

Arbeitspapier Nr. 32 (05/2021)

**„i kOmm glei NOMma“ vs. „TSCHÜ_üss“ –
Eine vergleichende gesprächsanalytische
Untersuchung von ärztlichen und pflegerischen
Gesprächsbeendigungen in Interaktionen mit
PatientInnen
Tobias Werning**

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	3
2	Forschungsstand	5
2.1	Gesprächsbeendigungen in der Kommunikation	5
2.2	Gesprächsbeendigungen im ärztlichen und pflegerischen Sprechen....	8
2.2.1	Gesprächsbeendigungen zwischen ÄrztIn und PatientIn.....	8
2.2.2	Gesprächsbeendigungen zwischen PflegerIn und PatientIn	11
3	Konversationsanalyse.....	14
4	Datengrundlage und ethnographischer Hintergrund	16
5	Analyse.....	17
5.1	Gesprächsbeendigungen zwischen ÄrztIn und PatientIn	17
5.2	Gesprächsbeendigungen zwischen PflegerIn und PatientIn.....	28
5.3	Vergleich der Gesprächsbeendigungen	33
5.3.1	Quantitativer Vergleich	33
5.3.2	Qualitativer Vergleich	35
6	Fazit.....	39
	Literaturverzeichnis	42
	Anhang.....	47

1 Einleitung

Der Umgang und die Kommunikation mit schwer kranken Patienten stellen für den Arzt eine erhebliche fachliche, ethische und menschliche Herausforderung dar. (Husebø 2017: 102).

Zunächst erscheint das Zitat von Husebø (2017: 102) leicht verständlich. ÄrztInnen, die in der (Palliativ-)Medizin tätig sind, stehen täglich vor Herausforderungen, die von fachlicher, ethischer und menschlicher Natur sein können. Husebø fokussiert in seinem Kapitel zur Kommunikation in der Palliativmedizin die *ärztliche* Interaktion mit PatientInnen. Die Interaktion zwischen PflegerInnen und PatientInnen scheint demnach einen geringeren Stellenwert einzunehmen – obwohl PflegerInnen, anders als ÄrztInnen, mehrmals pro Schicht mit stationären PatientInnen interagieren. Eine Feststellung, die stellvertretend für die gesamte Forschungslage steht: Es existieren zahlreiche (gesprächsanalytische) Forschungsarbeiten, die sich ÄrztInnen-PatientInnen-Interaktionen widmen (vgl. Nowak, Spranz-Fogasy 2008; Spranz-Fogasy 2008, 2010, 2014; Nowak 2010; Džanko 2020)¹. Hingegen liegen in der PflegerInnen-PatientInnen-Interaktion nur wenige Publikationen vor, „die sich auf authentische Kommunikation konzentrieren“ (Walther 2003: 36). Auch wenn nach dieser Aussage von Walther gut 18 Jahre vergangen sind, ist die Forschungslage nahezu unverändert.

Beim Versuch, den strukturellen Aufbau eines Gesprächs zwischen ÄrztInnen und PatientInnen in einem Handlungsschema darzustellen, unterscheiden Nowak und Spranz-Fogasy (2008) zwischen fünf Konstituenten: Die Gesprächseröffnung, die Beschwerdeexploration, die Diagnosestellung, die Therapieplanung sowie die Gesprächsbeendigung mit Verabschiedung (vgl. Nowak, Spranz-Fogasy 2008: 86). Im Rahmen dieser Arbeit soll der Fokus auf eine zentrale Komponente dieses Handlungsschemas gelegt werden: Die Gesprächsbeendigungen.

¹ Die aufgeführten Literaturangaben stellen lediglich eine Auswahl dar. Die von Spranz-Fogasy, Becker, Menz und Nowak erstellte Bibliographie zur medizinischen Kommunikation umfasst 5220 Einträge (Stand 2014; Link in Literaturverzeichnis).

In Bezug auf das pflegerische Sprechen mit PatientInnen kann sich an einem Schema einer prototypischen Pflegekommunikationssequenz (Sachweh 1999) orientiert werden, welches im Verlauf der Arbeit vorgestellt wird.

