opladen/ Wiesbaden. 46-68.

Lalouschek, Johanna (1999). Frage-Antwort-Sequenzen im ärztlichen Gespräch. In: Brünner, Gisela/ Fiehler, Reinhard/ Kindt, Walther (Hg.). Angewandte Diskursforschung. Bd.1: Grundlagen und Beispielanalysen. Westdeutscher Verlag: Opladen/ Wiesbaden.155-173.

Lalouschek, Johanna (2005). Medizinische Konzepte und ärztliche Gesprächsführung – am Beispiel der psychosomatischen Anamnese. In: Neises, Mechthild/ Ditz, Susanne/ Spranz-Fogasy, Thomas (Hg.). Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde. Ein interdisziplinärer Ansatz zur verbalen Intervention. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft: Stuttgart. 48-72.

Lalouschek, Johanna (2007), Ärztliche Gesprächspläne und Anliegen von PatientInnen in der chronischen Schmerzbehandlung (Version 07/5). Arbeitspapier zum Forschungsprojekt „Schmerzdarstellung und Krankheitserzählung“. Download am 10.8.09 unter http://www.univie.ac.at/linguistics/personal/florian/Schmerzprojekt/de/berichte.htm

Lemert, Charles (1997). „Goffman“. In: Lemert, Charles/ Branaman, Ann (Hg.). The Goffman Reader. Malden/ Oxford: Blackwell Publishers. ix-xliii.

Martinez, Esperanza Rama (2003), *Accomplishing Closings in Talk Show Interviews: A Comparison with News Interviews.* Discourse Studies, 2003/ 5: 283-302.

Meier, Christoph (2002). Arbeitsbesprechungen. Interaktionsstruktur, Interaktionsdynamik und Konsequenzen einer sozialen Form. Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung. (www.verlag-gespraechsforschung.de/2002/pdf/arbeitsbesprechungen.pdf)

Menz, Florian (1988). Der geheime Dialog. Institutionalisierte Verschleierungen in der Arzt-Patienten-Kommunikation. Wien: Dissertation.

Menz, Florian/ Lalouschek, Johanna/ Gstettner, Andreas (2008). Effiziente ärztliche Gesprächsführung. Optimierung kommunikativer Kompetenz in der ambulanten medizinischen Versorgung. Ein gesprächsanalytisches Trainingskonzept. Lit Verlag: Wien/ Berlin.

Menz, Florian (2010). Sprechen über Schmerzen: linguistische, kulturelle und semiotische Analysen. Duisburg: Universitätsverlag.

Mishler, Elliot G. (1984). The Discourse of Medicine: Dialectics of Medical Interviews. Norwood/ New Jersey: Ablex Publishing Corporation.

Neises, Mechthild/ Ditz, Susanne/ Spranz-Fogasy, Thomas (Hg.) (2005). Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde. Ein interdisziplinärer Ansatz zur verbalen Intervention. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Nowak, Peter/ Spranz-Fogasy, Thomas (2008). *Medizinische Kommunikation – Arzt und Patient im Gespräch.* Jahrbuch Deutsch als Fremdsprache 34. 80-96.

Palm, Jörg (2001). Wissenstransfer zwischen Experten und Laien in Beratungsgesprächen. In: Wichter, Sigurd/ Antos, Gerd (Hg.). Wissenstransfer zwischen Experten und Laien. Umriss einer Transferwissenschaft. Peter Lang: Frankfurt/ Main. 347-364.

Panese, Marcello (1994), Prosody and Conversation. Phone-Closings in Radio-Talk. KontRI, Arbeitspapier Nr. 24.

Parsons, Talcott (1958). Struktur und Funktion der modernen Medizin. Eine soziale Analyse. In: König, René/ Tönnesmann, Margret (Hg.). Probleme der Medizinsoziologie. Köln: Opladen. 16-37.

Pavlidou, Theodossia-Soula (2002), Moving towards closing: Greek Telefone calls between familiars. In: Luke, Kang Kwong/ Pavlidou, Theodossia-Soula, Telephone Calls. Unity and diversity in conversational structure across languages and cultures. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins Publishing Company.

Petzhold, Marion (2003), Eröffnungen und Beendigungen von klientenzentrierten Therapiegesprächen im Verlauf einer Gesprächsreihe. Wien: Diplomarbeit.

Plansky, Luzia (2007). „Es is einfach, die Panik is da." Eine gesprächslinguistische Studie zu Thematisierungen von Zahnbehandlungsangst. Diplomarbeit. Wien.

Pomerantz, Anita (1984). Agreeing and Disagreeing with assessments. Some features of preferred turn shapes. In: Atkinson, J. Maxwell/ Heritage, John (Hg.). Structures of social action. Studies in conversation analysis. Cambridge. 57-101.

Quasthoff, Uta M. (1990). Das Prinzip des primären Sprechers, das Zuständigkeitsprinzip und das Verantwortungsprinzip. Zum Verhältnis von „Alltag" und „Institution" am Beispiel der Verteilung des Rederechts in Arzt-Patienten-Interaktionen. In: Ehlich, Konrad/ Koerfer, Armin/ Redder, Angelika/ Weingarten, Rüdiger (Hg.). Medizinische und therapeutische Kommunikation. Diskursanalytische Untersuchungen. Westdeutscher Verlag: Opladen. 66-81.

Rehbein, Jochen (2001). Das Konzept der Diskursanalyse. In: Brinker, Klaus/ Antos, Gerd/ Heinemann, Wolfgang/ Sager, Sven (Hg.). Text- und Gesprächslinguistik. Bd.2. 927-945.

Rehbein, Jochen/ Schmidt, Thomas/ Meyer, Bernd/ Watzke, Franziska, Herkenrath, Annette (2004). Handbuch für das computergestützte Transkribieren nach HIAT. Arbeiten zur Mehrsprachigkeit – Folge B, Nr. 56/2004, Sonderforschungsbereich 538, Universität Hamburg.

Robinson, Jeffrey D. (2001). *Closing medical encounters: two physician practices and their implications für the expression of patient's unstated concerns.* Social Science & Medicine 53. 639-656.

Sacks, Harvey (1992). Lectures on Conversation. Ed. by Jefferson, Gail. Vol.I/ II. Oxford/ Cambridge: Blackwell.

Sarangi, Srikant/ Roberts, Celia (1999). Talk, Work and Institutional Order. Discourse in Medical, Mediation and Management Settings. Mouton de Gruyter: Berlin/ New York.

Sarangi, Srikant/ Roberts, Celia (1999). The dynamics of interactional and institutional orders in work-related settings. In: Sarangi, Srikant/ Roberts, Celia (Hg.). Talk, Work and Institutional Order. Discourse in Medical, Mediation and Management Settings. Mouton de Gruyter: Berlin/ New York. 1-60.

Sator, Marlene (2009). „Irgendwie schwierig das zu differenzieren!“ Schmerzdifferenzierung – Eine gesprächsanalytische Untersuchung ärztlicher Erstgespräch an der Kopfschmerzambulanz. Wien: Dissertation.

Schegloff, Emanual A. (1968). *Sequencing in conversational openings.* American Anthropologist 70. 1075-1095.

Schegloff, Emanuel A./ Sacks, Harvey (1973), *Opening up closings.* Semiotica VIII 4. 289-327.

Schegloff, Emanual A. (1997). *Whose text? Whose context?* Discourse & Society 8/2. 165-187.

Schmidt, Thomas (2002). *Gesprächstranskription auf dem Computer: das System EXMARaLDA.* Gesprächsforschung (3). 1-23.

Schülein, Johann A. (1987). Theorie der Institutionen. Köln: Opladen.

Schwitalla, Johannes (2001). Lächelndes Sprechen und Lachen als Kontextualisierungsverfahren. In: Adamzik, Kirsten/ Christen, Helen (Hg.). Sprachkontakt, Sprachvergleich, Sprachvariation. Festschrift für Gottfried Kolde zum 65. Geburtstag. Tübingen: Niemeyer. 325-344.

Searle, John R. (1969). Speech Acts. An Essay in the Philosophy of Language. Cambridge: University Press.

Selting, Margret (1995a). Prosodie im Gespräch. Aspekte einer interaktionalen Phonologie der Konversation. Tübingen: Niemeyer.

Selting, Margret (1995b). Sprechstile als Kontextualisierungshinweise. In: Stickel, Gerhard (Hg.). Stilfragen. Jahrbuch 1994 des Instituts für deutsche Sprache. Berlin. 225-256.

Selting, Margret (2007), Beendigung(en) als interaktive Leistung. In: Hausendorf, Heiko (Hg.), Gespräch als Prozess. Linguistische Aspekte der Zeitlichkeit verbaler Interaktion. Tübingen: Gunter Narr Verlag. 307-338.

Spiegel, Carmen/ Spranz-Fogasy, Thomas (2001). Aufbau und Abfolge von Gesprächsphasen. In: Brinker, Klaus/ Antos, Gerd/ Heinemann, Wolfgang/ Sager, Sven (Hg.). Text- und Gesprächslinguistik. Bd.2.1241-1251.

Spranz-Fogasy, Thomas (2005). Kommunikatives Handeln in ärztlichen Gesprächen – Gesprächseröffnung und Beschwerdenexploration. In: Neises, Mechthild/ Ditz, Susanne/ Spranz-Fogasy, Thomas (Hg.). Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde. Ein interdisziplinärer Ansatz zur verbalen Intervention. Stuttgart Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. 17-47.

Spranz-Fogasy, Thomas (2010). Verstehensdokumentation in der medizinischen Kommunikation: Fragen und Antworten im Arzt-Patient-Gespräch. In: Deppermann, Arnulf/ Reitemeier, Ulrich/ Schmitt, Reinhold/ Spranz-Fogasy, Thomas (Hg.). Verstehen in professionellen Handlungsfeldern. Tübingen: Narr. 27-116.

Stempel, Wolf-Dieter (1976). Ironie als Sprechhandlung. In: Preisendanz, Wolfgang/ Warning, Rainer (Hg.). Das Komische. München: Wilhelm Fink Verlag. 205-235.

Wald, B. (1978). Zur Einheitlichkeit und Einleitung von Diskurseinheiten. In: Quasthoff, Uta M. (Hg.). Sprachstruktur – Sozialstruktur. Zur linguistischen Theorienbildung. Kronberg/Ts. 128-149.

Warning, Rainer (1976). Ironiesignale und ironische Solidarisierung. In: Preisendanz, Wolfgang/ Warning, Rainer (Hg.). Das Komische. München: Wilhelm Fink Verlag. 416-423.

Weingarten, Elmar et al. (Hg.) (1976). Ethnomethodologie. Beiträge zu einer Soziologie des Alltagshandelns. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Wellershoff, Dieter (1976). Schöpferische und mechanische Ironie. In: Preisendanz, Wolfgang/ Warning, Rainer (Hg.). Das Komische. München: Wilhelm Fink Verlag. 423-425.

Werlen, Iwar (1984), Ritual und Sprache. Zum Verhältnis von Sprechen und Handeln in Ritualen. Tübingen: Gunter Narr Verlag.

West, Candace (2006), Coordinating closings in primary care visits: producing continuity of care. In: Heritage, John / Maynard, Douglas W. (Hg.), Communication in Medical Care. Interaction between Primary Care Physicians and Patients. Cambridge/ New York: Cambridge University Press. 379-415.

Wichter, Sigurd/ Antos, Gerd (Hg.) (2001). Wissenstransfer zwischen Experten und Laien. Umriss einer Transferwissenschaft. Peter Lang: Frankfurt/ Main.

Zifonun, Gisela/ Hoffmann, Ludger/ Strecker, Bruno (Hg.) (1997). Grammatik der deutschen Sprache. Berlin: de Gruyter.

7. ANHANG

HIAT-Notation

Für die hier verschrifteten Gespräche wurden nicht alle der in der Transkriptionskonvention HIAT üblichen Notationszeichen verwendet. Aus diesem Grund folgt lediglich eine selektive Auflistung der HIAT-Notationszeichen. Eine vollständige Liste befindet sich unter anderem in Rehbein et al. (2004).

ZEICHEN	PHÄNOMEN
Äußerungsendzeichen	
.	Assertion, fallende Intonation
?	Interrogation, stark steigende Intonation
!	Exklamation, Aufforderung etc.
...	Abgebrochene Äußerung
Zeichen für Intrasegmentale Phänomene	
,	„Erzählintonation“, gleich bleibende od. leicht steigende Intonation
/	Reparatur
Er muss was tun.	Akzentuierung
‿	Schneller Anschluss
–	Parenthese
(Herr Doktor)	Schwer verständliche Passage
(( ))	Unverständliche Passage
Pausenzeichen	
•	Ca. 0,25s Pause (Kurzes Stocken im Redefluss)
• •	Ca. 0,5s Pause
• • •	Ca. 0,75s Pause
((1s))	Numerische Pausenangabe (ab 1s)
Zeichen für tonale Bewegungen bei Hörersignalen	
Hm`hm´	Fallend-steigende Intonation
Hm´hm`	Steigend-fallende Intonation
Hm¯	Gleichbleibende Intonation

7.1 Transkript Frau Schulter

Patientinnen-Kürzel im Rahmen des Projekts „Schmerzdarstellung und Krankheitserzählungen“: TIW
Transkriptionskonvention: HIAT
Transkriptionsverhältnis: 1:30 bzw. 1:60
Transkribentin: Elke Brandner
Gesprächslänge: 13min 12s

Sprecher/innentabelle

Re Dr. Renner

Gr Dr. Grabner

Schu Patientin Frau Schulter

Be Frau Schulters Begleiterin (vermutl. Mutter)

PM Projektmitarbeiterin

X1 unbekannter Sprecher

X2 unbekannte Sprecherin

[1]

0 1 2

Re [v]	Geschichte der Patientin hier ist bekannt,
Re [k]	*ins Diktiergerät*
Gr [v]	
Schu [v]	
Be [v]	((4.5s)) (Die Zettel san für Sie),
[nn]	*sehr leise gesprochen, viele Hintergrundgeräusche (Rascheln etc.); die Beteiligten*

[2]

.. 3 4 5 6 7 8 9 10

Re [v]	((2.2s)) Hm̓hḿ
Gr [v]	Okay, danke, ((2.3s)) Okay. ((2s)) Also.
Schu [v]	Bitte. ((3.6s)) (( ))
[nn]	*arrangieren sich im Raum und nehmen Platz*

[3]

.. 11 1213 14 15

Gr [v]	‿Was wurde bei Ihnen jetz ge macht eigent lich?
Schu [v]	Ich hab alle Befunde • mit,

[4]

.. 16 17 1819 20

Gr [v]	Hm̓hḿ ‿Die Hand is. Was is n
Schu [v]	durcheinand, es tut (aber / also) irrsinnig weh, Jā

[5]

..21 22 23 24 25 26 27

Gr [v]	gmacht wor dn. Aha. (( )).
Schu [v]	Die rechte Schulter. • • (( )), die Wunde is (geeint),
[nn]	*unklar, ob Re oder Gr*

[6]

.. 28 29 30

Gr [v]	Hm̀hḿ
Schu [v]	aber es is viel Entzündung gwesn. ((e a)) Und (es wird) wahrscheinlich alle drei

[7]

..32 33 34

Gr [v]	Hm̄hm̄
Schu [v]	Muskeln wieder… Der da oben (kann dann nicht) (( )), da und da, •

[8]

.. 35 36 37 38 3940

Gr [v]	(( )) War um sind S n operiert
Schu [v]	• aber der Professor hat dann irgendwas gsagt (( ))…

[9]

.. 41

Gr [v]	wordn eigentlich.
Schu [v]	Weil i so Schmerzen ghabt hab, ich hab früher

[10]

.. 42 43 44 45

Gr [v]	Hm̀hḿ Hm̄hḿ
Schu [v]	Cortisonspritzen kriegt, • • uund (( )) (nicht vertragen.)

[11]

.. 46

Schu [v]	Und seit ich aufghört hab (( )), aber das steht da drin. • • (Ich kenn mich
Schu [k]	*leiser, eher*

[12]

.. 47 48 49

Gr [v]	Hm̀hḿ Ja.
Schu [v]	da nicht aus.) ((ea)) (( )) hab ich mit, ((ea)) und der Professor
Schu [k]	*gemurmelt*

[13]

.. 50 51

	1:00
Schu [v]	((Nachname1)) hat den Schein gschriebn und ich darf dann auf die Station

[14]

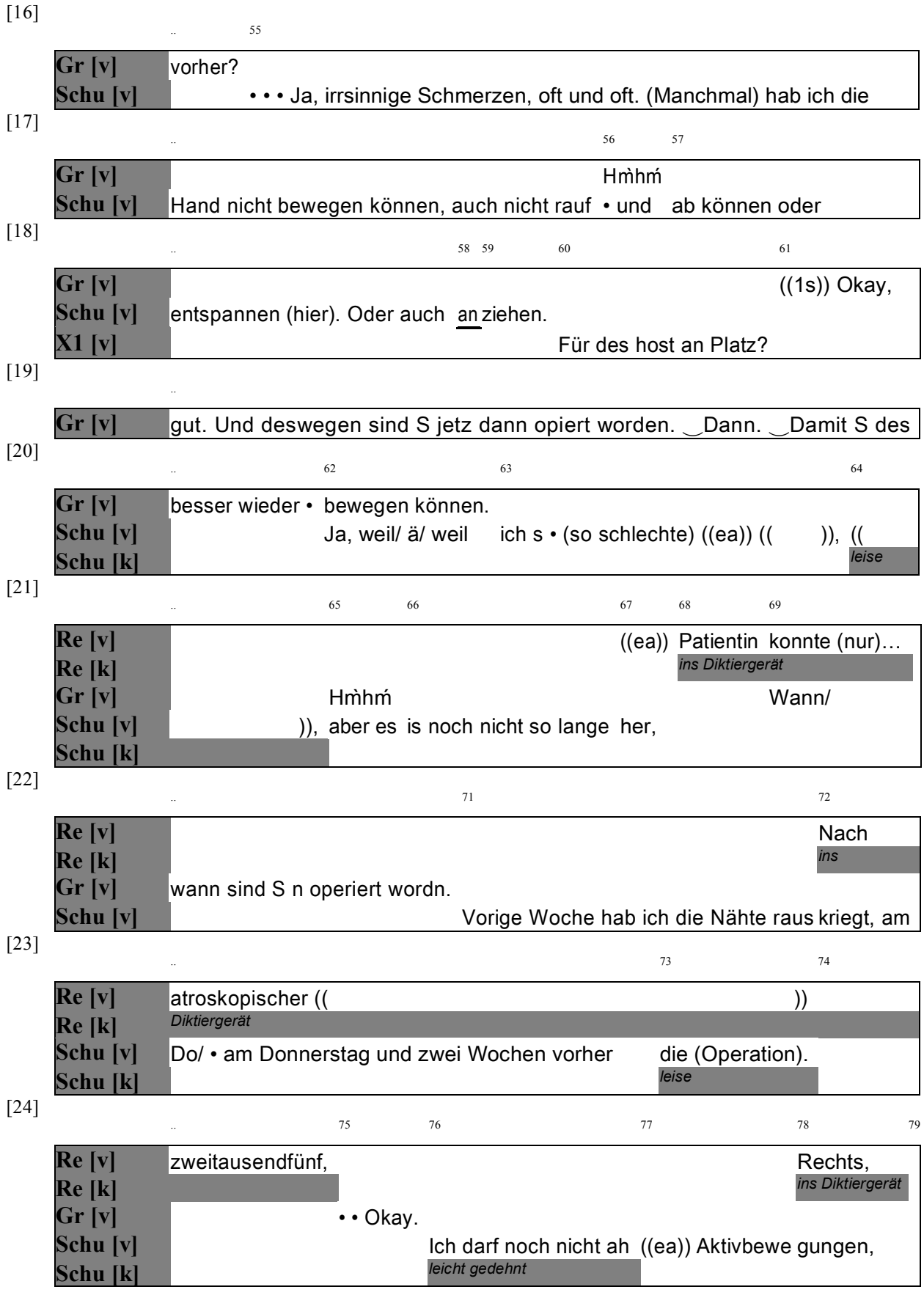
.. 52 53

Gr [v]	Hm̀hḿ • • Okay.
Schu [v]	vom Professor ((Nachname2)) ((ea)) zur ((Vorname)) gehen.
[nn]	

[15]

.. 54

Gr [v]	Ham S Bewegungseinschränkungen auch ghabt in der Schulter
[nn]	*Klopfen*


[16]
55
Gr [v] vorher?
Schu [v] • • • Ja, irrsinnige Schmerzen, oft und oft. (Manchmal) hab ich die
[17]
56 57
Gr [v] Hm̀hḿ
Schu [v] Hand nicht bewegen können, auch nicht rauf • und ab können oder
[18]
58 59 60 61
Gr [v] ((1s)) Okay,
Schu [v] entspannen (hier). Oder auch an ziehen.
X1 [v] Für des host an Platz?
[19]
Gr [v] gut. Und deswegen sind S jetz dann opiert worden. ‿Dann. ‿Damit S des
[20]
62 63 64
Gr [v] besser wieder • bewegen können.
Schu [v] Ja, weil/ ä/ weil ich s • (so schlechte) ((ea)) (( )), ((
Schu [k] leise
[21]
65 66 67 68 69
Re [v] ((ea)) Patientin konnte (nur)…
Re [k] ins Diktiergerät
Gr [v] Hm̀hḿ Wann/
Schu [v])), aber es is noch nicht so lange her,
Schu [k]
[22]
71 72
Re [v] Nach
Re [k] ins
Gr [v] wann sind S n operiert wordn.
Schu [v] Vorige Woche hab ich die Nähte raus kriegt, am
[23]
73 74
Re [v] atroskopischer (( ))
Re [k] Diktiergerät
Schu [v] Do/ • am Donnerstag und zwei Wochen vorher die (Operation).
Schu [k] leise
[24]
75 76 77 78 79
Re [v] zweitausendfünf, Rechts,
Re [k] ins Diktiergerät
Gr [v] • • Okay.
Schu [v] Ich darf noch nicht ah ((ea)) Aktivbewe gungen,
Schu [k] leicht gedehnt

[25]

	..	80	81	82	83
Gr [v]		Hḿhm̀		Okay. Alles klar.	
Schu [v]	passiv.		Und auch noch keine Krücken gehen.		(Und
Schu [k]					*leiser*

[26]

	..	84	85	86	
Re [v]			Wegen starken (( )) Syndroms •	im Bereich der	
Re [k]			*ins Diktiergerät*		
Gr [v]			Ja. ((lacht)) Gut!	Ahm wie weit dürfen S	
Schu [v]	das nicht) (( ))				
Schu [k]	*werdend*				

[27]

	..	87	
Re [v]	rechten Schulter,		
Re [k]			
Gr [v]	n pas	siv schon bewegen. ‿Hat Ihnen das auch wer gsagt? ‿(Wo	

[28]

	..	88	89	90	
Re [v]					
Gr [v]	/ So) wie weit S den Arm bewegen	dürfen, (a bissl) pendeln?	• Jaja.		
Schu [v]		Das steht alles da	drinnen.		

[29]

	..	92	9394	95	96	97	9899		100
Gr [v]	‿Hat s ma Ihnen auch gsagt?			• • Gar nix dürfen S machen.					
Schu [v]	Weil ich selber		darf nicht…						(Gar

[30]

	..	102	103	104	105
	2:00				
Gr [v]	Gar nix, nein. • •	Okay.			((
Gr [k]					*leise*
Schu [v]	nix.)	(( )). ((2s)) Ah der Zettel, was ich abgeben hab vorne			bei

[31]

	..	106	107	108	109	110	111
Gr [v]	))	Hm̀hḿ		Ja.		Der is eh kopiert worden, ja? •	Den
Gr [k]							
Schu [v]	der ((1s))	der Leit	stelle da,	(weit	er oben).		

[32]

	..	112	113	114
Re [v]		((hustet))		
Gr [v]	ham ma eh auch bei	uns in der	Zuweisung da, die da drauf gstanden is,	
Schu [v]				

[33]

	..	115	116	117	
Re [v]			Hm̄hm̄		
Gr [v]		Hm̀hḿ		Na gut.	
Schu [v]	((1.2s)) Des woar da (Obgegebene richtig) (( )).				

[34]

.. 118 119

Gr [v] ‿Schau ma uns die Schulter mal kurz an, ja?
Schu [v] Jā Und Schmerzen hab ich (da /

[35]

..

Schu [v] dann) irrsinnig auch, ((ea)) wie ich so viel Schmerzmitteln gnommen, ((ea))

[36]

..

Schu [v] alles, was s gibt eigentlich, von die Schmerzmittel, stehn eh hinten, (so viel äh

[37]

.. 120 121 122

Gr [v] Hm̀hḿ • • • (Oiso) die
Schu [v] angschaut), ((ea)) und dann is s noch schlechter wordn.

[38]

.. 123 124

Gr [v] Schmerzen san schlimmer wordn durch die Schmerzmittel?
Schu [v] Já ((ea)) Das

[39]

.. 125 126 127 128 129 130 131

Re [v] • • Hm̄hm̀ Novalgin,
Gr [v] Hm̀hḿ
Gr [k] *leise*
Schu [v] Parkemed war, Traumal war, • • ah (un d, und)
Schu [k] *krächzend*

[40]

..

