

KARIN BIRKNER

Partizipationsstrukturen in telemedizinischen Konsilen¹

Abstract

*Die Datengrundlage des Beitrags bilden neurologische Konsile zur Diagnoseabklärung und Therapieplanung, die über Videokonferenz durchgeführt werden. Es handelt sich um triadische Interaktionen zwischen Neurolog*innen sowie behandelnden Vor-Ort-Arzt*innen im Krankenhaus und deren Patient*innen, die mit Verdacht auf einen Schlaganfall vorstellig geworden sind. In den Blick genommen werden Formen der sozialen Organisation von Kollaboration unter den Bedingungen von Technologieverwendung, genauer: den spezifischen telemedizinischen Besonderheiten für die Durchführung neurologischer Tests. Dabei liegt ein besonderer mikroanalytischer Fokus auf der intraprofessionellen Arzt/Arzt-Interaktion in einem „gemeinsamen Projekt“, und zwar Kollaboration bei der Durchführung neurologischer Tests. Es werden Formen der Assistenz in delegierender und duettierender Ausführung unterschieden, bei denen Asymmetrien und Wissen in Arzt/Arzt-Interaktionen im Rahmen eines Konsils in je spezifischer Weise gestaltet werden.*

The data basis of the article consists of neurological consultations for diagnosis clarification and therapy planning, which are carried out via video conference. These are triadic interactions between neurologists and on-site doctors and their patients who have presented themselves with a suspected stroke. Forms of social organization of collaboration under the conditions of technology use, more precisely: the specific telemedical characteristics of neurological testing are examined. A special micro-analytical focus is laid on the intra-professional doctor/doctor interaction in a "joint project" and the collaboration in the implementation of neurological tests. A distinction is made between forms of assistance in delegating and duetting execution, in which asymmetries and knowledge in doctor/doctor interactions within the framework of a consile are managed in specific ways.

1 Mein Dank geht an Ganna Poliakova für die Datenerhebung im „Telemedizinischen Projekt zur integrierten Schlaganfallversorgung in der Region Süd-Ost-Bayern“ (<http://www.tempis.de>). Die Analyse der Partizipation wurde durch die Masterarbeit von Juliia Ternavska motiviert, die sie 2020 am Lehrstuhl Germanistische Linguistik der Universität Bayreuth erstellt hat. Viele Beobachtungen und Analyseansätze gehen auf die ebenso fruchtbare wie fortgesetzte Zusammenarbeit mit Dr. Alexandra Groß zurück. Fehler und Irrtümer liegen jedoch allein in meiner Verantwortung.

Keywords: Partizipationsstruktur, Telemedizin, Arzt/Arzt-Interaktion, Asymmetrie, Kollaboration, Assistenz, Rekrutierung

Participation Framework, Telemedicine, Doctor/Patient-Interaction, Asymmetry, Collaboration, Assistance, Recruitment

1 Einleitung

Die Bedeutung telemedizinischer Versorgung wächst stetig; die Zunahme digitaler Kompetenz in der Breite der Bevölkerung, nicht zuletzt seit der Corona-Pandemie, bei gleichzeitiger Verringerung der Dichte medizinischer Versorgung lässt erwarten, dass dieser Trend auch zukünftig anhalten wird. Die Möglichkeiten telemedizinischer Versorgung sind ebenso vielfältig wie die Bedarfe; das Datenmaterial, das die Grundlage der vorliegenden Untersuchung bildet, stammt beispielsweise aus der akuten Versorgung, für die ein notwendiges fachärztliches Konsil schnell und unkompliziert eingeholt wird.

Der vorliegende Beitrag nimmt die soziale Organisation eines kollaborativen Zusammenwirkens in den Blick, nämlich die spezielle triadische Konstellation zwischen Neurolog*innen in einer Münchner Klinik, Vor-Ort-Ärzt*innen in einem regionalen Krankenhaus und deren Patient*innen, die mit Verdacht auf Schlaganfall eingeliefert wurden. Es handelt sich um neurologische Konsile zur Diagnoseabklärung und Therapieplanung, die über ein Videokonferenztool durchgeführt werden. Im Fokus stehen also Formen der Kooperation unter den Bedingungen von Technologieverwendung in einer triadischen Struktur; das Augenmerk liegt dabei auf der Kollaboration zwischen den medizinischen Beteiligten während kollaborativ durchgeführter neurologischer Tests. Kooperation wird dabei als grundlegendes Prinzip von Kommunikation verstanden, eine Grundannahme, der die konversationsanalytische Prämisse von sozialer Wirklichkeit als gemeinsame Herstellungsleistung in der Interaktion zugrunde liegt. Kollaboration stellt den enger gefassten Begriff dar, er wird für das arbeitsteilige Zusammenwirken mehrerer Personen an einem gemeinsamen interaktiven Projekt verwendet.

Es handelt sich um dynamische Prozesse, deren sich ändernde, an mediale und medizinische Notwendigkeiten adaptierte Konstellationen von den Beteiligten aktiv gemanagt werden. Den Fokus der Analyse bildet die intraprofessionelle Kommunikation zwischen den zum Konsil angefragten Fachärzt*innen und den behandelnden Krankenhausärzt*innen. Es werden die Partizipationsstrukturen während der kollaborativen Durchführung von neurologischen Tests und die Praktiken aufgezeigt, mit denen sie unter den Bedingungen einer mediatisierten Konsultation per Videoschaltung hergestellt, aufrechterhalten, gewechselt etc. werden.

In Abschnitt 2 werden der Forschungsstand zu Arzt/Patient-Gesprächen und das Verhältnis von Asymmetrie und Partizipation vorgestellt. Dabei wird der institutionelle Rahmen, aus dem die Aufnahmen stammen, unter Bezug auf die Erkenntnisse der Arbeiten zu *Talk at Work* reflektiert. Im Anschluss werden in Abschnitt 3 das Projekt und das verwendete Datenmaterial vorgestellt. Abschnitt 4 skizziert kurz das analytische

Vorgehen, bevor in Abschnitt 5 die Analyse dargestellt wird. Eine kurze Zusammenfassung in Abschnitt 6 beschließt den Artikel.

2 Arzt/Patient-Gespräche, Asymmetrie und Partizipation

2.1 Talk at Work

Bei dem Gesprächstyp, mit dem sich der vorliegende Artikel beschäftigt, handelt es sich um die spezifische Ausprägung vom verbreiteten und gut untersuchten Arzt/Patient-Gespräch (im Folgenden APG). Es ist gekennzeichnet durch die direkte Interaktion zwischen Personen mit einem medizinischen Anliegen (Patient*innen) und jenen, die sich dieser Anliegen im Rahmen ihrer Berufsqualifikation annehmen (Ärzt*innen). Für die sog. westliche Biomedizin wurde ein Standardverlauf von APG empirisch abgeleitet, der zwischen der Gesprächseröffnung und Gesprächsbeendigung die Phasen Problempräsentation, Beschwerdenexploration, Diagnosestellung und Therapieplanung beinhaltet (Spranz-Fogasy 2005, 21; vgl. a. Byrne/Long 1976). Diese Phasenbezeichnungen variieren unter Umständen in den verschiedenen Studien, vor allem aber passen sich die Abläufe selbst spezifischen Bedingungen an, beispielsweise kann die Reihenfolge und Dauer der Phasen adaptiv nach Art der Erkrankung, den individuellen Bedürfnissen der Beteiligten oder der Komplexität des Falls variieren (z. B. weil Laborergebnisse benötigt werden, so dass Diagnosemitteilung und Therapieentscheidung auf ein Folgegespräch verschoben werden etc.). Die telemedizinischen Konsile folgen diesem Strukturschema in aller Regel, obgleich sie nicht von aufsuchenden Patient*innen, sondern von den behandelnden Krankenhausärzt*innen initiiert werden, also zusätzlich noch die Komponente der intraprofessionellen Arzt/Arzt-Kommunikation aufweisen.

APG werden als ‚talk at work‘ gefasst (im Deutschen häufig als „Institutionelle Kommunikation“). In der Einleitung zu dem gleichlautenden wegweisenden Sammelband bestimmen Drew/Heritage (1992a) „talk at work“ durch Zielgerichtetheit, typische Beschränkungen (etwa in den Beteiligungsrollen) und spezifische Inferenzen. Sie unterscheiden weiterhin vier typische Aspekte, die die sprachliche Interaktion im Kontext von Arbeit auszeichnen. Der erste Aspekt ist „Arbeit“, insofern häufig Professionelle und Laien aufeinandertreffen, d. h. dass mindestens eine beteiligte Person in einer berufsbezogenen Verantwortung agiert (Drew/Heritage 1992a, 3). Sie vertritt eine Institution, der gesellschaftlich definierte Funktionen und Aufgaben obliegen, die mit typisierten Rollen und Handlungen zur Erreichung spezifischer Zwecke verbunden sind. Im Fall der telemedizinischen Konsile ist die Konstellation insofern komplex, als hier zwei Institutionenvertreter*innen und P aufeinandertreffen. Dabei bietet der eine Institutionenvertreter (Neurologe) dem anderen (Krankenhausarzt) eine Art von Dienstleistung an, die jedoch nur unter Einbeziehung der P sowie der Kollaboration der Vorortärzte möglich ist.

Der zweite Aspekt betrifft die Rolle des Sprechens. Drew/Heritage (1992a, 3) betonen, dass „talk-in-interaction“ das zentrale Mittel ist, mit dem die Beteiligten ihre Arbeit verrichten. Mediziner*innen ist es häufig nicht klar, welche zentrale Rolle die sprachliche

Interaktion für die Ausführung ihrer „Arbeit“ tatsächlich spielt. Das geht über die auf der Hand liegende Relevanz des Informationsaustausches weit hinaus. So liegt ein zentrales Moment für die Patientenzufriedenheit u.a. darin, ob die Patient*innen den Eindruck haben, dass sie ‚gehört‘ wurden und zu Wort gekommen sind, so dass sie davon ausgehen können, alle relevanten Informationen vermittelt zu haben.² Patientenzufriedenheit ist in verschiedener Hinsicht für den Behandlungserfolg von Bedeutung.³ Sie erhöht die Bereitschaft, dem Therapieplan zu folgen (Adhärenz), verhindert ‚Ärztchopping‘⁴ und mag darüber hinaus auch verschiedene Placebo-Effekte mit sich bringen. Weiterhin kommen so die Handlungen in den Blick, die mit dem Sprechen ausgeführt werden (im vorliegenden Material etwa wird mithilfe von ‚Rekrutierungen‘ und ‚Instruktionen‘ die kollaborative ‚Testarbeit‘ realisierbar).