In Form einer vergleichenden gesprächsanalytischen Untersuchung zwischen ärztlichen und pflegerischen Gesprächsbeendigungen in Interaktionen mit PatientInnen lautet die zentrale Fragestellung dieser Arbeit:

Welche (Gesprächs-)Praktiken weisen ärztliche und pflegerische Gesprächsbeendigungen auf und welche Unterschiede und Gemeinsamkeiten lassen sich auf Basis einer gesprächsanalytischen Untersuchung herausstellen?

Bevor auf die gesprächsanalytischen Studien zu Gesprächsbeendigungen im ärztlichen und pflegerischen Sprechen näher eingegangen werden kann (Kapitel 2.2), wird zunächst der Forschungsstand zu Gesprächsbeendigungen in der (alltäglichen) Kommunikation aufgezeigt sowie grundlegende Begrifflichkeiten definiert (Kapitel 2.1).

Die Methodik dieser Arbeit basiert auf einer qualitativen Gesprächsanalyse, die Erkenntnisse über interaktive Praktiken und deren sprachliche Umsetzung liefern soll. Im nächsten Kapitel (Kapitel 3) wird diese Methodik vorgestellt und der *Praktiken-Begriff* definiert. Darüber hinaus werden Ursprünge, Konzepte und Ziele der Gesprächsanalyse erläutert. Im folgenden Kapitel (Kapitel 4) erfolgt die Vorstellung der Datengrundlage sowie deren ethnographischer Hintergrund. Daran anschließend folgt das Kapitel zur Analyse der Gesprächsbeendigungen, welches in drei weitere Unterkapitel geteilt ist. Zunächst erfolgt die Analyse der Gesprächsbeendigungen zwischen ÄrztInnen und PatientInnen (5.1), daran anschließend die Gesprächsbeendigungen zwischen PflegerInnen und PatientInnen (5.2). In Kapitel 5.3 werden Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Analyse in Form eines quantitativen (5.3.1) und qualitativen Vergleichs (5.3.2) herausgestellt; bevor im Fazit (Kapitel 6) zentrale Ergebnisse resümiert und weitere Forschungsansätze vorgestellt werden.

2 Forschungsstand

2.1 Gesprächsbeendigungen in der Kommunikation

Der Aufsatz „Opening up Closings“ von Schegloff und Sacks (1973) stellt in der Konversationsanalyse das Grundlagenwerk dar, auf welches sich ausnahmslos alle im Kapitel 2.2 aufgeführten medizinischen und pflegerischen Arbeiten zu Gesprächsbeendigungen beziehen. Grundlegende Begrifflichkeiten und zentrale Ergebnisse des inzwischen fast 50 Jahre alten Aufsatzes sollen als Basis für die folgende Analyse knapp dargelegt werden.

Kommunikation in Gesprächen basiert auf einem *turn-taking-system* (Sacks, Schegloff, Jefferson 1974). Wenn diese *turn-taking-machinery* (Sacks, Schegloff 1973) beendet wird, nutzen GesprächsteilnehmerInnen verschiedene Techniken. Eine davon ist der *terminal exchange* (Sacks, Schegloff: 1973: 317). Aufgebaut als *adjacency pair* (Sacks, Schegloff 1973: 295) besteht dieser aus zwei konventionalisierten Teilen; dargestellt in der folgenden Abbildung.

Abb. 1 Terminal Exchange (eigene Darstellung)²

01: Terminal Sequence A: Tschüss
02: Terminal Sequence B: Tschüss
03: (Ende der Konversation)

Diese Verabschiedungssequenz in paarsequenzieller Form legt das Ende eines Gesprächs fest. PartnerIn A und PartnerIn B lösen mit Hilfe dieser Praktik die *turn-taking-machinery* auf: „the interaction will end and the rules for turn taking will no longer be operative“ (Robinson 2001: 641).

