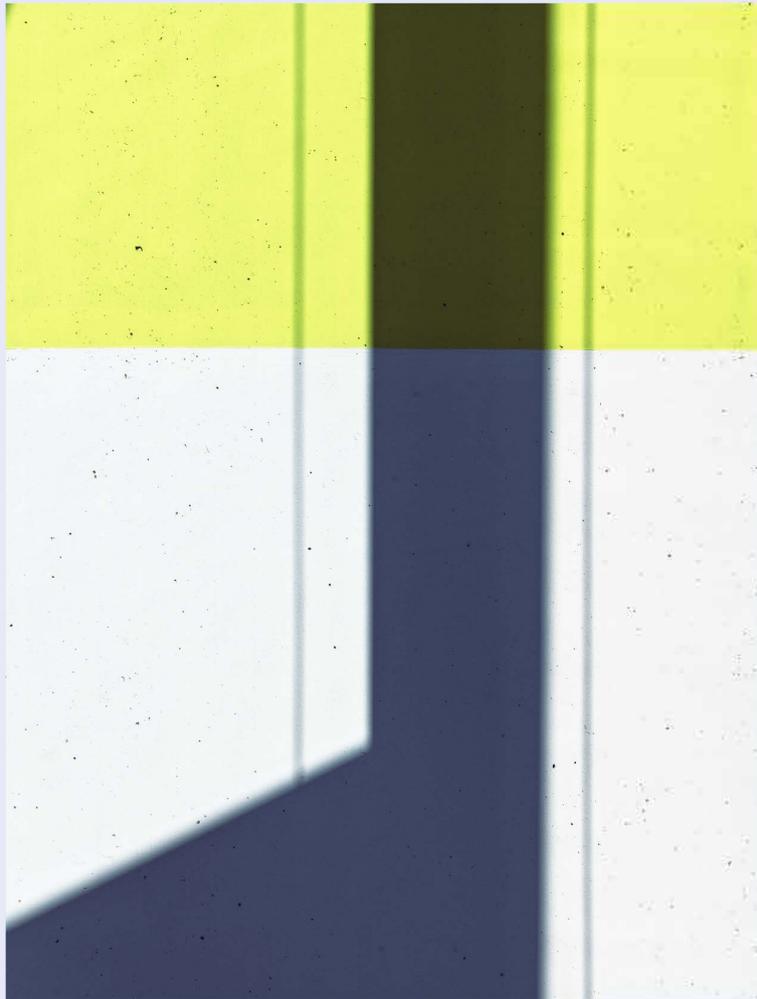


OBSST



Sprache – Wissen – Macht

Zur sprachlichen Konstitution (bio)medizinischer
und bioethischer Kommunikation

Osnabrücker Beiträge zur Sprachtheorie 102

OBST (1976 mit vollem Namen als Osnabrücker Beiträge zur Sprachtheorie gegründet) nimmt Sprache in ihren systematischen, historischen, praktischen, didaktischen und kulturellen Dimensionen in den Blick. Als sprachwissenschaftliche Zeitschrift möchten wir Sprache in ihren Praxiszusammenhängen darstellen, reflektieren und begreifen, um die Prinzipien und Wirkungsweisen sprachlichen Handelns transparent zu machen und die Relevanz von Sprache für gesellschaftliche Praxis aufzuzeigen.

OBST

2024

102

Sprache – Wissen – Macht

Zur sprachlichen Konstitution (bio)medizinischer und
bioethischer Kommunikation

Herausgegeben von
Kati Hannken-Illjes und Constanze Spieß

Osnabrücker Beiträge zur Sprachtheorie (OBST)

Redaktion	Bettina M. Bock (Köln) Manuela Böhm (Karlsruhe) Jürgen Erfurt (Frankfurt/Main) Christiane Hohenstein (Winterthur) Steffen Pappert (Duisburg-Essen) Martin Reisingl (Wien) Ulrich Schmitz (Duisburg-Essen) Constanze Spieß (Marburg)
Redaktionsbeirat	Joachim Gessinger (Potsdam) Eduard Haueis (Heidelberg) Franz Januschek (Oldenburg) Arne Krause (Hamburg) Angelika Redder (Hamburg) Heike Roll (Duisburg-Essen)
Anschrift der Redaktion	obst-redaktion@uni-marburg.de
Lizenz	CC BY-NC-ND 4.0 (Creative Commons, Namensnennung - nicht kommerziell - keine Bearbeitung)
OBST im Internet	https://journals.uni-marburg.de/obst/index www.linse.uni-due.de
Unsere seit Jahren bewährte Praxis	Alle Beiträge werden von den HerausgeberInnen eingeworben, unabhängige GutachterInnen entscheiden dann über die Annahme der Beiträge

Bibliographische Information der deutschen Nationalbibliothek: Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliographie; detaillierte bibliographische Angaben sind im Internet über <http://www.dnb.de> abrufbar.

ISSN	0936-0271 Universitätsbibliothek Marburg 2024
DOI	https://doi.org/10.17192/obst.2024.102 Published online 13-02-2024
Umschlag: Satz und Layout:	Joachim Gessinger LEXAT Satz & Text, Potsdam

Inhaltsverzeichnis

KATI HANNKEN-ILLJES / CONSTANZE SPIESS Sprache – Wissen – Macht. Zur sprachlichen Konstitution (bio)medizinischer und bioethischer Kommunikation	7
LESLEY-ANN KERN / CONSTANZE SPIESS Die Rolle von Selbst- und Fremdzuschreibungen zur Durchsetzung von Geltungs- ansprüchen am Beispiel der Debatte um Pränataldiagnostik und Reproduktions- medizin	13
NORBERT DONNER-BANZHOF Was zählt als Argument? Belege und Begründungen bei medizinischen Entscheidungen	41
ELISABETH KLESCHATZKY / KATI HANNKEN-ILLJES Die Etablierung und Verwendung von <i>Unvergleichbarkeit</i> und <i>Unplanbarkeit</i> als argumentative Ressourcen in der Schwangerenberatung	63
INA VÖLKER Ich weiß ja EH noch nicht was auf mich zukommt Wissen und Nicht-Wissen in Schwangerenberatungsgesprächen	87
KARIN BIRKNER Partizipationsstrukturen in telemedizinischen Konsilen	117
SASKIA JÜNGER Implizite Normativität und Komplexitätsreduktion in der medizinischen Wissens- produktion	143
THERESA SCHNEDERMANN <i>Urlaub vermochte die Lage nicht mehr zu verbessern.</i> Norm(alitäts)vorstellungen und Toleranzgrenzen im Burnout-Diskurs	169
CAROLIN SCHWEGLER Alzheimer und Agency. Eine kulturlinguistische Analyse zur sprachlichen Aushandlung von Handlungs- macht im Kontext medizinischer Risikovorhersagen	191

KRISTIN BÜHRIG
Expertise in Interaktion:
Zu einigen Eigenarten der Wissensvermittlung im NDR-Podcast „Coronavirus-
Update“ 213

FRIEDEMANN VOIGT
Religiöse Sprache in der Bioethik.
Überlegungen zu einer Topologie ethischer Rede 235

KATI HANNKEN-ILLJES / CONSTANZE SPIESS

Sprache – Wissen – Macht.

Zur sprachlichen Konstitution (bio)medizinischer und
bioethischer Kommunikation

Das Sprechen über (bio-)medizinische Zusammenhänge in Institutionen und im öffentlich-politischen Raum gehört zu den Alltagserfahrungen nahezu eines jeden Menschen. Bestimmt ist es durch Wissensasymmetrien, durch deren Bearbeitung und durch die Aushandlung unterschiedlicher ethischer Bewertungen dieses Wissens. Sprache spielt dabei eine zentrale Rolle, denn medizinisches und bioethisches Wissen ist auf Sprache angewiesen, wird durch Sprache konstituiert, ausgehandelt, be- und verarbeitet.

Bei der Vermittlung von medizinischem Wissen, bei der Diskussion über biomedizinische Innovationen und bei der Entscheidungsfindung zu medizinischen Eingriffen und Therapien spielen neben medizinischen und naturwissenschaftlichen Gesichtspunkten auch soziale, ethische, gesellschaftliche und politische Aspekte eine Rolle. Das Aufeinandertreffen der unterschiedlichen Akteur:innen im Feld mit ihren heterogenen, teils auch kulturspezifisch geprägten Perspektiven stellt dadurch in mehrfacher Hinsicht eine Herausforderung dar. Es treffen Ansprüche aus verschiedenen Wissensbereichen und -systemen aufeinander, so dass Wissensasymmetrien mehr oder weniger bewusst immer vorhanden sind und die Text- und Gesprächskonstitution bestimmen. Das kann dazu führen, dass es aufgrund unterschiedlicher Interessenslagen und Machtkonstellationen zu Konflikten kommt. Die Aushandlung von Wissen bestimmt also viele Formen medizinischer Kommunikation.

Es stellt sich die Frage, welche Formen des Wissens in Gesprächen und in Diskursen relevant sind und bearbeitet werden und welche Wissensasymmetrien dabei zur Geltung kommen. So haben die Gesprächsbeteiligten auf der Mikroebene der Interaktion oder die Diskursakteur:innen der Makroebene unterschiedlichen Zugriff und einen unterschiedlichen Status in Bezug auf Wissen: Erkenntniswissen der Expert:innen und Erfahrungswissen der Betroffenen/Patient:innen (vgl. Graf/Spranz-Fogasy 2018, 425); deklaratives Wissen (*knowing that*) und prozedurales Wissen (*knowing-how*) bei Expert:innen und Betroffenen/Patient:innen sowie spezifisches Körperwissen bei Betroffenen/Patient:innen. Je nach Fokus sind diese Wissensformen mehr oder weniger stark institutionell gerahmt. Institutionelles Wissen liegt quer zu den genannten Wissensformen und hat Auswirkun-

gen auf die je spezifische Kommunikationssituation bei der Aushandlung von Wissen sowie der Bearbeitung von Wissensasymmetrien.

Die Aushandlung von Wissen und die Bearbeitung von Wissensasymmetrien werden u. a. durch das Einbringen von Geltungsansprüchen in interaktionalen Situationen auf der Mikroebene ebenso wie auf der Makroebene gesellschaftlicher oder politischer Diskurse realisiert, allerdings unter unterschiedlichen Bedingungen. Eine wichtige Rolle auf beiden Ebenen spielt dabei das Argumentieren. Zum einen werden mit dem Verfahren der Argumentation Gründe für strittige Sachverhalte ins Spiel gebracht, u. a. um zu überzeugen, um eine gemeinsame Wissensbasis herzustellen, aber auch um Divergenzen zu erzeugen oder hervorzuheben und Machtansprüche zu sichern. Während beispielsweise im öffentlich-politischen Raum unterschiedliche Interessen vor allem durch strittige Positionen zu (bio-)medizinischen Themen debattiert werden und damit ethische Aspekte in Form von expliziten Positionierungen sehr kontrovers verhandelt werden, werden auf der Mikroebene (beispielsweise im Arzt-Patient:innen Gespräch, in medizinischen Beratungsgesprächen) fachliche und ethische Positionen häufig als geteiltes Wissen vorausgesetzt und nur implizit behandelt, was insbesondere in der Arzt-Patienten-Kommunikation mit L2-Sprecher:innen unterschiedlicher kultureller Herkunft und Sprachkenntnisse zu Verständnisproblemen führen kann. Es gibt aber auch Ansätze, vorhandene Wissensasymmetrien bewusst zu machen und Patient:innen in Entscheidungen mit einzubeziehen, indem über medizinische Sachverhalte und Zusammenhänge informiert, aufgeklärt und argumentiert wird.

Während aus linguistischer Perspektive auf einer Metaebene kommunikative Ereignisse, Diskurse und Situationen im Hinblick auf Gesprächsgestaltung, Bedeutungsaushandlung, Verständnissicherung, Argumentationsstrukturen, kommunikative Funktionen etc. beschrieben und dabei die verschiedenen sprachstrukturellen Ebenen in den Blick genommen werden, stellt sich die Frage für die Ethik, die Medizin oder auch die Politik, wie in solchen Diskursen die Gesprächsziele erreicht, Interessen durchgesetzt oder zur Geltung gebracht werden und welche Rolle dabei ein bewusster Umgang mit Sprache und sprachlichen Herausforderungen spielt.

Das vorliegende Heft thematisiert Sprache und Sprachgebrauch in verschiedenen (bio)medizinischen und bioethischen Kontexten und aus unterschiedlichen methodischen Perspektiven. Im Rahmen der Frage, wie in medizinischen und bioethischen Interaktions- und Diskurszusammenhängen Wissen und Macht sprachlich zur Geltung gebracht wird, werden Themenbereiche in den Blick genommen, die bislang noch gar nicht oder nur wenig untersucht worden sind wie z. B. die Schwangerenberatungsgespräche durch Hebammen, medizinische Telekonsile, Gesundheitsforen und -blogs oder programmatische Texte von Interessensgruppen und Verbänden etc.

Dass die Aspekte Macht, Wissen und Sprache nicht nur in linguistischen Kontexten eine Rolle spielen, zeigen die bearbeiteten Gegenstände der mit diesem Themenheft vorliegenden Beiträge sehr eindrücklich. Wie gehen die Disziplinen Soziologie, Medizin und Theologie mit dem engen Verhältnis von Macht, Wissen und Sprache um? Die Vertre-

ter:innen der einzelnen Disziplinen sind sich der Relevanz des Sprachgebrauchs auch in ihrer je eigenen Disziplin bewusst; sie fokussieren als Diskursakteur:innen die Rolle des Sprachgebrauchs in unterschiedlicher Weise. Während die Vermittlung theologischer Begründungsmuster säkularen Kontexten standhalten sollte, um gesellschaftlich, politisch Gehör zu finden, ist im Bereich der Medizin v. a. die Vermittlung der medizinischen Argumentation, also von Fachwissen in populärwissenschaftliche und gesellschaftliche Kontexte relevant. Exemplarisch wird dies deutlich an den Beiträgen von Norbert Donner-Banzhoff (Medizin) und Friedemann Voigt (Evangelische Theologie). Aus wissenssoziologischer Perspektive (Beitrag Jünger) zeigt sich zudem, dass medizinisches Wissen immer schon aus einer bestimmten, gesellschaftlichen Perspektive konstruiert wird und sich dabei handlungsleitende Normen etablieren, die nicht explizit sind bzw. nicht explizit thematisiert oder verhandelt werden.

Zu den Beiträgen im Einzelnen:

Das Themenheft ist in drei Bereiche gegliedert. In einem ersten Teil (Beiträge Kern/Spieß und Donner-Banzhoff) wird die Frage nach der argumentativen Verhandlung von Wissen in bioethischen und medizinischen Kontexten sowie in öffentlich-politischen Diskursen bearbeitet, der zweite Bereich (Beiträge von Kleschatzky/Hannken-Illjes, Völker und Birkner) widmet sich der Aushandlung von Wissen auf der Mikroebene, der Face-to-Face-Interaktion. Ein dritter Bereich befasst sich mit der Aushandlung von Wissen und Macht in Mediendiskursen (Beiträge Jünger, Schnedermann, Schwegler, Bührig) sowie mit der Vermittlung weltanschaulicher Inhalte in säkulare Kontexte (Beitrag Voigt).

Mit der Rolle von Argumentationen in spezifischen ethischen und medizinischen Kontexten befassen sich zwei Beiträge.

Lesley-Ann Kern und *Constanze Spieß* gehen insbesondere auf Formen und Strategien der Selbst- und Fremdpositionierung in Argumentationen am Beispiel der Debatte zur Pränataldiagnostik ein. Ausgehend von einem durch Foucault informierten Wissensbegriff zeigen sie in ihrer Analyse, dass Fremd- und Selbstpositionierungen in Argumentationen immer wieder erscheinen und dort in erster Linie in den Begründungen, weniger in den Thesen aufzufinden sind.

Norbert Donner-Banzhoff blickt in seinem Aufsatz auf die Frage, welche Argumente innerhalb medizinischer Praxis Geltung beanspruchen können und zeichnet die Karriere der Evidenzbasierten Medizin als Grundlage von Geltungsstandards nach, expliziert diese Standards und problematisiert ihre Bedingungen.

Drei Beiträge nehmen die Aushandlung von Geltung und Wissen auf der Mikroebene der Interaktion in den Blick.

Elisabeth Kleschatzky und *Kati Hannken-Illjes* analysieren in ihrem Beitrag die Verwendung und Interrelation zweier Topoi – des Topos der Unplanbarkeit und des Topos der Unvergleichbarkeit – in Gesprächen der Schwangerenberatung. Sie zeigen dabei zum einen, dass argumentative Sequenzen in den Gesprächen die Funktion haben, (*emer-*

gent) *common ground* herzustellen, und zum anderen, wie diese Topoi dazu dienen, eine eigentlich unplanbare Situation – die Geburt – planbar zu machen.

Ina Völker arbeitet mit dem gleichen Korpus wie Elisabeth Kleschatzky und Kati Hannken-Illjes. Sie untersucht, wie sich Hebamme und Schwangere in Gesprächen der Schwangerenberatung Wissen bzw. Nicht-Wissen wechselseitig anzeigen. Dieses Anzeigen durch Hoch- und Herunterstufung der Relevanz von Themen ist nicht nur auf die Gesprächssituation bezogen, sondern etabliert den *common ground* für die bevorstehende Geburt.

Karin Birkner zeigt in ihrer Studie, wie die Teilnehmer:innen in telemedizinischen Konsilen zwischen Patient:innen, Ärzt:innen vor Ort und zugeschalteten Neurolog:innen die Aufgabe bearbeiten, eine gemeinsame Situation und so auch ein „gemeinsames Projekt“ herzustellen. Dabei unterscheidet Birkner in der Analyse zwischen delegierenden und duettierenden Ausführungen, die die Bearbeitung der Wissensasymmetrien je spezifisch organisieren.

Mit einem Fokus auf die diskursive Aushandlung von Wissen und Macht in Mediendiskursen befassen sich vier Beiträge.

Saskia Jünger thematisiert in ihrem Beitrag Wissen im medizinischen Feld aus wissenssoziologischer Perspektive und nimmt die (vermeintliche) Neutralität und Objektivität medizinischer Wissensproduktion, insbesondere mit Blick auf das Paradigma der Evidenzbasierten Medizin, in den Fokus. Auf Grundlage der Analyse von Texten zur HPV-Impfung plädiert Jünger für einen offeneren Wissensbegriff im medizinischen Feld.

Theresa Schnedermann befasst sich mit dem Diskurs über Burnout und insbesondere über sprachliche Manifestationen von Normalitätsvorstellungen im Kontext dieses Diskurses. Sie geht der Frage nach, mit welchen sprachlichen Mitteln die Grenze zwischen Erschöpfung und Leistungsfähigkeit gezogen wird und auf welche Weise sprachlich manifeste Normalitätsvorstellungen die Einordnung von Symptomen als ‚gesund‘ oder ‚krank‘ beeinflussen.

Carolin Schwegler widmet sich mit ihrem Beitrag der Konstruktion von Risiko im Diskurs zu Alzheimer und speziell der Risikovorhersage. Dieser Diskurs ist bestimmt durch das Spannungsfeld der Dimensionen Kontrolle und Verantwortung. Wie geht ein Feld, wie gehen einzelne Akteure damit um, Wissen über Wahrscheinlichkeiten zu erlangen und zu bearbeiten?

Kristin Bührig untersucht Wissensproduktion in der Wissenschaftskommunikation am Beispiel des „Coronavirus-Update“-Podcasts des NDR und geht der Frage nach, durch welche kommunikativen Strategien und Charakteristika sich dieses Format auszeichnet. Eine besondere Aufmerksamkeit widmet sie dabei den *verba dicendi*, insbesondere dem Verb *sagen*, und zeigt dessen spezifische Funktion zur Herstellung und Ausfüllung von Experten- und Nicht-Expertenrolle.

Wie weltanschauliches Wissen in säkulare Diskurse eingespeist wird und welche Rolle es im Kontext der Aushandlung von Geltungsansprüchen spielt, bearbeitet *Friedemann Voigt*

in seinem Beitrag. Voigt geht auf verschiedene Funktionen religiöser Rede in bioethischen Zusammenhängen ein und beschreibt unter Rückgriff auf Friedrich Schleiermacher den Zusammenhang zwischen unterschiedlichen Verwendungsweisen religiöser Rede und jeweiligem Gebrauchskontext.

LESLEY-ANN KERN / CONSTANZE SPIESS

Die Rolle von Selbst- und Fremdzuschreibungen zur Durchsetzung von Geltungsansprüchen am Beispiel der Debatte um Pränataldiagnostik und Reproduktionsmedizin

Abstract

Wissen, im Sinne von Sachverhalten, die intersubjektiv als wahr akzeptiert sind, stellt einen Grundstein der Diskursanalyse im Anschluss an Foucault dar. Im Kontext bioethischer Fragestellungen, hier konkret der Pränataldiagnostik und Reproduktionsmedizin, ist Wissen eine wichtige Kategorie in Bezug auf die Verteilung von Macht im Diskurs. Diese Verteilung von Macht geht mit Wissensasymmetrien einher, die aus den sozialen Kontexten, aus denen heraus Akteur:innen sich äußern, resultieren. Akteur:innen versuchen anhand kommunikativer Handlungen diese Asymmetrien zu überwinden, indem sie ihre diskursive Position versprachlichen und für sie argumentieren. Innerhalb dieser Argumentation werden eigenen sowie fremden Positionen Eigenschaften, Verhaltensweisen oder Handlungen zugeschrieben. Die Korpusanalyse zeigt, dass Zuschreibungshandlungen als Positionierungshandlungen ein rekurrenter Teil von Argumentationen sind und dass Zuschreibungshandlungen besonders häufig im Argument und seltener in der These einer Argumentation explizit realisiert werden.

Knowledge, in the sense of facts that are accepted intersubjectively as true, represents a cornerstone of discourse analysis following Foucault. In the context of bioethical issues, here specifically prenatal diagnostics and reproductive medicine, knowledge is an important category in relation to the distribution of power in discourse. This distribution of power is accompanied by knowledge asymmetries that result from the social contexts from which actors express themselves. Actors try to overcome these asymmetries by means of communicative actions, by expressing their discursive position and arguing for it. Within this argumentation, qualities, behaviors, or actions are attributed to one's own as well as to others' positions. The corpus analysis shows that acts of attribution as acts of positioning are a recurrent part of argumentations and that acts of attribution are particularly often realized in the argument and less often in the thesis of an argumentation.

Keywords: Diskursanalyse, claim, Foucault, Wissen, Positionierung, Zuschreibung, Akteur, Pränataldiagnostik, Reproduktionsmedizin

Discourse analysis, Foucault, knowledge, positioning, attribution, actor, prenatal diagnostics, reproductive medicine

1 Einleitung

Als einer der wichtigen und aktuell diskutierten Leitbegriffe unserer gegenwärtigen Gesellschaft kann der Begriff des *Wissens* ausgemacht werden. Wir reden über Wissen als Ressource nicht nur im Kontext der Wissenschaften, wir sprechen vom Wissen als Schlüssel für Fortschritt, Wohlstand und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben oder von der *Wissensgesellschaft*. Wie verschiedene Arbeiten zeigen, werden Begriffe wie *Wissen* und *Wissensgesellschaft* sehr vielfältig gebraucht und theoretisiert (vgl. Stehr 2006; 2023; Stehr/Adolf 2018).

Sprache, Wissen und Gesellschaft hängen nach Berger/Luckmann (2004) eng zusammen. Wissen wird demnach durch kommunikative Prozesse vermittelt und hervorgebracht, bspw. innerhalb öffentlich-politischer Diskurse, wie am Beispiel des im vorliegenden Beitrag untersuchten Diskurses um die Pränataldiagnostik zu sehen ist. Im Diskurs um Pränataldiagnostik (PND) treffen im öffentlich-politischen Diskursraum unterschiedliche Wissensbereiche und Akteur:innen aufeinander, um Wissen zu vermitteln und zu verhandeln und um durch Wissen Geltung im Diskurs zu beanspruchen: Auf Grund der unterschiedlichen Wissens- und Kommunikationsbereiche und damit verbundenen unterschiedlichen Diskursstimmen ist der Diskurs von einer deutlichen Konflikthaftigkeit geprägt. Dies liegt darin begründet, dass es in diesem Diskurs um das Hervorbringen von Geltungsansprüchen geht sowie damit einhergehend um das Überzeugen von der je eigenen Position und damit auch um Wissensasymmetrien (siehe hierzu genauer Abschnitt 2.2 in diesem Beitrag), die diskursiv bearbeitet werden. Dies manifestiert sich sprachlich unter anderem darin, wie Diskursakteur:innen sich selbst und andere positionieren. Selbst- und Fremdpositionierungen können durch Zuschreibungen von Eigenschaften, Verhaltensweisen und Handlungen realisiert werden und sich prinzipiell auf allen sprachstrukturellen Ebenen zeigen, so z. B. auf der Wortebene oder auf der Ebene der Argumentation, in die die Positionierungsaktivitäten immer schon eingebunden sind.

Diese aus der Wissenssoziologie stammenden Grundannahmen aufgreifend geht der Beitrag zudem von einem an Foucault orientierten Diskursbegriff aus, der Diskurse als Formationen von Wissen begreift.

Diese Menge [sic!] von einer diskursiven Praxis regelmäßig gebildeten und für die Konstitution einer Wissenschaft unerlässlichen Elementen, obwohl sie nicht notwendig dazu bestimmt sind, sie zu veranlassen, kann man *Wissen* nennen. Ein Wissen ist das, wovon man in einer diskursiven Praxis sprechen kann, die dadurch spezifiziert wird: der durch die verschiedenen Gegenstände, die ein wissenschaftliches Statut erhalten werden oder nicht, konstituierte Bereich [...]; ein Wissen ist auch der Raum, in dem das Subjekt die Stellung einnehmen kann, um von Gegenständen zu sprechen, mit denen es in seinem Diskurs zu tun hat [...]; ein Wissen ist auch ein Feld von Koordinationen und Subordination der Aussagen, wo die Begriffe erscheinen, bestimmt, angewandt und verändert werden [...]; schließlich definiert sich ein Wissen durch die Möglichkeiten der Benutzung und der

Aneignung, die vom Diskurs geboten werden [...]. [...], aber es gibt kein Wissen, ohne definierte diskursive Praxis; und jede diskursive Praxis kann durch das Wissen bestimmt werden, das sie formiert. (Foucault 1981, 259-260)

Ein linguistischer Zugang zu gesellschaftlichen Wissensbeständen bietet sich an, da Kommunikation (ob privat oder öffentlich-politisch) die Grundlage der Konstitution und Vermittlung von Wissen darstellt. Die Heterogenität der Wissensbestände einzelner Akteur:innen äußert sich in Wissensasymmetrien, die durch die Akteur:innen selbst anhand sprachlicher Strategien¹ – bspw. durch Argumentationen – beseitigt oder zumindest bearbeitet bzw. verändert werden. Diese Asymmetrien bestehen auf der Mikroebene (bspw. Arzt-Patient-Gespräche, vgl. hierzu Völker oder Kleschatzky/Hannken-Illjes in diesem Band), aber auch auf gesellschaftlicher Ebene, wenn nicht mehr Einzelakteur:innen, sondern Gruppen von Akteur:innen (bspw. Hebammen, Abtreibungsgegner:innen oder kirchliche Institutionen) ihr Wissen im Diskurs ‚platzieren‘ und so einen Geltungsanspruch erheben.

Innerhalb der sprachlich realisierten Argumentationen werden unter anderem Selbst- und Fremdpositionierungen in Form von Selbst- und Fremdzuschreibungen genutzt, um die eigene diskursive Position positiv hervorzuheben und so diese bzw. die dieser Position zugehörigen Wissensbestände zu legitimieren. Hierbei werden mit der eigenen Position konkurrierende Wissensbestände delegitimiert, indem die sie hervorbringenden Akteur:innen durch Fremdzuschreibungen eine Abwertung ihrer diskursiven Position erfahren. Dies geschieht bspw. durch die Infragestellung von fachlicher/professioneller Expertise („*Hebammen können X gar nicht*“).

Es ist anzunehmen, dass die jeweiligen Akteur:innen versuchen, ihre individuellen Positionen in Bezug auf grundsätzliche Fragen der PND (bspw. *PND ist gut* oder *PND ist problematisch*) sowohl mithilfe wissenschaftlicher Fakten (bspw. Statistiken zu Geburtenraten nach einer In-vitro-Fertilisation (IVF)), aber auch durch die Rekurrenz auf emotionsbasiertes Wissen im Hinblick auf die Durchführung von PND bei den Schwangeren (bspw. die emotionale Belastung eines späten Schwangerschaftsabbruchs) zu formulieren und argumentativ zu belegen. Deshalb nehmen wir an, dass Fremdzuschreibungen innerhalb der Argumentation besonders in der Position des Datums bzw. des Arguments strategisch genutzt werden, um die eigene Position in Bezug auf PND diskursiv zu etablieren.

Ausgehend von der Darstellung des zugrundeliegenden Wissensbegriffs (Abschnitt 2) setzt sich der Beitrag zum Ziel, die Funktion von Selbst- und Fremdpositionierungen im Kontext komplexer Argumentationen zu untersuchen. Dazu werden in Abschnitt 3 zunächst die Konzepte des Stancetaking und der Positionierung vorgestellt, um in Abschnitt 4 die Ergebnisse der Analyse von Selbst- und Fremdpositionierungshandlungen sowie deren Funktion im Argumentationskontext zu präsentieren und zu diskutieren. Ziel des vorliegenden Beitrags ist die sprachliche Analyse von Selbst- und Fremdzuschreibun-

¹ Unter einer sprachlichen Strategie verstehen wir das Verfolgen eines bestimmten Zieles mit spezifischen sprachlichen Mitteln.

gen innerhalb von Argumentationen in einem Textkorpus von Broschüren zum Thema Pränataldiagnostik der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA).

2 Wissen in bioethischen Diskursen/Debatten

Im Kontext gesellschaftlicher Debatten spielen angenommene und tatsächliche Wissensbestände einzelner Akteur:innen eine essenzielle Rolle: Mit Bezug auf einen konstruktivistischen sowie kognitiven Wissensbegriff (vgl. Fraas 2001; Busse 2005; Berger/Luckmann 2004) gehen wir davon aus, dass divergierende oder konkurrierende Wissensbestände einzelner Akteur:innen der Ausgangspunkt sprachlichen Handelns im Diskurs sind. Diese Wissensbestände sind handlungsleitend bei der Konstitution neuer Wissensbestände sowie der Herstellung von Faktizität. Mit ihnen wird versucht, im Diskurs Geltungsansprüche durchzusetzen und gesellschaftliche Akzeptanz zu erreichen. Aussagen bzw. dem Sprachgebrauch kommt in diesem Kontext die Rolle des Mediums zu, in dem und mit dem sich die Konstitution und Aushandlung gesellschaftlichen Wissens vollzieht (Busse 2018, 13). Im Folgenden wird kurz und insbesondere unter linguistischen Gesichtspunkten in die diskursanalytische Kategorie „Wissen“ eingeführt (2.1) und insbesondere die Konstitution und Aufrechterhaltung bzw. Veränderung von Wissensasymmetrien in Debatten um Reproduktionsmedizin (2.2) beleuchtet.

2.1 Wissen im Diskurs

Um Bedeutungs- und Sinnstrukturen zu generieren, um Bedeutungen und Sinn diskursiv verhandeln zu können, ist das in einer Gesellschaft vorhandene Wissen von zentraler Relevanz. Berger/Luckmann (2004, 36) verstehen Wissen als großteils „kohärentes und dynamisches Gebilde von Typisierungen“ (Berger/Luckmann 2004, 36), das auch als solches erfahren wird. Wissen ist eng mit der Konstitution von Gesellschaft, Kultur und Wirklichkeit verknüpft, weil diese Typisierungen von Wissen zur Lösung kommunikativer Probleme einer Gesellschaft dienen Schütz/Luckmann (2003). sprechen in diesem Zusammenhang davon, dass sich der „lebensweltliche Wissensvorrat [...] aus Sedimentierungen ehemals aktueller, situationsgebundener Erfahrungen [aufbaut].“ (Schütz/Luckmann 2003, 149) Diese Sedimentierungen zeigen sich musterhaft als kommunikative Gattungen oder Textsorten und werden von Luckmann (1986) als kommunikativer Grundbestand, also als unhinterfragbares Wissen einer Sprachgemeinschaft, aufgefasst. Kommunikative Gattungen und Textsorten generieren nicht nur Wissen, sondern sie dienen auch der Wissensvermittlung, -verarbeitung, -aushandlung und -konstitution (vgl. hierzu Busse 2005). Der Sprache kommt dabei eine fundamentale Rolle zu, wie Berger/Luckmann konstatieren.

Sprache vergegenständlicht gemeinsame Erfahrung und macht sie allen zugänglich, die einer Sprachgemeinschaft angehören. Sie wird zugleich Fundament und Instrument eines kollektiven Wissensbestandes. Darüber hinaus stellt sie Mittel zur Vergegenständlichung neuer Erfahrungen zur Verfügung und ermöglicht deren Eingliederung in den bereits vorhandenen Wissensbestand. (Berger/Luckmann 2004, 72-73)

Fraas (2001) und Busse (2005) machen zudem deutlich, dass Wissen verschieden perspektiviert ist, insofern es ein kognitionswissenschaftlich begründetes sowie ein kulturell, gesellschaftlich und historisch geprägtes Phänomen darstellt. Sprachliche Phänomene als Ausprägungen von Wissen stellen somit Repräsentationen diskursiv hervorgebrachten und kulturell geprägten Wissens dar, das zugleich auf kognitive Strukturen verweist, die uns jedoch immer nur durch sprachliche Spuren in Form sprachlicher Phänomene zugänglich sind.

Als Phänomen der Aushandlung von Wissen kann bspw. die Festlegung von Bedeutungen oder Benennungen aufgeführt werden, die in Form sprachlicher Aushandlungsprozesse in Diskursen, sprachlichen Routinen folgend, realisiert wird:

In der Sprachwissenschaft wird diese Agonalität auch als *semantischer Kampf* (Felder 2006) bezeichnet. Damit wird hervorgehoben, dass Wissen vermittels der Durchsetzung von sprachlichen, begrifflichen Fixierungen von Erkenntnis hervorgebracht wird. (Spitzmüller/Warnke 2011, 43, Hervorhebung im Original).

Dieses Hervorbringen von Erkenntnis ist Ergebnis von diskursiven Aushandlungs- und Erarbeitungsprozessen, die – in soziale und historische Kontexte eingebettet – die Rahmenbedingungen für die Entstehung von Wissen darstellen. Dabei steht weniger ein konsensuelles Aushandeln von Wissen² als das Durchsetzen von Wahrheitsansprüchen im Vordergrund, immer im Kontext der lebensweltlichen Realität der Akteur:innen:

Die Frage, warum zu einer bestimmten Zeit von bestimmten Akteuren so und nicht anders gesprochen wird und wie infolge dieser Einschränkungen die Anordnung von Wissen durch Äußerungen erfolgt, lenkt das Interesse vielmehr auch auf die Konstruktion von Wissen durch Wahrheitsansprüche in Prozessen der sozialen Herstellung von Faktizität. Daraus leitet sich die Beschäftigung mit Prozessen der Rechtfertigung von Wissen durch Argumente ebenso ab wie die Analyse der Durchsetzung von Geltungsansprüchen in Prozessen distribuierender Regulierung, etwa in den Massenmedien. (Spitzmüller/Warnke 2011, 47)

Wissensbestände in Diskursen sind weder inhaltlich noch formal homogen. Sie unterliegen zudem permanenten Veränderungsprozessen und -dynamiken. Wir fokussieren uns auf die Distinktion von *knowledge by acquaintance* und *knowledge by description* (vgl. Spitzmüller/Warnke 2011, 42; Warnke 2009, 122-124)³.

2 Habscheid/Knobloch (2009, 7) machen darauf aufmerksam, dass es häufig nur um Konsensfassaden geht, die als rhetorische Kniffe eingesetzt werden und nicht um die Herstellung von echtem Konsens: „Während also ein ‚echter‘ Konsens – im Sinne einer sachlichen Einigung über die Teilhabe an Herrschaft und materiellen Ressourcen oder die zugrunde liegenden Werte, Normen, Lebensziele usw. – kaum umfassend und auf Dauer herstellbar scheint, wird gleichwohl ‚Konsens‘ in vielfältiger Weise symbolisch dargestellt und als ein solches diskursives Konstrukt rhetorisch genutzt: zur Stabilisierung gesellschaftlicher Machtverhältnisse, zur Legitimation und Durchsetzung politischer Entscheidungen, zur Einschwörung auf Einigkeit und identitätspolitische ‚Programme‘.

3 Einen inhaltlich ähnlichen Begriff präsentiert Konerding (2015) mit seiner Unterscheidung von deklarativem und prozeduralem Wissen, wobei deklaratives Wissen dem *knowledge by description* und prozedurales Wissen dem *knowledge by acquaintance* ähnelt. Da das Konzept von Spitzmüller/Warnke (2011) und Warnke (2009) stärker auf Diskursivität eingehen, nutzen wir diese Begriffe für unsere Analyse.

Unter *knowledge by acquaintance* fassen Spitzmüller/Warnke eine „unmittelbare [...] kausale [...] Interaktion zwischen Wissenssubjekt (jemand, der etwas weiß) und Wissensobjekt (das, worüber etwas gewusst wird)“ (Spitzmüller/Warnke 2011, 42). Beispielhaft für den Bereich der Pränataldiagnostik wäre dieses „Wissen aus Erfahrung, Kenntnis“ (Spitzmüller/Warnke 2011, 42) bspw. das Erleben einer Schwangerschaft mit all seinen sensorischen Einzelheiten durch die schwangere Person.

Knowledge by description wird wie folgt definiert: „Erfährt man Wissen nicht unmittelbar, sondern teilt man Wissen ohne eigene Erfahrung, so spricht man von ›knowledge by description‹“ (Spitzmüller/Warnke 2011, 42). Als Beispiel nennen die Autoren das Wissen um politische Vorgänge und Strukturen, das nicht in einer unmittelbaren Erfahrung, sondern bspw. durch mediale Wissensvermittlung erlangt wird (Spitzmüller/Warnke 2011, 42).

An dieser Stelle muss der Hinweis erfolgen, dass sich diese beiden Typen von Wissen nicht zweifelsfrei voneinander abgrenzen lassen, und bspw. das eben genannte *knowledge by description*, das medizinisches Personal in einer Ausbildung anhäuft, unmittelbar durch *knowledge by acquaintance* ergänzt wird im Rahmen praktischer Erfahrungen und Ausbildungsinhalte.

Dass dieses Wissen eng mit Subjektpositionen im Diskurs verknüpft ist, zeigt sich anhand der argumentativen Nutzung dieser Positionen, die rollenhafte Züge annehmen können (siehe Abschnitt 3 zur Positionierung und Argumentation). Die den jeweiligen Positionen attribuierten Wissensbestände können, müssen aber nicht im Rahmen der Argumentation expliziert werden. Inwiefern sich diese attribuierten Wissensbestände zwischen den Akteur:innen unterscheiden und wie sprachlich mit vorhandenen Wissensasymmetrien umgegangen wird, soll unter 2.2 dargestellt werden.

2.2 Wissensasymmetrien im Kontext der Aushandlung von Wissen

Wissen entsteht in einem Diskurs durch Aushandlungsprozesse, indem auf vorhandene Wissensstrukturen zurückgegriffen wird, diese aber im Prozess der Aushandlung verändert werden. Warnke (2009) unterscheidet drei Typen der Wissenskonstituierung, die als *Konstruktion*, *Argumentation* und *Distribution* bezeichnet werden.

Die sprachlichen Dimensionen [des diskursiv vermittelten Wissen; L.K./C.S.] sind *Konstruktion*, *Argumentation* und *Distribution*, die den Zwecken der *Herstellung von Faktizität*, der *Rechtfertigung von Wissen* und der *Durchsetzung von Geltungsansprüchen* [sic] entsprechen und mit den Mitteln *Wahrheitsanspruch*, *Argumentation* und *Regulierung* erscheinen. Die so erzeugte Wirklichkeit und das Wissen über diese sind kein Phänomen der realen Welt, sondern eine Konzeptualisierung von Wirklichkeit. Mithin referieren Aussagen im Diskurs auch nicht auf semantische Fakten, sondern auf das, was Sprecher annehmen und folglich konzeptualisieren. (Warnke 2009, 125; Hervorhebungen im Original)

Wir konzentrieren uns besonders auf die *Argumentation* durch Akteur:innen im Diskurs (siehe Abschnitt 3), die die Faktizität bereits konstruierter Wissensbestände durch Begründung oder Widerlegung thematisieren (Warnke 2009, 119) oder aber durch Argumentation Wissensbestände modifizieren und so neue Wissensbestände konstruieren.

Der Prozess der Aushandlung ist typisch für unsere Wissensgesellschaft, die sich durch widerstreitende Diskurse auszeichnet (Warnke 2009, 114) bzw. in der „Kämpfen als Standardfall („default“) der Wissensgenese“ (Warnke 2009, 115-116) anzunehmen ist. Dies ist insbesondere in kontroversen Diskursen wie Debatten um Pränataldiagnostik und Reproduktionsmedizin der Fall (Kern i. Ersch.).

Die im Diskurs bestehenden, nicht miteinander vereinbaren Wissensbestände werden kontinuierlich von ihren Befürworter:innen argumentativ verteidigt und ihre Durchsetzung wird im Diskurs angestrebt. Durch dieses ‚Ringens‘ um Bedeutungen und Bezeichnungen einerseits und die Durchsetzung der Geltungsansprüche individueller und kollektiver Akteur:innen andererseits entwickeln sich Diskurse fort, verändern ihre Struktur und inhaltliche Gestalt und aktualisieren sich. Wissen konstituiert sich somit durch Konflikte bzw. agonale Zentren, die sich sprachlich durch semantische Kämpfe (bspw. Bedeutungs- und Bezeichnungskonkurrenzen) äußern (Felder 2006; Warnke 2009; Felder/Luth/Vogel 2016). *Agonalität* beschreibt eine Form der Auseinandersetzung, die sich im Rahmen eines produktiven Streits (Mattfeldt 2020, 74) um den Geltungsanspruch von Akteur:innen, die bestimmte Positionen einnehmen, dreht, wobei sich agonale Zentren formieren, die musterhaft im Diskurs erscheinen, die Positionen markieren, die in Konkurrenz zueinander treten und die miteinander unvereinbar sind (Mattfeldt 2020). Felder (2012) definiert ein agonales Zentrum als

[...] einen sich in Sprachspielen manifestierenden Wettkampf um strittige Akzeptanz von Ereignisdeutungen, Handlungsoptionen, Geltungsansprüchen, Orientierungswissen und Werten in Gesellschaften. Im Fokus der Aufmerksamkeit stehen kompetitive Sprachspiele zwischen verschiedenen gesellschaftlichen Diskursakteuren. (Felder 2012, 136; vgl. a. Felder 2013, 18)

In diesem Sinne haben Felder/Luth/Vogel (2016) in ihrer Studie zu agonalen Zentren im juristischen Diskurs um Sterbehilfe sieben agonale Zentren herausgearbeitet und idealtypisch formuliert (Felder/Luth/Vogel 2016), unter anderem „[...] das Verhältnis gegenwärtiger und vergangener Sichtweisen auf die >Sterbehilfe< (heutiges Konzept) und >Euthanasie< (Konzept zurückliegender Unrechtsstaaten)“ (Felder/Luth/Vogel 2016, 29). Auch im Diskurs um Pränataldiagnostik finden sich agonale Zentren, die sich unter anderem in der Dichotomie *Ärzte pathologisieren die Schwangerschaft vs. Ärzte suchen nicht nach Fehlern* sprachlich manifestieren.

Grundlage für agonale Zentren sind unterschiedliche Wissensbestände bei Akteur:innen, die wir als Wissensasymmetrien bezeichnen. Wir definieren *Wissensasymmetrien* in diesem Beitrag als bei Akteur:innen vorhandene, voneinander abweichende Wissensbestände, sowie als eine unterschiedliche Verteilung von Wissen in Bezug zu handelnden Akteur:innen im Diskurs, die sich sprachlich, aber auch durch ein ‚mehr‘ oder ‚weniger‘ an Wissen artikuliert. In unserem Fokus steht die analytische Auseinandersetzung mit asymmetrischen Wissenspotenzialen, nicht die normative Bewertung von Wissensasymmetrien als ‚negativ‘ oder der Versuch, diese Asymmetrien zu beseitigen. Die unterschiedliche Verteilung von Wissensbeständen liegt im jeweiligen Diskurs begründet, der die Ausbil-

derung von Relationen zwischen Akteur:in und Wissen kontrolliert und gegebenenfalls beschränkt (vgl. Foucault 1981, 61-103;260).

3 Selbst- und Fremdzuschreibungen im Kontext der Argumentation

Diskurse um medizinische Eingriffe in den menschlichen Körper sind gekennzeichnet durch das Aufeinandertreffen unterschiedlicher Perspektiven. Diskursakteur:innen bringen im Raum der Öffentlichkeit ihre Standpunkte unter anderem argumentativ zur Geltung und nehmen Bewertungen der medizinischen Eingriffe, aber auch anderer Akteur:innen vor. Mit anderen Worten, Diskursakteur:innen positionieren sich zum Sachverhalt und zu den Positionen anderer Diskursakteur:innen mittels Sprache und nutzen dabei in den hier untersuchten Texten das komplexe sprachliche Verfahren des Argumentierens. Selbst- und Fremdpositionierungen nehmen innerhalb des Argumentierens eine bestimmte Funktion ein (siehe dazu Abschnitt 3.2 dieses Beitrags).

3.1 Akteure und ihre Positionierungen

Positionierungshandlungen erfolgen im Kontext weiterer (in erster Linie sprachlicher) Handlungen. Ein Konzept, das über die Handlung des Positionierens hinausgeht und Positionierung (in Form von Selbst- und Fremdpositionierung) als Teilhandlung eines komplexeren Geschehens begreift, liegt mit dem Stancetaking-Konzept von Du Bois (2007) vor. Ursprünglich auf Face-to-Face-Interaktionen bezogen, wurde auf das Konzept in jüngster Zeit auch im Kontext diskurslinguistischer und medienlinguistischer Untersuchungen Bezug genommen, um Positionierungs- und Stancetaking-Aktivitäten auch in schriftbasierten Kontexten umfassend zu beschreiben (vgl. z. B. Androutopoulos 2022; 2023; Chowchong 2021; 2022; Spieß 2018 a; 2018b; Spitzmüller 2013).

Du Bois (2007) versteht unter Stancetaking-Aktivitäten ein Zusammenspiel von Bewertungs-, Positionierungs-, und Ausrichtungshandlungen. „I evaluate something, and thereby position myself, and thereby align with you“ (Du Bois 2007, 163). Die drei Teilhandlungen beziehen sich a) auf die Bewertung von Sachverhalten/Handlungen/Ideen/Objekten/Personen etc., b) auf die eigene Positionierung zu den Sachverhalten/Handlungen/Ideen/Objekten/Personen etc. und c) auf die Ausrichtung der Diskursakteur:innen untereinander. Im Stance-Dreieck hat Du Bois (2007, 163) das Zusammenspiel visuell dargestellt. Dieses Modell wurde unter anderem von Spieß (2018a) dahingehend erweitert, dass dem Sprachgebrauch in der visuellen Darstellung des Zusammenspiels ein eigener Ort zugewiesen wurde. Spitzmüller (2013) hat den Aspekt des Personen- und Handlungstypus mit einbezogen und deutlich gemacht, dass Positionierungen und Stancetaking-Aktivitäten immer schon auf die Mikro- und Makroebene der Sozialstruktur (z. B. in Form von Handlungs- und Personentypen) verweisen, insofern spezifische Sprachgebräuche mit sozialen Gruppen und Handlungen gekoppelt werden. Sprachgebräuche erhalten dadurch eine spezifisch indexikalische Funktion, die De Fina (2011) folgendermaßen beschreibt:

These [Sprachgebräuche, L.K./C.S.], in turn, are related to social groups and categories that can be seen as sharing or representing them in a process of meaning creation that rests on accepted social meaning while continuously modifying them. This process has been called *indexicality*, based on the idea that symbols (and not only linguistic ones) will index [...] or point to elements of the social context. (De Fina 2011, 269)

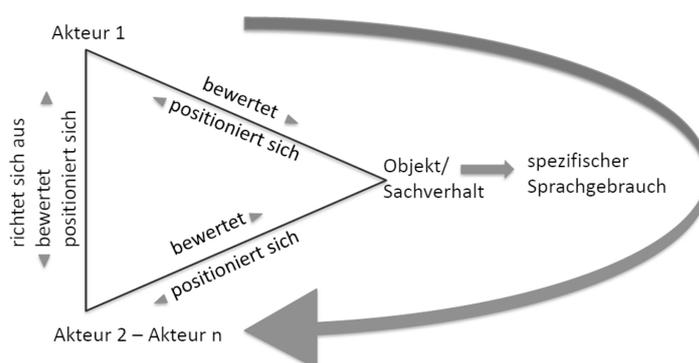


Abb.1: Erweitertes und modifiziertes Stance-Dreieck (Spieß 2018a, 164)

Die Erweiterung des Stance-Dreiecks macht deutlich, dass die Ausrichtung der Akteur:innen untereinander⁴ durch spezifischen Sprachgebrauch (z. B. durch spezifische Lexik oder Argumentationsmuster) vollzogen wird und der Sprachgebrauch bereits die entsprechende Positionierung explizit oder implizit vollzieht.

Die erweiterte Form des Stance-Dreiecks bezieht durch die Verortung des Sprachgebrauchs in das Konzept auch translokale Strukturen ein, denn diese umfassen immer schon Wissensstrukturen, die über die lokalen Strukturen hinausweisen (z. B. bestimmte Diskursereignisse, bereits Gesagtes, gesellschaftliche Strukturen, Werte etc.), sie sind sozusagen diskursgebunden. Sie enthalten durch den Diskursbezug Kontextualisierungspotenziale, die durch die Makroebene des Diskurses bedingt sind und auf die lokalen Strukturen Einfluss nehmen. Gleichwohl haben die lokalen Positionierungs- und Stancetaking-Aktivitäten der Mikroebene Einfluss auf die Makroebene.

3.2 Selbst- und Fremdpositionierungen als Strategien des diskursiven Machtgewinns

Die Aushandlung diskursiver Positionen findet auf der Sprachebene statt. Wir fokussieren uns auf den Aspekt der Argumentation, innerhalb dessen häufig mit Selbst- und Fremdpositionierungen gearbeitet wird, um die eigene Position zu stärken bzw. andere Positionen zu delegitimieren. Fremd- und Selbstpositionierungen werden häufig in Form von Fremd- und Selbstzuschreibungen von Eigenschaften, Handlungen, Einstellungen etc. realisiert.

⁴ Die Ausrichtung der Akteur:innen untereinander kann dabei von einer Anpassung an Akteur:innen bis hin zu einem Widerspruch oder einer Kritik der adressierten Position reichen, sie ist also situativ zu bestimmen.

Im Kontext von Zuschreibungshandlungen werden bestehende sowie einem Großteil der Diskursakteur:innen bekannte Wissensbestände entweder der eigenen Position oder einer gegnerischen Position zugeschrieben. Die Wissensbestände sind Träger von Bewertungen, die relativ unstrittig und positiv oder negativ, seltener ambig sind. Als Beispiel sei hier die spezifische Konstruktionsmetaphorik in der sprachlichen Realisierung des *Designerbabys* genannt, die eine klar negative Konnotation hat und deren Verwendung häufig Befürworter:innen pränataldiagnostischer Verfahren problematisierend zugeschrieben wird. Die negative Konnotation der Metapher, die im Rahmen einer Allmachtsphantasie ein ungeborenes Kind als individuell konfigurierbare Gebrauchsware definiert, lässt sich kaum umkehren, sodass Akteur:innen dieses Ausdrucksmittel kaum zur Selbstbezeichnung verwenden würden.

Fremdzuschreibungen dienen sowohl der diskursiven Positionierung des Gegenübers als auch der eigenen Positionierung in Bezug auf ein Thema, womit sie Teil von Stancetaking-Aktivitäten (vgl. Du Bois 2007, 143; Spitzmüller 2013, 266) sind. In Anlehnung an Du Bois werden durch Fremdzuschreibungen Wertungen ausgesprochen (*evaluation*), es werden in Bezug auf weitere Gesprächsteilnehmer:innen Positionierungshandlungen vollzogen (*alignment*) und zuletzt auch in Bezug auf einen Sachverhalt eine Positionierung (*position*) markiert (Du Bois 2007, 163). Das folgende Beispiel verdeutlicht die von Du Bois entwickelten und unter 3.1 erläuterten Kategorien:

- (1) Der Druck auf die Frau wird sicher enorm zunehmen, der gesellschaftliche Druck (›Das muss heute nicht mehr sein‹) ist jetzt schon groß! Welche Frau wird dann noch auf eine Chromosomenuntersuchung verzichten wollen oder können? Welche Auswirkungen wird dieses Screening haben? (BZgA 2012, 21)

Hier zeigt sich die Zuschreibung an Frauen, sich einerseits in ihrer Entscheidung für oder gegen pränataldiagnostische Maßnahmen (hier: *Chromosomenuntersuchung*) durch gesellschaftliche Konventionen (*der gesellschaftliche Druck*) leiten zu lassen und ggf. selbst die Einstellung zu haben, die Geburt von Kindern mit Behinderung sei vermeidbar (*Das muss heute nicht mehr sein*). Der:die Autor:in positioniert sich selbst in diesem Textausschnitt in Bezug auf PND mit der Frage *Welche Auswirkungen wird dieses Screening haben?*, und lehnt diese diagnostischen Maßnahmen ab (*position*), was gerade durch die nicht beantwortete rhetorische Frage deutlich wird. Da aber die Frauen, auf die referiert wird, durchaus PND in Anspruch nehmen, findet im Rahmen des *alignment* eine Distanzierung statt, da die diskursiven Positionen von Autor:in und den referierten Frauen nicht übereinstimmen. Es findet keine explizite Bewertung der PND statt, dennoch ist die *evaluation* von PND durch den:die Autor:in negativ. Es zeigt sich bereits an diesem Ausschnitt, dass Fremdzuschreibungen nicht bloß der Bewertung anderer Subjekte im Diskurs dienen, sondern mit diesen Sprachhandlungen auch die eigene Positionierung in Bezug auf Subjekte und Gegenstände im Diskurs einhergeht.

Dabei werden die Äußerungen – nicht nur in Argumentationen – innerhalb eines soziokulturellen Rahmens realisiert, der durch Macht strukturiert ist: „Diskurslinguistik

kommt also gar nicht umhin, auch Machtstrukturen – soziale Dynamiken und Hierarchien – zu beschreiben, wenn sie den Diskurs in Foucaults Sinne beschreiben will“ (Warnke/Spitzmüller 2008, 18). Macht verstehen wir aus diskurslinguistischer Perspektive weniger als restriktives Instrument der Unterdrückung und Ausbeutung, sondern im Anschluss an Foucault vielmehr als Form der sozialen Beziehung von Akteur:innen innerhalb eines bestimmten sozialen Gefüges (Gesellschaft). Macht ist somit ein Phänomen, das sich aus bestehenden sozialen Verhältnissen entwickelt und die Ausbildung von Wissen maßgeblich mitbestimmt. Sie stellt somit ein „notwendiges Moment im gesellschaftlichen Zusammenleben“ dar (Spieß 2011, 91).

Machtasymmetrien entstehen durch unterschiedliche soziale Gefüge, aus denen heraus Akteur:innen sprachlich ihre Interessen und Einstellungen zum Ausdruck bringen. Mit diesen individuellen Positionen wiederum sind bestimmte Wissensbestände verknüpft, die als diskursive Formierungen bestimmen, wie sich Akteur:innen im Diskurs äußern können. Macht und Wissen sind damit im Diskurs unterschiedlich verteilt, und ihre Verteilung beeinflusst, wer sich wie äußern kann, welche Äußerungen ermöglicht werden und wie sich Wissen im Diskurs bildet und verändert. Ein diskursiver Machtgewinn ist insofern ein Ziel sprachlichen Handelns im Diskurs, als mit Macht im Diskurs zumeist die Voraussetzungen für die Durchsetzung von Wissen verbessert werden. Macht im Diskurs, bzw. das Sprechen von einer machtvollen diskursiven Position aus, ermöglicht die Festsetzung von Wissensbeständen als ‚wahr‘, ‚richtig‘ oder ‚gut‘. Zugleich bedeutet Wissen auch Macht bzw. kann Wissen zu Macht verhelfen.

Macht- und Wissensasymmetrien sind Ausgangspunkt bzw. Motivation für bestimmte Akteur:innen⁵, sich innerhalb einer Debatte zu äußern: Indem sich durch die getätigten Aussagen die Struktur des Diskurses ändert, ändert sich auch das Machtgefüge im Diskurs, wenn auch nicht vollends, da es final von nicht-diskursiven Praktiken abhängt, auf die Akteur:innen einen geringen oder keinen Einfluss haben. Dennoch zeigt die folgende Analyse, wie Akteur:innen explizit versuchen, ihre Positionen zu verteidigen, indem sie bspw. die Position des Gegenübers explizit abwerten durch das Absprechen von Expertise:

(2) Zu den Hebammen ist zu sagen, dass sie gar nicht gelernt haben, eine Schwangerschaft vollständig nach den Mutterschaftsrichtlinien zu betreuen. Sie können keinen Ultraschall machen, deshalb stehen sie ihm kritisch gegenüber, sie können keine weitere Abklärung selber machen. (BZgA 2007, 35)

In einem wissenschaftlich geprägten Diskurs wie dem zur Pränataldiagnostik, in dem Expertise das Fundament der Glaubwürdigkeit einer diskursiven Position darstellt und die Plausibilität einer Argumentation auch von den sozialen Umständen einer Person

⁵ Es gibt aber immer auch gesellschaftliche Akteur:innen, die kaum eine oder keine Stimme im Diskurs haben und über die innerhalb von Diskursen bestenfalls als ‚Betroffene‘ gesprochen wird. Zu denken wäre hier bspw. an marginalisierte soziale Gruppen, im vorliegenden Fall z. B. die noch nicht Geborenen oder Menschen mit Beeinträchtigung.

abhängt, stellt das Zuschreiben oder Absprechen von Wissen – deklarativ wie prozedural – eine diskursive Strategie dar, um die Subjektpositionen anderer Diskursakteur:innen zu manipulieren und den eigenen Interessen entsprechend zu re-evaluieren. Hiermit wird im Sinne des Stancetaking auch die eigene Position in Relation zu Objekten und anderen Akteur:innen neu ausgerichtet. Die folgende Analyse betrachtet den Aspekt der Macht als soziales Phänomen, das das Handeln der Akteur:innen im Diskurs prägt und dementsprechend den Aufbau von Argumentationen formt mit dem Ziel, möglichst plausibel zu argumentieren und letztlich möglichst erfolgreich die eigene diskursive Position durchzusetzen.

4 Analyse

Ziel unserer Analyse ist die Feststellung von Mustern in Argumentationen bei der Nutzung von Zuschreibungspraktiken, genauer Selbst- und Fremdzuschreibungen. Wir definieren eine *Zuschreibung* als eine Attribuierung von Eigenschaften, Einstellungen, Handlungen oder Verhaltensweisen an eine diskursive Position, entweder die eigene Position (Selbstzuschreibung) oder fremde Positionen (Fremdzuschreibungen). Dabei werden explizite Attribuierungen von Eigenschaften, Einstellungen, Handlungen oder Verhaltensweisen fokussiert. Sprachgebrauch oder Sprachthematizierungen können Aufschluss über die zugrundeliegende Position zum Sachverhalt geben, sie müssen den Akteur:innen aber nicht immer bewusst sein.

4.1 Material und Vorgehen

Das Untersuchungskorpus besteht aus drei Broschüren der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) aus den Jahren 2000, 2007 und 2012. Insgesamt sind 31 Texte unterschiedlicher Längen enthalten. Unser Korpus weist eine doppelte Heterogenität auf: Einerseits enthalten die Broschüren unterschiedliche Textsorten (Interviews, Essays, Berichte). Andererseits sind auch die als Autor:innen vertretenen Akteur:innen sehr heterogen (Gynäkolog:innen, Ethnolog:innen, Bioethiker:innen).

Die Annotation der sprachlichen Phänomene wurde mit MAXQDA 2022 auf Wort- und Satzebene durchgeführt, häufig wurden ganze Sätze oder Absätze, seltener einzelne Begriffe annotiert. Es wurden 373 Stellen mit den Tags *Argumentation* (159), *Selbstzuschreibung* (25) und *Fremdzuschreibung* (189) annotiert. An 36 der kodierten Stellen befindet sich eine Fremdzuschreibung innerhalb einer Argumentation, bei Selbstzuschreibungen wurde eine solche Stelle annotiert. Das bedeutet, dass in 19 % aller Argumentationen Fremdzuschreibungen vorkommen, allerdings kommen in weniger als 1 % aller Argumentationen Selbstzuschreibungen vor. Im Folgenden werden die Befunde zuerst präsentiert und im nächsten Schritt wird untersucht, ob Zuschreibungen funktional und musterhaft innerhalb Argumentationen genutzt werden und welche Gründe sich hierfür anführen lassen.

4.2 Diskursive Positionen von Akteur:innen

Thematisch bewegen sich die annotierten Argumentationen im Bereich der Pränataldiagnostik (PND) bzw. der Präimplantationsdiagnostik (PID). Anhand der Thesen, die innerhalb der Argumentationen explizit formuliert sind oder implizit vorliegen und aufgrund des situativen Kontextes von uns erschlossen werden, lassen sich die folgenden Themen und Thesen aller Argumentationen festlegen:

Thema	Zentrale Thesen
Beratung zu Pränataldiagnostik	<p>Psychosoziale Beratung ist wichtig im Kontext von Pränataldiagnostik.</p> <p>Psychosoziale Berater:innen haben relativ wenig Erfahrungen mit Beratung zur PND.</p> <p>Die Durchführung der Beratung zur Pränataldiagnostik durch Mediziner:innen lässt wenig Raum für Sorgen von Eltern.</p> <p>Die Beratung zur Pränataldiagnostik durch Mediziner:innen überfordert Schwangere.</p> <p>Mediziner:innen führen häufiger Feinultraschalls etc. im Rahmen der Pränataldiagnostik durch, als notwendig ist.</p> <p>Durch die einseitige Beratung zur Pränataldiagnostik wird der Wunsch nach einem nicht-behinderten Kind bestärkt.</p>
Bewertung von Pränataldiagnostik/ Präimplantationsdiagnostik	<p>Präimplantationsdiagnostik kann belastend sein für Eltern.</p> <p>Präimplantationsdiagnostik wird unnötigerweise und unhinterfragt genutzt als Mittel zur Verhinderung von Behinderung.</p> <p>Eltern wird die falsche Hoffnung der Vermeidbarkeit von Behinderung durch Präimplantationsdiagnostik gemacht.</p> <p>Präimplantationsdiagnostik ist keine „weniger belastende“ Alternative zum Schwangerschaftsabbruch.</p>
Zwang zur PND	Frauen werden gesellschaftlich zur PND gezwungen.

Tabelle 1: Übersicht über zentrale Themen und dazugehörige Thesen innerhalb der Argumentationen

Es finden sich Zuschreibungen an *Klient:innen*, *Ärzt:innen*, *Berater:innen* sowie allgemeiner *die Gesellschaft*. Diese Zuschreibungen erscheinen, je nach diskursiver Position, relativ musterhaft und lassen sich folgendermaßen schematisieren:

Akteur:in	Zuschreibungen
Ärzt:innen	<p>Einzelkämpfer:innen im Kontext der PND informieren ihre Klient:innen nicht ausreichend über PND (u. a. aus Zeitgründen) pathologisieren die Schwangerschaft verschreiben PND-Untersuchungen vorschnell können keine umfassende Beratung zur PND durchführen nutzen rechtlichen Ermessensspielraum bei der Diagnose handeln nicht immer im Interesse der Schwangeren</p>
Berater:innen	<p>Einzelkämpfer:innen im Kontext der PND haben eine geringe medizinische Expertise</p>
Klient:innen	<p>haben kein ausreichendes Wissen zur PND (Überforderung) wollen die Geburt eines Kindes mit Behinderung verhindern sind emotional belastet bei der PND wg. Entscheidung für oder gg. Kind mit Behinderung wollen alle technischen Möglichkeiten nutzen, die vorhanden sind nutzen PND unhinterfragt müssen sich gesellschaftlichen Konventionen (Idealisierung von Menschen ohne Behinderung) fügen bzw. lassen sich beeinflussen nutzen Beratung nur, wenn wirklich nötig</p>
die Gesellschaft	<p>fördert diskriminierende Praktiken (Verhinderung der Geburt von Menschen mit Behinderung) wertet Menschen mit Behinderung ab</p>

Tabelle 2: Übersicht über Fremdzuschreibungen innerhalb der Argumentation im Korpus

Auffällig sind hier die fast durchgängig negativ konnotierten Zuschreibungen an die einzelnen Akteur:innen.

Auf Ebene der grammatischen Struktur finden sich in unserem Korpus zwei Ausprägungen: Die Zuschreibung von Eigenschaften (*Schwangere sind X*) und die Zuschreibung von Handlungen (*Ärzt:innen tun Y*). In einem Großteil unserer Befunde wird die Prädikation von Eigenschaften bspw. durch die metaphorische Referenz auf die Akteur:innen (Benennung als *Einzelkämpfer:in*) realisiert. Auch Zuschreibungen, die mit dem Verb *haben* formuliert werden, werden wir als Zuschreibung von Eigenschaften. Diese Struktur ist im Korpus produktiv, es werden mit *haben* wiederholt Nominalphrasen (*Berater:innen haben wenig Erfahrung* oder *Manche Frauen und Paare haben keinen Bedarf an zusätzlicher psychosozialer Begleitung*) attribuiert. Formulierungen mit *können* werden ebenfalls als Zuschreibungen von Eigenschaften bewertet, da hier die Fähigkeit zum Handeln thematisiert wird. Diese Struktur trat gehäuft in Kombination mit Negation auf (*Berater:innen können diese Aufklärung nicht ersetzen*). Zuletzt soll an dieser Stelle auf Zuschreibungen, die mit

dem Verb *wissen* formuliert werden, eingegangen werden⁶. Wissen bzw. Wissensasymmetrien spielen in bioethischen Diskursen eine zentrale Rolle, und Wissen oder Nichtwissen wird argumentativ genutzt, um diskursive Positionen zu delegitimieren:

(3) Der Grund ist, dass sie [Ärzt:innen, L.K./C.S.] in der Regel gar nicht wissen, was psychosoziale Beratung heißt (und was sie von ihrer eigenen fachlichen Beratung unterscheidet) und was Schwangerschaftsberaterinnen als Kooperationspartnerinnen leisten könnten. (BZgA 2007, 27)

Das Unwissen wird hier expliziert und den Ärzt:innen durch das negierte Verb *wissen* (gesteigert durch die Intensitätspartikel *gar*) zugeschrieben.

Die Zuschreibung von Handlungen wird anhand von Handlungsverben (*nutzen, entscheiden, lehnen ab*) formuliert. Diese Formulierungen sind größtenteils aktiv formuliert, (handelndes) Subjekt ist zumeist der:die Akteur:in, dem:der die Handlung zugeschrieben wird.

(4) [...] andererseits wird diese Illusion [der Vermeidbarkeit von Behinderung, L.K./C.S.] von Gynäkologinnen und Gynäkologen genährt, wenn im Mittelpunkt der Beratung steht, dass das Kind gesund sein soll und häufig nicht angesprochen wird, dass nach Auffälligkeiten gesucht wird. (BZgA 2012, 14)

Die Zuschreibung von Handlungen wird von uns auch als Fremdpositionierung gewertet, da mit Handlungen häufig Einstellungen, Meinungen oder Positionen einhergehen. In (4) werden Ärzt:innen bspw. positioniert, indem ihnen der Glaubenssatz bzw. die Einstellung „Die Geburt von Kindern mit Behinderung ist vermeidbar“ zugeschrieben wird, den sie „nähren“ und an ihre Klient:innen weitergeben und damit implizit eine Handlungsaufforderung artikulieren. Die Zuschreibung von Handlungen muss dabei nicht zwingend wortwörtlich gemeint sein, sondern kann auch ihre Bedeutung in metaphorischer/abstrakter Interpretation entfalten:

(5) In der Praxis gehen in einigen Gegenden so gut wie alle Frauen in die Spezialultraschall-Praxis, oft auf Überweisung, obwohl es eigentlich eine IGeL ist. Grund: Die werdenden Eltern sind fasziniert davon, was sie alles sehen können [...] (BZgA 2012, 20)

Die Zuschreibung besteht in der hier formulierten Bewegungsmetaphorik (*die Entscheidung für eine Maßnahme als Bewegung*) darin, dass Frauen überhaupt den Feinultraschall durchführen lassen, der nicht Teil der von der gesetzlichen Krankenkasse bezahlten Standard-Schwangerenversorgung ist. Ihnen wird also ein gesteigertes Interesse am

⁶ Im Kontext von Argumentationen wurde die Formulierung in unserem Korpus nur ein Mal genutzt, außerhalb der Argumentationen ist die Formulierung beim Sprechen über Dritte (Schwangere, Berater:innen, Eltern) sowie die eigene Position („Wir wissen“) jedoch enorm produktiv: Insgesamt wurden 21 Stellen, an denen das Verb *wissen* genutzt wurde, gefunden (bspw. „Manche Frauen wollen nichts wissen, das muss man auch akzeptieren.“ (BZgA 2007, 36)). Auch darüber hinaus ist das Wortfeld *Wissen* (*Wissen, Nichtwissen, Unwissen, Fachwissen*) im Korpus produktiv. Hier ein eingängiges Beispiel aus dem Korpus: „Zudem braucht es viel Wissen, um zu wissen, was man nicht wissen will.“ (BZgA 2007, 53).

(Gesundheits-)Zustand des Embryos, das über die Empfehlungen der Krankenkassen hinausgeht, zugeschrieben und daraus abgeleitet auch die Bereitschaft, im Falle bestimmter Befunde einen Schwangerschaftsabbruch durchführen zu lassen.

Es zeigt sich, dass die Abwertung anderer diskursiver Positionen bzw. Diskursakteur:innen dazu genutzt wird, diese Positionen anhand negativer Fremdzuschreibungen zu delegitimieren und gleichzeitig die eigene Position positiv zu evaluieren. Die sich äußernden Akteur:innen nutzen demnach die Fremdpositionierung anhand negativer Fremdzuschreibungen auch zur Selbstpositionierung deutlich häufiger als Selbstzuschreibungen. Die Selbstzuschreibung im Korpus lässt sich folgendermaßen zusammenfassen.

Akteur:in	Zuschreibungen
Ärzt:innen	müssen die komplexe Abwägung zwischen Interessen von schwangerer Person und Embryo im Kontext eines Schwangerschaftsabbruchs leisten und sind hierbei verantwortlich

Tabelle 3: Übersicht über Selbstzuschreibungen innerhalb der Argumentation im Korpus

Die Zuschreibung an die eigene Position als Ärzt:in ist positiver konnotiert als ein Gros der Fremdzuschreibungen (Tabelle 2), zudem liegt hier der Fokus auf einer Emotionalisierung der eigenen Entscheidungen, die durch Ärzt:innen getroffen werden müssen:

(6) Der Gesetzgeber erwartet von uns Ärzten und Ärztinnen, diese mütterliche Gefahrensituation zu erkennen und durch Indikationsstellung zu benennen. Damit lastet auf uns eine fast unerträgliche Verantwortung in diesem Entscheidungsprozess. (BZgA 2012, 24)

Die Emotionalisierung wird durch eine implizite Emotionsthematisierung (vgl. Schwarz-Friesel 2013, Kapitel 5) hervorgerufen, die durch das expressive Adjektiv *unerträglich* und das Verb *lastet auf* realisiert wird. Sowohl *unerträglich* als auch *lastet auf* stellen Realisierungen von Gewichtsmetaphorik dar, die stark konventionalisiert ist. Die metaphorische Verwendung der Ausdrucksmittel verweist auf die Schwere der Entscheidung. Der:die Autor:in spricht hier von einer „unerträglichen Verantwortung“ und konstituiert durch die Attribuierung des Nomens *Verantwortung* mit dem Adjektiv *unerträglich* in Verbindung mit dem Verb *lastet auf* so den Gewissenskonflikt, in dem sich Ärzt:innen befinden, wenn sie die Indikation zu einem Schwangerschaftsabbruch stellen. Dieser Konflikt wird auch im Rahmen von Zuschreibungen thematisiert, dabei jedoch deutlich weniger emotionalisiert:

(7) Als Übergangsbegleiter übernehmen Arzt oder Ärztin nicht nur eine orientierende und schützende Rolle, sondern sie sind gleichzeitig den Mitteln und Erfordernissen der modernen Medizin verpflichtet. (BZgA 2007, 48)

Da Selbstzuschreibungen wie Fremdzuschreibungen die Aufgabe haben, die eigene Position im Diskurs abzubilden und zu „verbessern“, kann (6) als Beispiel für die argumentative

Verteidigung von Handlungen, die zur eigenen diskursiven Position gehören, gelten. Die Emotionalisierung des Konflikts („unerträgliche Verantwortung“) soll andere Akteure von der Position der Ärzt:innen überzeugen.

Es lassen sich anhand der getätigten Zuschreibungen bereits rudimentäre Charakterisierungen der jeweiligen, auf Diskursebene konstituierten Subjekte erstellen, die keine real existierenden Akteur:innen abbilden. So werden Ärzt:innen als nicht ausreichend den Schwangeren zugewandt charakterisiert. Ihnen werden eine Fokussierung auf das ‚Finden von Fehlern‘ beim ungeborenen Kind und die Tendenz, vorschnell Untersuchungen zu veranlassen, unterstellt. Schwangerschaft wird von diesen Ärzt:innen pathologisiert, und Untersuchungen werden im Rahmen des technisch und gesetzlich Erlaubten durchgeführt, ohne Rücksicht auf die Folgen für die Eltern, wenn ein Befund tatsächlich kritisch sein sollte. Im Gegensatz dazu wird Berater:innen, wie sie in psychosozialen Beratungseinrichtungen tätig sind, eine geringe medizinische Expertise zugeschrieben. Die Klient:innen werden als uninformiert und von den Möglichkeiten (aber auch möglichen Folgen) pränataldiagnostischer Untersuchungen überfordert dargestellt – wenn ihnen diese überhaupt bewusst sind. Die Klient:innen wollen laut den Zuschreibungen möglichst viele Untersuchungen vornehmen, um ggf. Befunde frühestmöglich zu erhalten und im Falle bestimmter Diagnosen einen Schwangerschaftsabbruch vorzunehmen. Die Gesellschaft, in der Normen und Konventionen entstehen, ist als Akteursgruppe schwer greifbar, doch bilden die in einer Gesellschaft kursierenden und existierenden Meinungen zu einem Thema/Sachverhalt die öffentliche Meinung. Das Konzept der *Öffentlichen Meinung* ist Neidhardt (1994, 26) zufolge „ein kollektives Produkt von Kommunikationen, das sich zwischen den Sprechern als ‚herrschende‘ Meinung darstellt. Erst die Unterstellung einer normativen Kraft macht öffentliche Meinung zu einer Wirkungsgröße, die soziologische Beachtung verdient.“⁷

Die Verbalisierung von Machtasymmetrien findet sich in Zuschreibungen, die einerseits Machtasymmetrien benennen (8), aber andererseits auch versuchen, diese zu festigen oder umzuändern (9).

(8) Psychosoziale Beraterinnen haben relativ wenig Erfahrungen mit Beratung zur PND, weil Ärztinnen und Ärzte keine Klientinnen zu Beratungsstellen schicken beziehungsweise keine entsprechenden Empfehlungen geben. (BZgA 2007, 27)

(9) Wenn bestimmte medizinische Fragen und Erläuterungen zu Befunden bei den Schwangeren unklar geblieben sind, ist dies eine wichtige Rückmeldung für den Arzt oder die Ärztin. Die Frauen sollten dies dann in der gynäkologischen Sprechstunde klären. Beraterinnen können diese Aufklärung nicht ersetzen. (BZgA 2007, 29)

⁷ Diese Charakterisierungen werden anhand der im Folgenden (insbesondere in 4.3) dargestellten Belegstellen deutlicher. Zugleich sei angemerkt, dass das Konzept der *öffentlichen Meinung* eine Abstraktion der in einer Gesellschaft existierenden verschiedenen konkurrierenden Ansichten darstellt. Das Konzept zielt auf die vorherrschenden Meinungen zu Sachverhalten, die nicht selten umstritten sein können.

Während in (8) auf die Wissensasymmetrie zwischen Ärzt:innen und Berater:innen Bezug genommen wird, indem Ärzt:innen als Grund für die mangelnde Expertise der Berater:innen genannt werden, wird in (9) die bestehende Asymmetrie explizit kommuniziert, indem die Unersetzbarkeit der gynäkologischen Beratung deutlich gemacht wird. Ärzt:innen werden somit als „unersetzbar“ im Kontext der Beratung zu PND charakterisiert, und ihre Relevanz für die Schwangerenvorsorge wird gefestigt.

Soziale Dynamiken, in die Akteur:innen anhand individueller Eigenschaften (bspw. Berufsfeld, Gesundheitszustand oder familiäre Situation) eingebunden sind, wirken sich auf ihr sprachliches Handeln und ihre kommunikativen Ziele aus: Einerseits bestimmt der soziale Kontext, wer sich überhaupt äußern kann (wessen Positionen bspw. in den untersuchten Broschüren abgedruckt werden), andererseits wird durch die Machtstrukturen im Diskurs die Positionierung der einzelnen Akteur:innen im Diskurs zueinander modelliert bzw. vorgegeben, und Möglichkeiten der Argumentation werden so überhaupt erst eröffnet.

Unter Rückbezug auf den oben präsentierten Machtbegriff im Anschluss an Foucault leiten wir aus unseren Befunden aus dem Korpus die folgenden drei Thesen ab:

- (1) Im Korpus zeigen sich grundsätzlich Machtasymmetrien zwischen den Akteur:innen.
- (2) Die Akteur:innen sind sich dieser Asymmetrien bewusst.
- (3) Das sprachliche Handeln (Argumentieren) der Akteur:innen hat zum Ziel, bestehende Asymmetrien entweder zu festigen oder zu modifizieren, um eine machtvolle(re) Position aufrecht zu erhalten oder zu erreichen.

Im Folgenden werden nun Einzelanalysen dargestellt, die sich auf Zuschreibungen innerhalb der Argumentationen fokussieren.

4.3 Funktionen von Zuschreibungen im Kontext der Argumentationen

Die vorausgegangenen Ergebnisse zeigen bereits, dass Zuschreibungen produktiv innerhalb von Argumentationen genutzt werden, allerdings unterschiedliche Rollen je nach Ziel der Argumentation bzw. Kontext einnehmen. Im Folgenden wird zusammenfassend dargestellt und ausgewertet, inwiefern Zuschreibungen musterhaft in bestimmten Teilen der Argumentation auftauchen und so strategisch innerhalb der Kommunikation eingesetzt werden. Dafür wurden die im Text vorhandenen Argumentationen annotiert und die jeweils dazugehörige These sowie das Argument formuliert, um zu überprüfen, in welchem Bestandteil der Argumentation die Zuschreibung verortet ist⁸. Wir definieren

⁸ Schlussregeln liegen in den untersuchten Texten nicht realisiert vor, sie sind von uns rekonstruiert worden. Wir verzichten deswegen auf die Untersuchung von Zuschreibungen innerhalb der Schlussregel, da diese aufgrund ihres impliziten Charakters durch uns rekonstruiert werden muss, und wir demnach auch die Zuschreibung rekonstruieren würden, was nicht im Sinne unserer empirischen Analyse ist.

Argumentation als komplexe sprachliche Handlung, die die Überführung einer strittigen These in eine unstrittige These zum Ziel hat. Die Überführung der These in die Unstrittigkeit wird von Argumenten geleistet, durch die die Schlussregel mit der These verknüpft werden. Wir folgen damit der Grundstruktur des Toulmin-Schemas (2003), das von einem Datum ausgeht, das eine strittige Konklusion durch eine Schlussregel in eine unstrittige These überführt und das vor allem auf Plausibilitäten ausgerichtet ist, nicht auf logische Schlussfolgerungen (Toulmin 2003).

4.3.1 Zuschreibungen in der These

In 10 von 36 Textstellen befand sich die Zuschreibung innerhalb dessen, was wir im Rahmen der Argumentation als *These* formuliert haben. Die These stellt den strittigen Sachverhalt und gleichzeitig den Kern der Positionierung dar, da hier „Stellung bezogen“ wird zum thematisierten Sachverhalt, und sich diese Stellung je nach diskursiver Position unterscheiden kann.

(10) Das Angebot eines Frühscreenings ist ein Eingriff in das Erleben des Schwangerseins zu einem völlig unpassenden Zeitpunkt. In der 10. Schwangerschaftswoche wissen viele Frauen gerade erst sicher, dass sie schwanger sind, und noch gar nicht sicher, was das für sie, ihre Lebensführung, ihre Beziehung, ihre Lebenspläne bedeutet. [...] Zugleich werden die Ambivalenzen in der Schwangerschaft und die verständlichen Sorgen von Frauen, ‚ob alles gut geht‘, vorschnell auf die Angst vor einem behinderten Kind zugespitzt. Durch den Test, der diese Angst ja eigentlich nehmen soll, wird die Angst geradezu verstärkt und die Hoffnung auf ein vollkommen gesundes, ‚pflegeleichtes‘ Kind genährt.‘ (BZgA 2007, 44)

Wir rekonstruieren die Einzelbestandteile der Argumentation folgendermaßen:

- These: *Das Frühscreening verstärkt die Angst vor einem Kind mit Beeinträchtigung.
Das Frühscreening nährt die Hoffnungen auf ein vollkommen gesundes und pflegeleichtes Kind.*
- Argument: *Durch den Test werden die Ambivalenzen und Sorgen, ob alles gut geht, vorschnell auf Angst zugespitzt.
Das Frühscreening ist ein Eingriff in das Erleben des Schwangerseins zu einem unpassenden Zeitpunkt.*
- Schlussregel: *Weil das Frühscreening die Ambivalenzen der und die Sorgen in der Schwangerschaft, ob denn alles gut geht, auf die Angst davor zuspitzt, wird die Angst vor einem Kind mit Beeinträchtigung durch den Test verstärkt und ein gesundes Kind zur Norm.*

Die implizite Zuschreibung innerhalb der beiden Thesen lautet demnach, dass Frauen versuchen, durch pränataldiagnostische Maßnahmen die Geburt eines Kindes mit Behinderung zu verhindern, was durch die Zuschreibung von *Angst (vor einem behinderten Kind)* und *Hoffnung (auf vollkommen gesundes und pflegeleichtes Kind)* auf der sprachli-

chen Oberfläche markiert wird. Auch im folgenden Beispiel findet sich eine Zuschreibung an die Klient:innen (hier Eltern) innerhalb der These der Argumentation:

(11) Wird durch pränatale Untersuchungen ein auffälliger Befund beim Ungeborenen festgestellt, entsteht für die betroffenen Eltern eine höchst belastende Situation, die zu schweren seelischen Konflikten führen kann, vor allem wenn die Frage nach einer medizinischen Indikation zum Schwangerschaftsabbruch aufkommt. (BZgA 2012, 14)

Die Argumentation lässt sich folgendermaßen rekonstruieren:

- These: *Im Falle eines auffälligen Befundes ist PND für Eltern höchst belastend.*
- Argument: *Bei einem auffälligen Befund wird ggf. der Abbruch der Schwangerschaft medizinisch indiziert.*
- Schlussregel: *Weil bei einem auffälligen Befund ein Abbruch der Schwangerschaft ggf. medizinisch indiziert wird, kann die PND für Eltern belastend sein.*

Den Eltern wird hier zugeschrieben, dass PND für sie belastend ist. In diesem Falle besteht die Belastung weniger in der physischen Belastung durch wiederholte Hormonstimulationen (bei einer PID), die für die Heranreifung mehrerer Eizellen notwendig sind, sondern eher in der psychischen Herausforderung (*schweren seelischen Konflikten*), im Falle auffälliger Befunde die Entscheidung für den Abbruch der Schwangerschaft zu treffen. Den Eltern wird ein Gewissenskonflikt zugeschrieben, der sich zwischen einer Fürsorge für den Embryo und der Angst vor einem Kind mit Behinderung erstreckt.⁹

Auch wenn das Vorhandensein von Zuschreibungen in der These einer Argumentation den Anschein erweckt, primäres Ziel sei die Bewertung anderer Akteur:innen im Diskurs, realisieren die kommunizierenden Akteur:innen auf der Ebene des Diskurses vor allem ihre individuelle Positionierung in Bezug auf den ursprünglich strittigen Gegenstand der PND. Bei der Durchsetzung von Geltungsansprüchen im Diskurs ist nicht die Abwertung anderer diskursiver Positionen handlungsleitend, wenngleich die je eigene Profilierung eine Ausrichtung der eigenen Position an anderen (*alignment*) nach sich zieht bzw. notwendig macht. Im Vordergrund steht dabei aber die Distribution von Wissen und dessen Durchsetzung als kollektive Wahrheit in einer Diskursgemeinschaft, wenn auch die Durchsetzung von Geltungsansprüchen die Abwertung anderer Positionen mit sich bringt, da im Diskurs nicht zwei Wissensbestände mit demselben Bezugsobjekt denselben Grad an Durchsetzung erreicht haben können, wenn man den Durchsetzungsgrad von

⁹ Auch Faktoren wie Probleme, überhaupt einmal schwanger zu werden, oder Fertilitätsstörungen der Elternteile können Teil dieses Konflikts sein.