Das verweist auf den dritten Aspekt: das Wissen. Dass Wissensbestände ungleich verteilt sind, gilt als ein zentrales Merkmal institutioneller Kommunikation. Im APG sind die Patient*innen die epistemische Autorität für ihre Beschwerden (Heritage/Raymond 2005). Ihr Wissen in Bezug auf die Erkrankung ist zunächst einmal partikulares (Erlebens-)Wissen. Chronische Erkrankungen führen aber häufig auch bei den sog. ‚Laien‘ zu einem hohen Maß an medizinischer Expertise (Groß 2018). In den Telekonsilen mit den akuten Beschwerden ist dieser Aspekt interaktional allerdings nicht nachweisbar. Die professionelle Expertise von Ärzt*innen für die medizinische Bestimmung und die daraus resultierenden Therapiemaßnahmen basiert auf einer systematischen Ausbildung und Praxiserfahrung. Damit ist ein deontischer Status verbunden, dem ein Spielraum für die Gewährung oder Verweigerung bestimmter Therapien, Krankschreibung, Berentung etc. inhärent ist, also eine institutionell begründete Entscheidungsmacht. Die deontische Autorität von Ärzt*innen, d. h. die Berechtigung zu medizinischen Entscheidungen bezogen auf ein Gegenüber, mag institutionalisiert verankert sein, muss aber dennoch in der konkreten Interaktion ausgehandelt, durchgesetzt und fundiert werden (vgl. die Unterscheidung

2 Patientenzufriedenheit bezieht sich auf die Bewertung und das subjektive Empfinden von Patient*innen über die Qualität der Gesundheitsversorgung, die sie erhalten haben. Sie kann verschiedene Dimensionen umfassen: Kommunikation (d. h. die Art und Weise, wie das medizinische Personal Informationen übermittelt, Fragen beantwortet, auf Bedenken eingeht, zuhört etc.), ferner Behandlungsqualität, Wartezeiten, Pflege und Fürsorge, aber auch Zugänglichkeit.

3 Patientenzufriedenheit wird auch mit Patientenzentrierung in Verbindung gebracht, beispielsweise gilt für Empathie, von Seiten der Medizin den Patienten gegenüber zum Ausdruck gebracht, dass sie positiven Einfluss sowohl auf die subjektive Bewertung der Behandlung als auch auf objektiv messbare, physische Behandlungsergebnisse hat. Empathisches Kommunikationsverhalten erhöht die Adhärenz und nicht zuletzt Kooperationsbereitschaft, was wiederum die Diagnostik verbessert.

4 ‚Ärztchopping‘ bezeichnet das Verhalten von Patient*innen, regelmäßig den behandelnden Arzt oder die medizinische Einrichtung zu wechseln. Damit ist nicht das Einholen einer Zweitmeinung gemeint, sondern Unzufriedenheit mit der medizinischen Betreuung, der Kommunikation oder auch mit der Diagnose. Negative Auswirkungen können mangelnde Kontinuität in der medizinischen Betreuung oder fehlende Koordination der Behandlung sein, so dass Ärztchopping eine Gefahr für die Patientensicherheit sein kann. Ein alternativer Begriff ist „doctor shopping“, vgl. a. Heritage (2005, 84).

zwischen interaktional beanspruchtem *stance* vs. *status* und die „*territories of knowledge*“, Heritage 2012 a; 2012 b). Eine etwas andere Sicht ergibt sich, wenn man statt der Macht die Verantwortung betrachtet, die für Ärzt*innen mit den spezifischen epistemischen und deontischen Verhältnissen verbunden sind. In der vorliegenden Analyse wird deutlich werden, wie die Telemediziner*innen zwar ein gemeinsames Projekt mit den Vor-Ort-Ärzt*innen etablieren, die übergeordnete Verantwortung für die Untersuchung aber nicht aus der Hand geben.

Aus mikroanalytischer Perspektive ist der vierte Aspekt, den Drew/Heritage (1992a, 47) nennen, die Asymmetrie, von besonderem Interesse. Er soll im Folgenden etwas genauer betrachtet werden.

2.2 Asymmetrie

Meer/Brock (2004) diskutieren (A)Symmetrie im Zusammenhang mit den Begriffen Hierarchie, Macht und Dominanz in institutionellen Kontexten und kritisieren den vielfach undifferenzierten, quasi-synonymen Gebrauch. Sie bestimmen Kommunikation als „immer schon gesellschaftlich mitstrukturiertes *Möglichkeitsfeld* [...], in dem Symmetrien und Asymmetrien gleichzeitig (miteinander und gegeneinander) wirksam werden können“ (Meer/Brock 2004, 185). Asymmetrien betreffen mikroanalytisch fassbare Ungleichgewichte, wie Rederechte, ungleiche Wissensverteilung oder „generelle Unterschiede zwischen Agent/inn/en und Klient/inn/en einer Institution“ (2004, 187). Unter dem Begriff der „Hierarchie“ werden hingegen makrosoziologisch beschreibbare, organisationale Strukturen (Vorgesetzten- und Befehlsstrukturen) fassbar, die über die lokale Etablierung eines kommunikativen Ungleichgewichts (siehe Asymmetrie) hinausgehen. Im Falle der telemedizinischen Konsile gibt es zwischen den Mediziner*innen kein Hierarchiegefälle in diesem Sinne, allerdings eine institutionell geprägte Expertisedifferenz und damit verbunden eine rechtlich verbindliche und verantwortliche Autorität, die im Rahmen des Konsils für die Therapieentscheidung benötigt wird. Diese „brought-along“-Hierarchien spiegeln sich in den „brought-about“-Asymmetrien, allerdings ohne zwangsläufig Phänomene von Macht und Dominanz aufzurufen. Wie in den Analysen, die Meer/Brock (2004) präsentieren, deutlich wird, ist Dominanz eine spezifische Art des Agierens, die stark asymmetrische Beteiligungsweisen herstellt (vgl. das Beispiel des Radiomoderators, der Anrufer wegschaltet, vgl. Meer/Brock 2004, 192-195), die aber nicht auf Hierarchien basiert sein muss.⁵

Der Begriff der Macht hat sich laut Meer/Brock für den gesprächsanalytischen Zugriff bisher als wenig ergiebig erwiesen. Er verweist auf makrosoziologisch analysierbare, gesellschaftliche Verhältnisse und Wirkungen, deren Engführung auf mikroanalytische

5 Pilnick/Dingwall (2011, 1374) verweisen auf die Rezeption der Arbeiten von Parsons (1951), auf die die verbreitete Auffassung zurückgeht, dass Ärzt*innen Macht gegenüber Patient*innen ausüben; eine Vorstellung, die letztlich Konzepte von Patientenzentriertheit begründet hat, was die Autor*innen zumindest teilweise auf ein Missverständnis der Arbeiten Parsons zurückführen.

Phänomene jedoch kaum möglich ist. Vor allem in der Kritischen Diskursanalyse wird er zur Reflexion und Analyse der als allgegenwärtig angenommenen gesellschaftlichen Machtstrukturen verwendet (vgl. Meer/Brock 2004, 190). Bei der Frage, wie sich institutionelle Hierarchien und interaktionale Asymmetrien wechselseitig bedingen, kommt das oben genannte „gesellschaftlich mitstrukturierte Möglichkeitsfeld“ ins Spiel. Es lässt sich so verstehen, dass gesetzliche, ideologische und diskursiv-verhandelte Rahmenbedingungen die Erwartungen an einen üblichen *doctoring style*⁶ in einer Gemeinschaft prägen. In Deutschland hat sich im Zuge von jahrzehntelangen Diskussionen und Durchsetzungskämpfen von Patientenvertretungen das Konzept der „Patientenzentrierung“ als Orientierungslinie stark verbreitet (vgl. Günthner 2017, 29-30; Groß 2018, 285-287). Hier liegt ein Möglichkeitsfeld der Reduktion von Macht und hierarchiebezogener Ungleichheit in der Kommunikation im APG; und es gilt, in Studien genau zu beobachten, wie das „Arbeitsbündnis“ zwischen Arzt und Patient in konkreten Partizipationsstrukturen umgesetzt wird und wie sich die Beteiligten positionieren, sowohl die Patient*innen, die Ärzt*innen als auch im vorliegenden Kontext die Mediziner*innen untereinander. Der Forderung von Meer/Brock (2004), den Zusammenhang zwischen kommunikativen Asymmetrien und den vielfältigen Erfahrungen sozialer Hierarchien systematisch zu reflektieren, kann nur zugestimmt werden.

Mit Drew/Heritage gilt generell: „Thus the institutionality of an interaction is not determined by its setting. Rather, interaction is institutional insofar as participants’ institutional or professional identities are somehow made relevant to the work activities in which they are engaged“ (Drew/Heritage 1992a, 3). In analoger Weise gilt, dass Asymmetrie nicht gleich zu Benachteiligung, hierarchischer Subjugation und Machtausübung führt. Peräkylä argumentiert sogar, „asymmetry lies at the heart of the medical enterprise: it is founded in what doctors are there for“ (2006, 247), räumt aber zugleich ein, dass damit ein partnerschaftliches Miteinander nicht ausgeschlossen sei. Selbst bei Diagnosen, wo Ärzt*innen eine höchste Autorität zukommt, bemühen sich die Beteiligten um wechselseitiges Verstehen. Heritage (2005) argumentiert unter Bezug auf Heath (1992) und Peräkylä (1998), dass die Verwendung von Evidenzen bei der Diagnose als Bemühen der Ärzt*innen um ‚accountability‘, d. h. Begründung/Rechenschaft für die Diagnosen, zu verstehen ist. Damit sei aber kein strikter Autoritarismus verbunden, sondern vielmehr „a particular balance between authority and accountability“ (Heritage 2005, 93).

Hier gilt jedoch: „Asymmetry is inherent in any interaction“ (Nomikou/Pitsch/Rohlfing 2013, vii).⁷ Allerdings lassen sich lokale und globale Asymmetrien unterscheiden;

6 Mit *doctoring style* ist ein spezifischer Kommunikationsstil gemeint, der sich darauf bezieht, wie Ärzt*innen mit Patient*innen interagieren, Informationen vermitteln, Fragen beantworten und auf ihre Bedürfnisse und Anliegen eingehen (vgl. Boluwaduro 2018).