Schu [v] Novalgin, ja, ((ea)) und da hab ich die Zehen auch nimmer gspürt beim

[41]

.. 132 133 134 135 136 137

Re [v] Was ham S nimmer gspürt? Ja,
Schu [v] Novalgin (Weglassen). Die Zehen. ‿Und alles

[42]

.. 139 140 141 142

Re [v] Okay. Ja, Und • das Traumal, ham Sie das
Schu [v] war so komisch (( )). Des war zu viel˙

[43]

.. 143 144

Re [v] regel mäßig gnommen?
Schu [v] ((ea)) Des nehm ich noch immer, ich hab (also) noch so Schmerzen. • • •

[44]

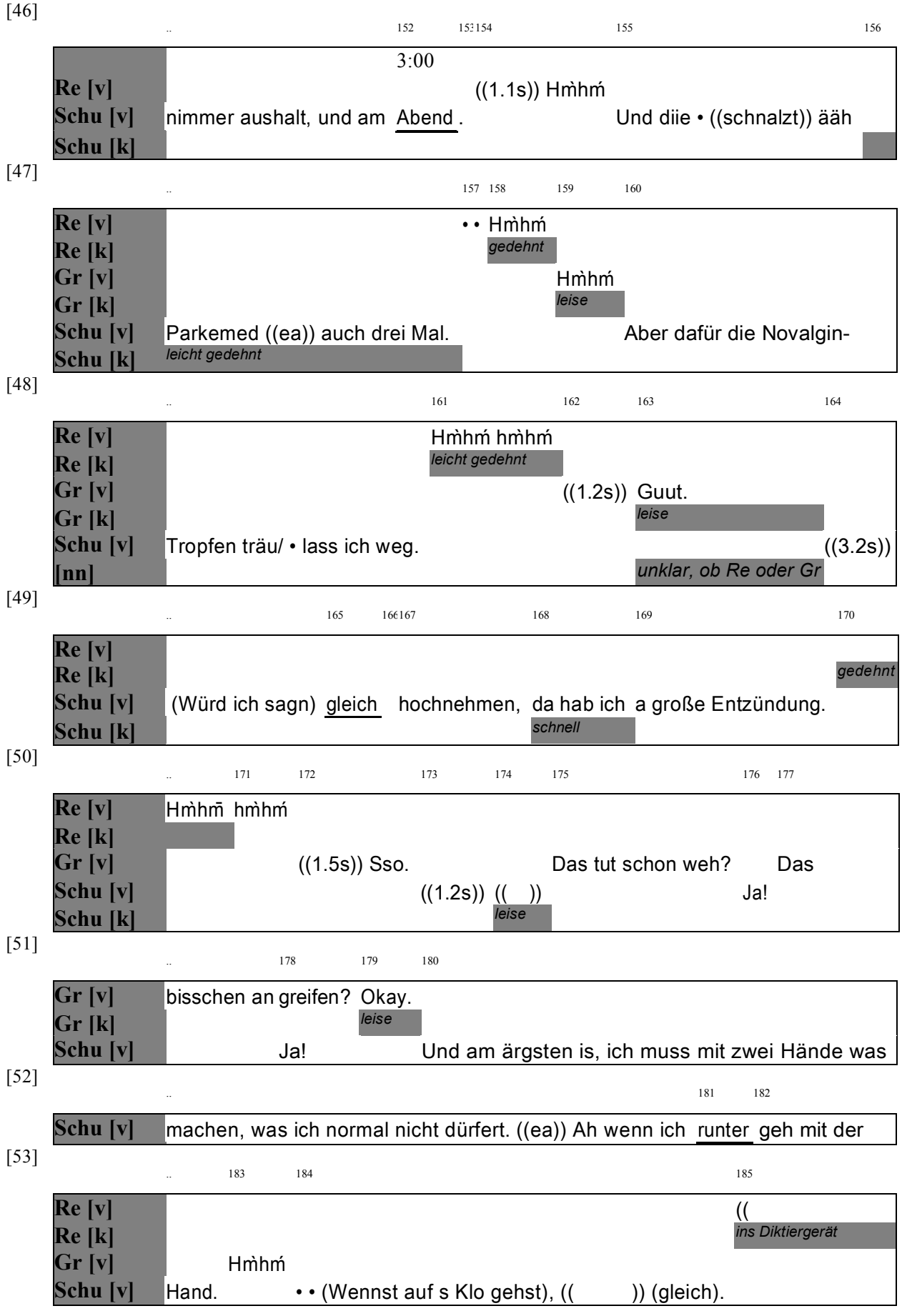
.. 145 146 147 148

Re [v] Jā Und wieviel nehmen S da? ‿Nur am Abend ei ne
Schu [v] (Nur bei Schmerz (mittel)). Nein.

[45]

.. 149 150 151

Re [v] oder— Ja,
Schu [v] In der Früh meistens, und/ kommt drauf an, Mittag, wenn i s


[46]
152 153 154 155 156
3:00
Re [v]
((1.1s)) Hm̀hḿ
Schu [v]
nimmer aushalt, und am Abend . Und diie • ((schnalzt)) ääh
Schu [k]
[47]
157 158 159 160
Re [v]
• • Hm̀hḿ
Re [k]
gedehnt
Gr [v]
Hm̀hḿ
Gr [k]
leise
Schu [v]
Parkemed ((ea)) auch drei Mal. Aber dafür die Novalgin-
Schu [k]
leicht gedehnt
[48]
161 162 163 164
Re [v]
Hm̀hḿ hm̀hḿ
Re [k]
leicht gedehnt
Gr [v]
((1.2s)) Guut.
Gr [k]
leise
Schu [v]
Tropfen träu/ • lass ich weg. ((3.2s))
[nn]
unklar, ob Re oder Gr
[49]
165 166 167 168 169 170
Re [v]
Re [k]
gedehnt
Schu [v]
(Würd ich sagn) gleich hochnehmen, da hab ich a große Entzündung.
Schu [k]
schnell
[50]
171 172 173 174 175 176 177
Re [v]
Hm̀hm̃ hm̀hḿ
Re [k]
Gr [v]
((1.5s)) Sso. Das tut schon weh? Das
Schu [v]
((1.2s)) (( )) Ja!
Schu [k]
leise
[51]
178 179 180
Gr [v]
bisschen an greifen? Okay.
Gr [k]
leise
Schu [v]
Ja! Und am ärgsten is, ich muss mit zwei Hände was
[52]
181 182
Schu [v]
machen, was ich normal nicht dürfert. ((ea)) Ah wenn ich runter geh mit der
[53]
183 184 185
Re [v]
((
Re [k]
ins Diktiergerät
Gr [v]
Hm̀hḿ
Schu [v]
Hand. • • (Wennst auf s Klo gehst), (( )) (gleich).

[54]

..186 187 188 189 190191

Re [v]	)) Druckschmerz,
Re [k]	
Gr [v]	Guut. Versuchen S mal • ganz locker lassen. ((9s)) Bisschen warm is s.
Gr [k]	*leiser*
Schu [v]	• Ja,
Schu [k]	

[55]

.. 192 193 194 195

Re [v]	Über dem (( ))
Re [k]	*ins Diktiergerät*
Gr [v]	Hm̄ (( )) is angenehm.
Schu [v]	ich bin grad ankommen.
Schu [k]	*krächzend*

[56]

.. 196 197 198 199

Re [v]	((hustet)) Gut,
Re [k]	*leise*
Gr [v]	((lacht)) ((ea)) Also • der Hauptschmerz is da auf der Seite,
Schu [v]	

[57]

.. 200 201 202203

Gr [v]	oder wo?
Schu [v]	Nein, der Hauptschmerz is da/ da hinten, ich kann den Kopf oft nicht so

[58]

.. 204 205 206 207 208

Re [v]	Sowie im Bereich des Muscu lus trapezius
Re [k]	*ins Diktiergerät* *ins Diktiergerät*
Gr [v]	Hm̀ḿ
Schu [v]	bewegen, ((ea)) da, da • • und da. ((ea)) Und da

[59]

.. 209 210

Re [v]	rechts, Und im Bereich des Mus/
Re [k]	*ins Diktiergerät*
Gr [v]	Hm̀hḿ • Tut s da herunten
Schu [v]	glaub ich, es is irgend/ wie wenn was drinnen wär.

[60]

.. 211 212 213 214 215216 217 218

Re [v]	Musculus (( )),
Re [k]	
Gr [v]	auch noch weh? • • • Da hervorne? Auch, na? • • Da herunten?
Schu [v]	Já Jā • Jà • •

[61]

.. 219 220

Gr [v]	((2.2s)) Okay. ‿Schau ma, ob ma den Nacken (da… ‿Mach ma
Gr [k]	*schneller*
Schu [v]	• Auch, (ja).

[62]

	..	221		222	223
Gr [v]	mal) ganz locker, ja? Den Pullover hoch schieben, ((1.6s)) Das tut alles weh?				
Gr [k]					
Schu [v]				Hm̄	

[63]

	..	225	226	227	228	229	
Gr [v]	• • So stark?		• • Ich greif nur ganz, • ganz sanft hin.			• Tut alles so	
Schu [v]	Jă		Jă		Hm̀hḿ		

[64]

	..	230	
Gr [v]	weh.		
Schu [v]		Jā • Ich glaub, i hab… da hab ich an Fehler gmacht, weil i ((ea)) nicht	

[65]

	..
Schu [v]	belasten darf, ich hab müssen ein bissi belasten. • • Beim Klogehen und so,

[66]

	..	231	
Gr [v]		• Is klar, ja, ((1.5s)) Schau ma mal die andere	
Schu [v]	ich brauch die Hand einfach.		

[67]

	..	232	233	234	235		236	
Gr [v]	Seite an, ja? ‿Die tut ja nicht weh, oder?							
Schu [v]		Já				Nein, • • die geht. ((1s)) Da komm		

[68]

	..	237	238	
Gr [v]		Hm̄	Is aber auch ziemlich verspannt auf der andern	
Gr [k]		*krächzend*		
Schu [v]	ich auch (rauf / auf).			

[69]

	..	239	240	241	242	243	244		245
				5:00					
Re [v]		((1s))							
Re [k]			*hört Diktiergerät ab*						
Gr [v]	Seite.			Sie sind		auch sehr schief vom,			
Schu [v]			(Is das schiefen) Sitzen vielleicht.						
Schu [k]			*leise, leicht murmelnd*						

[70]

	..	246	247	248	249		
Re [v]				((1.2s)) Rechts,			
Re [k]					*ins Diktiergerät*		
Gr [v]	vom Sitzen her, ja? ‿Da is a Schulterhochstand links,						
Gr [k]		*lallend*					

[71]

	..	250	
Re [v]	((1.2s)) weiters findet sich ein Schulterhochstand links,		
Re [k]			
Schu [v]		((	))?

[72]

	..	252	253 254
Re [v]	((1s)) Hm?		Jaja,
Gr [v]			Hm̄ ((1s)) So. ‿Aber den Ellbogen können S
Schu [v]		((	))?

[73]

	..	255	256
Gr [v]	bewegen, oder?		Ja. Okay. ‿Geben S ma mal die Hand, und mal
Schu [v]		• Ja, schon,	

[74]

	..
Gr [v]	fest zusammen drücken, ((1.1s)) Okay, • gut. ((2.2s)) Vom… ‿So von der

[75]

	..	257	258		259
Gr [v]	Sensibilität her. ‿Spüren S da alles normal? In der Hand?				Oder gibt s
Schu [v]				((ea))	Manch…

[76]

	..	260	261	262	
Gr [v]	irgendwo Flecken, wo S nix spüren. ‿Oder		weniger spüren.		
Schu [v]		Manch…		((	))

[77]

	..	263
Gr [v]		Hḿm̄ • Naa,
Schu [v]	Manchmal hab ich an (( )) (wie der) • • (Schmerz normal).	

[78]

	..
Gr [v]	nur so berühren. ‿Nicht Schmerz jetzt, sondern einfach nur, wenn ma so

[79]

	..	264
Gr [v]	drüber streicht, ob S des spüren.	
Schu [v]		Ja, jetzt schon, aber manchmal gibt s a

[80]

	..	265	266	267	268	269
Gr [v]		Hm̄m̄				Okay, ja?
Gr [k]						*leise*
Schu [v]	((1s)) Stunden, wo i s nicht spür.	Wo i	Angst hab oft. • •	((	))	
Schu [k]				*sehr leise*		

[81]

	..	270	271	272
				6:00
Re [v]		((2.9s)) ((räuspert sich))		
Gr [v]	((2.3s)) Guut. ((1.2s)) Okay, danke!			
Schu [v]				((1.4s)) Was

[82]

	..
Re [v]	
Schu [v]	schlimm is, is, wenn ich mit der Hand hier runter geh, des is des Schlimmste.

[83]

	.. 274 275	276
Re [v]	(Hm̀)	
Gr [v]	(Ahă) ((2s)) Ich kopier ma mal die paar Sachen da, ja? (Das ma des	
Gr [k]	*murmelnd*	
Schu [v]		((

[84]

	.. 277	278 279	280	
Re [v]		Was mach ma?		
Gr [v]	auch ham.)	Já	• • Ah ich les	
Schu [v]	)) (Okay), (( )) is auch drinnen.	(( ))		

[85]

	.. 281	282283	284	
Re [v]				• •
Gr [v]	ma das kurz durch, ich komm gleich. • • Also sicher a Bewegungstherapie.			

[86]

	..285 286	287	288	
Re [v]	Schulter gürtel, net?			
Schu [v]	(( ))…	Jā ((ea)) Und kann ich das oben jetz auf der Station		
[nn]		*Tür fällt ins Schloss*		

[87]

	..
Schu [v]	machen so wie • besprochen mit m Professor ((Nachname2)), ((ea)) auf achtz/

[88]

	..	289 290	
Re [v]		Ja…	
Schu [v]	• auf achtzehn, weil ((ea)) die ((Vorname)), die is… ((ea)) • •	weiß dann	

[89]

	.. 291	292	293
Re [v]	Jojŏ Also von meiner Sicht • ja, freilich, • ja,		
Schu [v]	Bescheid.	Nur das Wichtigste (is) für mich dann	

[90]

	..
Schu [v]	((ea)) Krücken gehen, mobil sein, aber das wird zirka zwei Wochen dauern,

[91]

	.. 294	295	
Re [v]	Najă ((ea))		
Schu [v]	hat er gsagt.	((1.1s)) Weil ich darf s vorher noch nicht selber	

[92]

	..
Schu [v]	bewegen. • Und dann • • erst selber bewegen und • • dann mit Krücken gehen.

[93]

	..296	297	298
Re [v]	• Naja, is klar, gö? Für (Sie is jetz / des is) natürlich die Schulter extrem		
Schu [v]		(( )).	

[94]

	.. 299 300	301	302	
Re [v]	wichtig, ja? ((1.8s))	Ja, selbstverständlich.		
Re [k]		*murmelnd*		
Schu [v]	Jă		((2s)) Krücken gehen (wärad)	

[95]

	..			303	304	305
				7:00		
Re [v]				Nja. • Naja klar. ((2.8s))		
Re [k]						*ins*
Schu [v]	nämlich wichtig, dass ich auf s Klo gehen kann.					

[96]

	..					
Re [v]	Prozedere: • • • Bewegungstherapie ((1.3s)) für den Schultergurtel wurde					
Re [k]	*Diktiergerät*					

[97]

	..	306		307		
Re [v]	verordnet, ((1.3s)) ((hustet)) ((ea))					
Re [k]						
Schu [v]				((11s)) ((		)) auf

[98]

	..	308	309		310	311
Re [v]		Hm̓			Jajā	
Schu [v]	der Verordnung.	Mit ((		)).	((6s)) ((	))

[99]

	..	312	313		314	
		7:30				
Gr [v]		((1min))			((2s)) Soo. ((1s))	
Schu [v]	Professor (( )),					
[nn]		*Re liest Befunde, tippt in PC; Gr betritt Raum wieder,*				

[100]

	..	315	
Gr [v]			Guut. (Haben Sie / Hat sie) wieder Ihre Mappe
Schu [v]			
[nn]	*Öffnen und Schließen der Türe*		

[101]

	..	316	
Gr [v]	zurück,		
Schu [v]		Hm̓hm̓ ((3.2s)) (Ich glaub, ich bin… ich hab) irgenda falsche	

[102]

	..	317	318	319	320	321	322	323
Re [v]						Ahâ		
Gr [v]			Hm̓		((		)).	
Schu [v]	Bewegung gmacht, ((	)), ((		)).				

[103]

	..	324	325	
Re [v]	Und (ob) mehr geht oben nicht, oder was?			
Gr [v]		Mm	nein, nur (alle) Teile. ((1s)) ((	

[104]

	..
Gr [v]	)). Am besten, man klebt halt das irgendwie so dran an der Karte oder (gibt s)

[105]

	..	326	327
		9:00	
Gr [v]	(( )) der Therapeutin sagen, würd ich sagen, ((ea)) • Ahmm • guut. (N		

[106]

.. 328 329

Re [v]	Sonst no was?
Gr [v]	bisschen okaay…) (( )) aktiv

[107]

.. 330 331

Re [v]	Ich glaub, das reicht dann mal, na?
Re [k]	*leise*
Gr [v]	und passiv. • Ähm ((1.3s)) ja. Ääh tut

[108]

.. 332 333

Gr [v]	Ihnen Wärme gut eigentlich? Nein, denk ich ma. Des is warm, gell?
Schu [v]	Nein.

[109]

.. 334 335 336 337 338 339

Re [v]	Hm̓
Gr [v]	‿Und das… • Wärme is da (( )).
Schu [v]	Jā ((ea)) Ich hab (( )) ghabt, ((ea)) • • und ((

[110]

.. 340 341 342 343 344

Re [v]	Hm̓ Hm̓
Gr [v]	Hm̄ Jā
Schu [v]	)) • war das auch. • • Durch die Wärme is das gwachsen.

[111]

..345

Re [v]	
Gr [v]	• • Okay. Also a Massage könn ma derzeit auch nicht machen, weil s Ihnen so

[112]

.. 346 347

Gr [v]	weh tut, und wenn ma da kaum hingreift, dann tut s Ihnen schon weh,
Schu [v]	(( ))

[113]

..

Schu [v]	(aufgschrieben hat), ((ea)) da hat der Professor (nur vielleicht) sollt ma da

[114]

.. 348

Gr [v]	Jaja, ich weiß. ‿Aber ich hab nur schon mal
Schu [v]	vielleicht ganz leicht…

[115]

.. 349

Gr [v]	hingegriffen und Sie ham schon, schon Schmerzen ghabt, also und das is…
Schu [v]	Ich muss

[116]

.. 350 351 352

Gr [v]	((ea)) Äh naja, durch müssen S auch jetzt… (Ja), Sie
Schu [v]	durch, (weil ich will) Krück en.

[117]

.. 353 354355

Gr [v]	müssen schon durch, klar, aber jetz dass ma Ihnen (also) quälen müssen,

[118]

..

Gr [v]	das wollen wir Sie ja auch nicht unbedingt, ja? ((ea)) Deswegen find i s

[119]

..

Gr [v]	gscheiter, legen S kühl auf, ja? Also nicht unbedingt Wärme, sondern wenn S

[120]

..

Gr [v]	so Schmerzen ham da heroben und Sie merken, es schwillt a bissl an, ((ea))

[121]

.. 356 357

Gr [v]	dann legen S kühl auf eher, ja? Und nicht so warm. So/ können S
Schu [v]	Hm̀hḿ

[122]

.. 358 359

	10:00
Gr [v]	ruhig zwanzg Minuten oben lassen so.
Schu [v]	Das macht nichts, wenn ich auf die

[123]

.. 360 361

Gr [v]	Na, es is ja eh
Schu [v]	Wunde dann was Kaltes drauf leg? ‿(I denk ma, jetz is s eh zu.)

[124]

.. 362 363 364365 366367

Gr [v]	zu jetzt amal jetzt, ja? Natürlich, ja? Na, sie soll … es soll ja abschwellen, ja?
Schu [v]	

[125]

.. 369

Gr [v]	Des is ja ((ea)) warm und heiß und da is s logisch, dass ma was Kühles drauf
Schu [v]	(Hm̀hḿ)

[126]

..

Gr [v]	legt. ‿Noch zusätzlich Wärme no drauf massieren wär nicht unbedingt

[127]

.. 370 371

Gr [v]	günstig. ((e a)) Ja? • Und da heroben, da sind S halt verspannt noch, ja? Also
Schu [v]	Jā

[128]

..

Gr [v]	da müssten S dann schauen, da wo s direkt so weh tut, würd ich s eher kühl

[129]

..

Gr [v]	machen, ((ea)) und auf der anderen Seite oder wenn S da heroben verspannt

[130]

..

Gr [v]	sind, würd ich s eher mit Wärme versuchen zu lockern, ja? Aber da heroben •

[131]

.. 372 373

Gr [v]	würd ich eher mit Kühle arbeiten, ja? • • • Gut? ((ea)) • • Aahh • • ja.
Schu [v]	Hm̀hḿ

[132]

	.. 374 375376
Gr [v]	‿Man kann sich noch überlegen dann nachher, so im Anschluss, ob ma so

[133]

	..
Gr [v]	eine Stromtherapie machen, so a schmerzstillende, aber da würd ich jetz

[134]

	..
Gr [v]	(definitiv) noch zuwarten, weil des is a rein symptomatisch gegen den

[135]

	.. 377 378 379
Gr [v]	Schmerz, ja? ‿Also im Gegensatz zu die Schmerzpulverl und so, ((ea)) (lass
Gr [k]	*schnell, lallend*

[136]

	..
Gr [v]	damit amal gut), mit den ganzen Schmerzmittelchen. ‿Jetzt müss ma mal

[137]

	.. 380 381
Gr [v]	schauen, dass S wieder die Schulter bewegen können, das is wichtig er mal,
Schu [v]	Jă

[138]

	.. 382 383 384
Re [v]	Die Frage war nur, sie würd das gern oben machen, wie, • wie läuft das
Gr [v]	ja? Jaja! ‿Also
Gr [k]	*laut*

[139]

	.. 385
Re [v]	dann?
Gr [v]	des, des läuft eh. ‿Also sie muss nur draußen am Schalter sagen, zu

[140]

	.. 386 387 388 389
	11:00
Re [v]	Okay.
Gr [v]	welcher Therapeutin sie will, steht eh auf der Karte drauf, ja? ((ea)) Und diie,
Schu [v]	Já

[141]

	..
Gr [v]	die teilt das dann nachher ein. ‿Wenn da oben gsagt ham, das geht, dann

[142]

	.. 390 391 392 393 394
	11:07
Re [v]	Ja?
Gr [v]	geht das schon. Hm̀hḿ ((ea)) • Gut! Okay. • Na,
Gr [nv]	*Augenkontakt zu Schu. senkt Blick, wendet sich von Schu ab. schaut mit leicht*
Schu [v]	Jā
Schu [nv]	*Augenkontakt zu Gr. senkt Blick leicht, kein Augenkontakt. wendet sich leicht von Gr*

[143]

	.. 395 396
Gr [v]	schaun ma uns das mal an. ‿Vielleicht könn ma später noch a
Gr [nv]	*gesenktem Kopf gerade vor sich.* *wendet sich Schu leicht wieder zu,*
Schu [v]	(Und wann)…
Schu [nv]	*ab, sieht ihn aber wieder an.* *sieht Gr weiter an, wendet sich ihm wieder mehr zu.*

[144]

	.. 397 398 399
Gr [v]	Wassertherapie oder so was machen, ja? ‿Wenn s a bissl besser geht.
Gr [k]	*leicht krächzend*
Gr [nv]	*Blick auf ihre Beine.* *Augenkontakt zu Schu.*
Schu [v]	Ja, und wann darf ich dann mit
Schu [nv]	*Augenkontakt zu Gr.* *führt linke Hand*

[145]

	.. 400 401 402
Gr [v]	Äh steht eh da. ‿Eigentlich is da gstanden, zwei
Gr [k]	
Gr [nv]	*wendet sich ab, greift zur Mappe am Tisch vor ihm.* *öffnet*
Schu [v]	Krücken gehen?
Schu [nv]	*zum Gesicht (linke Wange und Stirnseite).* *folgt Gr mit Blick Richtung Tisch, sieht Gr weiter an.* *Hand*

[146]

	.. 403 404 405
Gr [v]	Wochen oder so, im Operations bericht, (oder)?
Gr [nv]	*Mappe.* *blättert in Mappe.*
Schu [v]	Ja, aber ich war jetz dort
Schu [nv]	*ans Kinn/ an Mund; Blick ins Leere, nach schräg vorne gewandt.* *Kopf wieder mehr Richtung Gr.*

[147]

	.. 406
Gr [nv]	
Schu [v]	anschauen, und er hat gsagt, es wird so zirka ein, zwei Wochen (sein), kommt
Schu [nv]	*beugt sich ein wenig vor, rückt auf Rollstuhl zurecht, Hand wieder auf*

[148]

	.. 407 408 409 410 411
Re [v]	((hustet)) Genau, ja? Ma
Gr [nv]	*liest in Mappe.*
Schu [v]	drauf an, wie weit die Handbewe gung (wieder) (( )).
Schu [nv]	*Schoß, Kopf und Blick dabei leicht gesenkt.* *sieht Gr an.* *beugt sich*

[149]

	.. 412 413 414 415
	11:27
Re [v]	macht jetz genau diese Bewegung und möglichst rasch, aber nur passiv,
Gr [nv]	*schließt Mappe.*
Schu [nv]	*leicht vor, sieht Re an.*

[150]

	..
Re [v]	wissen S? ‿Also nicht, dass Sie selber trainieren wie der Spartacus, ((ea))

[151]

	..
Re [v]	dass das laangsam wieder… dass Sie da langsam wieder in die Gänge

[152]

.. 416 417

Re [v]	kommen, ja? ‿(Und) das macht die Therapeutin mit Ihnen. ((ea)) Und wenn
Schu [v]	Hm̀hḿ

[153]

..

Re [v]	das halbwegs gelungen is, dann wird ma beginnen, selbst aktiv… Dann

[154]

.. 418

Re [v]	können Sie selbst aktiv sozusagen wieder die Muskeln aufbauen. Wissen Sie?
Schu [v]	Hm̓

[155]

..419 420 421

Re [v]	Naja, wissen Sie, man hat… I v/ äh
Re [k]	*laut*
Schu [v]	Und es wird wirklich so lang dann dauern.

[156]

..

Re [v]	mh ((aa)) mh I versteh Ihre Situation gut, ja? ‿Auf der andern Seite, wenn

[157]

.. 422 423424 425 426

Re [v]	ma jetzt zu früh ähhm es zu stark belastet, ja? ‿Dann zieht sich s
Re [k]	*leicht gedehnt*

[158]

.. 427 428 429 430

	12:00
Re [v]	immer weiter hin. Hm̓
Gr [v]	((1.2s)) Äh
Schu [v]	(Hm̀hḿ)
Schu [k]	*leise*
Be [v]	• Und wie oft hat sie die Therapie?

[159]

.. 431 432 433

Re [v]	Hm̀ hḿ
Gr [v]	die is… (das) is jetz zehn Mal, • • die Therapie, ((ea)) uund was auch noch,

[160]

..

Gr [v]	wenn s so anschwillt oder so (oder) wenn s warm is, Topfen auflegen. ‿Is

[161]

.. 434 435

Gr [v]	auch a gutes Hausmittel, ja? • Kühler Topfen. Das zieht auch so die Wärme
Schu [v]	Jā

[162]

.. 436 437

Gr [v]	raus und die Schmerzen. Ja? Aber da müssen die Wunden schön zu
Schu [v]	Hm̀hḿ

[163]

	..	438	439	440	441	442
Re [v]			• • Danke	schön!		
Gr [v]	sein, ((ea)) ((	))		Und	äh nach	zehn Mal könn
Schu [v]						Und mit m
X2 [v]	Krankengeschichte, bitte!					