Wissensbeständen bspw. an der Verabschiedung von Gesetzen festmachen möchte.¹⁰ Alltagssprachlicher formuliert: Es können nicht zwei sich widersprechende Aussagen von einer Person als gleichermaßen wahr formuliert werden¹¹, gleichwohl kann es aber unterschiedliche Perspektiven auf einen strittigen Sachverhalt im Diskurs geben.

4.3.2 Zuschreibungen im Argument

Mit 28 Fällen in 38 Argumentationen finden sich Zuschreibungen deutlich häufiger innerhalb von Argumenten. Innerhalb der Argumentation bezieht sich das Argument auf eine Streitfrage und beinhaltet Aussagen, die „den Übergang vom Grund zur Konklusion legitimieren“ (Hannken-Illjes 2018, 21). Grund fassen wir in der Terminologie Toulmins (2003) als Datum bzw. Argument. Argumente sind somit Elemente von Argumentationen, die aus mindestens drei Teilen bestehen, die aber nicht immer alle expliziert sein müssen.¹² In mehr als der Hälfte dieser Fälle finden sich Zuschreibungen an Klient:innen, also schwangere Frauen oder Elternpaare, wie Beleg 12 exemplarisch zeigt.

(12) Das Angebot zum Frühscreening ersetzt heute meist den sogenannten ‚Triple-Test‘, der bisher im zweiten Schwangerschaftsdrittel eingesetzt wurde und bei dem nur die entsprechenden Blutwerte erhoben wurden. Beiden Tests ist gemeinsam, dass sie eine reine Wahrscheinlichkeitsabschätzung sind, dass sie keine Kassenleistung sind, sondern extra gezahlt werden müssen, und dass sie häufig ohne hinreichende Informationen vorgenommen werden. Dabei müsste eigentlich eine ausführliche Beratung vorangehen. Längst nicht alle Frauen sind in der Lage, mit Wahrscheinlichkeiten umzugehen. Für sie ist es ja immer ihr Kind und nicht eine statistische Größe. (BZgA 2007, 43)

Die Rekonstruktion der Argumentation lautet:

- These: *Es bräuchte eigentlich eine ausführliche Beratung zur PND.*
Argument: *Längst nicht alle Frauen sind aufgrund ihrer emotionalen Verbindung mit dem Embryo in der Lage, die gegebenen (komplexen) Informationen zu den statistischen Wahrscheinlichkeiten einer Behinderung zu verstehen.*
Schlussregel: *Weil nicht alle Frauen in der Lage sind, eine informierte Entscheidung aufgrund von Wahrscheinlichkeiten zu treffen, braucht es eine ausführliche Beratung zur PND.*

10 Zwar gibt es bei der Entstehung und Verabschiedung von Gesetzen Kompromisse zwischen Lagern, letztlich entscheidet aber eine Abstimmung, ob im Gesetzgebungsverfahren Anträge angenommen oder abgelehnt werden.

11 Allerdings gibt es auch Fälle in der Politik, bei denen Parteien bzw. Politiker:innen bewusst und kalkuliert Ambivalenzen und Widersprüche in Kauf nehmen, um das Publikum zu adressieren.

12 Toulmin geht von drei konstitutiven Elementen aus: der Konklusion/These, dem Datum/Argument und der Schlussregel. Diese drei Grundkonstanten erweitert er um die Elemente der Stützung und des Modaloperators, die für unsere Zwecke aber nicht weiter relevant sind (vgl. Toulmin 2003, 87-134).

Mit der Formulierung *längst nicht alle Frauen sind in der Lage* wird vielen Frauen ein Unvermögen, mit komplexen Informationen wie Wahrscheinlichkeiten (*statistische Größe*) umgehen zu können und damit eine ungenügende Entscheidungsfähigkeit im Kontext der PND zugeschrieben. Dies geschieht, um die Relevanz von Beratung zur PND zu unterstützen, aber auch mit dem übergeordneten Ziel, PND als problematisch zu charakterisieren und ihre Folgen für die Gesellschaft zu reflektieren.

(13) Ergänzend ist ein erneuter gesellschaftlicher Diskurs über das Zusammenleben in all seiner Vielfalt vonnöten, verbunden mit ethischen Auseinandersetzungen darüber, ob alles ermöglicht werden sollte, was machbar ist. Der Gefahr der Selektion durch Pränataldiagnostik und Präimplantationsdiagnostik sowie deren Einsatz als Exklusionsinstrumente steht die gesellschaftliche Aufgabe gegenüber, eine Teilhabe für alle zu ermöglichen und Barrierefreiheit zu realisieren. (BZgA 2012, 17)

Die Rekonstruktion der Argumentation sieht folgendermaßen aus:

- These: *Es muss einen erneuten vielfältigen und ethischen Diskurs um PND/PID geben.*
- Argument: *Ohne einen solchen Diskurs droht eine Exklusion bestimmter Personengruppen durch die Gesellschaft.*
- Schlussregel: *Weil ohne einen erneuten vielfältigen und ethischen Diskurs eine Exklusion bestimmter Personengruppen durch die Gesellschaft droht, muss es einen Diskurs um PND/PID geben.*

Die grundsätzliche Aufgabe des Arguments im Kontext einer Argumentation ist die Darstellung eines unstrittigen Sachverhalts, an den die These, die den strittigen Sachverhalt darstellt, anschließt. Mithilfe der Schlussregel soll die strittige These zu einem unstrittigen Sachverhalt prozessiert werden (so zumindest in der Theorie). Fremdzuschreibungen im Argument sind produktiv, da sie an gesellschaftlich bestehende konventionalisierte Wissensbestände anknüpfen. Im Kontext des untersuchten Diskursausschnitts wird bspw. auf Stereotype oder Klischees zurückgegriffen, sowohl wenn diese verstärkt werden sollen (*Ärzte haben keine Zeit für Beratung*), aber auch, wenn diesen widersprochen wird (*Es stimmt nicht, dass Ärzte die Schwangerschaft pathologisieren*). Damit sorgen Zuschreibungen im Argument einerseits für eine verbesserte kognitive Verarbeitung des Inhalts, indem an bekanntes Wissen angeknüpft wird.

Andererseits nutzen Akteur:innen Zuschreibungen an andere Akteur:innen innerhalb eines Arguments, um den eigenen Thesen Glaubwürdigkeit zu verleihen, indem der Anschein erweckt wird, es werde im Sinne anderer argumentiert und gehandelt. So im Beispiel (12), in dem das Argument, Frauen seien von den Möglichkeiten der PND überfordert, dafür genutzt wird, um eine grundlegende Ablehnung der PND abzuleiten. Die Einbindung fremder Positionen in die eigene Argumentation soll somit den Anschein von intersubjektiv überprüfbar Argumenten und nicht zuletzt von Seriosität, Sachlichkeit oder Empathie (je nach Thema) wecken.

5 Fazit

Ziel des vorliegenden Beitrags war die Analyse eines bislang noch nicht untersuchten Diskursausschnittes aus dem Diskurs um Pränataldiagnostik und Reproduktionsmedizin. Dazu wurde der Untersuchung ein Textkorpus mit Texten der BZgA zugrunde gelegt mit dem inhaltlichen Fokus auf Pränataldiagnostik und Reproduktionsmedizin.

Diese Themenstränge sind Teil des Bioethik-Diskurses, der sich durch ein besonders kontroverses Potenzial auszeichnet (Domasch 2007; Kalender 2011; Spieß 2011; 2015), da er sich mit ethischen Fragestellungen aus dem Kontext des menschlichen Lebens beschäftigt und eine heterogene Akteur:innenschaft (Medizin, Recht, Religion, Interessensverbände) mit teilweise konträren diskursiven Positionen aufeinandertrifft. Diese Akteur:innen verfügen über divergierende Formen von Wissen, das sie nutzen, um die eigenen Wahrheitsansprüche im Diskurs durchzusetzen und ihre Position im bestehenden Machtgefüge als die relevante Position zu markieren.

Die Untersuchung der Texte in Hinblick auf Zuschreibungshandlungen durch die Autor:innen zeigt, dass Zuschreibungshandlungen in ca. 20 % aller formulierten Argumentationen vorkommen.

Aufgrund unseres engen Definitionsrahmens für Zuschreibungen ist anzunehmen, dass die Zahl der Stancetaking- und Positionierungshandlungen, zu denen die Zuschreibung im diskurslinguistischen Kontext gehört, noch deutlich höher ist, weil Stancetaking- und Positionierungshandlungen auch durch die bloße Verwendung spezifischer Lexik oder graphematischer Mittel realisiert werden können.¹³ Positionierungshandlungen können damit grundsätzlich als produktive Teilkategorie von Argumentationen gelten.

Quellen

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2000) Gentechnik und Reproduktionsmedizin. *Forum* (1/2). <https://shop.bzga.de/pdf/13329040.pdf> [zuletzt aufgerufen am 6.12.2023]

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2007) Pränataldiagnostik. *Forum* (1). <https://shop.bzga.de/pdf/13329205.pdf> [zuletzt aufgerufen am 6.12.2023]

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2012) Vorgeburtliche Untersuchungen. *Forum* (2/2). <https://shop.bzga.de/pdf/13329221.pdf> [zuletzt aufgerufen am 6.12.2023]

¹³ Dieser Aspekt von Positionierungshandlungen wurde im vorliegenden Beitrag nicht fokussiert. Vgl. dazu aber Spieß (2018b) oder Spieß (2024) für Stancetaking- und Positionierungshandlungen auf lexikalischer Ebene oder Androutsopoulos (2022; 2023) für Stancetaking- und Positionierungshandlungen auf der Ebene der Graphematik.

Literatur

- Androutsopoulos, Jannis (2022) Interpunktion und Stilisierung im digitalen Diskurs: Struktur, Registrierung und Pragmatik des ‚Aufregezeichens‘. In: Busch, Florian /Droste, Pepe /Wessels, Elisa (Hrsg.) *Sprachreflexive Praktiken, LiLi: Studien zu Literaturwissenschaft und Linguistik*. Berlin u. a.: Springer, 23-49.
- Androutsopoulos, Jannis (2023) Punctuating the Other: Graphic Cues, Voice, and Positioning in Digital Discourse. In: *Language & Communication* 88, 141-152.
- Berger, Peter L./Luckmann, Thomas (2004) *Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit: eine Theorie der Wissenssoziologie. Mit einer Einleitung zur deutschen Ausgabe von Helmuth Plessner. 20. Aufl.* Frankfurt/M.: Fischer Taschenbuch.
- Busse, Dietrich (2005) Architekturen des Wissens – Zum Verhältnis von Semantik und Epistemologie. In: Müller, Ernst (Hrsg.) *Begriffsgeschichte im Umbruch. (= Archiv für Begriffsgeschichte, Sonderheft 2004)*. Hamburg: Felix Meiner Verlag, 43-57.
- Busse, Dietrich (2018) Diskurs und Wissensrahmen. In: Warnke, Ingo H. (Hrsg.) *Handbuch Diskurs*. Berlin u. a.: De Gruyter, 3-29.
- Chowchong, Akra (2021) ‚Don’t roll the r!‘ – Metasprachdiskurse in Sprachlernvideos auf YouTube. In: Hoffmeister, Toke /Hundt, Markus /Naths, Saskia (Hrsg.) *Laien, Wissen, Sprache*. Berlin u. a.: De Gruyter, 517-544.
- Chowchong, Akra (2022) *Sprachvermittlung in den Sozialen Medien: Eine soziolinguistische Untersuchung von DaF-Sprachlernvideos auf Videokanälen*. Berlin: Erich Schmidt Verlag.
- De Fina, Anna (2011) Discourse and identity. In: Van Dijk, Teun (Hrsg.), *Discourse Studies. A Multidisciplinary Introduction*, London: SAGE, 263-282.
- Domasch, Silke (2007) *Biomedizin als sprachliche Kontroverse: Die Thematisierung von Sprache im öffentlichen Diskurs zur Gendiagnostik*. Berlin u. a.: De Gruyter.
- Du Bois, John W. (2007) The Stance Triangle. In: Englebretson, Robert (Hrsg.) *Stance-taking in Discourse*. Amsterdam: Benjamins, 139-182.
- Felder, Ekkehard (2006) *Semantische Kämpfe: Macht und Sprache in den Wissenschaften*. Berlin u. a.: De Gruyter.
- Felder, Ekkehard (2012) Pragma-semiotische Textarbeit und der hermeneutische Nutzen von Korpusanalysen für die linguistische Mediendiskursanalyse. In: Felder, Ekkehard/Müller, Marcus/Vogel, Friedemann (Hrsg.) *Korpuspragmatik: Thematische Korpora als Basis diskurslinguistischer Analysen*. Berlin u. a.: De Gruyter, 115-174.

- Felder, Ekkehard (2013) Faktizitätsherstellung mittels handlungsleitender Konzepte und agonaler Zentren: Der diskursive Wettkampf um Geltungsansprüche. In: Felder, Ekkehard (Hrsg.) *Faktizitätsherstellung in Diskursen*. Berlin u. a.: De Gruyter, 13-28.
- Felder, Ekkehard/Luth, Janine /Vogel, Friedemann (2016) ‚Patientenautonomie‘ und ‚Lebensschutz‘: Eine empirische Studie zu agonalen Zentren im Rechtsdiskurs über Sterbehilfe. In: *Zeitschrift für germanistische Linguistik* 44(1), 1-36.
- Foucault, Michel (1981) *Archäologie des Wissens*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Fraas, Claudia (2001) Usuelle Wortverbindungen als sprachliche Manifestation von Bedeutungswissen. Theoretische Begründung, methodischer Ansatz und empirische Befunde. In: Nikula, Henrik/Drescher, Robert (Hrsg.): *Lexikon und Text*. Vaasa: o.V., 41-66.
- Hannken-Illjes, Kati (2018) *Argumentation: Einführung in die Theorie und Analyse der Argumentation*. Tübingen: Narr Francke Attempto.
- Kalender, Ute (2011) *Körper von Wert: Eine kritische Analyse der bioethischen Diskurse über die Stammzellforschung*. Bielefeld: transcript Verlag.
- Kern, Lesley-Ann (i. Ersch.) Praktiken des Widerspruchs in kontroversen Diskursen am Beispiel bioethischer Debatten. In: ThemaTalkers (Berlage, Lara/Engelken, Julian/Ernst, Peter/Hensellek, Jan/Herford, Lara/Hypius, Louis/Poghosyan, Sargis/Schelling, Angelina/Schmalwieser, Susanne S./Warnke, Ingo H.) (Hrsg.) *Debattieren, Opponieren, Protestieren – Interdisziplinäre Perspektiven auf sprachliche Praktiken des Widersprechens*. OpenAccess U Bremen.
- Konerding, Klaus-Peter (2015) Sprache und Wissen. In: Felder, Ekkehard /Gardt, Andreas (Hrsg.) *Handbuch Sprache und Wissen*. Berlin u. a.: De Gruyter, 57-80.
- Luckmann, Thomas (1986) Grundformen der gesellschaftlichen Vermittlung des Wissens: Kommunikative Gattungen. In: Neidhardt, Friedhelm (Hrsg.) *Kultur und Gesellschaft. Sonderheft 27 der Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 191-211.
- Mattfeldt, Anna (2020) Widerspruch, Diskurs und das Phänomen der Agonalität: Eine methodologische und sprachvergleichende Analyse diskursiven Wettstreits. In: Warnke, Ingo H./Hornidge, Anna-Katharina/Schattenberg, Susanne (Hrsg.) *Kontradiktorische Diskurse und Macht im Widerspruch*. Wiesbaden u. a.: Springer VS, 73-93.
- Habscheid, Stephan/ Clemens Knobloch (2009) *Einigkeitsdiskurse. Zur Inszenierung von Konsens in organisationaler und öffentlicher Kommunikation*. Wiesbaden: Springer.

- Neidhardt, Friedhelm (1994) Einleitung: Öffentlichkeit, öffentliche Meinung, soziale Bewegungen. In: *Öffentlichkeit, öffentliche Meinung, soziale Bewegungen. Sonderheft 34 der Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 7-41.
- Schütz, Alfred/Luckmann, Thomas (2003) *Strukturen der Lebenswelt*. Konstanz: UVK Verlag.
- Schwarz-Friesel, Monika (2013) *Sprache und Emotion. 2. aktualisierte und erw. Aufl.* Tübingen, Basel: Francke.
- Spieß, Constanze (2011) *Diskursbehandlungen: Theorie und Methode linguistischer Diskursanalyse am Beispiel der Bioethikdebatte*. Berlin u. a.: De Gruyter.
- Spieß, Constanze (2015) Bioethik- und Medizinethikdiskurse als Mediendiskurs. In: Busch, Albert/Spranz-Fogasy, Thomas (Hrsg.) *Handbuch Sprache in der Medizin*. Berlin u. a.: De Gruyter, 438-458.
- Spieß, Constanze (2018a) Stancetaking- und Positionierungsaktivitäten im Öffentlichen Metasprachdiskurs über Jugendliche Sprechweisen: Eine Analyse von User*innen-Kommentaren im Web. In: Ziegler, Arne (Hrsg.) *Jugendsprachen/Youth Languages*. Berlin u. a.: De Gruyter, 147-188.
- Spieß, Constanze (2018b) Selbst- und Fremdpositionierungsaktivitäten in Migrations- und Zuwanderungsdiskursen am Beispiel der Konzepte BURKA und VOLLVERSCHLEIERUNG. In: Wengeler, Martin/Ziem, Alexander (Hrsg.) *Diskurs, Wissen, Sprache: Linguistische Annäherungen an kulturwissenschaftliche Fragen*. Berlin u. a.: De Gruyter, 161-192.
- Spieß, Constanze (2024): Digitale Interaktion, Positionierungen und Identitäten im Diskurs. In: Androutsopoulos, Jannis/Vogel, Friedemann (Hrsg.) *Handbuch Sprache und digitale Kommunikation*. Berlin u. a.: De Gruyter.
- Spitzmüller, Jürgen (2013) Metapragmatik, Indexikalität, soziale Registrierung: zur diskursiven Konstruktion sprachideologischer Positionen. In: *Zeitschrift für Diskursforschung/Journal for Discourse Studies* 1(3), 263-287.
- Spitzmüller, Jürgen/Warnke, Ingo H. (2011) *Diskurslinguistik: eine Einführung in Theorien und Methoden der transtextuellen Sprachanalyse*. Berlin u. a.: De Gruyter.
- Stehr, Nico (2006) Aktuelle Probleme der Wissensgesellschaft: Bildung, Arbeit und Wirtschaft. In: Kempster, Klaus/Meusburger, Peter (Hrsg.) *Bildung und Wissensgesellschaft, Heidelberger Jahrbücher*. Berlin u. a.: Springer, 363-377.
- Stehr, Nico (2023) *Moderne Wissensgesellschaften*. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Stehr, Nico/Adolf, Marian (2018) *Ist Wissen Macht? Wissen als gesellschaftliche Tatsache. Zweite erweiterte Auflage*. Weilerswist: Velbrück Wissenschaft.

- Toulmin, Stephen E. (2003) *The Uses of Argument. Updated Edition*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Warnke, Ingo H. (2009) Die sprachliche Konstituierung von geteiltem Wissen in Diskursen. In: Felder, Ekkehard / Müller, Marcus (Hrsg.) *Wissen durch Sprache. Theorie, Praxis und Erkenntnisinteresse des Forschungsnetzwerkes „Sprache und Wissen“*. Berlin u. a.: De Gruyter, 113-140.
- Warnke, Ingo H./ Spitzmüller, Jürgen (2008) Methoden und Methodologien der Diskurslinguistik - Grundlagen und Verfahren einer Sprachwissenschaft jenseits textueller Grenzen. In: Warnke, Ingo H./Spitzmüller, Jürgen (Hrsg.) *Methoden der Diskurslinguistik: Sprachwissenschaftliche Zugänge zur transtextuellen Ebene*. Berlin u. a.: De Gruyter, 3-54.

NORBERT DONNER-BANZHOF

Was zählt als Argument? Belege und Begründungen bei medizinischen Entscheidungen

Abstract

Entscheidungen in Medizin und Gesundheitsversorgung sind ohne einen Bezug zur Evidenzbasierten Medizin (EbM¹) kaum noch denkbar. Dieser Begriff steht für einen sorgfältigen, ausgewogenen und ausdrücklichen Bezug auf einschlägige klinische Studien (Sackett et al. 1996).

Geht es um die Rechtfertigung medizinischer Maßnahmen, ist die Unterscheidung von zwei Arten von Entscheidungen zentral: der a) Repertoire- und der b) klinischen Entscheidung. Die erstere trifft eine Behörde bei der Marktzulassung eines Medikaments oder ein Gesundheitssystem in Bezug auf die Kostenübernahme einer Technologie. Aber auch Praxen und Krankenhäuser müssen ihr Repertoire an diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen festlegen. Dieses stellt für die klinische Entscheidung an der einzelnen Patientin nur den Hintergrund dar. Es sind die Argumentationen über Repertoire-Entscheidungen, welche sich durch die Etablierung der EbM grundlegend verändert haben.

Die Etablierung der EbM hat zu Machtverschiebungen geführt. Da Studien, welche den Kriterien der EbM genügen, sehr teuer sind, hat dies die Rolle von pharmazeutischer und Medizinprodukt-Industrie gestärkt und zu einer Oligopolisierung geführt. Traditionelles persönliches Wissen hat heute gegenüber digitalen Datenbasen, Zeitschriften und Lehrbüchern eine geringere Bedeutung. Studien im Sinne der EbM sind Voraussetzung für die Entwicklung von Entscheidungshilfen, mit welchen sich Patientinnen an Entscheidungen über ihre Behandlung beteiligen können. Vor dem Hintergrund kontroverser Diskussion um die EbM ist vor allem die weitgehende Akzeptanz der EbM-Standards bemerkenswert.

For several decades, Evidence-based Medicine (EBM) has become the most important frame of reference for decisions in health care. It denotes "the conscientious, explicit, and judicious use of current best evidence in making decisions about the care of individual patients" (Sackett et al. 1996).

1 Während im Englischen die Abkürzung „EBM“ lautet, wird in Deutschland „EbM“ vorgezogen, um eine Verwechslung mit der Gebührenordnung zu vermeiden, die für Leistungen in der ambulanten Versorgung gilt (Einheitlicher Bewertungsmaßstab).

Good patient care requires decisions at two levels: a) the medical repertoire; b) the individual clinical decision. The former must be made by an authority granting market access or by the health care system regarding coverage. Hospital departments, practices and individual clinicians must also decide which components should be part of their repertoire. For the individual clinical decision, the repertoire of available treatment options provides only the background. It is for the repertoire decision for which EBM has fundamentally changed what counts as an argument and what does not.

The global spread of EBM has resulted in shifts of power and authority. Since trials meeting the methodological requirements of EBM are very expensive, the pharmaceutical and device industry has become a more powerful player in an oligopolistic market. Traditional personal academic knowledge and influence have been superseded by impersonal sources of knowledge, such as electronic databases, journals, and textbooks. Studies as favoured by EBM are necessary to develop decision aids aiming at involving patients for decisions affecting their health care. That the standards of EBM are almost universally accepted worldwide is most remarkable.

Keywords: Evidenzbasierte Medizin, klinische Entscheidung, System-Entscheidung, regulatorische Entscheidung, Argumentation

Evidence-based Medicine; clinical decision, policy-decision, regulatory decision, argumentation

1 Hintergrund

Vor etwa 40 Jahren tauchten Begriffe wie *Outcome Research* und *Evidence-based Medicine* (EbM) in der Diskussion um die Gesundheitsversorgung und die Medizin auf. Sie standen damals für eine neuartige Begründung und Rechtfertigung von präventiven, diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen.

Ich werde zunächst einen kurzen historischen Abriss über das Auftreten der Bezeichnung EbM geben, der auch den sozialen und gesundheitspolitischen Kontext einschließt (Abschn. 1.1 und Abschn. 1.2). Sodann definiere ich zwei Arten von Entscheidungen, für welche die EbM in unterschiedlichem Maße relevant ist (Abschn. 2). Die zentralen Entscheidungsgremien des Gesundheitswesens (z. B. Gemeinsamer Bundesausschuss [G-BA], Leitlinien-Entwicklung) sind explizit auf die Maßstäbe der EbM festgelegt (Abschn. 3). Ich werde die dabei „zulässigen“ Argumente darstellen (Abschn. 4), aber auch die Alternativen, welche durch die EbM verdrängt bzw. relativiert worden sind (Abschn. 5). Obwohl die EbM primär der Rezeption wissenschaftlicher Befunde dient, hat sie Rückwirkungen auf die Entwicklung und Verbreitung von Entscheidungshilfen, die klinische Forschung und die Machtverhältnisse im Gesundheitswesen, den Universitäten und dem Zugang zu Wissen gehabt (Abschn.6). Schließlich gehe ich auf Kontroversen in Zusammenhang mit der EbM ein (Abschn. 7), obwohl es vor allem die universelle Akzeptanz der EbM ist, die herauszustellen ist (Abschn. 10).

1.1 Evidenzbasierte Medizin

Im Jahr 1981 erschien im kanadischen Ärzteblatt (CMAJ) die erste Folge einer Serie „*How to read clinical journals*“ (Department of Clinical Epidemiology and Biostatistics, McMaster University 1981), verfasst von Angehörigen des Department of Clinical Epidemiology and Biostatistics der McMaster University in Hamilton (Ontario, Kanada). Sie zielte auf vielbeschäftigte Ärztinnen², die mit ihrer Fachlektüre nicht mehr nachkommen. Ihnen wurde ein Algorithmus an die Hand gegeben, mit welchem sie Publikationen ohne Relevanz und mit unzureichender Methodik frühzeitig aussortieren und damit ihre Zeit effizienter einsetzen konnten. Dies lief vor allem darauf hinaus, Studien zu Mechanismen (meist Tierversuche) oder Meinungsäußerungen zu ignorieren und sich stattdessen auf Originalarbeiten mit valider Methodik und unmittelbarer klinischer Konsequenz zu konzentrieren. Dies entspricht den „klinischen Studien“ im engeren Sinn, als zuständiges Fach spricht man auch von „Klinischer Epidemiologie“.

Zwölf Jahre später startete dieselbe Gruppe u. a. mit David Sackett, Gordon Guyatt und Andy Oxman die „*Users' Guides to the Medical Literature*“ im US-amerikanischen Ärzteblatt (JAMA) (Oxman et al. 1993), eine Serie, die auch als Buch veröffentlicht wurde (Guyatt 2002) und heute noch weitergeführt wird. Hier wird die ‚Evidence-based Medicine‘ als Begriff eingeführt und die „EbM-Sequenz“ stärker betont, d. h. aus der eigenen praktischen Arbeit eine Frage zu formulieren, Recherchen anzustellen, eine passende Original-Publikation zu finden, diese methodisch zu würdigen und ggf. eine Konsequenz für die Behandlung der eigenen Patientinnen zu formulieren.

In den deutschsprachigen Ländern gründeten 1998 Angehörige von Universitäten, Fachgesellschaften, Institutionen des Gesundheitswesens und Gesundheitsberufen in Praxis und Krankenhaus eine Fachgesellschaft zur Durchsetzung der EbM-Perspektive: das *Netzwerk Evidenzbasierte Medizin*. Seit dem Jahr 2000 nimmt das *Sozialgesetzbuch V* (SGB V) ausdrücklich auf „evidenzbasierte“ Leitlinien Bezug.

In Bezug auf Struktur und Inhalte haben die o. g. Serien viele Zeitschriften, Kolumnen, Lehrbücher und Kurse inspiriert. Bald nach der Jahrtausendwende wurde die Anwendung der EbM institutionalisiert. Das britische National Institute for Health and Care Excellence (NICE), die US-amerikanische Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) und in Deutschland das von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung getragene Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) sind bekannte Beispiele. Einen gesetzlichen Auftrag hat in Deutschland das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Dieses und das NICE verwenden explizit die Standards der EbM, um für das Gesundheitssystem die Aufnahme neuer Behandlungsverfahren zu evaluieren. Das britische NICE trifft diese Entscheidung selbst, während das deutsche IQWiG den eigentlich entscheidenden G-BA berät.

2 Mit der weiblichen Form sind in der Regel auch die übrigen Geschlechter gemeint.

1.2 Historischer und gesellschaftlicher Kontext

Im traditionellen Verständnis professioneller Rollen war die explizite Rechtfertigung medizinischen Handelns viel weniger kritisch als heute. Professionen hatten das Privileg, eigene Normen zu entwickeln und deren Einhaltung zu überwachen. Staatliche Eingriffe beschränkten sich auf die Definition des Berufsbildes einschließlich der Zugangsvoraussetzungen (Studium, Prüfungen) und den Auftrag an eine zuständige Organisation (Kammern, College usw.). In Bezug auf Regelwerke ihres Handelns (Berufsordnungen) hatten die Professionen selbst einen großen Gestaltungsspielraum (Freidson 1995).

Staatliche, staatlich regulierte und private Kostenträger (Versicherungen) wurden im Laufe des 20. Jahrhunderts zu wichtigen Akteuren der Daseinsfürsorge. Während das Krankengeld (Ersatz des Lohnausfalls durch Krankheit) die wichtigste Leistung einer Krankenkasse im späten 19. Jahrhundert war, wuchsen mit der Zahl medizinischer Maßnahmen zwar die Möglichkeiten von Diagnose, Therapie und Prävention, aber auch das Kostenrisiko von Erkrankungen und Unfällen. Krankenkassen und staatliche Institutionen sorgten deshalb dafür, dass das Vertrauen in das Handeln von Professionellen zunehmend von Kontroll- und spezifischen Rechtfertigungsmechanismen abgelöst wurde. Diese bezogen sich auf prospektive Einzelfallentscheidungen (z. B. Genehmigung der Krankenkasse als Voraussetzung für eine Behandlung), retrospektive Analyse von Verwaltungsdaten (z. B. Wirtschaftlichkeit von Krankenhausbehandlungen, Verordnungen von Medikamenten und Heilmitteln), allgemeine Entscheidungen über die Zulässigkeit (Kostenübernahme) einer Methode u. v. m. Untersuchungen über nicht gerechtfertigte Variationen in der Versorgung hatten kritische Fragen provoziert.

Wenn die Häufigkeit von Operationen regional fünf- oder siebenfach variierten (Wennberg/Gittelsohn 1982), ohne dass sich dies demografisch oder epidemiologisch erklären ließ, war der Vorwurf professioneller Willkür nicht weit. Mit einer Orientierung an einschlägigen wissenschaftlichen Untersuchungen und deren Aufbereitung, wie z. B. Leitlinien, sollte die gesundheitliche Versorgung rationaler, wirksamer, sicherer und einheitlicher werden. Dieser Anspruch hat die Gesundheitssysteme tiefgreifend verändert. Bei der Bewertung und Akzeptanz von Argumenten hat sich diese Veränderung am deutlichsten gezeigt.

1.3 Repertoire- versus klinische Entscheidung

In einem differenzierten, sich an wissenschaftlichen Ergebnissen orientierenden Gesundheitssystem sind grundsätzlich auf zwei Ebenen Entscheidungen zu treffen (Donner-Banzhoff 2022, Kap 5.2): zum einen die klinische, zum anderen die Repertoire-Entscheidung. Letztere bezieht sich darauf, ob eine Maßnahme in ein Repertoire aufgenommen wird. Dies mögen die in einem Land (Staat) verordnungsfähigen Medikamente sein, die von Kostenträgern (Krankenkassen) bezahlten operativen Verfahren, oder die Empfehlungen einer landesweit gültigen Leitlinie zum diagnostischen Vorgehen bei Brustschmerzen.

Eine Repertoire-Entscheidung trifft aber auch eine Krankenhaus-Abteilung, wenn sie Abläufe für häufige Behandlungsprobleme schriftlich festlegt. Sogar einzelne Ärztinnen müssen solche Entscheidungen treffen; so gilt es als ein Merkmal guter Medikamenten-Verordnung, wenn aus einer möglicherweise großen Auswahl nur wenige Wirkstoffe eingesetzt werden, deren Wirkdauer, Nebenwirkungsprofil, Interaktionspotenzial mit anderen Medikamenten usw. der ärztlichen Verordnerin gut bekannt sind.

Die klinische Entscheidung in Bezug auf Diagnose und Therapie dagegen wird im Angesicht der einzelnen Patientinnen getroffen. Grundlage des Vorgehens ist das o. g. Repertoire; aber jetzt kommen zu den allgemeinen Kriterien die individuellen hinzu: Bestehen weitere Erkrankungen, welche bei der medikamentösen Behandlung bedacht werden müssen? Sind Allergien bekannt? Lehnen die Patientinnen Spritzen ab? – um nur einige Beispiele zu nennen. Die Repertoire-Entscheidung wird unabhängig von individuellen Patientinnen auf Grund von allgemeinen Einsichten und an Populationen gewonnenen empirischen Befunden getroffen; diese treten dagegen in den Hintergrund bei der klinischen Entscheidung, wo die Charakteristika und Präferenzen der Patientin im Vordergrund stehen. Bei der klinischen Entscheidung ist ein Abweichen von allgemeinen Empfehlungen häufig und durch die Charakteristika des Einzelfalls zu rechtfertigen. Aus der Behandlung mag sich eine auf das Repertoire bzw. die allgemeinen Wissensbestände der Medizin zielende Frage ergeben, die der oben erwähnten EbM-Sequenz entspricht. Allerdings werden Antworten darauf (immer noch) überwiegend durch Befragung von Kolleginnen, Recherche in hochaufbereiteten Datenbanken einschließlich Leitlinien, Überweisung der Patientin, nur selten durch Rekurs auf eine wissenschaftliche Originalarbeit beantwortet (Ebell 2009).

Mit der Unterscheidung der beiden Bereiche ist gleichzeitig der Geltungsbereich der EbM angesprochen: ihre bevorzugte Domäne ist die Repertoire-Entscheidung. Hier hat sie für eine dramatische Veränderung von Strukturen und Standards der Argumentation gesorgt, während eine ethnologische Beobachterin in Praxen und Krankenhäusern heute deutlich geringere Unterschiede zum 20. Jahrhundert bemerken würde. Letztere umfassen viele z. T. sehr alte Traditionsbestände, die sich nur langsam verändern – auch wenn sich die eingesetzten Technologien³ über die Jahrzehnte natürlich verändert haben (Donner-Banzhoff 2022, Kap. 12). Die Unterscheidung von Repertoire- und klinischer Entscheidung kann m. E. zahlreiche Kontroversen über die (Nicht-) Anwendung und (Nicht-) Rechtfertigung der EbM entschärfen, wenn nicht gar als Missverständnis auflösen. Ich werde mich in dieser Arbeit vorzugsweise auf die Repertoire-Entscheidung beziehen, dabei allerdings die große Spannweite der Kontexte im Auge haben, die vom G-BA (Kostenübernahme für ein neues Verfahren) bis zum informellen kollegialen Gespräch über bessere und schlechtere Behandlungen reicht.

³ Ich verwende diesen Begriff sehr allgemein für Interventionen jenseits unmittelbar persönlicher Effekte; Medikamente sind hier also miteingeschlossen

2 Orte der Argumentation

Die Notwendigkeit einer Argumentation ergibt sich dann, wenn etwas strittig, widersprüchlich oder defizitär erscheint. Dies mag die erhöhte Nebenwirkungsrate eines Medikaments sein (soll es aus der Medikamentenliste des Krankenhauses gestrichen werden? Oder gar seine Marktzulassung verlieren?) Oder behauptet eine pharmazeutische Firma die Überlegenheit eines neuen Medikaments im Vergleich zu den vorhandenen Behandlungsoptionen, sog. ‚Claim‘⁴? Im Kontext der Gesundheitsversorgung müssen diese Fragen entschieden werden (Streichung oder unveränderter Status des Medikaments; Kostenübernahme⁵ des neuen Medikaments JA oder NEIN). Die resultierende Antwort beansprucht Geltung für den jeweiligen Bereich.

Repertoire-Entscheidungen können unterschiedliche Konfliktpotenziale beinhalten. Die Gruppe der Oberärztinnen einer Krankenhaus-Abteilung, die das Vorgehen bei häufigen Notfällen festlegen, hat einen gemeinsamen fachlichen Hintergrund und professionelle Interessen. Sie können sich auf wissenschaftliche Belege, Praktikabilität und Kosten als Kriterien für interne Regelungen konzentrieren. Diese Situation ist von einem geringen Grad an „Agonalität“ gekennzeichnet (Hannken-Illjes 2018, 26). Dem entgegengesetzt ist die Situation im G-BA, dessen Mitglieder („Bänke“) einen Auftrag als Interessensvertreterinnen haben. Dabei steht u. U. viel auf dem Spiel: eine neue Methode mag einer Fachgruppe von Ärztinnen und/oder einem Unternehmen neue Umsatzmöglichkeiten eröffnen, andere jedoch in ihrer Existenz gefährden. Die gesetzlichen Krankenkassen müssen hohe Ausgaben vermeiden, da sie durch höhere Beiträge zahlende Mitglieder an konkurrierende Kassen verlieren können. Interessenskonflikte sind also die Regel, eine rationale, ausschließlich an der Sache orientierte Argumentation stellt hier, wie auch in Leitliniengruppen, eher eine Ausnahme dar. Die rationale Grundlage für diese Entscheidungen muss das IQWiG schaffen, dessen Aufgabe einer wissenschaftlichen Expertise gesetzlich ausdrücklich von der Entscheidung etwa über die Kostenübernahme getrennt ist.

3 EbM: Was ist ein Argument?

Bestimmte Orte und bestimmte Aufgaben lassen bestimmte argumentative Strategien und Inhalte zu, während andere nicht berücksichtigt werden bzw. ausgeschlossen sind. Beim G-BA und bei nationalen Leitlinien ist die EbM explizit als Kriterium für Empfehlungen

4 Der Begriff *Claim* ist international gebräuchlich für „Anspruch in Bezug auf Wirksamkeit, Sicherheit, Angemessenheit, Kosteneffektivität usw. einer Technologie“.

5 Für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) in Deutschland ist tatsächlich die Kostenübernahme nicht entscheidend, da alle zugelassenen Medikamente verordnungsfähig sind. Bei einem vom G-BA festgestellten Zusatznutzen kann ein Anbieter jedoch einen höheren Preis als für die Vergleichstherapie verlangen. Wird dieser Zusatznutzen nicht festgestellt, stellt das pharmazeutische Unternehmen wegen reduzierter Umsatzerwartungen häufig die Vermarktung in Deutschland ein.

bzw. Entscheidungen gefordert. Während David Sackett für die klinische Entscheidung betont, dass neben dem Bezug auf einschlägige und valide Studien die Präferenzen der Patientin und die Erfahrung der Ärztin zu berücksichtigen sind (Sackett et al. 1996), dominiert bei Repertoire-Entscheidungen der Bezug auf Erkenntnisse, die an Populationen gewonnen worden sind. Zwar ist die Bedeutung des englischen Wortes *evidence* sehr breit; sie umfasst alles, was sich als Beleg für oder gegen eine Hypothese, Schlussfolgerung oder Einsicht vorbringen lässt. In unserem Kontext ist seine Bedeutung weitgehend auf den Wissenschaftsbezug eingegrenzt. Im Folgenden diskutiere ich die nach EbM-Maßstäben möglichen und akzeptablen Argumente.

3.1 Fragestellungen und zulässige Studiendesigns, Hierarchie der Evidenz

Zentrales Gliederungselement der EbM-Logik ist die Fragestellung: zunächst muss geklärt werden, ob es um die Wirksamkeit und Sicherheit einer Therapie geht; die Fähigkeit eines diagnostischen Tests, an einer bestimmten Krankheit Erkrankte zu erkennen; die Prognose einer Erkrankung zu erfassen usw. Davon ausgehend kann mit dem methodischen Instrumentarium der EbM geklärt werden, ob die Publikation (oder Studienplanung) geeignet ist, die Frage zu beantworten und damit den Einsatz einer Maßnahme zu rechtfertigen. Für die Wirksamkeit einer Therapie sind randomisierte kontrollierte Studien (RCT) in der Regel eine obligate Voraussetzung, bei einem diagnostischen Verfahren die Querschnittsstudie mit einem Referenzstandard, bei der Prognose eine über eine ausreichende Zeit verfolgte Kohorte von betroffenen Patientinnen usw. Um die einschlägige Literatur zu einer Fragestellung möglichst vollständig zu erfassen, sind Verfahren der systematischen Literaturübersicht entwickelt worden. Diese umfassen die Recherche und den Ein-/Ausschluss einschlägiger Publikationen, die standardisierte Analyse ihrer Charakteristika und – wenn möglich – die Berechnung von Schätzwerten für Wirksamkeit, Sicherheit, diagnostische Treffsicherheit usw., die sog. Metaanalyse. Für die verschiedenen Fragestellungen sind Hierarchien der Belastbarkeit von Evidenz formuliert worden (Howick et al. 2009).

3.2 Patientenrelevante Outcomes

Die Effekte von medizinischen Maßnahmen lassen sich zum einen durch apparative oder laborchemische Messungen erfassen, wie z. B. das Absinken des Blutdrucks, eine Verminderung von Herzrhythmusstörungen im EKG oder eine verminderte Harnsäurekonzentration im Blut. Zum anderen gibt es Kriterien, welche von der Patientin bemerkt werden und direkte Implikationen für Lebensqualität bzw. -dauer haben: das Auftreten eines Schlaganfalls oder Herzinfarkts, eine Episode von Gicht oder eine Verschlechterung des Asthmas, welche Steroide (Kortison) oder gar eine Krankenhaus-Aufnahme erfordert.

Im Kontext der EbM zählen nur Effekte, die in Bezug auf patientenrelevante Outcomes demonstriert worden sind. Innovationen, deren Effekte sich nur in Laborwerten oder technischer Bildgebung („Surrogatgrößen“) äußern, mögen vielversprechend sein. Ihr

Einsatz ist jedoch zu vermeiden, solange sie nicht in Studien mit patientenrelevanten Zielkriterien geprüft worden sind.

Solche Surrogatgrößen sind zwar dem pathologischen Mechanismus „näher“, welchen z. B. ein Medikament beeinflussen soll. Dessen Wirkungen lassen sich auf diese Weise schneller (geringere Studienlaufzeit) und einfacher (kleinere Stichprobe) erfassen – ganz abgesehen von der suggestiven Kraft von solchen Untersuchungen. Mit dem postulierten Mechanismus lässt sich die Wirkung einer medizinischen Intervention auf den menschlichen Organismus jedoch nicht vollständig erfassen. Schädigende Wirkungen an anderer Stelle mögen den erwünschten Effekt neutralisieren oder gar übertreffen. Für das Medikament *Flecainid* war nachgewiesen, dass es im EKG gezeigte Herzrhythmusstörungen verminderte; trotzdem erhöhte es die Sterblichkeit in einer großen Placebo-kontrollierten Studie (Echt et al. 1991). Seitdem gelten Studien auf der Basis von Surrogaten als unzureichend.

3.3 Bias

In methodischen Werken und in Auseinandersetzungen über konkrete Studien ist der Hinweis auf „Bias“⁶ allgegenwärtig. Mehrere Dutzend Arten des Bias sind inzwischen beschrieben (Sackett 1979); grob einteilen lassen sie sich nach Selektions- und Beobachtungs-Bias. Zu ersterem gehören die verzerrte Auswahl einer Stichprobe, Unterschiede zwischen einer Interventions- und einer Kontrollgruppe, Verluste von Patientinnen während der Studienlaufzeit usw. Ein Beispiel für Beobachtungs-Bias wäre etwa eine durch Erwartungshaltung geschönte Angabe von Symptomen oder verfälschtes Ablesen von Messdaten. Das Instrumentarium klinischer Studien kennt vielfältige Vorkehrungen gegen Bias; die wohl wichtigsten kommen im Begriff der „randomisierten, kontrollierten Doppelblind-Studie“ (RCT) zum Ausdruck. Dabei wird eine Kontrollgruppe von unbehandelten Patientinnen mitgeführt, die zum Vergleich mit den Behandelten dient. Die Zuteilung zu den beiden Gruppen wird durch ein verdecktes Zufallsverfahren geleistet, um (auch unbewusste) Manipulationen zu vermeiden. Verblindet sollen sowohl die teilnehmenden Patientinnen als auch das sie betreuende Personal sein, um Erwartungs- und Verfälschungs-Effekte durch das Wissen um die Behandlung („Placeboeffekte“) zu minimieren; heute fordert man auch eine Verblindung des Studienpersonals und der auswertenden Statistikerinnen. Eine Studie kann umso eher als Begründung für eine Maßnahme gelten, je mehr es gelungen ist, in Design, Durchführung und Auswertung möglichen Bias zu reduzieren.

Interessant ist nun, dass die Verfechter der EbM das positive Gegenstück zum Negativ-Kriterium des Bias, nämlich ihren Wahrheitsbegriff, kaum thematisiert haben. Im oben erwähnten ersten Artikel (Department of Clinical Epidemiology and Biostatistics, McMaster University 1981) wird bereits darauf hingewiesen, dass es leichter ist, eine Publikation wegen mangelhafter Validität zu verwerfen als positive Aussagen zur Validität zu machen.

⁶ Im Deutschen werden die Ausdrücke Verzerrung, Verfälschung, Trugschluss usw. kaum genutzt, stattdessen der aus dem Griechischen stammende, englisch ausgesprochene Term „Bias“.

Auch wenn sich andere (Djulbegovic et al. 2009) darum bemüht haben, vermute ich, dass die Angehörigen der McMaster-Gruppe als pragmatisch orientierte Kliniker die Definition eines positiven Wahrheitsbegriffs als wenig aussichtsreiches Unterfangen einschätzten.

3.4 Signifikanz vs. Relevanz

Neben möglichem Bias ist bei einem Studienergebnis die Rolle des Zufalls zu evaluieren. Fast immer wird klinische Forschung an Stichproben durchgeführt. Selbst wenn kein Selektions-Bias gegeben ist, wird sich deshalb bei sämtlichen Schätzungen eine zufällige Abweichung von der Grundgesamtheit ergeben, der sog. Stichprobenfehler. Konkret stellt sich bei einer Studie, bei welcher der Studienarm etwas besser als die mit Placebo behandelten Patientinnen abschneidet, die Frage: ist dies eine zufällige Schwankung, oder sollte man von einer tatsächlichen Wirkung ausgehen? Für diese Frage gibt ein statistischer Test bzw. ein Konfidenzintervall eine Orientierung.

Selbst wenn der Test ergibt, dass es sich bei der Überlegenheit der neuen Behandlung mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht um einen Zufallseffekt handelt, ist die Beurteilung damit nicht beendet. Selbst wenn das Ergebnis „statistisch signifikant“ ist, d. h. mit hoher Wahrscheinlichkeit eine Wirkung angenommen wird, muss diskutiert werden, ob diese klinisch relevant ist. Eine sehr große Stichprobe kann nämlich auch sehr geringe Effekte statistisch absichern, die für den Alltag der Versorgung den personellen Aufwand, die Kosten und die möglichen Nebenwirkungen nicht aufwiegen.

Dies erfordert Urteilsvermögen, letztlich geht es um Wertvorstellungen: ab welcher Zahl von verhinderten Schlaganfällen oder Todesfällen sprechen wir von einem „relevanten“ Effekt? Als Nebenwirkung tritt eine seltene, aber schwere und lebensbedrohliche Hautreaktion auf; wie viele (verhütete) Schlaganfälle können diesen Nachteil aufwiegen? Erschwert wird die Beurteilung durch unterschiedliche Perspektiven: Eine Blutdrucksenkung um 2 mmHg ist für die individuelle Patientin nicht relevant; bezogen auf die Bevölkerung eines Landes kann sie einige hundert Schlaganfälle verhüten.

Die Relevanz von Studienergebnissen ist tatsächlich der Punkt, an dem sich aktuelle Kontroversen bevorzugt entzünden. Durch die gültigen Frameworks ist der methodische Spielraum bei der Planung und Durchführung klinischer Studien in hohem Maße eingengt worden, zumindest dann, wenn die Marktzulassung eines Medikaments angestrebt wird. Während in der Frühzeit der EbM eine kritische Frage lautete: Gibt es eine randomisierte-kontrollierte Studie zur Wirksamkeit von X?, stellt dies heute kein relevantes Unterscheidungskriterium dar, da dieses Design heute allgemein akzeptiert ist (Donner-Banzhoff/Lelgemann 2003).

3.5 Externe und interne Validität

Die Wahl des Studientyps, der Durchführung der Maßnahme, Verblindung und Vollständigkeit des *Follow-ups* stellen Aspekte der sog. ‚internen Validität‘ dar. Es geht hier darum, ob die am Ende gezogenen Schlussfolgerungen für die in der Studie untersuchten Personen gültig sind. Mit der ‚externen Validität‘ meinen wir die Verallgemeinerbarkeit

der Befunde auf die Versorgung von Patientinnen bzw. Gruppen jenseits der Studienteilnehmerinnen. Lassen sich die Erkenntnisse aus einer in Kanada durchgeführten Studie auf europäische Patientinnen anwenden? Wird das, was in mehreren Spezialambulanzen funktioniert, auch in der hausärztlichen Versorgung Erfolg haben? Sind Ergebnisse aus dem Studium von Patientinnen mittleren Alters auch auf alte Menschen anwendbar? Diese Extrapolationen erfordern regelmäßig ein hohes Maß an „judgement“, sowohl bei der klinischen Anwendung wie auch der Repertoire-Entscheidung.

3.6 Gesundheitsökonomische Evaluation

Auch wenn die Einschätzung der Relevanz eines statistisch signifikanten Studienergebnisses immer subjektiv bleibt, lässt sich dieser Prozess doch formalisieren. Gesundheitsökonomische Evaluationen fragen, ob eine medizinische Intervention angeboten werden sollte, wenn man die notwendigen Ressourcen bedenkt. Oder fährt eine Gesellschaft besser, wenn sie diese Mittel in andere Maßnahmen oder Programme investiert (Drummond et al. 2007)? Voraussetzung für solche Überlegungen sind Erkenntnisse über die klinische Wirksamkeit, die aus den o. g. Studien gewonnen werden müssen. Dies hat zu dem Vorwurf geführt, dass die EbM zur Kürzung von medizinischen Leistungen (Rationierung) eingesetzt würde.

Gesundheitsökonomische Erwägungen führen zu harten Entscheidungen, etwa ob sehr hohe Mittel zur Rettung *eines* Menschenlebens oder für kleine Zugewinne an Gesundheit einer *großen Zahl* von Menschen aufgewendet werden sollen. Während für die Darstellung der Alternativen ein ausgefeiltes wissenschaftliches Instrumentarium zur Verfügung steht, scheuen politische Entscheidungsgremien verständlicherweise diese Konfrontation. Recht explizit ist die Regel des britischen Gesundheitsdienstes, dass eine durch eine neue Behandlungsmethode erreichte Lebensverlängerung um ein Jahr (bereinigt für die Lebensqualität) nicht mehr als 30 000 £ kosten darf (McCabe et al. 2008). Nur wenige Länder oder Systeme haben Prozeduren für eine Prioritätensetzung nach gesundheitsökonomischen Gesichtspunkten. Stattdessen greifen viele zu verdeckten Formen der Rationierung, sei dies durch aufwändige Genehmigungsverfahren oder die Beschränkung auf eng definierte Gruppen.

3.7 Variierende „Tiefe“

Das Auffahren dieser methodischen Argumente für oder gegen einen *Claim* ist in dieser Tiefe nicht allzu oft finden. Das *Arzneitelegramm* als kritische, nicht von Anzeigen abhängige Zeitschrift vom Typ des „Drug Bulletin“ liefert regelmäßig eine in dieser Weise detaillierte Kritik aktuell publizierter Medikamentenstudien. Auch das IQWiG geht in seinen Berichten sehr gründlich auf die methodischen Charakteristika der einschlägigen Studien ein. Das oben erwähnte Team der Krankenhausärztinnen wird vermutlich auf die aktuelle Leitlinie ihrer Fachgesellschaft, vielleicht noch auf einen Überblicksartikel Bezug nehmen, der zufällig zeitnah erschienen ist (und vielleicht sogar der Anlass für die

Initiative gewesen ist). Beim kollegialen Gespräch in einer Veranstaltungspause ist der Evidenzbezug schließlich auf die Floskel „Neue Studien zeigen...“ geschrumpft.

4 Prozedurale Formalisierungen

Die Abläufe in einem Gremium wie dem G-BA sind durch Gesetz (SGB V) und Geschäftsordnung hochgradig formalisiert. Dabei bildet die EbM den fachlichen Hintergrund, d. h. Publikationen liegen vor, welche daraufhin untersucht werden, ob sie einen *Claim* unterstützen oder nicht. Sowohl beim G-BA und seinen Unterausschüssen wie auch bei den Berichten des IGWiQ sind umfangreiche Anhörungsmöglichkeiten vorgesehen.

Ähnliches gilt für die Leitlinien. Die medizinischen Fachgesellschaften haben de facto ein Monopol für Leitlinien in Deutschland. Das Verfahren wird durch die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) entwickelt, abgestimmt und unterstützt. Auch hier ist der Bezug auf die EbM essenziell: „[Leitlinien] sollten auf einer systematischen Sichtung und Bewertung der Evidenz und einer Abwägung von Nutzen und Schaden alternativer Vorgehensweisen basieren“ (AWMF 2021).

Diese Verfahren bewegen sich in einem Spannungsfeld. Auf der einen Seite beinhaltet die Orientierung an der Evidenz in Form von einschlägigen und validen Studien einen objektiven Anspruch: idealerweise soll aus wissenschaftlichen Aussagen „objektiv“ hergeleitet werden, wie eine Patientin zu behandeln sei. Auf der anderen Seite ist allen mit der Materie Vertrauten bekannt, dass die Komplexität von Gesundheitsversorgungs-Settings – sei dies auf der Mikro- oder der Makro-Ebene – diesen simplen Anspruch konterkariert. Hinzu kommen die unterschiedlichen Perspektiven und Interessen, die immer berührt sind. Während der erste Gesichtspunkt einer wissenschaftlich orientierten Logik entspricht, steht der zweite für den Ausgleich von Interessen, wo dann durchaus Rhetorik ihren Platz beanspruchen kann.

Die meisten der o. g. Verfahren werden direkt oder indirekt von Unternehmen der Pharma- oder Medizinprodukt-Branche in Gang gesetzt. Dies ist staatlich gewollt und wird auf vielen Ebenen gefördert (Ausstattung von Universitäten und wissenschaftlichen Instituten, Patentschutz, Förderung von Start-ups usw.). Auf der anderen Seite erfüllen Verfahren, die im Labor bzw. als Tierversuch vielversprechend erscheinen, in der realen Versorgung nicht notwendigerweise die in sie gesetzten Erwartungen; eine kritische Prüfung mit klinischen Studien ist deshalb unverzichtbar. Seit dem frühen 20. Jahrhundert ist der Schutz der Bevölkerung vor wirkungslosen oder gar schädlichen Behandlungen eine allgemein akzeptierte staatliche Aufgabe geworden. Hinzu kommt, dass selbst die Gesundheitssysteme reicher Länder wegen begrenzter Budgets Prioritäten setzen müssen. Letztlich findet nur ein Bruchteil medizinischer Innovationen den Weg in die Versorgungsroutine.

5 Traditionelle und geächtete Argumentation

Vor dem Hintergrund der durch die EbM veränderten Argumentationsweisen ist die Abgrenzung von deren Alternativen interessant. Diese sind sowohl sequenziell (was ging der EbM voraus?) wie auch parallel (welche alternativen Argumentationsweisen sind heute außerdem gültig?) zu diskutieren.

Halb ironisch, halb ernst ist die EbM zu ihrem Beginn von der sog. Eminenz-basierten Medizin abgegrenzt worden (Isaacs/Fitzgerald 1999). Während eine klinische Studie eine objektive, transparente, von einer einzelnen Person unabhängige Einsicht darstellen soll, weist dieser Ausdruck auf eine Person als Zeugin für die Wirksamkeit bzw. Sicherheit einer Maßnahme hin. Dieses Autoritätsargument wird auch deutlich in Formulierungen wie „Die Kölner machen es soundso, die Kieler dagegen...“.

Eng damit zusammen hängt die Begründung mit der persönlichen Erfahrung. Diese wird durch den Bezug auf die systematisch an einem Kollektiv erhobene Studienevidenz (deklaratives Wissen) relativiert, wenn nicht gar entwertet. Aus der Sicht der EbM sind daran – übertragen in die Begrifflichkeit klinischer Studien – zu kleine Stichproben, un-systematische und verzerrte Datenerhebung sowie unvollständiges *Follow-up* (nicht alle Patientinnen stellen sich nach der Behandlung wieder vor) zu kritisieren. Hinzu kommen Regressionseffekte (spontane Besserung des Krankheitsverlaufs – „physician’s friend“) und selektive Inanspruchnahme der Patientinnen. Andererseits bleibt „Erfahrung“ (prozedurales Wissen) als persönliches Charakteristikum und als Gegenstück von theoretischem Lernen von großer Bedeutung. Dies trifft für Ärztinnen zu, denen klar ist, dass das Studium von Texten nicht ausreicht, um Diagnosen zu stellen oder manuelle Eingriffe verlässlich durchzuführen. Aber auch Patientinnen vertrauen sich lieber Ärztinnen an, die eine Aura von Erfahrung verstrahlen (wie gut dies auch immer begründet sein mag).

Mechanistische Plausibilität stellt eine weitere wichtige Argumentationsweise dar. Ärztinnen werden während ihrer Ausbildung stark in Richtung eines Denkens in (physiologischen, biochemischen) Mechanismen geprägt (Donner-Banzhoff 2022, Kap 15). Ein neues Medikament wird umso eher akzeptiert und in die Routine übernommen, je besser der für seine Wirkung postulierte Mechanismus zu den bereits gehegten Auffassungen zur Funktion des Organs und der Entstehung einer Erkrankung „passt“. Die Studien, welche diese Behauptung begründen, bleiben hier meist im Dunklen; es handelt sich in der Regel um Tierversuche an kleinen Stichproben mit einer im Vergleich zu klinischen Studien wenig konsentierten Methodik (Kimmelman et al. 2014). Interessanterweise taucht eine detaillierte quantitative Argumentation praktisch nie in der Werbung für Medikamente oder Medizinprodukte auf, wohl aber der – oft eindrücklich illustrierte – Verweis auf den Wirkmechanismus.

Auch die emotionale Rührung durch einen Einzelfall ist nicht gestattet, um etwa eine Empfehlung oder Kostenerstattung zu erreichen. Sehr häufig findet man allerdings eine epidemiologische Begründung für ein neues Verfahren, d. h. quantitative Angaben zur Häufigkeit, Dauer und Schwere einer Erkrankung. Diese werden typischerweise auch in

der Einleitung einer wissenschaftlichen Publikation zur Wirksamkeit genannt und stehen in dem Ruf, in der Regel übertrieben zu sein.

Diese Begründungsweisen sind durch die EbM zwar relativiert, bei den o. g. Repertoire-Entscheidungen sogar verpönt; sie werden jedoch weiterhin gepflegt. So sind beide noch in den Werbematerialien der pharmazeutischen und Medizinprodukte-Industrie anzutreffen. Hier werden auch weiterhin „Meinungsführer“ eingespannt, deren Äußerungen von Firmenpublikationen und anzeigenfinanzierten Zeitschriften (Becker et al. 2011) verbreitet werden. Die Plausibilität einer Innovation wird durch eindrucksvolle Visualisierungen des postulierten Mechanismus unterstützt. Völlig andere Gesetze gelten dann, wenn die Diskussion das juristisch und methodisch eingehegte Fachgremium verlässt und in die allgemeine Öffentlichkeit gelangt. Hier wird der bewegende Einzelfall zum wesentlichen, vielleicht sogar einzigen Argument. Dies geschieht in weitgehend staatlichen Gesundheitssystemen (z. B. im United Kingdom) häufig, da hier sämtliche Entscheidungen leicht politisierbar sind – schließlich kann der Gesundheitsminister direkt verantwortlich gemacht werden. Die Selbstverwaltung in kontinentaleuropäischen Systemen (z. B. in Deutschland) dagegen wird von der Öffentlichkeit kaum verstanden; entsprechend gering ist die Anteilnahme an Entscheidungen. Übrigens sind diese Mobilisierungen der allgemeinen Öffentlichkeit keineswegs unschuldig; sie werden dafür verantwortlich gemacht, dass ein hoher Anteil der Mittel für die Behandlung von Krebs und wenigen seltenen Erkrankungen ausgegeben werden, während weniger spektakuläre, eher soziale Randgruppen betreffende Behandlungen, z. B. die Tuberkulose, zu kurz kommen (O'Mahony 2020).

6 Rückwirkungen

Während die EbM vor allem die Rezeption wissenschaftlicher Publikationen betrifft, hat ihre weltweite Etablierung vielfältige Rückwirkungen gehabt.

6.1 Patientinnen-Information und Entscheidungshilfen

Entscheidungshilfen zielen darauf ab, Patientinnen über das anstehende Problem und die verfügbaren Behandlungsoptionen ausgewogen und verständlich zu informieren. Sie sollen den Betroffenen helfen, sich ihrer Präferenzen und Wertvorstellungen klar zu werden und sich auf dieser Grundlage an Entscheidungen zu beteiligen. Digitale Medien bieten dazu vielfältige Möglichkeiten, einschließlich der Integration in die Konsultation mit Gesundheitspersonal. Da die für diesen Zweck nötige Information häufig quantitativ ist (in welchem Maße profitiere ich von einer bestimmten Behandlung? Welche Nebenwirkungen gibt es, und wie häufig sind sie zu erwarten?), werden dafür als Grundlage dieselben klinischen Studien benötigt, welche auch Ärztinnen eine an EbM orientierte Entscheidung ermöglichen (Elwyn et al. 2006). „Shared Decision-Making“ (SDM) entspricht der Entwicklung zu selbstbewussteren, neugierigen und aktiven Patientinnen, auch wenn die Umsetzung im Alltag der Gesundheitsversorgung noch in den Anfängen

steckt. Ohne die EbM bzw. die dafürstehende wissenschaftliche Grundlage ist SDM nicht vorstellbar.

Zunehmend werden systematische Übersichtsarbeiten und klinische Studien von allgemeinverständlichen Zusammenfassungen begleitet, dasselbe gilt für Leitlinien und die internationale Initiative für systematische Übersichtsarbeiten, die Cochrane-Collaboration.

6.2 Produktion von Evidenz

Wenn sich Argumente ändern, welche die „Konsumenten“ wissenschaftlicher Evidenz akzeptieren, hat dies Rückwirkungen auf die „Produzenten“. Hersteller von Medikamenten und Medizinprodukten stellen sich darauf ein, Studien durchzuführen, welche die o. g. Kriterien zumindest näherungsweise erfüllen. Im Ergebnis wissen wir inzwischen wesentlich besser, was medizinische Interventionen leisten und welche Risiken sie mit sich bringen als vor 40 Jahren.

Wenn eine Wirksamkeit auch auf der Ebene patientenrelevanter Outcomes (s. o.) belegt werden muss, sind meist Studien mit mehreren Tausend Patientinnen erforderlich. Je nach Fragestellung müssen diese über mehrere Jahre regelmäßig einbestellt, befragt und untersucht werden. Die Kosten für diese Studien sind enorm und sind einer der Gründe für die Preissteigerungen bei Medikamenten in den vergangenen Jahrzehnten. Zudem sind die formalen und prozeduralen Anforderungen an zulassungsrelevante Studien so hoch, dass diese zu einer Oligopolisierung in der Pharmabranche geführt hat. Die Universität Oxford und das deutsche Unternehmen BioNTech wären nicht in der Lage gewesen, zur klinischen Prüfung ihrer COVID-19-Impfstoffe ein Studienprogramm mit Zehntausenden von Probandinnen durchzuführen. Sie sind deshalb Kooperationen mit etablierten Pharmaherstellern eingegangen, die über das Personal, Know-How und Studiennetzwerke verfügten.

Nur sehr finanzkräftige Akteure sind in der Lage, den Kriterien der evidenzbasierten Medizin entsprechende Evidenz zu generieren. Ein neues Gesprächsverfahren für psychisch Kranke, eine medizinische Entscheidungshilfe oder eine neue Operationstechnik versprechen jedoch keine Umsätze, oft sogar das Gegenteil davon. Wenn kommerzielle Interessen und die entsprechende Investitions-Bereitschaft fehlen, müssen öffentliche Förderer oder private Stiftungen einspringen. Diese Finanzierungsquellen sind wegen geringer Förderquoten jedoch unsicher bzw. in ihrem Volumen begrenzt. Damit entsteht in den Wissensbeständen mit medizinischer Relevanz ein Ungleichgewicht zugunsten pharmakologisch bzw. technisch definierter Technologien mit Vermarktungspotenzial.

Die aktuelle Rechtslage ist paradox: es ist Aufgabe der pharmazeutischen Firma, d. h. des Spielers mit dem stärksten Interessenskonflikt, ihr neues Produkt in Bezug auf Wirksamkeit und Sicherheit zu evaluieren. Diese Paradoxie hat ein detailliertes Regelwerk (*International Council for Harmonisation of Technical Requirements for Pharmaceuticals for Human Use – Good Clinical Practice*) erzwungen, um die ethischen, rechtlichen und wissenschaftlichen Standards an klinische Prüfungen sicherzustellen. Dieses Regelwerk ist

in den meisten Ländern und Regionen verpflichtend für die Marktzulassung von Medikamenten. Es hat zu einer extremen Regelungsdichte und zu Bürokratien geführt, welche dafür sorgen, dass diese Regelungen eingehalten werden. Der Schutz der Gesundheit und der Rechte von Studienteilnehmerinnen sind hohe Güter, aber eine Konzentration in der pharmazeutischen und zunehmend auch Medizinprodukte-Industrie sowie hohe Kosten neuer Behandlungen sind die wohl nicht absehbaren Folgen gewesen.

6.3 Machtverhältnisse

Die Idee und erste Untersuchungen für ein neues Medikament oder Medizinprodukt mögen noch an einer Universität angesiedelt sein. Für das weitere Schicksal einer Innovation ist ein kommerzieller Akteur (Industrie) praktisch unverzichtbar (Latour 1987). Die Etablierung der EbM hat die Unternehmen der Pharma- und Medizinproduktbranche eher gestärkt; denn nur sie können ein Studienprogramm anstoßen und finanzieren, welches den staatlichen Regelwerken und der EbM genügt. Kleine Start-ups, die auf Grund einer biomedizinischen Idee gegründet worden sind, spekulieren geradezu auf die Übernahme durch einen großen Konzern, welcher ihr Produkt zur Marktreife bringt.

Auch die Meinungsbildung innerhalb der Profession hat sich geändert: der Einfluss der Ordinarien ist durch die o. g. Entwicklungen relativiert worden, sie müssen sich der aktuellen Leitlinie beugen. Studierende können durch Recherche in wenigen Minuten feststellen, ob die Lehrinhalte einer Dozentin auf dem neuesten Stand sind.

Klinische Studien nach den aktuellen Standards haben die empirischen Belege von Wirksamkeit und Sicherheit von Interventionen verbessert. Allerdings bleibt der Einfluss der Industrie auf den Bestand und die Verbreitung medizinischen Wissens beträchtlich. Vor allem die Verflechtung mit Fachgesellschaften sorgt dafür, dass die Industrie bei Leitlinienverfahren indirekt „mit am Tisch sitzt“. Über innovative und teure Technologien zu verfügen, gibt einer Fachgruppe Reputation und Macht (Burri 2008). Abhängigkeit der Fachmedien von Anzeigen, Sponsoring von Kongressen, langfristige Beeinflussung durch Vortrags- und Beiratshonorare führen dazu, dass die Vertreterinnen von Fachgesellschaften häufig massive Interessenskonflikte aufweisen. Gleichzeitig sorgen diese Mechanismen dafür, dass in Fortbildungsmedien eine tendenziöse Berichterstattung z. B. über Innovationen vorherrscht (Becker et al. 2011).

7 Kontroversen

7.1 Streitpunkt randomisierte-kontrollierte Studie (RCT)

Die Literatur, die sich – vor allem zu Beginn – kritisch mit der EbM auseinandergesetzt hat, ist zu umfangreich und (fachlich, regional, kulturell) zu vielfältig, als dass sie hier umfassend dargestellt werden könnte. Ich möchte zunächst das Unbehagen diskutieren, das immer noch in Zusammenhang mit der randomisierten kontrollierten Studie geäußert wird.

Eigentlich ist die randomisierte Zuteilung eine höchst geeignete und doch einfache Methode, mit dem Problem des *Confounding* (= Störfaktoren) umzugehen. Sie stellt sicher, dass sich Interventions- und Kontrollgruppe einer Studie in Bezug auf Merkmale, welche das Outcome beeinflussen können, nur im Rahmen des Stichprobenfehlers unterscheiden. Dazu müssen die Störfaktoren noch nicht einmal bekannt, geschweige denn gemessen oder bei der Auswertung statistisch berücksichtigt werden.

Unter der Bezeichnung von „Real Life Evidence“ o. ä. werden immer wieder Alternativen zur RCT gefordert bzw. angeboten. Dabei handelt es sich um Beobachtungsstudien ohne experimentelle Zuteilung zur Prüf- und Kontrollbehandlung, oft unter Verwendung von Routinedaten. Mit statistischen Verfahren wird eine Adjustierung für erhobene *Confounder* vorgenommen. Während die Verfechter solcher Studien typischerweise die RCT wegen ihrer Künstlichkeit und Distanz vom realen Versorgungsgeschehen kritisieren, behaupten sie hier eine überlegene externe Validität bzw. eine Aussage über die Wirksamkeit von neuen Technologien „unter Alltagsbedingungen“.

Methodisch handelt es sich um einen Rückfall hinter den Stand vor der allgemeinen Akzeptanz der RCT. Auch das ausgefeilteste statistische Adjustierungs-Verfahren kann keine unbekanntes, nicht oder unzureichend (sog. *residual confounding*) gemessenen *Confounder* berücksichtigen – im Gegensatz zur Randomisierung. Dieser Nachteil an interner Validität kann durch einen angeblichen Zugewinn an externer Validität nicht aufgewogen werden (Windeler et al. 2008). Dass die Argumentation der „Wirksamkeit unter Alltagsbedingungen“ immer wieder aufkommt, dürfte zum einen intellektuelle Ursachen haben. Viele Wissenschaftlerinnen sträuben sich dagegen, dem Zufall eine konstruktive Rolle im Forschungsdesign zuzubilligen; dies widerspricht zudem der deterministischen Sozialisation in der theoretischen medizinischen Ausbildung (Donner-Banzhoff 2020). Zum anderen ist es aus der Sicht von Firmen und der mit ihnen assoziierten, oft universitären Meinungsführer attraktiv, eine Technologie *vor* dem Abschluss einer Wirksamkeitsstudie zu verbreiten und erst *danach* die Effektivität und Sicherheit zu evaluieren.

7.2 Barrieren und Akzeptanz

An die EbM sind, nachdem die Idee bekannt geworden ist, große Hoffnungen geknüpft worden: eine Durchforstung des diagnostischen und therapeutischen Wirrwarrs, das Ausmerzen irrationaler Reste und kommerzieller Einflüsse, ein rationales und vollständig transparentes Gesundheitswesen. Auf der skeptischen Seite werden die seelenlose Dominanz statistischer Quantifizierung und eiskalte Rationierung befürchtet, eine Kochbuch-Medizin, die Leistungserbringer wie Patientinnen einschnüren würde.

Kaum einer dieser Aspekte hat sich so erfüllt. Die Klage über die eingeschränkte Therapiefreiheit hat sich zusammen mit denen, die sie geäußert haben, in den Ruhestand verabschiedet; junge Ärztinnen sind froh, für ein alltägliches Versorgungsproblem Leitlinien konsultieren zu können. Dass nur wenige die Methodik klinischer Studien, systematischer Übersichtsarbeiten und evidenzbasierter Leitlinien verstehen, müssen wir wohl akzeptieren. Relevante Studien im Sinne der EbM sind heute häufiger als vor 30 Jahren, auch

wenn die deutsche Universitätsmedizin hier immer noch einen deutlichen Rückstand pflegt. Aber weder kommt die präklinische biomedizinische Forschung zu kurz, noch sind Untersuchungen mit qualitativer Forschung verdrängt worden – ganz im Gegenteil. Unser Wissen über die Wirksamkeit und Sicherheit medizinischer Technologien hat dramatisch zugenommen, die heute verfügbaren Medikamente und Medizinprodukte sind also vertrauenswürdiger als dies vor 40 Jahren der Fall war. Aber Machtgefälle und Ungerechtigkeiten in der Gesundheitsversorgung sind dadurch natürlich nicht verschwunden. Die Beziehung zwischen Patientinnen und Ärztinnen wird sich nie ganz „durchrationalisieren“ lassen. Die archaische Heilfunktion ist vielmehr zu reflektieren und zu nutzen (Donner-Banzhoff 2022, Kap. 16).

Vor einigen Jahren sprachen Kritiker noch vom „Missbrauch“ der EbM, wenn beispielsweise kommerzielle Anbieter sich einer EbM-typischen Argumentation bedienen (Ioannidis 2016). Tatsächlich sind die oben dargestellten Argumentationsmuster in sämtlichen sich auf die medizinische Versorgung beziehenden Diskursen so verbreitet, dass wer gehört werden will, die Argumentation der EbM „gebrauchen“ muss.

8 Relativierungen

8.1 Periodisierung

Wir neigen dazu, im Rückblick historische Abgrenzungen vorzunehmen, die bei näherem Hinsehen sich zugunsten einer allmählichen, geografisch und kulturell heterogenen Entwicklung relativieren. Mit identischem Placebo behandelte Kontrollgruppen wurden bereits vor dem II. Weltkrieg in klinischen Studien mitgeführt (Tröhler 2011), die randomisierte Zuteilung finden wir seit den späten 1940er Jahren (Daniels/Hill 1952); der britische Epidemiologe A. L. Cochrane publizierte seine einflussreichen Überlegungen zu „Effectiveness and Efficiency“ im Jahr 1971 (Cochrane 2004). Bis ins frühe 20. Jahrhundert reichen die Anfänge einer behördlichen Regulierung des Medikamenten-Marktes zurück, welche durch den Contergan-Skandal einen zusätzlichen Schub erhielten. Meine Charakterisierung der EbM als „neuartig“ relativiert sich vor diesem Hintergrund.

8.2 Parallele Entwicklungen

Die Auswirkungen der EbM sind kaum von anderen Entwicklungen zu trennen. Die o. g. Veränderungen im Verhältnis von Professionen einerseits und öffentlichen Körperschaften und Gesellschaft andererseits haben sich auch in Bildungs- und Sozialwesen, Landwirtschaft und Lebensmittel-Hygiene gezeigt. Dasselbe gilt für den der EbM zu Grunde liegenden Anspruch an quantitative Rationalität.

Vor allem die digitalen Medien haben die Informations- und Kommunikations-Landschaft grundlegend verändert. Wissen, welches zuvor nur in Universitäts-Bibliotheken und persönlich im Gedächtnis von Expertinnen gespeichert werden konnte, ist jetzt in Form von Datenbanken, Leitlinien, digitalen Zeitschriften, Informationen für Patientinnen usw. verfügbar. Dadurch ist persönliches Wissen nicht überflüssig geworden, aber doch

relativiert. Um eine Herzschwäche zu diagnostizieren, reicht eine Lektüre einer Leitlinie nicht aus; die Anwendung dieses Wissens in der Praxis ist immer noch „Können“, welches auch nonverbales Wissen und Können umfasst. Aber um zu wissen, welche Medikamente die Prognose der Erkrankung verbessern, muss eine Patientin nicht mehr die Koryphäe in einer weit entfernten Stadt konsultieren. Diese orientiert sich inzwischen an denselben Studien- und Leitlinien, welche für die Ärztinnen am Heimatort gelten.

Die meisten der in den letzten 40 Jahren entwickelten Medikamente haben zum Ziel gehabt, die langfristige Prognose von Menschen mit chronischen Krankheiten zu verbessern. Mit anderen Worten: ihr Effekt lässt sich nicht durch die kurzfristige unmittelbare Erfahrung der Patientin evaluieren. Verhütete Herzinfarkte oder Schlaganfälle, oder ein Hinauszögern des Todes lassen sich nur an großen Stichproben mit mehrjähriger Laufzeit prüfen, dies umso mehr, als die beobachteten Effekte gering sind. Diese Entwicklungen sind ein wichtiger biomedizinischer Grund für die Relativierung ärztlicher Erfahrung und die Notwendigkeit von Langzeitstudien mit patientenrelevanten Outcomes.

9 Schlussfolgerung

Die EbM hat das Sprechen und Entscheiden über medizinische Maßnahmen tiefgreifend verändert. Bemerkenswert sind weniger die (vereinzelt) Kritiken und Beschwerden, sondern die weltweite Akzeptanz dieser Argumentationsweise und Wissensform. Dieses beinhaltet inhaltliche bzw. methodische *Kriterien*, mit denen Wirksamkeit und Unbedenklichkeit sich beurteilen lassen, ein zulässiges *Vokabular*, aber auch eine typische *Rhetorik* („neue Studien zeigen“). Schließlich gehören *Institutionen* dazu, welche die Ergebnisse klinischer Studien aufarbeiten und bewerten; aber auch solche, die auf dieser Grundlage Entscheidungen treffen.

Im Ergebnis wissen wir heute mehr über die Wirksamkeit und Risiken medizinischer Maßnahmen als zuvor. Dieses Wissen ist für die fachliche wie auch allgemeine Öffentlichkeit in bisher nicht gekannter Leichtigkeit zugänglich. Angesichts der Vielzahl von innovativen Technologien sind *Claims* mit der EbM in modernen Gesundheitssystemen überhaupt erst entscheidbar geworden.

Die Akzeptanz der Argumentationsweise muss aber nicht unbedingt in aller Zukunft gegeben sein, sie hängt davon ab, dass die Beteiligten sich den Spielregeln unterwerfen, wobei die staatliche Sanktionierung sicher von großer Bedeutung ist.

Ich danke Günter Ollenschläger für sein hilfreiches Feedback zu einer früheren Version dieser Arbeit.

Literatur

AWMF (2021) AWMF-Regelwerk Leitlinien. Online verfügbar unter <https://www.awmf.org/regelwerk/>, zuletzt aktualisiert am 01.08.2020, [zuletzt aufgerufen am 15.08.2023].

- Becker, Annette/Dörter, Fatma/Eckhardt, Kirsten/Viniol, Annika/Baum, Erika/Kochen, Michael M./Lexchin, Joel/Wegscheider, Karl/Donner-Banzhoff, Norbert (2011) The association between a journal's source of revenue and the drug recommendations made in the articles it publishes. In: *CMAJ: Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne* 183(5), 544-548. DOI: 10.1503/cmaj.100951.
- Burri, Regula V. (2008) Doing Distinctions. In: *Social Studies of Science* 38(1), 35-62. DOI: 10.1177/0306312707082021.
- Cochrane, Archibald L. (2004) *Effectiveness and efficiency. Random reflections on health services*. London: The Royal Society of Medicine Press (The Rock Carling Fellowship, 1971).
- Daniels, Marc/Hill, A. Bradford (1952) Chemotherapy of pulmonary tuberculosis in young adults; an analysis of the combined results of three Medical Research Council trials. In: *British medical journal* 1(4769), 1162-1168. DOI: 10.1136/bmj.1.4769.1162.
- Department of Clinical Epidemiology and Biostatistics, McMaster University (1981) How to read clinical journals: I. why to read them and how to start reading them critically. In: *CMAJ: Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne* 124(5), 555-558. Online verfügbar unter <https://www.cmaj.ca/content/124/5/555>, [zuletzt aufgerufen am 29.11.2023]
- Djulgovic, Benjamin/Guyatt, Gordon H./Ashcroft, Richard E. (2009) Epistemologic inquiries in evidence-based medicine. In: *Cancer control: journal of the Moffitt Cancer Center* 16(2), 158-168. DOI: 10.1177/107327480901600208.
- Donner-Banzhoff, Norbert (2020) Mechanistische Narrative als Mittel der Dissemination: das Beispiel koronarer Technologien. In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 63(5), 521-526. DOI: 10.1007/s00103-020-03130-x.
- Donner-Banzhoff, Norbert (2022) *Die ärztliche Diagnose. Erfahrung - Evidenz- Ritual*. 1. Auflage 2022. Bern: Hogrefe AG.
- Donner-Banzhoff, Norbert/Lelgemann, Monika (2003) Ein neuer Maßstab. Aktuelle Studien verlangen veränderte Beurteilungskriterien. In: *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung* 97 (4-5), 301-306.
- Drummond, Michael F./Sculpher, Mark J./Torrance, George W./O'Brien, Bernie J./Stoddart, Greg L. (2007) *Methods for the economic evaluation of health care programmes*. 3. ed., reprint. Oxford: Oxford Univ. Press (Oxford medical publications). Online verfügbar unter <http://www.loc.gov/catdir/enhancements/fy0640/2005279427-d.html>, [zuletzt aufgerufen am 29.11.2023].
- Ebell, Mark H. (2009) How to find answers to clinical questions. In: *American family physician* 79(4), 293-296.

- Echt, Debra S./Liebson, Philip R./Mitchell, L. Brent/Peters, Robert W./Obias-Manno, Dulce/Barker, Allan H. et al. (1991) Mortality and morbidity in patients receiving encainide, flecainide, or placebo. The Cardiac Arrhythmia Suppression Trial. In: *The New England journal of medicine* 324(12), 781-788. DOI: 10.1056/NEJM199103213241201.
- Elwyn, Glyn/O'Connor, Annette/Stacey, Dawn/Volk, Robert/Edwards, Adrian/Coulter, Angela et al. (2006) Developing a quality criteria framework for patient decision aids: online international Delphi consensus process. In: *BMJ (Clinical research ed.)* 333(7565), 417. DOI: 10.1136/bmj.38926.629329.AE.
- Freidson, Eliot (1995) *Profession of medicine. A study of the sociology of applied knowledge*. [Nachdr.]. Chicago: Univ. of Chicago Press.
- Guyatt, Gordon (Hrsg., 2002) *Users' guides to the medical literature. A manual for evidence-based clinical practice*. Evidence Based Medicine Working Group. Chicago, Ill.: American Medical Assoc (JAMA & Archives Journals).
- Hannken-Illjes, Kati (2018) *Argumentation. Einführung in die Theorie und Analyse der Argumentation*. 1. Auflage. Tübingen: Narr Francke Attempto Verlag (narr studienbücher). Online verfügbar unter DOI:10.1007/s10503-018-9466-x
- Howick, Jeremy/Glasziou, Paul/Aronson, Jeffrey K. (2009) The evolution of evidence hierarchies: what can Bradford Hill's 'guidelines for causation' contribute? In: *Journal of the Royal Society of Medicine* 102(5), 186-194. DOI: 10.1258/jrsm.2009.090020.
- Ioannidis, John P. A. (2016) Evidence-based medicine has been hijacked: a report to David Sackett. In: *Journal of clinical epidemiology* 73, 82-86. DOI: 10.1016/j.jclinepi.2016.02.012.
- Isaacs, David/Fitzgerald, Dominic (1999) Seven alternatives to evidence based medicine. In: *BMJ (Clinical research ed.)* 319(7225), 1618. DOI: 10.1136/bmj.319.7225.1618.
- Kimmelman, Jonathan/Mogil, Jeffrey S./Dirnagl, Ulrich (2014) Distinguishing between exploratory and confirmatory preclinical research will improve translation. In: *PLoS biology* 12(5), e1001863. DOI: 10.1371/journal.pbio.1001863.
- Latour, Bruno (1987) *Science in action. How to follow scientists and engineers through society*. [Nachdr.]. Cambridge, Mass.: Harvard Univ. Press [reprint].
- McCabe, Christopher/Claxton, Karl/Culyer, Anthony J. (2008) The NICE cost-effectiveness threshold: what it is and what that means. In: *Pharmacoeconomics* 26(9), 733-744. DOI: 10.2165/00019053-200826090-00004.
- O'Mahony, Seamus (2020) *Can medicine be cured? The corruption of a profession*. London: head of zeus.

