



universität  
wien

# MASTERARBEIT

Titel der Masterarbeit

Patientenbeteiligung im Arzneimittelfindungsprozess der  
homöopathischen Anamnese.  
Eine gesprächsanalytische Studie von Erstgesprächen

verfasst von

Christian Bendl, BA

angestrebter akademischer Grad

Master of Arts (MA)

Wien, 2015

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

A 066 899

Studienrichtung lt. Studienblatt:

Masterstudium Angewandte Linguistik

Betreut von:

Ao. Univ.-Prof. Mag. Dr. Florian Menz



## *Dank*

Ich danke allen Patientinnen und Patienten, die ihre Zustimmung für die Aufnahmen ihrer Gespräche gegeben haben.

Ich danke der Ärztin „A1“, die für mich nicht nur die Aufnahmegenehmigungen von den Patientinnen und Patienten eingeholt und die Gespräche aufgenommen hat, sondern mir auch für Nachfragen zur Verfügung stand und weiterhin steht. Ihr Interesse an dieser Untersuchung war zudem sehr motivierend.

Nur diese Bereitschaft und Mitarbeit hat diese Forschungsarbeit überhaupt ermöglicht.

Ich danke Herrn Prof. Florian Menz, der meine Forschungsfragen von Anfang an ernst nahm und mir dadurch Zuversicht vermittelte und mir die richtigen Wege in diesem schwierigen Forschungsfeld wies. Er fand stets für mich und meine Anliegen Zeit und gab mir dabei auch immer die *genau* richtigen Anstöße, um die Arbeit zu einem Ende bringen zu können.

Die Gespräche mit Frau Prof. Brigitta Busch erweiterten meinen Horizont ungemein und stellten mir zugleich stabile Ankerpunkte zur Verfügung.

Frau Dr. Johanna Lalouschek teilte ihren Wissensschatz zu den Anwendungsfeldern der Gesprächsanalyse mit mir und stärkte mein Vertrauen in das gewählte Vorgehen in dieser Arbeit.

Ich danke allen Kolleginnen und Kollegen, die mich in dem Forschungsprozess begleitet haben und ihr Interesse daran zeigten.

Ich danke meinen Eltern, die mir *quer durch alle Himmel* beistanden und mir den Weg zum Studium wiesen, ohne dass sie ihn noch mit mir teilen konnten.

Ich danke Helga und Heinrich, die es mir überhaupt ermöglichten, „Familie und Beruf“ vereinen zu können. Sie standen und stehen mir tatkräftig zur Seite und sind mir eine tragende Säule geworden.

Ich danke Ulrike und Teresa für ihr Da-Sein. So großartig kann das Leben nur mit euch sein. Ohne eure Geduld und euer Durchhaltevermögen hätte ich selbige schon längst verloren. Euch ist diese Arbeit gewidmet.



*Sprechen bedeutet enthüllen oder offenbaren.*  
NVK

*Man muss schon Metaphysiker sein, um dafür eine Seele  
in der fernen Idealität des Ursprungs zu suchen.*  
MF

*Und plötzlich sah ich dünne Fäden aus Licht zwischen den Sternen, die sie zu  
wunderschönen Zeichen verbanden.*  
WM



## Inhaltsverzeichnis

<b>1. Einleitung</b> .....	<b>1</b>
<b>2. Theoretische Aspekte und Forschungsüberblick</b> .....	<b>4</b>
<b>2.1 Homöopathie</b> .....	<b>4</b>
2.1.1 Grundbegriffe des homöopathischen Leib- und Heilungsverständnisses .....	5
2.1.2 Die allopathische und homöopathische Anamnese .....	8
<b>2.2 Arzt-Patienten-Kommunikation und Gesprächsanalyse</b> .....	<b>16</b>
2.2.1 Allgemeiner Forschungsüberblick .....	16
2.2.2 Die Homöopathie in der Gesprächsanalyse .....	17
<b>2.3 Zusammenfassung</b> .....	<b>21</b>
<b>3. Der Untersuchungsgegenstand – Faktoren der Patientenbeteiligung</b> .....	<b>23</b>
<b>3.1 Patientenbeteiligung im Phasenmodell</b> .....	<b>23</b>
3.1.1 Patientenbeteiligung .....	24
3.1.2 Komponenten der Patientenbeteiligung in Interaktion – Ein Modell.....	27
3.1.3 Erweiterte Kategorien der Patientenbeteiligung in der Homöopathie .....	37
3.1.3.1 Fragen und Antworten .....	37
3.1.3.2 Prozessierung von Anliegen und Beschwerden.....	42
3.1.3.3 Vertrauensmaßnahmen, Empathiebekundungen und Emotionen .....	45
3.1.3.4 Orientierungsmaßnahmen und Vorwissen .....	47
<b>3.2 Chronische Krankheiten</b> .....	<b>50</b>
<b>3.3 Zusammenfassung: Patientenbeteiligung und Homöopathie</b> .....	<b>52</b>
<b>4. Methode</b> .....	<b>52</b>
<b>5. Datenkorpus, Aufnahmesituation und Transkripte</b> .....	<b>54</b>
<b>6. Analyse</b> .....	<b>59</b>
<b>6.1 Gesprächseröffnung: Begrüßung und Situierung</b> .....	<b>59</b>
<b>6.2 Spontanbericht: Erfassen der Hauptbeschwerden und individueller Symptome</b> .....	<b>60</b>
6.2.1 Eröffnungsinitiative .....	60
6.2.1.1 Eröffnungsfrage und Erzählaufforderung.....	60
6.2.1.2 Wiederholte Erzählaufforderung mit Beschwerdenschilderung .....	62
6.2.1.3 Erzählaufforderung in T2.....	64
6.2.2 Beschwerdenschilderung.....	66
6.2.2.1 Erste Nachfrage .....	66
6.2.2.2 Explizite Orientierungsmaßnahme .....	67
6.2.2.3 Vergleich der Orientierungsmaßnahmen in T1 und T2.....	70
6.2.3 Zusammenfassung: Spontanbericht .....	71
<b>6.3 Gelenkter Bericht: Auslöser, Ort und Art der Krankheiten erfragen</b> .....	<b>72</b>
6.3.1 Übergang zum gelenkten Bericht .....	72
6.3.1.1 Metatextualität.....	72
6.3.2 Anliegen Darstellungen.....	74
6.3.2.1 Implizite Anliegen Darstellung .....	74
6.3.2.2 Anliegenbearbeitung .....	77
6.3.2.3 Explizite Anliegenformulierung in T2 .....	80
6.3.3 Erweiterte Problemschilderung: Vorgriff auf psychische u. biografische Anamnese.....	83
6.3.3.1 Psychische Anamnese einer erfahrenen Patientin in T2.....	92
6.3.4 Schmerzschilderung des Hauptproblems.....	95

## II

6.3.5 Charakteristische allgemeine Symptomabfrage .....	100
6.3.5.1 Symptomabfrage mit thematischer Verzweigung .....	105
6.3.5.2 Erinnerung vergessener Inhalte in T2.....	113
6.3.6 Synthese des Haupt- und Nebensymptoms .....	115
6.3.6.1 Relevanz der Modalitäten in T2 .....	117
6.3.7 Übergang zur indirekten Befragung.....	118
6.3.7.1 Charakteristische Symptomabfrage mit ausbleibender Antwort.....	119
6.3.7.2 Vorgreifende Orientierung auf die indirekte Befragung in T2 .....	121
6.3.8 Zusammenfassung: Gelenkter Bericht.....	122
<b>6.4 Indirekte Befragung: Kopf-Fuß-Schema und Modalitäten.....</b>	<b>123</b>
6.4.1 Eröffnungsphase .....	124
<b>6.5. Zusammenfassung der Analyseergebnisse .....</b>	<b>125</b>
<b>7. Konklusion, Ratschläge und Ausblick.....</b>	<b>133</b>
<b>8. Bibliographie .....</b>	<b>140</b>
<b>Anhang .....</b>	<b>I</b>
<b>A. Transkriptionskonvention.....</b>	<b>I</b>
<b>B. Lebenslauf.....</b>	<b>III</b>
<b>C. Abstract (Deutsch).....</b>	<b>V</b>
<b>D. Abstract (English).....</b>	<b>V</b>
<b>E. Transkript 1 (T1) .....</b>	<b>VII</b>
<b>F. Transkript 2 (T2).....</b>	<b>XXIV</b>

## 1. Einleitung

Mit dem stets zunehmenden öffentlichen Interesse an der „Alternativmedizin“ und an „sanften Heilmethoden“ (vgl. Lalouschek 2002: 159 f.) wachsen auch die Aufgaben der Sprachwissenschaft, die in diesen Kontexten produzierten sprachlichen Handlungen zu untersuchen, zu beschreiben und – gegebenenfalls im Zuge von Trainings – fachliche Betreuungen anbieten zu können. Die Homöopathie hat in diesem aktuellen Forschungsfeld eine besondere Rolle inne, darf sie doch auf eine zweihundertjährige Geschichte zurückblicken, die von Beginn an Konfliktbezüge zur Allgemeinmedizin, der *Allopathie*, hat: Der Begründer der Homöopathie, Samuel Hahnemann, war selbst Allgemeinmediziner und musste sich deswegen – und auch wegen der so grundlegend anders hergestellten „potenzierten“ Arzneien – in Verteidigungs- und Streitschriften erklären (vgl. Hahnemann 2001). Auch heutzutage tragen homöopathische Ärztinnen und Ärzten in Österreich seit ihrer Ausbildung diese Polarität noch mit, da sie vor ihrer Spezialisierung auf die Homöopathie eine allgemeinmedizinische Ausbildung abschließen müssen. Sowohl Konfliktpotential wie Erklärungsbedarf sind nach wie vor hoch in Anbetracht der weiten Verbreitung von populärwissenschaftlichen Ratgebern, anhaltenden Diskussionen um die Wirksamkeit der homöopathischen Arzneien und der inzwischen weit verbreiteten Anwendung von *Globuli* bei Kinderärztinnen und -ärzten. Die zugenommene Hinwendung zu „sanften“ Heilweisen lässt zugleich die Menge an mehr oder weniger gut informierten Patientinnen und Patienten steigen, die sich potentiell auch der Homöopathie zuwenden können und die oben erwähnten gesellschaftlich geformten Diskurse mit in die medizinischen Gespräche bringen.

Die Sprachwissenschaft, insbesondere die Gesprächsanalyse und *conversational analysis*, die authentisches Gesprächsmaterial analysieren, hat sich dementsprechend auch schon der Untersuchung homöopathischer Gespräche angenommen und kulturell unterschiedlich geformte Korpora untersucht. Besonders treten dabei finnische Untersuchungen hervor, die einzelne sprachliche Handlungen, wie Gesprächseröffnungsphasen, mit denen der Allopathie vergleichen (vgl. Lindfors/Raevaara 2005; Ruusuvuori 2005a; 2005b; Peräkylä/Ruusuvuori/Lindfors 2007; Ruusuvuori/Lindfors 2008). Der Vergleich von biomedizinischen und psychosomatischen Heilungskonzepten wird auch in Österreich durch Lalouschek (2005a; 2005b) weitergeführt und auch in Hinsicht der diskursiven Prägungen diskutiert. Britische Korpora wurden in Hinblick auf den Beziehungsaufbau und Patientenbeteiligung von Chatwin, Collins, Watt und

Field (2007) und fokussiert auf einzelne Gesprächsphasen durch Chatwin (2008; 2009) untersucht.

All diese Untersuchungen bieten Vergleichsmöglichkeiten zur Allopathie und beschreiben gleichzeitig die besonderen Umstände in der homöopathischen Anamnese. Was aber genau unter „Heilung“ in der Homöopathie verstanden wird, wie sich dieses Wissen im Gespräch zeigen kann (z.B. in ärztlichen Fragen nach dem psychischen Befinden oder sozialen Umfeld) und welche speziellen Realisierungsformen in den einzelnen Gesprächsphasen – die eben nicht mit jenen der Allopathie übereinstimmen – stattfinden, wurde bisher nur in geringen Teilen angedeutet. Es stellt sich aber bei Betrachtung dieser Fragen heraus, dass eine theoretische Fundierung über das homöopathische Heilungsverständnis wichtig ist, um über die Analyse einzelner sprachlicher Phänomene hinausgehen zu können. Ist diese Fundierung gegeben, entstehen neue Fragen, die nun in einem neuen Kontext betrachtet werden können. Der Blick der Forscherin und des Forschers verändert sich folglich und fokussiert zugleich auf die tatsächlichen sprachlichen Handlungen.

Aus diesem Perspektivenwechsel und der vertieften Beschäftigung mit dem homöopathischen Heilkonzept entstand in vorliegender Untersuchung die Frage, welche Rolle Patientinnen und Patienten im homöopathischen Gespräch einnehmen bzw. einnehmen müssen, um die große Menge an vielfältigsten Informationen – von körperlichen Beschwerden über familiäre und berufliche Lebensumstände – in verhältnismäßig kurzer Zeit wiedergeben zu können und wie sie dabei von Arztseite begleitet werden müssen. Die im Gespräch bearbeiteten Inhalte sind von Beginn geprägt von persönlichen und oftmals intimen Erzählungen, die ein ausgebautes Vertrauen in die ärztliche Betreuung verlangen. Da die so gewonnenen Informationen von höchster Wichtigkeit für das Gelingen der Anamnese sind, sind eigene Mechanismen im Gespräch zu erwarten, die diese hohe Informationsgabe überhaupt ermöglichen und die Bereitschaft zu eigenen patientenseitigen Erzählungen unterstützen. Es stellt sich daher die Frage, welcher Gestalt diese Mechanismen sind und was grundsätzlich über die Rolle bzw. Beteiligungsform der Patientinnen und Patienten gesagt werden kann. Diesem Forschungsfokus wird speziell in Hinblick auf die Behandlung chronischer Krankheiten nachgegangen, womit diese Forschungsfragen nicht nur durch die Untersuchung von einer weit verbreiteten „alternativen Heilform“, der Homöopathie, ihre aktuelle Relevanz erhalten, sondern auch durch die Berücksichtigung der besonderen Situation, in der sich chronisch Kranke befinden (vgl. bspw. Dowrick et al. 2005; Holman 2005; Redman 2008; Coleman et al. 2009; Lalouschek 2013).

Die linguistische Forschung über die *Patientenbeteiligung* ist spätestens mit Lalouschek (2013) an einem Standpunkt, der nicht nur mehr Aufmerksamkeit in die strukturelle Konstruktion dieses Prinzips setzt, sondern daraus auch konkrete Empfehlungen vermitteln kann. Letzteres ist zwar im Umfange dieser Arbeit nur in minimaler Weise vorgesehen (s. Abschnitt 7); dennoch wird in dieser Studie weitestgehend versucht, die Nachvollziehbarkeit für Laiinnen und Laien zu gewährleisten, sodass nicht nur für die Gesprächsforschung Anschlusspunkte ermöglicht werden.

Das Ziel dieser Arbeit ist, in diesem Sinne fundierte Aussagen über die Patientenbeteiligung im homöopathischen Gespräch, dem *Arzneimittelfindungsprozess*, geben zu können und dabei charakteristische Merkmale dieser Heilmethode sprachwissenschaftlich zu erfassen. Dabei muss sowohl die Bildung der einzelnen Phasen anhand der sprachlichen Handlungen beschrieben werden, als auch die darin ausgehandelten Formen und Funktionen der Patientenbeteiligung.

Die vorliegende Arbeit gliedert sich in zwei theoretische und in einen empirischen Abschnitt. In Abschnitt 2 wird versucht, zuvor erwähntes Fehlen homöopathischer Grundlagen auszugleichen, indem zunächst Grundbegriffe und das Krankheits- und Heilungsverständnis beschrieben werden (Abschnitt 2.1). Danach werden die Phasen in der Allopathie und der Homöopathie vergleichend beschrieben (Abschnitt 2.1.2). Anschließend bettet ein Forschungsüberblick über die sprachwissenschaftliche Forschung zur Arzt-Patienten-Kommunikation und zur Homöopathie diese Studie in den forschungsrelevanten Kontext ein (Abschnitt 2.2).

Der zweite theoretische Block betrifft die konkrete Forschungsfrage, die Patientenbeteiligung (Abschnitt 3). Diese wird zunächst anhand der Forschungsliteratur (Abschnitt 3.1.1) behandelt. Danach wird die Anwendbarkeit linguistischer Kategorisierungen, die in einem bereits bestehenden Modell vollzogen wurden, geprüft (Abschnitt 3.1.2) und in Hinsicht auf die Erfordernisse der Homöopathie erweitert (Abschnitt 3.1.3). Die besonderen Anforderungen an das ärztliche Gespräch, die chronische Krankheiten mit sich bringen, werden in Abschnitt 3.2 behandelt. Abschließend (Abschnitt 3.3) wird eine erste Synthese aus dem homöopathischen Grundwissen (Abschnitt 2) und dem Untersuchungsgegenstand (Abschnitt 3) versucht.

Methodische Grundlagen (Abschnitt 4) und die Beschreibung des Datenkorpus, der Aufnahmesituation und der Transkriptionskonvention (Abschnitt 5) leiten zur Analyse (Abschnitt 6) über. Diese ist grob nach Gesprächsphasen – *Gesprächseröffnung, Spontanbericht, gelenkter Bericht und indirekte Befragung* – gegliedert. Vor jedem Übergang zur nächsten Phase bieten Zusammenfassungen eine kurze Wiederholung der besonders zu berücksichtigenden Handlungen. Innerhalb dieser Phasen erfolgt die Analyse von Sequenz zu Sequenz. Grundlage bietet ein Ausschnitt eines transkribierten Gesprächs, dem vergleichend ein weiteres Gespräch hinzugezogen wird. Die Sequenzanalyse erlaubt eine detaillierte Gliederung nach Themen und Handlungsaufgaben.

Die Analyse endet bei beiden Gesprächen nach etwa fünfzehn Minuten Gesprächszeit, was einem Viertel der Gesamtgesprächszeit entspricht (beide Transkripte werden im Anhang zur Verfügung gestellt). Gerade aber wegen der umfassenden theoretischen Einführung und der detaillierten Analyse werden genaue Aussagen über die vorhandenen Gespräche hinaus angestrebt, sodass generell charakteristische Züge einer homöopathischen Anamnese genannt werden können.

Die Ergebnisse werden zunächst bezogen auf die beiden Gespräche (Abschnitt 6.5) und abschließend in einer Konklusion (Abschnitt 7) zusammengefasst und diskutiert. Auf diese Weise soll im Rahmen dieser Masterarbeit ein Ausgleich zwischen einer detaillierten und auf spezifische Gesprächsdaten fokussierten Analyse und einer Beschreibung der darüber hinausreichenden, allgemeinen Charakteristika der homöopathischen Anamnese geschaffen werden. Kurze empfehlende Bemerkungen und ein Ausblick auf weitere verwandte Forschungsfelder schließen diese Arbeit ab.

## **2. Theoretische Aspekte und Forschungsüberblick**

### **2.1 Homöopathie**

Die Wurzeln der klassischen Homöopathie liegen in der Forschungstätigkeit des Arztes Samuel Hahnemann (1755-1843) begründet. Wie Dorcsi (1991: 19-20) belegt, kannten aber bereits Hippokrates und Paracelsus Heilprinzipien, die denjenigen der Homöopathie glichen. Dieses Heilprinzip folgt dem Leitspruch „*similia similibus curentur*“, welches besagt, dass Krankheiten durch ihr verdünntes und potenziertes *ähnliches* Ebenbild in der (mineralischen, pflanzlichen oder organischen) Natur, sowie durch Krankheitsprodukte und Umwelttoxine,

geheilt werden können<sup>1</sup>. Dem gegenüber steht der allopathische Zugang der Allgemeinmedizin – dem Hahnemann selbst lange als Arzt folgte –, der eine Heilung durch *gegenteilig* Wirkendes und Unpotenziertes erwirken will (s. dazu Lalouschek 2005a: 30).

Nachfolgend werden kurz Hauptbegriffe der Homöopathie vorgestellt, sodass die vielschichtige ärztliche Perspektive auf die Patientinnen und Patienten verständlich wird. Zudem ist dieses Vorwissen für die Bearbeitung der Hauptfrage nach der Patientenbeteiligung in der Homöopathie (Abschnitt 3) äußerst dienlich, da es sich um ein anderes Heilungskonzept handelt, als es die Allopathie ist. Die Zusammenführung dieser theoretischen Inhalte mit der empirischen Analyse (Abschnitt 6) soll, so das Ziel, ein fundiertes Gesamtbild ergeben, das in der abschließenden Konklusion (Abschnitt 7) vereint wird.

### 2.1.1 Grundbegriffe des homöopathischen Leib- und Heilungsverständnisses

Die homöopathische Ärztin bzw. der homöopathische Arzt sieht in ihrem bzw. seinem Gegenüber in der Anamnese ein mehrschichtiges **Lebewesen**, das sich – nach Hahnemann (2012)<sup>2</sup> – in den materiellen Leib, die Seele, den Geist und die Lebenskraft unterteilen lässt. Er stellt dies sowohl in seinem Organon als auch in den „kleinen Schriften“ (bes. 1796, 1805, 1807, 1813, 1821 und 1833 in Hahnemann 2001) sehr praxisorientiert und nicht in einer prinzipiell definitorischen Weise dar. Ärzte sollten sich nach Hahnemann (2012: 6, §1 (1)<sup>3</sup>) nicht in der „theoretische[n] Arzneikunst“ verlieren, sondern sich dem *praktischen* Heilauftrag widmen. In dieser Studie wird dennoch eine Annäherung in knapper Weise versucht, wobei die dienlichsten Hinweise noch innerhalb der ersten Paragraphen des Organons erwähnt werden. Die theoretische Aufarbeitung des Körper- bzw. Leibverständnisses der Homöopathie ist nur vordergründig einzig für Medizin und Philosophie relevant. Tatsächlich lassen sich so aber sprachliche Handlungen in der Anamnese (Phaseneinteilung und -gestaltung, plötzliche Themenwechsel, Wahl der thematischen Fokussierungen u.a.) theoretisch fundieren. Weiters ist dieses Fachwissen den Ärztinnen und Ärzten eigen, nicht aber zwingend den Patientinnen und Patienten. Die Bearbeitung dieses Wissens in dieser Studie verdeutlicht das Wissensgefälle von

- 
- 1 Ganz der etymologischen Bedeutung (gr. *homoios pathos* „ähnlich leiden“ (vgl. Dorcsi 1991: 19; Lalouschek 2005a: 29) entsprechend.
  - 2 Hahnemann hat an der hier verwendeten sechsten Auflage (Hahnemann 2012) bis zum Ende seines Lebens gearbeitet, erstmalig verlegt wurde sie aber erst nach seinem Tod (1921). Sie bildet wegen der vielfältigen Umarbeitungen (s. Schmidt 1992: IX-XL) auch heute noch die Basis für die Forschung, bleibt aber im genaueren Sinne undatiert. Zur makrostrukturellen Ordnung des komplexen Textes vgl. a. Singer und Oberbaum (2004).
  - 3 Aufgrund der häufigen Nennung von Paragraphen aus Hahnemann (2012), wird nachfolgend – zwecks leichter Lesbarkeit – keine weitere Nennung des Werkes und der entsprechenden Seitenzahl erfolgen.

Fach- zu Laienwissen, was später noch (Abschnitt 2.1.2) näher betrachtet und schließlich auch in der Analyse (Abschnitt 6) berücksichtigt wird.

Der **Leib**<sup>4</sup> der Patientin oder des Patienten ist, im Gegensatz zum unbelebten **Körper**<sup>5</sup>, eine durch die **Dynamis** durchwirkte materielle Struktur des Menschen. Diese Unterscheidung, obwohl nicht explizit bei Hahnemann ausgeführt, ergibt sich aus dem Kontext der Verwendung der Begriffe: Die „Leibes-Beschaffenheit [berücksichtigen]“ (§5) oder das „Befinden des Leibes [wahrnehmen]“ (§6) zeigen ein in einer unmittelbaren Wirkung stehendes Objekt an. Den Gegensatz dazu bildet der Körper als „materielle[r] Organism [sic]“ (§10), der der „physischen Außenwelt unterworfen“ (§10) ist<sup>6</sup>. Es ist die Lebenskraft, **Dynamis** (s. bes. §7, §9, §10, §11), die den Körper belebt, Empfindungen und Handlungen ermöglicht und ihn in „harmonischem Lebensgange“ (§9) hält. Durch diese Belebung der materiellen Basis erhält der uns „inwohnende, vernünftige **Geist**“ (§9) ein Hilfsmittel, dessen er sich im Sinne eines „lebendigen, gesunden Werkzeugs frei zu dem höhern Zwecke unsers Daseins bedienen kann“ (§9). Die **Seele** wiederum ist der Sitz von Emotionen, die sich aber auch – wie im Folgenden noch darzustellen sein wird – auf Körperliches auswirken kann.

Der Organismus ist damit – da nun Körper und Dynamis verbunden sind – eine vollständige „Einheit“, die nur „der leichteren Begrifflichkeit wegen in zwei Begriffen gespalten“ (§15) wurde. Es kann daher „Körper“ als der unbelebte Teil des Menschen und „Organismus“ als der von der Lebenskraft durchdrungene Leib angenommen werden.

Dass die Homöopathie hochverdünnte und nach strengen Vorschriften angefertigte Arzneien herstellt, liegt am **homöopathischen Heilprinzip**, das Heilung durch Auslöschung des geistigen **Inbegriffs** (vgl. bspw. §15) bzw. Wesenskerns einer Krankheit vorsieht. „Dynamisch, wie durch Ansteckung, geschieht diese Einwirkung der Arzneien auf unser Befinden, ganz ohne Mittheilung [sic] materieller Teile der Arznei-Substanz“ (§11 (1)), stellt Hahnemann fest. **Krankheit** oder Disharmonie entsteht durch das Ungleichgewicht der „verstimmten [...] Dynamis“ (§15). Der Inbegriff, der materielle Körper und die belebende Dynamis sind „ein Ganzes, sind Eins und Dasselbe“ (§15). Diese Unterscheidung und gleichzeitige Zusammenführung lässt sich so verstehen, dass der geistartige Inbegriff einer Krankheit sich automatisch, wenn auch nicht sofort, im Körperlichen zeigt.

4 Von l. *corpus*, „Fleisch“ bzw. „Leichnam“ (s. Kluge 2002: 530).

5 Von g. *\*leiba*, „Leben“ (s. Kluge 2002: 566).

6 Auch Merleau-Ponty (1974 [1966]) unterscheidet phänomenologisch den Körper als Objekt vom Leib als belebtes Subjekt, der als eine Art Lebensraum verstanden wird. Die sprachwissenschaftliche Relevanz erarbeitet Busch (2013: 23 f.) durch Bezugnahme auf das *Spracherleben* und das *Repertoire*.

**Heilung** geschieht „durch dynamische (geistartige) Umstimmungskräfte“ (§16) der Arzneien bzw. des **Similes**, die das „Gleichgewicht und Harmonie“ (§16) schaffen sollen. Die Gabe des gleichartigen Heilmittels führt zunächst zu einer Heilung auf der immateriellen Ebene, danach zur gesamten Selbstheilung des Leibes, wenn „er noch darauf ansprechen kann“ (Dorcsi 1991: 26). Diese Reihenfolge – vom Geistigen zum Körperlichen – ist eine Hochwertung der alles belebenden, aber „virtuelle[n]“ und „unsichtbare[n]“ (§11 (1)) Dynamis-Kraft<sup>7</sup> bzw. „Lebenskraft“ (bes. §9)<sup>8</sup>, zu einem unbedingt zu berücksichtigenden Prinzip der Heilung und damit auch der Anamnese. „Geistes- und Gemüthskrankheiten [sic]“ (§214) erfahren folglich eine ebenso tiefgehende Anamnese wie es bei körperlichen Krankheiten notwendig ist.

Obwohl mehrere unterschiedliche „Disharmonien“ die Dynamis – und damit den gesamten Menschen – belasten können, sucht die Ärztin bzw. der Arzt in der homöopathischen Anamnese das *eine* Mittel, das Simile bzw. **Konstitutionsmittel**, das sich aus der Zusammenführung der verschiedenen Symptombeschreibungen ergibt. Dieses zielt damit auf den erwähnten Wesenskern ab, der den Patientinnen und Patienten aber gar nicht bewusst sein muss und sich daher auch nicht mit dem „chief complaint“ zwingend überschneidet, da dieses „das [gesprächsleitende] Hauptanliegen der PatientInnen“ (Menz/Lalouschek/Gstettner 2008: 11) meint (vgl. a. Robinson 2007). Die (fraktale) Komplexität der Zusammenhänge (vgl. Schwarzenberg/Klima 1993) wird aber erst in der Anamnese hervorgetragen und ist daher in den Zusammenhängen von Laiinnen und Laien nicht von sich aus erkenntlich, sehr wohl aber beispielsweise durch Nachschlagewerke (s. Repertorien, Abschnitt 2.1.2) nachvollziehbar.

Es lohnt daher eine definitorische Trennung des Hauptanliegens bzw. **Hauptsymptoms** von **Nebensymptomen** durchzuführen, wie es auch in Repertorien erfolgt. Damit wird es in der Analyse (Abschnitt 6) leichter, einerseits „dem roten Faden“ der Anamnese zu folgen (Hauptsymptom), andererseits auch die Relevanz von den vielen „Einzelteilen“ einer Krankheit (Nebensymptome) zu betonen, da diese *zusammen* zum Simile führen. Zusätzlich markiert dies eine perspektivische Unterscheidung zur Allopathie, die sich primär auf „typische“ Symptome (Lalouschek 2005a: 29) konzentriert.

Das Konstitutionsmittel wird bei chronischen Krankheiten gegeben und ist daher meist eine Hochpotenz. Wie im nächsten Abschnitt noch dargelegt wird, braucht es für chronische

---

7 Vgl. gr. *dýnamis* „Kraft“ (s. Kluge 2002: 224).

8 Weitere Bezeichnungen sind bei Hahnemann (2012) „Lebensprincip“ (bes. §10) und „Autokratie“ (§9).

Krankheiten eine längere Anamnese, ganz im Unterschied zu akuten Beschwerden, die mit **Akutmitteln** behandelt werden.

Die Geistartigkeit der Dynamis (vgl. §9 und §10) verdeutlicht sich sprachlich vorrangig in Symptombeschreibungen und dort besonders durch Metaphern und bildhafte Schilderungen. Die klassische Homöopathie sieht aber keineswegs eine unpräzise Gestaltung der Anamnese vor – Hahnemann spricht von der „Nichtigkeit übersinnlicher Ergrübelungen [...], die sich in der Erfahrung nicht nachweisen lassen“ (§6) –, sondern verlangt ein systematisches Vorgehen, um möglichst allen symptombezogenen Hinweisen folgen zu können, die sich in den „erkennbare[n] Veränderungen im Befinden des Leibes und der Seele“ (§6) präsentieren.

### 2.1.2 Die allopathische und homöopathische Anamnese

Dorcsi (1991) führt aus, dass Krankheit „nichts ‚*Gewordenes*“ ist, denn „sie ist ein ‚*Werden*‘; sie ist ein begrifflich nicht zu erfassendes, immaterielles und individuelles, vitales Geschehen.“ (Dorcsi 1991: 23, orig. Hervorh.). Diese „ungreifbare Krankheit“ lässt sich aber sehr wohl umschreiben und therapieren, was Aufgabe der homöopathischen Anamnese ist.

Generell gilt für das medizinische Gespräch, dass Patientinnen und Patienten dem medizinischen Fachpersonal mit ihrem Besuch einen „Behandlungsauftrag“ (Spranz-Fogasy/Lindtner 2009: 155) erteilen, der zu einer Prozessierung der Anliegen und zur Lösung des Problems führen soll. Dieser Vorgang ist nur durch einen Wissensabgleich „des subjektiven Beschwerdenwissens von Patienten mit dem medizinischen Fachwissen des Arztes“ (Spranz-Fogasy/Lindtner 2009: 142) möglich. Das bedeutet, dass epistemisch unterschiedliche Wissensbestände „zur Erreichung interaktiver Handlungsziele“ (Spranz-Fogasy/Lindtner 2009: 141; vgl. a. Löning 1994: 97 f.; Rehbein 1994: 149; 162; Heritage 2012: 30) abgefragt werden müssen. In homöopathischen Anamnesen gilt dies ebenso, auch wenn eine Symptombeschreibung nur dann tragend wird, wenn das Symptom ein Ausdruck „of style of living of a particular subject“ (Gasparini 1993: 31) ist, es also auf den Charakter der Patientin bzw. des Patienten verweist. Die Notwendigkeit einer arztseitigen Orientierung *und* patientenseitigen aktiven Mitgestaltung des Gesprächs verstärkt sich jedoch durch das Fehlen eines Allgemeinwissens um die Wirk- und Arbeitsweise der homöopathischen Anamnese.

Weiters ist das medizinische System „von kulturellen Unterschieden zwischen AgentInnen und KlientInnen geprägt“, was sich in „unterschiedlichen professionellen und lebensweltlichen Perspektiven“ (Menz/Reisigl/Sator 2013: 17) zeigt. Zwar wird in dieser Arbeit nicht dem Themenkomplex der Verständnisschwierigkeiten bei Mehrsprachigkeit oder beim Dolmetschen

nachgegangen (s. hierzu Menz (Hrsg., 2013)). Dennoch unterstreicht zuvor Genanntes die Herausforderung, mit dem „*Individuum* Patient/in“ ein auf fachlicher Information, kommunikativer Kompetenz *und* Ökonomie ausgelegtes Gespräch (vgl. Menz/Lalouschek/Gstettner 2008: 15) zu führen und gemeinsam zu gestalten.

Patientinnen und Patienten bringen also durch das Erscheinen zu ärztlichen Gesprächen und durch das Vortragen einer Krankheit, d.h. durch die Problemdarstellung, eine Legitimation für den Besuch bei der Ärztin bzw. beim Arzt, die dazu dient, dass eine Erfüllung des Behandlungsauftrages erfolgen kann. Die so Hilfesuchenden müssen zeigen, „that they have a problem or a concern for which seeking medical assistance is a reasonable solution“ (Heritage/Robinson 2007: 58; vgl. a. Ruusuvuori 2005a: 126 f. für Erstbesuche in der Homöopathie). Zur Bezeugung, dass die Krankheit entsprechend vorgetragen werden darf<sup>9</sup>, können Patientinnen und Patienten in ihren Erzählungen auf Mitmenschen verweisen, die die Tragweite einer Krankheit validieren können (Heritage/Robinson 2007: 60). Dies können Ärztinnen oder Ärzte sein, aber auch Familienmitglieder und andere Personen (vgl. Heritage/Robinson 2007: 71-74). Besonders im Falle von chronischen Krankheiten wiegt diejenige patientenseitige Rechtfertigung (Heritage/Robinson 2007: 61) für den Besuch schwer, die besagt, dass keine Lösung mehr gefunden wurde oder die Schmerzen im Alltag schon zu beschränkend sind und (erst) jetzt das medizinische Gespräch gesucht wird. Denn, wie im vorigen Abschnitt festgestellt, kann eine Heilung – nach homöopathischen Prinzipien – nur stattfinden, wenn Geist und Körper noch auf die Arznei ansprechen *können*. Dieser Umstand, und dass eine Krankheit mit der Zeit weitere Symptome ausbilden kann, verkompliziert nicht nur das rein medizinische Vorgehen, sondern auch die Anamnese, da sie nun noch mehr Faktoren zu berücksichtigen hat.

Wie aus vorigem Abschnitt ersichtlich wurde, müssen homöopathische Ärztinnen und Ärzte jedem Hinweis nachgehen und „geradezu gedanklich hin und her zwischen Krankheitssymptom und Arzneysymptom“ (Dorcsi 1991: 57) wechseln, da die *Form* der Beschwerden mit der *Wirkung* der Arznei übereinstimmen bzw. *ähnlich* (im homöopathischen Sinne) sein müssen. Aus dieser Sicht „sind“ Patientinnen und Patienten selbst die jeweilige Arznei (vgl. a. Dorcsi 1991: 57). Das Simile führt daher neben medizinischen Eigenschaften auch, wie Konitzer et al. (2002: 188) dies ausführen, „diskursiv interaktive Charakteristika durch seine Bestimmung in der Arzt-Patienten-Beziehung“ mit sich. Die Suche nach dem Simile beginnt und endet im Gegenüber, der „Patienten-Arznei“. Diese Perspektive legt eine

---

9 Sie ist „doctorable“ (Heritage/Robinson 2007: 58).

prinzipielle Ausrichtung an den Patientinnen und Patienten nahe, sind doch hinzugezogene Unterlagen, wie Blutuntersuchungen u. ä., oder rein psychologische Charakterstudien nicht ausreichend, wenn doch möglichst der gesamte Mensch erfasst werden soll. Zudem ist gesellschaftspolitisch mit Lalouschek (2002) zu bemerken, dass gerade diese Zentrierung der Patientinnen und Patienten als „zentraler Bestandteil“ (Lalouschek 2002: 159) eben auch dazu führt, dass sich „Kranke [...] in steigendem Ausmaß alternativen Heilmethoden zuwenden“ (Lalouschek 2002: 160). Immerhin ist die Homöopathie, wie Chatwin et al. (2007: 58) feststellen, „currently the second most widely used form of medicine in the world“. Dies setzt eine nicht zu vernachlässigende Relevanz für die Forschung.

Die **homöopathische Anamnese** hat zum Ziel, die „Vorgeschichte des Kranken, wie er sie aus seiner Sicht und Erinnerung aufzeichnen kann“ (Hammerschmid-Gollwitzer 1999: 33) aufzunehmen und zu bearbeiten. Dabei soll „ein sogenanntes *vollständiges Symptom*“ (Köhler 2008: 27) eingefangen werden, „das die Ätiologie, Modalitäten, Empfindungen und Lokalisation“ (Köhler 2008: 27; vgl. dazu a. Lalouschek 2005a: 29) in sich hält und „zwangsläufig wesentlich zeitaufwändiger und gründlicher als eine schulmedizinische Untersuchung“ (Köhler 2008: 55) ist. Noch näher zur homöopathischen Vorstellung von „Anamnese“ führt die Etymologie: *Anamnesis* ist „Erinnerung“, „Lösung“ und „Erlösung“ (Connert 1993: 289). Das sind Funktionen, die zur notwendigen Animierung der Selbstheilungskräfte führen und den „Prozeß der Lösung, der Er-lösung“ (Connert 1993: 290) widerspiegeln, die Krankheit also grundlegend „vernichtet“ (Hahnemann 2012: 28, §17) wird. Da in der homöopathischen Anamnese keine Diagnose das Ziel ist, sondern die Findung der in allen Punkten übereinstimmenden Arznei im Vordergrund steht, ist der Begriff der Anamnese synonym mit dem des **Arzneimittelfindungsprozesses** zu verwenden.

Den homöopathischen Ärztinnen und Ärzten stehen **Repertorien** (bspw. in klassischer und umfassender Gliederung: Schroyens 1993; kurz gehalten: Borland 1992) als Nachschlagewerke zur Verfügung, die die verschiedenen Haupt-/Nebensymptome mit den jeweiligen Arzneien verknüpfen. Die Begriffe der Hauptbeschwerden sind nach einem Kopf-Fuß-Schema geordnet und bieten je Schlagwort mehrere Modalitäten zur Auswahl. Diese Repertorien erfahren seit Hahnemann eine laufende Ergänzung<sup>10</sup>, ganz so, wie er es zeit seines Lebens selbst tat (die Verlässlichkeit dieser Auflistungen diskutiert kritisch Gadd 2009).

---

<sup>10</sup> So ist beispielsweise der Begriff *Pain* bei Schroyens (1993: 1639-1658) über neunzehn Seiten hinweg in vielfältigsten Formen beschrieben. Schmerzen „im Geiste“ müssen wiederum bei Schlagworten wie *Depression*

Weiters ist sowohl bei Hahnemann als auch in der homöopathischen Fachliteratur das möglichst wortgetreue **Aufzeichnen** der Gesprächsbeiträge von Patientin oder Patient als wichtiges Standbein für die Ärztin bzw. den Arzt genannt. Wie noch in Abschnitt 5 erwähnt wird, kann das Anfertigen von Notizen auch in Audioaufnahmen festgehalten werden.

Neben speziellen Empfehlungen Hahnemanns und anderer für das homöopathische Gespräch (s. bes. Abschnitte 3.1.3.1 und 3.1.3.3) werden auch für die Gesprächsanalyse immer wichtiger erscheinende Phänomene, wie das Beobachten von Gestik und Mimik (vgl. Köhler 2008: 57), genannt.

Trotz vieler weltweiter Erweiterungen des homöopathischen Systems folgen Ärztinnen und Ärzte der klassischen Homöopathie weiterhin den zuvor dargestellten Heilprinzipien Hahnemanns. Tatsächlich ist, wie Jütte (1998: 46) feststellt, die Geschichte der Homöopathie „not so much change and development but rather continuity and tradition“.

Aus Sicht der **Linguistik** ist die Anamnese „nicht als eigenständiger Gesprächstyp zu klassifizieren, sondern als eine endliche Folge von Frage-Antwort-Sequenzen“ (Lalouschek 2002: 163). Die Allopathie versteht, so Lalouschek (2002: 158), „unter einer Standardanamnese eine ‚gedrängte Anamnese‘“, die den Wunsch der Patientinnen und Patienten, das Gespräch außerhalb der starren Gesprächsstrukturen zu führen, unterdrücken muss. Erfolgt auch die homöopathische Anamnese in einer engen Phasengliederung, wie nachfolgend dargestellt wird, so ist allein schon die Themenwahl *und* Bearbeitung persönlicher und familiärer Anliegen ein Toröffner, um Anliegen (s. Abschnitt 3.1.3.2) und private Ansichten zu diskutieren und Entfaltungsräume im Gespräch zu bieten. Umso mehr müssen sprachliche Merkmale beobachtet werden, da die Homöopathie gegründet ist „on observation and research of symptoms, interpretable as the language by which the patient expresses his physical and psychological disharmony“ (Gasparini 1993: 29).

Die homöopathische Anamnese gliedert sich in **Gesprächsphasen**, die verschiedene Funktionen haben. Die Nennung der Phasen dient in dieser Studie einer strukturellen Gliederung, sodass die in den jeweiligen Phasen unterschiedlichen sprachlichen Maßnahmen durch die Analyse genauer verortet werden können. Außerdem heben sie sich von den in der Sprachwissenschaft bekannten Gesprächsphasen medizinischer Gespräche (vgl. für grobe Gliederungen

---

oder *Anxiety* nachgeschlagen werden.

Lalouschek 2004: 144 f. und Spranz-Fogasy 2005) in einigen Punkten deutlich ab, weil sie einen anderen medizin-theoretischen Hintergrund bedienen müssen. Zum Vergleich werden deswegen kurz die Phasen nach Nowak (2010) gelistet, der in seiner Metaanalyse die in anderen linguistischen Arbeiten diskutierten Ebenen und Funktionen in medizinischen Gesprächen zusammenstellt. Dabei wird hier auch das (ideale) Handlungsschema eines Arzt-Patienten-Gesprächs nach Spranz-Fogasy (2005: 21-23) eingegliedert. Danach können vergleichend homöopathische Zugänge aus der Fachliteratur vorgeschlagen werden. Anschließend soll eine erste Synthese der beiden Ansätze versucht werden, die sich in der Analyse (Abschnitt 6) widerspiegeln wird.

Die Ergebnisse von Spranz-Fogasy (2005) und Nowak (2010) zusammenfassend, kann in der linguistischen Arzt-Patienten-Forschung von folgenden sechs Phasen und Funktionen bzw. Handlungstypen ausgegangen werden:

1. Die **Gesprächseröffnung** dient u.a. der Begrüßung, Vorstellung und Situierung, aber auch Orientierungsmaßnahmen über die allgemeine Gesprächsgestaltung (vgl. a. Lalouschek 2013: 431).
2. Die **Eröffnungsinitiative** wird durch die Ärztin bzw. den Arzt gesetzt und enthält die Eröffnungsfrage, die eine Erzählaufforderung mit sich bringt. Dieser Einstieg führt, so Spranz-Fogasy (2005), zur Beschwerdenschilderung (s. hierzu bes. Heritage/Robinson 2007: 49).
3. Die **Beschwerdenschilderung und -exploration** dient dem symptombezogenen Wissensabgleich. Sprachliche Handlungen sind dabei – nach Nowak (2010) – u.a. (Nicht-) Zuhören, Erfragen von Informationen (vgl. bes. Spranz-Fogasy 2005: 27; Boyd/Heritage 2007), Orientierung geben, Informationen geben (vgl. bes. Sorjonen et al. 2007; Brüner/Gülich 2002a) und die gemeinsame Entscheidung und Planung.
4. **Diagnosestellung** (vgl. a. Spranz-Fogasy 2005: 22; Peräkylä et al. 2007: 122-125).
5. **Therapieplanung und -entwicklung** (vgl. a. Chatwin 2009; Toerien/Shaw/Reuber 2013).
6. **Gesprächsbeendigung und Verabschiedung** (vgl. a. West 2007).

Ist diese Auflistung empirisch belegt, gibt es doch auch erwähnenswerte Kritik an der zumeist fehlenden oder nur eingegliederten Phase der Anliegensdarstellung und -bearbeitung. Lalouschek (2013: bes. 431-433) führt nach der Phase der (1.) Gesprächseröffnung die (2.) Aufforderung zur Anliegensdarstellung an, die mehrere Unterphasen durchläuft. Erst danach folgt (3.) die Beschwerdenexploration. Lalouscheks Gliederung erfolgt auch anhand empirischen Materials und wird in Abschnitt 3.1 in Hinblick auf die Patientenbeteiligung berücksichtigt werden müssen.

Für die homöopathische Anamnese bietet Hammerschmid-Gollwitzer (1999: 33) eine grobe thematische Gliederung in beispielsweise „Familien-Anamnese“, „eigene Anamnese“ oder „Anamnese zur vorliegenden Erkrankung“. Detaillierter formuliert Köhler (2008: 53) eine Phasenstruktur, die für diese Arbeit grundlegend sein wird:

1. Der **Spontanbericht** hat eine Erfassung der Hauptbeschwerden und weiterer Nebensymptome (s. Abschnitt 2.1.1) zum Ziel. Hierzu wird mit einer einladenden Eröffnungsfrage und einer bewusst zurückgehaltenen Einflussnahme der Ärztin bzw. des Arztes den Patientinnen und Patienten Raum für die Beschwerdenschilderung gegeben.
2. Im **gelenkten Bericht** werden die restlichen Symptome, Modalitäten und Konkomitanzen (Begleitsymptome, die Zusammenhänge zum Hauptsymptom erkennen lassen) vollständig erfasst. Aus ärztlicher Sicht werden hier erste Nachfragen platziert, die aber möglichst allgemein gehalten bleiben sollten, damit ein freies patientenseitiges Erzählen beibehalten wird.

Bei chronischen Krankheiten bringen zusätzlich folgende Phasen eine Vertiefung des Gesprächs:

3. Die **indirekte Befragung** ist für das Erfassen chronischer Beschwerden unerlässlich, da nach einer festen Systematik (z.B.: Befragung von Kopf-Fuß (vgl. oben: *Repertorium*)) nach möglicherweise noch nicht genannten Symptomen gefragt wird. Dies lässt eine Vertiefung der bisherigen Beschwerdenschilderung zu, da hier gezielt nach den Umständen und weiteren Modalitäten gefragt werden kann, um ein möglichst *gesamtes* Bild einer Krankheit zu erhalten. Die Befragung von Gemütssymptomen steht üblicherweise am Schluss der Befragung, ist hierzu doch eine verstärkte Vertrauensbasis

gefordert.

4. In der **psychischen Anamnese** werden Gemütssymptome vertiefend hinterfragt. Auch hier wird dem homöopathischen Leitbild des dialogischen Miteinanders (s. Abschnitt 3) durch eine möglichst offene Befragung gefolgt. So empfiehlt beispielsweise Köhler (2008: 60) als Einstiegsfrage „Wie geht es Ihnen sonst?“, um den Patientinnen und Patienten viel Gestaltungsraum zu lassen.
5. Die **psychosoziale Anamnese** verbindet Erkenntnisse über das Gemüt der Patientin bzw. des Patienten mit ihrer bzw. seiner Einstellung zur sozialen Verflechtung in Familie, Freundeskreis und der gesamten Gesellschaft.
6. In der **biografischen Anamnese** wird der „Entwicklungsweg der Störung“ (Köhler 2008: 62) in seinem zeitlichen Verlauf und unter Berücksichtigung des Werdeganges der Person festgehalten. Daher wird hier auch die Familiengeschichte miteinbezogen und Krankheitsgeschichten, aber auch berufliche Werdegänge thematisiert.

In all diesen Phasen werden fließende Übergänge gebildet. Die indirekte Befragung bietet, so scheint es, wegen ihrer hervorstechenden Frageform noch am deutlichsten eine gefestigte Struktur an, die sprachlich definiert werden kann. Die Analyse in Abschnitt 6 soll hierzu nähere Auskünfte geben können.

Köhler (2008: 69) zufolge ist nach diesen sechs Phasen eine weitere Verarbeitung der gesammelten Informationen notwendig, die durch (1.) Sammlung und (2.) Individualisierung der Symptome stattfindet und durch (3.) Einbindung der Repertorien in der (4.) Wahl der passenden Arznei mündet. Es wird also keine medizinische „Krankheitsdiagnose“<sup>11</sup> (Dorcsi 1991: 57), sondern eine „Heilmitteldiagnose“ (Dorcsi 1991: 57) gestellt (s. zur theoretischen Fundierung Abschnitt 2.1.1, *gleichartiges Heilmittel/Simile*).

Aus historischer Perspektive ist es zudem erwähnenswert, dass Hahnemann auch eine „Außenanamnese“ (Connert 1993: 289), d.i. der Einbezug von „Pflegepersonal und [...] Familienangehörigen“ (Connert 1993: 289) in das Gespräch, für wichtig hielt. Dieser Aspekt findet sich heute zumeist nur noch bei Befragungen von Kindern (als Patientinnen bzw. Patienten) *und* Elternteilen (als Erziehungsberechtigte).

---

11 Homöopathische Ärztinnen und Ärzte wären hierzu dennoch ausgebildet, da sie sich (in Österreich) erst *nach* einem abgeschlossen allgemeinmedizinischen Studium auf die Homöopathie spezialisieren.

Zusammenfassend fällt in den beiden Strukturmodellen – neben der grundlegend anders gestalteten *inhaltlichen* Gliederung – auf, dass zwar die Vorphase des Gespräches Erwähnung findet (so z.B. bei Köhler (2008), indem er die Beobachtung der Patientin bzw. des Patienten bei der Anmeldung empfiehlt), aber nicht dezidiert als Gesprächsphase gezählt wird. Dies ist insofern nachvollziehbar, als dass hier das typische ritualisierte Vorgehen (vgl. Brinker/Sager 2010: 91) und die nur auf Ärztin/Arzt und Patientin/Patient beschränkte Kommunikation fehlt. Das Vorfeld eines Gespräches ist aber sowohl für die Homöopathie (s. zuvor genanntes Beispiel bei Köhler 2008), als auch für die Gesprächsanalyse (vgl. Deppermann 2008: 24, *Dokumentieren der Gesprächsumstände*) ein zu berücksichtigender Faktor eines Gespräches. Zudem fehlt in der Aufstellung der homöopathischen Anamnese die Differenzierung des patientenseitigen *Anliegens* von den *Beschwerden* (s. hierzu Abschnitt 3.1).

Wie Mishler (1984: 119) feststellt, ist die ärztliche Handlung der Krankheitsfindung im Grunde ein Schaffensprozess: „A diagnosis is a way of interpreting and organizing observations“. Diese Perspektive ist auch für die Homöopathie gültig. Dennoch muss die Phase der Diagnoseerstellung bei allopathischen Gesprächen anders beurteilt werden als bei homöopathischen Anamnesen. In Übereinstimmung mit oben genannten theoretischen Erkenntnissen über das Krankheit-Simile-Verhältnis stellen auch Peräkylä et al. (2007: 126) anhand empirischer Daten fest, dass „actual diagnoses are not given but the treatment decision in itself implies the diagnosis“. Dieser (feine) Unterschied, der durch oben genannte theoretische Untermauerung die notwendige Erklärung und Gewichtung bekommt, widerspricht der zu schnell getroffenen Feststellung, dass der homöopathischen Anamnese die Phase der Diagnosestellung fehlt (vgl. Ruusuvoori 2005a: 125).

Im Kontext der Diagnose steht die Nennung einer vorgeschlagenen Therapie. Diese funktioniert in der Allgemeinmedizin nach der im Allgemeinwissen<sup>12</sup> verankerten Wissensbeständen (Verordnung von Kuren oder Medikamenten zur Schmerzlinderung), als dies in der Homöopathie vorausgesetzt werden kann (Wissen um unterschiedliche Potenzen, Einnahme von Globuli, Erklärung der Wirkweisen). Zudem ist diese in der Allopathie tief verankerte Phase in der Homöopathie einer Dynamik ausgesetzt, die weder eine zeitliche noch inhaltliche Einheit

---

12 Ausnahmen hierzu sind fachbezogene Gesprächshandlungen, die keine Erläuterung für Laiinnen und Laien erfahren, wie es beispielsweise in Befundbesprechungen oder institutsinternen Vorgängen möglich sein kann.

ermöglichen will (vgl. Chatwin 2009; für vier Möglichkeiten einer arztseitigen Durchführung des Therapieplanes bes. S. 171). Dies erfordert Orientierungsmaßnahmen, die wiederum in Köhlers Modell fehlen.

Die Analyse in Abschnitt 6 wird nun makrostrukturell an Köhler (2008) orientiert sein, dabei aber stark – da sequenzanalytisch – die tatsächlichen sprachlichen Handlungen im Blick behalten. Damit sollen diese den Phasen zugeordnet werden können, was eine Grenzziehung und Definition im Vergleich zu anderen Phasen ermöglicht. Dabei wird aber aufgrund der Datenlage (s. Abschnitt 5) die „Phase Null“, die Vorbesprechung im Wartezimmer, fehlen.

## **2.2 Arzt-Patienten-Kommunikation und Gesprächsanalyse**

In den folgenden beiden Abschnitten werden Forschungsüberblicke über sprachwissenschaftliche Studien zu sowohl allgemein-medizinischen (Abschnitt 2.2.1) als auch zu speziell homöopathischen Gesprächen (Abschnitt 2.2.2) vorgestellt. Damit soll eine erste wissenschaftshistorische und -methodische Einbettung dieser Arbeit möglich sein. Die speziell in der Analyse verwendete methodische Vorgehensweise wird in Abschnitt 4 beschrieben.

### **2.2.1 Allgemeiner Forschungsüberblick**

Wie Löning (2001: 1577) schildert, können die bisherigen gesprächsanalytischen Arbeiten zur Arzt-Patienten-Kommunikation in die thematischen Fokussierungen auf (medizinische) Institutionen, Krankheiten und Patientinnen und Patienten dreigeteilt werden, wobei Kombinationen einzelner Aspekte möglich sind. Da es Ziel dieser Arbeit ist, spezialisierte Fragestellungen zu bearbeiten und hier kein vollständiger Überblick über die bisherigen Arbeiten der Gesprächsforschung und Linguistik zur medizinischen Kommunikation seit den 1980er Jahren geboten werden kann, soll auf allgemeine und aktuelle Übersichten wie beispielsweise Hydén/Mishler (1999), Heritage/Maynard (2007a), API-on© (2008; Menz et al. 2008), Nowak (2010) und Sator (2011: bes. 33-38) verwiesen werden. Der Forschungsüberblick soll sich im Weiteren auf die für diese Arbeit wichtigen Konzepte und Ansätze qualitativer Forschungen konzentrieren, da sich diese Literatur als besonders bereichernd herausgestellt hat. Die Hervorhebung themenspezifisch relevanter Studien erfolgt in den jeweiligen Kapiteln (Abschnitt 3: Patientenbeteiligung in der Arzt-Patienten-Kommunikation, Abschnitt 4: Methode der Gesprächsanalyse).

Neben der grundlegenden Literatur der Gesprächsanalyse (s. Abschnitt 4) bringen besonders die umfangreichen Beiträge in Heritage und Maynard (Hrsg., 2007) wichtige Impulse zum Vorgehen in dieser Arbeit. Hierin seien besonders Beiträge, die spezielle sprachliche Handlungen

gen und Phänomene in der medizinischen Kommunikation beleuchten, erwähnt: Eröffnungsfragen und ihre unterschiedlichen Reaktionen behandelt Robinson (2007), Problem- oder Symptombeschreibungen werden in Heritage und Robinson (2007) diskutiert, Erzählmaßnahmen bespricht Halkowski (2007), und Gill und Maynard (2007) berücksichtigen hierbei auch die arztseitigen Antworten. Besonders erwähnenswert ist noch der Beitrag von Boyd und Heritage (2007), da darin die Frage-Antwort-Sequenzen ausführlich behandelt werden, die in der Homöopathie besonders aufmerksam beobachtet werden sollten (s. Abschnitt 3.1.3.1).

Im deutschsprachigen Kontext tritt besonders die schon mehrmals erwähnte Arbeit von Nowak (2010) hervor, da hier die interaktiven Handlungen innerhalb medizinischer Gespräche durch Vorstellung einer großen Anzahl von sprachwissenschaftlichen Studien diskutiert werden. Nowak (2010) lässt dabei ein detailliertes Bild sprachlicher Handlungen und Muster entstehen, sodass ebenso eingegrenzte Fragestellungen, wie beispielsweise die Kategorien und Auswirkungen von Fragemodi (s. Nowak 2010: 285–295), in der Forschung verortet werden können.

Inspirierend und dennoch kritisch zu betrachten sind die Beiträge in Collins et al. (Hrsg., 2007). Bieten sie einerseits eine breite Palette an methodischen Zugängen, fehlt ihnen in Teilen eine theoretische Fundierung, die eine Nachvollziehbarkeit stützen würde. Dennoch führen einige Gedanken zu verwertbaren Erkenntnissen. Diese werden deshalb in Abschnitt 3 näher diskutiert.

Nicht zuletzt ist eine Stärke der Angewandten Sprachwissenschaft die Rückführung der Ergebnisse in das Forschungsfeld. Zwar ist diese Untersuchung nicht auf Erstellung eines Trainingskonzepts ausgelegt, aber die praktische Verwertung für medizinisches Fachpersonal wird dennoch berücksichtigt. Schließlich weist auch Spranz-Fogasy (1990) auf das gestiegene Interesse an Kommunikationstrainings für Ärzte hin. Wie praxisbezogene Forschung aussehen kann, zeigen beispielsweise Menz, Lalouschek und Gstettner (2008) und Lalouschek (2004; 2005b; 2013) auf, indem sie Trainingskonzepte und direkte Handlungsanweisungen vorstellen können.

Im nächsten Abschnitt wird noch kurz ein Überblick zur gesprächsanalytischen Forschung in der Homöopathie getan, um danach eine Zusammenfassung der relevanten theoretischen Aspekte bereitzustellen.

### **2.2.2 Die Homöopathie in der Gesprächsanalyse**

Im Unterschied zur homöopathischen Fachliteratur, die den kommunikativen Aspekt der

Anamnese primär aus Überlegungen Hahnemanns und aus Erfahrungswerten (vgl. Connert 1993; Enders 1997), aber auch anhand praktischer Beispiele (s. Gordon 2003; Köhler 2008) reflektiert, bedient sich die Gesprächsanalyse einer gewachsenen Methode, die den tatsächlichen Wortbegriffen folgt und die wechselhafte Beziehung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer berücksichtigt (s. a. Abschnitt 4). Authentische Gesprächsaufnahmen sind daher die Ausgangslage der meisten nachfolgend beschriebenen Untersuchungen.

Konitzer, Schemm, Freudenberg und Fischer (2002) begegnen den Begriffen der Ähnlichkeit (Simile) und Metapher in Gesprächstranskripten durch diskursiv-semiotische Überlegungen. Das Simile, als Arzneimittel, beinhaltet dort auch „arbiträr-symbolische Momente als Exemplifikation der gesamten Homöopathie als Heilungsprinzip durch Ähnlichkeit“ (Konitzer et al. 2002: 188), spiegelt also in sich alle Gesetzmäßigkeiten der Homöopathie wider.

Ruusuvuori (2005a) vergleicht Gesprächstranskripte von allopathischen und homöopathischen Anamnesen und bezieht dabei auch den Faktor der Erfahrung mit den jeweiligen Systemen mit ein. Sie stellt ein einfaches Phasenmodell vor, das aber nur an sehr auffälligen Merkmalen festgehalten ist (z.B. Gesprächseröffnung, Körperuntersuchung). Wesentliche Unterschiede der Gespräche ergeben sich durch die offenen Fragestellungen der homöopathischen Ärztinnen und Ärzten, mehr Variationen der Eröffnungsfrage und den ausgedehnten Raum, der zur Verfügung gestellt wird. Ruusuvuori stellt auch fest, dass die Patientinnen und Patienten der Homöopathie öfters selbständig auf psychische und soziale Informationen zurückgreifen, und dass eben diese Inhalte – im Vergleich zur Allopathie – in der Homöopathie durch Nachfragen relevant gesetzt werden.

Auch in (2005b) vergleicht Ruusuvuori allopathische Gespräche mit homöopathischen. Sie untersucht dabei empathische und sympathische Handlungen von Ärztinnen bzw. Ärzten und Patientinnen und Patienten. Da diese Aspekte in einen Zusammenhang mit der Patientenbeteiligung gesetzt werden sollen, wird in Abschnitt 3.1.3.3 näher auf diesen Artikel eingegangen.

In gleicher Weise wie Ruusuvuori (2005a; 2005b) suchen Lindfors und Raevaara (2005) nach Vergleichen zur Allopathie. Ihr Themenfeld ist das homöopathische Heilungsprinzip, dem am Beispiel der arztseitigen Frage nach (auffälligen) Trink- und Essgewohnheiten nachgegangen wird. Deutlich tritt der unterschiedliche ärztliche Blick bei Suchtverhalten hervor, der zum einen primär ein Gesundheitsrisiko fokussiert (Allopathie) oder zum anderen die

Charakteristika der Patientinnen und Patienten daraus zu rekonstruieren versucht (Homöopathie). Wie zu erwarten gehen die Patientinnen und Patienten der Homöopathie im Gespräch anders mit diesen Umständen um, indem sie selbstreflexiv und aus dem eigenen (fehlgeleiteten) Handeln heraus erzählen, wodurch nochmals der Zugang zu den persönlichen Eigenheiten für die Ärztinnen und Ärzte erleichtert wird.

Eine ähnliche vergleichende Betrachtungsweise der unterschiedlichen Perspektiven des biomedizinischen und psychosomatischen Konzeptes findet Lalouschek (2005b: bes. 51). Sie bietet zudem eine grobe allgemeine Gliederung der Anamnese und stellt drei Funktionen dar, die das tragende Konzept eines solchen Gespräches sind (s. Lalouschek 2005b: 62): (1) Die *Interaktionsfunktion* betrifft die Partnerschaftlichkeit, die sich im Gespräch aufbauen soll, (2) eine *Informationsfunktion*, die das überblicksmäßige Sammeln von relevanten Inhalten bedeutet und (3) die *Integrationsfunktion*, die das Gesamtbild aus Krankheit(en) und Patientin bzw. Patienten meint. Obwohl Lalouschek die Homöopathie nicht explizit als psychosomatische Medizin bezeichnet und die eben genannten Kategorien nur einer groben Ausrichtung entsprechen, sind Verknüpfungen zur Homöopathie möglich und gültig, ist hier doch auch das „gesamtheitliche“ Heilungskonzept vertreten, das für die Homöopathie so wesentlich ist.