7 Nomikou/Pitsch/Rohlfing (2013, vii) verweisen auf Arbeiten, die argumentieren, die ungleiche Verteilung von Information unter Interagierenden sei die „force driving our will to communicate“. Das trifft in dieser Zugespitztheit sicher nicht zu. Gerade die Erzählforschung zeigt, dass performative Elemente ebenfalls

Letztere basieren auf institutionellen Rechten und Pflichten, die auf gesellschaftliche, rechtlich verfasste Strukturen verweisen und sich in Interaktionsanalysen nur indirekt abbilden lassen. Für lokale Asymmetrien führen Heritage/Clayman (2010, 34, 37) als ein distinktives Merkmal institutioneller Kommunikation die Organisation des Sprecherwechsels an, der durch Restriktionen hinsichtlich der Turnzuteilung sowie die Länge und Art der Beiträge gekennzeichnet ist (vgl. a. Drew/Heritage 1992a, 49). So befragen im APG die Ärzt*innen die Patient*innen, vorrangig während der Beschwerdenexploration, und nicht umgekehrt; Patient*innen wiederum stellen eher Fragen zu Therapien etc. Konversationsanalytisch betrachtet, ist Fragen und Antworten eine grundlegende Asymmetrie inhärent, und zwar nicht nur aufgrund der ungleichen Wissensverteilung, die Fragen – jedenfalls meistens – zugrunde liegt, sondern weil eine Frage das Gegenüber auf eine Handlung, nämlich zu antworten, verpflichtet (vgl. u.a. Groß 2015, 287 für die Unterscheidung zwischen *interaktiven*, *wissensbezogenen* und *epistemischen* Asymmetrien). Mit anderen Worten: es geht um Verantwortung.

2.3 Partizipation

Aus konversationsanalytischer Sicht basiert Interaktion immer auf der Kooperation der Beteiligten. Damit ist Partizipation ein nicht hintergehbbarer Bestandteil jeglicher Interaktion; analytisch relevant ist vielmehr die Art und Struktur der Partizipation. Goffman (1981) beschäftigte sich als einer der ersten intensiv mit diesen Phänomenen, u. a. indem er im Rahmen des Konzepts „*participation framework*“ die Hörerrolle ausdifferenzierte, und zwar in ratifizierte und nicht-ratifizierte Rezipienten. Erstere werden in adressierte und nichtadressierte Rezipienten unterschieden, letztere in Zuhörer (*overhearer* bzw. *bystander*) und Lauscher (*eavesdropper*). Die Sprecherrolle differenziert Goffman (1981; 1983) in Eigner, Autor und Animator. Das Entscheidende ist nun, dass der Partizipationsstatus nicht fest ist, sondern dynamisch wechselt, als ratifizierte Beteiligte in der Interaktion agiert man mal als Eigner, als Autor, als Animator bzw. als Adressaten, Rezipienten, Zuhörer (vgl. für eine ausführliche Darstellung Bauer 2009, Abschn. 3). Die konversationsanalytische Rezeption hat das Augenmerk auf die Dynamik der Partizipation in Interaktionen gerichtet und als „*temporally unfolding, interactively sustained embodied course of activity*“ (Goodwin 1996, 375) gefasst, was besonders in Mehrparteiengesprächen eine komplexe Abstimmung erfordert, um einen reibungslosen Verlauf sicherzustellen.

Zur Koordination von Handlungszügen in einer fokussierten, oft Multiaktivitäten beinhaltenden Interaktion kommen sprachliche und multimodale Ressourcen zum Einsatz (d. h. verbale, prosodische, gestische, faziale (Mimik, Blick), Körperpositionen/-orientierung, Verwendung von Artefakten). Im telemedizinischen Setting mit seinen spezifischen Affordanzen ist die Verwendung multimodaler Mittel allerdings eingeschränkt; das betrifft

eine „*driving force*“ sein können, die Gespräche vorantreibt oder motiviert, und die Tatsache, dass man Erzählungen oder Witze gern mehrmals hört, zeigt, dass nicht „*Information*“ allein *talk-in-interaction* motiviert.

insbesondere den Blick. In der Eingeschränktheit fazialer Ressourcen für interaktionsorganisatorische Aufgaben liegt, wie Mondada (2010, 280) argumentiert, der größte Unterschied zwischen *face-to-face* und medial vermittelter Interaktion.

Lerner (1993, 213) untersucht die *conjoint participation* (u. a. in Bezug auf die Frage, wie Partizipationsstrukturen aussehen, wenn wissende Rezipienten sich am Gespräch beteiligen). Erweitert man den Blick über ein typisches Gespräch, bei dem der verbale Austausch dominant ist, auf Handlungen wie z. B. die Durchführung medizinischer Tests, werden die Verhältnisse komplexer. Mit Rossi (2012, 428) kann hier von einem „gemeinsamen Projekt“ (*joint project*) gesprochen werden (in Unterscheidung zu einem „individuellen Projekt“). Für die Durchführung eines Projekts als „a series of actions or moves coherently articulated to achieve an interactional outcome“ (Rossi 2012, 430) ist es relevant, wer den deontischen Status hat, um ein Projekt voranzutreiben bzw. ggfs. andere dafür in die Pflicht nehmen kann.

3 Vorstellung des Projekts und des Datenmaterials

Die Daten wurden im Zeitraum 12/2014 bis 5/2015 im Rahmen des „Telemedizinisches Projekt zur integrierten Schlaganfallversorgung in der Region Süd-Ost-Bayern“ (*TEMPiS*, vgl. <http://www.tempis.de>) in der München Klinik Harlaching erhoben. Das Projekt *TEMPiS* bietet den teilnehmenden regionalen Kliniken die gesetzlich vorgeschriebene neurologische Abklärung bei Patient*innen mit Schlaganfallverdacht per Videokonferenz. Es handelt sich um eine Art telemedizinisches Serviceangebot auf Anfrage von diensthabenden Ärzt*innen aus projektbeteiligten Krankenhäusern in der Region. Die Neurolog*innen aus den Schlaganfallzentren der Uniklinik Regensburg und der München Klinik Harlaching nehmen diese Untersuchung mit Unterstützung der behandelnden Ärzt*innen des Krankenhauses vor. Ihnen werden zudem Computertomographien digital zur Verfügung gestellt. In dieser triadischen Struktur sind somit jeweils ein Neurologe/eine Neurologin als Telemediziner (Kürzel: TM), ein Vor-Ort-Arzt bzw. eine Vor-Ort-Ärztin (Kürzel: VA/Ä) und ein Patient/eine Patientin (Kürzel: P) beteiligt. Hinzu kommen in einigen Fällen Angehörige und/oder weiteres medizinisches Personal (s. u. Abb. 1).

Das erhobene Datenkorpus besteht aus 34 per Video aufgezeichneten Konsultationen im Rahmen von neurologischen Konsilen. Sie werden von acht verschiedenen TM (4 männliche und 4 weibliche) und 25 VÄ (11 männliche und 14 weibliche) durchgeführt. Unter den 34 P sind 17 Männer und 17 Frauen mittleren bis höheren Alters. Die Gespräche dauern in der Regel zwischen zehn und zwanzig Minuten. Es wurden nur Konsultationen mit ansprechbaren P aufgezeichnet, die der Aufnahme zugestimmt haben.

3.1 Die neurologischen Konsile

Besteht der Verdacht auf einen Schlaganfall, ist Eile geboten, um weitere Schädigungen zu verhindern. Entweder verursacht ein Blutgerinnsel oder eine Blutung das Problem; diese Unterscheidung ist für geeignete Therapiemaßnahmen hochrelevant: Ein Gerinnsel muss

medikamentös aufgelöst werden. Diese Behandlung würde jedoch, im Falle einer Blutung angewendet, die Situation verschlechtern, deshalb sind vor Beginn einer sog. Lysetherapie (die Behandlung mit blutverdünnenden Mitteln bei einem Verschluss) neurologische Untersuchungen vorgeschrieben, mit deren Hilfe (ergänzt durch bildgebende Verfahren) die Ursachen bestimmt und die weitere Behandlungsentscheidung abgesichert werden soll.

Den telemedizinischen Konsultationen durch Neurolog*innen von *TEMPiS* gehen Telefonate voraus, in denen das Krankenhauspersonal das Konsil anfragt und ein erster Informationsaustausch zum Fall stattfindet. Im Anschluss wird die Videoverbindung hergestellt, über die die neurologische Konsultation durchgeführt wird. Die telemedizinischen Abklärungsgespräche folgen der üblichen Struktur von APG (vgl. Abschn. 2). Nach Sicherstellung der technischen Voraussetzungen beginnen die TM mit einer Begrüßung, in der sie sich namentlich vorstellen und auch die Namen der P erfragen bzw. verifizieren. An dieser Stelle werden die aufgrund der Studie notwendigen Einverständniserklärungen der Beteiligten (die bereits zuvor mit dem Krankenhauspersonal abgeklärt wurden) eingeholt, mit der Bitte, die unterzeichneten Zustimmungsbögen im Anschluss zu faxen. Häufig gibt es auch eine kurze Erläuterung, dass es sich um ein Konsil handelt, das die VÄ angefragt haben (vgl. Kap. 4.1).

Nach den Eröffnungsaktivitäten beginnt die Hauptphase der Konsultation mit der Beschwerdendarstellung und Beschwerdenexploration. Daran schließt sich die neurologische Untersuchung an, die aus verschiedenen Standardtests besteht (siehe 2.2). Aufgrund der Charakteristik des Tests ist eine spezifische Kollaboration von VÄ und TM erforderlich, die im Weiteren genauer untersucht wird. Darauf folgt die Mitteilung der Diagnose und schließlich die daraus resultierende Therapieempfehlung, die das weitere Vorgehen im Krankenhaus bestimmt. Nach Gesprächsbeendigung erfolgt noch die schriftliche Dokumentation. In einzelnen Fällen, z. B. wenn der CT-Befund zum Zeitpunkt des APG noch nicht vorliegt, kommt es auch zu Nachgesprächen per Telefon.

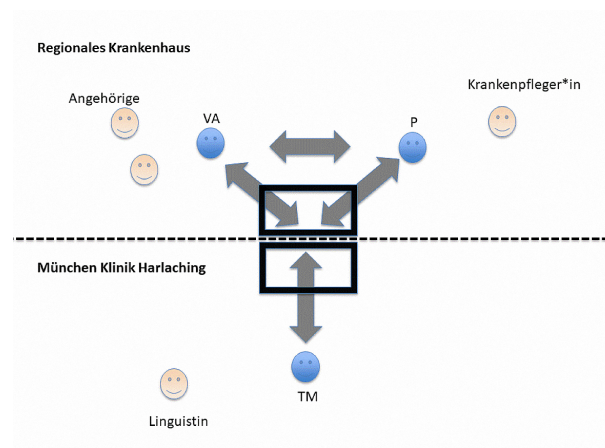


Abb. 1: Triadische Konstellation der telemedizinischen Konsile

Um den Nachvollzug der Konsultationen und die Untersuchung des Partizipationsmanagements während der Testung zu veranschaulichen, stellt Abbildung 1 die triadische Konstellation im telemedizinischen Konsil graphisch dar.