- Oxman, Andrew D./Sackett, David. L./Guyatt, Gordon H. (1993) Users' guides to the medical literature. I. How to get started. The Evidence-Based Medicine Working Group. In: *JAMA* 270(17), 2093-2095.
- Sackett, David L. (1979) Bias in analytic research. In: *Journal of chronic diseases* 32(1-2), 51-63. DOI: 10.1016/0021-9681(79)90012-2.
- Sackett, David L./Rosenberg, William M./Gray, J. Muir/Haynes, R. Brian/Richardson, W. Scott. (1996) Evidence based medicine: what it is and what it isn't. In: *BMJ (Clinical research ed.)* 31(7023), 71-72. DOI: 10.1136/bmj.312.7023.71.
- Tröhler, Ulrich (2011) Adolf Bingel's blinded, controlled comparison of different antiphtheritic sera in 1918. In: *Journal of the Royal Society of Medicine* 104(7), 302-305. DOI: 10.1258/jrsm.2011.10k074.
- Wennberg, John/Gittelsohn, Allenl (1982) Variations in medical care among small areas. In: *Scientific American* 246(4), 120-134. DOI: 10.1038/scientificamerican0482-120.
- Windeler, Jürgen/ Antes, Gerd/Behrens, Johann/Donner-Banzhoff, Norbert/Lelgemann, Monika (2008) Randomisierte klinische Studien (RCT). In: *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 102(5), 321-325. DOI: 10.1016/j.zefq.2008.05.002.

ELISABETH KLESCHATZKY / KATI HANNKEN-ILLJES

Die Etablierung und Verwendung von *Unvergleichbarkeit* und *Unplanbarkeit* als argumentative Ressourcen in der Schwangerenberatung

Abstract

Der vorliegende Aufsatz untersucht zwei materiale Topoi, die sich wiederholt in Gesprächen der Schwangerenberatung finden lassen: Unvergleichbarkeit und Unplanbarkeit. Die Rekonstruktion der Topoi zeigt dabei auf, wie diese innerhalb von argumentativen Sequenzen als Ressource zur Herstellung eines common ground aufeinander basierend eingeführt und interaktiv verwendet werden. Wir geben dafür gesprächsanalytisch vor und greifen auf 37 videographierte Gespräche zurück, die das Korpus unseres Projekts „Argumentation und Wissen in Gesprächen der Schwangerenberatung“ bilden. Übereinstimmend mit aktueller Forschung der medizinischen Kommunikation ist Argumentieren dabei als Verfahren im Blick, durch das common ground etabliert und infolge dessen eine gemeinsame Entscheidungsfindung ermöglicht werden kann. Abschließend diskutiert der Beitrag, wie die Vorbereitung auf die Geburt als dezidiertes Gesprächsziel durch die rekonstruierten Topoi beeinflusst wird.

In this paper, we look at two material topoi that can be found repeatedly in pregnancy counseling conversations: Incomparability and Unplannability. By reconstructing the topoi, we show how they are introduced and interactively used within argumentative sequences as a resource for establishing common ground. For this purpose, we take a conversation-analytical approach and draw on 37 videographed conversations that form the corpus of our project "Argumentation and Knowledge in Conversations in Pregnancy Counseling". In line with research findings in the field of medical communication, we also consider argumentation as a process through which common ground can be established and, as a result, shared decision-making can be facilitated. At the same time we discuss how the preparation for birth as a goal of the conversations at hand is influenced by the reconstructed topoi.

Keywords: Gesprächsanalyse, medizinische Kommunikation, Schwangerenberatung
antenatal care, common ground, conversation analysis, medical discourse, topoi

1 Argumentation und *common ground* in der Schwangerenberatung

Der vorliegende Aufsatz untersucht Argumentation in der Schwangerenberatung und fokussiert zwei miteinander verbundene Topoi: UNVERGLEICHBARKEIT und UNPLANBARKEIT. Damit untersuchen wir Argumentation vor allem in Hinblick auf ihre epistemische Funktion, die Herstellung von Wissen. Im Feld der Geburtshilfe sind das Recht auf Selbstbestimmung und Patientinnenautonomie zwei Sachverhalte, die den Fachdiskurs in den letzten Jahren maßgeblich beeinflusst haben und auch weiterhin beeinflussen (vgl. Strauss 2006, V). Daraus resultieren Herausforderungen auf juristischer, ethischer und emotionaler Ebene, die sich vor allem im Gespräch zwischen dem medizinischen Fachpersonal und den Patientinnen zeigen. Diese müssen auf eine Art miteinander kommunizieren, die einen belastbaren Entscheidungsfindungsprozess ermöglicht und *informed consent* im Sinne einer „aufgeklärten Zustimmung des Patienten zu ihn betreffenden Interventionen“ (Dziewas et al. 2002, 152) sicherstellt. Zudem sind die Schwangeren ob der Fülle an Informationen und Erwartungen häufig unsicher, während die Hebammen und Ärztinnen oft defensiv agieren, um sich juristisch abzusichern (vgl. Dudenhausen 2008, 236). Dies steht im Kontrast zu der Notwendigkeit, einen *common ground* herzustellen, um dann Entscheidungen gemeinsam und informiert treffen zu können. Die Aspekte Patientinnenwissen, *informed consent* und das Recht auf Selbstbestimmung werden in dem medizinischen Kommunikationsmodell der Partizipativen Entscheidungsfindung berücksichtigt und vereint. Innerhalb dieses Modells liegt der Fokus auf einem kooperativen Aushandeln der Entscheidung zwischen Ärztin und Patientin (vgl. Koerfer/Albus 2015, 125-126).

In den letzten Jahren wurde in diesem Zusammenhang das Argumentieren als Verfahren in den Blick genommen und untersucht (vgl. Bigi 2016; Zanini/Rubinelli 2012), durch das *common ground* etabliert und so ein guter Entscheidungsweg sichergestellt werden kann. Als Grundlage muss gegeben sein, dass sowohl Ärztin als auch Patientin über die Möglichkeit verfügen, Themen und Wünsche relevant zu setzen und ihre Argumente für diese in das Gespräch einzubringen. Nur so kann eine notwendige Offenheit in Bezug auf die Entscheidungsfindung gewährleistet werden: „Soll die Entscheidung nicht nur dem erstbesten Impuls folgen, sondern auf Dauer tragfähig sein, muss sie auf mehr oder weniger ‚guten Gründen‘ beruhen“ (Koerfer/Albus 2015, 131). Im Kontrast zu der bestehenden Wissensasymmetrie wird hier demzufolge von einer diskursiven Symmetrie ausgegangen, d. h. Patientinnen und medizinisches Fachpersonal verfügen über dieselben Rechte in Bezug auf Relevanzsetzung, Themeninitiierung und Gesprächsziele (vgl. Koerfer/Albus 2015, 131). Das Vorgehen bei Schwangerschaften unterscheidet sich vom Vorgehen bei Krankheiten insofern, als nicht per se Therapiemaßnahmen veranschlagt werden müssen, sondern hauptsächlich über konkrete Maßnahmen und Pläne während der Geburt beratschlagt wird. Hier stehen beispielsweise die Art der Geburt, der Wunsch nach eventuellen Schmerzmitteln und die organisatorischen Schritte direkt nach der Geburt im Mittelpunkt des Gesprächs. Dennoch ist es möglich, dass aufgrund medizinischer Umstände und institutioneller Rahmenbedingungen nicht auf alle Wünsche der Schwangeren einge-

gangen werden kann (vgl. Koerfer/Albus 2018, 487). Bigi (2016) bespricht Argumentieren im Kontext des Widerstands, den Patientinnen zeigen, wenn sie aufgrund bestimmter Therapievorschläge oder Instruktionen um ihre Entscheidungsgewalt fürchten (vgl. Bigi 2016, 1). Dieser Widerstand fällt geringer aus, sobald Patientinnen das Gefühl haben, eine gewisse Kontrolle in Bezug auf wichtige Entscheidungen zu behalten.

Argumentieren im Gespräch tritt in charakteristischen Formen auf und folgt einem Sequenzmodell, wie es von Spranz-Fogasy (2006) beschrieben worden ist. Danach kommt es im Gespräch zu einer Auslösehandlung, die nur durch die folgende „Dissensmarkierungs- bzw. Problematisierungshandlung“ (Spranz-Fogasy 2006, 33) zu erkennen ist. Auf diese folgt die Darlegungshandlung und dann Akzeptanz und Ratifikation. In Gesprächen wird diese Abfolge nicht immer erfüllt, aber der prototypische Ablauf lässt sich so beschreiben. Der Beginn von Argumentieren liegt also in einem „Stocken“: „Die praktische Gültigkeit einer Darstellung ist gesprächslokal in Frage gestellt und muss her- beziehungsweise wieder hergestellt werden“ (Spranz-Fogasy 2006, 31). Diese Wiederherstellung erfolgt durch das Geben und Nehmen von Gründen. In unserem Argumentationsverständnis folgen wir Klein (1980), der in seiner Definition beide Funktionen von Argumentation – die Bearbeitung eines Dissenses ebenso wie die Herstellung und Aktualisierung von Wissen – aufnimmt. Klein (1980) fasst Argumentation als den Versuch, „mit Hilfe des kollektiv Geltenden etwas kollektiv Fragliches in etwas kollektiv Geltendes zu überführen“ (19). Damit hat Argumentation immer auch die Funktion, das kollektiv Geltende als Ressource zur Dissensbearbeitung zu nutzen. Zentral für die argumentative Herstellung und Aktualisierung von Wissen ist das Konzept der Topik.

Für Gespräche in der Schwangerenberatung sind die Wissensasymmetrien zwischen den Gesprächsteilnehmer*innen ein determinierender Faktor. In den Gesprächen findet ein Wissenstransfer statt, bei dem Teile der differierenden Wissensbestände verbalisiert, interaktiv und mental bearbeitet sowie teilweise ausgeglichen werden (vgl. Brünner 2005, 91 zur Bearbeitung von Wissensasymmetrien). So wird z. B., was in der Schwangerschaft und unter der Geburt als „normal“ einzuschätzen ist, in den Gesprächen der Schwangerenberatung gemeinsam von den Teilnehmer*innen hergestellt, indem verschiedene Formen des Wissens – Erfahrungswissen der Schwangeren und der Hebammen, medizinisches und kategoriales Wissen der Hebammen (zu Formen des Wissens in medizinischen Gesprächen vgl. auch Spranz-Fogasy 2010) – im Gespräch zur Konzeption eines „Schwangerschaftsnormals“ genutzt werden (Hannken-Illjes et al. 2024).

Die interaktive Inanspruchnahme bzw. Zuschreibung von Wissen ist entscheidend für Erwartungen, Rechte und Pflichten der Gesprächsteilnehmer*innen (vgl. Deppermann 2015, 14; Deppermann/Reineke 2017, 345). Wie dies geschieht, ist bestimmt durch die „sozialen Rollen, die eine Person in der Interaktion einnimmt bzw. in Bezug auf die sie in ihr beurteilt wird“ (Deppermann 2018, 120) sowie die daraus resultierenden Rechte und Pflichten in Bezug auf das Wissen. Diese Rechte und Pflichten sind im Modell der Partizipativen Entscheidungsfindung grundlegend anders organisiert als im paternalistischen Modell einer Vorgabe durch den Arzt bzw. das medizinische Personal,

welches sich jahrzehntelang als Maßstab innerhalb der medizinischen Kommunikation verstand (vgl. als erste Problematisierung Byrne/Long 1976).

2 Topik und abgesunkenes Wissen

Grundlegend für die epistemische Funktion von Argumentation ist das Konzept der Topik. Die Topik ist eine Such- und Findkunst und steht so in einem Spannungsverhältnis von Vorgeformtheit und rhetorischer Kreativität. Der Topos ist der Ort, an dem Argumente aufgefunden werden können, aber nicht selbst das Argument. Vielmehr generiert der Topos Argumente und erscheint nicht selbst an der Textoberfläche (vgl. Conley 2000). Damit ist ein Topos an sich immer neutral und kann für jede Richtung einer Streitfrage genutzt werden. Die Vielzahl der Verständnisse der Topik und des Topos hier aufzuführen, würde den Rahmen sprengen. Wie Schirren (2000) feststellt, ist die Unabgeschlossenheit des Konzeptes der Topik mittlerweile selbst ein Topos geworden. Wir folgen hier einem argumentationswissenschaftlich-rhetorischen Verständnis von Topos: Als argumentative Ressource, formal oder material. Formale Topoi bzw. Argumentationsschemata sind Schlussformen, die auf jeden Gegenstandsbereich angewendet werden können; sie sind – mit Toulmin (1958) gesprochen – feldunabhängig nutzbar. Ein Beispiel ist die Analogie, die als formaler Topos in unserer Analyse eine Rolle spielen wird. Für diese Argumentationsschemata liegen eine Reihe von Katalogen beziehungsweise Systematisierungen vor, darunter ein Katalog von Perelman & Olbrechts-Tyteca (1969), den Kienpointner (1992) aufgenommen und zu einer in sich schlüssigen Taxonomie entwickelt hat. Materiale Topoi hingegen sind inhaltlich gefüllt und können nur für bestimmte Problemstellungen oder Wissensbereiche relevant sein. Im Toulminischen Sinne sind sie feldabhängig. Der Ort der materialen Topoi im Toulmin-Schema ist die Stütze, nicht die Schlussregel. Auch ein materialer Topos ist an sich neutral und kann in jede Richtung einer Streitfrage genutzt werden, er ist nur nicht für jede Streitfrage relevant. Die argumentative Nutzung materialer Topoi sind Verweise auf das, was die Teilnehmerinnen in einer Interaktion für geltend halten. Damit bilden Topoi Wissensressourcen im Gespräch. Die Rekonstruktion und Analyse von Topoi erlaubt es also, das, was als gemeinsames Wissen, als „Segment kollektiven Wissens“ (Römer 2017, 101), in der Interaktion verhandelt wird, zu „heben“ (vgl. auch Knoblauch 2000). Zentral für die Analyse ist dann aber nicht nur, was als gemeinsames Wissen eingeführt und aktualisiert wird, sondern *wie* dieses interaktiv verfügbar und verhandelbar gemacht wird. Auch Bigi (2018) bindet Argumentation innerhalb von Arzt-Patienten-Gesprächen an das Bestehen und Überbrücken von Wissensasymmetrien und Informationsaustausch. Argumentation ist dann ein Verfahren zur Bearbeitung dessen, was sie unter *emergent common ground* fasst. Macagno/Bigi (2021) zeigen an Gesprächen mit chronisch Kranken, wie verschiedene Formen von Evidenz und ihre argumentative Nutzung in den Gesprächen mit welcher pragmatischen Funktion erscheinen, und entwickeln fünf Ebenen der „Beweiskraft“ (*probative force*) von Evidenz

(350), die sie dann in Bezug auf die pragmatische Funktion innerhalb des argumentativen Austauschs untersuchen.

3 Unvergleichbarkeit, Unplanbarkeit und der argumentative Status von Prognosen

Eine zentrale Funktion der hier untersuchten Gespräche in der Schwangerenberatung ist es, individuelle Fragen zur Geburt zu bearbeiten und zu beantworten. Damit sind diese Gespräche auf eine Zukunft (oder auf Zukünfte) ausgerichtet, mit dem Ziel, diese planbar zu machen. Dieses Vorhaben ist in Teilen vergleichbar mit dem Stellen von Prognosen in anderen medizinischen Kontexten und wirft Fragen der argumentativen Herstellung von Wissen für eine Zukunft auf.

Das Stellen von Prognosen ist ein grundlegend argumentatives Verfahren. Auf der Basis von Wissen – sei dies Erfahrungswissen oder kategoriales Wissen – werden Aussagen über die Zukunft getroffen. Diesem Schlussverfahren liegt der formale Topos der Analogie, also ein Vergleichsschema, zugrunde. Nun sind die Daten, die für eine Prognose genutzt werden, im aktuellen medizinischen Diskurs (folgend der evidenzbasierten Medizin), Daten, die in der Regel aus randomisierten klinischen Studien stammen (zur Unterscheidung von verschiedenen Formen medizinischer Evidenz in Arzt-Patienten-Gesprächen vgl. Macagno/Bigi 2021). Chiffi/Andreoletti (2021) stellen fest, dass diese Analogie im Stellen von Prognosen sehr stark formuliert wird; mit Toulmin ließe sich sagen, dass der Modaloperator innerhalb des Arguments eine starke Kopplung von Grund und Konklusion abbildet und keine Ausnahmebedingungen formuliert werden. Sie benennen die epistemologische Grundhaltung in Bezug auf Prognosen als „too optimistic (close to that of the first logical positivism) according to which the execution of rigorous experiments would be a necessary and sufficient condition to know the reality.“ (Chiffi/Andreoletti 2021, 319). Einen grundlegenden Trugschluss in dieser Art prognostischen Argumentierens sehen die Autoren in der Nutzung des *ad-ignorantiam*-Fehlschlusses: Da nicht bewiesen ist, dass p wahr ist, ist p nicht wahr. Was diese Form der Argumentation ausspart, ist der Grad an Unsicherheit und Unplanbarkeit, den die jeweilige Situation erfordert.

Rhetorisch gesprochen, adressieren Chiffi/Andreoletti (2021) damit die Rolle des *kairos* innerhalb medizinischen Wissens und Handelns. *Kairos* lässt sich für die antike Rhetoriktheorie fassen als „der richtige oder günstige Zeitpunkt, etwas zu tun, oder auch als das richtige Maß“ (Kinneary/Eskin 1992, 837). Diese Definition bringt bereits die beiden zentralen Aspekte des Konzeptes zusammen: Zum einen steht das *kairos* im Spannungsverhältnis zum *chronos* und markiert den einen Moment, der sich im Laufe des Zeitflusses zeigt. Die Aufgabe des Rhetors ist es dann, diesen Moment zu erkennen und nutzbar zu machen. Damit ist dieser Moment nicht komplett planbar, die Rhetorin benötigt Erfahrung, um den Moment zu erkennen, aber auch die Erfahrung, ihn zu nutzen. Zum anderen umfasst die Definition auch den Aspekt der Mäßigung und damit auch der Angemessenheit, oder wie Tindale (2021) es fasst, „the proportionate“ (2). Die Verbindung zu

Chiffi/Andreolettis (2021) Einordnung von Prognosen als argumentative Formen ergibt sich nun aus der Annahme, dass sich die Fähigkeit, einen Zeitpunkt zu erkennen und das angemessene Verhalten zu zeigen, aus Erfahrung und praktischem Wissen speist: „Training to recognize such moments seems impossible, but the experienced eye can view an argumentative event as a series of such opportunities” (Tindale 2021, 4). Die Bearbeitung dieser argumentativen Ressource – Planbarkeit und damit verbunden auch Vergleichbarkeit – ist Gegenstand unserer folgenden Analyse.

4 Material und Methode

Das Korpus setzt sich aus Gesprächsdaten und ethnographischem Material (Feldnotizen) zusammen und ist Teil des DFG-Projekts „Argumentieren und Wissen in Gesprächen der Schwangerenberatung“, das in Kooperation mit der Klinik für Geburtshilfe des Universitätsklinikums Marburg unter Leitung von Dr. Siegmund Köhler entstanden ist. An den Gesprächen beteiligt sind jeweils die Schwangere, in manchen Fällen Begleitpersonen, eine Hebamme, häufig eine Hebammenschülerin und in manchen Fällen ein Arzt oder eine Ärztin. Die Hauptfunktion der Gespräche ist die Anmeldung zur Geburt im letzten Trimester der Schwangerschaft. Das Korpus wurde 2017 und 2018 in zwei Phasen erhoben und umfasst 37 videographierte Gespräche, deren Länge zwischen 10 und 60 Minuten variiert, mit einer mittleren Länge von 20 Minuten. Die Aufnahmen wurden mit einer stationären Kamera (Sony – HDR-MV1) gemacht, die klein und unauffällig ist und eine sehr gute Audioqualität, wenn auch nur eine mittlere Videoqualität, garantiert. Die Teilnahme war freiwillig. Die Teilnehmer*innen wurden über das Ausgangsprojekt informiert und unterzeichneten eine Einverständniserklärung; das Ethikvotum der Universität Marburg liegt vor. Eine genauere Darstellung des Ausgangsprojektes findet sich bei Hannken-Illjes et al. (2021). Die Gespräche wurden gemäß GAT2-Konventionen in Form von Basistranskripten verschriftlicht (vgl. Selting et al. 2009). Unsere Ergebnisse basieren auf interaktionslinguistischen Gesprächsanalysen. Im Fokus steht dabei die argumentative Nutzung des Topos der UNVERGLEICHBARKEIT und seine Verbindung zum Topos der UNPLANBARKEIT. Die Kollektion, auf der die Analyse basiert, wurde über alle Gespräche hinweg zusammengestellt. Für die Auswahl war zunächst eine Sichtung der argumentativen Sequenzen entscheidend, mit einem Fokus auf Vergleichsschemata. Die hier präsentierten Sequenzen stehen exemplarisch für die Nutzung der beiden Topoi im Korpus. UNVERGLEICHBARKEIT in seiner spezifischen Bindung an UNPLANBARKEIT sind aus unserer Sicht zwei zentrale materiale Topoi innerhalb der untersuchten Gespräche der Schwangerenberatung.

Es liegen bisher nur wenige Arbeiten vor, die eine Toposanalyse mit einem gesprächsanalytischen Vorgehen verbinden (vgl. Schwarze 2010, Arendt 2016, Hannken-Illjes/Bose 2018, Bose/Hannken-Illjes/Kurtenbach 2020). Für gesprächsanalytisch ausgerichtete Ansätze ist das Konzept der Topik eher unhandlich. Topoi als generative Größe sind in der Regel implizit und so im Gespräch auch nicht direkt beobachtbar. Zugleich ist das

Konzept der Topik aber grundlegend für jedes Argumentationsverständnis, so dass eine Argumentationsanalyse von Gesprächen, die die Topik außer Acht ließe, insbesondere die epistemische Dimension des Argumentierens nicht fassen könnte. So erfordert die Rekonstruktion von Topoi immer die Explizierung von Implizitem. Wir lehnen uns dafür in diesem Aufsatz an die Darstellungsform bei Schwarze (2010) an, auch wenn diese nicht immer erlaubt, die Komplexität der Aktualisierung und Etablierung im Gespräch darzustellen, insbesondere in der Beachtung von formalen und materialen Topoi. Eine Alternative wäre hier die Nutzung des *Argumentum Model of Topics* (Rigotti/Greco Morasso 2010), durch das allerdings die sequentielle Struktur im Gespräch nicht abgebildet werden kann. Die Erarbeitung einer Form, die all diesen Ansprüchen an eine sequentiell und argumentationswissenschaftlich angemessene Darstellung genügt, steht noch aus.

5 Analyse

Die folgende Analyse zeigt, wie in den Gesprächen UNVERGLEICHBARKEIT und UNPLANBARKEIT als gemeinsamer Wissensbestand und argumentative Ressource etabliert und genutzt werden. In der Analyse stellen wir zwei gekoppelte Praktiken vor: Die Etablierung des jeweiligen Topos als geteilter Wissensbestand im Gespräch und seine argumentative Nutzung.

5.1 „is jetzt ANDers“ – Die Etablierung von UNVERGLEICHBARKEIT als geteilter Wissensbestand

In den Gesprächen der Schwangerenberatung wird der Wissensbestand der UNPLANBARKEIT bei Mehrfachgebärenden mit dem Wissensbestand der UNVERGLEICHBARKEIT der Schwangerschaften eingeführt. Dies geschieht entweder allein durch das medizinische Fachpersonal oder, wie unser erstes Beispiel zeigt, mithilfe einer interaktiven Herstellung zwischen den Gesprächsbeteiligten. Im folgenden Ausschnitt geht es um die Frage, ob die Schwangere das nächste Kind stillen möchte.

Die Verwendung der Konjunktion *aber* (Z. 507) in der eröffnenden Frage der Hebamme bezieht sich kontrastiv auf eine Sequenz, die dem hier abgebildeten Ausschnitt voranging. In dieser initiiert die Hebamme das Thema *Stillen*, indem sie die Schwangere fragt, ob sie bei ihrem ersten Kind gestillt hat. Daraufhin schildert diese die mit dem Stillvorgang einhergehenden Komplikationen. Der hier abgebildete Beginn ist eine Wiederaufnahme des Themas, die auf eine kurze thematische Fokusverschiebung zum derzeitigen Gesundheitszustand des ersten Kindes folgt.

Beispiel 1, Gespräch 1; ML=Hebamme, HA=Schwangere

- 507 ML =°h aber sie WÜRden jetzt AUCh wieder > <<zu HA
aufblickend> stillen wollen >;
- 508 ML <<zu HA blickend> noch mal proBIERen
[(wollen) >;]

509 HA [<<nickend> JA >.]
510 ML <<den Blick in die Unterlagen richtend> JA >?
511 A (0.51)
512 ML <<zu HA blickend> wahrscheinlich eh jetzt
[is ja auch ne and]ere situaTI[ON;=]
513 HA [((räuspert sich))]
514 HA [a is_n bisschen ANders;=ja.] [j]
515 ML [=n anderes KIND;=und-]
516 ML ne >;
517 A (0.16)
518 HA h[m]
519 ML [<<den Blick in die Unterlagen richtend> J]A: >;
520 A (0.33)
521 ML °h ((schreibt, 1.03s))
522 HA <<auf den Tisch blickend> also ich setz mich da wenn_s
GEHT geht_s wenn nich dann nIch >.
523 HA he
524 ML <<in die Unterlagen blickend> JO:-
525 ML [geNA]U;=
526 HA [he]
527 ML =aber proBIERen k[ann man_s ja;=]
528 HA [h] [m:,]
529 ML [=auf]JEden fall;
530 ML geNAU >;

Die Schwangere bejaht zunächst die Frage der Hebamme, ob sie erneut stillen möchte, und unterstreicht diese Zustimmung auch gestisch durch redebegleitendes Nicken (Z. 509). Die Hebamme reagiert nachfragend mit einer auch prosodisch als solcher markierten Verewisserungsformel (Z. 510, vgl. Brinker/Sager 2010) und nimmt direkt im Anschluss eine für den weiteren Gesprächsverlauf zentrale Äußerung vor: *wahrscheinlich eh jetzt [is ja auch ne and]ere situaTI[ON;=]* (Z. 512). Die Hebamme begründet damit, weshalb die Schwangere das Stillen nach der bevorstehenden Geburt trotz vergangener Komplikationen erneut versuchen sollte. Überlappend mit der weiteren Aufzählung der Hebamme (*n anderes KIND*, Z. 515) ratifiziert die Schwangere diese Aussage partiell mit dem Zusatz, dass die Situation *n bisschen ANders* (Z. 514) ist. Damit konstituiert sie eine minimale Differenz zwischen den zwei Referenzpunkten (der damaligen und der aktuellen Situation bzw. Geburt) und schränkt ihre Zustimmung zur Aussage der Hebamme dementsprechend ein. Auch als Reaktion auf die *tag question* der Hebamme (Z. 516) produziert die Schwangere lediglich das Rezeptionssignal *hm* (Z. 518), was sich als Zurückhalten einer vollständig realisierten Zustimmung interpretieren ließe. Dies wird auch im folgenden Gesprächsverlauf deutlich: Sie nimmt auf das einen Sequenzabschluss evozierende Gliederungssignal der Hebamme

(Z. 519), welches erwartungsgemäß keine Antwort bedingt, eine Explikation vor. Eingeleitet durch *also* (Z. 522) bricht sie zunächst den Phraseologismus *sich nicht unter Druck setzen* ab (*also ich setz mich da*, Z. 522), woraufhin sie eine Wenn-dann-Konstruktion verbalisiert und damit eine klare Bedingung anführt, unter welcher sie ihr Kind stillen wird. Überlappend zu ihrem daran anschließenden kurzen Lachen äußert die Hebamme verschiedene Zustimmungen (Z. 524-525) und fügt dann an: *aber probIERen k[ann man_s ja;=]* (Z. 527). Sie markiert Widerspruch an dieser Stelle durch *aber* und greift gleichzeitig auf das Subjekt *man* zurück, und markiert diesen Widerspruch so mit geringer *agency*. Faktisch liegt diese Agenslosigkeit in der Gesprächssituation nicht vor; letztendlich ist es die Schwangere, die als Handelnde der hier besprochenen Maßnahmen auftritt. Die Hebamme adressiert die Schwangere mit der Verwendung von *man* jedoch nicht direkt. Die Verwendung des agenslosen Subjekts kann darüber hinaus einen Rückschluss hinsichtlich der Tatsache erlauben, dass die Hebamme hier einen Wissensbestand expliziert, dem sie universelle Gültigkeit zuschreibt bzw. von dem sie annimmt, dass er auch von ihrer Gesprächspartnerin geteilt wird. Schlussendlich wird in dieser Sequenz, in der sich die Interagierenden explizit auf den Wissensbestand der UNVERGLEICHBARKEIT beziehen, zugleich der Wissensbestand der UNPLANBARKEIT eingeführt. Mit der Insistierung *aber probIERen k[ann man_s ja;=]* (Z. 527) gibt die Hebamme einerseits Aufschluss über die geburtshilfliche Praxis, die den Schwangeren von den Hebammen nahegelegt wird. Andererseits nimmt sie Bezug auf die Tatsache, dass bezüglich des Ausgangs dieses Vorgehens keine Sicherheit besteht; zu diesem Zeitpunkt im Gespräch ist nicht absehbar, ob der bevorstehende Stillversuch erfolgreich verläuft oder eingestellt werden muss.

Diese Kontrastierung zweier Referenzpunkte, bestehend aus der vorhergehenden und der bevorstehenden Geburt, und der in Bezug darauf etablierte Wissensbestand der UNVERGLEICHBARKEIT beider findet sich in nahezu identischem Wortlaut auch in Gespräch 3 des Korpus wieder. Die entsprechenden Gesprächssequenzen ähneln sich in mehreren Aspekten: der thematischen Rahmung (Stillen als übergeordnetes Thema, vorangegangene Stillverfahren als Subthema), der Themeninitiierung durch die Hebamme und der Explikation des Wissensbestandes durch diese.

Auch die Ausgangslage ist im zweiten Gespräch mit der des ersten Gesprächs nahezu identisch: Die Hebamme fragt die Schwangere, ob sie ihr erstes Kind gestillt hat, woraufhin diese von den Komplikationen erzählt.

Beispiel 2, Gespräch 3; ML=Hebamme, CS=Schwangere

```
0601 ML <<schreibend> °h aber (werden) schon > <<zu CS
      blickend> jetzt noch mal probIERen zu
      st[Illen;=ja >? ]
0602 CS [((nickt, 0.7s)) ]
0603 ML ((schreibt, 0.74s))
```

0604 CS <<zu ML blickend> JA >.
 0605 <<zu ML blickend> auf jeden > <<ausatmend> FALL >;
 0606 <<zu ML blickend> ich hoff_s pe [<<mit der linken
 Hand die Haare hinter das rechte Ohr streichend> °h
 funktion]iert B[ESser >.]
 0607 ML [<<schreibend> is
 jetzt ANders >.
]
 0608 [<<schreibend> °hh >] <<schreibend>
 ja: ACH >;
 0609 ((schreibt, 0.33s)) <<schreibend> geNAU >.
 0610 <<schreibend> es is ja immer noch mal ne neue > <<zu
 CS blickend> situaTION.=ne >,
 0611 A (0.1)
 0612 CS [<<zu ML blickend> JO >;]
 0613 ML [<<zu CS blickend> n]neues KIND >,
 0614 (0.2) <<die Unterlagen zurechtlegend> UND >-
 0615 ((blickt in die Unterlagen, 0.44s)) <<in die
 Unterlagen blickend> geNAU >.
 0616 ((blickt in die Unterlagen, 1.16s)) <<in die
 Unterlagen blickend> °h ähm: dann müsst ich sie grad
 noch was FRAGEN >,

Die Hebamme erkundigt sich daraufhin nach den Stillplänen der Schwangeren und legt dabei eine spezifische Antwortalternative nahe: *aber (werden) schon > <<zu CS blickend> jetzt noch mal probIERen zu st[Illen;=ja >?* (Z. 0601). Das Nahelegen einer aus geburtshilflicher Perspektive als Standard betrachteten Praxis geschieht hier implizit durch die Hebamme mithilfe verschiedener lexikalischer Markierungen¹. Das einleitende *aber* bezieht sich auf die biografische Erläuterung der Schwangeren und kontrastiert somit den vorangegangenen abgebrochenen Stillversuch zu dem bevorstehenden möglichen Stillvorhaben. Auf die *tag question* der Hebamme (Z. 0601) verbalisiert die Schwangere ihre uneingeschränkte Zustimmung mit *ja* und *auf jeden fall* (Z. 0604-0605). Anschließend äußert sie die Hoffnung, dass es dieses Mal mit dem Stillen besser funktioniert (Z. 0606), woraufhin die Hebamme erwidert: *is jetzt ANders* (Z. 0607). Die Hebamme konkretisiert ebenso explizit die Aspekte, die sie im direkten Vergleich der zwei Geburtssituationen als anders betrachtet, mit den Zusätzen *es is ja immer noch mal ne neue > <<zu CS blickend> situaTION.=ne >* (Z. 0610) und *n] neues KIND* (Z. 0613). Diese spezifische Aufzählung findet sich bereits in unserem ersten Sequenzbeispiel (s. Gespräch 1, Z. 512, Z. 515). Dies mag v.a. aufgrund der Tatsache, dass es sich in den Gesprächen um dieselbe

1 In einschlägiger Fachliteratur der Geburtshilfe werden Vorteile des Stillens besprochen; die Vermittlung der dazugehörigen Informationen wird dem medizinischen Fachpersonal für die Schwangerenberatung ebenso nahegelegt (vgl. Strauss 2006, 324).

Hebamme handelt, plausibel erscheinen, gibt zudem jedoch Aufschluss über die Formelhaftigkeit der explizierten Wissensbestände. Anders als im ersten Gesprächsbeispiel ratifiziert die Schwangere die Aussagen der Hebamme in diesem zweiten Beispiel uneingeschränkt mit JO (Z. 0612). Die Hebamme geht daraufhin dazu über, der Schwangeren weitere Fragen zu einem thematisch anderen Sachverhalt zu stellen; das Thema *Stillen* ist an dieser Stelle abgeschlossen und wird nicht erneut bearbeitet.

5.2 „also ich weiß jede schwangerschaft ist ANDers“ – Die Verwendung von UNVERGLEICHBARKEIT als argumentative Ressource

Der Wissensbestand der UNVERGLEICHBARKEIT findet in den Gesprächen der Schwangerenberatung als argumentative Ressource Anwendung. Dies geschieht über das Markieren von Strittigkeit, wie es im nachfolgenden Beispiel der Fall ist. In diesem Gespräch wurde zu einem früheren Zeitpunkt thematisiert, dass die vorherige Geburt durch eine Saugglocke unterstützt werden musste.

Beispiel 3, Gespräch 1; ML=Hebamme, HA=Schwangere

668 HA <<auf den Tisch blickend> °h ähm: >-
 669 ML ((blättert im Mutterpass, 0.58s))
 670 HA <<auf den Tisch blickend> dadurch dass ähm bei der
 letzten geburt mit der SAUGglocke nach (.) geholfen
 wurde >-
 671 A (0.17)
 672 ML [<<nickend und zu HA blickend> hmHM >?]
 673 HA [°h]
 674 A (0.76)
 675 HA KANN man da:==
 676 HA = <<zu ML blickend> also ich weiß jede schwangerschaft
 ist ANDers und >-
 677 ML ((lehnt sich im Stuhl zurück und blickt zu HA, 1.3s))
 678 HA hm
 679 A (0.23)
 680 HA °h
 681 A (0.19)
 682 HA <<auf den Tisch blickend> ö:hm ((räuspert sich)) ich
 hab n bisschen > <<zu ML blickend> ANGST davor.=
 683 HA =muss ich ganz EHRl[ich sag]en >;=
 684 ML [hmHM,]
 685 HA =weil das war nich SO <<lachend> schön >;
 686 HA °hh [öh]m: hehe °h
 687 ML [NE:;]

- 688 ML he[he]°h <<sich nach vorn lehrend und in die
Unterlagen blickend> JA: >-
- 689 HA [he]
- 690 ML <<die Unterlagen in die Hand
nehmend> °h ä:hm > ((blättert in den Unterlagen,
1.06s)) <<die Unterlagen wieder auf den Tisch
legend> ((schnalzt)) also (.) zu:r äh > <<zu HA
blickend> gebÜrt als SOLches noch mal==
- 691 ML =es IS natürlich jetzt >-

Eingeleitet durch das Pronominaladverb *dadurch* expliziert die Schwangere zunächst einen Grund (dadurch dass ähm bei der letzten geburt mit der SAUGglocke nach (.) geholfen wurde, Z. 670), der bei ihrem Gegenüber die Erwartbarkeit einer Schlussfolgerung projiziert. Diese Erwartung löst sie partiell ein, indem sie die Formulierung einer konkludierenden Frage abbricht (KANN man da, Z. 675). Die Frage, was man da kann, wird nicht beantwortet, es lässt sich aber sagen, dass die Schwangere an dieser Stelle eine Planung für die kommende Geburt beginnt und dann abbricht. Stattdessen tätigt sie mit *also ich weiß jede schwangerschaft ist ANDers* und (Z. 676) eine (ebenfalls unvollständig verbalisierte) Insertion und positioniert sich bezüglich dieses Sachverhalts als aufgeklärt. Zu diesem Zeitpunkt ist der Schluss der Schwangeren noch nicht endgültig realisiert; aus diesem Grund kann der Einschub als Vorwegnahme eines Einwandes gelten. Derartige Äußerungen werden unternommen, um möglichen Dissens antizipierend abzuschwächen (vgl. Jacobs/Jackson 1992). Nach dieser Insertion expliziert die Schwangere mit *ich hab_n bisschen ANGST davor* (Z. 682) letztendlich einen weiteren Grund und thematisiert dadurch ihre Angst hinsichtlich der bevorstehenden Geburt. Sie fügt mit *weil das war nich SO schön* (Z. 685) eine weitere, konkretisierende Begründung ihrer Angst an. Die Beiträge der Schwangeren sind in dieser Sequenz besonders im Zusammenhang mit der Thematisierung ihrer Angst stark modalisiert (*bisschen ANGST*, Z. 682; *nich SO schön*, Z. 685) und werden auch auf non- und paraverbaler Ebene beispielsweise durch redebegleitendes Lachen (Z. 686) und vermehrte Pausensetzung (Z. 671, 674, 679, 681) abgeschwächt. Zusammenfassend kann die Struktur der argumentativen Sequenz wie folgt dargestellt werden:

Grund 1: dadurch dass ähm bei der letzten geburt mit der SAUGglocke nach (.) geholfen wurde (Z. 670)
Schlussfolgerung: KANN man da (Z. 675)
(antizipiertes Gegenargument: also ich weiß jede schwangerschaft ist ANDers (Z. 676))

Grund 2: ich hab_n bisschen ANGST davor [vor der Geburt] (Z. 682)
Konkretisierender Grund 3 für Grund 2: weil das war nich SO schön (Z. 685)

Die hierauf folgenden Äußerungen der Hebamme erweisen sich vor allem hinsichtlich des Wissensbestandes der UNVERGLEICHBARKEIT, welcher bereits zuvor im Gespräch als geteilter Wissensbestand etabliert und interaktiv verfügbar gemacht wurde, als interessant. Nach einer kurzen gesprächsstrukturellen Äußerung auf der Metaebene (Z. 690) nimmt die Hebamme Referenzen auf diesen bereits etablierten Wissensbestand auf mehreren Ebenen vor. Ihre Aussage *es is_n anderes KIND* (Z. 693) hatte sie im vorherigen Gesprächsverlauf (s. Beispiel 1, *n anderes KIND*, Z. 515) nahezu identisch getätigt. Auch auf prosodischer Ebene markiert sie den Ist-Zustand der Situation, den sie ihres Wissens nach für gegeben hält, innerhalb ihrer nur teilweise explizierten Äußerung *es IS natürlich jetzt* (Z. 691) durch ihre Betonung auf *ist*. Damit referiert sie erneut auf die Unvergleichbarkeit bzw. Unterschiedlichkeit der zwei Situationen als Referenzpunkte. Die Schlussfolgerung der Hebamme (Z. 729) wird von der Schwangeren auf propositionaler Ebene als strittig markiert. Näher betrachtet wird dies realisiert, indem sie zunächst ihre Aussage abbricht (*ö:hm das I[S--]*, Z. 732) und daraufhin eine Alternativbehauptung hervorbringt: [*k]Ann MUSS aber net* (Z. 733). Sie konstituiert damit den Wissensbestand als gegeben, dass zwar die Möglichkeit einer unkomplizierten und schneller verlaufenden Geburt existiert, der Aussicht darauf jedoch keine uneingeschränkte Sicherheit zukommen kann. Auf eine kurze Pause (Z. 737) folgt das Insistieren der Hebamme mit *DOCH* (Z. 738), wobei sie die Geltung ihrer Aussage auch auf nonverbaler Ebene durch Kopfnicken bestätigt (Z. 739). Der Nachfrage der Schwangeren (*J[A?]*, Z. 740) kommt die Hebamme mithilfe einer knappen Explikation nach: *zu|m Aller- größten tei[l geht das] wesentlich schNELler* (Z. 741-742).

Mit dieser Aussage referiert die Hebamme auf ihr Expert*innenwissen; ihr epistemischer Status gibt zugleich Aufschluss über die Verfügungsrechte, die sie in Bezug auf dieses Wissen besitzt. Sie bringt im weiteren Gesprächsverlauf keine weiteren Gründe zum Stützen ihrer Aussage an (vgl. Deppermann 2015; Deppermann/Reineke 2017). Der Wahrheitsgehalt ihrer Aussage – ob es stimmt, dass Erste sich immer den Weg bahnen – wird von der Schwangeren nicht weiter thematisiert und stattdessen akzeptiert (*oKE*; Z. 743). Die Ratifikation erfolgt durch die Hebamme, indem diese zu weiteren Instruktionen bezüglich der Geburt übergeht:

Beispiel 4, Gespräch 1; ML=Hebamme, HA=Schwangere

- 747 ML ((schnalzt)) von DAher==wenn sie wehen KRIEgen?=
 748 ML =zu HAUse==wä:r GUT wenn sie sich dann-
 749 ML <<nickend> also wenn sie merken dass sie wEhen haben
 sich BALD auch auf den weg machen >:=
 750 ML =z[u UNS;]
 751 HA [hmHM;]

Entsprechend eingeleitet durch das Kausaladverb *von daher* basieren diese Instruktionen auf der Annahme, dass die Schwangere ihre Darlegungen akzeptiert hat; im weiterführenden Gesprächsverlauf ist die Tatsache, dass zweite Kinder wesentlich schneller zur Welt kommen, als geteiltes Wissen der Teilnehmerinnen konstituiert. Die Hebamme demonstriert mit ihren Weiterführungen die Faktizität bzw. die Tatsache, dass die von ihr konstruierte Wirklichkeit als Ausgangslage für die Situation gilt, für welche in diesem Gespräch Absprachen und Vereinbarungen getroffen werden. Auffällig ist hier, dass mit dem Verweis auf die UNVERGLEICHBARKEIT zugleich die Möglichkeit der Planung auf Basis von Erfahrungswissen eingeschränkt ist. Es wird eher nahegelegt, offen zu bleiben für die Entwicklungen unter der Geburt, so dass die Fähigkeit, in der Situation richtig zu handeln – und damit das *kairos* – implizit gestärkt werden.

5.3 Die Etablierung von UNPLANBARKEIT als geteilter Wissensbestand

Der Wissensbestand der UNPLANBARKEIT wird in Sequenzen, in denen UNVERGLEICHBARKEIT etabliert und verwendet wird, variierend implizit eingeführt (s. Beispiel 1, Gespräch 1). Die Wissensbestände sind eng miteinander verknüpft; das folgende Beispiel, in welchem sich der Wissensbestand der UNPLANBARKEIT aus dem der UNVERGLEICHBARKEIT entwickelt, veranschaulicht dies. Es geht darum, wann die Schwangere sich auf den Weg ins Krankenhaus machen sollte, wenn die Wehen begonnen haben.

Beispiel 5, Gespräch 4; AF=Hebammenschülerin, RR=Schwangere

1052 AF [(nicht im Bild, arbeitet womöglich)] sie wissen auch
wann sie KOMMEN hier her ne,
1053 A (0.31)
1054 RR JA; ;
1055 AF ich mein zweites KIND;
1056 A (Schnalzgeräusch vermutlich von AF)
1057 AF sie ham schon ihre erfahrungen geMACHT;
1058 RR JOA,
1059 hehehe °hh [(unverständlich)]
1060 AF [obWOHL die er] fahrung doch immer wieder
anders is;=
(...)
1121 AF ja die ersten kinder BRAUchen immer ne weile;
1122 RR hmHM,
1123 A (0.39)
1124 AF aber jetzt hat ihr körper das ja schon einmal HINter sich
gebracht,
1125 RR [JA;]
1126 AF [also] nich GANZ;

- 1127 natürlich is ihr muttermund nich ganz AUF
gewe[sen aber,]
- 1128 RR [JA;]
- 1129 AF (.) sie ham schon mal WEHen gemerkt;
- 1130 RR JA-
- 1131 A (1.19)
- 1132 RR wir GUCKen mal;
- 1133 °h
- 1134 AF geNAU;
- 1135 wir gucken einfach MAL;

Die Einstiegsfrage der Hebammenschülerin sie wissen auch wann sie KOMmen hier her ne, (Z. 1052) gibt Aufschluss über die thematische Einbindung der Sequenz (Wann soll die Schwangere zur Geburt ins Krankenhaus kommen?) und wird von der Schwangeren bejaht. Zugleich referiert die Hebamme damit auf das Erfahrungswissen, welches sie bei der Schwangeren für gegeben vermutet, und fügt ergänzend hinzu, dass es das zweite Kind der Schwangeren sei und diese demzufolge bereits Erfahrungen gemacht habe (Z. 1055, Z. 1057). Sie expliziert damit die Grundlagen für ihre Annahme bzw. ihr biografisches Wissen über die Schwangere. Eingeleitet mit obWOHL (Z. 1060) schränkt sie diese Einschätzung mit Referenz auf den Wissensbestand der UNVERGLEICHBARKEIT jedoch wieder ein: [obWOHL die er]fahrung doch immer wieder anders is (Z. 1060). Dieser Wissensbestand wird auch im fortführenden Verlauf der Sequenz durch Äußerungen wie z. B. die ZWEITen kinder kommen meistens n bisschen schneller (Z. 1099, hier nicht abgebildet) und ja die ersten kinder BRAUchen immer ne weile (Z. 1121) von ihr präzisiert. Zudem finden sich diese Aussagen in nahezu identischer Form in anderen Gesprächen des Korpus wieder, was Rückschlüsse auf die Formelhaftigkeit dieser spezifischen Wissensbestände zulässt. Die Hebammenschülerin betont den Wissensbestand der UNVERGLEICHBARKEIT mit der kontrastierenden Aussage aber jetzt hat ihr körper das ja schon einmal HINter sich gebracht (Z. 1124) und stützt damit die Faktizität, dass die aktuell vorliegende Ausgangslage nicht mit der des vorherigen Geburtsverlaufes vergleichbar ist. Sie erfährt diesbezüglich Zustimmung von der Schwangeren (JA; , Z. 1125) und nimmt daraufhin mit [also]nich GANZ; (Z. 1126) wiederum eine partielle Einschränkung ihrer vorangegangenen Aussage vor. Des Weiteren betont sie jedoch, dass die Schwangere unabhängig von dieser Einschränkung schon einmal Wehen gehabt habe, was die Schwangere mit JA- (Z. 1130) bestätigt. Nach einer kurzen Pause (Z. 1131) äußert die Schwangere schließlich: wir GUCKen mal; (Z. 1132). Dieser Aussage stimmt die Hebammenschülerin mit geNAU; (Z. 1134) explizit zu und übernimmt daraufhin mit wir gucken einfach MAL; (Z. 1135) die Äußerung der Schwangeren nahezu wortwörtlich, wobei der Zusatz von *einfach* als Zuspruch versichernde Modulation gelten kann. Schwangere und Hebammenschülerin

ko-konstruieren an dieser Stelle ihren *common ground*, indem zuerst der Wissensbestand der UNVERGLEICHBARKEIT etabliert wird und sie darauf basierend dazu übergehen, Konklusionen bezüglich des Vorgehens bei Geburtsablauf zu ziehen. gucken einfach MAL (Z. 1135) ist zugleich ein Verweis darauf, dass die Geburt in ihrem Verlauf nicht planbar ist. Durch die Ko-Konstruktion wird an dieser Stelle der Übergang zum weiteren Gesprächsverlauf möglich (vgl. Jacoby/Ochs 1995; Dausendschön-Gay et al. 2015); das Thema ist mit dieser Sequenz abgeschlossen und wird zu einem späteren Zeitpunkt im Gespräch nicht wieder aufgegriffen.

5.4 Die Verwendung von UNPLANBARKEIT als argumentative Ressource

Ebenso wie UNVERGLEICHBARKEIT wird auch UNPLANBARKEIT als argumentative Ressource genutzt. Im folgenden Beispiel, das sich ebenfalls in Gespräch 4 findet, erfragt die Hebammenschülerin, ob die Schwangere mit der vorhergehenden Geburt zufrieden gewesen sei. Hier ist umstritten, inwieweit Planbarkeit gegeben war (und wohl auch ist).

Beispiel 6, Gespräch 4; AF=Hebammenschülerin, RR=Schwangere

0174 AF <<Dokumente aufnehmend> und (.)> <<Stift nehmend und klickend> sind zuFRIEden gewesen auch>;
 (...)

0179 RR JEIN;
 0180 also ich war mit dem gebURTSverlauf nich äh-
 0181 GANZ so <<Hand zum Kopf nehmend> zufrieden>;
 0182 (1.42)
 0183 RR lag an ((legt Hand wieder auf Bein ab)) MEHreren punkten;
 0184 es waren n paar sachen abgesprochen vor der geburt sogar MEHRfach abgesprochen;
 0185 und ich war recht häufig (.) hier oben zur geburtsPLAnung;
 0186 AF [hmHM,]
 0187 RR [ich bin ich glaub]zu drei oder vier gesprächen [tatsächlich HIER gewesen;]
 0188 AF [((nickt)) <<nickend> HM->]
 0189 RR °hhh und es is sich halt an doch VIEle sachen nich gehalten worden==
 0190 =die ABgesprachen waren;
 0191 AF <<nickend> hmHM;>
 0192 RR die mich halt im nachhinein dann doch son bisschen (.) geÄRgert <<Hand an den Kopf nehmend>ham;=
 0193 =beziehungsweise unter der gebURT auch geärgert haben>;

Die Hebammenschülerin erwähnt, dass die erste Geburt der Schwangeren bereits im selben Krankenhaus stattgefunden hatte (Z. 0168, hier nicht abgebildet), und ergänzt diese Äußerung um die Frage: sind zuFRIEden gewesen auch (Z. 0174). Damit etabliert sie an dieser Stelle eine Folgeerwartung, welche die Schwangere mit JEIN (Z. 0179) als Antwort einlöst. Retrospektiv kann die Frage der Hebammenschülerin im Kontext der argumentativen Sequenzentfaltung (vgl. Spranz-Fogasy 2006) als Auslösehandlung gewertet werden. Die Schwangere markiert den sich darauf beziehenden Dissens in dem Sinn, dass sie der Frage der Hebammenschülerin lediglich partiell zustimmt und darüber hinaus eine Gegenbehauptung anbringt. Aufgrund der Tatsache, dass es sich bei dieser Behauptung um ein biografisches Erlebnis handelt, verfügt sie über einen höheren epistemischen Status in Bezug auf die Verfügungsrechte dieses Wissens als die Hebamme. Die Schwangere schränkt ihre Zustimmung dahingehend ein, dass sie mit dem Geburtsverlauf nicht *ganz so zufrieden* gewesen sei (Z. 0180, Z. 0181) und fügt hinzu: lag an ((legt Hand wieder auf Bein ab)) MEHreren punkten (Z. 0183). Auf diese Problematisierungshandlung folgt eine Darlegungshandlung, in welcher die Schwangere ihre Unzufriedenheit argumentativ erläutert (Z. 0184-0252, hier nicht vollständig abgebildet). Kontrastierend zu ihrer zuvor durch *nicht ganz* so modalisierten Aussage betont sie hier durch das Indefinitivpronomen *mehre-re* (Z. 0183) die Vielzahl der Punkte, auf die sich ihre Unzufriedenheit bezieht und die sie auch im Folgenden konkretisiert (ab Z. 0184). Auch im Rahmen dieser weiterführenden Aufzählung betont sie das Ausmaß ihrer Unzufriedenheit auf lexikalischer Ebene mit Adjektiven wie *häufig* (und ich war recht häufig (.) hier oben zur geburtsPLANung, Z. 0185) und *mehrfach* (es waren n paar sachen abgesprochen vor der geburt sogar MEHRfach abgesprochen, Z. 0184). Deutlich wird hier kritisiert, dass gefasste Pläne und getroffene Absprachen nicht eingehalten wurden.

Nach dem hier vorliegenden Ausschnitt entwickelt sich, eingeleitet durch das Kontinuitätssignal und dann (Z. 0195), eine Erzählsequenz. In dieser schildert die Schwangere den konkreten Geburtsverlauf mitsamt auftretender Komplikationen. Begleitet wird dies an mehreren Stellen von der Hebammenschülerin mit dem erzählfördernden, im Beispiel des abgebildeten Ausschnitts parallel zur Erzählung der Schwangeren geäußerten *continuer* [hmHM,] (Z. 0186). Ihr dadurch signalisiertes Aligment mit dem Erzählvorgang realisiert sie an anderer Stelle ebenso durch begleitendes Kopfnicken (<<nickend> hmHM; >, Z. 0191). Die Schwangere äußert weiterhin, dass während des Geburtsverlaufs die Entscheidung für einen Kaiserschnitt getroffen wurde, da sich der Muttermund nicht weit genug geöffnet habe; über den genauen Grad der Öffnung könne sie jedoch keine Auskunft geben (Z. 0230-0238, hier nicht abgebildet). Die Hebammenschülerin reagiert mit den folgenden Aussagen, die als erste sequenzexpandierende Handlung verstanden werden können, auf den Standpunkt der Schwangeren durch Rückgriff auf den Topos der UNPLANBARKEIT.

Beispiel 7, Gespräch 4; AF=Hebammenschülerin, RR=Schwangere

0253 AF [ja (.) da da steckt]man manchmal leider
einfach [wirklich]nich DRIN;
0254 RR [ja.]
0255 AF NE;
0256 °h das liegt dann weder an ihnen NOCH (-)
[an;]
0257 RR [((klatscht auf Oberschenkel))]
0258 AF ((gestikuliert, 0.92 Sek.)) SONST wem;
(...)
0288 AF [°h]es gibt so viele gründe die (können wir/kann
man) nich [Alle-]
0289 RR [((klatscht mit Hand auf Oberschenkel))]
0290 AF im NACHhinein nachvollziehen;
0291 RR [NE:;]
0292 AF [man kann s]nur verSÜchen ne;
0293 (0.3)
0294 RR [JA:;]

Das *sonst wem* (Z. 0258) suggeriert an dieser Stelle eine gewisse Agenslosigkeit, die jedoch faktisch in der Situation nicht vorliegt; es ist davon auszugehen, dass sich zum Zeitpunkt der Geburt lediglich die Schwangere inklusive Angehöriger sowie das medizinische Fachpersonal vor Ort befanden. Die Hebammenschülerin zählt verschiedene Umstände auf, welche als Ursache für die Komplikationen in Frage kommen (Z. 0260-0286, hier nicht abgebildet), und konkludiert dies mit *es gibt so viele gründe die kann man nicht alle im nachhinein nachvollziehen* (Z. 0288). Damit beantwortet die sie an dieser Stelle implizit eine Streitfrage auf der Identitäts- und Beziehungsebene (vgl. Spranz-Fogasy 2006): Kann man die Gründe nachvollziehen, und an wem liegt der komplizierte Geburtsverlauf? Indem sie mit ihrer Äußerung *da steckt man manchmal leider einfach wirklich nich drin* (Z. 0253) betont, dass man so etwas zum Zeitpunkt der Geburt nicht wissen könne, demonstriert sie zugleich ihre eigene Kompetenz bzw. Integrität als Stellvertreterin des Krankenhauspersonals.

Grund 1: NE; das liegt dann werden an ihnen NOCH an ...SONST wem (Z. 255-258)

Spezifizierender Grund 2 für Grund 1: *es gibt so viele gründe die (können wir / kann man) nich Alle im NACHhinein nachvollziehen* (Z. 685)

Schlussfolgerung: *man kann s nur verSÜchen ne* (Z. 292)

Auf diesen konkreten Aspekt äußert die Schwangere durchgehend ihre Zustimmung (Z. 254, 259, 291, 294). Interessant ist vielmehr die Tatsache, dass auf die sequenzexpandierende Handlung der Hebammenschülerin wiederum eine Wiederaufnahme der Dissensmarkierung durch die Schwangere erfolgt.

6 Diskussion

UNVERGLEICHBARKEIT und UNPLANBARKEIT sind als materiale Topoi eng gekoppelt. Der materiale Topos der UNVERGLEICHBARKEIT, formal zugrunde liegend ist ein Vergleichsschema, findet sich dabei in den Gesprächen oft formelhaft als „jedes Kind ist anders“ oder „jede Schwangerschaft ist anders“. Er wird in den Gesprächen als Topos ko-konstruiert und dient dann auch als argumentative Ressource. Bemerkenswert ist, dass dieses Gesprächsformat, die Schwangerenberatung, klar auf die Zukunft ausgerichtet ist. Es dient der Aufklärung und der Vorbereitung auf die Geburt. Nicht zuletzt ist der Anspruch der Klinik, dass hier die Schwangeren verstehen, was unter der Geburt geschehen kann und möglicherweise geschehen wird. Damit ist dieses Gespräch wichtig für die Herstellung eines *common ground* und weiterführend eines *informed consent*. Zugleich scheint an vielen Stellen im Gespräch durch, dass in Bezug auf die Geburt eigentlich Ähnliches nicht verglichen werden kann. Daraus folgt, dass die werdende Mutter (und auch die Hebamme) offen bleiben müssen für das was kommt und sich Vergleichen vielleicht sogar entgegensetzen müssen. Damit werden in diesen Fällen die Prognosen über den möglichen Geburtsverlauf eingeschränkt: Eine Prognose ist kaum möglich, da kein sicheres Wissen besteht, auf dem ein Vergleich gründen könnte. Das Konzept der Prognose ist hier möglicherweise stark gedehnt; es folgt aber, dass das Wissen, auf das sich die Beteiligten unter der Geburt verlassen können, hinreicht, um in der gegebenen Situation richtig handeln zu können.

Nun ist einschränkend zu sagen, dass die vorgestellten Beispiele und die zu Grunde liegende Kollektion sich dadurch auszeichnet, dass die betreffenden Schwangeren eine relativ unproblematische Schwangerschaft erleben; es liegen keine besonderen medizinischen Probleme vor. Ein erster Blick in die Fälle, die medizinisch als problematisch einzuschätzen sind, zeigt, dass hier sowohl die Frage der Vergleichbarkeit als auch die der Planbarkeit anders bearbeitet werden. Diese Ergänzung soll folgenden Arbeiten vorbehalten bleiben.

Literatur

- Arendt, Birte (2016) Topik bei argumentierenden Kindern? Empirische Tragfähigkeit eines rhetorischen Konzepts. In: *Studia Linguistica der Universität Wrocław XXXV*, 81-98.
- Bigi, Sarah (2016) *Communicating (with) care: A linguistic approach to the study of doctor-patient interactions*. Amsterdam: IOS Press.

- Bigi, Sarah (2018) The Role of Argumentative Strategies in the Construction of Emergent Common Ground in a Patient-centered Approach to the Medical Encounter. In: *Journal of Argumentation in Context* 7(2), 141-156.
- Bose, Ines/Hannken-Illjes, Kati/Kurtenbach, Stephanie (2020) und was MACHen wir da jetzt um das problem zu LÖsen? Argumentation im Kindergarten und ihre Förderung in einem Gesprächskreisprojekt einer Kindertagesstätte. In: *Gesprächsforschung - Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion* 21, 1-29.
- Brinker, Klaus/Sager, Sven (2010) *Linguistische Gesprächsanalyse. Eine Einführung*. Berlin: Erich Schmidt Verlag (ESV).
- Brünner, Gisela (2005) Arzt-Patient-Kommunikation als Experten-Laien-Kommunikation. In: Neises, Mechthild/Ditz, Susanne/Spranz-Fogasy, Thomas (Hrsg.) *Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde. Ein interdisziplinärer Ansatz zur verbalen Intervention*. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 90-103.
- Byrne, Patrick S./Long, Barrie (1976) *Doctors talking to patients: A study of the verbal behavior of general practitioners consulting in their surgeries*. Exeter: College of General Practitioners.
- Chiffi, Daniele/Andreoletti, Mattia (2019) What's Going to Happen to Me? Prognosis in the Face of Uncertainty. In: *Topoi* 2021(40), 319-326.
- Conley, Thomas (2020) What counts as a topos in contemporary research? In: Schirren, Thomas/Ueding, Gert (Hrsg.), 579-585.
- Dausendschön-Gay, Ulrich/Gülich, Elisabeth/Krafft, Ulrich (2015) *Ko-Konstruktionen in der Interaktion: Die gemeinsame Arbeit an Äußerungen und anderen sozialen Ereignissen*. Bielefeld: transcript Verlag.
- Deppermann, Arnulf (2015) Wissen im Gespräch: Voraussetzung und Produkt, Gegenstand und Ressource. In: *InLiSt - Interaction and Linguistic Structures* 57, 1-31.
- Deppermann, Arnulf/Reineke, Silke (2017) Epistemische Praktiken und ihre feinen Unterschiede. Verwendungen von *ich dachte* in gesprochener Sprache. In: Deppermann, Arnulf/Proske, Nadine/Zeschel, Arne (Hrsg.) *Verben im interaktiven Kontext. Bewegungsverbren und mentale Verben im gesprochenen Deutsch*. Tübingen: Narr Francke Attempto, 337-375 [= Studien zur deutschen Sprache 74].
- Deppermann, Arnulf (2018) Wissen im Gespräch. In: Brinkner, Karin/Janich, Nina (Hrsg.) *Handbuch Text und Gespräch*. Berlin u. a.: De Gruyter, 104-142.
- Dudenhausen, Joachim Wolfram (2008) Schwangerschaft und Geburt im 21. Jahrhundert. In: Wulf, Christoph/Hänsch, Anja/Brumlik, Micha (Hrsg.) *Das Imaginäre der Geburt. Praktiken, Narrationen und Bilder*. Paderborn: Brill/Fink, 231-240.

- Dziewas, Rainer/Sörös, Peter/Henningsen, Henning (2002) Informed Consent im klinischen Alltag – eine pragmatische Interpretation. In: *Ethik in der Medizin* 14(3), 151-159.
- Hannken-Illjes, Kati/Bose, Ines (2018) Establishing validity among preschool children. In: *Argumentation in Context* 7(1), 1-17.
- Hannken-Illjes, Kati/Honegger, Sara/Völker, Ina/Giessler, Tanja (2021) Verstehen, Relevanzsetzung und Wissen in Gesprächen der Schwangerenberatung. In: *Zeitschrift für Hebammenwissenschaft* 9(1), 37-41.
- Hannken-Illjes, Kati/Honegger, Sara/Völker, Ina/Giessler, Tanja (2024) aber das is (-) norMAL; – Normalität in der Schwangerenberatung. In: Bauer, Nathalie/Günthner, Susanne/Schopf, Juliane (Hrsg.) *Die kommunikative Konstruktion von Normalitäten in der Medizin. Gesprächsanalytische Perspektiven*. Berlin u. a.: De Gruyter, 181-206 [= Linguistik – Impulse und Tendenzen 108].
- Jacobs, Scott/Jackson Sally. (1992): Relevance and digressions in argumentative discussion: A pragmatic approach. In: *Argumentation* 6, 161-176.
- Jacoby, Sally/Ochs, Elinor (1995) Co-construction: An introduction. In: *Research on language and social interaction* 2(3), 171-183.
- Kienpointner, Manfred (1992) *Alltagslogik: Struktur und Funktion von Argumentationsmustern*. Stuttgart-Bad Cannstatt: Frommann-Holzboog.
- Kinneary, James/Eskin, Catherine (1998) Kairos. In: Ueding, Gert (Hrsg.) *Historisches Wörterbuch der Rhetorik*. Niemeyer: Tübingen, 836-844.
- Klein, Wolfgang (1980) Argumentation und Argument. In: *Zeitschrift für Literaturwissenschaft und Linguistik*, 10(37/38), 9-54.
- Knoblauch, Hubert (2000) Topik und Soziologie. Von der sozialen zur kommunikativen Topik. In: Schirren, Thomas/Ueding, Gert (Hrsg.), 651-667.
- Koerfer, Armin/Albus, Christian (2015) Dialogische Entscheidungsfindung zwischen Arzt und Patient. In: Busch, Albert/Spranz-Fogasy, Thomas (Hrsg.) *Handbuch Sprache in der Medizin*. Berlin u. a.: De Gruyter, 116-134 [= Handbücher Sprachwissen 11].
- Koerfer, Armin/Albus, Christian (2018) *Kommunikative Kompetenz in der Medizin. Ein Lehrbuch zur Theorie, Didaktik, Praxis und Evaluation der ärztlichen Gesprächsführung*. Göttingen: Verlag für Gesprächsforschung.
- Macagno, Fabrizio/Bigi, Sara (2021) The Role of Evidence in Chronic Care Decision-Making. In: *Topoi* 2021(40), 343-358.

- Perelman, Chaïm/Olbrechts-Tyteca, Lucie (1969) *The New Rhetoric: A Treatise on Argumentation*. Notre Dame: University of Notre Dame Press.
- Rigotti/Greco Morasso (2010) Comparing the Argumentum Model of Topics to Other Contemporary Approaches to Argument Schemes: The Procedural and Material Components. In: *Argumentation* 24, 489-512.
- Römer, David (2017) *Wirtschaftskrisen: Eine linguistische Diskursgeschichte*. Berlin u. a.: De Gruyter.
- Schirren, Thomas (2000) Einleitung. In: Schirren, Thomas/Ueding, Gert (Hrsg.), XIII-XXXI.
- Schirren, Thomas/Ueding, Gert (2000) *Topik und Rhetorik: ein interdisziplinäres Symposium*. Tübingen: Niemeyer.
- Schwarze, Cordula (2010) *Formen und Funktionen von Topoi im Gespräch*. Frankfurt/M.: Peter Lang.
- Selting, Margret/Auer, Peter/Barth-Weingarten, Dagmar/Bergmann, Jörg/Bergmann, Pia/Birkner, Karin/Couper-Kuhlen, Elizabeth/Deppermann, Arnulf/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 (GAT 2). *Gesprächsforschung: Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion* 2009(10), 353-402. <http://www.gespraechsforschung-ozs.de/heft2009/pxgat2.pdf> [zuletzt aufgerufen am 18.01.2024]
- Spranz-Fogasy, Thomas (2006) Alles Argumentieren, oder was? Zur Konstitution von Argumentation in Gesprächen. In: Hartung, Martin/Deppermann, Arnulf (Hrsg.) *Argumentieren in Gesprächen. Gesprächsanalytische Studien*. Tübingen: Stauffenburg, 27-39 [= Stauffenburg Linguistik 28].
- Spranz-Fogasy, Thomas (2010) Verstehensdokumentation in der medizinischen Kommunikation: Fragen und Antworten im Arzt-Patienten-Gespräch. In: Deppermann, Arnulf/Reitemeier, Ulrich/Schmitt, Reinhold/Spranz-Fogasy, Thomas (Hrsg.) *Verstehen in professionellen Handlungsfeldern*. Tübingen: Narr Francke Attempto, 27-116 [= Studien zur Deutschen Sprache 52].
- Strauss, Alexander (2006) *Geburtshilfe basics*. Berlin: Springer-Verlag.
- Tindale, Christopher (2021) The Anthropology of Argument: Cultural Foundations of Rhetoric and Reason. In: *Argumentation* (35)4.
- Toulmin, Stephen (1958) *The Uses of Argument*. Cambridge: Cambridge University Press.

Zanini, Claudia/Rubinelli, Sara (2012) Using argumentation theory to identify the challenges of shared decision-making when the doctor and the patient have a difference of opinion. In: *Journal of Public Health Research* 26(1), 165-169.

INA VÖLKER

Ich weiß ja EH noch nicht was auf mich zukommt
Wissen und Nicht-Wissen in Schwangerenberatungsgesprächen

Abstract

*Wie in Ärzt*innen-Patient*innen-Gesprächen sind auch in geburtsvorbereitenden Gesprächen zwischen Hebammen bzw. Ärzt*innen und Schwangeren Aspekte der Wissensanzeige und -aushandlung sowie eine interaktive Etablierung von common ground von Bedeutung. Wenngleich in der Regel nicht die Behandlung einer Erkrankung, sondern die Geburtsvorbereitung im Fokus steht, müssen die Interagierenden einander in solchen Gesprächen dennoch aufzeigen, über welches Wissen sie verfügen bzw. in welchem Bereich sie Wissensdefizite aufweisen. Dadurch können sie nicht nur die Relevanz bzw. Irrelevanz der Thematisierung bestimmter Informationen indizieren oder sich epistemisch positionieren, sondern zugleich eine optimale Vorbereitung beidseitig informierter Akteur*innen auf die Geburt sicherstellen. Der Beitrag untersucht die verschiedenen Verfahren der Anzeige von Wissen und Nicht-Wissen in geburtsvorbereitenden Gesprächen und zeigt diverse Funktionen dieser Wissensanzeigen auf.*

As in doctor-patient conversations, aspects of knowledge display or negotiation and the interactive establishment of common ground are also important in prenatal conversations between midwives or gynaecologists and pregnant women. While the focus in such conversations is typically not on treating an illness but on preparing for childbirth, the interactants must still indicate to each other what knowledge they possess or where they have knowledge deficits. This allows them not only to indicate the relevance or irrelevance of the thematization of certain information or to position themselves epistemically, but also ensures optimal preparation of mutually informed actors for the birth. This article examines the various procedures of displaying knowledge and non-knowledge in prenatal preparation conversations and highlights the diverse functions of these displays of knowledge.

Keywords: Wissensanzeigen, Wissensaushandlung, Nicht-Wissen, common ground, epistemische Ansprüche, Schwangerenberatung, geburtsvorbereitende Gespräche

knowledge displays, negotiation of knowledge, not-knowing, common ground, epistemic demands, prenatal conversations

Osnabrücker Beiträge zur Sprachtheorie 102 (2024), 87-115

Published online 13-02-2024; DOI <https://doi.org/10.17192/obst.2024.102.8641>

1 Einleitung: Wissen in medizinischen Gesprächen

In medizinischen Gesprächen sind die Beteiligten entsprechend des Paradigmas der gemeinsamen Entscheidungsfindung (Charles et al. 1997; 1999; Elwyn et al. 2001; Elwyn et al. 2003; Koerfer et al. 2005) dazu aufgefordert, einander ihr jeweiliges Wissen über körperliche Symptome und medizinische Auffälligkeiten aufzuzeigen. Auf diese Weise kann ein Wissenstransfer stattfinden, der die Basis bildet für die Herstellung von *common ground* und damit zugleich für die zentrale Zielstellungen des Gesprächs: die gemeinsame und zielführende Entscheidung für eine spezifische Diagnose- bzw. Therapieform und das Erlangen von Kooperationsbereitschaft (*compliance*) (vgl. dazu Kerse et al. 2004). Ein solcher Wissensaustausch ist erforderlich, weil in Gesprächen zwischen medizinischen Akteur*innen und Patient*innen asymmetrische Wissensbedingungen vorliegen: Der*die Patient*in verfügt in erster Linie über subjektives körperbezogenes Wissen, wohingegen der*die Ärzt*in über kategoriales medizinisches Wissen verfügt (Spranz-Fogasy 2010, 32). Diese unterschiedlichen Wissensbestände werden entsprechend einem interaktiven Verständnis von Wissen im Gespräch (vgl. dazu Deppermann 2018, 107-108) laufend aktualisiert und relevant gesetzt, sodass Wissensunterschiede, -defizite, -beanspruchungen und -zuschreibungen für Gesprächspartner*innen und Analysierende an der Gesprächsoberfläche sichtbar werden (Birkner/Burbaum 2016, 87; Groß 2018, 58-59).

Der vorliegende Beitrag untersucht die oben erwähnten Verfahren der Anzeige und Aushandlung von Wissen und Nicht-Wissen in einem spezifischen medizinischen Gesprächsformat: dem geburtsvorbereitenden Gespräch. Wenngleich solche Gespräche klassischen Ärzt*innen-Patient*innen-Gesprächen ähneln, sind sie dennoch nicht deckungsgleich. Dies ist zum einen auf die unterschiedlichen Gesprächsbeteiligten und zum anderen auf die differierenden Zielsetzungen zurückzuführen. Während in klassischen Ärzt*innen-Patient*innen-Gesprächen ein Austausch zwischen medizinischen Akteur*innen und (erkrankten) Patient*innen erfolgt, sind die Beteiligten geburtsvorbereitender Gespräche Hebammen, gynäkologische Fachärzt*innen sowie Schwangere (und z. T. deren Begleitpersonen). Ausgehend von diesen differierenden Beteiligungsstrukturen und damit zusammenhängenden spezifischen epistemischen Ansprüchen der Interagierenden stehen in geburtsvorbereitenden Gesprächen in der Regel keine Erkrankungen und Diagnosen, sondern die laufende Schwangerschaft (u. a. inklusive ihrer Problematiken) und überdies die bevorstehende Geburt im Fokus. Es liegt nahe, dass diese Zukunftsgerichtetheit sowie der medizinisch gewöhnliche, aber individuell-körperlich durchaus besondere Zustand der Schwangerschaft einen Einfluss auf interaktive Aspekte der Wissensbeanspruchung, -aushandlung, -zuschreibung etc. sowie auf herangezogene Wissensquellen bzw. Stützungsverfahren des beanspruchten Wissens hat. Der Aufsatz zeigt die formale und funktionale Vielfalt der Praktiken auf, mit denen die Interagierenden die genannten Aspekte des Wissens in geburtsvorbereitenden Gesprächen bearbeiten. Ein Fokus liegt dabei zum einen auf Verfahren der Beteiligten zur Anzeige von Wissen, um z. B. bestimmte Themen abzukürzen. Zum anderen werden Verfahren beleuchtet, mit denen Wissensde-

fizite aufgezeigt werden, anhand derer sich bspw. die Bearbeitungsrelevanz bestimmter Themen begründen lässt.

2 Wissen im Gespräch

2.1 Wissen beanspruchen und zuschreiben: Epistemische Haltungen anzeigen

Gesprächsbeteiligte verfügen in qualitativer sowie quantitativer Hinsicht über differierende Wissensbestände. Diese wissensbasierten Asymmetrien können rollenspezifisch fundiert sein, sie werden im Gespräch aber auch lokal-situativ, je nach Gegenstand, Ereignis oder Aussage etabliert. Konversationsanalytische Arbeiten befassen sich vor allem mit den lokalen Herstellungs- und Aushandlungsprozessen von Wissen im Gespräch und zeigen, dass Gesprächsbeteiligte anhand der sequenziellen Position ihrer Äußerungen, zugewiesenem und beanspruchtem Wissensstatus und diverser sprachlich-sprecherischer Mittel (z. B. Modalverben wie *dürfen* oder *müssen*, epistemische Satzadverbien, Modalpartikeln, epistemische Verben) epistemische Haltungen (*epistemic stances*¹) gegenüber den ausgedrückten Wissensgehalten und ihren Gesprächspartner*innen kommunizieren können (Reineke 2016, 40). Diese Haltungen werden laufend aktualisiert, d. h., je nach Kontext und Wissensbestand, können Interagierende auf lokaler Ebene mehr oder weniger Wissen bzw. epistemische Sicherheit indizieren (K+ bzw. K-). Heritage (2010) geht in diesem Zusammenhang von einem *epistemic gradient* aus. Besonders für die Zuweisung der Funktion ‚fragen‘ trägt dieser *epistemic gradient* eine Bedeutung. Denn Sprecher*innen kontextualisieren ihre Informationsgesuche nicht immer über ein spezifisches Frage-Format (z. B. W-Frage) als Frage. In solchen Fällen greifen die jeweiligen Rezipient*innen für die Äußerungsverarbeitung auf die aktuell im Gespräch gültige Wissensverteilung zurück. Wenn also ein*e Sprecher*in eine Aussage über einen Sachverhalt oder Gegenstand tätigt, der in der Wissensdomäne des*der Rezipient*in liegt (*b-event*, Labov/Fanshel 1977, 100), dann zeigt er*sie damit zugleich eine inferiore epistemische Haltung an und elizitiert dadurch eine Antwort des*der Rezipient*in. Zudem sind verschiedene Frage-Formate mit verschiedenen Graden an epistemischen Haltungen verknüpft (Heritage 2010, 48). Die Frage „Sind Sie verheiratet?“ zeigt z. B., dass der*die Fragende nur über minimales Wissen im spezifischen Wissensbereich verfügt, wohingegen ein*e Sprecher*in mit der Frage „Sie sind verheiratet, nicht wahr?“ einen höheren Wissenstand und damit zugleich eine geringere Wissensasymmetrie zwischen den Gesprächsbeteiligten anzeigt.

1 Der *epistemic stance* ist der momentane Ausdruck von Wissensverteilungen und Beanspruchungen, der über bestimmte sequenzielle Positionen und Formate von Äußerungen kommuniziert wird (*stance-taking*, Du Bois 2007). Kärkkäinen (2006, 705) fasst den *epistemic stance* als den Grad der Verbindlichkeit, den ein*e Sprecher*in in Bezug auf seine*ihre Äußerung oder eine mit der Äußerung kommunizierte Haltung zu einem bestimmten Wissen anzeigt. Davon zu unterscheiden ist der epistemische Status (*epistemic status*) einer Person, der als dauerhaftes Merkmal sozialer Beziehungen verstanden wird und der in einem normativen Zusammenhang zu Wissensbeständen von Mitgliedern einer sozialen Gesellschaft steht (vgl. Heritage 2012, 6; Stivers et al. 2011, 3).

In Bezug auf assertive, bewertende Äußerungen in erster Sequenzposition zeigen Heritage und Raymond (2005, 16), dass Sprecher*innen mit diesen einen primären epistemischen Zugang indizieren und damit implizieren, dass sie die primären Rechte besitzen, die zu verhandelnde Tatsache zu evaluieren. Der*die Sprecher*in kann jedoch diese Wissensbeanspruchung z. B. durch angehängte Fragepartikeln oder Modalisierungsverfahren abschwächen (oder verstärken) (Heritage/Raymond 2005, 19-21). Zweite Sprecher*innen orientieren sich hingegen in der Regel an der Bewertung des*der ersten Sprecher*in und realisieren eine abhängige Zustimmung oder Ablehnung (Heritage/Raymond 2005, 16). Du Bois (2007, 144) spricht in diesem Zusammenhang vom Aneinander-Ausrichten (*alignment*) der Interaktionspartner*innen. Evaluative Unabhängigkeit und hochgestufte epistemische Ansprüche können Sprecher*innen hingegen durch verschiedene Praktiken erreichen, zu denen u. a. Wiederholungen/Bestätigungen + bejahende Partikel („das ist sehr günstig, ja“) oder das Zurückfordern der ersten Bewertungsposition mit negativen Interrogativen („ist sie nicht hübsch?“) zählen (Heritage/Raymond 2005, 24-30).

Insgesamt zeigen konversationsanalytische Arbeiten also, dass anhand des feinen Zusammenspiels aus Äußerungsdesign und Kontext bzw. sequenzieller Positionierung epistemische Ansprüche der Gesprächsbeteiligten sichtbar werden. Inwiefern sich diese sprachlich und sequenziell bedingten Wissensansprüche in den Gesprächen der Schwangerenberatung manifestieren, bleibt herauszuarbeiten (Abschn. 4 und 5).

2.2 Praktiken der Wissensaushandlung und -anzeige im Gespräch

Obgleich „die Wissensvoraussetzungen und Wissensbildungsprozesse der Interaktionsteilnehmer meistens nicht vom Forscher genau bestimmt und kontrolliert werden können“ (Deppermann 2018, 109), haben sich Gesprächsforscher*innen vor dem Hintergrund einer interaktionalen Perspektive auf Wissen mit diversen Praktiken beschäftigt, anhand derer epistemische Aspekte im Gespräch deutlich werden. Diese Arbeiten fokussieren Wissen nicht aus mentalistischer Perspektive, sondern als Teilnehmer*innen- und als gesprächsorganisierendes Konstrukt (Deppermann 2018, 107). Häufig erklären sie das Handeln der Gesprächsbeteiligten anhand spezifischer, soziologisch-gesprächsanalytischer Verstehens-Konzepte. Dazu gehören z. B. der *common ground* (Clark 1992; 1996) oder der Adressat*innenzuschnitt (*recipient design*, Sacks et al. 1974, 727). Der *common ground* beschreibt das Wissen, das die Gesprächsbeteiligten teilen und jeweils für ihre aktuelle Turnproduktion präsupponieren (Deppermann 2018, 113). Er beinhaltet angenommenes oder tatsächlich geteiltes Wissen über Informationen bzw. Ereignisse, das vor einer aktuellen Äußerung etabliert wurde (Reineke 2016, 11-12) und wird über Strategien des *grounding* im Gespräch hergestellt (Clark 2006, 108). Clark (1996, 100-116) unterscheidet zwischen einem *communal common ground*, zu welchem Annahmen über die Geteiltheit des Wissens gehören, die auf Grundlage der Zugehörigkeit einer Person zu einer gesellschaftlichen oder kulturellen Gruppe getätigt werden sowie einem *personal common ground*, der auf vorherigen Interaktionen derselben Interagierenden beruht (vgl. auch Reineke 2018, 188).