In (2005a) beschreibt Lalouschek hingegen explizit die „*spezielle homöopathische Technik*“ (Lalouschek 2005a: 118; orig. Hervorh.) und behandelt dabei nicht nur die konzeptionellen Hintergründe in ihrer generellen Ausrichtung, sondern auch die „*typischen Homöopathiefragen*“ (Lalouschek 2005a: 119; orig. Hervorh.), die durch gezielte Wiederholungen ein differenziertes Krankheitsbild entstehen lassen sollen. Weiters stellt sie fest, dass es eine charakteristische Orientierungsphase (Lalouschek 2005a: 116) in der Homöopathie gibt. Inwiefern sich diese in Bezug auf die Patientenbeteiligung auswirkt und sich auch in den Daten dieser Arbeit wiederfindet, wird in den Abschnitten 3.6 und 6 diskutiert.

Mit Chatwin (2008) wird beispielhaft die häufige Frage nach der Beweisbarkeit der Wirkung homöopathischer Mittel gesprächsanalytisch betrachtet. Dabei stößt er auf das Dilemma der Homöopathie, dass sie zwar ein bewährtes und historisches Instrument zur Behandlung von Krankheiten ist, die öffentliche Meinung aber – und dies zeigt sich besonders in Erstgesprächen – über die Wirkweise der homöopathischen Arzneien ungenügend informiert ist. Daher sind die Ärztinnen und Ärzte gefordert, Orientierungs- und Erklärungsmaßnahmen

durchzuführen. Dieser Umstand wird in Abschnitt 3.1.3.4 dieser Arbeit noch näher beleuchtet.

Wie schon in Abschnitt 2.1.2 kurz dargestellt, beschäftigt sich Chatwin (2009) mit der Phase der Therapieplanung und unterstreicht im Zuge der Analyse, dass dieser Gesprächsabschnitt in der Homöopathie sowohl zeitlich als auch inhaltlich unterschiedlich positioniert werden kann. Da diese Phase aber nicht Teil dieser Studie sein wird, soll diese Andeutung genügen.

Die Ergebnisse, die wiederum Chatwin, Collins, Watt und Field (2007) sowie Peräkylä, Ruusuvoori und Lindfors (2007: bes. 126-132) bieten, müssen wegen ihrer thematischen Ausrichtung – Beziehungsaufbau und Patientenbeteiligung – in Abschnitt 3 behandelt werden.

Zum Abschluss des Überblicks sei noch kurz die Studie von Ruusuvoori und Lindfors (2008) erwähnt, die, wie Heritage und Robinson (2007), Gründe für den Arztbesuch analysieren. Sie spezialisieren sich dabei aber auf homöopathische Gespräche und besprechen dabei Beschwerden über anderes medizinisches Fachpersonal (der Allopathie). Die Darstellung der Opposition Allopathie-Homöopathie in dieser Form „may serve to show confidence in the form of treatment chosen and help to build trust and rapport“ (Ruusuvoori/Lindfors 2008: 2422). Im Weiteren stellt sich diese Form der Patientenbeteiligung auch als produktives Mittel heraus, das die *Compliance* und Mitarbeit der Patientinnen und Patienten abbildet. Jedenfalls sind diese Urteile nicht neutral und sie wirken sich, je nach Reaktion der Ärztinnen und Ärzte, in unterschiedlicher Weise auf den Fortlauf des Gespräches aus.

Obwohl die bisherigen Forschungen im Bereich der Gesprächs- und Konversationsanalyse so breitgefächerte Aufgaben in der Homöopathie bearbeitet haben, fehlt diesen Arbeiten eine für die Gesprächsforschung aufbereitete Fundierung des homöopathischen Krankheits- und Heilungsverständnisses sowie die Berücksichtigung von spezifisch homöopathischen Gesprächsphasen nach ihren jeweiligen Funktionen und abseits bekannter Kategorisierungen wie „Eröffnungsphase“ und „allgemeine Beschwerdenschilderung“. Für diese Arbeit sind diese wenigen Studien aber dennoch von höchster Wichtigkeit, da diese sich auf jeweils unterschiedliche Daten berufen (Gespräche wurden im britischen, finnischen und deutschsprachigen Raum aufgezeichnet). Ist auch keine Generalisierbarkeit durch Vergleiche mit den später vorgestellten Daten möglich (s. Abschnitt 5), lassen sich dennoch gleiche Muster *und* Unterschiede hervorheben. So weit es für die Fragestellung relevant ist, erfolgt dies in der Analyse (Abschnitt 6).

### 2.3 Zusammenfassung

Die Bearbeitung homöopathischer Grundprinzipien im Vorfeld der empirischen Analyse, bringt ein vielfältiges und weitverzweigtes Bild zu Tage. Es hat sich gezeigt, dass die homöopathische Anamnese ein „highly complex system“ (Souter 2006: 244) ist und aus Sicht der Gesprächsanalyse ein vertieftes theoretisches Verständnis braucht, das eben nicht durch allgemeine Wissensbestände abgeglichen ist. Dennoch reicht den Patientinnen und Patienten das allgemein vorhandene Wissen – sei es belegt oder auf Vermutungen basierend –, um eine homöopathische Praxis bewusst aufzusuchen und sich dort einen „anderen“ Zugang zu erwarten, als ihn die Betroffenen bisher gewohnt sind (sofern sie nicht schon im Vorfeld von der positiven Wirkung überzeugt sind).

Auf der sprachlichen Ebene ist festzuhalten, dass es seit Hahnemann (s. bes. 2012) bis heute – in der Fachliteratur der Homöopathie – ein besonderes Augenmerk auf die Sprache und die Beziehung zur Patientin bzw. zum Patienten gibt. Dies erfolgt in der Beschreibung von fiktiven oder aus der Erfahrung gesammelten Beispielen und besonders durch Beispielsätze, die empfehlend eingesetzt werden. Leider konnte in der gesichteten medizinischen Literatur kein Einsatz von authentischen Daten, wie es in der Gesprächsanalyse unabdingbar ist, festgestellt werden.

Weiters darf die Neigung der Homöopathie zur Selbstreflexion und eigenständigen Verbesserung nicht unerwähnt bleiben. Beispielsweise kann – aus der Erfahrung erwachsen – eine geordnete Phasenstruktur für die Homöopathie aus theoretischer Perspektive angenommen werden, da sowohl sprachliche Merkmale und Aufgaben als auch Funktionen unterschieden werden. Ob diese Struktur aber in der Analyse empirischer Daten Gültigkeit erlangt, soll, wenigstens für die Länge der analysierten Sequenzen, in Abschnitt 6 betrachtet werden.

Die Komplexität des ärztlichen Blickes auf Patientinnen und Patienten der Homöopathie spiegelt sich – so lassen es bisherige Untersuchungen vermuten – besonders in den Frageformulierungen und -wiederholungen sowie in den bearbeiteten Themen (Körper, Psyche und Soziales) wider. Gleichzeitig müssen zumindest die Fragen, als offensive sprachliche Handlung hauptsächlich der Ärztin bzw. des Arztes, eine Vertrauensbasis und besonders ein gemeinsames „Wir“ erschaffen, ohne der ein tieferes Eindringen in die Psyche des Gegenübers schwierig zu verfolgen sein wird.

Die homöopathische Anamnese trägt – zusammenfassend – in der mitteleuropäischen Kultur

diese vier Punkte mit sich:

1. Patientinnen und Patienten werden als mehrschichtige Wesen (Körper/Seele/Geist mit Dynamis, in einem sozialen Umfeld) wahrgenommen.
2. Auch *der Weg zur Heilung*, d.i. die Anamnese, muss dieser Vielschichtigkeit nachkommen.
3. Patientinnen und Patienten sind mit einer anderen Gesprächssituation konfrontiert, als es von der Allopathie, der Allgemeinmedizin, bekannt ist.
4. Von Patientinnen und Patienten, die eine homöopathische Praxis aufsuchen, kann eine individuell geformte Offenheit zu „alternativen Heilweisen“ angenommen werden, nicht aber ein konkretes Wissen über das Vorgehen oder gar über den Heilungsweg der Homöopathie.

Diese vier Punkte konnten in der theoretischen Auseinandersetzung mit der Homöopathie als besonders prägend und gesprächsgestaltend festgehalten werden.

Für die Gesprächsanalyse lohnt sich die Auseinandersetzung mit den homöopathischen Grundsätzen in vielerlei Hinsicht. Zunächst ist die Perspektive der Forscherin bzw. des Forschers – kulturell und durch die Forschungsliteratur geprägt – primär auf eine *allopathische* Untersuchungsmethode ausgerichtet. Die Relevanz für die Bearbeitung körperlicher, psychischer und sozialer Problemfelder kann daher für die Forschung nur aus einem allgemeinen Wissen über „alternative Heilmethoden“ erkannt werden. Auch wenn die sequentielle Analyse (durch die Gesprächsanalyse) methodisch korrekt ausgeführt wird, bleiben die gestalterischen Zusammenhänge der sprachlichen Handlungen eben in der Forschungsarbeit unausgesprochen, da nicht in ihrer medizinisch-homöopathischen-Sicht erkannt. Wird der Forschungszugang durch Hintergrundwissen an das Datenmaterial angepasst – was für die Gesprächsanalyse sinnvoll ist, da die Situation und die Akteure das Gespräch formen (vgl. Hartung 2007: 306) –, können Fragestellungen spezifisch für die Probleme der Patientinnen bzw. Patienten und Ärztinnen bzw. Ärzte in einer *homöopathischen* Anamnese erfasst und in ihrem Kontext bearbeitet werden. Als Beispiel kann die Nutzung struktureller Gliederungen in Gesprächsphasen herangezogen werden. Sie sind eine hervorragende Hilfe, derer sich die Gesprächsanalyse für allopathische Gespräche bewusst ist, deren Anpassung an die Gegebenheiten einer homöopathischen Anamnese bisher aber nur minimal gelang. Weitere Aufgabengebiete, die speziell durch homöopathische

Grundprinzipien geformt und verwirklicht werden und jetzt aus der Theorie hervortreten, sind das Einbringen und Bearbeiten von Themen unter spezifischen Fokussen (auf Körper-Geist-Relation) sowie die unterschiedliche Perspektive(n) der Ärztin bzw. des Arztes auf die Krankheit und damit auf den Gesprächsverlauf. Letzteres meint, dass nicht eine Diagnose einer Krankheit (auch wenn medizinische Befunde und Diagnosen berücksichtigt werden), sondern die Findung der Arznei Ziel der Anamnese ist, was sich einerseits in der „nuancierten Form der Wahrnehmung“ (Foucault 2011 [1963]: 31) im ärztlichen Blick zeigt, andererseits aber auch faktisch in der Gesprächsstruktur *von Beginn an* berücksichtigt sein will.

Wie aus dem Dargestellten ersichtlich ist, sind die im Gespräch zu bewältigenden Aufgaben für beide Seiten äußerst arbeitsintensiv. Es verlangt daher nach spezifischen Strategien, besonders angeleitet durch die Ärztinnen und Ärzte, um ein konstruktives Miteinander verwirklichen zu können und erwähnte Komplexität des homöopathischen Heilungsverständnisses gegenüber den Patientinnen und Patienten nicht als Belastung erscheinen zu lassen. Bereits Hahnemann gab deswegen schon konkrete Anweisungen zu Frageformulierungen, die Patientinnen und Patienten nicht überfordern, sondern in das Gespräch miteinbeziehen. Der nächste Abschnitt wird daher die einzelnen Bestandteile dieser Strategie, der Patientenbeteiligung, erläutern.

### **3. Der Untersuchungsgegenstand – Faktoren der Patientenbeteiligung**

Dieser Abschnitt widmet sich dem Konzept der Patientenbeteiligung und stellt dabei für die im Kontext der Homöopathie besonders beachtenswerte Kategorien hervor. Ziel ist es so eine nachvollziehbare theoretische Grundlage vorstellen zu können, die auch eine schärfere Perspektivierung in der Analyse möglich macht.

#### **3.1 Patientenbeteiligung im Phasenmodell**

Das medizinische Gespräch steht, wie in Abschnitt 2.1.2 erwähnt, in einem dreifachen Spannungsverhältnis (Information, Kommunikation, Ökonomie). Öffentliche Diskurse, wie „Sparzwang“, „Bürokratie“ oder vermehrt eben auch der Ruf nach mehr Mitspracherechten für Patientinnen und Patienten wirken zusätzlich auf ein solches Gespräch ein, ebenso, wie ganz individuelle Wünsche, Erfahrungswerte und konkrete Schmerzempfindungen. Schwierigkeiten in der Kommunikation sind daher nicht auszuschließen, da sie „häufig multifaktoriell bedingt“ (Menz 2013a: 10) sind. In Folge ist jedes Gespräch „unique and requires an individualized ap-

proach“ (Stevenson 2007: 82) – eine Vorgabe, der die Homöopathie nicht nur aus ökonomischen Gründen nachkommen kann (Behandlung durch Privatärztinnen und –ärzte), sondern auch aufgrund der der Homöopathie innewohnenden Prinzipien der stark individualisierten Perspektive auf die Patientinnen und Patienten (s. Abschnitt 2). Wie nachfolgend dargestellt werden soll, kann auch das Konzept der Patientenbeteiligung aus dem Blickwinkel der Homöopathie betrachtet werden. Zudem gilt es diese Verbindung aufzuzeigen und die dabei wirkenden Mechanismen zu beschreiben.

### 3.1.1 Patientenbeteiligung

Zunächst kann unter *Patientenbeteiligung* der verstärkte Einbezug der Patientinnen und Patienten in das medizinische Gespräch verstanden werden. Dieser Vorgang führt unter anderem zur Option, den Patientinnen und Patienten mehr Mitsprache- und Mitgestaltungsrecht zuzuschreiben, vermehrt auf ihre Anliegen zu achten und sie mehr in den Therapieplan einzubinden. Wie sehr diese einzelnen Komponenten belebt werden und damit einzelnen Kommunikationsmodellen zugeschrieben werden können, und, ob es für gewisse Behandlungsformen (im Speziellen für die Homöopathie) *ein* charakteristisches Modell gibt, soll im Nachfolgenden bearbeitet werden. Hinzu kommt die Betrachtung der konkreten sprachlichen Verwirklichung, sodass empirisch-analytisch eindeutige Modellierungen möglich werden können.

Patientenbeteiligung steht also für ein gemeinsames, partnerschaftliches und wechselhaft-dynamisches Vorgehen, das sich in der sprachlichen Handlungsebene abbildet. Dabei geht es beispielsweise darum, bewusste Entscheidungen und die Mitarbeit der Patientinnen und Patienten zu fördern und einer geringen Beteiligung (z.B. durch minimale Antworten) entgegenzuwirken (vgl. a. Koerfer/Köhle/Oblers 1994: 63 f.; Toerien/Shaw/Reuber 2013: 880).

Darüber hinaus repräsentiert dieses Konzept aber auch einen Paradigmenwechsel, der eine generelle Veränderung der Arzt-Patienten-Beziehung betrifft und der zu diesem Zeitpunkt noch nicht abgeschlossen ist<sup>13</sup> (s. Unterscheidung auch in Ijäs-Kallio 2011: 12). Die medizinische Fachliteratur erkennt eine Etablierung eines partnerschaftlichen Vorgehens als sinnvoll an und nennt dabei als Ziele die *Patientenedukation* und das patientenseitige *Selbstmanagement* (vgl. Müller-Mundt 2005; Redman 2008). Damit ist die Befähigung der Patientinnen und Patienten selbständige Entscheidungen zu treffen und nachhaltiges Therapieren einfordern zu können. Der Paradigmenwechsel bezieht sich hierbei konkret auf die notwendig gewordene „Veränderung des paternalistischen Beziehungsgefüges und Rollenverständnisses der Patienten“

---

13 Siehe die Folgende „(Re-)Integration holistischer Konzepte“ in Lalouschek (2013: 358).

(Müller-Mundt 2005: 69). Chou (2007: 442) unterstreicht die Notwendigkeit, diesen „paradigm shift“ durch die Arztseite animiert und von Patientenseite ausgeführt zu sehen, sodass diese „understand that they are not powerless to make changes and that they can influence not only their own health, but health care in general“.

Wie Lalouschek (2013: 356) festhält, ist dieser Wechsel auch dem „Aufstieg alternativmedizinischer Behandlungsformen“ anzurechnen, da die Patientinnen und Patienten vermehrt eine erhöhte Aufmerksamkeit für ihre Anliegen und ihr Mitspracherecht verlangen und schließlich eine nachhaltige Verbesserung anstreben. Auch deswegen lohnt der Blick auf die tatsächlichen Realisierungsformen innerhalb der Homöopathie.

Die sprachwissenschaftliche Forschung begegnet dem Konzept vordringlich durch die Konversations- oder Gesprächsanalyse und Diskursanalyse. Aber auch eine Mischung von Methoden, wie beispielsweise das Hinzuziehen von Interviews, Diskussionsgruppen und *think aloud protocols*, ist bekannt (s. Bugge/Jones 2007). Da aber an dieser Stelle die Analyse von transkribierten Gesprächen Vorrang hat, fällt nachfolgend der Fokus auf die für diese Fragestellung hervorstechenden Studien aus diesem methodischen Umfeld.

Peräkylä, Ruusuvoori und Lindfors (2007: 122; orig. Hervorh.) definieren Patientenbeteiligung als „ways in which patients are given opportunities to contribute to the discussion on *what the health problem is* and *what should be done about it*“. Wie noch auszuführen sein wird (s. Abschnitt 3.1.2), lässt sich die Patientenbeteiligung nach diesem Verständnis auch in einem zusammenfassenden Modell abbilden und sich dabei mit aus älteren Forschungen bekannten Grundbegriffen der Patientenbeteiligung verbinden. Allerdings erfolgt dies nicht ohne Schwierigkeiten und es ist auch nicht als abgeschlossen zu betrachten (s. Abschnitt 3.1.3).

Eine „Grundqualität moderner ärztlicher Betreuung“ steht wiederum bei Lalouschek (2013: 354) hinter diesem Konzept. Sie verweist damit auf den erwähnten Paradigmenwechsel, der sich in jedem Gesprächsabschnitt abbilden kann. In ihrer Studie streicht sie hervor, wie grundlegend die Komponente der Anliegenendarstellung und –bearbeitung in das Konzept eingebunden ist und dabei dennoch – mit schwerwiegenden Folgen – in der Praxis ausgeblendet werden kann. Daher fasst der Begriff der Patientenbeteiligung, außer der erwähnten Grundeinstellung, die „Identifikation, Exploration und gemeinsame Klärung des oder der Anliegen der PatientInnen“ (Lalouschek 2013: 424). Sie entsteht durch das Anstreben und Erhalten eines gemeinschaftlichen Kommunizierens, das Patientinnen und Patienten gleichermaßen in den Informationsgewinnungs- wie –gebensprozess integriert und „im Sinne von nachhaltigem Krankheits-

und Gesundheitsmanagement“ (Lalouschek 2013: 355) essentiell ist. Geteilt werden nicht nur konkrete therapiegestaltende Informationen, „sondern auch die inhaltliche Beteiligung in Form von Anliegen, Themen und Wünschen“ (Lalouschek 2013: 371). Diese Prozesse erfolgen kaum explizit, sondern vorrangig durch Andeutungen, was für die Analyse von Gesprächstranskripten eine besondere Herausforderung darstellt.

In ihrer Studie über das laienhafte bzw. professionelle Dolmetschen in medizinischen Gesprächen gehen Sator und Gülich (2013: 149) „davon aus, dass Patientenbeteiligung auf allen Ebenen der Interaktionskonstitution in einem sequentiellen Prozess von den Beteiligten gemeinsam hergestellt wird“. Das Konzept entspricht einer grundlegenden Einstellung und findet daher, wie auch Lalouschek (2013: 71) ausführt, in allen Phasen der Anamnese statt. Dieser Grundeinstellung zum Datenmaterial folgt auch diese Arbeit, da ein isolierendes Sprecher-Hörer-Modell den empirischen Daten nicht standhält und Gespräche als ko-konstruiert verstanden werden müssen, in denen die Identitäten der Teilnehmerinnen und Teilnehmer geschaffen werden (vgl. Heritage/Maynard 2007a: 1; 16; Methode in Abschnitt 4).

Zusammenfassend können Patientinnen und Patienten das vom Konzept der Patientenbeteiligung beeinflusste Gespräch in wesentlichen Zügen mitgestalten und selbst über die rezeptive, laienhafte Rolle, hinauswachsen. Die Patientenbeteiligung drückt aber nicht eine (höhere) „Professionalisierung“ der Patientin bzw. des Patienten aus, sondern die verstärkte Einbezugnahme des handlungsrelevanten Subjekts, das sowohl die Krankheit wie auch den Wunsch zur Prozessierung bzw. Lösung dieser in sich trägt. Bei gelungener Einbindung reagiert die Patientin bzw. der Patient mit einer erhöhten Bereitschaft zur effizienten Mitgestaltung des Gesprächs sowie zu einer nachhaltigen Durchführung der Therapie.

Arztseitig muss durch die sorgsame Pflege der Anliegen Darstellungen und weiterer Komponenten (s. nächste Abschnitte) der Erhalt eines hohen Grades der Patientenbeteiligung bewerkstelligt werden, um ein gelungenes Arzt-Patienten-Gespräch (Vermeidung von Abwehrhaltungen und Konflikten, Findung der Arznei, Motivation zu nachhaltiger gesunder Lebensführung usw.) führen zu können.

Da die Sprachwissenschaft die Arzt-Patienten-Kommunikation über einen langen Zeitraum hinweg auch in ihren besonderen Beziehungsformen bearbeitet hat, sollen nachfolgend anhand eines Modells der Patientenbeteiligung Grundbegriffe erklärt und kritisch diskutiert werden, um danach mögliche Realisierungsformen in der Homöopathie ausmachen zu können.

### 3.1.2 Komponenten der Patientenbeteiligung in Interaktion – Ein Modell

Die von Thompson, Ruusuvaori, Britten und Collins (2007: 185) zusammengestellten Elemente der Patientenbeteiligung bieten ein aus der Empirie entstandenes Modell der Patientenbeteiligung an. Die Autoren fassen Ergebnisse mehrerer Studien zusammen, die in Collins et al. (2007) vorgestellt werden. Die nachfolgende Tabelle stellt dieses Konzept vor und berücksichtigt dabei besonders die Beiträge von Thompson (2007), Peräkylä/Ruusuvaori (2007) und Thompson/Ruusuvaori/Britten/Collins (2007). Dabei werden die beidseitigen Beteiligungsgrade mit Ebenen der Patienten- und Arztbeteiligung sowie mit den Komponenten, die die Art der Realisierung angeben, verbunden. Erweitert wird die Übersicht durch die Separierung der *Beziehungsmuster* von den *Graden*, um eine verbesserte Anschaulichkeit zu erreichen (im Original zusammengefasst als *Levels*). Die Übersetzungen der Begriffe fußen auf einer Abstimmung mit den inhaltlichen Merkmalen, nicht auf einer Wort-für-Wort-Übersetzung.

Obwohl das Modell im Anschluss durchaus kritisiert werden soll, zählt es sich aus, die Grundbegriffe anhand der Tabelle zu erklären, fußen diese doch auf sprachwissenschaftlichen Forschungen, die das Verständnis von Patientenbeteiligung in dieser Form erst ermöglicht haben. Daher werden nachfolgend auch verwandte Studien zur Detaillierung hinzugezogen.

Aus der Diskussion dieses Modells und der Grundbegriffe soll ein deutliches und anwendbares Verständnis über die Patientenbeteiligung entstehen. Es sei schon jetzt erwähnt, dass eine inhaltliche Erweiterung für die Homöopathie notwendig sein wird (dem Hinweis Thompsons (2007: 62) in Hinblick auf Folgestudien folgend), das Modell hier also vorrangig als ein Ausgangspunkt, nicht aber im Sinne einer vollen inhaltlichen Übereinstimmung gewählt wird.

Die oberen vertikalen Elemente in Tabelle 1 beinhalten die *Beteiligungsform* (arzt-/patientenbestimmt; geteilt) und die *Beziehungsmuster*, die diesen zugeschrieben werden können. Die unteren vertikalen Merkmale, *Komponenten* und *Beteiligungsgrade*, stehen mit den oberen so in Relation, dass beispielsweise die Realisierung der *emotionalen Ausdrücke* in der jeweiligen Intensität – abgebildet in der *Gradeinteilung* – das *Beziehungsmuster* verrät, das, je nach ausführendem *Akteur*, bestimmt werden kann. Die Patientenbeteiligung ist so in ihrer Stärke (Grade), Art (Komponenten) und in einem Beziehungsmuster (arzt-/patientenseitig oder gemeinsam) beurteilbar bzw. messbar (gedacht).

		Beziehungsmuster (Levels)				
<b>Beteiligung</b>	<i>Patientenbestimmt</i>	Fehlende Beteiligung	Information erwarten oder annehmen	Information geben		Autonomous decision-making
	<i>Geteilte Beteiligung</i>			Dialog	Shared decision-making	
	<i>Arztbestimmt</i>	Exklusion	Information geben	Beratung		Informed decision-making
<b>Komponenten und Beteiligungsgrade (Components and Levels)</b>	Sequentielle Beteiligung	0	1	2	3	4
	Nennung des Leitthemas	0	1	2	3	4
	Einflüsse in der Beschwerdenprozessierung	0	1	2	3	4
	Beteiligung an der Behandlungsentscheidung	0	1	2	3	4
	Emotionale Ausdrücke	0	1	2	3	4

**Tabelle 1:** Beziehungsmuster, Grade und Komponenten der Patientenbeteiligung (s. Thompson 2007: 58; Peräkylä/Ruusuvuori 2007: 168; Thompson/Ruusuvuori/Britten/Collins 2007: 185)

Der **Beteiligungsgrad** gibt in einer Skala von null bis vier die Stärke an, die eine Patientin bzw. ein Patient (aktiv) wählt bzw. für die sie oder er (passiv) Raum bekommt, um sich im Gespräch zu positionieren<sup>14</sup>. Der Grad verändert sich laufend, ebenso wie sich die Möglichkeiten des Ausdrucks über die Komponenten ändern. In der patientenseitigen Forderung nach vermehrter Beteiligung bzw. mehr „patient power“ (Thompson 2007: 47) wächst auch der Grad an Verantwortung das Gespräch mitzugestalten. Die Höhe des Grades gibt aber keineswegs eine Beurteilung im Sinne einer „schlechten“ oder „guten“ Konsultation ab. Wie Thompson (2007) mehrmals feststellt, ist eine (hohe) Patientenbeteiligung aus Sicht der Patientinnen bzw. Patienten oftmals nicht erwünscht. Viel eher wollen sie „professionals to recognize that this needs to be optional and varies according to the context and probably over time too“ (Thompson 2007: 63).

<sup>14</sup> Peräkylä/Ruusuvuori/Lindfors (2007) stellen eine Zweiteilung in *non-participatory* und *participatory* vor, die eine Vereinfachung in der Analyse einzelner Gesprächsphasen ermöglicht, aber nicht therapeutische Beziehungsmuster im Speziellen graduell abbilden kann.

Die Patientenbeteiligung muss daher als ein „dynamic concept“ (Thompson et al. 2007: 185; vgl. a. Thompson 2007: 62) verstanden werden, wobei besonders der (innere) *Wunsch* nach Beteiligung einem komplexen Zusammenspiel verschiedener Faktoren untersteht:

„Demand for involvement is dynamic, reflecting in part the *type of illness* and its seriousness, the *knowledge/experience* and personality of the patient, and the degree of trust patients have in their *relationship with the professional*.“

(Thompson 2007: 64; Hervorh. CB)

Obwohl diese Faktoren in der Psyche der Beteiligten angelegt sind und so nur indirekt durch Befragungen, Diskussionen und *think aloud protocols* eingefangen werden können (vgl. die vielfältigen Methoden bes. in Bugge/Jones 2007), spiegelt sich die zunächst unsichtbare Intention in sprachlichen Handlungen wider. Auch in der Gesprächsanalyse hat der Kontext einen Ausgawert: die Gestalt der Krankheit (akut/chronisch; *type of illness*) verbindet sich in der Anamnese mit spezifischem Vorwissen (*knowledge/experience*), um sich in der Öffnung gegenüber der Ärztin oder dem Arzt (*relationship with the professional*) sprachlich zu manifestieren (s. dazu a. Abschnitt 3.1.3.4).

Die Patientenbeteiligung betrifft daher den *ganzen* Menschen und ist der Grundstock, auf dem eine vertiefte Auseinandersetzung mit seinen Bedürfnissen, Anliegen, Sorgen und Hoffnungen erwachsen kann. Wird die Patientin bzw. der Patient nicht „abgeholt“, wo sie sich derzeit befinden, sind die sprachlichen Manifestationen möglicherweise gering, der *Grad* der Beteiligung geht zurück. Dabei bedeutet ein höherer Grad eine höhere Selbstbestimmung der Patientin und des Patienten hin zu einer Patientenzentriertheit (s. dazu Lalouschek 2013: 356ff.), die zu mehr „patient empowerment“ führen kann und dabei eine Grundkomponente der Patientenbeteiligung ist (s. Holmström/Röing: 2010).

Der Grad der Einbeziehung der Patientin bzw. des Patienten deckt sich mit den durch verschiedene linguistische Studien festgehaltenen **Beziehungsmustern** der Arzt-Patienten-Kommunikation (s. obere vertikale Zeile in Tabelle 1). Sie stellen Möglichkeiten der Interaktion im ärztlichen Gespräch dar und sind in der sprachwissenschaftlichen Literatur vielfältig untersucht worden. Zu betonen ist, dass, wenn ein Gespräch nach dem Konzept der Patientenbeteiligung erfolgt, ein „partnerschaftliches und patientenorientiertes Beziehungsmodell“ (Lalouschek 2013: 371) zu wählen ist. Gleichzeitig muss aber – der Gesprächsdynamik verschiedener Handlungsaufgaben folgend – „zwischen kooperativen, informativen und direktiven

Beziehungsmustern“ (Lalouschek 2013: 371) unterschieden werden. Diese werden nachfolgend besonders mit Thompson (2007: 51-58) und Lalouschek (2013: 364-367) exemplarisch wiedergegeben.

a) Die **fehlende Beteiligung** (*Non-involvement/Exclusion*) drückt sich durch das Überlassen der gesprächsgestaltenden und therapielevanten Entscheidungen der Ärztin oder dem Arzt gegenüber aus, während die **Exklusion** die Patientin oder den Patienten von Entscheidungen ausschließt. Gründe für deren Rückzug können Ängste vor dem institutionellen Gefüge oder auch vor der Therapie selbst sein. Von Arztseite wird hingegen dem *paternalistischen Konzept* gefolgt (s.a. Ijäs-Kallio 2011: 17). Dieses Konzept entspricht einer arztseitig dominierten Vorgehensweise, die über den „als unmündig erachteten Patienten hinweg“ (Koerfer/Köhle/Oblers 1994: 62) durchgesetzt wird. Das zur Lösung des Problems notwendige ärztliche Fachwissen wird gesprächsbestimmend zum „bestem Wohle und vor dem Hintergrund ihres professionellen Wissens“ (Lalouschek 2013: 364) im jeweiligen Rahmen angewandt.

Es ist – auch mit Thompson (2007: 52-53) – anzunehmen, dass ein geringes Selbstvertrauen oder auch einfach nur Trägheit den Prozess mitzugestalten ebenfalls als ausschlaggebend berücksichtigt werden müssen. Dies gilt auch für die „non-compliance“, wie sie aus einer fundamentalen „Ziel- oder Perspektivendivergenz zwischen ÄrztInnen und PatientInnen“ (Lalouschek 2013: 367; vgl. a. Ijäs-Kallio 2011: 20) bestehen kann. Umso wichtiger ist es, und dies erfolgt in der Homöopathie dem Heilungskonzept entsprechend „von sich aus“, dass die jeweiligen Lebensumstände genau abgefragt werden, was einer Festigung der Patientenbeteiligung äußerst dienlich ist (vgl. Redman 2008: 18).

b) Die nächste Stufe ist das **rezeptive Auf- bzw. Annehmen und Erwarten von Informationen** (*Information-seeking/receptive/-giving*), die in der Tabelle nur auf Patientenseite so ausgebaut ist. Als „core requirement“ (Thompson 2007: 54), die diesem Muster zu Grunde liegt, ist der Wunsch nach Informationserhalt zu nennen (s. dazu vorige Ausführung). Information dient der Meinungs- und Entscheidungsbildung, die durch „ihre [arztseitige] Expertise“ (Lalouschek 2013: 365) beeinflusst wird. Diese kann sowohl von der Ärztin bzw. dem Arzt verwehrt werden, wie von der Patientin bzw. vom Patienten nicht gewollt sein (s. zuverigen Abschnitt, die *fehlende Beteiligung*). Sprachlich manifestiert sich dies auf Patientenseite indirekt in den Rezeptionsignalen und – aus der Rezeptivität heraustretend – in Bestätigungs- und Fragesignalen, die die Informationsgabe von der Ärztin bzw. vom Arzt thematisch bearbeiten.

Ärztinnen und Ärzte wiederum tragen durch den Informationsgebensprozess zur Patientenbindung bei, indem sie sie an ihren Gedanken teilhaben lassen und weitere Handlungen erklären.

c) Der dritte Grad, der **wechselseitige Austausch** (*Information-giving/Dialogue/Consultation*), kann auf den ersten beiden aufgebaut werden (s. Lalouschek 2005a: 12 ff.), untersteht dabei aber auch komplexeren Vorgängen, wie Thompson (2007: 55) feststellt. So können Wünsche nach Empathie und nach einer erhöhten Aufgeschlossenheit der Ärztin bzw. des Arztes die Wahl der Dialogform (*Dialogue*) beschleunigen. Keineswegs ist der Prozess allein auf den Blick der Ärztin bzw. des Arztes beschränkt. Der Informationsgebensprozess (*Information-giving*) der *Patientinnen bzw. Patienten* ist grundlegend für die Prozessierung der therapielevanten Informationen. Vereinfacht gesagt ist die ärztliche Bereitschaft die Patientinnen und Patienten wechselseitig in den Gesprächsverlauf einzubinden an den Beteiligungswillen dieser gebunden. Die Wahl einer Beratungsform (*Consultation*) von Arztseite geht über das reine Informationsgeben hinaus, da nun Empfehlungen ausgesprochen werden, die aufgrund einer dialogischen Gesprächsführung aufgebaut sind. Der *Dialog* muss sich sprachlich am *gemeinsamen Gestaltungsprozess* zeigen.

d) Erhöht sich das Mitsprache- und Entscheidungsrecht im Dialog (s. c) ), so liegt eine vereinbarte und wechselseitige **Arbeitsteilung**, die „partizipative[] Entscheidungsfindung“ (Lalouschek 2013: 366) oder *Shared decision-making*, vor. Ärztin/Arzt und Patientin/Patient treten dann als „Team“ (vgl. dieselbe Wortwahl eines Patienten in Extract 18, Thompson 2007: 56) auf und besprechen und erarbeiten den Vorgang gemeinsam, was durch Berücksichtigung beider Perspektiven und unter Abklären der Präferenzen und Rollenaufgaben möglich ist (Ijäs-Kallio 2011: 19; Michaud/Davis/Gaines 2007: 444).

Als konzeptionelle Grundlage kann dieses Vorgehen auch in Kommunikationstrainings verwendet werden (s. bspw. Menz/Lalouschek/Gstettner 2008: bes. 16-17). Eine erhöhte Anzahl an ergänzenden oder abwehrenden Einwänden und eine relativ hohe Informationsgabe sind zu erwarten, da die Patientinnen und Patienten „in allen Abschnitten der Therapie an wichtigen Entscheidungen beteiligt“ (Lalouschek 2013: 366) sind. In der Analyse von Gesprächen, die nach einer Therapiesitzung aufgezeichnet wurden, konnte Thompson (2007: 56) aber auch feststellen, dass die Wahl auf die gemeinsame Arbeitsteilung eine „expression of mistrust“ sein kann, die durch negative Erfahrungen mit medizinischen Prozessen hervorgerufen wird. Die

Patientin bzw. der Patient erhofft sich dann durch den höheren Grad an Mitsprache eine größere Einflussnahme und Kontrolle auf das Geschehen.

e) Das Gegenstück zur fehlenden Beteiligung (s. Grad a)) ist das **vollständig selbständige bzw. autonome Fassen von Entscheidungen** (*Autonomous decision-making*) durch die Patientin bzw. den Patienten. Dieses selbstbestimmte Handeln basiert auf der Annahme dieser, mehr über ihr Befinden und über die Krankheit aussagen zu können als es die Ärztin bzw. der Arzt kann. Damit stehen sie auf der selben oder sogar erhöhten Position (s. Thompson 2007: 57); ihre Anliegen *müssen* daher – zum Erhalt des Gesprächsverlaufes – berücksichtigt werden. Im äußersten Falle kann dieser Beteiligungsgrad den Pseudo-Experten-Status der Patientinnen und Patienten in Konfrontation zu den Fach-Experten bringen. Wie Thompson (2007: 51) auch feststellt, können negative Erfahrungen mit Arztbesuchen die patientenseitige Meinungsbildung besonders animieren.

Nicht gegenübergestellt, sondern möglicherweise ergänzend ist noch das *informed decision-making* zu erwähnen, das arztinitiiert durchgeführt wird. Hierbei erhalten die Patientinnen und Patienten alle notwendigen Informationen und sie können dann selbst die „final decision“ (Thompson 2007: 46) setzen. Obwohl auch hier allein die Patientin bzw. der Patient über den weiteren Behandlungsweg entscheidet, benötigen diese dennoch ärztliche Informationen.

Zusammenfassend zeigen die Beziehungsmuster – mit wachsender Stufe – eine Angleichung des patientenseitigen Einflussvermögens und die entsprechenden arztseitigen Handlungen innerhalb eines medizinischen Gespräches an. Gemessen am geringsten Grad (0), der den gewollten oder ungewollten Ausschluss der Patientin bzw. des Patienten aus grundlegenden Handlungen bezeichnet, gibt der höchste Grad (4) eine ebenso einseitige Verschiebung zugunsten dieser an. Die mittleren Stufen (2, 3) entsprechen einer ausgewogenen Gesprächsführung, die alle Beteiligten zu gleichberechtigten Entscheidungen zulassen. Besonders in Stufe 1, aber auch noch in Stufe 2 ist durch das (erstmalige) Zugehen auf die Bedürfnisse des Gegenübers eine Veränderung zugunsten eines gemeinschaftlichen Gespräches sichtbar. Erst das Extrem führt wieder zu einer einseitigen Gestaltung und strengen Polarisierung (Stufe 4).

All diese Beziehungsmuster stehen nicht isoliert in dem Modell, das Tabelle 1 zeigt, sondern sie werden an konkrete Handlungen bzw. **Komponenten** gebunden. Diese wurden von Peräkylä/Ruusuvuori (2007) unter Beachtung der bearbeiteten Fälle in Collins et al. (2007) zusammengetragen und in Tabelle 1 zusammengefasst. In dieser Studie werden die Einheiten zusätzlich nach ihrer Relevanz für die Homöopathie geprüft. Ziel ist es schließlich, eine Zu-

sammenstellung von Faktoren von Patientenbeteiligung für die homöopathische Anamnese zu finden, um, wie es Peräkylä/Ruusuvuori (2007: 167) bereits für ihr Modell vorsehen, „a model for researching patient participation at a micro-level“ bieten zu können.

Weiters gilt festzuhalten, dass die Kategorien durch unterschiedliche Analysemethoden erfasst werden können, besonders aber gesprächsanalytische Methoden durchgängig anwendbar sind (vgl. Auflistung der Methoden in Peräkylä/Ruusuvuori 2007: 168).

Die Kategorien, wie in Tabelle 1 abgebildet, sind – in Übereinstimmung mit den Beteiligungsformen – sowohl auf patienten- wie arztseitige Handlungen ausgerichtet. Dennoch, dieser Kritikpunkt sei bereits jetzt erwähnt, werden nicht beide Aspekte in der dieses Modell prägenden Literatur erwähnt. Auch sind genaue Begriffsgrenzen schwer auszumachen, weswegen nachfolgend auch die Originalbezeichnungen zu den Übersetzungen erwähnt werden.

a) **Sequentielle Beteiligung**<sup>15</sup>: Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer erhalten in den „action sequences“ (Peräkylä/Ruusuvuori 2007: 169), die die Aufgaben eines ärztlichen Gespräches betreffen (z.B. Beschwerdenschilderung und Therapieplanung), die Möglichkeit, ihren jeweilig gearteten Beteiligungsgrad zu verdeutlichen. Diese Kategorie umfasst aber auch weniger hervorsteckende oder gar minimale Beteiligungsformen, sodass aus der wechselnden Gestaltung der Beteiligung „a nuanced understanding of patient participation“ (Peräkylä/Ruusuvuori 2007: 169) abgeleitet werden kann.

In einem ärztlichen Gespräch und ganz besonders in einem, das homöopathischen Heilungsprinzipien folgt, kann angenommen werden, dass Frage-Antwort-Sequenzen in verschiedenen Gestaltungsvarianten Raum finden werden. Deswegen müssen sie als eine gesonderte Kategorie näher vorgestellt werden (s. Abschnitt 3.1.3.1).

b) **Nennung des Leitthemas**<sup>16</sup>: Diese Beteiligungsform betrifft den Einfluss auf das Leitthema der Anamnese in der Beschwerden- bzw. Anliegenendarstellung. Der Grad der Einflussnahme ist abhängig von dem gewählten Beziehungsmuster und davon, ob es sich um ein Erst- oder Folgegespräch handelt: Im Erstgespräch muss das Hauptanliegen vorrangig genannt werden, aber „the delivery of 'additional concerns' may be difficult“ (Peräkylä/Ruusuvuori 2007: 170). In Folgegesprächen wiederum besteht von Patientenseite möglicherweise der Wunsch, andere Anliegen prozessieren zu lassen; „they may be more or less succesful in having them included in the agenda“ (Peräkylä/Ruusuvuori 2007: 170; vgl. a. Lalouschek 2013).

---

15 *Patient's contribution to the direction of action* (vgl. Peräkylä/Ruusuvuori 2007: 169-170).

16 *Patient's influence on the definition of the consultation's agenda* (vgl. Peräkylä/Ruusuvuori 2007: 170-171).

Gesprächsanalytisch lassen sich, neben der individuellen Gestaltung dieser Komponente, auch „opportunities and obstacles [...] relating to the delivery and uptake of the patient's concerns“ (Peräkylä/Ruusuvuori 2007: 171) festhalten.

Wie Lalouschek (2013) ausführt, ist eine Trennung von Beschwerdenschilderung und der so häufig – im ärztlichen Gespräch *und* in der Forschung – übergangenen Anliegen(s)darstellung sinnvoll. Außerdem müssen in Hinblick auf die Homöopathie Haupt- und Nebensymptome unterschieden (s. Abschnitt 2.1.1) und eine möglicherweise abweichende Prozessierung angenommen werden. Eine Vertiefung dieser Aspekte findet in Abschnitt 3.1.3.2 und schließlich in der Analyse (Abschnitt 6) statt.

c) **Einfluss in der Beschwerdenprozessierung**<sup>17</sup>: Dieser Komponente eigen ist die Fokussierung auf die Darstellungs- und Kommentiermöglichkeiten der Patientinnen und Patienten bezogen auf „the origins of, and potential solutions to, the problem that has been raised“ (Peräkylä/Ruusuvuori 2007: 171). Darunter fallen die Gestaltung der Diagnose sowie der Prognose- und Therapiewahrscheinlichkeiten.

Aus Sicht der Homöopathie verrät jede Handlung etwas in ihrem jeweiligen Kontext über den Menschen. Es besteht daher ein Interesse am Erfassen der körperlichen wie seelischen Beschwerden, die sich in der Psyche (z.B.: Anzeichen für den Willen (nicht) gesunden zu wollen), dem sozialen Umfeld (z.B.: Schwierigkeiten der Angehörigen und des beruflichen Umfeldes mit der Krankheitssituation) und der Biografie (z.B.: Verhalten gegenüber eines Symptoms bzw. einer Krankheit hat sich im Laufe des Lebens verändert) widerspiegeln. Würden Patientinnen und Patienten nicht die Möglichkeit haben, diese Aspekte explizit und implizit abzubilden, so wären der gesamten homöopathischen Anamnese die Grundbedingungen genommen. Wie in der Komponente der sequentiellen Beteiligungsformen festgehalten, soll später die Möglichkeit der Fragenkonstruktionen in der Anamnese betrachtet werden (s. Abschnitt 3.1.2.1). Dabei werden auch die Antwortsequenzen in Hinsicht der Erzähl- und Schilderungsmöglichkeiten untersucht.

d) **Beteiligung an der Behandlungsentscheidung**<sup>18</sup>: Am Ende des medizinischen Gespräches stehen Entscheidungen zum weiteren Vorgehen an. Anstatt den Patientinnen und Patienten nur eine (nicht-selbstgewählte) Therapiemöglichkeit vorzugeben, können die Ärztinnen und

---

17 *Patient's share in the reasoning process* (vgl. Peräkylä/Ruusuvuori 2007: 171-172).

18 *Patient's influence on the decision-making* (vgl. Peräkylä/Ruusuvuori 2007: 172-173).

Ärzte an dieser Stelle Vorschläge unterbreiten und auf die speziellen Bedürfnisse des Gegenübers achten (vgl. Peräkylä/Ruusuvuori 2007: 172).

Entscheidungen über Therapiemöglichkeiten finden aber auch mitten im Gespräch statt. Beispielsweise kann die Ärztin bzw. der Arzt schon bei Nennung einer bestimmten Krankheit unmittelbar danach weitere Untersuchungen, wie eine Blutuntersuchung, anregen oder unterstützende Maßnahmen, wie Physiotherapie, empfehlen.

Da die Homöopathie ein äußerst spezifisches Heilungswissen anwendet, ist es fraglich, inwiefern die Patientinnen und Patienten bei Therapieentscheidungen eingebunden werden können. Allgemeine Empfehlungen oder Vorschläge sind hier eher denkbar als direkte Einflüsse in die Wahl der Arznei.

e) **Emotionale Ausdrücke**<sup>19</sup>: Dieses Merkmal, das ebenfalls nicht an eine bestimmte Phase gebunden ist, entspricht „patient's opportunities for the expression of emotions“ (Peräkylä/Ruusuvuori 2007: 173). Die Ausdrucksmöglichkeit von Emotionen durch die Patientinnen bzw. Patienten basiert auf Anschlussmöglichkeiten, die vom ärztlichen Gegenüber geboten werden. Beispielsweise kann zu Beginn der Anamnese ein Scherz oder eine aufmunternde bzw. animierende Geste des Arztes stehen, die eine Lockerung der „klassischen“ Rollenverteilung fördert. Gerade wegen ihrer intimen oder psychisch tiefgehenden Fragethemen sind emotionale Handlungen in der homöopathischen Anamnese besonders gut vorstellbar. Daher wird die Gestaltung der Vertrauensmaßnahmen und Empathiebekundungen sowie die Berücksichtigung von Emotionen noch in ihren Funktionen und Ausgestaltungen untersucht werden müssen (s. Abschnitt 3.1.3.3).

Zusammenfassend stellt das Modell, wie es in Tabelle 1 – berufend auf Thompson (2007), Peräkylä/Ruusuvuori (2007) und Thompson et al. (2007) – zusammengestellt wurde, einige grundlegende Begriffe der Patientenbeteiligung vor und kann sie zueinander in Beziehung setzen. Von Vorteil ist es, die Beteiligungsinitialisierung in „Ärztin/Arzt“, „Patientin/Patient“ und „Gemeinsames“ zu trennen und sie mit den entsprechenden Beziehungsmustern in Übereinstimmung zu bringen. Auch ist die Einbringung von konkreten Handlungen (Komponenten) sehr sinnvoll, wenn gesprächsanalytisch anhand authentischer Daten gearbeitet werden will. Die Handlungen können in den Gesprächen wiedergefunden werden. Schließlich ist auch die Erwähnung der „Aktionsstärke“ nachvollziehbar, wenn damit die Initiative in den Komponen-

---

<sup>19</sup> *Emotional reciprocity* (vgl. Peräkylä/Ruusuvuori 2007: 173).

ten bezeichnet wird. Allerdings, und dies führt abschließend zur notwendigen Kritik an dem Modell, ist es fraglich, wie weit diese Gradeinteilung praktisch sinnvoll ist.

So sehr das Modell also grundlegende Begriffe der Patientenbeteiligung berücksichtigt – und daher für diese Studie dienlich ist – und zudem Verbindungen zu einigen Kategorien aufzuzeigen weiß, ist grundlegende **Kritik** angebracht:

- a) Die Gradeinteilung ist als strukturelle Orientierung genügend (im Sinne der Darstellung von „patient power“ bei Thompson 2007: 47). Sie folgt darüber hinaus aber keiner empirischen Kategorisierungsmöglichkeit. Zwar ist ein „Mehr“ oder „Weniger“ an Beteiligung qualitativ zu erkennen, aber nicht sinnbringend in eine quantitative Gradeinteilung einzustufen, zumal deren Grenzen nicht definiert wurden.
- b) Das Modell präferiert in den Ausführungen der Kategorien patientenseitige Beteiligungsformen, erwähnt aber als Akteure auch Ärztinnen und Ärzte. Diese Uneinheitlichkeit findet sich – leider – auch in der Tabelle, die die patienten- bzw. arztseitige oder gemeinsame Beteiligung abbildet. So ist „Information erwarten bzw. annehmen“ nur patientenseitig vorgesehen, ist im Grunde aber auch umgekehrt (bei wenig beteiligten Ärztinnen und Ärzten) vorstellbar.
- c) Die Komponenten zeigen sich, wie zuvor dargestellt, in ihren definatorischen Grenzen als zu ungenau ausgeführt und gehen entweder über die angegebene Bezeichnung hinaus oder lassen Informationen vermissen (s. bspw. „Symptombeschreibung“). Sowohl allgemeine als auch spezialisierte Fragestellungen lassen sich so nicht eindeutig bearbeiten.
- d) Die Beteiligungsmuster geben an, dass das „Miteinander“ unterschiedlich gestaltet sein kann. Die konkreten Formen aber – und dies wiegt besonders schwer, wenn Zusammenhänge zwischen Komponenten oder Graden aufgebaut werden sollen – müssen in ihrer konkreten Realisierung mehr voneinander abgegrenzt werden können. Welches „Miteinander“ im einzelnen Fall stattfindet ist zugleich aber nur im Kontext der jeweiligen Situation zu erfassen, was eine allgemeine Gliederung wenig praktikabel erscheinen lässt.

Es gilt daher eigene bzw. ergänzende Kategorien für die Homöopathie zu finden (und möglicherweise andere Therapieformen), dabei aber gleichzeitig auch zuvor Erwähntes zu konkretisieren, um aussagekräftigere Verbindungen aufzeigen zu können.

### 3.1.3 Erweiterte Kategorien der Patientenbeteiligung in der Homöopathie

Wie erwähnt orientieren sich nachfolgende Kategorien an dem Modell der Patientenbeteiligung, wie es in Tabelle 1 vorgestellt wurde, geht dabei aber speziell auf die Bedürfnisse der Homöopathie ein, wie sie sich in der theoretischen Bearbeitung in Abschnitt 2 präsentieren. Deswegen werden auch neue Perspektiven auf in der Literatur bereits bearbeitete Kategorien eingenommen werden müssen.

#### 3.1.3.1 Fragen und Antworten

Frage-Antwort-Sequenzen haben nicht nur in der allgemeinen Arzt-Patienten-Kommunikation eine grundlegende Rolle inne, sondern auch in der Homöopathie. Durch Fragen und Antworten werden Themen eingeführt, bearbeitet (oder übergangen) und strukturelle Abgrenzungen (Phasen) vollzogen. Des Weiteren werden in diesen Sequenzen Aspekte des diskursiven Wissensabgleiches durchgeführt, emotionale Empfindungen und Erfahrungen transportiert und schließlich auch Modi der Patientenbeteiligung gestaltet.

Obwohl diese Aspekte in Teilen in Tabelle 1 und besonders bei Peräkylä und Ruusuvoori (2007: 169) in der Komponente der sequentiellen Beteiligung, die den Einfluss in der Beschwerdenprozessierung meint, vertreten ist, sollen nachfolgend tragende Aspekte der Gestaltung von Frage-Antwort-Sequenzen aufbereitet werden. Dies dient insbesondere als Grundlage für die Sequenzanalyse in Abschnitt 6 und dem besseren Verständnis dieser in Bezug auf die Patientenbeteiligung.

Die Berücksichtigung der Frage-Antwort-Sequenzen dient der Bearbeitung von zwei grundlegenden Aspekten der Fragestellung dieser Arbeit:

a) Frage-Antwort-Sequenzen sind die Grundlage der Arzt-Patienten-Kommunikation, unabhängig von der Ausrichtung der medizinischen Therapieform. Mit Fragen wird versucht, Wissensbestände – soweit notwendig – anzugleichen, um dem ärztlichen Auftrag der Beschwerdenexploration nachkommen zu können. Mit den Fragen dokumentieren Ärzte das Verstehen des bisher Geschilderten und fordern zugleich eine weitere Patientenbeteiligung im Zuge der „Bildung von Intersubjektivität“ (Spranz-Fogasy 2010: 74; s.a. 105), solange, bis zu erfragende Bereiche „gesättigt“ sind. Dies gelingt, so kann es besonders für die Homöopathie angenommen werden, durch den ständigen Wechsel von Frage-Antwort-Nachfrage (vgl. Hak/de Boer 1996: 86), wobei dabei eine „unterschiedliche Kennzeichnung eines Wissensdefizits“ (Rehbein 1994: 166) verschiedene Wissensdiskurse betrifft (Rehbein 1994: 162). Wie Fragen und Ant-

worten gestaltet sein können und welche Schlussfolgerungen sich daraus speziell für die Homöopathie ergeben, ist die Frage in diesem Abschnitt.

b) Aus der Beschäftigung mit den Gesprächsphasen der homöopathischen Anamnese (s. Abschnitt 2.1.2) ist die Annahme abzuleiten, dass sich das homöopathische Gespräch anhand sprachlicher Merkmale in funktionell-definierte Phasen gliedern lässt. Eine Gliederung ist in einem Arzt-Patienten-Gespräch durch explizite oder implizite Orientierungs- und Strukturmaßnahmen wie Erläuterungen, Gliederungssignale und Fragestellungen zu erwarten. In der Berücksichtigung aller drei sprachlicher Handlungen wird daher zum einen versucht, Gesprächsphasen durch Beschreibung der spezifischen Frageformen gliedern zu können (sozusagen als *Orientierungsmaßnahme* für die Forschung) und zum anderen die genauen Strategien der Vermittlung der strukturellen Belange festzuhalten (z.B. im Wechsel von der Befragung körperlicher zu seelischer Beschwerden). Dies erfolgt im Rahmen der Analyse in Abschnitt 6. Die beiden dargestellten Aspekte – Form und Funktion – gehen im Gespräch Hand in Hand und bilden die Dynamik dieser ab. Zur genauen sprachlichen und funktionalen Kategorisierung der Frageformen werden nachfolgend besonders die Beiträge von Spranz-Fogasy (2010) sowie Deppermann und Spranz-Fogasy (2011) herangezogen. Damit wird ein methodisches Werkzeug für die Analyse zusammengefasst, das gezielte Bearbeitungen der Fragestellung erlaubt.

Die Autoren gliedern **Fragen** entsprechend ihrer syntaktischen Formen:

1. W-Fragen (WF) werden syntaktisch durch W-Fragewörter eingeleitet und deuten inhaltlich ein großes Wissensdefizit der Fragenden an. Der „Antwortraum [ist] offen“ (Spranz-Fogasy 2010: 50), und die Antwortenden erhalten in der Frage einen explizierten thematischen Zugang zum Frageinhalt. W-Fragen „dokumentieren [demnach] die mangelnde Bearbeitung bzw. ein Verständnisproblem“ (Spranz-Fogasy 2010: 53) und konzentrieren sich im medizinischen Kontext auf Modalitäten der Krankheiten und dem Verhältnis dieser zur Lebenswelt der Patientin bzw. des Patienten. Diese Fragestellung wird in der Homöopathie seit Hahnemann (vgl. 2012: §88) besonders hervorgehoben. Offene Fragen erleichtern den Einstieg und eine Erzählgestaltung und sollten daher behutsam von spezifischeren Nachfragen begleitet werden (vgl. Gordon 2003: 104 f.). In diesen Fragen erkennt Lalouschek (2005a: 199; orig. Hervorh.) die „*typischen Homöopathiefragen*“, die die Mehrschichtigkeit einer Krankheit einfangen.

2. V1-Fragen (V1-F) zeigen sich syntaktisch durch eine Verberststellung und sind funktional durch eine Vermutung der fragenden Person getragen, die aber „als ungewiss dargestellt“

(Spranz-Fogasy 2010: 54) wird. Die fragende Ärztin bzw. der fragende Arzt besitzt an dieser Stelle etwas Vorwissen über den zu erfragenden Sachverhalt bzw. dessen Modalitäten und trifft in der Fragestellung eine spezifische Auswahl an relevanten Inhalten. Als Antworten sind durch die geschlossene Frageform nur Ja-/Nein-Antworten „mit präferierter Zustimmungsoption“ (Spranz-Fogasy 2010: 50) zu erwarten. V1-Fragen signalisieren, dass die Fragenden die bisherigen Erläuterungen verstanden haben und „mittels der formulierten Polarität eine Annahme über die Antwort besitzen“ (Spranz-Fogasy 2010: 51).

3. Deklarativsatzfragen (DSF) schließlich werden auf Aussagesätzen aufgebaut und sind auch anhand der Intonation nicht von vornherein als Frage erkennbar (vgl. Spranz-Fogasy 2010: 50). Häufige Fragemarkierungen wie Rückversicherungspartikel haben zudem eher die Funktion, „die konditionelle Relevanz und die Zustimmungserwartung“ (Spranz-Fogasy 2010: 55) zu verstärken. Häufige Formen von DSF sind ratifikationssuchende DSF (s. Spranz-Fogasy 2010: bes. 62-67). Diese sollen durch *Wiederholung*, *Paraphrase* oder *Explikation* zu Antworten geleiten, die die Fokussierung durch den Arzt und den bisher erreichten Interaktionsstand absichern (s.a. Deppermann/Spranz-Fogasy 2011: 115), verbreitern oder fortführen. Während Wiederholungen wortident und Paraphrasen in umschreibenden Worten konstruiert werden, sucht die Explikation eine Generalisierung durch „Zusammenfassung, Deutung, Schlussfolgerung oder Abstraktion“ (Spranz-Fogasy 2010: 65).

Die Zustimmungspräferenz ist in DSF stärker ausgeprägt und sichtbarer als in V1-F, da von einer hohen zutreffenden Wahrscheinlichkeit ausgegangen wird. Aussagen bzw. Überzeugungen werden nur durch „unterschiedlich ausgeprägte Fragemarkierungen dann mehr oder weniger relativiert, aber nicht grundsätzlich aufgehoben“ (Spranz-Fogasy 2010: 51). Die fragende Person vermittelt mit DSF ein Verständnis für Vorangegangenes (in der Beschwerdenschilderung). Es findet also eine Bestätigung über den Angleich der Wissensbestände statt, die besonders durch Explikations-DSF vertieft werden.

Von diesen drei Fragetypen sind die WF und V1-F früh durch ihre syntaktische Konstruktion als Fragen erkennbar, bei DSF muss das nicht zwingend sein (vgl. Spranz-Fogasy 2010: 49). Auch in den Funktionen gibt es – wie dargestellt – Unterschiede. Spranz-Fogasy (2010: 60) dokumentiert in der Beschwerdenschilderung allopathischer Gespräche eine Reihenfolge von offenen zu geschlossenen Fragen, bzw. von W-Fragen über V1-Fragen zu Deklarativsatzfragen, die „Grade gesteigerten Verstehens bzw. gesteigerter Gewissheit“ markieren. Bei „psychosomatisch orientierten Ärzten“ (60) aber vermutet er häufigere Explikations-DSF, „mit denen

sie von der Sachebene auf die Ebene des psychischen Erlebens der Patienten wechseln“ (60). Dieser funktionale Wechsel wird in dieser Studie für die ersten beiden Gesprächsphasen überprüft (s. Abschnitt 6).

Ärztliche Fragen können, so Spranz-Fogasy (2005: 36-42), auch nach ihren funktionellen Bezügen zu Wissensbeständen untersucht werden. Er unterscheidet *Präzisionsfragen*, die auf Wort und/oder Inhaltsebene einen direkten Bezug zu Beschreibungen der Patientinnen bzw. Patienten haben und *Komplettierungsfragen*, die auf internen Wissensbeständen der Ärztin bzw. des Arztes basieren. Funktional betrachtet haben Präzisionsfragen weniger starke Einwirkungen auf die Rollenverteilung und Themenbestimmung als Komplettierungsfragen. Letztere „sind anders motiviert als Präzisionsfragen“ (Spranz-Fogasy 2005: 39) und sind zumeist so gestaltet, dass „nur kurze Antworten [...] möglich sind“ (Spranz-Fogasy 2005: 42). Da die Befragung in dieser Weise eher einem gedanklichen oder faktischen Fragekatalog folgt (s. Spranz-Fogasy 2005: 42), ist ein Vergleich mit der Phase der indirekten Befragung (s. Abschnitt 2.1.2) angebracht. Außerdem eignet sich diese Unterscheidung auch, um Vermutungen und interne Vorgänge der Ärztin bzw. des Arztes unabhängig von der syntaktischen Form zu untersuchen (s. o. *V1-Fragen*).

Der konditionellen Relevanz folgend bedingen Fragen **Antworten**. Anders als bisher angenommen, gleichen sich die Antwortlängen der Patientinnen und Patienten bei den drei verschiedenen Frageformen aus (vgl. Deppermann/Spranz-Fogasy 2011: 115). Qualitativ aber führen Fragen dazu, dass die Antworten der Patientinnen und Patienten beeinflusst bzw. geformt werden, d.h. aber auch, dass – wie es Muntigl und Hadic Zabala (2008) für die Psychotherapie festgestellt haben – durch die Art, wie Fragen gestellt werden, eine selbstreflexive Einstellung und Bearbeitung gefördert werden kann. Ein „expanding on personal experience“ (Muntigl/Hadic Zabala 2008: 188) führt im Weiteren zu einer Vertiefung der (eigenen) Wahrnehmung der Patientin und des Patienten in der jeweiligen Rolle. Es kann – darüber hinausgehend – angenommen werden, dass diese Selbstwahrnehmung durch „*collaborative interviews*“ (Hak/De Boer 1996: 94; orig. Hervorh.), d.h. einem dialogischen Vorgehen im Sinne der in Tabelle 1 vorgestellten Beziehungsmuster, die Patientenbeteiligung zugunsten einer Patientenzentriertheit stützt.

Als weitere Höreraktivität sind *Hörersignale* zu nennen, die „kurze sprachliche und nicht-sprachliche Äußerungen“ (Brinker/Sager 2010: 59) sind. Sie drücken Aufmerksamkeit aus oder

kommentieren mit Zustimmung oder Ablehnung und beanspruchen keine *Turnübernahme*, können diese aber vorbereiten (vgl. Linke/Nussbaumer/Portmann 1996: 269). In der Arzt-Patienten-Kommunikation, besonders in Erstgesprächen, signalisieren Hörsignale die Aufmerksamkeit, die Patientinnen und Patienten brauchen, um sich sicher zu fühlen und die Relevanz von dem Gesagten bewertet zu bekommen. So können sie – sofern die Hörsignale eindeutig zu interpretieren sind – ihre eigene Position im Gespräch finden und darauf aufbauend agieren. Umgekehrt können Ärztinnen und Ärzte feststellen, ob und wie ihre Empfehlungen oder Kommentare von der Patientenseite aufgenommen werden.