Dieser Abschlussphase eines Gesprächs (vgl. Birkner et al. 2020: 87) geht ein Beendigungsvorlauf, eine *possible preclosing sequence*³ (Sacks, Schegloff 1973), voraus; dargestellt in Abbildung Nummer 2.

² Angelehnt an Robinson (2001: 641).

³ Sacks und Schegloff (1973) verwenden die Schreibweise mit Bindestrich („*possible-preclosing*“). In neueren Arbeiten (Robinson 2001; West 2006; White 2015) dominiert die Schreibweise ohne Bindestrich. Die vorliegende Arbeit orientiert sich ebenso an der aktuelleren Schreibweise.

Abb. 2: Possible Preclosing Sequence (eigene Darstellung)⁴

01: Preclosing Sequence A: Okay
02: Preclosing Sequence B: Okay
03: Terminal Sequence A: Tschüss
04: Terminal Sequence B: Tschüss
05: (Ende der Konversation)

Die Funktion solcher Diskursmarker⁵ („gut“, „okay“) mit fallender Intonation kann einerseits darin bestehen, den Austausch von Abschiedsgrußformeln vorzubereiten, oder andererseits, dem anderen Gesprächspartner / der anderen Gesprächspartnerin die Möglichkeit zu geben, ein neues Gesprächsthema zu eröffnen. Damit wäre genau das Gegenteil erreicht (vgl. Brandner 2012: 24). Entscheidend ist dabei, wie PartnerIn B auf die *possible preclosing sequence* reagiert. Initiiert PartnerIn B ebenfalls einen Beendigungsvorlauf, erklärt er/sie sich damit einverstanden, das Gespräch abzuschließen. Falls nicht, kann dies „als Verweigerung der Zustimmung zur baldigen Gesprächsbeendigung gewertet [werden]“ (Birkner et al. 2020: 87).

Brandner (2012) verweist auf die Problematik einer klaren Grenzziehung zwischen dem themenbeendenden Teil und der Beendigungsphase. Dabei bezieht sie sich auf eine Arbeit von Pavlidous (2002), die bei der Analyse von privaten griechischen Telefongesprächen zu dem Ergebnis kam, dass mehrere Paarsequenzen ineinandergreifen und diese eine Multifunktionalität aufweisen. Diese Multifunktionalität bestehe in einer themenbeendenden und beendigungsinitiiierenden Praktik (vgl. Brandner 2012: 25).

Bei (telefonischen) Gesprächsbeendigungen bearbeiten die GesprächsteilnehmerInnen „komplementäre interaktive Aufgaben“ (Birkner et al. 2020: 85). Das Abarbeiten der Aufgaben besteht aus drei Konstituenten. Zunächst muss die letzte Thematik des Gesprächs beendet werden, sodass ein Übergang in die Abschlussphase des Gesprächs erfolgen kann. In dieser Abschlussphase kommt es zu einem Austausch von rituellen Handlungen; dazu zählt beispielsweise der Austausch von (Abschieds-)Grüßen. Darauf folgt in präsenten Konversationen das körperliche Auflösen der fokussierten Interaktion

⁴ Angelehnt an Robinson (2001: 642).

⁵ Diskursmarker stellen „gesprächssteuernde Einheiten [dar], die dem Hörer pragmatische, also handlungsbezogene, Verstehensanweisungen liefern. Diskursmarker sind Wörter oder kurze Phrasen, die insofern kompliziert zu beschreiben sind, als sie immer auch andere Funktionen haben können“ (Imo 2016: 221). Sie werden in der Regel vor einer Äußerung platziert und projizieren eine Folgeäußerung oder kündigen eine Folgeäußerung an (Imo 2016: 111).