Das Konzept des *recipient designs* fußt auf dem Befund, dass Sprecher*innen ihren Gesprächspartner*innen Wissen unterstellen und ihre Gesprächsbeiträge anhand dieser unterstellten (nicht aber notwendigerweise validen) Wissensbestände gestalten. Die Annahmen über das Wissen von Rezipient*innen können in der Interaktion zwar explizit werden, bleiben oft jedoch auch implizit und müssen in der Analyse durch Einbezug des Turnkontextes und der Interaktionsgeschichte rekonstruiert werden (Deppermann/Blühdorn 2013, 9). Weiterhin ist für manche Sprachen die Kodierung von Evidentialität, d. h. die Anzeige der Quelle des Wissens, von Bedeutung (Deppermann 2018, 124). In den bekannten indogermanischen Sprachen – so auch im Deutschen – ist Evidentialität nicht vollständig grammatikalisiert (Aikhenvald 2004, 18), sie ist allerdings eng verwandt mit der epistemischen Modalität, die den Grad der Gewissheit kodiert, den ein*e Sprecher*in einer Aussage zuschreibt:

As a rule of thumb, one can say that while evidentiality indicates the source of evidence a speaker has for making a statement, without necessarily accompanying that with a factuality judgment, epistemic modality, is concerned exactly and exclusively with the latter, i.e. with the degree of factuality a speaker attributes to a proposition. (Diewald/Smirnova 2010, 6)

Die Faktizität, die ein*e Sprecher*in einer Aussage zuschreibt, kann u. a. anhand von Modalverben (wie *dürfen, können, mögen, müssen, sollen, wollen*) in epistemischer Verwendung, epistemischen Satzadverbien (z. B. *anscheinend, vermutlich, vielleicht, eventuell, wahrscheinlich, sicher, angeblich*), Modalpartikeln (z. B. *wohl, ja*), epistemischen Verben (z. B. *glauben, meinen, denken, wissen, vermuten*) und des Verbmodus (Konjunktiv) ausgedrückt werden (Reineke 2016, 41; Diewald/Smirnova 2010, 77-83). Viele dieser Erkenntnisse stammen aus gesprächsanalytischen Arbeiten, die unterschiedliche Verfahren des Wissensmanagements im Gespräch mit sequenziellen Analysen untersucht haben (z. B. Bergmann 2017; Helmer/Deppermann 2017; Reineke 2016; Imo 2009; Bauer/Buck 2021). Einen Schwerpunkt haben solche Arbeiten, die speziell die Wissensaushandlung in medizinischen Gesprächen untersucht haben, in diesem Zusammenhang auf die Bedeutung von Fragehandlungen gelegt (z. B. Boyd/Heritage 2006; Deppermann/Spranz-Fogasy 2011; Heritage 2010; Hayano 2013). Sie beleuchten dabei Prozesse der Preisgabe von Wissensdefiziten, mit denen Sprecher*innen ihre jeweiligen Gesprächspartner*innen zur Bearbeitung dieser Wissensdefizite auffordern. Derartige Aufforderungen werden zwar oftmals über formale Fragen etabliert, die eine Antwort konditionell relevant machen, sie lassen sich jedoch außerdem über subtilere Anzeigen von Wissenslücken in erster Sequenzposition konstituieren (vgl. z. B. Heritage/Roth, 1995, 9-13). König (2015, 20) hält fest:

Die Aktivität, eine Information zu ‚erfragen‘, wird in der gesprochenen Alltagssprache nicht nur durch typische Fragesätze bewältigt. SprecherInnen nutzen zahlreiche weitere Strategien, um ein Wissensdefizit zu bearbeiten und eine Reaktion des Gegenübers relevant zu machen.

Zu solchen Fragehandlungen zählen z. B. indirekte Fragen, die im Hinblick auf Höflichkeitsstrategien beleuchtet worden sind (Rost-Roth 2011, 98) oder syntaktisch un abgeschlossene Äußerungen (König 2015, 16-17).

Insgesamt zeigt sich, dass unter dem Stichwort *epistemics* im Bereich der Gesprächsforschung zahlreiche Untersuchungen unternommen wurden, die sich mit Phänomenen der Wissensaushandlung, -zuschreibung und -anzeige im Gespräch befassen.² Diese Studien beginnen entweder bei bestimmten sprachlichen Formen oder aber bei speziellen Funktionen und leiten aus anschließenden induktiven Analysen spezifische Form-Funktions-Verknüpfungen ab. Der vorliegende Beitrag beginnt bei der Funktion der Anzeige von Wissen(sdefiziten) und untersucht, welche routinierten Verfahren die Interagierenden in den Gesprächen der Schwangerenberatung nutzen, um diese Gesprächsaufgaben zu lösen. Gleichzeitig widmet sich der Beitrag weiteren gesprächsorganisatorischen Aufgaben, die mit solchen (Nicht-)Wissensanzeigen verknüpft sind. Er zeigt auf, dass die Interagierenden auf die in der Literatur beschriebenen Verfahren zurückgreifen, diese aber sehr spezifische, positionsabhängige und kontextuell bedingte Funktionen aufweisen.

3 Gespräche in der Schwangerenberatung: Methoden und Daten

Die im vorliegenden Beitrag untersuchten Daten entstammen dem Korpus des Projektes „Verstehen, Relevanzsetzung und Wissen in Gesprächen der Schwangerenberatung und der Geburtshilfe“, das aus 37 authentischen und videografierten Geburtsvorbereitungsgesprächen besteht, die in den Jahren 2017 und 2018 erhoben wurden. Das Projekt ist in Kooperation der Sprechwissenschaft Marburg und der Geburtshilfestation des Universitätsklinikums Gießen-Marburg entstanden und untersucht vor dem Hintergrund praxisrelevanter Fragestellungen, wie Hebammen, Ärzt*innen und Schwangere im Gespräch Aspekte des Verstehens und der Relevanzaushandlung bearbeiten (vgl. dazu Hannken-Illjes et al., 2021). Ähnliche Gesprächsformate wurden im Bereich der Gesprächsforschung bisher nur vereinzelt untersucht und unterscheiden sich hinsichtlich zentraler Aspekte wie der Beteiligungskonstellationen und der Zielstellungen (vgl. z. B. Wimmer-Puchinger et al. 1989; Bredmar/Linell 1999; 2007). Die im Projekt fokussierten und im Feld als solche bezeichneten ‚Schwangerenberatungsgespräche‘ führen die Schwangeren (und evtl. Angehörige) im letzten Trimester der Schwangerschaft im Krankenhaus mit den zuständigen Hebammen und/oder Ärzt*innen. In diesem Rahmen erfolgt ein Austausch über anamneserelevante Informationen sowie über Fragen und Wünsche in Bezug auf die Entbindung. Das Korpus umfasst sowohl Erstgespräche, in denen die Interagierenden einander gänzlich unbekannt sind, als auch Folge- und Anschlussgespräche, die zumeist Ärzt*innen mit den Schwangeren bei Vorliegen besonderer Risikokonstellationen (z. B. Bluthochdruck, Zwillingschwangerschaft etc.) führen. Diese Gesprächsformate haben gemein, dass sie – entsprechend des Ideals der Sicherheit und der Risikominimierung (Rose/Schmied-Knittel 2011, 83) – der detaillierten Vorbereitung auf die bevorstehende Geburt dienen. Alle Gespräche wurden nach GAT 2-Konventionen transkribiert (Sel-

2 Vgl. dazu auch die Annahmen zu einer *epistemic discourse analysis* (EDA) bei van Dijk (2013).

ting et al. 2009) und liegen als Basistranskripte vor. Die Analysen der Ausschnitte sind gesprächsanalytisch und interaktional-linguistisch ausgerichtet. Sie wurden zunächst für alle Gespräche des Korpus vorgenommen, die hier präsentierten Auszüge illustrieren exemplarisch die verschiedenen Verfahren, anhand derer relevante Aspekte des Wissens an der Gesprächsoberfläche evident werden. Insgesamt gilt das Interesse des vorliegenden Beitrags weniger den mentalen Komponenten der Wissensbestände und -asymmetrien der Interagierenden. Vielmehr wird untersucht, wie und wozu die Teilnehmer*innen in den Gesprächen Praktiken³ der Anzeige, Zuschreibung und Bearbeitung von Wissensbeständen und -asymmetrien einsetzen (vgl. dazu auch Reineke 2016, 22). Dennoch wird – wie z. T. von ethnomethodologischen Konversationsanalytiker*innen gefordert⁴ – kein strikt antimentalistisches Vorgehen angestrebt (vgl. dazu auch Deppermann et al. 2016, 18). Angelehnt an Reineke (2016, 29) wird „Wissen als Teilnehmerkonstrukt untersucht [...], ohne dass dabei jedoch auf notwendige Annahmen über das Wissen der jeweiligen Interagierenden verzichtet werden soll.“

4 Wissensanzeigen in Gesprächen der Schwangerenberatung

4.1 Wissensanzeigen in erster Sequenzposition

In den Gesprächen der Schwangerenberatung zeigen die Beteiligten mittels diverser Praktiken an, über welches Wissen sie verfügen und welcher Art dieses Wissen ist (direkt erworbenes Erfahrungswissen, vermitteltes Wissen aus zweiter Hand etc.). Häufig bleiben Qualität und Herkunft des Wissens implizit, insbesondere wenn Hebammen(schülerinnen) aus Expert*innenperspektive bestimmte Abläufe schildern oder Erklärungen anführen. Dies kann anhand eines Auszugs aus Gespräch 01 illustriert werden. Dort beansprucht die Hebamme mit einer Beschreibung über den Ablauf der Geburt sowie einer anschließenden, unmarkierten Einschätzung über die Bedeutung von Bewegung unter der Geburt in erster Sequenzposition prioritäres Wissen (Heritage/Raymond 2005, 19). Eine Spezifizierung des Wissensstatus oder der Quelle(n) ihres Wissens bleibt dabei aus:

Beispiel 01, Gespräch 01; ML=Hebamme, HA=Schwangere, Minute 15:50–16:11 (24:56)

```
0810 ML: we:nn sie ZU uns kommen,=
0811      =mit WEhen==
0812      =würden wir erst noch mal ce te GE schreiben==
0813      =gucken wie_s IHnen geht==
```

3 In Anlehnung an Selting (2016, 29) verstehe ich unter einer Praktik die routinemäßige Verwendung sprachlicher Einheiten zur Durchführung von situierten Handlungen. Praktiken stellen in diesem Sinn die Verbindung zwischen sprachlichen Ressourcen(bündeln) und Handlungen dar.

4 Vgl. zur Diskussion über die Rolle von Wissen im Gespräch auch Lynch/Macbeth (2018); Lynch/Wong (2016) sowie die Replik von Drew (2018).

0814 =wie_s ihrem KIND ge:ht-
 0815 °hh ö:hm:
 0816 (0.29)
 0817 ML: mal unterSÜchen wie weit der muttermund offen is,=
 0818 =und dann entscheiden wir was wir WEIter machen;=
 0819 [=mit ihn]en zuSAMmen;=ne?=
 0820 HA: [hm]
 0821 ML: =uns isch is (.) wichtig dass die frauen sich viel beWEGen,
 0822 °h ö:hm:
 0823 (0.76)
 0824 ML: vielleicht auch noch mal in die BAdewanne ge:hen-

Die kurze Beschreibungssequenz realisiert ML in erster Sequenzposition ohne spezifische Markierung. Lediglich die Verwendung der Futur I-Form des Konjunktiv II (würde + Infinitiv Präsens) könnte als evidenzielle Strategie (Aikhenvald 2004, 105) fungieren bzw. der Modalisierung des Gewissheitsgrades des Gesagten dienen (Felder et al. 2021, 15-17), plausibler erscheint jedoch aufgrund ähnlicher Verwendungsweisen in vergleichbaren Sequenzen an dieser Stelle eine Einordnung als Höflichkeitsstrategie. Nach einer Ratifikationsaufforderung des Verstehens mittels Fragepartikel (Z. 0819) fährt ML fort und äußert eine Einschätzung in Bezug auf die Bewegung von Schwangeren unter der Geburt: „uns isch is (.) wichtig dass die frauen sich viel beWEGen“ (Z. 0821). Auch hier führt sie keine Evidenzen für eine solche Bewertung an. Lediglich anhand der Verwendung eines wir_{exkl} (Günthner 2021, 301-307) sowie des generalisierenden „die frauen“ wird evident, dass ML sich als medizinische Expertin bzw. als Teil des Klinikteams positioniert und damit ihr Expert*innenwissen geltend macht. Der analysierte Ausschnitt verdeutlicht, dass Hebammen(schülerinnen) in geburtshilflichen Gesprächen Wissen behaupten und beanspruchen können, ohne explizit ‚Beweise‘ für dieses Wissen anführen zu müssen. Besonders Erklärungen, Erläuterungen und Beschreibungen in erster Sequenzposition scheinen mit Ansprüchen an ein prioritäres Wissen verknüpft zu sein, welches auf Expertise und professioneller Erfahrung basiert.

4.2 Wissensanzeigen in zweiter Sequenzposition

Auch in zweiter Sequenzposition lassen sich Wissensanzeigen der Interagierenden identifizieren. In dieser Position zeigt sich ein variables Bild als bei Formen angezeigten Wissens in erster Sequenzposition. So finden sich – insbesondere in Äußerungen von Schwangeren – u. a. Hinweise auf Wissensquellen, explizite Wissensbeanspruchungen, Widersprüche auf zuvor zugeschriebenem Wissen etc. Auch lässt sich ein breites Spektrum an Funktionen solcher Wissensanzeigen identifizieren, das sich von einer Intensivierung des Gewissheitsstatus des entsprechenden Wissens über die Positionierung innerhalb einer (epistemischen) Gruppe (z. B. Erstgebärende) bis zur Indizierung der Absicht einer Themenprogression erstreckt. Ein Beispiel für eine Wissensanzeige einer Schwangeren mit Hinweis auf die Informationsquelle kann anhand eines Auszugs aus Gespräch 14 illustriert werden. Darin zeigt sich, wie die Schwangere BW den Hinweis auf die Quelle ihres Wissens über eigene Operationen als Evidenzstrategie nutzt (Mushin 2013, 633):

Beispiel 02, Gespräch 14; HT=Schülerin, BW=Schwangere, Minute 04:13–04:27 (27:04)

0179 HT: =mandeln AUCh noch drin-
 0180 BW: ((nickt, 1.0s)) polypen NICH;
 0181 ((mit Finger zeigend, 1.21s))
 0182 [geNAU;]
 0183 HT: [(unverständlich)] [<<schreibend> ((unverständlich)) >-]
 0184 BW: [das fällt mir EI==ja;=]
 0185 =JA;
 0186 ((lacht)) [(lacht)]
 0187 HT: [(lacht)]
 0188 BW: <<lachend> das is jetzt schon SO lange her >=
 0189 =geNAU das-
 0190 °h also (beziehungsweise) (.) weiß ich ja schon SELber gar
 nich mehr,=eigentlich,
 0191 wenn ich nich meine [<<lachend> ELtern (hätte);]
 0192 HT: [(lacht)]]

Die Hebammenschülerin hatte zuvor im Rahmen der Anamnese nach Operationen der Schwangeren gefragt, woraufhin die Schwangere eine Blinddarm-Operation erwähnt und dann darauf verwiesen hatte, dass dies die einzige Operation gewesen sei (nicht abgebildet). Nach einer Bestätigungsfrage der Hebammenschülerin (Z. 0179) gibt sie nun – in widersprüchlicher Weise zu ihrer vorherigen Aussage – eine Polypen-Operation an (Z. 0180). Den Widerspruch und auch die Relevanz schwächt sie retrospektiv mittels Verweises auf eine größere zeitliche Distanz ab (Z. 0188-0189). Zusätzlich behauptet sie, sich nicht mehr an die Operation erinnern zu können (Z. 0190). In diesen Strategien manifestiert sich die Orientierung der Schwangeren an zugrundeliegenden Erwartungen hinsichtlich des Wissens von Patient*innen (bzw. Schwangeren): Sie sind in der Lage, verlässliche Aussagen über ihre eigene Krankengeschichte zu machen. Um den sich in der Sequenz abzeichnenden Erwartungsbruch zu begründen, verweist BW nun explizit auf den vermittelten Status des Wissens und erwähnt ihre Eltern als Wissensquelle (Z. 0191). Sie indiziert, dass es sich um indirekt erworbenes Wissen handelt, eine Praktik, die mit der Funktion der epistemischen Modalisierung bzw. der sprecher*innenseitigen Distanzierung von dem behaupteten Wissen in Zusammenhang gebracht worden ist (Mushin 2013, 629). Dass dieses Verfahren im abgebildeten Kontext des Gesprächs jedoch als Stütze der epistemischen Gewissheit fruchtbar ist, zeigt sich anhand der anschließenden Rückfrage sowie des Notierens der Informationen durch die Hebammenschülerin (nicht abgebildet), Verfahren, mit denen HT indiziert, dass sie die Informationen als valide einschätzt.

Eine weitere Funktion von Wissensanzeigen besteht in der Indizierung der Absicht zur Themenprogression. Diese Verwendungsfunktion lässt sich anhand einer Sequenz aus Gespräch 30 aufzeigen, in welcher sich die Hebamme und die Schwangere ko-konstruktiv über das Wissen der Schwangeren um die notwendigen U-Untersuchungen des Babys nach der Geburt verständigen:

Beispiel 03, Gespräch 30; MR=Hebamme, SM=Schwangere, Minute 03:34–03:52 (10:26)

0160 MR: wenn medizinisch alles in ORDnung is,
 0161 °h und wir müssen sie halt aufklären was so für
 unterSÜchungen noch anst[eihen,=beim kin]d,=
 0162 SM: [hmHM,]
 0163 MR: =das wissen sie ja meistens vom [ERSten n]och,
 0164 SM: [hmHM,]
 0165 MR: =dass man ne STOFFwechseluntersuchung macht-
 0166 °h ähm entweder macht_s die HEBam[me oder-]
 0167 SM: [°h das hab ich schon]
 ABgeklärt;=genau.
 0168 die h[ebamme u zwei: würde die] KINderärztin
 ma[chen aber-]
 0169 MR: [de:r KINderarzt,]
 0170 [(schналzt) geN][AU.]
 0171 SM: [°h] das is schon: (.)
 s[oweit AB]g[esicher]t.
 0172 MR: [JA;]

Die abgebildete Sequenz entsteht in Reaktion auf eine Frage der Schwangeren nach dem Ablauf einer ambulanten Geburt. Die Hebamme verweist auf die Spontanität bei der Entscheidung bezüglich des Verlassens des Krankenhauses nach der Geburt und nimmt dann Bezug auf die notwendigen U-Untersuchungen des Babys (Z. 0161). Mit „das wissen sie ja meistens vom ERSten noch“ (Z. 0163) schreibt MR der Schwangeren nun das Wissen bezüglich der erforderlichen Untersuchungen zu und begründet dies implizit über den Status der Schwangeren als Zweitgebärende (vgl. dazu auch Kleschatzky/Hannken-Illjes i.d.B.). Trotz dieser Wissenszuschreibung spezifiziert MR nun – entgegen der Anforderung einer Neuheit informativer Äußerungen (Svennevig 1999, 154) – die Informationen hinsichtlich der erforderlichen Früherkennungsuntersuchungen (Z. 0165-0166). Sie wird darin jedoch durch die Schwangere unterbrochen, die nun explizit auf den *common ground* hinsichtlich dieses thematischen Aspekts verweist und damit die Absicht zur thematischen Beendigung indiziert (vgl. Reineke 2016, 97) sowie zugleich das zuvor unterstellte Wissen ratifiziert (Z. 0167-0168). Unter Erwähnung der zuständigen medizinischen Expert*innen für die jeweiligen Untersuchungen behauptet sie nicht lediglich, über das spezifische Wissen zu verfügen, sondern demonstriert dieses explizit (vgl. dazu Sacks 1992, 141).

Während die Schwangere aus Beispiel 03 der Wissenszuschreibung durch die Hebamme in zweiter Sequenzposition zustimmt, lassen sich auch korrigierende Reaktionen von Schwangeren finden. So können Schwangere z. B. anzeigen, dass sie über mehr Wissen verfügen, als ihnen zuvor zugeschrieben wurde. Auch mit solchen widersprechenden Wissensanzeigen projizieren die Schwangeren thematische Endpunkte. Darüber hinaus fungieren sie zur Reduzierung eines potenziell zuvor etablierten Wissensgefälles zwischen den Interagierenden:

Beispiel 04, Gespräch 05; TR=Hebamme, SB=Schwangere, Minute 16:51–17:06 (26:11)

0617 TR: °h und DA: ist dann so ne RAMpe,=
 0618 =da geht man HOCH,=
 0619 =und da is ne klingel zum KREISSsaal.
 0620 SB: O[KE ;]
 0621 TR: [dann] sind sie di[REKT unten im (.) im kreißsaal]bereich;
 0622 [(lautes Geräusch an der Tür)]
 0623 SB: HM:;
 0624 TR: GÄ,
 0625 SB: <<zeigend> nee der is ja da UNTen >;
 0626 das WEISS ich.
 0627 TR: geNAU.=<<lächelnd> ja >.
 0628 SB: den hab ich immer durch die: ((zeigt, 1.0s))intenSIVstation
 beobachtet,
 0629 TR: AH ja.

Die Hebamme realisiert zunächst eine Beschreibung des Anfahrtsweges zum Kreißsaal (Z. 0617-0621) und verortet die Schwangere mit dieser Information in erster Sequenzposition implizit im epistemisch unterlegenen Bereich (K-) (Heritage 2012, 8). Nachdem TR die Schwangere mit einer Fragepartikel dazu aufgefordert hat, die Information als ‚neu‘ zu quittieren (Z. 0624), reagiert diese erwartungskonträr, indem sie explizit ihr Wissen bezüglich des Kreißsaals anzeigt. Unter Verwendung des mentalen Verbs *wissen*, einer Zeigegeste und dem deiktischen Ausdruck „da UNTen“ (Z. 0625) demonstriert sie – ähnlich wie die Schwangere aus Beispiel 03 – ihr Wissen um den Standort des Kreißsaals (*demonstrating understanding*, Sacks 1992, 141). Damit markiert sie die Ausführungen der Hebamme als hinlänglich informativ und projiziert einen thematischen Abschlusspunkt. Ferner verringert SB auf diese Weise das epistemische Gefälle zwischen den Gesprächspartner*innen und markiert retrospektiv die Äußerung der Hebamme als lediglich bedingt informativ. Insgesamt zeigt SB also zum einen auf, dass TR ihr mit ihrer Beschreibung zu wenig Wissen zugeschrieben hatte und zum anderen, dass an dieser Stelle epistemische Unstimmigkeiten vorliegen (*epistemic incongruity*, Heritage 2013, 380).

Neben einer Stützung der geäußerten Informationen und der Markierung einer Absicht zur thematischen Beendigung nutzen Schwangere Wissensanzeigen in zweiter Sequenzposition also ebenfalls, um die durch die Hebamme(nschülerin) etablierte Wissensasymmetrie in Frage zu stellen. Um ein sehr explizites Beispiel für diese Funktion illustrieren zu können, ist auf den Auszug aus Gespräch 01 zurückzukommen (Beispiel 01), in welchem die Hebamme mit einer Einschätzung in erster Sequenzposition epistemische Autorität im Wissensbereich der Bewegungen unter der Geburt indiziert hatte. Der folgende Auszug zeigt nun die Reaktion der Schwangeren – einen expliziten Widerspruch und eine intensive Form der Beanspruchung von erfahrungsbedingter epistemischer Autorität:

Beispiel 05, Gespräch 01; ML=Hebamme, HA=Schwangere, Minute 16:12–16:37 (24:56)

0825 ML: ALles was [so-]
 0826 HA: [das mit_t_m bewegen klappte komischerweise bei
 ihr NICH,
 0827 also was heißt KOMischerweise;=
 0828 =das klappte bei ihr NICH so:-
 0829 °h da[s hat mir U]Nheimlich öh >-
 0830 ML: [JA,]
 0831 HA: (0.46s) öh SCHMERzen gemacht >,
 0832 °h [also SO-]
 0833 ML: [hmHM?]
 0834 HA: °h n <<mit beiden Händen auf den Boden zeigend> DRUCK aber
 eher >-
 0835 ((bewegt beide Hände nach oben und wieder nach unten, 1.1s))
 <<lächelnd> nach ö ö richtung HINTen >;
 0836 °h [also ich KO]NNte:-
 0837 ML: [achJA-]
 0838 HA: ((schüttelt den Kopf, 0.74s)) öh so STEhen,=
 0839 ML: JA,
 0840 HA: =oder positIOnSwechsel-
 0841 ((schüttelt den Kopf, kreuzt beide Hände auf einer Höhe und
 öffnet die Kreuzung wieder, 1.01s))
 0842 ML: <<den Kopf schüttelnd>
 GING [ni]ch >.
 0843 HA: [<<den Kopf schüttelnd> HMhm >;]
 0844 (0.1)
 0845 ML: JA;
 0846 °h das is einfach so ne sache das muss man noch mal
 !AUS!probiere[n;=n]e?
 0847 HA: [hm]

Noch bevor ML ihre Aussage beendet hat, verbalisiert die Schwangere in diesem Auszug unter Hinzunahme ihres direkt erworbenen Erfahrungswissens⁵ einen Widerspruch (Z. 0826). Sie revidiert die zunächst modalisierte Formulierungsweise („komischerweise“) mit einer Reparatur (Schegloff/Jefferson/Sacks 1977) (Z. 0828) und schließt nun eine Empfindungsbeschreibung an (Z. 0829-0841). Diese Beschreibung der Schmerzen, die durch die Bewegung unter der Geburt verursacht wurden, fungiert als Stütze für die angeführte Gegenbehauptung. Die Schwangere beansprucht in diesem Auszug also, gestützt durch eine Empfindungsbeschreibung, epistemische Autorität und stellt damit die zuvor durch ML etablierte Wissensasymmetrie in Frage. Die Hebamme reagiert zwar ko-konstruktiv und verstehensindizierend (Z. 0842), präsentiert sich jedoch selbst wiederum mit einer Einschätzung, die eine Handlungsanweisung beinhaltet, als epistemisch (und deontisch) überlegen (Z. 0846). Insgesamt zeigen die Schwangere und die Hebamme also differierende Ansichten über das eigene und fremde Wissen an. Außerdem manifestiert sich anhand dieses Ausschnitts, dass in Bezug auf die Geburtsplanung verschiedene

5 Die referenzielle Präpositionalphrase „bei ihr“ (Z. 0828) bezieht sich auf die Geburt ihrer ersten Tochter.

Wissensarten geltend gemacht werden können (vermitteltes Wissen, Erfahrungswissen, Expert*innenwissen etc.).

5 Wissensdefizite in Gesprächen der Schwangerenberatung

5.1 Wissensdefizite in erster Sequenzposition

Die zuvor besprochenen Auszüge illustrieren, mit welchen Verfahren die Interagierenden in den Gesprächen der Schwangerenberatung Wissen anzeigen bzw. beanspruchen können. Für die Zielstellung der Gespräche – Wissen auszutauschen, damit eine möglichst risikoarme Geburt sichergestellt werden kann – sind allerdings insbesondere solche Sequenzen von Relevanz, in denen die Beteiligten anzeigen, welches Wissen *nicht* vorhanden ist. Die Schwangeren nutzen diese Strategie oftmals in erster Sequenzposition, um auf die Bearbeitungsrelevanz bestimmter Themeninhalte zu verweisen.⁶ Explizite Varianten dieser Verweise auf das eigene Nicht-Wissen erfolgen dabei unter Verwendung des mentalen Verbs *wissen*. Die Erstgebärende FM aus Gespräch 30 realisiert einen solchen Verweis z. B. in begründender Funktion, um den zuvor mittels Geburtswunschliste vorgetragenen Absolutheitsanspruch bestimmter Vorstellungen für die Geburt abzuschwächen:

Beispiel 06, Gespräch 13; FM=Schwangere, ML=Hebamme, Minute 19:48–20:04 (33:28)

1037 FM: also °h ich glaub man macht sich sowieso beim ersten viel
zu viele geDANKen,
1038 und dann kommts EH ganz anders,
1039 °h he[he <<lachend> is be]STIMMT so >-
hehe [hehe]
1040 ML: [<<lächelnd> JA: >;]
[he]
1041 da:s kann SEIN,=
1042 =a[ber IS auch-]
1043 FM: [man weiß] ja so GAR nich was auf einen zu[kommt >;]
1044 ML: [JOA;]
1045 aber ich mein [so geWISse] dinge is halt-
1046 FM: [Aber-]
1047 ML: also die ihnen WICHTig sind-
1048 das is halt auch GUT [(.) wenn wir] das wissen-[=ne >,]
1049 FM: [geNAU.]

Die obengenannte retrospektive Abschwächung der Geburtswünsche verdeutlicht die Schwangere zunächst mittels Hinweis auf ihre Einschätzung, dass sie sich zu viele „geDANKen“ mache (Z. 1037) sowie mit einem Turn-finalen Lachen (Z. 1039). Auf sprachlicher Ebene zeigt sie mit dem mentalen Verb *glauben* und dem Modaladverb *bestimmt* an, dass

⁶ Vgl. dazu auch die Ausführungen von Völker (i. Dr.) zur themeninitiiierenden Kraft verbalisierter Wissensdefizite.

sich ihre Ausführungen auf ihre subjektive Einschätzung beziehen und fordert damit implizit eine Stellungnahme der Hebamme ein (Pomerantz 1984, 64).

Diesem Fokus auf die subjektive Bedeutungsebene steht die Verwendung des neutralen Indefinitpronomens *man* gegenüber, das eine Generalisierung der Informationen kommuniziert und die Einschätzung auf eine abstrakte, objektivierte Ebene hebt. Die Schwangere stellt auf diese Weise Distanz zum Gesagten her, indem sie das Nicht-Wissen generisch auf das Kollektiv ‚Erstgebärende‘ und weniger auf sich als Individuum bezieht (Imo/Ziegler 2019, 84-86). Zugleich positioniert sie sich mit „man weiß ja so GAR nich was auf einen zukommt;“ (Z. 1043) innerhalb der Gruppe unerfahrener Erstgebärender. Außerdem hebt FM mit dieser *extreme case formulation* (Pomerantz 1986) implizit die Relevanz der thematischen Bearbeitung der bevorstehenden Geburt hervor. Denn sie unterstreicht, dass sie als Erstgebärende nicht auf Erfahrungswissen in Bezug auf den Geburtsablauf zurückgreifen kann. Die Hebamme adressiert jedoch vorerst nicht diese thematische Relevanzsetzung. Statt Informationen über den Geburtsablauf anzuführen, reagiert sie auf die Abschwächung der Schwangeren in Bezug auf die Äußerung von Geburtswünschen. Dazu realisiert sie eine präferierte Antwort in Form eines (teilweisen) Widerspruchs (*joa aber*-Antwort, vgl. dazu z. B. Schwitalla 2012, 143-144), die die selbstabwertende Einschätzung der Schwangeren („ich mache mir zu viele Gedanken“) retrospektiv abschwächt (vgl. dazu Pomerantz 1984, 81).

An späterer Stelle wiederholt die Schwangere (mehrfach) ihren Hinweis auf ihr Nicht-Wissen und hebt damit nochmals die Bedeutung dieses Wissensdefizits und seiner Bearbeitung im Gespräch hervor:⁷

Beispiel 07, Gespräch 13; FM=Schwangere, ML=Hebamme, HT=Schülerin,
Minute 24:47–27:33 (33:28)

1889 FM: ja wie geSACHT=
1890 =grade so beim ersten WEISS man ja nich was auf einen
zukommt;
1891 ML: JA:;

((Auslassung, Z. 1892-1987))

1988 ML: =ham sie jez noch FRAGen;=grade?
1989 FM: ÄHM:- hh°
1990 <<kopfschüttelnd> NEE >; ((lacht))
1991 [((unterschreibt))]
1992 ML: [hehehe]
1993 FM: ((unterschreibt und schließt den Stift, 2.5s))

⁷ Vgl. dazu die Befunde von Sator (2003, 80) und Völker (i. Dr.) hinsichtlich der Funktionalität von Themenwiederaufnahmen zur Relevanzmarkierung.

erfordern minimale Kenntnisse im spezifischen Themenbereich (Deppermann/Spranz-Fogasy 2011, 112). Anders als in Beispiel 06 nimmt die Hebamme nun auf das Thema der bevorstehenden Geburt Bezug, indem sie knapp die Unbegründetheit der Sorgen mit einem Verweis auf gewöhnliche, unproblematische Geburtsabläufe erläutert (Z. 2001). Ihre empathische Reaktion indiziert sie zusätzlich durch die Silbendehnung ihres Rezeptionssignals (Z. 2000) (Kupetz 2014, 109). Die Schwangere reagiert zustimmend, widerspricht damit jedoch zugleich der Präsupposition, dass ihr Thematisierungswunsch auf potenzielle Sorgen in Bezug auf die bevorstehende Geburt zurückzuführen ist. Mit einem adversativ angeschlossenen (*aber*, Z. 2007) Turn nimmt sie nun nochmals Bezug auf ihr Nicht-Wissen. An dieser Stelle verwendet sie wieder die Distanzform mit *man* und positioniert sich wiederholt innerhalb der Gruppe der Erstgebärenden. Wie in Beispiel 06 verwendet FM eine *extreme case formulation* (Z. 2011), expliziert jedoch ihr Wissensdefizit mit einem Hinweis auf ihr körperbezogenes Wissen (Z. 2013). Der Hinweis auf das eigene Wissensdefizit fungiert hier weder vorrangig als Modalisierung für Geburtswünsche (wie in Z. 1890) noch als *account* für eine Präferenzverweigerung (wie in Z. 1998). Vielmehr ist die Funktion an dieser Stelle deutlich mit der Semantik des Nicht-Wissens verknüpft: Die Schwangere kommuniziert ihre epistemische Unsicherheit in Bezug auf die bevorstehende Geburt und setzt damit eine Reaktion der Hebamme relevant (König 2015, 20). Die Hebamme ist jedoch mit administrativen Aufgaben befasst – sie arbeitet am Computer – und reagiert lediglich mit zwei kurzen Rezeptionssignalen (Z. 2014 und Z. 2018). Nun übernimmt die Hebammenschülerin das Rederecht und führt einen abrupten Themenwechsel ein (Z. 2021), wodurch das Nicht-Wissen der Schwangeren keine weitere Vertiefung erfährt. Wenngleich durch die Explizitheit der Formulierungsweise und die vierfache Wiederholung die Relevanz des Wissensdefizits an der sprachlichen Oberfläche hervortritt, erfolgt kein informativer Redebeitrag vonseiten der medizinischen Akteurinnen und damit auch keine Bearbeitung des Wissensdefizits. Dies kann auf die erläuterte Multifunktionalität von *man/ich weiß nicht* zurückgeführt werden, die aus den jeweils unterschiedlichen sequenziellen Positionen resultiert. Lediglich in der letzten sequenziellen Position (Z. 2011) tritt die Funktion als Aufforderung zur Bearbeitung des Wissensdefizits hervor. An dieser Stelle ist die Gesprächspartnerin jedoch mit geschäftsexternen Aufgaben befasst, wodurch das Thema unbearbeitet bleibt. Zudem zeigt sich hier, dass Defizite an Erfahrungswissen womöglich nicht hinlänglich durch Fachwissen von Hebammen bearbeitet werden können.

Während das verbalisierte Wissensdefizit aus Beispiel 07 durch die medizinischen Akteur*innen unbearbeitet blieb, führen ähnliche Hinweise auf ein Nicht-Wissen in anderen Fällen zu informativen Reaktionen der Hebammen, das Wissensdefizit wird also bearbeitet. Dies kann anhand eines Beispiels aus Gespräch 20a illustriert werden. Die Schwangere und die Hebamme hatten zuvor über einen möglichen Kaiserschnitt bzw. eine frühere Einleitung der Geburt aufgrund von Bandscheibenproblemen der Schwangeren gesprochen. Diese Umstände gibt die Schwangere als Begründung für den Wunsch einer Entbindung im spezifischen Krankenhaus an (Z. 0950) und kontrastiert die Entbindungsumstände in

diesem mit denen eines anderen Krankenhauses. Eingebettet in diese Begründungssequenz findet sich nun ein Verweis auf ein Wissensdefizit mit einer *weiß nicht*-Konstruktion (vgl. dazu auch Bergmann 2017; Helmer/Deppermann 2017):

Beispiel 08, Gespräch 20a; BS=Schwangere, LS=Hebamme, MN=Schülerin,
Minute 22:04-23:34 (30:57)

0950 BS: das is [halt der grund warum ich HIERher komme;]
 0951 LS: [<<leise> kann der das (ja) mit ihnen beSPRE]chen >;
 0952 MN: HM; ;
 0953 BS: also die frage is halt auch noch ob das krankenhaus
 ((ortsname)),
 0954 NUR ähm-
 0955 auch wegen der medikamente äh-
 0956 w_WEISS ich nich,=
 0957 =ob es irgendwelche ANpassungsstörungen beim kInd dann gäbe-
 0958 [°h] also lieber wär_s mir HIER.
 0959 LS: [<<leise> HM >-]
 0960 <<leise und nickend> HM: >;
 0961 JA=-
 0962 =oKAY;
 0963 ((zieht Zettel zu sich heran, 1.5s))
 0964 MN: ((räuspert sich))
 0965 LS: ((beugt sich über die Unterlagen, 1.5s))
 0966 DA:S-
 0967 BS: escitalo[PRAM;]
 0968 LS: [es]zitaloPRAM;
 0969 geNAU;=

 ((Auslassung, Z. 0970-1039))

 1040 LS: [ja das] STIMMT;=also-
 1041 is ganz UNterschiedlich;
 1042 die KLEInen;=also-
 1043 manche HABen_n bisschen [(-)] <<leise und nuschelnd>
 anpa:ssungs(störungen) hinterher >=-
 1044 BS: [geNAU.]
 1045 LS: [=manche] überHAUPT nich-
 1046 BS: [°h]
 1047 LS: °h DA[S äh-]
 1048 BS: [ich möchte] halt auf nummer SIcher ge[hen.]
 1049 LS: [JA;]
 1050 BS: NE,
 1051 LS: JA;

BS projiziert ihr Wissensgesuch zunächst mit einer metakommunikativen Formulierung (Z. 0953), unterbricht die Kontrastierung mit dem anderen Krankenhaus (Z. 0954) und verschiebt das Thema mit einer Präpositionalphrase zu Medikamenten (Z. 0955). Den semantischen Bruch markiert sie sprachlich mit der Diskurspartikel „NUR“ und der Häsiationspartikel „ähm“ (Z. 0954). Nun realisiert die Schwangere unter explizitem Verweis auf ihr Wissensdefizit eine indirekte Frage, die sich auf mögliche Anpassungsstörungen

beim Kind bezieht (Z. 0956-0957). BS kontextualisiert ihren Turn mit einem konsekutiv, schlussfolgernden *also* retrospektiv als Begründung und beendet damit zugleich die thematische Abschweifung (Z. 0958) (Tiittula 1993, 60). Mit einem suchenden Blick in die Unterlagen und einem Äußerungsabbruch (Z. 0965-0966) markiert die Hebamme zunächst die weitere Thematisierungsrelevanz der Medikamente. Die Schwangere reagiert kooperativ auf dieses Wissensgesuch (Z. 0967) und berichtet im Folgenden über den Anpassungsprozess der Einnahme während der Schwangerschaft (Auslassung). Nach einer Sequenz über die Einnahme weiterer Medikamente (Auslassung) nimmt LS schließlich das Thema der Anpassungsstörungen wieder auf und reagiert – wenngleich verzögert – auf das implizite Wissensgesuch der Schwangeren. Dazu verweist sie auf die Unvorhersehbarkeit und Unterschiedlichkeit der Zukunftsszenarien (Z. 1040-1045) (vgl. dazu auch Kleschatzky/Hannken-Illjes i.d.B.). Abschließend begründet die Schwangere ihr Wissensgesuch nochmals retrospektiv mit dem impliziten Hinweis auf die Gründe für den Entbindungswunsch im Krankenhaus vor Ort und positioniert sich damit zugleich als risikovermeidende Gebärende (Z. 1048). Dieser Auszug illustriert also, wie eine Hebamme, ohne eine spezifische Antwort zu liefern, auf das Wissensgesuch der Schwangeren reagiert und damit das relevant gesetzte Wissensdefizit interaktiv bearbeitet.

5.2 Wissensdefizite in zweiter Sequenzposition

Wenngleich seltener realisiert, können Schwangere auch in zweiter Sequenzposition eigene Wissensdefizite ausdrücken. Ähnlich wie für Wissensanzeigen in zweiter Sequenzposition festgestellt (Beispiel 04), können Schwangere mit solchen Hinweisen auf ihr Nicht-Wissen vorherige Wissenszuschreibungen als fehlerhaft markieren. In solchen Fällen reagieren die Schwangeren z. B. mittels mitigerender Praktiken auf die Fremdzuschreibung von Wissen:

Beispiel 09, Gespräch 24; ML=Hebamme, CG=Schwangere, Minute 00:15–00:28 (19:02)

```

0002 ML: ((schnalzt)) °h SO:;
0003     sie wollten sich heute VOR[stellen-]
0004 CG:                                     [ge      ]NAU;
0005 ML: sie sind ja schon sehr erFAHren;[=ne,      ]
0006 CG:                                     [<<lachend> hm][HM >- ]
0007 ML:                                     [is das]
          DRITte [jetzt-      ]
0008 CG: [schon (mit) ein bisschen ABstand-]
0009     <<lachend> aber (.) J[A >;      ]
0010 ML:                                     [<<lächelnd> J][A:>;      ]
0011 CG:                                     [<<lächelnd> ein biss]
          chen [erFAHrung      ] bring ich mit >;
0012 ML: [<<lächelnd> ja NICH >?]
0013     JA:;
0014     geNAU;

```

Dieser Auszug entstammt dem Gesprächsbeginn eines Erstgesprächs, mit dem die Hebamme ML das Gespräch als ‚Vorstellen zur Geburt‘ rahmt (Z. 0003). Zudem positioniert sie die Schwangere als „sehr erfahren“ (Z. 0005) und begründet diese Fremdpositionierungspraktik über den Status der Schwangeren als Drittgebärende (Z. 0007). Damit etabliert ML zu Beginn des Gesprächs spezifische Erwartungen in Bezug auf den Informationsfluss innerhalb des Gesprächs (da die Schwangere ‚wissend‘ ist, muss die Hebamme weniger Informationen in Bezug auf den Geburtsablauf vermitteln) und konstituiert zugleich ein geringes Wissensgefälle zwischen den Interaktionspartner*innen. Die Schwangere realisiert in dieser Sequenz einen zweiten Paarteil, der einer präferierten Reaktion auf Komplimente ähnelt (Pomerantz/Heritage 2013, 221): Sie ratifiziert die Wissenszuschreibung zunächst mit einem adversativ angeschlossenen „JA“ (Z. 0009), mitigiert ihre Zustimmung dann jedoch mit einer herabgestuften Bewertung (Z. 0011). Damit vermeidet sie ein Eigenlob, minimiert jedoch gleichzeitig die Nichtübereinstimmung mit einer vorherigen Bewertung. Die begründende Angabe der zeitlich zurückliegenden Erfahrung trägt zusätzlich zur Abschwächung der Wissenszuschreibung bei (Z. 0008). Wie in Beispiel 04 widerspricht auch hier die Schwangere der Wissenszuschreibung durch die Hebamme, ohne jedoch die grundsätzliche Gesprächs Kooperativität zu gefährden. Damit verweist sie implizit auf ein (unspezifiziertes, aber womöglich geringfügiges) Nicht-Wissen in Bezug auf die bevorstehende Geburt, etabliert zugleich den potenziellen Neuheitswert von Informationen über die Entbindung und ermöglicht damit die umfassende Thematisierung von Wissensinhalten, die den Ablauf der bevorstehenden Geburt betreffen.

Ein Beispiel für eine intensivere Anzeige von Nicht-Wissen in zweiter Sequenzposition, mit der die Schwangere aktiv auf den thematischen Verlauf des Gesprächs Einfluss nimmt, findet sich in Gespräch 22a. Diese explizite Form der Anzeige eines Wissensdefizits erfolgt in Reaktion auf eine Bezugnahme der Hebamme auf einen potenziellen *common ground* mit der Modalpartikel *ja*:

Beispiel 10, Gespräch 22a; BG=Hebamme, SB=Schwangere, Minute 12:16–12:32 (14:55)

```

0670 BG: =öhm: sie hat aber VORgeschlagen-
0671      dass sie schon einmal zur anästheSIE gehen.
0672      °h [°h ] wenn es dann zu dieser entnahme von dem gewebe
          KOMMT,=
0673 SB:      [oKAY; ]
0674 BG: =im vagiNALbereich,
0675      °h dann müssten sie ja auch einmal kurz in ne narKOSe,
0676      (0.29)
0677 SB: oK[A:Y?]
0678 BG:      [und ] ähm ((nickt, 0.3s)) [desWEgen- ]
0679 SB:      [und (.) wie] is das mit KIND
          wenn ich kriegs narkose,

```

Unmittelbar vor diesem Ausschnitt aus einem Erstgespräch hatte die Hebamme mit der Oberärztin telefoniert, da mit dieser ein Anschlussgespräch stattfinden soll. Um Zeit zu

sparen, hatte die Ärztin vorgeschlagen, dass die Schwangere zunächst ein Gespräch in der Anästhesie wahrnehmen solle. Diesen Vorschlag teilt die Hebamme mit der Schwangeren (Z. 0671), bevor BG, diesen Vorschlag implizit begründend, erwähnt, dass für eine bevorstehende Gewebeentnahme eine Narkose notwendig sein wird (Z. 0672-0675). Implizit – mit der Modalpartikel *ja* – nimmt sie dabei Bezug auf Bekanntes, auf einen bereits etablierten *common ground* (Reineke 2018, 188-192). Da die Schwangere und die Hebamme keine gemeinsame Interaktionsgeschichte teilen – es handelt sich um ein Erstgespräch – gehört das durch die Hebamme relevant gesetzte Wissen potenziell zum *communal common ground* der Interagierenden über die Notwendigkeit einer Narkose bei einer Konsultation.⁸ Durch diese Rahmung markiert die Hebamme den Sachverhalt über die Narkose als Nebeninformation, die nicht zum zentralen Diskurstopik werden soll (Reineke 2016, 128). Die Schwangere zeigt in Reaktion auf diese Wissensunterstellung jedoch korrigierend an, dass ihr der mit *ja* modalisierte Sachverhalt nicht bekannt ist. Anhand des gedehnt artikulierten und mit fragender Intonation realisierten „OKA: Y?“ sowie der anschließenden Rückfrage (Z. 0679) wird diese Differenz zwischen Wissensunterstellung und tatsächlichem (bzw. angezeigtem) Wissen manifest. Das Beispiel zeigt also, dass Schwangere mit einem Verweis auf ihr Nicht-Wissen in zweiter Sequenzposition einen Sachverhalt, der zunächst als ‚Nebenthema‘ eingeführt wurde, zum aktuellen Gesprächsthema erklären können. Obgleich die Hebamme in gesprächsleitender Funktion über den Verweis auf das geteilte Wissen die Nicht-Bearbeitungsrelevanz des Themas „Narkose“ indiziert, markiert die Schwangere dieses Thema als relevant und elizitiert damit eine ausführlichere thematische Bearbeitung (nicht abgebildet).

6 Fazit

In den Gesprächen der Schwangerenberatung zeigen die Gesprächspartner*innen routiniert an, über welches (Nicht-)Wissen sie verfügen und – im Fall von Wissen – welcher Art dieses Wissen ist (direkt erworbenes Erfahrungswissen, vermitteltes Wissen aus zweiter Hand etc.). Die Analysen zeigen, dass solche Anzeigen von Wissen bzw. Wissensdefiziten je nach sequenzieller Position mit unterschiedlichen Funktionen verknüpft sind.

Wissensanzeigen in erster Sequenzposition werden häufig von Hebammen(schülerinnen) realisiert und dienen der Beanspruchung primärer epistemischer Rechte sowie der Vermittlung von Informationen mit hohem Gewissheitsstatus. Oftmals machen die medizinischen Akteurinnen keine Angaben über die Qualität oder Herkunft ihres Wissens. Wissensanzeigen in zweiter Sequenzposition erfolgen hingegen häufig auch durch die Schwangeren. Sie dienen zur Indizierung der Irrelevanz der Thematisierung der in erster Sequenzposition angesprochenen Wissensinhalte, denn bereits Bekanntes, das zum *common ground* zwischen den Interagierenden gehört, muss nicht erneut thematisiert

⁸ Ein diagnostischer Eingriff zur Überprüfung von Zellveränderungen, die auf eine Krebserkrankung hinweisen können (Lasch/Fillenberg 2017, 26).

werden. Über die Anzeige, besonders aber über eine Demonstration von Wissen (Sacks 1992, 141), können Schwangere also eine Themenprogression erwirken (Reineke 2016, 97). Diese Befunde verweisen auf die Bedeutung spezifischer Aufgaben der Hebammen für die Konstitution eines verstehensförderlichen, geburtsvorbereitenden Gesprächs. So sollten sowohl gesprächsexterne, ethnografische (z. B. Handelt es sich um eine Erst- oder Mehrfachgebärende? Hat die Schwangere bereits Vorgespräche im Krankenhaus wahrgenommen?) als auch gesprächsinterne Informationen (z. B. welches Wissen gibt die Schwangere explizit preis? Welche Aussagen macht die Schwangere und welches vorhandene Wissen kann daraus geschlossen werden?) laufend aufgenommen und verarbeitet werden, um insofern ein relevantes Gespräch herstellen zu können, als die vermittelten Geburtsinformationen für die Schwangere neu, wissenswert und interessant sind (Maynard/Zimmerman 1984, 304).

Neben der Bedeutung zur Themenbeendigung besitzen Wissensanzeigen in zweiter Sequenzposition eine Funktion für die Validierung von Informationen. Insbesondere die Angabe der Art des Wissens unter Erwähnung der Wissensquelle dient der epistemischen Stützung von Angaben über die eigene Krankengeschichte und den aktuellen Schwangerschaftsverlauf. Ferner können durch solche Anzeigen etablierte Wissensasymmetrien angefochten werden. Wenn z. B. eine Hebamme mit einer Einschätzung in erster Sequenzposition prioritäres Wissen beansprucht (Heritage/Raymond 2005, 19), können Schwangere dem Expert*innenwissen eigenes Erfahrungswissen entgegen und damit eigene epistemische Ansprüche geltend machen. Auf diese Weise zeigen sie sich als aktive Partizipantinnen bei der interaktiven Konstitution von *common ground* sowie der Positionierung gegenüber diesem gemeinsamen Wissen im Gespräch.

Für die Herstellung von *common ground* zwischen den Hebammen(schülerinnen) und den Schwangeren erweisen sich darüber hinaus Anzeigen von Wissensdefiziten als relevant. Auch hier kann zwischen Funktionen von Wissensdefiziten in erster und Wissensdefiziten in zweiter Sequenzposition unterschieden werden. Während Button/Casey (1985, 7) zeigen, dass Sprecher*innen im Gespräch für sie relevante Informationen erlangen können, indem sie wissenswerte Ereignisse bzw. Sachverhalte vorschlagen und einen partiellen epistemischen Zugang (jedoch einen dem*der Gesprächspartner*in unterlegenen) zu diesen Wissensaspekten indizieren, zeigt sich in den Daten der Schwangerenberatung, dass Schwangere zur Erlangung von Informationen Anzeigen von Nicht-Wissen in erster Sequenzposition verwenden (Beispiele 06-08). Mit dieser Praktik verweisen sie auf die Bearbeitungsrelevanz bestimmter Themen und setzen eine Reaktion der Hebamme(nschülerin) relevant (König 2015, 20). Auch wenn solche indirekten Wissensgesuche an der Gesprächsoberfläche wahrnehmbar sind, führen sie – anders als Fragen, die aufgrund der explizit relevant gesetzten Antworthandlung in der Regel Reaktionen der Gesprächspartner*innen hervorrufen – nicht immer zu einer informativen Antwortreaktion der Hebamme(nschülerin). Dennoch zeigen die Befunde, dass das Nicht-Wissen zur Begründung der Thematisierung bestimmter Inhalte fungiert, die für die Teilnehmer*innen von Interesse sind, d. h. eine *tellability* (Sacks, 1992, 469) bzw. *newsworthiness* (Button/Casey

1984, 170) bzw. *reportability* (Labov/Fanshel 1977, 105) besitzen und damit hinsichtlich des *informational status* (es ist neu für eine*n Gesprächsbeteiligte*n) sowie hinsichtlich des *evaluative status* (es ist für ihn*sie von Interesse) von Relevanz sind (Svennevig 1999, 154).

Das Anzeigen von Nicht-Wissen in erster Sequenzposition – häufig unter Verwendung des mentalen Verbs *wissen* – kann neben der bereits erwähnten Hervorhebung der Relevanz der thematischen Bearbeitung spezifischer Inhalte auch – entsprechend eines *epistemic hedging* (Helmer/Deppermann 2017, 139) – zum Abschwächen bestimmter Vorstellungen oder Wünsche für die Geburt dienen. Diese Strategie eröffnet den Hebammen(schülerinnen) die Möglichkeit, unter Verweis auf ein fehlendes (oder fehlerhaftes) Wissen, Wünsche zu revidieren und sehr spezifische Geburtsvorstellungen aufzulockern. Verweise von Schwangeren auf das eigene Nicht-Wissen in erster Sequenzposition können also als Praktik betrachtet werden, anhand derer sich die Dispräferenz von Wünschen und Aufforderungen zeigt, weil sie das *negative face*⁹ des*der Gesprächspartner*in bedrohen.

Ferner kann die Demonstration von Nicht-Wissen in erster Sequenzposition als Positionierungspraktik fungieren: Indem Schwangere auf ihr defizitäres Wissen verweisen, positionieren sie sich intraindividuell (z. B. als risikovermeidende Gebärende) oder innerhalb spezifischer Wissensgruppen (z. B. innerhalb der Gruppe von Erstgebärenden) und kommunizieren dadurch ein spezifisches Beziehungsverhältnis zu den Gesprächspartner*innen sowie eine Einschätzung bezüglich des eigenen Verantwortungsbereichs (als Teil einer Gruppe kommt der Schwangeren weniger Verantwortung für das eigene Nicht-Wissen zu).

Für die Anzeigen von Wissensdefiziten in zweiter Sequenzposition wurde gezeigt, dass diese in der Regel in Reaktion auf vorherige Wissenszuschreibungen durch die Hebammen(schülerinnen) – entweder explizit oder aber implizit (z. B. mit der Modalpartikel *ja*) – erfolgen. Mit einer solchen Praktik kann die Schwangere zum einen subtil anzeigen, dass für sie generelle Informationen über die Geburt von Interesse sind und zum anderen einen durch die Hebamme(nschülerin) als irrelevant markierten Themenaspekt in seiner Relevanz hochstufen und damit auf die thematische Agenda setzen. Mit einer Wissensanzeige in zweiter Sequenzposition können Schwangere demnach einen subtilen Widerspruch zum etablierten (geringen) Wissensgefälle äußern, aber dennoch eine Aufrechterhaltung der Gesprächskooperativität erwirken. Explizitere Formen von Widersprüchen gegen vorherige Wissensunterstellungen können außerdem einen Protest gegen die durch die Hebamme(nschülerin) vorgegebene Themenstruktur des Gesprächs markieren.

Insgesamt zeigen die analysierten Ausschnitte, dass das Indizieren von Wissen oder Nicht-Wissen in den Gesprächen der Schwangerenberatung – je nach sequenzieller Position – zentrale Funktionen übernimmt, wenngleich alle Formen der übergeordneten

⁹ Das *negative face* beschreibt das Bedürfnis eines Individuums nach Autonomie und Unabhängigkeit. Dieses kann z. B. durch das Äußern von Bitten oder Anfragen eingeschränkt werden (Brown/Levinson 1987, 62).

Aufgabe der Etablierung eines *common grounds* über den Ablauf der bevorstehenden Geburt dienen. Besonders Anzeigen von Wissensdefiziten auf Seiten der Schwangeren bergen – werden sie durch die medizinischen Akteur*innen wahrgenommen und angemessen adressiert – das Potenzial, eine risikoarme Geburt einer umfassend informierten Schwangeren zu gewährleisten.

Literatur

- Aikhenvald, Aleksandra (2004) *Evidentiality*. Oxford u. a.: Oxford University Press.
- Bauer, Nathalie/Buck, Isabella (2021) „nur dass sie_s mal geHÖRT ham;“ – Eine Konstruktion zum Zwecke des Wissensmanagements in medizinischen Interaktionen. In: Iakushevich, Marina/Ilg, Yvonne/Schnedermann, Theresa (Hrsg.) *Linguistik und Medizin. Sprachwissenschaftliche Zugänge und interdisziplinäre Perspektiven*. Berlin u. a.: De Gruyter, 93-112.
- Bergmann, Pia (2017) Gebrauchsprofile von *weiß nich* und *keine Ahnung* im Gespräch – Ein Blick auf nicht-responsive Vorkommen. In: Blühdorn, Hardarik (Hrsg.) *Diskursmarker im Deutschen. Reflexionen und Analysen*. Göttingen: Verlag für Gesprächsforschung, 157-182.
- Birkner, Karin/Burbaum, Christina (2016) Nichtwissen als interaktive Ressource in Therapiegesprächen. In: Groß, Alexandra/Harren, Inga (Hrsg.) *Wissen in institutioneller Interaktion*. Frankfurt/M: Lang, 83-112 [F.A.L. 55].
- Boyd, Elizabeth/Heritage, John (2006) Taking the history: questioning during comprehensive history taking. In: Heritage, John/Maynard, Douglas W. (Hrsg.) *Communication in medical care. Interaction between primary care physicians and patients*. Cambridge: Cambridge University Press, 151-184 [Studies in interactional sociolinguistics 20].
- Bredmar, Margareta/Linell, Per (1999) Reconfirming normality: The constitution of reassurance in talks between midwives and expectant mothers. In: Sarangi, Srikant/Roberts, Celia (Hrsg.) *Talk, work, and institutional order. Discourse in medical, mediation, and management settings*. Berlin u. a.: De Gruyter, 237-270 [Language, power, and social process 1].
- Bredmar, Margareta/Linell, Per (2007) Reconstructing topical sensitivity: Aspects of face-work in talks between midwives and expectant mothers. In: van Dijk, Teun A. (Hrsg.) *Discourse studies. A multidisciplinary introduction*. London: Sage, 418-444.
- Brown, Penelope/Levinson, Stephen C. (1987) *Politeness. Some universals in language usage*. Cambridge: University Press [Studies in interactional sociolinguistics 4].

- Button, Graham/Casey, Neil (1984) Generating topic: the usage of topic initial elicitors. In: Atkinson, J. Maxwell (Hrsg.) *Structures of social action. Studies in conversation analysis*. Cambridge: University press, 167-190.
- Button, Graham/Casey, Neil (1985) Topic nomination and topic pursuit. In: *Human Studies* 8, 3-55.
- Charles, Cathy/Gafni, Amiram/Whelan, Tim (1997) Shared decision-making in the medical encounter: What does it mean? (or it takes at least two to tango). In: *Social Science & Medicine* 44(5), 681-692.
- Charles, Cathy/Gafni, Amiram/Whelan, Tim (1999) Decision-making in the physician-patient encounter: Revisiting the shared treatment decision-making model. In: *Social Science & Medicine* 49(5), 651-661.
- Clark, Herbert H. (1992) *Arenas of language use*. Chicago: University Press.
- Clark, Herbert H. (1996) *Using language*. Cambridge: University Press.
- Clark, Herbert H. (2006) Context and common ground. In: Brown, Keith (Hrsg.) *Encyclopedia of language and linguistics*. Oxford: Elsevier, 105-108.
- Deppermann, Arnulf (2018) Wissen im Gespräch. In: Birkner, Karin/Janich, Nina (Hrsg.) *Handbuch Text und Gespräch*. Berlin u. a.: De Gruyter, 104-142 [HSW 5].
- Deppermann, Arnulf/Blühdorn, Hardarik (2013) Negation als Verfahren des Adressatenzuschnitts: Verstehenssteuerung durch Interpretationsrestriktionen. In: *Deutsche Sprache* 41(1), 6-30.
- Deppermann, Arnulf/Feilke, Helmuth/Linke, Angelika (2016) Sprachliche und kommunikative Praktiken: Eine Annäherung aus linguistischer Sicht. In: Deppermann, Arnulf/Feilke, Helmuth/Linke, Angelika (Hrsg.) *Sprachliche und kommunikative Praktiken*. Berlin u. a.: De Gruyter, 1-23 [Jahrbuch des Instituts für Deutsche Sprache 2015].
- Deppermann, Arnulf/Spranz-Fogasy, Thomas (2011) Doctors' questions as displays of understanding. In: *Communication & Medicine* 8(2), 111-122.
- Diewald, Gabriele/Smirnova, Elena (2010) *Evidentiality in German. Linguistic realization and regularities in grammaticalization*. Berlin u. a.: De Gruyter [TiLSM 228].
- Drew, Paul (2018): Expistemics – The rebuttal special issue: An introduction. In: *Discourse Studies* 20(1), 3-13.
- Du Bois, John W. (2007) The stance triangle. In: Englebretson, Robert (Hrsg.) *Stance-taking in Discourse*. Amsterdam u. a.: Benjamins, 139-182.

- Elwyn, Glyn/Edwards, Adrian/Wensing, M./Hibbs, R./Wilkinson, C./Grol, Richard (2001) Shared decision making observed in clinical practice: visual displays of communication sequence and patterns. In: *Journal of evaluation in clinical practice* 7(2), 211-221.
- Elwyn, Glyn/Edwards, Adrian/Wensing, M./Hood, K./Atwell, C./Grol, Richard (2003) Shared decision making: Developing the OPTION scale for measuring patient involvement. In: *Quality & safety in health care* 12(2), 93-99.
- Felder, Ekkehard/Schuster, Britt-Marie/Spranz-Fogasy, Thomas (2021) Diagnosen (h)erstellen – Sprachwissenschaftliche Zugänge. In: Iakushevich, Marina/Ilg, Yvonne/Schnedermann, Theresa (Hrsg.) *Linguistik und Medizin. Sprachwissenschaftliche Zugänge und interdisziplinäre Perspektiven*. Berlin u. a.: De Gruyter, 11-42.
- Gavioli, Laura (1995) Turn-initial versus turn-final laughter: Two techniques for initiating remedy in English/Italian bookshop service encounters. In: *Discourse Processes* 19(3), 369-384.
- Groß, Alexandra (2018) *Arzt/Patient-Gespräche in der HIV-Ambulanz. Facetten einer chronischen Gesprächsbeziehung*. Göttingen: Verlag für Gesprächsforschung.
- Günthner, Susanne (2021) WIR im interaktionalen Gebrauch: Zur Verwendung des Pronomens der 1. Person Plural in der institutionellen Kommunikation – am Beispiel onkologischer Aufklärungsgespräche. In: *Zeitschrift für germanistische Linguistik* 49(2), 292-334.
- Hannken-Illjes, Kati/Honegger, Sara/Völker, Ina/Giessler, Tanja (2021) Verstehen, Relevanzsetzung und Wissen in Gesprächen der Schwangerenberatung. In: *Zeitschrift für Hebammenwissenschaft* 17, 37-41.
- Hayano, Kaoru (2013) Question design in conversation. In: Sidnell, Jack/Stivers, Tanya (Hrsg.) *The handbook of conversation analysis*. Malden MA: Wiley-Blackwell, 395-414.
- Helmer, Henrike/Deppermann, Arnulf (2017) ICH WEISS NICHT zwischen Assertion und Diskursmarker: Verwendungsspektren eines Ausdrucks und Überlegungen zu Kriterien für Diskursmarker. In: Blühdorn, Hardarik (Hrsg.) *Diskursmarker im Deutschen. Reflexionen und Analysen*. Göttingen: Verlag für Gesprächsforschung, 131-156.
- Heritage, John (2010) Questioning in medicine. In: Freed, Alice F./Ehlich, Susan (Hrsg.) *“Why do you ask?” The function of questions in institutional discourse*. Oxford u. a.: University Press, 42-68.
- Heritage, John (2012) Epistemics in action: Action formation and territories of knowledge. In: *Research on Language and Social Interaction* 45(1), 1-29.

- Heritage, John (2013) Epistemics in conversation. In: Sidnell, Jack/Stivers, Tanya (Hrsg.) *The handbook of conversation analysis*. Malden MA: Wiley-Blackwell, 370-394.
- Heritage, John/Raymond, Geoffrey (2005) The terms of agreement: Indexing epistemic authority and subordination in talk-in-interaction. In: *Social Psychology Quarterly* 68(1), 15-38.
- Heritage, John/Roth, Andrew L. (1995) Grammar and Institution: Questions and Questioning in the broadcast news interview. In: *Research on Language & Social Interaction* 28(1), 1-60.
- Imo, Wolfgang (2009) Konstruktion oder Funktion? Erkenntnisprozessmarker (change-of-state-token) im Deutschen. In: Günthner, Susanne/Bücker, Jörg (Hrsg.) *Grammatik im Gespräch. Konstruktionen der Selbst- und Fremdpositionierung*. Berlin u. a.: De Gruyter, 57-86 [Linguistik – Impulse & Tendenzen 33].
- Imo, Wolfgang/Ziegler, Evelyn (2019) Situierete Konstruktionen: das Indefinitpronomen man im Kontext der Aushandlung von Einstellungen zu migrationsbedingter Mehrsprachigkeit. In: Erfurt, Jürgen/Knop, Sabine de (Hrsg.) *Konstruktionsgrammatik und Mehrsprachigkeit*. OBST 94, 75-104.
- Kärkkäinen, Elise (2006) Stance taking in conversation: From subjectivity to intersubjectivity. In: *Text & Talk* 26(6), 699-731.
- Kerse, Ngaire/Buetow, Stephen/Mainous, Arch G./Young, Gregory/Coster, Gregor/Arroll, Bruce (2004) Physician-patient relationship and medication compliance: a primary care investigation. In: *Ann Fam Med*. 2(5), 455-461.
- Kleschatzky, Elisabeth/Hannken-Illjes, Kati (2024) Unplanbarkeit als argumentative Ressource in der Schwangerenberatung. In: Hannken-Illjes, Kati/Spieß, Constanze (Hrsg.) *Sprache – Wissen – Macht. Zur sprachlichen Konstitution (bio)medizinischer und bioethischer Kommunikation*. OBST 102, 63-85.
- König, Katharina (2015) Fragen in universitären Sprechstundengesprächen – Gesprächsanalyse und authentisches gesprochenes Deutsch im DaF-Unterricht. In: *Interaktion* 55, 1-31.
- Koerfer, Armin/Oblers, Rainer/Köhle, Karl (2005) Der Entscheidungsdialog zwischen Arzt und Patient – Modelle der Beziehungsgestaltung in der Medizin. In: Neises, Mechthild/Ditz, Susanne/Spranz-Fogasy, Thomas (Hrsg.) *Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde. Ein interdisziplinärer Ansatz zur verbalen Intervention*. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 137-157.
- Kupetz, Maxi (2014) ‚Mitfühlend sprechen‘: Zur Rolle der Prosodie in Empathiedarstellungen. In: Barth-Weingarten, Dagmar/Szczepek Reed, Beatrice (Hrsg.) *Prosodie und Phonetik in der Interaktion*. Mannheim: Verlag für Gesprächsforschung, 87-114.

- Labov, William/Fanshel, David (1977) *Therapeutic discourse. Psychotherapy as conversation*. New York: Academic Press.
- Lasch, Lidia/Fillenberg, Sabine (2017) *Basiswissen Gynäkologie und Geburtshilfe*. Berlin: Springer.
- Lynch, Michael/Macbeth, Douglas (2018) The epistemics of Epistemics: An introduction. In: *Discourse Studies* 18(5), 493-499.
- Lynch, Michael/Wong, Jean (2016) Reverting to a hidden interactional order: Epistemics, informationism, and conversation analysis. In: *Discourse Studies* 18(5), 526-549.
- Maynard, Douglas W./Zimmerman, Don H. (1984) Topical talk, ritual and the social organization of relationships. In: *Social Psychology Quarterly* 47(4), 301-316.
- Mushin, Ilana (2013) Making knowledge visible in discourse: Implications for the study of linguistic evidentiality. In: *Discourse Studies* 15(5), 627-645.
- Pomerantz, Anita (1984) Agreeing and disagreeing with assessments: some features of preferred/dispreferred turn shapes. In: Atkinson, J. Maxwell (Hrsg.) *Structures of social action. Studies in conversation analysis*. Cambridge: University press, 57-101.
- Pomerantz, Anita (1986) Extreme case formulations: A way of legitimizing claims. In: *Human Studies* 9(2/3), 219-229.
- Pomerantz, Anita/Heritage, John (2013) Preference. In Sidnell, Jack/Stivers, Tanya (Hrsg.) *The handbook of conversation analysis*. Malden MA: Wiley-Blackwell, 210-229.
- Reineke, Silke (2016) *Wissenszuschreibungen in der Interaktion. Eine gesprächsanalytische Untersuchung impliziter und expliziter Formen der Zuschreibung von Wissen*. Heidelberg: Universitätsverlag Winter [OraLingua 12].
- Reineke, Silke (2018) Interaktionale Analyse kognitiver Phänomene. Wissenszuschreibungen mit der Modalpartikel ja. In: Marx, Konstanze/Meier, Simon (Hrsg.) *Sprachliches Handeln und Kognition. Theoretische Grundlagen und empirische Analysen*. Berlin u. a.: De Gruyter, 183-204 [Linguistik – Impulse & Tendenzen 75].
- Rose, Lotte/Schmied-Knittel, Ina (2011) Magie und Technik: Moderne Geburt zwischen biografischem Event und kritischem Ereignis. In: Villa, Paula-Irene/Moebius, Stephan/Thiessen, Barbara (Hrsg.) *Soziologie der Geburt: Diskurse, Praktiken und Perspektiven*. Frankfurt/M u. a.: Campus Verlag, 75-100.
- Rost-Roth, Martina (2011) Formen und Funktionen von Interrogationen. Fragen in grammatischen Beschreibungen, empirischen Befunden und Lehrwerken für Deutsch als Fremdsprache. In: *Linguistik online* 49(5), 91-117.
- Sacks, Harvey (1992) *Lectures on conversation. Volume II*. Oxford: Blackwell.

- Sacks, Harvey/Schegloff, Emanuel A./Jefferson, Gail (1974) A simplest systematics for the organization of turn-taking for conversation. In: *Language* 50(4), 696-735.
- Sator, Marlene (2003) *Zum Umgang mit Relevanzmarkierungen im ÄrztInnen-PatientInnen-Gespräch. Eine konversationsanalytische Fallstudie eines Erstgesprächs auf der onkologischen Ambulanz*. Masterarbeit, Universität Wien.
- Schegloff, Emanuel A./Jefferson, Gail/Sacks, Harvey (1977) The preference for self-correction in the organization of repair in conversation. In: *Language* 53(2), 361-382.
- Schwitalla, Johannes (1997, ⁴2012) *Gesprochenes Deutsch. Eine Einführung*. Berlin: Erich Schmidt [Grundlagen der Germanistik 33].
- Selting, Margret (2016) Praktiken des Sprechens und Interagierens im Gespräch aus der Sicht von Konversationsanalyse und Interaktionaler Linguistik. In: Deppermann, Arnulf/Feilke, Helmuth/Linke, Angelika (Hrsg.) *Sprachliche und kommunikative Praktiken*. Berlin u. a.: De Gruyter, 27-56.
- Selting, Margret/Auer, Peter/Barth-Weingarten, Dagmar/Bergmann, Jörg/Bergmann, Pia/Birkner, Karin/Couper-Kuhlen, Elizabeth/Deppermann, Arnulf/Gilles, Peter/Günthner, Susanne/Hartung, Martin/Kern, Friederike/Merzluft, Christine/Meyer, Christian/Morek, Miriam/Oberzaucher, Frank/Peters, Jörg/Quasthoff, Uta/Schütte, Wilfried/Stukenbrock, Anja/Uhmann, Susanne (2009) Gesprächsanalytisches Transkriptionssystem 2 (GAT 2). In: *Gesprächsforschung* 10, 353-402.
- Spranz-Fogasy, Thomas (2010) Verstehensdokumentation in der medizinischen Kommunikation: Fragen und Antworten im Arzt-Patient-Gespräch. In: Deppermann, Arnulf/Reitemeier, Ulrich/Schmitt, Reinhold/Spranz-Fogasy, Thomas (Hrsg.) *Verstehen in professionellen Handlungsfeldern*. Tübingen: Narr, 27-116 [Studien zur deutschen Sprache 52].
- Stivers, Tanya/Mondada, Lorenza/Steensig, Jakob (2011) Knowledge, morality and affiliation in social interaction. In: Stivers, Tanya/Mondada, Lorenza/Steensig, Jakob (Hrsg.) *The morality of knowledge in conversation*. Cambridge: University Press, 3-26 [Studies in interactional sociolinguistics 29].
- Svennevig, Jan (1999) *Getting acquainted in conversation. A study of initial interactions*. Amsterdam u. a.: Benjamins [Pragmatics and beyond 64].
- Tiittula, Liisa (1993) *Metadiskurs. Explizite Strukturierungsmittel im mündlichen Diskurs*. Hamburg: Buske [Papiere zur Textlinguistik 68].
- Van Dijk, Teun A. (2013) The field of Epistemic Discourse Analysis. In: *Discourse Studies* 15(5), 497-499.

- Völker, Ina (i. Dr.) *Themeninitiierung in der Schwangerenberatung. Eine gesprächsanalytische Untersuchung kommunikativer Verfahren zur Einführung von Gesprächsthemen in geburtsvorbereitenden Gesprächen.* Göttingen: Verlag für Gesprächsforschung.
- Wimmer-Puchinger, Beate/Bronneberg, Gertrud/Nowak, Peter/Nowak, Andrea (1989) Gesprächstraining für die Anamneseerhebung im Rahmen der ersten Schwangerschaftskontrolluntersuchung: Ein Pilotprojekt an einer Frauenklinik. In: *Zeitschrift für Geburtshilfe und Perinatologie* 193, 276-283.

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, Krankenschreibung, 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 hintergebar 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.

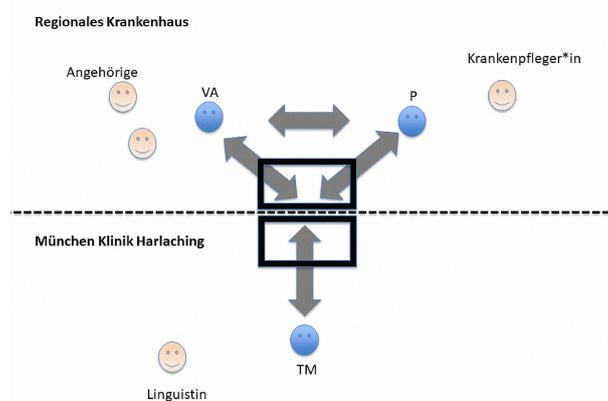


Abb. 1: Triadische Konstellation der telemedizinischen Konsile

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 zurückzieht. 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 Analyseverfahren

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 „*berr (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 Ab- schluss 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 NAsE erst an.
11   (0.55) ((VÄ hebt Finger hoch. P blickt VÄ ins Gesicht))
12   erst zu MI:R, (1.75)
13   schauen sie ein FINGer,
14   (0.29)
15 P15: (oRAY;) (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, Kobin H./Drew, Paul (2014) The Putative Preference for Offers Over Requests. In: Drew, Paul/Couper-Kuhlen, Elisabeth (Hrsg.), 87-140.
- Kendrick, Kobin H./Drew, Paul (2016) Recruitment: Offers, Requests, and the Organization of Assistance in Interaction. In: *Research on Language and Social Interaction* 49(1), 1-19.
- 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/Mertzluff, 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.

SASKIA JÜNGER

Implizite Normativität und Komplexitätsreduktion in der medizinischen Wissensproduktion

Abstract

Medizinische Wissensproduktion und -kommunikation werden aus wissenssoziologischer Perspektive vor dem Hintergrund einer vielschichtigen Komplexitätsreduktion konstruiert. Trotz des Anspruchs wissenschaftlicher Neutralität und Objektivität sind diese von impliziten Werten und Relevanzsetzungen geprägt. Ziel des vorliegenden Beitrags ist es, diese implizite Normativität medizinischer Wissenschaft explizit zu machen und die mit ihr verbundene Deutungshoheit in Bezug auf akzeptierte und marginalisierte Wissensformen sowie Strategien der Legitimation von Geltungsansprüchen offenzulegen. Die Implikationen dessen werden in diesem Beitrag auf drei Ebenen erörtert: (1) Prämissen der Wissensproduktion; (2) die Konstruktion einer problematischen Gesundheit; und (3) epistemische Konflikte im Kontext von Gesundheit und medizinischer Wissenslogik. In einem abschließenden Fazit wird die Idee einer integrativen epistemischen Öffnung diskutiert.

From the perspective of the sociology of knowledge, medical knowledge production and communication are constructed against the background of a multi-layered reduction of complexity. Despite the claim of scientific neutrality and objectivity, these are characterised by implicit values and relevance settings. The aim of this contribution is to make this implicit normativity of medical science explicit and to reveal the interpretative sovereignty associated with it in relation to accepted and marginalised forms of knowledge as well as strategies for legitimising claims to validity. The implications of this are discussed in this article on three levels: (1) premises of knowledge production; (2) the construction of problematic health; and (3) epistemic conflicts in the context of health and medical knowledge logic. In conclusion, the idea of an integrative epistemic opening is discussed.

Keywords: evidenzbasierte Medizin (EBM), Wissensformen, Wissenssoziologie, medizinische Wissenslogik, medical gaze, implizite Normativität, epistemische Verwirrung

epistemic/evidential injustice, evidence-based medicine (EBM), forms of knowledge, sociology of knowledge, logic of medical knowledge, medical gaze, implicit normativity, epistemic confusion

Osnabrücker Beiträge zur Sprachtheorie 102 (2024), 143-167

Published online 13-02-2024; DOI <https://doi.org/10.17192/obst.2024.102.8643>

1 Einleitung

Medizinische Wissensproduktion und -kommunikation werden aus wissenssoziologischer Perspektive vor dem Hintergrund einer vielschichtigen Komplexitätsreduktion konstruiert. Trotz des Anspruchs wissenschaftlicher Neutralität und Objektivität sind diese von impliziten Werten und Relevanzsetzungen geprägt. Ziel des vorliegenden Beitrags ist es, diese implizite Normativität medizinischer Wissenschaft explizit zu machen. Hierzu werden exemplarische Dokumente medizinischer Wissenskommunikation im Hinblick auf sprachliche und semiotische Muster, Deutungshoheit in Bezug auf akzeptierte und marginalisierte Wissensformen sowie Strategien der Legitimation von Geltungsansprüchen untersucht. Die Analyse ist eingebettet in vier eng miteinander verwobene erkenntnistheoretische Blickwinkel: (1) die historische Entwicklung medizinischer Deutungsmacht über den Körper und das menschliche Dasein (Foucault 1973); (2) Medizin als eigene Kultur (Lupton 2012; Napier et al. 2014); (3) Wissenschaft als soziale Praxis (die Bedeutung sozialer Praxis für die wissenschaftliche Erkenntnisproduktion; die soziale Konstruktion wissenschaftlicher Tatsachen) (Fleck 1980; Polanyi 1964; Kuhn 1976); und (4) die implizite Normativität im Kontext der Evidenzbasierten Medizin (EbM) (Molewijk et al. 2003).

Die Auseinandersetzung erfolgt auf einem breiten Fundament der internationalen Debatte zu diesem Thema (Bлум/Borgerson 2011), zugleich jedoch in dem Bewusstsein, in dem komplexen und kontroversen Diskurs zu EbM nicht alle Perspektiven berücksichtigen zu können. Der Beitrag soll vielmehr dazu einladen, die spezifischen Regeln zur Generierung von Evidenz sowie selbstverständliche Setzungen im Hinblick auf die wissenschaftlich autorisierte Definitionsmacht über menschliches Leben und Gesundheit zur Diskussion zu stellen und den Blick für die Legitimität anderer Perspektiven zu öffnen. Hierbei wird die Perspektive eines konstruktivistischen Realismus – im Sinne einer reflexiven epistemischen Position zwischen einem strengen Positivismus und einem radikalen Konstruktivismus – eingenommen (Cupchik 2001; Strydom 2002, 47; Barkin 2004). Der Fokus liegt dabei bewusst auf der Makroebene, um übergeordnete Geltungsansprüche ‚westlicher Medizin‘ und medizinischer Wissensproduktion zu beleuchten – dies in dem Wissen um deutlich vielschichtigere Ansätze und nuanciertere Entwicklungen auf der Mikroebene, z. B. in der klinischen Praxis oder in der Aus-, Fort- und Weiterbildung. Die Erkenntnisse werden hinsichtlich ihrer Implikationen auf drei Ebenen erörtert: (1) Prämissen der Wissensproduktion; (2) die Konstruktion einer problematischen Gesundheit; und (3) epistemische Konflikte (z. B. epistemische Verwirrung und *evidential injustice*) im Kontext von Gesundheit und medizinischer Wissenslogik (Carel/Kidd 2014; Michaels 2021; Samerski 2010). In einem abschließenden Fazit werden Überlegungen einer integrativen epistemischen Öffnung als möglicher Ansatz diskutiert, im Sinne eines konstruktivistischen Realismus eine erkenntnistheoretische und methodologische Brücke zu schlagen und die Vielfalt an gesundheitsrelevanten Perspektiven und Wissensbeständen in angemessener Weise zu reflektieren.

2 Historische Entwicklung medizinischer Deutungsmacht über den Körper und das menschliche Dasein

Die aufgrund des biomedizinisch-technischen Fortschritts immer feinkörnigere Analyse des menschlichen Daseins zur Erklärung und Vorhersage gesundheitsbezogener Phänomene eröffnet zunehmende Möglichkeiten der Identifikation von ‚Abweichungen‘ mit potenziellem Krankheitswert. Mit der Setzung von Definitionen, Grenzwerten und Kategorisierungen bezüglich dessen, was noch als ‚gesund‘ oder schon als ‚krank‘ oder zumindest ‚riskant‘ betrachtet wird, entstehen neue Präventions- und Behandlungsbedarfe. Zudem können Erkenntnisse die Definition von Erkrankungen maßgeblich ändern (Gerber/Hentzelt/Lauterbach 2007). Im Folgenden wird die enge historische Verwobenheit biomedizinisch-technischen Fortschritts, erkenntnistheoretischer Prämissen und gesundheitsbezogener Wissensproduktion dargelegt.

2.1 Entschleierung menschlicher Mysterien – das sichtbare Unsichtbare

Durch den technischen Fortschritt im Bereich der Biomedizin ist eine immer kleinteiligere ‚Entschleierung des Körperinnenraums‘ möglich, wie sie Foucault bereits in den 1960er Jahren in seinem einflussreichen Werk ‚Die Geburt der Klinik‘ anhand der anatomischen Sezierung in der Pathologie beschrieben hatte (Foucault 1973, 166). Die Erfindung des Mikroskops spielt in dieser Entwicklung eine zentrale Rolle (Lupton 2012, 83). Hier wird die positivistische Verankerung der Begrifflichkeit medizinischer Evidenz (lat. *evidentia*, abgeleitet von *e-videri*, ‚herausscheinen‘, ‚hervorscheinen‘, als dasjenige, was einleuchtet, weil es gleichsam aus sich herausstrahlt (Kemmann 2013)) deutlich – wahr ist das, was sichtbar gemacht und sprachlich artikuliert werden kann. War dies ursprünglich erstmals durch das Aufschneiden des menschlichen Körpers und die Analyse von Gewebeproben möglich, so kamen in den folgenden Jahrzehnten Techniken des Durchleuchtens und bildgebende Verfahren hinzu, die Sequenzierung des Genoms und in jüngerer Zeit mit digitalen Anwendungen und Big Data die Möglichkeit, Körper und Gesundheit in Algorithmen und Daten auszudrücken (Tabelle 1). Diese biomedizinischen Technologien zur Durchleuchtung und Fragmentierung des menschlichen Körpers haben die Konzepte von Krankheiten geprägt und sind in zunehmendem Maße mit einer Operationalisierbarkeit und Quantifizierbarkeit des menschlichen Daseins assoziiert. In Tabelle 1 (eigene Darstellung) werden die im Laufe der technischen Entwicklungen immer feinteiligeren Möglichkeiten der Analyse mit immer höherem Abstraktionsgrad in Bezug auf die Repräsentation des Körpers¹ in der Medizin veranschaulicht.

1 ‚Körper‘ schließt hier weitere Ebenen menschlichen Daseins (Psyche, Kognition, Emotion, Verhalten) mit ein, die ebenfalls Gegenstand der wissenschaftlichen Erkundung mithilfe der genannten Technologien sind.

Verfahren	Technische Vorgehensweise	Repräsentation des Körpers
Pathologie	Freilegen, Sezieren und Mikroskopieren	der demaskierte Körper
Bildgebende Verfahren	Visualisieren	der Körper als Abbildung
Genomsequenzierung	Fragmentieren	der Körper als genetische Landschaft
Digitale Anwendungen und Big Data	Datafizieren	der Körper in Daten

Tabelle 1 Entschleierung² menschlicher Mysterien (eigene Darstellung)

Foucault hat diese Entwicklungen im Sinne einer Institutionalisierung medizinischen Wissens sowie einer mit ihr einhergehenden Reorganisation der Forschungsstrukturen und der gesamten medizinischen Wissensproduktion am Ende des 18. Jahrhunderts beleuchtet. Für die damit verbundene Perspektive hat er den Begriff ‚regard médical‘ (*medical* oder *clinical gaze*) geprägt (Foucault 1973), der eine immer weitergehende Entschlüsselung gesundheitsbezogener Phänomene fordert und damit eine immer größere Kontrolle des Zufalls verspricht. Zugleich impliziert der ‚regard médical‘ bestimmte epistemische Regeln, die im Sinne des Positivismus eng mit der Vorstellung überprüfbarer Faktizität verbunden sind.