[164]

	..	443	444	445	
Gr [v]	ma dann schaun.			Naja, sicher! ‿Klar!	
Schu [v]	kalten Waschlappen	kann ich auch machen, ((		))?	
[nn]		*Tür wird geschlossen*			

[165]

	..	446	447	448		
Gr [v]	‿Das wäre so eine Kältetherapie. ‿Ja,	klar!		Hm̀hḿ • Sie merken eh, ob s		
Schu [v]		Hm̀	hḿ			

[166]

	..
Gr [v]	Ihnen gut tut, ja? • • Also normalerweise wenn das warm is und s gschwollen

[167]

	..	449	450	
Gr [v]	is und ma gibt Kühle drauf,	dann is das gut.		
Schu [v]		Aber er hat gmeint,	äh es is nicht… es is (was /	

[168]

	..	451	452	
Gr [v]		Hm̄ḿ		
Schu [v]	war) sch/ (Größeres) (( )) ((ea)) entzündet war, ((	)).	Irrsinnig viel	

[169]

	..
Schu [v]	(bei der) Entzündung (( )) bei der Schulter wegnehmen, ((ea)) aber

[170]

	..	453	454	455	
Re [v]		12:50			
Re [nv]			Ja?		
Gr [nv]		*sieht Schu kurz an.*	*nimmt Mappe, Augenkontakt zu Schu.*		
Schu [v]	es kann genau dort sein, wo die drei Muskeln	zam kommen, (ja)? ((			
Schu [nv]		*hält drei Finger der linken Hand ausgestreckt, sitzt leicht vorgebeugt, sieht wechselweise Schu*			
Be [nv]					

[171]

	..	456	457	458	
Re [v]					
Re [nv]	*sieht Mappe an.*		*sieht kurz Gr an, dann Schu.*		
Gr [v]			Ja.		
Gr [nv]		*nickt.*		*weiter Augenkontakt zu Schu.*	
Schu [v]		)).		Drum tut s so weh.	
Schu [nv]	*zeigt damit auf Oberarm, Schulter und Nacken; Blickkontakt zu Gr.*		*senkt linken Arm.*	*weiter Augenkontakt zu Gr.*	
Be [nv]	*und Re bzw. Gr an, dann wieder nach unten; wippt ein wenig vor und zurück; ist wenig involviert.*				

[172]

	.. 460	461 462	463 464
Re [nv]	*Blick wieder auf Mappe. nickt leicht.*	*Blick auf Mappe, blättert darin.*	
Gr [v]	Und bei Entzün dung is Kühle immer gut.		Ja? • • •
Gr [nv]	*Augenbrauen hochgezogen.*		*wendet sich*
Schu [v]		Hm̀hḿ	
Schu [nv]		*wendet sich leicht von Gr ab, nickt leicht. Blick*	
Be [nv]			

[173]

	.. 465	466	467	468	469
Re [v]		Okay?			
Re [nv]	*schließt Mappe.*	*wendet sich Schu zu. Blick zu Schu.*			
Gr [v]	Okay?				
Gr [nv]	*Re zu. in Richtung Re.*	*wendet sich Schu zu, sieht sie an.*		*nickt.*	*weiterhin*
Schu [v]			Ja. •	(Und der Zettel liegt jetz da	
Schu [nv]	*Richtung Re.*	*nickt leicht.*	*Blick Richtung Re.*	*wendet sich wieder Gr zu, Blickkontakt zu Gr, rollt*	
Be [nv]				*Blick auf Schu.*	

[174]

	.. 470	471 472	473	474
Re [v]		Ja,		
Re [nv]	*steht auf.*			*geht zur Türe.*
Gr [v]		Zettel liegt draußen am Schalter sieben,		und da machen Sie
Gr [nv]	*Augenkontakt zu Schu.*	*wendet sich nickend ab, Blick Richtung Tisch.*		*fährt auf Hocker ein Stück weg*
Schu [v]	draußen.)			
Schu [nv]	*leicht mit Rollstuhl weg von Tisch.*	*wendet sich Be zu, rollt noch weiter weg.*		*nimmt Sackerl von Be, bereitet*
Be [nv]	*Blick auf Gr.*		*beginnt, sich auf Verlassen des Raums vorzubereiten (beugt sich*	

[175]

	.. 475	476
	13:00	
Re [nv]		
Gr [v]	jetzt auch	die Thera pien aus, ja?
Gr [nv]	*von Schu, Richtung Re, Blick wieder Richtung Schu.*	*dreht sich auf Hocker Schu zu, fährt noch ein Stück von ihr weg,*
Schu [nv]	*sich zum Verlassen des Raums vor, kein Blickkontakt.*	
Be [nv]	*ein wenig hinunter, gibt Schu Sackerl etc.).*	*kurzer Blick zu Gr.*

[176]

	.. 477 478	479	480
Re [nv]	*öffnet beide Türflügel.*		
Gr [v]	((2s))	Gut.	Auf
Gr [nv]	*sieht Schu an.*	*sieht Schu lächelnd an, rückt wieder etwas näher. hebt rechte Hand Richtung Schu (Grußhand).*	*steht*
Schu [v]	Ja,		
Schu [nv]			
Be [nv]	*wendet sich wieder Vorbereitungen zu, kein Blickkontakt.*		*steht*

[177]

	..	481	482
Re [nv]			*verlässt den*
Gr [v]	Wiedersehn!		Alles
Gr [nv]	*schnell mit ausgestreckter Hand auf, Blickkontakt zu Schu.*	*Hände schütteln (Blickkontakt unklar: außerhalb des*	
Schu [v]		(Wiedersehn)˙	
Schu [k]		*leise*	
Schu [nv]	*Blickkontakt zu Gr.*	*Hände schütteln*	
Be [nv]	*auf, Jacke in der Hand, Blick nach unten (suchend, kontrollierend); ist mit Zusammenräumen beschäftigt.*		

[178]

	..	483	484	485	486
Re [nv]	*Raum.*				
Gr [v]	Gute!		Wieder sehn!		• •
Gr [nv]	*Bildes).*	*streckt Be Hand hin.*	*Hände schütteln (Blickkontakt unklar: außerhalb des Bildes).*		*geht*
Schu [nv]		*wendet sich wieder Vorbereitungen zu (Sackerl etc. nehmen bzw. am Schoß positionieren), rollt sich wieder*			
Be [v]		Wieder	sehn!		
Be [nv]		*streckt etwas verzögert Gr Hand hin.*	*Hände schütteln, Blick Richtung Gr, kein Augenkontakt.*		*nimmt*

[179]

	..	487
Gr [v]	Sso. ‿(Jetzt ham ma noch…)	
Gr [nv]	*zur Tür, berührt mit rechter Hand Rollstuhlgriff, als wollte er Schu beim Hinausfahren unterstützen.*	
Schu [nv]	*ein Stück weg vom Tisch. Blick zu PM, rechte Hand und Sackerl am Schoß,mit linker Hand dreht sie sich weiter*	
Be [nv]	*Jacke, hängt sich Tasche um, Blick Richtung Schu, macht einen Schritt Richtung Schu bzw. Türe.*	
PM [v]		Darf ich Sie

[180]

	..	488	489
Gr [v]			
Gr [nv]		*verlässt den Raum.*	
Schu [nv]	*Richtung Türe bzw. Richtung PM.*		
Be [nv]		*fährt mit Tätigkeiten fort, Blick Richtung PM.*	
PM [v]		noch ganz kurz begleiten und Ihnen ein paar Fragen	

[181]

	..	490	491
		13:12	
Schu [v]		Jă	
Be [nv]			
PM [v]	stellen?		
[nn]		*Ende der Aufnahme*	

7.2 Transkript Frau Hand

Patientinnen-Kürzel im Rahmen des Projekts „Schmerzdarstellung und Krankheitserzählungen“: FTW
Transkriptionskonvention: HIAT
Transkriptionsverhältnis: 1:30 bzw. 1:60
Transkribentin: Elke Brandner
Gesprächslänge: 7min 22s

Sprecher/innentabelle

Re Dr. Renner

Gr Dr. Grabner

Ha Patientin Frau Hand

PM Projektmitarbeiterin

[1]

	0	1	2
Re [v]	Wie geht s, Frau ((Nachname))?		
Gr [v]		Grüß Gott!	
Ha [v]		(( ))	Net so guat, seit, seit m Wochenend

[2]

	..	3	4	5 6	7	8
Re [v]		• Die	Hand!			• • Hm̄hḿ ((1s))
Ha [v]	schlaft ma die Hand ein.			(Ähm) ja, die linke Hand.		
[nn]						

[3]

	..	9	10	11	12	13
Re [v]	Und…					
Gr [v]				In der Nacht auch?		Wird s
Ha [v]	Des wurlt	so, des iss	äh…		Na, • tagsüber.	
Ha [k]			*krächzend*			
[nn]	*unklar ob A1 oder A2*					

[4]

	..	14	15
Gr [v]	stärker? ‿Durch die Arbeit?	Oder…	
Ha [v]		Ahhm	jo, I muass sogn, i hob äh gestern und

[5]

	..
Ha [v]	heute… ‿Weil ich sitz relativ vü am PC, • • und ah, wenn i mit Patienten(seiten)

[6]

	..
Ha [v]	arbeit, ich wer dann a a bissl (rundlich), und des… ‿I hob des/ den Eindruck,

[7]

	..	16
Gr [v]		Hḿhm̀ ‿Und zieht das von oben runter oder is
Ha [v]	dass dess • tagsüber ärger wird.	

[8]

	..	17
Gr [v]	das nur da herunten in den Händen.	
Ha [v]		Ahhm • • i hob den Eindruck, als würd s

[9]

	..	18	19
Gr [v]		Hm̀hḿ	
Ha [v]	vom, vom Schulterblatt weggehen.	Des Wur ln direkt gspieg i/ spür i mehr da	

[10]

	..	20	21	22	23	
Re [v]						Pa
Re [k]						*ins*
Gr [v]		Jaja.			Hḿhm̀ • Ok aŷ	
Ha [v]	vorn in der Hand, aber ((ea)) das Gefühl geht von do hinten weg.					

[11]

	..	25	26	27	28	29
Re [v]	tientin berichtet • über		• • •			
Re [k]	*Diktiergerät*					
Gr [v]		(Wern ma kurz mal den Arm) anschauen,			Das Wurln, ((	
Ha [v]				Hm̀hḿ		

[12]

	..	30	31	32	33	34
Re [v]	Dysästhesien,		Da wahr scheinlich im Klei nen und…			
Re [k]						
Gr [v]	))?					
Ha [v]		((ea)) Ähhm ((aa)) • •	eher im…			Na,

[13]

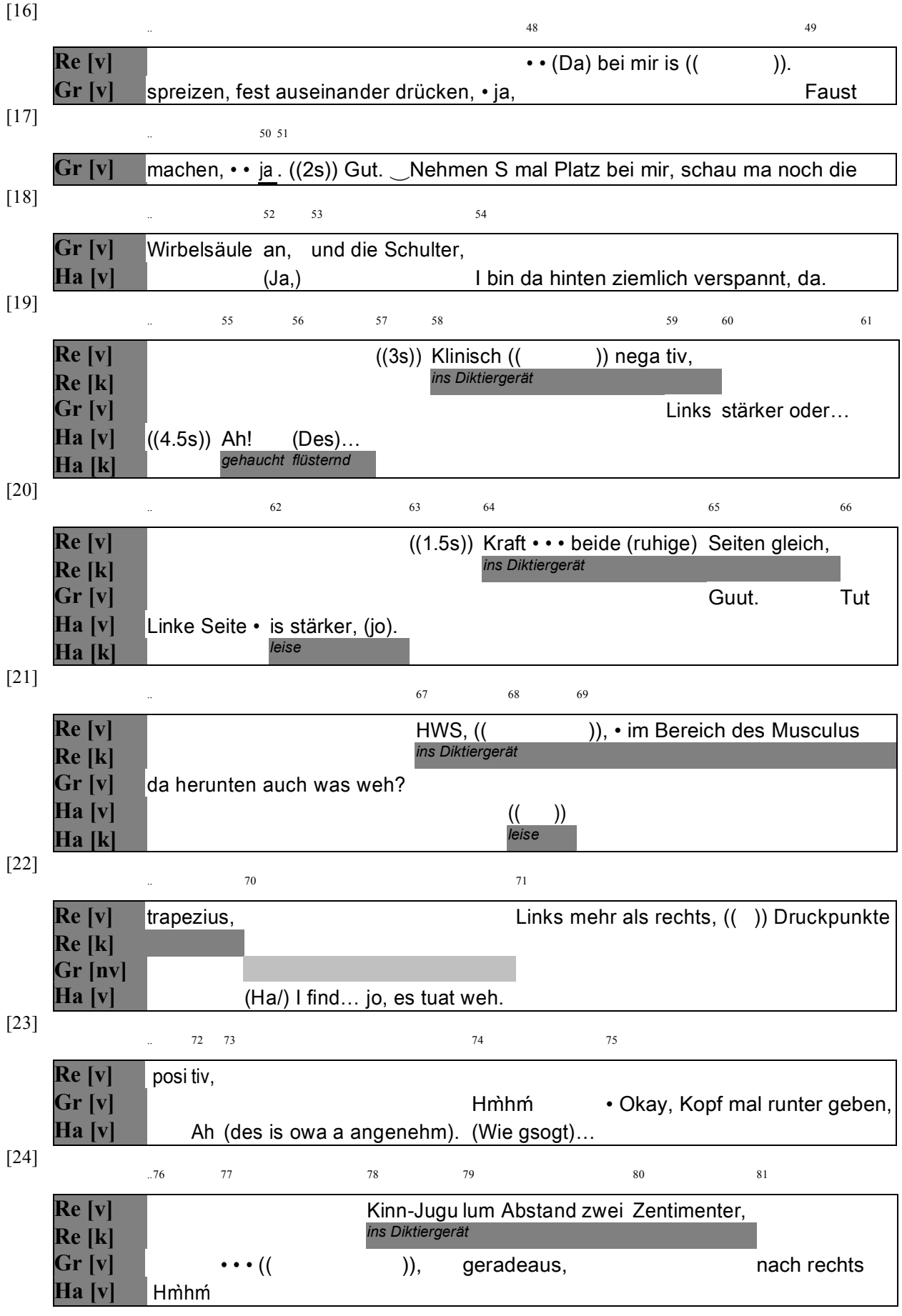
	..	35	36	37	
Re [v]				Im Bereich der	
Re [k]				*ins Diktiergerät*	
Gr [v]		Eher die ganze Hand.			
Ha [v]	eher • die gaunze Haund, sogn ma so.		Ja,		

[14]

	..	38	39
Re [v]	ganzen Hand lin ks,		
Re [k]			
Gr [v]		Wen n ich da klopf, ham S da irgendwie ein Kribbeln in den	

[15]

	..	40	41	42	43	44	45	46	47
								1:00	
Gr [v]	Fingern oder so was?		(Gut. ‿Also)		da hinten?			((3s))	Finger mal
Gr [k]			*sehr leise*						
Ha [v]		Na.				• •	Nein.		
Ha [k]							*leise*		


[16]
48
49
Re [v] • • (Da) bei mir is (( )).
Gr [v] spreizen, fest auseinander drücken, • ja, Faust
[17]
50 51
Gr [v] machen, • • ja . ((2s)) Gut. ‿Nehmen S mal Platz bei mir, schau ma noch die
[18]
52 53 54
Gr [v] Wirbelsäule an, und die Schulter,
Ha [v] (Ja,) I bin da hinten ziemlich verspannt, da.
[19]
55 56 57 58 59 60 61
Re [v] ((3s)) Klinisch (( )) nega tiv,
Re [k] ins Diktiergerät
Gr [v] Links stärker oder…
Ha [v] ((4.5s)) Ah! (Des)…
Ha [k] gehaucht flüsternd
[20]
62 63 64 65 66
Re [v] ((1.5s)) Kraft • • • beide (ruhige) Seiten gleich,
Re [k] ins Diktiergerät
Gr [v] Guut. Tut
Ha [v] Linke Seite • is stärker, (jo).
Ha [k] leise
[21]
67 68 69
Re [v] HWS, (( )), • im Bereich des Musculus
Re [k] ins Diktiergerät
Gr [v] da herunten auch was weh?
Ha [v] (( ))
Ha [k] leise
[22]
70 71
Re [v] trapezius, Links mehr als rechts, (( )) Druckpunkte
Re [k]
Gr [nv]
Ha [v] (Ha/) I find… jo, es tuat weh.
[23]
72 73 74 75
Re [v] posi tiv,
Gr [v] Hm̀hḿ • Okay, Kopf mal runter geben,
Ha [v] Ah (des is owa a angenehm). (Wie gsogt)…
[24]
76 77 78 79 80 81
Re [v] Kinn-Jugu lum Abstand zwei Zentimenter,
Re [k] ins Diktiergerät
Gr [v] • • • (( )), geradeaus, nach rechts
Ha [v] Hm̀hḿ

[25]

	.. 82 83 84 85
Gr [v]	drehen den Kopf, • nach links drehen, ((1s)) Tut da irgendwas weh? Okay.
Gr [k]	flüsternd
Ha [v]	Na,

[26]

	.. 86 87 88 89
	2:00
Gr [v]	Zur Seite neigen, • • • andere Seite, ((2s)) okay, • • hinauf schauen, ((1.8s)) gut,
Gr [k]	leise leise

[27]

	.. 91 92
Gr [v]	da hat auch nix weh getan. Kopf nochmal runter geben, • nach rechts
Ha [v]	Nein,

[28]

	..
Gr [v]	drehen den Kopf, • • nach links drehen, • • • (gut,) • • hinauf schauen, (so.) ((3s))

[29]

	.. 93 94 95 96 97 98 99 100
Re [v]	Rota
Re [k]	ins
Gr [v]	Da/ Is da irgendwas unangenehm, in dem Bereich, oder wurlt s mehr,
Ha [v]	(( )) (( ))

[30]

	.. 101 102 103
Re [v]	tion im Bereich der HWS, ((1.7s)) Ham Sie schon a
Re [k]	Diktiergerät
Gr [v]	Ja? Okay. Andere Seite,
Ha [v]	(Ich hab) (( )).

[31]

	.. 104 105
Re [v]	Röntgen gmacht vom Hals?
Gr [v]	((räuspert sich)) ((2s)) Wern ma Ihnen auch
Ha [v]	• Nna,

[32]

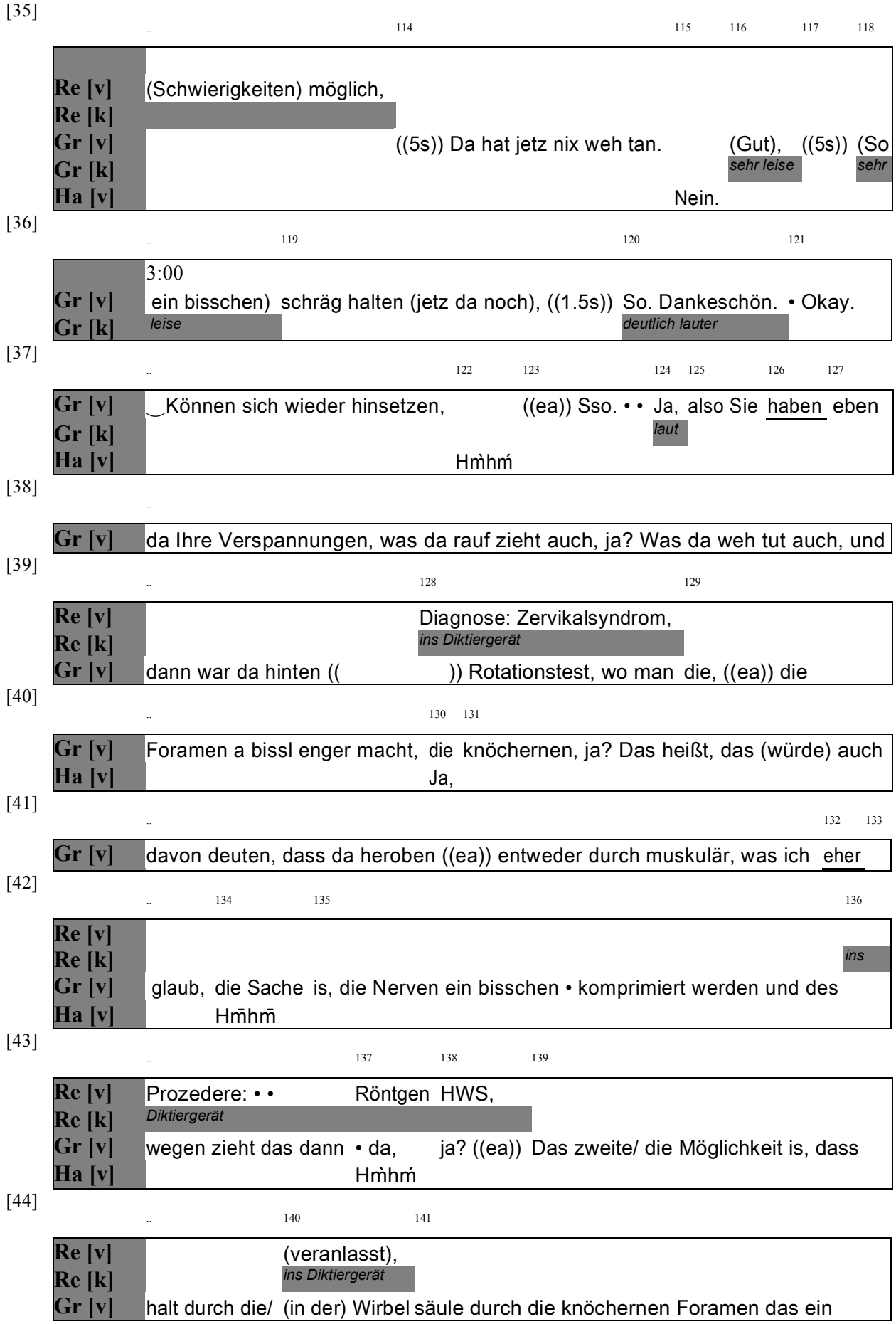
	.. 106 107 108 109
Re [v]	Äh… ((2s))
Re [k]	Klicken des Diktiergeräts: Re hört letztes Stück der Aufnahme an
Gr [v]	aufschreiben, ja? Sie sagen
Ha [v]	(( ))

[33]

	.. 110 111 112 113
Re [v]	• • • Ungestört möglich, ((2.2s))
Re [k]	((2s)) ins Diktiergerät
Gr [v]	ma, ob irgendwo was mehr weh tut,
Ha [v]	Ja,

[34]

	..
Re [v]	Seitwärtsneigung ((5s)) ohne Beschwerden möglich, ‿Reklination ohne
Re [k]	


[35]
114 115 116 117 118
Re [v] (Schwierigkeiten) möglich,
Re [k]
Gr [v] ((5s)) Da hat jetz nix weh tan. (Gut), ((5s)) (So
Gr [k] sehr leise sehr
Ha [v] Nein.
[36]
119 120 121
3:00
Gr [v] ein bisschen) schräg halten (jetz da noch), ((1.5s)) So. Dankeschön. • Okay.
Gr [k] leise deutlich lauter
[37]
122 123 124 125 126 127
Gr [v] ‿Können sich wieder hinsetzen, ((ea)) Sso. • • Ja, also Sie haben eben
Gr [k] laut
Ha [v] Hm̀hḿ
[38]
Gr [v] da Ihre Verspannungen, was da rauf zieht auch, ja? Was da weh tut auch, und
[39]
128 129
Re [v] Diagnose: Zervikalsyndrom,
Re [k] ins Diktiergerät
Gr [v] dann war da hinten (( )) Rotationstest, wo man die, ((ea)) die
[40]
130 131
Gr [v] Foramen a bissl enger macht, die knöchernen, ja? Das heißt, das (würde) auch
Ha [v] Ja,
[41]
132 133
Gr [v] davon deuten, dass da heroben ((ea)) entweder durch muskulär, was ich eher
[42]
134 135 136
Re [v]
Re [k] ins
Gr [v] glaub, die Sache is, die Nerven ein bisschen • komprimiert werden und des
Ha [v] Hm̄hm̄
[43]
137 138 139
Re [v] Prozedere: • • Röntgen HWS,
Re [k] Diktiergerät
Gr [v] wegen zieht das dann • da, ja? ((ea)) Das zweite/ die Möglichkeit is, dass
Ha [v] Hm̀hḿ
[44]
140 141
Re [v] (veranlasst),
Re [k] ins Diktiergerät
Gr [v] halt durch die/ (in der) Wirbel säule durch die knöchernen Foramen das ein

[45]

.. 142 143

Gr [v]	bisschen eingeengt is, ((ea)) Wär die zweite Möglichkeit. ‿Weil das aber bei
Ha [v]	Hm̀hḿ
Ha [k]	*leise*

[46]

..

Gr [v]	Ihnen jetzt eher durch das (( )) muskulär lauft, wird s wahrscheinlich von den

[47]

.. 144

Gr [v]	Muskeln kommen. ((ea)) Zur Sicherheit mach ma a Röntgen von der

[48]

..

Gr [v]	Halswirbelsäule, is prinzipiell nie schlecht, mal sich das anzuschauen, ja? ‿Und

[49]

.. 145 146

Gr [v]	an Status zu machen. ((ea)) Jo, wenn Ss, • • wenn S
Ha [v]	Hm̀hḿ ((3s)) Do im Haus.