Sowohl auf Fragen wie auf Antworten können zur genaueren Bestimmung der Art der Beteiligung die *Ausdrucksklassen*, die Rehbein (1994: 152-154) vorstellt, genannt werden. Sie eignen sich besonders, um anhand sprachlicher Merkmale die dadurch erfolgende Handlung zu klassifizieren. So zeigen *generelle* bzw. *spezifische Benennungen* (vgl. Rehbein 1994: 152) Themen wie Krankheiten, Symptome und Modalitäten an. Besonders aus Sicht der Homöopathie sind Ausdrücke, die *Eindrücke*, *Emotionen* und *Bewertungen* (vgl. Rehbein 1994: 153) wiedergeben interessant. Sie lassen beispielsweise Verhältnisse innerhalb der Themenbereiche erkennen („Das Schmerzempfinden bei Symptom<sub>1</sub> ist schlimmer als bei Symptom<sub>2</sub>“) und geben Gewichtungen dieser wieder. Des Weiteren sind *Zeitangaben* („Aktualisierung des (Krankheits)Zustands“, Rehbein 1994: 153) und *Einstellungen zu Wissensinhalten*, die zur Illokution verweisen (vgl. Rehbein 1994: 155), festzuhalten. Zu ergänzen sind an dieser Stelle auch Maßnahmen, die Perspektivenwechsel bzw. *Perspektivierungen* ausdrücken und über *Empfehlungen* hinausgehen (vgl. für Beispiele Lalouschek 2013: 414 f. und 421 f.). In diesen Fällen nehmen Ärztinnen und Ärzte die Sicht vom Gegenüber ein und kritisieren die vermeintlich „eigenen“ Handlungen oder unterstreichen die Richtigkeit der Reaktion in bestimmten Aufgaben. So können sie die Patientinnen und Patienten zu Stellungnahmen, Korrekturen oder Bestätigungen bringen und die Patientenbeteiligung erhöhen.

Als Vorteil dieser groben Gliederung für die Gesprächsanalyse ist zu nennen, dass spezifische Stichworte und Phrasenkonstruktionen Kategorisierungen zulassen. Werden diese im jeweiligen Mikro- und Makrokontext gelesen, kann sehr viel über die jeweilige Situation ausgesagt werden.

Im Falle der Homöopathie muss zusätzlich zu bisher Vorgestelltem mit weiteren Phänomenen gerechnet werden, die im Frage-Antwort-Komplex konstruiert werden: Das Schaffen von Frei- und Erzählräumen für die Patientinnen und Patienten, intime Fragestellungen und das Nachfragen durch Reformulierungen, die andere Perspektiven auf einen Sachverhalt ermöglichen.

### 3.1.3.2 Prozessierung von Anliegen und Beschwerden

Wie in Tabelle 1 („Nennung des Leitthemas“) erwähnt, sind Anliegen an die Patientenbeteiligung gekoppelt. Allerdings gehen die Autorinnen und Autoren dieses Modells nicht genau darauf ein und auch die Relevanz innerhalb dieser einen Phase bleibt wenig konkret. Lalouschek (2013) konnte aber systematische Zugänge freilegen und die (unterschätzte) Relevanz von Anliegen hervorheben. Daher wird nun der große Komplex der Anliegen- und Beschwerdendarstellung und –prozessierung möglichst knapp, aber in Übereinstimmung mit der Literatur bearbeitet:

Die **Anliegensdarstellung** und **Anliegensklärung** verweist sehr deutlich auf die Form der Patientenbeteiligung, sei sie besonders patientenzentriert oder – im Falle einer späten oder ignorierten Anliegensbearbeitung – exkludierend realisiert (s. *Beteiligungsmuster* in Tabelle 1).

Anliegen werden bei Becker-Mrotzek und Brünner (2007: 665) als „interaktiv zu bearbeitende Handlungswiderstände“ erfasst. Einem Widerstand geht ein Problem einer Sprecherin bzw. eines Sprechers voraus, das – bei entsprechender Kompetenz – durch das Gegenüber bearbeitet und gelöst werden kann. Analytisch erfassbar werden sie durch eine Dreiteilung in *Thema* (das faktische Problem), *angestrebte Handlung* (der beim Gegenüber zu erwirkende Effekt) und in die *kommunikative Form* (Handlungstyp).

Durchaus vergleich- aber nicht vollständig übernehmbar, hält Lalouschek (vgl. 2013: 372) ebenfalls drei Elemente fest, die Anliegen mit sich bringen. Diese werden hier speziell im medizinischen Kontext betrachtet und bleiben daher für diese Studie relevant: Die *Gründe für den Arztbesuch* (Hauptgrund ist das *chief complaint*), den *Grad des Wunsches sich zu beteiligen* und die *Erwartungen an das Gespräch*. Das Anliegen kann auch ein „pflichtgemäßes“ Einhalten eines Kontroll- oder Folgetermins sein oder den Wunsch nach einer Schmerzlinderung anzeigen. Dies gilt auch für das *chief complaint*, das eben nicht mit dem Hauptsymptom einer Krankheit zusammenfallen muss. Der Hauptgrund kann daher auch „nur“ dem Informationsgewinn oder einem (beruhigenden) Austausch entsprechen und muss nicht von sich aus konkrete Therapiemaßnahmen als Ziel haben. Der Grund für den Arztbesuch kann aber auch über die **Be-**

**schwerdenschilderung** artikuliert werden, ist aber nicht allein auf diese beschränkt. Dass Patientinnen und Patienten ihre Anliegenendarstellung häufig auf der Beschwerdenexploration aufbauen (vgl. Lalouschek 2013: 427) und nur auf der Oberfläche die Symptomschilderung betonen, muss sowohl von Arztseite erkannt als auch in der Analyse von Gesprächen festgehalten werden.

Anliegen verweisen nicht direkt auf die Patientenbeteiligung, doch in der Form der Annahme und Bearbeitung dieser durch die Ärztin bzw. den Arzt wird „unmittelbar die Bereitschaft bzw. auch die Kompetenz zur Patientenbeteiligung“ (Lalouschek 2013: 375-376) angezeigt.

Auf sprachlicher Ebene müssen die Anliegen weder an erster Stelle genannt, noch klar oder explizit formuliert werden (vgl. bes. Lalouschek 2013: 378-383). Für die allopathische wie homöopathische Konsultation stellt Ruusuvoori (2005a: 127) jedoch fest, dass Patientinnen und Patienten die Anliegen als schwerwiegend bezeichnen, indem sie „extreme case formulations, upgrades, and other methods to argue their point“ verwenden. Besonders die Homöopathie „overtly integrate[s] emotional and social aspects“ (Ruusuvoori 2005a: 127) in der Anliegenendarstellung. Die Anliegen gehen also auch über messbare medizinische Faktoren hinaus, die in der Homöopathie<sup>20</sup> miteinbezogen werden müssen, um ein Gesamtbild zu erlangen. Lalouschek (2013: 378) betont hierbei jedoch, dass es auch vom Erfahrungsgrad der Patientinnen und Patienten mit der homöopathischen Anamnese zusammenhängt, inwieweit die Nennung der Anliegen bereits bewusst ganzheitlich formuliert wird und dabei über körperliche Beschwerden hinausreicht.

Für die Homöopathie kann weiters angenommen werden, dass das Anliegen durchaus als tief mit der Krankheit verwurzelt verstanden werden kann und den Ärztinnen und Ärzten Aufschlüsse über das Gegenüber als Ganzes gibt. Eine Annäherung in Phasen sowie das schichtweise Abfragen (Kopf-Fuß-Schema, mit Ergänzungsfragen im Bereich der Psyche, dem Sozialen usw.) kann dann nicht nur der Symptombeschreibung dienen, sondern der Anliegenendarstellung auch zusätzlichen Raum zur reinen Eröffnungsfrage nach dem Grund für den Besuch bieten.

Findet eine initiale Anliegenklärung statt, so erhält die Patientin bzw. der Patient einen Freiraum körperliche *und* „emotionale, psychologische und soziale Aspekte“ (Lalouschek 2013: 425) seiner Anliegen zu formulieren. Aus homöopathischer Sicht enthalten Anliegen also ein

---

20 Vgl. die Einbindung von psycho-sozialen Aspekten in der ganzheitliche Medizin Lalouschek 2005a (bes. 106-121) und für die Psychoanalyse besonders aus Arztperspektive Peräkylä, Ruusuvoori und Lindfors 2007 (132-138).

höchst informatives Bündel an persönlichen Einstellungen zur Krankheit, dem Heilungsweg und den sozialen Verflechtungen. Deswegen sind sie auch in dieser Studie so wichtig.

Mit Lalouschek (2013) wird nicht nur die Relevanz der Anliegen festgehalten, sondern auch eine Trennung von Anliegenklärung und **Beschwerdenexploration** vorgeschlagen. Beide Phasen wurden in der bisherigen Forschung als verbunden betrachtet (s. Abschnitt 2.1.2), obwohl sie inhaltlich wie funktional unterschiedlicher Gestalt sind.

Die Nennung der Beschwerden in Form der Symptombeschreibung deckt sich zwar, wie zuvor dargelegt, möglicherweise mit der Anliegensdarstellung. In jedem Fall geben sie aber medizinisch verwertbare Hinweise zur Arzneimittelfindung bzw. Therapie der Patientinnen und Patienten. „Arzt und Patient haben dabei ein unterschiedliches Wissen und beurteilen die einzelnen Beschwerdesachverhalte [...] anders“ (Spranz-Fogasy 1990: 148), was sich auch in den Vorstellungen über Gesprächsinhalt und -gestaltung widerspiegelt. Aus funktionaler Sicht verarbeitet dieses Muster weiters zwei „komplementäre Aufgaben: Schilderung und Exploration“ (Spranz-Fogasy/Lindtner 2009: 154). Diese beiden Bestrebungen ergänzen einander, entsprechen aber unterschiedlichen Handlungen und müssen in Folge auch so behandelt werden.

Für die homöopathische Anamnese betrifft das Fach- und Laienwissen nicht nur ein „Wissen“ über die Krankheiten, sondern auch über die Relevanz der Zusammenhänge verschiedener Symptome, die ein gewisses Krankheitsbild besser verstehen lassen. Patienten müssen darauf hingewiesen werden, dass sie so viel wie möglich über ihr Befinden erzählen sollen. Dies erfolgt eben nicht, wie schon in Abschnitt 2 ausgeführt, regellos, sondern – dem theoretischen Konzept zufolge – bewusst geführt und reglementiert.

Eingeleitet wird die Phase der Beschwerdenexploration durch eine „ärztliche Erzählaufforderung“ (Lalouschek 2005a: 110), die einen betonten Rollenwechsel ermöglicht: Ärztinnen und Ärzte gehen bewusst in die Zuhörerrolle, die sie nur kurz für Nachfragen verlassen. Patientinnen und Patienten sollen so die Sicherheit erhalten, die sie für eine freie Erzählung ihrer Beschwerden brauchen. Die darin enthaltene „Rechte- und Pflichtenverteilung“ (Spranz-Fogasy/Lindtner 2009: 154) ist auch „hinsichtlich der sozialen Beziehungen“ (Spranz-Fogasy/Lindtner 2009: 154) gültig, womit auch die Beziehungsform und ihre Intensität im Kontext der Patientenbeteiligung gemeint ist.

Nach der ärztlichen Frage und der Beschwerdedarstellung der Patientin bzw. des Patienten folgt „the professional's suggestion to start the verbal or physical examination“ (Ruusuvaori 2005a: 125). Diese Dreigliederung gilt für die Allopathie wie für die Homöopathie. Dabei un-

terscheidet Spranz-Fogasy (vgl. 1990: 148-151) zwischen einem patientengeleiteten und dem wissensgeleiteten Konzept: Patientengeleitet ist, wenn die Schilderung der Patientin bzw. des Patienten – „oft sogar wortwörtlich“ (Spranz-Fogasy 1990: 148) – aufgegriffen wird, während die wissensgeleitete Herangehensweise das Fachwissen der Ärztin bzw. des Arztes abrufte und – davon abhängig – das Gespräch weiter gestaltet.

Die letzte Phase dehnt sich in der homöopathischen Anamnese weiter aus, da Patientinnen und Patienten öfter gefragt werden, ob sie „anything to add“ (Ruusuvoori 2005a: 131) haben, wissend, dass dies zu detaillierteren Informationen führt, die sogar zu einer erfolgreicherer Einbindung von „patient-centered styles of interaction“ (Ruusuvoori 2005a: 131) führen können. Die Patientenbeteiligung spiegelt sich folglich auch in der Art, wie die Beschwerdenschilderung eingeleitet, begleitet und verarbeitet wird.

In der Analyse (Abschnitt 6) wird die Beschwerdenexploration konkret durch die Fragestellungen in der Eröffnungssequenz und weiterer Gesprächsphasen, wie der des Kopf-Fuß-Schemas, betrachtet.

Beschwerdenschilderung, -bearbeitung und -exploration stellen zusammenfassend unterschiedliche Aufgaben dar, die in ebensolcher Weise bearbeitet werden müssen. Zusammen mit der Anliegen-darstellung und -bearbeitung können Formen der Patientenbeteiligung festgestellt und rückwirkend im Detail besprochen werden (z.B. für Trainingsmaßnahmen). Weiters hat die erwähnte linguistische Literatur deutlich hervorgehoben, dass zwar die institutionellen Rollen im medizinischen Gespräch vorgeschrieben sind, die Akteure diese also auch mehr oder weniger bewusst wahrnehmen und ausfüllen. Den persönlichen Anliegen, dem Vorwissen der Patientinnen und Patienten und der Art der Krankheit muss aber Rechnung getragen werden muss, um akuten, besonders aber chronischen Krankheiten dauerhaft konstruktiv begegnen zu können. Gerade in holistischen Heilkonzepten, wie es auch das der Homöopathie ist, gilt dies umso mehr, da persönlich-emotionale Aspekte, wie Öffnung gegenüber der Ärztin und dem Arzt, Motivation und Bereitschaft zu gesunden, angesprochen werden sollen, um Heilung (dauerhaft) zu erwirken.

### *3.1.3.3 Vertrauensmaßnahmen, Empathiebekundungen und Emotionen*

In Tabelle 1 ist diese Komponente durch „Emotionale Ausdrücke“ vertreten, benötigt aber wegen der knappen Charakterisierung eine tiefergehende Betrachtung.

Hahnemann verlangt von Ärztinnen und Ärzten „vorurtheillose [sic] Beobachter“ (Hahnemann 2012: §6) zu sein, d.h. möglichst „offen“ den Patientinnen und Patienten gegenüberzu-

stehen bzw. *beizustehen*. Urteile können kaum verhindert werden (vgl. Souter 2006: 241), dennoch sind Maßnahmen möglich, um das Gegenüber in den Gesprächsprozess in dieser Weise einzubinden und **Vertrauensmaßnahmen** zu setzen. An äußeren Handlungen sind zunächst die räumlichen Gegebenheiten an das Gespräch anzupassen. Köhler (2008: 54) empfiehlt für eine entspannte Atmosphäre zu sorgen, die keinen Zeitdruck vermittelt. Zudem ist eine gewisse Nähe zu den Patientinnen und Patienten verlangt, die aber nicht an Professionalität missen darf und einen nötigen Abstand wahrt.

Bezogen auf die inneren Handlungsweisen ist Mattitschs (1993: 3) Ausdehnung des Simile-Prinzips auf das eigene Verhalten erwähnenswert, wodurch ein Ähnlich-Sein mit der Patientin bzw. dem Patienten als Ausgang genommen wird, um erst darauf den „Prozeß des Verstehens und Sich-Verstanden-Fühlens“ bauen zu können. Zu vergleichen ist hier die definitorische Unterscheidung von Empathie und Sympathie (vgl. Ruusuvoori 2005b). Erstes meint ein Kennen der Erfahrungen durch – distanziertes – Verstehen, während zweites ein tatsächliches Teilen des Erlebten bezeichnet. Wie Ruusuvoori in einer vergleichenden Studie von allopathischen und homöopathischen Gesprächen feststellt, drücken **Empathiebekundungen** ein Verstehen der von der Patientin bzw. dem Patienten erzählten Erfahrungen aus, ohne sie aber durch Erzählungen der Ärztin bzw. des Arztes zu „überschreiben“ (im Rahmen einer Sympathiebekundung). Letzteres wird patientenseitig kaum angenommen, wird dabei doch die Rollenverteilung verschoben und das Erzählen der Ärztin bzw. dem Arzt überlassen. Das kooperative Erzählen (s. Koerfer/Köhle 2007: 632) wird also vollständig blockiert.

Schließlich, wie in Tabelle 1 schon angedeutet, finden sich im ärztlichen Gespräch auch **Emotionen** wieder. In der homöopathischen Anamnese können Emotionen in Form von stärkeren emotionalen Ausdrücken besonders zu erwarten sein, da durch die grundlegende Einbindung der (inneren) Erlebniswelten von Patientinnen und Patienten Themen besprochen werden, die nicht in allen medizinischen Gesprächen zu erwarten sind. Fiehler nennt Emotionen und Gefühle treffend „spezielle Formen des *Erlebens*“ (Fiehler 1990: 41; orig. Hervorh.). Emotionen drücken zudem Bewertungen aus, die regelhaft in Prozessen bearbeitet werden (ebenso, wie es auch für Anteilnahmuster gilt, vgl. Fiehler (1990: 50 f.)). Fiehler (1990: 44-48) stellt diese in einer sich entwickelnden Reihe vor, betrachtet aber nur die (reagierende) Arztseite: Zunächst (1) manifestiert sich die Emotion, woraufhin diese (2) gedeutet und (3) prozessiert wird. In dieser dritten Stufe kann die Emotion näher hinterfragt und prozessiert werden, oder sie wird übergangen und ignoriert. Der vierte Schritt, die (4) Prävention, fällt aus dem Prozessgesche-

hen insofern heraus, als dass sie eher als Option, anstatt eines Schrittes innerhalb eines Prozesses verstanden werden sollte. Die (5) Regulation betrifft schließlich die Bearbeitung der Emotionen im Sinne einer Angemessenheit, da sie „in weiten Bereichen sozial vorgegebenen Emotionsregeln“ (Fiehler 1990: 46) folgen. Für die Homöopathie von hervorragender Wichtigkeit ist, dass sowohl die Manifestation wie auch „die systematische Nichtmanifestation von Emotionen auch als Symptom von Krankheit“ (Fiehler 1990: 46) interpretiert werden kann. Obwohl Fiehler so tief in Darstellung und Bearbeitung von Emotionen im ärztlichen Gespräch eingedrungen ist, muss der Kritik an der psychosomatischen Medizin widersprochen werden, diese könne „dem *individuellen* Erleben (von Krankheit) keine Beachtung schenken“ (Fiehler 1990: 63; orig. Hervorh.). Nicht nur *muss* die Homöopathie, als eine Vertreterin des psychosomatischen Krankheits- und Heilungsverständnisses, *besonders* das Individuelle in der Krankheits-schilderung bzw. im emotionalen Ausdruck berücksichtigen, weil die *individuelle* Arznei gesucht wird (nicht die Krankheitsdiagnose). Auch tut sie dies in ganz praktischer Weise, indem sie die ganz *eigenen* Erfahrungen und Einstellungen (im Sinne einer Bewertung, s.o.) erfragt und damit provoziert. Welche Mechanismen es hierzu auf Mikroebene geben kann, soll in der Analyse (Abschnitt 6) untersucht werden. Auf Makroebene aber zeigt schon die Phasenstruktur ein solches Vorgehen an, da hier in handelnder und funktionaler Weise auf verschiedenen Wegen eine Annäherung an das *Individuum* gewagt wird.

Begegnen sich Patientinnen bzw. Patienten und Ärztinnen bzw. Ärzte partnerschaftlich, was zu „zufriedenere[n] Patienten“ (Thompson 2001: 76) führt, ist ein „Wir“ etabliert, das sich auch sprachlich als dieses zeigen kann (vgl. Chatwin et al. 2007: 95). Zudem werden im Einbezug der Patientinnen und Patienten ihnen Möglichkeiten zum Selbstmanagement in die Hände gegeben und gleichzeitig die Lebensumstände und Werteinstellungen und Präferenzen berücksichtigt (s. Michaud/Davis/Gaines 2007: 444; vgl. a. Holman 2005: 266; Haskett: 2006; Redman 2008).

Tatsächlich ist die Konstruktion und der Erhalt des Partnerschaftlichen für die Homöopathie höherwertig als für die Allopathie, wo dies „less of a functional role“ (Chatwin et al. 2007: 99) ist, da die Homöopathie innerste, möglicherweise tiefsitzende Erfahrungen teilen *muss*, um dem Heilungsauftrag nach ihrer eigenen Prägung und Definition nachkommen zu können.

#### 3.1.3.4 Orientierungsmaßnahmen und Vorwissen

Grundsätzlich gilt, dass Patientinnen und Patienten umfassend über das Vorgehen der Behandlung informiert werden sollten, um „einer aktiven Patientenrolle als Ko-Produzenten“

(Müller-Mundt 2005: 211) folgen zu können. Besonders ist dies für die hier oftmals erwähnten Unterschiede im öffentlichen Wissensdiskurs über die Homöopathie gültig, da dort weder Krankheits- noch Heilungsverständnis so bekannt sind, wie es das Vorgehen in der allopathischen Anamnese ist. Außerhalb der Homöopathie sieht Spranz-Fogasy (2010: 45) die **Orientierungsmaßnahmen** „als fakultative, aber nichtsdestotrotz empirisch regelmäßige“ Handlungen an. Orientierungsmaßnahmen über den Gesprächsablauf, die Handlungsziele und den Ausgleich der Präferenzen (vgl. Abschnitt 3.1.2, Beziehungsmuster und *(shared) decision-making*) haben, ähnlich wie Fragen, den Effekt, Wissensbestände abzugleichen. Außerdem, so hält Nowak (2010: 296-301) fest, können Orientierungsmaßnahmen einem verstärkten Einbezug der Patientinnen und Patienten dienen, und im weiteren die Patientenbeteiligung erhöhen. Der Metastudie von Nowak (2010) folgend, können bis zu vier Handlungstypen in Form von Orientierungsmaßnahmen festgestellt werden: Die Orientierung (1) zu Beginn, (2) bei einzelnen Gesprächsabschnitten, (3) bei Ausschluss der Patientinnen bzw. Patienten<sup>21</sup> und (4) am Gesprächsende (vgl. a. Lalouschek 2004: 152). Ein Fehlen von Orientierungsmaßnahmen kann zur „Chaotisierung des Gesprächsverlaufes“ (Nowak 2010: 299) und zu patientenseitiger Unzufriedenheit führen. Dies deckt sich mit den Ergebnissen von Lalouschek (2013: 424f.; vgl. a. Abschnitt 3.1.3.2), die auch in der initialen Anliegenklärung einen orientierenden Charakter erkennt, da dort das Eingehen auf die Anliegen eine erste thematische Grenzziehung erlaubt und auf Erwartungshaltungen reagiert werden kann. Wie Koerfer und Köhle (2007: 630) ausführen, ist in der Eröffnungsphase eine Kooperation der Beteiligten notwendig, da hier noch nicht bekannt ist „was denn wie und in welchem Umfang gesprächsrelevant sein soll“. Chatwin (2008: 247) bestätigt diese Gedanken in Hinblick auf die homöopathische Anamnese. Gerade wenn diese Orientierung nicht erfolgt, können schwerwiegende Probleme entstehen. Die homöopathische Anamnese enthält, so Lalouschek (2005a: 116), eine charakteristische Orientierungsphase, die besonders für Patientinnen und Patienten wichtig wird, die „vorwiegend mit der schulmedizinischen ärztlichen Gesprächsführung vertraut sind.“ (Lalouschek 2005b: 63). Deswegen wird in vorliegender Studie dieser Aspekt auch in der Analyse (Abschnitt 6) geprüft.

Auf sprachlicher Ebene steht die Orientierung im Rahmen einer thematischen Kohärenzbildung, im Gegensatz zu „Kohäsionsmakierungen“ (s. Deppermann 2008: 64), die Äußerungen

---

21 Dieser Aspekt wird wegen anzunehmender fehlender Relevanz in gegenwärtigen Gesprächen nicht weiter behandelt (s. dazu Nowak 2010: 297).

miteinander verbinden. Mit der „thematischen Orientierung“ (Brinker/Sager 2010: 13) wird die Bildung von Zusammenhängen in geteilten Gesprächsobjekten und –themen und von Einheiten impliziten Wissens bezeichnet. Letzteres erfolgt durch deiktische Verweise bzw. Gesten (vgl. Brinker/Sager 2010: 13). In jedem Fall sprechen Kohärenzverbindungen aber ein „spezifisches *Hintergrundwissen* über typische und erwartbare Zusammenhänge“ (Deppermann 2008: 64; orig. Hervorh.) an, das zur Deutung notwendig ist. Dabei findet eine lexikalische Zuordnung von Bekanntem im Vorwissen statt, das unmittelbar aufeinanderfolgend oder über längere Sequenzen hinweg evoziert werden kann (vgl. Sacks 1972: 332). Kohärenzkonstruktionen folgen daher in Frage-Antwort-Paaren einer Regelmäßigkeit, die besonders bei Rückfragen deutlich hervortritt, da dort das Thema der Kohärenz angesprochen wird (s. Sacks 1987).

Die Beschränkung des Blickes auf syntaktische oder prosodische Merkmale, die Orientierungsmerkmale sein können, möchten Fiehler et al. (2004) aufheben. Gesprächsteilnehmer erkennen demnach das als „Einheit [...], dem sie eine Funktion im kommunikativen Handeln zuschreiben können“ (Fiehler et al. 2004: 203). Dies hat zur Folge, dass „[j]e mehr an gemeinsamen Wissen vorhanden ist, desto weniger [...] tendenziell sprachlich (verbal und nonverbal) expliziert werden [muss]“ (Fiehler et al. 2004: 210), sodass häufig das Auslassen bzw. die „Elliptizität gesprochener Sprache“ (Fiehler et al. 2004: 210) dennoch auf ein Verständnis der funktionalen Einheiten verweist.

In dieser Studie wurde immer wieder auf die unterschiedlichen **Wissensstände** von Ärztinnen bzw. Ärzten und Patientinnen bzw. Patienten hingewiesen. Diese Unterschiede ergeben sich nicht nur aus dem „natürlichen“ Experten-Laien-Wissensgefälle, das sich schlichtweg aus der ärztlichen Ausbildung, die patientenseitig eben nicht (zwingend) vorhanden ist, ergibt. Gerade im Bereich der „Alternativmedizin“ müssen auch kultur-historische Gegebenheiten berücksichtigt werden, zudem „kulturell verbreitetes Hintergrundwissen [...] zur Kohärenzstiftung herangezogen wird“ (Deppermann 2008: 65). In Österreich wäre dies – aus diskurs-historischer Sicht – im Rahmen der flächendeckenden Einführung von Krankenkassen zu betrachten, die die Allopathie über alle anderen Zugänge (z.B. a. die sog. *Volksmedizin*) stellte (vgl. Leprich 2013). Eine genaue Analyse dieser diskursiven Wissensbestände wäre sicherlich lohnenswert, kann aber nicht im Rahmen dieser Studie vollzogen werden. Aus sprachwissenschaftlicher Sicht lässt sich festhalten, dass in medizinischen Gesprächen einerseits auf das beidseitig vorhandene Wissen zugegriffen wird, zugleich aber ständig auch neues Wissen konstruiert wird und dieses deswegen auch im kommunikativen Prozess bearbeitet werden muss.

Löning (1994: 98) führt dazu aus: „Eine vollgültige Verständigung der Aktanten umfasst [...] beide Anteile des Wissens“. Interaktive sprachliche Handlungen werden daher von den teilnehmenden Personen im (geteilten) Wissen um bisherige Gesprächsinhalte, der aktuellen Situation und der noch zu bewältigenden Aufgaben getragen (vgl. Deppermann 2010: 7). Dieses (intersubjektive) Wissen, so Deppermann (2010: 7) weiter, wird durch (subjektive) Hypothesenbildung über „Intentionen und Erwartungen und [...] Wissensvoraussetzungen“ des Gesprächspartners erstellt. So entwickeln sich aus mentalen Vorgängen sprachliche Folgen wie „Nachfragen, Korrekturen, Präzisierungen, Erläuterungen etc.“ (Deppermann 2010: 13). Die wechselseitige Abhängigkeit tritt hier deutlich zutage. Eine Verschränkung der Beziehungsmuster mit dem Konzept der Patientenbeteiligung ist durch Unterstreichung der Wichtigkeit von *dialogischen* Vorgängen, die auf der Wechselhaftigkeit basieren, möglich.

### 3.2 Chronische Krankheiten

Diese Studie bedient sich Gesprächsdaten, die Patientinnen mit chronischen Beschwerden in den Fokus der Anamnese stellen. Chronische Krankheiten sind (inzwischen) die hauptsächlichen Gründe für einen Arztbesuch, sie werden – in der Allopathie – selten vollständig geheilt und sie sind gleichzeitig die häufigste Todesursache (vgl. Dowrick et al. 2005: 1f.; Coleman et al. 2009: 75). Zudem sind, wie Holman (2005: 265f.) ausführt, Diagnosen von chronischen Krankheiten häufig ungenau bzw. unbestimmt<sup>22</sup>. Zur selben Zeit aber haben Patientinnen und Patienten mit chronischen Krankheiten einen erhöhten Bedarf an Informationen (s. Holman 2005: 266) und ein verstärktes Interesse an der (nachhaltigen) Therapie und Bewältigung der Krankheit (s. Lalouschek 2013: 377). Darüber hinaus stehen diese Patientinnen und Patienten im Alltag vor gewaltigen Aufgaben (vgl. Redman 2008: 19), die die „spezielle[] Dynamik“ (Lalouschek 2013: 359) chronischer Krankheiten mit sich bringen: Sie müssen (1) medizinisch bzw. therapeutisch auf die Krankheit reagieren, (2) zumeist weiterhin im Familien- und Arbeitsleben aktiv sein und (3) ihre Zukunftspläne an den Krankheitsverlauf anpassen und mit „daraus resultierenden Frustrationen, Wut und Depression“ (Redman 2008: 19; vgl. a. Holman 2005: 266) umgehen lernen.

Wie in Abschnitt 2.1.2 dargestellt, reagiert die Homöopathie auf die Problemstellung einer chronischen Krankheit mit Erweiterung des Phasenmodells, wodurch unterschiedliche Perspektivierungen auf die Patientinnen und Patienten ermöglicht werden, die diese Krankheiten mit sich bringen. Eine „*aktive Partizipation*“ (Koerfer/Köhle/Obliers 1994: 64; orig. Hervorh.)

---

<sup>22</sup> Vgl. Holman (2005: 266): „Uncertainty is common“.

der Patientinnen und Patienten ist dabei dringend notwendig, um die vielfältigen Aufgaben bearbeiten zu können.

Chronische Krankheiten stehen zum Menschen in einer „speziellen Dynamik“ (Lalouschek 2013: 359), die sich im Krankheitsbild, dem Umgang der Patienten und dem des sozialen Umfeldes widerspiegelt. Patientinnen und Patienten mit chronischen Krankheiten bringen eher Erfahrungen mit medizinischen Institutionen und Fachbegriffen mit sich, haben aber gleichzeitig einen „hohen Bedarf an Unterstützung in der komplexen Versorgungssituation und beim Umgang mit den Krankheitskonsequenzen“ (Lalouschek 2013: 361). Die Anforderungen an die Ärztin bzw. den Arzt sind deswegen nicht nur auf die Findung einer Arznei, die unterstützend oder vollständig heilend wirkt, beschränkt, sondern betreffen auch den Kommunikationsvorgang in der Tiefe, d.h. durch empathisches Vorgehen, Zeigen von Aufmerksamkeit u.ä.. Damit besteht bei chronischen Krankheiten bereits die Vorbedingung einer hohen Patientenbeteiligung, die durchaus selbstbestimmt durch die Patientinnen und den Patienten erfolgen kann. Nach Thompson (2007: 57) ist ein vermehrter Drang zu selbständig-gefassten Entscheidungen (*Autonomous decision-making*) durch die Patientinnen bzw. den Patienten wahrnehmbar, da das Wissen über das eigene Befinden und die Krankheit ihn sich (scheinbar) über die Ärztin bzw. den Arzt erheben lässt.

Patientenanliegen sind bei chronischen Krankheiten nicht auf die Diagnose und darauf konzentrierte Behandlungsformen reduziert, sie „können auch weit darüber hinausgehen“ (Lalouschek 2013: 372). In der thematischen Bearbeitung des persönlichen, familiären, beruflichen und sozialen Umfeldes – so wie es die Homöopathie vorschlägt – kann auf die besondere Situation eingegangen werden. Ein höherer Grad an Patientenbeteiligung zeigt sich aber nicht nur im Einbinden von faktenbezogenen Informationen, sondern auch in der Berücksichtigung der Emotionen, beispielsweise durch Empathiebekundungen. Deswegen wird in der Analyse auch auf diese Komponente (s.a. Tabelle 1) Bezug genommen werden müssen.

Abschließend sei – in Verbindung mit den Erkenntnissen aus Abschnitt 2 – noch betont, dass die Berücksichtigung psychisch- und sozial-relevanter Empfindungen nun in einem neuen Licht erscheint: Chronische Schmerzen, die sich zu Krankheiten entwickeln können (s. Müller-Mundt 2005: 63), wirken sich nicht nur physisch aus, sondern belasten auch Psyche, familiäre sowie andere soziale Netzwerke (vgl. Müller-Mundt 2005: 62-67; 210). Die Bearbeitung dieser Themenfelder, die in der Homöopathie ja systematisch erfolgt, dient der Erschaffung und Pflege einer Vertrauensbasis, der Anliegenprozessierung und in Folge auch der Pflege der

Patientenbeteiligung. Damit ist dieses Konzept im homöopathischen System strukturell bereits verankert.

### 3.3 Zusammenfassung: Patientenbeteiligung und Homöopathie

Patientenbeteiligung tritt aus den vorhergehenden Beobachtungen als wechselseitig konstruiertes, aber individuell vor und während dem Gespräch geformtes und ausgehandeltes *dynamisches* Beziehungsgeflecht hervor. Dieses wird durch Bearbeitung von bestimmten Komponenten, von denen einige hier als besonders für die Homöopathie zutreffend vorgestellt wurden, durch die Teilnehmerinnen und Teilnehmer konstruiert, aber auch durch konzeptuelle Vorgaben der jeweiligen Heilmethode bestimmt.

Wie schon Abschnitt 2 als ein Ergebnis hervorbrachte, besteht das Konzept der Patientenbeteiligung in der Homöopathie in der Weise, dass sie Patientinnen und Patienten einbeziehen *muss*, um ihre Konzepte von Leib und Heilung verwirklichen zu können. Es ist aber auch deswegen diesem System inhärent, weil die Patientinnen und Patienten in einer sich abwechselnden Weise durch das Gespräch geführt werden müssen, sie aber selbst innerhalb der Strukturen eigene Gestaltungsbeiträge setzen sollen. Letzteres betrifft besonders die Erzählvorgänge, die eben nicht in einer einfachen Beschwerdenschilderung manifestiert werden, sondern innerste, subjektive Zugänge zutage bringen sollen. Eine Anamnese nach homöopathischen Grundstrukturen kann folglich gar nicht anders als die Patientinnen und Patienten in Beziehungsmodellen einzubeziehen (s. Tabelle 1), die eine strukturelle Orientierung und Führung gewährleisten und aber auch dialogische Rahmenbedingungen schaffen, die patientenzentrierte Erzählungen zulässt. Ob eine Eingrenzung in Beziehungsmustern aufgrund erwähnter Dynamik überhaupt sinnvoll ist und wie die einzelnen Komponenten realisiert werden, soll schließlich die Analyse in Abschnitt 6 klären.

## 4. Methode

Diese Studie orientiert sich methodisch an der deutschsprachigen linguistischen Gesprächsanalyse, und – im Besonderen – an den methodischen Zugängen, die durch Deppermann (2008) und Brinker und Sager (2010) gelegt wurden. Diese Analysemethode ist im deutschsprachigen Raum in den 1960-70er Jahren aus der Ethnomethodologie bzw. *conversational analysis* erwachsen (vgl. Einführungen von Linke/Nussbaumer/Portmann 1996: 258; Brinker/Sager 2010: 15-19). Eine methodologische Erweiterung der Gesprächs-, Text- und

Diskurslinguistik um kontextuell relevante Interaktionsmechanismen und andere Phänomene wurde besonders durch die Arbeiten des *Wiener Kreises* initiiert (vgl. bes. Wodak/Menz/Lutz/Gruber 1985) und auf die Forschung um die Arzt-Patienten-Kommunikation ausgeweitet (s. Lalouschek/Menz/Wodak 1990; Menz 1991: bes. 15 f.). Interdisziplinarität und Selbstreflexivität, die in einer historischen, soziologischen und sprachlichen Analyse münden, bilden daher einen methodischen Hintergrund dieser Arbeit<sup>23</sup>.

Nachdem weiters auch Deppermann (2008: bes. 10 f.) und Sator (2011: bes. 55-57) für ein Einbinden des Kontexts der Gespräche plädieren – sofern dieses Wissen „so weit wie möglich als Manifestationen im Gespräch selbst sichtbar“ (Sator 2011: 56; orig. Hervorh.) gemacht werden kann –, folgt auch diese Untersuchung (eingeschränkt) dieser Vorgabe<sup>24</sup>. Zwar werden neben den Gesprächen keine weiteren Informationen direkt von den Patientinnen ethnographisch gesammelt, da dies, besonders aufgrund der intimen Gesprächssituationen, weder förderlich noch für die Forschungsfrage sinnbringend ist; es wurden dennoch Spezifika wie Geschlecht und Alter erhoben sowie ergänzendes Wissen der Ärztin herangezogen (bspw. Orthographie und Funktion der genannten Medikamente).

Das Vorgehen dieser Studie ist induktiv und datengeleitet, woraus sich – in Verbindung mit dem Vorwissen aus Vorstudien – eine spezielle Fragestellung entwickelt hat. Dies entspricht zum einen der Präferenz der gesprächsanalytischen Methode (vgl. bspw. Deppermann 2008: 18-20; Brinker/Sager 2010: 23) und zum anderen lässt dies Erkenntnisse und Zusammenhänge erscheinen, wie sie zuvor nicht erdacht werden konnten. Ziel ist es so Typisierungen und Strukturierungen anhand konkreter Ereignisse (z.B. in Frageformen und -themen) festmachen zu können

Auch ist – in Hinblick auf diskursanalytische Prinzipien, die hier speziell in Hinblick auf die *intersubjektive Dimension* sinnvoll zu berücksichtigen scheinen (vgl. Menz 1980; Spitzmüller/Warnke 2011: 199) – die Rolle des Forschers allgemein bzw. des Autors dieser Studie im Speziellen zu berücksichtigen, der sich noch vor der Selektion der Gespräche und vor deren Analyse mit Homöopathie theoretisch (Primär- und Sekundärtexte) und gesprächsanalytisch beschäftigt hat und damit bereits einen spezifisch-individuellen Zugang zum Material besitzt.

---

23 Die dabei ebenfalls grundlegende Ideologiekritik (s. Wodak et al. 1985: 11-15) sowie die Bearbeitung von Mythen (s. Lalouschek et al. 1990: 73; Menz 1991: 136) werden in dieser Studie aber nicht explizit eingebunden.

24 Wo notwendig werden auch darüber hinausgehende Kontextinformationen genannt und besonders markiert (vgl. Sator 2011: 57).

Die empirische Grundlage dieser Untersuchung ist Gesprächsmaterial, das durch Transkripte linguistisch aufbereitet und daher – dem gesprächsanalytischen Konzept folgend – sequentiell analysiert werden kann. Dazu wird zunächst vor der Detailanalyse ein Überblick über Kontext (Teilnehmerinnen, Raumgestaltung, Gesprächsüberblick), Gesprächsdauer, „Formulierungsdynamik“ der Teilnehmerinnen (vgl. Deppermann 2008: bes. 57) und der grobe Gesprächsverlauf wiedergegeben (s. nächster Abschnitt). Dies ermöglicht den Leserinnen und Lesern Zugriff auf das Kontextwissen des Forschers, für den dieses bereits selbstverständlich ist.

In der Analyse (Abschnitt 6) fällt die Konzentration auf Realisierungsformen, die Patientenbeteiligung in der Homöopathie anzeigt bzw. anzeigen könnte (z.B. Orientierungsmaßnahmen, Empathiebekundungen, Erzählmaßnahmen setzen). Die für die Gesprächsanalyse typischerweise interessanten Handlungstypen wie Gesprächseröffnung und das Schaffen von Überleitungen werden aber ebenso berücksichtigt, da diese Merkmale in der Literatur gut dokumentiert sind.

## 5. Datenkorpus, Aufnahmesituation und Transkripte

Das **Korpus** dieser Studie besteht aus vier Erstgesprächen von Patientinnen mit chronischen Krankheiten, die 2013 in einer homöopathischen Praxis im östlichen Österreich mit Audioaufnahmen festgehalten wurden. Teilnehmende Patientinnen sind vier Frauen, die zum allerersten Mal bei dieser Ärztin sind und schriftlich den Aufnahmen und der Weiterverarbeitung der Daten zugestimmt haben. In Gespräch 1 und 2 erscheinen die Patientinnen alleine zum Gespräch, in Gespräch 3 ist eine Bezugsperson (Mutter) mit im Raum und in Gespräch 4 führt die Tochter einer – gesundheitsbedingt – nicht anwesenden Frau das Gespräch. Die Gespräche dauern zwischen 40 (Gespräch 3) und knapp 70 Minuten (Gespräch 1) und entsprechen damit einer für die Homöopathie durchaus typischen Länge<sup>25</sup>.

Von allen Gesprächen wurden Orientierungsprotokolle (vgl. Brinker/Sager 2010: 53; weiters Deppermann 2008: 32 ff.) angefertigt. Aufgrund der hohen Abbildungsgenauigkeit und dem Umfang dieser Arbeit wurden nachfolgend die ersten knapp fünfzehn Minuten der Gespräche 1-3 in der Transkriptionskonvention GAT 2 transkribiert (s.u.). Aufgrund der weiteren Einschränkung – je Gespräch nur eine Patientin – wurden aus diesem Korpus Gespräche 1 und 2 ausgewählt und, im Rahmen der zeitlichen Begrenzung von etwa fünfzehn Minuten, Sequenz

---

25 Köhler (2008: 56) empfiehlt aufgrund der Anstrengung für alle Beteiligten die Dauer von eineinhalb Stunden nicht zu überschreiten.

für Sequenz vergleichend analysiert (Abschnitt 6)<sup>26</sup>. Diese Selektion überschneidet sich auch mit dem Aussortieren „besonders klare[r] oder eindeutige[r] Fälle“ (Sator/Gülich 2013: 150), den *clear cases*, und der stattdessen gewählten Fokussierung auf tief- und vielschichtige Handlungen.

Die Gespräche unterscheiden sich in mehreren Punkten: In **Gespräch 1** (entspr. Transkript 1, T1) wird die chronische Krankheit (Kopfschmerzen) der Patientin (P1) zügig in ein Verhältnis mit persönlichen und familiären Ereignissen gestellt. Homöopathie wird hier nicht komplementär (vgl. gegenteilige Grundannahme bei Ruusu vuori/Lindfors 2008: 2426) angewandt, sondern soll im Alltag schrittweise zu einer Heilung führen. Die Patientin gibt außerdem früh zu erkennen, dass sie keine Erfahrungen mit der Homöopathie hat, sondern die Praxis auf Empfehlung einer ihr nahestehenden Person aufsucht. Die „Formulierungsdynamik“ der Sprecherin (s. Deppermann 2008: bes. 57) ist geprägt von einer abwechselnd ruhigen und verstärkten Prosodie, die subjektiv den Eindruck einer gefestigten Person vermittelt, sich aber – so zeigen die Erzählungen – immer wieder in schwierigen Lebenssituationen befindet.

Auch in **Gespräch 2** (entspr. T2) können in den Frage-Antwort-Sequenzen schnell Bezüge zum Gemüt und zur vergangenen und gegenwärtigen Lebenssituation der Patientin (P2) hergestellt werden. Im Unterschied zu T1 aber sollen hier homöopathische Arzneimittel mit Möglichkeit alle anderen Behandlungen (Schilddrüsenhormon, Kinesiologie) obsolet machen. Zudem stellt sich früh heraus, dass die Homöopathie für die Patientin in T2 eine bekannte Therapieform ist und sie daher grundsätzlich mehr Wissensressourcen in das Gespräch mit einbringt, als P1 – auch, um ihre Anliegen zu nennen (vgl. Lalouschek 2013: 416). Die Patientin spricht sehr ruhig und lässt sich auch von Störungen des Gespräches durch externe Personen nicht lange ablenken. Mit zunehmender Intensität (bezogen auf persönliche Fragestellungen) und Dauer des Gespräches wird die zumeist ruhige Erzählweise an eine leisere Sprechweise gekoppelt. Gerade die Ausschnitte, in denen sie aus dieser Prosodie herausfällt und Erzählungen lebhafter schildert, sind für die Analyse interessant.

Gespräch 1 ist nur minimal länger als Gespräch 2, sodass in der Analyse quantitative Überschneidungen in der Länge der jeweiligen Gesprächsphasen beobachtet werden können und in etwa zur selben Zeit Phasenwechsel stattfinden.

---

26 Aus Vorstudien steht noch ein Korpus von drei Gesprächen, zwei davon zur Gänze (in HIAT) transkribiert, zur Verfügung.

Zur Wahrung der Identitäten der Patientinnen wurden die Daten in indirekt personenbezogener Weise abgebildet. Ihre Namen und die anderer erwähnter Akteure (auch in Form von medizinischen Institutionen) sind durch Pseudonyme ersetzt und weitere eindeutige persönliche Daten wurden verschleiert (vgl. a. Menz 2013: 11, Anm. 4).

Die Ärztin, eine ausgebildete Allgemeinmedizinerin und Homöopathin, tritt in den Gesprächen nicht nur als medizinische Fachperson in den Vordergrund, sondern sie übernimmt auch die Rolle einer Explorandin, da sie – in Vertretung für den Studienleiter – vor der Aufnahme und dem Betreten des Untersuchungsraumes um eine schriftliche Einwilligung bittet. Außerdem betätigt sie das Aufnahmegerät, das am Tisch, zwischen den beiden Teilnehmerinnen, platziert ist. Dies hat einerseits zur Folge, dass die Verletzlichkeit der Patientinnen wegen der Aufnahmesituation (s. Chatwin et al. 2007: 95; Lalouschek/Menz/Wodak 1990: 15) reduziert ist, da nur eine ihnen noch unbekannte Person sie um die Mitarbeit bittet. Andererseits aber ist so nicht das Vorfeld des Gesprächs (Anmeldung, Begrüßung, Frage um Mitarbeit) dokumentiert, da die Aufnahme erst beginnt, wenn die Teilnehmerinnen schon Platz genommen haben oder kurz vor der Situierung im Raum stehen. In Hinblick auf die privaten und meist auch intimen Gesprächsinhalte und darauf Rücksicht nehmend, dass die Aufnahmesituation für die Beteiligten gewöhnungsbedürftig ist, hat sich dieser Weg dennoch als praktikabel erwiesen<sup>27</sup>.

Wegen der privaten bzw. intimen Themeninhalte wurden keine Videoaufnahmen im Rahmen dieser Studie angefertigt. Stattdessen konnten, zusätzlich zur verbalen Ebene, die Prosodie in den Transkripten festgehalten werden (s.u.), um so dennoch möglichst viele Prozesse eines Gespräches festzuhalten. Überraschenderweise konnte besonders in Gespräch 1 (T1) die non-verbale Handlung des Schreibens der Ärztin mit dem Audio-Aufnahmegerät so festgehalten werden, dass sogar Unterschiede in der Intensität des Striches (z.B. festes oder schnelles Schreiben) deutlich erkennbar wurden. Obwohl ursprünglich nicht intendiert, hat sich dies als ein großer Vorteil in der Auswertung herausgestellt.

Wie Chatwin et al. (2007: 86 ff.) ausführen, sind Beschreibungen der **Behandlungsräume** eine sinnvolle Ergänzung zur Analyse, besonders wenn visuelles bzw. videographisches Material fehlt<sup>28</sup>. Im Behandlungsraum haben die Patientinnen und Patienten mehrere Möglichkeiten

---

27 Der Autor ist sich dessen bewusst, dass einzig das Interesse der Ärztin an der bzw. dieser Forschung die Entstehung dieses Korpus ermöglichte.

28 Der (öffentlich leicht zugängliche) Vorraum bleibt an dieser Stelle zwecks Wahrung der Anonymität

sich zu positionieren: Im Raum befindet sich zentral der Arbeitstisch der Ärztin mit gegenüberliegender Sitzgelegenheit (diese Möglichkeit nahmen alle Teilnehmerinnen der Studie wahr); in größerer Entfernung vom Tisch befindet sich eine Sitzbank und im rechten Winkel zum Arbeitstisch ist eine Patientenliege aufgestellt.

Die Farben des Raumes sind durchgehend hell und das Inventar erinnert einzig durch die Liege an allopathische Behandlungsräume. Wird als Sitzplatz der Stuhl gegenüber der Ärztin am Arbeitstisch gewählt, entsteht ein eher konzentriertes Blickfeld, das beispielsweise die Liege an der Seite kaum wahrnehmbar macht (außer bei größeren Bewegungen bzw. Drehungen).

Die Wahl einer **Transkriptionskonvention** fiel entsprechend den Kriterien, wie sie Deppermann (2008: 46-48) nennt<sup>29</sup>. Dabei musste sowohl die Praktikabilität (technische Umsetzung, Arbeitsökonomie), die Lesbarkeit und rasche Erlernbarkeit (auch für lesende Laiinnen und Laien), die Relevanz in Bezug auf die Fragestellungen unter gleichzeitiger Berücksichtigung darüber hinausreichender Auffälligkeiten und eine möglichst reduzierte Interpretation berücksichtigt werden, wissend, dass Transkripte dennoch „stets selektive und abstrahierende Ausschnitte“ (Deppermann 2008: 41) sind. Ziel der Transkription ist es also, „die Aktivitäten der Gesprächsteilnehmer so zu *explizieren*“ (Deppermann 2008: 51; orig. Hervorh.), dass die regelhaften Prinzipien, die die Ordnung im Gespräch herstellen, in den Transkripten analytisch erfassbar werden.

Für diese Arbeit erweist sich eine angepasste Form von GAT 2 als sinnvoll. Diese Transkriptionskonvention ist betont deskriptiv und ist damit für diese Arbeit geeignet, um die Fragestellungen in dem spärlich behandelten Feld der Homöopathie möglichst auf die sprachlichen Handlungen konzentriert fassen zu können. Die Einteilung in *Intonationsphrasen* lässt des Weiteren die Ordnungsprinzipien der Teilnehmerinnen besonders durch den Fokusakzenten hervortreten. Der Fokusakzent markiert den semantisch-pragmatischen Mittelpunkt einer Aussage eindeutig (vgl. vier Bedeutungsunterschiede anhand eines Beispielsatzes in Selting et al. (2009: 372)). Die Berücksichtigung des Fokusakzents hilft nicht nur zur Vermeidung von Missverständnissen (s. Selting et al. 2009: 369; 372), sondern auch um flüchtige Phänomene wie schnell wechselnde Frage-Antwort-Sequenzen oder implizite Anliegenennungen im

---

unbeschrieben.

29 Vgl. a. Kriterien bei Selting et al. (2009: 356-357), speziell in Hinsicht auf Verwendung von GAT 2.

Detail abbilden und analysieren zu können. Obwohl die Kritik von Fiehler et al. (2004: 173-204) an einer Segmentierung nach prosodischen Merkmalen nachvollziehbar ist – Gesprächsteilnehmer orientieren sich demnach eher an Einheiten, der „sie eine *Funktion* im kommunikativen Handeln zuschreiben können“ (Fiehler et al. 2004: 203; Hervorh. CB) –, sind die Vorzüge dieser Konvention für diese Studie weitaus bestimmender. Neben erwähnter intuitiver Zugänglichkeit<sup>30</sup> und der guten Lesbarkeit ist die der Sequenzanalyse entgegenkommende Übersichtlichkeit, die nicht durch technische (programmbedingt), sondern linguistische Verfahren entsteht, durchaus praktikabel. Außerdem zwingt die durch GAT 2 vorgegebene Segmentierungsform zu „weitestgehendem Verzicht auf Interpretation“ (Schütte 2014), da Handlungen besonders anhand sprachlicher Merkmale beschrieben werden müssen. So wird zumindest eine Fehlerquelle in der Analyse, die des vorzeitigen Schlüsseziehens, wesentlich verringert.

Wortmeldungen werden in GAT 2, wie erwähnt, in Segmenten bzw. Intonationsphrasen gegliedert. Da für „die Gliederung des Transkripts in Segmente [...] allein die Prosodie ausschlaggebend“ (Selting et al. 2009: 370) ist, müssen neben dem erwähnten Fokusakzent auch Tonhöhenbewegungen – die *Grenzsignale* – zu Beginn und am Ende jedes Segments festgehalten werden. Dabei entsteht eine eindeutige Konzentration auf die von den Akteuren getätigten bedeutungstragenden und sinnhaften verbalen Äußerungen. Die Segmente überschneiden sich daher nicht immer mit „Sätzen“, deren Grenzen handlungsbezogen oder nach syntaktischen Richtlinien definiert werden (vgl. Problem der Definition von „Satz“ bei Glück (2005a: 557 f.); bes. für die gesprochene Sprache vgl. Fiehler et al. (2004: 175-181)). In dieser Weise fällt die Konzentration auf die tatsächliche verbale Konstruktion des Gesprächs.

Neben der Form der Gliederung ist auch die spezielle Interpunktion besonders für Laiinnen und Laien zunächst ungewohnt. Wie im Anhang ersichtlich (*Transkriptionskonvention*), zeigt diese die Tonhöhe am Ende eines Segments an und bedient sich dabei Satzzeichen wie Beistrichen und Punkten, die hier aber eine Intonationsphrase begrenzen. In der Analyse werden diese bewusst in den Fließtext einbezogen und interpretativ berücksichtigt. Für Laiinnen und Laien ist es daher ratsam diese Konventionen (s. Anhang) im Vorfeld zu berücksichtigen.

Im Rahmen dieser Studie wurden wenige Anpassungen, die besonders der leichteren Lesbarkeit dienen, durchgeführt: Um Reparaturen wiedergeben zu können, wird ein Abbruch in der

---

30 Auf zu berücksichtigende Unterschiede zum Alltagswissen, bspw. in der Interpunktion, wird nachfolgend noch eingegangen.

Wortfolge durch „-“ ausgedrückt (vgl. dazu Egbert 2009). Außerdem werden Fokusakzente in MAJUSKELN geschrieben; wenn aber mehrere sehr ähnliche Akzente in einer Phrase produziert werden, wird der stärker betonte Akzent zusätzlich mit einem „↑“ markiert. Behalten werden aber insbesondere die Kleinschreibung, die zu „möglichst wenig interpretativen[n] Vorentscheidungen“ (Brinker/Sager 2010: 55) im Transkriptionsvorgang führt und „den mündlichen Charakter der Daten“ unterstreicht (Deppermann 2008: 42).

## 6. Analyse

Die Analyse erfolgt in sequenzieller Betrachtung und betont relevante Phänomene (Meso- und Mikroebene), orientiert sich aber zugleich an der Makrostruktur von homöopathischen Anamnesen, um eine Orientierung über die – oftmals weitverzweigten – Gespräche zu gewährleisten. Die aus der Literatur als für besonders beachtenswert einzustufenden Gesprächsphasen, wie die Eröffnungssequenzen und die Anliegen-darstellung bzw. -bearbeitung, erfahren hierbei eine genauere Untersuchung. Am Ende jeder größeren Gesprächseinheit und am Ende jeder Phase werden die darin bestimmenden und für die Fragestellung wichtigen sprachlichen Formen und Funktionen zusammengefasst.

### 6.1 Gesprächseröffnung: Begrüßung und Situierung

#00:00:03-4#

01 A1: <<tief, p> GRÜSS gott,>  
 02 P1: (-) <<f> guten MORGEN,>  
 03 (--)  
 04 A1: guten MORGEN,  
 05 =guten MORGEN;  
 06 (4.0)  
 07 A1: ((schubladengeräusche 3.5)) <<p> so (.) mein schriftSTÜCK,>  
 08 <<p> wo ist mein sch- schreIberling>,  
 09 (5.0)

#00:00:18-9#

Die Ärztin beginnt das Gespräch in T1 mit einer förmlich-höflichen und leise intonierten Begrüßung, die im regionalen Sprachgebrauch typisch ist (01). Die Patientin antwortet mit einer geringeren Förmlichkeit und gesteigerter Lautstärke (02). Diese Formulierung greift nun die Ärztin nach etwa 0.8 Sekunden in wechselnder Intonation und repetierend auf (04 f.). Eine lange Pause von 4 Sekunden schließt die Begrüßungssequenz ab und geht in eine monologisch

geführte Situation über (07 ff.): Die Ärztin sucht – für die Patientin wahrnehmbar – nach Schreibunterlagen in ihrem Schreibtisch. Sie kommentiert dies leise, belässt den Beginn (3.5 Sekunden) und das Ende (5 Sekunden) ohne verbaler Begleitung. Die Pausen bleiben auch von der Patientin unkommentiert. Bis zum Ende dieses Abschnittes sind insgesamt 12.5 Sekunden ohne verbale Handlung erfolgt.

Das Platznehmen hat bereits vor der Aufnahme stattgefunden. Damit bleibt dieser lange Zeitabstand der weiteren **Situierung** reserviert: Die Ärztin nutzt die Zeit um ihre Unterlagen vorzubereiten, die Patientin wiederum kann die räumlichen Begebenheiten und eine eher entspannte Zeitebene wahrnehmen.

## 6.2 Spontanbericht: Erfassen der Hauptbeschwerden und individueller Symptome

### 6.2.1 Eröffnungsinitiative

#### 6.2.1.1 Eröffnungsfrage und Erzählaufforderung

#00:00:18-9#

10 A1: GUT frau ((name)), (-)  
 11 <<stakkato> wer- WIE- so-> kommen sie zu mir? ((lacht 0.5))  
 12 P1: [((lacht glottal 2.0)) <<f> ja> (-) der herr <<NAME> ↑XXX] xxx  
 xxx>  
 13 A1: [((schreibt)) ]  
 14 P1: (0.6) hat gsogt sie san GUAt,  
 15 P1: [((lacht laut 1.5)) ]  
 16 A1: [<<:-> AH okay>, (0.5)]  
 17 na GUT;  
 18 P1: °h (-)  
 19 A1: STEWARDESS: seh ich, (-- ) oder?  
 20 P1: <<ausatmend> flugbegleiter> [JA? ~hm\_hm, ]  
 21 A1: [flugbegleiterin ja, ]  
 22 (-- )  
 23 P1: geNAU,  
 24 (-)

#00:00:36-5#

Die Ärztin beginnt die Eröffnungsinitiative mit der namentlichen Identifizierung und Adressierung der Patientin (10). Weiters liegt der Fokusakzent an erster Stelle, was ebenfalls einen neuen Abschnitt wahrnehmen lässt. Die stakkatoartige Ausführung der Eröffnungsfrage (11) beinhaltet eine Reparatur (wer- WIE-) und ist als W-Frage konstruiert. Sie fokussiert dabei auf eine spezifische Wissenslücke, die einer genaueren Erläuterung bedarf. Das kurze Lachen

am Ende kann als End-Klammer bzw. metasprachlicher Kommentar der Reparatur verstanden werden. Die Patientin greift das Lachen auf (12) und verstärkt dieses durch Modulation und Dauer deutlich, während die Ärztin erste Aufzeichnungen macht (13). Auch der weitere Verlauf ihrer Antwortsequenz (12, 14 f.) – mit einem lauten und die Erzählaufforderung bestätigenden <<f> ja> verbalisiert begonnen – hat humoristische Züge, da anstatt einer Beschwerdenschilderung das Urteil einer externen Person genannt wird, die die Wahl dieser Ärztin empfohlen hat (12, 14; *hat gsogt sie san GUAt,*). Es ist anzunehmen, dass die Ärztin den Namen des Akteurs kennen könnte. Jedenfalls erscheint er der Patientin als erwähnenswert und betont ihn auch mit einem deutlichen Akzent auf der ersten Silbe dementsprechend.

Die Bewertung einer medizinischen Fachkraft zu Beginn einer Anamnese (*sie san GUAt,*) ist bei der strengen Rollenverteilung nicht zu erwarten. Die zusätzliche humoristische Einbettung (lautes Lachen in 12 und 15) lässt die Ärztin die Konstruktion als eine eben solche identifizieren, was sie – allerdings nur kurz – durch ein überlappendes Kommentieren dieser auch ausdrückt (16).

Gleich danach gliedert die Ärztin den nächsten Abschnitt (*GUT;*) ähnlich wie zuvor (10), allerdings mit fallender Intonation. Die Patientin schließt mit einem kurzen Einatmen an, dem aber keine Schilderung, sondern eine weitere Pause folgt (18). Danach übernimmt die Ärztin das Rederecht, unterstrichen durch den Fokusakzent *zu Beginn* der Deklarativsatzfrage (19). Die selbstreflexive Äußerung *seh ich,* weist deiktisch auf die Patientenunterlagen, die der Ärztin vorliegen. Die Intonation ist leicht steigend, sodass die Aussage als Frage interpretiert werden kann, die aber, auch nach etwa 0.7 Sekunden nicht beantwortet wird (19). Das nachgestellte Fragepartikel mit eindeutiger Frageintonation lässt eine Zustimmung erwarten und führt die Patientin dann zu einer korrigierenden Antwort (20). Wieder, vergleichbar mit der angepassten Begrüßung in (04-05), wiederholt die Ärztin den korrigierten Wortlaut (*STEWARDESS: wird zu flugbegleiter bzw. flugbegleiterin*) und gibt in der Überlappung (21) eine weitere Anschlussmöglichkeit für die Patientin (*ja,*). Diese wird erst nach einer Pause (22) mit einer reduzierten Antwort in nur leicht steigender Intonation genutzt, die als Ganzes ein Zögern erkennen lässt.

In der Eröffnungssequenz werden „Rahmensetzungen“, die für das weitere Gespräch bestimmend sind (vgl. Deppermann 2008: 37; weiters Chatwin et al. 2007: 94), gestaltet. In diesem Beispiel erfolgen diese Grenzziehungen primär durch die Fragen: Funktional dient die Eröff-

nungsfrage (11), als W-Frage formuliert, dazu, den Grund für den Besuch zu erfahren. Dieser aber bleibt der Ärztin in diesem Abschnitt noch verborgen, denn die Antwort der Patientin trägt nur einen Verweis auf eine namentlich genannte Referenzperson (12) und die dazugehörige positive Bewertung (14). Die Namensnennung ist möglicherweise auf das unterbrochene wer- zu Beginn der W-Frage der Ärztin (11) zurückzuführen, bietet aber in jedem Fall eine Brücke zu einer der Ärztin voraussichtlich bekannten Person (sie wird *namentlich* genannt). Die Patientin festigt damit den mit dem Besuch erteilten Heilungsauftrag die „Erlaubnis“ hier sein zu dürfen.