2.2 Medizin als Kultur

Der erkenntnistheoretische und methodische Entstehungskontext von Gesundheitswissen wird durch einen naturwissenschaftlichen Bezugsrahmen bestimmt; die Art des Wissensschaffens ist dem Anspruch von Neutralität und Objektivität verpflichtet (Heintz/Merz/Schumacher 2004, u. a. 30). Hierbei wird außer Acht gelassen, dass die ‚westliche‘³ Medizin ebenso ein Produkt sozialer und kultureller Prozesse ist wie das medizinische Wissen und die Praktiken in nicht-westlichen Kulturen (Lupton 2012; Napier et al. 2014). Für die ‚westliche‘ medizinische Forschung und Praxis gilt seit den 1990er Jahren die Evidenzbasierte Medizin (EbM) als maßgebliches Paradigma der Erkenntnisgewinnung (Bingeman 2016). Der Begriff der EbM wurde in den 1990er Jahren von Sackett und Kolleg*innen im Sinne eines Plädoyers für mehr Regelgeleitetheit und Transparenz in der

³ Der Begriff ‚westlich‘ – wenngleich nicht unumstritten – bezeichnet in diesem Kapitel ein Archiv von Wissen und Systemen, Regeln und Werten sowie intellektuellen, politischen, wirtschaftlichen, kulturellen und sozialen Konstrukten, die ursprünglich von Europa ausgehend, auch für Nordamerika und Australien charakteristisch sind (Ermine/Sinclair/Jeffery 2004; Pellegrino 1992; Smith 2012). Er umfasst grundlegende Einstellungen zur Natur, zur Realität und zum Wissen (Sachs-Jeantet/Sagasti/Salomon 1994) und prägt damit das institutionalisierte soziale System, in das die Wissensproduktion eingebettet ist.

Generierung und Anwendung medizinischer Erkenntnis geprägt, mit dem Ziel, die Qualität der wissenschaftlichen und klinischen Praxis zu sichern und willkürlichem Handeln vorzubeugen:

Evidence based medicine is the conscientious, explicit, and judicious use of current best evidence in making decisions about the care of individual patients. The practice of evidence based medicine means integrating individual clinical expertise with the best available external clinical evidence from systematic research. (Sackett et al. 1996, 71)

Im Laufe der letzten Jahrzehnte hat sich EbM zu einem machtvollen normativen epistemischen Rahmenwerk für die Praktiken der Wissensproduktion einer erweiterten wissenschaftlichen Community entwickelt (Bingeman 2016). Ihre Regeln gelten nicht allein für die Medizin im engeren Sinne; vielmehr ist ein starker Einfluss auf angrenzende Fachdisziplinen und Forschungsbereiche zu beobachten, beispielsweise die Versorgungsforschung, Gesundheitswissenschaften, Medizinpsychologie, Medizinsoziologie und die angewandten Therapiewissenschaften (Bluhm/Borgerson 2011; Baumann et al. 2016; von Kardorff 2021). Dabei stellt EbM Anforderungen an Forschende hinsichtlich der Arten der Erkenntnis, die sie produzieren sollten. Es wurde eine Hierarchie der Evidenzgrade zur Kategorisierung der Qualität der Evidenz und der Stärke der jeweiligen medizinischen Empfehlung aufgestellt (Haring 2018, 59). An der Spitze stehen Metaanalysen und systematische Reviews, gefolgt von randomisiert kontrollierten Studien (*randomised controlled trials* (RCT)); Fallstudien und Expert*innenmeinungen stehen auf der untersten Stufe der Evidenz. Qualitativer Forschung wird in diesem methodischen Ordnungssystem kaum eine zielführende Bedeutung beigemessen. Genau genommen handelt es sich also nicht um eine Hierarchie der *Evidenz*, sondern von *Studiendesigns* (Bluhm/Borgerson 2011, 221), mit einer Höherbewertung von quantifizierbarem, objektivierbarem Wissen und damit einhergehend einer Präferenz bestimmter Studientypen, die – im Dienste der Medizin als ‚exakte objektive Wissenschaft‘ – ein solches Wissen hervorzubringen versprechen (von Kardorff 2021, 333). Wissen und Macht sind hier eng miteinander verwoben, da es neben dem Bestreben einer bestmöglichen medizinischen Versorgung auch gilt, Status, Fördermittel und Deutungshoheit zu gewinnen (Napier et al. 2014, 1627). Es handelt sich gewissermaßen um ein selbstreferenzielles epistemisches System, das die möglichen Forschungsgegenstände und Fragestellungen sowie die legitimen wissenschaftlichen Zugänge zu deren Beantwortung vorgibt (Lupton 2012). Nur bestimmte Formen des Wissens schaffen es in der Folge auf die Vorderbühne der Erkenntnisproduktion, während andere systematisch exkludiert oder abgewertet werden (Michaels 2021). Die Kontingenz dieses Vorgehens im Sinne einer sozialen, kulturellen und zeitlichen Bedingtheit wird jedoch in der Regel ausgeblendet oder zumindest nicht explizit reflektiert.

3 Illusion der Faktizität – Wissenschaft als soziale Praxis

Wissenssoziologische Studien nehmen die Bedingtheit evidenzbasierter Erkenntnis in den Blick und analysieren die sozialen Praktiken, die der Entstehung wissenschaftlicher ‚Tatsa-

chen‘ zugrunde liegen, beispielsweise in den berühmten Laborstudien von Knorr-Cetina (2016) und Latour/Woolgar (1986). Auch Polanyi (1964) hat in seiner Auseinandersetzung zum Wesen und zur Berechtigung wissenschaftlicher Erkenntnis die gängige Sichtweise angefochten, diese sei objektiv und von persönlichen Einflüssen abgekoppelt (Nye 2017, 3428). Für den medizinischen Bereich hat Fleck in revolutionärer Weise aufgezeigt, wie die Entstehung medizinischer Fakten sozialen Konstruktionsprozessen unterliegt (Fleck 1980). In einer jüngeren Untersuchung von Grenzziehungsprozessen in der Wissenschaft analysieren Heintz/Merz/Schumacher (2004), wie durch Verfahren der Regulierung wissenschaftlicher Beobachtung, der Standardisierung von Messvorgängen, der Normierung der Kommunikation sowie der „Laborisierung“ (Heintz/Merz/Schumacher 2004, 37) der Wissenschaft kontrollierbare Bedingungen geschaffen und natürliche Kontingenzen der Realität zunehmend ausgeschlossen werden. Solche Analysen vermögen es, die sozialen und normativen Einflüsse im Kontext vermeintlich neutraler deskriptiver Forschung wie auch die impliziten Setzungen offenzulegen, die den augenscheinlich objektiven gesundheitsbezogenen Erkenntnissen inhärent sind. Die sogenannten ‚harten Fakten‘ sind also nicht so unfehlbar, wahrhaftig, objektiv und wertneutral, wie sie zunächst erscheinen mögen: “In fact they [the facts, Anm. der Autorin] emerge from a black box: the facts have travelled a long, hidden and sometimes arbitrary way before they are presented as ‘the facts’.” (Molewijk et al. 2003, 87). Im Folgenden wird diese Bedingtheit der Entstehung, Verfestigung und Kommunikation von gesundheitsbezogenen ‚Fakten‘ auf verschiedenen Ebenen erörtert. Die Beispiele illustrieren eindrücklich, in welchem Maße Begrifflichkeiten, Definitionen und Kategorisierungen das Ergebnis von Aushandlungsprozessen sind, die ihrerseits von Werturteilen, Perspektiven, Machtbeziehungen sowie dem Einfluss kultureller und normativer Rahmenbedingungen geprägt sind (Pellegrino 1992; Michaels 2021).

3.1 Implizite Normativität medizinischer Empfehlungen

Ein zentraler Geltungsbereich medizinischer Erkenntnisproduktion und -präsentation betrifft ‚faktenbasierte‘ Empfehlungen und Entscheidungshilfen für die klinische Praxis. Diese werden im medizinischen Kontext genutzt, um auf der Grundlage wissenschaftlicher Evidenz und unter Berücksichtigung des individuellen Lebenskontexts einer Person eine informierte Entscheidung treffen zu können. Während die persönliche Entscheidungsfindung in dieser Gleichung die zu verhandelnde Variable darstellt, wird die Faktizität der zugrundeliegenden wissenschaftlichen Evidenz in diesem Prozess zumeist nicht hinterfragt. „Indeed, faith in facts”, in the numbers derived from testing, has obscured the uncertainties intrinsic to such diagnostic tests, which are widely accepted as neutral, necessary and benign“ (Adelswärd/Sachs 1996, 1180). Am Beispiel einer Entscheidungshilfe zur Behandlung einer lebensbedrohlichen Erkrankung zeigen Molewijk et al. (2008, 16) eindrucksvoll, „dass Entscheidungshilfen und evidenzbasierte Medizin nicht wertfrei sind und dass bereits bei der Erstellung und Präsentation wissenschaftlicher Informationen Einfluss auf die Patientenautonomie und partizipative Entscheidungsfindung genom-

men wird.“ Theoretische Krankheitsmodelle, Werturteile hinsichtlich der antizipierten Lebensqualität sowie Abwägungen zur Akzeptabilität von Risiken fließen in die kategoriale Festlegung und sprachliche Bezeichnung von Risikoabstufungen sowie in die entsprechenden Therapieempfehlungen mit ein (Molewijk 2003, 75 ff.). Die Autor*innen argumentieren, dass die Generierung und Darstellung evidenzbasierter Erkenntnis eine implizite Normativität beinhaltet; sie kann verstanden werden als die Summe selbstverständlicher, unhinterfragter Annahmen darüber, was als gut oder schlecht, richtig oder falsch, erforderlich oder unnötig akzeptiert wird (Carter 2018, 190). Implizite Normativität hat Einfluss auf die Art, wie das medizinische Problem im Entscheidungsprozess gerahmt wird und gibt eine moralische Struktur für die Behandlungsoptionen und die soziale Praxis vor (Molewijk et al. 2003). Medizinische Termini, Statistiken sowie Norm- und Grenzwerte stellen dabei kein neutrales Vokabular dar, sondern fungieren als kommunikative, identitätsprägende und handlungsleitende Metaphern für die Grenze zwischen Normalität und Abweichung, gesund und krank, Beruhigung oder Gefahr (Adelswärd/Sachs 1996, 1181; Kreiner/Hunt 2013, 6-7).

3.2 Zwischen Aufklärung und Verschleierung – wissenschaftliche Neutralität im Zerrspiegel

Technology is never neutral, least of all a technology that lures us with promises of enhancing our understanding of life and of „what makes us human“. (Hubbard 1993, 1224)

Das Streben nach wissenschaftlicher Neutralität gründet sich neben den vorgenannten – im medizinischen Fachdiskurs sowie auch im medialen und öffentlichen Diskurs – wenig reflektierten normativen Prämissen auch auf ein mangelndes Bewusstsein für interessendurchsetzte Verflechtungen von Wissen und Macht (von Kardorff 2021). Den Begriff der *Evidenzbasierung* umgibt eine Aura wissenschaftlicher Autorität, die impliziert, dass Entscheidungen stets auf einer rigorosen und gründlichen Bewertung aller verfügbarer Erkenntnis basieren (Bluhm/Borgerson 2011; Michaels 2021). Hierbei ist jedoch zu berücksichtigen, dass die ‚gesicherte‘ Erkenntnis erst auf der Basis von Ausschlüssen, Vereinfachungen und Verallgemeinerungen auf mehreren Ebenen entsteht, zum Preis einer Komplexitätsreduktion, welche den vielschichtigen individuellen Lebenswelten in einer pluralen Gesellschaft nicht angemessen Rechnung trägt. Kontrollierte Bedingungen in Studiendesigns implizieren zahlreiche Exklusionsprozesse, so dass die eingeschlossenen Teilnehmenden nicht die gesundheitliche Realität repräsentieren (Bluhm/Borgerson 2011, 217-218). So werden beispielsweise systematisch bestimmte Gruppen (z. B. Frauen, Kinder, ältere Menschen; Greenhalgh et al. 2015; Schulte 2020), schwer zu kontrollierende Variablen (z. B. Ko-Morbiditäten oder Effekte ganzheitlicher Therapieansätze; Bingeman 2016, 493) und scheinbar irrelevante klinische Endpunkte (von Kardorff 2021, 335-336; Greenhalgh et al. 2015; Michaels 2021, 2) sowie lebensweltliche Kontextbedingungen,

situationsspezifische Besonderheiten, Fluktuationen (Schiepek/Pincus 2023) bzw. Unwägbarkeiten (Molewijk et al. 2003) aus Studien ausgeschlossen. Wer oder was in einem klinischen Studiendesign berücksichtigt, als Studienergebnis veröffentlicht und in der Praxis handlungsleitend wird, obliegt der medizinischen Definitionsmacht, die insbesondere in klinischen Studien auch von Förderstrukturen und damit interessensgeleiteten und finanziellen Steuerungseffekten geprägt ist.

Nicht nur in der Erkenntnisproduktion selbst, sondern auch in der Rahmung und Darstellung medizinischer Evidenz in Entscheidungskontexten sind Machtverhältnisse präsent (Dixon-Woods et al. 2006; Molewijk et al. 2003). Selbst bei bester Intention ist es schier unmöglich, die medizinische Evidenz vollständig und neutral darzulegen; sie stellt immer eine Selektion und damit – beabsichtigt oder unbeabsichtigt – eine Form der Manipulation dar, wie das folgende Zitat eines Chirurgen im Kontext der Studie von Molewijk et al. (2003, 83) deutlich zeigt:

I do not present all risk information as numbers. I manipulate the presentation of the information the way I assess it. I almost always succeed in convincing the patient. I change the way in which I present the information if I think that the patient unjustly hesitates with respect to a certain treatment. (Molewijk et al. 2003, 83)

4 Normative Verflechtungen in der Konstruktion von Gesundheit und Krankheitsprävention

Im Folgenden sollen die Verflechtungen impliziter Normativität im Kontext von EbM am Beispiel der Humanen Papillomviren (HPV) Impfung dargelegt werden. Hierzu wird dargestellt, wie Vorstellungen von körperlicher Unversehrtheit, Kontrollierbarkeit und Handlungsmacht im Hinblick auf die mit HPV assoziierten Erkrankungsrisiken ausgehandelt werden. Die Erörterung basiert auf der Annahme, dass die Beziehung zwischen infektiösen Erregern (in diesem Falle HPV) und einer Krankheit (in diesem Falle Gebärmutterhalskrebs sowie weitere Krebsarten) nicht linear kausal ist und die jeweilige aktuelle Lesart des Zusammenhangs zahlreichen normativen und politischen Vorannahmen unterliegt (Hubbard 1993, 1211; Tesh 1996, 3). Ziel soll hierbei keinesfalls sein, die wissenschaftlichen Erkenntnisse oder den Nutzen der Impfung grundsätzlich infrage zu stellen. Viel eher geht es darum, aus der Perspektive eines reflexiven, konstruktivistischen Realismus (Strydom 2002, 47) für die implizite Normativität und die Komplexitätsreduktion zu sensibilisieren, die dem Anspruch einer evidenzbasierten Impfempfehlung zugrunde liegen.

4.1 Die Entstehung einer wissenschaftlichen Tatsache – Krebs als sexuell übertragbare Krankheit

Im Jahr 1974 wies der Tumorforscher Harald zur Hausen das Humane Papillomvirus in Zervixkarzinomen nach (Sabisch 2009). Dies brachte eine maßgebliche Veränderung des Krankheitskonzepts mit sich; mit zur Hausens Entdeckung wurde gewissermaßen der

Grundstein für eine Neudefinition des Gebärmutterhalskrebses als ansteckende Krankheit gelegt (Fleck 1980; Gerber/Hentzelt/Lauterbach 2007; Sabisch 2009). In den folgenden Jahren wurden Zusammenhänge zwischen verschiedenen Varianten des Humanen Papillomvirus und weiteren Krebsarten entdeckt, die aufgrund des Infektionswegs seither als sexuell übertragbare Krankheit (STD) gelten (Sabisch 2009, 108). Zudem wurden Impfstoffe entwickelt und im Jahr 2006 zugelassen (Sabisch 2009, 107). Heute wird in Deutschland gemäß der Ständigen Impfkommission (STIKO) sowie der S3-Leitlinie zur Impfprävention HPV-assoziiierter Neoplasien eine flächendeckende Impfung Jugendlicher gegen HPV empfohlen (RKI 2018; AWMF 2020). Parallel dazu regten sich Widerstände gegen die Impfung. Diese richteten sich neben Bedenken hinsichtlich möglicher Impfrisiken in den frühen Jahren vor allem auf die Genderperspektive, da die fachliche Diskussion und die Impfung zunächst vor allem auf junge Mädchen fokussierten (Sabisch 2009; Rawlinson 2016). Die Medikalisierung des Mädchenkörpers sowie auch die enge Verknüpfung der Infektion mit Sexualität wurden als ‚biopolitisches Kontrolldispositiv‘ kritisiert (Sabisch 2009, 108). Eine weitere Kritik in der jüngeren Zeit betrifft die exklusive medizinische Deutungshoheit und legt den Fokus auf den Mangel an Beteiligung der betroffenen Personen als aktive Sprecher*innen im Diskursgeschehen (Paul 2020). Basierend auf diesen kritischen Auseinandersetzungen wurden für den vorliegenden Beitrag exemplarische jüngere Dokumente medizinischer Wissenskommunikation ausgewählt:

- Dok1 Pressemitteilung des German Board and Colleg of Obstetrics and Gynecology. Frauenärztinnen und -ärzte rufen dringend zur HPV-Impfung auf: Wirksamkeit und Sicherheit nach mehr als 12-jähriger Anwendung belegt. 06.03.2019 (Pressemitteilung anlässlich der Ausweitung der Impf-Empfehlung auf Jungen)
- Dok2 Informationsblatt des Krebsinformationsdienstes des Deutschen Krebsforschungszentrums „HPV-IMPfung: Schutz vor humanen Papillomviren“ Stand: 15.01.2022, gültig bis 15.01.2024.
- Dok3 Heinemeier, Dorothee/Terhardt, Martin/Betsch, Cornelia (2021) Impfverhalten psychologisch erklären und verändern am Beispiel der HPV-Impfung. In: Die Gynäkologie 54(9), 665–672. (Leitthemen-Beitrag in der Fachzeitschrift ‚Die Gynäkologie‘)
- Dok4 Wojcinski, Michael (2021) 14 Jahre HPV-Impfung: was haben wir erreicht? In: Die Gynäkologie 54(11), 801-809. (Leitthemen-Beitrag in der Fachzeitschrift ‚Die Gynäkologie‘)
- Dok5 Pressemitteilung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Welt-HPV-Tag 2023: Impfung kann vor HPV-bedingten Krebserkrankungen schützen. 01.03.2023 (Pressemitteilung anlässlich des Welt-HPV-Tags)

Tabelle 2 Ausgewählte Dokumente

Diese wurden im Hinblick auf die Darstellung von Evidenz zur Wirksamkeit, Sicherheit und zum Nutzen der HPV-Impfung untersucht und mit den Erkenntnissen früherer Analysen verknüpft. Hierzu wurden die Texte mittels des offenen Kodierens (Strauss/Corbin 1998) im Hinblick auf sprachliche und semiotische Muster, Deutungshoheit in Bezug auf akzeptierte und marginalisierte Wissensformen sowie Strategien der Legitimation von Geltungsansprüchen analysiert.

4.2 Wissenschaftliche Konstruktion von Gesundheitsrisiken – normative Setzungen in der Prävention der HPV-Infektion

Grundsätzlich wird eine möglichst flächendeckende Impfung gegen HPV zum Erreichen einer so genannten Herdenimmunität angestrebt – mit dem von der WHO formulierten Ziel der ‚Ausrottung‘ von Gebärmutterhalskrebs bis zum Jahr 2030. Kernempfehlung ist eine Impfung von Mädchen und Jungen im Alter von 9-14 Jahren, und zwar möglichst früh vor einem ersten Sexualkontakt. Es wird deutlich, dass diese Empfehlung verschiedene implizite Normen beinhaltet, beispielsweise Annahmen darüber, wann heute der erste Geschlechtsverkehr erfolgt, nämlich zwischen 12 und 14 Jahren (Sabisch 2009, 121). Erwähnenswert ist hierbei, dass 14-jährige Jugendliche in klinischen Studien als Proxy für 9-jährige Kinder untersucht wurden, da es aus ethischen und technischen Gründen nicht begründbar sei, die durchaus belastende Untersuchung (Zervikalabstriche) in dieser Altersgruppe durchzuführen (Sabisch 2009; 120; AWMF 2020).

Um diese Kernempfehlung herum zeigen sich teils verwirrende Unschärfe und Intransparenz dahingehend, dass unklar bleibt, für wen und zu welchem Zeitpunkt genau die Impfung nützlich sei, da diese in verschiedenen Dokumenten auch für Erwachsene (siehe Beleg (1)) empfohlen wird.

(1) nach dem 18. Geburtstag bis ins höhere Alter (Dok1)

Eine weitere Empfehlung besagt:

(2) Die HPV-Impfung kann aber auch für bereits sexuell aktive Personen nützlich sein, besonders dann, wenn sie derzeit nicht oder nicht mit allen Impftypen infiziert sind. Ein HPV-Test vor der Impfung wird nicht empfohlen. Er hilft bei der Entscheidung für oder gegen die Impfung nicht weiter. Auch bei positivem Testergebnis liegt nur selten eine Infektion mit allen im Impfstoff enthaltenen HPV-Typen vor. Zudem kann die Impfung vor erneuten Infektionen schützen. (Dok2)

Hier zeigt sich, wie Diskurse über Risiko und Angst um oft verwirrende und widersprüchliche Informationen konstruiert (Rawlinson 2016) und gewissermaßen ‚Blanko-Checks‘ (Hubbard 1993; 1209) für den Nutzen der Impfung ausgestellt werden. Dies manifestiert sich beispielsweise auch in einer stetigen Ausweitung des möglichen Nutzens der Impfung zum Schutz vor weiteren Virusvarianten und Krebsarten (u. a. Dok2), sowie in der Drastik der Darstellung der möglichen Folgen einer HPV-Infektion durch die Benennung der Krebsformen, die durch HP-Viren ausgelöst werden können:

(3) Auch andere Karzinome, insbesondere im Genital- (Scheide, Scheidenvorhof und Penis), Anal- sowie im Mund- und Rachenbereich werden durch die gleichen HP-Viren ausgelöst. (Dok1)

(4) Krebsvorstufen oder Krebs im Schambereich (Vulva), der Scheide, an Penis und After sowie im Mund-Rachen-Bereich (Dok2)

An die Ausweitung der Impfindikation knüpfen Hinweise auf den temporären Charakter der Empfehlungen auf der Grundlage wissenschaftlicher Evidenz an. Dieser ist einerseits im Einklang mit dem epistemologischen Prinzip der EbM einer fortlaufenden Revision von Wissen in einem kontinuierlichen hermeneutischen Prozess (Gerber/Henzelt/Lauterbach 2007, 397). Andererseits steht er jedoch im Kontrast zu der in den Dokumenten zu beobachtenden voreiligen Konstruktion einer ‚gesicherten Lage‘ sowie weitreichender gesundheitspolitischer Maßnahmen ohne Vorliegen einer Langzeit-Evidenz.

It seems to be forgotten that science and technology have had endless failures, and that their successes have always depended on concentrating on the things that work and avoiding what does not. In designing ‚futures‘, a few mildly hopeful existing omens are extrapolated without limit. With hardly anything presently in the bank, blank cheques are drawn on behalf of the chosen techniques – a process which continues long after their limitations have become obvious. (Hubbard 1993, 1209)

Hinsichtlich der sprachlichen Rahmung offenbart sich ein zentrales Motiv, das als *die Erfüllung eines Menschheitstraums*, nämlich der *Herrschaft über Natur, Krankheit und Tod* bezeichnet werden kann. Hier finden sich in den analysierten Texten Vernichtungs- und Beseitigungsmetaphern wie *Auslöschung* (Dok1), *Ausrottung* (Dok4) oder *Elimination/ Eliminierung* (Dok3, Dok4), die der Impfung die Kraft zuschreiben, ein Unheil unter Kontrolle und letztlich ganz zum Verschwinden bringen zu können; sowie Formulierungen wie *Leben retten* (Dok3), *primäre Prävention eines Krebses schon im Kindesalter*. (Dok1), die als Ausdruck einer *language of salvation* (Midgley 1992, 1) bezeichnet werden können. Konkret finden sich Prognosen wie die folgenden:

(5) Die Elimination des Gebärmutterhalskrebses bis zum Ende des Jahrhunderts wäre theoretisch möglich, und globale Strategien existieren, um dieses Ziel zu erreichen. (Dok3)

(6) Die WHO (World Health Organization) hat im November 2020 die Strategie zur Eliminierung von Zervixkarzinomen bis zum Jahr 2030 aktualisiert. (Dok4)

Diese Ideen der Herrschaft über Krankheit und Tod werden rhetorisch eng mit der Impfquote sowie einer Problematisierung fortbestehender Widerstände gegen das Impfen verknüpft (Dok3, Dok4). Ausgehend davon, dass Metaphern die Funktion haben, „spezifische Weltansichten innerhalb von Diskursen zu konstituieren“ (Spieß 2014, 38), zeigt sich hier, wie eine umschriebene, temporäre wissenschaftliche Evidenz über zellpathologische Zusammenhänge auf weitreichende politische, soziale und psychologische Prozesse extrapoliert wird, ohne die zugrunde liegenden impliziten normativen Annahmen zu explizieren.

Ein weiteres zentrales Motiv betrifft die *gesundheitliche Unversehrtheit und Integrität*, die im Falle von HPV mit Bildern von Unschuld und Reinheit in Bezug auf Sexualität verknüpft ist. Die Impfung von Mädchen und Jungen ab 9 Jahren, die sich in der Formulierung zeigt, dass deren *Körper noch nicht mit HP-Viren in Kontakt gekommen* sind (Dok5), sowie die Idee einer primären Prävention von Krebs schon im Kindesalter erzeugen Bilder von Schutz vor Kontamination und Wahrung eines reinen, unversehrten Urzustands von Gesundheit.

Hieran knüpfen sich als weitere Rahmungen die Normalisierung der Impfung, verbunden mit Appellen und Aussagen im Hinblick auf Verantwortung, Moral und Schuld; die Darstellung von Zweifeln und Unsicherheiten als gegenstandslos, verbunden mit der Konstruktion ‚irrationaler‘ Gegenpositionen. Es fällt auf, dass in allen untersuchten Dokumenten mögliche Nachteile oder Risiken entweder außen vor gelassen oder rhetorisch ohne weitere Differenzierung ausgeräumt werden, während die Sicherheit und der Nutzen der Impfung als gesetzt betrachtet werden:

(7) Man braucht nicht mehr über Sicherheit, Wirksamkeit und Nutzen der HPV-Impfung zu diskutieren: Die Nutzen-Risiko-Abwägung spricht bewiesenermaßen längst für die Impfung. (Dok1)

(8) trotz des offensichtlichen Nutzens der Impfung (Dok3)

(9) Von schweren Zwischenfällen wurde zwar berichtet: Dennoch zeigte sich nach sorgfältiger Prüfung aller vorliegenden Daten kein ursächlicher Zusammenhang mit den Impfstoffen. (Dok2)

Kritik wird als ‚irrational‘ gerahmt und es finden In- und Exklusionsprozesse hinsichtlich der ‚vernünftigen Mehrheit‘ und der ‚problematischen Minderheit‘ statt. Die Deutungsmacht der Medizin als rationale Instanz der Wahrheit wird hier offenbar – Rawlinson spricht in diesem Kontext von einer ‚public friend – public enemy‘-Dichotomie (Rawlinson 2016, 430), die sich auch während der Corona-Pandemie gut beobachten ließ. Im Zuge der Impfkommunikation werden beispielsweise bestimmte persönliche oder soziale Dispositionen in Zusammenhang mit der Impfbereitschaft gestellt: „Collective Responsibility erfasst die prosoziale Bereitschaft, ungeimpfte Personen in der Gesellschaft zu schützen, indem man sich impfen lässt. Diese Motivation ist eng verbunden mit einer hohen Empathie und Gemeinschaftsorientierung“ (Dok3). Hier wird eine Ansicht zu einem kontroversen Thema mit Persönlichkeitsmerkmalen wie ‚Empathie‘ oder ‚prosozialem Verhalten‘ – bzw. im Umkehrschluss mit deren Fehlen – assoziiert. Eng damit verbunden sind Aussagen zu Verantwortung, Moral und Schuld sowie daran geknüpfte Appelle, beispielsweise „Frauenärzt/innen haben es in der Hand“ (Dok1); oder Flyer bzw. Fernsehspots, die suggerieren, Eltern handelten verantwortungslos, wenn sie ihren Kindern die Impfung vorenthalten (Sabisch 2009, 114).

5 Diskussion: Komplexitätsreduktion und epistemische Engführung

Das Beispiel der HPV-Impfung zeigt sehr deutlich die performative Kraft und den handlungsleitenden Charakter von Klassifizierungen und Kausalitätsannahmen im Sinne eines (symbol)sprachlichen kommunikativen Appells (Adelswärd/Sachs 1996; Bowker/Star 2000). Einmal etabliert, werden diese normierenden Repräsentationen in der Regel nicht mehr hinterfragt, sondern als „nützliche und bewährte Reifikation [...] gleichsam naturalisiert“ (von Kardorff 2021, 344). Die Mechanismen der Medikalisierung (Wardrope 2015) setzen sich in den normativen Geltungsansprüchen von EbM in Form einer Kolonisierung menschlicher Lebensbezüge fort – das Streben nach dem ‚guten Leben‘ (Eudaimonia) als höchstem Gut wird verdrängt durch den Imperativ norm- und datengetriebener Gesundheitsparameter. Dies geht einher mit dem Menschenbild eines rational handelnden Subjekts und einem Verständnis von moralisch-sozialer Verantwortung in der Gestalt gesundheitsbezogenen Verhaltens (Hahn 2010; von Kardorff 2021, 339-341). Im Folgenden werden Konsequenzen im Hinblick auf die Generierung, Verbreitung und Anwendung von gesundheitsbezogenem Wissen problematisiert. Abschließend wird die Idee einer epistemischen Öffnung im Sinne eines reflexiven bzw. konstruktivistischen Realismus (Cupchik 2001; Strydom 2002; 47; Barkin 2004) zugunsten einer Integration von erkenntnistheoretischen und methodologischen Positionen der Erkenntnisgewinnung vorgeschlagen.

5.1 Institutionalisierung einer epistemischen Monokultur

Die vorgenannten Regeln im Kontext von EbM, einschließlich der Hierarchisierung von methodischen Ansätzen und Studientypen, resultieren gewissermaßen in einer *epistemischen Monokultur* – als gesund oder krank gilt das, was messbar ist. Damit geht eine (systematische) Vernachlässigung theoretischer Bezüge, erkenntnistheoretischer Prinzipien und methodischer Herangehensweisen wissenschaftlicher Disziplinen einher, deren Ansätze für die Gesundheitsforschung nicht nur fruchtbar wären, sondern auch als horizonterweiterndes Korrektiv wirken könnten (z. B. Anthropologie, Philosophie, Linguistik) (Baumann et al. 2016, 349). Die methodischen Standards implizieren eine Benachteiligung von Kliniker*innen oder Forschenden, deren theoretische Ansätze, Methoden oder Praktiken sich nicht gut in die Systematik eines RCT integrieren lassen (Bingeman 2016, 493; von Kardorff 2021, 335). Gleiches gilt für Wissensformen oder gesundheitsrelevante Aspekte, die sich der Logik einer auf eindeutige und quantifizierbare Parameter herunter zu brechenden experimentellen Testung entziehen, beispielsweise im Rahmen komplexer Interventionen oder ganzheitlicher Ansätze, die von Dynamiken zwischenmenschlicher Interaktion und von vielschichtigen Wechselwirkungen geprägt sind (Greenhalgh et al. 2015; Michaels 2021; Upshur 2005). In der Folge sehen sich Fachdisziplinen mit einer weniger ausgeprägten positivistischen Forschungstradition und stärkerem Fokus auf interpersonale, qualitative Aspekte von Gesundheit(sversorgung) mit zweifelhafter Glaubwürdigkeit konfrontiert (Michaels 2021, 2).

In der gelebten Praxis besteht zudem eine bedeutsame Diskrepanz zwischen dem evidenzbasierten Ideal von Kontrollierbarkeit und den politischen, materialen und alltagsweltlichen Realitäten, die vielmehr den Regeln nicht-linearer komplexer Systeme folgen (Greenhalgh/Papoutsi 2018; Samerski 2019). Aus systemtheoretischer Perspektive werden die kontrollierten Studienbedingungen gesundheitsrelevanten Lebenswelten nur ausschnitthaft gerecht (Greenhalgh/Papoutsi 2018; von Kardorff 2021; Schiepek/Pincus 2023). Was in klinischen Studien als ‚Fehler‘ möglichst exkludiert und kontrolliert werden soll, ist hier essenzieller Bestandteil der Norm. Es kann gefolgert werden, dass EbM als Wissenschaftsform eine erhebliche Simplifizierung der gesamten Realität gesundheitsbezogener Erfahrungen und Phänomene mit sich bringt. Gesundheit und Krankheit werden somit vor dem Hintergrund einer vielschichtigen Komplexitätsreduktion konstruiert (Löwy 1988, 140; Lupton 2012, 83-84; von Kardorff 2021, 335).

5.2 Epistemische Verwirrung – Kolonialisierung menschlicher Lebensbezüge

Das Streben nach immer weiterer Entschlüsselung menschlichen Lebens hat weitreichende Konsequenzen für Definitionen von ‚normalem‘ menschlichen Funktionieren und einem ‚normal‘ funktionierenden Menschen. Wie am Beispiel des HPV-Virus gezeigt, ist es diese Vorstellung des Abweichenden, des Abnormen, des Besorgniserregenden, welche die Legitimation der Früherkennung und Prävention von Gesundheitsrisiken liefert – würden diese Zustände als ‚normale‘ Vielfalt innerhalb des Spektrums möglicher natürlicher Erscheinungen des menschlichen Lebens betrachtet, wären keine Maßnahmen oder Interventionen angezeigt. Dieser Prozess, der eine zutiefst pathogene Denkweise mit sich bringt, nimmt exponentiell zu: Je größer das Wissen über prädisponierende Faktoren und Krankheitsstadien, desto mehr zwingt es zur ‚rechtzeitigen‘ Erkennung und Intervention. Infolge eines solchen normgetriebenen Gesundheitsimperativs (Hahn 2010; von Kardorff 2021) wird das Risiko zu einem allgegenwärtigen Bestandteil des Lebens. Der Körper wird als problematisch angesehen: Ständig droht er, außer Kontrolle zu geraten, Krankheiten anzuziehen, eine unmittelbare Gefahr darzustellen; er muss daher überwacht und diszipliniert werden (Petersen/Lupton 1997). Diese allgegenwärtige Vorstellung einer gefährdeten Gesundheit wirkt sich auf den Einzelnen und die Gesellschaft als Ganzes aus.

Auf individueller Ebene hat dies Auswirkungen auf Personen und ihre Lebenswelten – beispielsweise, indem sie ungeachtet ihrer aktuell wahrgenommenen Gesundheit eine ‚Risiko-Identität‘ konstruieren (Harzheim/Lorke et al. 2020; Lorke et al. 2021). Techniken der Früherkennung sowie Präsentationen von Risikoprofilen werden zu metaphorischen Bildern des eigenen Körperinnenraums und können mit der Wahrnehmung von Vulnerabilität und einer lauernden Krankheit einhergehen (Lorke et al. 2021). Risikokompetenz wird als das korrekte Begreifen und Einordnen von Statistiken und Wahrscheinlichkeiten gesehen; die Übertragung eines statistischen Risikoprofils auf die individuelle Situation ist jedoch rein logisch nicht haltbar (Schulte 2020, 43-46). Diese *epistemische Verwirrung* (Samerski 2013, 155) durch Verschmelzung eines aggregierten statistischen Risikos mit der eigenen Lebenssituation bedroht zudem das Vertrauen in andere Wissensbestände, die

für gesundheitsbezogene Entscheidungen relevant wären – z. B. Intuition oder implizites Wissen (Paul 2020, 233-234).

Auf gesellschaftlicher Ebene wirkt sich die allgegenwärtige Vorstellung von Risiko und Prävention (z.B. in Form des Schutzes vor einer HPV-Infektion) auf unsere soziokulturelle Wissensbasis zu Gesundheit und Vulnerabilität aus. Die Konzentration in der westlichen Kultur auf das Erkennen von Risiken bei Abwesenheit von Symptomen gefährdet das individuelle und kollektive Vertrauen in die Robustheit unserer Gesundheit sowie in die Widerstandsfähigkeit und Selbstheilungskräfte unseres Körpers. ‚Normale‘ Lebensvorgänge werden Gegenstand medizinischer Betrachtung und als interventionsbedürftig eingeordnet (Hahn 2010; Wardrope 2015). Krankheit wird „immer weniger als körperlich erfahrbares Phänomen verstanden“, sondern „vielmehr als fehlgeleitete Entwicklung wahrgenommen, die bei früherer oder rechtzeitiger Intervention zu vermeiden gewesen wäre“ (Hahn 2010, 30). Diese pathogene Perspektive spiegelt sich in soziokulturellen Krankheitsnarrativen (Lupton 2012, Abschn. 4) wider, wie z. B. dem „Restitutionsnarrativ“ (Wong/King 2008, 580), das eine normative Sichtweise einer „perfekten“ Gesundheit und körperlichen Integrität als Normalzustand impliziert, der erhalten und wiederhergestellt werden muss. Dies spiegelt sich auch sehr deutlich in den Ergebnissen der Analysen zur HPV-Impfung, die stark mit dem Schutz eines unschuldigen, integren, gewissermaßen kindlich-unbefleckten Urzustands von Gesundheit assoziiert ist.

Kann präventives Verhalten einerseits Ausdruck persönlicher Autonomie und der Gestaltbarkeit der eigenen Gesundheit sein, so kann es andererseits zugleich als ‚körpergewordene Unterwerfung unter geltende Gesundheitsnormen‘ (Hahn 2010, 37) oder als Form der ‚biopolitischen Grenzüberschreitung‘ (Wehling et al. 2007, 547) betrachtet werden. Normierung und Normalisierung von biologischen Funktionen fungieren damit als Kontroll- und Disziplinierungsinstantz (Hahn 2010) und führen zu einer ‚Biologisierung des Sozialen‘ (Wehling et al. 2007, 559-563). Ein Gesundheitsverhalten, das den herrschenden Maßstäben nicht entspricht, könnte vor diesem Hintergrund auch ‚ein Akt des Widerstandes gegen gängige Gesundheitsnormen sein und damit als ‚Normalisierungstreik‘ interpretiert werden‘ (Hahn 2010, 47).

5.3 Epistemische Ungerechtigkeit und ‚evidential injustice‘

Infolge der zuvor beschriebenen erkenntnistheoretischen und methodologischen Engführung sowie der damit verbundenen Machtverhältnisse entstehen auf unterschiedlichen Ebenen Formen der ‚epistemischen Ungerechtigkeit‘ – und zwar sowohl in der Produktion als auch in der Rezeption und Anwendung medizinischer Erkenntnis. Der Begriff der *epistemischen Ungerechtigkeit* (*epistemic injustice*) wurde ursprünglich geprägt von Fricker (2009) zur Beschreibung eines spezifischen Unrechts, dass einer Person in ihrem Vermögen als eine ‚Wissende‘ zugefügt wird. Das Konzept bewegt sich an der Schnittstelle zwischen Ethik und Epistemologie und impliziert die enge Verwobenheit zwischen argumentativer Vernunft und sozialer Macht bzw. ‚epistemic privilege‘ (Carel/Kidd 2014, 534). Es beinhaltet unterschiedliche Arten ungerechter Behandlung in Bezug auf Wis-

sen, Verstehen, Teilhabe an kommunikativen Praktiken, dem Herstellen von Bedeutung und der Generierung von Erkenntnis, so dass Geltungsansprüche, Deutungshoheit und Definitionsmacht ungleich verteilt sind.

Bei der Entstehung epistemischer Ungerechtigkeit können verschiedene Mechanismen wirksam sein, die auch im Kontext von EbM zum Tragen kommen, beispielsweise Marginalisierung und Exklusion, Unsichtbarkeit und Unhörbarkeit sowie eine systematische Herabsetzung von Status, Autorität oder ‚epistemic agency‘ bestimmter Gruppen oder Perspektiven durch die geltenden epistemischen Regeln (Carel/Kidd 2014). Diese können in dem resultieren, was Michaels (2021, 1) als ‚*evidential injustice*‘ bezeichnet, nämlich Ungerechtigkeiten in der Generierung und Interpretation wissenschaftlicher Evidenz. Diese sind maßgeblich durch ‚epistemische Exklusion‘ bedingt, die bestimmten Gruppen (z. B. Fachdisziplinen, Patient*innen, Communities) die Möglichkeit verweigert, zur Erkenntnisgenerierung beizutragen (Greenhalgh et al. 2015; Paul 2020). Statt die Koexistenz einer Diversität an Gesundheitsverständnissen – nicht nur in verschiedenen Kulturen, sondern auch innerhalb einer Kultur – zu würdigen, gilt als legitimes Gesundheitswissen allein das, was den standardisierten Vorgaben entspricht. Infolgedessen kommt es zu einer artifiziellen Dichotomisierung von gesundheitsbezogenen Informationen in das ‚gute, vernünftige, rechtschaffene Wissen‘ sowie das ‚unseriöse, unvernünftige, irrationale Wissen‘ – und damit zu einer Homogenisierung des Nicht-Akzeptablen, beispielsweise unter dem Label des ‚Esoterischen‘. Zudem werden Zerwürfnisse innerhalb der wissenschaftlichen Community gefördert, da die hierarchische Trennung von Evidenzgraden das Risiko birgt, bestimmte Gruppen von Wissen-Schaffenden voneinander zu segregieren (Bingeman 2016, 493). Wer sich den paradigmatischen Vorannahmen der EbM nicht anschließt, hat es schwer, Zugang zum Diskurs innerhalb der Wissensgemeinschaft zu finden; diese wiederum riskiert, streitbare Perspektiven zu blockieren, die das Potenzial hätten, einige möglicherweise problematische oder unhaltbare Vorannahmen kritisch zu beleuchten und damit als konstruktives Korrektiv zu wirken (Bingeman 2016, 491).

6 Fazit und Ausblick – epistemische Integration als Weg einer (Wieder-)Öffnung?

In diesem abschließenden Fazit und Ausblick werden Überlegungen zur konstruktiven (Wieder-)Öffnung von EbM insbesondere im Hinblick auf die in Abschnitt 5 beschriebenen Konsequenzen dargelegt. Die Idee einer epistemischen Integration aus der Haltung eines reflexiven Realismus wird als möglicher Ansatz diskutiert, dem ursprünglichen Anspruch, Erfahrungswissen und empirische Evidenz zu integrieren, Rechnung zu tragen. Dieser bedarf einer Offenheit in der Forschungshaltung und im Forschungshandeln und nicht zuletzt auch einer Öffnung und Neuordnung der gegenwärtigen Rahmenbedingungen für Produktion und Nutzung gesundheitsbezogenen Wissens. Hierzu werden vier eng miteinander verflochtene und sich gegenseitig bedingende Zugänge vorgeschlagen, die im Folgenden näher ausgeführt werden: (1) Explizieren impliziter Normativität, (2)

theoretische Fundierung und (Selbst-)Reflexion, (3) methodologische Angemessenheit statt hegemonialer Hierarchisierung und (4) Wissenschaft als gemeinschaftliche Praxis.

(1) Explizieren impliziter Normativität

Ein erster Schritt im Sinne einer reflexiven Öffnung besteht darin, die impliziten Normen, Werte und Interessen explizit und diskutierbar zu machen, welche den epistemischen Regeln von EbM sowie der scheinbar neutralen und objektiven Evidenz zugrunde liegen (Molewijk et al. 2003; Lupton 2012; Carter 2018) – und ein Bewusstsein für den konstruktiven Charakter von Klassifikationen und Normwerten zu schaffen (Bingeman 2016). Dies kann vermittels eines kritischen Korrektivs gelingen, beispielsweise in Form von Selbstreflexion, Prozessreflexion oder auch einer (externen) beobachtenden Instanz. Zu Explizieren bedeutet, die Illusion aufzudecken, dass im Rahmen von EbM durch den Ausschluss von Wertvorstellungen und Subjektivität aus wissenschaftlichen Verfahren Objektivität erlangt werde (Baumann et al. 2016, 344). Vielmehr wären eine offene Diskussion sowie eine transparente Angabe der (nicht) berücksichtigten Werturteile im Kontext einer Untersuchung angebracht und aufschlussreich. Dazu ist eine Selbstbeobachtung und Evaluation des eigenen wissenschaftlichen Handelns und der hierin sich selbst erzeugenden und perpetuierenden wissenschaftlichen Kultur erforderlich (Baumann et al. 2016, 349). Ein solche Reflexion findet sich beispielsweise in den Initiativen der so genannten ‚Kritischen Medizin‘, die sich mit Normativität, Ausgrenzungsprozessen und Machtverhältnissen im Bereich der Medizin auseinandersetzen. Paul/Palfinger (2020) haben im Rahmen eines partizipativen Citizen Science-Projekts zusammen mit Jugendlichen eine kritische Politikanalyse zur HPV-Impfung durchgeführt; damit konnten die Ko-Forschenden als Hauptadressat*innen der Impfung eine aktive Rolle als Sprecher*innen im Diskurs und als Produzent*innen von Gesundheitswissen einnehmen.

(2) Theoretische Fundierung und (Selbst-)Reflexion

Die positivistische Vorstellung von einer Neutralität empirischer Daten, die quasi aus sich heraus sprechen, hat in der Medizin sowie auch in der Versorgungsforschung zu einer massiven Vernachlässigung von Theoriebezügen geführt (Baumann et al. 2016, 339). Es wird daher ausdrücklich dafür plädiert, theoretische Bezüge im gesamten Forschungsprozess stärker einzubeziehen sowie auch dessen implizite theoriegeleitete Aspekte zu reflektieren. Dies kann beispielsweise Vorannahmen betreffen, die überhaupt erst zur Wahl eines Forschungsgegenstands oder der Formulierung einer Forschungsfrage führen – aber auch theoriebeladene Eigenschaften von Messinstrumenten im Kontext von Studien (Baumann et al. 2016, 344). Gerber/Hentzelt/Lauterbach (2007, 394) empfehlen beispielsweise eine explizite Reflexion der epistemologischen Bedeutung der Krankheitskonzepte, die im Rahmen von EbM zum Tragen kommen. Diesbezüglich ist zu bedenken, dass die Rahmenbedingungen von Forschungsprojekten üblicherweise keinen Spielraum für derartige reflexive Prozesse vorsehen. Gründe dafür liegen in engen finanziellen und zeitlichen Vorgaben, in bürokratisierten Berichtspflichten gegenüber Fördergebern, in effizienzgetrie-

benen Ziel- und Ergebniserwartungen empirischer Studien sowie auch im akademischen Gratifikationssystem, welches das Zweifeln und Hinterfragen weniger belohnt als das Antworten und Anbieten von Lösungen. Eine stärkere theoretische Fundierung und Reflexion im Kontext von EbM erfordert also nicht zuletzt eine Öffnung der Förderbedingungen, des institutionellen Rahmens und der akademischen Forschungskultur.

(3) *Methodologische Angemessenheit statt hegemonialer Hierarchisierung*

Seit den frühen Jahren von EbM haben sich Wissenschaftler*innen kritisch mit dem hierarchischen System der Evidenzgrade befasst und anstelle der linearen Abstufung und kategorialen Überlegenheit unterschiedliche Alternativen im Sinne einer methodologischen Angemessenheit vorgeschlagen (Bluhm/Borgerson 2011, 212). Allen Ansätzen ist gemein, dass sie für eine Methodenpluralität und eine adäquate Berücksichtigung unterschiedlicher gesundheitsrelevanter Wissensformen plädieren (u. a. Bluhm/Borgerson 2011; Greenhalgh et al. 2015; Parkhurst/Abeyasinghe 2016; Petticrew/Roberts 2003; Schulte 2020). Neben der quantitativen, statistischen, generalisierbaren Evidenz wird die Möglichkeit der Wissensgenerierung jenseits ‚belastbarer Zahlen‘ gefordert (Bluhm/Borgerson 2011; Greenhalgh 1999; Greenhalgh 2002; Greenhalgh et al. 2015). Dies würde ein Überdenken des positivistischen Grundverständnisses erfordern, dass glaubwürdig und relevant nur das ist, was sichtbar gemacht werden kann. In erkenntnistheoretischer und methodologischer Sicht könnte EbM hier von Ansätzen anderer Fachdisziplinen profitieren sowie auch von narrativen und kreativen Zugängen wie z. B. *creative writing* oder *clinical storytelling*. Nicht zuletzt kann Reflexivität selbst als Erkenntnisquelle dienen, beispielsweise in Form der Autoethnographie oder durch systematische Nutzung von Gegenübertragungsphänomenen ähnlich wie im Kontext von Balint-Gruppen.

(4) *Wissenschaft als gemeinschaftliche Praxis*

Wissenschaft als soziale Praxis (Löwy 1988; Nye 2017; Polanyi 1964) zu begreifen ist im Kontext gesundheitsbezogener Forschung auf unterschiedlichen Ebenen von Bedeutung. Zum einen ist ein solches Verständnis die Voraussetzung, um das Implizite in der Generierung von Erkenntnis explizit zu machen und anzuerkennen, dass absolute Neutralität und wertfreie Empirie eine Illusion sind (Carter 2018; Fleck 1980; Heintz/Merz/Schumacher 2004). Zum anderen ist es eine notwendige Bedingung für demokratische epistemische Regeln in der Gesundheitsforschung, die wiederum die Grundlage für die Überwindung der strikten Hierarchisierung und Marginalisierung von Wissensquellen sind – und damit für eine methodologische Pluralität und eine Diversität an Wissensformen. Hierzu müssten Vertreter*innen kontroverser Positionen und unterschiedlicher „epistemischer Kulturen“ (Knorr-Cetina 2002) sich auf einen offenen Dialog einlassen und die Bereitschaft mitbringen, sich auch konfliktbeladenen Debatten zu stellen. Dies ist keine triviale Aufgabe und verlangt den Beteiligten – neben dem zeitlichen Erfordernis – hohe Investitionen auf persönlicher Ebene ab. So sind sie zu einer kritischen Reflexion ihrer eigenen Forschungshaltung gefordert – und damit eng verbunden der inneren Triebkraft, die sie

intrinsisch motiviert, ihr Schaffen und Wirken der Wissenschaft zu widmen. Sie müssen bereit sein, den Blick für unbequemes, unordentliches Wissen zu öffnen (Greenhalgh/Papoutsis 2018, 3). Auch müssen sie riskieren, ihren sozialen Status zu gefährden, wenn sie offen für Perspektiven und Ansätze sind, die innerhalb ihrer Community wenig Gratifikation bringen oder gar verpönt sind. Lunde/Heggen/Strand (2013) haben in ihrer retrospektiven Analyse einer „augenscheinlich gescheiterten“ (Lunde/Heggen/Strand 2013, 198) Zusammenarbeit auf eindrückliche Weise ausgeleuchtet, wie eng ontologische, epistemologische, methodologische, praktische, kollegiale und persönliche Grundfesten miteinander verwoben sind; dieser spannungsreichen Situation können demokratische Ansprüche einer Diversität und gleichwertigen intellektuellen Autorität (Bingeman 2016, 493) leicht zum Opfer fallen. Im Sinne einer konstruktiven Neuordnung könnten Forschende ihre „epistemische Kultur“ (Knorr-Cetina 2002) zum Gegenstand der Reflexion machen, einschließlich der Frage, was „gute Wissenschaft“ ist (Lunde/Heggen/Strand 2013, 208).

Diese Zugänge auf dem Weg von einem strikten Positivismus hin zu einem reflexiven, konstruktivistischen Realismus zugunsten einer integrativen epistemischen Öffnung könnten dazu beitragen, die hierarchische Überlegenheit bestimmter Wissensquellen und -formen im Kontext von EbM als Normalwissenschaft herauszufordern. Insbesondere auf internationaler Ebene könnten sie einen reflexiven Raum für eine soziokulturelle Diversität an Gesundheitsverständnissen – einschließlich ihrer Historizität und Situiertheit – (wieder-)eröffnen, die aktuell aus der Schablone medizinisch definierter Gesundheitsnormen ausgeblendet wird (Jünger et al. 2022, 87). Eine solche Vielfalt würde individuellen Lebenswelten sowie der Komplexität und den subjektiven Bedeutungen von Gesundheit weitaus angemessener Genüge tun und eröffnete einen vielversprechenden Schritt hin zu größerer epistemischer Gerechtigkeit. Zudem würde sie den Horizont für die Erschließung neuartiger Fragestellungen und unerhörter Perspektiven erweitern, die – mit Kuhn (1976) gesprochen – nicht in die Schublade der Normalwissenschaft hineinpassen.

Quellen

- Dok1: Pressemitteilung des German Board and College of Obstetrics and Gynecology. Frauenärztinnen und -ärzte rufen dringend zur HPV-Impfung auf: Wirksamkeit und Sicherheit nach mehr als 12-jähriger Anwendung belegt. 06.03.2019
- Dok2: Informationsblatt des Krebsinformationsdienstes des Deutschen Krebsforschungszentrums „HPV-IMPfung: Schutz vor humanen Papillomviren“ Stand: 15.01.2022, gültig bis 15.01.2024.
- Dok3: Heinemeier, Dorothee/Terhardt, Martin/Betsch, Cornelia (2021) Impfverhalten psychologisch erklären und verändern am Beispiel der HPV-Impfung. In: *Die Gynäkologie* 54(9), 665–672.

Dok4: Wojcinski, Michael (2021) 14 Jahre HPV-Impfung: was haben wir erreicht? In: *Die Gynäkologie* 54(11), 801-809.

Dok5: Pressemitteilung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Welt-HPV-Tag 2023: Impfung kann vor HPV-bedingten Krebserkrankungen schützen. 01.03.2023

Literatur

Adelswärd, Viveka/Sachs, Lisbeth (1996) The meaning of 6.8: numeracy and normality in health information talks. In: *Social Science & Medicine* 43(8), 1179–1187.

AWMF (2020) S3-Leitlinie. Evidenz- und konsensbasierte Leitlinie Impfprävention HPV-assoziiierter Neoplasien. Langfassung. AWMF-Register Nr. 082–003.

Barkin, Jack (2004) Realist Constructivism and Realist-Constructivisms. In: *International Studies Review* 6, 349-352.

Baumann, Walter/Farin, Erik/Menzel-Begemann, Anke/Meyer, Thorsten (2016) Memorandum IV: Theoretische und normative Fundierung der Versorgungsforschung. In: *Das Gesundheitswesen* 78(5), 337-352.

Bingeman, Emily (2016) Evaluating normative epistemic frameworks in medicine: EBM and casuistic medicine. In: *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 22, 490–495.

Bluhm, Robyn/Borgerson, Kirstin (2011) Evidence-Based Medicine. In: Gifford, Fred (Hrsg.) *Handbook of the Philosophy of Science*. Volume 16: Philosophy of Medicine. Oxford u. a.: Elsevier, 203-238.

Bowker, Geoffrey C./Star, Susan Leigh (2000) *Sorting things out. Classification and its consequences*. Cambridge u. a.: The MIT Press.

Carel, Havi/Kidd, Ian James (2014) Epistemic injustice in healthcare: a philosophical analysis. In: *Medicine, Health Care and Philosophy* 17(4), 529-40.

Carter, Stacy M. (2018) Valuing Healthcare Improvement: Implicit Norms, Explicit Normativity, and Human Agency. In: *Health Care Analysis* 26(2), 189-205.

Cupchik, Gerald (2001) Constructivist Realism: An Ontology That Encompasses Positivist and Constructivist Approaches to the Social Sciences. In: *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Research* 2(1), Art. 7.

Dixon-Woods, Mary/Williams, Simon J./Jackson, Clare J./Akkad, Andrea/Kenyon, Sara/Habiba, Marwan (2006) Why do women consent to surgery, even when they do not want to? An interactionist and Bourdieusian analysis. In: *Social Science & Medicine* 62(11), 2742-2753.

- Ermine, Willie/Sinclair, Raven/Jeffery, Bonnie (2004) *The ethics of research involving indigenous peoples. Report of the indigenous People's Health Research Centre to the Interagency Advisory Panel on Research Ethics*. Saskatoon (SK): Indigenous People's Health Research Centre.
- Fleck, Ludwik (1980) *Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Foucault, Michel (1973) *The Birth of the Clinic. An Archaeology of Medical Perception*. London: Tavistock Publications Limited.
- Fricker, Miranda (2009) *Epistemic Injustice: Power and the Ethics of Knowing*. Oxford u. a.: Oxford University Press.
- Gerber, Andreas/Hentzelt, Frieder/Lauterbach, Karl W. (2007) Can evidence-based medicine implicitly rely on current concepts of disease or does it have to develop its own definition? In: *Journal of Medical Ethics* 33(7), 394-399.
- Greenhalgh, Trisha (1999) Narrative based medicine: narrative based medicine in an evidence based world. In: *British Medical Journal* 318 (7179), 323-325.
- Greenhalgh, Trisha (2002) Intuition and evidence—uneasy bedfellows? In: *British Journal of General Practice* 52(478), 395-400.
- Greenhalgh, Trisha/Snow, Rosamund/Ryan, Sara/Rees, Sian/Salisbury, Helen (2015) Six 'biases' against patients and carers in evidence-based medicine. In: *BMC Medicine* 13(200).
- Greenhalgh, Trisha/Papoutsis, Chrysanthi (2018) Studying complexity in health services research: desperately seeking an overdue paradigm shift. In: *BMC Medicine* 16(95).
- Hahn, Daphne (2010) Prinzip Selbstverantwortung? Eine Gesundheit für alle? Verschiebungen in der Verantwortung für Gesundheit im Kontext sozialer Differenzierungen. In: Bauer, Ulrich/Bittlingmayer Uwe/Dieterich, Anja/Geene, Raimund/Gerlinger, Thomas/Hahn, Daphne/Herrmann, Markus/Holst, Jens/Kümpers, Susanne/Lenhardt, Uwe/Schwarz, Clarissa/Simon, Michael/Stegmüller, Klaus (Hrsg.) *Verantwortung – Schuld – Sühne. Jahrbuch Kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften* 46. Hamburg: Argument Verlag, 29-50.
- Haring, Robin (2018) Metaepidemiologie und Qualitätssicherung klinischer Evidenzproduktion. In: Haring, Robin/Siegmüller Julia (Hrsg.) *Evidenzbasierte Praxis in den Gesundheitsberufen*. Berlin: Springer Verlag Deutschland, 49-64.
- Harzheim, Laura/Lorke, Mariya/Woopen, Christiane/Jünger, Saskia (2020) Health Literacy as Communicative Action - A Qualitative Study among Persons at Risk in the

- Context of Predictive and Preventive Medicine. In: *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 17(5), 1718.
- Heintz, Bettina/Merz, Martina/Schumacher, Christina (2004) *Wissenschaft, die Grenzen schafft. Geschlechterkonstellationen im disziplinären Vergleich* (Reihe Sozialtheorie). Bielefeld: transcript.
- Hubbard, Ruth (1993) Predictive genetics and the construction of the healthy ill. In: *Suffolk University Law Review* 27(4), 1209-1224.
- Jünger, Saskia/Kutschmann, Marcus/Betscher, Silke/Falge, Christiane (2022) Forschen mit und für Communities - Wissenschaft diversitätssensibel gestalten. In: *Department of Community Health* (Hrsg) *Community Health. Grundlagen, Methoden Praxis*. Weinheim u. a.: Beltz Juventa, 84-97.
- Kemmann, Ansgar (2013) „Evidentia, Evidenz“. Historisches Wörterbuch der Rhetorik Online, herausgegeben von Ueding, Gert. Berlin u. a.: De Gruyter. https://www.degruyter.com/database/HWRO/entry/hwro.3.evidentia_evidenz/html [zuletzt aufgerufen am 18.01.2024].
- Knorr-Cetina, Karin (2002) *Wissenskulturen. Ein Vergleich naturwissenschaftlicher Wissensformen*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Knorr-Cetina, Karin (2016) *Die Fabrikation von Erkenntnis. Zur Anthropologie der Wissenschaft*. Erweiterte Neuauflage. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Kreiner, Meta J./Hunt, Linda M. (2013) The pursuit of preventive care for chronic illness: turning healthy people into chronic patients. In: *Sociology of Health & Illness* 36(6), 870-884.
- Kuhn, Thomas (1976) *Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen*. Zweite, um das Postskriptum von 1969 ergänzte Auflage. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Latour, Bruno/Woolgar, Steve (1986) *Laboratory Life: The Construction of Scientific Facts*. Princeton u. a.: Princeton University Press.
- Löwy, Ilana (1988) Ludwik Fleck on the social construction of medical knowledge. In: *Sociology of Health & Illness*, 10(2), 133-155.
- Lorke, Mariya/Harzheim, Laura/Rhiem, Kerstin/Woopen, Christiane/Jünger, Saskia (2021) “The ticking time-bomb. Health literacy in the context of genetic risk prediction in familial breast-ovarian cancer; A qualitative study”. In: *Qualitative Research in Medicine and Healthcare* 5, 9647.
- Lunde, Åshild /Heggen, Kristin/Strand, Roger (2013) Knowledge and Power: Exploring Unproductive Interplay Between Quantitative and Qualitative Researchers. In: *Journal of Mixed Methods Research* 7(2), 197-210.

- Lupton, Deborah (2012) *Medicine as Culture. Illness, Disease and the Body*. Third Edition. London: SAGE Publications Ltd.
- Michaels, Jonathan Anthony (2021) Potential for epistemic injustice in evidence-based healthcare policy and guidance. In: *Journal of Medical Ethics* 47, 417-422.
- Midgley, Mary (1992) *Science as Salvation: A Modern Myth and its Meaning*. London, New York: Routledge.
- Molewijk, Albert Christiaan/Stiggelbout, Anne M./Otten, Wilma/Dupuis, H.M./Kievit, Job (2003) Implicit normativity in evidence-based medicine: a plea for integrated empirical ethics research. In: *Health Care Analysis* 11(1), 69-92.
- Napier, A. David/Ancarno, Clyde/Butler, Beverley/Calabrese, Joseph/Chater, Angel/Chatterjee, Helen/Guesnet, François/Horne, Robert/Jacyna, Stephen/Jadhav, Sushrut/Macdonald, Alison/Neuendorf, Ulrike/Parkhurst, Aaron/Reynolds, Rodney/S-cambler, Graham/Shamdasani, Sonu/Smith, Sonia Zafer/Stougaard-Nielsen, Jacob/Thomson, Linda/Tyler, Nick/Volkman, Anna-Maria/Walker, Trinley/Watson, Jessica/Williams, Amanda C./Willott, Chris/Wilson, James/Woolf, Katherine (2014) Culture and health. In: *Lancet* 384 (9954), 1607-1639.
- Nye, Mary Jo (2017) Michael Polanyi: Science as Personal Knowledge and Social Practice. In: *Angewandte Chemie, International Edition* 56(13), 3426-3433
- Parkhurst, Justin O./Abeyasinghe, Sudeepa (2016) What Constitutes “Good” Evidence for Public Health and Social Policy-making? From Hierarchies to Appropriateness. In: *Social Epistemology* 30(5-6), 665-679.
- Paul, Katharina T (2018) Collective organization of discourse expertise using information technology – CODE IT!: A citizen science case study of the Human Papilloma Virus (HPV) vaccination debate. In: *Information Technology* 60(1), 21-27.
- Paul, Katharina T./Palfinger, Thomas (2020) Walking the (argumentative) talk using citizen science: involving young people in a critical policy analysis of vaccination policy in Austria. In: *Evidence & Policy* 16(2), 229-247.
- Pellegrino, Edmund D. (1992) Intersections of Western Biomedical Ethics and World Culture: Problematic and Possibility. In: *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics* 3, 191-196.
- Petersen, Alan/Lupton, Deborah (1997) *The New Public Health. Health and Self in the Age of Risk*. London: SAGE Publications Ltd.
- Petticrew, Mark/Roberts, Helen (2003) Evidence, hierarchies, and typologies: horses for courses. In: *Journal of Epidemiology & Community Health* 57, 527-529.

- Polanyi, Michel (1964) *Personal Knowledge. Towards a Post-Critical Philosophy*. New York: Harper & Row.
- Rawlinson, Paddy (2016) Saving the Girls: Medical Colonialism and the HPV Programme. In: *Postcolonial Studies* 19(4), 427-444.
- Robert Koch Institut (2018) Wissenschaftliche Begründung für die Empfehlung der HPV-Impfung für Jungen im Alter von 9 bis 14 Jahren. In: *Epidemiologisches Bulletin* 26, 233-254.
- Sabisch, Katja (2009) Hoffnungslos durchseucht: Zur diskursiven Infektiosität des Humanen Papilloma Virus in den deutschen Medien 2006-2009. In: *Gender* 1(1), 107-124.
- Sachs-Jeantet, Celine/Sagasti, Francisco R./Salomon, Jean-Jacques (1994) *The Uncertain Quest: Science, Technology, and Development*. Tokyo: United Nations University Press.
- Sackett, David L/Rosenberg, William C/Muir Gray, John Armstrong/Haynes, Robert Brian/Richardson, Scott W (1996) Evidence based medicine: what it is and what it isn't. In: *British Medical Journal* 312, 71-72.
- Samerski, Silja (2010) Epistemische Vermischung: Zur Gleichsetzung von Person und Risikoprofil in genetischer Beratung. In: Liebsch, Katharina/Manz, Ulrike (Hrsg.) *Leben mit den Lebenswissenschaften. Wie wird biomedizinisches Wissen in die Alltagspraxis übersetzt?* Bielefeld: transcript Verlag.
- Samerski, Silja (2013) Professioneller Entscheidungsunterricht: Vom Klienten zum mündigen Entscheider. In: *Leviathan* 41(1), 144-163.
- Samerski, Silja (2019) Health literacy as a social practice: Social and empirical dimensions of knowledge on health and healthcare. In: *Social Science & Medicine* 226, 1-8.
- Schiepek, Günter/Pincus, David (2023) Complexity science: A framework for psychotherapy integration. In: *Counselling and Psychotherapy Research* 00, 1-15.
- Schulte, Marie-Caroline (2020) *Evidence-Based Medicine - A Paradigm Ready To Be Challenged? How Scientific Evidence Shapes Our Understanding And Use Of Medicine*. Stuttgart: JB Metzler.
- Smith, Linda Tuhiwai (2012) *Decolonizing methodologies: research and indigenous peoples*. Second edition. London New York: Zed Books.
- Spieß, Constanze (2014) Diskurslinguistische Metaphernanalyse. In: Junge, Matthias (Hrsg.) *Methoden der Metaphernforschung und -analyse*. Wiesbaden: Springer Fachmedien, 31-58.

- Strauss, Anselm/Corbin, Juliet (1998) *Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*. Thousand Oaks u. a.: Sage Publications, Inc.
- Strydom, Piet (2002) *Risk, Environment, and Society: Ongoing Debates, Current Issues, and Future Prospects*. California: Open University Press.
- Tesh, Silvia Noble (1996). *Hidden Arguments. Political Ideology and Disease Prevention Policy*. 4th edition. New Brunswick u. a.: Rutgers University Press.
- Upshur, Ross E. (2005) Looking for Rules in a World of Exceptions: reflections on evidence-based practice. In: *Perspectives in Biology and Medicine* 48(4), 477-489.
- von Kardorff, Ernst (2021) Kritische Anmerkungen zu einigen Annahmen und Strategien von Evidenzbasierter Public Health. In: Schmidt-Semisch, Henning/Schorb, Friedrich (Hrsg.) *Public Health. Disziplin – Praxis – Politik*. Wiesbaden: Springer VS, 331-348.
- Wardrope, Alistair (2015) Medicalization and epistemic injustice. In: *Medicine, Health Care and Philosophy* 18(3), 341-52.
- Wehling, Peter/Viehöver, Willy/Keller, Reiner/Lau, Christoph (2007) Zwischen Biologisierung des Sozialen und neuer Biosozialität: Dynamiken der biopolitischen Grenzüberschreitung. In: *Berliner Journal für Soziologie* 17, 547-567.
- Wong, Nancy/King, Tracey (2008) The Cultural Construction of Risk Understandings through Illness Narratives. In: *Journal of Consumer Research* 34, 579-594.

THERESA SCHNEDERMANN

Urlaub vermochte die Lage nicht mehr zu verbessern.
Norm(alitäts)vorstellungen und Toleranzgrenzen im
Burnout-Diskurs

Abstract

Der Begriff Burnout kommt in den 1980er Jahren in Deutschland in einer Zeit auf, in der bestehende Diagnosebegriffe in Frage gestellt und teilweise durch die Überarbeitung der Klassifikationssysteme aufgegeben wurden. Burnout ist demnach auch ein Index für sich verändernde Bedingungsgefüge und Beziehungen zwischen den klinischen und angewandten Fächern im Bereich der Medizin und Psychologie in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts und damit auch für die gesellschaftlichen und fachlichen Debatten, wo die Grenze zwischen (a)normaler Leistungsfähigkeit und Erschöpfung verläuft. Dieser Beitrag analysiert, wie Norm(al)vorstellungen, die im Diskurs sprachlich manifest werden, die Einordnung des Phänomens zwischen den Polen ‚gesund‘ und ‚krank‘ beeinflussen können. Im Anschluss daran wird gefragt, welche Macht diese Normalitätsvorstellungen entfalten, wenn sie über Einzeltexte hinweg regelmäßig auftreten, und in welcher Verbindung sie zu kodifizierten Normen gesellschaftlicher Bereiche stehen.

The term burnout emerged in Germany in the 1980s at a time when existing diagnostic terms were being questioned and partly abandoned through the revision of classification systems. Accordingly, burnout is also an index for changing conditional structures and relationships between clinical and applied disciplines in the field of medicine and psychology in the second half of the 20th century – and thus also for social and professional debates about where to draw the line between (a)normal performance and exhaustion. This paper analyzes how norms and notions of normality, manifested linguistically in discourse, can influence the classification between the poles of 'healthy' and 'sick'. It then asks what power these normality conceptions unfold when they occur regularly across singular texts, and how they relate to codified norms of social domains.

Keywords: Burnout, Burnout-Diskurs, Diskursanalyse, Diskurslinguistik, Norm, Normalvorstellungen, diskursive Macht

burnout, burnout discourse, discourse analysis, discourse linguistics, norm, notions of normality, discourse power

Osnabrücker Beiträge zur Sprachtheorie 102 (2024), 169-190

Published online 13-02-2024; DOI <https://doi.org/10.17192/obst.2024.102.8646>

1 Einleitung

Wo verläuft die Grenze zwischen Gesundheit und Krankheit, insbesondere bei diffusen, sich allmählich entwickelnden Beschwerden wie Erschöpfung? Mit welchen sprachlichen Zeichen tauschen sich Mitglieder einer Gesellschaft in einem bestimmten kulturellen und historischen Rahmen über Symptome im Verhalten und Erleben aus, die sich durch eine bestimmte Art der Abweichung aufdrängen und dadurch erklärungsbedürftig werden?

Michel Foucault postuliert in der „Archäologie des Wissens“ in Bezug auf die Entwicklung des Faches der Psychopathologie, dass die „Flächen des Zutagetretens“, d. h. wo „die individuellen Unterschiede auftauchen“ und wie diese dann „gemäß [...] den begrifflichen Kodes und den Theorietypen“ bezeichnet und eingeordnet würden, „in den verschiedenen Gesellschaften, verschiedenen Epochen und in den verschiedenen Formen des Diskurses nicht gleich“ seien (Foucault 1981, 62). Es sei wahrscheinlich, dass die Entwicklung der Psychopathologie des 19. Jahrhunderts und ihrer Gegenstände,

durch die Familie, die umgebende soziale Gruppe, das Arbeitsmilieu, die Glaubensgemeinschaft bestimmt würde[n] (die alle normativ, gegenüber der Abweichung empfindlich sind, die alle eine Toleranzgrenze und alle eine Schwelle haben, jenseits deren der Ausschluß verlangt wird [...]). (Foucault 1981, 62)

Die folgende Analyse orientiert sich an der Diskurstheorie Foucaults: Das Zutagetreten von Toleranzgrenzen, Schwellen und Normen in einem Diskurs wird einerseits durch ‚diskursinterne‘ „Klassifikations-, Anordnungs- und Verteilungsprinzipien“ beeinflusst (Foucault 1993, 17) und andererseits durch die Macht ‚äußerer‘ institutioneller und fachkultureller Kräfte (vgl. Foucault 1993, 17), im Burnout-Diskurs¹ z. B. durch medizinische und psychologische Denkstile im Sinne Flecks² oder Gesetze, Klassifikationssysteme und nationale und internationale Normen, die im Bereich der medizinischen Versorgung

1 Unter *Diskurs* wird in diesem Beitrag ein „Text- oder Gesprächsnetz zu einem Thema“ (Felder 2012, 122) verstanden, dessen Texte untereinander nachweisbare semantische Beziehungen aufweisen (vgl. Busse/Teubert 1994, 14). Durch die Verbindung der Peirce’schen Semiotik mit diskurslinguistischen Ansätzen wird Diskurs auch als „Superzeichen“ (Reisigl 2017, 13 und 24) betrachtet, dessen semiotische Ebenen in ihrem punktuellen Vorkommen und in der Zusammenschau, d. h. in der Gesamtheit ihrer Beziehungen (vgl. Foucault 1981, 67), gesichtet werden müssen, um Materialisierungen an der Sprachoberfläche von Norm(al)vorstellungen und Praktiken im Umgang mit einem Thema wie Burnout nachzuzeichnen. Es ist nicht möglich, den Gesamtdiskurs im Sinne eines „imaginären“ oder „virtuellen“ Textkorpus (Spitzmüller/Warneke 2011, 83 mit Bezug auf Busse/Teubert 1994) zum Phänomen Burnout repräsentativ abzubilden. Leitidee bei der Zusammenstellung des Korpus aus geschriebenen Texten zum Thema Burnout, das der vorliegenden diskurslinguistischen Analyse zugrunde liegt, war die Multiperspektivität in horizontaler (verschiedene Fachbereiche, Akteure), vertikaler (Fach-, Vermittlungs- und alltagsnahe Texte) und diachroner Hinsicht (vgl. Schnedermann 2021, 149). Die weitere Beschreibung des Analysekorpus erfolgt in Abschnitt 3 dieses Beitrags. Wenn im Folgenden vom Burnout-Diskurs im Singular gesprochen wird, dann wird damit auf dieses konkrete Textnetz zum Thema Burnout referiert.

2 Ludwik Fleck entwickelt seinen Begriff des *Denkstils* in Kontext seiner Überlegungen zur „Beziehung zwischen Gegenstand, Erkenntnistätigkeit und sozialem Rahmen der Naturwissenschaft“ (Schäfer/Schnelle 1980, XXII). Es gebe kein voraussetzungsloses Beobachten: „Der Satz ‚jemand erkennt etwas‘ verlangt

und des Arbeits- und Gesundheitsschutzes Geltung besitzen. Diese Gesetze und Normen werden diskursiv verhandelt – sie manifestieren sich sprachlich, hinterlassen Spuren an der sprachlichen Oberfläche und sind damit indexikalisch-diskursiv vermittelt (vgl. Schnedermann 2021, 88-92 mit Bezug auf Müller 2015, 47-58; Spieß 2012, 82-85).

Im Zentrum des vorliegenden Beitrags steht die Frage, welche Toleranzgrenzen und Schwellen sich im Burnout-Diskurs in Bezug auf sozio-kulturelle Praktiken³ und Norm(al)-vorstellungen im Umgang mit Erschöpfungsphänomenen zeigen und welche diskursive Macht diese „Toleranzgrenzen“ als implizite Bewertungsmaßstäbe entfalten können.

Dafür werden im Folgenden zunächst die Rahmenbedingungen des Burnout-Diskurses skizziert. Ich greife dabei zurück auf Ergebnisse meines Dissertationsprojektes zu einer diskurslinguistischen Typologie definitiver Praktiken im Burnout-Diskurs. Daran anschließend werden das Textkorpus und die konkreten Analysezugänge dieses Beitrags beschrieben. Daraufhin wird exemplarisch gezeigt, welche Spuren (unwillkürlicher) sozio-kultureller Praktiken und Normen der Burnout-Diskurs aufweist und welche definitivische Macht diese besitzen, dadurch, dass sie ein gesellschaftlich geteiltes Wissen konstituieren, vor dessen Hintergrund Erlebens- und Verhaltensweisen zu erklärungsbedürftigen ‚Symptomen‘ werden.

2 Hintergründe zum deutschsprachigen Burnout-Diskurs

Durchsucht man Archive von deutschen Tages- bzw. Wochenzeitungen (beispielsweise der FAZ, des SPIEGELS und der ZEIT), die bis ins Jahr 1945 zurückgehen, so findet man

[...] einen Zusatz z. B.: ‚auf Grund des bestimmten Erkenntnisbestandes‘ oder besser ‚als Mitglied eines bestimmten Kulturmilieus‘ oder am besten ‚in einem bestimmten Denkstil, in einem bestimmten Denkkollektiv‘ (Fleck 1935/1980, 54). Das Erkennen stelle die ‚am stärksten sozialbedingte Tätigkeit des Menschen vor‘ (Fleck 1935/1980, 58).

- 3 Diskursive Praktiken werden in diesem Beitrag verstanden als „gewohnheitsmäßige, habituelle Verhaltens- und Handlungsweisen im Umgang mit Aufgaben, Problemen, Gegenständen und semiotischen Ressourcen, die an der Textoberfläche sichtbar werden“ (Schnedermann 2021, 141 mit Bezug auf Feilke 2016, 265; Konerding 2009, 86; Müller 2015, 16-19). Der in diesem Beitrag verwendete Praktikenbegriff basiert auf der linguistischen Auseinandersetzung mit dieser in Kulturwissenschaft und Soziologie verwendeten Analysekategorie (vgl. im Überblick Deppermann/Feilke/Linke 2016) in Verbindung mit dem Konzept (nicht)diskursiver Praktiken bei Foucault (vgl. Wrana/Langer 2007 und Schnedermann 2021, 76-92). Praktiken werden hier nicht wie bei manchen „soziologischen Praktikentheoretikern [...] als Gegenbegriff zu ‚Handlung‘“ gefasst (vgl. Deppermann/Feilke/Linke 2016, 4), aber im Praktikbegriff werden musterhafte Routinen und Sprachverwendungsregularitäten (die auf teilweise nicht vollständig bewusster Regelrepräsentation beruhen), sozio-kulturelle Einbettungsbedingungen und intentionales Handeln dynamisch miteinander verbunden (vgl. Habscheid 2016, 127-133; Felder/Gardt 2015, 15). Ausgangspunkt der Analyse ist die Textoberfläche, die Analyse lässt sich als kontextualisierende Spurensuche mit indexikalischem Fokus beschreiben (vgl. Müller 2015, 54; vgl. Busse 2007, 82): Welche gewohnheitsmäßigen, als ‚normal‘ bewerteten Verhaltens- und Handlungsweisen in der Verständigung und im Umgang mit dem Thema Burnout haben Spuren an der Textoberfläche hinterlassen? Können durch die Analyse dieser sprachlichen Spuren polyphone Strukturen und verstehensrelevante Normen und Wissensbereiche aufgezeigt werden?

für den aus dem Englischen entlehnten Ausdruck *Burnout/Burn-out/Burnout-Syndrom* vereinzelte Treffer Anfang der 1980er Jahre. Ab 1990 stabilisiert sich die Vorkommenshäufigkeit der Bezeichnung in Korpora geschriebener Gegenwartssprache des Deutschen⁴, ein deutlicher Anstieg zeigt sich 2006 und ein starker Anstieg in den Jahren 2010, 2011, 2012, ab dem Jahr 2013 kommt es zu einem Rückgang.⁵

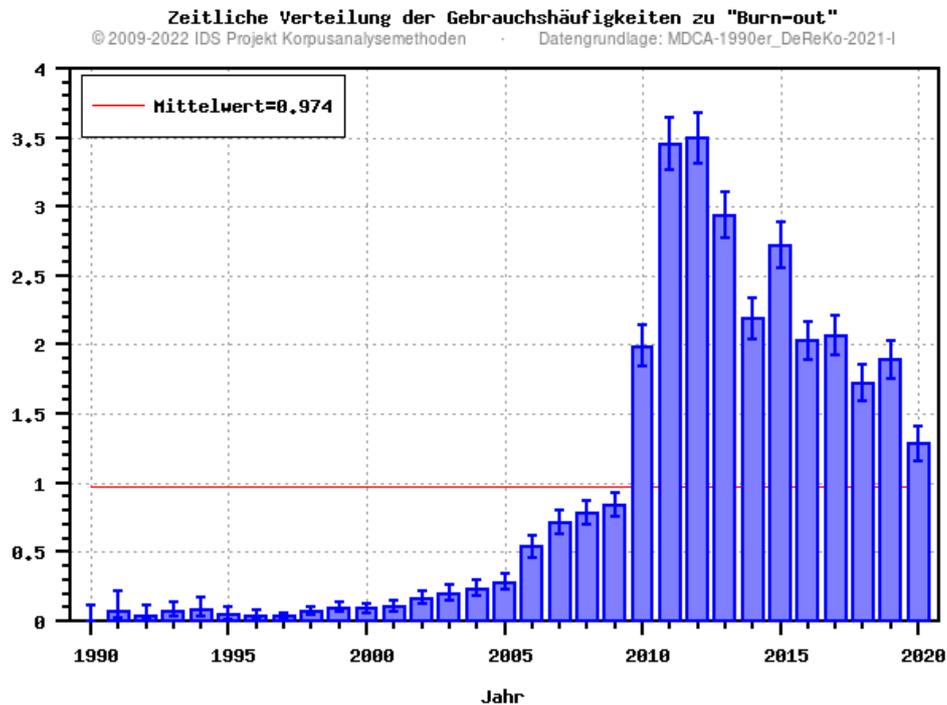


Abb. 1: Zeitliche Verteilung (weitere Angaben dazu in Fußnote 5)

Der Neologismus ist ein erstes Indiz, dass sich ein neuer Diskurs als „Text- oder Gesprächsnetz zu einem Thema“ (Felder 2012, 122) formiert.⁶ Für die Verwendung von Formen des Verbstamms *ausbrenn**, mit denen auf den Verlust oder das Aufhören von Lebenskraft,

⁴ Vgl. die Angaben zum Deutschen Referenzkorpus (DeReKo) des Leibniz-Instituts für Deutsche Sprache (IDS), das „mit 55 Milliarden Wörtern (Stand 08.03.2023) die weltweit größte linguistisch motivierte Sammlung elektronischer Korpora mit geschriebenen deutschsprachigen Texten aus der Gegenwart und der neueren Vergangenheit“ darstellt: <https://www.ids-mannheim.de/digspra/kl/projekte/korpora/> [zuletzt abgerufen am 08.12.2023]. Die in Abb. 1 gezeigte Zeitverlaufsgrafik des Neologismenwörterbuchs des IDS basiert auf einem Teilkorpus der IDS-Korpora geschriebener Sprache.

⁵ Vgl. die Zeitverlaufsgrafik zum Neologismus *Burnout* des Leibniz-Instituts für Deutsche Sprache (<https://www2.ids-mannheim.de/kl/neoplots/owid/179379.html> [zuletzt abgerufen am 08.12.2023]). Vgl. auch Schnedermann (2021, 162).