(*disengagement*) (vgl. Birkner et al. 2020: 85). Darunter fällt das Händeschütteln zum Abschied oder das Verlassen des Interaktionsortes.⁶

Birkner et al. (2020: 85) bezeichnen die kanonische Form einer Gesprächsbeendigung als „Normalform“. Demnach ergibt sich folgendes sequenzielles Schema für eine kanonische Gesprächsbeendigung, die einem parsequenziellen Aufbau folgt:

Abb. 3: Sequenzschema eines Gesprächsabschlusses (Birkner et al. 2020: 88)

A/B: Themenbeendigung
A: erster Beendigungsvorlauf
B: zweiter Beendigungsvorlauf
A: erster Gruß
B: zweiter Gruß
A/B: Auflösen der Kopräsenz

Neben diesem ‚Normalfall‘ existieren ebenso expandierte oder verkürzte Varianten der kanonischen Form. Eine Expansion kann sowohl thematisch als auch rituell erfolgen. Eine thematische Expansion eröffnet die Möglichkeit, ein noch nicht beendetes oder ein neues Gesprächsthema einzuführen (vgl. Birkner et al. 2020: 90). Für eine rituelle Expansion hingegen sorgt die „Erweiterung des bestätigenden Ausdrucks“ (Birkner et al. 2020: 94). Darunter fallen das Verweisen auf einen nächsten Kontakt oder ein Wiedersehen, das Bedanken für das Gespräch sowie das Übermitteln eines Wunsches oder eines Grußes an den/die PartnerIn, FreundInnen oder weitere Angehörige (vgl. Birkner et al. 2020: 94).

Eine Verkürzung der kanonischen Form tritt dann ein, wenn in dem laufenden Gespräch kein Gesprächsfokus hergestellt werden kann, zum Beispiel, wenn ein Telefongespräch dadurch zustande kommt, dass sich ein Gesprächsteilnehmer / eine Gesprächsteilnehmerin bei der Eingabe der Telefonnummer verählt hat. Dabei entfallen die Beendigungsvorläufe und es kommt zu einer vorzeitigen Auflösung der Kopräsenz (vgl. Birkner et al. 2020: 96-97).

⁶ Zur Auflösung des (körperlichen) Miteinanders: Birkner et al. 2020: 97ff.

2.2 Gesprächsbeendigungen im ärztlichen und pflegerischen Sprechen

2.2.1 Gesprächsbeendigungen zwischen ÄrztIn und PatientIn

Heath untersuchte bereits 1986 körperliche Handlungsweisen und den Sprachgebrauch in medizinischen Interaktionen. Die Studie zählt zu den ersten, die im Bereich der Konversationsanalyse anzusiedeln sind (vgl. Anderson 2020: 49). Dabei muss vorab erwähnt werden, dass es sich um ÄrztInnen-PatientInnen-Interaktionen handelt, die in einer Praxis aufgenommen wurden. Die räumlichen Gegebenheiten erfordern, im Gegensatz zu einem stationären Setting, andere Handlungsmuster. So sind es in den meisten Fällen die PatientInnen, die das Behandlungszimmer verlassen:

Taking leave of the doctor is begun during the consultation itself whilst the doctor and the patient are still speaking. And, far from this pattern being idiosyncratic, the patient begins to take leave of the doctor time and time again at a particular position in the course of the interaction (Heath 1986: 130).

Nach Heath (1986) machen ÄrztInnen am Ende des Gesprächs weitere Vorschläge in Bezug auf die weitere Handlung / das weitere Vorgehen, sobald der thematische Kern des Gesprächs abgeschlossen ist. Wird dies seitens der PatientInnen akzeptiert, folgen körperliche Aktivitäten (beispielsweise Aufstehen) der PatientInnen noch vor dem *terminal exchange* (Sacks, Schegloff 1973: 317), um die bestehende Kopräsenz aufzulösen.

Acht Jahre später betonten White, Levinson, und Roter (1994) die Bedeutung von Gesprächsbeendigungen in der medizinischen Kommunikation:

The last few moments of a visit [physician visits patient; Anm. T.W.] are important for the patients. They can influence the patients' satisfaction with care, how likely they are to follow physicians' recommendations, and their actual health outcomes (White, Levinson, Roter 1994: 24).