Der zweite Teil der Antwort der Patientin (14) ist besonders durch Setzung des Fokusakzents auf *GUAt*, interessant. Die Komposition aus Bewertung und Intonation lässt es für möglich halten, dass die Patientin schon Negativerfahrungen gesammelt hat und hier bewusst einer Empfehlung gefolgt ist. Dass sie dies bereits zu Beginn kommuniziert und dabei sogar die Beschwerdenschilderung umgeht, macht hier ein implizites **Anliegen** bzw. eine Vorbereitung darauf denkbar.

Nachdem nun die erste Aufforderung nicht zu einer Beschwerdenschilderung der Patientin geführt hat, da die Eröffnungsfrage durch eine „unspezifische Offenheit“ (Lalouschek 2013: 427) geprägt ist, und das Anliegen daher auch nicht explizit und eindeutig zugänglich ist, führt die Ärztin in (17) einen Abschluss dieser Phase durch und gibt der Patientin mit einer DSF (19) eine Hilfestellung, die mit einer korrigierten Wiederholung (21) erweitert wird. Diese basiert aber nicht auf dem Wissensbereich des eigentlichen Zieles, der Beschwerdenschilderung, sondern auf einem persönlich-beruflichen. Somit fehlt nun die **Orientierung** zum weiteren Vorgehen vollständig, da – durch das allopathische Vorwissen geprägt (s. Ruusu vuori 2005a: 5) – ein anderes Handlungsmuster von der Patientin wahrgenommen wird (das der Überprüfung der Patientendaten). Nach zweifacher Bestätigung der Daten durch die Patientin (20) und nicht erfolgtem Übergreifen der Strategie der Ärztin (die Rederechtübergabe in (21) bleibt bis auf eine weitere Bestätigung (23) unausgefüllt), muss die Ärztin in der nächsten Phase einen erneuten Versuch einleiten.

#### 6.2.1.2 Wiederholte Erzählaufforderung mit Beschwerdenschilderung

#00:00:36-5#

25 A1: ja SCHILDERN sie mal, (-) ((lacht 0.5))  
 26 <<:-)> um [was es GEHT;> ]  
 27 P1: [ <<p> was möchten sie>] <<acc, cresc> denn gerne  
 WISSEN?>

28 A1: [°h ]  
 29 P1: [=ja] GRUNDSätzlich i bin immer wieder <<glottal> GEPLAGT> von  
 furchtbare KOPFschmerzen,  
 30 P1: =also HEIT a ↑HEIT is a wieder a tog;  
 31 =heit [bin i in der frua ] AUFgwocht,  
 32 A1: [<<schreibend, p> KOPFweh>,  
 33 P1: [KOPFweh; ]  
 34 A1: [((schreibt))] <<schreibt, pp> ~hm\_hm>,  
 35 P1: [((schnalzen)) °hh]  
 36 A1: [((schreibt)) ] ((schreibt 3.5))  
 37 P1: <<f> u::nd> hh° (. )  
 38 im moment hob i wieder a PHASE,  
 39 =ich könnte eigentlich NUR schlafen;  
 40 A1: <<pp> ~hm\_hm,> (-)  
 #00:00:57-1#

Nachdem nun die erste Erzählaufforderung keine Beschwerdenschilderung mit sich brachte, übernimmt die Ärztin nun wieder das Rederecht und fordert die Patientin explizit zu einer Schilderung auf (25). Die Aufforderung wird durch ein angeschlossenes kurzes Lachen und einer Detaillierung in einer *smile voice* (vgl. Selting et al. 2009: 367) relativiert (25-26). In der Überlappung zunächst noch leise, danach aber mit steigender Lautstärke und Geschwindigkeit fragt die Patientin nach (27), welche Wissensbereiche für die Ärztin interessant sind, um aber gleich danach selbständig in die Beschwerdenschilderung überzugehen – das Rederecht in der Übergangung der durch die konditionellen Relevanz konventionell zu erwartenden Antwort behaltend ([=ja]).

Die in schnellen Anschlüssen geführte Schmerzbeschreibung (29) und die beginnende Schilderung des Krankheitsmodus (30 f.), die sich in dieser Form auch mit anderen Daten von homöopathischen Erstgesprächen deckt (vgl. Ruusu vuori 2005a: 126 f.), wird durch eine zusammenfassende und zugleich fragende Symptombeschreibung der Ärztin unterbrochen (32). Durch Wiederholung derselbigen ratifiziert die Patientin das von der Ärztin erkannte *chief complaint* (vgl. Abschnitt 2.1.1). Die Ärztin – seit Wiederholung der Beschwerde schreibend (32) – erteilt der Patientin nochmals das Rederecht durch das Hörsignal ~hm\_hm (34). Diese signalisiert durch ein längeres Einatmen (35) und der (durch Lautstärke und Dauer) auffälligen Dehnung des Konnektors <<f> u::nd> (37) einen Anschluss an vorherige Erzählhandlung. Die Patientin atmet noch hörbar und mittellange aus, um anschließend ihre Erzählung um eine weitere Symptombeschreibung zu erweitern (38 f.) was von der Ärztin sehr leise durch ein Hörsignal begleitet wird (40).

Die zweite Erzählaufforderung glückt, weil die Ärztin ihr Anliegen an die Patientin explizit (25) und noch näher eingrenzend (26) nennt. Die Patientin fragt daraufhin ebenfalls direkt nach den relevanten Wissensbereichen (27), um dann *ihre* Selektion des anzunehmenden Wissensbestandes wiederzugeben (29-31). Im Rückblick (s. Phase zuvor) betrachtet ist die hervorstechende Frage der Patientin geprägt durch eine zuvor fehlende **Gesprächs- und Themenorientierung**. Andererseits steht dieses Moment für eine hohe **Patientenbeteiligung** in Form des informationsgebenden Patienten (s. Abschnitt 3.1.2), die selbstgewählt erfolgt (das Fehlen der Orientierungshilfe lässt vorerst kein dialogisches Patientenbeteiligungsmodell zu).

Die Patientin wählt als Antwort auf die generell gehaltene Erzählaufforderung die Form der Schilderung eines „Grundproblems“ (GRUNDSÄTZLICH (29)), das wiederholend auftritt (immer wieder (29)) und ein intensives Schmerzempfinden mit sich bringt (<<glottal> GEPLAGT> von furchtbare (29)). In schnellen Anschlüssen verweist sie zudem – durch Prosodie und Dopplung – auf die Aktualität (↑HEIT (30, 31)) der Krankheit, was auch für die weiteren Symptome und Krankheitsmodalitäten gilt (im moment (38)). Damit gibt sie der Ärztin einen raschen und vielfältigen Eindruck ihres Befindens auf Basis körperlicher Symptombeschreibungen. Das psychische Empfinden wird in der Schmerzbeschreibung ((29); vgl. a. NUR (39)) implizit mit transportiert.

Auf vorige Phase rückschauend ist anzumerken, dass die Patientin die Erzählaufforderung entweder nicht als solche verstanden hat oder sich nicht sicher ist, welche Informationen für die Ärztin relevant und welche Antworten angemessen sind, weswegen sie zunächst nichts dazu sagt. Eine frühzeitige **Orientierungshilfe** über den geplanten Gesprächsablauf und die relevanten Themenbereiche fehlt. Die explizite – zweite – Erzählaufforderung musste dann auf eigenen Vermutungen basierend beantwortet werden. Ein Transfer der benötigten Wissensbestände blieb folglich aus und konnte auch durch Erfahrungen der Patientin aus anderen Arztgesprächen nicht unmittelbar sondern erst nachfolgend ausgeglichen werden.

#### 6.2.1.3 Erzählaufforderung in T2

Der Vergleich mit einem Ausschnitt der Eröffnungssequenzen in T2 soll nun hervorheben, dass die Ärztin sich des Nutzens einer Orientierungshilfe sehr wohl bewusst ist. Dass es aber nicht zu einer ausformulierten Orientierung kommt, liegt daran, dass die Patientin frühzeitig beim Studieren der Anmeldeblätter (T2 12-14) als Tochter eines der Ärztin bekannten Homöopathen identifiziert wird. Die Patientin gibt zu erkennen, dass ihr die Behandlung durch

den eigenen Vater offensichtlich unangenehm ist (T2 27), ihn aber bei KLANIGKEITEN schon aufsucht, womit die intakte Beziehung – die Familienbeziehungen werden in der Homöopathie in die Anamnese bewusst einbezogen – zwischen den beiden schon hier registriert werden kann (s. a. zögerliche Zustimmung der Ärztin nach einer Pause in T2 29).

```
#00:00:39-0#
26  A1:    <<behaucht, all, :-)> NEIN [nein (.) gar ka problem;>      ]
27  P2:    [<<:-)> es is was- <<dim> es is aber]
        was KOMISCHES vom eigenen vater,>>

28  (--)
29  A1:    nja,
30  P2:    <<dim> i mein über so KLANIGKEITEN sch- aufjedenfall,=aber,>
31  (--)
32  A1:    GUT,
33  A1:    <<stößt papier auf> schießen sie LOS,>
34  P2:    JA,
35        ich habe-
36  A1:    <<all> das heißt ich brauch ihnen ja NICHT erklären was eine
        homöopathische [<<:-)> anamnese is,> ((lacht 1.0))>]
37  P2:    [<<:-)> nein ich glaub das-      ]
        ((lacht 2.0))
38  P2:    <<lachend> WASS i,> [°hhh ]
39  A1:    [okay,]
40  A1:    sie WISSENS;=[gut,]
41  P2:    [hm- ]
42  P2:    a:hm <<all> also vor zweieinhalb jahren hab ich> a:hm <<pp>
        schilddrüsenoperation [(-) BEKOMMEN?>]
43  A1:    [<<p> ~hm_hm,> ]

#00:00:59-4#
```

Die Ärztin begleitet in T2 die Erzählaufforderung (T2 33) durch eine intonatorisch verstärkte Gliederung (T2 32) und eine nonverbale Handlung (T2 33). Die sofortige Antwort der Patientin erfolgt ebenfalls nach einer bestätigenden Gliederung (T2 34) und einem Erzählbeginn (T2 35), der durch die Unterbrechung der Ärztin (T2 36) fragmentarisch bleibt. Diese Unterbrechung ist in Relation zu der vorhergehenden – äußerst konventionslos wirkenden – Erzählaufforderung *schießen sie LOS*, zu betrachten: In der **Frage nach der Notwendigkeit einer Orientierungshilfe** (T2 36) steckt noch immer die Vermutung der Ärztin, dass die Patientin über den Ablauf einer Anamnese Bescheid weiß. Die „lockere“ Erzählaufforderung drückt diese Annahme in ihrer geradlinigen Formulierung (*schießen*) aus. Mit (T2 36) soll

nun aber eine Absicherung erfolgen, die einen Wissensausgleich zur Verfügung stellt, wenn auch in einer eine Negation präferierenden DSF gestaltet.

Des Weiteren enthält die DSF nach einer Orientierung bereits selbst eine implizite und allgemeine **Orientierung**: Obwohl der Gesprächsrahmen (Homöopathische Anamnese) beiden Teilnehmerinnen bewusst sein wird, ist die nochmalige Erwähnung dessen (T2 36) für die Patientin ein Hinweis darauf, dass sie sich in keiner reduzierten oder umgeformten Gesprächsstruktur bewegen werden muss, die aufgrund des persönlichen Bekanntseins der Ärztin mit dem Vater möglich wäre. Die DSF enthält daher für die Patientin auch die Information, sich wie eine „normale Patientin“ zu verhalten.

Die Patientin kommt der Präferenz der Negation überlappend nach (T2 37) und bestätigt zusätzlich ihr Einverständnis über das Entfallen weiterer Erklärungen durch Lachen und der Betonung auf das vorhandene Wissen (WASS i,). Nach der Bestätigung der Ärztin (T2 39) und Wiederholung des thematisierten Wissens (T2 40) beginnt die Patientin – nach Verzögerungen (T2 41 f.) – mit ihrer Schilderung. Diese basiert auf der Nennung eines weiter zurückreichenden Ereignisses (schilddrüsenoperation), und nicht, wie in T1, auf einer allgemeinen Befindlichkeitsschilderung (29). Weitere Unterschiede der Orientierungsmaßnahmen in T1 und T2 werden im nächsten Abschnitt vorgestellt.

## 6.2.2 Beschwerdenschilderung

### 6.2.2.1 Erste Nachfrage

#00:00:57-1#

41 P1: [i woch in der frua AUF (.) und bin: (.) ois hätt mi:] (-)  
 42 A1: [((schreibt)) ]  
 43 P1: a el ka we überfoarn;  
 44 =oiso ich bin müDER (-) al[s- ]  
 45 A1: [GLIEDER]schmerzen?  
 46 P1: <<f, acc> NA ned gliederschmerzen,>  
 47 einfach [nur müde;]  
 48 A1: [nur müde,]  
 49 (-)  
 50 P1: NUR müde;  
 51 (1.5)

#00:01:10-1#

Im nächsten Abschnitt setzt die Patientin (P1 in T1) die Beschwerdenschilderung fort und nutzt dazu eine Metapher (43). Die Metapher veranschaulicht die massive Betroffenheit durch

die Müdigkeit, die als ein – im Grunde – unbeherrschbaren bzw. komplizierten Zustand (vgl. Brüner/Gülich 2002: 81) erscheint. Die Metapher erfährt eine Erklärung (44), die das Bildhafte konkretisiert. Diese wird aber durch die erste Nachfrage der Ärztin unterbrochen (45). Diese ratifikationssuchende Deklarativsatzfrage basiert auf den zuvor gesammelten Informationen (vgl. Spranz-Fogasy 2010: 62 u. 65) und der naheliegenden Deutung der Metapher. Die Patientin weist das Symptom „Gliederschmerz“ aber als unzutreffend zurück und korrigiert zur ursprünglichen Aussage müde (46 f., 50). Die Ärztin ratifiziert die Korrektur durch Wiederholung in einer Überlappung (48).

Die Nachfrage der Ärztin basiert auf einer Vermutung und nährt sich aus der langjährigen Erfahrung. Die Verbindung einer Vermutung – in Form einer Komplettierungsfrage (s. Abschnitt 3.1.3.1) – mit einer Überlappung (die Mikropause in (44) wird zur Rederechtübernahme genutzt) zeigt ein sehr schnelles Vorgehen an, das sich wiederholt (48). Die Patientin bremst die rasche Befragung, was von der Ärztin hier aber eben nicht sanktioniert wird. Stattdessen lässt ihr die Ärztin zusätzlich noch eine Möglichkeit zur Präzisierung (51) und kommt ihr damit entgegen. Die ausbleibende Fortsetzung in der langen Pause wird als Unkenntnis über den weiteren Ablauf des Gespräches interpretiert, denn die Ärztin führt gleich danach einen radikalen thematischen Bruch durch (52).

#### 6.2.2.2 Explizite Orientierungsmaßnahme

#00:01:10-1#

52 A1: hat er ihnen GSAGT wie so eine anamnese abläuft?  
 53 P1: [na (.) na;]  
 54 A1: [=und so? ]  
 55 also im prinzip ham ma jetzt eine stunde ZEIT,[=ja?]  
 56 P1: [ja, ]  
 57 (-)  
 58 A1: °h sie erzÄHLEN mir zuerst mal alles,  
 59 P1: [<<p> ~hm\_hm (-) ~hm\_hm<>]  
 60 A1: [dann FRAG ich noch ] ↑NACH?  
 61 P1: ja,  
 62 A1: und am ENDE der stunde weiß ich hoffentlich <<dim> welches  
 mittel ich ihnen->  
 63 [(-) <<p> welches] mittel> IHRES is,  
 64 P1: [okay, ]  
 65 A1: und [welches <<:-> sie] [nehmen sollen;]> <<pp>=ja?>  
 66 P1: [ ~hm\_hm ] [ ~hm\_hm, ]  
 67 (-)  
 68 P1: ~hm\_↑HM,

Die Ärztin leitet die Orientierung mit einer syntaktischen Frage in Verberststellung ein (vgl. Spranz-Fogasy 2010: 49). Dabei referiert die Ärztin mit dem Personalpronomen *er* auf die in (12) erwähnte externe Person; der Bezug zum Kontext bleibt so gewahrt. Der Fokusakzent auf *GSAGT* (52) konzentriert die Frage auf die (nicht-) übermittelte Information und erbittet hiermit einen Wissensabgleich. Noch während die Patientin zweifach verneint (53), erweitert die Ärztin schnell angeschlossen ihre erste Frage um die – im Vergleich mit *anamnese* (52) – noch generellere Modalität *=und so?* (54). So relativiert sie die direkte V1-F, lässt sie dabei nicht als eine Kritik erscheinen und erweitert die polare Antwortmöglichkeit der geschlossenen Frage (52) thematisch. Diese Konkretisierung findet allerdings überlappend statt (53, 54), so dass die Ärztin dazu übergeht, die doppelte Verneinung wenigstens partiell auch auf ihre zweite Frage zu beziehen und sie führt daher ihre Erläuterung zum geplanten Gesprächsablauf (be-rechtigt) aus (55).

Die Orientierung über den (typischen) Gesprächshergang beginnt erklärend (55) mit dem Gliederungspartikel *also*, das einen neuen Abschnitt ankündigt. Die Ärztin verwendet das Umgangssprachliche *ham ma*, und deutet damit auf ein **partnerschaftliches „Wir“** hin. Während die Ärztin eine Verständnistrückversicherung [=ja?] benutzt, kommt es zu einer überlappenden Bestätigung der Patientin mit angeschlossener kurzer Pause. Nach dieser Einbettung der Gesprächssituation in einen konkreten Zeitbereich (*eine stunde ZEIT,*) folgt ein Erzählauftrag (58), der thematisch unspezifiziert – da zu umfassend bzw. ohne einengendem Kontext – ist (*alles*) und von einer ebenfalls unspezifischen Zeitphasenangabe (*zuerst mal*) eingeläutet wird.

In einer Überlappung, die eine wiederholte, leise Bestätigung der Patientin beinhaltet (59), erläutert die Ärztin nach der thematischen Koppelung (*dann*) *ihren* (Teil-)Auftrag in diesem Gespräch (60): Sie wird – nach einer unbekanntem Zeit – Nachfragen stellen. In stark steigender Tonhöhe zum Schluss (60) gestaltet sie eine Rückversicherung auf prosodischer Basis, was auch von der Patientin als solche wahrgenommen (und bestätigt) wird (61). Wieder an Vorhergehendes gekoppelt (und) benennt die Ärztin eine eindeutige Zeitangabe (*am ENDE der stunde*) mit Zielformulierung (*weiß ich hoffentlich*). Im selbstreflexiven Personalpronomen *ich* verdeutlicht sie die zuvor vorbereitete Arbeitstrennung (60) in diesem Gespräch, während sie gleichzeitig eine Ungewissheit (*hoffentlich*) ausdrückt (62). Nach der begon-

nenen Erläuterung der Zielformulierung <<dim> welches mittel ich ihnen-> repariert die Ärztin ihre Wortwahl nach einer Pause zu <<p> welches mittel> IHRES is,. Die Ärztin thematisiert hier – ohne tiefergehender Erklärung – die Suche nach der „Ähnlichkeit zwischen Beschwerdesymptomen und Arzneimittelsymptomen“ (Dorcsi 1991: 57), die sie in der homöopathischen Anamnese vollführen muss.

Wieder konnektiv (65) und die strenge Arbeitsgliederung in der *smile voice* verändernd, ergänzt die Ärztin ihre Darstellung durch einen Zweck der Arznei (die Einnahme), was überlappend mehrfach in (66) und auch nach einer kurzen Pause (67) bestätigt wird (68). Die letzte Ratifizierung (68) der Patientin  $\sim$ hm\_↑HM, hebt sich prosodisch stärker ab, als die vorgehenden. Nachdem sie an dieser Stelle – gerade wegen der Rückversicherung in (65) und der Pause (68) – auch die Möglichkeit zur Selbstwahl des Rederechts hat, gilt diese Rückmeldung auch als inhaltliche Bestätigung, da sie das Nachfragen unterlässt.

In diesem Abschnitt, der den Abschluss der Spontanphase markiert, treten die Bearbeitung der **Wissensdiskurse** besonders hervor. Zu Beginn (52) muss die Ärztin auf die in (12) genannte Person rückverweisen, und damit einen thematischen Rückgriff etablieren, der zur Angleichung der Wissensbestände dient. Zunächst fokussiert sie auf das Wissen um die anamnese, erweitert dann (54) aber die Antwortmöglichkeiten. =und so? ist so allgemein, dass die Patientin hier ihren Wissensstand *rund um* die Vorbereitung auf dieses Gespräch wiedergeben könnte. Es zeigt sich, dass die Ärztin nicht weiß, wie viel Vorwissen die Patientin in das Gespräch mit einbringt, und dass auch die mögliche Vermutung nicht zutreffend ist, dass sie durch den Bekannten genügend Informationen erhalten hat. Zugleich lässt die Patientin ihr Unwissen zu diesem Thema deutlich in Erscheinung treten (53), sodass – an den nachfolgenden Ratifizierungen ersichtlich – das Anliegen potentiell besteht, dies durch Wissensvermittlung korrigiert zu bekommen.

Ein weiteres Merkmal dieser Orientierungsphase ist die Einbindung des **Zeitfaktors**. Die örtliche Situierung ergibt sich durch die Gestaltung des Gesprächs in einem geschlossenen Raum und der Sitzaufteilung. Auch ist die personelle Gliederung bereits großteils durch die Rollenaufteilung, die ebenfalls an die Verortung im Raum und dem – von beiden Teilnehmerinnen schon im Vorfeld akzeptierten – medizinischen Kontext gebunden ist, erfolgt. Erweiterungen diesbezüglich finden sich aber noch in der Nennung des partnerschaftlichen Vorgehens (55) und der Arbeitsteilung (58, 60, 62, 65). Die zeitliche Komponente blieb bisher unberührt. Sie

bekommt aber in der Orientierungsmaßnahme ein wichtiges Gliederungsmittel, da ein *erstes* Vorgehen (zuerst, 58) und alle *daraus folgenden* Handlungen (dann, 60; und am ENDE, 62) Prozessualität und ein messbares Ende abbilden. Gleichzeitig werden aber nicht die Merkmale der Phasen genannt, wie lange sie dauern (könnten) und wer durch welche Mittel den Phasenwechsel angeben kann. So bleibt der Verweis auf die Partnerschaftlichkeit (das „Wir“, die Arbeitstrennung und der Beteiligungsgrad der Ärztin) inhaltlich ungefüllt und unpräzise. Das „Wir“ im expliziten *ham ma* und implizit in der Beschreibung des Vorgehens verweist aber deutlich auf ein dialogisches Modell der Patientenbeteiligung (vgl. *Co-determined Participation/Dialogue*, in: Thompson 2007: 58).

Sequentiell betrachtet fällt weiters auf, dass die Orientierungsmaßnahme *inhaltlich* nur von der Ärztin gestaltet wird, da die Patientin ausschließlich Ratifizierungen verwendet (59, 61, 64 und 66) und keine Fragen stellt (z.B. in 68) oder eigenständige Erweiterungen vollführt (z.B. in 53-54).

Abschließend ist zu vermuten, dass die Ärztin damit gerechnet hat, dass die Patientin über den Gesprächsablauf Bescheid weiß bzw. dass sie mehr gesprächsrelevantes Wissen (neben dem Wissen um die Krankheit und die Umstände) besitzt. Nachdem für etwa eine Minute lang dieser Missstand nicht aufgearbeitet wurde, konnte die Ärztin innerhalb einer kurzen Sequenz (knapp zwanzig Sekunden), für eine grobe Orientierung sorgen. Eine Platzierung dieser Erklärung zu Beginn des Gesprächs hätte die Verwirrung um die unterschiedlich aufgefassten Handlungsmuster (16 ff.), spätestens aber die zweite Erzählaufforderung (25 ff.) mehr im von der Ärztin und für das Gesamtgespräch intendierten Sinne gestaltet. Besonders die W-Frage der Patientin, was sie ihr denn jetzt eigentlich sagen soll (27), lässt das Problem manifest werden.

### 6.2.2.3 Vergleich der Orientierungsmaßnahmen in T1 und T2

Verglichen mit T1 tritt in T2 die Frage vor einer Orientierungsmaßnahme in einer Unterbrechung auf, während in T1 eine längere Pause (51) der Sequenz voran geht. In beiden Fällen aber erfolgt damit ein abrupter Themenwechsel während der initialen Beschwerdenschilderung der Patientinnen. In T1 musste der Wiedereinstieg in die Patientenschilderung durch eine Zusammenfassung der Ärztin eingeleitet werden (70 ff.), da sie zuvor eine längere Ausführung gemacht hat. In T2 kann die Patientin bereits nach einer kurzen Bestätigung der Ärztin (T2 40) mit ihrer Schilderung fortfahren. Eine Unterbrechung zur Orientierungsmaßnahme benö-

tigt folglich auch eine Führung zurück in die Patientenschilderung. Die Ärztin hat ihre Orientierungsmaßnahmen an die Erfahrungen der Patientinnen, die in beiden Fällen expliziert wurden, angepasst.

So unterschiedlich die Unterbrechungen der Ärztin auch gestaltet sind (in T1 folgt eine Erläuterung, in T2 nur eine Frage mit Rückversicherung), so stellen sie für die Patientinnen eine Herausforderung dar, da sie aus ihrer Erzählung „gerissen“ werden.

### 6.2.3 Zusammenfassung: Spontanbericht

Zusammenfassend ergeben sich für den Spontanbericht, so wie er in diesen Daten erfasst werden konnte, mehrere charakteristische Punkte. Zunächst lassen sich die in den Theoriekapiteln geschilderten Aspekte, wie häufige bzw. prinzipielle Rederechtübergabe an die Patientin, seltene Unterbrechungen durch die Ärztin und die Feststellung des Hauptsymptoms als Ziel, auch in diesen Gesprächsdaten finden. Weiters werden, wie in Transkript T1 festgehalten, die **Notizen** der Ärztin nicht nach den Beschwerdeschilderungen, sondern *während* dieser angefertigt. Die Analyse der nachkommenden Phasen wird sich daher unter anderem auch der Relevanz des Schreibens widmen müssen.

Die **Frageformulierungen** der Ärztin beschränken sich auf eine W-Frage (Eröffnungsfrage), eine V1-Frage (Einleitung zur Orientierungsmaßnahme) und knappen Deklarativsatzfragen. Letzteres weist, in Kombination mit den wenig nuancierten Hörersignalen (zu denen ich allerdings bereits hier auch das Anfertigen von Notizen zählen möchte), generell auf eine möglichst **häufige Rederechtvergabe** hin, die zu einer informationsgebenden **Patientenbeteiligung** führen soll. Diese Deklarativsatzfragen sind – wie zu erwarten gewesen – ein Hilfsmittel, Vermutungen zur Diskussion zu stellen, die auf Details von Symptomen referieren. Die DSF wirken dabei weniger stark strukturierend wie V1- oder W-Fragen und können daher ähnlich beiläufig eingesetzt werden, wie die häufigen Hörersignale.

Wie der „holprige“ Einstieg (nach der Eröffnungsfrage) und eine explizite Rückfrage der Patientin über das Vorgehen (in Form der Frage nach dem relevanten Wissensbestand) in T1 zeigen, benötigt diese Form der Patientenbeteiligung aber detailliertere **Orientierungsmaßnahmen**, als sie dort – verspätet – eingebracht wurden. Es ist nicht davon auszugehen, dass in der Allgemeinheit homöopathische Grundlinien und das konkrete Vorgehen in der Anamnese bekannt sind. Auch den Patientinnen, die hier bewusst die homöopathische Methode als Therapieform gewählt haben, werden kaum Details oder individuelle Züge der Ärztin geläufig sein. Umso mehr ist zusätzlich zu den impliziten **Anliegensformulierungen** (Wunsch nach

einer soliden „guten“ Betreuung, ev. basierend auf negativen Vorerfahrungen (T1) und erneuter vertiefter Versuch, Homöopathie komplementär einzusetzen (T2; vgl. Abschnitt 6.3.2.3)) nachzugehen und aus der Routine entstandene **Strukturmaßnahmen** im Gespräch aufzulockern und zu hinterfragen. Die Unterbrechung in Form der Orientierungsmaßnahme in T1 ist ein Hinweis auf Letzteres.

### 6.3 Gelenkter Bericht: Auslöser, Ort und Art der Krankheiten erfragen

Wie zu erwarten überschneiden sich die Phasen des Spontanberichts und des gelenkten Berichts inhaltlich und strukturell (s. Abschnitt 2.1.2). Übergangsphasen, deren Zuteilung nicht eindeutig im System einer Phase möglich sind, können aber als Zwischenbereiche identifiziert werden. Eine Distinktion ist erst dadurch gegeben, dass die Ärztin die Fragemodi ändert und nun vermehrt nach Modalitäten und weiteren Krankheitserscheinungen fragt und dazu Kompletierungs- und Präzisierungsfragen einsetzt.

#### 6.3.1 Übergang zum gelenkten Bericht

##### 6.3.1.1 Metatextualität

Nach Erläuterung des groben Gesprächsablaufes (s. Abschnitt 6.2.2.2) und einer zweisekündigen Pause, beginnt die Ärztin in T1 mit einer Zusammenfassung eines Symptoms (70-72) und wiederholt hierzu die metaphernverstärkte Beschwerdenschilderung der Patientin (vgl. 43):

```
#00:01:27-5#
70  A1:    ja; (.)
71  A1:    also KOPFschmerzen, (-- )
72  A1:    müde; [=als ] hätte ein EL ka we sie überfahren, (.)
73  P1:    [müde;]
74  A1:    <<pp>[xxx] XXX,>
75  P1:    <<f> [JO,]>
76  A1:    ((schreibt)) ~hm_HM, ((schreibt 6.0))
77  A1:    ((schreibt)) ich schreib nur alles <<lachend> auf
       [was- WIE sies sagen?>] ((lacht 1.0))
78  P1:    [JO_jo (immer) zua ],
79      [bin JO- i bin einfach wie gsogt <<knarrend> ↑TOTAL TOTAL>
       erschöpft, ]
80  A1:    [((schreibt)) ]
81  P1:    [((<<pp> xxx xxx xxx>))]
82  A1:    [JEDEN morgen, ] (-)
#00:01:45-8#
```

Nach der langen Pause mit Gliederungssignal (70), beginnt die Ärztin mit einer Fokussierung auf die KOPFschmerzen, (71) und führt nach müde; die Aufzählung in Form einer DSF zu

einem intonatorisch markierten Schluss. Sie fasst hier also zwei Symptome zusammen, was in (73) und (75) von der Patientin durch Wiederholung und Ratifizierung bestätigt wird. Die Metapher, die durch den Konnektor [=als] hätte eingeläutet wird, ist wortident mit der Empfindensschilderung der Patientin in (41, 43). Damit „unternimmt die Ärztin den Versuch Emotionalität der Patientin mit Organ- und Selbstwahrnehmung zu verknüpfen“ (vgl. Konitzer/Schemm/Freudenberg/Fischer 2002: 169), und ist folglich eine gewollte Konfrontation mit dem zuvor Erwähnten, die zu weiteren Erkenntnissen führen kann. Die Wiederholung verweist auf die für die Homöopathie wichtige **Suche nach dem Charakter** der Krankheit *und* der Patientin (s. Abschnitt 2.1).

In (76-77) sind die langanhaltenden Schreibphasen festzuhalten, die größtenteils lachend durchgeführt und beendet und in (76) von einem Hörsignal und in (77) durch eine metatextuelle Erläuterung kommentiert werden.

Die Reparatur was- WIE stellt die Verbindung zur Metapher in (72) wieder her. Der Ärztin ist der genaue Wortlaut (WIE sie sagen?) wichtig, der hier einen Ankerpunkt darstellt, um tiefer zum Charakter der Krankheit und der Patientin vorzudringen. Dies widerspricht der Annahme Fiehlers (1990: 63; s.a. Abschnitt 3.1.3.3), dass das individuelle Erleben in psychosomatischen Heilungsprinzipien keine Rolle spielt, zumindest für die Homöopathie. Es ist hier der Fall, dass die Ärztin den genauen Wortlaut *zitiert*, um so den Zugang zur Problematik wieder aufzunehmen, den die Patientin (nicht: die Ärztin) zuvor gewählt hat.

Nicht nur hat diese kurze Erläuterung der Ärztin über ihr Handeln eine **orientierende** Funktion, sondern sie gibt auch einen Anhaltspunkt über das, *was* in *welcher Form* in der Anamnese wichtig ist. Nach einer Ermutigung der Patientin so fortzufahren (78), die wie eine Erlaubnis fungiert, fährt die Patientin mit ihrer Schilderung fort und verbindet zu zuvor Gesagtem (*wie gesagt*). Das überlappende Schreiben der Ärztin (z.B.: in 80) muss nun nicht weiter von einer der Teilnehmerinnen kommentiert werden und die Erzählung wird nach einer Explikations-DSF fortgeführt (82 f.).

Das **Schreiben** erlangt nun auch dezidiert eine hohe Wichtigkeit für die homöopathische Anamnese. Auch wenn der Patientin die theoretischen Hintergründe zum Schreiben in der Homöopathie nicht bekannt sind bzw. sie darüber nicht informiert wird, so reicht die Erläuterung dieser Tätigkeit vollständig aus, um a) den sofortigen Anschluss des Erzählvorganges der Patientin zu ermöglichen und b) keine weiteren Erklärungen zu dem Schreiben und der dabei vorkommenden Pausen (!) notwendig zu machen. Die Patientin steht aber dennoch vor der

Wahl ihre Sprechgeschwindigkeit anzupassen (diese müsste von alleine geschätzt oder erfragt werden) oder sich gegebenenfalls von der Ärztin unterbrechen zu lassen. Tatsächlich ist die erste Variante, d.h. bspw. das Nachfragen, in den Daten nicht expliziert enthalten und zweite findet ebenfalls nicht explizit wegen des Schreibens, sondern wegen inhaltlichen Nachfragens statt.

### 6.3.2 Anliegen Darstellungen

#### 6.3.2.1 Implizite Anliegen Darstellung

Dieser Abschnitt aus T1 wird noch von der Frage der Ärztin (82) nach den Modalitäten der Müdigkeit (72) eingeleitet, entwickelt sich dann aber durch eine Nachfrage (106) zu einer impliziten Anliegen Darstellung (ab 107).

```
#00:01:45-8#
83 P1: eigentlich JEDEN morgen;=[JO,          ]
84 A1:                               [((schreibt))]
85 P1: =[und es is donn WIRKlich auch, (-) wenn i ned im DIENST] bin,
86 A1:   [((schreibt))                ]
87 P1: so nochm MITtagessen, (.)
88     <<rall> SPÄTestens,> (-)
89     <<len> EINE stunde nachher,> (-)
90     <<len> BRECH ich weg;=ja,>
91 A1: =AUCH wenn sie frei haben,
92 P1: (-) <<sehr tief> jo:;>
93 (-)
94 A1:  ~hm_[HM,          ]
95 P1:   [<<f, all> na] wenn i im DIENST bin kann i jo ned>
96     <<lachend> umfoin (am flieger und [schlupf,]>)
97 A1:   [ ~hm_HM, ]
98     =<<f, all> ABER> <<knarrend> äh-> <<f, all> auch am WOCHENend->,
99     =<<all, dim> also ich mein wochenend>, (-)
100 P1:   [ja?]
101 A1: <<dim> [ham] sie ja nicht aber> wenn sie FREI haben ist das,
102     (-- )
103 A1: [GENAU so?]
104 P1: [TÄGlich, ] (-) jo- (-- ) jo-
105 (-)
106 A1: ^HM_hm;
107 (-)
108 P1: und wie LANGE schon?
109 (-)
110 P1: (-) <<stark behaucht> poah,>
```

#00:02:14-0#

Die Ärztin erfragt (noch in 82) die Häufigkeit eines Symptoms, worauf die Patientin in (83) erst relativierend, dann deutlich bestätigend die Einschätzung zweifach ratifiziert. Im schnellen Anschluss beginnt sie dann selbständig, mit *und es is donn*, an voriges verbunden und darüber hinausführend, eine schrittweise Eingrenzung der Modalitäten. Die Ärztin übernimmt in (91) schnell den *turn* und fokussiert in ihrer DSF auf eine weitere zeitliche Modalität (vgl. 82). Es interessiert neben der Häufigkeit (82) auch der **Umstand** (91), in dem sich die Symptome zeigen.

Nach einer kurzen – nur von der Patientin – humoristisch durchgeführten Korrektur (95), die mit einem schlichten Hörersignal der Ärztin (96) überlappend begleitet wird, reformuliert diese verstärkt ihre vorige Frage nach dem Umstand (s. 91). Allerdings muss sie selbstreparierend eingreifen (97 f.), sodass in (100) eine beinahe wortgleiche Reformulierung der DSF von (91) bestehen bleibt. Wesentlicher Unterschied ist aber die Fokussierung auf [*GENAU so?*]. Es zeigt sich, dass neben den oben genannten Modalitäten nach Häufigkeit und Umstand nun auch die **charakterliche Erscheinungsform** (101) der Müdigkeit von Interesse ist. Die Antwort der Patientin (102) fällt aber zunächst nur bestätigend für die Modalität der Häufigkeit aus. Erst die verzögerten und nachgeschobenen kurzen Bestätigungen (-) *jo-* (--) *jo-* bringen eine Ratifizierung, die der Ärztin an diesem Punkt genügt (104). Sie erfragt dann die weitere Modalität der Dauer (106) in einer V1-Frage, was von der Patientin mit einem emotiven Laut (107) und einer ungenauen Zeitangabe beantwortet wird, die aber auf ein längeres Leiden verweist (108).

#00:02:14-0#

```

108          <<p> des geht jetzt schon IX monate,>
109          =<<p> i bin jetzt unlängst- hob i mi wieder> total CHECKen
              lossen,
110          =<<p, knarrend> olso blutbefunde internist> <<p> AL[LES; ]>
111  A1:                                     [ALLES] okay,
112  (-)
113  P1:  °hh <<f> ned a mal an> EISENmangel <<dim> hob i;>
114  A1:  hm;
115  P1:  ((lacht 0.5))
116  (2.5)

```

#00:02:25-4#

Auffällig erscheint im nächsten Abschnitt die Weiterführung des Rederechts durch schnelle Anschlüsse und Qualifizierungen (109-110). Thematisch führt die Patientin einen Gesprächsbereich ein, der weit weg von den Modalitäten führt, und auf ein **Anliegen** hinweist: Mit dem Zeitbegriff der *IX monate*, mit unlängst- fortführend, zeigt sie ihr Bemühen das Möglichste (*total/AL[LES; ]*) über ihren Körper herauszufinden. Inhaltlich führt sie dies in ihrer Qualifizierung aus, indem sie von einer wiederholten (*wieder*) ärztlichen Überprüfung erzählt. Die Anstrengung und die Mühen stehen hier gebündelt durch die sprachliche Verdichtung, schnelle Anschlüsse, leise Intonation und hervorstechende Fokusakzente, zur Diskussion. Zudem führten diese zu keinen befriedigenden Ergebnissen, was die Ohnmacht gegenüber der Situation unterstreicht.

Überlappend führt die Ärztin (111) ihre Vermutung antizipatorisch über das Ergebnis aus, was indirekt auf verbaler Ebene auch bestätigt wird (113). Die Patientin artikuliert durch deutliches und langes Einatmen und auffälliger Lautstärkenmodulation zu Beginn und am Ende der Phrase eine gewisse Hilflosigkeit ob des mangelhaften Nutzens der Befunde. Die Ärztin reagiert mit ähnlicher Stagnation *in der Intonation* (*hm;*), worauf die Patientin kurz lachend reagiert bzw. den zuvor angeführten Aspekt des Anliegens weiter begleitet (115). Eine deutliche Pause von 2.5 Sekunden bleibt von beiden Seiten verbal ungenutzt.

Zusammenfassend stellen die detaillierten **Nachfragen** der Ärztin einen wichtigen Aspekt dar wenn das Krankheitsverständnis der Homöopathie genauer betrachtet werden will. Es findet sich in den kurzen Sequenzen die Frage nach *vier* Modalitäten (Häufigkeit, Umstand, Art, Dauer) eines einzelnen Symptoms (Müdigkeit), das sich bisher nicht als Haupt- sondern (nur) als Nebensymptom hervorge stellt hat.

In zwei Fällen von ausformulierten Fragen der Ärztin antwortet die Patientin mit Themenerweiterungen. Sie bringen eigenständige Beobachtungen (85 ff.) und implizite Anliegen (109 ff.) zum Vorschein. Letzteres gestaltet sich so, dass die Befunde keine weiteren Erkenntnisse brachten und – weiters – intonatorisch und wörtlich (113) eine Hilflosigkeit gegenüber dieser Erkenntnis besteht. Das implizite **Anliegen**, das dahinter steckt, ist, eine Problemlösung dafür zu finden (vgl. Becker-Mrotzek/Brünner 2007). Bis zum Abschluss dieser Stelle wird dem vorerst bestätigend aber nicht produktiv-transformativ begegnet. In nachfolgenden Sequenzen bearbeitet dann (primär) die Ärztin das Anliegen.

6.3.2.2 *Anliegensbearbeitung*

#00:02:25-4#

117 A1: <<len> da: KÖNNT ich> noch was ergänzen die-  
 118 °h die freien radikALE kamma messen,  
 119 <<p> die sind ja bei EUCH-> (--)  
 120 P1: <<p> ~hm\_HM,>  
 121 A1: FLIEGenden (.) [MENschen- ]  
 122 P1: [ <<p>~hm\_hm,> ]  
 123 ~hm\_HM,  
 124 (-)  
 125 A1: sehr (-) HOCH oft,  
 126 (-)  
 127 P1: ~hm\_hm,  
 128 (--)  
 129 A1: da KÖNNte <<acc> man noch schauen,>  
 130 =RAUCHen sie auch?

#00:02:40-4#

Die Bearbeitung des Anliegens erfolgt in Form einer Ergänzung (117), die im Konjunktiv eingeleitet wird und durch Ausbleiben der Intervention der Patientin, die zwischen die- und °h präferiert wäre, und zu einem Vorschlag (118) erweitert wird. Die Ärztin lässt in (119) durch Intonation und Pause wieder die Möglichkeit eines Anschlusses, der eine Ratifizierung des Wissensbestandes ermöglicht. Die Patientin reagiert hier (120) und bei nachfolgenden detaillierten Zusatzinformationen durch die Ärztin (121, 125) nur durch Hörersignale (120, 122 f., 127), die sich – außer durch die Wiederholung und Verstärkung in (123) – intonatorisch kaum unterscheiden. Da auch die Pausen (119, 124, 126, 128) von der Patientin keine deutliche Zustimmung wahrnehmen lassen, scheint das Anliegen für diese nicht vollständig befriedigend bearbeitet zu sein. Die Wiederholung des Konjunktivs und verallgemeinerndem man, deuten darauf hin, dass die Ärztin dies auch wahrnimmt (129). Schnell schließt sie eine V1-Frage an (130), die einen Zusammenhang impliziert (auch). Die Antwort erfolgt eindeutig bestätigend (131), was von der Ärztin wahrgenommen (132) und – konnektiv zu voriger Sequenz (AUCH) – mit einer medizinischen Beurteilung erweitert wird (133).

#00:02:40-4#

131 P1: <<tief> ja::,>  
 132 A1: okay;  
 133 °h na das steigert AUCH die <<acc> freien radikale,>

134 P1: hm:.,  
 135 A1: =<<all> da muss ma [halt DANN schauen weil] ↑DAS könnt> (-)  
 136 P1: [<<p> ich weiß; ja;> ]  
 137 A1: °h <<p> eine ROLLE spielen->  
 138 =vitamin de <<p, len> wurde AUCH kontrolliert>?  
 139 P1: (-) ((schnalzt)) °h nicht dass ich ↑WÜSSte; (-)  
 140 [sog i jetzt GONZ ehrlich; ]  
 141 A1: [°h <<acc> also es sind ZWEI dinge die man>]  
 <<dim> noch anschaun [sollte;]>  
 142 P1: [ja, ]  
 143 A1: <<p> ja?> (-)  
 144 P1: okay,  
 145 (-)  
 146 A1: <<schreibend, p> i schreib mas nur AUF>  
 <<dim> [dass mas ] nicht vergessen,>  
 147 P1: [<<p>~hm\_hm,>]  
 148 (--)  
 #00:02:55-0#

Nach dem nicht eindeutig zustimmenden Hörsignal der Patientin (134) lässt sich die Ärztin alle Möglichkeiten offen und reduziert den Druck über das Gespräch hinausgehend zu reagieren, der durch den neuen Vorschlag (und damit dem Auftrag an die Patientin, erneut Befunde einzuholen) entstanden ist. Sie führt hierzu eine weit gefasste Verallgemeinerung (ma [halt DANN]), mit vorheriger Aufforderung (muss), abschließender Satzkoppelung (weil) und Begründung für die Entscheidung (↑DAS könnt) aus, die bis (137) reicht. Die Patientin bestätigt die Angleichung der Wissensbestände (ich weiß;) sowie die Intention der Ärztin (ja;) in beiden Fällen mit fallender und – in diesem Kontext – daher nicht besonders positiv bewertender Intonation. Die Ärztin schließt an ihre Begründung (137) mit einer erneuten DSF schnell nach (138), was von der Patientin – vermutlich aufgrund der sehr spezifischen Fragestellung – nicht eindeutig beantwortet werden kann. Mit der Empfehlung – zusammenfassend (141) und mit einer Verständnissicherung (143) behaftet – gibt die Ärztin einen Handlungsauftrag, der nur durch das allgemeine man relativiert ist. Nachdem die Patientin nicht widerspricht (142, 144; mit weiteren Möglichkeiten in 145 und 147 bzw. 148) notiert die Ärztin das Besprochene und markiert es damit vollständig als zu erfüllende Notwendigkeit.

Die Ärztin gestaltet ihre **Anliegensbearbeitung** durch eine grundsätzliche Bestätigung, dass Befunde eine Wichtigkeit haben, indem sie dreifach (118, 130, 138) eine Vertiefung des Themenkomplexes vornimmt. Das Ergebnis ist, dass die Patientin einen hier verbalisierten *und* schriftlich festgehaltenen Auftrag bekommt (der am Ende des Gesprächs sogar noch einmal wiederholt werden soll (146)), weitere Befunde einzuholen. Das implizit formulierte Anliegen eine Lösung für das Problem, das – nach bisherigem Wissensstand der Patientin – sich eben nicht in weiteren Befunden, sondern außerhalb davon liegen muss, zu finden, wird von der Ärztin durch einen erneuten Eintritt in das Themenfeld bearbeitet. Sie verallgemeinert und relativiert ihre Anmerkungen derart, dass die **Zusammenarbeit** nicht durch eine direkte Aufforderung oder Sanktion gestört wird. Die dennoch vorhandene und zuvor erwähnte Passivität der Patientin bei diesem Komplex (113, 115) spiegelt sich in den zurückhaltenden Bestätigungen wider. Für die Ärztin aber hat es – *an dieser* Stelle – Priorität, alle körperlichen Aspekte auszuschöpfen und das versteckte *emotionale* Anliegen vorerst zu übergehen und sich auf die Symptome und Modalitäten zu konzentrieren.

Das **Beziehungsmuster** der Arzt- und Patientenbeteiligung regelt sich in diesem Beispiel durch eine arztbestimmte Beteiligung (vgl. Abschnitt 3.1.2). Zwar wird die Patientin durch Fragen eingebunden, doch die Entscheidung über das weitere Vorgehen obliegt hier allein der Ärztin. Das partnerschaftliche Wir (55) wird zumeist verallgemeinert, was den Handlungsauftrag weitere Untersuchungen vornehmen zu lassen, weniger zwingend erscheinen lässt. Im Anschluss (146) steht dann wieder der Bezug zum gemeinsamen Handeln, auch wenn dieser autoritativ von der Ärztin festgehalten wird und daher eine bestimmende Gültigkeit besitzt (was vorhergehende Verallgemeinerung ungültig macht).

Noch einmal wird danach der Aspekt der Modalität behandelt:

#00:02:55-0#

149 A1: <<p> gut;>

150 (-)

151 A1: °h seit (.) EINIGEN monaten <<p> sagen sie;>

152 <<schreibend> seit [SECHS ] monaten?>

153 P1: [ <<p, knarrend> ja;> ]

154 P1: = <<p> des is jetzt->

155 <<f> jo es is [jetzt> ] extREM,

156 A1: [an JOAHR?]

#00:03:01-0#

Nach der Gliederung (149) und der langen Einleitung ((150 f.); °h seit (.)) wiederholt die Ärztin die Dauer des Krankheitszustandes (106) durch Verweis auf die patientenseitige Informationsquelle (<<p> sagen sie;>) und gibt eine geschlossene Frage mit Antwortvorschlag (nachdem die Antwort in (108) allgemein blieb). Dieser Vorschlag wird (nur) leise ratifiziert (153), was eine weitere verständnisfördernde Nachfrage (156) mit sich bringt. Die Patientin beginnt in der Zwischenzeit (154 f.) einen Bezug auf die *gegenwärtige* Situation und reißt damit einen neuen Themenbereich auf, der ihr *extrem*, wichtig erscheint und den sie in einer intonatorischen Steigerung von leise (154) auf laut (155) wiederholend unterstreicht.

Die DSF der Ärztin (151) basiert auf einem stufenweisen Aufbau (1. Gliederung, 2. Wiederholung/Feststellung, 3. Frage(n)). Damit führt sie die Patientin Schritt für Schritt in eine **vertiefte Beschwerdenschilderung**. Aus dieser Perspektive ist der daraus folgende Themensprung eine logische Erweiterung der Patientin, weil sie die Themenvertiefung annimmt und selbst ausbaut. So kann sie die für sie als relevant gestuften Ereignisse bearbeiten (lassen). *Dass* sie dies macht, zeigt die positive Annahme des vermittelnden Modells der **Patientenbeteiligung**, das in Folge ganz neue Themenbereiche für die Ärztin zugänglich macht.

### 6.3.2.3 Explizite Anliegenformulierung in T2

Der **Vergleich der Anliegensequenzen** mit T2 zeigt, dass der Zeitpunkt, wann diese in Erscheinung treten, in T1 etwas vorgelagert ist (etwa 1 Minute und 15 Sekunden Unterschied). Beiden Gesprächen ist jedoch gleich, dass die Anliegen in der Beschwerdenschilderung eingebettet sind. Während in T1 die Patientin ihr Anliegen implizit in einer Nachfrage nach der initialen Beschwerdenschilderung bekannt gibt (vgl. Abschnitt 6.3.2.1) weist die Patientin in T2 selbständig – erst implizit dann explizit – darauf hin:

#00:03:31-7#

160 P2: u::nd (.) <<all> wenns dann nicht WEG ist probiert man  
vielleicht noch ein weiteres jahr,>  
161 P2: =<<all> und jetzt haben sie mir eben-> ((knarren 0.8))  
162 P2: schon sehr DRINGEND zur operation geraten (.) und deswegen, (-)  
163 P2: <<pp> weil (-) das mach ma nur einmal und weg,>  
164 (-)  
165 P2: °h ich MÖCHTS auf jeden fall noch mal so versuchen,  
166 (1.0)  
167 A1: und jetzt die homöopathie DAZU,  
168 P2: ja,  
169 A1: =~hm\_HM,

#00:03:48-5#

Im Vorfeld dieses Abschnittes hat die Ärztin den bisherigen Prozess der Behandlung der Krankheit (Schilddrüsenbeschwerden) in einem recht hohen Detailgrad (Dauer, körperliche und psychische Symptome, Behandlungsweg und Medikamentierung) erfahren, wozu aber nicht nur die Erzählfreudigkeit der Patientin und eine anzunehmende Erfahrung (mit (homöopathischen) Ärzten) sondern auch konzentrierte Nachfragen der Ärztin dazu beigetragen haben. Die Patientin schildert nun kurz vor diesem Abschnitt, dass eigentlich eine Absetzung der Medikamente geplant war, die Beschwerden aber so stark sind, dass auch homöopathisch bisher nicht der gewünschte Erfolg erreicht werden konnte (vgl. T2 58 ff.), und ihre betreuenden Ärzte (*sie*) ihr nach einer längeren Zeit (T2 160) der – bisher nicht erfolgreichen – Medikamentierung *DRINGEND* zur *operation* geraten haben (T2 162). In (T2 163) ist bereits das Anliegen implizit enthalten. Es ist aber durch eine leise, verzögerte Begründung (*weil*) nur durch das Ausschlussverfahren (*weil* die Operation ein unumkehrbarer Eingriff ist, ist jetzt wieder ein (umfassenderer) homöopathischer Zugang notwendig) erfassbar. Da das Anliegen so versteckt vorgetragen ist, erfolgt auch keine unmittelbare Antwort der Ärztin (T2 164), sondern der nun *explizite* Hinweis auf den Behandlungswunsch (*ich MÖCHSTS*) der Patientin (T2 165). Nach einer einsekündigen Pause schließt die Ärztin in einer DSF an (und), die eine positive Antwort präferiert und inhaltlich dem Anliegen entspricht (T2 167). Die Patientin bestätigt schließlich die Vermutung, die Homöopathie *begleitend* einsetzen zu wollen. Nach weiteren zwei Sekunden Pause erachtet es die Patientin für notwendig, ihre Einschätzung über die „nur“ therapieunterstützende Rolle der Homöopathie zu begründen (T2 171-173), sodass keine qualitative Abstufung der Homöopathie im Verhältnis zur Allopathie erfolgt.

#00:03:48-5#

170 (2.0)  
 171 P2: also ich glaub das (.) GANZ wegzulassen, ((knarren 1.0)) (1.5)  
 172 <<pp, dim> WEISS es nicht ob das funktioniert (-) das  
 thiamazol,>  
 173 P2: °hhh  
 174 A1: VERTRAGEN sies?  
 175 P2: ja,  
 176 A1: das is [ja schon mal SUPER,]=JA?  
 177 P2: [(zweimal) ( ) ja,]

178 P2: ja nein das waren so die WERTE (-) (alles) in allem,  
 179 A1: °h das HEISST [sie ] haben das- <<dim> seit wannnehmens  
 es denn wieder jetzt?>  
 #00:04:07-5#

Die Ärztin versichert sich, ob das Medikament Nebenwirkungen erwirkt (T2 174) und unterstützt die positiv ausgefallene Antwort (T2 176). Ähnlich wie in T1, wo die Ärztin die **Anliegensbearbeitung** in Form einer Themenerweiterung vollzogen hat (s. Abschnitt 6.3.2.2) beginnt auch in T2 ein erweiterter Themenstrang (T2 179 ff.): Die Ärztin möchte zur Verständnissicherung eine Zusammenfassung etablieren (das HEISST), konzentriert sich dann aber auf detaillierte Nachfragen bezüglich der Medikamenteneinnahme (T2 179) und der Dosierung (T2 189 ff.).

Die Ärztin kommt dem Anliegen der Patientin insofern nach, als dass sie die Befragung fortführt. Ein direktes Eingehen auf das Anliegen entfällt (bspw. durch Empathiebekundung). Die Routine und das systematische Bearbeiten der Aufgaben stehen in dieser Phase im Vordergrund.

Die Anliegenendarstellung in T2 wird durch eine Dringlichkeit (T2 162) unterstrichen, die die Patientin schon zu Beginn des Anliegens bekannt gibt. Für die Ärztin ist aber auch der Umgang der Patientin mit dieser Situation interessant (s. Abschnitt 2.1). In diesem Fall (s. T2 165) macht die Patientin ihre **Mitarbeitsbekundung** (s. bes. Fokus: MÖCHTS) und die hohe **Motivation** zur Situationsveränderung (auf jeden fall) ersichtlich. Damit gibt die Patientin auch deutlich *ihre* Wahl eines Patientenbeteiligungsmusters (Information geben, s. Abschnitt 3.1.2) bekannt, weswegen die Ärztin keine Maßnahmen ergreifen muss, die die konstruktive Patientenbeteiligung noch mehr an dieser Stelle forciert. Sie kann gleich zur Anliegenbearbeitung übergehen.

Mit Müller-Mundt (2005) ist zusätzlich anzuführen, dass der Grund für den Besuch einer nicht-allopathischen Praxis auch darin liegen kann, dass eine „Stärkung der Eigenkompetenz der Betroffenen“ (Müller-Mundt 2005: 150) erhofft wird. Obwohl nicht explizit im Datensatz vorhanden, kann aufgrund des nochmaligen Wechsels der Therapieform von Homöopathie auf Allopathie und wieder zur Homöopathie vermutet werden, dass diese Patientin sich ihrer bewusst aktiven Rolle im Heilungsprozess (nun) verstärkt bewusst geworden ist. Sie setzt die Aufforderung zur Operation nicht sofort um, sondern wählt einen Heilungsweg, der ihr mehr Mitsprache- und Gestaltungsrechte gibt.

### 6.3.3 Erweiterte Problemschilderung: Vorgriff auf psychische und biografische Anamnese

Der zuvor analysierte T1-Abschnitt stellt mit seiner wiederholten Passage (154 f.) der Patientin einen Übergang dar. Sie betont eine übergroße Belastung (es is [jetzt>] extREM,), die ein *aktuelles* zeitliches Befinden und dessen belastende Qualität ausdrückt. Mit der Korrektur bzw. Relativierung oba (157) führt sie ihr in (154) angenommenes Rederecht fort, ohne dabei aber auf die überlappende Nachfrage der Ärztin (156) weiter einzugehen.

#00:03:01-0#

157 P1: =i muss oba [DOZUA sogn; ]  
 158 A1: [((schreibt))]  
 159 P1: [°h (-) dass des: (-)]  
 160 A1: [((schreibt)) ]  
 161 P1: [<<f> ↑DIESES JAHR jetzt> <<dim> wirklich eins:,>] (--)  
 162 A1: [((schreibt)) ]  
 163 P1: <<p> i glaub eines der HEFTigsten> (-) <<dim> meines lebens>  
 woar (-) also jetzt- (-- ) h° °h ((tiefes schluchzen))  
 164 A1: und was WAR?  
 165 P1: °hh (--)  
 166 ich HAB zwei söhne, ((tiefes h°)) (--)  
 167 [<<p> und hob (-) wirklich WAHnsinnig fü: (-)]  
 168 A1: [((schreibt)) ]  
 169 P1: [probleme mit dem (-) ÖLTEREN ghobt,>]  
 170 A1: [((schreibt)) ]  
 171 P1: [=<<p> der wird im mai OCHzehn,>]  
 172 A1: [((schreibt)) ]  
 173 P1: [<<p> der woar (--)] VIER monate: (-- ) in der> psychiatrie,  
 174 A1: [((schreibt)) ]  
 175 P1: [<<p> in der JUNGpsychiatrie> (--)]  
 176 A1: [((schreibt)) ]

#00:03:33-2#

Die Einleitung dieses Abschnittes mit =i muss oba [DOZUA sogn; ] sichert der Patientin die Aufmerksamkeit der Ärztin, da sie zusätzliche (DOZUA) Informationen, die möglicherweise die Modalitäten der Symptome betreffen könnten und eine gewisse (korrigierende) Wichtigkeit für die Patientin ausüben (=i muss oba). Schrittweise und mit Verzögerungen (hörbares Einatmen, Dehnung und Pausen) beginnt sie die Begründung für den thematischen Wechsel (159), der von der Ärztin verbal erst in (164) aufgegriffen, nonverbal aber durch ununterbrochenes Schreiben begleitet wird. Die Wichtigkeit für die Ausführung stellt die Patientin intonatorisch bereits zu Beginn <<f> ↑DIESES JAHR jetzt>, nicht aber ohne eine weitere

verzögerte Erzählvorbereitung (leiser werdend, Dehnung und Pause) einzusetzen (161) und ihr Rederecht maximal auszuweiten. Die finale Erklärung (163) wird durch mehrere Pausen und ein tiefes Schluchzen abgeschlossen, sodass ein *turn*-Wechsel von der Ärztin mit einer Nachfrage über die konkreten Vorgänge möglich wird (164). Die W-Frage und *was WAR?* ist sehr knapp und trägt durch den Konnektor zu Beginn mit der eindeutigen Frageintonation eine (fortgesetzte) Erzählaufforderung in sich, die auf ein „Verständnisproblem“ (Spranz-Fogasy 2010: 53) hindeutet und eine Wissensangleichung verlangt. Dieser knappe Anstoß ist genug, um der Patientin in diesem sensiblen Moment (häufiges tiefes Atmen, 165 f.) unbedingte Aufmerksamkeit zu signalisieren. Zudem setzt die Patientin ihr „psychosoziales Umfeld als Thema relevant“ (Sator 2011: 44), wie es in der Schmerzdarstellung von Frauen eher zu erwarten ist (vgl. dazu a. Menz/Lalouschek 2005). Während der Problemdarstellung nimmt die Ärztin aktiv durch beinahe durchgehendes Schreiben an der Schilderung teil.

Die Erzählung der Patientin ist fast immer von einer leisen Intonation begleitet und weist mehrere Pausen auf, die die Annahme des Rederechts und des **vergrößerten Handlungsraumes** bezeugt. Der Raum bleibt dadurch bestehen, dass die intime Schilderung an dieser Stelle erlaubt ist und zudem ein patientenorientiertes Beziehungsmuster durchgängig realisiert wird (minimale arztseitige Unterbrechungen). Inhaltlich führt die Schilderung zu Personen, die zwar Familienmitglieder sind, sich aber außerhalb dieses Gesprächsraumes befinden. Die Patientin reagiert dabei auf den benötigten Wissensangleich und ordnet ihre Schilderung in genau dieser Weise (1. Familie (166), 2. Problemdarstellung (167 f.)), sodass die Ärztin ein schnelles Verständnis aufbauen kann.

Phasenstrukturell betrachtet sind diese Sequenzen ein **Vorgriff** auf die erst später stattfindende psychische Anamnese (vgl. Abschnitt 2.1.2). Eine Gliederung gemäß dem vorgefertigten Strukturmodell (z.B. durch Hinweis der Ärztin auf die Einhaltung eines Schemas bzw. durch regulierende Unterbrechungen) käme, das tiefe Schluchzen der Patientin berücksichtigend (163), einer Sanktion gleich. Stattdessen überlässt die Ärztin der Patientin durch eine Erzählaufforderung die Themenwahl und die weitere Gestaltung in Form einer offenen Fragestellung (164). Die mangelhafte **Orientierung** zu Beginn des Gesprächs wird dennoch lokal – hier durch einen minimalen Eingriff der Redeübergabe – geregelt.

Nachfolgende **Sprech-Schreib-Sequenzen** zeigen die aktive Teilnahme der Ärztin bei gleichzeitiger ununterbrochener Redefreiheit der Patientin. In diesem scheinbaren Widerspruch

steckt aber auch die Ratifizierung, dass das Vorgehen der Patientin richtig ist, was einer **temporären Orientierungsmaßnahme** gleichkommt: Die Patientin erhält das Rederecht für eine Erzählung (164) und wird durch ständige nonverbale Ratifizierung in ihrem *turn* bestätigt (schreibe die Ärztin nicht, so würde dies eine geringe Relevanz der Erzählung ausdrücken). Daher weiß die Patientin, dass sie *so* fortsetzen darf und dies so lange, wie es das Schreiben als relevant markiert. Sie erfährt aber keine inhaltliche Orientierung (was vom Geschriebenen wie wichtig ist, bleibt ihr verborgen). Für den Zeitrahmen, der schreibend definiert wird, ist sie aber über den weiteren Verlauf orientiert.