Die horizontale Teilung symbolisiert die Tatsache, dass die Interaktionen in getrennten Räumlichkeiten stattfinden, die jeweils eine eigene „Ökologie“ aufweisen; der mit Hilfe der Übertragung hergestellte virtuelle Interaktionsraum stellt eine *fractured ecology* (vgl. Luff et al. 2003) dar. Über die Bildschirme – graphisch repräsentiert durch die eckigen Kästen in der Mitte der horizontalen Linie – sind beide Ökologien miteinander verbunden, allerdings nur teilweise über den Kameraausschnitt füreinander sichtbar.

In der unteren Hälfte der Abbildung ist neben TM aufgrund der Datenerhebung immer die Linguistin anwesend. Sie führt die Videoaufnahme durch, beobachtet sie ethnographisch, übernimmt aber als bystander (s. o.) in den Konsilen nie eine aktive Rolle. Die Aufnahme geschieht mit einer Stativkamera, die links von TM positioniert ist. Sie zeichnet einen Teil des Körpers von TM sowie die drei Computerbildschirme auf. Auf dem rechten Bildschirm ist die Dokumentation aufgerufen, auf dem linken Bildschirm wird das CT verfügbar, und der mittige Bildschirm dient der Übertragung aus dem Krankenhaus (mit einem kleinen Monitor mit dem eigenen, gesendeten Bild). Im Raum des Krankenhauses, in der oberen Hälfte der Abbildung dargestellt, sind VÄ und P sowie manchmal auch Angehörige und/oder weiteres Krankenhauspersonal anwesend (bisweilen holt jemand etwas aus einem der Schränke und verlässt den Raum wieder).

Die Hauptinteraktion findet zwischen den drei Beteiligten TM, VÄ und P statt, und zwar in wechselnden Partizipationsstrukturen. So können sich alle drei miteinander, aber auch jede Person mit einer der anderen in fokussierter Interaktion befinden. TM stellt die Verbindung her und eröffnet in der Regel das Gespräch, indem alle Anwesenden begrüßt werden, sich TM namentlich sowie mit Funktion vorstellt und die Identität des Patienten/der Patientin verifiziert. In der nächsten Phase, der Anamnese, befinden sich P und TM in einer fokussierten Interaktion, während VÄ sich als bystander zurückziehen. In der Phase der neurologischen Tests agieren alle drei miteinander, in wechselnden Konstellationen. Die Diagnosemitteilung wird in der Regel von TM direkt an P adressiert, bevor TM und VÄ die weitere Behandlung besprechen bzw. mitteilen. Grundsätzlich gilt, dass abgesehen von spezifischen Fokussierungen alle Beteiligten potenziell alles mithören können, was in dem Encounter gesprochen wird.

3.2 Die Tests

Die differenzialdiagnostischen neurologischen Tests, die in aller Regel durchgeführt werden (u. U. in leichter variierender Reihenfolge), werden nun kurz aufgelistet.

Beim *Blickfolge-Test* werden die Augenbewegungen überprüft, indem ein Finger (oder ein länglicher Gegenstand) vor dem Gesicht der Patient*innen horizontal und vertikal hin und her bewegt werden, um zu testen, ob die Augen den Bewegungen folgen. Den Finger stellen VÄ zur Verfügung (vgl. Birkner/Groß 2020 „der verlängerte Arm“). Sie führen den

Test dabei möglichst so aus, dass TM die Augenbewegungen sehen kann; das erfordert ein komplexeres Sichtbarkeitsmanagement, das die Kameraperspektive für TM einberechnet.

Für den *Lichtreaktionstest* wird mit einer Lampe in die Augen geleuchtet, um zu prüfen, ob die Pupillen sich zusammenziehen. Hierbei wird der Lichtimpuls von der Seite gegeben, während das Gesicht der P zur Kamera ausgerichtet ist.

Der *Blickfeld-Test* soll das periphere Sehen im Sichtfeld des rechten wie des linken Auges ermitteln. Dazu nähern die testenden VÄ ihre Hände von hinten auf Höhe des Kopfes an und die P geben Bescheid, sobald sie die Bewegung wahrnehmen. Da die P in der Regel direkt vor der Kamera sitzen, während das Sichtfeld von hinten überprüft wird, ist Sichtbarkeitsmanagement hier unproblematisch; das Testergebnis muss ohnehin von P verbal geäußert werden.

Der *Motorik-Test* bezieht sich auf verschiedene Muskeln. Zum einen wird das Gesicht mittels Zusammenkneifen der Augen und dem Zunge-Herausstrecken geprüft. Zum zweiten wird die Kraft in den Armen ermittelt, indem die P die Hände der VÄ drücken. Die erstgenannten Teile, die Gesichtsmuskulatur, wird in der Regel von den TM selbst getestet, indem sie die Anweisungen geben und die Ausführung evaluieren. Die Kraft in den Armen wiederum wird durch die interkinästhetische Wahrnehmung der VÄ überprüft, die sie auf Stärke und Seitengleichheit verbal evaluieren.

Beim *Sensorik-Test* streichen die VÄ beidseitig über die Extremitäten. Dabei ist nicht nur die Frage, ob die Berührung überhaupt, sondern ob sie seitengleich gespürt wird usw. Hier muss die interkinästhetische Wahrnehmung von den P verbal bewertet werden.

Der *Gangbild-Test* soll Aufschluss geben darüber, ob motorische Einschränkungen beim Laufen vorliegen, ebenfalls mit Blick auf Seitengleichheit. Dazu sollten die P möglichst auf einer geraden Linie im Zimmer auf und abgehen. VÄ helfen hier bei der Stabilisierung und sichern die P gegen Stürze, während die diagnostische Evaluation durch die Ansicht des Gehens von den TM erfolgt.

Es dürfte deutlich geworden sein, dass die Durchführung der Tests in der triadischen Struktur einer telemedizinischen Konsultation ein hohes Maß an Kollaboration der Beteiligten verlangt. Die P müssen den Instruktionen Folge leisten und diese so ausführen, dass eine diagnostische Evaluation möglich wird, so wie es in einem nicht-mediatisierten Setting auch notwendig wäre. Hinzu kommt die aktive Unterstützung der VÄ bei der Testdurchführung, beispielsweise müssen sie Testverfahren eigenständig durch- bzw. durchführen, beim Blickfeld-, Blickfolge- und Motorik-Test die eigenen Hände und Arme einsetzen, beim Sensorik-Test die Berührungen ausführen und für das Gangbild als Stütze dienen. Dabei gilt es, die Sichtbarkeit für TM sicherzustellen und die Testdurchführung so anzulegen, dass TM die körperlichen Reaktionen gut beobachten können und ggfs. bei medial bedingten akustischen und anderen Verständigungsproblemen vermittelnd eingreifen können. Sichtbarkeit ist noch in einer weiteren Hinsicht relevant: TM supervidieren die Testdurchführung des Krankenhauspersonals und greifen ggfs. korrigierend ein (vgl. Bsp. 7).

3.3 Das Analysevorgehen

Die Analyse basiert auf der methodisch-theoretischen Basis der Konversationsanalyse (Birkner et al. 2020). Im Anschluss an die Erhebung wurden von allen Konsultationen zunächst Verbaltranskripte nach GAT2-Konventionen (Selting et. al. 2009) erstellt; diese wurden für die Analyse sukzessive multimodal verfeinert. Für die vorliegende Untersuchung wurde eine Kollektion aus den neurologischen Tests in den 34 Gesprächen angelegt und sequenz- und videoanalytisch untersucht.

Die Testdurchführung unter mediatisierten Bedingungen in der Triade wird als gemeinsames Projekt realisiert. Es geht um die Fragen: Was kennzeichnet die Partizipationsstrukturen in dieser triadischen Konstellation von Neurolog*innen und Vor-Ort-Ärzt*innen bei der Untersuchung von Patient*innen? Wie wird das gemeinsame Agieren initiiert, durchgeführt und beendet? Wie und mit welchen Mitteln rekrutieren TM die Handlungen der VÄ? Und wie werden diese kontextsensitiv (an die Mediatisierung und an die Affordanzen der Tests) angepasst?

4 Analyse

4.1 Framing als kollaboratives Projekt

Bereits beim Einstieg in die neurologischen Tests geben die TM häufig erste Orientierungen, mit denen die Beteiligungsstrukturen der anstehenden Untersuchungen als gemeinsames Projekt zwischen TM und VA geframt werden. Framing (nach Goffman 1981) etabliert Interpretationsmuster, mit deren Hilfe Akteure Gegenständen, Ereignissen, Handlungen und Situationen Sinn verleihen; in diesem Falle werden Verantwortlichkeiten für das kommende Geschehen – vage bleibend, aber Arbeitsteiligkeit ankündigend – auf die beiden beteiligten Mediziner*innen übertragen. Die Kollaboration von TM und VA während der Testung von P soll nun genauer auf die Partizipationsstrukturen und ihr Management hin betrachtet werden.

Die Testung folgt in der Regel auf die Anamnese, bei der sich TM und P in fokussierter Interaktion befinden. Sie besteht aus der rekursiven Durchführung der o. g. Tests (vgl. 2.2), bei denen die VÄ in je erforderlicher Weise aktiv beteiligt sind. Die Initiierung der Testdurchführung, mit der eine Änderung der Partizipationsstruktur einhergeht, wird verbal explizit markiert. Mit der Ankündigung des Wechsels wird häufig zugleich die Beteiligung der VÄ projiziert. Betrachten wir exemplarisch das folgende Beispiel:

Beispiel #1 P13 TM4 VA10

```
01 TM4>VA: ich hab auch das gefühl dass die linke faZiale seite nicht
           so gut mit enervIErt ist,
02 TM4>P:  °h herr (P13-Name) ich würd sie gern noch mal unterSUchen,
03 TM4:     jEtzt so gut es geht über die [KAmera n_bisschen,
           [((TM zoomt raus))
04 TM4:     auch mit der hilfe vom [kollegen vor ORT,
           [((TM zoomt raus))
05         (0.37)
06 TM4:     wir fangen mal oben [am kopf AN,
           [((TM zoomt ran))
07 TM4:     und ich würd gern mal schauen wie gut sie die AUgen
           [zukneifen können;
08         [((TM kneift Augen zusammen))
```

TM 4 befindet sich zunächst in fokussierter Interaktion mit VA und wechselt zu P, indem er ihn onymisch adressiert „*herr (P13-Name)*“ (Z. 02) (vgl. Günthner 2016). Er kündigt eine Untersuchung an und informiert ihn verbal darüber, dass das Folgende teilweise unter Beteiligung des VA verlaufen wird (*bisschen auch mit der hilfe vom kollegen vor ORT*, Z. 04). Damit ist eine Orientierung gegeben, die das kollaborative Agieren ankündigt (man beachtet die Hierarchie-neutrale Kategorienbezeichnung von VA als „Kollege“).