[50]

.. 147 148

Re [v]	Aber ja,
Gr [v]	da hinkommen, irgendwelche Connections haben, klar. (Dann) geht s

[51]

.. 149 150 151 152 153

	4:00
Re [v]	(( )), (Na, wenn…) • Des Haus/ des
Gr [v]	schnell, Irgendwen (( )).
Ha [v]	((lacht)) Hob i eigentlich net, (na.) ((ea))
Ha [k]	*lachend*

[52]

.. 154 155

Re [v]	Haus is des Haus (und)… • • Sonst rufen S da an, dann wern ma denen gleich
Re [k]	*leise*
Ha [v]	((lacht))

[53]

.. 156 157 158

Re [v]	was erzählen, wenn ma für die eigenen Leut keine • Dings mehr macht, dann is
Ha [v]	(Naja)…
Ha [k]	*lachend*

[54]

.. 159

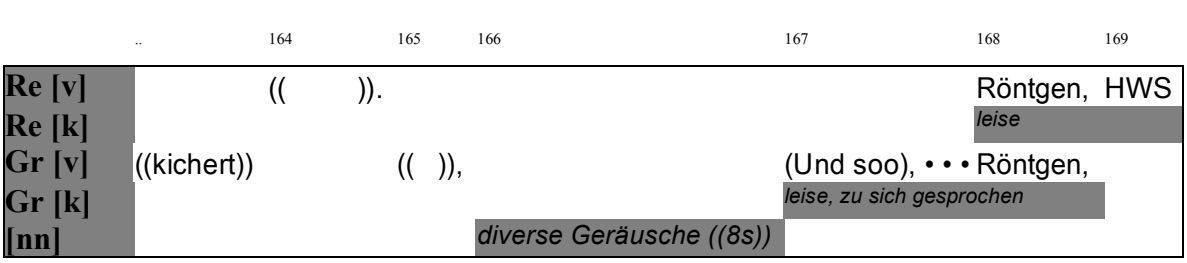
Re [v]	aber Schluss mit lustig, oder?
[nn]	*diverse Geräusche: Lade wird geöffnet, Sessel knarrt,*

[55]

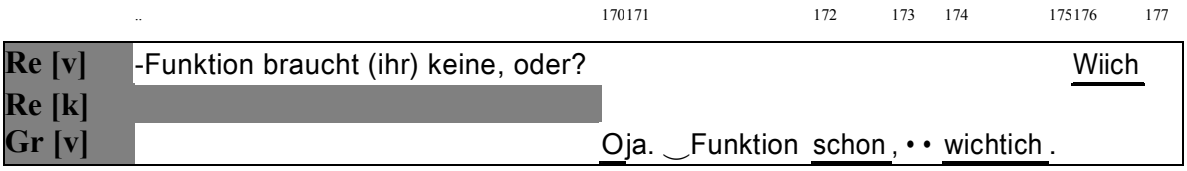
.. 160 161 162 163

Re [v]	Ups, (hab i dir des jetz drauf ghaut.)
Re [k]	*leise*
Gr [v]	Ja, • • •
Gr [k]	*leise*
[nn]	*Geräusch am Mikro etc. ((6s))*

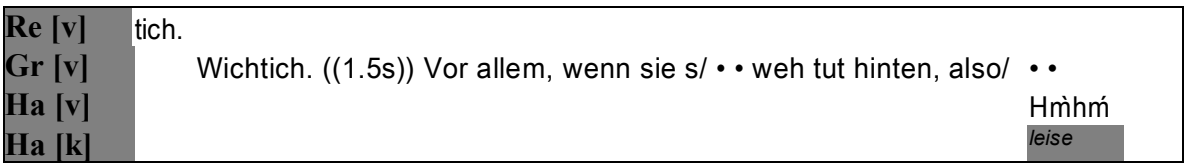
[56]



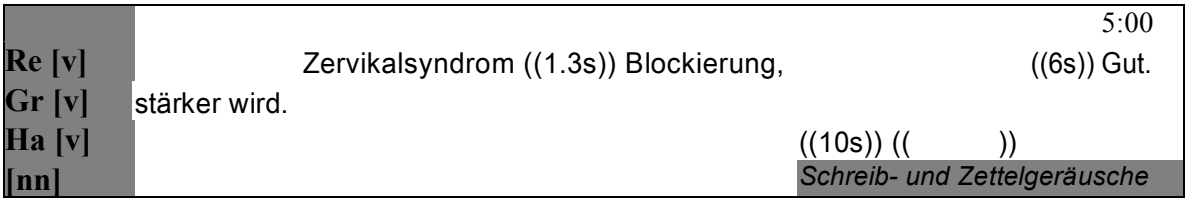
[57]



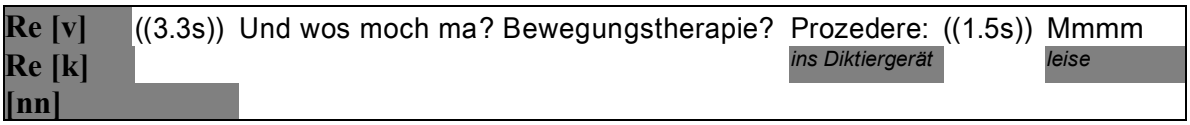
[58]



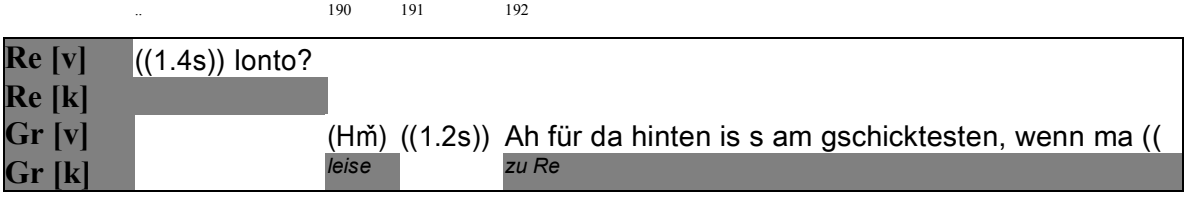
[59]



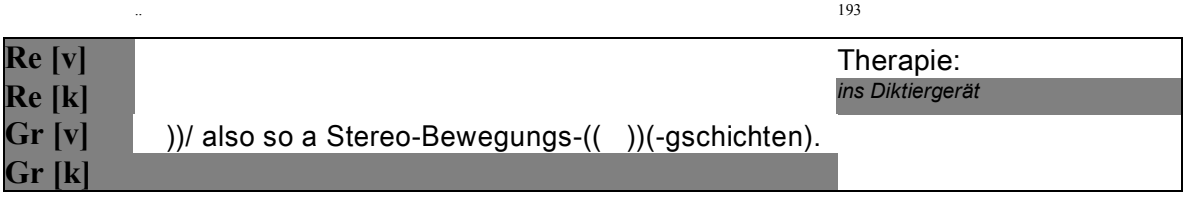
[60]



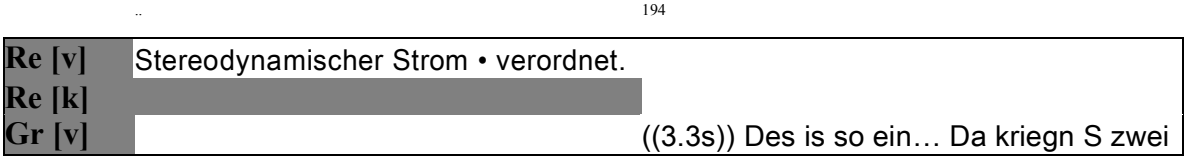
[61]



[62]



[63]



[64]

	.. 195 196
Gr [v]	so Saugnäpfe da her, zwei Elektroden, das n/ das ääh • • is so A/ wie eine Art
Ha [v]	Ja,

[65]

	.. 197 198 199
Gr [v]	Massage, nur massieren sich die Muskeln (seit- • -lich)/ • gegenseitig, ja?
Ha [v]	Hm̀hḿ

[66]

	..
Gr [v]	Dadurch, dass s immer wieder anspannen und locker lassen, ((ea)) und das

[67]

	.. 200 201
Gr [v]	wirkt eigentlich ganz günstig (da heroben). Jaja,
Ha [v]	Und des wird (do bei Ihnen gmocht?)

[68]

	..202 203 204 205
Gr [v]	ja. • • Ääh…
Ha [v]	Hm̀hḿ Kaun i nix mochn? • • Daheim. Weil i, i bin an und für sich a

[69]

	..
Ha [v]	begeistere/ • begeisterte Walker/ Nordic Walkerin. ‿Soll i des jetz lossn, oder,

[70]

	.. 206 207 208209 210211 212213
Gr [v]	Na nein , (( ))… ‿Ja, o ja. ‿Bewegung is gut. ‿Und Sie kriegn ja
Ha [v]	oder • • • kann i des.

[71]

	.. 214 215
Re [v]	Da kriegn S die
Gr [v]	auch äh bei uns a Bewegungstherapie zusätzlich, ((ea))
Ha [v]	Ja,

[72]

	.. 216 217
Re [v]	Übungen.
Gr [v]	Da kriegn S auch Übungen zeigt, (ja?) ‿Die S daheim (dann)
Ha [v]	Hm̀hḿ

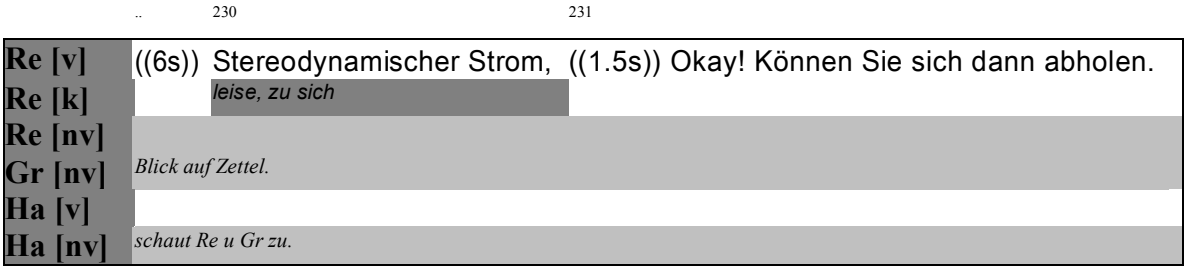
[73]

	.. 218 219 220 221 222
	6:00
Gr [v]	machen können, ja? Des is auch ganz wichtig (für nachher). Dass sie nicht
Ha [v]	Hm̀ hḿ

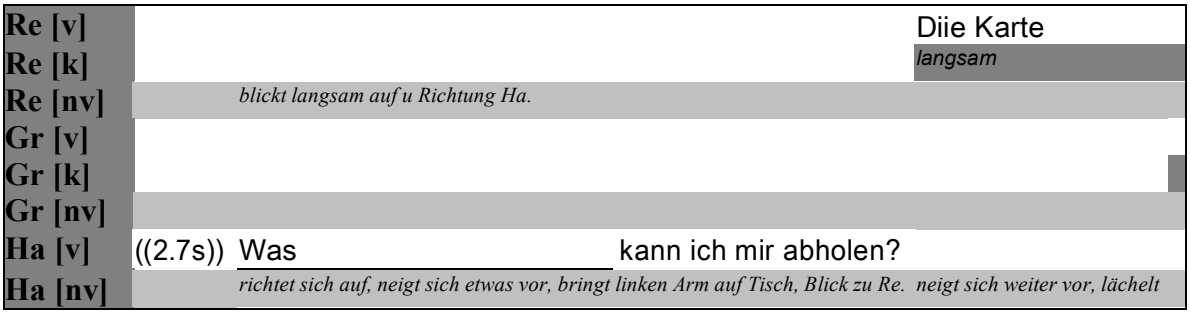
[74]

	.. 223 224 225 226 227 228 229
	6:04
Re [v]	((4.8s)) (Zehn Mal),
Re [nv]	*schreibt am PC, Blick auf Bildschirm.*
Gr [v]	so • (wieder kommen). ((2.2s)) Guu tt,
Gr [nv]	*schreibt per Hand, Blick auf Zettel. legt Stift geräuschvoll weg. hantiert mit Zetteln,*
Ha [nv]	*sitzt ruhig, schaut Re u Gr zu. nickt leicht.*

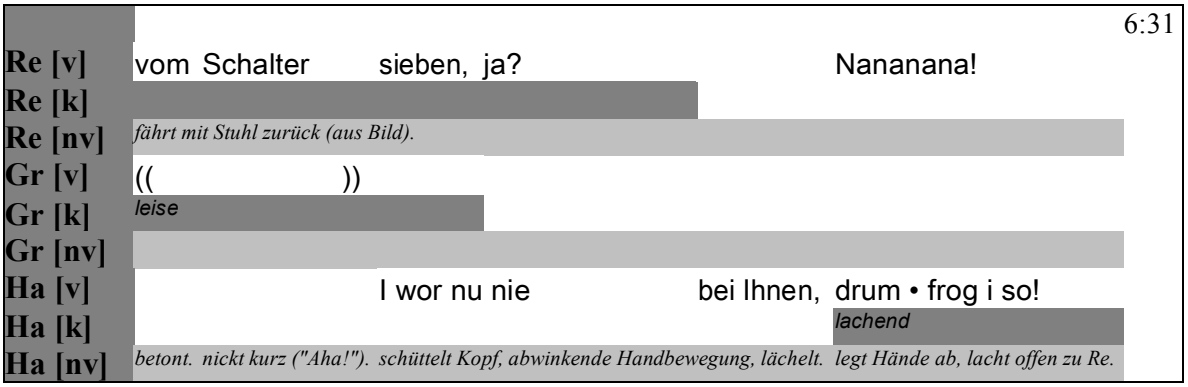
[75]



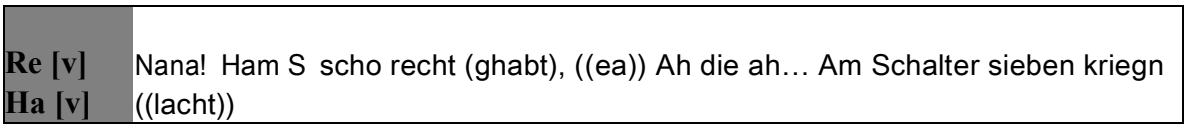
[76]



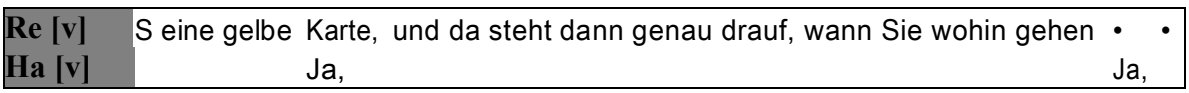
[77]



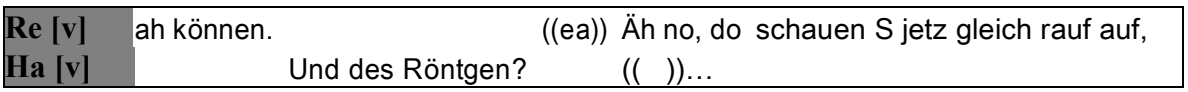
[78]



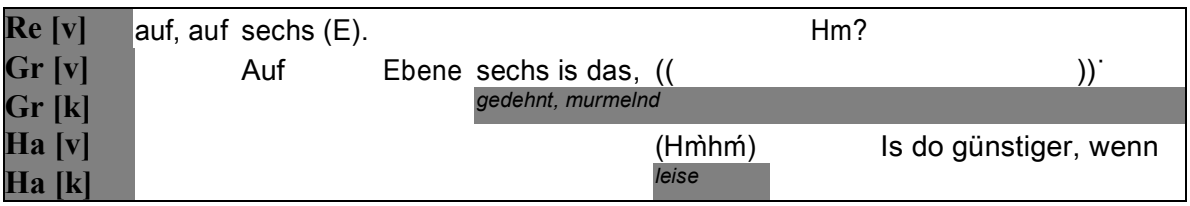
[79]



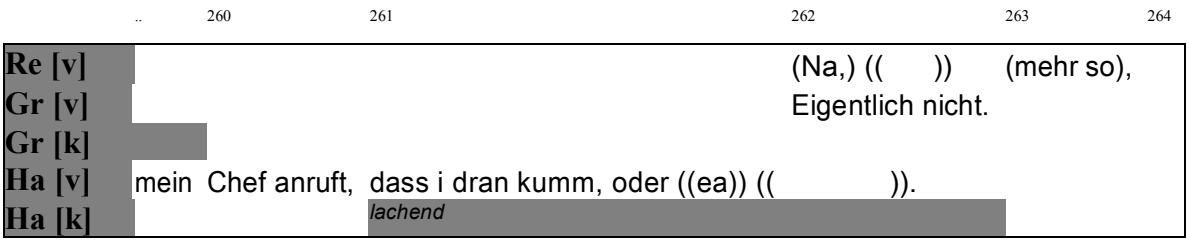
[80]



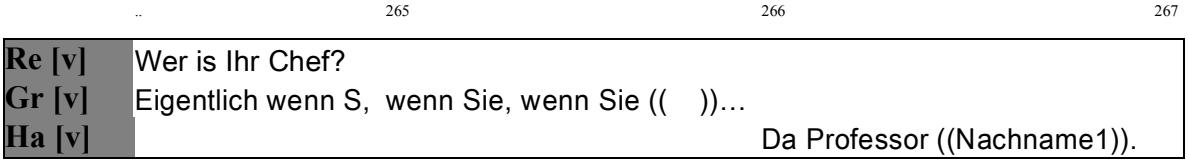
[81]



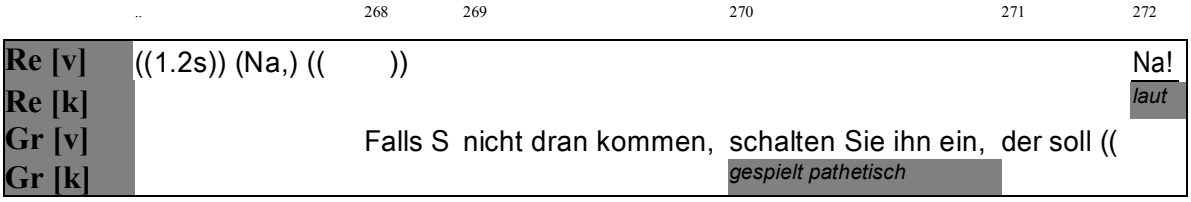
[82]



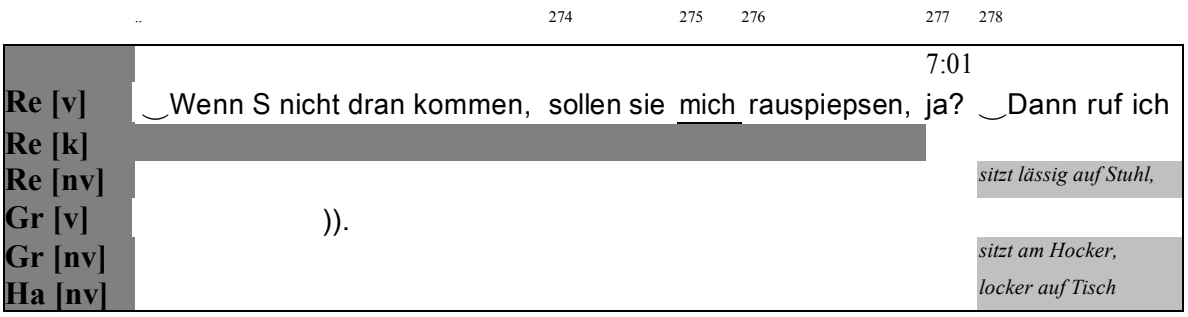
[83]



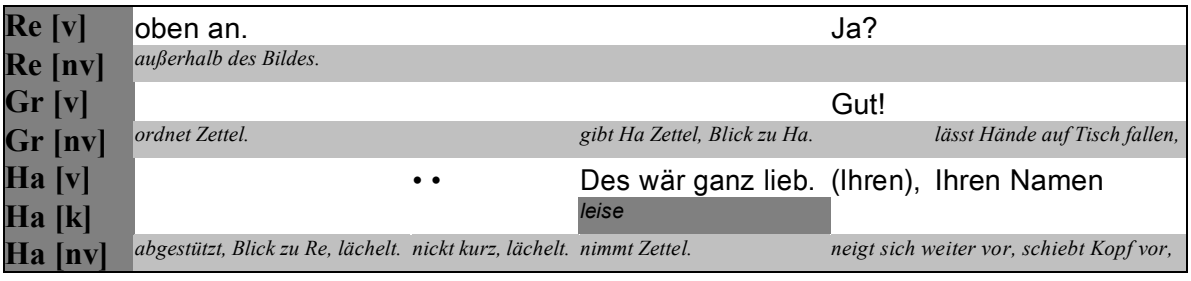
[84]



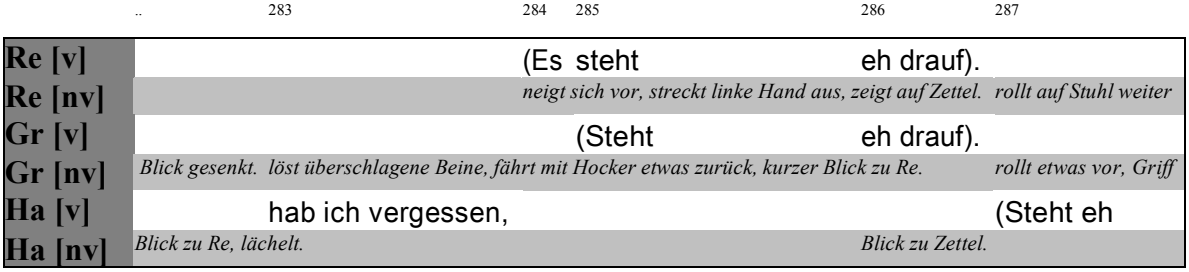
[85]



[86]



[87]



[88]

	.. 288	289	290	291	292
Re [v]	‿((Nachname2)) is mein Name, tschuldig en Sie, ja?				
Re [nv]	*vor, neigt sich über Tisch.*		*nimmt Zettel von Ha.*	*dreht ihn um.*	*bleibt mit Hand auf*
Gr [v]					Das steht eh
Gr [nv]	*zu Zettel.*		*Blick auf Zettel.*		
Ha [v]	drauf).	Ja?		Bitte.	
Ha [nv]		*gibt Zettel Re.*		*Blick zu Zettel.*	

[89]

	.. 293	294	295	296
Re [v]	((Nachname2)),	ja?		
Re [nv]	*Zettel.*		*Blick zu Ha.*	
Gr [v]	auf (Ihrer) (( )) Karte,			
Gr [nv]			*wippt leicht links u rechts, Blick zu Zettel.*	
Ha [v]	Jo. Gut.		Des heißt, i hol ma jetzt das gelb/	die gelbe Karte
Ha [nv]	*richtet sich nickend auf, Blick zu Zettel.*		*gestikuliert mit linker Hand.*	*Blick zu Re, gestikuliert*

[90]

	.. 297	298	299	300	301	302	303
Re [v]	Hm̀hḿ		Genau.				
Re [nv]		*gibt Zettel zurück.*		*fährt auf Stuhl zurück.*			
Gr [v]							((1s))
Gr [nv]				*rollt auf Hocker zurück, Blick zu Ha, lächelt.*			
Ha [v]	und geh dann zum Röntgen.			Gut,		danke vümals!	
Ha [nv]	*weiter.*		*akzentuiertes Nicken.*	*nimmt Zettel, Blick zu Zettel, lächelt.*		*Blick zu Gr,*	

[91]

	.. 304	305	306	307	308	309	310	311
Re [v]					Wieder sehn!			
Re [nv]			*steht auf, Hand Richtung Ha.*		*Hände schütteln mit Ha.*			*setzt*
Gr [v]		Wieder sehn!	Alles Gute!					
Gr [nv]		*steht auf.*	*Hände schütteln mit Ha.*	*bleibt stehen.*				*Schritt*
Ha [v]		Dankeschön, wiedersehn!		Danke!		Wieder schaun!		
Ha [nv]	*lächelt.*	*steht auf.*	*Hände schütteln mir Gr.*	*wendet sich Re zu.*	*Hände schütteln mit Re.*			*geht*
PM [v]								((

[92]

	.. 312	313
Re [nv]	*sich, fährt mit Stuhl zurück (aus Bild).*	
Gr [nv]	*zu Tisch, hantiert mit etwas.*	
Ha [v]	Bitte!	
Ha [nv]	*zur Türe (PM folgt).*	
PM [v]	))	
[nn]		*Ende der Aufnahme*

7.3 Transkript Frau Rücken

Patientinnen-Kürzel im Rahmen des Projekts „Schmerzdarstellung und Krankheitserzählungen“: FSW2
Transkriptionskonvention: HIAT
Transkriptionsverhältnis: 1:30 bzw. 1:60
Transkribentin: Elke Brandner
Gesprächslänge: 7min 6s

Sprecher/innentabelle

Re Dr. Renner

Gr Dr. Grabner

Rü Patientin Frau Rücken

PM Projektmitarbeiterin

PM2 Projektmitarbeiterin 2

X unbekannter Sprecher

[1]

0 1 2 34 5

Re [v] (Oba do ham ma doch) die physikalische Thera pie am Ende, oder?
Gr [v] Grüß Gott!
Rü [v]

[2]

.. 6 7 8 9

Gr [v] Hm̓
Rü [v] Ja, denk ich schon jedenfalls, al so die… Ich war bei der Frau
Rü [k] *leiser* *Name*
[nn] *unklar, ob Re oder Gr*

[3]

.. 10 11 12 13

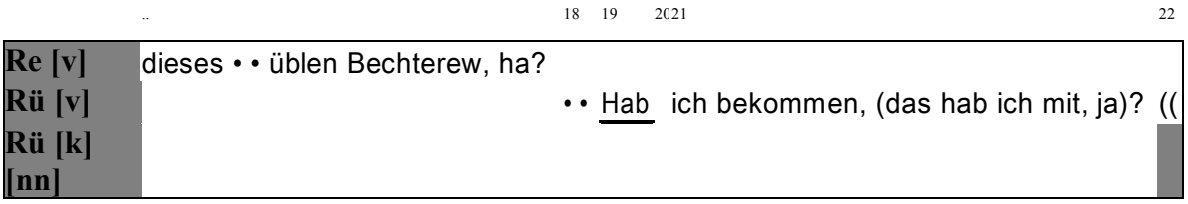
Re [v] Okaŷ ((1s))
Rü [v] ((Vorname, Nachname)) und • die is wirklich sehr , sehr kompetent. ((
Rü [k] *Therapeutin* *leiser*

[4]

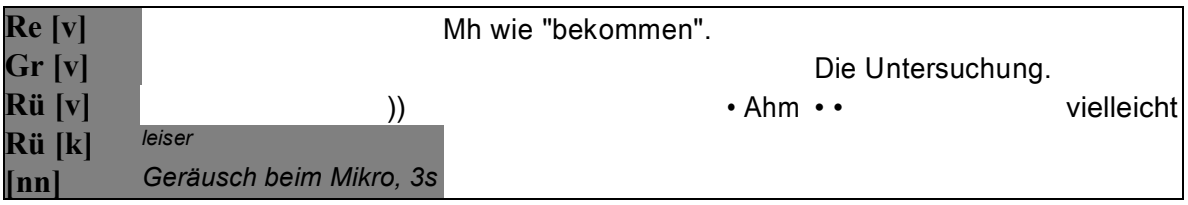
.. 14 15 16 17

Re [v] Ähm̓ • • • Wir ham (da / ja) das letzte Mal irgendwas philoso phiert wegen
Rü [v]))
Rü [k]

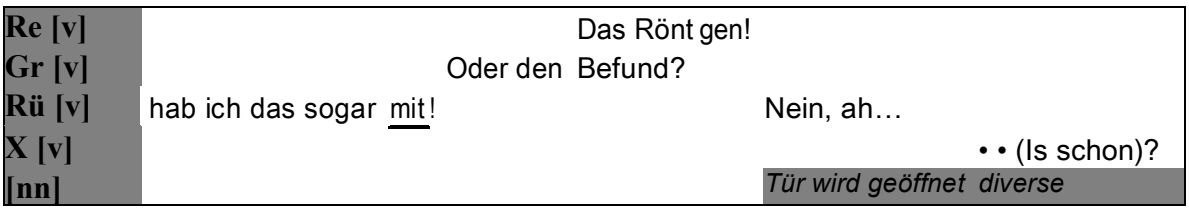
[5]