#00:03:33-2#

177 P1: ((schnalzt)) °hh [<<p> u:nd,> hh° (-)]  
 178 A1: [((schreibt)) ]  
 179 P1: [JO mit ollem wos dazuaghärt, (2.5)]  
 180 A1: [((schreibt)) ]  
 181 P1: [<<p> olso wos mi ols mutter scho SEHR,> (--)]  
 182 A1: [((schreibt)) ]  
 183 P1: [naTÜRlich auch berührt hat,]  
 184 A1: [((schreibt)) ]  
 185 P1: [<<p> und und> i woa in der PHase wahnsinnig ↑STOARK wies] eam  
 schlecht gonga is und (-)  
 186 A1: [((schreibt)) ]  
 187 P1: °h <<knarrend> jetzt wo er so a> BISSL wieder, (--)  
 188 sich [erHOLT jetzt ((lacht 0.5)) reissts mir <<dim> die fiass  
 aus;> ]  
 189 A1: [((feste anstreichung)) ]  
 190 (--)  
 191 A1: is eh (--) KLAR [irgendwie,]=ge?  
 192 P1: [jo, ]  
 193 A1: [NA, °h ]  
 194 P1: [s find i A,]  
 195 (-)  
 196 P1: jo,  
 197 A1: des heisst KUMMER?

#00:04:03-7#

Die Problemdarstellung konzentriert sich in diesem Abschnitt zunächst auf Vergangenes und bleibt eher allgemein mit *ollem wos dazuaghärt,*. Die angeschlossene lange Pause (179) wird von der Ärztin nicht für Nachfragen genutzt. Die Patientin setzt fort, indem sie das Allgemeine anhand der individuellen Erfahrung eingrenzt (181, 183) und betont dabei (wieder) die Schwere der Auswirkungen (SEHR). Die aktuelle Relevanz wird schließlich durch einen Rückgriff auf das vergangene Befinden (185) in Relation zur jetzigen Situation (188) konstru-

iert. Dieser so formulierte Schluss wird auch intonatorisch so markiert (fallend und Pause in (190)), wodurch die Ärztin die Möglichkeit einer Kommentarserzung (Beurteilung) bekommt. Sie tut dies (191) intonatorisch zurückhaltend (Pause), und auf der Wortoberfläche wird die Schlüssigkeit des Herganges betont, was auch zweimal ratifiziert wird (192, 194). Noch überlappend, und dann das Gliederungssignal der Patientin (196) übergehend, baut sie eine Fragestellung auf, die wieder eine Zusammenfassung des Bisherigen beinhaltet (*des heisst KUMMER?*) und einer explikativen DSF (Vermutung in Form einer Komplettierungsfrage) entspricht. Nicht umsonst setzt sie den Fokus auf das für sie eigentlich Relevante, da sie nach einer **Kategorisierung** des psychischen Empfindens der Patientin sucht (vgl. Beschwerde-/ und Arzneimittelsymptom bei Dorcsi (1991: 57)). Diese Einordnung muss nun, wie die körperlichen Symptome zuvor, in ihrer Qualität und Modalität festgehalten werden, um weitere Aufschlüsse über die Persönlichkeit der Patientin zu liefern.

Wie erwähnt hätte eine stärkere Gliederung in Form einer Orientierungsmaßnahme ab (163) eher einschränkende Qualität besessen. Stattdessen sorgt die Ärztin für **wenige Regulierungsmaßnahmen**, was aufgrund des Willens der Patientin die Schilderung auszuführen (die Patientin hat sie ja selbst eingeleitet), auch angenommen wird. Es mag die artzseitige Akzeptanz des Themensprunges (von *Körper* zu *Psyche*), der außerdem durch die Patientin selbst gewählt wurde, überraschen, da nicht festgestellt wurde, ob es noch weitere *körperliche* Beschwerden gibt, die, aufgrund des maßgeblichen Schrittes des Themawechsels, vergessen wurden. Tatsächlich aber folgt die Ärztin hier zum einen der möglichst offenen Gestaltungsweise einer Anamnese der klassischen Homöopathie und der entsprechend hohen Patientenbeteiligung. Zum anderen befinden sich diese Sequenzen immer noch in der Phase des gelenkten Berichtes, der eine **Fremdwahl** der Themen nicht ausschließt. Die homöopathische Vorstellung der Synthese von körperlichen und psychischen Problemen lässt eine Separierung ebenfalls nicht zu. Die Einteilung der späteren Phase in eine „psychische Anamnese“ (Abschnitt 2.1.2) verbannt diese Themen also nicht in erst nachfolgende Gesprächsphasen, sondern dient einer Detaillierung der Probleme, die durchaus schon vorher genannt werden können. Es ist bei all den von der Ärztin eingeleiteten oder akzeptierten Sprüngen eine **flexible Struktur** anzunehmen, der die Ärztin dennoch zu folgen weiß. Die Notizen sind dabei eine **Orientierungshilfe**, die zuvor (vgl. 77 ff.) schon relevant gesetzt wurden.

Die Erweiterung des Anamnesethemas (von körperlichen zu seelischen Problemen) auf darüber hinausreichende (psychische Probleme des Sohnes) wurde bisher sowohl von der Ärztin, durch konzentrierte Fragestellungen (hauptsächlich DSF), als auch von der Patientin, durch kurz gefasste, aufeinander aufbauende Schilderungen, gestaltet. Die letzte Frage der Ärztin (197), ob das Befinden der Patientin als KUMMER? bezeichnet werden kann (des heisst), berührt allerdings Aspekte, die nur durch erhöhte **Selbstreflexion** der Patientin erklärt werden können.

#00:04:03-7#

198 P1: (-) °h [jo schon; ]  
 199 A1: [von der qualität] her,  
 200 P1: jo;  
 201 A1: <<p> ~hm\_HM,> (-)  
 202 P1: [<<p> VIEL kummer,> (-)]  
 203 A1: [((schreibt)) ]  
 204 P1: [<<pp> VIEL kummer;>]  
 205 A1: [((schreibt)) ]  
 206 (--)  
 207 A1: ↑NUR wegen ihm oder gabs noch [ANDERE ] dinge?  
 208 P1: [ <<f> NA,> ]  
 209 (-)  
 210 P1: [<<pp> viel kummer;> ((lacht leise 0.5))]  
 211 A1: [((schreibt)) ]  
 212 (--)  
 213 A1: <<schreibend, pp> ~hm\_hm,>  
 214 (2.0)  
 215 A1: <<p, all> wo- wos worn sein PROblem?>  
 216 =<<p> depress↑IONEN> <<pp> [oder WAS ] [hat er?> ]  
 217 P1: [((schnalzt))] [ <<knarrend, f> er > ]  
 WOAR-  
 218 P1: =jo: er hot im prin↑ZIP woarn des dann ZWANGSgedanken,  
 219 A1: ~HM\_hm,

#00:04:24-7#

Die Patientin nutzt eine kurze Nachdenkpause (198) um eine tendenzielle Zustimmung zu geben. Die bleibt auch in der überlappenden Präzisierung (199) der allgemein gehaltenen DSF (197) noch erhalten (200). Worauf [von der qualität] her, aber genau abzielt (die *Qualität* eines Empfindens könnte mit dem *Charakter* der Arznei bzw. der Patientin zusammenfallen), bleibt, auch mangels Erklärungsmaßnahme homöopathischer Begrifflichkeiten (ev. im Zuge von Orientierungsstrukturen) unklar. Nachdem die Ärztin die Ratifizierung leise be-

stätigt (201) wiederholt die Patientin ihr Empfinden in gegensätzlicher Intonation und abgestufter Lautstärke, aber immer mit Betonung der Intensität (VIEL) des Leidens (202, 204).

Wieder erfragt die Ärztin die Modalität (V1-F an DSF gekoppelt), im Sinne einer Wechselwirkung weiterer Einflüsse ([ANDERE] dinge?; s. a. (207)). Noch während der Frage und in deutlicher Betonung werden andere Einflüsse aber verneinend ausgeschlossen (208). Die nochmalige Wiederholung (210) des negativen Empfindens und das angeschlossene Lachen lassen die Möglichkeit einer noch größeren psychischen Belastung, als explizit artikuliert wurde, zu. Nachdem die Nachfrage in (207) und alle Pausen aus Patientensicht unbenutzt blieben (206, 209, 212, 214) – letztere (214) dauert sogar zwei Sekunden – stellt die Ärztin keine weiteren Fragen die *direkt* darauf hinweisen.

Die nach besagter langen Pause und – ob der Geschwindigkeit – stockend begonnene W-Frage, was denn das Problem *des Sohnes* gewesen wäre, dient der Klärung des **Kontextes**, indem sich die Patientin befunden hat oder noch befindet. Der familiäre Hintergrund ist zwar ebenfalls Teil einer ursprünglich später stattfindenden Anamnese phase (Biografische Anamnese, s. Abschnitt 2.1.2), ist hier aber durch Einbindung des Kontextes **polyfunktional**: Einerseits zielt die Frage auf die tatsächlichen Fakten ab. Die Vermutung der Ärztin (216) wird durchaus offen gelassen (<<pp> [oder WAS] [hat er?>]) und fördert damit eine Erklärung von Seiten der Patientin. Diese folgt in (218) und den nachfolgenden Aussagen (220-223) und gibt – die weitere Funktion der Frage ausfüllend – wieder, wie *die Patientin* mit der Belastung umgeht. So stehen Belastungsgrad und der Umgang damit in einer direkten Relation, was schließlich der Charakterisierung zugute kommt.

#00:04:24-7#

220 P1: =<<dim> ↑UND (-) letztendlich di:e (-) AUSSage dass er (2.0)  
mitunter si überlegt> ob er si wos ONduat, (--)

221 <<dim> des woa holt donn für MI,> (--)

222 <<pp> AUSSchlaggebend dass i gsogt hob (-) das:> (-)

223 <<cresc> [trau ich mir ] alleINE nicht zu;>

224 A1: [ <<pp> geht nicht;>]

225 °h also KUMMER,

226 P1: ~hm\_HM,

227 (-)

228 A1: ANGST [(-) ] wahrscheinlich,

229 P1: [((schnalzt))]

230 A1: [oder WENIGER?]

231 P1: [AN:gs:t:? ] (-)  
 232 PU:h, (--)  
 233 <<dim> des mit der ANGST,>  
 234 na <<cresc> EHER EHER> kummer, (--)  
 235 <<len> so dieses:: (3.0) einfach (.) ↑AUCH dieses gefü:h1 SEHR  
 oft [überfordert zu sein?>]  
 236 A1: [((schreibt)) ] ((schreibt 5.0))  
 237 P1: <<len> und auf der ONdern [seitn> (4.0)]  
 238 A1: [((schreibt))]  
 239 P1: <<p, len> DENK i ma (--)>  
 240 <<dim, len> hobs immer allan gschofft;>  
 241 A1: hm-  
 242 (2.0)  
 #00:05:16-4#

Die Patientin schafft in (220-223) den Bezug zu sich selbst (für MI, (221)) und begründet damit gleichzeitig den Schritt, den Sohn durch die JUNGpsychiatrie (175) betreuen zu lassen. Der bisherige Komplex dient wie erwähnt auch der Erläuterung ihres Empfindens, was die Ärztin in einer zusammenfassenden DSF (°h also) bemerkt (225). Die nachgesetzte Bestätigung der Patientin (226) und eine kurze Pause (227) bringt aber keine detaillierte Einschätzungsmöglichkeit hierzu. Eine Vermutung der Ärztin (228) und die Relativierung derselben (230) führen dann aber zu einer selbstreflexiven Auseinandersetzung der Patientin (231-235, 237, 239 f.) mit genannten Begrifflichkeiten (*Angst* und *Kummer*). Auch hier gewährt die Ärztin wieder längere Annäherungen, Korrekturen und Ausformulierungen, die auch von mittellangen bis langen Pausen (bis zu drei Sekunden) begleitet werden. Schritt für Schritt (erst fragend (231), dann korrigierend (234)) nähert sich die Patientin an den Begriff des „Kummers“ (234) und erweitert ihn durch einen emotionalen Aspekt (*dieses gefü:h1*). Die Ärztin ist währenddessen – auch in durchaus langen Zeitphasen – schreibend aktiv (236). Die Konzentration auf die Patientenzentriertheit ist hier wieder stark ausgewiesen, was sich nicht nur in der Zulassung von Pausen sondern auch in der langsamen (239 f.) Sprechgeschwindigkeit der Patientin zeigt. Ein letztes und nicht weiter betontes Hörsignal unterstützt den Abschluss der Sequenz.

Die **Patientenbeteiligung** besteht in den letzten Abschnitten aus der Fähigkeit, selbstreflexive Einschätzungen wiedergeben zu können (198 ff., 231 ff.), Intensivierungen dieser „auszuhalten“ (225, 228, 230) und Nachfragen in belastenden Themenbereichen nachkommen zu können (207, 215).

In der steten Erfragung der Modalitäten und des emotionalen Empfindens der Patientin bewegt sich die Ärztin in kreis- oder spiralförmigen **Annäherungen**, indem sie verschiedene Aspekte, die den Lebenskontext der Patientin betreffen, erfragt. Die Vorgriffe auf die biographische Anamnese dienen hier, wie gesagt, der Feststellung bestimmter Charakteristika in der Psyche, ähnlich wie es Befunde für den Körper tun.

#00:05:16-4#

- 243 A1: erZIEHEN sie die (-) söhne alleine? (-)  
 244 [leben sie] (-) mit den söhnen oder hams an [LEBENSgefährten?]  
 245 P1: [a:: ] [ich leb mit ]  
 den SÖHNEN und, (1.0)  
 246 P1: der herr ((↑NAME)) der mich auch heute HERbegleitet hat (-) das  
 mein EXpartner und <<dim, rall> wir haben uns heuer noch  
 dreizehn jahren> (-) <<pp> definitiv getrennt;>  
 247 A1: also das AUCH noch,  
 248 P1: jo des is oba vo MIR [ausgonga ] <<pp> eigentlich,>  
 249 A1: [ <<p> ~hm\_hm,>]  
 250 <<schreibend> ~hm\_hm,>  
 251 P1: =[ <<p> also wo i SOG des is-> (3.0)]  
 252 A1: [((schreibt)) ]  
 253 P1: [ <<p> oba jetzt san ma im (2.5) <<knarrend> on sich GUTEM (-)  
 einvernehmen und ned mit,>]  
 254 A1: [((schreibt)) ]  
 255 A1: <<schreibend> ~hm\_hm,>  
 256 P1: <<pp> [grimm und (xxx), >]  
 257 A1: [ <<schreibend> also das ist jetzt] nicht (.) der (.)  
 STRESS,>  
 258 P1: (2.5) zumindest wär ma des ned so BEWUSST,  
 259 A1: ((schreibt))  
 260 <<schreibend> ~hm\_HM,>  
 261 (3.0)

#00:05:58-7#

Nach einer zweisekündigen Pause (242), die der Selbsteinschätzung der Patientin folgte, vertieft die Ärztin das familiäre „Themenpaket“. Zunächst steht die V1-Frage nach der Erziehung der Söhne (243), die im Grunde aber auf Erfragung des Familienstandes (alleine?/oder hams an [LEBENSgefährten?]) ausgelegt ist (244). Es fehlt die **Orientierung über die Frage im Kontext** des Vorangegangenen (das auf psychische Aspekte konzentriert war), wie die patientenseitige Verzögerung [a::] in der Überlappung zeigt. In der Reihenfolge der V1-

Fragen in (244) beantwortet die Patientin (1.) die Lebenssituation mit den Söhnen und (2.) das Beziehungsverhältnis zur wiederholt namentlich genannten externen Person (s. (12)). Die Trennung (246) wertet die Ärztin als zusätzliche (AUCH) Belastung für die Patientin (247), was von dieser aber nachfolgend relativiert wird (248 ff.). Die Ärztin fertigt unterdessen Notizen an und fordert durch Hörersignale zu weiteren Erzählmaßnahmen auf. Damit bettet sie die Erzählung, für die Patientin ersichtlich, in einen für diese relevanten Bereich ein. In (257) zeigt die Ärztin mit einer Einschätzung des Gesagten Aufmerksamkeit und Akzeptanz für die nun doch nicht so tiefe Einwirkung auf das seelische Leben der Patientin (ihre Einschätzung in (247) war noch stärker negativ markiert).

Als neue Belastungskategorie zu *Kummer* nennt die Ärztin STRESS, in steigender Intonation, sodass von einer explikativen DSF zur Verständnisorganisation ausgegangen werden kann. Nach einer langen Nachdenkpause (258), die der Patientin zugeschrieben werden kann, lässt diese eine tiefe Selbstbeobachtung wahrnehmbar werden, indem ihr die Belastung zumindest [...] *ned so BEWUSST*, vorkommt, womit alles Sagbare (zu diesem Thema und von dieser Person) ausgedrückt wird. Die Ärztin nimmt die Einschätzung schreibend zu Kenntnis (259 f.) und eine lange Pause von drei Sekunden gliedert diese Sequenzen von nachfolgenden ab.

Aus diesem Abschnitt ist ersichtlich, dass, obwohl (zuvor) keine **Orientierungsmaßnahme** erfolgt (ist), der Fragezweck interaktiv erkannt und bearbeitet werden kann, sodass zusätzlich auch eine Fehlinterpretation der Ärztin (247) geklärt und korrigiert (248 ff.) wird und in der relativen Wahrnehmung der Patientin (258) ihren Abschluss findet. Es ist dies nicht selbstverständlich, da eine Schilderung des privaten partnerschaftlichen Lebens auch nach dem zuvor Erzählten (Probleme des Sohnes) noch immer einen intimen Bereich berührt, wie es sich in der Stimmmodulation, den Pausen und dem schrittweisen aber zögerlichen Antworten der Patientin zeigt. Eine solche Fragestellung ist auch nicht von vornherein zu erwarten, da die Patientin mit *körperlichen* Symptomen zur Anamnese kommt. Dass es dennoch geglückt ist, liegt auch an einer schon etablierten **Vertrauensbasis** (nach knapp sechs Minuten Gesprächsdauer und patientenseitigem Vorwissen unbekanntes Ausmaßes).

#00:05:58-7#

262 A1: und sind sie jetzt ALLEIN [oder hams] an-  
 263 P1: [ ~hm\_HM, ]  
 264 A1: =JA? okay;

265 P1: [ ^hm\_hm, ]  
 266 A1: [ und das ] (--) GEHT?  
 267 P1: (--) MUSS,  
 268 A1: (--) ^hm\_hm;  
 269 P1: (--) ((lacht kurz))  
 270 (2.0)  
 #00:06:06-4#

Eine letzte Fragesequenz der biografischen Anamnese in dieser frühen Anamnese-phase bildet die reformulierte V1-Frage (vgl. 243 f.) nach dem Beziehungsstatus, was mit nur minimalen (verbalen) Bestätigungssignalen (263, 265) beantwortet wird. Nicht interessiert die Ärztin aber die fragebogenartige Beantwortung, sondern der Einblick in die Psyche der Patientin, wie sie stockend erfragt: [ und das ] (--) GEHT?. Die reduzierte Antwort durch eine mittellange Pause und das Verb MUSS, gibt zumindest die Auslegungsrichtung über das Empfinden der Patientin wieder. Ein *Continuer* (268) legt zwar eine generelle Anschlussmöglichkeit für Erzählungen bereit, wird aber auch nicht weiter ausgebaut (270).

Die biografische Anamnese ist im gelenkten Bericht nun abgeschlossen und zeigt ein weites Feld von Antworten, die von der Ärztin in der später nachfolgenden eigentlichen biografischen Anamnese weiter bearbeitet werden müssen. Emotionale Ausbrüche (Schluchzen), lange Pausen, ausgedehnte Erzählungen und minimalistische Ein-Wort-Antworten bilden ein vielgestaltiges Spektrum, während die Fragen der Ärztin (explikative DSF und V1-F) kurz gehalten sind und der **Strukturierung** dienen. Hörersignale und häufiges Schreiben sind weiterhin adäquate Maßnahmen, um Erzählungen zu fördern und Ratifizierungen mitzuteilen. Eine enger gesetzte Reglementierung (bspw. durch mehr Fragen und weniger (zustimmende) Hörersignale) wäre in dieser Gesprächsphase auch nicht zu erwarten, da sie noch immer sehr patientenzentriert ist.

### 6.3.3.1 Psychische Anamnese einer erfahrenen Patientin in T2

Der von der Patientin selbstgewählte Themenwechsel in T1, der zu einer Darstellung von für sie offenkundig wichtigen Informationen geführt hat, findet sich auch im zweiten zu analysierenden Gespräch T2. Nachfolgend werden zwei Gesprächsabschnitte aus T2 betrachtet, die neben der psychischen Anamnese eine zusätzliche tragende Komponente, jene der **erfahrenen Patientin**, in sich bergen:

#00:01:55-4#

87 P2: TOTAL schlecht gelaunt,  
 88 P2: was ich von mir sonst nicht KENNE,  
 89 P2: =und,=und TOTAL ein- (1.5) depressiv eingestellt einglich und  
 das:- (-)  
 90 A1: ja also [eh DI:E- ]  
 91 P2: [ich bin sonst] ein sehr <<:-> optimistischer mensch>  
 also total °hh KONTRÄR zu meinen einstellungen,  
 92 A1: [okay also alle die VOLLE palette,=ja,]  
 93 P2: [°h und (-) alle die VOLLE palette, ]=ähm,

#00:02:13-6#

In einer frühen Phase des Gespräches fragt die Ärztin nach den Symptomen (T2 78) der Hauptbeschwerde. Die Patientin schildert diese zunächst auf der körperlichen Ebene in einer Aneinanderreihung von Konnektoren (T2 79 ff.) und kommt danach (T2 87) zu den psychischen Befindlichkeiten. Die schlechte Laune (T2 87) wird in ihrer Intensität betont (TOTAL) und in einer Selbsteinschätzung betrachtet (T2 88). Dies ist auch aus T1 bekannt (s. Wortgleichheit in (79)). Schnell angeschlossen möchte die Patientin ihr Rederecht behalten (T2 89), was ihr auch in dem fragmentarischen Erzählbeginn mit Pause erhalten bleibt. Die Symptombeschreibung und ihre massive Ausgestaltung (TOTAL [...] depressiv eingestellt) wird von der Ärztin als eine bekannte Symptomatik erkannt (ja also [eh DI:E-]), überlappend aber von der Patientin unterbrochen. Sie tut dies mit einer abermaligen Selbsteinschätzung ([ich bin sonst]) der lächelnd eine Charakterisierung folgt (<<:-> optimistischer mensch>). Sie wiederholt danach (total °hh KONTRÄR) die für sie ungewohnte Situation (vgl. T2 88), und zeigt damit endgültig eine Relevanz an, auf diese Symptome hinzudeuten. Dass sie aber eine Selbstcharakterisierung so deutlich einbringt ist im Kontext der homöopathischen Anamnese auffällig: von einer **erfahrenen Patientin** sind solche Hinweise eher zu erwarten, da sie um die Notwendigkeit der Charakterbeschreibung weiß. Der Vergleich zu T1 (bes. 181, 183, 185, 187 f.) macht dies klar, da hier „nur“ Zustandsbeschreibungen des Gemüts erfolgen (ähnlich wie T2 89).

Die Ärztin nutzt diesen Wissensvorsprung allerdings nicht unmittelbar und lässt die Patientin (vorerst) ihre Erzählung fortführen, ohne hier schon Vertiefungen bezogen auf Gemüt und Charakter vorzunehmen. Auch dies deckt sich mit T1, da dort *in dieser Phase* zunächst primär nur eine Charakterisierung des Empfindens (KUMMER; ANGST; s. (225); (288)) und der familiä-

ren Umstände (243 ff.) wichtig ist. Die Anamnese der Psyche erfolgt – wie zu erwarten – später im Gespräch.

Der zweite Gesprächsabschnitt, den es zu vergleichen gilt, erfolgt in einer Phase, in der die Ärztin schon sehr viel über die Patientin erfahren hat. Daher stellt sie eine **charakteristische Frage** (s. dazu im Detail bes. Abschnitt 6.3.5), um von weiteren Symptomen oder Anliegen zu erfahren.

```
#00:08:29-7#
364  A1:   war SONST irgendwas?
365  P2:   (1.5) ja [zu dem ZEITPUNKT           ] wars: (--)
366  A1:           [<<p> AUSSER das studium,>]
367  P2:   <<dim> hm::> <<pp> WOLLT ich damals die ganze zeit mit meinem
           freund schluss machen aber ich habs nicht geschafft?>
368  (1.0)
369  A1:   also schwie[rige TRENNUNG,] (-) hm?
370  P2:           [(           )]
371  P2:   JA, (.) ganz schwierig, ((lacht 1.0)) °hh-
372  A1:   HABEN sies dann geschafft?
373  P2:   ja [nach EINEM jahr dann;           ]
374  A1:           [oder HABENS ihn immer noch?]
375  A1:   <<p> ~ah_ha,>
#00:08:48-1#
```

Auf der Suche nach der Ursache (seit T2 346) kommt die Patientin zunächst auf körperliche Symptome zu sprechen (T2 357) die zuvor aber auch in den situativen Kontext (Beginn des Studiums; T2 356) eingebettet wurden. Nach der sehr allgemeinen Frage der Ärztin nach sonstigen Ereignissen (war; T2 364), die überlappend präzisiert wird (T2 366), beginnt die Patientin von Beziehungsproblemen zu sprechen (T2 367), nachdem nun von mehr als nur von körperlichen Symptomen erzählt werden kann (T2 366). Dass dies tatsächlich für die Ärztin relevant ist, zeigen die zusammenfassende DSF (T2 369) und die inhaltliche Nachfrage in V1-Stellung (T2 372) mit überlappender Ergänzung (T2 374), die das Thema gleich auf den aktuellen Beziehungsstatus erweitert.

Verglichen mit T1, besonders mit der eigeninitiativen Situationsschilderung der Patientin (161 ff.), ist in T2 – trotz gleicher thematischer Bereiche (partnerschaftliche/familiäre Beziehun-

gen), die noch länger behandelt werden (bis (402)) – ein wesentlicher struktureller Unterschied erkennbar: Die allgemeine Frage (nach Ereignissen) der Ärztin (T2 364; 366) gibt zwar einen breiten thematischen Weg frei, der von der Patientin ausgefüllt werden kann. Dennoch ist – wie in vorigem Beispiel – der Kontext und die Wissensbereiche anders angelegt, sodass die Patientin direkt zu dem Themenbereich der Partnerschaft kommen kann. Es ist daher mit Ruusuvoori (2005a: 10) anzunehmen, dass erfahrene Patientinnen und Patienten Bescheid wissen, dass für die Homöopathie jede Information dienlich sein kann, und, dass sie sich besser im vorgegebenen Rahmen bewegen bzw. orientieren können, was eine raschere Adaption der Situation mit sich bringt. Ist auch die Formulierung zögerlich ausgeführt (Verzögerung und Fragment (T2 365), Gliederung (T2 367), und die gesamte Intonation, bes. im Abschluss), so ist der direkte Zugang auch aus dem **Wissen der Patientin** um die Relevanz dieses Bereiches möglich geworden. P1 hingegen muss langwierig einen Zugang zum für sie relevanten Bereich aufbauen (schneller Anschluss ab (157)), der lange nicht klar verbalisiert wird (163). Erst mit der Nachfrage der Ärztin (164) – die aufgrund der hochemotionalen Situation aus empathischen Gründen und im Sinne der partnerschaftlichen Patientenbeteiligung erfolgen *mus* – gelingt die Schilderung der Patientin, hier aber auch nur stufenweise (166 ff.). Es scheint für P1 kein Weg mehr zurück zu führen, nachdem sie ihre Gefühle so stark gezeigt hat. P2 hingegen kann aus einer völlig anderen Grundlage ihre Erzählung einsetzen lassen *und* dabei sicher sein, dass sie im Sinne der homöopathischen Anamnese ist.

Von Seiten der Ärztin ist die Beteiligung auch anders gestaltet: In T1 ist, wie zuvor dargestellt, das (hör und) sichtbare Schreiben ausreichendes Mittel, um ein Fortführen der Erzählung und eine entsprechende Relevanz anzuzeigen. In T2 kann die Ärztin viel früher thematische Nachfragen setzen, da der Themenbereich durch die explizite Darstellung der Patientin von Beginn an deutlich wurde. Vortrefflich zeigt sich aber in beiden Beispielen die partnerschaftliche **Patientenbeteiligung**, die sich arztseitig sowohl schweigend, aber nonverbal, als auch explorativ-nachfragend gestaltet und den Patientinnen in beiden Fällen genügend Raum gibt, ihre Erfahrungen zu teilen.

#### 6.3.4 Schmerzschilderung des Hauptproblems

Der folgende Abschnitt beginnt in T1 mit einem Rückverweis in einer DSF ([*ham sie*] *gsagt,*) zum Hauptproblem (*chief complaint*; vgl. Abschnitt 2.1.1) von P1, das zu Beginn des Spontanberichts genannt wurde (29). Durch die ausführlichere Betonung des Nebensymptoms (Müdigkeit) in (72) sah die Patientin eine geeignete Anschlussstelle für weitere Erzählungen,

weswegen in Folge gänzlich andere Themenkomplexe bearbeitet wurden (Psyche, Familie), als es das Hauptsymptom errahnen lassen würde.

```
#00:06:06-4#
271  A1:  <<f, all> °h okay KOPFschmerzen> [ham sie          ] gsagt,
272  P1:                [<<knarrend> hm::->]
273  (2.0)
274  A1:  können si:e (--) mir die KOPFschmerzen näher [beschreiben]?
275  P1:                [ ~hm_hm,          ]
276  P1:  (-) [ ~hm_hm, ]
277  A1:  [↑WO die] sind [WIE <<dim> wie die sich anfühlen? ]>
278  P1:                [((schnalzt)) jo also grundsätzlich] is
                eigentlich- san immer GLEICH,
279  (-)
280  A1:  <<p> [ ~hm_HM,          ]>
281  P1:  <<verdreht körper> muss i SOGN,>
282  P1:  °h doss wirklich do vo diesem wo dieses (-)
                dieses (-) BEIN do is,
283  A1:  ~hm_hm,
284  P1:  dos vo DO ausgeht, (--)
285  P1:  <<dreht sich wieder zurück> [und es is ned so dass die donn>
                (.) ↑ÜBER den kopf so vier- viera kumman sondern wirklich
                innen drin <<dim> foahn die durch wia a> (-)
                ((kurzer lauter kehl laut)) (-)
                DOLCH (-) <<pp> nach vor,> (-)]
286  A1:  [((schreibt))]
287  <<pp> ~hm_hm,>
288  (--)
#00:06:36-9#
```

Die Ärztin beginnt die DSF (271) mit Gliederungssignalen (°h okay) und deutlichem Fokus auf das nächste relevante Thema (KOPFschmerzen), was durch ein Knurren, das intonatorisch ein Leiden ausdrückt, von der Patientin angenommen wird (272). Die Erzählaufforderung in der V1-Frage (können si:e (--) mir) lässt die angenommene Schwierigkeit einer Schmerzdarstellung erkennen. Mit den überlappenden Hörersignalen (275 f.) übernimmt die Patientin eine abwartende Position, weswegen die Ärztin zwei Fokuse ihres Interesses betont, das ↑WO und das WIE des Schmerzes (Modalitäten). Die zusammenfassende DSF (271) dient wieder (vgl. (151)) als Basis für das Erfragen weiterer Modalitäten, hier durch eine V1-F (274) und eine WF (277). Diese temporäre thematische **Orientierung** führt zu einer geordneten

Schmerzschilderung. Die Patientin schildert erst eine allgemeine Qualitätsbeschreibung (278), um dann deiktisch den Ausgangspunkt des Schmerzes festzuhalten (284) und schließlich die Schmerzcharakteristik anschaulich zu beschreiben (285). Letzteres vollführt sie durch eine Opposition (ned so [...] sondern), die eine Steigerung des Schmerzempfindens beinhaltet (↑ÜBER den kopf scheint es weniger schlimm zu sein, als wirklich innen drin). Der Schmerz, der durch den DOLCH, der sie von innen metaphorisch durchbohrt, empfunden wird, wird hörbar artikuliert: ((kurzer lauter kehl laut)). Die Patientin lässt so das **Empfinden** beinahe plastisch werden und vermittelt auch, dass sie ernsthaft davon betroffen ist. Die Ärztin nimmt die Schilderung von Beginn an schriftlich auf (286) und überlässt mit einem leisen Hörersignal den weiteren Erzählverlauf der Patientin.

#00:06:36-9#

289 P1: [und es is a ned EINSEITIG <<dim> und und und es is a ka  
miGRÄNE, ]  
290 A1: [((schreibt))]  
291 P1: [<<pp> meines erachtens NACH,>]  
292 A1: [((schreibt)) ]  
293 P1: [<<p> es is a ned so> <<dim> dass i sog mir] is SCHLECHT dabei,  
294 A1: [((schreibt)) ]  
295 P1: =oder schwindlig oder es is einfoch nur> (-) <<pp, behaucht>  
KOPFweh>;

#00:06:49-4#

In (289) gibt die Patientin eine Beurteilung nach medizinischen Fachbegriffen wie sie in der (fachlichen) Kategorisierung von Kopfschmerzen üblich ist (ned EINSEITIG/ka miGRÄNE;; vgl. dazu a. Sator 2011: 23-27). Dass dieser Einschätzung keine professionelle Kontrolle sondern eine laienhafte Bewertung voranging, wird durch den sehr leisen Verweis auf die *eigene* Diagnosestellung (291) deutlich. Wieder lässt die Patientin Fachkompetenzen vermuten, indem sie andere bekannte Nebensymptome ausschließt (293, 295) und noch einmal – intonatorisch gestützt – das massive Schmerzempfinden ausdrückt, die die „Einfachheit“ bzw. „Geradlinigkeit“ des Schmerzes umso massiver erscheinen lässt: es is einfoch nur> (-) <<pp, behaucht> KOPFweh>;.

Nach dem deutlich akzentuierten Abschluss der Schmerzschilderung kann die Ärztin nach einer mittellangen Pause mit einer W-Frage die gewohnten Reaktionsmuster der Patientin erfragen (296).

#00:06:49-4#

296 A1: (-- ) was hilft ihnen DA?  
 297 P1: tomapyrin; [((schmunzelt kurz nasal)) (--)]  
 298 A1: [((schreibt)) ]  
 299 EINES oder,  
 300 P1: JE [je ] noch:: (-) intensiTÄT;  
 301 A1: [<<pp> ja,>]  
 302 P1: <<p> also ↑MONCHES mol is ane ZWENg> (-) <<pp> donn;>  
 303 A1: hm; [°hhh ]  
 304 P1: [((schnalzt)) <<p> muss i ] NOCHwerfn;>  
 305 A1: und ABgesehen vom TOMAPYRIN (-- ) hilft noch irgendwas?  
 306 =<<acc> was weiß ich> LIEGEN (-- ) dunkel (-) irgendwas?  
 307 P1: ((knarrt 0.5)) [((knarrt 0.5))]  
 308 A1: [BEWEGUNG? ]  
 309 (-- )  
 310 A1: ESSEN TRINKEN?  
 311 P1: (-) h° jo TRINKEN muss i sowieso ↑SCHAUN doss i do  
 <<dim> wirklich,> (-- )  
 312 <<pp> [viel, ]>  
 313 A1: [jo (.)] ich AUCH, (-)  
 314 P1: ((lacht 0.5)) <<lachend> OLLE,> [((lacht 1.0)) ]  
 315 A1: [ich HOL <<schritte> zwei ]  
 gläser ja?>  
 316 P1: <<lachend, bebend> i hob sogoar a WOSSERfloschn [in der]  
 toschn,>  
 317 A1: [okay; ]  
 318 also sie wollen KEIN glas?  
 319 P1: ((lacht kurz)) <<:->> oja DOCH (-) gern,>  
 320 A1: ((schritte))  
 321 (17.0)  
 #00:07:45-5#

Die abfallende Intonation bei der Nennung des Medikaments (297) wird mit einem nasalen Schmunzeln begleitet, was möglicherweise ein Verweis auf eine verbreitete Meinung, die Homöopathie lehne allopathische Mittel ab, ist. Die Menge der benötigten Mittel wird in einer Vermutung erfragt (299), um dann von der Patientin auf eine nicht näher genannte Anzahl erhöht zu werden (300, 302, 304). Funktional betrachtet ist die dann erfolgende Frage (305) wieder eine Erzählaufforderung die durch die auch nachfolgenden (306) häufigen Pausen Rederechtübergaben signalisieren. Die ersten Wahlmöglichkeiten der Ärztin (LIEGEN/dunkel/irgendwas) summieren sich zu einer listenhaften Aufzählung (BEWEGUNG?/ESSEN TRINKEN?), die von der Patientin aber erst in (311) zunächst gliedernd oder bestätigend (jo), aber dann generalisierend (muss i sowieso ↑SCHAUN) und von der aktu-

ellen Frage wegweisend beantwortet werden. Inhaltlich führt auch die Ärztin von der Befragung weg (313), was – die Situation aufgelockert und nun auch lachend (314) – von der Patientin gutgeheißen wird. Bis (319) werden Höflichkeiten (Wasser anbieten (315), Wasser annehmen (obwohl eigenes dabei) (319)) ausgetauscht und die Ärztin verlässt für siebzehn Sekunden den Raum (321). Eine konkrete Beantwortung über den Umgang mit dem Schmerz bleibt folglich (an dieser Stelle) aus.

Die Schmerzschilderung der Patientin gestaltet sich nach einer bekannten Überleitung durch die Ärztin, von einer allgemeinen zu einer weiter spezifizierten Beschreibung (Deixis, fachlich anmutende Differenzierung) und ist dabei keineswegs diffus, wie Müller-Mundt (2005: 64) es als typisch für chronische Krankheiten feststellt. Die Patientin unterstreicht ihr Empfinden durch eine Metapher, die sie akustisch verdeutlicht und schließt auch andere Symptome aus. Auch die örtliche Eingrenzung erfolgt stufenweise und durch „lautes Denken“, sodass die Ärztin den Beschreibungsprozess und besonders der **Färbung durch Emotionalität** folgen kann. Sie geht durch keine besonderen Empathiebekundungen darauf ein, sondern fördert weiteres Erzählen (*Continuer*) und gestaltet durch Strukturierungsmaßnahmen (Fragen).

Dieser Abschnitt verdeutlicht zudem, wie – trotz der thematischen Sprunghaftigkeit – die Ärztin Rückgriffe sogar in direktem Verweis auf den Wortlaut der Patientin erstellt (271). Mit hoher Wahrscheinlichkeit tragen hierzu neben Erfahrung und einer *inneren* Systematik auch das **Anfertigen von Notizen** zur Strukturierung bei. Diese **Strukturierung** wird gegenüber der Patientin weiters durch sprachliche Mittel (Fragestellungen, Überlassen des Rederechts, Entfallen der Sanktionen bei längeren Pausen) vermittelt, die darüber bestehende **Orientierungshilfe** (welche Themen werden noch angesprochen, wie viel Zeit ist für eine Erzählung vorhanden) fällt aber explizit weg. Die Patientin kann nur eigene Vermutungen zum weiteren Verlauf tätigen.

Nachdem die Ärztin wieder den Raum betreten hat, das Wasser ausgeteilt und die Türe geschlossen wurde (321-326), greift sie den zuletzt erwähnten medizinisch relevanten Aspekt (Patientin muss auf tägliche Wasserzufuhr achten, (311)) durch eine Explikations-DSF wieder auf (327).

#00:07:50-6#

327 A1: <<schritt> also sie meinen si:e (-) sie trinken manchmal bissl

ZWENIG;

328 P1: ((schnalzt)) na i muass AUFpassen [<<dim> (also des) jetzt a  
moi- >]

329 A1: [WENIG durst; ]

330 P1: <<f> na wenig DURST,>

331 =<<p> i hob- i drink eigentlich (-) i ↑SCHAU SCHON,> (-)

332 <<pp> olso i VERSUCH immer bewußt wieder (--> dass [i,> (-) ]

333 A1: [ <<stellt glas hin>  
~hm\_HM,> ]

334 P1: <<pp> ma was HERRICHT,>

335 (2.0)  
#00:08:07-4#

Auch die Patientin wiederholt ihre Äußerung (muss i sowieso ↑SCHAUN, (311); i muass AUFpassen, (328)), die gleich danach von einer zusammenfassenden DSF der Ärztin (329) überlappt wird (vgl. a. andere Versuche der stichworthaften Verknappungen (45; 197)). Die Patientin korrigiert diese Einschätzung durch Verneinung (330), einer dreifachen Reparatur (331) schließlich sehr leise (332, 334), um ihr Bemühen (i VERSUCH) zu unterstreichen. Eine Pause von zwei Sekunden wird für keine weiteren Ergänzungen genutzt, sodass ein weiterer Abschnitt folgen kann (336).

Rückblickend betrachtet hat die Ärztin ihre ursprüngliche Frage (Welche Schmerzlinde- rung verwendet die Patientin neben einer Medikation? (305 f.)) nicht weiter ausgebaut und auch die Patientin greift sie von sich aus (hier) nicht wieder auf. Das Unterthema „Wasserzufuhr“ wird weder außerhalb es Hauptthemas „Schmerzbeschreibung“ (311) bis zu einer wahrnehmbaren Schlüssigkeit bearbeitet, noch mit dem (Umgang mit dem) Hauptsymptom in Verbindung gebracht.

### 6.3.5 Charakteristische allgemeine Symptomabfrage

Nachdem Haupt- und Nebenaspekte der vorhergehenden Schmerzbeschreibung nicht weiter prozessiert werden, beginnt die Ärztin eine charakteristische Fragestellung, die in allen gesammelten Daten (vgl. Abschnitt 5) vorzufinden ist. Diese betrifft in T1 erst noch allgemeine Symptome bzw. Befindlichkeiten (IRGENDWAS anderes?, (336)), dann aber auch eine Präzisierung auf körperliche Symptome (337).

#00:08:07-4#

336 A1: °h <<f> okay gibt's noch IRGENDWAS anderes?>

337 =außer jetzt (-) ↑KOPFschmerzen <<dim> und diese erSCHÖPFung?>

338 P1: =°h <<p> jo mogenweh hob i A imma:> (-)

339 <<pp, gedämpft-monoton> hob vorigs joahr donn die gastroSKOPIE  
mochn lossn,>  
340 =<<pp, gedämpft-monoton> ws es is im prinzip (des) AUSSA  
kumma:,>  
(--)  
341 ah: (-) <<pp, gedämpft-monoton> lapidare gastrITIS,>  
342 A1: <<pp> ja;>  
343 P1: [<<pp> KLASSiker;>]  
344 A1: [((schreibt)) ]  
345 A1: ((schreibt 2.5))  
346 <<f> AUCH schon lange?>  
347 oder [erst seit] DIESEM jahr?  
348 P1: [hm:: ]  
349 <<pp, knarrend> ^hm\_hm;>  
350 (2.5)  
351 A1: schon JAHRE vorher? (--)  
352 schon in der JUGEND?  
353 P1: <<f, :-)> NA:;>  
354 (--)  
355 A1: <<:-)> hm->  
356 P1: <<f, :-)> NA: so lange nicht; (-)  
357 na; <<dim> aber SICHER die letzten,> (-)  
358 <<p> DREI vier jahre,>  
359 A1: ((schreibt 1.5))  
#00:08:42-0#

Syntaktisch handelt es sich bei der Frage um eine V1-F (nach Gliederungssignalen) und einer schnell angeschlossenen Explikations-DSF, die Haupt- und Nebensymptome zusammenfasst. Die Patientin erlangt durch die Nachfrage eine Möglichkeit, weitere Nebensymptome nennen zu können, was sie auch innerhalb kürzester Zeit tut (338). Dialektal führt sie das Krankheitsbild (338) mit selbstgewählter Qualifizierung (Untersuchung (339) und Befund (340 f.)) an. Dem leisen Hörerpartikel der Ärztin folgt eine Bewertung (343). Die durchgehend sehr leise, „saloppe“ und monotone, schließlich abfallende Tonlage (343), erweckt den Eindruck einer emotionslosen und genau auch deswegen im homöopathischen Kontext wesentlichen Schilderung. Kontrastiv unterscheidet sich die DSF in Lautstärke und Deutlichkeit (346). Die Ärztin fragt dort nach der Dauer des Leidens nach und stellt eine Wahlmöglichkeit (346) im Kontrast zu (347) durch *oder* zur Verfügung (vgl. weitere Beispiele in (152, 156) und (230)). Inhaltlich (*seit] DIESEM jahr?*) knüpft sie freilich an die Schilderung in (161) an. Die sehr zurück-

haltenden Äußerungen in (348 f.) geben nur das Anzeichen eines Nachdenkens, aber keine konkrete Sachinformation wieder. Eine lange Pause (350), sowie eine Wahlmöglichkeit (mit Pause) (351) bleiben ungenutzt. Erst ein zeitlich weit zurückgreifender Vorschlag (JUGEND?) führt zu einer deutlichen Verneinung (353), was verzögert (354) mit einem Lächeln der Ärztin begleitet wird. Die Patientin wiederholt darauf ihre Verneinung (356) und gibt eine als SI-CHEER geltende zeitliche Einschätzung (358) ab. Die Ärztin fertigt schließlich Notizen an.

Die Phase der charakteristischen Fragestellung gestaltet sich makrostrukturell durch eine Gliederung mit angeschlossener sehr allgemeiner Frage. In diesem Beispiel folgt eine Präzisierung nach, sodass eine grobe **Orientierung** von relevanten Themeninhalten (vergleichend) übermittelt wird. Nach der Antwort der Patientin und den bekannten Hörsignalen folgen Nachfragen der Ärztin zu dem Gesagten. Die folgenden Abschnitte zeigen das sich wiederholende Muster aus Erzählung-Nachfrage weiter auf, bis eine Sättigung dieses Fragekomplexes erreicht ist. Da noch weitere relevante Phänomene hier auftreten, werden auch die Folgesequenzen analysiert.

Die Patientin sieht noch eine Ergänzung über den Entschluss für die Untersuchung für notwendig und führt ihre Erzählung weiter aus:

```
#00:08:42-0#
360 P1: [und voriges joahr GENAU um] die ↑ZEIT jetzt,
361 A1: [((schreibt)) ]
362 P1: <<dim, acc> des woar novEMBER is dann wirklich so ↑EXTREM worn
      vor schmerzen doss i donn,> (--)
363 dann hab ich es <<kindersprache ähnlich> mit der ANGST zu tun
      bekommen,>
364 <<vibrierend> nö:> <<p> dacht so a gastroskopie <<kindersprache
      ähnlich> wär echt doch ganz NETT?>>
365 jo;
366 A1: <<pp, all> ~hm_hm,>
367 P1: <<pp> hob die donn im DEZEMBER gmocht und woar [(( )>]
368 A1: [okay; ]
369 P1: <<p>=jetzt ned->
370 A1: also jetzt WISSEN sies dass sie, °h (--)
371 GASTRITITS ham,
372 P1: [genau;]
373 A1: [ähm; ] (--)
#00:09:01-7#
```

Die Patientin leitet mit dem Konnektor und sowie dem Verweis auf den sich überschneidenden Zeitraum (360) die Erzählung ein. Sie unterstreicht die zeitliche Komponente (362) und setzt (wieder) den Fokus auf das massive Schmerzempfinden ( $\uparrow$ EXTREM), das sie an eine emotionale Ausnahmesituation koppelt (ANGST; die Stimmmodulation ist sehr auffällig verändert). Diese Schilderung ist für die Patientin sehr wichtig, obwohl sie inhaltlich bereits im Abschnitt davor übermittelt wurde (Angabe des Zeitraumes, Art der Untersuchung und Diagnose). Sie ergänzt aber – und markiert damit als besonders wichtig – die **emotionale Komponente**, die nicht nur durch die stark „gekünstelte“, d.h. verstellte, Artikulationsweise, sondern auch auf Wortebene ausgedrückt wird: nach Schmerzen und Angstzuständen die Motivation für eine Untersuchung mit *wär echt doch ganz NETT?* zu formulieren, ist ein nicht zu erwartender Sarkasmus.

Abrupt schließt sie ihre Erzählung ab (365) was auf ein schnelles Hörsignal der Ärztin stößt (366). In der Wiederholung der Zeitangabe (DEZEMBER) kann die Ärztin dann überlappend die vorigen Informationen einflechten (368) und fasst danach die *körperliche* Diagnose (370 f.) zusammen. Die einzige unmittelbare Reaktion auf die emotionale Handlung der Patientin ist ein Hörsignal (366), was hier die Funktion der Akzeptanz und Erlaubnis der Fortsetzung einer Schilderung hat. In der Auswahl was für die Ärztin *in dieser Phase* relevant ist (371), setzt sie enge Grenzen und gibt durch die Ratifizierung (durch die Zusammenfassung) eine **Orientierung**.

Noch in (373) setzt die Ärztin überlappend ein Gliederungssignal, was schließlich in einer W-Frage (374) und angeschlossener Präzisierung (375) mündet:

#00:09:01-7#

- 374 A1: wie ist das mitm ESSEN?  
 375 müssen sie auf irgendwas [AUFPASSEN,]  
 376 P1: [°h ]  
 377 NA  $\uparrow$ NED wirklich; (--)  
 378 <<p> ned wirklich;>  
 379 <<pp> i muss holt scho SCHAUN dass i,> (--)  
 380 °hh <<f, len> regelmäß:ig ESS:E:> <<p, len> und (--) jo;>  
 381 A1: müssen sie MAGENSchutz nehmen?  
 382 P1: (--) <<p, gedämpft> es wär ned SCHLECHT <<pp, dim> ober i nimm  
 eigentlich->>  
 383 A1: sie nehmen NIX;

384 (--)  
 385 A1: auch WENNS a tomapyrin schlucken,  
 386 (-) <<p> macht das dann dem MAGEN nix?>  
 387 P1: <<p, acc> jo GUAT tuts,> (-)  
 388 <<p, rall> natürlich NED;>  
 389 A1: <<pp> ~hm\_hm,>  
 390 P1: <<pp> merk i scho dass des (--) donn> (--) NICHT besser wird;  
 #00:09:30-5#

Verzögert (376) verneint die Patientin in starker Akzentuierung (377), wiederholt sich leiser (378), um schließlich eine sehr leise artikulierte Qualifizierung (379) aufzubauen. Die Pause (379) und das lange Einatmen mit der gedehnten Betonung (380) haben lehrhaften oder (selbst-)ermahnenden Charakter, was – trotz angekündigtem Anschluss (und) – weiter unausgeführt bleibt. Die Ärztin reagiert mit einer V1-Frage nach einer unterstützenden Medikation (381), was die Patientin negativ beantwortet, und auch die Übernahme durch die Ärztin (383) wird nicht korrigiert. Um noch einmal die Verbindung zur Medikation (vgl. (297)) herzustellen und das Verständnis abzusichern, fragt die Ärztin nach den Nebenwirkungen des Medikaments (386), was wiederum eine allgemeine Antwort der Patientin (387 f.) mit sich bringt. Erst nach einem leisen Hörersignal (389) individualisiert (merk i) sie die Erfahrung mit den Nebenwirkungen.

Charakteristisch für diesen Abschnitt sind die zurückhaltenden Handlungen der Patientin. Die **kombinatorische Nachfrage** der Ärztin (sie verbindet Informationen aus mehreren Wissens- und Zeitebenen) bringt nicht unmittelbar detaillierte Inhalte. Neben der – trotz Pause zu vermutenden – Anstrengung des bisher fast zehnminütigen Gesprächs und dem wechselhaften Gesprächsverlaufs mit emotional sehr fordernden Passagen, ist eine weitere Vermutung für diesen momentanen Rückzug der Patientin, dass diese (Neben-)Wirkungen für sie schlichtweg keine tragende Rolle spielen. Die Ärztin muss in dieser Phase aber hartnäckig alle verfügbaren **Informationen sammeln** und wird sie erst nachher selektiv und konzentriert im **Detail bearbeiten**. Die Mitarbeit der Patientin ist also unumgänglich. Eine Orientierung im Vorfeld würde möglicherweise mehr Kräfte mobilisieren und eine Sensibilität für die Bedürfnisse der Ärztin entstehen lassen.

Was dieser Abschnitt zeigt, ist, dass eine allgemein gestellte Frage zur Bearbeitung verschiedener Themen führen kann. Aber nicht nur die Einstiegsfrage ist dafür ausschlaggebend, wohin

sich ein Gespräch entwickelt. Auch die präzisierenden Nachfragen *und* das patientenseitige **Rederecht** führen *in dieser Form* zu einer charakteristischen Frage-Antwort-Sequenz im gelenkten Bericht der homöopathischen Anamnese. Die Mannigfaltigkeit körperlicher, emotionaler und charakterlicher Bedürfnisse und Eigenschaften wird so zu sammeln und zu dokumentieren versucht. Dass dies schrittweise erfolgt zeigt die Wiederholung solcher Muster und die Mischung von Strategien (in der nächsten Phase erfolgt das „Sammeln“ von Informationen in anderer Weise, s. Abschnitt 6.4).

#### 6.3.5.1 Symptomabfrage mit thematischer Verzweigung

Im weiteren Gesprächsverlauf erlangt die Symptomabfrage eine Vertiefung, die weit von dem Hauptsymptom wegführt. Ein Gliederungssignal (391) leitet die charakteristische (V1-) Frage nach weiteren Symptomen (392) ein. Im Vergleich zu (336 f.) fehlen hier genauere Spezifizierungen, wobei das NOCH aber als konnektiv zu vorhergehender Gesprächsweise verstanden werden kann.

```
#00:09:30-5#
391  A1:  <<pp> okay;>
392      gibts NOCH irgendwas?
393  P1:  (4.0) die hoar gengan ma grod NED aus,
394      <<lachend> des is momentan [((          ))>]
395  A1:  [ist das PHASENweise?]
396  P1:  <<f> JO> (-) jo (--)<<pp> [jo>]
397  A1:  [hat] das mitm ZYKLUS irgendwie zu
      [tu::n, <<dim>=oder?>]
398  P1:  [na es is- ↑DES is      ] des NÄCHSTE,
399  P1:  =<<all> zyklus [i hob      ] jetzt (-) irgendwonn vor EINIGEN
400  A1:  [<<p> ~hm_hm,>]
401  P1:  =monaten wieder [begonnen mit der,> (--)]
402  A1:  [((schreibt))      ]
403  P1:  [°hh DREIMONATSSPRITZE zu verhüten <<acc> wos i noch der geburt
      [meines zweiten> sohnes, (-)]
404  A1:  [((schreibt))      ]
405  P1:  <<p> olso jo wirklich EWIG gmocht hob,> (--)<
406  P1:  <<p> hot a [goar ned so SCHLECHT      ]
      funktioniert,>
407  A1:  [((spricht im hintergrund sehr leise))]
```

```
#00:09:58-3#
```

Eine lange Pause von vier Sekunden wird von der Patientin zur Vorbereitung der Antwort genutzt, wobei diese als Negation formuliert wird (393). In der durchaus humoristisch zu verste-

henden Antwort – sie wird zudem von einem Lachen begleitet (394) – fragt die Ärztin rein nach dem zeitlichen Verlauf des Nebensymptoms (395). Die Patientin bestätigt erst laut die Vermutung der Ärztin, und wiederholt diese noch zweimal, leiser und mit Pausen. Eine weitere – wieder überlappende – Vermutung (397), die aber Korrekturen zulässt (<<dim>=oder?>), führt im weiteren zu einem thematischen Sprung: Die Patientin greift das Stichwort (ZYKLUS) auf, indem sie die Verbindung zum Nebensymptom (Haarausfall) zu verneinen scheint (na es is-), und stellt stattdessen eine andere Verbindung zum Stichwort auf (DREIMONATSSPRITZE zu verhüten). In der zeitlichen Opposition (irgendwonn vor EINIGEN=monaten wieder und EWIG) ist der Beginn einer Problemschilderung zu sehen. Die **Autorisation** für die Erzählung erhält die Patientin durch ein leises Hörsignal (400) und beinahe durchgehendem Schreiben (402, 404). Eine externe Unterbrechung (407) wird parallel zur Schilderung von der Ärztin betreut und erfährt auch nach Beendigung (412) keine Kommentierung der Ärztin. Das späte Hörsignal (410) lässt aber (dennoch) eine Ablenkung vermuten.

#00:09:58-3#

408 U1: ((schließt türe))  
 409 U1: ((schritte))  
 410 A1: <<schreibend, p> ~hm\_hm,>  
 411 P1: <<p> JO (-) nur (--) [die letzn wochn hob i,> (--) ]  
 412 U1: [((quietschende (kasten)tür)) ]  
 413 P1: ähm: (-) a ZWISCHENblutung jetzt ↑SICHER schon seit DREI wochn  
 so go::nz (-) minima:l,  
 414 °h woar oba [A erst beim gynäkologen <<dim, acc> oiso des is  
 kane drei monat her,>]  
 415 A1: [((schreibt)) ]  
 416 P1: =<<pp> a mit KREBSabstrich und (äußere)->  
 417 (--)  
 418 A1: sie warn beim gynäkologen BEVORS die [dreimonats]spritze,  
 419 P1: [ich- ]  
 420 A1: <<all> da hams es [no NED (( ))=oder?> ]  
 421 P1: [ <<f> NANA> <<all> do hob is] do hob  
 [is do hob is> scho ] ghobt,  
 422 A1: [HAMS es scho ghabt?]  
 423 P1: =<<all> und des WOAR a und ↑JETZT nochdem i was i ned seit> (-)  
 fünf monat oder wos wieder (--) °h <<p> wieder hob> h° (-)  
 <<dim> fongt der BLÄDSINN jetzt wieder on;>  
 424 (--)  
 425 A1: hams das früher AUCH ghabt?  
 426 P1: jo:,

427 P1: IMMER wieder a moi [oba:, ]  
 428 A1: [ <<p> hm-> ]  
 429 P1: jetzt NERVTS mi schon;  
 430 (2.5)  
 #00:10:41-0#

Stockend und mit Unterbrechungen in Form von Pausen begleitet schildert die Patientin den zeitlichen Verlauf (411), körperliches Problem (413) und eine daraus resultierende Untersuchung (mit Hinweis auf die Aktualität) (414). Eine fragmentarische DS-Verständnisfrage der Ärztin (418) wird schnell präzisiert (420), wobei dies auf den erzwungenen Erhalt des Rede-rechts nach überlappendem Antwortbeginn (419) hinweist. Die Patientin greift die Verneinung der Ärztin (420) laut und stark betont auf (421). Die Formulierung von der Frage (422) baut auf der Aussage (421) auf. Schnell schließt die Patientin ihre Schilderung (die auf die Frage in (422) auch gestattet ist) an und klärt Ablauf und Zeitspanne.

Nach einer mittellangen Pause (424) sieht die Ärztin die Möglichkeit auf eine Nachfrage, die ebenfalls die zeitlichen Modalitäten betrifft (425). Nach einer Bestätigung der Patientin (427) und leisem Hörersignal, das einem Nachdenken entspricht, expliziert die Patientin ihren Unmut (NERVTS mi) und gibt dabei den Blick frei auf ihr Anliegen, das eine *endgültige* Lösung bringen soll.

Dieser emotionalisierte Abschluss des Abschnittes ist, wie sein Anfang (398), von einer auffal-lend hohen Erzählbeteiligung der Patientin gekennzeichnet, was eine **Höherstufung** dieses Nebensymptoms zulässt, auch, weil die Patientin ihre Erzählung so forciert, und dabei auf die ursprüngliche Frage der Ärztin (397) inhaltlich nicht eingeht. Dass es zu dieser Schilderung gekommen ist, ist nur der relativen Rede- und Erzählfreiheit, die die Patientin in der Ge-sprächsführung hat, zu verdanken. Dies ist – wie erwähnt – auf das Modell der **Patientenbetei-ligung** zurückzuführen, aber auch lokal auf die kraftvollen Akzente, die die Patientin in einer Standardbefragung (392) selbständig gesetzt hat.

#00:10:41-0#  
 431 A1: <<p> gibts für sie KA alternative zur>  
 [(-) <<dim> dreimonats]spritze?>]  
 432 P1: [ <<knarrend, pp> na:;> ]  
 433 A1: <<pp> ned WIRKLICH,>  
 434 (4.5)  
 #00:10:48-4#

In einer kurzen Frage-Antwort-Sequenz leuchtet die Ärztin die Alternativen aus und baut dabei auf den Wissensstand der Patientin (da sie selbst keine alternativen Verhütungsmittel nennt). Die Verneinung fällt intonatorisch eindeutig aus (432), und wird von der Ärztin interpretierend paraphrasiert (433). Nach der langen Pause von viereinhalb Sekunden beginnt die Patientin eine selbstgewählte, sehr leise Äußerung (435), die von der Ärztin aber überlappend und dominierender fortgeführt wird (436).

```
#00:10:48-4#
435 P1: (<<pp> kin[ich, ]>)
436 A1: [gibts] VERSCHIEDENSTE var[ianten,=<<pp> ja,~hm_hm>]
437 P1: [ich WEISS es, ]
438 =ja,
439 A1: aber das war für SIE das [angenehmste,]
440 P1: [((schnalzt))] es woar für MI: (-) on
sich: [(<<pp> doch,> )]
441 A1: [=<<all> OBWOHL sie>] SO: reagieren,
442 P1: <<all> na i was ned ob-> [h°° ]
443 A1: [<<p> manchmal,=hm?>]
444 P1: monchmol;
445 A1: <<p> ~hm_hm,>
446 P1: i hob (.) JOAHRELONG-
447 i hob SICHER (--> <<knarrend> o::> sog jetz a moi (--> neun
[ZEHN jahre: (-) damit verhütet ohne: (-) <<acc> meine güte>]
448 A1: [((schreibt)) ]
449 P1: =<<acc> amoi a zwischenblutung> (---> <<p> jo,>
450 A1: OKAY,
451 DIE is halt jetzt schon relativ lang, [<<pp> nh?>]
452 P1: [GENAU; ]
453 A1: <<p> ~hm_hm,>
454 P1: GENAU;
#00:11:17-7#
```

Die Ärztin legt den Fokus auf VERSCHIEDENSTE und schließt damit an das vorangegangene Thema der Verhütungsmittel an (436). Wie zuvor, als ein gewisser Wissensbestand der Patientin stillschweigend vorausgesetzt wurde (431), bleibt es auch an dieser Stelle sehr allgemein. Die Patientin bestätigt mit deutlicher Akzentuierung die Vorannahme (437). Die Ärztin nimmt nun die Perspektive des Gegenübers ein (vgl. *Perspektivierung*, Abschnitt 3.1.3.1) und fasst deren Befinden und die weiterführende Entscheidung für *dieses* Verhütungsmittel in einer DSF zusammen (439). Eine beginnende Paraphrase (für MI:) wird durch die Weiterführung

der vorigen Zusammenfassung unterbrochen (441). Die Patientin beginnt daraufhin eine Korrektur (442), die relativierend und auffordernd (=hm?) von der Ärztin fortgeführt wird und eine wortidentische dialektale Bestätigung (444) zur Folge hat. Es folgt eine Begründung in Form eines zeitlichen Rückgriffes (447), der die damaligen (weniger schlimmen) Probleme in Relation zur aktuellen Situation, die hier aber *nicht* genannt wird, sondern memoriert werden muss, setzt. Diese gegenwärtige Zeitebene wird explizit von der Ärztin wieder eingeführt (451) und zweifach stark betont von der Patientin bestätigt (452, 454), keine weiteren Erzählungen anschließend.

Während die Patientin ihre Wahl für ein bestimmtes Verhütungsmittel nicht näher erläutert, führt sie die Ärztin mit DSF von der drohenden Gefahr einer Rechtfertigung (bes. (439)) weg, beharrt aber dennoch auf einer Detaillierung durch die Patientin. Der weit zurückreichende Themenstrang zum Nebensymptom Regelblutung (398), der so von der *Patientin* eingeleitet wurde, erfährt nun schon mehrere immer detailliertere Bearbeitungen und wird jetzt (455 ff.) durch W-Fragen auf eine allgemeinere Ebene (zyklus) gehoben, wodurch eine **thematische Verzweigung** beginnt.