Die Wahl der Pronomen ist hier aufschlussreich. TM4 verwendet bei der Ankündigung der Untersuchung zunächst die 1. Person Singular „*ich*“ (Z. 02) und framt sich damit als „Eigner“ des Projekts. Mit Überleitung zur ersten Untersuchung wechselt er zur 1. Person Plural „*wir fangen mal oben am Kopf an*“ (Z. 05). „Wir“ ist hier ambig, es kann alle drei Parteien umfassen oder VA respektive P in- oder exkludieren. Im nächsten Zug wechselt TM dann zu „*ich*“ (Z. 07) und wird damit zum Agens, das P auffordert, die Augen zuzukneifen. Diese erste neurologische Untersuchung der Gesichtsmotorik wird also durch TM allein durchgeführt, was aufgrund des Testcharakters (er basiert auf der visuellen Überprüfung eines über Video gut sichtbaren Körperteils) einfach ist.

Auch für den lateral adressierten Kollegen hat die Ankündigung das Potenzial, eine Anforderung seiner Kollaboration zu projizieren. Die Aufzeichnungen lassen für dieses Beispiel allerdings keine Aussage darüber zu, ob oder wie VA reagiert. In der folgenden Sequenz ist das anders.

Beispiel #2 P10 TM1 VÄ8

```
((TM fragt P nach dem aktuellen Monat))
01 TM1: ich muss so FRAGEN weil_s mit zur untersuchung dazUgehört.
02      °h jetzt würd ich mir ganz GERne des- die kamera so einstellen dass ich
        ihre AUgen besser sehen kann?
03      (0.8) ((TM zoomt ran))
04 P10: HM_m;
05      (2.0)
06 TM1: und: (.) dann <<all>würd_n_wir_ma_die) [AUgen untersuchen zunächst,
->07      [((TM1 schwenkt die Kamera nach
        rechts, VÄ8 wird sichtbar, die gerade die Warteposition auflöst.))
```

TM schließt die Beschwerdenexploration ab und äußert, dass sie die Kamera so einstellen will, dass die Augen gut sichtbar sind. Im nächsten Zug kündigt sie die Augenuntersuchung an (*dann <<all>würd_n_wir_ma_die) AUgen untersuchen zunächst*, Z. 07). Auch hier verwendet sie das inklusive, wenngleich ambige „wir“. Und tatsächlich reagiert VÄ bereits hier: Der Ausschnitt, auf dem bisher der Patient zu sehen war, verändert sich durch den Kameraschwenk, und die VÄ kommt ins Sichtfeld. Sie hatte sich während der Anamnese zwischen P und TM in den Raumhintergrund zurückgezogen und an die Wand gelehnt, wodurch sie sich als bystander ausweist. Der Schwenk zeigt nun, wie sie diese Position mit den Worten TMs auflöst und an das Bett des Patienten tritt. Dabei zückt sie bereits die Lampe, die sie gleich für den Lichtreflextest benötigen wird. Unterdessen ist TM weiter damit beschäftigt, den Kameraausschnitt heranzuzoomen und sich die Bedingungen herzurichten, um die Testung durchführen bzw. verfolgen zu können. Hier

wird geteiltes, professionelles Wissen sichtbar, wenn VÄ antizipiert, dass sie nun bald assistieren muss. Dieses Wissen weisen die beteiligten VÄ in unterschiedlichem Maße auf, was sicher u. a. auch von den bisherigen Erfahrungen mit dieser kollaborativen Struktur abhängt.

Im Folgenden werden zwei Formen von Assistenz an Beispielen aus dem Korpus vorgestellt.

4.2 Rekrutierte Assistenz

Allgemein gilt: „Getting others to do things is a central part of social interaction in any human society“ (Rossi/Floyd/Enfield 2020, 1). Eine gut beschriebene Kollaborationsform an einem gemeinsamen Projekt ist die Assistenz. In Anlehnung an Kendrick/Drew (2016, 2) ist das Ziel der Assistenz „[to] resolve troubles or difficulties in the progressive realization of a practical course of action by another“. Normalerweise wird man eingeladen, sich an einer Handlung, die jemand gerade vornimmt, zu beteiligen, denn wie Kendrick/Drew (2014) zeigen, ist Selbsthilfe gegenüber Unterstützung durch andere präferiert.

Die Forschung hat in Zusammenhang mit der Durchführung von gemeinsamen Projekten Formen der „Rekrutierung“ herausgearbeitet (*recruitments*, vgl. Rossi/Floyd/Enfield 2020), d. h. sprachliche Mittel, mit denen Interagierende ihr Gegenüber zum assistierenden Handeln bewegen. Dabei richtete sich der Fokus explizit nicht auf das Rekrutieren von Verbalia, z. B. das Erfragen von Information o. Ä, sondern auf eine praktische Handlung, die als adjazenter nächster Zug (oder mehrere) relevant gesetzt wird (*requests*, Drew/Couper-Kuhlen 2014; vgl. a. Rossi/Floyd/Enfield 2020). Solche Einladungen können auch sehr subtil sein, schon ein Blick, ein Zögern etc. kann als solche ausreichen. Die Rekrutierung von Assistenz in telemedizinischen Tests geschieht jedoch, auch aufgrund der Mediatisierung, vor allem verbal.

Mittlerweile liegen eine ganze Reihe von Analysen unterschiedlicher Sprachen aus einer komparativen Perspektive vor, in denen die sprachlichen Mittel untersucht werden, mit denen Rekrutierungen in den jeweiligen Sprachgemeinschaften vollzogen werden (Rossi/Floyd/Enfield 2020; Drew/Couper-Kuhlen 2014; Drew/Kendrick 2018). Diese Aufforderungsformate können als Imperative, Interrogative und Deklarative auftreten. Welche Mittel jeweils gewählt werden, hängt nicht nur von den gegebenen Strukturen der jeweiligen Sprache ab, sondern auch von einer Vielzahl weiterer Faktoren, wie z. B. (In-)Formalität, Höflichkeit, Art der rekrutierten Handlung, angenommener Aufwand für das Gegenüber bis hin zur Verantwortung, die der Rekrutierende für das Projekt hat.

4.2.1 Delegierende Ausführung

Betrachten wir im Folgenden, wie TM die VÄ für die Assistenz bei einer kollaborativen Testdurchführung rekrutieren und die Testung delegieren.

Beispiel #3 P06 TM3 VA4

```

((TM3 zoomt das Gesicht der Patientin heran))
01 TM3: ich muss mir das nur EINstellen;
02      drum dauerts grad einen kleinen moMENT; gell,
03      bis ich des schön DRAUF hab,
04      (2.60)
05      einfach gradeAUS schauen-
06      SEHR gut,
07      (2.94)
08      mHM?
09      herr (VA4-Name) würden sie bitte noch einmal die BLICKfolge testen?
10      (2.17) ((VA hebt Finger vor Ps Gesicht, bis Z. 15))
11 VA4: schauen sie meinen FINGER kurz,
12      (0.57)
13      und folgen sie mit den AUGen; ja,
14      (0.24)
15      [(bleibt so STEHN;)]
16      [(bewegt den Finger nach rechts, P folgt nicht mit dem Blick)]
17      (0.54)
18      [schauen sie FINGER;]
19      [(führt Finger wieder zurück mittig vor die Augen)]
20      [schauen sie FINGER.]
21      [(14.21) ((P folgt nun dem Finger, VÄ führt Test durch, bis Z. 23))
22 TM3: SEHR gut;
23      mHM,
24      dann ziehen_s mal die AUGenbrauen so HOCH bitte,
25      (2.03) ((TM beobachtet die Ausführung))
26 TM3: mHM,
27      (0.34)
28 TM3: GUT,

```

Wie schon im vorgegangenen Beispiel zoomt TM den Kopf für die Testung der Augen aus der Totale so weit heran, dass das Gesicht den Bildschirm ausfüllt. Das ist technisch etwas knifflig und dauert einige Minuten, wie sie P. gegenüber erklärt, mit der sie sich in fokussierter Interaktion befindet. In Z. 09 formuliert sie die Aufforderung an VA: „*herr (VA4-Name) würden sie bitte noch einmal die BLICKfolge testen?*“. Die onymische Anrede (vgl. Günthner 2016) projiziert die Veränderung der Partizipationsstruktur und selegiert VA als Adressaten, bevor TM die Aufgabe benennt: die Blickfolge testen. Der medizinische Fachbegriff „Blickfolge“ bezeichnet ein definiertes Prozedere, somit handelt es sich um eine „epistemisch voraussetzungsvolle“ Aufforderung an VA (vgl. Birkner/Groß 2020, 124): Die Verwendung des Fachbegriffs setzt Fachwissen bei VA voraus und schreibt ihm damit einen wissenden epistemischen Status zu. Das ist offensichtlich ein angemessener Adressatenzuschnitt, denn VA4 wendet sich direkt an P und startet den Test, indem er sie über ihren Handlungsanteil im Zuge des Tests instruiert: *schauen sie meinen FINGER kurz, (0.57) und folgen sie mit den AUGen; ja, (Z. 11-13)*. Die Instruktion ist kleinschrittig gestaltet und kann problemlos von medizinischen Laien verstanden werden (auch wenn der Nichtmuttersprachler VA sie grammatisch nicht ganz zielsprachlich formuliert).

In diesem Fall hat TM die Testdurchführung an VA delegiert, behält aber – die aufwändige Kameraeinstellung als Voraussetzung dafür gelingt schließlich – die Hoheit über die Evaluation des Tests, denn sie beobachtet sehr genau die Augenreaktion. Auch VA orientiert sich bei der Durchführung auf die Sichtbarkeit für TM, denn er positioniert seinen Körper so, dass nur der Finger im Bild ist und Ps Augenbewegungen von der Kamera gut

erfasst werden. Diagnostische Äußerungen steuert er nicht bei, sondern überlässt es TM, die körperlichen Reaktionen zu beurteilen. Er beendet die Testung nach TMs Evaluation in Z. 22 (*SEHR gut*) und der Ratifizierung in Z. 23 (*mHM*).