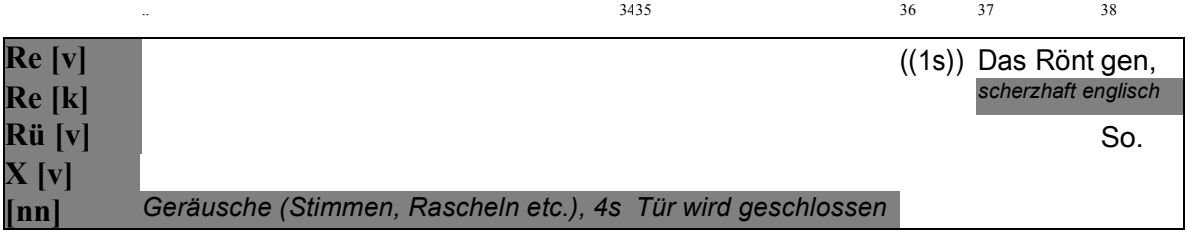
[6]



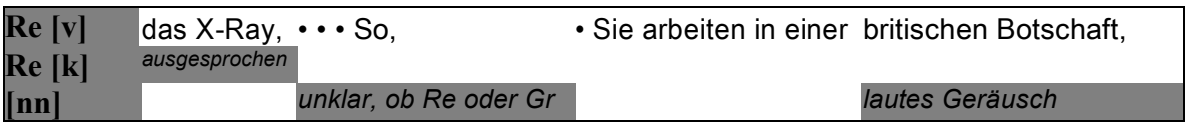
[7]



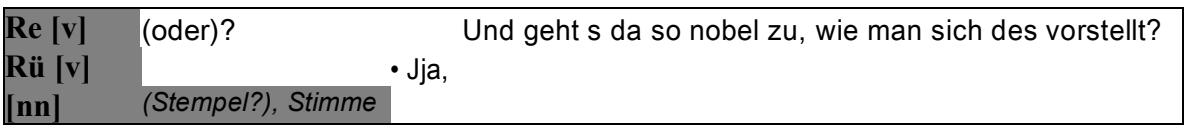
[8]



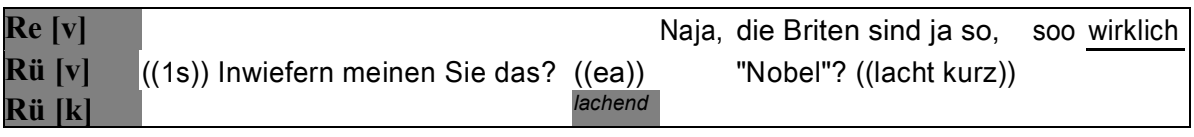
[9]



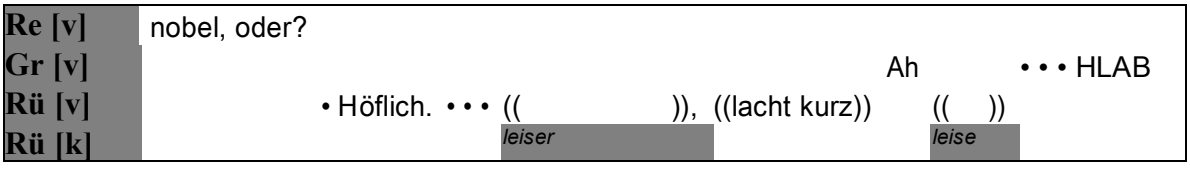
[10]



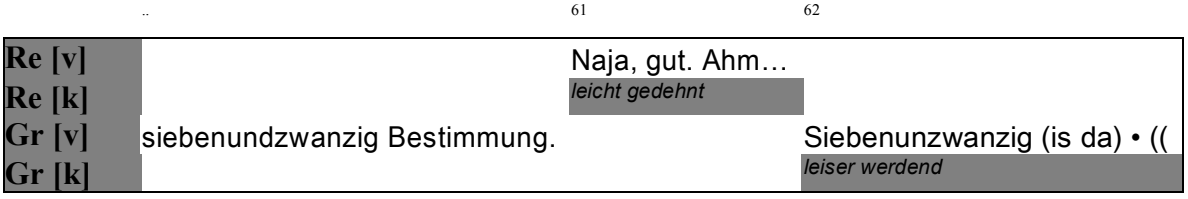
[11]



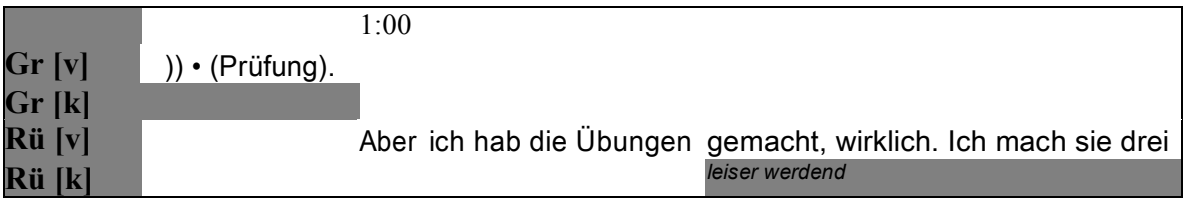
[12]



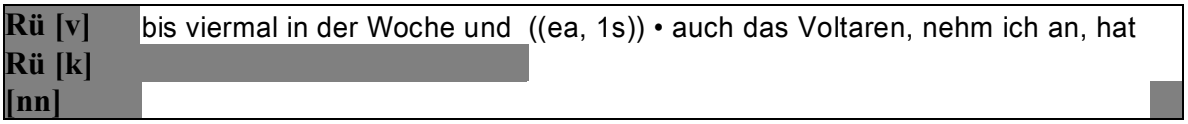
[13]



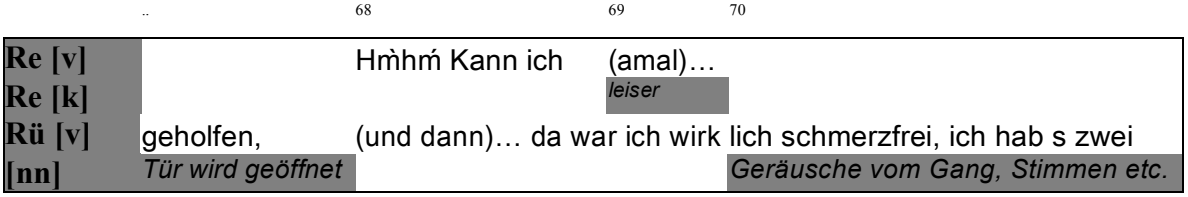
[14]



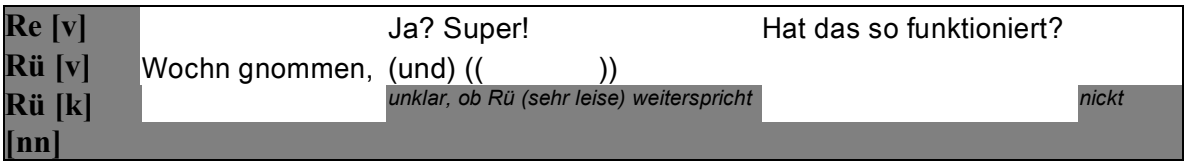
[15]



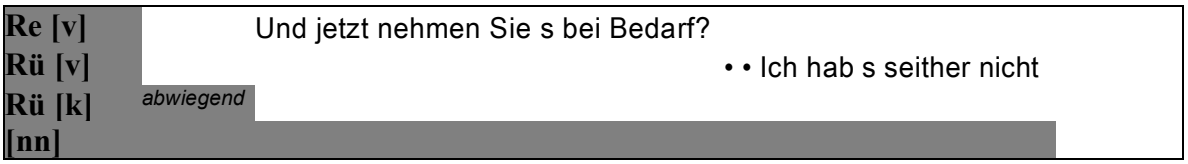
[16]



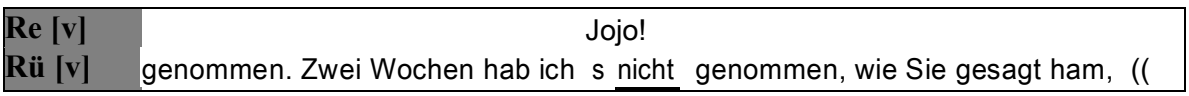
[17]



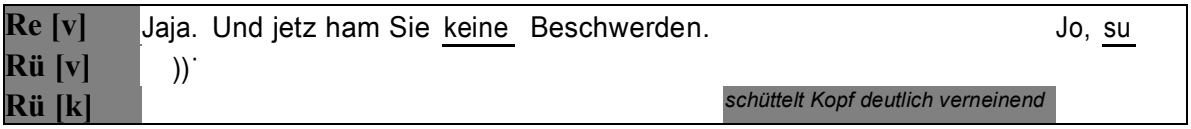
[18]

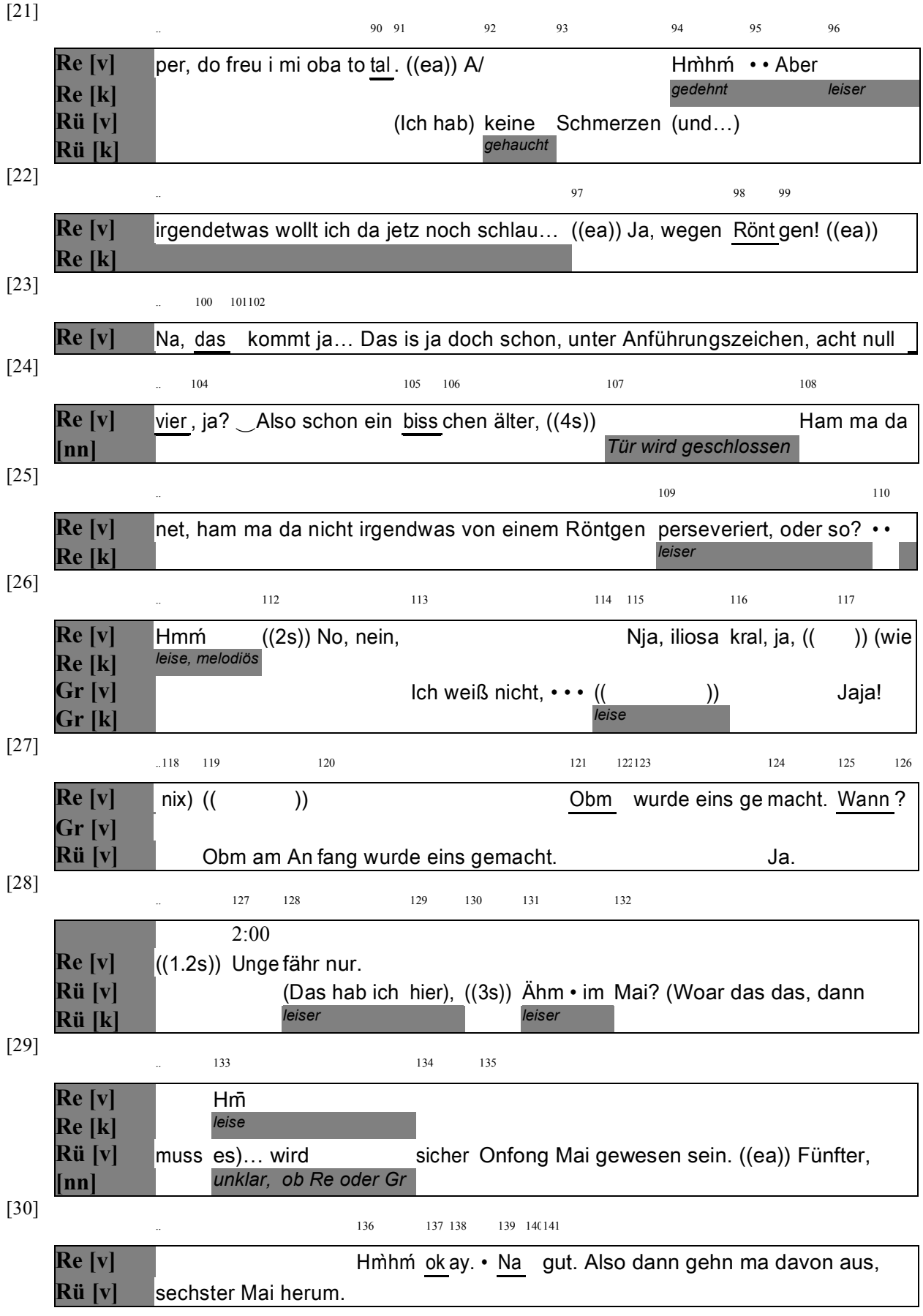


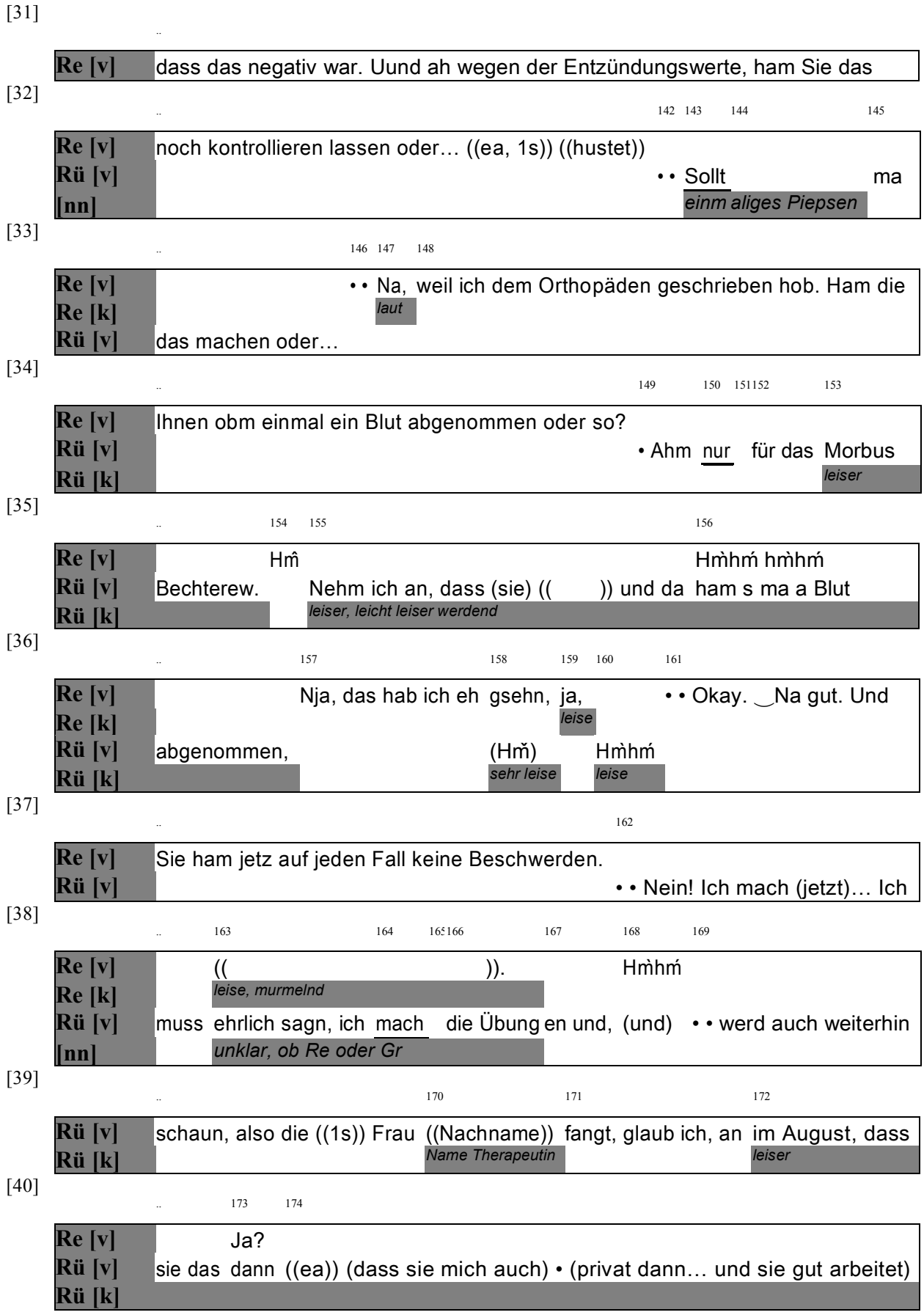
[19]



[20]




[21]
90 91 92 93 94 95 96
Re [v] per, do freu i mi oba to tal. ((ea)) A/ Hm̀hḿ • • Aber
Re [k] gedehnt leiser
Rü [v] (Ich hab) keine Schmerzen (und…)
Rü [k] gehaucht
[22]
97 98 99
Re [v] irgendetwas wollt ich da jetz noch schlau… ((ea)) Ja, wegen Röntgen! ((ea))
Re [k]
[23]
100 101102
Re [v] Na, das kommt ja… Das is ja doch schon, unter Anführungszeichen, acht null
[24]
104 105 106 107 108
Re [v] vier, ja? ‿Also schon ein bisschen älter, ((4s)) Ham ma da
[nn] Tür wird geschlossen
[25]
109 110
Re [v] net, ham ma da nicht irgendwas von einem Röntgen perseveriert, oder so? • •
Re [k] leiser
[26]
112 113 114 115 116 117
Re [v] Hmḿ ((2s)) No, nein, Nja, iliosa kral, ja, (( )) (wie
Re [k] leise, melodiös
Gr [v] Ich weiß nicht, • • • (( )) Jaja!
Gr [k] leise
[27]
118 119 120 121 122123 124 125 126
Re [v] nix) (( )) Obm wurde eins ge macht. Wann?
Gr [v]
Rü [v] Obm am An fang wurde eins gemacht. Ja.
[28]
127 128 129 130 131 132
2:00
Re [v] ((1.2s)) Unge fähr nur.
Rü [v] (Das hab ich hier), ((3s)) Ähm • im Mai? (Woar das das, dann
Rü [k] leiser leiser
[29]
133 134 135
Re [v] Hm̄
Re [k] leise
Rü [v] muss es)… wird sicher Onfong Mai gewesen sein. ((ea)) Fünfter,
[nn] unklar, ob Re oder Gr
[30]
136 137 138 139 140141
Re [v] Hm̀hḿ okay. • Na gut. Also dann gehn ma davon aus,
Rü [v] sechster Mai herum.


[31]
Re [v] dass das negativ war. Uund ah wegen der Entzündungswerte, ham Sie das
[32]
142 143 144 145
Re [v] noch kontrollieren lassen oder… ((ea, 1s)) ((hustet))
Rü [v] •• Sollt ma
[nn] einm aliges Piepsen
[33]
146 147 148
Re [v] •• Na, weil ich dem Orthopäden geschrieben hob. Ham die
Re [k] laut
Rü [v] das machen oder…
[34]
149 150 151152 153
Re [v] Ihnen obm einmal ein Blut abgenommen oder so?
Rü [v] • Ahm nur für das Morbus
Rü [k] leiser
[35]
154 155 156
Re [v] Hm̓ Hm̀hḿ hm̀hḿ
Rü [v] Bechterew. Nehm ich an, dass (sie) (( )) und da ham s ma a Blut
Rü [k] leiser, leicht leiser werdend
[36]
157 158 159 160 161
Re [v] Nja, das hab ich eh gsehn, ja, •• Okay. ‿Na gut. Und
Re [k] leise
Rü [v] abgenommen, (Hm̆) Hm̀hḿ
Rü [k] sehr leise leise
[37]
162
Re [v] Sie ham jetz auf jeden Fall keine Beschwerden.
Rü [v] •• Nein! Ich mach (jetzt)… Ich
[38]
163 164 165166 167 168 169
Re [v] (( )). Hm̀hḿ
Re [k] leise, murmelnd
Rü [v] muss ehrlich sagn, ich mach die Übung en und, (und) •• werd auch weiterhin
[nn] unklar, ob Re oder Gr
[39]
170 171 172
Rü [v] schaun, also die ((1s)) Frau ((Nachname)) fangt, glaub ich, an im August, dass
Rü [k] Name Therapeutin leiser
[40]
173 174
Re [v] Ja?
Rü [v] sie das dann ((ea)) (dass sie mich auch) • (privat dann… und sie gut arbeitet)
Rü [k]

[41]

	.. 175	176	177	178	179
Re [v]		Hm̀hḿ		Okaŷ	
Gr [v]			Hm̀hḿ		
Rü [v]	und da möcht ich dann ganz gern hinschauen (und) (( )).				
Rü [k]	*leiser werdend*				*leise*

[42]

	.. 180	181	182
Re [v]	Ahm ((schnalzt)) und brauchen Sie noch was von uns?		
Gr [v]		• ((lacht kurz))	
Rü [v]	(Ahm,)		
Rü [k]			

[43]

	.. 183 184	185	186
		3:00	
Gr [v]		Nein,	
Rü [v]	((ea)) Na, mir wurde nur gesagt, ich muss	da •	also nach Abschluss der
Rü [k]	*laut*		

[44]

	.. 187 188	189	190
Re [v]	Nanei nein. ‿Is schon klar. Aber…		Wenn s
Rü [v]	Therapie zur Kontrolle • kommen.	Ich, ich… Im Moment	(glaub ich

[45]

	.. 191 192 193
Re [v]	Ihnen so gut geht, wunder bar, kann ma nur sagn, ja? ‿Das war nur die Frage.
Re [nv]	
Gr [nv]	
Rü [v]	mal)…
Rü [nv]	

[46]

	.. 195 196	197	198 199	200	201
	3:09				
Re [v]	((ea)) Und die Übungen kennen		Sie sozusag en, die wurden		mit
Re [nv]	*sitzt etwas nach rechts geneigt, stützt linke Hand von sich gestreckt auf Tisch; Blickkontakt zu Rü, ansatzweise Gestik mit*				
Gr [nv]	*Blick gerade vor sich auf Bildschirm, (am Bildschirm zu sehen: Gr scrollt Seite auf Bildschirm hinunter).*				
Rü [v]	Hm̀ hḿ			Ja.	Ja,
Rü [nv]	*Blickkontakt zu Re, leichtes Nicken. weiter Blickkontakt zu Re.*			*beginnt starkes Nicken,*	

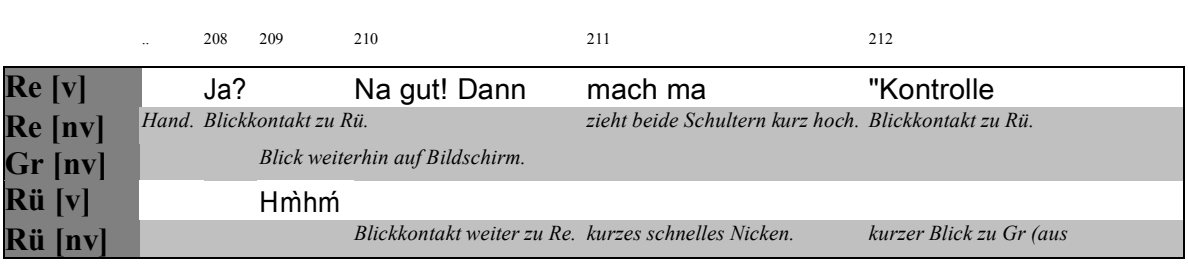
[47]

	.. 202	203	204	205	206
Re [v]	Ihnen besprochen,	da fühlen Sie sich		sicher,	
Re [nv]	*rechter Hand, leichtes Nicken/ Kopfbewegungen während des Sprechens.*			*schließt kurz Augen, wendet Kopf leicht nach*	
Gr [nv]				*nickt leicht, Blick weiterhin auf Bildschirm.*	
Rü [v]	ja,	ja,	ja,	•	
Rü [nv]	*leichter werdend.*			*regungslos, weiter Blickkontakt zu Re.*	

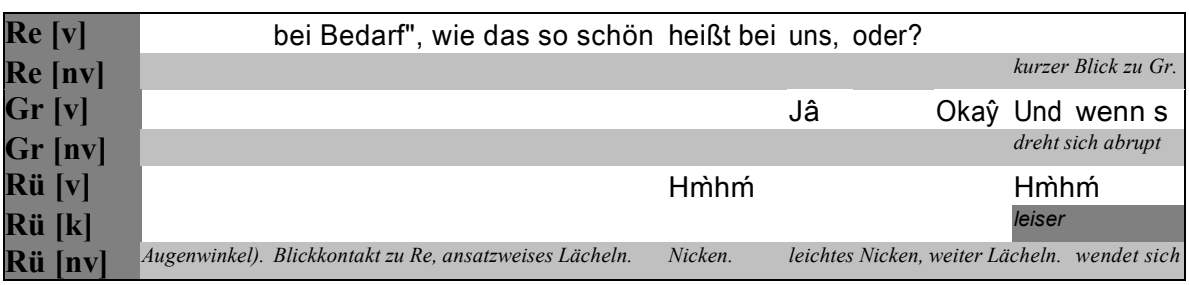
[48]

	.. 207
Re [nv]	*rechts (weg von Rü). Kopf Richtung Rü, Blickkontakt zu Rü; zieht Kinn zur Brust, hebt dazu linke Schulter und rechte*
Gr [nv]	
Rü [v]	Ja.
Rü [nv]	*Nicken, leichter werdend.*

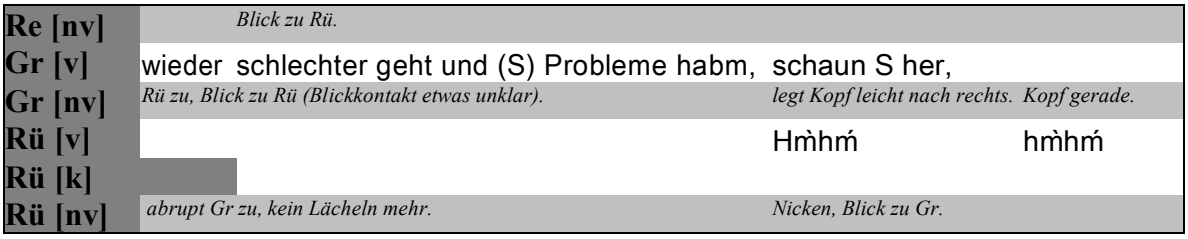
[49]



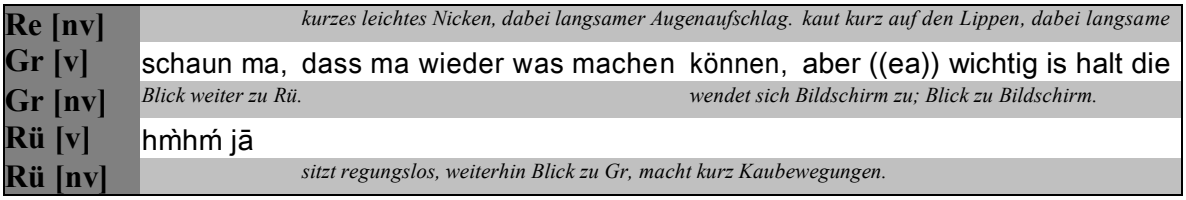
[50]