#00:11:17-7#

455 A1: (2.5) <<schreibend> GUT;>  
 456 <<schreibt> wie WAR denn bei ihnen->  
 457 <<schreibt> wie ↑ISN bei ihnen> der zyklus OHNE [°hh ohne ]  
 hormoneinnahme,  
 458 P1: [((schnalzt))]  
 459 A1: (xxx-)  
 460 P1: REGELMÄSSIG;  
 461 A1: =REGELMÄSSIG?  
 462 P1: =und okay;  
 463 jo;  
 464 A1: und OKAY,  
 465 ohne BAUCHSCHMERZEN [oder] <<knarrend, dim> so:,>  
 466 P1: [°h ]  
 467 (-) KOPFWEH, <<:-> hh° ((lacht 0.5)) [((lacht 0.5)) ]  
 468 A1: [(<<p> KOPFWEH?>)]  
 469 P1: ((lacht 1.0))  
 470 A1: <<p> ~hm\_hm,>

#00:11:32-4#

Zunächst gliedert die Ärztin wieder den Abschnitt (455). Danach stellt sie eine vergangenheitsbezogene Frage (WAR), repariert dann – verstärkt – zur gegenwärtigen Zeitebene (↑ISN).

Die Antwort der Patientin (460) wird überlappend aufgebaut (458) und danach reduziert wiedergegeben (460). Die Ärztin wiederholt wortident aber mit entgegengesetzter Intonation diese (461), was zwei schnell angeschlossene patientenseitige Ergänzungen (462 f.) mit sich bringt. Wieder wiederholt (464) die Ärztin die Einschätzung (462), ergänzt aber mit einer Rückversicherung, die eine weitere Erzählung bzw. Erklärung mit sich bringen soll ([oder] <<knarrend, dim> so:,>). Schon währenddessen (466) beginnt die Patientin ihre Beantwortung (467), die – da es sich um ein inzwischen bekanntes Symptom handelt – keiner weiteren Erklärung bedarf, aber durch ein Lachen ergänzt werden kann (467, 469). Das Stichwort wird von der Ärztin festgehalten (468). Ein leises Hörsignal der Ärztin genügt (470), um eine Erzählung beginnen zu lassen. Die Patientin führt die symptomseitigen Modalitäten aus (471 ff.), was schreibend von der Ärztin zur Kenntnis genommen wird.

#00:11:32-4#

471 P1: <<:-)> kopfweh also> unmittelboar (-) VOR der regel und donn:,  
 472 (--)  
 473 P1: [eben die ersten ZWA tog katastrophal,]  
 474 A1: [((schreibt)) ]  
 475 P1: [muss i GONZ ehrlich sogn,]  
 476 A1: [((schreibt)) ] <<schreibt> also STARK,>  
 477 P1: ((schmalzt)) und- JO (.) jo also ↑STARK kopfweh und a: (--)  
 478 SEHR stoarke [blutung (-)]  
 479 A1: [((schreibt))]  
 480 P1: [<<dim> SEHR sehr stoark,>]  
 481 A1: [((schreibt)) (.) ~HM\_hm, ]  
 482 is mit der dreimonatsspritze BESSER;=na?  
 483 =also ich mein da [hams jetzt (.) eh nix,=NA? ]  
 484 P1: [<<pp, sehr undeutlich, tief> jonam> hob i]  
 im PRINZIP (-) ↑ONSICH <<knarrend> w::> hob i jo <<acc, dim>  
 GOAR ka blutung,[=na?]>  
 485 A1: [ja,]  
 486 (1.5)  
 487 A1: <<hohe stimmlage> bis auf das> JETZT;  
 488 P1: [bis auf das JETZT;]=<<:-)> da?>  
 489 A1: [((lacht 1.0)) ]  
 490 <<p> OKAY;>  
 491 (1.5)

#00:12:01-2#

Die betonte **Schmerzbeschreibung** (*katastrophal,*) wird, eine Bestätigung und mögliche Ergänzung unterstützend, von der Ärztin paraphrasiert (*also STARK,*). Die nachfolgenden Bestätigungen der Patientin (*JO (.) jo*) werden auch durch den Fokusakzenten  $\uparrow$ STARK, und die Höherwertung durch Steigerung (*SEHR stoarke*) nochmals unterstrichen. Das Schmerzempfinden wird nachdrücklich einer weiteren Steigerung unterzogen ( $\ll\dim$  SEHR sehr stoark,>), dann aber schon mit sinkender Lautstärke. Die Ärztin übernimmt dann (482) fragend das Rederecht, korrigiert aber zur Verbesserung der Verständlichkeit (=also ich mein) ihre DSF. Nur stockend (484) fällt die Antwort der Patientin aus, die in den Fragen (482 f.) verankerte Vermutung dabei aber stützend. Die Richtigkeit des Verständnisses wird abgesichert (487) und wortident und intonatorisch sehr ähnlich von der Patientin ratifiziert (488). Auch das fortgesetzte Lachen durch die Ärztin (489) unterstreicht die erfolgreiche Schlussmarkierung, die mit fallendem Ton (490) und einer Pause (491) abgeschlossen wird. In belehrender Weise (*sie wissen schon*) unternimmt die Ärztin danach eine medizinische Einschätzung die, die Maßregelung abschwächend, (ungenutzte) Anschlussmöglichkeiten bietet (492), weswegen diese von der Ärztin, die erwähnte Relativierung fortsetzend, ausgefüllt wird (493). Schnell schließt sie danach eine W-Frage an, die im Fokus (DENN?) auch erkennen lässt, dass eine Nennung einer geringen Anzahl von Zigaretten nicht nur aus medizinischer Sicht, sondern auch, um den Charakter der Maßregelung weiter reduzieren zu können, generell willkommen wäre (die vergleichbare Situation in (439) unterscheidet sich durch einen explizierten Perspektivenwechsel von dieser hier).

#00:12:01-2#

492 A1: sie wissen schon HORMONE un:d rauchen- °h (--)  
 493 <<dim> is IMMER so a gschicht;>  
 494 A1: =wie viel rauchen sie DENN?  
 495 P1: a hoibats packerl <<kindersprache ähnlich, dim> am to:g,>  
 496 A1: <<p> ~hm\_hm,>  
 497 (1.0)  
 498 ((schreibt 2.0)) (2.0) also ich MUSS dann immer sagen,  
 499 BESSER is entweder oder;  
 500 (--)  
 501 P1: °h jo obwohl MIR gsogt worn is doss die dreimonatsspritze eben,  
 <<knarrend> ä>  
 502 TROTZDEM no (.) ↑BESSER is als [würd ich, (.) ]  
 503 A1: [das is RICHTIG;]  
 504 P1: <<dim> die pille oder sonst [irgendwos;> ]

505 A1: [ <<p> DAS stimmt; ]=ja,>  
 506 P1: des woar eben A mit (-) °hh (-) ein [argument- ]  
 507 A1: [ <<p> ~hm\_hm,> ]  
 508 <<pp> das is RICHTIG;  
 509 P1: <<p> ~hm\_hm,>  
 510 (---)  
 #00:12:32-4#

Die Antwort der Patientin (495) fällt aber gegenteilig aus, wie die mit einer langen (verbalen) Pause vorgestellte erneute Ermahnung (498 f.) auch rückwirkend zeigt. Sowohl die Antwort der Patientin (495) ist den Umstand relativierend formuliert (hier: durch Intonation), als auch die Antwort der Ärztin (498 f.), die auf eine ungenannte moralische oder ärztliche Pflicht (ich MUSS) verweist. In beiden Fällen wird versucht zuvor erbautes **Vertrauen** und die unmittelbar vorgehende gelockerte Stimmung (489 f.) zu bewahren. Die Pause in (500) zieht – rückwirkend betrachtet – eine Grenze, an die die Patientin vorsichtig (°h jo) anschließt (501). Sie stellt sicher (obwohl), dass sie ihre Handlung – in Verweis auf eine ungenannte Informationsquelle (gsogt worn is) –, trotz der Nachteile (s. (502)), verantworten kann und dass sie sich bewusst so entschieden hat. Noch in dieser Verteidigung überlappt sich die deutliche (RICHTIG;) Bestätigung der Ärztin (503), die hier mit dem Wissen einer medizinischen Autorität, die zu unterscheiden weiß (DAS stimmt;), wiederholt (505, 507 f.) handelt.

Dieser Abschnitt zeugt davon, dass die **Partnerschaftlichkeit** zwischen den beiden Teilnehmerinnen so etabliert wurde, dass sie einander keine unüberwindbaren Hürden vorsetzen wollen, sondern sich – dies gilt besonders für die Ärztin – gegenseitig Erklärungs- und Relativierungsmöglichkeiten brückenhaft aufbauen können. Als ein besonderes Beispiel ist hier der Perspektivenwechsel in (439) hervorzuheben, der die artzseitige Korrektur abmindert und stattdessen die Reaktion der Patientin als nachvollziehbar und auch „richtig“ wertet, obwohl die Ärztin Alternativen sieht. Die Handlungsebene der Patientin ist damit nicht unter die der medizinischen Fachfrau, der Ärztin, gestellt.

Die Partnerschaftlichkeit dient der gemeinsamen *face-Wahrung*, was, in diesem Abschnitt, auch glückt: sowohl wurden von beiden Seiten die „Brücken“ aufgebaut, wie auch genutzt und eine *beidseitige* Ratifizierung des Inhaltes (und des Vorgehens) schließt diesen Abschnitt ab (508, 509).

Zusammenfassend lässt sich außerdem sagen, dass es – und dies steht im Zusammenhang erwähneter Partnerschaftlichkeit – seit der Präzisierung der Frage nach weiteren Symptomen (337) keine weiteren temporären **Orientierungsmaßnahmen** mehr gegeben und sich dies auch nicht als notwendig gezeigt haben (z.B. durch Schweigen oder Nachfragen der Patientin). Die beiden Teilnehmerinnen arbeiten nun im Verbund, d.h. gemeinschaftlich, in der Weise zusammen, sodass einerseits Fragen von der Patientin auch in hoher Detaillierung beantwortet werden, andererseits die Ärztin weiterhin selbständig initiierte Erzählungen der Patientin gestattet. Die komprimierte Fragestruktur der Symptomabfragen würde dies nicht von vornherein erwarten lassen (im Vergleich zur Symptomschilderung nach der Eröffnungsfrequenz).

#### 6.3.5.2 Erinnerung vergessener Inhalte in T2

Vergleichbar mit T1 (336-359) gibt es auch in T2 Sequenzen, die auf der charakteristischen Fragestellung und kurzen Paraphrasierung bzw. Zusammenfassung der Ärztin aufbauen. Hervorzuheben ist in folgendem Abschnitt aber, dass das Nachfragen tatsächlich ein (beinahe) vergessenes Ereignis in Erinnerung bringt:

#00:09:23-3#

405 A1: <<all> °h okay ↑DAS war <<blättern> noch war SONST noch was?>>  
 406 P2: (1.5) <<pp, dim> ja halt (1.5) (angsch-) (ANGST)  
 schwierigkeiten im studium,>  
 407 A1: <<p> ~hm\_HM,>  
 408 (1.5)  
 409 A1: also die zwei dinge haben GESTRESST,  
 410 P2: JA (-) <<pp> ziemlich,>  
 411 A1: SONST war nix,  
 412 A1: =keine keine °hhh kein INFJEKT keine ↑KRANKHEIT [<<dim> DAVOR  
 irgendwas], =okay;>  
 413 P2: ] [<<pp> nei:n,>  
 414 (2.0)  
 415 P2: obwohl OJA es war noch- oja (.) ahm: (-) °hh  
 416 P2: (wie) wir überhaupt drauf GEKOMMEN sind,  
 417 P2: =ich war nämlich bei einer UNTERSUCHUNG, °hh  
 418 P2: a::hm:: ((schnalzt)) WEIL ich bin vom pferd geflogen,

#00:09:53-9#

In bereits bekannter Form (s. Abschnitt 6.3.5) beginnt die Ärztin, nach einer Gliederung und minimierter Zusammenfassung ( $\uparrow$ DAS war), ihre sehr allgemein gehaltene Nachfrage SONST noch. Der Fokusakzent verweist auf ein weiteres (wichtiges) Ereignis (T2 405). Sie überlässt der Patientin eine lange Nachdenkpause (1,5 Sekunden), die sich nach einem fragmentarischen und sehr leisen Erzählbeginn wiederholt (ja halt). Die Patientin wiederholt selbst noch mal die psychischen Ereignisse bzw. Belastungen (T2 406), ergänzt hier aber – auch nach einem *Continuer* (T2 407) und langer Pause (T2 408) – ihre Erzählung nicht. Obwohl die Patientin hier keine zusätzlichen Informationen liefert bzw. liefern kann (abgesehen von dem Fokus auf ANGST, der aufgrund der Selektion der mannigfaltigen Symptome eine Relevanz für sie ausdrückt), erweitert die Ärztin ihre Nachfrage durch eine Paraphrase (T2 409), die ein **Empfindungscharakteristikum** (GESTRESST) betonen möchte, und einer Reformulierung der ersten Frage (T2 411). Schnell angeschlossen stellt sie danach aber eine Auswahlmöglichkeit (kein INFEKT keine  $\uparrow$ KRANKHEIT) und eine zeitliche Eingrenzung (DAVOR) in unspezifischer Form (irgendwas). Die Patientin beantwortet die Präferenz einer negativen Antwort dementsprechend (T2 413) und überschneidend, was die Ärztin zu einem intonatorisch feststellbaren Abschluss (=okay;) bewegt.

Dennoch vergeht eine Pause von zwei Sekunden (T2 414). Diese Pause ist zwar nicht als Freigabe des Handlungsraumes an die Patientin zu interpretieren, wie es die Pausen *innerhalb* der Fragesequenzen schon in der Funktion in sich tragen. Dennoch nutzt die Patientin die Gelegenheit und memoriert tatsächlich noch ein Ereignis, das sich an die temporale Fokussierung der Ärztin (DAVOR, T2 412) inhaltlich anschließen lässt: Die Patientin erzählt (T2 415 ff.) – erst in (T2 419) von einem *Continuer* gestützt – von dem einschneidenden Ereignis, das *vor* der Reihe an Krankheiten und Untersuchungen (T2 426) stattgefunden hat. Da erst nach diesem Ereignis die zu Beginn des Gespräches angeführten Werte erfasst wurden, erfährt die Ärztin hier einen äußerst wichtigen Bestandteil der gesamten Charakteristik der Krankheit.

Es kann daher davon ausgegangen werden, dass das häufige Nachfragen, Präzisieren, das Erlauben von Pausen und Unterbreiten von Antwortmöglichkeiten einer **Systematik** innerhalb der homöopathischen Anamnese folgt. Die Ärztin handelt hier neben den theoretischen Vorgaben Hahnemanns (vgl. Abschnitt 2.1) auch aus Erfahrungswerten heraus. Dass ein so wichtiges Ereignis nicht schon vorher genannt wurde, wird daher nicht sanktioniert, die Komplexität des gesamten Gesprächs berücksichtigend. V1- und DS-Fragen sind daher als tragendes

Instrument der Anamnese feststellbar und werden besonders mit der Funktion einer (noch weiteren) Detaillierung eines Ereignisses eingesetzt, wissend, dass dadurch aber auch thematische Sprünge oder Erweiterungen begleitet und geordnet werden müssen.

### 6.3.6 Synthese des Haupt- und Nebensymptoms

Mit einem längeren hörbaren Einatmen, einer kurzen Pause und einem akzentuierten Gliederungssignal (511) setzt die Ärztin im an 6.3.5.1 anschließenden T1-Abschnitt ein deutliches Gliederungszeichen. Mit dem Konnektor und beginnt sie eine Zusammenführung zweier Symptome, dem Hauptsymptom und dem Nebensymptom, die bisher in *unterschiedlichen* Themensträngen vorgestellt wurden.

```
#00:12:32-4#
511  A1:  °hh (-) SO;
512      und dieses KOPFWEH ↑VOR der regel,
513      war das GENAU so wie [dieses?]
514  P1:      [°h woar] A [so;          ]
515  A1:      [<<pp> ECHT,>]
516      [also sie] haben IMMER diesen dolch,
517  P1:  [ja,]
518      es is-
519  A1:  [<<gepresst> pch:>]
520  P1:  [jo,          ] (-)
521      <<p> ~hm_HM,>
522      und i mi- [i MERK a zum beispiel reagier wirklich ↑SUPER TOLL
523  A1:      drauf wonn ma jetzt-          ]
524      [((schreibt laut))]
524  P1:  wenn i GSPIER es is: (-)
525      a TOG oder a situation wo alles zu viel is?
526  A1:  <<p> ~hm_HM,>
527  P1:  <<dim> wos möd sie ois ERSTES?? (-- )
528      [<<p> der kopf; ]
529  A1:  [<<pp> der kopf;]
530      (-- )
531  P1:  <<pp> ~hm_HM,> (-- )
#00:12:54-5#
```

Die Ärztin fragt nach dem Zusammenhang der beiden Symptome, was rasch überlappend bestätigt wird (514). Sie nimmt dies ebenso schnell wahr (515) und fasst zur Verständnissicherung und Präzisierung die Information durch zwei Merkmale, der Dauer (IMMER) und dem Schmerzgefühl (dolch,), zusammen. Die Nennung des Dolches (vgl. (285)) durch die Ärztin

zeugt von der Relevanz **bildhafter Schmerzbeschreibungen** in der Anamnese, da sie der Kategorisierung der Symptome dienen und indirekt etwas über die Beziehung zwischen Krankheit und Mensch aussagen.

Die Patientin ratifiziert das Gesagte (517), bricht ihre Ergänzung zuerst noch ab (518), führt sie dann – mit Reparatur – anhand einer beispielhaften Selbstbeobachtung (i MERK a zum beispiel, 522) aus. Sie bedient sich hier (wieder) einer sarkastischen Schilderung der körperigen Reaktion, die eine starke Einschränkung hervorhebt (↑SUPER TOLL) und danach in ihrer Modalität (524 f.) präzisiert wird. Der Schluss der Erzählung (528) ist aus Vorangegangenen nachzuvollziehen, und so ist auch die Frage danach (527) nicht direkt an die Ärztin gerichtet. Dennoch, aber leiser, antwortet diese (529) und unterstreicht damit die **partnerschaftliche Vorgehensweise**, die sich hier (auch) durch aufmerksames Zuhören zeigt. So kann die Patientin nach einer mittellangen Pause die Beantwortung ratifizieren (531).

Abschließende Interpretation (532) der Funktion des Kopfschmerzes ist gleichzeitig eine Zusammenfassung (525) und Verständnissicherung (= <<pp> na?>), die dreifach in sehr deutlicher und klarer Intonation ratifiziert wird (533, 534, 536).

#00:12:54-5#

532 A1: also das is ihr ihr sicherheitsSCHALTER [der sagt] es  
reicht;=<<pp> na?>  
533 P1: [ ~hm\_HM, ]  
534 P1: <<deutlich> genau,>  
535 A1: der dann KIPPT,  
536 P1: <<deutlich, p> genau,>  
537 (2.0)

#00:13:02-2#

Die Ärztin hat also den **Wesenskern** der Kopfschmerzen, den sogenannten „Inbegriff“ (Hahnemann 2012: 26, §15; vgl. a. Abschnitt 2.1), so wie er sich bei dieser Patientin ausdrückt, aus den Selbstbeobachtungen der Patientin zusammengetragen, anschließend gebündelt, und von der Patientin nach Stimmigkeit überprüfen und ratifizieren lassen. Komplexe und langwierige Themen und Unterthemen wurden so in kurzer Zeit durch ein dialogisches Vorgehen geklärt. Im Unterschied zu vorigen Symptomabfragen tritt die Ärztin in diesen Sequenzen verstärkt in den Vordergrund. Sie tut dies mit explikativen DSF, die Bestätigungen und Rückversicherungen verlangen. Außerdem treten die ansonsten so häufigen Hörersignale

(*Continuer*, Schreiben) hier fast gar nicht mehr auf und formen diesen Abschnitt zu einem der sprachlich wie thematisch intensiv und verdichtet ausgehandelt wird.

### 6.3.6.1 Relevanz der Modalitäten in T2

Bezogen auf die **Relevanz** der bearbeiteten Wissensinhalte sei abschließend ein Vergleich zu T2 gezogen. In der Symptombeschreibung der Unter- und Überfunktion der Schilddrüse durch die Patientin, fällt eine kurze Erklärungssequenz (T2 252-256) der Ärztin. Dort gibt sie zu erkennen, welche Inhalte für sie relevant sind:

```
#00:05:32-4#
247  A1:    °h und die überfunktion merken sie als erstes AN?
248  P2:    =JA <<dim> an- an schweissausbruch;>
249  A1:    SCHWEISSAUS[BRUCH; ]=~hm_hm,
250  P2:    [ (      ) ]
251  (3.5)
252  A1:    weil das is für MICH dann [auch wichtig,=ja?]
253  P2:    [ja ja ja,      ]
254  A1:    =dass sie,=sie registrieren das [sehr SCHNELL,]
255  P2:    [ja ja,      ]
256  A1:    <<knarrend> jaa-> OKAY,
#00:05:45-9#
```

Die Ärztin fragt zunächst nach den Symptomen der Schilddrüsenüberfunktion (T2 247), was die Patientin mit der Nennung einer körperlichen Symptombeschreibungen (*schweissausbruch*) beantwortet. Nach einer Wiederholung und Bestätigung dieser (T2 249) erfolgt eine sehr lange Pause (3,5 Sekunden), worauf eine Begründung der Ärztin für ihre Befragung folgt (*weil*). Sie gibt damit einen Einblick in die Relevanz (*wichtig*) der erhaltenen Informationen. Die nachfolgenden Zustimmungen und Verständnisbekundungen der Patientin (T2 253, T2 255) erfolgen überlappend. In der schnell angeschlossenen Ergänzung (T2 254) fällt der Fokus auf die **Modalität** des Krankheitssymptomes. Im Sinne einer informierenden **Patientenbeteiligung** gibt die Ärztin hier zu verstehen, dass sie auf die Informationen der Patientin angewiesen ist und auch, dass eine Modalität keine Nebensächlichkeit ist (vgl. Abschnitt 2.1.1).

Die Art der körperlichen Symptome ist in der Homöopathie also immer auch an die Art und Weise, wie sie sich unter welchen Umständen zeigen, gekoppelt. Noch weiter vertieft wird dieser Zugang durch die persönlichen und psychischen Umstände (vgl. bspw. T2 364 ff.). Zwar wurde die Patientin an dieser Stelle nicht über das gesamte Konzept informiert (z.B. in

Form einer strukturellen Orientierung). Dennoch macht die Ärztin deutlich, was für sie (s. Fokus: MICH) unmittelbar wichtig ist, was weitere Erklärungen nicht zwingend notwendig macht, da der Kontext bestimmend genug ist um das Gespräch geordnet erfolgen zu lassen.

### 6.3.7 Übergang zur indirekten Befragung

Die Ärztin schließt in T1 an zuvor bearbeiteten Themenkomplex (Abschnitt 6.3.6) mit einer V1-F im Konjunktiv (538) an. Zur gewissenhaften Beantwortung bedarf es aber einer guten **Introspektion**. Die Antwort kommt (daher) auch verzögert und leiser (539).

```
#00:13:02-2#
538   A1:   würden sie sich selber noch mehr ü- also MEHR überfordern noch
        <<dim> wenn sie das nicht hätten?>
539   P1:   (---) <<p> sicher,>
540   A1:   <<p> ja?>
541   P1:   ((kurzes leises lachen))
542   A1:   NEIGEN sie dazu <<dim> zu tun zu tun zu tun?>
543   P1:   najo wenn i [ned          ] so MIAD <<:-), all> bin doss i
        umfoi,
544   A1:   [ <<p> ~hm_HM,> ]
545   P1:   dann neig ich dazu zu [tun zu tun,>          ]
546   A1:   [ <<:-)> sind sie sehr AKTIV,> ]
547   P1:   JO,
548   <<all> grunds- i man JETZT wenn i ma onschau aktiv <<dim> denk
        i ma hearst schlof nur mehr den gonzn tog,>>
549   weil i so tot bin;
550   A1:   <<p> ~hm_[hm,> ]
551   P1:   [jo? ]
552   ((schnalzt)) aber AN SICH von meinem naturell, (--) °h
553   <<dim> wäre ich SCHON (-) sehr (--) aktiv,>
554   A1:   ~hm_HM,
555   (2.0)
#00:13:32-1#
```

Die Ärztin stellt trotz der eindeutigen Antwort eine Nachfrage (540), worauf die Patientin leise lacht. Thematisch greift die Ärztin bei ihrer Frage weit zurück. In der Befragung der Befindlichkeiten erwähnte die Patientin einmalig SEHR oft [überfordert zu sein?>] (235). Die überlappend angefertigten Notizen der Ärztin können als Grundlage für den Rückgriff auf diese Sequenz von vor etwa acht Minuten vermutet werden.

Um der Patientin eine Wahlmöglichkeit zu offerieren, die eine detailliertere Antwort ermöglichen kann, stellt die Ärztin eine Frage in Verberststellung (542), die die Patientin auch relativierend (najo) mit der Zusatzinformation, erschöpft zu sein (doss i umfoi,), inhaltlich bestätigt. Sprachlich wiederholt sie danach (545) die Hilfestellung der Ärztin (542). Es folgt eine explizite Frage nach dem Charakter im gegenwärtigen Bezug (sind sie), die auch eindeutig beantwortet wird (547-549): Nach einer Bestätigung (547), zieht die Patientin selbstreflexive (denk i ma hearst) Bezüge zum gegenwärtigen (JETZT) Befinden (schlof nur mehr den gonzn tog,) mit abschließender vergleichender Selbstbeurteilung (weil i so tot bin;). Das Hörersignal (550) führt die Patientin zur Frage zurück (vgl. a. Boyd/Heritage 2006: 158). Darauf folgt eine Zusammenfassung der Selbstreflexion durch die Patientin (551-553). Die Patientin unterscheidet zwischen einem „typischen“ Charakter und dem gegenwärtigen Befinden, fokussiert aber auf das Gegenwärtige (s. Reparatur (548)). Beide Aspekte (Symptom und (Selbst-) Charakterisierung) sind wichtig in Hinblick auf die vollständige Anamnese.

Die Frage nach dem Charakterzug (546) erlangt einen hohen Detailgrad in der Beantwortung und die Ärztin erfährt nicht nur inhaltliche Informationen (Bestätigung auf Frage, Erschöpfung), sondern auch solche, die durch die **emotionale Markierung** in der Selbstreflexion ein Bild der inneren Wahrnehmung und ihres Kontextes wiedergeben.

#### 6.3.7.1 Charakteristische Symptomabfrage mit ausbleibender Antwort

Die Ärztin entschließt sich nach entsprechender Pause (555) die bekannte charakteristische V1-Frage nach weiteren (NOCH) Symptomen zu stellen. Nach einer langen Pause zeigt sich die Patientin über die Art bzw. Menge der Frage erstaunt (wah) und ergänzt mit einem Lachen (557).

#00:13:32-1#

556 A1: gibts NOCH irgendwas?  
 557 P1: (1.5) <<pp> wah sie frogn mi SOCHN,> ((lacht 1.0))  
 558 A1: ((blättert 0.5)) <<blättern> i frog no MEHR,>  
 559 <<blättern> sie wern noch> SCHAUEN, <<schreibend, pp>=ja,  
 ~hm\_HM,>  
 560 ((schreibt 5.0))  
 561 KÖRPERLICH mein ich jetzt,  
 562 [gibts noch irgend] einen [SCHWACHPUNKT? ]

563 P1: [ <<dim> JA\_jo\_jo > ] [ <<p> scho kloar;> ]  
564 <<rauchig> jo: <<dim> SCHWACHPUNKTE::;>>  
565 (2.0)  
566 P1: <<rauchig, p> jo,>  
567 (2.0)  
568 P1: ((schniefen))  
569 (3.0)  
570 P1: <<pp> ~hm\_hm, kopf is a riesen THEMA,>  
571 (1.5)  
#00:13:57-4#

In der Ankündigung weiterer Fragen (558) greift die Ärztin die humoristische Komponente kurzfristig auf (558 f.), lässt die Ankündigung aber wie eine Drohung erscheinen (besonders auch durch die schnelle Rückkehr zum routinierten Vorgehen: <<schreibend, pp>=ja, ~hm\_hm,>). Danach entsteht eine lange Pause die arztseitig durch Schreiben bestimmt wird (560). Erst danach (561) präzisiert die Ärztin den Interessensbereich (KÖRPERLICH) und schafft so eine kurzfristige **Orientierung**. Diese ist durchaus notwendig, da eine Antwort der Patientin ausbleibt. Während einer Umformulierung (SCHWACHPUNKT?) findet die Patientin die Möglichkeit eines ratifizierenden Hörersignals (563). Ihre wortgleiche Ankündigung (564) wird aber auch nach zwei langen Pausen (565, 567) nicht weiter ausgefüllt. Erst nach nochmaligem Versuch (568) und einer Pause von drei Sekunden (569) verweist sie auf das bereits bekannte Symptom Kopfschmerzen (kopf).

Es ist ersichtlich, dass die Patientin in diesem Abschnitt an **Grenzen** der Selbstreflexion und des benötigten Wissens stößt. Eine Hilfestellung bietet die Ärztin mit dem Angebot von kopf bis fuss (572) durchzufragen, womit sie die nächste Phase, die indirekte Befragung, einläutet (s. Abschnitt 6.4). Sie ist bestimmt durch ein schematisches Erfragen von Symptomen, und unterscheidet sich besonders in diesem Aspekt von dem gelenkten Bericht. Ein auch aus der Literatur bekanntes Mittel, um dies zu bewerkstelligen, ist das Kopf-Fuß-Schema (vgl. Abschnitt 2.1.2). Bevor dieses exemplarisch an wenigen Sequenzen vorgestellt wird, erfolgt vergleichsweise die Analyse des entsprechenden Abschnittes in T2 und eine Zusammenfassung der bestimmenden Merkmale, die im gelenkten Bericht aufgetreten sind.

### 6.3.7.2 Vorgreifende Orientierung auf die indirekte Befragung in T2

Im Übergang zum gelenkten Bericht findet auch in T2 eine allgemeine Frage nach weiteren unbestimmten Symptomen statt. Im Unterschied zu T1 aber präzisiert die Ärztin kurz danach ihre Frage und verdeutlicht orientierend, welche Fragen in dem Kopf-Fuß-Schema folgen werden.

```
#00:11:22:50#
473  A1:  << blättern> °h (1.0) gibts> ↑AUSSER dieser (.)
      schilddrüsengeschichte <<all> irgendwas NOCH?>
474  (2.5)
475  A1:  <<p> irgendwas ANDERES irgendwelche anderen probleme?>
476  (2.5)
477  A1:  körperlich, (-)
478  A1:  SEELISCH,
479  P2:  (3.0) also KÖRPERLICH nicht,
480  P2:  <<pp> seelisch (1.0) (<<kurz leise auflachend>                >>)
481  (3.0)
482  P2:  <<pp> ja es gibt IMMER dinge die einen belasten und (es war
      ((lacht 1.5)))>
483  A1:  [<<:-), pp> ist das leben,>]
484  P2:  [((lachend))                ] <<:-)> genau,>
485  A1:  °h gut <<blättern> ich frag> sie TROTZDEM [↑KÖRPERLICH]
      durch,=<<lachend> ja?>
486  P2:  [ahm (-) ja,]
487  P2:  ja (-) <<pp> bitte,>
#00:11:54-8#
```

Die allgemeine Frage (T2 473) erfährt eine Reformulierung (T2 475), die in sehr lange Pausen (T2 474, T2 476) eingebettet ist. Im Gegensatz zu T1 (s. (561)) erweitert die Ärztin ihr Analysespektrum an dieser Stelle auch um seelische Befindlichkeiten (T2 478). Zögerlich und nach langen Pausen (T2 479; T2 480; T2 481) antwortet die Patientin bezogen auf seelische Ereignisse verallgemeinernd (dinge die einen belasten). Diese eingenommene Perspektive wird von der Ärztin gefördert (T2 483) und bringt ihr daher auch nur eine Bestätigung der Patientin (T2 484), aber keine *personenspezifischen* Antworten mehr. Die Ankündigung zum Kopf-Fuß-Schema beinhaltet eine **Orientierung** in Form eines Fokusakzents auf ↑KÖRPERLICH, sodass die Patientin sich für den folgenden Abschnitt noch vor Beginn darauf einstellen kann, dass sie eben nur zu diesem Aspekt befragt wird und auch nur dazu Antworten

geben sollte (sie unterstützt dieses Vorgehen auch wahrnehmbar, s. T2 486 f.). Die Ärztin lässt damit die folgende **Struktur** und – mit entsprechenden Erfahrungswerten – auch die Fragekonvention (*ich frag sie [...] durch*) erkennen. Einen ähnlichen Wortlaut verwendet sie auch in T1 (572; s. Abschnitt 6.4), bedient dabei aber andere Wissensbereiche, da es sich um keine erfahrene Patientin der Homöopathie handelt. P2 wird die nächste Phase – bei gleicher Orientierung bzw. Informationsgabe – mit einem anderen Wissensvorsprung begehen, als P1.

### 6.3.8 Zusammenfassung: Gelenkter Bericht

Aus der Analyse des gelenkten Berichts treten mehrere für die Homöopathie allgemein gültige Phänomene hervor. Zunächst kann das sichtbare Anfertigen von Notizen bzw. das **Schreiben** in diesen Daten als eine Form eines Hörsignales gewertet werden. Dies ist aus dem selektiven Vorgehen der Ärztin ersichtlich, denn sie notiert einerseits nicht alle vermittelnden Informationen und zum anderen widmet sie sich einigen Themenbereichen intensiver, sodass dort sogar mehrsekündige „Pausen“ entstehen, die eben schreibend genutzt werden. Im gelenkten Bericht stehen die Patientinnen vermehrt vor der Aufgabe mit den Notizen umzugehen (Sollen Pausen gefüllt werden oder nicht? Wurden die angemessenen Informationen vermittelt?), was in einem Fall (T1) sogar arztseitig erklärt wird (vgl. 6.3.1.1).

In beiden Gesprächen fällt die **Anliegensdarstellung und -bearbeitung** in die Phase des gelenkten Berichts und damit *nach* der initialen Beschwerdenschilderung. Beide Patientinnen gestalten ihre Anliegensdarstellung zunächst implizit, die in der Homöopathie bewandertere allerdings danach auch explizit.

Wie weit das **Vorwissen** um das Vorgehen in einer homöopathischen Anamnese sich als Gesamtkonzept auf das Gespräch auswirkt, muss gesondert geklärt werden. Im Vergleich kann aber die erfahrene Patientin P2 die fehlende strukturelle **Orientierung** durch selbständige Verweise auf Kernthemen der Homöopathie ausgleichen. Sie kann psychische Belange im gelenkten Bericht direkt mit einer Charakterisierung verknüpfen und damit den Fokus auf diesen Kernpunkt der homöopathischen Anamnese unterstützen. In diesem Sinne erfährt die *informationsgebende Patientenbeteiligung* eine massive Verstärkung, da die Patientin (an dieser Stelle) ihre konstruktiv-informative Rolle *bewusst* wahrnimmt. In der grundlegenden *dialogischen* Einbettung des Gesprächs können sich beide Beteiligungsparteien gegenseitig stützen und in immer präzisere Bereiche vordringen. Durch die Führung in den Frage-Antwort-Sequenzen kann dies auch P1. Das dialogische Vorgehen ermöglicht den Patientinnen mit dem erhöhten „Maß an Selbstverantwortung“ (Lalouschek 2010: 31), das durch die bewusste Begegnung mit

ihren eigenen Schilderungen entsteht, zurecht zu kommen. Die so stattfindende *beidseitige* Selbstreflexion „hold a particular relevance in therapeutic terms“ (Chatwin et al. 2007: 85) und lässt, im homöopathischen Denken, bereits jetzt den Heilungsprozess langsam beginnen.

Gemäß den in Abschnitt 2.1.2 vorgestellten **Aufgaben** des gelenkten Berichts muss die Ärztin hier alle anfallenden Nebensymptome und Modalitäten erfragen. Die Frequenz der Fragen nimmt damit zu, was zu einer erhöhten Detaildichte und zu thematischen Verzweigungen führt. Zur Wahrung einer **Struktur** wählt die Ärztin eine sich mehrmals wiederholende charakteristische **Fragestellung**, die auf bekannten Inhalten zusammenfassend aufbaut und dann mit mehreren Nachfragen präzisierend anschließt. Die mehrmalige Wiederholung führt dazu, dass auch vergessene Inhalte erinnert und in die Anamnese eingebaut werden können.

Im gelenkten Bericht finden sich **Vorgriffe** auf andere Phasen, die sogar Verzweigungen und Vertiefungen erfahren. Die endgültige Präzisierung erfolgt aber nicht im gelenkten Bericht, was aber nicht verhindert, dass die Ärztin schon hier Vermutungen über die Krankheiten und erste Verknüpfungen aus physischen und psychischen Belangen herstellen kann. Diese werden artikuliert und bereits im gelenkten Bericht weiter ausgehandelt.

Im Unterschied zum **Spontanbericht** fällt der gelenkte Bericht systematischer aus, da die Fragen der Ärztin mehr **Orientierungspunkte** liefern, was in welcher Form für sie relevant ist. So können die Patientinnen – gepaart mit dem Notizenanfertigen – eine grobe Richtung über das Vorgehen erkennen. Nicht nur die Frage-Antwort-Sequenzen werden – der bisher wahrgenommenen Steigerung der Frequenz folgend – in der nächsten Phase verdichtet, sondern auch der Informationsgehalt. Um dies zu illustrieren soll nun ein kurzer Ausschnitt der indirekten Befragung vorgestellt werden.

#### 6.4 Indirekte Befragung: Kopf-Fuß-Schema und Modalitäten

Die indirekte Befragung zielt, ebenso wie die zuvor behandelten Phasen, auf die Allgemeinsymptome und Modalitäten der Symptome ab (bspw. Ernährung, Schlaf, Stimmungslagen), bedient sich dabei aber einer wesentlich dichteren Abfolge von Frage-Antwort-Komplexen. Durch Anwendung des Kopf-Fuß-Schemas (vgl. a. Abschnitt 2.1.2) sollen aber, im wesentlichen Unterschied zum bisherigen Gesprächshergang, Gesundheitszustände einzelner Bereiche des Körpers systematisch erfragt werden. Gemütssymptome werden, so empfiehlt die Fachliteratur (vgl. Abschnitt 2.1), erst gegen Ende der Phase angesprochen, auch wenn Repertorien der umgekehrten Reihenfolge folgen können (vgl. Schroyens 1993: *Mind, Head, Eye [...], Generals*).

### 6.4.1 Eröffnungsphase

Wie in Abschnitt 6.3.7.1 erwähnt bietet die Ärztin in T1 eine Befragungsschema an (572), das auch gerne von der Patientin angenommen wird (573). Nach der gliedernden Ankündigung die Befragung zu beginnen (574, 576) werden systematisch vom Kopf abwärts in Ein-Wort-DSF Körperteile (Augen, Ohren, Nebenhöhlen...) abgefragt. Die Fragen sind aus dem Zusammenhang genommen (z.B.: =°h augen?) unverständlich. Aus der Erfahrung der vorigen Gesprächsphase, in der die Ärztin das Ziel der Befragung (z.B.: SCHWACHPUNKT?, (564)) nennt, kann die Patientin aber antworten und sie tut dies ebenso reduziert.

#00:13:57-4#

572 A1: soll ich sie durchfragen von kopf bis fuss?  
 573 P1: <<:-)> jo:,>  
 574 A1: okay.  
 575 P1: ((lacht 0.5))  
 576 A1: <<all> dann frag ma jetzt,>  
 577 =°h augen?  
 578 P1: ^ÖH\_öh;  
 579 A1: okay;  
 580 au- ohren?  
 581 P1: ^ÖH ^öhöh;  
 582 A1: <<all> auch in ordnung;>  
 583 <<all> nebenhöhlen?>  
 584 P1: na (-) goar nix;  
 585 A1: (-) <<p> HEUschnupfen?>  
 586 [<<pp> IRGENDWAS?>]  
 587 P1: [°hh ] über die all:- öh BISSI bissi allergie,  
 588 =die HAUSSTAUBMILBE (.) is so a bissl und und und, h°  
 589 <<p> jo die [histaminINTOLERANZ;>] (-)  
 590 A1: [((blättert)) ]  
 591 P1: <<p> also (.) w- alkohol <<undeutlich> ower so: oder so> des  
 kann I abhacken;>  
 592 A1: was PASSIERT ↑DANN wenn sie das trinken?

#00:14:24-1#

Die Ärztin bietet in diesen wenigen Sequenzen auch eine weitere Hilfestellung, indem sie vom körperlichen Bereich der nebenhöhlen? (583) zum Symptom HEUschnupfen? (585) erweitert und dann – entscheidend – Anschlüsse zulässt ([<<pp> IRGENDWAS?>], (586)). Die Patientin kann so die Nennung einer leichten Allergie (BISSI bissi allergie,, (587)) zu

einer Immunschwäche (589) erweitern, die sie immerhin in der Nahrungszufuhr und damit im Alltag beeinflusst (591). Dass sie das Rederecht durch dreifache Wiederholungen des Konnektors und (588) sowie durch Gliederungen behalten will, zeigt, dass ihr der Hinweis auf die Immunschwäche wichtig ist. Obwohl sie nicht (nur) zu befragtem Körpergebiet passt, lässt die Ärztin sie gewähren *und* erweitert die Antwortmöglichkeiten sogar noch durch eine W-Frage, die eine Detaillierung verlangt. An diese Sequenzen angeschlossen, und dies ist aus vorigen Phasen schon bekannt, entwickelt sich eine Fragesequenz, die die Modalitäten erfragt (s. Transkript T1 im Anhang).

Auf das Grundschema dieser Befragungsmethode wird in der ganzen Phase zurückgegriffen. Es entspricht dem „option-listing“ (Toerien/Shaw/Reuber 2013: 886), das Patientinnen und Patienten durch Reduktion der ärztlichen Autorität und durch Schaffen von Anschlusspunkten, die in der Beantwortung über geschlossene Fragen hinausgehen, Möglichkeiten zur verstärkten Patientenbeteiligung liefert. Auch hier dürften besonders die **Notizen** als große Stütze zur Orientierung gelten, da auch in dieser Phase weite strukturelle Verzweigungen realisiert werden.

### 6.5. Zusammenfassung der Analyseergebnisse

Aus der Analyse treten einige Phänomene hervor, die in direkter oder nächster Beziehung zur Fragestellung dieser Studie stehen:

Zunächst lässt sich festhalten, dass die **Dauer** einer homöopathischen Anamnese die einer allopathischen übersteigt und daher von vornherein eine unterschiedliche Phasengliederung anzunehmen ist. Tatsächlich aber werden die Phasen besonders durch das homöopathische Krankheits- und Heilungsverständnis sowie durch die Empfehlungen Hahnemanns geprägt, die diskursiv von der Ärztin mitgetragen werden. Diese Faktoren bedingen eigene sprachliche Lösungen, die sich ebenso strukturell wie auf Sequenzebene abbilden.

Die **Struktur** der homöopathischen Anamnese ist wie ein dynamisches Geflecht gestaltet, dessen Knotenpunkte in einer definierten Reihenfolge (durch die Ärztin) gestaltet werden müssen, gleichzeitig aber auch durch die Patientinnen erweitert werden können. Vorgriffe innerhalb des Systems sind zwar – linguistisch betrachtet – thematische Sprünge, die den Gesprächsfluss umleiten und andere sprachliche Handlungen (arztseitiges Nachfragen, patientenseitiges Explizieren in unterschiedlichen Graden) verlangen. Sie werden aber durch

Wiederholungen und die „charakteristische Fragestellung“ (s. Abschnitt 6.3.5) in den grundsätzlichen Gesprächslauf der entsprechenden Phase eingebettet, sodass ein Muster für die Patientinnen sichtbar und adaptierbar wird. Die Aufgaben, die in den unterschiedlichen Phasen bearbeitet werden müssen, überschneiden sich auch bei diesen Vorgriffen nicht zur Gänze. In T1 und T2 begleitet die Ärztin die Patientinnen viel eher durch die vorgezogene Phase, um dann in späteren spezialisierten Anamnesephasen (z.B. psychische Anamnese) darauf (wiederholend) zuzugreifen und detaillierter zu verarbeiten.

Die Eckpunkte des Netzes bleiben also immer bestehen und müssen auch in ihren Bereichen bearbeitet werden. So dient die charakteristische Nachfrage beispielsweise auch dazu, keine weiteren (körperlichen) Beschwerden *im Nachhinein* bearbeiten zu müssen und das Charakterbild des Gegenübers – in diesem Sinne – *fundiert* und *strukturiert* aufzubauen.

Die **Gliederung der Phasen**, die in dieser Arbeit vorgenommen wurde, entstammt ursprünglich der homöopathischen Fachliteratur (vgl. Abschnitt 2.1). Diese Strukturierung erscheint aber auch nach linguistischen Gesichtspunkten als begründet, konnten doch phasenbedingte Unterschiede in der sprachlichen Realisierung hervorgehoben werden. Im **Spontanbericht** treten eine lange (beinahe) nonverbale Pause zu Beginn und eine äußerst offen gehaltene Eröffnungsfrage als besonders prägend hervor. Die Gesprächseröffnung ist damit sehr zeitintensiv gestaltet. Das schadet der Situierung aber nicht, denn immerhin entsteht keine Hektik. Eine fehlende Orientierung lässt die Eröffnungsfrage in T1 allerdings nicht als Aufforderung zur Beschwerdenschilderung erscheinen, wodurch eine wiederholte Erzählaufforderung in expliziter Form von Nöten ist. Auch diese gibt der in der Homöopathie unerfahrenen Patientin P1 eine zu grobe Richtung vor, sodass es sogar zu einer Nachfrage von Patientenseite kommt. Während die Erfahrung von P2 mit homöopathischen Anamnesen bereits zu Beginn festgestellt wird und eine explizite Frage der Ärztin nach einer Orientierungshilfe daher unbenutzt bleiben kann, braucht es in T1 also mehrere Anläufe und eine Nachfrage von P1, um eine ausreichende Orientierung für die nächsten Tätigkeiten zu besitzen.

Bezugnehmend auf die Modelle der Patientenbeteiligung ist keine Dialogizität in dieser Phase wahrnehmbar; von der Patientin werden Informationsgaben erwartet, ohne ihr aber selbst Orientierung zu geben. Obwohl die äußerst offene Fragestellung auch im Sinne Hahnemanns ist (s. Abschnitt 2.1), ist nicht jede Patientin dazu im Stande, ohne Nachhilfen in diesem

Bereich gleich zur Beschwerdenschilderung überzugehen. Gleichzeitig ist eine Wechselwirkung mehrerer Faktoren anzunehmen, die dazu führen, dass die Patientin in T1 erst im zweiten Anlauf mit einer Erzählung beginnt; das spezifische Vorwissen über Homöopathie ist davon nur einer.

Der **gelenkte Bericht** wird vor allem durch eine erhöhte Frequenz von Fragen der Ärztin charakterisiert. Weiterhin lässt sie aber den Patientinnen Raum für eigenständige Erkundungen. Dies erzeugt auch patientenseitige Pausen und abgebrochene Satzanfänge, die aber kaum von der Ärztin als Anschlussmöglichkeit genutzt werden. Stattdessen können sich die Patientinnen den häufig sehr fordernden Fragen prinzipiell „in aller Ruhe“ nähern. Die Lenkung innerhalb dieser Phase erfolgt also durch die angesprochenen Themen in den Fragen. Da die Patientinnen aber auch selbständig Erzählungen etablieren dürfen und diese auch arztseitig vertieft werden, kann hier von einem prinzipiellen dialogischen Modell der Patientenbeteiligung gesprochen werden.

In der **indirekten Befragung** sind wieder die Fragen der Ärztin ein bestimmendes Gliederungsmerkmal. In dieser Phase folgen knapp hintereinander einzelne Komplettierungsfragen zu zunächst körperlichen, danach zu psychischen Beschwerden. Dabei erfolgen sowohl Rückverweise auf zuvor Gesagtes als auch – und dies ist die „Stärke“ dieser Befragungsmethode – die Möglichkeit vergessene Leiden zu besprechen. In der Vorstellung einer systematischen Wechselwirkung von Krankheiten ist dies ein vorteilhaftes Werkzeug. Die dichte Befragungsweise der indirekten Befragung steht im Gegensatz zum möglichst offenen Spontanbericht. Die schnelle Folge von Fragen und Antworten wird aber auch hier durch Vertiefungen und thematische Verzweigungen gebrochen. Zur (eigenen) Strukturierung dienen der Ärztin ihre Notizen, was aber nur temporär orientierend nach außen vermittelt wird.

In der Analyse konnten folglich für alle drei Phasen spezifische sprachliche Merkmale festgestellt werden. Sowohl die arztseitigen Frageformulierungen als auch die patientenseitigen Erzählmöglichkeiten folgen einer nachvollziehbaren Strukturierung und gliedern zugleich das Gespräch in Phasen und ihre Übergänge. Zugleich wird die Patientenbeteiligung nicht nur durch ein Beziehungsmodell bzw. durch eine sprachliche Handlung beschränkt.

In der Anliegenbearbeitung (bes. in T1) werden unterschiedliche Modi der **Patientenbeteiligung** erkenntlich: beide Patientinnen befinden sich stark im Modell des

Informationsgebens, P1 sogar noch durch die Selbstwahl verstärkt. In T1 erfolgt von der Ärztin eine Anweisung, die ebenfalls (arztseitig) informationsgebend ist, während P2 in T2 von sich aus das Anliegen erst implizit, dann explizit formuliert und ihre eigene Motivation zusätzlich hervorbringt. In T1 fällt der Einschub der Ärztin stark informationsgebend und beinahe belehrend aus, in jedem Fall aber ist es eine Aufforderung. P2 kann in der Anliegensbearbeitung aber schon auf ein dialogisches Vorgehen zählen, das in den bisher gewohnten Gesprächslauf zurückführt und weitere Erzählungen ermöglicht.

Vergleichend sind damit sowohl die Patientinnen wie auch die Ärztin beide für ein schnelles ergänzendes (d.i. dialogisches) Vorgehen verantwortlich. In dessen Aufbau sind die informationsgebenden Arzt-/Patientenbeteiligungsmodelle als *Vorstufen* des prinzipiellen dialogischen Vorgehens des gelenkten Berichts zu verstehen. Dort erhalten die Patientinnen – wie erwähnt – die Gelegenheit, eigene Bedürfnisse in Form von Erzählungen zu formulieren *und* dabei von der Ärztin begleitet zu werden. Neben dieser Bearbeitung auf sprachlicher Ebene ist die Gliederung in Beziehungsmuster (s. Abschnitt 3.1.2) aber wenig aussagekräftig, besonders wenn versucht wird eine „Intensität“ (anhand der Grade, s. Tabelle 1) auszudrücken. Das liegt in den hier bearbeiteten Gesprächen aber besonders an den sich so schnell verändernden sprachlichen Handlungen, die sich aus der ebenfalls schnell wechselnden Positionierung der Ärztin im Gespräch ergeben. Einzelnen Abschnitten können zwar Beziehungsmuster zugewiesen werden, doch sind diese nur *eine* Kategorie, um die Formen der so dynamisch gestalteten Patientenbeteiligung beschreiben zu können.

Patientenbeteiligung in der Homöopathie bedeutet auch, dass von den Patientinnen und Patienten ein hohes Maß an Selbstreflexion, d.h. Aufgeschlossenheit, vor Ort gefordert wird, das durch Nachfragen immer weiter und länger intensiviert wird. Die Ärztin ist auf der Suche nach verbalisierbaren Schmerz- und Empfindensformulierungen (z.B. Kummer, Angst), da sie sowohl den Charakter der Krankheit(en) als auch der Arznei widerspiegeln. Sollte das Repertorium (s. Abschnitt 2.1.2) hinzugezogen werden, ist auch nur so darin eine Orientierung möglich. Deswegen sind sehr exakte Schilderungen des physischen und psychischen Schmerzes bzw. Empfindens von Nöten. Besonders letztere erhalten durch die Akzeptanz von Pausen und durch die Führung mit Hörersignalen den nötigen Raum.

Besondere **empathische Handlungen** der Ärztin (Trösten, Pausen, Mitleidsbekundungen) konnten nicht festgehalten werden, obwohl die Patientinnen viele Hinweise auf massive Schmerzempfindungen und auf drückende emotionale Ereignisse geben. Sie ist stattdessen um

eine fachliche Erfassung der Symptome und deren Umstände bemüht, wodurch die Patientinnen schnell „zurück“ in das Gespräch gebracht werden. Dass diese Beschreibungen auch potentielle Anliegen in sich tragen, konnte in der Analyse festgehalten werden. Die Prozessierung derselben ist im Sinne einer Aufrechterhaltung der fachlichen Vorgehensweise als gelungen zu bezeichnen. Emotionale Aspekte der Patientinnen bleiben dabei aber ausgeklammert.

Obwohl das **Vertrauen** eine linguistisch schwer fassbare Kategorie darstellt, ist dieser Aspekt eines Gespräches an die Patientenbeteiligung insofern gekoppelt, als dass die erfolgreiche Dialogizität auf diese zurückverweisen kann. So konnte in den Gesprächen nachgewiesen werden, dass Wechsel auf intime Themenbereiche zwar abrupt erfolgen können, hilfreiche Nachfragen und das Bestehenlassen von Pausen aber die Patientinnen schrittweise an die Beantwortung heranführen. Partnerschaftliches Vorgehen bedeutet also auch zuzuhören und Pausen nicht zu übernehmen. Annahmen der Ärztin oder Wahlmöglichkeiten helfen zudem auch, sich als Patientin oder Patient tiefer mit den erfragten Themen auseinanderzusetzen, zu vergleichen, richtigzustellen oder eigene Vermutungen zu artikulieren. In diesen selbstreflexiven Momenten verändert sich der Standpunkt zur eigenen Betrachtungsweise gegebenenfalls und zuvor nicht erkannte Zusammenhänge bzw. memorierte Ereignisse können von Patientenseite in das Gespräch eingebracht werden. Das Konzept der Anwendung dieser „Hilfsmittel“ kann – wegen der regelmäßigen Anwendung – als typisch für Homöopathie bezeichnet werden.

Die Patientenbeteiligung macht in den analysierten Phasen der homöopathischen Anamnesen mehrere **Wandlungen** durch. Von einer stark patientenseitig informationsgebenden Ausrichtung, die durch die offene Einleitungssequenz erfolgt und bis in den Übergang zum gelenkten Bericht beibehalten wird, wechselt sie dann zu einem dialogischen Modell, das bestimmend wird und auch in den dichten Fragen in der indirekten Befragung im Grunde führend bleibt. Zudem werden sowohl Anliegen als auch andere selbständig eingeführte Themen der Patientinnen akzeptiert *und* prozessiert, was ebenfalls das dialogische Modell unterstreicht. Charakteristisch ist weiters, dass die Patientinnen auf verschiedenste Frageformulierungen und Themenbereiche eingehen müssen und dies, so gilt es wenigstens für die hier gesammelten Daten, ohne eine früh angesetzte und prinzipielle Orientierungshilfe.

Es ist daher zusammenfassend festzuhalten, dass ein hoher Grad an Patientenbeteiligung *Grundlage* für ein Vorgehen ist, wie es der homöopathischen Anamnese entspricht. Die Patientenbeteiligung ist weiters ein ihr – auch dank der theoretischen Fundierung seit Hahnemann –

*immanentes* Prinzip. Eine Ausgrenzung der Patientinnen und Patienten ist nicht denkbar, sind sie doch die einzigen Informationsträger (Befunde oder körperliche Untersuchungen wären nicht genug), die über die individuellen und charakteristischen Eigenheiten der Symptome berichten können. Zugleich ist das Phasenmodell in der Anamnese so konstruiert, dass die Patientinnen aus vielerlei Perspektiven befragt werden und ebenso selbst *aus diesen heraus* antworten müssen. Dabei entstehende eigenständige Themenverzweigungen werden arztseitig angenommen. Das Dialogische wird daher in der gegenseitigen Bearbeitung von arztseitigen Nachfragen und patientenseitigen selbstgewählten Erzählungen bestimmt. Das gemeinsame Erarbeiten der relevanten Informationen (s. Abschnitt 3) auf Basis eines umfassenden theoretischen Leibverständnisses (Abschnitt 2) ist *das* Charakteristikum der homöopathischen Anamnese in Verbindung zur Patientenbeteiligung.

Im Gegensatz zu Lalouschek (2005a: 116) konnte in den vorliegenden Daten keine *typische* initiale **Orientierungsmaßnahme** festgestellt werden, wenngleich Tendenzen (s. T2) wahrnehmbar sind. In T1 wird die Patientin zu Beginn nur mit einer offenen Frage in das Gespräch geführt, während die Patientin in T2 im Zusammenhang mit ihrer familiären Verbindung nach ihren Kenntnissen zum homöopathischen Vorgehen gefragt wird. Die Ungleichheit deutet auf ein grundsätzliches Verständnis der Ärztin für diese Maßnahmen hin, ohne dass dieses aber systematisch im Gespräch eingebaut ist. Die (dennoch) umgesetzten Orientierungsmaßnahmen haben die Angleichung ausgewählter Wissensbestände für einen bestimmten Zweck als Hauptziel. Dies betrifft zeitliche Abläufe (Dauer, Reihenfolge) und Hinweise über die Patientenbeteiligung (partnerschaftliches „Wir“, Dialogizität, Information geben). Themeninhalte, die das Vorwissen der Patientinnen über die Homöopathie bzw. das Vorgehen in der Anamnese betreffen, werden ebenfalls behandelt. Allerdings stellt sich in T1 heraus, dass der Zeitraum dafür zu spät gewählt wurde. Weitere Nachfragemöglichkeiten für die Patientin fehlen dabei auch, sodass schnell zur Beschwerdenschilderung zurückgekehrt wird. Auch vor dem Kopf-Fuß-Schema der indirekten Befragung erfolgt eine explizite, aber wenig detaillierte Orientierung über das kommende Vorgehen. Prinzipiell bleiben aber Orientierungen eher auf kurze und zeitlich überschaubare Gesprächsschritte beschränkt. Die Patientinnen – besonders P1 – wissen über die tatsächlich relevanten Themeninhalte aber wenig oder gar nichts und können sich nur an den Reaktionen der Ärztin orientieren, ob ihre Beiträge passend sind.

Die Ergebnisse der Analyse formen bereits nach den kurzen Gesprächsbeiträgen ein charakteristisches Bild der Homöopathie, das eine Befragung der Patientinnen in der Breite und Tiefe zeigt. Die Komplexität dieses Vorganges wird arztseitig durch das **Anfertigen von Notizen** gestützt, da diese anaphorische Verknüpfungen zulassen, was sich in Rückverweisen und Kombinationen zu Gesagtem zeigt. Das Anfertigen von Notizen durch die Ärztin bzw. den Arzt dient – wie im Abschnitt 2.1.2 festgehalten – dem Dokumentieren von Beschwerdenschilderingen der Patientinnen und Patienten. Die Informationen sollen zudem möglichst im Wortlaut notiert werden. Das Schreiben erfolgt aber nicht verdeckt, sondern für die Patientinnen sichtbar. Eben dieser Umstand und dass längere Phasen des Schreibens mit Schweigephase übereinstimmen können, führt dazu, dass das Schreiben *auch* im Sinne eines Hörersignals zu lesen ist. Ob die Ärztin dies intendiert, ist aus den Daten nicht eindeutig erkenntlich. Die Patientinnen (bes. P1) aber referieren darauf. Auch ist nicht gesichert, ob Anpassungen (z.B. in der Sprechgeschwindigkeit) aufgrund des Schreibens erfolgen. Dennoch gibt es einen wahrnehmbaren Erklärungsbedarf (s. T1), der aufgrund einer Irritation erfolgt und im Sinne einer Orientierung (über eine Handlung) verstanden werden kann. In künftigen Arbeiten bieten sich hier Videoanalysen zur endgültigen Klärung an (vgl. bspw. Stukenbrock 2009).

Das Hörersignal, das als *Continuer* fungiert, besagt, dass das soeben von der Patientin Erzählte relevant für die Ärztin ist. Weitere Handlungen, die dies unterstreichen können, sind voraussichtlich in der Gestik und Mimik der Ärztin zu finden.

Das Schreiben bietet der Ärztin zudem Orientierung in weit verzweigten Themenbereichen und ermöglicht sowohl schnelle rückverweisende Themensprünge (basierend auf Wiederholung bzw. Zusammenfassung) und eine Struktur in der komplexen indirekten Befragung. Des weiteren hat das Schreiben auch autoritativen Charakter, wie in T1 festgehalten. In der Situation eines Arzt-Patienten-Gesprächs sind Notizen eher von Arztseite zu erwarten und sie sind für beide Teilnehmerinnen bestimmender, da sie – rollenbedingt – eine höhere Aussagekraft für das medizinische Vorgehen haben. Zusammenfassend ist das Schreiben eine ausgezeichnete Grundlage für die Ärztin, um Anschlüsse trotz bzw. in Themenwechseln wiederzufinden und zugleich dem Gegenüber zu vermitteln, dass die Informationen über das Gesagte wichtig sind, eine Fortsetzung (im Sinne eines *Continuers*) also erstrebenswert ist.

Patientenseitige Themenwechsel werden nicht von der Ärztin korrigiert, sondern durch Rede-rechtvergabe und Nachfragen zu eigenen Themensträngen ausgeweitet. Der Bezug zum **Krankheits- und Heilungsverständnis** der Homöopathie ist auch in der empirischen Analyse auffindbar. Es konnte festgehalten werden, dass die Ärztin sich nicht nur auf die Selbstbeobachtungen der Patientinnen stützt, sondern auch Vermutungen (vorzeitig) anstellt, die aus ihrer Erfahrung erwachsen sind. In beiden Fällen bietet die Ärztin aber durch häufige Wiederholungen und Zusammenfassungen Korrekturmöglichkeiten für die Patientinnen an. Entweder werden diese ratifiziert oder korrigiert, in beiden Fällen können die Patientinnen aber selbständige Ergänzungen oder gar Themenwechsel einbauen, da sowohl der Wesenskern bzw. „Inbegriff“ einer Krankheit, als auch dessen Umfeld im Krankheitsverständnis der Homöopathie eine Rolle spielen.

### Weitere sprachliche Mittel

Zur Erlangung der Informationen bedient sich die Ärztin sowohl unterschiedlicher Frageformulierungen (WF, V1-F oder DSF) in verschiedenen Situationen (initiale Frage oder Nachfrage), als auch dem Überlassen des Rederechts (Pausen bleiben ungenutzt) und seltenes Unterbrechen. **Fragen** werden hierbei unterschiedlich eingesetzt: besonders zu Gesprächsbeginn sind sie sehr offen gestaltet, mit der Funktion, den Patientinnen einen selbstgewählten Einstieg zu gewähren und (voraussichtlich) das Hauptanliegen zu nennen. Dass dies aber auch scheitern kann, zeigt – wie mehrfach ausgeführt – das Gespräch T1. Deklarativsatzfragen werden primär ratifizierungssuchend eingesetzt und variieren in der Frageintonation und damit in der Schwierigkeit sie überhaupt als Frage zu interpretieren. Sie tragen zudem häufig Vermutungen und regen damit auch zur Selbstreflexion der Patientinnen an. Unabhängig von der syntaktischen Gestaltung werden Vermutungen in Form von Kompletierungsfragen realisiert, die nur knappe Antworten erlauben. Wie sich herausgestellt hat, ist die Hauptfunktion im Erfassen der Definition bzw. bildhaften Beschreibung von Symptomen zu suchen, da eben jene von der Ärztin immer wieder *wortident* wiedergegeben werden. So wird eine Verknüpfung zu den typischen und metaphernbeladenen Beschreibungen von Symptomen im Repertorium (s. Abschnitt 2.1.2) erstellt, die direkt zu *dem* charakteristischen Krankheitsbild der Patientinnen führt.