⁶ Siehe die Erläuterungen zum Diskursbegriff in Fußnote 1.

seelischer Kraft, Mut, Freude oder Leidenschaft‘ referiert wird, findet man jedoch im Deutschen Textarchiv⁷ schon Belege ab dem 17. Jahrhundert (vgl. Schnedermann 2021, 218-233). Dass mit der Verwendung des entlehnten Substantivs *Burnout*⁸ dennoch ein ‚neues‘ Diskursthema in Erscheinung tritt, dafür spricht u. a.:

- der steile Anstieg der Verwendungsfrequenz des Ausdrucks, insbesondere seit den 2000er- und 2010er-Jahren;
- dass das Substantiv (*Burnout*) nicht nur im Deutschen, sondern auch im Englischen (*burn-out, burnout*) mit der Referenz auf psychische Zustände in mehreren Neologismenwörterbüchern erscheint (vgl. Schnedermann 2021, 207), das Stichwort im Rahmen von zehn Jahren in die Neuauflagen von DUDEN und Wahrig⁹ und einschlägige Fachlexika¹⁰ erstmalig aufgenommen wurde und die substantivierten Formen *das Ausbrennen* und *Ausgebranntsein* mit psychischer Lesart erst Ende des 20. Jahrhunderts in Gebrauch kommen (vgl. Schnedermann 2021, 230-232);
- die erstaunliche Fülle metasprachlicher Belege in Fachtexten und fachexternen Texten, die eine trennscharfe, allgemeingültige Definition und Abgrenzung von sinnverwandten Begriffen wie der *Depression* oder *Neurasthenie* fordern (vgl. Schnedermann 2021, 103-105);
- dass dieser Begriff bzw. Terminus zunächst im englischen Fachdiskurs (vgl. z. B. als frühe Belege Freudenberger 1974; Maslach/Jackson 1981) und später deutschen Fachdiskurs (vgl. z. B. als frühe Belege Kleiber/Enzmann 1990; Bermejo/Muthny 1993; Gamsjäger/Sauer 1996) in einer Zeit des terminologischen und fachgeschichtlichen Umbruchs und arbeits- und gesundheitspolitischer Reformbemühungen aufkommt (vgl. Schnedermann 2021, 164-172).

Auf die letzten beiden Punkte soll im Folgenden beispielhaft eingegangen werden, da sie die Rahmenbedingungen beschreiben, vor denen die Texte über das ‚neue‘ Phänomen und Konzept ‚Burnout‘ entstehen.¹¹ Für den Burnout-Diskurs charakteristisch sind die

7 Das Kernkorpus des Deutschen Textarchivs (DTA) umfasst „rund 1500 Titel“ – eine „ausbalancierte Textauswahl in den Textsorten“ vom frühen 17. bis zum frühen 20. Jahrhundert. Vgl. die Angaben auf der Homepage des Deutschen Textarchivs: <https://www.deutschestextarchiv.de/> [zuletzt abgerufen am 08.12.2023].

8 Es werden im Folgenden nicht alle Schreibweisen und sinnverwandten Ausdrücke wiederholt (z. B. *Burn-out, Burn-Out, Burn Out, Burn-out-Syndrom, Burnout-Syndrom*), diese waren aber Teil der Suche für die Korpuserstellung.

9 Z. B. in der zweiten Auflage des „DUDEN: Das große Wörterbuch der deutschen Sprache“ im Jahr 1993 (in Band 2, DUDEN² 1993, 613) und im Deutschen Wörterbuch von Wahrig/Wahrig-Burfeind (1994, 369).

10 Das Stichwort *Burnout* findet man das erste Mal im Jahr 1991 in der 11. Auflage des „Dorsch Psychologisches Wörterbuch“ (vgl. Dorsch¹¹ 1991, 887), im klinischen Wörterbuch Psychembel ist es das erste Mal im Jahr 2002 zu finden (Psychembel/Dornblüth²⁵⁹ 2002, 325).

11 Eine ausführlichere Einordnung findet man bei Schnedermann 2021, Abschn. 5.2.

zahlreichen Belege, in denen gefragt wird, ob *Burnout* nur ein neuer Name für eine alte Idee bzw. ein schon bestehendes Störungsbild sei:

Neurasthenie hieß das früher, heute spricht man von Burn-out. (DIE ZEIT Nr. 46/2014, = Bund/Rudzio 2014).

Und all das, obwohl Burnout im medizinischen Sinne gar keine Diagnose ist, sondern allenfalls ein anderes Wort für Depression. (DER SPIEGEL 6/2012, = Blech 2012, 124-125).

Schon im Jahre 1911 beschreibt Siegbert Schneider in einem Artikel (des „Oberpfälzer Schulanzeigers“) die Symptome einer „modernen Lehrer-Krankheit“ mit dem Namen „Neurasthenie“, die den Burnout-Symptomen auffallend ähnelt. Burnout ist zweifellos schon ein älteres Phänomen, das durch die Benennung und Beachtung durch Wissenschaftler jedoch plötzlich in den Mittelpunkt des Interesses rückte [...]. Zuvor wurde das Phänomen mit Begriffen wie „Stress“, „Entfremdung“, „Depression“, „Erschöpfung“ oder „Arbeitsunzufriedenheit“ umschrieben.“ (Barth ²2001, 72).

Das letzte Zitat aus einem Übersichtsartikel zu „Burnout bei Lehrern“ aus dem „Handwörterbuch Pädagogische Psychologie“ ist interessant, da es durch die Aufzählung von sinnverwandten Begriffen Forschungsbereiche benennt, die u. a. in der Arbeits- und Organisationspsychologie intensiv erforscht werden – einem Fach, das sich aus Vorläuferfächern im Lauf des 20. Jahrhundert formierte (vgl. Nerdinger ³2014, 17-24). Der Neurastheniebegriff geht auf den amerikanischen Arzt George Miller Beard zurück, der diesen 1869 prägte (vgl. Haisch et al. 2018, 54), der „im Laufe der Zeit einem Wandel“ unterlag und unter dem Einfluss der Freudschen Theorien diagnostisch auch den „Aktualneurosen“ zugeordnet wurde (Haisch et al. 2018, 55). Durch die grundlegende Überarbeitung des „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ (DSM-III, 1980) und der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10, dt. Fassung 1994) ab den 1970er Jahren wurden zuvor etablierte psychiatrische Ordnungsbegriffe wie *Krankheit* oder *Neurose* in den Klassifikationssystemen aufgegeben (vgl. Saß/Saß-Houben 2005, 139). Es sollten neue atheoretische Klassifikationsbegriffe gefunden werden, die keine ätiologischen Annahmen im Namen transportieren (vgl. Wittchen ²2011, 39). Mit der Neurosenlehre schien also auch der Begriff der ‚Neurasthenie‘ in gewisser Weise nicht mehr ganz zeitgemäß zu sein. Der Begriff ‚Burnout‘ kommt also in einer Zeit auf, in der bestehende Diagnosebegriffe in Frage gestellt und teilweise durch die Überarbeitung der Klassifikationssysteme aufgegeben wurden.

Daraus soll nicht geschlussfolgert werden, dass *Burnout* das neue Label für die Diagnose *Neurasthenie* sei. Von sprachwissenschaftlicher Seite können semantische Überschneidungen und Unterschiede zu älteren und verwandten Diagnosekonzepten aufgezeigt werden (vgl. Schnedermann 2021, 210-213, 270, 418), dies entspricht aber nicht einer Bewertung des Phänomens Burnout aus der Perspektive einer medizinischen oder psychologischen Fachrichtung heraus. Der Neologismus *Burnout* und die Diskussion um dieses Phänomen, die sowohl fachintern als auch fachextern breit geführt wurde und wird, stehen für mehr als nur für einen vermeintlich neuen Diagnosenamen. Gerade in Fachtexten der klinischen

Praxis (wie der Psychiatrie und klinischen Psychologie), die sich auf den Krankheits- bzw. Diagnosestatus beziehen, ist der Begriff bis heute umstrittener als in Texten der Arbeits- und Organisationspsychologie, die ihn im Kontext von Untersuchungen zu Ressourcen und Anforderungen der Arbeitswelt als ein Forschungskonzept unter anderen verwenden (vgl. Schnedermann 2021, 401-404).

Burnout ist demnach auch ein Index für sich verändernde Bedingungsgefüge und Beziehungen zwischen den klinischen und angewandten Fächern im Bereich der Medizin, Psychologie und Soziologie in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts und damit auch für die gesellschaftlichen und fachlichen Debatten, wo in der heutigen Gesellschaft die Grenze normaler und anormaler Leistungsfähigkeit und Erschöpfung verläuft und Hilfs- und Behandlungsbedürftigkeit beginnt.

3 Textkorpus und Analysezugänge

Die Analysen dieses Beitrags basieren auf dem Textkorpus und Forschungsansatz meiner Dissertation zur Untersuchung der Macht des Definierens im Bereich psychischer Gesundheit und Krankheit am Beispiel des Phänomens Burnout. Der in der Dissertation verfolgte Forschungsansatz verortet sich im Forschungsparadigma einer Diskurslinguistik „nach Foucault“ (Spitzmüller/Warnke 2011, 8-9, 78-85) und kombiniert Annahmen und Methoden dieses Paradigmas mit hermeneutischen, pragma- und medizin-semiotischen und praxeologischen Theorie- und Forschungsansätzen (u. a. Gardt 2009; Busse 2007; Warnke 2009; Köller 2004; Sebeok 1984; Reisigl 2017; Felder 2012; Deppermann/Feilke/Linke 2016; siehe auch Fußnote 1 und 3). Sprache wird mit Marcus Müller als „Konglomerat von Spuren sozialer Interaktion“ verstanden (Müller 2015, 47) und „Sprachverwendungskonstellationen“ werden unter (fach-)kultureller, „sprachsystematischer und pragmatisch kommunikativer“ (Felder/Gardt 2015, 17-18) Perspektive untersucht. Die oben genannten Theorien werden miteinander verbunden, weil sie alle von den (sprachlichen) Zeichen selbst ausgehen, ihnen praktische Effekte zusprechen und sowohl sprach- bzw. diskursintern-systematische als auch sprach-/diskursextern-pragmatische Faktoren in den Sinnbildungsprozess mit einbeziehen (vgl. Schnedermann 2021, 136).

Das Textkorpus des Dissertationsprojektes umfasst überwiegend deutschsprachige und einige englischsprachige Texte aus verschiedenen Fachlexika, Hand- und Lehrbüchern (84 Texte), Fachzeitschriften und Monographien (234 Texte), die ICD-10 und ICD-11, Medientexte (311 Texte) sowie Vermittlungstexte in populärwissenschaftlichen Zeitschriften (124 Texte) und von Internetplattformen wie Wikipedia oder NetDoktor (14 Texte) von Mitte der 1970er Jahre bis 2015. Um den Diskurs historisch einzubetten, wurden zudem Einträge aus insgesamt sieben englischen und deutschen Neologismenwörterbüchern und verschiedene Auflagen von insgesamt zehn allgemeinen einsprachigen Wörterbüchern des Englischen und Deutschen sowie das DTA und DWDS-Kernkorpus durchsucht. Für die Analyse wurden die Texte vorab hinsichtlich varietäten- und textlinguistischer Kriterien einem fachlichen und einem fachexternen Diskursstrang und Textsorten zugewiesen. Für

die in diesem Beitrag nur knappe Beschreibung des Burnout-Diskurses (siehe der letzte Abschnitt) habe ich auf dieses Korpus (ausführliche Beschreibung Schnedermann 2021, Abchn. 5) zurückgegriffen.

Der nun vorgestellte Zugang zu den von Foucault benannten „Schwellen“ und „Toleranzgrenzen“ im Burnout-Diskurs ging aus folgender Beobachtung hervor: In beinahe allen Definitionstypen, die aus der Analyse definitorischer Praktiken in fachlichen wie fachexternen Texten des Burnout-Diskurses hervorgingen, manifestieren sich durchschnittliche menschliche und gruppenspezifische Vergleichswerte, übliche sozio-kulturelle Praktiken im Umgang mit Erschöpfung und gesellschaftliche Erwartungsnormen, die eine Abgrenzung des zu definierenden Begriffs von ‚normalen‘ Vergleichswerten hervorrufen (vgl. Schnedermann 2021, 463-480). Wären Symptome ohne einen solchen symbolischen Resonanzraum des ‚Normalen‘ überhaupt als Referenzobjekte benennbar?¹²

Der Mikrobiologe und Wissenschaftstheoretiker Ludwik Fleck schreibt in einem Aufsatz „Über einige besondere Merkmale des ärztlichen Denkens“:

Der Gegenstand ärztlicher Erkenntnis selbst unterscheidet sich im Grundsatz vom Gegenstand naturwissenschaftlicher Erkenntnis. Während der Naturwissenschaftler typische, normale Phänomene sucht, studiert der Arzt gerade die nicht typischen, nicht normalen, krankhaften Phänomene. (Fleck 1927, 1983, 37)

Indem Fleck die ärztliche Arbeit der naturwissenschaftlichen Tätigkeit gegenüberstellt, ruft er einen Normalitätsbegriff auf, der das ‚Normale‘ als das ‚Naturgemäße‘ versteht. Dieses Verständnis findet man nach Kudlien (2017) in folgender Zweideutigkeit auch schon in der Antike in den Hippokratischen Schriften:

Natur meint [...] zum einen die durchschnittliche, ‚natürliche‘ Beschaffenheit, zum anderen auch etwa den gesunden Zustand des Körpers und seiner Organe und damit den Idealzustand, dessen Wiederherstellung Ziel der ärztlichen Therapie ist. (Kudlien 2017, Online)

Das ‚Natürliche‘ verweist auf das ‚Typische‘ bzw. ‚Durchschnittliche‘ einer Speziesnorm, die gleichzeitig als das ‚Gesunde‘ zur Idealnorm erhoben wird. Nach Ludwik Fleck lautet die grundsätzliche ärztliche Frage: „Auf welche Weise ist ein Gesetz für nicht gesetzmäßige Phänomene zu finden?“ (Fleck 1927, 1983, 37). Der Semiotiker Thomas Sebeok stellt sich in Bezug auf die Frage, was medizinische Symptome seien, eine ähnliche Frage. Symptome seien „Anzeichen“ am Körper einer zunächst unbewusst ‚sendenden‘ Person, „die nach

12 Ich beziehe mich mit dieser Frage auf Ausführungen Ludwig Jägers zur Zeichentheorie von Peirce und seiner Feststellung, dass Indices und Symbole im Rahmen der Semiose notwendig aufeinander angewiesen sind. Symbole hätten ohne die indexikalische Referenz kein „Vermögen, den inferentiellen Horizont ihrer Weltbeschreibung zu einer wirklichen Weltberührung hin zu überschreiten und so zwischen einem ‚Universum der Realität‘ und einem ‚fiktionalen Universum‘ zu unterscheiden;“ Indices wären ohne symbolische Inferenz „nicht in der Lage, die Objekte ihrer Bezugnahme als Referenzobjekte herauszugreifen“ (Jäger 2010, 50). Symptome haben nach Peirce indexikalischen und symbolischen Wert (CP 8.335 zitiert bei Schnedermann 2021, 52).

einer Erklärung schreien, nach der Schaffung eines zusammenhängenden und einleuchtenden Interpretationsmusters“ (Sebeok 1984, 42). Sebeok weist ferner auf die Bedeutung und den heuristischen Wert des Aspekts der ‚Anomalie‘ von Symptomen hin, da jedes Symptom, das aktuell nach einer Erklärung verlange, erst aufgrund des vorhandenen Wissens¹³ erklärungsbedürftig erscheine (vgl. Sebeok 1984, 46).

Der Literaturwissenschaftler und Diskurstheoretiker Jürgen Link geht in seiner Studie „Versuch über den Normalismus“ in seiner Rezeption von George Canguilhem's Schrift „Das Normale und das Pathologische“ auf den Begriff des *Natürlichen* in der Medizin am Beispiel von physiologischen Zuständen ein. Physiologische Zustände bezögen sich auf „ultralangdauerstabilisierte Substrate“ als Resultate der Evolution (vgl. dazu auch den Begriff der Speziesnorm weiter oben). In ihnen materialisiere sich ein Gleichgewicht, das jedoch „mit ganz anderem Recht als ‚stabil‘ betrachtet“ werden könne als „vorgebliche ‚Gleichgewichte‘ und ‚Harmonien‘ des ‚sozialen Organismus‘, die nicht Jahrtausende oder auch nur Zigtausende von Jahren, sondern allenfalls ein paar hundert Jahre alt sind, meistens sogar erheblich weniger“ (Link 1996, 128-129). Link verweist damit auf die „interdiskursive Kopplung“ zwischen „vorkulturellen (‚natürlichen‘) und kulturellen Homöostasen“ (Link 1996, 129) und konstatiert:

Der Kurzschluß zwischen psychiatrischen und etwa politischem Normalitäts-Begriff gehört offenbar zu den ‚blinden‘ Voraussetzungen jener als Selbstverständlichkeit gehandhabten Normalität, mit der Mediopolitik, Geschichte, Sozialwissenschaften und Literatur heute hantieren können. Diese und andere ‚blinde‘ Voraussetzungen können also nur dem sog. „Alltags“-Diskurs entstammen. In ihm muss seit langer Zeit jene semantische und allgemeiner diskursive Abzweigung im Gange sein, die um das „Normale“ einen trans-ethischen, trans-normativen Komplex mit fundamental bedeutsamer kultureller Funktion herausgebildet hat. (Link 1996, 20)

Normalität erfülle damit zwei verschiedene diskursive Funktionen: „als Kategorie von Spezialwissen [...] und als allgemein kulturelle Kategorie“ (Link 1996, 49). Als letztere sei sie eine kultur- und subjektkonstituierende Kategorie und begründe „jenes Netz bzw. jenen ‚Archipel‘ aus Dispositiven“, den Link „Normalismus“ zu nennen vorschlägt (Link 1996, 49).

Diese interdiskursive Verschränkung der sprachlich-diskursiven Aushandlung fachlich und gesellschaftlich geteilter Normalitätsvorstellungen, durch die bestimmte psychische Zustände oder personelle Eigenschaften ‚erklärungsbedürftig‘ im Sinne von Symptomen werden, soll in der folgenden Analyse an Ausschnitten des Burnout-Diskurses analysiert werden. Dabei wird an Beispielen gezeigt, wie sich Attribute des Normalitätsbegriffs (z. B. durchschnittlich, habituell, nicht ernsthaft störend)¹⁴ mit biologischen, sozio-kulturellen

13 Eine ausführliche Auseinandersetzung mit verschiedenen Wissensbegriffen und diskurslinguistischen Zugängen dazu, kann hier nicht erfolgen. Die Analyse orientiert sich an Arbeiten von Warnke (2009), Konerding (2009) und Busse (2007). Vgl. im Überblick Schnedermann (2021, Abschn. 2.2.1).

14 Link schreibt, dass für den medizinisch-psychiatrischen Bereich hauptsächlich zwei fundamentale Gleichungen gelten würden: „erstens die Gleichung ‚normal = nicht deviant und daher = de facto akzeptabel,

und individuenbezogenen Praktiken und damit verbundenen Normen verbinden, also wie diese sich sprachlich manifestieren, und ein zusammenhängendes Interpretationsmuster für die Burnout-Symptomatik bilden. Des Weiteren wird gefragt, welches normative Potenzial diese evozierten Praktiken und Normen entfalten und an welchen Stellen institutionalisierte deklarative Normen im Burnout-Diskurs ansetzen.

4 Die Konstituierung von Norm(alitäts)vorstellungen und Toleranzgrenzen im Burnout-Diskurs

Im Folgenden werden zwei Textstellen (Beleg 1 und 2) präsentiert, in denen analysiert wird, welche Normalitätsvorstellungen und Toleranzgrenzen in ihnen konstituiert werden und mit welchen sprachlichen Mitteln dies geschieht. Des Weiteren werden diese Abschnitte dahingehend miteinander verglichen werden, ob sie ähnliche oder unterschiedliche Norm(alitäts)vorstellungen evozieren. In beiden Belegen wird der Ausdruck *Burnout* bewusst gleichsetzend auf dargelegte Sachverhalte und Begriffsinhalte bezogen und es werden Symptome des Konzepts ‚Burnout‘ beschrieben werden. Der erste Beleg stammt aus einem Lehrbuch zur Arbeits- und Organisationspsychologie, der zweite aus einem Magazinbericht einer populärwissenschaftlichen Zeitschrift. Weitere Belege werden in Kombination zu diesen beiden Textstellen präsentiert.

Der nun im Folgenden zitierte Auszug stammt aus dem Lehrbuch „Arbeits- und Organisationspsychologie“, in dem das Phänomen Burnout im Kapitel „Wirkungen der Arbeit“ und „Spezifische Auswirkungen von Stress“ beschrieben wird.

(1) Eine der bekanntesten Definitionen nach Maslach und Jackson (1984) ist die folgende:

Definition

Burn-out bezeichnet einen besonderen Zustand berufsbezogener chronischer Erschöpfung insbesondere in Sozial- und Pflegeberufen. Es wird meist als ein Syndrom aus emotionaler Erschöpfung, Depersonalisierung und reduzierter Leistungsfähigkeit beschrieben. Emotionale Erschöpfung ist durch hohe interpersonelle Anforderungen und die Beanspruchung emotionaler Ressourcen gekennzeichnet. Die Betroffenen fühlen sich durch den Kontakt mit anderen Menschen emotional überanstrengt und ausgelaugt. Depersonalisation beinhaltet negative, gefühllose und zynische Einstellungen gegenüber Klienten, Kunden oder Patienten; ein Zustand, in dem die Betroffenen gefühllose und abgestumpfte Reaktionen gegenüber ihren Klienten zeigen. Persönliche Leistungseinbußen beschreibt die Tendenz, die eigene Arbeit negativ zu bewerten und ein Gefühl mangelnden bzw. schwachen beruflichen Selbstwertes zu entwickeln. [...] (Schaper ³2014, 531-532)

tragbar, tolerabel‘ – und zweitens die Gleichung ‚normal = nicht wirklich ernsthaft störend‘, ‚normal = nicht zu dringender Intervention zwingend [...]‘ (Link 1996, 21). Einige dieser Attribute finden sich auch in Gesundheitskonzepten von medizinischen Laien wieder, zum Beispiel, dass die Handlungsfähigkeit im Hinblick auf grundlegende Funktionen des alltäglichen Lebens nicht eingeschränkt und damit keine Intervention nötig ist (vgl. Faltermaier 2005, 37).

„Burn-out“ wird von Schaper zunächst der Kategorie ‚Erschöpfungszustände‘ zugewiesen und im Rahmen dieser Kategorie mehrfach spezifiziert: durch den Zusatz eines *besonderen* Zustands, die Adjektive *berufsbezogen* und *chronisch* und die Eingrenzung *in Sozial- und Pflegeberufen*. Im zweiten Satz wird es mit dem Hyperonym *Syndrom* wiederaufgenommen, das sich aus *emotionaler Erschöpfung*, *Depersonalisierung* und *reduzierter Leitungsfähigkeit* zusammensetzt - Symptome, die durch Verben mit egressiver Aktionsart (*erschöpfen*, *depersonalisieren*, *reduzieren*) als Endzustand konstituiert werden.

Es fallen in dieser Definition sprachliche Mittel auf, die das *Syndrom* durch Angaben zu seiner Dauer und Intensität eingrenzen sowie durch (implizite) gradierende Zusatzinformationen zu anderen Zuständen und (implizit aufgerufenen) Erwartungsnormen in Beziehung setzen: Ein Adjektiv wie *chronisch* verweist darauf, dass der Zustand andauert und sich dadurch von ‚normaler reversibler‘ Erschöpfung unterscheidet. Es sind keine unmarkiert normalen, sondern *hohe interpersonelle* Anforderungen, denen die *Betroffenen* ausgesetzt sind, wodurch ein Gefühl von *Überanstrengung* entsteht. Die Anforderungen und Anstrengungen liegen damit über einem Bezugswert von Anforderungen und Anstrengungen. Nach Schippan (1992, 215) treten antonymische Gegensatzpaare „meistens dort auf, wo auf der Grundlage bestimmter Kriterien Qualitäten eingeschätzt [werden] und diese Qualitäten auf eine angenommene ‚Nullstufe‘ bezogen werden.“ Das Lexem *Überforderung* impliziert zum Beispiel den antonymen Gegenpol der *Unterforderung* und beide Terme beziehen sich auf einen gemeinsamen Durchschnittswert: ‚weder zu hohe noch zu niedrige Anforderung an x/sich/etwas stellen‘, eine Art ‚Balance‘, die man interessanterweise auch in arbeitspsychologischen Modellen findet, die im Lehrbuch die Definition von Burnout umrahmen. Denn die gerade zitierte Burnoutdefinition ist im Lehrbuch eingebettet in die Vorstellung arbeitspsychologischer Modelle zu Wirkungen der Arbeit sowie Modellen, die die Entstehung von Belastungen, Beanspruchungen und Stress, aber auch Ressourcen, die diese abfedern, in den Blick nehmen (vgl. z. B. das Job-Demands-Resources-Modell, vgl. Schaper ³2014, 523). Die *Überanstrengung* wird in diesen Modellen z. B. durch ein Ungleichgewicht von Anforderungen und Ressourcen erklärt. Das Konzept der ‚Balance‘ oder ‚ausgeglichenen Ausgaben-Gewinn-Bilanzierung‘ findet sich in vielen weiteren Belegen des Burnout-Diskurses.¹⁵ An arbeitspsychologische

15 Weitere Belege: [1] „Ein dauerhaftes Ungleichgewicht zwischen Verausgabung und Belohnung in Form von Gehalt bzw. beruflichem Aufstieg, Wertschätzung und Arbeitsplatzsicherheit führt dabei zu einer Stresserfahrung, welche das Krankheits- und Burnout-Risiko erhöht“ (Klein/Grosse Frie/Blum et al. 2010, 375) in der Fachzeitschrift „Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie“; [2] „Solange es mehr Ressourcen als Stressoren gibt oder das Verhältnis zumindest ausgeglichen wird, trägt das zur psychischen Gesundheit bei“, erläutert Lang. Kippe das Verhältnis, könne sich langfristig daraus eine psychische Erkrankung ergeben. Unter den Ressourcen verbucht sie etwa die Vielfältigkeit der Aufgabe, den Handlungsspielraum, eine klare Zuständigkeit, gute Arbeitsmittel, die Möglichkeit zur Fortbildung sowie ein nettes Kollegium“ (FAZ.NET, 29.10.2015 = epd 2015); [3] „Die Wirkung ist dann besonders tiefgreifend, wenn aufreibende Arbeit und dauernde Belastung von wenig Anerkennung und mitmenschlicher Unterstützung begleitet sind“ (Psychologie Heute 4/2002: 39 = Smolka 2000).

Modelle zur Stressentstehung und -bewältigung schließen Normen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes und international standardisierte Normen an.¹⁶ Die Idealnorm ist, dass die arbeitenden Menschen (unter Berücksichtigung verschiedener Berufsgruppen und Persönlichkeitstypen) ‚gesund‘ und ‚leistungsfähig‘ bleiben. Dieses Ideal wird auch bei psychischen Gefährdungsbeurteilungen in Betrieben umgesetzt.

Auch das zweimal auftauchende Adjektiv *gefühllos* und das Adjektiv *mangelnde* stehen in der zitierten Definition ins Auge. Nach Seiffert zeichnen sich privative Adjektive dadurch aus, dass sie die „vom Erwarteten abweichende Abwesenheit“ (Seiffert 2014) bezeichnen bzw. das „Fehlen des durch die Basis bezeichneten Gegenstands“ ausdrücken (Seiffert 2014). In dieser Gegenüberstellung *gefühllos* – *gefühlvoll* schwingt eine Berufsrollenerwartung mit, dass Personen, die in Sozial- und Pflegeberufen arbeiten, sich normalerweise *gefühlvoll* ihren Klienten gegenüber verhalten (sollten). Diese Berufsrollenerwartung bzw. Tauglichkeitsnorm wird durch die Burnout-Symptomatik verletzt.

Werden die hohen Anforderungen im ersten Beispiel nur abstrakt benannt, so werden sie in Beleg 2 konkret ausbuchstabiert. Der zweite Textauszug stammt aus einem Magazinbericht der Zeitschrift *Gehirn&Geist* 1/2016 (= Falkai 2016, 20):

(2) Das Aus für Bernd Hinze* kam schleichend. Der 38-Jährige liebte seinen Beruf als Werbetexter – eigentlich. Zuletzt nahmen die Anforderungen in der Agentur jedoch ständig zu. Immer mehr Projekte wanderten auf seinen Schreibtisch. Die Tage füllten sich sukzessive mit Besprechungen, Kundengesprächen und Präsentationen. Anfangs gab ihm dieses Mehr an Aufgaben, das schnell getaktete Arbeitsleben, einen gewissen Kick. Aber mit der Zeit nagte es zunehmend an seinen Ressourcen. Hinze opferte mehr und mehr Freizeit. Bereits morgens um sieben saß er am Schreibtisch, um ungestört wichtige Arbeiten zu erledigen. Gegen 19 Uhr war er erschöpft, musste jedoch von zu Hause aus noch E-Mails beantworten oder Telefonkonferenzen abhalten. Der Kontakt zu Freunden schlief nach und nach ein, seine Frau zog sich zurück, und seinen kleinen Sohn sah er praktisch gar nicht.

Zunehmend wandelte sich die Freude am Job in Abscheu – insbesondere gegenüber Kollegen gegenüber, die vermeintlich leistungsfähiger waren. Hinze konnte sich immer schlechter konzentrieren und fühlte sich schon morgens erledigt. Dazu gesellten sich körperliche Beschwerden: Kopfweg, Magendrücken, Rückenschmerzen. Urlaub – sofern er sich denn welchen gönnte – vermochte die Lage nicht mehr zu verbessern.

Irgendwann ging gar nichts mehr. Hinze verließ die Agentur früher als gewohnt und ging direkt ins Bett. Trotzdem fühlte er sich morgens wie gerädert. In der Firma war er unfähig, auch nur den Inhalt seiner E-Mails zu erfassen. Eine Kollegin sprach ihn an, sie erlebe ihn als abwesend, fast schon verwirrt. Das war der Punkt, an dem Bernd Hinze einsah, dass er Hilfe brauchte. Noch am selben Tag ging er zum Hausarzt. Der tippte auf Burnout – als Folge chronischer Arbeitsüberlastung. (Falkai 2016, 20)

In diesem narrativ entfalteten individuell-exemplarischen Fallbeispiel werden hohe Anforderungen, Gefühle der Überanstrengung, Zeichen für reduzierte Leistungsfähigkeit

16 Z. B. die Normen „Ergonomische Grundlagen bezüglich psychischer Arbeitsbelastung“ DIN EN ISO 10075-1 und DIN EN ISO 10075-2, <https://www.din.de/de/meta/suche/62730!search?query=DIN+EN+ISO+10075&submit-btn=Submit> [zuletzt abgerufen am 08.12.2023].

und Beanspruchungsfolgen wie z. B. mangelnder beruflicher Selbstwert ausführlich über verschiedene Kontrastlinien geschildert: Die potenziell belastenden Dinge (z. B. *Kundengespräche, Aufgaben*) nehmen zu und die entlastenden Dinge (z. B. *Freizeit, Kontakt zu Freunden*) nehmen ab. Durch die Fokuspartikeln¹⁷ *bereits* und *schon* werden die geschilderten Handlungen und Zustände in Bezug gesetzt zu Erwartungen des Verfassers des Beitrags: *Bereits morgens um sieben* zeigt an, dass dieser Arbeitsbeginn unverhältnismäßig früh ist in Kombination mit der Information, dass der Werbetexter um 19 Uhr erschöpft ist, *jedoch* noch weiterarbeiten muss, der Arbeitstag demnach über zwölf Stunden hinausgeht. Durch den adversativen Konnektor wird betont, dass es die im biologischen Sinne normale Praktik wäre, auf Erschöpfung mit einer Pause zu reagieren. Die Referenznormen, der gesetzlich verankerte Achtstundentag und eine Ruhezeit von mindestens 11 Stunden, werden hier deutlich überschritten. Sie werden aber nicht explizit angeführt, diese gesetzlichen Normen scheinen sich mit durchschnittlichen Referenzwerten bzw. Speziesnormen, wann ein gesunder Mensch eines bestimmten Alters erschöpft ist, und der alltagsweltlichen Beurteilung, ab wann eine Arbeitslänge nicht mehr ‚normal‘ ist, zu überschneiden, auch wenn keine genaue Grenze (nach 8 Stunden) gezogen wird. Die Fokuspartikel *schon* zeigt in ähnlicher Weise wie die gerade beschriebene Verwendung von *bereits* an, dass ein durchschnittlicher gesunder Mensch im Alter von Bernd Hinze nach der Nachtruhe eigentlich erholt sein sollte. Diese Schwellen, die Personen als „Alarmzeichen“ ernst nehmen sollten, werden besonders deutlich auch in Selbsttests (siehe Beleg 3) zur Burnout-Gefährdung abgefragt:

(3) Diese Alarmzeichen sollten Sie beachten:

- Sie sind ständig müde
- Sie haben das Gefühl, nie Zeit zu haben
- Das Aufstehen morgens fällt Ihnen schwer
- Sie reagieren oft grundlos gereizt
- Sie beschränken Ihre sozialen Kontakte auf Klienten, Patienten und Kunden
- Sie haben das Gefühl unentbehrlich zu sein
- Sie vernachlässigen seit längerem Ihre Hobbys und Interessen
- [...]
- Sie leiden häufig unter Kopf-, Magen oder Rückenschmerzen.

(Apotheken Umschau 1997, 20)¹⁸

17 Siehe den Eintrag von Eva Breindl und Elke Donalies zu „Fokuspartikel“ in „grammis“: <https://grammis.ids-mannheim.de/systematische-grammatik/408> [zuletzt abgerufen am 08.12.2023].

18 Ein weiterer Beleg für Fragen aus einem Selbsttest: „Fühlen Sie sich auch nach Urlaub und Wochenende nicht richtig erholt? Sind sie öfter erkältet, oder haben Sie Magen-, Kopf oder Rückenschmerzen und Kreislaufprobleme?“ (faz.net 8.3.2010 = Meck 2010).

Wirkmächtige Mittel der Abgrenzung sind auch Negationsmittel, besonders auch in Kombination mit einem temporalen Kontrast (siehe Belege 4-8). *Nicht mehr [x]* ist ein hochfrequentes Muster im Burnout-Diskurs:

- (4) [...] bereits der dritte prominente Sportler, der den auf ihm lastenden Druck nicht mehr verkraftete [...] (FAZ vom 30.04.2004, = dpa 2004, 43)
- (5) Die Arbeit in den Büros hat sich verdichtet, mit der Flut an Mails kommt der Kopf nicht mehr mit. (faz.net, 08.03.2010, = Meck 2010)
- (6) [...] Urlaub – sofern er sich denn welchen gönnte – vermochte die Lage nicht mehr zu verbessern. [...] (Gehirn&Geist 1/2016, 20 = Falkai 2016)
- (7) [...] Wer sich nur noch über seine Arbeit definiert, kann es nur schwer akzeptieren, wenn er oder sie auf einmal nicht mehr „funktioniert“ und körperlich und seelisch an seine Grenzen gekommen ist. Aber nicht nur die leistungsorientierten Narzissten sind gefährdet, sondern auch die gutmütigen Helfer, die sich nicht genügend abgrenzen und nie nein sagen. Nicht umsonst wurde das Burnout-Syndrom zunächst nur in sozialen Berufen vermutet. [...] (FAZ, 26.05.2010, = Stock 2010, B4)
- (8) [...] Mir ist alles zuviel, Beruf, Familie, Freunde, obwohl ich eigentlich sehr gut organisiert bin. Doch entspannen kann ich mich schon lange nicht mehr. [...], SZ, 04.01.2001, = Reicherzer 2001, 3)

Die Beispiele zeigen, dass die Beeinträchtigung bzw. der Verlust der Funktionsfähigkeit sowohl bei der Bewältigung von Aufgaben als auch im körperliche-psychischen Sinn mit Berufs- und Persönlichkeitstypen in Verbindung gebracht wird. Im letzten Beispiel (Beleg 8) wird deutlich, dass aber auch Individualnormen bei der Interpretation von Symptomen eine Rolle spielen. Dass die Person, wie sie über sich selbst sagt, *eigentlich sehr gut organisiert* ist (vgl. die Verwendung von *eigentlich* in Beleg 2, Falkai 2016, 20), diese Eigenschaft sie also ‚in Wirklichkeit‘ ausmacht, verstärkt den Kontrast dazu, dass ihr – generalisierend gesprochen – *alles zuviel* ist. Der konzessive Konnektor *obwohl* unterstützt diesen Kontrast, dadurch, dass er die Überforderung als eine Abweichung von einer sonst „angenommenen Regularität“¹⁹ perspektiviert, nämlich, dass organisierte Menschen mit der Vereinbarkeit von Beruf, Familie und Freundeskreis zurechtkommen.

Schließlich möchte ich ausgehend von Beleg 2 aus Gehirn&Geist auf weitere Belege eingehen, in denen Verhaltensweisen gesellschaftlich positiven und negativen Polen zugewiesen werden und Toleranzgrenzen benannt werden, indem in den Belegen zwei Normen aufeinanderstoßen. In Beleg 2 wird ein Anfangs- und ein Endzustand des Burnout-Prozesses geschildert: Zu Beginn *liebt* Bernd Hinze seinen Beruf, dann kehrt sich die *Liebe* bzw. *Freude* in *Abscheu*. Diese ‚Umpolung‘ von einem Anfangszustand ‚leidenschaftlicher Zustimmung‘ zu einem Endzustand ‚leidenschaftlicher Ablehnung‘ findet man auch in weiteren narrativen Textbelegen, insbesondere in Medientexten:

19 Vgl. Informationen im Grammatischen Informationssystem „grammis“ des Leibniz-Instituts für Deutsche Sprache zu „Konzessivsätzen“: <https://grammis.ids-mannheim.de/systematische-grammatik/2109> [zuletzt abgerufen am 08.12.2023].

(9) Die junge Lehrerin begann ihre Lehrzeit an einer nordrhein-westfälischen Gesamtschule voller Elan. Doch bereits nach einem Jahr im Schuldienst ist sie „ein Nervenbündel“, fällt nach dem Unterricht in einen Erschöpfungsschlaf und brütet nachts über ihren Stundenvorbereitungen: „Ich hätte nie gedacht, daß ich mal so werden könnte wie die säuerlichen alten Kollegen, die die Kinder bloß anschreien und Strafarbeiten aufgeben“, seufzt sie und erzählt, inzwischen haue sie auch dazwischen, „anders kommt man einfach nicht durch“.

Eine Münchner Psychologin, 34, arbeitet als Projektleiterin im Strafvollzugsbereich. Anfangs voller Begeisterung über den „neuen Job“, ertappt sie sich jetzt dabei, dass sie im Büro die Stunden bis zum Dienstscluß zählt. Sie leidet unter einem „quälenden Gefühl der Hilflosigkeit und des Ausgeliefertseins“, begleitet von Schlaflosigkeit, Kopf- und Rückenschmerzen. (DER SPIEGEL 1988, 162-164)

In beiden Beispielen des Belegs 9 wird dem „begeisterten“ Start ins Berufsleben eine sich relativ schnell einstellende unmotiviertere Haltung gegenübergestellt, die auch mit psychosomatischen Symptomen einhergeht. Es fällt auf, dass qualitative Kontraste bzw. Wertungspole erzeugt werden in Bezug auf Verhalten und Einstellungen der Arbeit gegenüber. Dabei ist ein Pol eindeutig positiver markiert als der andere: Wenn eine Person *seufzt*, dann zeigt sie, dass sie das eigene Handeln (*die Kinder bloß anschreien*) schmerzt. Wenn sich eine Person dabei *ertappt*, dass sie *die Stunden bis zum Dienstscluß zählt*, dann bewertet sie dieses Verhalten als ‚verboten‘ bzw. als ‚zu geringen oder fehlenden Einsatz‘.²⁰ Ein negativ bewertetes Verhalten einer Lehrperson, das im obigen Beispiel einem älteren Dienstalter durchaus regelhaft zugeschrieben wird (*die säuerlichen alten Kollegen*), zeigt sich gegen die Erwartung, wenn es *bereits* nach kurzer Dienstzeit bzw. bei relativ jungen Personen im Berufsleben auftritt. Hier wird eine Schwelle angezeigt, die mit dem Burnout-Konzept verbunden wird: Die Erschöpfung bzw. „Reduktion psychischer Belastbarkeit“ wird zu einem erklärungsbedürftigen Symptom, wenn sie sich „schon im mittleren Berufsalter“ zeigt (Kaschka/Korczak/Broich 2011, 568). Eigenschaften, die in der Gesellschaft im beruflichen Kontext geschätzt werden und in vielen Arbeitskontexten Idealnomen darstellen (*Elan, Begeisterung*), schlagen so weit um, dass berufliche Aufgaben (z. B. pädagogische Pflichten Kindern gegenüber) nicht mehr erfüllt werden und dadurch Tauglichkeitsnormen verletzt werden. Zudem können andere soziale Erwartungen und Idealnomen (z. B. bezogen auf die Partner- und Elternrolle) mit der ‚übererfüllten‘ Berufsrolle in Konflikt stehen.

5 Schlussbetrachtung

Die analysierten Belege vermitteln einen Eindruck, mit welcher Varianz sprachlicher Mittel (z. B. adversative und konzessive Konnektoren (vgl. Beleg 2, 7, 8, 9), sprachliche Mittel der Gradierung, Quantifizierung, Intensivierung und Polarisierung (vgl. Beleg

²⁰ Zu weiteren Belegen und zur sprachlichen Markierung dieser Wertungspolarität unter anderem über „gradierbare Komplementäre“ im Burnout-Diskurs vgl. Schnedermann (2021, 416-417).

1, 2, 3, 9) durchschnittlich menschliche Speziesnormen, gesellschaftliche und berufliche Ideal- und Tauglichkeitsnormen und Individual- oder Gruppennormen erzeugt und damit die Grenze zwischen Normalität und Pathologie im Burnout-Diskurs sprachlich markiert wird. Wenn diese (impliziten) Bezüge auf durchschnittliche menschliche und gruppenspezifische Vergleichswerte und gesellschaftliche und kulturelle Erwartungsnormen über Einzeltexte des Diskurses hinweg konstant auftreten, dann schaffen sie ein zusammenhängendes, gesellschaftlich geteiltes Interpretationsmuster, vor dessen Hintergrund als ungewöhnlich erlebte Symptome erklärbar werden (vgl. Sebeok 1984, 42) und Toleranzgrenzen und Schwellen zutage treten (vgl. Foucault 1981, 62). Gesellschaftliche Toleranzgrenzen entstehen insbesondere dort, wo verschiedene gesellschaftliche Erwartungsnormen (z. B. Beruf und Familie) aufeinandertreffen oder berufliche Mindestanforderungen bzw. Tauglichkeitsnormen verletzt werden. Sie verbinden sich zudem mit arbeitspsychologischen Modellen und Gesetzen und standardisierten Normen, die über Arbeitsschutzmaßnahmen in den Berufsalltag hineinwirken und mit fachlichen und subjektiven Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit.²¹

Burnout wird danach in den analysierten Definitionsabschnitten insgesamt stärker dem ‚unerwünschten‘, ‚anormalen‘ Krankheitspol als dem unmarkierten, ‚normalen‘, ‚erwünschten‘ Gesundheitspol zugeordnet. Das hängt auch damit zusammen, dass Burnout in den meisten fachlichen und fachexternen Belegen des Burnout-Diskurses als Körper- und Geisteszustand konstituiert wird, der ‚subjektives Leiden‘ erzeugt und in dem sich mehr oder weniger ‚eigendynamisch entwickelnde Funktions- und Handlungseinschränkungen‘ zeigen, die – als ‚Symptome bzw. (Warn)signale‘ präsentiert – einen Interpretations- und Handlungsauftrag transportieren. Weniger durchgängig realisiert wie auch umstritten sind hingegen die Krankheitsattribute der ‚Hilfs- und Behandlungsbedürftigkeit‘ und ‚Arbeitsunfähigkeit‘ (vgl. zusammenfassend Schnedermann 2021, 499). Denn an diesen Punkten wird verhandelt, welche gesellschaftlichen Instanzen für die Behandlung und Wiederherstellung zuständig sind und damit zusammenhängend unter welchen institutionellen Regeln die Behandlung bzw. Präventionsarbeit durchgeführt wird.

Quellen

Apotheken Umschau (1997) Burnout-Syndrom. Total ausgebrannt – und jetzt? In: *Apotheken Umschau* 12/1997 A, 20-23.

Barth, Anne-Rose (1998, ²2001) Burnout bei Lehrern. In: Rost, Detlef H. (Hrsg.) *Handwörterbuch Pädagogische Psychologie*. Weinheim: Beltz, 70-75.

21 Für eine Übersicht zu Krankheits- und Gesundheitskonzepten von Fachleuten und Laien und damit einhergehenden Attributen, die sich auch im Burnout-Diskurs wiederfinden, siehe Schnedermann (2021, 61-70 und 500).

- Bermejo, Isaac/Muthny, Fritz A. (1993) „Burnout“ und Bedarf an psychosozialer Fortbildung und Supervision in der stationären Altenpflege. In: *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 43(3-4), 110-120.
- Blech, Jörg (2012) Schermut ohne Scham. In: *SPIEGEL* 6/2012, 122-131.
- Bund, Kerstin/Rudzio, Kolja (2014) Beherrsch dich! In: *DIE ZEIT* Nr. 46. <https://www.zeit.de/2014/46/marshmallow-test-erfolg-geduld-selbstdisziplin/komplettansicht> [zuletzt abgerufen am 12.12.2023].
- Deutsches Referenzkorpus (DeReKo) <https://www.ids-mannheim.de/digspra/kl/projekte/korpora/> [zuletzt abgerufen am 13.12.2023].
- Deutsches Textarchiv (DTA): Recherche nach *ausbrennen* und *ausgebrannt* (Stand 7.12.2018 zum Zeitpunkt der letzten Recherche): <https://www.deutschestextarchiv.de/> [zuletzt abgerufen am 13.12.2023].
- Dorsch, Friedrich (1921, ¹¹1991) *Psychologisches Wörterbuch*. Bern/Stuttgart: Huber.
- Dpa (2004) „Dem Menschen Hannawald helfen“. In: *FAZ*, 03.05.2004, Nr. 102, 38.
- DSM-III = Spitzer, Robert L. (³1980) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*. Washington D. C.: APA.
- Duden (1976, ²1993) *Das große Wörterbuch der deutschen Sprache*. Band 2: Bin – Far. Mannheim u. a.: Dudenverlag.
- DWDS-Kernkorpus des 20. Jahrhunderts: Recherche nach *ausbrennen* und *ausgebrannt* (Stand 7.12.2018 zum Zeitpunkt der letzten Recherche), Version 3, Herausgegeben von der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften. Online abrufbar unter: <https://www.dwds.de/d/k-referenz#kern> [zuletzt abgerufen am 13.12.2023].
- Epd (2015) Neues E-Learning-Tool. Mit Klicks gegen den Burnout. Auf: *FAZ.NET*, 29.10.2015. <https://www.faz.net/aktuell/karriere-hochschule/buero-co/burnout-rechtzeitig-mit-elearning-tool-psyga-erkennen-13882782.html> [zuletzt abgerufen am 12.12.2023].
- Falkai, Peter (2016) Eine scheinbare Pandemie. In: *Gehirn & Geist* Dossier 1/2016, 20-25.
- Freudenberger, Herbert (1974) Staff Burn-Out. In: *Journal of Social Issues* 30(1), 159-165.
- Gamsjäger, Erich/Sauer, Joachim (1996) Burnout bei Lehrern: Eine empirische Untersuchung bei Hauptschullehrern in Österreich. In: *Psychologie in Erziehung und Unterricht* 43(1), 40-56.
- Haisch, Sarie/Ballweg, Tobias/Seeher, Christian/Orosz, Ariane/Schibli, Yamina/Cattapan-Ludewig, Katja (2018) Burnout und Neurasthenie – Zeitdiagnosen der Jahrhunderte? In: *Swiss archives of neurology, psychiatry and psychotherapy* 169(2), 54-57.

- ICD-10 = *Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme*. Band 1, Systematisches Verzeichnis 10. Revision 1994. Bern: Huber.
- ICD-11 = *International Classification of Diseases*, Eleventh Revision 2022, Geneva: World Health Organization.
- Kaschka, Wolfgang P./Korczak, Dieter/Broich, Karl (2011) Modediagnose Burn-out. In: *Deutsches Ärzteblatt International* 108(46), 781-787.
- Kleiber, Dieter/Enzmann, Dirk (1990) *Burnout. Eine internationale Bibliographie*. Göttingen u. a.: Hogrefe.
- Klein, Jens/Grosse Frie, Kirstin/Blum, Karl et al. (2010) Berufliche Gratifikationskrisen, Job Strain und Burnout bei chirurgisch tätigen Krankenhausärzten. In: *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 60(9-10), 374-379.
- Maslach, Christina/Jackson, Susan E. (1981) The Measurement of Experienced Burnout. In: *Journal of Occupational Behavior* 2(2), 99-113.
- Maslach, Christina/Jackson, Susan E. (1984): Burnout in organizational settings. In: Stuart, Oskamp (Hrsg.) *Applications in organizational settings*. Beverly Hills u. a.: Sage, 133-153.
- Meck, Georg (2010) Burnout-Syndrom: Erschöpft, ausgebrannt, arbeitsmüde. Auf: *FAZ.NET*, 8.3.2010. <https://www.faz.net/aktuell/gesellschaft/gesundheit/burnout-syndrom-erschoeft-ausgebrannt-arbeitsmuede-1953421.html> [zuletzt abgerufen am 12.12.2023]
- Pschyrembel, Willibald/Dornblüth, Otto (1894,²⁵⁹2002) *Klinisches Wörterbuch*. Berlin u. a.: De Gruyter.
- Reicherzer, Judith (2001): Manager mit Burnout-Syndrom: „Weinen können, das wäre schon fast wieder Glück“: Kopfmenschen entdecken ihren Bauch. In: *Süddeutsche Zeitung*, 04.01.2001, 3.
- Saß, Henning/Saß-Houben, Isabel (2005) Klassifikation. In: Petermann, Franz/Reinecker, Hans (Hrsg.) *Handbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie*. Göttingen u. a.: Hogrefe, 137-146.
- Schaper, Niclas (2008,³2014) Wirkungen der Arbeit. In: Nerdinger, Friedemann W./Blickle, Gerhard/Schaper, Niclas (Hrsg.) *Arbeits- und Organisationspsychologie*. Heidelberg: Springer, 517-539.
- Smolka, Dieter (2000) Ausgebrannt im Klassenzimmer. In: *Psychologie Heute* 2000(4), 38-43.

- Stock, Christian (2010) Wie lässt sich ein Burnout verhindern? In: *FAZ*, 26.05.2010, Nr. 119, S. B4.
- SPIEGEL, der (1988) PSYCHOLOGIE: Nichts als Ruhe. In: *DER SPIEGEL* 52/1988, 162-164.
- Wahrig, Gerhard, neu hrsg. von Dr. Renate Wahrig-Burfeind (1994) *Deutsches Wörterbuch*. Mit einem „Lexikon der deutschen Sprachlehre“. Gütersloh: Bertelsmann.
- Wittchen, Hans-Ulrich (2006, ²2011) Diagnostische Klassifikation psychischer Störungen. In: Wittchen, Hans-Ulrich/Hoyer, Jürgen (Hrsg.) *Klinische Psychologie & Psychotherapie*. Berlin/Heidelberg: Springer.

Internetquellen

- DIN EN ISO 10075-1:2018-01 und DIN EN ISO 10075-2: <https://www.din.de/de/meta/suche/62730!search?query=DIN+EN+ISO+10075&submit-btn=Submit> [zuletzt abgerufen am 13.12.2023].
- Grammatisches Informationssystem grammis des Leibniz-Instituts für Deutsche Sprache: Fokusartikel. In: Leibniz-Institut für Deutsche Sprache: „Systematische Grammatik“. Grammatisches Informationssystem grammis. DOI: 10.14618/grammatiksystem; Permalink: <https://grammis.ids-mannheim.de/systematische-grammatik/408> [zuletzt abgerufen am 13.12.2023].
- Konzessivsätze. In: Leibniz-Institut für Deutsche Sprache: „Systematische Grammatik“. Grammatisches Informationssystem grammis. DOI: 10.14618/grammatiksystem; Permalink: <https://grammis.ids-mannheim.de/systematische-grammatik/2109> [zuletzt abgerufen am 13.12.2023].
- Neologismenwörterbuch des Leibniz-Instituts für Deutsche Sprache: <https://www2.ids-mannheim.de/kl/neoplots/owid/179379.html> [zuletzt abgerufen am 13.12.2023].

Literatur

- Busse, Dietrich (2007) Diskurslinguistik als Kontextualisierung – Sprachwissenschaftliche Überlegungen zur Analyse gesellschaftlichen Wissen. In: Warnke, Ingo H. (Hrsg.) *Diskurslinguistik nach Foucault*. Berlin u. a.: De Gruyter, 81-105 [Linguistik – Impulse & Tendenzen 25].
- Busse, Dietrich/Teubert, Wolfgang (1994) Ist Diskurs ein sprachwissenschaftliches Objekt? Zur Methodenfrage der historischen Semantik. In: Busse, Dietrich/Hermanns, Fritz/Teubert, Wolfgang (Hrsg.) *Begriffsgeschichte und Diskursgeschichte. Methoden-*

- fragen und Forschungsergebnisse der historischen Semantik*. Opladen: Westdeutscher Verlag, 10-28.
- Deppermann, Arnulf/Feilke, Helmuth/Linke, Angelika (Hrsg., 2016) *Sprachliche und kommunikative Praktiken*. Berlin u. a.: De Gruyter [Jahrbuch des Instituts für Deutsche Sprache 2015].
- Deppermann, Arnulf/Feilke, Helmuth/Linke, Angelika (2016) Sprachliche und kommunikative Praktiken: Eine Annäherung aus linguistischer Sicht. In: Deppermann, Arnulf/Feilke, Helmuth/Linke, Angelika (Hrsg.), 1-23.
- Faltermaier, Toni (2005) Subjektive Konzepte und Theorien von Gesundheit und Krankheit. In: Schwarzer, Ralf (Hrsg.) *Gesundheitspsychologie. Enzyklopädie der Psychologie C/X/1*. Göttingen u. a.: Hogrefe, 31-53.
- Feilke, Helmuth (2016) Literale Praktiken und literale Kompetenz. In: Deppermann, Arnulf/Feilke, Helmuth/Linke, Angelika (Hrsg.), 253-277.
- Felder, Ekkehard (2012) Pragma-semiotische Textarbeit und der hermeneutische Nutzen von Korpusanalysen für die linguistische Mediendiskursanalyse. In: Felder, Ekkehard/Müller, Marcus/Vogel, Friedemann (Hrsg.) *Korpuspragmatik. Thematische Korpora als Basis diskurslinguistischer Analysen*. Berlin u. a.: De Gruyter, 115-174 [= Linguistik – Impulse und Tendenzen 44].
- Felder, Ekkehard/Gardt, Andreas (2015) Sprache – Erkenntnis – Handeln. In: Felder, Ekkehard/Gardt, Andreas (Hrsg.) *Handbuch Sprache und Wissen*. Berlin u. a.: De Gruyter, 3-33 [= Handbücher Sprachwissen – HSW 1].
- Fleck, Ludwik (1927, 1983) Über einige besondere Merkmale des ärztlichen Denkens In: Fleck, Ludwik (1983): *Erfahrung und Tatsache. Gesammelte Aufsätze*. Mit einer Einleitung herausgegeben von Lothar Schäfer und Thomas Schnelle. Frankfurt/M.: Suhrkamp, 37-45 [= Suhrkamp-Taschenbuch Wissenschaft 404].
- Fleck, Ludwik (1935, 1980) *Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache: Einführung in die Lehre vom Denkstil und Denkkollektiv*. Mit einer Einleitung herausgegeben von Lothar Schäfer und Thomas Schnelle. Diese Ausgabe ist textidentisch mit der 1935 bei Schwabe ersch. Erstausgabe. Frankfurt/M.: Suhrkamp [= Suhrkamp-Taschenbuch Wissenschaft 312]
- Foucault, Michel (1981) *Archäologie des Wissens* [frz. L'archéologie du savoir. 1969]. Übersetzt von Ulrich Köppen. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Foucault, Michel (1993) *Die Ordnung des Diskurses. Inauguralvorlesung am Collège de France, 2. Dezember 1970*. Aus dem Französischen von Walter Seitter. Mit einem Essay von Ralf Konersmann. Frankfurt/M.: Fischer Taschenbuch.

- Gardt, Andreas (2009) Stil und Bedeutung. In: Fix, Ulla/Gardt, Andreas/Knape, Joachim (Hrsg.) *Rhetorik und Stilistik. Ein internationales Handbuch historischer und systematischer Forschung*, 2. Teilband. Berlin u. a.: Mouton-de Gruyter, 1196-1210 [= Handbücher zur Sprach- und Kommunikationswissenschaft 31.2].
- Habscheid, Stephan (2016) Handeln in Praxis. Hinter- und Untergründe situierter sprachlicher Bedeutungskonstitution. In: Deppermann, Arnulf/Feilke, Helmuth/Linke, Angelika (Hrsg.), 127-151.
- Jäger, Ludwig (2010) Zeichen und Wirklichkeit. Wie semiotisch ist das Reale? In: Bohunovsky-Bärnthaler, Irmgard (Hrsg.) *Was ist die Wirklichkeit wirklich? 11. Symposium in der Reihe „Kunst und Gesellschaft“ Warmbad Villach, vom 9. bis 11. Juli 2009*. Klagenfurt u. a.: Ritter, 30-57.
- Köller, Wilhelm (2004) *Perspektivität und Sprache. Zur Struktur von Objektivierungsformen in Bildern, im Denken und in der Sprache*. Berlin u. a.: De Gruyter.
- Konerding, Klaus-Peter (2009) Sprache – Gegenstandskonstitution – Wissensbereiche. Überlegungen zu (Fach-)Kulturen, kollektiven Praxen, sozialen Transzendentalien, Deklarativität und Bedingungen von Wissenstransfer. In: Felder, Ekkehard/Müller, Marcus (Hrsg.) *Wissen durch Sprache. Theorie, Praxis und Erkenntnisinteresse des Forschungsnetzwerks »Sprache und Wissen«*. Berlin u. a.: De Gruyter, 79-111 [= Sprache und Wissen 3].
- Kudlien, Fridolf (1984,2017) Normal, Normalität. In: Ritter, Joachim/Gründer, Karlfried/Gabriel, Gottfried (Hrsg.) *Historisches Wörterbuch der Philosophie Online*. Schwabe, DOI: 10.24894/HWPh.5308.
- Link, Jürgen (1996) *Versuch über den Normalismus. Wie Normalität produziert wird*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Müller, Marcus (2015) *Sprachliches Rollenverhalten: Korpuspragmatische Studien zu divergenten Kontextualisierungen in Mündlichkeit und Schriftlichkeit*. Berlin u. a.: De Gruyter [= Sprache und Wissen 19].
- Nerdinger, Friedemann (2008, ³2014) Geschichte. In: Nerdinger, Friedemann W./Blickle, Gerhard/Schaper, Niclas (Hrsg.) *Arbeits- und Organisationspsychologie*. Heidelberg: Springer, 17-24.
- Reisigl, Martin (2017) Diskurssemiotik nach Peirce. In: Hess-Lüttich, Ernest W.B./Warnke, Ingo H./Reisigl, Martin/Kämper, Heidrun (Hrsg.) *Diskurs – semiotisch: Aspekte multiformaler Diskurskodierung*. Berlin u. a.: De Gruyter, 3-29 [= Diskursmuster 14].

- Schäfer, Lothar/Schnelle, Thomas (1980) Ludwik Flecks Begründung der soziologischen Betrachtungsweise in der Wissenschaftstheorie. In: Fleck, Ludwik (1935, 1980), VII-XLIX.
- Schippan, Thea (1992) *Lexikologie der deutschen Gegenwartssprache*. Tübingen: Niemeyer.
- Schnedermann, Theresa (2021) *Die Macht des Definierens. Eine diskurslinguistische Typologie am Beispiel des Burnout-Phänomens*. Berlin u. a.: De Gruyter [= Sprache und Wissen 48].
- Sebeok, Thomas A. (1984) Symptome, systematisch und historisch. In: *Zeitschrift für Semiotik* 6(1-2), 37-52.
- Seiffert, Anja (2014) privat. In: Schierholz, Stefan (Hrsg.) *Wörterbücher zur Sprach- und Kommunikationswissenschaft (WSK) Online*. Berlin u. a.: De Gruyter. https://www.de-gruyter.com/database/WSK/entry/wsk_id_wsk_artikel_artikel_17504/html [zuletzt eingesehen am 13.12.2023].
- Spieß, Constanze (2012) Das Dispositiv als Erweiterungspostulat linguistischer Diskursanalyse – ein Vorschlag zur Analyse öffentlich-politischer Mediendiskurse. In: Spieß, Constanze/Dreesen, Philipp/Kumięga, Łukasz (Hrsg.) *Mediendiskursanalyse. Diskurse – Dispositive – Medien – Macht*. Wiesbaden: Springer VS, 77-111.
- Spitzmüller, Jürgen/Warnke, Ingo H. (2011) *Diskurslinguistik. Eine Einführung in Theorien und Methoden der transtextuellen Sprachanalyse*. Berlin u. a.: De Gruyter.
- Warnke, Ingo H. (2009) Die sprachliche Konstituierung von geteiltem Wissen in Diskursen. In: Felder, Ekkehard/Müller, Marcus (Hrsg.) *Wissen durch Sprache. Theorie, Praxis und Erkenntnisinteresse des Forschungsnetzwerks »Sprache und Wissen«*. Berlin u. a.: De Gruyter, 113-140 [= Sprache und Wissen 3].
- Wrana, Daniel/Langer, Antje (2007) An den Rändern der Diskurse. Jenseits der Unterscheidung diskursiver und nicht-diskursiver Praktiken. In: *Forum Qualitative Sozialforschung* 2/8, Art. 20. <http://dx.doi.org/10.17169/fqs-8.2.253> [zuletzt abgerufen am 13.12.2023].

CAROLIN SCHWEGLER

Alzheimer und Agency. Eine kulturlinguistische Analyse zur sprachlichen Aushandlung von Handlungsmacht im Kontext medizinischer Risikovorhersagen

Abstract

Dieser Beitrag stellt eine kulturlinguistische Analyse zum Thema der Risikovorhersage der Alzheimer-Demenz dar. Anhand von Gesprächsdaten und textuellen (Medien-)Diskursbeiträgen werden kommunikative Praktiken der individuellen und öffentlich-medialen Zuschreibung von Handlungsmacht untersucht. Ein genauer Blick auf Agency – als Meta-Praktik mit kultureller Bedeutsamkeit – beleuchtet den individuellen und gesellschaftlichen Umgang mit probabilistischem Wissen sowie prädiktiven und präventiven Möglichkeiten. Auf der Basis einer linguistischen Analyse kann das Absprechen von Agency um typische Praktiken der Fremd- und Selbstzuschreibung ergänzt werden, die im Wechselspiel der Dimensionen Kontrolle und Verantwortung stehen: die indirekte Aufforderung, der deutliche Appell, die konkrete Handlungsanleitung sowie die Forderung nach Handlungsempfehlung.

This article provides a cultural linguistic analysis concerning the risk prediction of Alzheimer's dementia. On the basis of conversation data and textual (media) discourse contributions, various linguistic practices of individual and societal attributions of agency are identified. A closer look at agency – as meta practice of cultural significance – sheds light on the individual and societal handling of probabilistic knowledge as well as predictive and preventive possibilities. The results of this linguistic analysis show that the negative attribution of agency can be complemented by emerging attributions of active agency which interact with the dimensions of control and responsibility: the indirect request, the clear appeal, the concrete instructions for action and the demand for recommendations for action.

Keywords: Kulturlinguistik, Diskursanalyse, Gesprächsanalyse, Agency, Handlungsmacht, sprachliche Praktiken, Alzheimer, Demenz, Prädiktion, Risikovorhersage

Cultural linguistics, discourse analysis, conversation analysis, agency, linguistic practices, Alzheimer's disease, dementia, prediction, risk assessment

1 Die kulturelle Bedeutsamkeit von Agency

Agency ist ein interdisziplinärer Oberbegriff, der in verschiedenen geistes- und sozialwissenschaftlichen Disziplinen Anwendung findet; Helfferich fasst zusammen: „Agency‘ ist ein Grundbestandteil aller Konzepte, die erforschen oder erklären, wer oder was über welche Art von Handlungsmächtigkeit verfügt oder diese zugeschrieben bekommt“ (Helfferich 2012, 10). Die Frage nach vorhandener Agency und deren Stärkung wird in vielen Disziplinen und Bereichen erforscht, so auch in den *Medical Humanities*, beispielsweise hinsichtlich Personen mit (kognitiven) Beeinträchtigungen. Greift man den Bereich der Demenzen heraus, gehen viele Studien von der Grundlage aus, dass die Alzheimer-Krankheit und somit das Syndrom der Demenz, einen eindeutigen Verlust von Agency mit sich bringt (Zeilig et al. 2019, 17).¹ Mit Blick auf solche Studien betont Boyle (2014, 1131) den einseitigen Fokus von sozialwissenschaftlichen Untersuchungen auf Rationalität, Intentionalität, Zielorientiertheit und Sprach-/Ausdrucksvermögen bei der Analyse von „faktischer Agency“ (Helfferich 2012, 12). Diese Perspektiven wurden in den letzten Jahren durch neue Ansätze ergänzt, Dimensionen wie Embodiment und Emotionen wurden einbezogen (vgl. u. a. van der Byl Williams/Zeilig 2023). Diese Ansätze bescheinigen auch Personen mit Demenz oder anderweitigen kognitiven Beeinträchtigungen Agency. Boyle (2014, 1130) hebt außerdem einen zweiten Kritikpunkt an klassischen sozialwissenschaftlichen Agency-Konzepten hervor: die seltene Berücksichtigung des Effekts der systematischen Produktion und Reproduktion des Absprechens von Agency in der Gesellschaft, d. h. im öffentlichen Diskurs. Damit verweist Boyle auf den Bereich der empirisch-rekonstruktiven Ansätze von Agency-Analysen (Helfferich 2012, 13-17), der für den hier vorliegenden Beitrag zentral ist. Entsprechende Analysen untersuchen nicht, ob Personen tatsächlich Agency besitzen, sondern ob sie ihnen zugeschrieben wird oder nicht. Agency als subjektiv-sprachliches Konstrukt der Zuschreibung muss nämlich „nicht mit einer objektiv bestimmten, faktischen Handlungsmacht korrespondieren“ (Helfferich 2012, 16). Agency kann demnach Personen (öffentlich diskursiv, aber auch in individuellen Gesprächen) abgesprochen werden, auch wenn sie diese eigentlich faktisch besitzen – und umgekehrt. Helfferich (2012, 22) geht hierbei davon aus, dass Agency „als subjektive Zuschreibung von Handlungsmächtigkeit aus Texten [und Gesprächen] erarbeitet“ werden kann; Lucius-Hoene (2012), Deppermann (2015), Bührig (2022), Steen (2022) sowie Schnedermann (2023) zeigen, mit welchen linguistischen Analysemethoden dies möglich ist (s. u. Abschnitt 3).

Aber welchen Mehrwert hat eine Untersuchung von Agency-Zuschreibungen in Texten und Gesprächen, d. h. in Sprache? Wenn man kulturlinguistischen Prämissen folgt,

1 Zeilig et al. (2019, 17) fassen zusammen: „The standard association of agency with the capacity to act intentionally and the entrenched belief that the progress of dementia leaves people largely incapable of intentional, meaningful action has resulted in the assumption that dementia necessarily involves a loss of agency“.

wie in diesem Beitrag, bedingen sich Sprache und Kultur wechselseitig, Kulturelles formt sich mit „sprachlichen und kommunikativen Praktiken² [...] und gleichzeitig manifestiert sich Kulturelles in sprachlichen und kommunikativen Praktiken“ (Bubenhof/Knuichel/Schüller 2022, 6). Herausgearbeitete sprachliche Auffälligkeiten können somit auf kulturelle Entwicklungen verweisen sowie letztere unterstützen oder konstituieren. Eine kommunikative Metapraktik mit einer solchen kulturellen Bedeutsamkeit, die man mittels Gesprächs- und Textanalysen beleuchten und diachron kontrastieren sowie kulturanalytisch einordnen kann, ist das (Selbst- und Fremd-)Zuschreiben sowie Absprechen von Agency und dessen Veränderung – aufbauend auf einer Analyse zugehöriger sprachlicher (Mikro-)Praktiken. Im Falle von Alzheimer und Demenz verweisen diese Praktiken zum einen – diachron betrachtet – auf medizinische Entwicklungen, die so umfassend sind, dass sie zu gesellschaftlich-kulturellen Entwicklungen werden: die Verbreitung der prädiagnostischen Medizin. Zum anderen formt sich Kulturelles – hier der gesellschaftliche Blick auf Erkrankte und potentiell Erkrankte bzw. Risikopersonen – durch einen veränderten Sprachgebrauch. Letzteres zeichnet dieser Beitrag mit einer exemplarischen Analyse in Abschnitt 5 nach und versucht somit den o. g. Effekt der systematischen Produktion und Reproduktion des Agency-Zuschreibens und -Absprechens inmitten einer Situation der (kulturellen) Veränderung aufzuschlüsseln (s. u. Abschnitt 6).

Aufgrund der Art der Symptome, denen Agency-Verlust inhärent ist (Zeilig et al. 2019, 17), bestehender ätiologischer Unsicherheiten (Jagust 2021, 414-415), der bisherigen Unheilbarkeit von Alzheimer (Jessen/Haass 2019) und den Neuerungen der präventiven und prädiagnostischen Medizin in diesem Krankheitsfeld (Jack et al. 2018) – auf die Abschnitt 2 eingeht – lässt sich das Zusammenspiel von sprachlichen Phänomenen der Agency-Zuschreibung mit kulturellen Entwicklungen exemplarisch herausarbeiten. Als Untersuchungsgegenstände werden hierfür ärztliche Prädiktionsberatungsgespräche, Interviews und Presstexte herangezogen (s. u. Abschnitt 4 zu den Korpora), die verschiedene Arenen abbilden, in denen Wissen und (Handlungs-)Macht ausgehandelt werden (Spieß 2018, 147).

2 Demenz und das Alzheimer-Kontinuum

Laut der zehnten und offiziell übersetzten Version der *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (ICD-10) ist eine

Demenz (F00-F03) [...] ein Syndrom als Folge einer meist chronischen oder fortschreitenden Krankheit des Gehirns mit Störung vieler höherer kortikaler Funktionen, einschließlich Gedächtnis, Den-

2 Dabei ist zunächst dienlich, von einem breiten Begriff kommunikativer Praktiken auszugehen, wie Habscheid (2016, 137) ihn formuliert, um Untersuchungen auf verschiedenen linguistischen Ebenen unter Gebrauch von verschiedenen linguistischen Analysemethoden (Schröter 2022, 49) durchführen zu können.

ken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen. (DIMDI 2023)

Die Demenz bei Alzheimer-Erkrankung ist dabei die häufigste Form. Die ICD-10-Definition verdeutlicht, dass sich Demenzen kontinuierlich fortschreitend entwickeln; die aktuell im Übersetzungsprozess befindliche elfte Version fügt hinzu, dass kognitive Beeinträchtigungen nicht auf das *normale Altern* zurückzuführen sind. Dieser Aspekt ist eine wesentliche Ergänzung, insbesondere relevant bezüglich der (Selbst-)Zuschreibungen von Handlungsmacht, wie Beispiel G01 in Abschnitt 5 dieses Beitrags zeigt.

Trotz vielversprechender Medikamentenstudien gibt es aktuell (noch) keine Möglichkeiten zur kurativen Therapie gegen Alzheimer oder dementielle Symptome (Jessen/Haass 2019). Betrachtet man das klinische Symptomspektrum der Alzheimer-Erkrankung (Jessen et al. 2014; Jack et al. 2018, 549) zeigt sich, dass die Erkrankung und ihr Symptom Demenz als „Kontinuum“ (Jack et al. 2018, 536) verstanden wird. Es besteht aus einer Kombination aus Hinweisen auf vorhandene biologische Risikomarker gepaart mit verschiedenen vordementiellen Stadien kognitiver Beeinträchtigung bei „im Wesentlichen intakten Alltagskompetenzen“ (Rostamzadeh/Jessen 2020, 832). Das Kontinuum reicht von *gesund* (bzw. kognitiv unauffällig) über das Stadium der subjektiven kognitiven Störung (SCD, *subjective cognitive decline*), das Stadium der leichten kognitiven Störung (MCI, *mild cognitive impairment*) bis hin zu verschieden stark ausgeprägten Stadien der Demenz. Seit mehreren Jahren wird intensiv an Früherkennung und Präventionsmöglichkeiten geforscht, was sich entsprechend in medizinjournalistischen Texten abbildet (Leibing 2015, 284) und wodurch verstärkt auch Personen in vordementiellen Stadien in medialen bzw. durch mediale Texte angesprochen werden (Schwegler et al. 2023, 7).

Um die Rahmenbedingungen der Risikoprädiktion und die Beispiele in Abschnitt 5 nachvollziehen zu können, werden im Folgenden einzelne zentrale Parameter der Risikoprädiktion der Alzheimer-Demenz vorgestellt: Medizinisches Risikowissen ist keine konkrete *Diagnose* im alltagssprachlichen Sinne, sondern besteht aus statistischen Wahrscheinlichkeiten (Prozentzahlen), die anzeigen, wie wahrscheinlich es ist, dass man – auf der Grundlage bestimmter Risikomarker statistisch berechnet – innerhalb eines bestimmten Zeitraums ein bestimmtes Krankheitsbild entwickelt bzw. entwickeln *könnte* (Gigerenzer et al. 2007). Da die Risikoprädiktion der Alzheimer-Demenz nur zu statistischem Wissen führt, aber keinen Einfluss auf den Krankheitsverlauf der Alzheimer-Erkrankung hat, ist sie medizinisch-therapeutisch nicht notwendig, sie erleichtert für manche Menschen aber die Zukunftsplanung, für andere hat das erlangte Risikowissen Auswirkungen auf das Wohlbefinden (Schmitz-Luhn/Jessen/Woopen 2019).

Eine Erwähnung der Prädiktionsmöglichkeit und die Vermittlung wesentlicher Informationen dazu ist medizinethisch und -rechtlich geboten, eine Empfehlung für oder gegen die Untersuchung jedoch nicht (Schmitz-Luhn/Jessen/Woopen 2019). Anders als man es alltagssprachlich erwarten würde, hält die medizinisch-bereichsspezifisch so benannte *Beratung* zur Alzheimer-Demenzprädiktion also keine tatsächlichen *Ratschläge* für oder gegen die Prädiktion bereit (Samerski/Henkel 2015, 102; Schwegler 2021, 363),

sondern relativ viele komplexe inhaltliche Informationen im Sinne einer informierten Aufklärung (Alpinar-Sencan/Schick Tanz 2020; Rostamzadeh/Jessen 2020; Schwegler 2021; Schwegler et al. 2023), die für die selbstbestimmte Entscheidungsfindung für oder gegen die Prädiktion bedeutsam sind. Die prädiktive Medizin im Allgemeinen und die Demenzprädiktion im Speziellen bringen aufgrund der Ausrichtung auf die selbstbestimmte Entscheidungsfindung eine Verantwortungslage mit sich, die sich z. B. von einer Therapieplanung wesentlich unterscheidet: Die Entscheidungsverantwortung liegt bei den Patient*innen (Samerski/Henkel 2015, 91; Schweda/Pfaller 2021, 193). Doch nicht nur die Entdeckung prädiktiver Marker steht im Zusammenhang mit statistischen Berechnungsmöglichkeiten von Risikowahrscheinlichkeiten, sondern auch der Bereich der Prävention profitiert davon. Wissen um Risikofaktoren kann zu Wissen um präventive Maßnahmen werden. Auch letztere haben einen Einfluss auf die Entscheidungs- und Handlungsmächtigkeit, die sich wiederum in kommunikativen und sprachlichen Praktiken niederschlägt sowie sich durch ebendiese manifestiert.

3 Analyseaspekte – Zuschreibung von Agency in Texten und Gesprächen

Wie einleitend angegeben, fasst der vorliegende Beitrag Agency ausschließlich als sprachliches Konstrukt auf, d. h. es geht um Praktiken der „Agentivierung“ (Lucius-Hoene 2012, 42) und der Fremd- bzw. Selbstzuschreibung von Macht oder Ohnmacht in Texten und Gesprächen. Die analytische Kategorie *Zuschreiben von Agency* umfasst die Zuschreibung von Handlungsmacht oder -ohnmacht, d. h. auch ein Absprechen von Agency sowie graduelle Aspekte und mehrdimensionale Facetten, die verschiedenen Ausprägungen von Agency zugeordnet werden können.

Lucius-Hoene/Deppermann (2004, 282) unterstreichen bei ihrer Untersuchung narrativer Identität die kulturelle Bedeutsamkeit von Agency aus gesprächslinguistischer Perspektive. Sie gehen davon aus, dass erzählte Agency Einblicke in die subjektiven Wahrnehmungsweisen der Erzählenden eröffnet und gleichzeitig Zugänge zu deren „jeweiligen historisch-politischen, sozioökonomischen und kulturellen Lebensbedingungen“ (Lucius-Hoene/Deppermann 2004, 59) bietet. Agency-Zuschreibungen stellen somit eine kommunikative Metapraktik dar, die in sprachliche Mikropraktiken ausdifferenziert werden kann. Ähnlich macht Bühlig (2022, 153) das Konzept der Agency für Gesprächsanalysen aus der Perspektive der Angewandten Linguistik und Funktionalen Pragmatik fruchtbar und betont dabei die Manifestation gesellschaftlicher Praktiken in Sprache sowie den Umstand, dass sich entsprechende Muster höchstwahrscheinlich auch „in Presse und weiteren Medien“ (2022, 152) finden, nicht nur in den von ihr untersuchten Gesprächen. Wie richtig sie liegt, zeigt Schnedermann (2023) am Beispiel einer Untersuchung von Agency-Zuschreibungen in Ratgebertexten. Auch in dieser Untersuchung wird die Zuschreibung von Agency als gesellschaftlich relevante – und somit kulturanalytisch bedeutsame – Metapraktik aufgefasst, die nach einer Analyse von sprachlichen Mikropraktiken weiterführende Fragen für die medizinische Praxis erlaubt (Schnedermann

2023, 59). Alle hier angerissenen linguistischen Studien eint, dass sprachliche Auffälligkeiten und gesellschaftliche Entwicklungen in einer Wechselbeziehung verstanden werden, weshalb die darin verwendeten Methoden der Gesprächs-, Text- und Diskurslinguistik für eine kulturlinguistische Untersuchung herangezogen werden können (Schröter 2022, 49).

Zunächst bietet die Theorie der semantischen Rollen (Primus 2012) einen Startpunkt, sich Agency sprachwissenschaftlich zu nähern, wie verschiedene linguistische Agency-Ansätze verdeutlichen (u. a. Lucius-Hoene 2012; Deppermann 2015; Schnedermann 2023). Der Aspekt, *wer* wem etwas zuschreibt³, kann analytisch eine offene Frage darstellen, ebenfalls aber auch durch das Erkenntnisinteresse festgelegt sein, wie in diesem Beitrag: Unter *Selbstzuschreibungen* werden hier Äußerungen der beteiligten Patient*innen verstanden sowie Äußerungen ihrer Begleitpersonen, zumeist Ehe- oder Lebenspartner*innen, wenn diese als *dyadische Selbstzuschreibungen* im Sinne von Gruppenzuschreibungen geäußert werden („Wir als betroffenes Paar“). Des Weiteren fokussiert dieser Beitrag auf bestimmte *Fremdzuschreibungen*, insbesondere auf in der medialen Öffentlichkeit diskursiv formulierte zuschreibende Ausdrucksweisen. Die Individuen, denen hierbei Agency zugeschrieben oder abgesprochen wird, sind dann die o. g. Patient*innen und die Lesenden, darüber hinaus aber ebenso weitere Entitäten, insbesondere der Kategorie *Verursacher*innen* und *Vorbot*innen* (beispielsweise bestimmte Zustände, Körperteile usw.). Sprachliche Praktiken der Zuschreibung, die medial vorliegen, werden in diesem Beitrag keinen bestimmten zuschreibenden Akteur*innen zugeordnet, sondern verdeutlichen als kollektive Größe, welche Zuschreibungsformen in der (medialen) Öffentlichkeit als akzeptiert gelten und somit typische gesellschaftliche Orientierungsmuster darstellen.

Im Rahmen einer kulturlinguistisch ausgerichteten Analyse müssen „[ü]ber die semantischen Rollen hinaus [...] für die Zuschreibung von Agency auch immer der situative und kulturelle Kontext mit seinen impliziten Wertungen und normativen Erwartungen hinzugezogen werden“ (Lucius-Hoene 2012, 52 sowie Steen 2022). Deppermann (2015, 65) unterscheidet in diesem Sinne für seine Studie zu Erzählungen über Gewalterfahrungen beispielsweise sechs zentrale Dimensionen von Agency, diese sind je nach Themenbereich aber ggf. erweitert oder nur eingeschränkt auffindbar. Sie können bei entsprechender Fragestellung als theoretischer Rahmen eine Orientierung für empirische Analysen bieten, wie Schnedermann zeigt (2023, 50). Für die in diesem Beitrag vorgestellte Analyse sind die Dimensionen der zugeschriebenen oder abgesprochenen *Aktivität*, *Kontrolle* und *Verantwortlichkeit* zentral (Deppermann 2015, 65), wie Abschnitt 2 aus thematischer Perspektive schon angedeutet hat. Agency befindet sich dabei immer „zwischen [den] zwei extremen Polen“ (Helfferrich 2012, 27) der zugeschriebenen Autonomie und Heteronomie (Schnedermann 2023, 50-51).

3 Das Phänomen der Zuschreibungshandlung wird von Kern/Spieß als ein Phänomen der Selbst- und Fremdpositionierung erfasst und im Kontext von bioethischen Diskursen über vorgeburtliche Diagnostik analysiert. Vgl. Kern/Spieß in diesem Band.

Eine weiterführende linguistische (Sub-)Kategorisierung liefert Lucius-Hoene (2012, 43), indem sie zwischen drei Ebenen der Agency-Analyse für Gespräche und Interviews unterscheidet. Neben der eher nachgeordneten Ebene der Leistung des Erzählten, die insbesondere die Identitätsarbeit der erzählenden Person fokussiert und in diesem Beitrag nicht berücksichtigt wird, stellt sie zwei weitere Ebenen vor: zum einen die Ebene der Erzählsätze, die die inhaltlich-semantische Perspektive darstellt und in diesem Beitrag zentral ist. Sie wird im Folgenden vorgestellt und der Analyse in Abschnitt 5 zugrunde gelegt. Zum anderen die Ebene der Interaktion, die hier ausgeklammert werden muss, aber mit Blick auf die interaktive Aushandlung von Rollen im Gesprächsverlauf sowie die Ansprüche auf epistemische Autorität von Sprecher*innen weiterführende Untersuchungsmöglichkeiten für Gespräche bereithält (Schwegler 2024, 171).⁴

Im Hinblick auf die hier zentrale inhaltlich-semantische Perspektive unterscheidet Lucius-Hoene (2012, 49-53) Aktions- und Prozessprädikate sowie Status- und Qualitätsprädikate, die verdeutlichen, *wie sich das Geschehen vollzieht*. Die Frage nach den semantischen Rollen klärt auf dieser Ebene, *wer oder was handelt*. Diese Kategorien sind gegenstandsübergreifend an deutsche Sprache gebunden, sie werden nicht nur in Gesprächsanalysen – wie bei Lucius-Hoene (2012) –, sondern auch bei der Untersuchung von Agency in textuellen Daten vorgenommen, wie beispielsweise bei Steen (2022) oder Schnedermann (2023).