Die folgende Abbildung stellt die Sequenzstruktur anhand des Verlaufs von Beispiel #3 dar.

1 Rekrutierung (TM)	<i>herr (VA4-Name) würden sie bitte noch einmal die BLICKfolge testen?</i>	Aufforderung (TM>VA)
2 Response (VA)	<i>schauen sie meinen FINger kurz,</i>	Testdurchführung (VA>P)
3 Ratifizierung (TM)	<i>SEHR gut; mhm,</i>	Evaluation und Abschluss der Sequenz (TM)

Abb. 2: Assistenz als multimodale dreigliedrige Sequenzstruktur

Im nächsten Zug verändert TM die Partizipationsstruktur, die fokussierte Interaktion von VA und P endet, und TM übernimmt den nächsten Test. Mit der Instruktion an P *dann ziehen_s mal die AUGenbrauen so HOCH bitte*, (Z. 24) beginnt die neue Testetappe. Der Wechsel geht reibungslos vonstatten, offensichtlich bereiten fliegende Wechsel für die Beteiligten keine Probleme. Auch diesen Test schließt TM durch eine Evaluation *mHM, GUT*, (Z. 26, 28) ab, worauf die nächste Testetappe beginnt.

In den dreischrittigen multimodalen Sequenzen der assistierten Testdurchführungen erfolgt die Rekrutierung häufig über einen interrogativen Zug, der in seiner Formatierung höflich markiert ist. Als Response der VÄ reicht die direkte Ausführung der Aufforderung („fulfillment“, Rauniomaa/Keisanen, 2012), kurze verbale Ratifizierung kommen aber auch vor. Diese Struktur kann sich nach Abschluss rekursiv wiederholen, oder die VÄ gehen in eine Bereitschaftsposition, bis eine erneute Rekrutierung erfolgt. Die Rekrutierung der Assistenz verläuft äußerst reibungslos, auch wenn dabei vielfältige Wissenszuschreibungen von TM an VÄ vorgenommen werden (vgl. z. B. die Verwendung von Fachbegrifflichkeiten für komplexe Testverfahren). Die kollaborativen Tests sind überwiegend so ausgerichtet, dass TM die Evaluation des Testergebnisses übernehmen. Bisweilen kommt es aber auch vor, dass TM die VÄ an der Evaluation beteiligen,⁸ häufig liegen dann technische Probleme vor. Es ist nicht auszuschließen, dass sich die involvierten Mediziner*innen aus früheren Konsilen kennen, so dass TM die Testkompetenz der VÄ bereits einschätzen können; in den Daten wird das jedoch nicht sichtbar. Generell lässt sich beobachten, dass TM den VÄ eher mehr Wissen zuschreiben und erst eingreifen, wenn deutlich wird, dass ihr epistemischer Adressatenzuschnitt nicht passt (vgl. dazu Bsp. 6).

⁸ So in diesem Beispiel mit P05, TM3 und VA4: TM3 instruiert P, „ganz normal“ zu schauen (Z. 198):

Andererseits gibt es immer wieder Beispiele, in denen VÄ durch ihr rasches und eigen-initiatives Agieren einen hohen epistemischen Status beanspruchen. Betrachten wir in Beispiel 4, der Fortsetzung von Beispiel 2, wie VÄ den Augentest beginnt, ohne explizit rekrutiert worden zu sein.

Beispiel #4 P10 TM1 VÄ8

```
((TM fragt P nach dem aktuellen Monat))
01 TM1: ich muss so FRAGEN weil_s mit zur untersuchung daZugehört.
02      °h jetzt würd ich mir ganz GERne des- die kamera so einstellen dass ich
      ihre AUGen besser sehen kann?
03      (0.8) ((TM zoomt ran))
04 P10: HM_m;
05      (2.0)
06 TM1: und: (.) dann <<all>würd_n_wa_ma_die) [AUGen untersuchen zunächst,
07      [((TM1 schwenkt den
      Kameraausschnitt nach rechts, VÄ8 kommt ins Sichtfeld))
08 TM1: ((räuspert sich))
09      (3.1) ((Kameraausschnitt schwenkt hin und her, bis Z. 17))
->10 TM1: frau dok[ter (VÄ8-Name) wenn sie
->11 P10: [ich hatte erst vor
12 TM1: HM? (1.3)
13 P10: ich hatte erst vor kurzem eine augenärztliche geSICHTSfeldkontrolle,
14 TM1: JA:?
15 P10: und die war eigentlich in ORDnung;
16 TM: oKA:Y?
17      (2.1)
->18 VÄ8: jetzt mal die AUGen weit AUFmachen?
19      [dann leucht ich ihnen mal REIN,
20 TM1: [mHM,
21 VÄ8: MICH anschauen,
22      einfach MICH anschauen;
23 TM1: ups:.
245      irgendwie ist die kamera schwEr zu STEUern.
```

In Z. 11 setzt TM, nach einer etwas längeren Pause, in der sie die Kamera adjustiert, zu einer Aufforderung an, um die Kollaboration von VÄ zu rekrutieren, unterbricht sich dann aber. Sie kommt nur bis zu der onymischen Adressierung der VÄ und den zwei Wörtern „wenn sie“, als P. überlappend einsetzt, um von einer vorangegangenen Untersuchung zu berichten. TM quittiert die voluntierte Information mit einem *oKA:Y?* und nach einer kurzen Pause beginnt VÄ direkt mit der Instruktion an P für den Pupillenreaktionstest. Das *mHM* von TM in Z. 20 lässt sich als Ratifizierung deuten. Der response cry *ups* (Z. 24) und *irgendwie ist die kamera schwer zu STEUern*. (Z. 25) liefern eine Begründung

```
198 TM3: wenn sie jetzt einfach so ganz normal SCHAUen,
199      (1.35)
200 TM3: ja nee aber dann ist EiGentlich- (1.1) GLEICH,
->201      oder herr (VA4-Name),
->202      was (0.9) [meinen SIE,
203 VA4: [also ich- (1.74)
204      wenn dann-
205      also meiner meinung nach könnte sein das (0.6) LIN[ke-
206 TM3: [ja aber das ist mehr
      eine ( ) als gesichtsAsymmetrie,
```

Offensichtlich kann das Schauen nicht eindeutig beurteilt werden, und TM fragt VA4 direkt nach einer Einschätzung. Es entwickelt sich eine Fachdiskussion, in der das Für und Wider verschiedener Diagnosen ausgetauscht wird.

(account) dafür, dass TM aufgrund technischer Schwierigkeiten die Eigeninitiative von VÄ gelegen kommt.

Hier werden Routine und ein hoher epistemischer Status durch eine schnelle Durchführung quasi „verkörpert“, die der Rekrutierung zuvorkommt. Auch kommt es immer wieder vor, dass VÄ initiativ Testelemente ergänzen, wiederholen, bewerten; dies ist im Rahmen des gemeinsamen Projektes im Rahmen des Möglichen und wird von TM nicht sanktioniert.

4.2.2 Duettierende Ausführung

Eine zweite Partizipationsstruktur während der Tests stellt das Duett dar. Nach Bauer (2009) liegt es vor, „wenn Beteiligte gemeinsam und mit derselben Orientierung auf einen Rezipienten eine Äußerung oder ein mehrgliedriges Projekt vorantreiben“ (2009, 137). Lerner (1992) untersucht ähnliche Konstellationen unter der Bezeichnung Ko-Sprecher im Kontext von Erzählungen, wo mehrere Erzählende Assoziationen bilden können, um das gemeinsame Projekt „Erzählung“ voranzutreiben. Die Übernahme dieser Rolle durch Sprecher*innen, die sowohl Ko-Animator, Ko-Autor und Ko-Eigner sind, setzt einen hohen epistemischen Status voraus (vgl. Lerner 1993, 235). Im Falle von Erzählungen handelt es sich um geteiltes Wissen über die Geschichte, im Falle der Duette in neurologischen Testungen ist fachliches Wissen vorausgesetzt.

Dieser Partizipationsstruktur geht immer die Etablierung des gemeinsamen Projektes voraus, aber anstatt die Rollen von Eigner/Autor/Animator der Testung zwischen den Mediziner*innen zu wechseln, werden sie verdoppelt, gewissermaßen zweistimmig geteilt. Duette sind häufig problemorientiert, z. B. bei akustischen Verständigungsschwierigkeiten, Schwerhörigkeit, Abgelenktheit oder Überforderung. Die folgenden beiden Beispiele zeigen, wie im Zuge der Instruktion von P ein Duett zwischen TM und VA entsteht.

Beispiel #5 P01, TM1 VA1

```

01 TM1: ich stell mir mal die KAMERA ein;
02      [dass wir die AUGEN gescheit sehen können?
03      [((zoomt ran bis Z 05))
04 TM1:      [die pu[PILLEN uns noch mal [gemeinsam anschauen-
05 VA1:      [ ( )
06                                     [((VAs Hand mit Lampe wird sichtbar))
07      (0.22) ((P schaut zu VA, VA zieht ihre Augenbrauen hoch))
08 VA1: [da schauen sie HIN,
09      [((P schaut wieder in Kamera, VA leuchtet in Augen))
10      (2.4)
->11 VA1: können sie (.) die augen noch MEHR [aufmachen,
->12 TM1:      [(machen_se) mal GRO::ß Auf;
13      geNAU;
14      jetzt sieht man die pupillen SCHÖN.
```

Beispiel #6 P01, TM1 VA1

```

01 TM1: schauen wir als nächstes mal die kraft in den ARmen an?
02      (0.93) ((TM zoomt raus))
03 TM1: un_wenn sie [bitte mal BEIde ARme nach Oben heben;
04      [((TM demonstriert Armehaltung, bis Z. 06))
05 VA1:      [(
06 TM1: wie wenn sie ein taBLeTT tragen würden;
07      [mit den HANDflächen nach [Oben; (0.68)
08      [((P hebt ARme an, Handflächen nach unten))
09      [((VA schaut kurz zum Monitor))
10      (0.14) ((VA dreht die Handflächen der P nach oben))
->11 VA1: DIrekt vor mir,
->12      ja [geNAU,)
13 P01:      [(jetzt) ach SO. ja,
->14 VA1: [(SO.) (-)
15      [((VA hält die Hände von P. in Position, bis Z. 18))
16 TM1: [mHM? (.)
17      geNAU.
18      SÜper.