Strategien, um mehr über die Patientinnen und die Krankheiten herauszufinden, zeigen sich vorrangig im Zusammenhang von **Nachfragen**. Diese gestalten sich erstens durch Gliederung,

Zusammenfassung oder Wiederholung und zweitens angeschlossenen Fragen, die dann primär Deklarativsatzfragen sind. Häufig werden diese durch noch detailliertere (V1-)Fragen ergänzt, sodass die Patientinnen mit mehreren Fragefokussen konfrontiert sind. Die Antworten der Patientinnen orientieren sich hierbei an der zuletzt gestellten Frage.

Mehrmalige wortidentische **Wiederholungen**, die sich auf Schmerzbeschreibungen der Patientinnen beziehen, lassen den Fokus auf den Charakter der Krankheit und – im Weiteren – auf die Personen selbst erkennen.

Im Gesamtbild ist ein spiralförmiges Erfragen der Ärztin erkennbar. Themen werden dabei umkreist und in immer feineren Annäherungen definiert. Verknüpfungen zu anderen Symptomen bzw. Themen und die detaillierte Nachbearbeitung in den späteren Phasen, wie der psychischen Anamnese (s. 2.1.2), bringen dann schließlich ein umfassendes Krankheitsbild in seinem jeweiligen Kontext zutage.

Auch wenn weder Korpusgröße noch analysiertes Material so aussagekräftig sind, dass die Ergebnisse von sich aus auf andere homöopathische Gespräche – auf nationaler oder globaler Ebene – verweisen können, so finden sich doch aussagekräftige Grundlinien, die nachfolgend zusammengefasst werden.

## **7. Konklusion, Ratschläge und Ausblick**

Die Fragestellung in dieser Studie machte eine umfassende Bearbeitung verschiedener Forschungsfelder, wie medizinische Zugänge zur Homöopathie sowie die umfassende Arzt-Patienten-Kommunikations-Literatur, notwendig. Um zur Patientenbeteiligung analytisch vorzudringen und sie speziell für die Homöopathie darzustellen, musste zunächst geklärt werden, nach welchen Prinzipien die Homöopathie funktioniert und agiert (Abschnitt 2.1.1) und nach welchen Kriterien die Struktur der homöopathischen Anamnese gestaltet ist (Abschnitt 2.1.2). Nachdem bereits hier ein strukturiertes Bild der Homöopathie entstand, konnte es mit einem bereits existierenden Modell der Patientenbeteiligung (Abschnitt 3.1.2) in Beziehung gebracht werden. Da sich dieses aber als zu eng, teilweise undifferenziert herausstellte und es sich inhaltlich nicht mit den hier geforderten Ansprüchen deckte, mussten weitere Kategorien, die nun spezifischer an die homöopathische Anamnese angeglichen wurden, erarbeitet werden (Abschnitt 3.1.3). Zudem wurde in dieser Arbeit der medizinische Kontext der Daten berück-

sichtigt und dabei die Rolle der chronischen Krankheiten in das theoretische Fundament inkludiert (Abschnitt 3.2).

Mit den Mitteln der angewandten Sprachwissenschaft, insbesondere der Gesprächsanalyse, konnten dann – Sequenz für Sequenz – die sprachlichen Realisierungen der Ärztin und der Patientinnen und das gemeinsame Gestalten des Gesprächs abgebildet werden (Abschnitt 6). Mit dem theoretischen Vorwissen gelang schließlich eine Interpretation der so analysierten Daten im Sinne der Frage nach der Form und Rolle der Patientenbeteiligung in der homöopathischen Anamnese.

Der *Arzneimittelfindungsprozess* der homöopathischen Anamnese stellt sich in der vorliegenden Studie als ein komplexes Bündel von einem konkreten Leib- und Heilungsverständnis und einem daraus resultierenden vielfältigen sprachlichen Handlungsbedürfnis dar. Dabei ist das Gespräch zugleich strukturiert und dynamisch, was sowohl arzt- und patientenseitige Handlungsgrenzen wie –freiheiten erfordert.

Die Grenzen ergeben sich aus den zu bearbeitenden Aufgaben: Patientinnen und Patienten müssen – besonders bei chronischen Krankheiten – in ihrem körperlichen, psychischen, emotionalen und sozialen Wesen in ihrer jeweiligen *individuellen Situation* (Krankheit, Anliegen) und *Wechselwirkung* (Dynamis wirkt auf Körper) erkannt werden können. So entstehen die Gesprächsgrenzen nicht nur aus rein zeit-ökonomischen Gründen sondern auch in der Phasenstruktur selbst, die diese Aufgaben spiralförmig (d.h. aufeinander aufbauend) bearbeitet.

Die Handlungsfreiheiten, die sich sowohl auf Patienten- wie auf Arztseite wiederfinden, folgen einer Dynamik, die sich aus zwei Quellen ergeben kann: Die Patientinnen und Patienten führen eigenständige Erzählungen, Anmerkungen und Korrekturen an und sind so aktive Glieder des Prinzips der Patientenbeteiligung. Als weitere Quelle können die Ärztinnen und Ärzte gelten, da sie die Aufgabe haben, eben jene aus der – vermeintlich festgeschriebenen – Struktur fallenden patientenseitigen Erweiterungen zu dokumentieren und zu prozessieren. Da der Wechsel aus vorgegebener Struktur und eben nicht sanktionierten Erweiterungen so fließend verläuft, kann das homöopathische Gespräch strukturell als ein von leitenden *Prinzipien* (Leib und Heilung) durchdrungener, von daraus resultierenden *Phasen* (mit je unterschiedlichen sprachlichen Merkmalen) geformter und von einer hervorstechenden systemischen Immanenz des Prinzips der *Patientenbeteiligung* erfüllter Prozess bezeichnet werden. In umgekehrter Weise ist die Patientenbeteiligung in der Homöopathie also aus dem Heilungsverständnis, den

phasenbedingten Beteiligungsformen und durch Wechsel der Beziehungsmuster durch entsprechende Frageformulierungen und –fokuse zu beschreiben.

Speziell in Bezug auf die Patientenbeteiligung sind als ein weiteres Ergebnis dieser Arbeit die vielfältigen Realisierungsformen des Miteinanders hervorzuheben: Nach einem offenen Einstieg in das Gespräch, der den Patientinnen und Patienten einen weiten Erzählfreiraum bietet, verdichten sich – im Wechsel der Phasen *Spontanbericht* zu *Gelenktem Bericht* – die artzseitigen Fragen und werden so weit gesteigert, bis eine Sättigung dessen eingetreten ist, was die Patientinnen und Patienten noch aus eigenem Vermögen in Antworten ergänzen können. Im weiteren Wechseln der Phasen – zur *Indirekten Befragung* – verändern sich die Frageformulierungen hin zu einer sehr dichten Abfrage von Kopf bis Fuß, in der – bemerkenswerterweise – weitere Symptome und Modalitäten in Erscheinung treten, die die Patientinnen und Patienten im bisherigen Gespräch nicht verbalisierten. Die Patientenbeteiligung ist in vorliegenden Gesprächen aus mehreren Elementen zusammengesetzt, von denen die Frageformulierungen in Verbindung zum Beziehungsmodell ein Teil sind: die primär informationsgebenden Gesprächseinheiten werden von einer verstärkten Dialogizität abgelöst und durch das ganze Gespräch hin beibehalten. Die Kopf-Fuß-Befragung fällt in ihrer eindringlichen, knappen Frageformulierung zunächst wieder in das enge Muster des Informationsgebens zurück, bindet aber – zu diesem Zeitpunkt schon wie selbstverständlich – die Dialogizität wieder ein. Letztere ist, obwohl grundsätzlich polar, auf die Patientinnen und Patienten ausgerichtet, d.h. dass *diese* den Gestaltungsfreiraum haben und *ihre* eingebrachten Themen relevant sind.

Als andere Bereiche der Patientenbeteiligung in der Homöopathie können noch die Formen der Anliegenbearbeitung, emotionale Handlungen und Orientierungsmaßnahmen festgehalten werden. Anliegen verweisen auf psychische Befindlichkeiten und den Wunsch, diese zu bearbeiten. In der Homöopathie können die in der Anliegenprozessierung festgestellten Charakterzüge und Einstellungen (zu Krankheiten, Personen, Beruf,...) besonders wichtig sein. Ebenso können emotionale Handlungen Hinweise auf Unterdrücktes oder Belastendes geben. Der Entfall von Orientierungsmaßnahmen bzw. das erst verspätete Einbringen dieser steht dem zuvor dargestellten dialogischen Prinzip im Sinne eines partnerschaftlichen „Wir“ entgegen. Wie an den beiden Beispielen dargestellt werden konnte, herrscht bei den der Homöopathie unkundigen Patientinnen und Patienten erwartungsgemäß ein Wissensdefizit, das aber nur durch erklärende Maßnahmen der Ärztinnen und Ärzte ausgeglichen werden kann (sofern

nicht schon *vor* dem Gespräch Informationsunterlagen bereitgestellt werden). Eine von Beginn an gelungene Patientenbeteiligung in der Homöopathie müsste diese Orientierungsmaßnahmen also beinhalten.

Die Sequenzanalyse dieser Studie endet bereits mit dem Beginn des Kopf-Fuß-Schemas und dennoch zeigen die Daten auch in diesen kurzen Ausschnitten, wie tiefgehend *anders* sich die homöopathische Anamnese im Vergleich zu jener der Allopathie bzw. Allgemeinmedizin gestaltet. Aus sprachwissenschaftlicher Sicht ist es daher besonders ratsam, die Forschungsperspektive auf die Fundamente der Homöopathie zu erweitern und Fragestellungen aus diesem Wissenskontext heraus zu betrachten. Handlungen können dann in einem größeren Verbund erfasst und Probleme in den Gesprächen können anders betrachtet werden. Als ein Beispiel dient das Anfertigen von Notizen, das sich im Vergleich zur Allopathie darin unterscheidet, dass Samuel Hahnemann (und die nachfolgende Fachliteratur) das wortwörtliche Aufzeichnen von patientenseitigen Erzählungen verlangt. Außerdem sollen kleinste Auffälligkeiten, die für das Verständnis des Charakters der Patientin bzw. des Patienten notwendig sind, notiert werden. Ist dieser Hintergrund bekannt, können lange Schweigephasen, die schreibend genutzt werden, und der – in diesen Daten festgehaltene – Erklärungsbedarf im größeren Kontext der *Notwendigkeit* dieser Handlung verstanden werden. Das Schreiben wird dann zu einer grundlegend relevanten Handlung, die selbst eine Art Antwort ist (entfielen das Schreiben, wäre die patientenseitige Erzählung nicht relevant). Die Gesprächsanalyse gibt damit auch nachfolgenden Kommunikationstrainings wichtige Hinweise für die zu lösenden Aufgaben im Arzneimittelfindungsprozess.

Ein weiteres Beispiel, das auf die Wichtigkeit der Berücksichtigung der homöopathischen Grundlagen hinweist, findet sich im Leib- und Heilungsverständnis der Homöopathie. Auch hier erfolgt das in den Daten festgehaltene Erfragen von körperlichen *und* psychischen Befindlichkeiten nicht einer oft zitierten „Ganzheitlichkeit“, die möglicherweise eher oberflächliche Bezüge sucht, sondern in einer logischen Reihe, die die Zentrierung auf die Findung einer Arznei und nicht einer Diagnose einer Krankheit zum Ziel hat. Diese Arznei hat einen spezifischen Charakter, der für die jeweilige Patientin bzw. den jeweiligen Patienten in ihrer bzw. seiner derzeitigen Situation passen muss.

Die sprachliche Analyse der einzelnen Kategorien der Patientenbeteiligung, wie Frage- und Antwortformen, Vertrauens- und Orientierungsmaßnahmen, gibt genaue Ergebnisse der For-

men und Funktionen dieser wieder. Um aber über das gesamte Prinzip der Patientenbeteiligung im Kontext der homöopathischen Anamnese sprechen zu können, muss auch das Hintergrundwissen, im speziellen das Heilungsprinzip, berücksichtigt werden; ansonsten wäre es für Forscherinnen und Forscher, die selbst aus dem allopathischen Wissensbereich ihre Analysen durchführen (s. bspw. Phasenmodelle, die auf die Allopathie abgestimmt sind, Abschnitt 2.1.2), unverständlich, dass eine geglückte Anamnese nicht in der Definition oder Diagnose einer Krankheit, sondern in der Gabe einer Arznei endet.

### **Ratschläge zur Verbesserung der A-P-Kommunikation in der Homöopathie**

Es ist nicht Ziel dieser Arbeit Trainingskonzepte zu erstellen oder dezidiert nach „Fehlern“ in der Kommunikation zu suchen. Eine Stärke der Sprachwissenschaft ist es viel eher, in einer detaillierten Sequenzanalyse zu beschreiben, wie es zu einer bestimmten Reaktion der Teilnehmer kommt. „Fehler“ gibt es in diesem Sinne nicht. Was aber durchaus angemessen erscheint, ist festzuhalten, wo es warum zu Verzögerungen im Gesprächsablauf kam, die für alle Teilnehmer einen Mehraufwand in der Bearbeitung bedeuteten. Deswegen – und als Beitrag zur Praktikabilität dieser Forschung – sei noch kurz eine Auswahl von Aspekten hervorgehoben, die aus Sicht der Sprachwissenschaft eine diesbezügliche Bearbeitung zuließen.

Zunächst fällt auf, dass eine Orientierung zu Beginn der Gespräche fehlt, die Patientinnen also nur auf ihr Vorwissen, das sich vorrangig aus allopathischen Zugängen nährt, zugreifen können. Da sich – wie dargestellt – der homöopathische Zugang zu Krankheit und Heilung direkt in der Anamnese widerspiegelt, sind Vorabinformationen über das Vorgehen eine Bereicherung für das Gespräch. In dem Fall von der Ärztin A1 könnte ein Beginn davon gleich nach der Begrüßung, wo noch Unterlagen sortiert werden, stattfinden, indem Erfahrungswerte parallel erfragt werden. Danach – wenn auch das Sortieren abgeschossen ist – können vor der Eröffnungsfrage Lücken gefüllt werden. Themen der Erklärung könnten Dauer, Ablauf, Fokus der Fragen und das Schreiben sein. Somit kann dann die entscheidende erste Frage des Spontanberichts in einem ganz anderen Kontext von den Patientinnen und Patienten verstanden werden.

Je mehr *relevante* Informationen den Patientinnen und Patienten gegeben werden, desto selbstbestimmter und fokussierter können sie ihre Aufgabe wahrnehmen. Die Erklärung, dass nun vom Spontanbericht in den gelenkten Bericht gewechselt wird, brächte keinen Nutzen für das Gespräch, allein schon, weil der Übergang fließend ist und durch eine Erklärung eine un-

nötige Verzögerung entstünde. Was aber sinnvoll sein kann, ist, die Erklärung der Ärztin in T1 und T2 vom Wechsel in die indirekte Befragung weiter auszubauen oder auf die erste Orientierung (nach Gesprächsbeginn) zu referieren. Eine informierte Patientin bzw. ein informierter Patient kann sich schneller an die Situationsveränderung anpassen, was dem Gesprächsverlauf förderlich ist. Was zunächst als ein Mehraufwand erscheint, bringt tatsächlich konzentriertere Beiträge von Patientenseite, wenn die Patientinnen und Patienten das Angebot wahrnehmen (vgl. a. Lalouschek 2013).

Die Verlagerung des Informationsgebens zur Arztseite hin dient zudem dem Ausgleich der Wissensbestände und der Gestaltung einer Dialogizität, wie sie sich in der Homöopathie als tragendes Element herausgestellt hat. Eine speziell auf die Bedürfnisse der Homöopathie angewandte Konzentration auf die Patientin oder den Patienten brächte in jedem Fall Vorzüge und – bei Nachbesprechungen – wiederkehrende Erfolge.

### **Ausblick**

Mit dieser Arbeit wurde versucht, an die Vorarbeiten der Sprachwissenschaft zum Thema Homöopathie anzuknüpfen und dabei dennoch eine selbständige Linie zu finden. Bereits vor Beginn der Studie war es einsichtig, dass nur ein Teil der Besonderheiten in der homöopathischen Anamnese analysiert und präsentiert werden kann, weswegen sowohl die zu untersuchenden Phänomene wie auch der Umfang der zu analysierenden Gesprächsabschnitte beschränkt werden mussten. Gleichzeitig entstanden in der Studie selbst neue Fragestellungen, die Nacharbeiten sinnvoll erscheinen lassen.

Zunächst wird es lohnenswert sein, Vergleiche zu Aufnahmen bei anderen homöopathischen Ärztinnen und Ärzten zu ziehen, wobei auch Erfahrung und (Zusatz-)Ausbildung berücksichtigt werden müssten. Der Fokus kann auch auf Genderstudien ausgeweitet werden. Ziel wäre es dann, weitere charakteristische Elemente zu beschreiben und die in dieser Arbeit gefundenen vergleichend zu hinterfragen.

Weiters sollte der Aspekt des Notizenanfertigers in der Homöopathie weiter untersucht werden. Dazu wären folgende systematische Aufnahmebedingungen vorstellbar: Videoaufnahmen bei beiden Teilnehmerinnen bzw. Teilnehmern mit Fokus auf Mimik und Gestik der Ärztin, sofern sie das Schreiben unterstützen, und Blickrichtung der Patientinnen bzw. Patienten; gesonderte Audioaufnahmen des Schreibens (wie es sich in T1 zufällig durchgängig ergeben hat), um eine Transkription zu ermöglichen; Einbindung der Notizen (in Kombination mit Befra-

gungen über das Vorgehen beim Schreiben). Ziel dieser Studien könnte sein, die grundlegende Systematik des wortgleichen Notierens festzuhalten (sofern vorhanden) und mit dem Krankheits- und Heilungsverständnis der Homöopathie in Einklang zu bringen. Im Zusammenhang dieser Studien über das Schreiben in der Homöopathie könnten auch arztseitige thematische Sprünge besser erklärt werden. Einige Schritte hierzu wurden in dieser Arbeit bereits getan.

Im weitesten Sinne gehört zu dieser Forschungsfrage auch die Berücksichtigung der Beziehung von Sprache und Homöopathie dazu. Bereits die kurze Untersuchung der Grundtexte von Hahnemann in dieser Studie brachte die häufigen Reflexionen zur Verwendung von Sprache zutage (Frageformulierungen, Schreiben, Gesprächsstruktur). Die Homöopathie bezieht von Beginn an von sich aus Stellung zu sprachlichen Phänomenen. Weitere noch nicht erwähnte sprachwissenschaftliche Anschlusspunkte sind daher zu erwarten.

Schließlich ist die Berücksichtigung des Diskurses „Homöopathie“ im Sinne einer Bestandsaufnahme der kulturell unterschiedlich verankerten Wahrnehmungen dieses medizinischen Weges äußerst sinnvoll. Es zeigen sich kulturelle Unterschiede in der Akzeptanz der Homöopathie in anderen Ländern, was an ökonomische Gründe und die Dominanz bestimmter medizinischer Formen (z.B. Indien: Ayurveda vs. Homöopathie vs. Allopathie) geknüpft ist. Auch eine kulturhistorische Untersuchung des Konfliktes Allopathie vs. Homöopathie (z.B. über Zeitungs- und Zeitschriftenartikel) bzw. Homöopathie vs. Allopathie (z.B. Verteidigungsschriften Hahnemanns) müsste die Wissensbestände der jeweiligen Zeit berücksichtigen, auch, indem sie überhaupt zu definieren versucht werden (Welches Verständnis von Homöopathie herrscht wann vor?). Die Diskurslinguistik bietet sich hierzu – und für weitere Fragestellungen bzgl. der Wissensbestände – als umfassende Methode an.

## 8. Bibliographie

- API-on Forschungsdatenbank. <http://www.univie.ac.at/linguistics/florian/api-on/index.htm>.  
Zuletzt abgerufen: 10.11.2014.
- BECKER-MROTZEK, Michael/BRÜNNER, Gisela, Hrsg. (2004), *Analyse und Vermittlung von Gesprächskompetenz*, Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung.
- BECKER-MROTZEK, Michael/BRÜNNER, Gisela (2007), „Anliegensklärung: Anliegen formulieren und explorieren“, in: Angelika REDDER (Hrsg.), 665-682.
- BIRKNER, Karin/STUKENBROCK, Anja, Hrsg. (2009), *Die Arbeit mit Transkripten in Fortbildung, Lehre und Forschung*. Mannheim: Verlag für Gesprächsforschung.
- BORLAND, Douglas M. (1992), *Homöopathie in der Alltagspraxis. Ein Kursbuch zur ärztlichen Fortbildung*, Stuttgart: Sonntag.
- BOYD, Elizabeth/HERITAGE, John (2007), „Taking the history: questioning during comprehensive history-taking“, in: John HERITAGE/Douglas W. MAYNARD (Hrsg.), 151-184.
- BRINKER, Klaus/ANTOS, Gerd/HEINEMANN, Wolfgang/SAGER, Sven F., Hrsg. (2001), *Text- und Gesprächslinguistik. Linguistics of Text and Conversation*, 2. Halbband, Berlin/New York: de Gruyter.
- BRINKER, Klaus/SAGER, Sven (2010), *Linguistische Gesprächsanalyse*, 5. Auflage, Berlin: Erich Schmidt Verlag.
- BRÜNNER Gisela, FIEHLER Reinhard, KINDT Walther, Hrsg. (2002), *Angewandte Diskursforschung*, Bd.1, Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung.
- BRÜNNER Gisela/GÜLICH Elisabeth, Hrsg. (2002), *Krankheit verstehen. Interdisziplinäre Beiträge zur Sprache in Krankheitsdarstellungen*, Bielefeld: Aisthesis.
- BRÜNNER, Gisela/GÜLICH, Elisabeth (2002a), „Verfahren der Veranschaulichung in der Experten-Laien-Kommunikation“, in: Gisela BRÜNNER/Elisabeth GÜLICH (Hrsg.), 17-93.
- BUGGE, Carol/JONES, Aled (2007), „Methods for studying patient participation“, in: Sarah COLLINS/Nicky BRITTEN/Johanna RUUSUVUORI/Andrew THOMPSON (Hrsg.), 22-40.
- BUSCH, Brigitta (2013), *Mehrsprachigkeit*, Wien: Facultas.
- BUTTON, Graham/LEE, John R. E., Hrsg. (1987), *Talk and Social Organisation*, Clevedon: Multilingual Matters.
- CARLSTON, Michael, Hrsg. (2003), *Classical Homeopathy*, Pennsylvania: Elsevier Science.
- CHATWIN, John (2008), „Pre-empting ‚trouble‘ in the homeopathic consultation“, in: *Journal of Pragmatics*, Vol. 40, 244-256.
- CHATWIN, John (2009), „Activity transitions in the homeopathic therapeutic encounter“, in: *The Sociological Review*, 57 (1), 163-185.
- CHATWIN, John/COLLINS, Sarah/WATT, Ian/FIELD, Rowena (2007), „A feeling of equality. Some interactional features that build rapport and mutuality in a therapeutic en-

- counter“, in: Sarah COLLINS/Nicky BRITTEN/Johanna RUUSUVUORI/Andrew THOMPSON (Hrsg.), 83-103.
- CHOU, Clarence M. (2007), „Helping our patients help themselves“, in: *Wisconsin Medical Journal*, Vol 106, Nr. 8, 442-443.
- COLEMAN, Katie/AUSTIN, Brian T./BRACH, Cindy/WAGNER, Edward H. (2009), „Evidence On The Chronic Care Model In The New Millennium“, in: *Health Affairs*, Vol. 28, Nr. 1, 75-85.
- COLLINS, Sarah/BRITTEN, Nicky/RUUSUVUORI, Johanna/THOMPSON, Andrew, Hrsg. (2007), *Patient Participation in Health Care Consultations. Qualitative Perspectives*. Berkshire: Open University Press.
- CONNERT, Klaus (1993), „Der Prozeß der Anamnese“, in: ÖSTERREICHISCHE GESELLSCHAFT FÜR HOMÖOPATHISCHE MEDIZIN (Hrsg.), 289-291.
- DEPPERMAN, Arnulf (2008), *Gespräche analysieren*, 4. Auflage., Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- DEPPERMAN, Arnulf (2010), „Zur Einführung: ‚Verstehen in professionellen Handlungsfeldern‘ als Gegenstand einer ethnographischen Konversationsanalyse“, in: Arnulf DEPPERMAN/Ulrich REITEMEIER/Reinhold SCHMITT/Thomas SPRANZ-FOGASY (Hrsg.), 7-25.
- DEPPERMAN, Arnulf/REITEMEIER, Ulrich/SCHMITT, Reinhold/SPRANZ-FOGASY, Thomas, Hrsg. (2010), *Verstehen in professionellen Handlungsfeldern*, Tübingen: Narr Francke.
- DEPPERMAN, Arnulf/SPRANZ-FOGASY, Thomas (2011), „Doctors’ questions as displays of understanding“, in: *Communication & Medicine*, Vol 8, Nr. 2, 111-122.
- DORCSI, Mathias (1991), *Handbuch Homöopathie*, 4. Auflage, Wien: Orac.
- DOWRICK, Christopher/DIXON-WOODS, Mary/HOLMAN, Halsted/WEINMAN, John (2005), „What is chronic illness?“, in: *Chronic Illness*, Vol.1, Nr.1, 1-6.
- EHLICH, Konrad, Hrsg. (1990), *Medizinische und therapeutische Kommunikation. Diskursanalytische Untersuchungen*, Opladen: Westdeutscher Verlag.
- EGBERT, Maria (2009), *Der Reparatur-Mechanismus in deutschen Gesprächen*, Mannheim: Verlag für Gesprächsforschung.
- ENDERS, Norbert (1997), *Die homöopathische Begegnung. Kunst der Anamnese*, Heidelberg: Haug.
- FELDER Ekkehard, Hrsg. (2009), *Wissen durch Sprache. Theorie, Praxis und Erkenntnisinteresse des Forschungsnetzwerkes „Sprache und Wissen“*, Berlin: de Gruyter.
- FIEHLER, Reinhard (1990), „Erleben und Emotionalität als Problem der Arzt-Patient-Interaktion“, in: Konrad EHLICH (Hrsg.), 41-65.
- FIEHLER, Reinhard/BARDEN, Birgit/ELSTERMANN, Mechthild/KRAFT, Barbara (2004), *Eigenschaften gesprochener Sprache*, Tübingen: Gunter Narr.
- FOUCAULT, Michel (2011 [1963]), *Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks*, 9. Auflage, Frankfurt am Main: Fischer [frz.: *Naissance de la Clinique*, Paris: Presses Universitaires de France].

- GADD, Ben (2009), „In search of the reliable repertory“, in: *Homeopathy*, Vol. 98, 60-64.
- GASPARINI, Lucia (1993), „Case taking: which is my personal approach to the patient“, in: ÖSTERREICHISCHE GESELLSCHAFT FÜR HOMÖOPATHISCHE MEDIZIN (Hrsg.), 29-32.
- GILL, Virginia Teas/MAYNARD, Douglas W. (2007), „Explaining illness: patients' proposals and physicians' responses“, in: John HERITAGE/Douglas W. MAYNARD (Hrsg.), 115-150.
- GLÜCK, Helmut, Hrsg. (2005), *Metzler Lexikon Sprache*, 3. Auflage, Stuttgart/Weimar: Metzler.
- GLÜCK, Helmut (2005a), „Satz“, in: Helmut GLÜCK (Hrsg.), 557-558.
- GORDON, Deborah (2003), „Homeopathic Principles in Patient Care“, in: Michael CARLSTON (Hrsg.), 103-119.
- GUMPERZ, John J./HYMES, Dell, Hrsg. (1972), *Directions in Sociolinguistics. The Ethnography of Communication*, New York u.a.: Holt, Rinehart and Winston.
- HAHNEMANN, Samuel (1992), *Organon der Heilkunst*, Heidelberg: Karl F. Haug.
- HAHNEMANN, Samuel (2001), *Gesammelte kleine Schriften*, Heidelberg: Karl F. Haug.
- HAHNEMANN, Samuel (2001a [1796]), „Versuch über ein neues Prinzip zur Auffindung der Heilkräfte der Arzneisubstanzen“, in: HAHNEMANN (2001), 212-250.
- HAHNEMANN, Samuel (2001b [1805]), „Heilkunde der Erfahrung“, in: HAHNEMANN (2001), 387-417.
- HAHNEMANN, Samuel (2001c [1807]), „Fingerzeige auf den homöopathischen Gebrauch der Arzneien in der bisherigen Praxis“, in: HAHNEMANN (2001), 460-472.
- HAHNEMANN, Samuel (2001d [1813]), „Geist der neuen Heillehre“, in: HAHNEMANN (2001), 639-647.
- HAHNEMANN, Samuel (2001e [1821]), „Wie können kleine Gaben so sehr verdünnter Arznei noch große Kraft haben?“, in: HAHNEMANN (2001), 722-726.
- HAHNEMANN, Samuel (2001f [1833]), „Geist der homöopathischen Heillehre“, in: HAHNEMANN (2001), 842-852.
- HAHNEMANN, Samuel (2012), *Organon 6 der Heilkunst*, 3. Auflage, Buchendorf bei München: Peter Irl.
- HAK, Tony/DE BOER, FIJGJE (1996), „Formulations in first encounters“, in *Journal of Pragmatics*, Vol. 25, 83-99.
- HALKOWSKI, Timothy (2007), „Realizing the illness: patients' narratives of symptom discovery“, in: John HERITAGE/Douglas W. MAYNARD (Hrsg.), 86-114.
- HAMMERSCHMID-GOLLWITZER, Josef (1999), *Wörterbuch der medizinischen Fachausdrücke*, München: Orbis.
- HARTUNG, Martin (2007), „Gesprächsanalyse in der betrieblichen Praxis“, in: Karlfried KNAPP et al. (Hrsg.), 299-319.
- HASKETT, Tim (2006), „Chronic Illness Management: Changing the System“, in: *Home Health Care Management & Practice*, Vol. 18, 492-494.

- HERITAGE, John/MAYNARD, Douglas W., Hrsg. (2007), *Communication in Medical Care. Interaction between primary care physicians and patients*, Neudruck, Cambridge: Cambridge University Press.
- HERITAGE, John/MAYNARD, Douglas W. (2007a), „Introduction: Analyzing interaction between doctors and patients in primary care encounters“, in: John HERITAGE/Douglas W. MAYNARD (Hrsg.), 1-21.
- HERITAGE, John/ROBINSON, Jeffrey D. (2007), „Accounting for the visit: giving reasons for seeking medical care“, in: John HERITAGE/Douglas W. MAYNARD (Hrsg.), 48-85.
- HERITAGE, John (2012), „The Epistemic Engine: Sequence Organization and Territories of Knowledge“, in: *Research on Language & Social Interaction*, Vol. 45, Nr. 1, 30-52.
- HOLMAN, Halsted R. (2005), „Chronic disease and the healthcare crisis“, in: *Chronic Illness*, Vol. 1, 265-274.
- HOLMSTRÖM, Inger/RÖING, Marta (2010), „The relation between patient-centeredness and patient empowerment: A discussion on concepts“, in: *Patient Education and Counseling*, Vol. 79, 167-172.
- HYDÉN, Lars-Christer/MISHLER, Elliot G. (1999), „Language and Medicine“, in: *Annual Review of Applied Linguistics*, Vol. 19, 174-192.
- IJÄS-KALLIO, Taru (2011), *Patient Participation in Decision Making Process in Primary Care. A conversation analytic study*, Academic Dissertation, University of Tampere.
- JÜTTE, Robert (1998), „Case taking in homoeopathy in the 19th and 20th century“, in: *British Homoeopathic Journal*, January 1998, Vol. 87, 39-47.
- KLUGE, Friedrich (2002), *Etymologisches Wörterbuch der deutschen Sprache*, 24. Auflage, Berlin: de Gruyter.
- KNAPP, Karlfried/ANTOS Gerd/BECKER-MROTZEK, Michael/DEPPERMAN, Arnulf/GÖPFERICH, Susanne/GRABOWSKI, Joachim/KLEMM, Michael/VILLIGER, Claudia (2007), *Angewandte Linguistik. Ein Lehrbuch*, 2. Auflage, Tübingen/Basel: A. Francke.
- KÖHLER, Gerhard (2008), *Lehrbuch der Homöopathie*, 9. Auflage, Stuttgart: Hippokrates-Verlag.
- KOERFER, Armin/KÖHLE, Karl (2007), „Kooperatives Erzählen. Zur Konstruktion von Patientengeschichten in der ärztlichen Sprechstunde“, in: Angelika REDDER (Hrsg.), 629-639.
- KOERFER, Armin/KÖHLE, Karl/OBLIERS, Rainer (1994), „Zur Evaluation von Arzt-Patienten-Kommunikation – Perspektiven einer angewandten Diskursethik in der Medizin“, in: Angelika REDDER/Ingrid WIESE (Hrsg.), 53-94.
- KONITZER, Martin/SCHEMM, Wiebke/FREUDENBERG, Nahid/FISCHER, Gisela C. (2002), „Funktion und Bedeutung der Metapher in der Homöopathie“, in: Gisela BRÜNNER/Elisabeth GÜLICH (Hrsg.), 159- 189.
- LALOUSCHEK, Johanna (2002), „Frage-Antwort-Sequenzen im ärztlichen Gespräch“, in: Gisela BRÜNNER, Reinhard FIEHLER, Walther KINDT (Hrsg.), 155-173.

- LALOUSCHEK, Johanna (2004), „Kommunikatives Selbst-Coaching im beruflichen Alltag. Ein sprachwissenschaftliches Trainingskonzept am Beispiel der klinischen Gesprächsführung“, in: Michael BECKER-MROTZEK/Gisela BRÜNNER (Hrsg.), 137-158.
- LALOUSCHEK, Johanna (2005a), *Inszenierte Medizin*, Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung.
- LALOUSCHEK, Johanna (2005b), „Medizinische Konzepte und ärztliche Gesprächsforschung – am Beispiel der psychosomatischen Anamnese“, in: Mechthild NEISES/Susanne DITZ/Thomas SPRANZ-FOGASY (Hrsg.), 48-72.
- LALOUSCHEK, Johanna (2010), „Medizinische und kulturelle Perspektiven von Schmerz“, in: Florian MENZ/Johanna LALOUSCHEK/Marlene SATOR/Karin WETSCHANOW, 15-69.
- LALOUSCHEK, Johanna (2013), „Anliegensklärung im ärztlichen Gespräch – Patientenbeteiligung und neue Formen medizinischer Kommunikation“, in: Florian MENZ (Hrsg.), 353-444.
- LALOUSCHEK, Johanna/MENZ, Florian/WODAK, Ruth (1990), *Alltag in der Ambulanz. Gespräche zwischen Ärzten, Schwestern und Patienten*, Tübingen: Gunter Narr.
- LEPRICH, Christoph (2013), *Europäische Volksmedizin – Eine Spurensuche*, Radiodoktor-Infomappe zur Radiosendung vom 30. Dezember 2013, 14:05 Uhr, Ö1, Wien: Ö1.
- LINDFORS, Prijo/RAEVAARA, Liisa (2005), „Discussing patients' drinking and eating habits in medical and homeopathic consultations“, in: *Communication & Medicine*, Vol. 2, Issue 2, 137-149.
- LINKE, Angelika/NUSSBAUMER, Markus/PORTMANN, Paul R. (1996), *Studienbuch Linguistik*, 3. Auflage, Tübingen: Niemeyer.
- LÖNING, Petra (1994), „Versprachlichung von Wissensstrukturen bei Patienten“, in: Angelika REDDER/Ingrid WIESE (Hrsg.), 97-114.
- LÖNING, Petra (2001), „Gespräche in der Medizin“, in: Klaus BRINKER/Gerd ANTOS/Wolfgang HEINEMANN,/Sven F. SAGER (Hrsg.): 1576-1588.
- MATTITSCH, Günter (1993), „Gedanken zur homöopathischen Anamnese“, in: ÖSTERREICHISCHE GESELLSCHAFT FÜR HOMÖOPATHISCHE MEDIZIN (Hrsg.), 1-10.
- MENZ, Florian (1991), *Der geheime Dialog. Medizinische Ausbildung und institutionalisierte Verschleierungen in der Arzt-Patient-Kommunikation. Eine diskursanalytische Studie*, Frankfurt am Main: Peter Lang.
- MENZ, Florian, Hrsg. (2013), *Migration und medizinische Kommunikation. Linguistische Verfahren der Patientenbeteiligung und Verständnissicherung in ärztlichen Gesprächen mit MigrantInnen*, Göttingen: V & R unipress.
- MENZ, Florian (2013a), „Einleitung“, in: Florian MENZ (Hrsg.), 7-16.
- MENZ, Florian/LALOUSCHEK, Johanna (2005), „Geschlechtsspezifische Unterschiede bei der Beschreibung von akutem Thoraxschmerz“, in: Mechthild NEISES/Susanne DITZ/Thomas SPRANZ-FOGASY (Hrsg.), 174-185.

- MENZ, Florian/LALOUSCHEK, Johanna/GSTETTNER, Andreas (2008), *Effiziente ärztliche Gesprächsführung. Optimierung kommunikativer Kompetenz in der ambulanten medizinischen Versorgung. Ein gesprächsanalytisches Trainingskonzept*, Wien/Berlin: LIT.
- MENZ, Florian/NOWAK, Peter/RAPPL, Anita/NEZHIBA, Sabine (2008), „Arzt-Patient-Interaktion im deutschsprachigen Raum: Eine Online-Forschungsdatenbank (API-on©) als Basis für Metaanalysen“, in: *Gesprächsforschung – Online Zeitschrift für verbale Interaktion*, Ausg. 9, 129-163.
- MENZ, Florian/LALOUSCHEK, Johanna/SATOR, Marlene/WETSCHANOW, Karin (2010), *Sprechen über Schmerzen. Linguistische, kulturelle und semiotische Analysen*, Duisburg: Universitätsverlag Rhein-Ruhr.
- MENZ, Florian/REISIGL, Martin/SATOR, Marlene (2013), „Migration, Interkulturalität und gemittelte Kommunikation im medizinischen Gespräch – einige Überlegungen“, in: Florian MENZ (Hrsg.), 17-32.
- MERLEAU-PONTY, Maurice (1974 [1966]), *Phänomenologie der Wahrnehmung*, Berlin: de Gruyter.
- MICHAUD, Mary Davis/DAVIS, Sarah/GAINES, Martha E. (2007), „Ten strategies to build partnerships with patients“, in: *Wisconsin Medical Journal*, Vol. 106, Nr. 8, 444-446.
- MISHLER, Elliot G. (1984), *The Discourse of Medicine. Dialectics of Medical Interviews*, Norwood: Ablex.
- MÜLLER-MUNDT, Gabriele (2005), *Chronischer Schmerz: Herausforderungen für die Versorgungsgestaltung und Patientenedukation*, Bern: Huber.
- MUNTIGL, Peter/HADIC ZABALA, Loreley (2008), „Expandable Responses: How Clients Get Prompted to Say More During Psychotherapy“, in: *Research on Language & Social Interaction*, Vol. 41, Nr. 2, 187-226.
- NEISES, Mechthild/DITZ, Susanne/SPRANZ-FOGASY, Thomas, Hrsg. (2005), *Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde. Ein interdisziplinärer Ansatz zur verbalen Intervention*, Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- NOWAK, Peter (2010), *Eine Systematik der Arzt-Patient-Interaktion. Systemtheoretische Grundlagen, qualitative Synthesemethodik und diskursanalytische Ergebnisse zum sprachlichen Handeln von Ärztinnen und Ärzten*, Frankfurt am Main: Peter Lang.
- PERÄKYLÄ, Anssi/RUUSUVUORI, Johanna (2007), „Components of participation in health care consultations: A conceptual model for research“, in: Sarah COLLINS/Nicky BRITTEN/Johanna RUUSUVUORI/Andrew THOMPSON (Hrsg.), 167-175.
- PERÄKYLÄ, Anssi/RUUSUVUORI, Johanna/LINDFORS, Pirjo (2007), „What is patient participation? Reflections arising from the study of general practice, homeopathy and psychoanalysis“, in: Sarah COLLINS/Nicky BRITTEN/Johanna RUUSUVUORI/Andrew THOMPSON (Hrsg.), 121-142.
- REDDER, Angelika, Hrsg. (2007), *Diskurse und Texte. Festschrift für Konrad Eblich zum 65. Geburtstag*, Tübingen: Stauffenburg.
- REDDER Angelika/WIESE, Ingrid, Hrsg. (1994), *Medizinische Kommunikation. Diskurspraxis, Diskursethik, Diskursanalyse*, Opladen: Westdeutscher Verlag.

- REDMAN, Barbara Klug (2008), *Selbstmanagement chronisch Kranker: chronisch Kranke gekonnt einschätzen, informieren, beraten und befähigen*, Bern: Huber.
- REHBEIN, Jochen (1994), „Zum Klassifizieren ärztlichen Fragens“, in: Angelika REDDER/Ingrid WIESE (Hrsg.), 147-168.
- ROBINSON, Jeffrey (2007), „Soliciting patients' presenting concerns“, in: John HERITAGE/Douglas W. MAYNARD (Hrsg.), 22-47.
- RUUSUVUORI, Johanna (2005a), „Comparing homeopathic and general practice consultations: The case of problem presentation“, in: *Communication & Medicine*, Vol. 2, Issue 2, 123-135.
- RUUSUVUORI, Johanna (2005b), „'Empathy' and 'Sympathy' in Action: Attending to Patients' Troubles in Finnish Homeopathic and General Practice Consultations“, in: *Social Psychology Quarterly*, Vol. 68, 204-222.
- RUUSUVUORI, Johanna/LINDFORS, Pirjo (2008), „Complaining about previous treatment in health care settings“, in: *Journal of Pragmatics*, Vol. 41, 2415-2434.
- SACKS, Harvey (1972), „On the Analyzability of Stories by Children“, in: John J. GUMPERZ/Dell HYMES (Hrsg.), 325-345.
- SACKS, Harvey (1987), „On the Preferences for Agreement and Contiguity in Sequences in Conversation“, in: Graham BUTTON, John R. E. LEE (Hrsg.), 54-69.
- SATOR, Marlene (2011), *Schmerzdiffenzierung. Eine gesprächsanalytische Untersuchung ärztlicher Erstgespräche an der Kopfschmerzambulanz*. Göttingen: V&R unipress.
- SATOR, Marlene/GÜLICH, Elisabeth (2013), „Familiendolmetschung vs. professionelle Dolmetschung II: Eine Systematisierung von Formen der Patientenbeteiligung“, in: Florian MENZ (Hrsg.), 147-310.
- SCHMIDT, Josef M. (1992), „Vorwort zur Edition“, in: Samuel HAHNEMANN (1992), IX-XL.
- SCHÜTTE, Wilfried (2014), *Transkriptionssysteme*, [http://prowiki.ids-mannheim.de/bin/view/GAIS/TranskriptionKonventionen#GAT\\_GAT\\_2\\_Gesprächsanalytisches](http://prowiki.ids-mannheim.de/bin/view/GAIS/TranskriptionKonventionen#GAT_GAT_2_Gesprächsanalytisches). Zuletzt bearbeitet: 19.12.2014, zuletzt abgerufen: 23.12.2014.
- SCHROYENS, Frederik, Hrsg. (1993), *Synthesis. Repertorium Homeopathicum Syntheticum*, London: Homeopathic Book Publishers.
- SCHWARZENBERG, Therese/KLIMA, Herbert (1993), „Fraktale in der Homöopathie“, in: ÖSTERREICHISCHE GESELLSCHAFT FÜR HOMÖOPATHISCHE MEDIZIN (Hrsg.), 103-109.
- SELTING, Margret et al. (2009), „Gesprächsanalytisches Transkriptionssystem 2 (GAT 2)“, in: *Gesprächsforschung – Online Zeitschrift für verbale Interaktion*, Ausgabe 10, 353-402.
- SINGER, S. R./OBERBAUM M. (2004), „The structure of the Organon“, in: *Homeopathy*, Vol. 93, 151-153.
- SORJONEN, Marja-Leena/RAEVAARA, Liisa/HAAKANA, Markku/TAMMI, Tuuku/PERÄKYLÄ Anssi (2007), „Lifestyle discussions in medical interviews“, in: John HERITAGE/Douglas W. MAYNARD (Hrsg.), 379-415.

- SOUTER, K. (2006), „Heuristics and bias in homeopathy“, in: *Homeopathy*, Vol. 95, 237-244.
- SPITZMÜLLER, Jürgen/WARNKE, Ingo H. (2011), *Diskurslinguistik. Eine Einführung in Theorien und Methoden der transtextuellen Sprachanalyse*, Berlin/New York: de Gruyter.
- SPRANZ-FOGASY, Thomas (1990), „Ärztliche Kommunikation. Transfer diskursanalytischen Wissens in die Praxis“, in: Konrad EHLICH (Hrsg.), 143-155.
- SPRANZ-FOGASY, Thomas (2005), „Kommunikatives Handeln in ärztlichen Gesprächen – Gesprächseröffnung und Beschwerdenexploration“, in: Mechthild NEISES/Susanne DITZ/Thomas SPRANZ-FOGASY (Hrsg.), 17-47.
- SPRANZ-FOGASY, Thomas (2010), „Verstehensdokumentation in der medizinischen Kommunikation: Fragen und Antworten im Arzt-Patient-Gespräch“, in: Arnulf DEPPERMAN/Ulrich REITEMEIER/Reinhold SCHMITT/Thomas SPRANZ-FOGASY (Hrsg.), 27-116.
- SPRANZ-FOGASY, Thomas/LINDTNER, Heide (2009), „Fragen und Verstehen. Wissenskonstitution im Gespräch zwischen Arzt und Patient“, in: Ekkehard FELDER (Hrsg.), 141-170.
- STEVENSON, Fiona (2007), „What is a good consultation and what is a bad one? The patient perspective“, in: Sarah COLLINS/Nicky BRITTEN/Johanna RUUSUVUORI/Andrew THOMPSON (Hrsg.), 65-82.
- STUKENBROCK, Anja (2009), „Herausforderungen der multimodalen Transkription: Methodische und theoretische Überlegungen aus der wissenschaftlichen Praxis“, in: Karin BIRKNER/Anja STUKENBROCK (Hrsg.), 144-169.
- THOMPSON, Andrew (2007), „The Meaning of patient involvement and participation in health care consultations: A taxonomy“, in: Sarah COLLINS/Nicky BRITTEN/Johanna RUUSUVUORI/Andrew THOMPSON (Hrsg.), 43-64.
- THOMPSON, Andrew/RUUSUVUORI, Johanna/BRITTEN, Nicky/COLLINS, Sarah (2007), „An integrative approach to patient participation in consultations“, in: Sarah COLLINS/Nicky BRITTEN/Johanna RUUSUVUORI/Andrew THOMPSON (Hrsg.), 176-193.
- TOERIEN, Merran/SHAW, Rebecca/REUBER, Markus (2013), „Initiating decision-making in neurology consultations: ‚recommending‘ versus ‚option-listing‘ and the implications for medical authority“, in: *Sociology of Health & Illness*, Vol. 35, Nr. 6, 873-890.
- WEST, Candace (2007), „Coordinating closings in primary care visits: producing continuity of care“, in: John HERITAGE/Douglas W. MAYNARD (Hrsg.), 379-415.
- WODAK, Ruth/MENZ, Florian/LUTZ, Benedikt/GRUBER, Helmut (1985), *Die Sprache der „Mächtigen“ und „Ohnmächtigen“: Der Fall Hainburg. Eine sozio- und textlinguistische Analyse*, Wien: Arbeitsgemeinschaft für staatsbürgerliche Erziehung und politische Bildung.

Die Zitate am Beginn der Arbeit sind entnommen:

„Sprechen bedeutet...“ aus: Nikolaus von Kues (2001 [1459]), *Tu quis es <De principio>/Über den Ursprung*, Hamburg: Meiner, S. 15.

„Man muss schon...“ aus: Michel Foucault (2009 [1971], „Nietzsche, die Genealogie, die Historie“, S. 186, in: Michel Foucault, *Geometrie des Verfahrens*, Frankfurt: Suhrkamp, S. 181-205.

„Und plötzlich sah ich...“ aus: Walter Moers (2006), *Die Stadt der Träumenden Bücher*, München/Zürich: Piper, S. 394.

## Anhang

### A. Transkriptionskonvention

(vgl. Selting et al. 2009)

#### Sequenzstruktur

#00:00:03-4#

Zeitangabe zur Strukturierung und dem leichteren Wiederfinden

[ ]

Überlappung (mehrere Überlappungen übereinander werden durch verringerte Zeilenabstände verbunden schneller Anschluss neuer Beiträge)

=

#### Ein- und Ausatmen

°h/h°, °hh/hh°, °hhh/hhh° Ein-/Ausatmen 0.2-0.5, 0.5-0.8, 0.8-1.0 Sek. Dauer

#### Pausen

(.), (-), (--), (---), (2.0) ca. 0.2, 0.2-0.5, 0.5-0.8, 0.8-1.0 Sek., (Zeitangabe)

#### Lachen, para- und außersprachliche Handlungen, Nonverbales

((lacht 1.0))

Beschreibung des Lachens mit optionaler Zeitangabe

<<:-)> >

„smile voice“

((schnalzt))

para- und außersprachliche Handlungen

<<hustend> >

sprachbegleitende para- und außersprachliche Handlung

( )

unverständliche Passage (Dauer angepasst)

(xxx), (xxx xxx)

ein- bzw. zwei unverständliche Silben

(glauben)

vermuteter Wortlaut

#### Akzentuierung

akZENT

Fokusakzent

˘HM\_↑HM

stärkerer Akzent (bei zwei ähnlichen Tonhöhenprüngen)

#### Tonhöhenbewegungen

˘hm\_hm, ^ja\_ja

fallend-steigend, steigend-fallend

˘so, `so

steigend, fallend

#### Tonhöhenbewegungen am Ende der Intonationsphrase

?

hoch steigend

,

mittel steigend

—

gleichbleibend

;

mittel fallend

.

tief fallend

#### Lautstärke- und Sprachgeschwindigkeitsveränderungen

<<f> >

forte, laut

<<ff> >

fortissimo, sehr laut

<<p> >

piano, leise

<<pp> >

pianissimo, sehr leise

## II

<<all>>	>	allegro, schnell
<<len>	>	lento, langsam
<<cresc>	>	crescendo, lauter werdend
<<dim>	>	diminuendo, leiser werdend
<<acc>	>	accelerando, schneller werdend
<<rall>	>	rallentando, langsamer werdend

### Sonstiges

und_äh		Verschleifung
was- WIE		Reparatur
((...))		Anonymisierung
:, ::, :::		Dehnung 0.2-0.5, 0.5-0.8, 0.8-1.0 Sek Dauer
<<flüsternd>	>	Veränderung der Stimmqualität

## B. Lebenslauf

### *1 Persönliche Daten*

**Name:** Christian Bendl

**Geboren** 1983 in Wiener Neustadt, Niederösterreich

**Familienstand:** Lebensgemeinschaft, ein Kind (geboren 2013)

**Kontakt:** [christian.bendl@univie.ac.at](mailto:christian.bendl@univie.ac.at)

### *2 Ausbildung*

- 10.2010-11.2012     **Bachelorstudium** Sprachwissenschaft, Universität Wien, 1010 Wien  
EC-Erweiterungen: DaF/DaZ und Germanistische Sprachwissenschaft, Skandinavistik und Philosophie.
- 05.2012             BA-Arbeit 1: *Kognitive Prozesse im Writing Across the Curriculum (WAC)*.  
Note: 1, Betreuer: Ao. Univ.-Prof. Dr. Helmut Gruber.
- 10.2012             BA-Arbeit 2: *Hintergründe, Struktur und Charakteristika der homöopathischen Anamnese in gesprächsanalytischer Darstellung*.  
Note: 1, Betreuer: Ao. Univ.-Prof. Mag. Dr. Florian Menz.
- 07.2006             **Lehrabschlussprüfung** im Lehrberuf Buch- und Medienwirtschaft  
Ausbildung: Einzelhandelskaufmann, Buch- und Musikalienhandel  
Note: Mit Auszeichnung bestanden.
- 05.2004-07.2004     **Ausbildung zum Eventmanager**, ppc training, 2700 Wiener Neustadt
- 06.2003             **Matura** im Wirtschaftskundlichen Realgymnasium Zehnergasse,  
2700 Wiener Neustadt

### *3 Berufserfahrung*

- 11.2014-heute       **Universitätsangestellter im Projekt *My Literacies***, Universität Wien  
Leitung: Mag. Nadja Kerschhofer-Puhalo  
Tätigkeiten: Erhebung und Auswertung von Daten, Mitarbeit in der  
Forschungskonzeption, Administratives.
- 03.2013-heute       **Mitarbeiter im INPUT-Projekt**, Universität Wien  
Leitung: Prof. Dr. Wolfgang Dressler  
Tätigkeiten: Anfertigen und Kontrollhören von Transkripten aus Video-  
und Audiomaterial mehrsprachiger Kindergartenkinder.
- 06.2011-heute       **Freiberufliche buchgestalterische Arbeiten** (projektbezogen) und  
Firmenbeirat für omninum – Fach- und Wissenschaftsverlag, 2540 Bad  
Vöslau
- 08.2008-10.2009     **Bibliotheksangestellter** der Hauptabteilung Benützung und Information  
der Österreichischen Nationalbibliothek (ÖNB), 1015 Wien
- 10.2004-07.2008     **Buchhändler** (abgeschlossene Lehre) bei Bücher-Schütze, 2500 Baden

## IV

### *4 Kenntnisse und Mitgliedschaften*

**Transkriptionskonventionen:** HIAT, GAT 2, CA-Konvention, CHAT.

**Sprachen:** Deutsch (L1), Englisch (fließend), Französisch (gute Grundlagen), Isländisch (einfaches Basiswissen), Italienisch (einfaches Basiswissen).

**EDV:** gute Kenntnisse in Mac und Windows, Office Suiten (iWork, MS Office, LibreOffice), Grafikprogrammen (Adobe Creative Suite, bes. InDesign), f5 (Mac), EXMARaLDA und CLAN.

**Mitgliedschaft:** u.a. bei verbal – Verband für Angewandte Linguistik (Wien).

### **C. Abstract (Deutsch)**

Diese Masterarbeit stellt eine Synthese aus homöopathischem Grundwissen und sprachwissenschaftlichen Analyseformen dar. Das Ziel dieser Arbeit ist zum einen, eine thematische Grundlegung für die Sprachwissenschaft zu legen, die das ärztliche Vorgehen in der homöopathischen Anamnese verständlich macht, und zum anderen diese Grundlegung empirisch in Form einer Gesprächsanalyse anzuwenden. Der Forschungsfokus fällt dabei auf die Patientenbeteiligung bei chronisch Kranken, da die Komponenten der Beteiligungsformen sowohl in der homöopathischen Primär- und Sekundärliteratur als auch anhand authentischer sprachlicher Handlungen in der Anamnese erfasst werden können.

Die kritische Auseinandersetzung mit der homöopathischen Primär- und Sekundärliteratur ermöglicht einen detaillierten Zugang zu den die Anamnese bestimmenden Grundlagen, wie es das Körper- und Heilverständnis und die besondere Phasenstruktur der Anamnese beispielsweise sind. Entsprechend der so erarbeiteten Grundprinzipien der Homöopathie folgt eine differenzierte Betrachtung des Konzepts der Patientenbeteiligung in der sprachwissenschaftlichen Fachliteratur. Hier fällt die Konzentration auf Komponenten, die Patientenbeteiligung auf sprachlicher Ebene anzeigen können, wie Frage-Antwort-Sequenzen, Orientierungsmaßnahmen und emotionale Handlungen.

Die empirische Analyse zweier Erstgespräche zeigt auf, dass das Hintergrundwissen zur Homöopathie für eine Reihe von Handlungen notwendig ist, um den Kontext des Gesprächs und einige spezielle Handlungen (Anfertigen von Notizen, Fragefokusse) und Charakteristika (Phasenstruktur, Ziel der Anamnese) adäquat analysieren zu können. Zugleich ergibt die Sequenzanalyse, dass die Homöopathie eine grundlegende Partnerschaftlichkeit benötigt, um ihr Heilungskonzept verwirklichen zu können. Wechselnde Beziehungsmuster und Frageformulierungen, Anliegenbearbeitungen und Orientierungsmaßnahmen sowie eine Reihe weiterer charakteristischer Handlungen ergeben ein sowohl dynamisches wie strukturiertes Gespräch, das eine wechselseitig konstruierte Patientenbeteiligung inkludieren muss, um den eigenen Grundsätzen folgen zu können.

### **D. Abstract (English)**

This master's thesis is a synthesis of basic knowledge of homeopathic and conversation-analytic methods with the goal to describe patient participation in homeopathic consultations on a

theoretical and an empirical basis. Although there is broad linguistic research on patient participation and there is also some on the history taking in homeopathy, there is, however, none so far that includes the primary sources of Samuel Hahnemann's writings and medical literature. Thus the empirical part of this study is a sequence analysis of two first-encounters of female patients with chronic diseases.

In combining linguistic *and* homeopathic knowledge with an empirical analysis, several features of case taking in homeopathy can be detected: First, considering that the homeopathic anamnesis consists of some very specific features (e. g. systematic holistic understanding of illness and healing, taking notes, structural organization, question formats), the historic background needs to be considered to understand the context of the case taking. Second, homeopaths need to encourage a partnership within the talk in order to achieve a maximum output of the basic principles of homeopathy that have a strong focus themselves on a fully developed dialogicity. Furthermore, the homeopathic case taking and patient participation are both built upon varying levels of involvement, question formats and the manner of dealing with the patient's concerns. Finally, Sharing knowledge and trying to find a common ground about the structure and the topics of the conversation are other important features of this conversation format.

All these characteristic features within homeopathic case taking lead to a highly dynamic but still structured conversation that requires to co-construct efficient forms of patient participation and which thus is based on its very own theoretical groundwork.

## E. Transkript 1 (T1)

(Datum, Zeit, Ort, Alter anonym)

Teilnehmer:

A1: Ärztin

P1: Patientin

U1: Unbekannt

#00:00:03-4#

1 A1: <<tief, p> GRÜSS gott,>  
 2 P1: (-) <<f> guten MORGEN,>  
 3 (--)  
 4 A1: guten MORGEN,  
 5 =guten MORGEN;  
 6 (4.0)  
 7 A1: ((schubladengeräusche 3.5)) <<p> so (.) mein schriftSTÜCK,>  
 8 <<p> wo ist mein sch- schrEIBerling>,  
 9 (5.0)

#00:00:18-9#

10 A1: GUT frau ((name)), (-)  
 11 <<stakkato> wer- WIE- so-> kommen sie zu mir? ((lacht 0.5))  
 12 P1: [((lacht glottal 2.0)) <<f> ja> (-) der herr <<NAME> ↑XXX] xxx xxx>  
 13 A1: [((schreibt)) ]  
 14 P1: (0.6) hat gsogt sie san GUAt,  
 15 P1: [((lacht laut 1.5)) ]  
 16 A1: [<<:-> AH okay>, (0.5)]  
 17 na GUT;  
 18 P1: °h (-)  
 19 A1: STEWARDESS: seh ich, (-- ) oder?  
 20 P1: <<entspannt> flugbegleiter> [JA? ~hm\_hm, ]  
 21 A1: [flugbegleiterin ja,]  
 22 (--)  
 23 P1: geNAU,  
 24 (-)

#00:00:36-5#

25 A1: ja SCHILDERN sie mal, (-) ((lacht 0.5))  
 26 <<:-> um [was es GEht,> ]  
 27 P1: [<<p> was möchten sie>] <<acc, cresc> denn gerne WISSen?>  
 28 A1: [°h ]  
 29 P1: [=ja] GRUNdsätzlich i bin immer wieder <<glottal> GEPLAGT> von  
 furchtbare KOPFSchmerzen,  
 30 P1: =olso HEIT a ↑HEIT is a wieder a tog;

## VIII

31 =heit [bin i in der frua ] AUFgwocht,  
32 A1: [<<schreibend, p> KOPFweh>,  
33 P1: [KOPFweh;  
34 A1: [((schreibt))] <<schreibt, pp> ~hm\_hm>,  
35 P1: [((schmalzen)) °hh]  
36 A1: [((schreibt)) ] ((schreibt 3.5))  
37 P1: <<f> u::nd> hh° (.)  
38 im moment hob i wieder a PHASE,  
39 =ich könnte eigentlich NUR schlafen;  
40 A1: <<pp> ~hm\_hm,> (-)  
#00:00:57-1#  
41 P1: [i woch in der frua AUF (.) und bin: (.) ois hätt mi:] (-)  
42 A1: [((schreibt)) ]  
43 P1: a el ka we überfoarn;  
44 =oiso ich bin müDER (-) al[s- ]  
45 A1: [GLIEDER]schmerzen?  
46 P1: <<f, acc> NA ned gliederschmerzen,>  
47 einfach [nur müde;]  
48 A1: [nur müde,  
49 (-)  
50 P1: NUR müde;  
51 (1.5)  
#00:01:10-1#  
52 A1: hat er ihnen GSAGT wie so eine anamnese abläuft?  
53 P1: [na (.) na;]  
54 A1: [=und so? ]  
55 also im prinzip ham ma jetzt eine stunde ZEIT,[=ja?]  
56 P1: [ja, ]  
57 (-)  
58 A1: °h sie erzÄHLEN mir zuerst mal alles,  
59 P1: [<<p> ~hm\_hm (-) ~hm\_hm>]  
60 A1: [dann FRAG ich noch ] ↑NACH?  
61 P1: ja,  
62 A1: und am ENDE der stunde weiß ich hoffentlich <<dim> welches mittel  
ich ihnen->  
63 [(-) <<p> welches] mittel> IHRES is,  
64 P1: [okay, ]  
65 A1: und [welches <<:-> sie] [nehmen sollen;]> <<pp>=ja?>  
66 P1: [~hm\_hm ] [~hm\_hm, ]  
67 (-)  
68 P1: ~hm\_↑HM,  
69 (2.0)  
#00:01:27-5#  
70 A1: ja; (.)