Darüber hinaus ist die prädiaktive und präventive Medizin ein prospektiv ausgerichtetes Thema, d. h. die Kommunikation enthält zukunftsgerichtete Elemente. Dies ist für die folgende Untersuchung als Ergebnis kulturellen Wandels zu verstehen, aber gleichzeitig auch als situativer Kontext der Analyse. Die Prospektivität zeigt sich beispielsweise anhand des Musters der Handlungsanleitungen und -empfehlungen, die öffentlich-medial vorhanden sind, sowie durch Forderungen nach ebendiesen, die in medizinischen Gesprächen in den

⁴ Durch den Anspruch auf epistemische Autorität, den Sprecher*innen z. B. mit den Rahmungen ihrer Äußerungen als erlebtes oder gehörtes Wissen zeigen, „können Agentivierungen untermauert oder relativiert werden“ (Lucius-Hoene 2012, 58). Hinsichtlich der interaktiven Aushandlung von Rollen beschreibt Lucius-Hoene (2012, 57-58), dass die gattungsspezifische Verteilung des Rederechts und der Rollen sowie die gattungsspezifischen Gesprächsziele und Ordnungsprinzipien den *üblichen* Gesprächsrahmen darstellen. Dieser liefert eine Art Kontrastfolie, vor der das *unübliche* Beanspruchen des Rederechts als Agency-relevante Handlung interpretiert werden kann. Für Interviews stellt ein solches (Agency-relevantes) unübliches Beanspruchen des Rederechts beispielsweise die Übernahme der Gesprächsleitung durch die erzählende Person dar (Lucius-Hoene 2012, 58), denn die Aufgabe der Gesprächsrahmenbestimmung obliegt der interviewenden Person, auch wenn diese – mit Blick auf die Redeanteile – eher zuhörend auftritt. Ein anderes Beispiel für eine solche gattungsspezifische Abweichung sind Hinweise auf eine Ent-Agentivierung der Zuhörenden, wie Bührig (2022, 160) sie für Gruppengespräche in der Diabetesberatung beschreibt. Für die hier untersuchten Prädiktionsberatungsgespräche, die als Gattung nur wenige hörer*innenaktivierende Elemente von Seiten der beratenden Ärzt*innen enthalten, kann festgehalten werden, dass eine Agentivierung der Zuhörenden nach dem Selbstwahlprinzip (Birkner et al. 2020, 190) – beispielsweise sichtbar an einer turnfinalen Überlappung oder einem Themenwechsel – ohne vorausgehende Zuweisung (*turn allocation*) oder deutlichen Übergabepunkt (*transition relevance place*) ein Zeichen für gewonnene Agency im Gespräch(-sverlauf) darstellen kann.

Vordergrund treten (s. u. Abschnitt 5.2). Beide sind im Kontext der hier betrachteten Untersuchungsgegenstände Agency-relevante kommunikative Praktiken, die entsprechende Mikropraktiken enthalten, und gleichzeitig sind sie Teil eines inhaltlich-thematischen Musters, das auf einer hohen Abstraktionsebene typisch für den gesamten Bereich der Risikovorhersagen ist.

4 Korpora – Untersuchungsgegenstände

Diese Untersuchung zieht unterschiedliche Korpora⁵ heran, die verschiedene Arenen abbilden, in denen Agency-Zuschreibungen vorliegen: Ein Korpus aus Presstexten wurde auf Basis der Datenbanken Nexis und zusätzlich den Archiven der in Nexis nicht enthaltenen Frankfurter Allgemeinen Zeitung, der Süddeutschen Zeitung und der Apothekenumschau zusammengestellt. Die Suchworte umfassen *Alzheimer*, *Alzheimer UND Prädiktion* sowie *Alzheimer UND Risiko*, der Suchzeitraum beginnt 2018, da die Idee des Alzheimer-Kontinuums 2018 öffentlichkeitswirksam diskutiert und publiziert wurde (Jack et al. 2018). Die zunehmende Anzahl an auffindbaren Texten zu den Schlagworten *Prädiktion* und *Risiko* verdeutlicht die mediale Präsenz und das gesellschaftliche Interesse an den Vorstufen der Alzheimer-Demenz sowie an den diesbezüglichen prädiktiven und präventiven Maßnahmen. Das Presstextkorpus, das dieser Untersuchung und den Textbeispielen (T01-T10) zugrunde liegt, umfasst 450 Texte (2018-2022), es wird für weitere Analysen kontinuierlich aktualisiert. Es kann als Spezialkorpus zahlreichen Diskursstudien zum Thema *Demenz* gegenübergestellt werden (s. u. Abschnitt 5), die als Vergleichsbasis für die Untersuchung von Abweichungen hinsichtlich der Agency-Zuschreibungen herangezogen werden.

Das Korpus aus Gesprächsdaten basiert auf narrativen Interviews mit Patient*innen mit der Diagnose SCD oder MCI sowie deren jeweiliger Begleitperson (getrennt durchgeführt), außerdem aus den o. g. klinischen Beratungsgesprächen im Vorfeld einer (möglichen) Prädiktion der Alzheimer-Demenz. Zum Zeitpunkt dieser Analyse bestand die Datensammlung aus insgesamt 45 40-60-minütigen Gesprächen/Interviews, die zwischen den Jahren 2018 und 2023 am Universitätsklinikum Köln erhoben wurden. Einige Proband*innen wurden zweimal zum Interview gebeten – vor und z. T. nach einer Prädiktion (unten markiert durch *baseline/follow-up*). Die Transkripte (G01-G04) stammen aus Gesprächen und Interviews mit verschiedenen Teilnehmenden, sind nach GAT2 angefertigt und enthalten zur Verortung im jeweiligen Gesprächsverlauf einen Zeitstempel.

5 Gesprächsdaten: PreDADQoL (2016-2021, Era-Net Neuron/BMBF, FN: 01GP1624), Pressediskurs- und Gesprächsdaten: PreTAD (2021-2025, EraNet Neuron/BMBF, FN: 01GP2123A, laufende Erhebung). Dank geht an dieser Stelle an meine Projektpartner*innen, insbesondere am Universitätsklinikum Köln (Zentrum für Gedächtnisstörungen) sowie an die beteiligten Patient*innen und Angehörigen für ihre Offenheit in Gesprächen und Interviews.

5 Linguistische Agency-Analyse im Kontext von Prädiktion und Prävention

Aus inhaltlich-semantischer Perspektive kann man sich Fragen der Fremd- und Selbstzuschreibung von Agency mithilfe von Rollenbeschreibungen und Prädikatsausdrücken nähern. Anhand des Sprachgebrauchs wird im Folgenden gezeigt, dass ein Paradigmenwechsel von einer kurativen zu einer prädiktiven und präventiven Medizin vorliegt (Paul 2010, 192), der nicht nur medizinisch-fachliche Register betrifft, sondern auch öffentliche Diskurse sowie individuellen Sprachgebrauch – und somit das Kulturelle (Bubenhofers/Knuchel/Schüller 2022, 6).

Methodisch bietet sich zur Untermauerung dieses Musters der diachrone Vergleich an (Schröter 2022, 51), als diachrone Untersuchung oder – wie im Folgenden – der Vergleich aktueller typischer Muster mit Ergebnissen früherer Diskursuntersuchungen zum Thema Alzheimer und Demenz. In früheren Studien wird die Demenzprädiktion nicht oder nur als sehr neues, noch seltenes Thema genannt (u. a. Leibing 2015, 282). Demenzkranken wird dort Agency abgesprochen oder zumindest nicht zugesprochen (Inthorn/Inthorn 2015, 323). Auch wenn medial immer häufiger für eine soziale Teilhabe von Demenzkranken argumentiert wird, wie Birt et al. (2017) zeigen, und diachrone Analysen über die letzten zwei Jahrzehnte eine Verstärkung des *living well discourse* neben dem *tragedy discourse* sehen (McParland/Kelly/Innes 2017, 258), zeichnet die verwendete Metaphorik ein anderes Bild von Demenz und Demenzkranken: *Demenz ist Abschied, Verlust, Rückentwicklung, dunkel, unten, leer* (Grebe 2019, 192-225). Grebe (2019, 214) betont, dass „[a]nders als es sich bei der Repräsentation von anderen Krankheiten beobachten lässt, [...] Demenzbetroffenen in [Presse- und Ratgebertexten 1980-2016] kaum die Rolle eines Kämpfers zu[kommt].“ Betrachtet man diese Studien im Hinblick auf Ergebnisse, von denen sich Agency-Zuschreibungen ableiten lassen, wird klar, dass die genannten (demenz) Personen ausschließlich in der Rolle der *Betroffenen* und *Erleidenden* auftreten. Diese Ergebnisse decken sich auch mit Kookkurrenzanalysen zu den Suchworten *Alzheimer* und *Demenz* im Deutschen Referenzkorpus (DeReKo). Achtet man in den Kookkurrenzlisten mit einer Sortierung nach Log Likelihood Ratio-Wert auf die häufigsten Verben, Adverbien und Adjektive, gehören diese in beiden Fällen den Lexemverbänden von *erkranken* und *erleiden* an (IDS 2023). Veränderungen hinsichtlich dieses Bildes versprechen für Leibing (2015, 284) neuere medizinjournalistische Berichte über Präventions-, Prädiktions- und Medikamentenstudien sowie aufklärende Texte über Risikofaktoren und frühe Stadien kognitiver Beeinträchtigung, deren langsames Aufkommen sie schon 2015 feststellt und die nun das hier untersuchte, aktuelle Pressekorpus (s.o. Abschnitt 4) bilden.

5.1 Agency – Kontrolle und Verantwortung

Wenn vor- oder frühsymptomatische Zustände von Demenz sowie neue präventive oder prädiktive Aspekte medial verstärkt besprochen werden, ändert sich das Zuschreiben und Absprechen von Agency – wie im Folgenden gezeigt wird. Darüber hinaus wird auch die Gruppe derjenigen erweitert, denen man öffentlich Agency zuschreiben oder absprechen

kann. Leibing (2015) beschreibt die dahinterliegende Entwicklung aus medizinanthropologischer Perspektive als Entstehung einer neuen „culture of earliness“ (2015, 285), die aus der medizinischen Fachwelt langsam in das Öffentliche und Mediale einfließt (2015, 281). Typische Muster aktueller Agency-Zuschreibungen werden im Folgenden exemplarisch anhand von Überschriften und Leads illustriert. Die Titel der Texte sind auf den ersten Blick zunächst dichotom Agency-zuschreibend, Agency-absprechend oder sprechen weiteren Entitäten Agency zu.

(T01) Warum Alzheimer Frauen stärker trifft

70 Prozent der von Alzheimer Betroffenen sind weiblich, der Verlauf der Krankheit ist bei ihnen durchschnittlich gravierender als bei Männern. (BZ, 1.05.2022)

(T02) Macht Feinstaub dement? (Stern, 9.03.2022)

(T03) IQ und Alzheimer; Wie fit ist dein Gehirn? Deine Augen verraten es (Welt, 28.02.2022)

(T04) Untergewicht ist Demenz-Risiko (Bild, 28.01.2022)

(T05) Vergesslich? Essen Sie mehr Blumenkohl (Bild, 7.09.2018, Titel)

(T06) Frühzeitige Stärkung

Ein Teil der Alzheimer-Fälle ließe sich recht einfach verhindern – durch Vorbeugung. (Stern, 9.03.2022)

Es liegen nur wenige Texte vor, die in ihrer Gesamtheit absoluten Determinismus ausdrücken, wie der Text, aus dem Beispiel T01 stammt. Musterhaft führen Texte generalisierend ein, fordern Lesende derweil aber zur Selbstidentifikation auf. Insbesondere, wenn andere Entitäten (z. B. *Feinstaub* (T02) oder *Augen* (T03)) in der Rolle von Vorbot*innen Agency zugesprochen bekommen, wird im Fließtext auch den (betroffenen) Personen Handlungsmacht zugesprochen. Hinzu kommt die Zuschreibung von Agency an die Lesenden, vor allem wenn Informationen über Ernährung mit deutlicher Appellfunktion (wie bei *Untergewicht* (T04) und *Blumenkohl* (T05)) oder als indirekte Aufforderungen (wie bei *Vorbeugung* (T06) und *Mittagsschlaf* (T07)) formuliert sind. Dieser kulturlinguistisch wesentliche Aspekt wird in Abschnitt 5.2 unter dem Stichwort *Handlungsanleitungen* erneut aufgegriffen. Zunächst soll anhand der Beispiele T07 und T08 dargestellt werden, wie Lead und Textestieg von Agency-bezogener Ambivalenz gekennzeichnet sind und somit das Spektrum der Agency-Zuschreibungen ausloten.

(T07) Langer Mittagsschlaf kann Hinweis auf Alzheimer sein

Machen Sie tagsüber auch gern mal ein Nickerchen? Dagegen ist natürlich nichts einzuwenden, nur zu lange und vor allem nicht mehrmals am Tag *sollten* die Schlafpausen eingelegt werden, denn dies kann zum einen das Alzheimer-Risiko erhöhen und zum anderen kann ein langer Mittagsschlaf auf eine bestehende Demenz hinweisen, wie eine aktuelle Studie zeigt. (Bild der Frau, 12.04.2022, Titel und Lead)

In Beispiel T07 findet sich eine Zuschreibung von Agency (Aktionsprädikat) als direkte Ansprache an die Lesenden (*Machen Sie*) zu Beginn des Leads. Dies suggeriert, dass das Risiko (mit Prozessprädikat *erhöhen*) durch individuelles Tun oder Unterlassen des *Nickerchens* kontrolliert werden könnte und erweitert die Gruppe der Angesprochenen um alle Lesenden, die tagsüber *Schlafpausen* machen. Durch die Formulierung mit Modalverb (*sollten...nicht*) erfolgt eine normative Aufforderung, lange und häufigere Nickerchen zu unterlassen. Damit einher geht eine indirekte Verantwortungszuschreibung: Das Wissen um den Zusammenhang zwischen Erkrankung und Schlafpausen ist nun bekannt, die Handlungsmacht, hier die Verantwortung zur Umsetzung, liegt bei den Betroffenen. Im Gegensatz dazu sind die Überschrift und der letzte Teil des Leads generisch sowie heteronom bzw. deterministisch formuliert und sprechen den Lesenden Agency ab. Der *Mittagschlaf* ist darin als aktive Entität versprachlicht, er nimmt die Rolle eines Vorboten oder Symptoms (*Hinweis*) für Alzheimer ein. Die Handlungsmacht (Kontrolle und Verantwortung) der angesprochenen Gruppe (Lesende) bewegt sich innerhalb des Beispiels T07 auf einem Spektrum von öffentlicher Zuschreibung und Absprache von Agency. Eine solche Ambivalenz manifestiert sich im Textverlauf in eine Richtung des Agency-Spektrums, was nicht unbedingt mit der Agency-bezogenen Ausrichtung des Titels korrespondieren muss.

(T08) Anker des Geistes

Gedächtnis: Auch im Alter kann es noch gut funktionieren, wenn man mit einem entsprechenden Lebensstil vorsorgt. „Wo liegen die Schlüssel bloß schon wieder? Wie hieß noch mal dieser ..., äh, der Dings?“ Mentale Aussetzer wie diese dürften in einer schnell getakteten, informationsüberladenen und gleichzeitig alternden Gesellschaft durchaus häufig vorkommen. (Apothekenumschau, 1.12.2020, Titel und Lead)

Nicht nur das Spektrum von öffentlicher Zuschreibung und Absprache von Agency zeigt sich musterhaft in sprachlichen (Mikro-)Praktiken, auch die Agency-Dimensionen Kontrolle und Verantwortung können analytisch differenziert werden, wie Beispiel T08 zeigt. Der Textestieg zeichnet sich durch eine generische Formulierungsweise (*man*) aus, die alle Lesenden indirekt anspricht. Durch den Konditionalsatz wird die Aufforderung zum *Vorsorgen* mittels eines *entsprechenden Lebensstil[s]* (Aktionsprädikat) grammatisch als Entscheidungsmöglichkeit formuliert und schreibt Agency zu. In Verbindung mit wertenden Ausdrucksweisen (*gut funktionieren, mentale Aussetzer*) wird allerdings deutlich, dass das Vorsorgen einen normativen Wert hat, d. h. eine Handlungsmaxime darstellt. Auch wenn eine Entscheidungsmöglichkeit zunächst ein gewisses Maß an individueller Kontrolle suggeriert, wird die Aussage dadurch zu einem Hinweis auf Verantwortung. Gerahmt von einer Normalisierung (*dürften [...] durchaus häufig vorkommen*) werden anschließend die Lebensstilelemente der schnellen Taktung und Informationsüberladenheit der Gesellschaft als verursachende Entitäten genannt. Diese rücken die Dimension der individuellen Kontrolle weiter in den Hintergrund. Dennoch wird kein Betroffensein (wie oben, im Sinne von *Erleiden*) versprachlicht, das Agency abschreibt. Im Vorder-

grund steht stattdessen deutlich die Zuschreibung von Handlungsmacht im Sinne von Verantwortung, trotz der gegebenen Rahmenbedingungen.

Diese Beispiele zeigen deutliche *Fremdzuschreibungen* von Agency an, insbesondere als *Verantwortungszuschreibungen* und als direkte und indirekte *Aufforderungen* zu gesundheitsrelevantem Verhalten. Das Absprechen von Agency kommt in diesem Korpus zwar vor – wie in den Beispielen angedeutet – ist aber selten die einzige Bezugnahme auf Agency in einem Text. Die Zuschreibung des *Opferseins*, wie es in Diskursen um (ausgeprägte) Demenzen üblich ist, fällt außerdem fast vollständig weg. Die Presstexte verdeutlichen stattdessen musterhaft, dass jede lesende Person ein gewisses Maß an Handlungsmacht besitzt. Dabei wechselt das Zuschreiben und Absprechen von Agency immer wieder ab, ebenfalls changieren die Agency-Dimensionen Kontrolle und Verantwortung. Dies kann für das untersuchte Korpus als übergeordnetes Muster festgehalten werden.

Begibt man sich nun in den Bereich der Gesprächsdaten, kann betrachtet werden, wie sich entsprechende diskursive und kulturelle Entwicklungen in Selbstzuschreibungen von Agency manifestieren. Die interviewten und begleiteten Patient*innen und Angehörigen sind – laut einzelner Selbstauskünfte in den Interviews (Schwegler et al. 2023, 209) – ein Teil genau derjenigen Gruppe, die oben in den Presstexten als *Lesende* angesprochen wurden. Auch hier liegen Agency-Zuschreibungen auf einem Spektrum zwischen Autonomie und Heteronomie, Kontrolle und Verantwortung, wie die Beispiele G01 und G02 verdeutlichen. Ebenso rahmt hier die prospektive Situation: In den Interviews werden (zukünftige) Entscheidungssituationen (ob die Demenzprädiktion durchgeführt werden soll oder nicht) und anderweitige zukünftige, antizipierte Entwicklungen der (kognitiven) Gesundheit thematisiert.⁶ In Beispiel G01 zeigt Patient 7 (P) im Interview vor einer potentiellen Prädiktion gegenüber der Interviewerin (I) an, dass er von einem natÜRLichen (Z. 02) Altersprozess ausgeht.

(G01) Natürliches Altern

(Interview mit Patient 7, baseline, Transkriptausschnitt beginnt bei #00:02:22:10-0#)

01 P: ich MEIne-
 02 man nimmt ja auch nen natÜRLichen alters (.) [prozess;]
 03 I: [JA,]
 04 P: ähm MIT an,
 05 und dass das EINFach ähm-
 06 SO ähm von stAtten geht==
 07 =meine frAu meint (.) ZU schnell.

⁶ Dies führt zu einem wesentlichen Unterschied bezüglich der Kategorien der Agency-Analyse, wie sie Lucius-Hoene (2012, 43) für Krankheitserzählungen in narrativen Interviews vorschlägt: Die Aktions- und Prozessprädikate, die für Erzählungen i. d. R. auf Vergangenes eingehen, beziehen sich hier hauptsächlich auf die Gegenwart oder die Zukunft.

Was mit *natürlich* gemeint ist, wird dabei nicht versprachlicht und erst in der gegenübergestellten Bewertung am Ende des Ausschnitts deutlich. Die Erweiterung des Verbs *annehmen* durch *mit* zu *nimmt MIT an* (Z. 02/04) unterstützt aber die These, dass er von einem Begleitprozess ausgeht, der mit dem Altern einhergeht. Auf seine tatsächliche kognitive Verschlechterung wird anschließend nur durch das Demonstrativpronomen *das* (Z. 05) verwiesen. Er schließt mit einer Detailbeschreibung (*EINFACH* ähm *SO*, Z. 05) mittels Prozessprädikatsausdruck (*von stATTen geht*, Z. 06) an und betont, dass seine *frAU meint* (Z. 07), *dieser Prozess ginge ZU schnell* (Z. 07). Diese Bewertung ordnet seine vorherigen Äußerungen ein: Mit einem natürlichen Altern ist für ihn eine langsamere kognitive Verschlechterung verbunden. Durch die Darstellung der Situation (des Alterns und Verlierens von kognitiver Kapazität) als Vorgang, der sich an ihm ohne willentliche Einwirkung vollzieht, spricht er sich diesbezüglich selbst Agency ab. Die Bewertung des Alterns als *natürlich* normalisiert seinen Zustand und entzieht ihm dabei nicht nur die Möglichkeit von Kontrolle, sondern ebenfalls potentielle Verantwortung. An dieser Stelle muss angemerkt werden, dass die Frage, ob eine kognitive Verschlechterung eine Alterserscheinung oder das Symptom einer Krankheit ist, kein seltenes Thema in den zugrundeliegenden Gesprächsdaten darstellt. Gleichzeitig wurde *normales Altern* als Gegenbeispiel zur Entwicklung einer kognitiven Einschränkung hin zur Demenz neu in die ICD-Klassifikation aufgenommen (s. o. Abschnitt 2) – um zu differenzieren, aber möglicherweise auch, um solchen verbreiteten Interpretationen vorzubeugen.

Am anderen Ende des selbstzugeschriebenen Agency-Spektrums befindet sich Patient 6 (P) in seinem follow-up-Interview (G02), trotz „conflicting biomaker status“ (Schwegler et al. 2023, 206), d. h. 47 % Risiko, in den nächsten fünf Jahren eine Demenz zu entwickeln.

(G02) Ergotherapie

(Interview mit Patient 6, follow-up, Transkriptausschnitt beginnt bei #00:18:13:11-0#)

01 P: ähm was jetzt da KÜNftig-
 02 (.) WIE sich das-
 03 (.) WAS man da machen kann;
 04 also die ERgotherapie,
 05 hatse_hab ich geSAGT,
 06 !JA! (.) mAch [ich.]
 07 I: [JA?]
 08 P: GERne.

Der Beginn des Ausschnitts G02 zeigt, dass der Patient hier über prospektive, in der Zukunft liegende Ereignisse (KÜNftig, Z. 01) nachdenkt, die allerdings noch nicht konkretisiert wurden (WIE, Z. 02; WAS, Z. 02). In Zeile 04 wechselt er zu einer konkreten Maßnahme (ERgotherapie, Z. 04), die sowohl er selbst als auch seine Frau gut

finden (*hatse_hab_ich*, Z. 05). Der starke Akzent auf !JA! (Z. 06), das wiederholt eingesetzte Modalverb *machen* (Z. 03, Z. 06) als Aktionsprädikat und der Nachlauf (GERne, Z. 08), betonen seine Motivation und selbstzugeschriebene Agency. Die *Ergotherapie*, die kein Gegenmittel für Alzheimer ist und Kognition nicht verbessern kann, jedoch die Lebensqualität und den Gemütszustand bei MCI und Demenz verbessern kann (Korczak/Habermann/Braz 2013), erfüllt hier möglicherweise dennoch den wichtigen Zweck des Gefühls von Situationskontrolle, das ein wichtiger Treiber von Forderungen nach ärztlichen Handlungsempfehlungen ist.

5.2 Agency – Handlungsanleitungen und Forderungen nach Handlungsempfehlungen
Die individuelle Forderung nach Handlungsempfehlungen in ärztlichen Gesprächen auf der einen und die mediale Darstellung von Handlungsanleitungen auf der anderen Seite stellen Agency-relevante Muster dar, die typisch für die hier untersuchten Korpora sind. Zuschreibungen von Agency durch Handlungsanleitungen werden medial durch die Nennung von Lebens- und Ernährungstipps oder weiterführenden Hinweisen (Betroffenenhilfe) ausgedrückt. Zuweilen finden sich die Handlungsanleitungen schon als direkte Appelle (z. T. im Imperativ) in den Titeln der Presstexte, wie in Beispiel T05 (*Essen Sie*), musterhaft jedoch als Nennung oder gar Auflistung von konkreten Tipps am Textende.

(T09) Das Demenzrisiko lässt sich halbieren

[...]

So senken Sie Ihr Demenz-Risiko. Tipps: Neue Erkenntnisse zeigen, dass man mit einfachen Lebensstiländerungen einer Demenz vorbeugen kann: (Tagesanzeiger, 17.09.2018 Titel und listeneinleitendes Textende)

(T10) Viagra könnte gehen Alzheimer helfen (Spiegel online, 7.12.2021)

Der Text aus dem Tagesanzeiger (T09) beinhaltet Ausführungen zum positiven Einfluss der vaskulären Gesundheit auf die allgemeine Gesundheit und die Demenzvorsorge, nachdem im Titel sogar vom *Halbieren* des Demenzrisikos geschrieben wird. Er schließt nach dem im Beispiel abgedruckten Hinweis zum Senken des Risikos mit einer Liste aus üblichen – sehr allgemein gesundheitsförderlichen – Punkten an (*Bewegung, gesunde Ernährung, Alkohol vermeiden, genug schlafen, Gehirn trainieren, Kontakte pflegen* und *gleich damit anfangen*), die auch grundsätzlichen ärztlichen Empfehlungen (Rostamzadeh/Jessen 2020) zur positiven Beeinflussung des Demenzrisikos durch einen gesunden Lebensstil entsprechen.

Erstaunlich ist, dass dies auch der Fall ist, wenn die Titel (und die Leads) etwas übertreiben, wie in T09 (*Risiko halbieren*), oder reißerisch abseitig klingende Theorien übertönen, wie (T10). Solche Empfehlungen werden auch in den Prädiktionsberatungsgesprächen von den Ärzt*innen (A) mit den Patient*innen (P) und ihren jeweiligen Begleitpersonen (B) geteilt und stellen (aktuell noch) die einzigen Möglichkeiten dar, in prädementiellen Stadien gesundheitsunterstützend zu handeln.

Die Patient*innen (P) und ihre jeweiligen Begleitpersonen (B) sind in diesen Gesprächen in der Rolle von Zuhörenden anwesend, während umfassende Informationen zu Alzheimer, Demenz und zur Risikoprädiktion vermittelt werden. Abgesehen von Hörer*innensignalen und wenigen Aktivierungen durch die Ärztin (A) sind interaktive Agentivierungen nach dem Selbstwahlprinzip (Birkner et al. 2020, 190) selten und deshalb Agency-relevante Gesprächsstellen.

(G03) Rückfragen nach Therapie und Handlungsempfehlung

(Beratungsgespräch, Transkriptausschnitt beginnt bei #00:04:13:58-0#)

- 01 A: aber (.) sie haben JETZT,
 02 dadurch DASS sie diese leichte kognitive störung haben;
 03 ein GRÖßeres risiko-
 04 irgendwann eine deMENZ zu bekommen.
 05 P: hm_HM.
 06 B: und was kann man daGEgen unternehmen?

Im Anschluss an ärztliche Erklärungen, wie beispielsweise in G03 (zur leichten kognitiven störung, Z. 02 und risiko, (Z. 03)), folgt in Zeile 06 eine *eigen-initiative Frage* (und was kann man daGEgen unternehmen?). Solche Fragen zeigen in medizinischen Gesprächen nicht nur inhaltlich, sondern auch interaktional erhöhten Informationsbedarf an (Klüber/Motsch/Spranz-Fogasy 2012, 264). Aus inhaltlicher Perspektive greift die Begleitperson (B) hier im Sinne der dyadischen Selbstzuschreibung agentivierend ein und äußert eine typische Forderung nach einer Handlungsempfehlung. Dass die (nicht abgedruckte) Antwort der Ärztin (A) nicht zufriedenstellend ausgefallen ist, zeigt Beispiel G04, das einen Ausschnitt des gleichen Gesprächs darstellt, jedoch knappe zehn Minuten später stattfindet.

(G04) Wiederholte Rückfragen nach Therapie und Handlungsempfehlung

(Beratungsgespräch, Transkriptausschnitt beginnt bei #00:13:31:44-0#)

- 01 B: und DANN (.) frAg ich nOchmal,
 02 A: GERne-
 03 P: ja und DANN,
 04 wenn sie das WISsen;
 05 wie kann man dagegen ARbeiten?

Die Begleitperson setzt erneut eigeninitiativ, aber diesmal mit einem Frage-Vorlauf (Schegloff 1980) an, der ihre folgende Äußerung als Frage rahmt (und DANN frAg ich nOchmal, Z. 01). Im Vergleich zu typischen Frage-Vorläufen, die Schegloff (2007, 48) bespricht, z. B. „Can I ask you something?“, ist dieser Vorlauf aus grammatischer Perspektive nicht wie eine Frage aufgebaut. Er erfüllt dennoch die Funktionen der Ankündigung und

der Einordnung als bloße Zwischenfrage (im Hinblick auf das Rederecht). Eine weitere Funktion, die aufgrund der inhaltlichen Wiederholung in Erwägung gezogen werden kann, lehnt sich an Schegloffs (2007, 47) Kategorie der „pre-delicates“ an: Aufgrund des unbeantworteten Zustands der schon zuvor gestellten Frage, dient der Vorlauf hier der Anerkennung der Folgefrage als problematisch. Auch wenn der Vorlauf nicht genuin fragend formuliert ist, signalisiert die Ärztin (A), dass sie die Frage gestattet (GERne, Z. 02). Auffällig ist nun, dass die eigentliche Frage nach der Handlungsempfehlung im Anschluss der Patient (P) selbst stellt, was die dyadische Konstellation – und den Wunsch nach konkreten medizinischen Hilfestellungen – nochmals verdeutlicht. Er leitet mit einer konditionalen Konstruktion ein (ja und DANN, wenn sie das WISSEN, Z. 03/04), die verdeutlicht, dass die anschließende Frage (wie kann man dagegen ARbeiten?, Z. 05) zeitlich auf die Phase *nach* Erlangen des Risikowissens abzielt und somit nach konkreten, aktiven (Be-)Handlungsschritten fragt, nicht nach Schritten der Wissensaneignung.

6 Fazit und kulturlinguistische Einordnung

In Abschnitt 5 wurde exemplarisch nachgezeichnet, wie kommunikative und sprachliche Praktiken auf verschiedenen Ebenen auf die medizinischen Entwicklungen der prädiagnostischen und präventiven Medizin verweisen, die so umfassend sind, dass sie zu gesellschaftlich-kulturellen Entwicklungen werden. Dabei formt sich Kulturelles – hier der gesellschaftliche Blick auf Erkrankte und potentiell Erkrankte bzw. Risikopersonen – durch einen veränderten Sprachgebrauch.

Auf der Ebene der Textsorten und Gesprächsgattungen ist feststellbar, dass sich eine „culture of earliness“ (Leibing 2015, 285) thematisch in öffentlich-medialen Arenen niederschlägt: Mittels medizinjournalistischer Berichte über Präventions-, Prädiktions- und Medikamentenstudien sowie über aufklärende Texte zu Risikofaktoren und frühen Stadien kognitiver Beeinträchtigung werden auch Entwicklungen der Agency-Zuschreibungen produziert und reproduziert.

Die *culture of earliness* manifestiert sich außerdem in verschiedenen (klinischen) Maßnahmen, Betroffene in vordementiellen Stadien als Patient*innen aufzunehmen, und den entsprechenden (neuen) Gesprächsgattungen – wie beispielsweise die Beratung zur Demenzprädiagnostik (Schwegler 2021). Diese Entwicklungen haben zunächst zur Wahl der entsprechenden Korpora für diese Analyse geführt, sind aber ebenso Auffälligkeiten auf einer übergeordneten Ebene.

Hinsichtlich der Akteur*innen und Sprecher*innen zeigen die Analysen, dass – in Presstexten – alle lesenden Personen, auch vermeintlich gesunde Menschen, als potentiell Erkrankte betroffen sein können: all diejenigen, die einen Lebensstil praktizieren, der mit entsprechenden Risikofaktoren einhergeht. Hinzukommen weitere Entitäten als Akteur*innen, am deutlichsten erkennbar in der Rolle von Verursacher*innen oder Vorbot*innen (hier z. B. Feinstaub oder Mittagsschlaf). In medizinischen Gesprächen sind

es Risikopersonen und Angehörige – von Largent und Karlawish (2019, 631) passend „Pre-Caregiver“ genannt –, die die Gruppe der Patient*innen und Proband*innen durch die Konzentration auf die Frühphasen von Erkrankungen verstärken.

Untersucht man die Zuschreibung von Agency, die im Kontext der prädiktiven und präventiven Medizin eine Metapraktik mit kultureller Bedeutsamkeit darstellt, fallen diskursiv verschiedene Fremdzuschreibungen auf. Das in früheren Diskursausschnitten üblichere Absprechen von Agency kommt zwar vor, jedoch selten als einzige Bezugnahme auf Agency in einem Text. Agency-Zuschreibungen sind – im Sinne eines gesellschaftlichen Orientierungsmusters – ein Maß dafür, was im Hinblick auf (potentiell) Erkrankte in der (medialen) Öffentlichkeit als akzeptiert gilt. Die sprachliche Darstellung der Fremdzuschreibungen geschieht über verschiedene Stufen und Muster der Agency-Zuschreibung. Ein Muster, das dem Absprechen von Agency diametral gegenübersteht, ist zunächst die Zuschreibung von *Kontrolle*. Bezieht man pragmatisch präsupponierte Erwartungen und implizite Wertungen aus dem Kontext mit ein, erscheint Kontrollpotential schnell und musterhaft als *indirekte Aufforderung* und *Verantwortungszuschreibung*. Letztere sind anhand von normativen Ausdrucksweisen und dem Aufführen von gesellschaftlichen Handlungsmaximen erkennbar. Ein weiteres Muster stellen die *deutlichen Appelle* dar, die sich durch direkte Ansprache der Lesenden (Du/Sie) oder generalisierten Formulierungen (man) ausdrücken. Auch hier steht nicht mehr die Agency-Dimension der Kontrolle, sondern sehr deutlich die Verantwortung im Vordergrund: Geprägt durch die Möglichkeiten der prädiktiven und präventiven Medizin und das Wissen um Risikofaktoren ist es eine normative, gesellschaftliche Erwartung, dass Menschen in Gesundheitsfragen verantwortungsbewusst handeln und Risikofaktoren vermeiden. Die nächste Stufe entsprechender Praktiken sind nach den deutlichen Appellen die *konkreten Handlungsanleitungen*. Sie werden medial aufbereitet, beispielsweise in Form von Listen und Tipps. Handlungsanleitungen sind im Kontext der hier betrachteten Untersuchungsgegenstände Agency-relevante kommunikative Praktiken, die Kontrolle suggerieren, aber derweil Verantwortlichkeit zuschreiben, die entsprechenden Handlungen auch pflichtbewusst umzusetzen. Handlungsanleitungen enthalten verschiedene sprachliche Mikropraktiken und sind gleichzeitig Teil eines inhaltlich-thematischen Musters, das auf einer hohen Abstraktionsebene typisch für den Bereich der (medizinischen) Risikovorhersagen ist.

Bei den Selbstzuschreibungen, die in den untersuchten Gesprächsdaten auftreten, ist der Unterschied zwischen Zuschreiben und Absprechen von Agency ebenso deutlich erkennbar. Es zeigt sich, dass Agency hier mitunter im Sinne von Kontrolle verstanden und angenommen wird, jedoch nicht ausschließlich. Gerade der Aspekt der Verantwortung eröffnet eine Reihe weiterer impliziter Wertungen, nicht zuletzt die Fragen nach Pflicht und Schuld. Diese werden in den Gesprächen nicht direkt erwähnt, es kann jedoch festgestellt werden, dass das Absprechen der eigenen Agency neben dem Ausdruck von Nichtwissen um Kontrollmöglichkeiten auch das Ergebnis einer impliziten Ablehnung oder Unterdrückung von Verantwortung sein kann. Samerski und Henkel (2015, 85) nennen die medizinkulturelle Entwicklung, die Betroffene in die Pflicht nimmt, die un-

gefragte „Responsibilisierung“ von Patient*innen. Auch Leibing (2015, 289) fragt sich in diesem Sinne, ob durch die medizinkulturellen Entwicklungen am Ende nicht vielleicht nur der Bedarf an Hilfe stärker stigmatisiert wird. Passend dazu sind Forderungen nach Handlungsempfehlungen – möglicherweise auch nach solchen, die nicht schon in öffentlich-medialen Tipps und Handlungsanleitungen zu finden sind – eine zentrale Form der wenigen eigeninitiativen Fragen, die Patient*innen und ihre jeweiligen Begleitpersonen in den hier untersuchten ärztlichen Gesprächen stellen.

Quellen

- Apothekenumschau (01.12.2020) *Anker des Geistes*. o. A., 24.
- Berliner Zeitung (1.05.2022) *Warum Alzheimer Frauen stärker trifft*. o. A., 19.
- Berliner Zeitung (3.05.2022) *Forscher sicher; Alzheimer ist im Darm erkennbar*. o. A., 23.
- Bild (28.01.2022) *Untergewicht ist Demenz-Risiko*. o. A., 8.
- Bild der Frau online (12.04.2022) *Langer Mittagsschlaf kann Hinweis auf Alzheimer sein*. o. A., o. S.
- Bild online (4.09.2018) *Vergesslich? Essen Sie mehr Blumenkohl!* o. A., o. S.
- Spiegel online (7.12.2021) *Viagra könnte gegen Alzheimer helfen*. von Malte Müller-Michaelis, o. S.
- Stern (9.03.2022) *Frühzeitige Stärkung*. o. A., 52.
- Stern (9.03.2022) *Macht Feinstaub dement?* o. A., 54.
- Tagesanzeiger (17.09.2018) *Das Demenzrisiko lässt sich halbieren*. von Stefan Aerni, 31.
- Welt (28.02.2022) *IQ und Alzheimer; Wie fit ist dein Gehirn? Deine Augen verraten es*. von Alexandra Beste, o. S.

Literatur

- Alpinar-Sencan, Zümrüt/Schick Tanz, Silke (2020) Addressing Ethical Challenges of Disclosure in Dementia Prediction: Limitations of Current Guidelines and Suggestions to Proceed. In: *BMC Medical Ethics* 21 (1), Art. 33, 1-11.
- Bethmann, Stephanie/Helfferich, Cornelia/Hoffmann, Heiko/Niermann, Debora (2012) (Hrsg.) *Agency: Qualitative Rekonstruktionen und gesellschaftstheoretische Bezüge von Handlungsmächtigkeit*. Weinheim: Beltz Juventa.
- Birkner, Karin/Auer, Peter/Bauer, Angelika/Kotthoff, Helga (2020) *Einführung in die Konversationsanalyse*. Berlin u. a.: De Gruyter.

- Birt, Linda/Poland, Fiona/Csipke, Emese/Charlesworth, Georgina (2017) Shifting Dementia Discourses from Deficit to Active Citizenship. In: *Sociology of Health & Illness* 39 (2), 199-211.
- Boyle, Geraldine (2014) Recognising the Agency of People with Dementia. In: *Disability & Society* 29 (7), 1130-1144.
- Bubenhof, Noah/Knuchel, Daniel/Schüller, Larissa (2022) Kulturlinguistik in der Schweiz – eine Einführung in dieses Heft. In: *Germanistik in der Schweiz* 18 (2021), 3-13.
- Bührig, Kristin (2022) Reclaiming Agency: Sprache(n), Körper und Gesundheit. In: Schmidt, Jara/Thiemann, Jule (Hrsg.) *Reclaim! Postmigrantisches und widerständige Praxen der Aneignung*. Berlin: Neofelis, 147-163.
- Deppermann, Arnulf (2015) Agency in Erzählungen über Gewalterfahrungen in Kindheit und Jugend. Sprachliche Praktiken der Zuschreibung von Schuld und Verantwortung an Täter und Opfer. In: Scheidt, Carl Eduard/Lucius-Hoene, Gabriele/Stukenbrock, Anja/Waller, Elisabeth (Hrsg.) *Narrative Bewältigung von Trauma und Verlust*. Stuttgart: Schattauer, 64-75.
- DIMDI (2023) *ICD-10-GM, Systematisches Verzeichnis, Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme* (Version 2023).
- Gigerenzer, Gerd/Gaissmaier, Wolfgang/Kurz-Milcke, Elke/Schwartz, Lisa M./Woloshin, Steven (2007) Helping Doctors and Patients Make Sense of Health Statistics. In: *Psychological Science in the Public Interest* 8 (2), 53-96.
- Grebe, Heinrich (2019) *Demenz in Medien, Zivilgesellschaft und Familie: Deutungen und Behandlungsansätze*. Wiesbaden: Springer VS.
- Habscheid, Stephan (2016) Handeln in Praxis. Hinter- und Untergründe situierter sprachlicher Bedeutungskonstitution. In: Deppermann, Arnulf/Feilke, Helmuth/Linke, Angelika (Hrsg.) *Sprachliche und kommunikative Praktiken*. Berlin u. a.: De Gruyter, 127-151.
- Helfferrich, Cornelia (2012) Einleitung: Von roten Heringen, Gräben und Brücken. Versuche einer Kartierung von Agency-Konzepten. In: Bethmann, Stephanie/Helfferrich, Cornelia/Hoffmann Heiko/Niermann, Debora (Hrsg.), 9-39.
- IDS (2023) *Deutsches Referenzkorpus (DeReKo)/Archiv der Korpora geschriebener Gegenwartssprache*. Mannheim: Leibniz-Institut für Deutsche Sprache.
- Inthorn, Sanna/Inthorn, Julia (2015) Respect for Autonomy? The Contribution of Popular Magazines to the Public Understanding of Dementia Care. In: Swinnen,

- Aagje/Schweda, Mark (Hrsg.) *Popularizing Dementia. Public Expressions and Representations of Forgetfulness*. Bielefeld: transcript, 315-331.
- Jack, Clifford R./Bennett, David A./Blennow, Kaj/Carrillo, Maria C./Dunn, Billy/Haberlein, Samantha Budd et al. (2018) NIA-AA Research Framework: Toward a Biological Definition of Alzheimer's Disease. In: *Alzheimer's & Dementia* 14 (4), 535-562.
- Jagust, William J. (2021) The Changing Definition of Alzheimer's Disease. In: *The Lancet Neurology* 20(6), 414-415.
- Jessen, Frank/Amarigliod, Rebecca E./van Boxtele, Martin/Breteler, Monique/Subjective Cognitive Decline Initiative (SCD-I) Working Group (2014) A Conceptual Framework for Research on Subjective Cognitive Decline in Preclinical Alzheimer's Disease. In: *Alzheimer's & Dementia* 10 (6), 844-852.
- Jessen, Frank/Haass, Christian (2019) Quo vadis Alzheimer? In: *Der Nervenarzt* 90(9), 881-883.
- Largent, Emily/Karlawish, Jason (2019) Preclinical Alzheimer Disease and the Dawn of the Pre-Caregiver. In: *JAMA Neurology* 76 (6), 631-632.
- Leibing, Annette (2015) Dementia in the Making. Early Detection and the Body/Brain in Alzheimer's Disease. In: Swinnen, Aagje/Schweda, Mark (Hrsg.) *Popularizing Dementia. Public Expressions and Representations of Forgetfulness*. Bielefeld: transcript, 275-294.
- Lucius-Hoene, Gabriele (2012) „Und dann haben wir's operiert“. Ebenen der Textanalyse narrativer Agency-Konstruktionen. In: Bethmann, Stephanie/Helfferich, Cornelia/Hoffmann, Heiko/Niermann, Debora (Hrsg.), 40-70.
- Lucius-Hoene, Gabriele/Deppermann, Arnulf (2004) *Rekonstruktion narrativer Identität. Ein Arbeitsbuch zur Analyse narrativer Interviews*. Wiesbaden: Springer VS.
- McParland, Patricia/Kelly, Fiona/Innes, Anthea (2017) Dichotomising Dementia. Is There Another Way? In: *Sociology of Health & Illness* 39 (2), 258-269.
- Klüber, Maike/Motsch, Johann/Spranz-Fogasy, Thomas (2012) „wenn sie sonst jetzt zum eingriff keine fragen mehr haben dann unterschreiben (.) sie noch mal hier“ – Arztangebote und Patientenfragen. In: *Deutsche Sprache* 40 (3), 240-268.
- Korczak, Dieter/Habermann, Carola/Braz, Sigrid (2013) *Wirksamkeit von Ergotherapie bei mittlerer bis schwerer Demenz*. Köln, DIMDI. [= HTA-Bericht 129]
- Paul, Norbert W. (2010) Medizinische Prädiktion, Prävention und Gerechtigkeit: Anmerkungen zu ethischen Dimensionen eines biomedizinischen Ideals. In: *Ethik in der Medizin* 22(3), 191-205.

- Primus, Beatrice (2012) *Semantische Rollen*. Heidelberg: Winter.
- Rostamzadeh, Ayda/Jessen, Frank (2020) Früherkennung der Alzheimer-Krankheit und Demenzprädiktion bei Patienten mit leichter kognitiver Störung: Zusammenfassung aktueller Empfehlungen. In: *Der Nervenarzt* 91 (9), 832-841.
- Samerski, Silja/Henkel, Anna (2015) Responsibilisierende Entscheidungen. Strategien und Paradoxien des sozialen Umgangs mit probabilistischen Risiken am Beispiel der Medizin. In: *Berliner Journal für Soziologie* 25 (1-2), 83-110.
- Schegloff, Emanuel (1980) Preliminaries to Preliminaries: „Can I ask you a question?“ In: *Sociological Inquiry* 50, 104-152.
- Schegloff, Emanuel (2007) *Sequence Organization in Interaction. A Primer in Conversation Analysis*. Cambridge: CUP.
- Schmitz-Luhn, Björn/Jessen, Frank/Woopen, Christiane (2019) Recht und Ethik der biomarkerbasierten Risikoprädiktion einer Alzheimer-Demenz. In: *Deutsches Ärzteblatt* 116(37), A1592-A1956.
- Schnedermann, Theresa (2023) Leistungsträger außer Kontrolle? ‚Agency‘ in Burnout-Ratgeberliteratur. In: Mantell, Pauline/Schwegler, Carolin/Woopen, Christiane (Hrsg.) *Psychische Erkrankungen als gesellschaftliche Aufgabe*. Berlin u. a.: Springer, 45-62.
- Schröter, Juliane (2022) Was ist Kulturlinguistik? Eine Antwort in fünf Thesen, durch drei Beispiele und mit einer Frage. In: *Germanistik in der Schweiz* 18(2021), 45-63.
- Schweda, Mark/Pfaller, Larissa (2021) Responsibilization of Aging? An Ethical Analysis of the Moral Economy of Prevention. In: Leibing, Annette/Schick Tanz, Silke (Hrsg.) *Preventing Dementia? Critical Perspectives on a New Paradigm of Preparing for Old Age*. New York u. a.: Berghahn, 192-213.
- Schwegler, Carolin (2024) Normalisieren als Copingstrategie in Angehörigeninterviews. Linguistische Betrachtungen der kommunikativen Einordnung von Demenzrisiken. In: Bauer, Nathalie/Günthner, Susanne/Schopf, Juliane (Hrsg.) *Die kommunikative Konstruktion von Normalitäten in der Medizin. Gesprächsanalytische Perspektiven*. Berlin u. a.: De Gruyter, 157-180.
- Schwegler, Carolin (2021) Prädiktive Medizin als Gegenstand linguistischer Untersuchungen. In: Iakushevich, Marina/Ilg, Yvonne/Schnedermann, Theresa (Hrsg.) *Linguistik und Medizin. Sprachwissenschaftliche Zugänge und interdisziplinäre Perspektiven*. Berlin u. a.: De Gruyter, 359-377.

- Schwegler, Carolin/Schmitz-Luhn, Björn/Romotzky, Vanessa/Cañabate, Pilar/Moreno, Mariola/Ortega, Gemma et al. (2023) Predementia Counseling. Informed Decision-Making and Postcounseling Reflection. In: *GeroPsych* 36 (4), 203-214.
- Spieß, Constanze (2018) Wissenskonstitution im Diskurs. In: Birkner, Karin/Janich, Nina (Hrsg.) *Handbuch Text und Gespräch*. Berlin u. a.: De Gruyter, 143-168.
- Steen, Pamela (2022) *Menschen – Tiere – Kommunikation. Praxeologische Studien zur Tierlinguistik*. Heidelberg: Metzler.
- Van der Byl Williams, Millie/Zeilig, Hannah (2023) Broadening and Deepening the Understanding of Agency in Dementia. In: *Medical Humanities* 49 (1), 38-47.
- Zeilig, Hannah/Tischler, Victoria/van der Byl Williams, Millie/West, Julian/Strohmaier, Sarah (2019) Co-creativity, Well-being and Agency: A Case Study Analysis of a Co-creative Arts Group for People with Dementia. In: *Journal of Aging Studies* 49 (2019), 16-24.

KRISTIN BÜHRIG

Expertise in Interaktion: Zu einigen Eigenarten der Wissensvermittlung im NDR-Podcast „Coronavirus-Update“

Abstract

Der nachstehende Beitrag enthält Analysen zu Formen der Wissensvermittlung im Rahmen des NDR-Podcasts „Coronavirus-Update“. Bezugnehmend auf bisherige Untersuchungen der mehrfach preisgekrönten Sendung aus medienwissenschaftlicher und pädagogischer Sicht sollen auf Basis der retranskribierten Gesprächsdaten wiederkehrende Äußerungsformate betrachtet werden, die zu kommunikativen Charakteristika des Podcast gezählt werden können. Zu diesem Zweck wird ausgehend von einem quantitativen Befund der Einsatz von ‚verba dicendi‘ eine qualitative Betrachtung der von ihnen gerahmten Äußerungseinheiten aus ausgewählten Podcastausschnitten vorgenommen. Konkret geht es um das Verb ‚sagen‘, mit dessen Verwendungen, so die These, ein spezifischer Beitrag zur Ausgestaltung der Expert:innenrolle in der Interaktion zwischen den Teilnehmenden des Podcasts sowie gegenüber der rezipierenden Öffentlichkeit realisiert wird. Das Vorgehen der exemplarischen Analysen hat einen rekonstruktiven Charakter und greift auf unterschiedliche Ansätze der linguistischen Analyse von Gesprächen zurück.

The following article contains analyses of forms of knowledge transfer in the context of the NDR podcast Coronavirus-Update“. With reference to previous studies of the multi-award-winning programme from the perspective of media studies and pedagogy, recurring utterance formats that can be counted as communicative characteristics of the podcast will be considered on the basis of the retranscribed conversation data. For this purpose, starting from a quantitative finding of the use of ‚verba dicendi‘, a qualitative examination of the utterance units framed by them from selected podcast excerpts will be undertaken. Specifically, it is about the verb to ‚say‘, the use of which, according to the thesis, realises a specific contribution to the shaping of the expert’s role in the interaction between the participants of the podcast as well as towards the receiving public. The procedure of the exemplary analyses has a reconstructive character and draws on different approaches to the linguistic analysis of conversations.

Keywords: Corona-Virus, Wissenschaftskommunikation, funktional-pragmatische Diskursanalyse, Expertenrolle, verba dicendi

corona virus, science communication, functional-pragmatic discourse analysis, expert role, verba dicendi

Osnabrücker Beiträge zur Sprachtheorie 102 (2024), 213-234

Published online 13-02-2024; DOI <https://doi.org/10.17192/obst.2024.102.8644>

1 Zur Wissensvermittlung im Podcast „Coronavirus-Update“: Betrachtungen aus der Diskussion um Fragen der Wissenschaftskommunikation

In der Covid-Pandemie ging es mit dem Wissen über das Coronavirus sukzessive voran: Aus der wissenschaftlichen Beschäftigung mit weiteren, zum Teil vergleichbaren Viren konnte zwar ein gewisser Anteil an Vorwissen genutzt werden, jedoch erforderte der Umgang mit der Pandemie nicht nur das Wissen über das Virus, sondern vor allem auch Wissen über die Vorgehensweise der Epidemiologie und damit über Wissen über statistische Verfahren, Möglichkeiten der Prognosen, etc. Die Öffentlichkeit über diese Wissensbewegungen auf dem Laufenden zu halten, war unterschiedlichen Formaten innerhalb der Medien vorbehalten, sei es in der Tagespresse, in Sondersendungen des Fernsehens und Talkshows. Der Norddeutsche Rundfunk kreierte einen eigenen Podcast¹, in dem es seit dem 26. Februar 2020 speziell um einen Einblick in den Fortgang der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit der Pandemie ging. Die ausgestrahlten Folgen stehen als Audiodatei zur Verfügung, darüber hinaus veröffentlichte der NDR verschriftete Versionen der Folgen im PDF-Format, die zur Lektüre von der Homepage des Senders heruntergeladen werden können.² Sowohl das Redaktionsteam als auch die Wissenschaftler:innen Christian Drosten und Sanda Ciesek erhielten für die Sendung mehrere Preise, unter anderem den „Sonderpreis für herausragende Kommunikation in der Wissenschaft in der Covid-19-Pandemie“, der Deutschen Forschungsgemeinschaft und des Stifterverbandes sowie den Publikumspreis. Besonders honoriert wurde, dass Christian Drosten es geschafft habe, dass die Wissenschaft binnen kürzester Zeit, als verlässliche Orientierung in der Krise wahrgenommen werde. Auf anschauliche und transparente Weise erkläre er, was die Wissenschaft weiß, wie sie arbeitet und welche Unsicherheiten bestehen. Dadurch, dass er wissenschaftlich nicht belegte Thesen widerlege, die Grenzen seines eigenen Wissens aber auch aufzeige und er immer wieder darauf hinweise, dass es zur Wissenschaft gehöre, diese Grenzen auch auszuloten, erreiche er Akzeptanz und Vertrauen bei einer Großzahl von Menschen und auch in der Politik (siehe Homepage DFG 2020 zu verliehenen Sonderpreisen: https://www.dfg.de/gefoerderte_projekte/wissenschaftliche_preise/sonderpreis_covid19/index.html).

1 Unter Podcasts werden im Gegensatz zu Formaten des Rundfunks, in denen Musik eine zentrale Rolle spielt, eher sprachbasierte Medien im Serienformat verstanden (Frühbrodt/Auerbacher 2021), die mittels RSS-Feeds über das Internet abonniert werden können und damit zu rein individuell bestimmbar Zeitpunkten und an unterschiedlichen Orten zu rezipieren sind.

2 Die Audiodateien der einzelnen Folgen sowie die Skripte im PDF-Format sind im Internet auf der Podcasthomepage des Senders/Homepage des Senders verfügbar (<https://www.ndr.de/nachrichten/info/podcast4684.html>). Sie stehen unter Creative Commons-Lizenz CC by-nc-nd 3.0. Zum Zeitpunkt der Fertigstellung dieses Beitrags liegen insgesamt 115 reguläre Folgen plus Sonderfolgen (im Videoformat) vor. Für eine sprachwissenschaftliche Analyse der Wissensvermittlung sollte allerdings auch der Originalton der Folgen bzw. deren Retranskription einbezogen werden, die prosodische und interaktionale Phänomene berücksichtigen – gerade diese sind es, die in den Skripten fehlen (es finden sich allerdings auch Abweichungen im Bereich der Syntax und der Morphologie).

Dabei gehörten der Auftritt in Medien und die öffentliche Kommunikation seinerzeit noch nicht zu den täglichen Aufgaben der Virolog:innen Sonja Ciesek und Christian Drosten. Wie Müller-Spitzer et al. (2020) ausführen, brachte die Corona-Krise es vielmehr mit sich, „dass virologische Expert*innen eine völlig neue mediale Rolle spielen (müssen), um die Politik und die Bevölkerung mit dem nötigen Fachwissen zu versorgen, das zum Verständnis der Pandemie wichtig ist.“ (Müller-Spitzer et al 2020, 18).³ Wie diese Rolle mit Blick auf Formen der Wissensvermittlung konkret ausgeführt wird, soll anhand eines wiederkehrenden Verfahrens betrachtet werden, das, so sei im Vorgriff angemerkt, den Charakter einer Routineform (Coulmas 1979; 1981) aufweist.⁴ Welche Rolle sie im Rahmen der Wissensvermittlung spielt, soll im Anschluss an die instruktive Studie von Arnd-Michael Nohl (2023) rekonstruiert werden, der anhand einer Untersuchung von acht geskripteten Folgen den Podcast auf Spezifika der Wissenschaftskommunikation untersucht.⁵ Die zitierte Arbeit erbringt fruchtbare Impulse für die nachstehenden Analysen in diesem Beitrag, die im Folgenden kurz referiert werden sollen:

In seinen Recherchen zum Podcast findet Nohl 2023 heraus: „In den Tagen zuvor [vor dem 26.2.2020, KB] hatte der Erfinder dieses Formats, Norbert Grundeis, den Charité-Virologen Christian Drosten in mehreren Interviews gehört und sich Folgendes überlegt: „Wie wäre es, wenn wir mit diesem ausgewiesenen Experten einen Podcast machen könnten, in dem er uns täglich den aktuellen Stand in Sachen Corona geben kann? Kein Ratgeber-Podcast, sondern wissenschaftliche Informationen, auf deren Grundlage jede Hörerin und jeder Hörer gute Entscheidungen für sich selbst treffen kann.“⁶ (vgl. Nohl 2023, 2).

In dem vom Sender realisierten Podcast referierten der Virologe Christian Drosten sowie die Virologin Sonja Ciesek aktuelle wissenschaftliche Studien, als Wissenschaftsjournalistinnen moderierten Korinna Hennig, Anja Martini und Beeke Schulmann die einzelnen Folgen und brachten Fragen der Öffentlichkeit in die jeweiligen Sendungen ein. Innerhalb des Spektrums unterschiedlicher Podcastformate lässt sich das „Coronavirus-Update“ unter Berücksichtigung der interaktionalen Charakteristik als ein ‚conversational podcast‘ (vgl. Barrios-O’Neill 2018, 147) bestimmen. Mit Blick auf unterschiedliche Konzepte der Wissenschaftskommunikation ist der Podcast nach Nohl (2023:6) dem ‚dissemination paradigm‘ (Kappel/Holmen 2019, 2) zuzuordnen, in dessen Rahmen Wissenschaftskommunikation als Vermittlung von Wissen über Wissenschaft seitens wissenschaftlicher

3 Dernbach (2022, 319) geht davon aus, dass der vom NDR produzierte Podcast „Coronavirus-Update“ dem Format Podcast einen regelrechten „Boom“ verschafft hat.

4 Mit Gloning (2016) wäre die Frage weiter zu verfolgen, inwiefern mit dem Podcast eine neue Form der Wissenschaftskommunikation vorliegt und, ansetzend an vorhandenen Formaten, diese verändert – aus Platzgründen lässt sich diese Frage in dem vorliegenden Beitrag nicht weiterverfolgen.

5 Nohl (2023, 11) ordnet seine Arbeit der ‚Dokumentarischen Diskursinterpretation‘ zu, in der es darum geht, „den Modus operandi kommunikativen Wissens herauszuarbeiten“.

6 So Grundeis in einem Interview vom 26.3.20 mit der Fachzeitschrift Meedia (<https://meedia.de/2020/03/26/ueber-15-mio-abrufe-der-gewaltige-erfolg-des-coronavirus-update-mit-professor-christian-drosten>)

Experten an die Öffentlichkeit verstanden wird. Diese Wissensübermittlung war jedoch, so macht Nohl unter Bezug auf Pasternack/Beer (2022, 12) deutlich, durch einen hohen gesellschaftlichen Druck gekennzeichnet, der zu einer „Wissenschaftskrisenkommunikation“ (Pasternack/Beer 2022, 12.) führe, da Wissenschaft zum einen während der Pandemie unter besonderen Handlungsdruck gestellt werde, zugleich jedoch das Problem habe, selbst nicht über genügend Wissen zu verfügen. In dieser Situation habe, so Pasternack/Beer (2022, 68) Wissenschaft nur drei Kommunikationsoptionen: „(a) schweigen, (b) mit plausibilitätsgestützten Annahmen operieren, indem Wissen genutzt wird, das zu (tatsächlich oder vermeintlich) vergleichbaren Problemsituationen zur Verfügung steht, oder (c) statt mit Wissen mit Meinungen aufwarten“. In seinen Betrachtungen zum Podcast kommt Nohl (2023, 9) zu dem Schluss, dass im „Coronavirus-Update“ insbesondere die Option (b) genutzt wurde, wobei die Wissensbasis der Virolog:innen zunächst „schmal und unsicher“ (Nohl 2023, 9) war. Daher durften die Virologinnen, so Nohl (2023, 9) wiederum in Anschluss an Pasternack/Beer (2022, 65-66), nicht „mit rhetorischen Figuren operieren, die dem wissenschaftstypischen Geist des Zweifels Ausdruck verleihen, sondern eher eine Rhetorik der Gewissheit einsetzen, die allein dadurch zu rechtfertigen ist, dass alles andere Wissen geringere Gewissheiten aufweist“. Einen Niederschlag dieser Erfordernisse sieht Nohl (2023, 27) im Rahmen seiner eigenen Betrachtungen in ‚Modulationen‘ von Äußerungen der Wissenschaftler:innen, in denen es zu einer Betonung der Schwierigkeiten und Vorläufigkeit wissenschaftlicher Forschung kommt.

2 Sprachwissenschaftliche Ansatzpunkte: ‚Expertise‘ und ‚Asymmetrien‘

Die von Nohl aus der Diskussion um die Wissenschaftskommunikation genutzten Bestimmungen und Befunde, wie die „Informationsvermittlung von Experten an die Öffentlichkeit“ innerhalb des ‚dissemination paradigms‘ sowie seine eigenen Betrachtungen zum Podcast, wie etwa das Identifizieren von ‚Modulationen‘, sollen im Folgenden für die Betrachtung der Wissensvermittlung innerhalb des Podcast aufgegriffen werden. Dabei gilt es aus sprachwissenschaftlicher Sicht in Anlehnung an Furchner (1997) und Gülich (1999; 2003) die Frage zu verfolgen, in welcher Form die eingeladenen Expert:innen diese Rolle in der Vermittlung von Wissen innerhalb der Podcast-Interaktion ausgestalten und damit eine Asymmetrie im Wissen über das Virus und den Umgang mit ihm zwischen Expert:innen und Öffentlichkeit überwinden.

Eng verbunden mit der Vorstellung von ‚Expert:innen‘ ist der vermeintliche Gegenpart, eine Vorstellung vom Nicht-Experten, vom Laien. Diese Begriffe bzw. die mit ihnen verbundenen Gesprächsrollen sind jedoch nicht fix, sondern lassen sich im Anschluss an Matoesian (1999) als dynamisch und in der Interaktion als zugewiesen begreifen. Wie Gülich 1999 bzw. 2003 ausführt, sind Expert:innen nicht einfach Expert:innen, „weil sie ein für alle Mal bestimmte Kompetenzen erworben haben, sondern sie sind es vor allem deshalb, weil sie sich in der Kommunikation als solche darstellen und von den Kommunikationspartnern als solche wahrgenommen werden.“ (vgl. Gülich 1999, 181)

bzw. 2003, 254).⁷ Verfahren der Zuschreibung einer Expert:innenrolle sieht Gülich etwa in der Selbstkategorisierung, der expliziten Bezugnahme auf Forschungsergebnisse, der Beurteilung von Arbeiten anderer und der Qualität von Informationsmaterial (Gülich 1999, 186-187).

In der Relevantsetzung fachlichen Wissens geht die Ausfüllung einer Rolle einer Expert:in mit Asymmetrien⁸ einher, die, wie Groß (2015) deutlich macht, unterschiedliche Dimensionen der Kommunikation betreffen und bislang sowohl als Gegenstand der Sprachkritik als auch mit Blick auf eine funktionale Betrachtung diskutiert wurden.⁹ In Überwindung der Asymmetrien greifen die Expert:innen zu unterschiedlichen Formen der Wissensvermittlung, von denen, so Gülich (1999 bzw. 2003) vor allem Metaphern im Zentrum der wissenschaftlichen Betrachtung standen. Sie plädiert dafür, weitere Formen zu untersuchen, insbesondere solche, die eine Verbindung zum Alltag der Nicht-Expert:innen herstellen, wie etwa „Konkretisierungsverfahren“ (Gülich 1999, 170 bzw. 2003, 241, 246). Die Berücksichtigung des Alltags von Nicht-Expert:innen wird in den Studien Gülichs auch mit Blick auf eine sprachkritische Auseinandersetzung mit der Experten-Laien-Kommunikation relevant. So geht sie davon aus, dass nicht die Expertise, sondern die unkooperative Ausübung der Expertenrolle hinderlich für das Gelingen der Kommunikation ist (vgl. Gülich 1999, 186).

7 Insofern sieht Gülich (2003, 254) eine Untersuchung der Expert:innen-Laien-Kommunikation angesiedelt in dem Bereich des ‚footing‘, das sich, so Goffman, mit “the multiple senses in which the self of the speaker can appear, that is, the multiple self-implicated projections discoverable in what is said and done” beschäftigt (Goffman 1979, 173).

8 In ihrer historischen Betrachtung der Arzt-Patienten-Beziehung kommen Begenau/Schubert/Vogd (2009:11) zu dem Schluss, dass es die zunehmende medizinische Versorgung von Patient:innen im Krankenhaus ist, die zu einer grundlegenden Asymmetrie der Arzt-Patienten-Kommunikation im Sinne einer Unterscheidung von Experte und Laie führt. Dabei betonen sie das Verdienst Foucaults (1977, 1988), darauf hingewiesen zu haben, dass mit dem Stethoskop und der Leichenöffnung direkte, „objektive“ Zugänge zum Körper von Patienten geschaffen wurden, in der diese Asymmetrie keime und sich im Zuge des neunzehnten Jahrhunderts zwischen dem „wissenden Arzt und dem unwissenden Patienten“ festigte (vgl. Begenau/Schubert/Vogd 2009, 11).

9 Seitdem Arbeiten aus der Medizinsoziologie anhand der Visitenkommunikation konkrete Einblicke in die kommunikative Realität des Krankenhauses gaben, in denen die Kommunikation eher zwischen dem medizinischen Personal und nicht unter Beteiligung der Patient:innen verlief (siehe etwa Siegrist 1978), wurde unter dem Begriff der ‚Asymmetrie‘ die ungleiche Beteiligung von Ärzt:innen und Patient:innen an Gesprächen gefasst. Dies geschah auch unter Rückgriff auf die Arbeiten Talcott Parsons (1951), der davon ausging, dass sich in den Rollenerwartungen an Ärzt:innen und Patient:innen bestehende gesellschaftliche Verhältnisse in der Interaktion zwischen Arzt und Patienten zeigen. Wie Groß (2015, 284) in ihrem instruktiven Überblickartikel darlegt, ist allerdings noch keineswegs geklärt, wie die Beziehung zwischen Fachwissen und Asymmetrien im Gespräch zu verstehen ist. In ihren gesprächsanalytischen Untersuchungen weist sie jedoch typische Gesprächshandlungen nach, in denen die Ausübung spezifischer komplementärer Gesprächsrollen wesentlich ist (vgl. Groß 2015, 287). Zu diesen Aktivitäten gehöre die Relevantsetzung medizinischen Fachwissens sowie das Einnehmen eines ‚academic stance‘ (Heritage 2013) in Bezug auf fachbezogene Inhalte, aufgrund derer eine Experten-Laien-Relation konstituiert werde und einer epistemischen Asymmetrie komme (vgl. Groß 2015, 287.)

Diese hier nur kurz referierten Überlegungen sind für die Untersuchung des Podcasts „Coronavirus-Update“ insofern von besonderem Interesse, als in Anschluss an Nohl zu fragen ist, ob und wenn ja, wie die bereits in der Forschung als Forschungsfrage beschriebene Ausgestaltung der Expert:innenrollen und die Überwindung der Asymmetrien durch eine Vermittlung von Wissen Besonderheiten aufzeigt, die ggfs. aufgrund der Charakteristik der verfügbaren Wissensbasis durch eine Balance zwischen noch unzureichendem Wissen über das Virus und einer ‚Rhetorik der Gewissheit‘ zu charakterisieren ist.

3 Charakteristika der Interaktion im Podcast: Qualitative und quantitative Befunde

Das Sendekonzept des Podcast, das vorsieht, dass u.a. vorliegende Studien zum Virus und seiner Verbreitung referiert und einer Einschätzung unterzogen werden, wird durch anmoderierte Fragen und ihre Beantwortung durch die eingeladenen Gäste realisiert. Diese werden in der Mehrzahl der Fälle bereits in der Anmoderation der einzelnen Folgen unter Betonung ihres fachlichen Wissens und die Nennung der beruflichen Stellung vorgestellt und damit als Expert:innen explizit ausgewiesen, bevor ihnen dann mit einer Frage das Wort erteilt bzw. um ihre Einschätzung gebeten wird. In ihren Antworten nehmen die Expert:innen Stellung zu aktuellen Fragen bzw. kommentieren sie aktuelle Studien und bewerten sie nach unterschiedlichen Maßstäben, ein Verfahren, das, so Ehlich (1993), der Kommunikation in der Wissenschaft eine ‚eristische‘ Struktur verleihe. Typischerweise realisiert sich diese Struktur des Wiedergebens von Inhalten bzw. Wissen aus unterschiedlichen Quellen und Autor:innenschaft im Format ‚polyphoner‘ Äußerungen¹⁰, in denen i.d.R. *verba dicendi* zum Einsatz kommen. Die sprachliche Struktur dieser polyphonen Äußerungen erlaubt es, auch quantitative Befunde zur Verwendung dieser Äußerungsformate im Podcast zu erheben und damit potenziell routinisierte Äußerungsformen aufzuspüren, da ihre Bestandteile als diskrete, zählbare Einheiten mit einfachen Suchabfragen zu ermitteln sind. Die Befunde eines derart quantitativen Zugriffs sind im Zuge einer Frage nach routinisierten Formen mit einer qualitativen Analyse zu kombinieren – blicken wir aber zunächst auf einige Zahlen:

In einem quantitativen Zugriff auf die vom NDR veröffentlichten 115 Skripte ergibt sich eine Menge von 1.056.093 token, unter denen die *verba dicendi* einen Anteil von 10.014 ausmachen, also etwa 1% vertreten sind. In dieser Gruppe nimmt das Verb *sagen* genauer gesagt der Verbstamm **sag** im Skriptkorpus mit 63% eine Spitzenreiterposition ein. Aus Sicht einer ‚induktiv‘ verfahrenen korpuslinguistischen Argumentation¹¹ mögen diese Zahlen einen verhältnismäßig geringen Umfang aufweisen und erscheinen daher auf einen ersten Blick wenig geeignet, wiederkehrende Äußerungsformate im Sinne einer

10 Siehe Bachtin (1929 bzw. 1971), für einen Überblick der Rezeption dieses Konzepts siehe etwa Ducrot (1984), Redder (2017), Gévaudan (2021).

11 Siehe etwa Tognini-Bonelli (2001) bzw. Steyer (2013).

Verfestigung bzw. einer Routinisierung zu beschreiben. Allerdings werden neben einer absoluten Frequenz bzw. berechenbaren Signifikanzen auch Fragen der „Einschlägigkeit“ für bestimmte Zusammenhänge (Feilke 2012, 16, zitiert nach Brommer 2018, 139) bzw. überzufällig häufiges Auftreten (Bubenhofer 2009, 16) als Kriterien für eine Betrachtung rekurrenter Wortfolgen als fixierte Syntagmen verstanden.¹² Anhand dieser beiden Kriterien kann das wiederholte und einschlägige Auftreten von Ausdrücken und Wortfolgen in Anschluss an das Konzept der ‚Routineformeln‘ von Coulmas (1979; 1981) verstanden werden, sofern sie in wiederkehrenden Situationen auftauchen und eine spezifischen Stellenwert für die Situation aufweisen. Unter dem Gesichtspunkt einer Beschäftigung mit Formen der Wissensvermittlung im Podcast ist in Anschluss an dieses Konzept zu fragen, was die spezifische Handlungserfordernis in einer Situation der Wissensvermittlung ist und inwiefern diese Situation einen rekurrenten Charakter hat – im vorliegenden Fall liefert der Einbezug des Hintergrunds zum Podcast bereits eine teilweise Antwort, die im Zuge konkreter Analysen noch weiter zu spezifizieren ist. Die Analyse kann anhand von Fragen erfolgen, deren Beantwortung deutlich machen, wer den betreffenden Ausdruck bzw. die Wortfolge äußert, zu welchem Zeitpunkt in der Interaktion dies geschieht und ob es sich um eine initiiierende oder reagierende Äußerung handelt. Zu rekonstruieren ist ferner, welchen Beitrag die betreffende Äußerung in der jeweiligen Situation leistet und welche Rolle den einzelnen Komponenten des Syntagmas zukommt.

Dieses kurz skizzierte Vorgehen zur Untersuchung der Formen von Wissensvermittlung im Podcast beinhaltet also neben einer systematischen Verortung und Beschreibung ausgewählter Handlungsformen im situativen Zusammenhang auch eine Form-Funktionsbestimmung konkreter sprachlicher Ausdrucksformen und folgt in dieser Hinsicht dem Prinzip einer hermeneutischen Vorgehensweise, wie sie im Rahmen einer ‚funktional-pragmatischen Diskursanalyse‘ (vgl. etwa Ehlich/Rehbein 1979, Ehlich 1991, Rehbein 2001, Redder 2008) beschränkt wird.¹³

Als Ausgangspunkt der Analysen wird im Folgenden das Verb *sagen* in seinen konkret auffindbaren Verwendungen betrachtet. Dabei fällt die Auswahl auf eine Folge, in deren Rahmen der Experte Christian Drosten in der Antwort auf eine Frage und Nachfrage der Moderatorin das Verb viermal hintereinander einsetzt.

12 Da das in diesem Beitrag beschriebene Vorgehen der Analyse bestimmte Vorannahmen zur bisherigen Erforschung der Wissenschaftskommunikation folgt, zeigt das Vorgehen Merkmale einer Kombination induktiven und deduktiven Vorgehens, wie Sie gegenwärtig in der Korpuslinguistik diskutiert werden (vgl. etwa Brommer 2019; 2018, Steyer 2013, Bubenhofer/Scharloth 2010, Tognini-Benelli 2001).

13 Unter dem Gesichtspunkt der in diesem Beitrag angestrebten Betrachtung von Formen der Wissensvermittlung spielt der sprachtheoretische Hintergrund dieses Ansatzes eine wesentliche Rolle: In Anschluss an die materialistische Widerspiegelungstheorie werden die konkreten Formulierungen der sprachlich Handelnden als sprachliche Verarbeitung von Wissen (Ehlich/Rehbein 1986) als ‚Verbalisieren‘ (Rehbein 1995; 2001, Bühlig/Fienemann/Schlickau 2022) verstanden, wobei unterschiedliche ‚Wissensstrukturtypen‘ (Ehlich/Rehbein 1977) unterschieden werden.

4 *sagen*

Betrachten wir zunächst das Verb *sagen* etwas näher: In Wörterbüchern wird die Semantik von *sagen* mit Hilfe von Einträgen angegeben wie „etwas mündlich äußern, aussprechen“, „etwas berichten, mitteilen, über etw. Auskunft geben“, „etw. behaupten, meinen.“ oder „sich etw. denken, überlegen“ (Klappenbach/Steinitz 1977, 3116f.) bzw. „Wörter, Sätze, (o.Ä.) artikulieren, aussprechen“, „(ein Wort, eine Wendung o.Ä.) artikulieren, aussprechen“ (Drosdowski 1999, 3267 f.). Es ist daher nicht verwunderlich, dass *sagen* als „das redeanführende Verb im Deutschen schlechthin zu gelten hat“ (Imo 2007, 69, Hervorhebung im Original). Sowohl als redeanführendes Verb im Rahmen einer Quotativkonstruktion als auch in anderen Verwendungen, so machen die Einträge in den Wörterbüchern deutlich, hat *sagen* transitiven Charakter: gesagt wird „etwas“, in der Regel in gesprochener Sprache, so der Eintrag „mündlich äußern, aussprechen“ (etwa bei Klappenbach/Steinitz 1977, 3116 f.). Das, was gesagt wird, geht, so geben die Einträge weiterhin Auskunft, auf etwas Gedachtes, Gemeintes zurück, d. h. in dem Moment, in dem *sagen* als Verb genutzt wird, spielt nicht nur die Artikulation und deren akustische Wahrnehmbarkeit eine Rolle, sondern auch der Inhalt und damit die sprachliche Verarbeitung von Wissen im Zuge der Verbalisierung im Rahmen eines Äußerungsaktes. In der Formulierung des Handwörterbuchs zu Kommunikationsverben (Harras, et al. 2004, 23) ist entsprechend zu finden: „etwas sprachlich zum Ausdruck bringen“ bzw. „Ein Sprecher S äußert einem Hörer H gegenüber einen Sa(P) [„Äußerungsprodukt mit (prototypisch) propositionalem Gehalt“], und bringt damit P zum Ausdruck“ (vgl. Harras et al. 2004, 27), wobei für Fragen der Wissensvermittlung wichtig ist zu unterstreichen, dass eben nicht nur etwas, sondern etwas jemandem gegenüber gesagt wird.

Darüber hinaus ist der Umstand zu beachten, dass der Akt bzw. die Tatsache der Verbalisierung mit *sagen* als propositionales Element in eine Äußerung eingebunden wird. Die Nutzung des Verbs *sagen* hebt nun das, was gesagt wurde bzw. zu sagen ist, als eigenes Wissenselement, das relevant ist, erwähnt zu werden, hervor. Mit Blick auf Erzählungen ist dies in der Analyse von Redewiedergaben als spezifischem Erzählverfahren immer wieder herausgearbeitet worden (Brünner 1991, Quasthoff 2001, Fienemann 2006) wobei oftmals das Wiedergegebene im Vordergrund steht. So unterscheidet etwa Imo (2009, 318) die ‚Indizierung‘ einer wiedergegebenen Rede von einer ‚Inszenierung‘ (vgl. Imo 2009, 319) eigener oder wiedergegebener Rede. Während es im ersten Fall darum geht, einer Äußerung den Produzenten einer Äußerung zuzuordnen (vgl. Imo 2009, 319), werden bei einer Inszenierung den fremden Sprecher:innen „eine markierte Prosodie in den Mund gelegt“ (vgl. Imo 2009, 320). Die Sprecher:innen werden gleichsam als „affektiert, empört, arrogant oder dumm etc., dargestellt“ (vgl. Imo 2009, 320). Über die Indizierung hinaus, so führt Imo (2009, 320) weiter aus, können Sprecher:innen ihre jeweils eigene Stellung zu einer Aussage, ihre Bewertungen und ihre Einschätzungen liefern sowie durch eine geschickte sequenzielle Platzierung der Äußerungsteile Spannung erzeugen.

Für Redewiedergaben bedarf es jedoch weder der Zuordnung zu einer konkreten Person noch der Reproduktion etwas tatsächlich Gesagten, um jemanden oder eine Meinung zu charakterisieren, wie etwa Ehlich (1979, 199f.) in seinen Ausführungen zu ‚fingierten Redewiedergaben‘ deutlich macht (siehe auch die Arbeiten von Günthner 2000; 2002). Der Einsatz wiedergegebener Rede ist zudem auch über Erzählungen hinaus zu verfolgen (siehe etwa Günthner 2002 und andere). Für die nachstehenden Überlegungen sind insbesondere die Befunde Imos (2007, 118) aus der empirischen Untersuchung zum Einsatz von *sagen* im Rahmen unterschiedlicher Gesprächsarten und über unterschiedliche regionale Varietäten hinweg relevant, in deren Rahmen eine häufige Kombination mit Modalverben zu beobachten ist, allen voran Kombinationen von *sagen* mit *müssen*, gefolgt von *würde*, *wollen* und *können*. Auch Redder (1984, 82/83) stößt in ihrer Untersuchung von Unterrichtskommunikation auf *sagen* in Kombination mit Modalverben in Konstellationen, in denen es um die Verteilung des Rederechts geht. Dabei weist sie nach, dass beispielsweise eine lehrerseitige Fremdwahl mit „Schüler xy, was würdest Du sagen?“ im Vorhinein die schülerseitige Äußerung als einen ‚Vorschlag‘ qualifiziert. In der Betrachtung der Übernahme des Rederechts auf Seite der Schüler:innen mit „ich wollt(e) (nur) sagen“ erkennt sie eine „illokutive Vororganisation der hörerseitigen Erwartungen“, die u.a. für eine „Umfokussierung sequentieller Erwartungen“ sorgt (Redder 1984, 86).

Der Einsatz des Ausdrucks *sagen* scheint über das Gebiet einer ‚lokutionären Polyphonie‘, so der kurze Blick auf die Forschungsliteratur, ein Spektrum möglicher Funktionen erfüllen zu können, von der reinen Zuordnung einer Autor:innenschaft wiedergegebener Rede bis hin zur Charakterisierung wiedergegebener Sprecher:innen als auch dem Einwirken auf die illokutiven Charakteristika sprachlicher Einheiten, die mit *sagen* in Kombination mit dem Vollzug einer sprecherdeiktischen Prozedur eingeleitet werden. Welche Funktion der Einsatz von *sagen* nun in Formen der eristisch geprägten Wissensvermittlung im Podcast erfüllt, soll in den nachstehenden exemplarischen Analysen rekonstruiert werden.

5 Zur Verwendung von *sagen* im Podcast

Als konkrete Fallbetrachtung sollen in diesem Beitrag ein Ausschnitt aus der dritten Folge des Podcast mit dem Titel „Es ist nicht schwarz-weiß“ vom 28.02.2020 vorgestellt werden, innerhalb dessen das Verb *sagen* viermal in den nachstehend aufgeführten Kombinationen in den Antworten Christian Drostens vorkommt:¹⁴

- „man_kann_nich_sagen“
- „würd_am_liebsten_mal_sagen“
- „können_im_Moment_sagen“.
- „man_kann_nichts_Großes_dazu_sagen“.

¹⁴ Im Unterschied zu der Retranskription weist das vom NDR veröffentlichte PDF-Dokument nur drei Verwendungen von *sagen* auf, stattdessen wird das Verb *antworten* verwendet (siehe PF 26).