```

Die duettierende Ausführung, bei der VA die Instruktion der TM ko-artikuliert, zeigt sich in Beispiel 5: *VA: können sie (.) die augen noch MEHR aufmachen*, (Z. 11) und *TM: (machen_se) mal GRO::ß AUf*; (Z. 12). Die Zweistimmigkeit wird hier auch durch die Verwendung ähnlicher Formulierungen gut sichtbar. In Beispiel 6 orientiert TM zunächst (mittels eines inklusiven *wir* an alle gerichtet, vgl. Bsp. 2) über das Ziel des nun folgenden Tests, die Überprüfung der *kraft in den ARmen* (Z. 10). Der Test enthält mehrere Schritte. Zunächst müssen die Arme mit nach oben ausgerichteten Handflächen auf Schulterhöhe ausgestreckt werden. Die verbale Instruktion, in Form einer Bitte an P gerichtet, wird von einer Demonstration der TM begleitet. VA informiert sich mit einem Blick auf die Demonstration von TM über die richtige Handhaltung (Z. 09) und dreht daraufhin die Handflächen nach oben, begleitet von der Äußerung *DIrekt vor mir, ja geNAU*, (Z. 11, 12) und *SO*. (Z. 14). Die Patientin signalisiert nun auch verbal Verstehen (Z. 13), und TM bestätigt die Art der Ausführung mit *mHM? (.) geNAU. SÜper*. (Z. 16-18).

Einen etwas anders gelagerten Fall stellt Beispiel 7 vor. Es ähnelt strukturell einem Duett, lässt aber aufschlussreiche Schlussfolgerungen über den Umgang mit Asymmetrie in der A/A-Interaktion zu.

Beispiel #7 P15, TM3 VÄ13

```

01 TM3: frau (VÄ13-Name) könnten sie bitte noch mal die BLICKfolge testen,
02 VÄ13: (6.19) ((rückt Kopfkissen P zurecht))
03      wie MEInen sie,
04      geSICHTSfeld oder-
05      (0.17)
06 TM3: (no_mal)die BLICKfolge als erstes mal,=
07      =die BLICKfolge,
08 VÄ13: SO;
09      (3.14) ((richtet Ps Kopf gerade aus))
10      schauen sie meine NAs e rst an.
11      (0.55) ((VÄ hebt Finger hoch. P blickt VÄ ins Gesicht))
12      erst zu MI:R, (1.75)
13      schauen sie ein FINGe r,
14      (0.29)
15 P15:      (oKAY;) (0.77)
16 VÄ13: und JETZT?
17      (4.9) ((bewegt den Finger von rechts nach links))

```

18 ((P schaut in ihr Gesicht, bis Z. 17))
 19 nur EIN finger. (1.39)
 20 () [()]
 21 TM3: [herr (P-Name) sie schauen bitte EINFach IMmer dem Finger der
 kollegin nach,
 22 den kOpf gerade lassen und auf den fInger der kolLEgin schauen;
 23 (0.89)
 24 VÄ13: geNAU;
 25 sie folgen meinem FINger;
 26 P15: aHA,
 27 DEN da,
 28 geNAU,
 29 (0.47)
 30 VA13: SCHAUen sie-
 31 SCHAUen sie,
 32 (2.41)
 33 kopf nicht beWEgen-
 34 (12.84) ((führt Test durch))
 35 TM3: oKAY?
 36 GUT?
 37 mal die AUgen fest zusammenzwicken,

Der Ausschnitt beginnt mit der Rekrutierung von VÄ zum *BLICKfolge testen* (Z. 01), eine epistemisch voraussetzungsvolle Rekrutierung, die Fachwissen der VÄ voraussetzt (vgl. a. Bsp. 3). Doch anstatt mit dem Test zu beginnen, kommt es zu einer längeren Pause, in der VÄ Ps Kopfkissen zurechtstopft. Dann initiiert VÄ eine Reparatur und fragt „was MEInen sie“ (Z. 03) und bietet dann einen Kandidaten an: *gesichtsfeld oder-* (Z. 04). Diese Reparaturinitiierung zeigt ein akustisches Problem an, als hätte VA nicht verstanden, welchen Augentest sie durchführen soll; jedenfalls behandelt TM es als solches und wiederholt zweimal *BLICKfolge* (Z. 06, 07), betont deutlich mit Fokusakzent.

Nachdem VÄ zunächst erneut Ps Kopfausrichtung korrigiert, beginnt sie mit Instruktionen, in denen sie – anders als bei sonstigen Ausführungen im Korpus – P auffordert, auf ihre Nase (Z. 10), zu ihr (Z. 12) und dann auf einen ihrer Finger (Z. 13, Z. 19) zu schauen. VÄ hat unterdessen begonnen, den Finger hin und her zu bewegen; für den Test müsste P diesem nun mit dem Blick folgen, aber offensichtlich hat er die Instruktionen nicht so verstanden. Nun greift TM ein: In Überlappung mit VÄ – ohne dass ein möglicher Redeübergabepunkt vorläge – selektiert sie P als Adressaten und formuliert die Instruktion: *herr (P-Name) sie schauen bitte EINFach IMmer dem Finger der kollegin nach, den kOpf gerade lassen und auf den fInger der kolLEgin schauen;* (Z. 21, 22). Damit übernimmt TM die Instruktionsverbalisierung, die eigentlich an VÄ delegiert wurde. VÄ ratifiziert das mit *genau* und instruiert den nächsten Schritt „*sie folgen meinem FINger*“ (Z. 25). Mit *aHA* bestätigt P, dass er nun verstanden habe, und der Test wird absolviert.

Es ist nicht genau zu bestimmen, ob der Anlass für TM, hier einzugreifen, vermutete fachliche Defizite bei der Testdurchführung oder sprachbedingte Schwierigkeiten bei der Instruktionsformulierung sind. Die Verzögerungen im Testbeginn, die ungewöhnlichen Anweisungen und die Nicht-Ausführung durch P mögen TM gezeigt haben, dass VÄ bei der Umsetzung des Auftrags Schwierigkeiten hat. Hervorzuheben ist jedoch, dass mit

der Wahl des Eingreifens via Duett vermieden wird, eine Korrektur an VÄ zu adressieren. Damit wäre eine Schuldzuweisung für das Misslingen verbunden; stattdessen wird es als Nicht-Verstehen durch P geframt. TM nimmt die an VÄ delegierten Rechte zur Instruktion kurz wieder an sich; die tiefe Unterbrechung und der etwas ungeduldige Duktus ihres Eingriffs (vgl. a. die Verwendung des Imperativs) legen den Eindruck nahe, dass hier die gemeinsame Orientierung im kollaborativen Arzt/Arzt-Arbeitsbündnis auf der Oberfläche gewahrt bleibt und zugleich das Testen sehr effizient vorangetrieben wird.

5 Zusammenfassung

Es wurden Formen der Kollaboration in fokussierter Interaktion in einem telemedizinischen Setting untersucht und die dabei realisierten Partizipationsstrukturen beschrieben. Die Analyse der Kollaboration von TM und VÄ während neurologischer Tests im Rahmen eines Konsils zeigte, wie der mediatisierte Kontext und die Affordanzen der telemedizinischen Behandlung per Videoschaltung sowie die Anforderungen der jeweiligen Tests berücksichtigt wurden. Dabei wurde deutlich, dass die TM ein gemeinsames Projekt mit den VÄ etablieren, die übergeordnete Verantwortung für die Untersuchung aber nicht aus der Hand geben. Zwar agieren die TM, die zu dem fachärztlichen Konsil von VÄ angefragt werden, als Verantwortliche der Konsultation, die den Verlauf maßgeblich strukturieren. Bei einigen neurologischen Tests sind sie allerdings auf die Assistenz und/ bzw. Mitwirkung der VÄ angewiesen. Diese erfolgt in einer spezifischen Arbeitsteilung, die eine komplexe Kollaboration aller Beteiligten erfordert. Die TM stellen zunächst die Bedingungen für den jeweiligen Test her und projizieren verbal die folgende Etappe. Dann erst rekrutieren sie die VÄ verbal und fordern sie zur Testdurchführung auf, woraufhin die VÄ die Patient*innen instruieren. Während der Durchführung der Tests wird eine gute Sichtbarkeit für die TM sichergestellt, die die abschließende Evaluation übernehmen bzw. den Ablauf der Testung strukturieren. Je nach Art und Erfordernis der Tests werden unterschiedliche Anteile an die VÄ delegiert, technische Probleme können dazu führen, dass sich die kollaborativen Anteile der VÄ vergrößern, und auch die Expertise, mit der die VÄ agieren, nimmt hier Einfluss.

Dennoch führen die TM Untersuchungen, die keine körperliche Anwesenheit erfordern, in aller Regel selbst durch, sie positionieren sich als „primäre Eigner“, als Verantwortliche für das gemeinsame Projekt der neurologischen Testung. Die zweite Form, die duettierende Assistenz, die im Rahmen eines gemeinsamen Projektes auftreten kann, ist eher selten. Möglicherweise ist sie dispräferiert, da eine einmal erteilte Lizenz zur Assistenz damit fraglich und sie als „Einmischung“ wahrgenommen werden könnte oder weil mehrstimmiges Instruieren nicht als funktional gelten kann.

Insgesamt gilt, dass trotz einer klaren Positionierung der TM als verantwortlich für das Konsil die Kollaboration zwischen den Mediziner*innen sehr symmetrisch gestaltet ist. Das zeigt sich in Bezeichnungen wie „Kollege“ und auch im Format der Aufforderungen, mit denen die Assistenz rekrutiert wird. Sie weisen stets Höflichkeitspartikeln auf, sind als

Bitten und mit Fragesyntax sowie Modalpartikeln gestaltet (vgl. bspw. *könnten sie bitte noch mal die BLICKfolge testen*, Z. 1; Bsp. 7). Imperative kommen in den Aufforderungen an die VÄ selten vor; sie sind vielmehr die häufigste Form, mit der VÄ die Instruktionen an die P richten. Auffällig sind die häufigen onymischen Anredeformen, mit denen die Rekrutierungen und damit die Wechsel der Partizipationsstrukturen vollzogen werden. Dies ist der Mediatisierung geschuldet, die andere Formen der Adressatenauswahl, z. B. per Blick, unmöglich macht.