71 A1: also KOPFschmerzen, (--)

72 A1: müde;[=als ] hätte ein EL ka we sie überfahren, (.)

73 P1: [müde;]

74 A1: <<pp>[xxx] XXX,>

75 P1: <<f> [JO,]>

76 A1: ((schreibt)) ~hm\_HM, ((schreibt 6.0))

77 A1: ((schreibt)) ich schreib nur alles <<lachend> auf  
[was- WIE sies sagen?>] ((lacht 1.0))

78 P1: [JO\_jo (immer) zua ],

79 [bin JO- i bin einfach wie gsogt <<knarrend> ↑TOTAL TOTAL>  
erschöpft, ]

80 A1: [((schreibt)) ]

81 P1: [((<<pp> xxx xxx xxx>))]

82 A1: [JEDEN morgen, ] (-)

#00:01:45-8#

83 P1: eigentlich JEDEN morgen;=[JO, ]

84 A1: [((schreibt))]

85 P1: =[und es is donn WIRKlich auch, (-) wenn i ned im DIENST] bin, (-)

86 A1: [((schreibt)) ]

87 P1: so nochm MITtagessen, (.)

88 <<rall> SPÄTestens,> (-)

89 <<len> EINE stunde nachher,> (-)

90 <<len> BRECH ich weg;=ja,>

91 A1: =AUCH wenn sie frei haben,

92 P1: (-) <<sehr tief> jo:;>

93 (-)

94 A1: ~hm\_[HM, ]

95 P1: [<<f, all> na] wenn i im DIENST bin kann i jo ned> <<lachend>  
umfoin (am flieger und [schlupf,]>)

96 A1: [~hm\_HM, ]

97 =<<f, all> ABER> <<knarrend> äh-> <<f, all> auch am WOCHENend->,  
98 =<<all, dim> also ich mein wochenend>, (-)

99 P1: [ja?]

100 A1: <<dim> [ham] sie ja nicht aber> wenn sie FREI haben ist das, (--)

101 A1: [GENAU so?]

102 P1: [TÄGlich, ] (-) jo- (-- ) jo-

103 (-)

104 A1: ^HM\_hm;

105 (-)

106 A1: und wie LANGE schon?

107 P1: (-) <<stark behaucht> poah,>

#00:02:14-0#

108 <<p> des geht jetzt schon IX monate,>

109 =<<p> i bin jetzt unlängst- hob i mi wieder> total CHECKen lassen,  
110 =<<p, knarrend> olso blutbefunde internist> <<p> AL[LES; ]>

## X

111 A1: [ALLES] okay,  
112 (-)  
113 P1: °hh <<f> ned a mal an> EISENmangel <<dim> hob i;>  
114 A1: hm;  
115 P1: ((lacht 0.5))  
116 (2.5)  
#00:02:25-4#  
117 A1: <<len> da: KÖNNT ich> noch was ergänzen die-  
118 °h die freien radIKALE kamma messen,  
119 <<p> die sind ja bei EUCH-> (--)  
120 P1: <<p> ~hm\_HM,>  
121 A1: FLIEGenden (.) [MENSchen- ]  
122 P1: [ <<p>~hm\_hm,>  
123 ~hm\_HM,  
124 (-)  
125 A1: sehr (-) HOCH oft,  
126 (-)  
127 P1: ~hm\_hm,  
128 (--)  
129 A1: da KÖNNte <<acc> man noch schauen,>  
130 =RAUCHen sie auch?  
#00:02:40-4#  
131 P1: <<tief> ja::,>  
132 A1: okay;  
133 °h na das steigert AUCH die <<acc> freien radikale,>  
134 P1: hm::,  
135 A1: =<<all> da muss ma [halt DANN schauen weil] ↑DAS könnt> (-)  
136 P1: [ <<p> ich weiß; ja;> ]  
137 A1: °h <<p> eine ROLLE spielen->  
138 =vitamin de <<p, len> wurde AUCH kontrolliert?>  
139 P1: (-) ((schnalzt)) °h nicht dass ich ↑WÜSSte; (-)  
140 [sog i jetzt GONZ ehrlich; ]  
141 A1: [°h <<acc> also es sind ZWEI dinge die man>  
<<dim> noch anschaun [sollte;]>  
142 P1: [ja, ]  
143 A1: <<p> ja?> (-)  
144 P1: okay,  
145 (-)  
146 A1: <<schreibend, p> i schreib mas nur AUF>  
<<dim> [dass mas ] nicht vergessen,>  
147 P1: [ <<p>~hm\_hm,>  
148 (--)

#00:02:55-0#

149 A1: <<p> gut;>  
 150 (-)  
 151 A1: °h seit (.) EINIGEN monaten <<p> sagen sie;>  
 152 <<schreibend> seit [SECHS ] monaten?>  
 153 P1: [ <<p, knarrend> ja;> ]  
 154 P1: =<<p> des is jetzt->  
 155 <<f> jo es is [jetzt> ] exTREM,  
 156 A1: [an JOAHR?]

#00:03:01-0#

157 P1: =i muss oba [DOZUA sogn; ]  
 158 A1: [((schreibt))] ]  
 159 P1: [°h (-) dass des: (-)]  
 160 A1: [((schreibt)) ]  
 161 P1: [ <<f> ↑DIESES JAHR jetzt> <<dim> wirklich eins:,> ] (--)  
 162 A1: [((schreibt)) ]  
 163 P1: <<p> i glaub eines der HEFTIGSTEN> (-) <<dim> meines lebens>  
 woar (-) also jetzt- (-- ) h° °h ((tiefes schluchzen))  
 164 A1: und was WAR?  
 165 P1: °hh (--)  
 166 ich HAB zwei söhne, ((tiefes h°)) (--)  
 167 [ <<p> und hob (-) wirklich WAHNSINNIG fü: (-) ]  
 168 A1: [((schreibt)) ]  
 169 P1: [probleme mit dem (-) ÖLTEREN ghobt,> ]  
 170 A1: [((schreibt)) ]  
 171 P1: [= <<p> der wird im mai OCHZEHN,> ]  
 172 A1: [((schreibt)) ]  
 173 P1: [ <<p> der woar (--)] VIER monate: (-- ) in der> psychiatrie,  
 174 A1: [((schreibt)) ]  
 175 P1: [ <<p> in der JUNGpsychiatrie> (--)]  
 176 A1: [((schreibt)) ]

#00:03:33-2#

177 P1: ((schnalzt)) °hh [ <<p> u:nd,> hh° (-) ]  
 178 A1: [((schreibt)) ]  
 179 P1: [JO mit ollem was dazuaghärt, (2.5)]  
 180 A1: [((schreibt)) ]  
 181 P1: [ <<p> olso was mi ols mutter scho SEHR,> (--)]  
 182 A1: [((schreibt)) ]  
 183 P1: [natÜrlich auch berührt hat, ]  
 184 A1: [((schreibt)) ]  
 185 P1: [ <<p> und und> i woa in der PHASE wahnsinnig ↑STOARK wies] eam  
 schlecht gonga is und (-)  
 186 A1: [((schreibt)) ]  
 187 P1: °h <<knarrend> jetzt wo er so a> BISSL wieder, (--)  
 188 sich [erHOLT jetzt ((lacht 0.5)) reissts mir <<dim> die fiass  
 aus;> ]  
 189 A1: [((feste anstreichung)) ]

XII

190 (--)  
 191 A1: is eh (--) KLAR [irgendwie,]=ge?  
 192 P1: [jo, ]  
 193 A1: [NA, °h ]  
 194 P1: [s find i A,]  
 195 (-)  
 196 P1: jo,  
 197 A1: des heisst KUMMER?  
 #00:04:03-7#  
 198 P1: (-) °h [jo schon; ]  
 199 A1: [von der qualität] her,  
 200 P1: jo;  
 201 A1: <<p> ~hm\_HM,> (-)  
 202 P1: [<<p> VIEL kummer,> (-)]  
 203 A1: [((schreibt)) ]  
 204 P1: [<<pp> VIEL kummer;>]  
 205 A1: [((schreibt)) ]  
 206 (--)  
 207 A1: ↑NUR wegen ihm oder gabs noch [ANDERE ] dinge?  
 208 P1: [ <<f> NA,>]  
 209 (-)  
 210 P1: [<<pp> viel kummer;> ((lacht leise 0.5))]  
 211 A1: [((schreibt)) ]  
 212 (--)  
 213 A1: <<schreibend, pp> ~hm\_hm,>  
 214 (2.0)  
 215 A1: <<p, all> wo- was worn sein PROblem?>  
 216 =<<p> depress↑IONEN> <<pp> [oder WAS ] [hat er?> ]  
 217 P1: [((schnalzt))] [ <<knarrend, f> er WOAR-> ]  
 218 P1: =jo: er hot im prin↑ZIP woarn des dann ZWANGSgedanken,  
 219 A1: ~HM\_hm,  
 #00:04:24-7#  
 220 P1: =<<dim> ↑UND (-) letztendlich di:e (-) AUSSage dass er (2.0)  
 mitunter si überlegt> ob er si wos ONduat, (--)  
 221 <<dim> des woa holt donn für MI,> (--)  
 222 <<pp> AUSSchlaggebend dass i gsogt hob (-) das:> (-)  
 223 <<cresc> [trau ich mir ] allEINE nicht zu;>  
 224 A1: [ <<pp> geht nicht;> ]  
 225 °h also KUMMER,  
 226 P1: ~hm\_HM,  
 227 (-)  
 228 A1: ANGST [(-) ] wahrscheinlich,  
 229 P1: [((schnalzt))]  
 230 A1: [oder WENIGER?]

231 P1: [AN:gs:t:? ] (-)  
232 PU:h, (--)  
233 <<dim> des mit der ANGST,>  
234 na <<cresc> EHER EHER> kummer, (--)  
235 <<len> so dieses:: (3.0) einfach (.) ↑AUCH dieses gefü:hl SEHR oft  
[überfordert zu sein?>]  
236 A1: [((schreibt)) ] ((schreibt 5.0))  
237 P1: <<len> und auf der ONdern [seitn> (4.0)]  
238 A1: [((schreibt))]  
239 P1: <<p, len> DENK i ma (--)>  
240 <<dim, len> hobs immer allan gschofft;>  
241 A1: hm-  
242 (2.0)  
#00:05:16-4#  
243 A1: erZIEHEN sie die (-) söhne alleine? (-)  
244 [leben sie] (-) mit den söhnen oder hams an [LEBENSgefährten?]  
245 P1: [a:: ] [ich leb mit ]  
den SÖHNEN und, (1.0)  
246 P1: der herr ((↑NAME)) der mich auch heute HERbegleitet hat (-) das  
mein EXpartner und <<dim, rall> wir haben uns heuer noch dreizehn  
jahren> (-) <<pp> definitiv getrennt;>  
247 A1: also das AUCH noch,  
248 P1: jo des is oba vo MIR [ausgonga ] <<pp> eigentlich,>  
249 A1: [ <<p> ~hm\_hm,>]  
250 <<schreibend> ~hm\_hm,>  
251 P1: =[ <<p> also wo i SOG des is-> (3.0)]  
252 A1: [((schreibt)) ]  
253 P1: [ <<p> oba jetzt san ma im (2.5) <<knarrend> on sich GUTEM (-)  
einvernehmen und ned mit,>]  
254 A1: [((schreibt)) ]  
255 A1: <<schreibend> ~hm\_hm,>  
256 P1: <<pp> [grimm und (xxx), >]  
257 A1: [ <<schreibend> also das ist jetzt] nicht (.) der (.)  
STRESS,>  
258 P1: (2.5) zumindest wär ma des ned so BEWUSST,  
259 A1: ((schreibt))  
260 <<schreibend> ~hm\_HM,>  
261 (3.0)  
#00:05:58-7#  
262 A1: und sind sie jetzt ALLEIN [oder hams] an-  
263 P1: [ ~hm\_HM, ]  
264 A1: =JA? okay;  
265 P1: [ ~hm\_hm, ]  
266 A1: [und das] (-- ) GEHT?

## XIV

267 P1: (--) MUSS,  
 268 A1: (--) ^hm\_hm;  
 269 P1: (--) ((lacht kurz))  
 270 (2.0)  
 #00:06:06-4#  
 271 A1: <<f, all> °h okay KOPFSchmerzen> [ham sie ] gsagt,  
 272 P1: [ <<knarrend> hm::-> ]  
 273 (2.0)  
 274 A1: können si:e (--) mir die KOPFSchmerzen näher [beschreiben]?  
 275 P1: [ ^hm\_hm, ]  
 276 P1: (-) [ ^hm\_hm, ]  
 277 A1: [↑WO die] sind [WIE <<dim> wie die sich anfühlen? ]>  
 278 P1: [((schnalzt)) jo also grundsätzlich] is  
 eigentlich- san immer GLEICH,  
 279 (-)  
 280 A1: <<p> [ ^hm\_HM, ]>  
 281 P1: <<verdreht körper> muss i SOGN,>  
 282 P1: °h doss wirklich do vo diesem wo dieses (-)  
 dieses (-) BEIN do is,  
 283 A1: ^hm\_hm,  
 284 P1: dos vo DO ausgeht, (--)  
 285 P1: <<dreht sich wieder zurück> [und es is ned so dass die donn> (.)  
 ↑ÜBER den kopf so vier- viera kumman sondern wirklich innen drin  
 <<dim> foahn die durch wia a> (-) ((kurzer lauter kehllaut)) (-)  
 DOLCH (-) <<pp> nach vor,> (-)]  
 286 A1: [((schreibt))]  
 287 <<pp> ^hm\_hm,>  
 288 (--)  
 #00:06:36-9#  
 289 P1: [und es is a ned EINSEITIG <<dim> und und und es is a ka>  
 miGRÄNE, ]  
 290 A1: [((schreibt))]  
 291 P1: [ <<pp> meines erachtens NACH,> ]  
 292 A1: [((schreibt)) ]  
 293 P1: [ <<p> es is a ned so> <<dim> dass i sog mir] is SCHLECHT dabei,  
 294 A1: [((schreibt)) ]  
 295 P1: =oder schwindlig oder es is einfoch nur> (-) <<pp, behaucht>  
 KOPFweh>;  
 #00:06:49-4#  
 296 A1: (--) was hilft ihnen DA?  
 297 P1: tomapyrin; [((schmunzelt kurz nasal)) (--) ]  
 298 A1: [((schreibt)) ]  
 299 EINES oder,  
 300 P1: JE [je ] noch:: (-) intensiTÄT;

301 A1: [ <<pp> ja,> ]

302 P1: <<p> olso ↑MONCHES mol is ane ZWENg> (-) <<pp> donn;>

303 A1: hm; [°hhh ]

304 P1: [ ((schnalzt)) <<p> muss i] NOCHwerfn;>

305 A1: und ABgesehen vom TOMAPYRIN (--) hilft noch irgendwas?

306 =<<acc> was weiß ich> LIEGEN (--) dunkel (-) irgendwas?

307 P1: ((knarrt 0.5)) [ ((knarrt 0.5)) ]

308 A1: [ BEWEGUNG? ]

309 (--)

310 A1: ESSEN TRINKEN?

311 P1: (-) h° jo TRINKEN muss i sowieso ↑SCHAUN doss i do  
<<dim> wirklich,> (--)

312 <<pp> [viel, ]>

313 A1: [jo (.)] ich AUCH, (-)

314 P1: ((lacht 0.5)) <<lachend> OLLE,> [ ((lacht 1.0)) ]

315 A1: [ich HOL <<schritte> zwei gläser  
ja?> ]

316 P1: <<lachend, bebend> i hob sogoar a WOSSERfloschn [in der] toschn,>

317 A1: [okay; ]

318 also sie wollen KEIN glas?

319 P1: ((lacht kurz)) <<:-> oja DOCH (-) gern,>

320 A1: ((schritte))

#00:07:27-5#

321 (17.0)

322 A1: <<schritte> SO;>

323 (2.0)

324 A1: <<p> (( ) ) gleich beide (GERN),>

325 P1: <<p> genau;>

326 A1: ((schritte, 3.0)) ((türe schließen))

#00:07:50-6#

327 A1: <<schritt> also sie meinen si:e (-) sie trinken manchmal bissl  
ZWENIG;

328 P1: ((schnalzt)) na i muass AUFpassen [ <<dim> (also des) jetzt a moi-  
> ]

329 A1: [WENIG durst; ]

330 P1: <<f> na wenig DURST,>

331 =<<p> i hob- i drink eigentlich (-) i ↑SCHAU SCHON,> (-)

332 <<pp> olso i VERSUCH immer bewußt wieder (--) dass [i,> (-) ]

333 A1: [ <<stellt glas hin> ~hm\_HM,> ]

334 P1: <<pp> ma was HERRICHT,>

335 (2.0)

#00:08:07-4#

336 A1: °h <<f> okay gibt's noch IRGENDWAS anderes?>

337 =außer jetzt (-) ↑KOPFSchmerzen <<dim> und diese erSCHÖPFung?>

338 P1: =°h <<p> jo mogenweh hob i A imma:> (-)

339 <<pp, gedämpft-monoton> hob vorigs joahr donn die gastroSKOPIE  
mochn lossn,>

340 =<<pp, gedämpft-monoton> ws es is im prinzip (des) AUSSA kumma:,>  
(--)

341 ah: (-) <<pp, gedämpft-monoton> lapidare gastrITIS,>

342 A1: <<pp> ja;>

343 P1: [<<pp> KLASSiker;>]

344 A1: [((schreibt)) ]

345 A1: ((schreibt 2.5))

346 <<f> AUCH schon lange?>

347 oder [erst seit] DIESEM jahr?

348 P1: [hm:: ]

349 <<pp, knarrend> ^hm\_hm;>

350 (2.5)

351 A1: schon JAHRE vorher? (--)

352 schon in der JUGEND?

353 P1: <<f, :-)> NA:;>

354 (--)

355 A1: <<:-)> hm->

356 P1: <<f, :-)> NA: so lange nicht; (-)

357 na; <<dim> aber SICHER die letzten,> (-)

358 <<p> DREI vier jahre,>

359 A1: ((schreibt 1.5))

#00:08:42-0#

360 P1: [und voriges joahr GENAU um] die ↑ZEIT jetzt,

361 A1: [((schreibt)) ]

362 P1: <<dim, acc> des woar novEMBER is dann wirklich so ↑EXTREM worn vor  
schmerzen doss i donn,> (--)

363 dann hab ich es <<kindersprache ähnlich> mit der ANGST zu tun  
bekommen,>

364 <<vibrierend> nö:> <<p> dacht so a gastroskopie <<kindersprache  
ähnlich> wär echt doch ganz NETT?>>

365 jo;

366 A1: <<pp, all> ^hm\_hm,>

367 P1: <<pp> hob die donn im DEZEMBER gmocht und woar [(( ))>]

368 A1: [okay; ]

369 P1: <<p>=jetzt ned->

370 A1: also jetzt WISSEN sies dass sie, °h (--)

371 GASTRITITS ham,

372 P1: [genau;]

373 A1: [ähm; ] (--)

#00:09:01-7#

374 A1: wie ist das mitm ESSEN?  
375 müssen sie auf irgendwas [AUFPASSEN,]  
376 P1: [°h ]  
377 NA ↑NED wirklich; (--)  
378 <<p> ned wirklich;>  
379 <<pp> i muss holt scho SCHAUN dass i,> (--)  
380 °hh <<f, len> regelmäß:ig ESS:E:> <<p, len> und (--)> jo;>  
381 A1: müssen sie MAGENSchutz nehmen?  
382 P1: (--)> <<p, gedämpft> es wär ned SCHLECHT <<pp, dim> ober i nimm  
eigentlich-->>  
383 A1: sie nehmen NIX;  
384 (--)  
385 A1: auch WENNS a tomapyrin schlucken,  
386 (-) <<p> macht das dann dem MAGEN nix?>  
387 P1: <<p, acc> jo GUAT tuts,> (-)  
388 <<p, rall> natürlich NED;>  
389 A1: <<pp> ~hm\_hm,>  
390 P1: <<pp> merk i scho dass des (--)> donn> (--)> NICHT besser wird;  
#00:09:30-5#  
391 A1: <<pp> okay;>  
392 gibts NOCH irgendwas?  
393 P1: (4.0) die hoar gengan ma grad NED aus,  
394 <<lachend> des is momentan [(( )>]  
395 A1: [ist das PHASENweise?]  
396 P1: <<f> JO> (-) jo (--)> <<pp> [jo>  
397 A1: [hat] das mitm ZYKLUS irgendwie zu  
[tu::n, <<dim>=oder?>]  
398 P1: [na es is- ↑DES is ] des NÄCHSTE,  
399 P1: =<<all> zyklus [i hob ] jetzt (-) irgendwonn vor EINIGEN  
400 A1: [<<p> ~hm\_hm,>]  
401 P1: =monaten wieder [begonnen mit der,> (--)]  
402 A1: [((schreibt)) ]  
403 P1: [°hh DREIMONATSSPRITZE zu verhüten <<acc> wos i noch der geburt  
meines zweiten> sohnes, (-)]  
404 A1: [((schreibt)) ]  
405 P1: <<p> olso jo wirklich EWIG gmocht hob,> (--)  
406 P1: <<p> hot a [goar ned so SCHLECHT ] funktioniert,>  
407 A1: [((spricht im hintergrund sehr leise))]  
#00:09:58-3#  
408 U1: ((schließt türe))  
409 U1: ((schritte))  
410 A1: <<schreibend, p> ~hm\_hm,>  
411 P1: <<p> JO (-) nur (--)> [die letzn wochn hob i,> (--)]  
412 U1: [((quietschende (kasten)tür)) ]

XVIII

413 P1: ähm: (-) a ZWISCHENblutung jetzt ↑SICHER schon seit DREI wohn so  
go::nz (-) minima:l,

414 °h woar oba [A erst beim gynäkologen <<dim, acc> oiso des is kane  
drei monat her,>]

415 A1: [((schreibt)) ]

416 P1: =<<pp> a mit KREBSabstrich und (äußere)->

417 (--)

418 A1: sie warn beim gynäkologen BEVORS die [dreimonats]spritze,  
419 P1: [ich- ]

420 A1: <<all> da hams es [no NED (( ))=oder?> ]  
421 P1: [<<f> NANA> <<all> do hob is] do hob  
[is do hob is> scho ] ghobt,

422 A1: [HAMS es scho ghabt?]

423 P1: =<<all> und des WOAR a und ↑JETZT nochdem i was i ned seit> (-)  
fünf monat oder wos wieder (--)  
°h <<p> wieder hob> h° (-)  
<<dim> fongt der BLÄDSINN jetzt wieder on;>

424 (--)

425 A1: hams das früher AUCH ghabt?

426 P1: jo: ,

427 P1: IMMER wieder a moi [oba: , ]

428 A1: [<<p> hm->]

429 P1: jetzt NERVTS mi schon;

430 (2.5)  
#00:10:41-0#

431 A1: <<p> gibts für sie KA alternative zur>  
[(-) <<dim> dreimonats]spritze?>]

432 P1: [<<knarrend, pp> na:;> ]

433 A1: <<pp> ned WIRKLICH,>

434 (4.5)  
#00:10:48-4#

435 P1: (<<pp> kin[ich, ]>)

436 A1: [gibts] VERSCHIEDENSTE var[ianten,=<<pp> ja,=~hm\_hm>]  
437 P1: [ich WEISS es, ]

438 =ja,

439 A1: aber das war für SIE das [angenehmste,]  
440 P1: [((schnalzt))] es woar für MI: (-) on  
sich: [(<<pp> doch,>) ]

441 A1: [=<<all> OBWOHL sie>] SO: reagieren,

442 P1: <<all> na i was ned ob-> [h° ]  
443 A1: [<<p> manchmal,=hm?>]

444 P1: monchmol;

445 A1: <<p> ~hm\_hm,>

446 P1: i hob (.) JOAHRELONG-

447 i hob SICHER (--)  
<<knarrend> o::> sog jetzt a moi (--)  
neun [ZEHN jahre: (-) damit verhütet ohne: (-) <<acc> meine güte>]

448 A1: [((schreibt)) ]  
449 P1: =<<acc> amoi a zwischenblutung> (---) <<p> jo,>  
450 A1: OKAY,  
451 DIE is halt jetzt schon relativ lang, [<<pp> nh?>]  
452 P1: [GENAU; ]  
453 A1: <<p> ~hm\_hm,>  
454 P1: GENAU;  
#00:11:17-7#  
455 A1: (2.5) <<schreibend> GUT;>  
456 <<schreibt> wie WAR denn bei ihnen->  
457 <<schreibt> wie ↑ISN bei ihnen> der zyklus OHNE [°hh ohne ]  
hormoneinnahme,  
458 P1: [((schnalzt))]  
459 A1: (xxx-)  
460 P1: REGELMÄSSIG;  
461 A1: =REGELMÄSSIG?  
462 P1: =und okay;  
463 jo;  
464 A1: und OKAY,  
465 ohne BAUCHSCHMERZEN [oder] <<knarrend, dim> so:,>  
466 P1: [°h ]  
467 (-) KOPFWEH, <<:-> hh°> ((lacht 0.5)) [((lacht 0.5)) ]  
468 A1: [<<p> KOPFWEH?>]  
469 P1: ((lacht 1.0))  
470 A1: <<p> ~hm\_hm,>  
#00:11:32-4#  
471 P1: <<:-> kopfweh also> unmittelboar (-) VOR der regel und donn:,  
472 (--)  
473 P1: [eben die ersten ZWA tog katastrophal,]  
474 A1: [((schreibt)) ]  
475 P1: [muss i GONZ ehrlich sogn,]  
476 A1: [((schreibt)) ] <<schreibt> also STARK,>  
477 P1: ((schnalzt)) und- JO (.) jo also ↑STARK kopfweh und a: (--)  
478 SEHR stoarke [blutung (-)]  
479 A1: [((schreibt))]  
480 P1: [<<dim> SEHR sehr stoark,>]  
481 A1: [((schreibt)) (.) ~HM\_hm, ]  
482 is mit der dreimonatsspritze BESSER;=na?  
483 =also ich mein da [hams jetzt (.) eh nix,=NA? ]  
484 P1: [<<pp, sehr undeutlich, tief> jonam> hob i] im  
PRINZIP (-) ↑ONSICH <<knarrend> w::> hob i jo <<acc, dim> GOAR ka  
blutung,[=na?]>  
485 A1: [ja,]  
486 (1.5)  
487 A1: <<hohe stimmlage> bis auf das> JETZT;

XX

488 P1: [bis auf das JETZT;]=<<:-> da?>

489 A1: [((lacht 1.0)) ]

490 <<p> OKAY;>

491 (1.5)

#00:12:01-2#

492 A1: sie wissen schon HORMONE un:d rauchen- °h (--)

493 <<dim> is IMMER so a gschicht;>

494 A1: =wie viel rauchen sie DENN?

495 P1: a hoibats packerl <<kindersprache ähnlich, dim> am to:g,>

496 A1: <<p> ~hm\_hm,>

497 (1.0)

498 ((schreibt 2.0)) (2.0) also ich MUSS dann immer sagen,

499 BESSER is entweder oder;

500 (--)

501 P1: °h jo obwohl MIR gsogt worn is doss die dreimonatsspritze eben,  
<<knarrend> ä>

502 TROTZDEM no (.) ↑BESSER is als [würd ich, (.) ]

503 A1: [das is RICHTIG;]

504 P1: <<dim> die pille oder sonst [irgendwos;> ]

505 A1: [<<p> DAS stimmt;]=ja,>

506 P1: des woar eben A mit (-) °hh (-) ein [argument- ]

507 A1: [<<p> ~hm\_hm,>]

508 <<pp> das is RICHTIG;

509 P1: <<p> ~hm\_hm,>

510 (---)

#00:12:32-4#

511 A1: °hh (-) SO;

512 und dieses KOPFWEH ↑VOR der regel,

513 war das GENAU so wie [dieses?]

514 P1: [°h woar] A [so; ]

515 A1: [<<pp> ECHT,>]

516 [also sie] haben IMMER diesen dolch,

517 P1: [ja,]

518 es is-

519 A1: [<<gepresst> pch:>]

520 P1: [jo, ] (-)

521 <<p> ~hm\_HM,>

522 und i mi- [i MERK a zum beispiel reagier wirklich ↑SUPER TOLL  
drauf wonn ma jetzt- ]

523 A1: [((schreibt laut))]

524 P1: wenn i GSPIER es is: (-)

525 a TOG oder a situation wo alles zu viel is?

526 A1: <<p> ~hm\_HM,>

527 P1: <<dim> wos möd sie ois ERSTES?> (--)

528 [<<p> der kopf; ]

529 A1: [ <<pp> der kopf; ]  
530 ( -- )  
531 P1: <<pp> ~hm\_HM,> ( -- )  
#00:12:54-5#  
532 A1: also das is ihr ihr sicherheitsSCHALTER [der sagt] es  
reicht;=<<pp> na?>  
533 P1: [ ~hm\_HM, ]  
534 P1: <<deutlich> genau,>  
535 A1: der dann KIPPT,  
536 P1: <<deutlich, p> genau,>  
537 (2.0)  
#00:13:02-2#  
538 A1: würden sie sich selber noch mehr ü- also MEHR überfordern noch  
<<dim> wenn sie das nicht hätten?>  
539 P1: ( --- ) <<p> sicher,>  
540 A1: <<p> ja?>  
541 P1: ((kurzes leises lachen))  
542 A1: NEIGEN sie dazu <<dim> zu tun zu tun zu tun?>  
543 P1: najo wenn i [ned ] so MIAD <<:-), all> bin doss i umfoi,  
544 A1: [ <<p> ~hm\_HM,> ]  
545 P1: dann neig ich dazu zu [tun zu tun,> ]  
546 A1: [ <<:-)> sind sie sehr AKTIV,> ]  
547 P1: JO,  
548 <<all> grunds- i man JETZT wenn i ma onschau aktiv <<dim> denk i  
ma hearst schlof nur mehr den gonzn tog,>>  
549 weil i so tot bin;  
550 A1: <<p> ~hm\_[hm,> ]  
551 P1: [jo? ]  
552 ((schnalzt)) aber AN SICH von meinem naturell, ( -- ) °h  
553 <<dim> wäre ich SCHON (-) sehr ( -- ) aktiv,>  
554 A1: ~hm\_HM,  
555 (2.0)  
#00:13:32-1#  
556 A1: gibts NOCH irgendwas?  
557 P1: (1.5) <<pp> wah sie frog mi SOCHN,> ((lacht 1.0))  
558 A1: ((blättert 0.5)) <<blättern> i frog no MEHR,>  
559 <<blättern> sie wern noch> SCHAUEN, <<schreibend, pp>=ja,  
~hm\_HM,>  
560 ((schreibt 5.0))  
561 KÖRPERLICH mein ich jetzt,  
562 [gibts noch irgend] einen [SCHWACHPUNKT? ]  
563 P1: [ <<dim> JA\_jo\_jo ] [ <<p> scho kloar;> ]  
564 <<rauchig> jo: <<dim> SCHWACHPUNKTE::;>>  
565 (2.0)

## XXII

566 P1: <<rauchig, p> jo,>  
567 (2.0)  
568 P1: ((schniefen))  
569 (3.0)  
570 P1: <<pp> ~hm\_hm, kopf is a riesen THEMA,>  
571 (1.5)  
#00:13:57-4#  
572 A1: soll ich sie durchfragen von kopf bis fuss?  
573 P1: <<:-)> jo:,>  
574 A1: okay.  
575 P1: ((lacht 0.5))  
576 A1: <<all> dann frag ma jetzt,>  
577 =°h augen?  
578 P1: ^ÖH\_öh;  
579 A1: okay;  
580 au- ohren?  
581 P1: ^ÖH ^öhöh;  
582 A1: <<all> auch in ordnung;>  
583 <<all> nebenhöhlen?>  
584 P1: na (-) goar nix;  
585 A1: (-) <<p> HEUschnupfen?>  
586 [<<pp> IRGENDWAS?>]  
587 P1: [°hh ] über die all:- öh BISSI bissi allergie,  
588 =die HAUSSTAUBMILBE (.) is so a bissl und und und, h°  
589 <<p> jo die [histaminINTOLERANZ;>] (-)  
590 A1: [((blättert)) ]  
591 P1: <<p> also (.) w- alkohol <<undeutlich> ower so: oder so> des kann  
I abhacken;>  
592 A1: was PASSIERT ↑DANN wenn sie das trinken?  
#00:14:24-1#  
593 P1: jo: donn werd i- i man erstens werd ich noch viel MÜDER,  
594 <<:-)> olso noch an> glasl WEIN bin i <<pp> do, (-)  
595 A1: <<schreibend> ~hm\_HM,>  
596 P1: [am SOFA, ]  
597 A1: [((schreibt))]  
598 (1.0)  
599 P1: °h u:nd wens GONZ bläd is [dann (-- ) äh geht ma die NOSN zua und  
<<dim> mitunter vielleicht dass die augen sogar irgendwie zum  
jucken anfangan,=und;>]  
600 A1: [<<schreibt> okay,> ]  
601 NUR bei alkohol oder auch von- bei käse: <<dim> und solchen  
[sachen?>]  
602 P1: [NA: bei ] käse ned,  
603 na: do [hob i wirklich ] schon [drauf ] geachtet weil eben

i, (--)  
 604 A1: [ <<pp> alkohol;> ] [ <<p> ~hm\_HM,> ]  
 605 P1: sehr viel (-) also käse [und ] milchprodukte und so sehr gern  
 iss;=na?  
 606 A1: [ ~hm\_HM, ]  
 607 <<f> HAUSSTAUB,>  
 608 P1: <<pp> hausstaub;>  
 609 A1: <<f> hat man ja an sich IMMER,>  
 610 P1: jo;  
 611 A1: das heisst das spüren sie REGELMÄSSIG oder bsonders im winter  
 oder wie?  
 612 P1: najo is natürlich in der heizperiode donn wieder MEHR thema,  
 613 und so hotels mit <<tief, schwer> schweren vorhängen [und  
 teppichen->]  
 614 A1: [okay; ]  
 615 =auch nase zu;  
 616 P1: nase zu;  
 617 A1: ist das immer ihres?  
 618 P1: [nase zu; ]  
 619 A1: [ <<schreibt deutlich> nase-> ]  
 620 nicht NIESEN (-- ) und augentränen?  
 621 P1: najo NIESEN donn [in folge-]  
 622 A1: [auch? ]  
 623 P1: jojo ohja schon,  
 624 doss i olso grad nochm schlofn wenn i <<dim> in der früh donn  
 AUFSTEH [donn-> ]  
 625 A1: [niesen morgens,=ja?]

#00:15:24-5#

## F. Transkript 2 (T2)

(Datum, Zeit, Ort, Alter anonym)

Teilnehmer:

A1: Ärztin

P1: Patientin

U1: Unbekannt

#00:00:03-0#

10 A1: SA, (-)

11 A1: grüß GOTT,

12 A1: [DANKE ] (.) für die (.) einverständniserklärung,

13 P2: [<<pp> GRÜSS sie,>]

14 P2: GERNE,

15 (3.0)

16 A1: <<pp> (DA);>

17 A1: ((papiergeräusche 7.0))

18 A1: <<papiergeräusche, pp> is nur ein BISSCHEN ordnung,>

19 P2: [<<pp> KEI:N problem> (lacht 0.5);]

20 A1: [((papiergeräusche (4.0)) ]

21 A1: OH,

22 (4.0)

23 A1: der ((VORNAME))?

24 P2: <<p> is mein vater,>

25 A1: <<dim> o::h;>

26 A1: <<pp> der ((NAME)) schickt [sie zu mir,>]

27 P2: [((lacht)) ]

28 (3.0)

29 A1: SELBER,

30 A1: okay;

31 A1: ((lacht 0.5)) [((lacht 1.0))]

32 P2: [((lacht 1.0))] ((lacht 1.0))

33 A1: [die EIGENEN kinder behandeln, ]

34 P2: [<<lachend> ist (ein) (xxx xxx);] ((lacht 1.5))

#00:00:39-0#

35 A1: <<behaucht, all, :-)> NEIN [nein (.) gar ka problem;> ]

36 P2: [<<:-)> es is was- <<dim> es is aber]

was KOMISCHES vom eigenen vater,>>

37 (--)

38 A1: nja,

39 P2: <<dim> i mein über so KLANIGKEITEN sch- aufjedenfall,=aber,>

40 (--)

41 A1: GUT,

42 A1: <<stößt papier auf> schießen sie LOS,>  
43 P2: JA,  
44 ich habe-  
45 A1: <<all> das heißt ich brauch ihnen ja NICHT erklären was eine  
homöopathische [<<:-> anamnese is,> ((lacht 1.0))>]  
46 P2: [<<:-> nein ich glaub das- ] ((lacht 2.0))  
47 P2: <<lachend> WASS i,> [°hhh ]  
48 A1: [okay,]  
49 A1: sie WISSENS;=[gut,]  
50 P2: [hm- ]  
51 P2: a:hm <<all> also vor zweieinhalb jahren hab ich> a:hm <<pp>  
schilddrüsenoperation [(-) BEKOMMEN?>]  
52 A1: [<<p> ~hm\_hm,> ]  
#00:00:59-4#  
53 (2.0)  
54 A1: seit WANN?  
55 P2: ZWEIEINHALB jahre,  
56 A1: <<pp> seit [zweieinhalb,> ]  
57 P2: [<<pp> also zweitausend] (.) ELF;>  
58 (3.0)  
59 A1: ~hm\_hm,  
60 (1.5)  
61 P2: u::nd (-) a:hm: JA bin seitdem auch in behandlung bei  
((behandlungsort)),  
62 A1: ~hm\_hm,  
63 P2: mit (.) thiamazol,  
64 (--)  
65 A1: ~hm\_hm,  
66 (2.5)  
67 P2: ich habs zwar ganz am anfang PROBIERT (-- ) homöopathisch?=mitm  
[papa, ]  
68 A1: [~hm\_hm,]  
69 (2.0)  
70 P2: a::hm::,  
71 (1.5)  
72 A1: ~hm\_HM,  
73 (--)  
74 P2: habs dann: (-) zeitweise wieder WEGGELASSEN,=und,  
75 (--)  
76 P2: °hh JA aber is [( ) ]  
77 A1: [<<f> es is nicht] GANGEN> (-)  
78 A1: homöo[PATHISCH, ]  
79 P2: [((knarren))]  
80 P2: JEIN [ja, ]

## XXVI

81 A1: [ <<p> offen]sichtlich,>  
82 (-)  
83 A1: <<p> oder wie?>  
84 P2: =ich m- ((knarren 1.0)) dadurch dass das wirklich STARK war,  
85 P2: ich hab so STARKE symptome ghabt,=und,  
86 P2: [°hh ]  
87 A1: [wie warn] denn die symptome?  
88 P2: ((schnalzt)) a:hm: also (-) ganz starker SCHWEISSAUSBRUCH?  
89 A1: ~hm\_HM,  
90 P2: ((schnalzt)) HERZRASEN,  
91 P2: und mein puls war total HOCH?  
92 (2.0)  
93 P2: un- die m- fingernägel und die haare sind BRÜCHIG geworden,  
94 A1: ~hm\_HM,  
95 (2.0)  
#00:01:55-4#  
96 P2: TOTAL schlecht gelaunt,  
97 P2: was ich von mir sonst nicht KENNE,  
98 P2: =und,=und TOTAL ein- (1.5) depressiv eingestellt einglich und das:-  
(-)  
99 A1: ja also [eh DI:E- ]  
100 P2: [ich bin sonst] ein sehr <<:-)> optimistischer mensch> also  
total °hh KONTRÄR zu meinen einstellungen,  
101 A1: [okay also alle die VOLLE palette,=ja,]  
102 P2: [°h und (-) alle die VOLLE palette, ]=ähm,  
#00:02:13-6#  
103 (-)  
104 P2: u:nd,  
105 (-)  
106 A1: ~hm\_HM,  
107 (--)  
108 P2: JA konzentrationsschwäche, (1.5)  
109 A1: <<pp> ~hm\_[hm,> ]  
110 P2: [dauernd] NERVÖS,=einfach,  
111 (-)  
112 A1: ja KLAR,  
113 P2: ((kurzes schniefen)) <<pp> IS so;>  
114 A1: °hhh und JETZT?  
115 P2: a::hm: (---) ja dann eben (-) seit zweieinhalb jahren bin ich bei  
der BEHANDLUNG?=und,  
116 (1.0)  
117 P2: wir hams dann ein- nach EINEINHALB jahren (-) [sehr gut gehabt?

=und- ]

118 U1: [(einmal klopfen, türe öffnet sich)] (-) tschuldigung;

119 P2: <<geflüstert> gerne,>

120 U1: ((<<p> frage an A1>))

121 (--)

122 A1: <<p> SAG ich dir nachher;>

123 U1: ((knappe antwort an A1))

124 (2.0)

125 P2: <<:-) °hh>

126 U1: ((türe schlägt zu))

127 P2: a:hm:

128 A1: <<:-)> tschuldigung> ((lacht 0.5))

129 P2: <<:-)> kein probl-> ((lacht 0.5)) °hh

#00:02:47-1#

130 P2: un:d dann warn ma schon ziemlich gut DRAN dass wir das dann  
absetzen können (ist damit) gemeint,

131 P2: <<dim> =und dann: (-) bei der nächsten untersuchung war das wieder  
KOMPLETT->

132 (--)

133 P2: <<pp> durchn wind und das hat mich [dann> <<cresc> FAST (ein  
jahr-),> ]

134 A1: [die WERTE waren wieder ganz  
schlecht;]

135 P2: =ja ja,

136 P2: ja,

137 A1: aber die symptome AUCH?

138 P2: °hh (-)

139 A1: wieder SO?

140 P2: ö NJA schon,

141 (-)

142 P2: also (.) LEICHT,

143 P2: also nicht mehr so GANZ so stark wie am anfang,

144 P2: aberm::: (1.5) ((schnalzt)) <<pp> JA,=also,>

145 A1: ~hm\_[hm, ]

146 P2: [wieder] dieses SCHWITZEN und so bissl nervös sein,

147 A1: okay [und ( -)]

148 P2: [und die ] AUGEN,

149 P2: <<pp> was ned die [sind vielleicht AUCH dass sie rausstehen,>]

150 A1: [~hm\_hm ~hm\_hm, (-) ~hm\_hm, ]

151 P2: =das is JETZT wieder ganz stark;

152 (1.0)

153 A1: das war WEG,

154 (-)

155 P2: ((knarren 0.5)) JA,

## XXVIII

156 P2: =<<dim> war wieder weg;>  
157 (2.0)  
158 A1: °hh und jetzt haben sie WIEDER das thiamazol,  
159 P2: GENAU,  
160 P2: IMMER durchgehend <<pp> eigentlich,>  
161 A1: das [ZIEL ] wär gewesen es abzusetzen,  
162 P2: [<<pp> eh>]  
163 A1: =<<pp> oder wie?>  
164 P2: GENAU,  
165 A1: <<pp> ~hm\_hm,>  
166 P2: also (.) sie haben GMEINT (.) meis- meisten es dauert meistens ein  
jahr?  
167 A1: <<p> ~hm\_hm,>  
168 (--)  
#00:03:31-7#  
169 P2: u::nd (.) <<all> wens dann nicht WEG ist probiert man vielleicht  
noch ein weiteres jahr,>  
170 P2: =<<all> und jetzt haben sie mir eben-> ((knarren 0.8))  
171 P2: schon sehr DRINGEND zur operation geraten (.) und deswegen, (-)  
172 P2: <<pp> weil (-) das mach ma nur einmal und weg,>  
173 (-)  
174 P2: °h ich MÖCHTS auf jeden fall noch mal so versuchen,  
175 (1.0)  
176 A1: und jetzt die homöopathie DAZU,  
177 P2: ja,  
178 A1: =~hm\_HM,  
#00:03:48-5#  
179 (2.0)  
180 P2: also ich glaub das (.) GANZ wegzulassen, ((knarren 1.0)) (1.5)  
181 <<pp, dim> WEISS es nicht ob das funktioniert (-) das thiamazol,>  
182 P2: °hhh  
183 A1: VERTRAGEN sies?  
184 P2: ja,  
185 A1: das is [ja schon mal SUPER,]=JA?  
186 P2: [(zweimal) ( ) ja,]  
187 P2: ja nein das waren so die WERTE (-) (alles) in allem,  
188 A1: °h das HEISST [sie ] haben das- <<dim> seit wann nehmens es  
denn wieder jetzt?>  
#00:04:07-5#  
189 P2: [<<pp> hm->]  
190 P2: (--) IMMER durchgehend;  
191 A1: also sie habens gar NIE abgesetzt,  
192 P2: NEIN nein [es- (-) ↑GING dann nicht es- ]

193 A1: [ <<all> weil sie gesagt haben es ↑KAMEN die>] (.) es  
KAMEN die augen wieder mehr heraus?

194 P2: =~hm\_hm,

195 A1: =sind jetzt MEHR herausen als sonst?

196 P2: ja,

197 (3.0)

198 A1: das heisst sie habens REDUZIERT ghabt oder wie?

199 P2: (--) ja- äh ich geh alle zwei wochen HIN,

200 A1: ja?

201 P2: und dann DOSIEREN sies,

202 A1: ja;

203 P2: u[nd-]

204 A1: [und] die habens halt w- NIEDRIGER dosiert,

205 P2: GENAU dann war ich [((knarrend 0.5)) DANN war ich] (.) ↑DREI mal  
ein halbes genommen?

206 A1: [°h okay unds- ]

207 A1: ^ja\_ja;

208 (-)

209 P2: und DA und da war ich schon bei einem viertel,

210 (--)

211 P2: <<pp> und DA> (1.0) <<dim> und dann hätte mans halt SCHLEICHEND  
abgesetzt;>

212 (--)

213 P2: °h [und bei] der NÄCHSTEN kontrolle wars wieder schlecht,

214 A1: [genau; ]

215 P2: <<pp, dim> und da hams es [( )]>

216 A1: [also bei] dem VIERTEL pro ↑TAG haben  
sie wieder die symptome bekommen,

217 P2: ja,

218 (-)

219 A1: okay (.) DAS wars;

220 A1: =und jetzt haben sie wieder WIE VIEL?

221 P2: eineinhalbes am TAG nehm ich,

222 A1: [°hh ]

223 P2: [<<dim> und DANN] sind alle>,

224 (-)

225 A1: und jetzt ↑GEHN die symptome wieder WEG?

226 (1.5)

227 A1: oder nicht [GANZ?]

228 P2: [sie ] (.) werden LEICHT schwächer wieder,=ja,

229 A1: [<<pp> ~hm\_hm,>]

230 P2: [=oja ] das MERK ich schon,

231 (4.0)

XXX

232 A1: <<p> ja [das würd ich (ihnen-)> ]  
233 P2: [ <<f> war auch ↑TEILWEISE wieder] eine UNTERFUNKTION,>  
234 P2: <<dim> weil man eben das NIE genau (-) dahin bringt,>  
235 P2: °hh  
236 A1: MERKEN sie das ↑SELBER wenns KIPPT?  
#00:05:05-8#  
237 P2: (1.0) SCHON,  
238 (---)  
239 A1: was [MESSEN sie] ↑DANN?  
240 P2: [(also-) ]  
241 P2: (1.0) den gewichtsunterschied merk ich TOTAL,  
242 A1: ~hm\_HM,  
243 A1: also sie nehmen dann ZU::,  
244 P2: <<pp, dim> GENAU,=ja,=( sofort ),>  
245 (2.0)  
246 P2: aber JETZT is es (1.0) relativ konstant,  
247 P2: also JETZT bin ich zu einer überfunktion <<dim, pp> aber ich merk  
vom GEWICHT her nicht viel dass ich (was hab), °h>  
248 (2.0)  
249 A1: also sie hams (-) [(<<f> >) ]  
250 P2: [ <<f> ich tu mir EHER] schwer> mit abnehmen,  
251 (1.0)  
252 A1: o[kay die UNTER]FUNKTION haben sie n- nur gmerkt am gewicht,  
253 P2: [( )]  
254 P2: ja,  
255 (2.0)  
#00:05:32-4#  
256 A1: °h und die überfunktion merken sie als erstes AN?  
257 P2: =JA <<dim> an- an schweissausbruch;>  
258 A1: SCHWEISSAUS[BRUCH; ]=~hm\_hm,  
259 P2: [( )]  
260 (3.5)  
261 A1: weil das is für MICH dann [auch wichtig,=ja?]  
262 P2: [ja ja ja, ]  
263 A1: =dass sie,=sie registrieren das [sehr SCHNELL,]  
264 P2: [ja ja, ]  
265 A1: <<knarrend> jaa-> OKAY,  
#00:05:45-9#  
266 (1.0)  
267 P2: schweißausbruch,=ja,  
268 P2: obwohl ich jetzt ä:h w- die letzten tage gemessen hab und nur  
unter sechsunddreissig GRAD hatte,  
269 A1: ~hm\_HM,

270 (2.5)

271 A1: [bei der körper]temperatur merken [ses auch] (-) ODER wie?

272 P2: [( )] [( )]

273 P2: JA ich hab immer das gefühl ich ich bin nicht im im- (1.0) <<dim>  
NORMALZUSTAND (.) von der temperatur her,>

274 A1: immer entweder DRUNTER oder,

275 P2: JA- oder (-) <<pp> drüber;>

276 A1: <<len> was heisst DRÜBER bei ihnen?>

277 P2: °h ja som: sechsunddreissig NEUN,

278 (--)

279 A1: okay,

280 P2: <<dim, pp> das MERK ich dann schon ( )>

281 A1: mein es ↑SCHWANKT auch im ZYKLUS,=na?

282 P2: ja (-) aber es ist (dazut-)

283 A1: und [sechsunddreissig NEUN] ist an sich (-) normal,

284 P2: [( )]

285 A1: =<<all, monoton> das kann in einer gewissen zyklus[phase ] kanns  
scho> (.) sechsunddreissig NEUN sein,

286 P2: [(okay,)]

287 A1: jetzt sind sie meistens DRUNTER?

288 P2: ja,

289 (1.5)

290 P2: fünfunddreissig DREI,

291 (5.0)

292 A1: ~hm\_HM,

293 (3.0)

294 A1: °hhh o::ka:y,

295 P2: ((lacht 1.5))

296 (2.0)

297 A1: SEIT zweitausende:lf:-

298 A1: liegt das in der FAMILIE?

299 P2: nein;

300 (1.0)

301 P2: gar nicht;

302 (2.0)

303 A1: haben sie eine (2.0) schilddrüsenentzündung ghabt ↑VORHER oder  
WAS?

304 A1: =gibts irgendein- (1.5)

305 A1: nix,

306 P2: <<pp> ^hm\_hm;>

307 (--)

308 P2: <<p> sie ist jetzt LEICHT vergrößert?>

## XXXII

309 A1: <<p> ja,>  
310 P2: <<pp> a:hm:>  
311 (2.0)  
312 P2: <<pp> ((schnalzt)) aber ENTZÜNDUNG, (1.0)>  
313 A1: war NICHT;  
314 (---)  
315 A1: einfach nur PLÖTZLICH diese [(--) überfunktion] da,  
316 P2: [ja ich habs halt-]  
317 P2: ((knarrt 0.5)) JA ich hab halt gmerkt <<dim> dass ich TOTAL stark  
abgenommen hab (und am (xxx xxx))>  
318 A1: <<pp> ~hm\_hm,>  
319 P2: =was mir schon sehr <<:-), behaucht, dim> KOMISCH vorgekommen,>  
320 P2: °hh <<pp> die meist ( (findet) ) kurz> <<f> angenehm>  
<<pp> aber dann,>  
321 A1: °h wie viel wiegen sie JETZT?  
322 A1: =nur so (-) [zum (.) zum VERGLEICH,]  
323 P2: [ah achtundsechzig; ]  
324 (2.0)  
325 A1: <<pp> JETZT achtundsechzig;>  
#00:07:17-4#  
326 (--)  
327 P2: und (zum-),  
328 A1: wollen sie das HALTEN?  
329 P2: nein [((lacht 1.0)) ]  
330 A1: [nein?=was WOLLEN sie denn?]  
331 P2: ahm:: (.) ZWEIUNDSECHZIG?  
332 A1: <<schreibend, pp> WUNSCH,>  
333 P2: ((lacht leise 1.0))  
334 A1: <<schreibend, geflüstert> zweiundsechzig,  
335 A1: das heisst (.) das thiamazol bissl überdosieren <<:-) lachend>  
<<dim> und [dann sind sie, ((lacht 1.0))>]  
336 P2: [((lacht)) ]  
337 A1: <<f> nein,>  
338 A1: [<<f> UNTERdosieren,> ]  
339 P2: [°hh <<:-), f> UNTERdosieren,>]  
340 A1: tschuldigung UNTERDOS[IEREN]=ja,  
341 P2: [ja, ]  
342 P2: <<:-)> also man könnt sichs ganz EINFACH> <<lachend, dim> machen,>  
((lacht 1.0)) hh°  
343 A1: ja das ist nur die VERLOCKEND, ((lacht 1.5))  
344 P2: ZIEMLICH;  
345 P2: <<dim, :-)> es NEHMEN angeblich so viele,>  
346 (--)

347 A1: ja ich WEISS,  
 348 A1: es ist- drum [sag ] ich ja es ist VERLOCKEND ja,  
 349 P2: [( )]  
 350 (--)  
 351 A1: sie sind eh brav wenn sie das [<<:-> nicht TUN,>]  
 352 P2: [((lacht)) ]  
 353 P2: °hh naja die SYMPTOME daneben hab ich [nicht so] gern, °hh  
 354 A1: [ja; ]  
 #00:07:52-1#  
 355 A1: °h OKAY,  
 356 A1: <<f> ist DIESER, (-)>  
 357 A1: <<f> diesem GESCHE:HEN;=ja?>  
 358 A1: diese (-) °hh (-) diese ÜBERFUNKTION kommt ja nicht von heute auf  
 m:orgen,=na?  
 359 A1: =ist das LANGSAM kommen?  
 360 (--)  
 361 A1: haben sie das PLÖTZLICH bemerkt,  
 362 P2: (2.0) hm:: ((schnalzt)) es ist schon SCHLEICHEND gekommen,  
 [=also, ]  
 363 A1: [~hm\_hm,]  
 364 P2: °hh (3.0) JA <<all> angefangen wa- de- es hat eben an- begonnen  
 also wie ich-> (-)  
 365 P2: <<p> zum STUDIEREN begonnen hab?>  
 366 P2: °h (-) da hat das LEICHT mit dem gewicht begonnen;  
 367 (1.0)  
 368 P2: und DANN noch so:, (2.0)  
 369 P2: zwei drei monaten:: dann ganz stark diese SCHWEISSAUSBRÜCHE,  
 370 A1: ~hm\_HM,  
 371 A1: also am BEGINN des studiums (.) hat das begonnen,  
 372 P2: ja,  
 #00:08:29-7#  
 373 A1: war SONST irgendwas?  
 374 P2: (1.5) ja [zu dem ZEITPUNKT ] wars: (--)  
 375 A1: [<<p> AUSSER das studium,>]  
 376 P2: <<dim> hm::> <<pp> WOLLT ich damals die ganze zeit mit meinem  
 freund schluss machen aber ich habs nicht geschafft?>  
 377 (1.0)  
 378 A1: also schwie[rige TRENNUNG,] (-) hm?  
 379 P2: [( )]  
 380 P2: JA, (.) ganz schwierig, ((lacht 1.0)) °hh-  
 381 A1: HABEN sies dann geschafft?  
 382 P2: ja [nach EINEM jahr dann; ]  
 383 A1: [oder HABENS ihn immer noch?]

## XXXIV

384 A1: <<p> ~ah\_ha,>  
 #00:08:48-1#

385 (1.5)

386 P2: <<pp> nach dem ZEITPUNKT- ((lacht leise nasal 0.5))>  
 387 (3.0)

388 A1: das heisst sie waren UNGLÜCKLICH,  
 389 P2: JA,  
 390 (4.0)

391 P2: <<pp> (xxx) ( ) ((lacht leise nasal 0.5))> °hh  
 392 (3.5)

393 P2: <<pp> aber ich hab mir eh dacht ich kanns> <<cresc> ihm nicht  
 ANTUN,>

394 P2: <<pp> das [(ist-)]>  
 395 A1: [ah, ]  
 396 (2.0)

397 A1: sind sie so MITFÜHLEND?  
 398 P2: <<pp> JA schon,>  
 399 (-)

400 P2: <<pp> ich möchts ALLEN recht machen,>  
 401 (--)

402 P2: [((lacht leise 1.0))]  
 403 A1: [((papiergeräusche))] ((papiergeräusche 2.0))  
 404 A1: <<p> da hams von VORN herein verloren,>  
 405 A1: [(das-) diese das <<cresc> WISSENS] aber [eh] oder?>  
 406 P2: [((lacht)) ] [°h]  
 407 P2: ^ja\_ja;  
 408 A1: ((sehr kurzes lachen))  
 409 P2: <<:-), dim> na MITTLERWEILE kann ich das schon (-) ganz gut;>  
 410 A1: ^HM\_hm;  
 411 P2: ((lacht leise 1.0)) °hh  
 412 (1.5)  
 #00:09:23-3#

413 A1: <<all> °h okay ↑DAS war <<blättern> noch war SONST noch was?>>  
 414 P2: (1.5) <<pp, dim> ja halt (1.5) (angsch-) (ANGST) schwierigkeiten  
 im studium,>  
 415 A1: <<p> ~hm\_HM,>  
 416 (1.5)

417 A1: also die zwei dinge haben GESTRESST,  
 418 P2: JA (-) <<pp> ziemlich,>  
 419 A1: SONST war nix,  
 420 A1: =keine keine °hhh kein INFEKT keine ↑KRANKHEIT [<<dim> DAVOR  
 irgendwas], =okay;>

421 P2: [ <<pp> nei:n,>  
] ]

422 (2.0)

423 P2: obwohl OJA es war noch- oja (.) ahm: (-) °hh

424 P2: (wie) wir überhaupt drauf GEKOMMEN sind,

425 P2: =ich war nämlich bei einer UNTERSUCHUNG, °hh

426 P2: a::hm:: ((schnalzt)) WEIL ich bin vom pferd geflogen,  
#00:09:53-9#

427 A1: [ ~hm\_hm, ]

428 P2: [und ] DANACH (-) hab ich anscheinend so ne prellung gehabt im  
schulterbereich, °hh

429 P2: und (-- ) ich hab dann aber ganz SCHWER atmen können,

430 (1.0)

431 P2: und das hat hier so einen STICH in der lunge gegeben <<dim> als  
ich geatmet hab und das::>

432 (2.5)

433 P2: <<pp> (das) ging (irgendwie) (.) ziemlich (-) LANGE dass ich  
wirklich in der nacht nicht mehr ↑SCHLAFEN konnte weils so weh  
getan hat,> °hh

434 P2: und da WAR ich dann bei einer ganzheitlichen untersuchung,

435 (2.5)

436 P2: von (-) kopf <<:-> bis fuss,>

437 P2: und ↑DANN sind dann eben auch die WERTE aufgefallen <<pp> von der  
schilddrüse dass die nicht ganz in ordnung sind,>

438 P2: °h[h ]

439 A1: [ ~hm\_hm, ]

440 P2: und DA hab ich schon angst gehabt,

441 P2: weil da war (auch) <<pp> beim (ÖHA) so leicht,> (-)

442 P2: °h lungen[( ) ]

443 A1: [da waren aber noch] KEINE symptome da?

444 A1: vom SCHWITZEN und so weiter?

445 P2: ↑OJA DA schon zu dem zeitpunkt,

446 A1: ah das war- und DA ist es dann aufgefallen erst?

447 P2: JA <<dim> in der untersuchung dann;>

448 A1: ~ah\_HA,

449 A1: aber das SCHWITZEN war schon vorher?

450 P2: ja,

451 A1: und dann war der STURZ;

452 P2: <<P> ~hm\_hm,>

453 (1.5)

454 A1: <<P> ~hm\_hm,>

455 (2.0)

## XXXVI

456 P2: und bei dieser GANZKÖRPER <<dim> untersuchung ist es dann  
herausgekommen,> °hh (--)

457 P2: weil wir eben nicht GWUSST haben woher das ↑KOMMT <<dim> warum das  
so STICHT beim [atmen, ] =und,>

458 A1: [ <<pp> okay;> ]

459 (-)

460 A1: und da war aber NIX,

461 A1: =war keine RIPPE:,

462 P2: GAR nichts,=also [ich hab em er] te gehabt von [oben] bis unten,

463 A1: [angeknackst ] [ja, ]

464 P2: =und es ist NICHTS rausgekommen,

465 P2: und es hat mir eigentlich EHER angst gemacht weil wir [(.) es]  
muss ja irgendwas ↑SEIN weil ich bild mir das ja nicht EIN dass  
(-) °h

466 A1: [ja\_ja,]

467 P2: <<pp> so schwer atme,>

468 (1.5)

469 A1: okay aber es war dieser STURZ vom pferd erst ↑NACH (.) dem  
schwitzen,

470 P2: ja,

471 A1: <<pp> (beginnen) ja?=also, (--) °hh>

472 (1.5)

473 A1: <<p> ja;>

474 A1: aber DAVOR war dieser- dieses studium und diese (-) schwierige  
zeit [(.)] mit dem freund;

475 P2: [ja,]

476 A1: sonst [NIX; ]

477 P2: [ ~hm\_hm, ]

478 P2: (1.0) ((sehr kurzes knarren))

479 A1: okay;

480 (1.0)

#00:11:22:50#

481 A1: << blättern> °h (1.0) gibts> ↑AUSSER dieser (.)  
schilddrüsengeschichte <<all> irgendwas NOCH?>

482 (2.5)

483 A1: <<p> irgendwas ANDERES irgendwelche anderen probleme?>

484 (2.5)

485 A1: körperlich, (-)

486 A1: SEELISCH,

487 P2: (3.0) also KÖRPERLICH nicht,

488 P2: <<pp> seelisch (1.0) (<<kurz leise auflachend> >>)

489 (3.0)

490 P2: <<pp> ja es gibt IMMER dinge die einen belasten und (es war

((lacht 1.5))>

491 A1: [ <<:-), pp> ist das leben,> ]

492 P2: [ ((lachend)) ] <<:-)> genau,>

493 A1: °h gut <<blättern> ich frag> sie TROTZDEM [↑KÖRPERLICH]  
durch,=<<lachend> ja?>

494 P2: [ahm (-) ja,]

495 P2: ja (-) <<pp> bitte,>

#00:11:54-8#

496 A1: also; (1.0)

497 A1: kopf beginn ma beim KOPF,

498 A1: =kopfschmerzen?

499 P2: (-) <<pp> nein nie,>

500 A1: nix;

501 A1: AUGEN?

502 P2: ja (-) durch [das S::EH ich schlecht ,]=und,

503 A1: [ <<p> durch das:: (-) durch die ( )> ]

504 A1: <<f> JA?>

505 A1: ((blättern 3.0)) das möcht ich SCHON noch genauer wissen, ja;

506 P2: also:-

507 (2.0)

508 A1: °h (-)

509 P2: das:-

510 A1: also IMMER wenn das stärker wird?

511 (--)

512 P2: seh ich LEICHT immer verschwommen?

513 (1.5)

514 A1: <<pp> ~hm\_hm,>

515 P2: es kommt so in PHASEN is nicht durchgehend am tag, aber,

516 (2.0)

517 P2: [(immer) WIEDER,]

518 A1: [ <<pp> ~hm\_hm,> ]

519 P2: und auch beim AUTOFAHREN, (1.0) bin ich-

520 P2: wenn ich ↑NAH und dann WEIT sehen <<pp> muss in ( ) schnellen  
abschnitt,>

521 A1: okay, also das MERKEN [sie schon;=ja, ]

522 P2: [da- da- das tut dann RICHTIG] weh,=ja,

523 A1: das war EH [logisch] dann,

524 P2: [ja, ]

525 A1: SONST aber nix,

526 A1: =keine ALLERGI::E,

527 P2: NEIN,

528 A1: =<<pp> nichts ( )>

529 P2: <<pp> GAR nichts,>

## XXXVIII

530 A1: OHREN?  
531 P2: <<pp> ^hm\_hm,>  
532 A1: <<pp> gibts NIX zu sagen,>  
533 A1: <<p> NEBENHÖHLEN (.) NASE (-) HEUSCHNUPFEN,>  
534 P2: <<p> NEIN,>  
535 A1: nix;  
536 A1: ZÄHNE in ordnung?

#00:12:40-2#