(Ausschnitt Folge 3 PF 18-37) „Wie tödlich ist das Virus?“¹⁵

[18]

	27 [01:14.2]	28 [01:15.4]	29 [01:16.0]
KH [v]	eigentlich immun ist. ••• Herr Drosten, zunächst: Wir haben zuletzt <u>auch</u>		
KH [Skript]	<i>eigentlich immun ist. Herr Drosten, wir haben zuletzt auch darüber</i>		

[19]

	30 [01:16.3*]
KH [v]	darüber gesprochen, dass die Schwelle zur Hysterie schnell überschritten ist in
KH [Skript]	<i>gesprochen, dass die Schwelle zur Hysterie schnell überschritten ist in diesen</i>

[20]

	31 [01:20.0]	32 [01:22.3]	33 [01:22.8*]
KH [v]	diesen Tagen. •• "Wie gefährlich ist das Coronavirus?". Oder auch: "Wie		
KH [Skript]	<i>Tagen. Wie gefährlich ist das Coronavirus? Oder auch, wie tödlich</i>		

[21]

	34 [01:24.6]
KH [v]	tödlich wirkt das Coronavirus?". •• Wenn sie solche Schlagzeilen lesen, •• was
KH [Skript]	<i>wirkt das Coronavirus? Wenn sie solche Schlagzeilen lesen - was</i>

[22]

	35 [01:27.3]	36 [01:29.0]
KH [v]	denken Sie da? Kommunizieren wir noch • angemessen?	
KH [Skript]	<i>denken Sie da? Kommunizieren wir noch angemessen?</i>	
CD [v]	((1,0s)) ((Holt Luft,	

[23]

	37 [01:30.3]	38 [01:31.4]
CD [v]	0,4s)) Ja, das ist zu kurz. Also man kann das nicht auf so n kurzen Nenner	
CD [Skript]	<i>Also man kann das nicht auf so einen kurzen Nenner</i>	

15 Die Transkriptionen wurden nach dem Verfahren der Halbinterpretativen Arbeitstranskriptionen („HiAT“) (Ehlich/Rehbein 1976; 1979b; Rehbein et al. 2004) angefertigt. In den Partiturflächen (PF) findet sich neben den Transkriptionsspuren für die jeweiligen Akteur:innen, die im vorderen, grau eingefärbten Teil mit Sprecher:innensiglen angegeben werden („KH“ für Korinna Hennig sowie „CD“ für Christian Drosten), auch jeweils eine Spur für das vom NDR angefertigte Skript. HiAT verfolgt das Prinzip einer literarischen Umschrift, die sich der herkömmlichen Interpunktionszeichen sowie einer Groß- und Kleinschreibung nach Standardorthografie bedient. Pausen unter einer Sekunde werden mit Pausenpunkten („•“) angegeben, längere Pausen und parasprachliche Phänomene wie Lachen, Luft holen etc. werden als Deskriptionen in Doppelklammern angegeben und mit einer Zeitangabe versehen. Mit Emphase gesprochene Äußerungsteile werden mit Unterstreichungen gekennzeichnet, suprasegmentale, phonologische Charakteristika finden sich direkt über den Sprecher:innenspuren. Wiedergegebene Rede wird in Anführungszeichen gesetzt

[24]

	..	39 [01:33.8]	40 [01:34.9*]
CD [v]	bringen. Also man kann nich sagen: "Das ist so und so tödlich und wir sind so		
CD [Skript]	<i>bringen. Man kann nicht sagen, das ist so und so tödlich, und wir sind so und so</i>		

[25]

	..	41 [01:37.6]
CD [v]	und so gut vorbereitet.". ••• Ich würde am liebsten manchmal bei solchen	
CD [Skript]	<i>gut vorbereitet. Ich würde am liebsten manchmal bei solchen Fragen</i>	

[26]

	..
CD [v]	Fragen •• einfach •• auch so n bisschen • ja • ironisch mal sagen, wenn mich
CD [Skript]	<i>einfach auch mal ein bisschen ironisch antworten - wenn mich jemand fragt,</i>

[27]

	..
CD [v]	jemand fragt, wie • tödlich das Virus das würde ich am liebsten einfach nur mal
CD [Skript]	<i>wie tödlich das Virus ist, würde ich am liebsten einfach nur mal eine Zahl</i>

[28]

	..
CD [v]	eine Zahl nennen, ••• und dann • mal den Fragesteller • selber über die Zahl
CD [Skript]	<i>nennen, und dann mal den Fragesteller selber über diese Zahl nachdenken</i>

[29]

	..	42 [01:52.7]	43 [01:53.9]	44 [01:55.0]
KH [v]		•• Zum Beispiel welche Zahl?		((Lacht,
KH [Skript]		<i>Zum Beispiel welche Zahl?</i>		
CD [v]	nachdenken lassen.		•• ((Lacht, 1,0s)) Na ja	
CD [Skript]	<i>lassen.</i>			

[30]

	..	45 [01:55.3]	46 [01:56.8*]	47 [01:57.4]
KH [v]	0,3s))			
CD [v]	Also s/ • das is ja genau das Problem. Also •• wir können zum Beispiel im			
CD [Skript]	<i>Also wir können zum Beispiel im Moment sagen, die Fallsterblichkeit</i>			

[31]

	..	48 [01:59.5*]
CD [v]	Moment sagen: •• "Ja, die Fallsterblichkeit, die liegt um • null Komma fünf	
CD [Skript]	<i>liegt um 0,5 Prozent.</i>	

[32]

	..	49 [02:02.8]	50 [02:04.1*]	51 [02:04.5]
CD [v]		Prozent, so.". ••• Die Frage ist natürlich, was • bedeutet das denn		
CD [k]		<i>zögerlich</i>		
CD [Skript]		<i>Dann ist die Frage ist natürlich, was bedeutet das denn</i>		

[33]

	..	52 [02:05.6]	53 [02:06.8]	54 [02:07.4]
KH [v]		•• Hm`		
CD [v]		überhaupt? Ist das viel oder wenig? •• Ja •• Und das is äh ••• etwas, • das		
CD [Skript]		<i>überhaupt? Ist das viel oder wenig? Und das ist etwas, das manchmal</i>		

[34]

	..			
CD [v]		manchmal dann schon die Aufmerksamkeitsspanne • vor allem im Fernsehen		
CD [Skript]		<i>dann schon die Aufmerksamkeitsspanne vor allem im Fernsehen übersteigt.</i>		

[35]

	..	55 [02:13.2*]	56 [02:13.9]	
		<i>melodisch</i>		
CD [v]		übersteigt. Also, da kann man dann schon • gar nichts • Großes mehr dazu		
CD [Skript]		<i>Also, da kann man dann schon gar nichts Großes mehr dazu sagen.</i>		

[36]

	..	57 [02:17.3]	58 [02:18.0*]	59 [02:18.5]
		<i>gedehnt</i>		
CD [v]		sagen. ((Holt Luft, 0,7s)) Dann führt das dazu, dass einige Leute denken:		
CD [Skript]		<i>Dann führt das dazu, dass einige Leute denken,</i>		

[37]

	..	60 [02:20.2*]	61 [02:21.5]	62 [02:22.8]
CD [v]		["Ach, pff, • das ist ja nichts. Das ist ja noch nicht mal n Prozent."]. ••• Und äh		
CD [k]		<i>verstellt Stimme</i>		
CD [Skript]		<i>ach, das ist ja nichts, das ist ja noch nicht mal ein Prozent, und andere fangen</i>		

Wie eingangs erwähnt gebraucht der Studiogast Christian Drosten in seinen antwortenden Äußerungen viermal das Verb *sagen* und zwar in den Partiturflächen 24, 26, 31, 36. Vergegenwärtigen wir uns zunächst die einzelnen Schritte der Frage-Antwort-Sequenz, die in diesem Ausschnitt dokumentiert ist: Mit einem möglichen Überschreiten der „Schwelle zur Hysterie“ (PF 19) gibt die Moderatorin Korinna Hennig für diese Folge die Berichterstattung in den öffentlichen Medien als ein Thema vor und führt exemplarisch zwei Schlagzeilen aus den Printmedien an, die in fragender Form den bedrohlichen Charakter Virus bzw. der aktuellen pandemischen Situation adressieren: „Wie gefährlich ist das Corona-Virus?“. Oder auch: „Wie tödlich wirkt das Coronavirus?“ (PF 20/21). Die Einschätzung ihres Studiogastes Christian Drosten zu diesen Schlagzeilen fordert sie mit zwei

Fragen ein „•• Wenn Sie solche Schlagzeilen lesen, •• was denken Sie da? Kommunizieren wir noch angemessen?“ (PF 21/22)), die der angesprochene Drost mit einer negativen Bewertung in drei Schritten beantwortet:

Zunächst gibt er eine allgemeine ‚Einschätzung‘¹⁶ ab: Drost prädiziert der mit anadeiktischem ‚das‘ refokussierten¹⁷ Verarbeitung von Wissen, die den Fragen der Moderatorin zugrunde liegt, „Ja, das ist zu kurz.“ (PF23) das Resultat einer Bewertung („zu kurz“). In einem zweiten Schritt führt er diese Bewertung expliziter aus „Also man kann das nicht auf so n kurzen Nenner bringen“ (PF 23/24), wobei anhand des infiniten Teils der Verbalphrase „auf so n kurzen Nenner bringen“ deutlich wird, dass es um eine Vereinfachung geht, die Drost zum Gegenstand seiner Bewertung gemacht hatte. Diese Vereinfachung wird nun durch Nutzung des Modalverbs *können* in negierter Form als Handlungsoption zurückgewiesen. Der Einsatz des Ausdrucks *man* sorgt dafür, dass die dieser Zurückweisung zugrundeliegende Bewertung, von der zuvor nur das Resultat verbalisiert wurde, im Rahmen einer ‚unpersönlichen Konstruktion‘ (Brinkmann 1971, Marschall 1996) vollzogen wird, so dass der Maßstab, nach dem die Bewertung erfolgt sowie seine Anwendung einen nicht-individuellen (vgl. Bredel 1999, Bühlig/Meyer 2003) sondern generischen Charakter erhält. In einem dritten Schritt ‚konkretisiert‘ (vgl. Gülich 1999 bzw. 2003) Drost sodann die bereits zurückgewiesene Vereinfachung im Rahmen einer ‚fingierten Redewiedergabe‘ (vgl. Ehlich 1979, 199) „Also man kann nicht sagen: „Das ist so und so tödlich und wir sind so und so gut vorbereitet.“ (PF24/25), die er mit dem Verb *sagen* in der vorgeschalteten Redesituierung „Also man kann nicht sagen“ einleitet. In diesem von Drost begangenen Dreischritt markiert die Verwendung des Verbs *sagen* insofern eine kommunikative Klimax, als dass das von ihm attestierte Verfahren der Vereinfachung explizit als Gegenstand eines Äußerungsaktes reflektiert und im Zuge dieser Reflexion als Teil einer kommunikativen Praxis abgelehnt wird. Damit werden die von der Moderatorin angeführten Schlagzeilen als Exemplare einer ‚bad practice‘ im Umgang mit Wissen über das Coronavirus in der Öffentlichkeit angeprangert.

Seine persönliche Perspektive schließt Drost mit einer möglichen Antwort auf die von ihm negativ bewertete und zurückgewiesene Form des Fragens an „••• Ich würd am liebsten manchmal bei solchen Fragen •• einfach •• auch so n bisschen • ja • ironisch mal sagen, wenn mich jemand fragt, wie • tödlich das Virus das würde ich am liebsten einfach nur mal eine Zahl nennen. ••• und dann • mal den Fragesteller • selber über die Zahl nachdenken lassen.“ (PF 25-29). Auch in diesem Äußerungszusammenhang

16 In der Unterscheidung einzelner Strukturtypen des Wissens unterscheiden Ehlich/Rehbein 1977 partikuläre Formen des Wissens von Typen kollektivierten Wissens, wie etwa den ‚Einschätzungen‘, ‚Bildern‘ und ‚Sentenzen‘. Einschätzungen enthalten Extrapolationen auf individueller Ebene und zeichnen sich durch eine „Tendenz zur Systematisierung“ aus (Ehlich/Rehbein 1977, 49).

17 ‚Deixis‘ werden im Rahmen dieser Arbeit im Sinne Karl Bühlers (1934/1982) bzw. den Weiterentwicklungen Konrad Ehlichs (1979; 1982) begriffen, also als Mittel der Refokussierung Hörer- bzw. Leserseitiger Aufmerksamkeit. Sie unterscheiden sich systematisch von Elementen des ‚Symbolfeldes‘, mit denen nennende Prozeduren zur Aktualisierung von Wissens-elementen realisiert werden.

nutzt Drosten das Verb *sagen*. Es dient der Bezeichnung einer Reaktion, die er im Zusammenspiel aus einer durch Pausen stark zäsurierten Äußerung deliberativen Charakters (vgl. Rehbein 1985) mit einer Reihe zusätzlicher Bestimmungen „würde“, „manchmal“, „am liebsten“, „ironisch“ und „mal sagen“ als präferierte sprachliche Handlungsoption qualifiziert. Diese Handlungsoption sieht vor, dem zuvor angeprangerten, verkürzten Zugriff auf die Komplexität der aktuellen Lage mit der bloßen Nennung einer Zahl zu begegnen. Dies ist ein kommunikatives Format, das mit seiner Kürze die Anforderungen der Interpretation einer quantitativen Angabe konterkariert und verpackt in eine Antwort die Unsinnigkeit der Frage entlarvt. Dadurch, dass er diese Handlungsoption offenbar lediglich als Wunsch und nicht als Bestandteil kommunikativer Realität behandelt, weist Drosten sich selbst gleichzeitig als moderat in der Realisierung seiner Bedürfnisstruktur aus. Er erscheint als jemand, der selbst gegenüber der entlarvten Unsinnigkeit von an ihn herangetragenen Fragen kommunikative ‚Contenance‘ zeigt und von direkt adressierten, offenkundig gesichtsbedrohenden Reaktionen absieht. Gleichsam macht er in der Auskunft über sein Ausdrucksbedürfnis die Rezipient:innenschaft zu Zeugen, vielleicht sogar Komplizen seiner kommunikativen Entlarvung.¹⁸

In der aktuellen Gesprächssituation des Podcast reagiert die Moderatorin allerdings direkt als eine adressierte Rezipientin dieser Ausführungen und fügt eine Nachfrage ein, indem sie eine Konkretisierung von Drosten einfordert: „•• Zum Beispiel welche Zahl“? Nach einem kurzen Lachen, mit dem Drosten die von der Moderatorin eingeforderte Umsetzung seiner optionalen Antwortalternative als Erwartungsbruch quittiert, setzt er dann zur Realisierung dieser Antwort an „((Lacht 1 s)) Na ja Also s/ • das is ja genau das Problem. Also •• wir können zum Beispiel im Moment sagen: •• „Ja, die Fallsterblichkeit, die liegt um null Komma fünf Prozent, so“. (PF 29-32). Nach einer zweimaligen Relativierung mittels der Interjektion *na ja* (Ehlich 1986) sowie der generellen Einschätzung der sich selbst eingehandelten Vorgabe einer Quantifizierung gibt er die Gefährlichkeit bzw. die Tödlichkeit des Virus mit der wissenschaftlichen Kategorie der ‚Fallsterblichkeit‘ an, beziffert mit null Komma fünf Prozent. Allerdings qualifiziert Drosten diese Angabe nicht als individuelle Antwort auf die Frage Korinna Hennigs. Über die verwendete Kategorie der ‚Fallsterblichkeit‘ hinaus qualifiziert er mit der einleitenden Äußerung „Also wir können zum Beispiel im Moment sagen“ das von ihm wiedergegebene Wissen mit Hilfe der Kombination von *sagen* und dem Modalverb *können* als eine Option einer wissenschaftlichen Wissensverarbeitung, sprich als eine unter Reflexion aktueller Bedingungen mögliche Einschätzung, die unter Nutzung der kollektiven Sprecherdeixis *wir* wiederum verallgemeinert wird.

18 In der vom NDR geskripteten Version wird das in PF 26 eingesetzte *sagen* durch das Verb *antworten* ersetzt, auch der deliberative Charakter des originalen, mündlichen Äußerungsaktes wird durch die Tilgung der Pausen und syntaktischen Ebnungen nicht deutlich, so dass diese Bezugnahme auf einen direkten Kontakt mit der Öffentlichkeit die Handlungsoption in seiner Ausführbarkeit stärker reflektiert erscheint.

Der vierte Einsatz von *sagen* findet sich in der nachstehenden Relativierung der Aussagekraft der quantitativen Angabe zur Fallsterblichkeit: mittels zweier fragender Äußerungen (PF 32, 33) „••• Die Frage ist natürlich, was • bedeutet das denn überhaupt? Ist das viel oder wenig“ führt er die Notwendigkeit einer weiteren wissensmäßige Verarbeitung, im Sinne einer Einordnung der angegebenen Prozentzahl an. Diese Einordnung fordert, so macht Drost in der nachfolgenden Äußerung deutlich, allerdings eine Aufmerksamkeitsspanne, die etwas über einen Fernsehbeitrag hinausgeht „•• Und das ist äh •• • etwas, • das manchmal dann schon die Aufmerksamkeitsspanne vor allem im Fernsehen übersteigt.“ (PF PF 33/34). Die Konsequenzen aus dieser Einschätzung gibt er in den nachstehenden Äußerungen an, die ein ‚Szenario‘ (Brünner/Gülich 2002) medialer Kommunikation umreißen: „Also, da kann man dann schon • gar nichts • Großes mehr dazu sagen.“ (PF 35/36) und „((Holt Luft 0,7ss)) Dann führt das dazu, dass einige Leute denken: „Ach, pff, • das ist ja nichts. Das ist ja noch nicht mal n Prozent“.“ (PF 36/37). In seiner Verbalphrase, „gar nichts • Großes mehr dazu sagen“ zu können verdeutlicht Drost den praktischen Ausschluss (zuvor mit seinen Fragen angeführter, notwendiger) sprachlicher Handlungsoptionen aus dem medialen ‚Handlungsraum‘ des Fernsehens, die mit *sagen* in zusammenfassend benannt werden. Die angeschlossene fiktive Redewiedergabe, in deren Rahmen Drost mit verstellter Stimme eine mögliche Reaktion auf die dann nicht weiter eingeordnete Fallsterblichkeitsrate angibt, beschwört die Gefahr einer Verharmlosung des Virus bzw. einer Erkrankung herauf und hebt ein unkommentiertes Nennen einer bezifferten Fallsterblichkeit in der öffentlichen Kommunikation, exemplifiziert am Fernsehen, als unverantwortlich hervor. Mit Blick auf die Dynamik der dokumentierten Sprechsituation gibt Drost nicht nur mit hinsichtlich der Studien zum Virus, sondern das Bedeutungspotenzial von *sagen* ausnutzend auch mit Blick auf die Kommunikation im öffentlichen Raum eine Einschätzung ab, was zu einer Expansion seiner Expertenrolle führt und eine interaktionale Asymmetrie zur Moderatorin markiert.

6 Schluss: *sagen* und Expert:innenrolle in öffentlicher Kommunikation

Der vom NDR produzierte Podcast „Coronavirus-Update“ verfolgt das Ziel, die Öffentlichkeit über aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse über das Virus und die Pandemie zu informieren. Dies geschieht im Gespräch zwischen Wissenschaftsjournalistinnen und Expert:innen, die als solche explizit in jeder Folge vorgestellt und befragt werden. Wie die Studie von Nohl 2023 jedoch deutlich macht, waren die geladenen Expert:innen angesichts der erst zu erarbeitenden Erkenntnisse und dem gleichzeitigen gesellschaftlichen Handlungsdruck vor besondere Anforderungen gestellt, die der Informationsübergabe eine besondere Charakteristik verliehen. Welche Verfahren zu dieser Charakteristik beitragen wurde im vorliegenden Beitrag mit Blick auf die Ausfüllung der Expert:innenrolle untersucht. Im Anschluss an die vorliegende Diskussion zu Expert:innen in der Interaktion galt dabei das Interesse den Verfahren der Zuschreibung einer Expert:innenrolle (vgl. Gülich 1999; 2003), etwa der Selbstkategorisierung und vor allem mit Blick auf die

erarbeitenden wissenschaftlichen Erkenntnis über das Virus, der expliziten Bezugnahme auf Forschungsergebnisse, der Beurteilung von Arbeiten anderer. Vor diesem Hintergrund wurde in den vorstehenden exemplarischen Analysen der in der Beantwortung einer Frage wiederholte Einsatz des Verbs *sagen* in Kombination mit Modalverben untersucht.

Angesichts der Öffentlichkeit (siehe etwa Schlickau 1996; 1998, Mikos 2002 u.v.a.m.), die den Podcast rezipiert, mag es nicht verwundern, dass der Vollzug des Äußerungsaktes inklusive der jeweiligen Autorenschaft in den Äußerungen des Studiogastes Christian Drosten reflektiert wird und sich als Element des propositionalen Gehalts in entsprechenden Äußerungen findet. Dieser Eindruck lässt sich dadurch spezifizieren, dass Drosten mit dem Verb *sagen* jeweils auf Handlungsformen eines Kollektivs, gekennzeichnet mit *wir* bzw. auf bestimmte ‚Maximen‘ (Ehlich/Rehbein 1977) (siehe Kombinationen mit *man*) abhebt und damit der Öffentlichkeit das Vorgehen innerhalb der Medizin angesichts eines aktuell vorliegenden Kenntnisstandes nahebringt. Die Detailanalysen machten aber auch deutlich, dass die Vermittlung dieses Wissens in Konfrontation mit Erwartungen oder Fragen aus der Öffentlichkeit erfolgte, der damit in wiederholter Form die Rolle einer Nicht-Expert:in zugewiesen wird: Verkürzte Formen der Verarbeitung von Wissen, die etwa in Form von Fragen von Korinna Hennig an Christian Dorsten adressiert wurden, erfuhren durch negierte Verbalphrasen in Form von „man kann nicht sagen“ eine Zurückweisung. Mit „würd am liebsten ironisch mal sagen“ wird ebenfalls eine kritische Entgegnung auf die unzureichende Wissensverarbeitung in der Öffentlichkeit als Handlungsoption thematisiert, mit der die Unsinnigkeit bestimmter Fragen, die in der Presse auftauchten, entlarvt wird. Was angesichts eines aktuellen Kenntnisstandes als Inhalt eines wissenschaftlichen Befundes zur aktuellen Fallsterblichkeit öffentlich gemacht werden kann, wird als Handlungsoption eines Kollektivs mithilfe des Einsatzes von *sagen* in Kombination mit dem Modalverb *können* sowie der Sprecherdeixis *wir* kommuniziert. Innerhalb eines nicht polyphonen Äußerungsformates schließlich wird in Kombination mit dem Modalverb *können* dem Ausdruck *man* über den ex negativo benannten Gegenstand des zu verbalisierenden Wissens eine verbale Handlungsoption ausgeschlossen, die eine unkommentierte Bezifferung der Sterblichkeitsrate als verantwortungslos kategorisiert.

Das Verb *sagen* in den betrachteten Äußerungen trägt, so machen die vorstehenden Analysen hoffentlich deutlich, in zweifacher Form zu einer spezifischen Ausfüllung der Expertenrolle und einer Abgrenzung von Nicht-Expert:innen im Zuge der Vermittlung von Wissen bei: Zum einen bereiten die Verbalphrasen mit *sagen* einen syntaktischen Boden für eine lineare Prozessierung der jeweiligen Prädikationen. Zum anderen wird die ohnehin generische Bedeutung des Verbs *sagen* durch die Kombination mit der kollektiven Sprecherdeixis *wir* sowie dem unpersönlichen Ausdruck *man* verstärkt, sodass die in den Verbalphrasen benannte Handlungsoption des Sagens den Charakter einer ‚categorybound activity‘ (Sacks 1972) erhält. Im Zusammenspiel mit den Modalverben, die diese Handlungsoption als Ergebnis einer kollektiven Einschätzung klassifizieren, gerät nicht nur der Inhalt des Gesagten, sondern das jeweils aktuelle Ausführen des Äußerungsaktes, zum Bestandteil der Expertenrolle, die Christian Drosten bereits in der

Begrüßung zugesprochen wird. Die spezifische Form der Wissensvermittlung zeigt eine Expansion dieser Rollenerwartungen über den konkreten Sachstand der Medizin und naturwissenschaftlicher/statistischer Vorgehensweisen schlussendlich auf den Bereich der verantwortungsvollen Kommunikation in der Öffentlichkeit auf.

Angesichts der erst jüngst, nach Verfassen dieses Beitrags, veröffentlichten weiteren Folgen wäre es interessant zu untersuchen, inwiefern sich angesichts des veränderten gesellschaftlichen Handlungsdrucks die Ausfüllung der Expert:innenrolle ändert, auch mit Blick auf Zuschreibungen, die die Öffentlichkeit betreffen.

Literatur

- Bachtin (1929/1971) *Probleme der Poetik Dostojewskjis*. München: Ullstein.
- Barrios-O'Neill, Danielle, (2018) Wild listening: Ecology of a Science Podcast. In: Llinares, Dario/Fox, Neil I./Berry, Richard (Hrsg.) *Podcasting*. Cham: Palgrave Macmillan, 147-172.
- Begenau, Jutta/Schubert, Cornelius/Vogd, Werner (2009) Einleitung. In: Begenau, Jutta/Schubert, Cornelius/Vogd, Werner (Hrsg.) *Die Arzt-Patienten-Beziehung aus soziologischer Sicht*. Stuttgart: Kohlhammer, 1-32.
- Bredel, Ursula (1999) *Erzählen im Umbruch. Studien zur narrativen Verarbeitung der Wende 1989*. Tübingen: Stauffenburg.
- Brinker, Klaus/Antos, Georg/Heinemann, Wolfgang/Sager, Svend F. (Hrsg., 2001) *Text- und Gesprächslinguistik. Linguistics of Text and Conversation. Ein internationales Handbuch zeitgenössischer Forschung. An International Handbook of Contemporary Research*. Berlin u. a.: De Gruyter.
- Brinkmann, Hennig (1971²) *Die deutsche Sprache. Gestalt und Leistung*. Düsseldorf: Schwann.
- Brommer, Sara (2019) Sprachlich Verfestigtes analysieren. Theoretische und methodische Überlegungen. In: *Linguistik online* 96 (3), 1-23.
- Brommer, Sarah (2018) *Sprachliche Muster. Eine induktive korpuslinguistische Analyse wissenschaftlicher Texte*. Berlin u. a.: De Gruyter.
- Bubenhof, Noah (2009) *Sprachgebrauchsmuster. Korpuslinguistik als Methode der Diskurs- und Kulturanalyse*. Berlin u. a.: De Gruyter.
- Bubenhof, Noah/Scharloth, Joachim (2010) „Kontext korpuslinguistisch. Die induktive Berechnung von Sprachgebrauchsmustern in großen Textkorpora. In: Klotz, Peter/Portmann-Tselikas, Paul R./Weidacher, Georg (Hrsg.) *Kontexte und Texte. Soziokulturelle Konstellationen literalen Handelns*. Tübingen: Narr, 85-107.

- Brünner, Gisela (1991) Redewiedergabe in Gesprächen. In: *Deutsche Sprache* 19, 1-15.
- Brünner, Gisela/Gülich, Elisabeth (2002) Verfahren der Veranschaulichung in der Experten-Laien-Kommunikation. In: Brünner, Gisela/Gülich, Elisabeth (Hrsg.) *Krankheit verstehen. Interdisziplinäre Beiträge zur Sprache in Krankheitsdarstellungen*. Bielefeld: Aisthesis, 17-93.
- Bühler, Karl (1934/1982) *Sprachtheorie. Zur Darlegungsfunktion der Sprache*. Heidelberg: Winter.
- Bührig, Kristin/Bernd Meyer (2003) Die dritte Person: Der Gebrauch von Pronomina in gedolmetschten Aufklärungsgesprächen. In: *Zeitschrift für Angewandte Linguistik* 38, 5-25.
- Bührig, Kristin/Fienemann, Jutta/Schlickau, Stephan (2022) Adressierung und expliziter Aktantenbezug. Funktional-pragmatische Überlegungen zu institutionellen Interaktionen. In: Hohenstein, Christiane/Hornung, Antonie (Hrsg.) *Sprache und Sprachen in Institutionen und mehrsprachigen Gesellschaften*. Münster u. a.: Waxmann, 42-76.
- Coulmas, Florian (1979) On the sociolinguistic relevance of routine formulae. In: *Journal of Pragmatics* 3 (3-4), 239-266.
- Coulmas, Florian (1981) *Routine im Gespräch. Zur pragmatischen Fundierung der Idiomatik*. Wiesbaden: Akademische Verlagsgesellschaft Athenaion.
- Dernbach, Beatrice (2022) Hineinhören in die wunderbare Welt der Wissenschaft. Podcasts als Medium der Wissenschaftskommunikation. In: Katzenberger, Vera/Keil, Jana/Wild, Michael (Hrsg.) *Podcasts. Perspektiven und Potenziale eines digitalen Mediums*. Wiesbaden: Springer, 307-322.
- Drosdowski, Günther (Hrsg., 1989/1999²) *Deutsches Universalwörterbuch*. Mannheim: Duden.
- Ducrot, Oswald (1984) Esquisse d'une théorie polyphonique de l'énonciation. In: Ducrot, Oswald (1984) *Le Dit et le Dire*. Paris: Editions de Minuit, 271-233.
- Ehlich, Konrad (1979) *Verwendungen der Deixis beim sprachlichen Handeln. Linguistisch-philologische Untersuchungen zum hebräischen deiktischen System*. Frankfurt/M. u. a.: Lang.
- Ehlich, Konrad (1982) Anaphora and Deixis: Same, similar, or different? In: Jarvella, Robert J./Klein, Wolfgang (Hrsg.) *Speech, place and action. Studies in deixis and related topics*. London: Wiley, 315-337.
- Ehlich, Konrad (1986) *Interjektionen*. Tübingen: Niemeyer.

- Ehlich, Konrad (1991) Funktional-pragmatische Diskursanalyse. In: Flader, Dieter (Hrsg.) *Verbale Interaktion. Studien zur Empirie und Methodologie der Pragmatik*. Stuttgart: Metzler, 127-143.
- Ehlich, Konrad (1993) Deutsch als fremde Wissenschaftssprache. In: *Jahrbuch Deutsch als Fremdsprache* 19. München: Iudicium Verlag, 13-42.
- Ehlich, Konrad/Rehbein, Jochen (1976) Halbinterpretative Arbeitstranskriptionen (HiAT). In: *Linguistische Berichte* 46, 21-41.
- Ehlich, Konrad/Rehbein, Jochen (1977) Wissen, kommunikatives Handeln und die Schule. In: Goepfert, Herma C. (Hrsg.) *Sprachverhalten im Unterricht*. München: Fink, 36-114.
- Ehlich, Konrad/Rehbein, Jochen (1979) Sprachliche Handlungsmuster. In: Soeffner, Hans-Georg (Hrsg.) *Interpretative Verfahren in den Text- und Sozialwissenschaften*. Stuttgart: Metzler, 243-274.
- Ehlich, Konrad/Rehbein, Jochen (1979b) Erweiterte halbinterpretative Arbeitstranskriptionen (HiAT 2): Intonation. In: *Linguistische Berichte* 59, 51-75.
- Ehlich, Konrad/Rehbein, Jochen (1986) *Muster und Institution. Untersuchungen zur schulischen Kommunikation*. Tübingen: Narr.
- Feilke, Helmut (2012) Was sind Textroutinen? – Zur Theorie und Methodik des Forschungsfeldes. In: Feilke, Helmut/Katrin Lehnen (Hrsg.) *Schreib- und Textroutinen. Theorie, Erwerb und didaktisch-mediale Modellierung*. Frankfurt/M. u. a.: Lang, 1-31.
- Fienemann, Jutta (2006) *Erzählen in zwei Sprachen. Diskursanalytische Untersuchungen von Erzählungen auf Deutsch und Französisch*. Münster: Waxmann.
- Foucault, Michel (1977) *Überwachen und Strafen. Die Geburt des Gefängnisses*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Foucault, Michel (1988) *Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks*. Frankfurt/M.: Fischer.
- Frühbrodt, Lutz/Auerbacher, Ronja. (2021) *Den richtigen Ton treffen. Der Podcast-Boom in Deutschland. Ein Projekt der Otto Brenner Stiftung*. Frankfurt: Arbeitsheft OBS 106.
- Furchner, Ingrid (1997) *Kompetenzunterschiede in der Interaktion. Eine Untersuchung aus konversationsanalytischer Sicht*. Bielefeld: Dissertation.
- Gévaudan, Paul (2021) Grundbegriffe der sprachlichen Polyphonie. In: Genz, Julia/Gévaudan, Paul (Hrsg.) *Polyphonie in literarischen, medizinischen und pflegewissenschaftlichen Textsorten*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 49-67.

- Gloning, Thomas (2016) Neue mediale Formate und ihre kommunikative Nutzung in der Wissenschaft. Fallbeispiele und sieben Thesen zum Praktiken-Konzept, seiner Reichweite und seiner Konkurrenten. In: Deppermann, Arnulf/Feilke, Helmuth/Linke, Angelika (Hrsg.) *Sprachliche und kommunikative Praktiken*. Berlin u. a.: De Gruyter, 457-486.
- Goffman, Erving (1979) *Forms of Talk*. Philadelphia: University of Philadelphia Press.
- Groß, Alexandra (2015) Asymmetrie und (Patienten-)Expertise der HIV-Sprechstunde. In: Busch, Albert/Spranz-Fogasy, Thomas (Hrsg.) *Handbuch Sprache in der Medizin*. Berlin u. a.: De Gruyter, 282-299.
- Gülich, Elisabeth (1999) „Experten und Laien“: Der Umgang mit Kompetenzunterschieden am Beispiel medizinischer Kommunikation. In: Konferenz der Deutschen Akademien der Wissenschaften und der Sächsischen Akademie der Wissenschaft (Hrsg.) *Werkzeug Sprache. Sprachpolitik, Sprachfähigkeit, Sprache und Macht*. Hildesheim: Olms, 165-196.
- Gülich, Elisabeth (2003) Conversational techniques used in transferring knowledge. In: *Discourse Studies* 5/2, 235-263.
- Günthner, Susanne (2000) Zwischen direkter und indirekter Rede. Formen der Redewiedergabe in Alltagsgesprächen. In: *Zeitschrift für Germanistische Linguistik (ZGL)* 28, 1-22.
- Günthner, Susanne (2002) Stimmenvielfalt im Diskurs: Formen der Stilisierung und Ästhetisierung in der Redewiedergabe. In: *Gesprächsforschung – Online Zeitschrift zur verbalen Interaktion* 3, 59-80.
- Harras, Gisla/Winkler, Edeltraud/Erb, Sabine/Proost, Kristel (2004) *Handbuch deutscher Kommunikationsverben*. Teil 1: Wörterbuch. Berlin u. a.: De Gruyter.
- Heritage, John (2013) Epistemics in Conversation. In: Jack Sidnell/Tanya Stivers (Hrsg.) *Handbook of Conversation Analysis*. Boston: Wiley-Blackwell, 659-673.
- Imo, Wolfgang (2009): Inszenierungen eigener und fremder Rede durch Konstruktionen mit dem Verb sagen. In: Schneider, Jan Georg/Buss, Mareike/Liedtke, Frank/Habscheid, Stefan/Jautz, Sabine (Hrsg.) *Theatralität des sprachlichen Handelns. Eine Metaphorik zwischen Linguistik und Kulturwissenschaften*. München: Fink, 319-335.
- Imo, Wolfgang (2007) *Construction Grammar und Gesprochene-Sprache-Forschung. Konstruktionen mit zehn matrixsatzfähigen Verben im gesprochenen Deutsch*. Tübingen: Niemeyer.

- Kappel, Klemens/Holmen Sebastian Jon. (2019) Why Science Communication, and Does It Work? A Taxonomy of Science Communication Aims and a Survey of the Empirical Evidence. In: *Frontiers in Communication* 4 (55), 1-12.
- Klappenbach, Ruth/Steinitz, Wolfgang (1977) *Wörterbuch der deutschen Gegenwartssprache*. Berlin: Akademie.
- Marschall, Georg (1996) Was bezeichnet ‚Man‘? Das indefiniteste „Indefinitpronomen“ und seine Verwandten. In: Pérennec, Marie-Hélène (Hrsg.) *Pro-Formen des Deutschen*. Tübingen: Stauffenburg, 87-97.
- Matoesian, Gregory M. (1999) The grammaticalization of participant roles in the constitution of expert identity. In: *Language and Society* 28, 491-521.
- Meedia (2020) [<https://meedia.de/2020/03/26/ueber-15-mio-abrufe-der-gewaltige-erfolges-coronavirus-update-mit-professor-christian-drosten/>] [zuletzt aufgerufen am 16.01.24].
- Mikos, Lothar (2002) Öffentlichkeit versus Privatheit. Daily Talks als Ende der Intimität? In: Tenschler, Jens/Schicha, Christian (Hrsg.) *Talk auf allen Kanälen. Angebote, Akteure und Nutzer von Fernsehgesprächssendungen*. Opladen: Westdeutscher Verlag, 87-102.
- Müller-Spitzer, Carolin/Wolfer, Sascha/Koplenig, Alexander/Michaelis, Frank (2020) cOWIDplus Viewer. Sprachliche Spuren der Corona-Krise in deutschen online-Nachrichtenmeldungen. Explorieren Sie selbst. In: *Sprachreport* 38/3, 14-19.
- Nohl, Arnd-Michael (2023): Zur impliziten Pädagogik des NDR-Podcasts „Coronavirus-Update“, In: Klinge, Denise/Nohl, Arnd-Michael/Schäffer, Burkhard (Hrsg.) *Pädagogik des gesellschaftlichen Ausnahmezustandes – Erziehung Erwachsener in der Corona-Pandemie*. Wiesbaden: Springer VS, 255-294.
- Parsons, Talcott (1951) Illness and the role of the physician: a sociological perspective. In: *American Journal of Orthopsychiatry* 21/3, 452-460.
- Pasternack, Peer/Beer, Andreas (2022) *Die externe Kommunikation der Wissenschaft in der bisherigen Corona-Krise (2020/2021). Eine kommentierte Rekonstruktion*. (HoF-Arbeitsbericht 118). Halle-Wittenberg: Institut für Hochschulforschung (HoF) an der Martin-Luther-Universität. https://www.hof.uni-halle.de/web/dateien/pdf/ab_118.pdf [zuletzt aufgerufen am 16.01.2024].
- Quasthoff, Uta (2001) Erzählen als interaktive Gesprächsstruktur. In: Brinker, Klaus/Antos, Gerd/Heinemann, Wolfgang/Sager, Svend F. (Hrsg.), 1293-1309.
- Redder, Angelika (1984) *Modalverben im Unterrichtsdiskurs. Pragmatik der Modalverben am Beispiel eines institutionellen Diskurses*. Tübingen: Niemeyer.

- Redder, Angelika (2008) Functional Pragmatics. In: Antos, Gerd/Eija Ventola (Hrsg.) *Handbook of Interpersonal Communication*. Berlin: Mouton de Gruyter, 133-178 [Series Handbooks of Applied Linguistics].
- Redder, Angelika (2017) Dialogizität und Intertextualität. In: Betten, Anne/Fix, Ulla/Wanning, Berbeli (Hrsg.) *Handbuch Sprache in der Literatur*. Berlin u. a.: De Gruyter, 252-271.
- Rehbein, Jochen (1985) Institutionelle Veränderungen. Fokustätigkeit, Fragen und sprachliche Muster am Beispiel einer Geschichts- und Biologiestunde. In: Kokemohr, Rainer/Marotzki, Winfried (Hrsg.) *Interaktionsanalysen in pädagogischer Absicht*. Bern u.a.: Lang, 11-45.
- Rehbein, Jochen (1995) *Segmentieren*. Hamburg: verbmobil Memo 64.
- Rehbein, Jochen (2001) Das Konzept der Diskursanalyse. In: Brinker, Klaus/Antos, Gerd/Heinemann, Wolfgang/Sager, Svend F. (Hrsg.), 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. 65.
- Sacks, Harvey (1972) An initial investigation of the usability of conversational data for doing sociology. In: David Sudnow (Hrsg.) *Studies in Social Interaction*. New York: Free Press, 31-74.
- Schlickau, Stephan (1996) *Moderation im Rundfunk. Diskursanalytische Untersuchungen zu kommunikativen Strategien deutscher und britischer Moderatoren*. Frankfurt/M. u. a.: Lang.
- Schlickau, Stephan (1998) Mehrfachadressierung im Rundfunk. In: *Folia Linguistica* XXXII/3-4, 365-385.
- Siegrist, Johannes (1978) *Arbeit und Interaktion im Krankenhaus: vergleichende medizinsoziologische Untersuchungen in Akutkrankenhäusern*. Stuttgart: Enke.
- Steyer, Kathrin (2013): *Usuelle Wortverbindungen. Zentrale Muster des Sprachgebrauchs aus korpusanalytischer Sicht*. Tübingen: Narr.
- Tognini-Bonelli, Elena (2001) *Corpus Linguistics at Work*. Amsterdam: Benjamins.

FRIEDEMANN VOIGT

Religiöse Sprache in der Bioethik. Überlegungen zu einer Topologie ethischer Rede

Abstract

Der Beitrag befasst sich mit der Verwendung religiöser Sprache in (bio)ethischen Kontexten. Dazu wird die Unterscheidung unterschiedlicher „Ebenen“ ethischer Diskurse eingeführt. Damit sind unterschiedliche Kontexte und Funktionen ethischer Rede bezeichnet. Sie dienen der lebensweltlichen „Orientierung“, der wissenschaftlichen „Begründung“ oder der „Beratung“ in Entscheidungssituationen. Religiöse Sprache verlangt auf diesen Ebenen unterschiedliche Verwendungsweisen. In Rückgriff auf die Ethik und Religionstheorie Friedrich Schleiermachers (1768-1834) wird der eigentümliche Sinn und die ethische Bedeutung religiöser Rede ermittelt und auf diese verschiedenen Verwendungsweisen bezogen. Dies führt zu der These einer in der religiösen Sprache aufgehobenen Individualitätsfunktion, welche auf den verschiedenen Ebenen ethischer Rede unterschiedliche „Übersetzungen“ im Sinne von Habermas ebenso benötigt wie auch ermöglicht.

The article deals with the use of religious language in (bio)ethical contexts. To this end, the distinction between different “levels” of ethical discourse is introduced. This refers to different contexts and functions of ethical discourse. They serve to provide “orientation” in everyday life, scientific “justification” or “advice” in decision-making situations. Religious language requires different uses on these levels. With recourse to the ethics and theory of religion of Friedrich Schleiermacher (1768-1834), the peculiar meaning and ethical significance of religious speech is identified and related to these different uses. This leads to the thesis of an individuality function of religious language, which both requires and enables different “translations” in Habermas’ sense on the various levels of ethical speech.

Keywords: Ethik, Bioethik, Religion, Theologie, Schleiermacher, Habermas

Ethics, Bioethics, Religion, Theology, Schleiermacher, Habermas

1 Religion in bioethischen Diskursen

Der Würzburger Staatsrechtslehrer Horst Dreier spricht in seinem Buch „Bioethik. Politik und Verfassung“ einleitend von „verschärften Bedingungen religiös-weltanschaulicher

Pluralisierung“, welche unsere politische Gegenwart in Deutschland kennzeichnen (Dreier 2013, 6). Gleichsam als den Kern dieses Pluralisierungsschubs macht Dreier dabei die Veränderungen der Religionslandschaft aus. Pluralität im Bereich der Religion habe lange Zeit „im Grunde nicht mehr als Bi-Konfessionalität“ bedeutet (Dreier 2013, 6). Die beiden großen christlichen Kirchen waren unter diesen Bedingungen für Gesellschaft und Staat vor allem „stabilitätsverbürgende Ordnungsgaranten“ (Dreier 2013, 6). Die Lage hat sich freilich tiefgreifend geändert: Die normativen Grundlagen unseres gesellschaftlichen Zusammenlebens sind längst nicht mehr identisch mit den Morallehren der christlichen Kirchen. Unter Bedingungen einer weltanschaulich pluralen Gesellschaft und eines säkularen Staates ist es undenkbar, dass die allgemeinen Normen des Zusammenlebens durch Rekurs auf partikularen Glaubens- und Moralvorstellungen begründet werden.

Bemerkenswert ist natürlich nicht dieser Befund Dreiers, der lediglich eine allgemein geteilte Gegenwartsdiagnose zusammenfasst, als vielmehr die Tatsache, dass es für den Staatsrechtslehrer Dreier notwendig ist, auf diese religiöse Pluralität in bioethischen Fragen so ausdrücklich hinzuweisen. Ein Grund dafür ist in dem Wandel von Säkularisierungs- und Pluralismustheorien zu identifizieren. Diese wurden über ein Jahrhundert von der Vorstellung eines zunehmenden Verschwindens der Religion bestimmt, sind aber in den letzten Jahrzehnten unter dem Eindruck der „Wiederkehr der Götter“ bzw. der „Desäkularisierung“ tiefgreifend verändert worden (vgl. etwa Berger 1999; Graf 2004). Die Religion ist demnach nicht durch ihr vermeintliches Verschwinden indirekte Ursache der modernen Pluralisierung, der sie gleichsam Platz machte. Vielmehr ist es gerade ihre bleibende Bedeutung, welche als Ursache normativer Differenzen erkannt wird. Und das in einer besonderen Dramatik: Es ist der Unbedingtheitscharakter religiöser Glaubensüberzeugungen, durch welchen gesellschaftliche Konflikte eine besondere Schärfe erhalten. Bezogen auf die bioethischen Debatten verweist Dreier hier also sowohl auf deren Aufladung mit religiösen Normen, wie das ihnen eignende, gleichsam konfessorische Entscheidungspathos.

Das wiederum verweist auf einen weiteren Grund für Dreiers Hervorheben der religiös-weltanschaulichen Einbettung der bioethischen Debatten, nämlich die faktische Präsenz der Religion in bioethischen Diskursen. Präsenz bedeutet sowohl das empirische Vorkommen religiöser Akteure, Symbole und Wertvorstellungen in diesen Diskursen als auch den Einfluss, den diese auf die bioethischen Debatten und auch die damit verbundenen normativen Regelungen z. B. in Gesetzen haben. Für die Mannigfaltigkeit dieser Präsenz ist hier nur stellvertretend auf die vielfache Berufung auf ‚das christliche Menschenbild‘ hinzuweisen und auf die starke Repräsentation christlicher Kirchen und Theologie in Ethikräten und -kommissionen.

Das Thema „Religion in bioethischen Diskursen“ reicht so von analytischen Fragen nach der *Gegenwart* von Religion in bioethischen Diskursen bis hin zu den normativen Fragen nach der *Geltung* von religiösen Wertvorstellungen im Rahmen einer pluralistischen Gesellschaft. Während die Produktion normativer Ansprüche religiöser Provenienz höchst lebendig und vielfältig ist, gilt der deskriptiven Aufgabe, die Gegenwart der Religi-

on in der Bioethik allererst zu erfassen, verhältnismäßig wenig Aufmerksamkeit. Wenn dies dennoch geschieht, wird schnell erkennbar, dass es weder „die“ religiöse Position gibt, sondern nur Positionen der verschiedenen Religionen und Konfessionen. Ebenso schnell wird dann erkennbar, dass es auch innerhalb dieser Religionen und Konfessionen nicht „die“ christliche oder „die“ islamische Position gibt, sondern unterschiedliche und durchaus konträre Auffassungen. Die Rekonstruktion dieser unterschiedlichen bioethischen Stellungnahmen aus den jeweiligen religiösen und theologischen Traditionen bedarf deren eingehender Kenntnisse (vgl. die Beiträge in Voigt 2010). Auch ist die Frage der normativen Bedeutung dieser religiösen Überzeugungen für die Gesellschaft von den unterschiedlichen politischen und rechtlichen Rahmenbedingungen abhängig und nur in der gebotenen Differenziertheit zu beschreiben.

Die folgenden Überlegungen begrenzen sich daher auf die christliche Religion in einem pluralistischen, weltanschaulich neutralen Gemeinwesen. Sie teilen damit den Ausgangspunkt von Dreiers Analyse und verfolgen die Frage nach dem Zusammenhang zwischen einer aus religiösen Motiven resultierenden Ethik und ihrer kontextsensiblen Verwendung. Dem liegt die Hypothese zugrunde, dass, erstens, Religion in bioethischen Diskursen in unterschiedlichen Kontexten auf unterschiedliche Weise zur Sprache gebracht wird und diese Kontextsensibilität, zweitens, in hohem Maß relevant für den Einfluss auf den Diskursgang ist.

Dieser Beitrag ist daher kein sprachwissenschaftlicher Beitrag im engeren Sinne, sondern ein theologisch-ethischer Beitrag, der sich mit Sprachwissenschaften sowie Soziologie überschneidet und auf die entsprechenden fachwissenschaftlichen Präzisierungen angewiesen ist. Der Beitrag möchte dabei so etwas wie eine ‚Topologie‘ der Bioethik bzw. des bioethischen Redens geben. Er untersucht mit anderen Worten, in welchen Kontexten und mit welchen sprachlichen Mitteln über Bioethik gehandelt wird und religiöse Sprache in der Bioethik Verwendung findet sowie welche Wirkung und Bedeutung religiöse Sprache in diesen Kontexten besitzt, besitzen kann und soll. Dazu werden zunächst einige Überlegungen zu den unterschiedlichen Kontexten des Redens über Ethik angestellt (2.), sodann grundsätzliche Bemerkungen über das religiöse Reden gemacht (3.) und diese beiden Teile dann schließlich in Beobachtungen zur religiösen Sprache in der Bioethik zusammengeführt (4.).

2 Kontexte ethischer Rede

Zunächst ist es notwendig, das was hier als ethische Sprache und ethisches Reden verstanden wird begrifflich von dem gegenwärtig in vielfältigen Kontexten diskutierten Thema einer ‚gerechten‘ Sprache abzugrenzen, ebenso wie von einem moralischen Reden, also den Appellen, Mahnungen, Klagen, Aufforderungen und Belobigungen, die eine konkrete Handlung betreffen („Du sollst den Unterricht nicht schwänzen“; „Deine Hilfe war selbstlos“ usw.). Der Begriff der Ethik wurde von Aristoteles geprägt und bezieht sich auf das Ethos, also auf Sitte, Brauch, Gewohnheit. Die Ethik als die Wissenschaft

vom Ethos wurde notwendig, als die Regeln des Zusammenlebens in der griechischen Polis nicht mehr selbstverständlich waren. Die Ethik reflektiert auf die überkommenen Normen, begründet neue Normen und führt so Regeln der Lebensführung und des Zusammenlebens ein. Ethisches Reden findet also überall dort statt, wo es um solche Regeln und ihre Begründung geht. Das ethische Reden vollzieht also den Übergang von „moralischer Kommunikation“ zur „Kommunikation über Moral“ (van den Daele 2001) in der Weise, dass mit den Normen auch überindividuelle Geltungsansprüche verbunden werden, die sie zu Regeln des Zusammenlebens machen bzw. machen sollen.

Wenn behelfsweise diese vorläufige Definition von ethischem Reden gebraucht wird, das überall dort stattfindet, wo Regeln der Lebensführung und des Zusammenlebens *als Regeln* thematisch sind, wird zugleich offenkundig, dass dies an verschiedenen sozialen Orten und mit sehr unterschiedlichen Funktionen der Fall ist: Bei einer Vorlesung zur Bioethik in der Universität, bei einer Debatte über Sterbehilfe im Bundestag, bei einer Diskussion über vegetarisches Essen beim Elternabend im Kindergarten usw. Diesen unterschiedlichen ethischen Diskursen gehören jeweils spezifische Orte, Akteure und sprachliche Mittel zu.

Im Anschluss an frühere Überlegungen (Voigt 2008) wird hierzu eine idealtypische Unterscheidung dreier „Ebenen“ vorgeschlagen, auf denen ethische Sprache Verwendung findet: Erstens eine Ebene der *Orientierung*, auf der Regelungsbedarf festgestellt wird und die Suche nach Regeln noch relativ unsystematisch stattfindet; zweitens eine Ebene der *Begründung*, auf der Normen kritisch geprüft und zur allgemeinen Verwendung bereitgestellt werden; drittens eine Ebene der *Beratung*, auf der Fragen einer richtigen oder angemessenen Regelbefolgung erörtert bzw. festgelegt werden. Diesen unterschiedlichen Ebenen gehören auch idealtypische Akteure zu. Der Übersichtlichkeit halber ist das in der folgenden Tabelle erfasst:

	Orientierung	Begründung	Beratung
Ort	Gesellschaft	Schule, Universität, wiss. Institute etc.	Kommissionen verschiedenen Typs (z. B. Begutachtung, Beratung, Entscheidung), Beratungsstellen und -vereine, Parlamente
Akteure	Bürgerinnen und Bürger	Expertinnen für Fragen der Ethik: Philosophinnen, Theologen, Medizinerinnen, Juristen etc.	Beraterinnen, Seelsorger, Expertinnen für Fragen der Ethik, Politiker

Tabelle 1: Ebenen ethischen Redens: Orte und Akteure

Nun bestehen sowohl ebenenübergreifend wie für jede Ebene gesondert zahlreiche Bedingungen gelingender ethischer Rede und Diskurse, die hier nicht im Einzelnen zu erörtern sind. Dieser Vorschlag zur Systematisierung dient hier vornehmlich der Vorbereitung der Frage nach der Verwendung religiöser Sprache in ethischen bzw. bioethischen Diskursen. Dazu genügt vorläufig die Feststellung, dass ethisches Reden an unterschiedlichen Orten, von unterschiedlichen Akteuren bzw. in unterschiedlichen Rollen und mit unterschiedlichen sprachlichen Mitteln stattfindet. Es ist ebenfalls als vorläufiges Ergebnis festzuhalten, dass ein wesentliches Merkmal gelingender ethischer Sprache ihre Angemessenheit im jeweiligen Kontext ist. Beispielhaft gesagt: Der akademische Ethiker, der auf dem Elternabend im Kindergarten, bei dem über die Frage vegetarischen Essens gestritten wird, im Duktus seiner Vorlesung den Unterschied zwischen einer Tugendethik und einer Pflichtenethik ausführt, wird als störend empfunden. Es ist ein unangemessenes ethisches Reden. Es ist, wie gesagt, diese Frage der Angemessenheit bzw. der kontextsensiblen Verwendung ethischer Sprache, der hier besondere Aufmerksamkeit gelten soll. Dazu ist es nun zunächst notwendig, einige Bemerkungen über die Eigenart und die Funktion religiöser Sprache zu machen.

3 Zur Funktion religiösen Redens und Handelns

Die Frage danach, was religiöse Sprache ist, weist auf die Frage, was Religion ist und führt so in die vielfältigen Definitionsversuche und Kontroversen der Theologie, Religionswissenschaft und Religionsphilosophie. Diese sind hier nicht zu rekapitulieren, was auch den Rahmen eines solchen Beitrags sprengen würde. Stattdessen soll hier induktiv der Aspekt betrachtet werden, der auch schon bei der ethischen Rede im Mittelpunkt der Betrachtung stand: Die kontextuelle Angemessenheit. Religiöse Sprache ist in sich sehr vielgestaltig: Schon die pfarramtliche Tätigkeit kennt sehr unterschiedliche Sprachformen wie sie in Verkündigung, Liturgie, Unterricht, Seelsorge, Kasualien usw. ihren Ort haben. Und selbst innerhalb nur einer typisch religiösen Sprachform wie dem Gebet gibt es schier unendliche Variationsmöglichkeiten. Die Ausdifferenzierung der unterschiedlichen religiösen Sprachformen und -gestalten verdankt sich ihren verschiedenen Bezügen und Kontexten. Beispielhaft ausgedrückt: Ein Seelsorgegespräch hat eine andere Aufgabe und Gestalt als die Sonntagspredigt und beide wiederum sind für verschiedene Zielgruppen je individuell anzupassen. Der angemessene Umgang mit der religiösen Sprache gehört daher zu den zentralen Kompetenzen theologisch gebildeter pfarramtlicher Tätigkeit. Selbstverständlich ist die religiöse Sprache nicht auf den Personenkreis zu begrenzen, welcher professionell damit umgeht, also Berufstheologinnen und -theologen. Die religiöse Sprache „gehört“ niemandem und die freie religiöse Kommunikation, die ohne theologische Belehrung auskommt, ist das eigentliche Lebenselement der Religion. Das angemessene Verständnis der theologisch gebildeten Sprachkompetenz ist daher, dass sie im Dienste dieser freien religiösen Kommunikation steht. Wenn aber die Vielgestaltigkeit religiöser Sprache den Zweck hat, Religion zu befördern, stellt sich letztlich doch wieder

die Frage, worum es in der religiösen Kommunikation geht: Was wird in ihr zum Ausdruck gebracht?

Es ist genau diese Frage, der sich der protestantische Theologe und Philosoph Friedrich Schleiermacher (1768-1834) angenommen hat, der auch in den Disziplinen der Hermeneutik und der Ethik zu den Klassikern gehört. Seine Ausführungen zur Religion als einem spezifischen Kommunikationszusammenhang, der darin beheimateten Eigenheit der religiösen Sprache und der damit verbundenen hermeneutischen Schwierigkeiten bei der Verwendung religiöser Sprache in anderen Kontexten sind geeignet, das Thema der Religion in ethischen Diskursen zu erhellen.

In seiner philosophischen „Ethik“, genauer der sog. „Güterlehre“ hat Schleiermacher es unternommen, die geschichtliche Welt in unterschiedliche Handlungsfelder zu differenzieren. Diese unterscheiden sich durch die Struktur des Handelns bzw. der durch dieses Handeln hervorgebrachten „Güter“. Die Systematik wird bestimmt von dem Kreuzschema der Unterscheidung der Vernunfttätigkeit als einer bildenden Tätigkeit (Organisieren) und einer bezeichnenden Tätigkeit (Symbolisieren) einerseits sowie der Unterscheidung eines identischen, d. h. von allen in gleicher Weise vollzogenen, Handelns und eines individuellen, von der Einzigkeit der Person bestimmten Handelns. Die historische Welt wird so in den Bereichen des identischen Organisierens (Politik, Wirtschaft, Recht), des individuellen Organisierens (Geselligkeit), des identischen Symbolisierens (Wissenschaft) und des individuellen Symbolisierens (Kunst, Religion) differenziert dargestellt.

Diese Güterethik ist vor allem deskriptiv, es handelt sich um eine protosoziologische Unterscheidung einer funktional ausdifferenzierten Welt. Schleiermachers Anliegen war es, eben diese Differenzierung und spezifische Leistungsfähigkeit der jeweiligen Handlungsfelder zu fördern. So sollte die geschichtliche Welt zukunftsfähig ausgerichtet werden und die spezifische Eigenlogik der unterschiedlichen Handlungsfelder gegenüber normativer Fremdbestimmung geschützt werden. Das war bei Schleiermacher, wie auch gleich noch deutlich wird, gezielt gegenüber restaurativen Interessen an der Unterstellung der Gesamtkultur unter ein kirchliches Normsystem nach dem Vorbild der mittelalterlichen Einheitskultur gedacht.

Das innerhalb der Güterethik von Schleiermacher ermittelte spezifische (allerdings mit der Kunst geteilte) Tätigkeitsfeld der Religion ist das ‚individuelle Symbolisieren‘. Das religiöse Symbolisieren vollzieht sich in einer Gemeinschaft, die sich über die wechselseitige Mitteilung von Individualität bildet. Die Artikulation und Kommunikation von Individualität ist also nur unter Voraussetzung einer solchen Gemeinschaft möglich, denn sie setzt „Identität des Gefühls als Grund des Vertrauens“ voraus (Schleiermacher 1990, 118). Diese Vertrauensgemeinschaft, welche die Artikulation von Individualität evoziert und befördert, ist die Kirche. Der sich in der Kirche bildende Fundus an Symbolen zur Kommunikation, Expression und Anregung des frommen Gefühls wird von Schleiermacher als „Kunstsystem“ bezeichnet (Schleiermacher 1990, 120). Wenn von ‚religiöser Sprache‘ die Rede ist, ist sie also Teil dieses „Kunstsystems“.

Nun ist bei Schleiermacher die Leistungsfähigkeit dieses Kunstsystems von vornherein mit Blick auf die Grenzen der Verständigung konzipiert. Schleiermacher spricht davon, dass es „unmöglich“ sei, „den Charakter eines Kunstsystems in das Gebiet einer anderen Religion“ zu übertragen (Schleiermacher 1990, 120). Das individuelle Symbolisieren steht also insgesamt unter der Problemanzeige der Kommunikation des Unübertragbaren (vgl. dazu Moxter 2006). Die Artikulation dieser ineffablen individuellen Erfahrung (bzw. die dadurch angeregte Wechselwirkung von Erfahrung und Symbolisierung) ist also auf die Kommunikations- und Vertrauensgemeinschaft der Kirche angewiesen. Das führt Schleiermacher zu einer Bestimmung des Wesens der Kirche: Dieses „besteht in der organischen Vereinigung der unter demselben Typus stehenden Masse zur subjectiven Thätigkeit der erkennenden Function [dem Symbolisieren; FV] unter dem Gegensatz von Klerus und Laien“ (Schleiermacher 1990, 121). Wenn Schleiermacher darauf zwei Missverständnisse bzw. Fehlbildungen der Kirche benennt, nämlich die Kirche als disziplinierende Anstalt und die Kirche als absolute ethische Gemeinschaft (Schleiermacher 1990, 121-122), wird deutlich, dass er hier bereits nicht nur deskriptiv, sondern normativ spricht. Die Kirche als religiöse Gemeinschaft entspricht ihrem Begriff nur, wenn sie dieser individuell symbolisierenden Funktion nachkommt. Erst hier nämlich wird die Religion als selbständiger Typus von Vernunfttätigkeit zu ihrem geschichtlichen Dasein gebracht. In dieser also durchaus begrenzten, aber irreduziblen Funktion sind Religion und Kirche unverzichtbare Träger jener funktionalen gesellschaftlichen Differenzierung, welche nach Schleiermacher die teleologische Dynamik der Geschichte ist. Damit ist auch ein normatives Kriterium ‚religiöser Sprache‘ impliziert: Sie ist auf dieses individuelle Symbolisieren begrenzt. Die hier verwendeten Worte, Symbole etc. hören auf religiöse zu sein, wenn sie nicht dieser Funktion dienen. Als religiöse Symbole sind sie in anderen Zusammenhängen, etwa der Politik oder dem Recht, dysfunktional oder zielen auf eine funktionale Entdifferenzierung bzw. Restauration vormoderner Zustände in einer kirchlich normierten Einheitskultur.

Obwohl die Religion bei Schleiermacher ihre Eigentümlichkeit in dem individuellen Symbolisieren hat, ist die Frömmigkeit von Schleiermacher nicht so verstanden, dass sie ausschließlich im Ästhetischen des Symbolisierens bleibt. Sie treibt auch zum Handeln. Dieses Wirksam-Werden vollzieht sich aber nicht durch sprachliche Einspeisung der Glaubenssymbole in ein anderes ‚Sprachspiel‘, sondern psychologisch: Die „ethischen Sätze in dem Gebiete der Frömmigkeit“ sind die, in welchen das christliche Gottesbewusstsein zum „Antrieb“, „innern Impetus“ wird, der die sittlichen Handlungen motiviert (Schleiermacher 1884, 23). Das „Bewußtsein eines Mangels“ (Schleiermacher 1884, 37) ist es, welches Anlass gibt, das reine Symbolisieren zu verlassen und zur Wirksamkeit überzugehen. Dieser Mangel ist die Erfahrung der Gottesferne, der durch Wiederherstellung bzw. die Steigerung/Verbreitung der Gottesgemeinschaft überwunden werden soll.

Diese Ausführungen werden von Schleiermacher nicht innerhalb der philosophischen Ethik, sondern der christlichen Sittenlehre vorgetragen. Als Teil der christlichen Lehre setzen sie voraus, „daß wer sie anerkennen soll, nothwendig zuvor ein Christ sein muß.“ (Schleiermacher 1884, 5). Und so hebt Schleiermacher ausdrücklich hervor, dass die

christliche Ethik nicht die „allgemeine Gültigkeit“ der philosophischen Ethik haben könne (Schleiermacher 1884, 7).

Welchen Grad der Gültigkeit haben dann aber diese Sätze im Vergleich zu den deskriptiven Sätzen der philosophischen Ethik? Wie Schleiermacher gleich eingangs deutlich macht, stellt die christliche Sittenlehre die Zusammenfassung der „Regeln“ dar, „nach denen ein Mitglied der christlichen Kirche sein Leben gestalten soll.“ (Schleiermacher 1884, 1). Dabei ist die Sittenlehre Teil der Theologie und damit „Theil des theologischen Studiums“ (Schleiermacher 1884, 2). Ihre Lehrsätze gehören damit zu denjenigen Kenntnissen, über die diejenigen verfügen müssen, die eine ‚kirchenleitende‘ Funktion haben (Schleiermacher 2002, 1). Mit anderen Worten: Diese Lehrsätze und Regeln heben das ins Bewusstsein, was in der christlichen Lebensführung angelegt, aber nicht bei allen Christinnen und Christen entfaltet und reflektiert ist. Als Teil der professionellen Kenntnisse derjenigen, welche in der Kirche in verantwortlicher Position tätig sind, sollen sie die religiöse Bildung der Kirchenmitglieder befördern und die rechte Wirksamkeit des christlichen Glaubens freisetzen. Der inhaltliche Leitfaden dieser Wirksamkeit ist dabei orientiert an der Beförderung von Individualität und Gleichheit der Menschen sowie von Geselligkeit – also der in seiner Philosophischen Ethik identifizierten Wesensmerkmale der Religion, durch die sie im sozialen Gefüge der modernen Gesellschaft eine eigentümliche Funktion besitzt. Dies nun aber gerade nicht so, dass die Religion den inneren Zweck dieser anderen Funktionen – etwa des Staates – darstellt, sondern so, dass sie mit dem Interesse an der Beförderung von Individualität und Gleichheit an der gesellschaftlichen Ordnung – auch in der Politik – mitwirkt.

In dieser Weise wird die funktionale Ausdifferenzierung der Gesellschaft und fortschreitende Individualisierung der Lebensverhältnisse befördert. Die Weise, in der das christlich motivierte Engagement erfolgt, ist dabei rückgebunden an die innere Logik und Funktionalität des jeweiligen Betätigungsfeldes. Wiederum bezogen auf den Bereich der Politik: Politisches Handeln von Christinnen und Christen erfolgt nicht exklusiv mittels religiöser Sprache und Symbole, sondern vor allem durch vernünftiges politisches Handeln und vernünftig begründetes Recht. Der christliche Antrieb zum Handeln in diesem Gebiet erfordert also auch die Bereitschaft und die Fähigkeit, sich in den vernunftbasierten normativen Debatten von Politik und Recht entsprechend artikulieren zu können. Das christliche Interesse liegt dabei in besonderer Weise in der Förderung von persönlicher Freiheit, Individualität und Gleichheit. Dafür bedarf es auch nicht einer christlichen Begründung mit Anspruch auf Allgemeingültigkeit. Vielmehr erkennt das christliche Engagement in entsprechenden politischen und rechtlichen Ideen Gleichartiges und tritt mit ihnen für den Erhalt und den Schutz von Individualität und Gleichheit ein – mit den Mitteln und Worten des Rechts und der Politik. So lässt sich zusammenfassen, dass nach Schleiermacher das Gottesbewusstsein oder die Gottesgemeinschaft sich in den jeweiligen gesellschaftlichen Funktionszusammenhängen nicht durch Verwendung religiöser Symbole oder Sprechakte artikuliert, sondern vermittels sachgemäßer Kommunikation.

4 Zum Gebrauch religiöser Sprache in bioethischen Diskursen

Die Überlegungen der beiden vorangegangenen Abschnitte zu den Orten ethischer Rede sowie der Ethik Schleiermachers lassen sich nun so zusammenfügen, dass aus ihnen sowohl eine Topologie der religiösen Sprache in ethischen Diskursen abgeleitet werden kann als auch eine Kritik der jeweiligen kontextuellen Angemessenheit dieses Sprachgebrauchs möglich wird.

Zunächst wird für eine Beschreibung der Verwendung religiöser Sprache in bioethischen Diskursen deutlich, dass es notwendig ist, zwischen der explizit religiösen Sprache, also der Verwendung von Symbolen, Vorstellungen, Metaphern aus dem Bereich der Religion (z. B. der Mensch als *Ebenbild Gottes*; das menschliche Leben als *Geschenk Gottes*) und ihrer *begrifflichen* Fassungen in Theologie und Philosophie zu unterscheiden. Die begriffliche Fassung bedeutet immer eine reflexive Distanzierung von der religiösen Unmittelbarkeit. Das heißt auch, dass sich die Begriffsbildung zu dem Geltungsanspruch religiöser Rede *als* einem Geltungsanspruch verhält. Durch die begriffliche Fassung wird dieser Geltungsanspruch reflektiert und so auf begründete Weise erneuert. Hinzu kommt eine implizite religiöse Sprache, in der die – im Sinne Schleiermachers – Wirksamkeit des christlichen Interesses mittels vernünftiger (z. B. rechtlicher) Begriffe beabsichtigt ist. Hier liegen natürlich erhebliche methodologische Schwierigkeiten hinsichtlich der Zurechnung solcher Rede zur „religiösen Sprache“, die aber auf komplexe Probleme des Religionsbegriffs zurückverweisen (s. o.).

Es lässt sich weiter beschreiben, dass diesem unterschiedlichen Sprachgebrauch auch idealtypische Sprecherinnen und Sprecher zugehören. Die Aufgabe einer begrifflichen Fassung und Reflexion der religiösen Symbole ist eine Aufgabe professioneller Theologinnen und religiös gebildeter Philosophen. Die religiösen Bürgerinnen und Bürger, die etwa im Kontext eines Bürgergesprächs religiöse Symbole zur Begründung ihrer Position anführen, begründen damit ihre eigene Position und äußern einen zumindest rudimentären Geltungsanspruch dadurch, dass sie erwarten, ihre Stimme möge in dem Meinungsbildungsprozess Berücksichtigung finden. Von ihnen ist aber nicht zu erwarten, dass sie sich dazu fachbegrifflich-reflexiv noch einmal ins Benehmen setzen. Gleichwohl ist es wichtig, ihre Stimmen in den demokratischen Meinungsbildungsprozess einzubeziehen, weil sonst, worauf jetzt auch Jürgen Habermas hingewiesen hat, sie sich davon ausgeschlossen fühlen und politisch „entmutigen“, aber auch die Gesellschaft sich „von wichtigen Ressourcen der Sinnstiftung abschneidet“ (Habermas 2005, 137). Gleichwohl ist von den religiösen Bürgerinnen und Bürgern zu erwarten, dass sie die Unterscheidung von persönlichen Präferenzen ihrer Lebensführung von normativen Grundlagen des Gemeinwesens vollziehen. Wie Habermas es ausdrückt, sie müssen „akzeptieren, dass der politisch relevante Gehalt ihrer Beiträge in einen allgemein zugänglichen, von Glaubensautoritäten unabhängigen Diskurs übersetzt werden muß, bevor er in die Agenden staatlicher Entscheidungsorgane Eingang findet“ (Habermas 2013, 290).

Mit der in diesem Beitrag präsentierten Unterscheidung der drei Ebenen von Orientierung, Begründung und Beratung wird dieser Übersetzungsprozess gleichsam prozessual nachgebildet. Dabei lässt sich zwischen Ebenen der „Orientierung“ und der „Begründung“ die Unterscheidung der dort typischen religiösen Sprache relativ klar durchführen. Sie besteht idealtypisch in der begrifflichen Durchklärung des Vorstellungsinhalts unmittelbarer religiöser Rede (im Sinne der Unterscheidung von Vorstellung und Begriff bei Hegel 1970, 495ff.). Wenn auch bekanntlich eine vollkommene begriffliche Erfassung des Vorstellungsinhaltes nicht möglich ist, besteht die Aufgabe auf der Begründungsebene darin, diese Übersetzung vorzunehmen. Bleibt auf der Beratungsebene der Bezug auf die Vorstellungen und Symbole jederzeit bewusst und sogar explizit, verändert sich dies nun beim Übergang zur „Beratungsebene“. Hier stellen sich sehr komplexe Probleme ein: Wie akteurszentrierte Untersuchungen zum Verhalten von Berufstheologinnen und -theologen in Ethikkommissionen gezeigt habe, tritt hier in manchen (nicht allen!) Fällen die Verwendung religiöser Sprache und theologischer Begriffe vollständig zurück und wird durch andere Handlungsweisen ersetzt (vgl. zum Folgenden Atzeni/Voigt 2010, bes. 228-230).

Das vielleicht deutlichste Beispiel dafür ist das Verhalten von Seelsorgerinnen in klinischen Ethik-Komitees (KEKs) (Plau 2008). Hierbei handelt es sich um Gremien, in denen Fallbesprechungen durchgeführt werden, um Probleme, die im Zusammenhang der Organisationsroutine einer Klinik auftreten, zu thematisieren. Dazu gehören Vertreter aller Berufsgruppen der Klinik (Ärztinnen, Pflegepersonal, Verwaltung), eine Vertreterin der Patienteninteressen und häufig auch Seelsorgerinnen, also Pfarrerinnen, die im Spezialpfarramt an der Klinik arbeiten. Untersuchungen zu dem Agieren der Seelsorgerinnen haben gezeigt, dass sie (wie übrigens auch alle anderen Berufsgruppen) in diesen KEKs auf berufsspezifische Fachsprache ebenso verzichten wie auf den Gebrauch religiöser Symbole. Vielmehr übernehmen die Seelsorgerinnen faktisch die Rolle des exemplarischen Laien. Sie stellen viele Nachfragen und versuchen das Vor- und Fachwissen der anderen Diskussionsteilnehmer aufzudecken, um so die verschiedenen Positionen und Perspektiven miteinander ins Gespräch zu bringen. Sie üben so für die Diskussionen der KEKs eine durchaus zentrale, weil vermittelnde Rolle aus. Es ist also die zwar durch die Theologie erworbene hermeneutische Kompetenz, die von den Theologinnen hier genutzt wird, die jedoch auf explizite religiöse und theologische Sprache verzichtet. Wird von einzelnen Seelsorgerinnen ihr Mitwirken doch so wahrgenommen, dass sie sich einer explizit religiösen Rede bedienen, etwa durch prophetische Rede, werden sie als dysfunktional in dem Diskurs empfunden und faktisch davon ausgeschlossen (Belege bei Plau 2008, 84).

Es ist dieser Vorgang, der für die Frage religiöser Sprache in bioethischen Diskursen die größten Schwierigkeiten bereitet: Ist dieser Transformationsprozess der religiösen Sprache, bei dem es zu einem Verschwinden der religiösen Symbole kommt, deren Sinngehalt und Intention jedoch in anderer Weise, begrifflich oder funktional, zur Geltung gebracht wird noch als Wandel *innerhalb* der religiösen Rede zu begreifen oder stellt es deren Ende dar? Die Analogien zum Verständnis des Säkularisierungsprozesses, wie es zu Beginn

dieses Beitrags skizziert wurde, sind offenkundig! Die Antwort auf diese Frage wird also in hohem Maße von dem jeweiligen Religionsverständnis bestimmt sein.

Im Anschluss an Schleiermacher lässt sich der Verzicht auf explizit religiöse Sprache als das dem Kontext angemessene Geltendmachen des religiösen Interesses an Individualität und freier Kommunikation deuten. Das Kommunikationsverhalten der religiösen Akteure in Ethik-Komitees, die zwar auf die Verwendung expliziter religiöser Sprache verzichten, aber sich in den Dienst der Verständigung stellen, lässt sich mit guten Gründen als religiös motiviert bezeichnen. Vergleichbar verhält es sich mit denjenigen Berufstheologinnen und -theologen, die in Ethikkommissionen vertreten sind und sich philosophischen und juristischen Formulierungen anschließen, weil sie darin ihr religiös begründetes Interesse aufgehoben sehen, ohne dieses noch einmal in religiöser Sprache explizieren zu müssen. Es handelt sich in diesen Fällen also nicht um eine Camouflage oder Verstellung des religiösen Interesses (alle Diskursteilnehmer in der Ethikkommission wissen natürlich um die religiöse Überzeugung der Theologinnen), sondern um eine dem Kontext angemessene sprachliche Anpassung. Schleiermachers Religionstheorie lässt darüber hinaus die Einsicht wachsen, dass jene Begrenzung expliziter religiöser Sprache und ihre kontextsensitive Anpassung von den religiösen Subjekten nicht als äußerlich auferlegter Zwang, sondern vielmehr eine aus eigenen, religiösen Gründen erfolgende Selbstbeherrschung begriffen wird. Dies gilt dann auch und erst recht für das Sprachverhalten auf der Beratungsebene.

Die Fragen, die sich für das Thema der religiösen Sprache beim Übergang in die Beratungen der politischen Institutionen ergeben, werden heute vor allem in der sozialphilosophischen Debatte um die Rolle der Religion im liberalen und pluralistischen Staat diskutiert, wie sie sich mit den Namen von John Rawls, Jürgen Habermas und anderen verbindet (s. o.). Die Überschneidung mit dem hier verhandelten Thema soll benannt werden, ohne die Debatte eingehend erörtern zu können. Jürgen Habermas ist, wie oben bereits zitiert, dafür eingetreten, die Sinn- und Motivationspotenziale der Religion für ein demokratisches Gemeinwesen nicht vorschnell abzuschneiden. Allerdings beharrt auch er darauf, einen „Filter zwischen die wilden Kommunikationsströme der Öffentlichkeit einerseits und die formalen Beratungen, die zu kollektiv bindenden Entscheidungen führen, andererseits“ einzuziehen (Habermas 2013, 190). Er besteht also mit guten Gründen darauf, dass unter Bedingungen eines weltanschaulich neutralen Gemeinwesens Entscheidungen etwa über Gesetze durch den Staat und die staatlichen Institutionen nicht unter Berufung auf religiöse Überzeugungen begründet werden dürfen. Hieraus ergeben sich dann die Fragen, wer diese Aufgabe des Filterns übernimmt und wie das geschehen soll. Habermas selbst hat dies in normativem Interesse als eine „kooperative Aufgabe“ bezeichnet (Habermas 2005, 137), die nicht nur den religiösen Bürgerinnen und der Theologie zu überlassen ist. Die hier gemachten Beobachtungen lassen zumindest die Hypothese zu, dass gerade die Institutionalisierung von Ethikdiskursen auf der Beratungsebene einen solchen diskursiven Filter darstellt.

Für die Topologie der religiösen Sprache in bioethischen Diskursen lässt sich daher die tabellarische Darstellung wie folgt ergänzen:

	Orientierung	Begründung	Beratung
Ort	Gesellschaft („wilde Kommunikationsströme der Öffentlichkeit“, Habermas)	Schule, Universität, wiss. Institute etc.	Kommissionen verschiedenen Typs (z. B. Begutachtung, Beratung, Entscheidung), Beratungsstellen und -vereine, Parlamente
Akteure	religiöse Bürgerinnen und Bürger	akademische Theologinnen, Vertreter von Kirchen und Religionsgemeinschaften, Philosophinnen, Ethiker	beauftragte Vertreterinnen der Religionsgemeinschaften (z. B. Seelsorgerinnen), kompetente Interpreten der Religionen (Theologen, Religionswissenschaftlerinnen, Religionsphilosophen), Politikerinnen
Symbole	Vorstellungen, Traditionen, Bilder	theologische, religionsphilosophische, religionswissenschaftliche Begriffe	Religiöse Vorstellungen und theologische Begriffe in säkulare Sprache übertragen („gefiltert“)

Tabelle 2: Ebenen ethischen Redens: Orte, Akteure und Symbole

Diese Topologie ist weiter zu verfeinern und zu differenzieren. Schon innerhalb der „Ebenen“ gibt es durchaus relevante Unterschiede, wie besonders auf der „Beratungsebene“ deutlich wird. Hier sind vorläufig KEKs, Ethikkommissionen, Parlamente zusammengefasst, bei denen offenkundig tiefgreifende Unterschiede in der Funktion und im Sprachgebrauch bestehen. Zu überlegen ist vor allem, ob politische Entscheidungen (z. B. parlamentarische Gesetzesbeschlüsse) auf eine eigene Ebene gehören. Dabei würde dann allerdings sehr stark auf das reine Faktum des Beschlusses abgehoben und die vorausgehende parlamentarische Beratung, die gerade bei bioethischen Themen (wie in den letzten Jahren bei den Gesetzgebungsverfahren zur Präimplantationsdiagnostik und zum assistierten Suizid) sehr intensiv ist, ausgeblendet. Aus diesem Grund wird die Zuordnung der Parlamente zur „Beratungsebene“ beibehalten.

Weiter ist die Typologie der Akteure und ihrer Sprache innerhalb der einzelnen Ebenen bzw. Gremien weiter auszuarbeiten. So weist eine Untersuchung des Agierens und Argumentierens von Berufstheologen in Ethikkommissionen nicht nur relevante konfessionelle Differenzen auf, sondern auch lassen sie sich danach unterscheiden, ob sie akademische Theologinnen oder Kirchenvertreter sind (Atzeni/Voigt 2010, 228-233).

Abschließend sei nochmals darauf hingewiesen, dass die weitere Ausarbeitung einer solchen Topologie eine Aufgabe im Schnittfeld von Sprachwissenschaften, Soziologie, Theologie und Philosophie ist. Die Beteiligung von Philosophie und Theologie daran ist auch für ihre eigene Arbeit bedeutsam. Häufig verstehen sich diese Disziplinen in der Ethik vor allem als Normproduzenten, die deskriptivem Vorgehen und empirischer Arbeit eher herablassend begegnen oder sie allenfalls illustrativ gebrauchen. Hier liegt freilich eine durchaus defizitäre Wahrnehmung dessen vor, was Ethik ist. Eine Ethik in normativem Interesse ist erst durch ihren Wirklichkeitsbezug plausibel. Und das gilt für eine christliche Ethik wie für die Ethik überhaupt. Die christliche Ethik jedenfalls bildet dazu keine Ausnahme in der Weise, dass sie gewissermaßen eine Gegenwelt oder eine prophetische Gegenrede zur Welt darstellt. Sie ist dadurch Ethik, dass sie auf Wirksamkeit in der Welt hin angelegt ist. Das betrifft auch ihre eigene Darstellung und Selbstpräsentation, die in solchen Untersuchungen ansichtig werden. Und noch mehr: In der sprachwissenschaftlichen und soziologischen Aufklärung über die Ethik liegt selbst eine ethische Pointe: Beschreibung und Analyse der Kontextgebundenheit ethischer Rede und Argumentation ist auch immer Relativierung von Geltungsansprüchen, weil damit die Positionalität ethischer Sprache thematisch gemacht wird. Darin wird der Dogmatismus moralischer Positionen, zumal religiös motivierter, zugunsten kommunikativer Verständigung aufgebrochen.

Literatur

- Atzeni, Gina/Voigt, Friedemann (2010) Religion und Theologie in bioethischen Kommissionen. Eine Untersuchung zu Berufstheologen in ethischen Diskursen, in: Voigt, Friedemann (Hrsg.), *Religion in bioethischen Diskursen. Interdisziplinäre, internationale und interreligiöse Perspektiven*, Berlin u. a.: De Gruyter, 215-244.
- Berger, Peter L. (Hrsg., 1999) *The Descularization of the World. Resurgent Religion and World Politics*, Washington D. C.: Ethics and Public Policy Center.
- Dreier, Horst (2013) *Bioethik. Politik und Verfassung*, Tübingen: Mohr Siebeck.
- Graf, Friedrich Wilhelm (2004) *Die Wiederkehr der Götter. Religion in der modernen Kultur*, München: C. H. Beck.
- Habermas, Jürgen (2005) Religion in der Öffentlichkeit. Kognitive Voraussetzungen für den „öffentlichen Vernunftgebrauch“ religiöser und säkularer Bürger, in: ders. *Zwischen Naturalismus und Religion. Philosophische Aufsätze*, Frankfurt/M.: Suhrkamp, 119-154.
- Habermas, Jürgen (2013) Politik und Religion, in Graf, Friedrich Wilhelm/Meier, Heinrich (Hrsg.) *Politik und Religion. Zur Diagnose der Gegenwart*, München: C. H. Beck, 287-300.

- Hegel, Georg Wilhelm Friedrich (1970) *Phänomenologie des Geistes* [1807], Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Moxter, Michael (2006) Arbeit am Unübertragbaren. Schleiermachers Bestimmung des Ästhetischen, in: Cappelørn, Niels Jørgen/Deuser, Hermann (Hrsg.) *Schleiermacher und Kierkegaard*, Berlin u. a.: De Gruyter, 53-72.
- Plau, Konstantin (2008) Prophet oder Pastor? Zum Selbstverständnis von Theologen in Klinischen Ethik-Komitees, in: Anselm, Reiner (Hrsg.) *Ethik als Kommunikation. Zur Praxis Klinischer Ethik-Komitees in theologischer Perspektive*, Göttingen: Universitätsverlag Göttingen, 71-86.
- Schleiermacher, Friedrich (1884) *Die christliche Sitte nach den Grundsätzen der evangelischen Kirche im Zusammenhange dargestellt*, 2. Auflage, Berlin: Reimer.
- Schleiermacher, Friedrich (1990) *Ethik (1812/13)*, Hamburg: Meiner.
- Schleiermacher, Friedrich (2002) *Kurze Darstellung des theologischen Studiums zum Behufe einleitender Vorlesungen (1811/1830)*, Berlin u. a.: De Gruyter.
- van den Daele, Wolfgang (2001) Von moralischer Kommunikation zur Kommunikation über Moral. Reflexive Distanz in deliberativen Verfahren, in: *Zeitschrift für Soziologie* 30, 4-22.
- Voigt, Friedemann (2008) Religion und Religionsvertreter in ethischen Diskursen und Kommissionen, in: Zichy, Michael/Grimm, Herwig (Hrsg.) *Praxis in der Ethik. Zur Methodenreflexion in der anwendungsorientierten Moralphilosophie*, Berlin u. a.: De Gruyter, 249-273.
- Voigt, Friedemann (Hrsg., 2010), *Religion in bioethischen Diskursen. Interdisziplinäre, internationale und interreligiöse Perspektiven*, Berlin u. a.: De Gruyter.

Adressen der Autor:innen

Karin Birkner (Universität Bayreuth)
karin.birkner@uni-bayreuth.de

Kristin Bührig (Universität Hamburg)
kristin.buehrig@uni-hamburg.de

Norbert Donner-Banzhoff (Philipps-Universität Marburg)
norbert@staff.uni-marburg.de

Kati Hannken-Illjes (Philipps-Universität Marburg)
kati.hannkenilljes@uni-marburg.de

Saskia Jünger (Hochschule für Gesundheit Bochum)
saskia.juenger@hs-gesundheit.de

Lesley-Ann Kern (Philipps-Universität Marburg)
lesley-ann.kern@uni-marburg.de

Elisabeth Kleschatzky (Philipps-Universität Marburg)
kleschae@uni-marburg.de

Theresa Schnedermann (Institut für Deutsche Sprache Mannheim)
schnedermann@ids-mannheim.de

Carolin Schwegler (Universität Köln)
carolin.schwegler@uni-koeln.de

Constanze Spieß (Philipps-Universität Marburg)
constanze.spiess@uni-marburg.de

Ina Völker (Philipps-Universität Marburg)
voelker6@staff.uni-marburg.de

Friedemann Voigt (Philipps-Universität Marburg)
friedemann.voigt@uni-marburg.de