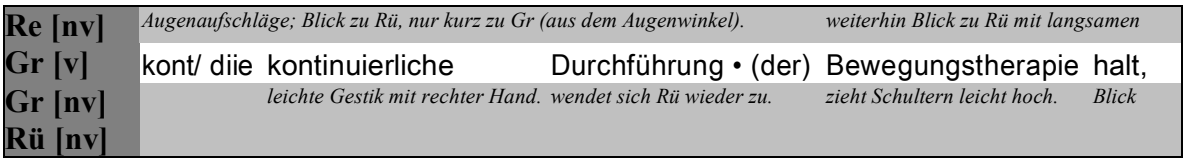
[51]



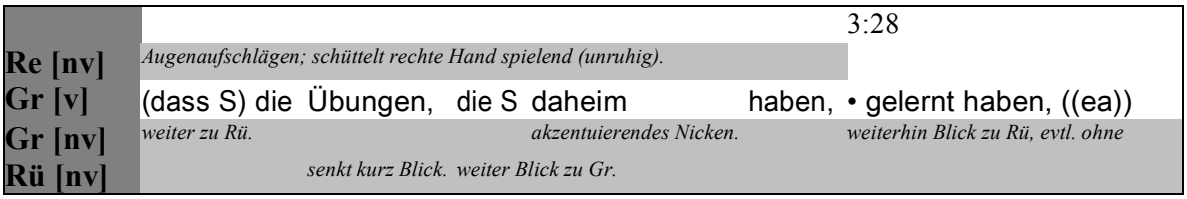
[52]



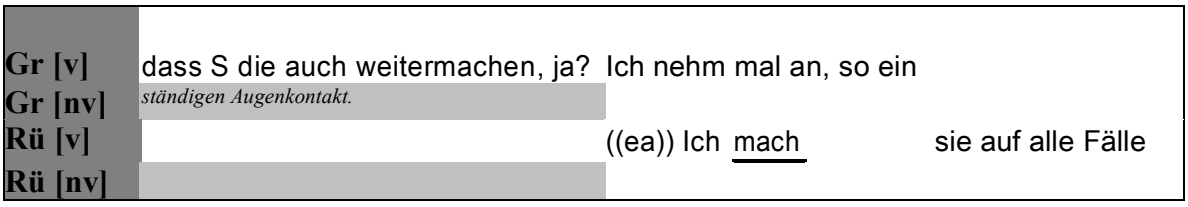
[53]

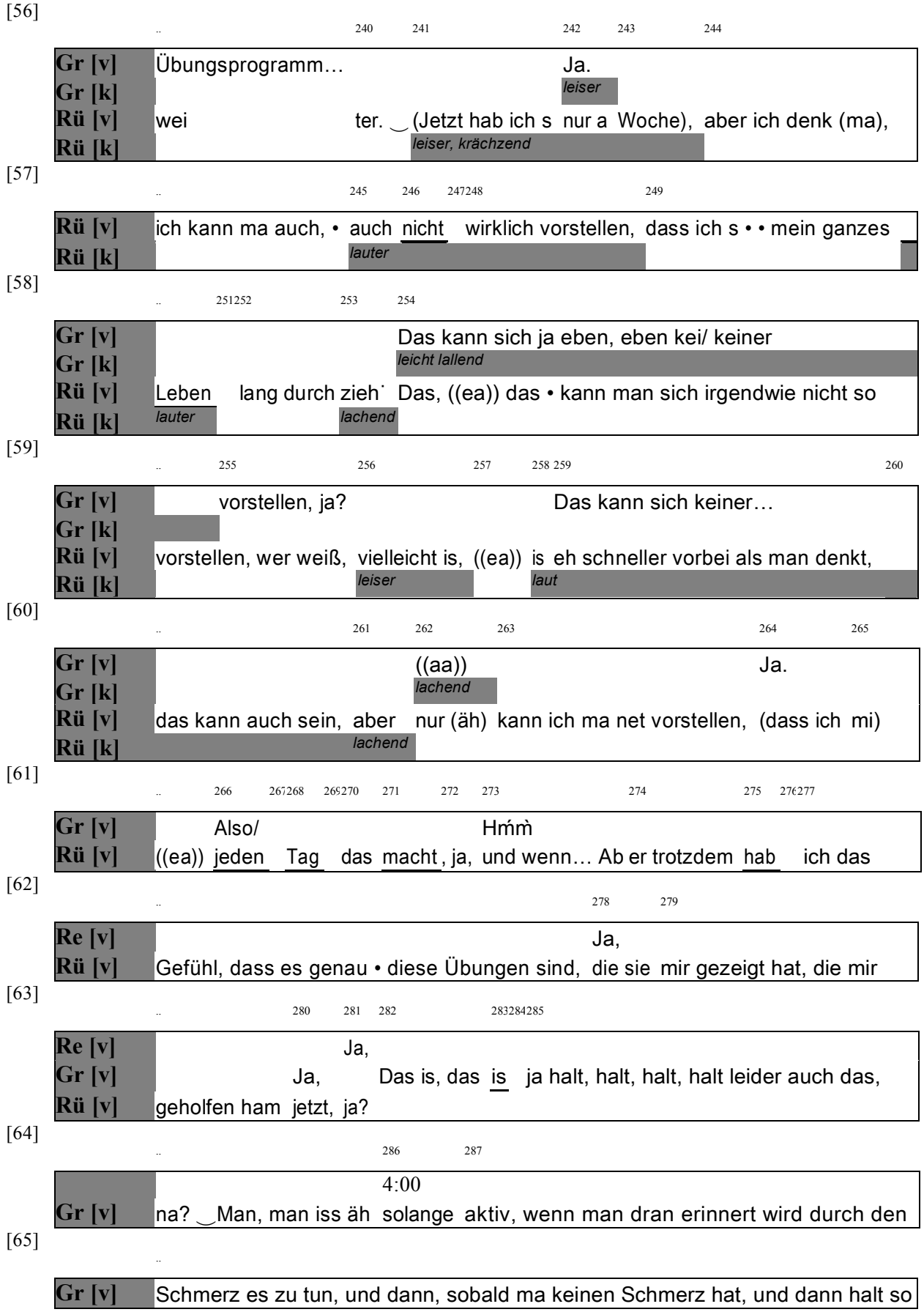


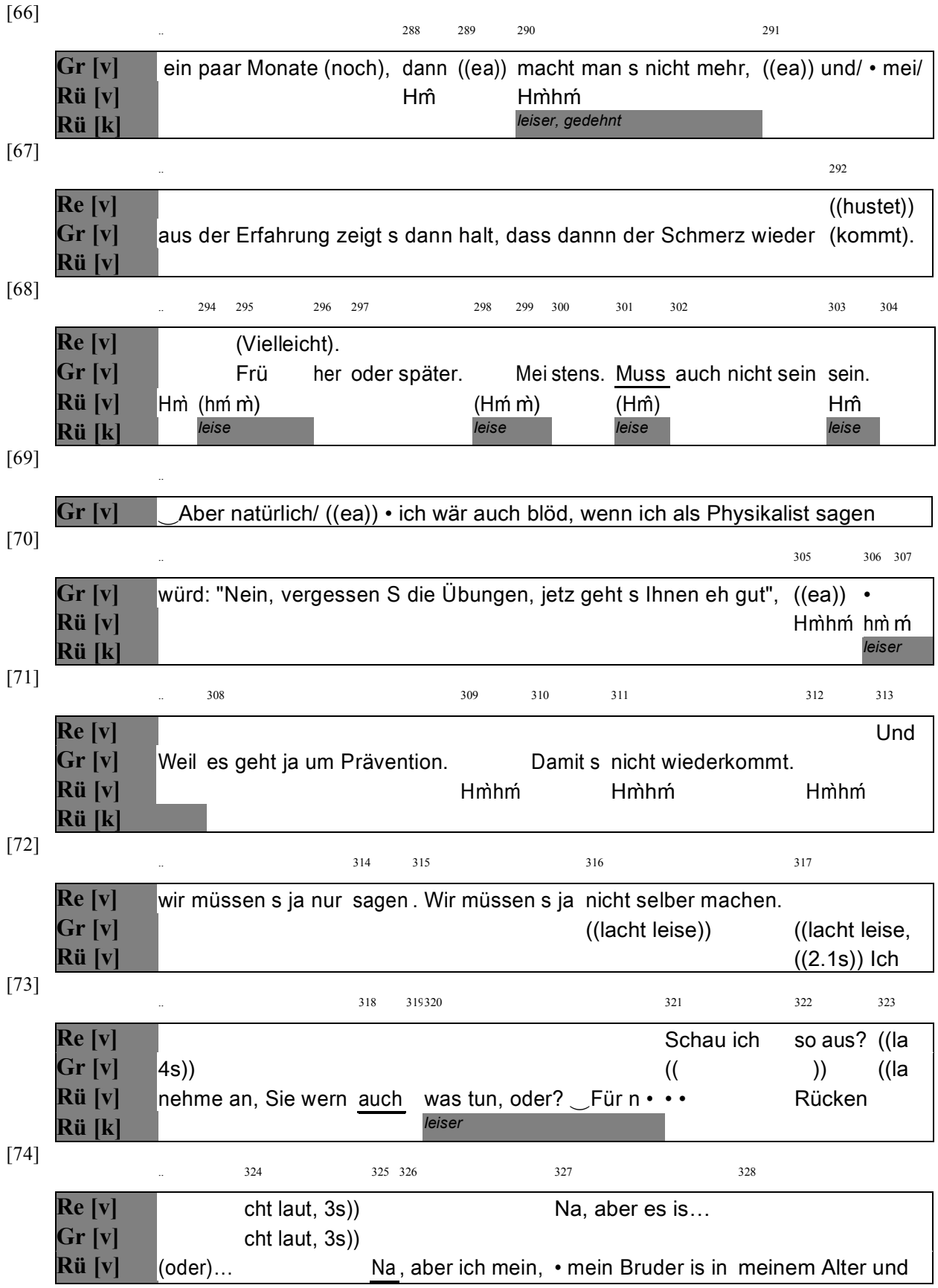
[54]

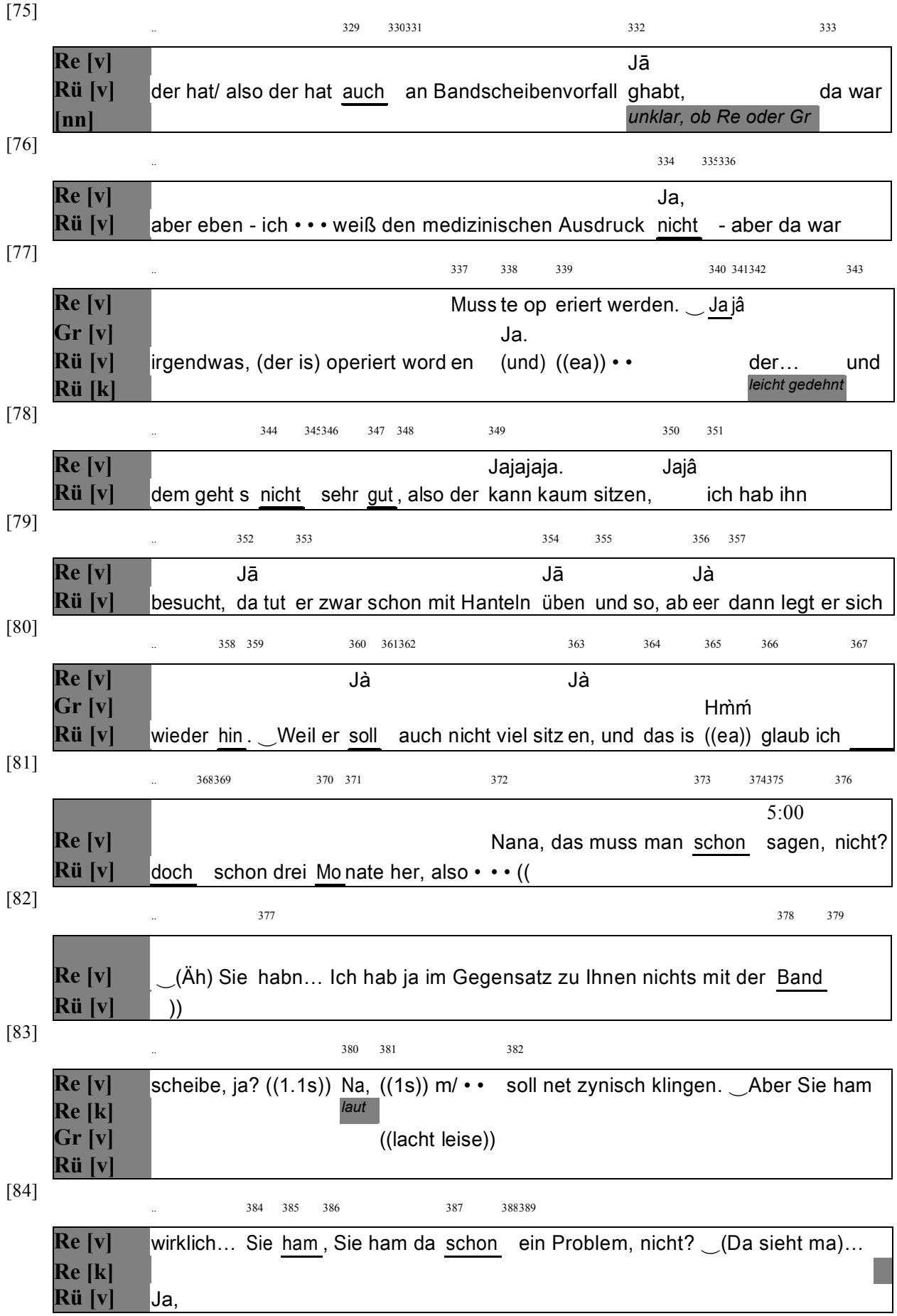


[55]




[56]
240 241 242 243 244
Gr [v] Übungsprogramm… Ja.
Gr [k] leiser
Rü [v] wei ter. ‿(Jetzt hab ich s nur a Woche), aber ich denk (ma),
Rü [k] leiser, krächzend
[57]
245 246 247248 249
Rü [v] ich kann ma auch, • auch nicht wirklich vorstellen, dass ich s • • mein ganzes
Rü [k] lauter
[58]
251252 253 254
Gr [v] Das kann sich ja eben, eben kei/ keiner
Gr [k] leicht lallend
Rü [v] Leben lang durch zieh˙ Das, ((ea)) das • kann man sich irgendwie nicht so
Rü [k] lauter lachend
[59]
255 256 257 258 259 260
Gr [v] vorstellen, ja? Das kann sich keiner…
Gr [k]
Rü [v] vorstellen, wer weiß, vielleicht is, ((ea)) is eh schneller vorbei als man denkt,
Rü [k] leiser laut
[60]
261 262 263 264 265
Gr [v] ((aa)) Ja.
Gr [k] lachend
Rü [v] das kann auch sein, aber nur (äh) kann ich ma net vorstellen, (dass ich mi)
Rü [k] lachend
[61]
266 267268 269270 271 272 273 274 275 276277
Gr [v] Also/ Hm̀m̀
Rü [v] ((ea)) jeden Tag das macht, ja, und wenn… Ab er trotzdem hab ich das
[62]
278 279
Re [v] Ja,
Rü [v] Gefühl, dass es genau • diese Übungen sind, die sie mir gezeigt hat, die mir
[63]
280 281 282 283284285
Re [v] Ja,
Gr [v] Ja, Das is, das is ja halt, halt, halt, halt leider auch das,
Rü [v] geholfen ham jetzt, ja?
[64]
286 287
4:00
Gr [v] na? ‿Man, man iss äh solange aktiv, wenn man dran erinnert wird durch den
[65]
Gr [v] Schmerz es zu tun, und dann, sobald ma keinen Schmerz hat, und dann halt so


[66]
.. 288 289 290 291
Gr [v] ein paar Monate (noch), dann ((ea)) macht man s nicht mehr, ((ea)) und/ • mei/
Rü [v] Hm̂ Hm̀hḿ
Rü [k] leiser, gedehnt
[67]
.. 292
Re [v] ((hustet))
Gr [v] aus der Erfahrung zeigt s dann halt, dass dannn der Schmerz wieder (kommt).
Rü [v]
[68]
.. 294 295 296 297 298 299 300 301 302 303 304
Re [v] (Vielleicht).
Gr [v] Frü her oder später. Mei stens. Muss auch nicht sein sein.
Rü [v] Hm̀ (hḿ m̀) (Hḿ m̀) (Hm̂) Hm̂
Rü [k] leise leise leise leise
[69]
..
Gr [v] ‿Aber natürlich/ ((ea)) • ich wär auch blöd, wenn ich als Physikalist sagen
[70]
.. 305 306 307
Gr [v] würd: "Nein, vergessen S die Übungen, jetz geht s Ihnen eh gut", ((ea)) •
Rü [v] Hm̀hḿ hm̀ḿ
Rü [k] leiser
[71]
.. 308 309 310 311 312 313
Re [v] Und
Gr [v] Weil es geht ja um Prävention. Damit s nicht wiederkommt.
Rü [v] Hm̀hḿ Hm̀hḿ Hm̀hḿ
Rü [k]
[72]
.. 314 315 316 317
Re [v] wir müssen s ja nur sagen . Wir müssen s ja nicht selber machen.
Gr [v] ((lacht leise)) ((lacht leise,
Rü [v] ((2.1s)) Ich
[73]
.. 318 319 320 321 322 323
Re [v] Schau ich so aus? ((la
Gr [v] 4s)) (( )) ((la
Rü [v] nehme an, Sie wern auch was tun, oder? ‿Für n • • • Rücken
Rü [k] leiser
[74]
.. 324 325 326 327 328
Re [v] cht laut, 3s)) Na, aber es is…
Gr [v] cht laut, 3s))
Rü [v] (oder)… Na, aber ich mein, • mein Bruder is in meinem Alter und


[75]
329 330331 332 333
Re [v] Jā
Rü [v] der hat/ also der hat auch an Bandscheibenvorfall ghabt, da war
[nn] unklar, ob Re oder Gr
[76]
334 335336
Re [v] Ja,
Rü [v] aber eben - ich • • • weiß den medizinischen Ausdruck nicht - aber da war
[77]
337 338 339 340 341342 343
Re [v] Muss te op eriert werden. ‿Ja jâ
Gr [v] Ja.
Rü [v] irgendwas, (der is) operiert word en (und) ((ea)) • • der… und
Rü [k] leicht gedehnt
[78]
344 345346 347 348 349 350 351
Re [v] Jajajaja. Jajâ
Rü [v] dem geht s nicht sehr gut, also der kann kaum sitzen, ich hab ihn
[79]
352 353 354 355 356 357
Re [v] Jā Jā Jà
Rü [v] besucht, da tut er zwar schon mit Hanteln üben und so, ab eer dann legt er sich
[80]
358 359 360 361362 363 364 365 366 367
Re [v] Jà Jà
Gr [v] Hm̀ḿ
Rü [v] wieder hin. ‿Weil er soll auch nicht viel sitz en, und das is ((ea)) glaub ich
[81]
368369 370 371 372 373 374375 376
5:00
Re [v] Nana, das muss man schon sagen, nicht?
Rü [v] doch schon drei Mo nate her, also • • • ((
[82]
377 378 379
Re [v] ‿(Äh) Sie habn… Ich hab ja im Gegensatz zu Ihnen nichts mit der Band
Rü [v]))
[83]
380 381 382
Re [v] scheibe, ja? ((1.1s)) Na, ((1s)) m/ • • soll net zynisch klingen. ‿Aber Sie ham
Re [k] laut
Gr [v] ((lacht leise))
Rü [v]
[84]
384 385 386 387 388389
Re [v] wirklich… Sie ham, Sie ham da schon ein Problem, nicht? ‿(Da sieht ma)…
Re [k]
Rü [v] Ja,

[85]

		391	392	393	394
Re [v]	Sie ham, glaub i, an Unfall ghabt, richtig? • • Oder?				
Re [k]	*leiser werdend*				
Rü [v]		Nein , ich hab kein Un fall			

[86]

		395	396	397	398	399	400
Re [v]	(Na)?					Jā	
Rü [v]	ghabt, das is,	das is • nicht richtig auf gnommen				worden. ‿Ich bin… ((ea))	

[87]

		401	402	403	404
Re [v]	Okay.				
Rü [v]	Ich konnt nicht auf stehen in der Früh,			weil ich so Schmerzen ghabt hab, und	

[88]

		405	406	407	408	409
Re [v]	Jaja,					
Rü [v]	dann bin ich aber aufgstanden, dann hab ich an ((ea)) Kollpaps kriegt,					

[89]

		410	411	412	413	414
Re [v]	versteh.			Jajaja. • Okay, na, wie auch immer, ja?		
Rü [v]	aber das war wegen	der Schmerz en ((		)) , (na		

[90]

		415	416	417
Re [v]	((ea)) Auf jeden Fall sieht ma halt schon, dass bei Ihnen die Bandscheibeee			
Rü [v]	/ ja)?	Aber…		

[91]

		418	419	420	421	422	423	424
Re [v]	schon bedient is , ja? ‿Und das is natürlich ((ea)) äh				mmh um so mehr			
Re [k]				*krächzend*				

[92]

		425	426	427	428	429
Re [v]	muss ma sagn mmmh		((ea, 1s)) dass es halt wichtig is.			
Re [k]		*leiser, krächzend*		*leiser*		
Gr [v]					Es is circa so wie mi m Blut hoch	

[93]

		431	432	433	434	435
Re [v]	Jā					
Gr [v]	druck, ja?	Sagn ma s so. ((2.8s)) Ich		schluck jetzt Medikamente und werd		

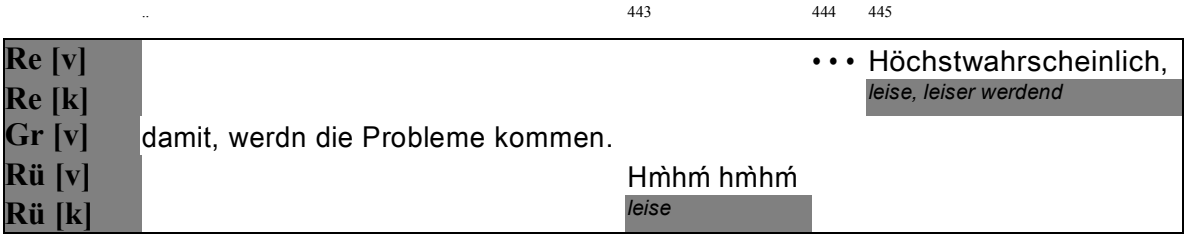
[94]

		436	437
Gr [v]	sie für die nächsten vierzig bis fünfzig Jahre schluckn. • Müssn. • • Und Ihnen		

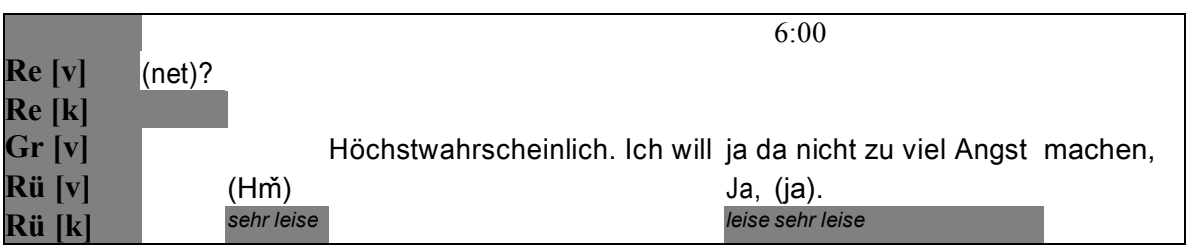
[95]

		439	440	441	442
Gr [v]	geht s eher mit der Band scheibe so, ja? ((1.2s))			Das heißt, sobald ma aufhört	
Rü [v]				Hm̆ hm̆ hm̆	
Rü [k]				*leise*	

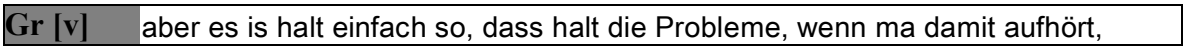
[96]



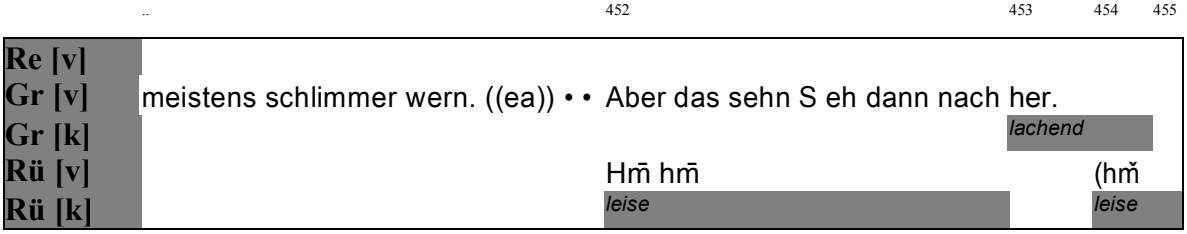
[97]



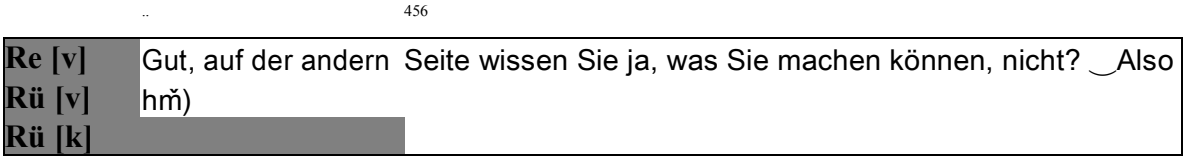
[98]



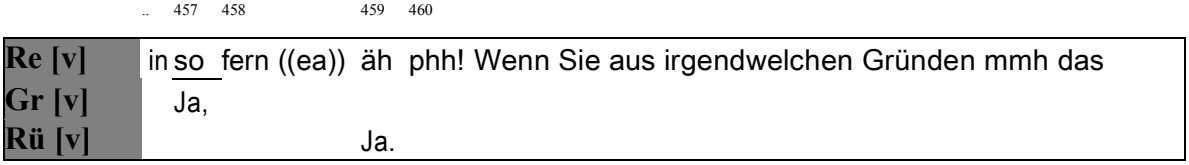
[99]



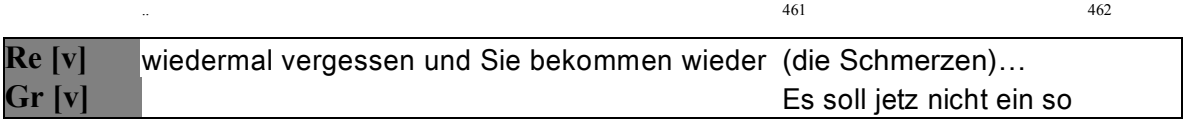
[100]