Dennoch kann man mit Lanwer (2019, 18) resümieren, dass das, was für die Videotelefonie gilt, auch das telemedizinische Setting betrifft: Es ist „eine Interaktionsform [sic] die die visuelle Reziprozität der FtF-Situation medien-technisch nachbildet und damit die Konstitution eines virtuellen Hier ermöglicht, dass sich auch als virtueller Interaktionsraum beschreiben lässt.“ Die medizinische Ausbildung berücksichtigt die mit telemedizinischer Behandlung verbundenen interaktiven Anforderungen bisher (noch) nicht, was aber auch angesichts kaum vorhandener empirischer Studien zu den partizipativen Strukturen und den medialen Affordanzen nicht verwundert. Weitere Untersuchungen sind deshalb äußerst wünschenswert!

Literatur

- Bauer, Angelika (2009) *Miteinander im Gespräch bleiben: Partizipation in aphasischen Alltagsgesprächen*. Mannheim: Verlag für Gesprächsforschung.
- Birkner, Karin/Auer, Peter/Bauer, Angelika/Kotthoff, Helga (2020) *Einführung in die Konversationsanalyse*. Berlin u. a.: De Gruyter.
- Birkner, Karin/Groß, Alexandra (2020) Die neurologische Untersuchung in telemedizinischen Konsultationen zur Schlaganfalldiagnostik: Multimodale Praktiken medial vermittelter Kollaboration. In: *Sprache im Beruf* 3(2), 109-141.
- Boluwaduro, Eniola Olamide (2018) *(Non)Adherence in Doctor/Patient Interactions in Nigerian HIV Clinics*. <https://epub.uni-bayreuth.de/id/eprint/3828/1/Diss.pdf.pdf>. [zuletzt aufgerufen am 14.11.2023]
- Byrne, Patrick S./Long, Barrie E. L. (1976) *Doctors Talking to Patients: A Study of the Verbal Behaviours of Doctors in the Consultation*. London: HMSO.
- Drew, Paul/Couper-Kuhlen, Elisabeth (Hrsg., 2014) *Requesting in Social Interaction*. Amsterdam u. a.: Benjamins.
- Drew, Paul/Heritage, John (1992a) Analyzing Talk at Work: An Introduction. In: Drew, Paul/Heritage, John (Hrsg.), 3-65.
- Drew, Paul/Heritage, John (Hrsg., 1992b) *Talk at Work. Interaction in Institutional Settings*. Cambridge: CUP.

- Drew, Paul/Kendrick, Robin H. (2018) Searching for Trouble: Recruiting Assistance through Embodied Action. In: *Social Interaction. Video-Based Studies of Human Sociality* 1(1), 1-16.
- Floyd, Simeon/Rossi, Giovanni/Enfield, Nick J. (Hrsg., 2020) *Getting Others to Do Things. A pragmatic typology of recruitments*. Berlin: Language Science Press.
- Goffman, Erving (1981) *Forms of Talk*. Philadelphia: UPP.
- Goffman, Erving (1983) The Interaction Order. In: *American Sociological Review* 48(1), 1-17.
- Goodwin, Charles (1996) Transparent Vision. In: Ochs, Elinor/Schegloff, Emanuel A./Thompson, Sandra A. (Hrsg.): *Interaction and Grammar*. Cambridge: CUP, 370-404.
- Groß, Alexandra (2015) Asymmetrie und (Patienten-)Expertise in der HIV-Sprechstunde. In: Spranz-Fogasy, Thomas/ Busch, Albert (Hrsg.) *Handbuch Sprache in der Medizin*. Berlin: De Gruyter, 282-299.
- Groß, Alexandra (2018) [https://eref.uni-bayreuth.de/54287/Arzt/Patient-Gespräche in der HIV-Ambulanz: Facetten einer chronischen Gesprächsbeziehung](https://eref.uni-bayreuth.de/54287/Arzt/Patient-Gespräche%20in%20der%20HIV-Ambulanz%20Facetten%20einer%20chronischen%20Gesprächsbeziehung.pdf), Göttingen: Verlag für Gesprächsforschung. <http://verlag-gespraechsforschung.de/2018/pdf/ambulanz.pdf>. [zuletzt aufgerufen am 14.11.2023]
- Günthner, Susanne (2016) Praktiken erhöhter Dialogizität: Onymische Anredeformen als Gesten personifizierter Zuwendung. In: *Zeitschrift für Germanistische Linguistik* 44(3), 406-436.
- Günthner, Susanne (2017) Sprachliche Verfahren bei der Übermittlung schlechter Nachrichten – Sedimentierte Praktiken im Kontext onkologischer Aufklärungsgespräche. In: *Arbeitspapiere Sprache & Interaktion* 71, 1-45.
- Heath, Christian (1992) The delivery and reception of diagnosis in the general practice consultation. In: Drew, Paul/Heritage, John (Hrsg.), 235-267.
- Heritage, John (2005) Revisiting authority in physician-patient interaction. In: Duchan, Judith F./ Kovarsky, Dana (Hrsg.) *Diagnosis as Cultural Practice*, Berlin: Mouton/de Gruyter, 83-102.
- Heritage, John (2012a) Epistemics in Action: Action Formation and Territories of Knowledge. In: *Research on Language and Social Interaction* 45(1), 1-29.
- Heritage, John (2012b) The Epistemic Engine: Sequence Organization and Territories of Knowledge. In: *Research on Language and Social Interaction* 45(1), 30-52.

- Heritage, John/Clayman, Steven (2010) *Talk-in-Action: Identities, Interaction and Institutions*. Oxford: Wiley-Blackwell.
- Heritage, John/Raymond, Gene (2005) The Terms of Agreement: Indexing Epistemic Authority and Subordination in Talk-in-Interaction. In: *Social Psychology Quarterly* 68(1), 15-38.
- Kendrick, Robin H./Drew, Paul (2014) The Putative Preference for Offers Over Requests. In: Drew, Paul/Couper-Kuhlen, Elisabeth (Hrsg.), 87-140.
- Kendrick, Robin H./Drew, Paul (2016) Recruitment: Offers, Requests, and the Organization of Assistance in Interaction. In: *Research on Language and Social Interaction* 49(1), 1-19.
- Lanwer, Jan Philipp (2019). Blended joint-attention in medial vermittelter Interaktion. Die Konstitution eines virtuellen Interaktionsraums in Videotelefonaten mit Skype. In: Marx, Konstanze/Schmidt, Axel (Hrsg.) *Interaktion und Medien*. Heidelberg: Winter, 99-124.
- Lerner, Gene H. (1992): Assisted Story-Telling: Deploying Shared Knowledge as a Practical Matter. In: *Qualitative Sociology* 15(3), 247-271.
- Lerner, Gene H. (1993) Collectivities in Action: Establishing the Relevance of Conjoined Participation in Conversation. In: *Text – Interdisciplinary Journal for the Study of Discourse* 13(2), 213-245.
- Luff, Paul/Heath, Christian/Kuzuoka, Hideaki/Hindmarsh, Jon/Yamazaki, Keiichi/Oyama, Shinya (2003) Fractured ecologies: Creating environments for cooperation. In: *Human-Computer Interaction* 18(1), 51-84.
- Meer, Dorothee/Brock, Alexander (2004) Macht – Hierarchie – Dominanz – A-/Symmetrie: Begriffliche Überlegungen zur kommunikativen Ungleichheit in institutionellen Gesprächen. In: *Gesprächsforschung* 5, 84-209. <http://www.gespraechsforschung-online.de/fileadmin/dateien/heft2004/ga-brock.pdf> [zuletzt aufgerufen am 14.11.2023]
- Mondada, Lorenza (2010) Eröffnungen und Prä-Eröffnungen in medienvermittelter Interaktion: Das Beispiel Videokonferenzen. In: Mondada, Lorenza/Schmitt, Reinhold (Hrsg.) *Situationseröffnungen: Zur multimodalen Herstellung fokussierter Interaktion*. Tübingen: Narr, 277-334.
- Nomikou, Iris/Pitsch, Karola/Rohlfing, Katharina (2013) Asymmetry and Adaptation in Social Interaction. A Micro-Analytic Perspective. In: *Interaction Studies*, 14(2).
- Parsons, Talcott (1951) *The Social System*. London: Routledge and Kegan Paul LTD.

- Peräkylä, Anssi (1998) <http://www.jstor.org/stable/2787032> "Authority and Accountability: The Delivery of Diagnosis in Primary Health Care". In: *Social Psychology Quarterly*, 61(4), 301-320.
- Peräkylä, Anssi (2006) Communicating and Responding to Diagnosis. In: Heritage, John/Maynard, Douglas W. (Hrsg.) *Communication in Medical Care: Interactions Between Primary Care Physicians and Patients*. Cambridge, UK: CUP, 214-247.
- Pilnick, Alison/Dingwall, Robert (2011) On the Remarkable Persistence of Asymmetry in Doctor/Patient Interaction: A Critical Review. In: *Social Science & Medicine* 72(8), 1374-1382.
- Rauniomaa, Tiina/Keisanen, Mirka (2012) The Organization of Participation and Contingency in Prebeginnings of Request Sequences. In: *Research on Language and Social Interaction* 45(4), 323-351.
- Rossi, Giovanni (2012) Bilateral and Unilateral Requests. The Use of Imperatives and MI X? Interrogatives in Italian. In: *Discourse Processes* 49(5), 426-458.
- Rossi, Giovanni/Floyd, Simeon/Enfield, Nick J. (2020) Recruitment and Pragmatic Typology. In: Floyd, Simeon/Rossi, Giovanni/Enfield, Nick J. (Hrsg.), 1-23.
- Selting, Margret/Auer, Peter/Barth-Weingarten, Dagmar/Bergmann, Jörg/Bergmann, Pia/Birken, Karin/Couper-Kuhlen, Elizabeth/Deppermann, Arnukl/Gilles, Peter/Günthner, Susanne/Hartung, Martin/Kern, Friederike/Mertzluft, Christine/Meyer, Christian/Morek, Miriam/Oberzaucher, Frank/Peters, Jörg/Quasthoff, Uta/Schütte, Wilfried/Stukenbrock, Anja/Uhmann, Susanne (2009) Gesprächsanalytisches Transkriptionssystem 2 (Gat2). In: *Gesprächsforschung* 10, 353-402.
- Spranz-Fogasy, Thomas (2005) Kommunikatives Handeln in ärztlichen Gesprächen – Gesprächseröffnung und Beschwerdenexploration. In: Neises, Mechthild/Ditz, Susanne/Spranz-Fogasy, Thomas (Hrsg.) *Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde*. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 17-47.