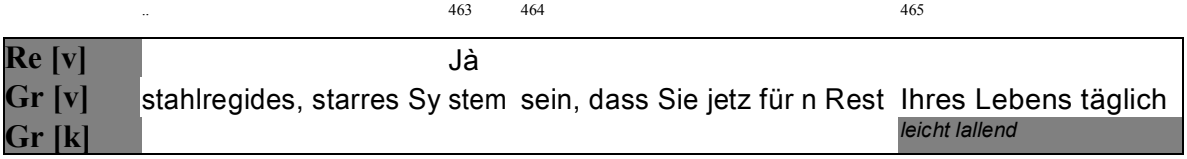
[101]



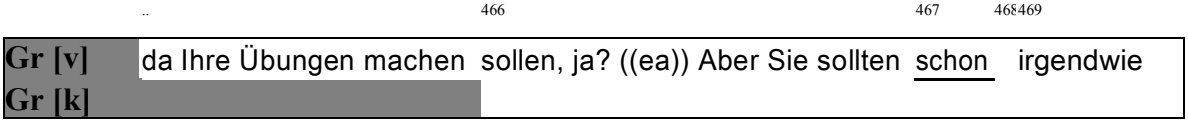
[102]

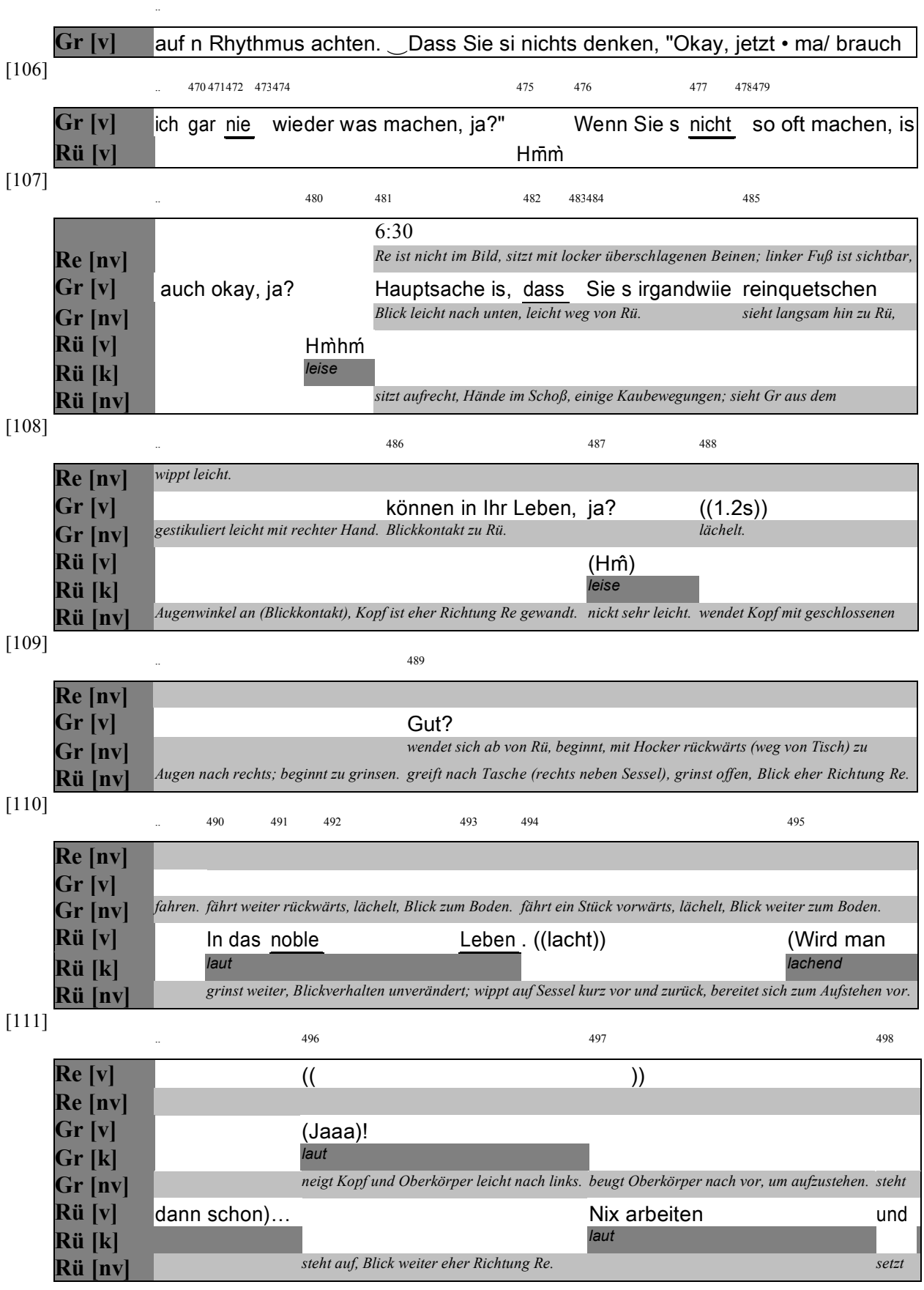


[103]



[104]




[105]
Gr [v] auf n Rhythmus achten. ‿Dass Sie si nichts denken, "Okay, jetzt • ma/ brauch
[106]
470 471472 473474 475 476 477 478479
Gr [v] ich gar nie wieder was machen, ja?" Wenn Sie s nicht so oft machen, is
Rü [v] Hm̄m̀
[107]
480 481 482 483484 485
6:30
Re [nv] Re ist nicht im Bild, sitzt mit locker überschlagenen Beinen; linker Fuß ist sichtbar,
Gr [v] auch okay, ja? Hauptsache is, dass Sie s irgandwiie reinquetschen
Gr [nv] Blick leicht nach unten, leicht weg von Rü. sieht langsam hin zu Rü,
Rü [v] Hm̀hḿ
Rü [k] leise
Rü [nv] sitzt aufrecht, Hände im Schoß, einige Kaubewegungen; sieht Gr aus dem
[108]
486 487 488
Re [nv] wippt leicht.
Gr [v] können in Ihr Leben, ja? ((1.2s))
Gr [nv] gestikuliert leicht mit rechter Hand. Blickkontakt zu Rü. lächelt.
Rü [v] (Hm̂)
Rü [k] leise
Rü [nv] Augenwinkel an (Blickkontakt), Kopf ist eher Richtung Re gewandt. nickt sehr leicht. wendet Kopf mit geschlossenen
[109]
489
Re [nv]
Gr [v] Gut?
Gr [nv] wendet sich ab von Rü, beginnt, mit Hocker rückwärts (weg von Tisch) zu
Rü [nv] Augen nach rechts; beginnt zu grinsen. greift nach Tasche (rechts neben Sessel), grinst offen, Blick eher Richtung Re.
[110]
490 491 492 493 494 495
Re [nv]
Gr [v]
Gr [nv] fahren. fährt weiter rückwärts, lächelt, Blick zum Boden. fährt ein Stück vorwärts, lächelt, Blick weiter zum Boden.
Rü [v] In das noble Leben . ((lacht)) (Wird man
Rü [k] laut lachend
Rü [nv] grinst weiter, Blickverhalten unverändert; wippt auf Sessel kurz vor und zurück, bereitet sich zum Aufstehen vor.
[111]
496 497 498
Re [v] (( ))
Re [nv]
Gr [v] (Jaaa)!
Gr [k] laut
Gr [nv] neigt Kopf und Oberkörper leicht nach links. beugt Oberkörper nach vor, um aufzustehen. steht
Rü [v] dann schon)… Nix arbeiten und
Rü [k] laut
Rü [nv] steht auf, Blick weiter eher Richtung Re. setzt

[112]

	.. 500	501	502 503
Re [v]		Nanananana!	Das hab ich nicht … ah/ no/
Re [k]		*laut*	
Re [nv]			
Gr [v]			
Gr [nv]	*auf.*	*beugt sich zu Tisch (nimmt etwas?).*	*steht gerade, Ausrichtung zum Tisch; Blickrichtung unklar, da Kopf*
Rü [v]	nur	((lacht))	(( ))
Rü [k]	*lachend*		
Rü [nv]	*an, sich Tasche auf linken Unterarm zu hängen.*	*lässt Tasche in rechter Hand, richtet sich Rock; bewegt sich leicht*	

[113]

	.. 504	505 506 507	508 509
Re [v]		Also das hab i nie gsagt. ‿Aber das ah… Im Gegen teil.	
Re [nv]			
Gr [nv]	*außerhalb des Bildes.*		
Rü [v]			
Rü [nv]	*rückwärts (Richtung Türe), Blick weiter Richtung Re.*	*nimmt Tasche mit beiden Händen am Boden der Tasche,*	

[114]

	.. 510 511	512	513 514
Re [v]	‿Glaub ich ziemlich stressig, aber ää hh nicht, na? • Nicht so nobel?		
Re [k]	*leiser*		
Re [nv]			*steht schnell*
Gr [nv]	*wendet sich leicht Rü zu.*		
Rü [v]	Jâ jâ		• • • Ja,
Rü [nv]	*positioniert sich als Hörerin Res.* *leichtes Nicken.*	*weiter Blick zu Re.*	*dreht sich*

[115]

	..
Re [nv]	*auf, blickt dabei Richtung Rü (lächelt?).*
Gr [nv]	
Rü [v]	
Rü [nv]	*abrupt Richtung Türe, dabei führt sie linke Hand im Halbkreis von unten zum Taschenhenkel (Geste: "nicht so wichtig"*

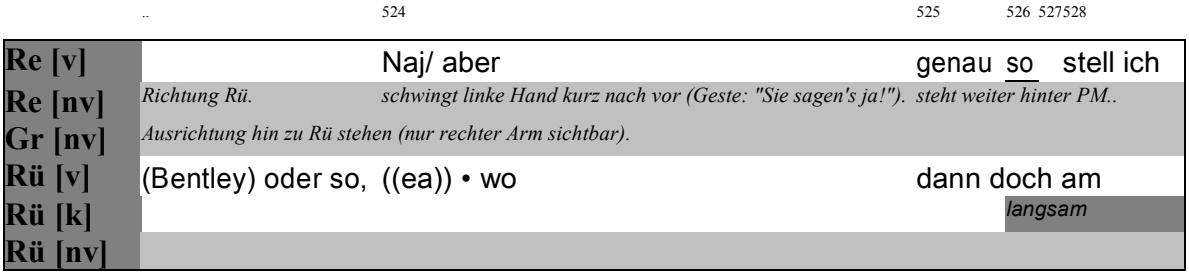
[116]

	.. 515	516	517 518 519
Re [nv]		*schlendert für zwei, drei Schritte sehr langsam Richtung Rü (bzw. ins Bild); wird*	
Gr [nv]	*dreht sich zu Rü bzw. Richtung Türe.*	*geht hinter Rü leicht schlendernd zur Türe.*	
Rü [v]	"nobel",	weiß nicht, so die gewissen Leute schon , die	
Rü [nv]	*oder Art Drüberwischen über Thema).*	*bewegt sich Richtung Türe, lässt linke Hand nach unten sinken, sodass sie*	

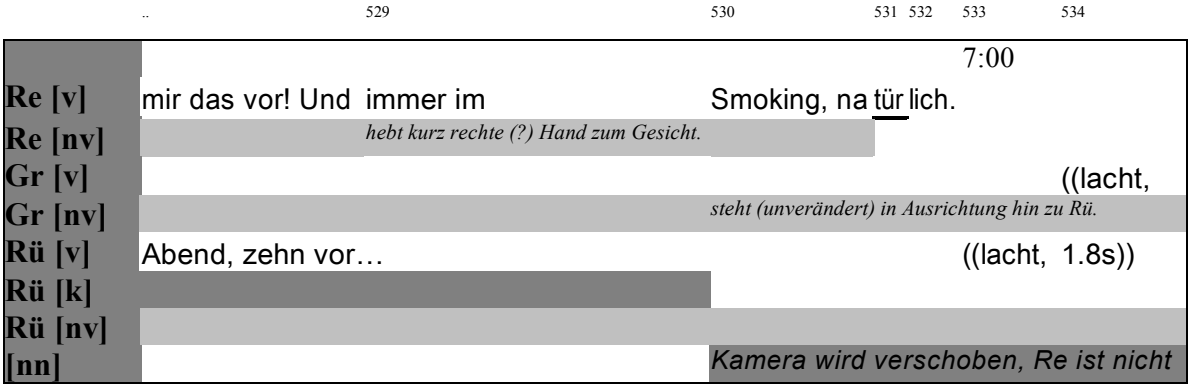
[117]

	.. 520	521	522
Re [v]			((lacht))
Re [nv]	*großteils von PM verdeckt.*	*gibt Diktiergerät von rechter Hand in die linke.*	*steht hinter PM, Blick vermutlich*
Gr [nv]			*bleibt mit Rücken zur Kamera und*
Rü [v]	sich vielleicht einen	Aston Martin	leisten können od er einen
Rü [nv]	*Tasche gewöhnlich trägt.*	*geht Richtung Türe und damit aus Bild.*	

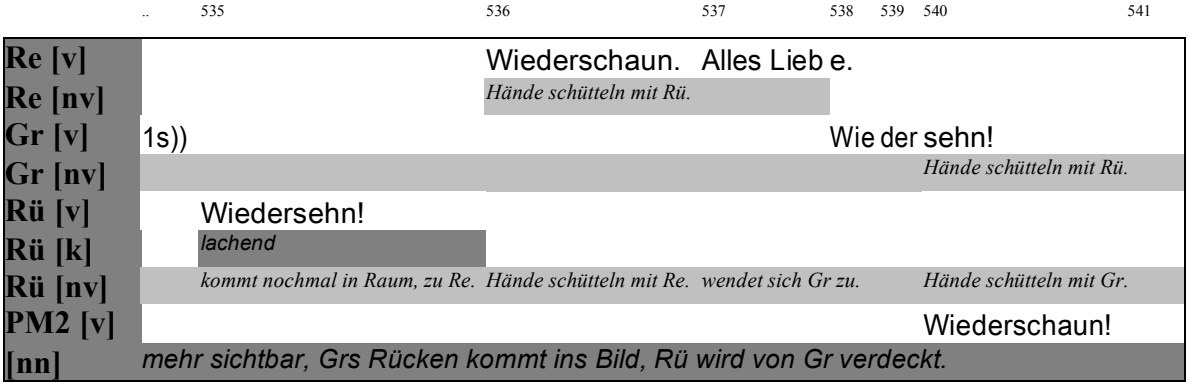
[118]



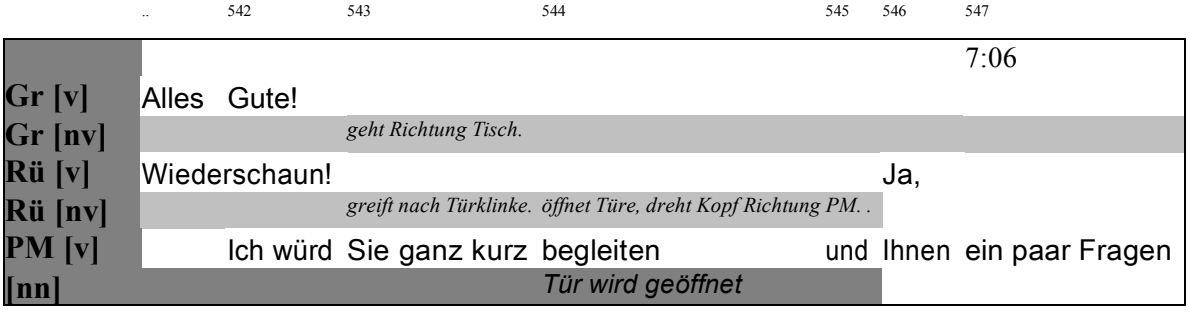
[119]



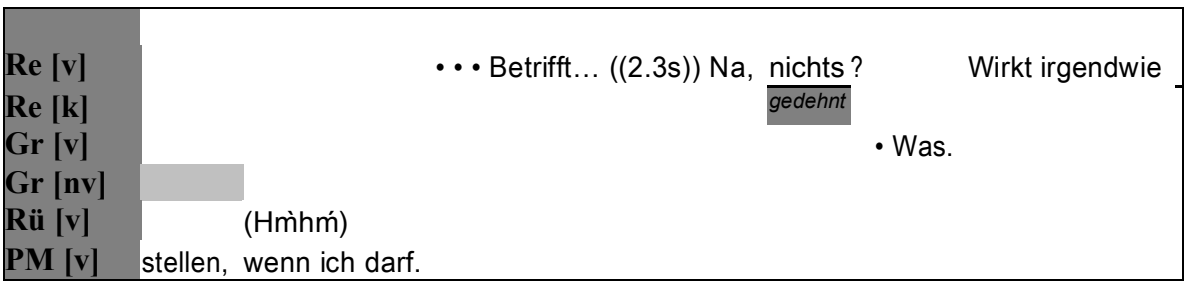
[120]



[121]



[122]



[123]

	.. 555556	557	558	559560	561
Re [v]	nicht so zufrieden, oder?				
Gr [v]		• Naja, sie wird schon zufrieden mit der			
[nn]					*Ende der*

[124]

	..
[nn]	*Aufnahme*

7.4 Transkript Herr Knie

Patienten-Kürzel im Rahmen des Projekts „Schmerzdarstellung und Krankheitserzählungen“: ISM
Transkriptionskonvention: HIAT
Transkriptionsverhältnis: 1:30 bzw. 1:60
Transkribentin: Elke Brandner
Gesprächslänge: 7min 45s

Sprecher/innentabelle

Gr Dr. Grabner

Kn Patient Herr Knie

PM Projektmitarbeiterin

[1]

Gr [v]	Tag! Ssoo. ((2s))
B [v]	Grüß Gott!
[nn]	*Geräusche von draußen, Gespräche etc., 8s Geräusche von draußen Tür wird*

[2]

Gr [v]	• • (Okay, nehm) ma Platz, ((1.8s)) Gut. ‿Wie geht s Ihnen jetzt.
Kn [v]	• •
[nn]	*geschlossen*

[3]

Gr [v]	Hm̀hḿ
Kn [v]	Eigentlich besser, hob die letzte Behandlung ghobt, und • wie i a scho

[4]

Kn [v]	Ihrer Kollegin gsogt hob, • i waß net, wie s heißt, die is jetz (a wo anders) Dienst,

[5]

Gr [v]	Jaja, Hm̀ḿ
Kn [v]	((ea)) ah ((räuspert sich)) dass i mi afoch net operieren lossn wü.

[6]

Kn [v]	Und • i hob vielleicht a Pech, i kenn hoit Leit, denen… • (bei denen s) net guat

[7]

Gr [v]	Ja.
Kn [v]	ausgangen is. Mit n Knie, ((ea)) i mecht des rausz/ mh m (do nu)

[8]

Gr [v]	(Klar.)
Kn [v]	hinauszögern. ((ea)) Ob woi, obwoi ma dauernd hört, de operiert san, bei denen

[9]

Kn [v]	s guat is, d/ de hom gsogt, de hom des vü zu long rauszögert. ((ea)) Jetzt

[10]

Gr [v]	Hḿm̀
Kn [v]	mecht i nur frogn, was ich noch machen kann, ((ea)) außer • • die

[11]

Gr [v]	Jã Also damit s Ihrem
Kn [v]	Bewegungstherapie söber zhaus weiter tuan, ((ea)) (ob s irgendwie)…

[12]

Gr [v]	Knie wirklich besser geht, ääh… • • • ((aa)) ((1.6s)) Man kann da
Gr [k]	*seufzend?*

[13]

	1:00
Gr [v]	symptomatisch was gegen machen, gegen die Schmerzen, • • • dass ma

[14]

Gr [v]	vielleicht so eine/ ein Schmerzmittel, a Iontophorese macht, wo a Schmerzmittel

[15]

Gr [v]	reingeht, das is auch entzündungshemmend, ((ea, 1.2s)) aah Topfenschläge,
Gr [k]	*leicht gedehnt*
Kn [v]	Hm̀hḿ

[16]

Gr [v]	damit das ganze gekühlt wird und äh die Schwellung nicht so stark is, ((ea,
Gr [k]	

[17]

Gr [v]	1.3s)) diese ganzen Sachen miit ah Einspritzung von verschiedenen

[18]

Gr [v]	knorpelregenerierenden Mitteln, die sin sehr umstritten, keiner weiß, ob s

[19]

Gr [v]	wirklich was bringt, von der Krankenkassa wird s auch nicht zahlt, ((ea)) und
Kn [v]	Hm̀

[20]

Gr [v]	wenn, dann wär das nur im Anfangsstadium was, ja?
Kn [v]	Njo, • • (hot / hätt) da

[21]

Kn [v]	Orthopäde scho moi gsogt, bei mir bringt s nix, wei i kane Knorpel mehr hob, • •
[nn]	

[22]

Kn [v]	und domols is s no zoiht wordn, vor a poar
Kn [k]	*leicht*
[nn]	*weibliche Stimme am Gang: Grüß Gott!*

[23]

Gr [v]	(Mjŏ) ((räuspert sich)) • • Richtig.
Kn [v]	Joahr, (oba)… ((lacht kurz)) • • Interphorese, was is
Kn [k]	*krächzend*

[24]

Gr [v]	Ion to phore se. ‿Das is ääh ei/ ein Strom, und das legen Sie an die Knie
Kn [v]	des. (Jo), (Jo,) (( )). Hm̀hḿ

[25]

Gr [v]	an, uund ah zwei Platten, und da ham Sie ein Schmerzmittel drauf, und
Kn [v]	Hm̀hḿ

[26]

Gr [v]	durch den Strom diffundiert das in das Knie rein. Das geht so rein.
Gr [k]	*etwas leiser*
Kn [v]	Hm̀hḿ Hm̀hḿ

[27]

Gr [v]	‿Das s halt nur symptomatisch gegen die Schmer zen, ja? Gegen den
Gr [k]	*etwas leiser*
Kn [v]	Hm̀hḿ

[28]

Gr [v]	Akutschmerz, wenn S wieder mal so Schmerzen ham, so stärkere, ((ea)) • • das
Gr [k]	

[29]

Gr [v]	können S machen, Voltarengel, • • oder mit an Ultraschall kann ma s ganze
Kn [v]	Hm̀hḿ

[30]

Gr [v]	auch einmassieren, das Gel, dass das rein kommt, ((ea)) lindert auch die
Kn [v]	Hm̀hḿ

[31]

Gr [v]	Schmerzen. ((1s)) Wo ham S es eher. ‿In der Mitt/ ääh…
Kn [v]	Ei/ eigentlich,

[32]

Gr [v]	• • Haupt sä/
Kn [v]	eigentlich • do im rechten Knie hauptsächlich, (von / und) innen, jo?

[33]

Gr [v]	Innen. (Innen) die Schmerzen. ‿Bei Gehen
Gr [k]	*leiser, schnell*
Kn [v]	(ea)) Jo, die Schmerzen.
Kn [k]	*leicht krächzend*

[34]

Gr [v]	stärker? Bergab gehen. Hm̀
Kn [v]	Ah ((1.5s)) beim • bergob Gehen. ‿Also bei Stufen runter gehen,

[35]

Gr [v]	hḿ
Kn [v]	und • i geh ganz gern in die Berg, also rauf überhaupt kane Schwierigkeiten,

[36]

Gr [v]	((aa))
Gr [k]	*leicht lachend*
Kn [v]	runter is sehr bled. ((ea)) Wo i kaum/ eigentlich fost kane Schwierigkeiten

[37]

Gr [v]	Ja, • genau.
Kn [v]	hob, • wegen dem moch i s sehr vü, beim Radlfoahrn. S an zige, wos ma guat

[38]

Gr [v]	Richtig. Radlfoahrn is a super. ((ea, 1.2s))
Kn [v]	tuat. Ja? (Ja,) ich wer weiterhin so

[39]

Kn [v]	Muskelkräftigungsübungen mochn, wenn s schlechter wird, wer i mi operieren

[40]

Gr [v]	Hm̀ḿ
Gr [k]	*leise, gedehnt*
Kn [v]	lossn miassn. Wird nix bringen, ((ea)) Und hom Sie (Ahnung / a noch), i foahr
Kn [k]	*leiser*

[41]

Gr [v]	Hm̀ḿ Iontophorese. (Hm̀hḿ)
Gr [k]	*leise*
Kn [v]	jetzt • Mitte Juli auf Kur, die Intophorese ah mochen s Kur/ in der Kur/ ah

[42]

Gr [v]	Bitte? ‿Nochmal, wie?
Gr [k]	*schnell*
Kn [v]	Kuranstalten auch wahrscheinlich, oder? Machen des

[43]

Gr [v]	Jaja, klar. ‿Das s a ganz herkömmliches Verfahren, ja. Das
Kn [v]	Kuran stalten auch? Ja, Ja.

[44]

	3:00
Gr [v]	machen… Das is nur eine mh ja. • • Des is ganz normal. • • Probieren S as aus,

[45]

Gr [v]	• • es is eigentlich gegen die Schmerzen nicht so schlecht, • und ja es mh
Kn [v]	Hm̀hḿ

[46]

Gr [v]	bringt auch keine Verbesserung jetz auf lange Sicht, ja? ‿Aber wenn ma halt

[47]

Gr [v]	grad mal so in der Woche besonders viele Schmerzen hat, ((ea)) dann is das

[48]

Gr [v]	ganz günstig amal. Hm̀hḿ?
Kn [v]	(Aber) des Blöde is, (d/) meisten Schmerzen,
Kn [k]	*mit*

[49]

Gr [v]	Ja,
Kn [v]	meisten Schmerzen beim bergob Gehen natürlich, ((ea)) ober die zweit- • -
Kn [k]	*dunklerer Stimme*

[50]

Kn [v]	größten Schmerzen hob i komischerweise, wenn i nix tua. Wenn i im Bett lieg

[51]

Kn [v]	und lesen tua, • hob i beim Einschlofen Schwierigkeiten. ‿Dann muass i d/ des

[52]

Gr [v]	Jà Hḿhm̀ ((ea))
Kn [v]	Knie hundert moi bewegen und so, ((ea)) do hob i die Probleme.

[53]

Gr [v]	Kloar, wenn Sie das Knie bewegen, dann ham S so eine Gelenksflüssigkeit, die

[54]

Gr [v]	sich immer dazwischen bewegt zwischen den Kniesch/ äh zwischen den

[55]

Gr [v]	Knieplatten, ((ea)) uund dann is des gschmiert und dann rennt des. ‿Sobald

[56]

Gr [v]	das feststeht aber, • • kommt s dann zu den Schmerzen, sobald Sie s nicht
Kn [v]	Ja, hm̀ḿ

[57]

Gr [v]	bewe gen, ja? Oder auch zum Beispiel Anlaufschmerz. Dass ma, bevor ma eine
Kn [v]	

[58]

Gr [v]	Bewegung beginnt, dass s weh tut und sobald ma in der Bewegung drinnen is,

[59]

Gr [v]	geht s eigentlich besser. Ja,
Kn [v]	Den hob i komischerweise kaum, den (Anlauf schmerz).
Kn [k]	*murmelnd*

[60]

Gr [v]	des (is/) wär auch so eine Var iante, die da auftreten kann, ja? Bei so
Kn [v]	Ja,
Kn [k]	

[61]

	3:47
Gr [v]	Abnützungserscheinungen˙
Gr [nv]	*Blick leicht n rechts (z Schreibtisch). Kopf weiter leicht n rechts gedreht,*
Kn [v]	((ea)) Na guat , des haßt, zur Zeit • •
Kn [nv]	*Blick n links (z Schreibtisch). Blick z Gr. löst Hand v Kinn, leicht*

[62]

Gr [nv]	*Blick z Kn. streckt Daumen*
Kn [v]	werd i nix mochen und… I man, • bei euch
Kn [nv]	*wegwerfende Handbewegung. Hand wieder z Kinn. hebt Kopf etwas, leichtes Lächeln. deutet mit linker*

[63]

Gr [nv]	*kurz n oben. nickt kurz, dreht Kopf dabei mehr z Kn, zieht Mundwinkel bei zusammengepressten Lippen hoch, hebt*
Kn [v]	nix, (na)?
Kn [nv]	*Hand kurz Richtung Gr.*

[64]

Gr [v]	((ea))
Gr [nv]	*Augenbrauen (Geste: "ratlos"). Blick z Kn, Gesichtszüge normal. hebt Unterarme (inkl.*
Kn [v]	((ea)) Wenn s ma
Kn [nv]	*Hand wieder z Kinn, leichtes Nicken, etwas stärkeres Lächeln. Blick z Gr.*

[65]

Gr [v]	Ja, • •
Gr [nv]	*Daumen) kurz, leichtes Kopfschütteln (Geste: "ich kann nichts (mehr) machen"). Blick z Kn. Blick gesenkt,*
Kn [v]	schlechter geht, • • (kumm i,
Kn [nv]	*nickt kurz nach links, noch stärkeres Lächeln. Blick lächelnd zu Gr. neigt Kopf vor*

[66]

Gr [v]	genau, ja? Richtig. • • •
Gr [nv]	*dreht Kopf leicht n rechts. Blick leicht gesenkt z Schreibtisch.*
Kn [v]	glaub i, wieder).
Kn [nv]	*(Mund verschwindet halb hinter Hand), leichtes Grinsen, Blick z Gr. hebt Kopf wieder, weniger Grinsen. Blick z Gr.*

[67]

Gr [v]	((e a))
Gr [nv]	*hebt Unterarme kurz, dreht Kopf n vor, dann Blick wieder z Kn. zieht Augenbrauen hoch, adjustiert Hände wieder im*
Kn [v]	Wie hobt s n ihr Erfohrungen mit der
Kn [nv]	*kurzes leichtes Nicken. nickt kurz n links, leichtes Lächeln, linke Hand hantiert mit Westenkragen.*

[68]

	4:00
Gr [v]	((ea)) ((schnalzt))
Gr [nv]	*Schoß. senkt Blick (weiter Richtung Kn), Augenbrauen sinken. zieht Mundwinkel kurz n*
Kn [v]	Nochbehondlung von die Knieoperierten.
Kn [nv]	*bewegt linkes Bein etwas. Hand z Kinn, Blick gerade*

[69]

Gr [v]	• Kommt drauf an! Kommt drauf an!
Gr [nv]	*unten, leicht wiegende Kopfbewegung, Blick links an Kn vorbei.*
Kn [nv]	*z Gr.*

[70]

Gr [v]	Also ah ((ea)) abbiegen geht meistens bis neunzig, hundert Grad, so weit
Kn [v]	Hm̀hḿ

[71]

Gr [v]	(kann / könn) ma s cirka abbiegen, • durchstrecken • ääh kommt drauf an,

[72]

Gr [v]	manche bleibt a Streckdefizit übrig so von fünf Grad, die meisten gehn aber

[73]

Gr [v]	ganz durch, ((ea)) uund • m/ am Anfang is halt problematisch mit
Kn [v]	Hm̀hḿ hm̀
Kn [k]	*leise*

[74]

Gr [v]	dem Anschwellen und sowas, ((ea)) aber… ((ea)) Wir ham zum Beispiel jetz an

[75]

Gr [v]	ganz an jungen Mann, der is von (am / an) Trauma, der haat, der hat an

[76]

Gr [v]	Autounfall ghabt, der hat links a Ellbogen- und ah a Knieprothese jetz drinnen,
Kn [v]	Hm̀hḿ
Kn [k]	*sehr leise*

[77]

Gr [v]	((es)) und dem geht s - der hat auch Muskeln total zerstört ghabt - ((ea)) dem

[78]

Gr [v]	geht s eigentlich relativ gut mit der Knieprothese jetzt, ja? ((1.2s)) ((ea)) Also
Gr [k]	*leiser* *leicht*
Kn [v]	Hm̀hḿ

[79]

Gr [v]	• ja. Bitte?
Gr [k]	*gedehnt* *schnell, leise*
Kn [v]	Und die Hoitborkeit san a sch/ is a scho sehr lang. Die

[80]

Gr [v]	Naja, "sehr lang", is (noch amal /
Kn [v]	Haltbarkeit. ‿Dass ma sogn konn, ((ea)) (( ))

[81]

Gr [v]	normal) zehn bis fufzehn Joahr. Im Durschnitt, ja? 5:00 (Nein.)
Gr [k]	*leise*
Kn [v]	Ah a, • • do net länger mehr. Ja.

[82]

Gr [v]	Doch nicht länger. Also da kann s halt sein, dass ma vielleicht amal
Gr [k]	
Kn [v]	Hm̀hḿ
Kn [k]	*leise*

[83]

Gr [v]	dann • an, ((aa)) an Wechsel machen muss, ja?
Gr [k]	*kurz*
Kn [v]	Hm̀hḿ • • ((ea)) I hob nämlich in der

[84]

Kn [v]	Bücherei so a Buch gfundn, oiso wos ma do olles vorher mochen soll und, nd/ jo

[85]

Kn [v]	und nochher ((ea)) a wieder (an) Muskelaufbau, ((ea)) und ans hot mi stutzig

[86]

Kn [v]	gmocht, de schreibn, • d/ an geblich is ma empfindlicher bei Infektionen (weiß i,

[87]

Kn [v]	wos olles). Wei da Körper die Prothese net so • besonders guat • • ah/ vertrogt.

[88]

Gr [v]	Ahm • nnein, eigentlich nicht. Äh was, was/ was, was das
Kn [v]	‿Stimmt des? ((ea))

[89]

Gr [v]	betrifft jetzt mit ah Prothese nicht gut vertragen. ((ea)) Das is a Titanprothese,
Gr [k]	*gedehnt*

[90]

Gr [v]	((räuspert sich)) die, sagt ma so schön, das is wie die • Implantate bei den

[91]

Gr [v]	Zähnen, die s mittlerweile gibt, ja? ((ea)) Des is ein inertes Material, des is so a
Kn [v]	Hm̀hḿ

[92]

Gr [v]	schöner Fachausdruck, der bedeutet, er reagiert nicht mit dem Körper. S
Kn [v]	Hm̀hḿ

[93]

Gr [v]	heißt, der Körper kennt ihn nicht als Fremdmaterial an, ignoriert ihn ein fach.
Kn [v]	Hm̀ hḿ

[94]

Gr [v]	• • ((ea)) Das is damit gmeint. ‿Also das war früher beim Metall.
Kn [v]	Des woar vielleicht

[95]

Gr [v]	Genau, Genau. Bei
Kn [v]	amal. Wei do steht Fieber konn ma bekommen und, und, und, und…

[96]

Gr [v]	Metallsachen war des früher so, ja? ‿Metall (war also wirklich) (( )) und
Kn [v]	Jâ

[97]

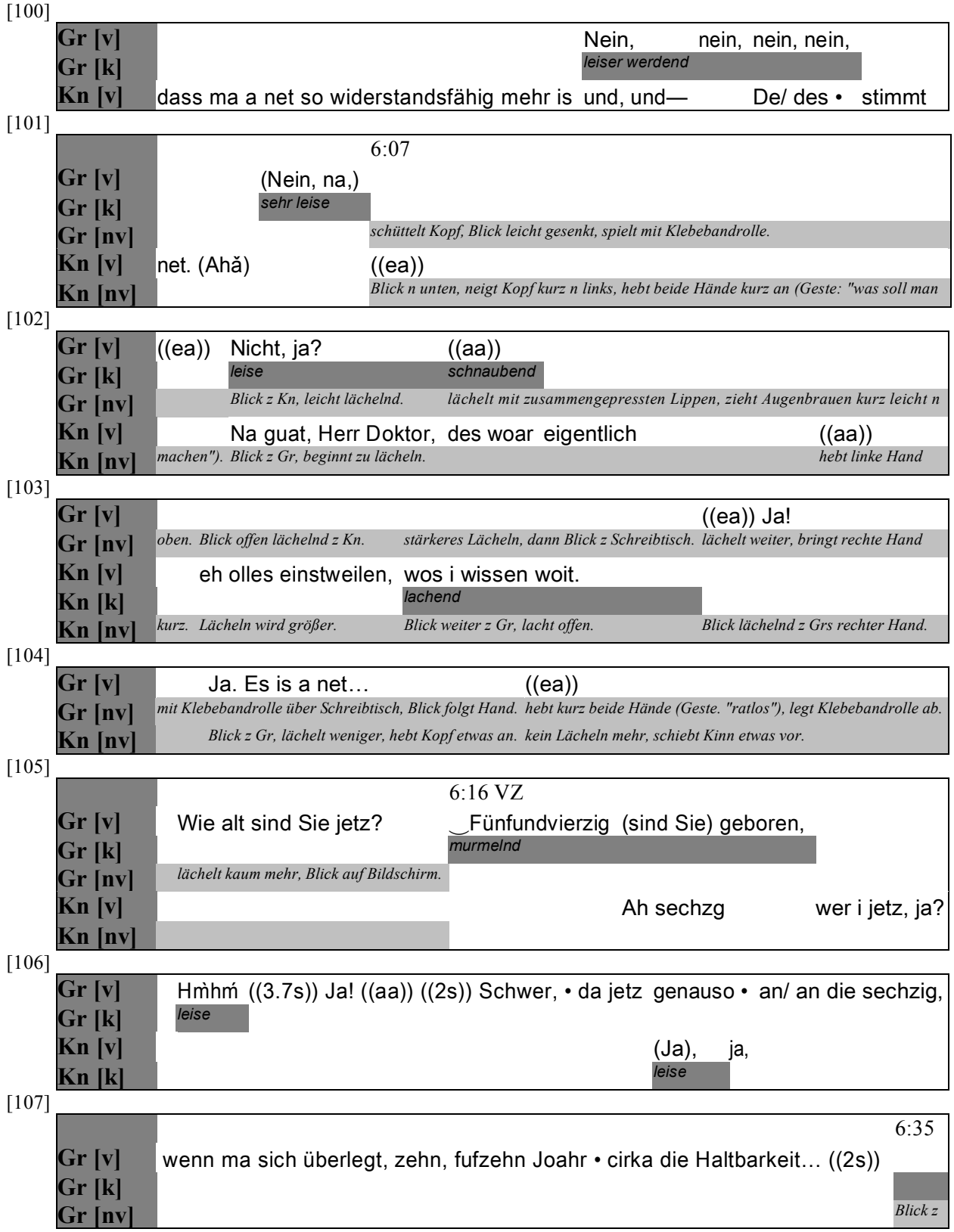
	6:00
Gr [v]	sowas halt, ja? ‿Aber ((ea)) Titan is eigentlich da sehr gut, ((ea)) was anderes

[98]

Gr [v]	is halt natürlich die Infektionsgefahr, die ma bei einer jeden Operation hat, na?
Kn [v]	Jojo.
Kn [k]	

[99]

Kn [v]	Na, es… glaub i do woar eh … woar des… woar net gemeint. ‿Oiso nochher,
Kn [k]	*schnell*


[100]
Gr [v] Nein, nein, nein, nein,
Gr [k] leiser werdend
Kn [v] dass ma a net so widerstandsfähig mehr is und, und— De/ des • stimmt
[101]
6:07
Gr [v] (Nein, na,)
Gr [k] sehr leise
Gr [nv] schüttelt Kopf, Blick leicht gesenkt, spielt mit Klebebandrolle.
Kn [v] net. (Ahă) ((ea))
Kn [nv] Blick n unten, neigt Kopf kurz n links, hebt beide Hände kurz an (Geste: "was soll man
[102]
Gr [v] ((ea)) Nicht, ja? ((aa))
Gr [k] leise schnaubend
Gr [nv] Blick z Kn, leicht lächelnd. lächelt mit zusammengepressten Lippen, zieht Augenbrauen kurz leicht n
Kn [v] Na guat, Herr Doktor, des woar eigentlich ((aa))
Kn [nv] machen"). Blick z Gr, beginnt zu lächeln. hebt linke Hand
[103]
Gr [v] ((ea)) Ja!
Gr [nv] oben. Blick offen lächelnd z Kn. stärkeres Lächeln, dann Blick z Schreibtisch. lächelt weiter, bringt rechte Hand
Kn [v] eh olles einstweilen, wos i wissen woit.
Kn [k] lachend
Kn [nv] kurz. Lächeln wird größer. Blick weiter z Gr, lacht offen. Blick lächelnd z Grs rechter Hand.
[104]
Gr [v] Ja. Es is a net… ((ea))
Gr [nv] mit Klebebandrolle über Schreibtisch, Blick folgt Hand. hebt kurz beide Hände (Geste. "ratlos"), legt Klebebandrolle ab.
Kn [nv] Blick z Gr, lächelt weniger, hebt Kopf etwas an. kein Lächeln mehr, schiebt Kinn etwas vor.
[105]
6:16 VZ
Gr [v] Wie alt sind Sie jetz? ‿Fünfundvierzig (sind Sie) geboren,
Gr [k] murmelnd
Gr [nv] lächelt kaum mehr, Blick auf Bildschirm.
Kn [v] Ah sechzg wer i jetz, ja?
Kn [nv]
[106]
Gr [v] Hm̀hḿ ((3.7s)) Ja! ((aa)) ((2s)) Schwer, • da jetz genauso • an/ an die sechzig,
Gr [k] leise
Kn [v] (Ja), ja,
Kn [k] leise
[107]
6:35
Gr [v] wenn ma sich überlegt, zehn, fufzehn Joahr • cirka die Haltbarkeit… ((2s))
Gr [k]
Gr [nv] Blick z

[108]

	VZ
Gr [v]	((aa))
Gr [k]	*seufzend*
Gr [nv]	*Bildschirm, Hände im Schoß mit Klebebandrolle spielend. Blick z Kn, Hände weiter spielend.*
Kn [v]	((ea)) Jo. Noch
Kn [nv]	*Kopf Richtung Gr, Blick eher n rechts. wankt kurz mit Oberkörper n rechts, Blick n rechts oben,*

[109]

Gr [v]	Ja.
Gr [nv]	*leichtes*
Kn [v]	a Froge. ((ea)) Äh. ((räuspert sich))
Kn [nv]	*beginnt zu lächeln, dann Blick z Schreibtisch. Oberkörper gerade, Blick weiter n links unten, leichtes Lächeln. stützt*

[110]

Gr [nv]	*Lächeln, Blick z Kn.*
Kn [v]	((1.3s)) I/ ä/ ä/ in dem Buch (is do
Kn [nv]	*linken Ellbogen auf Schreibtisch, führt linke Hand zum Kinn, Blick gerade n vorn. leicht winkende Bewegung mit linker*

[111]

Gr [v]	Ja,
Gr [nv]	*Blick n links (z Türe), weiter lächelnd. Blick wieder z Kn.*
Kn [v]	gestern) • gstondn, ma soi s net so longe rauszögern,
Kn [nv]	*Hand, Kopf nach vor geneigt, Blick n unten. linke Hand locker vor Mund. hebt Kopf, Blick z Gr,*
[nn]	*Türgeräusche*

[112]

Gr [v]	
Gr [nv]	*Blick z Türe. Blick z Kn, weiter lächelnd, weiter mit Klebebandrolle spielend.*
Kn [v]	wei wenn i über sechzg, fünfasechzg bin ((1.3s))
Kn [nv]	*kein Lächeln mehr. kurzer Blick n rechts (z Türe). Blick z Gr, kurze Winkbewegung vor Mund m linker Hand. Blick eher*
[nn]	

[113]

Gr [nv]	
Kn [v]	((ea)) äh ((ea)) is • • die Wieder herstellungsphase
Kn [nv]	*n unten, linke Hand locker vor Mund. Hände vor Oberkörper einmal um einander kreisend.*
[nn]	*Türgeräusche*

[114]

	6:51 VZ 7:00
Gr [v]	Richtig. Genau.
Gr [nv]	*leicht akzentuiertes Nicken.*
Kn [v]	des geht nimmer mehr so • guat. Wei do de, de Muskeln… des
Kn [nv]	*hebt Blick z Gr, linker Arm wieder abgestützt, Hand vor Kinn.*

[115]

Gr [v]	Richtig.
Kn [v]	Aufbauen is hoit so schlecht, und jetz soit ma vielleicht do net so long

[116]

Gr [v]	Richtig, genau. Also rein, rein von meinem Gefühl her würd ich amal
Kn [v]	woartn.

[117]

Gr [v]	sagen, ja? ((ea)) Wenn ich nicht mehr das machen kann, was ma Spaß macht.

[118]

Gr [v]	Wenn ich nur mehr herumhumpel und nix machen kann, ((ea)) dann würd ich

[119]

Gr [v]	die Operation bei mir machen lassen, wei dann hab ich wenigstens noch so weit

[120]

Gr [v]	von meiner restlichen Gesundheit was, dass ich sie auch noch aus nützen kann,

[121]

Gr [v]	das Knie. ((ea)) Was hab ich, wenn ich mit fünfaf/ siebzig dann die Prothese
Kn [v]	Ja,

[122]

Gr [v]	mach und dann nachher ((ea)) überhaupt schon so viele andere Leiden hab,

[123]

Gr [v]	dass ich gar nicht mehr das machen kann, was ich eigentlich Spaß hab, ja?
Kn [v]	(Nja / Mja)ˇ

[124]

Gr [v]	((ea))
Kn [v]	• • Ja, stimmt, • • • konn nimmer wandern gehn, wei i vielleicht mit n

[125]

Gr [v]	Genau. ‿Ja, oder dann so vü Kreuzschmerzen hot
Kn [v]	Kreislauf jetz wos hob (oder so), (jaja),

[126]

	7:31 VZ
Gr [v]	oder sonst irgendwas, ja?
Gr [nv]	*Blick z Kn, Hände mit Klebebandrolle spielend. öffnende Bewegung mit beiden Händen, Augenbrauen n*
Kn [v]	Ja, • •
Kn [nv]	*Blick z Gr, nickt, linke Hand am Kinn. Blick n links unten (auf Ambulanzkarte am*

[127]

Gr [nv]	*oben, Mundwinkel n unten bei zusammengespressten Lippen, Kopf kurz leicht n hinten (Geste: "ratlos"). Blick lächelnd z*
Kn [v]	((ea)) Okay!
Kn [nv]	*Schreibtisch).*

[128]

Gr [v]	Okay?
Gr [nv]	*Kn. legt Klebebandrolle auf Schreibtisch, Blick folgt Bewegung. löst überschlagene Beine, Oberkörper n vor, Blick*
Kn [v]	• Guat, Herr Doktor. ‿Danke,
Kn [nv]	*linke Hand greift z Ambulanzkarte. Blick z Gr, Oberkörper*

[129]

Gr [v]	Gut! • •
Gr [nv]	*Richtung Kn. steht auf, streckt kurz beide Hände z Kns linker Hand.*
Kn [v]	((räuspert sich))
Kn [nv]	*wankt leicht zurück, nimmt Ambulanzkarte, Oberkörper n vor. steht auf, streckt rechte Hand z Gr.*

[130]

Gr [v]	Ois Guate!
Gr [nv]	*Hände Schütteln, lässt linke Hand sinken. verlagert Gewicht kurz auf rechtes Bein, schlägt mit linker Hand Mantel vor*
Kn [v]	Wiedersehn! Wie is Ihr Namen, Herr
Kn [nv]	*Hände Schütteln. beugt sich n rechts unten (zur Tasche), Blick folgt Bewegung. greift Tasche,*

[131]

Gr [v]	((Nachname)).
Gr [nv]	*das Bein. geht z Türe. öffnet Türe, verlässt Raum (aus dem Bild).*
Kn [v]	Doktor? (Gut). ‿(Dankeschön!)
Kn [k]	*kurz, leise*
Kn [nv]	*Blick n oben z Gr. folgt Gr mit Blick, hebt Tasche auf. Blick z Tasche, klemmt sich Tasche unter linken Arm. geht z Türe.*

[132]

	7:40 VZ
Gr [v]	Wieder schaun!
Gr [nv]	
Kn [v]	Wiedersehn! Jo,
Kn [nv]	*bleibt stehen, z B ausgerichtet.*
B [v]	Darf ich Sie noch ganz kurz beglei ten und ein paar Fragen
B [nv]	*steht auf, tritt an Kn heran.* *bleibt seitlich von Kn stehen.*

[133]

Gr [v]	((la cht)) Nur raus.
Gr [k]	*lachend*
Kn [v]	Jo, bitte, jo, • • wohin (geht s n)?
Kn [nv]	*geht z Türe weiter (aus dem Bild).*
B [v]	stellen? Nur da raus.
B [nv]	*folgt Kn (aus dem Bild).*

[134]

Gr [v]	Wiederschaun.

Abstract

Die vorliegende Arbeit befasst sich mit der interaktiven Herstellung von Gesprächsenden in der Institution Krankenhaus. Anhand vierer Fallbeispiele werden die kommunikativen Bausteine identifiziert und erläutert, mittels welcher die Interagierenden ihre Gespräche zu Ende bringen.

Methodisch wurde ein gesprächsanalytischer Zugang gewählt, der sowohl die Zerlegung der Interaktionen in ihre Einheiten erlaubt, als auch die Gesamtstruktur eines jeden Gesprächs sowie seine Wechselbeziehung zum jeweiligen Kontext erfasst. Untersucht wurden Arzt-Patienten-Gespräche auf der Station für physikalisch-medizinische Rehabilitation im Allgemeinen Krankenhaus Wien. Zwei der Gespräche sind sogenannte Erstgespräche, die am Beginn der therapeutischen Betreuung an der Station stehen. Sie geben Zeugnis davon, dass die Erstgespräche an betreffender Station vorwiegend dazu dienen, die neuen Patient/inn/en in die Institution einzubinden, und nicht zur Initiierung von Arzt-Patienten-Beziehungen genutzt werden. Darüber hinaus zeigt sich an den untersuchten Gesprächen die geringe Beteiligung der Patientinnen in der Planung ihrer Behandlungen und, dass statt einer gemeinsamen Therapieplanung lediglich eine Therapiemitteilung durch die Ärzte stattfindet. Die anderen beiden Gespräche aus dem vorliegenden Korpus sind sogenannte Kontrollgespräche, werden jedoch in ihrem Verlauf als Abschlussgespräche konstituiert. Diese Konstituierung und interaktive Aushandlung des Therapieendes werden an den Abschlussgesprächen skizziert. Es wird deutlich, dass paradoxerweise gerade in diesem Gesprächstyp beziehungsrelevante Faktoren von den Ärzten schlagend gemacht werden.

Da es sich bei den untersuchten Gesprächen um Interaktionen im Rahmen von institutioneller Kommuniktion handelt, wurde besonderes Augenmerk auf die institutionellen Spezifika dieser kommunikativen Ereignisse gelegt. Es konnte zwar die für Arzt-Patienten-Kommunikation typische Rollen- und Zuständigkeitsverteilung gezeigt werden, die den Ärzten in einem weit größeren Maß als den Patient/inn/en Einfluss auf das Vorankommen zu und in den Beendigungsphasen verschafft. Es wurde jedoch auch sichtbar, dass letztlich die nonverbalen Handlungen der Patient/inn/en über den Zeitpunkt des Gesprächsendes entscheiden.

Lebenslauf

Persönliche Angaben

Name	Elke Christina Brandner
Geboren	20. Jänner 1982, Linz
Familienstand	In Lebensgemeinschaft, 1 Kind (2001 geboren)
Adresse	Durchlaufstraße 14/1A/38
	1200 Wien
Kontakt	0680 3002101
	elke.brandner@gmail.com

Schul- und universitäre Ausbildung

Oktober 2003 – Juni 2012	Studium der Sprachwissenschaft, Schwerpunktfach Diskursanalyse (inkl. Studium des Moduls Cultural Studies/ Kulturwissenschaften im Rahmen der freien Wahlfächer)
2002 – 2003	Bundesgymnasium für Berufstätige in Linz, Spittelwiese (Abschluss mit Matura)
1994 – 2000	Bundesgymnasium Freistadt
1992 – 1994	Gymnasium der Kreuzschwestern in Linz
1988 – 1992	Volksschule 46 in Linz

Berufliche Qualifikationen im wissenschaftlichen Bereich

November 2011 – März 2012	Durchführung einer Transkriptionsschulung für Studierende im Rahmen des Projekts *Spracherwerb und lebensweltiche Mehrsprachigkeit im Kindergarten* an den Instituten für Bildungs- und Sprachwissenschaft an der Universität Wien
November 2011 – dato	Wissenschaftliche Mitarbeiterin im Rahmen einer Startfinanzierung des Projekts *Kommunikation auf der Baustelle* am Institut für Romanistik der Universität Wien
Herbst 2011 – dato	Tätigkeiten der Korpusverwaltung für Dr.in Eva-Maria Graf am Institut für Anglistik der Universität Klagenfurt
Mai 2011 – Juli 2011	Transkription von Beratungsgesprächen für Heidemarie Bierling (im Rahmen ihrer MA-Thesis)
März 2010 – Juni 2010	Wissenschaftliche Mitarbeiterin im Projekt *FRAME* am Institut für Politikwissenschaft der Universität Wien

März 2010 – Juni 2010	Außerordentliches Tutorium für die LV *Einführung in die Transkription und Gesprächsanalyse* am Institut für Sprachwissenschaft der Universität Wien
Frühling 2008 – Herbst 2011	Transkription von Coaching-Gesprächen für Dr.in Eva-Maria Graf am Institut für Anglistik der Universität Klagenfurt
April 2008 – Dezember 2010	Studentische Hilfskraft im Projekt *Schmerz- und Krankheitsdarstellung II* am Institut für Sprachwissenschaft der Universität Wien
Mai 2007	Transkription von Interviews für das Innovationszentrum Universität Wien GmbH/ Sprachenzentrum
Frühling 2006	Transkription von Ö1-Kurzinterviews für das Projekt *Zur diskursiven Konstruktion nationaler Identität II* am Institut für Sprachwissenschaft der Universität Wien