Die Studie, die „the first attempt to describe how physicians and patients close office visits“ (White, Levinson, Roter 1994: 27) darstellt, zielt darauf ab, verschiedene „types of communication“ (White, Levinson, Roter 1994: 24) zu identifizieren. Dabei handelt es sich nicht um eine gesprächsanalytische Arbeit, sondern um eine quantitativ angelegte Studie, die die Häufigkeiten von Kommunikationstypen und die zeitliche Länge von

Gesprächsbeendigungen erfasst. Dennoch sollen zentrale Aspekte der Studie knapp dargelegt werden. Insgesamt nahmen an der Studie 88 PatientInnen und 20 ÄrztInnen teil. Die Ergebnisse der Studie wurden in Tabellen abgebildet, in denen die Häufigkeit von (sprachlichen) Verhaltensweisen von ÄrztInnen und PatientInnen in 88 Interaktionen nach den Kriterien „typical“ (> 50 %), „common“ (30 - 49 %) und „less common“ (< 30 %) aufgelistet wird. Zu den typischen sprachlichen Verhaltensweisen der ÄrztInnen zählen das Abklären des (Behandlungs-)Plans (75 %), das Treffen einer Vereinbarung mit den PatientInnen (68 %), Orientierung geben (56 %) und das Aussprechen einer Empfehlung oder weiterer therapeutischer Maßnahmen (53 %). Des Weiteren überprüfen ÄrztInnen in 34 Prozent der Fälle, ob die PatientInnen alle Sachverhalte verstanden haben; in 25 Prozent der Daten fragen die ÄrztInnen, ob weitere Fragen bestehen (White, Levinson, Roter 1994).⁷

Anknüpfend an den von White, Levinson und Roter (1994) bestimmten Wert, dass PatientInnen in 21% der Fälle eine neue Problematik oder ein zusätzliches Anliegen äußern, fokussiert Robinson (2001) den Übergang zwischen „the closure of the business of encounters and the transition into the closing phase of encounters“ (Robinson 2001: 642). Robinson identifiziert in seinen Daten zwei von ÄrztInnen initiierte kommunikative Praktiken und definiert diese als *arrangement-related business-preclosing-sequence* und als *final-concern business-preclosing-sequence* (Robinson 2001). Robinson kommt zu dem Ergebnis, dass *final-concern-sequences* die Möglichkeit für PatientInnen eröffnen, ein zusätzliches Anliegen und weitere Sorgen zu äußern, während *arrangement-sequences* dies nicht zulassen (vgl. Robinson 2001: 653).

West (2006) untersucht in der amerikanischen *Primary Care* aufgezeichnete Gespräche anhand von zwei zentralen Fragestellungen: *Wer* initiiert die Gesprächsbeendigung und *wie* werden diese (sprachlich) realisiert? Mit Verweis auf die von White, Levinson und Roter (1994) durchgeführte Studie führt West an, dass diese nicht die „turn-by-turn-organization of closings per se“ (West 2006: 381) berücksichtigt. In allen von West erhobenen Daten wird die

⁷ Die häufigsten sprachlichen Handlungen der PatientInnen waren, der Aussage der ÄrztInnen zuzustimmen (82%); gefolgt von dem Aussprechen eines Komplimentes (48%), das Geben von Informationen über ihren (gesundheitlichen) Zustand (33%) und ihrer Therapie (33%). In 26 Prozent der Fälle lachen die PatientInnen, stellen Fragen (22%) oder führen eine neue Problematik ein (21%) (vgl. White, Levinson, Roter 1994).

Gesprächsbeendigung von ÄrztInnen initiiert; in 37 von 48 Fällen geschieht dies durch das Treffen von Vereinbarungen über die weitere (medizinische) Behandlung (vgl. West 2006: 395). Weiterhin beobachtet sie, dass es am Gesprächsende zu einer Wiederholung bereits getroffener Vereinbarungen kommt. Erklärbar ist dies damit, dass es ein Bestandteil „of the business at hand in primary care visit“ (West 2006: 395) ist. Mit Verweis auf Heath (1986) erläutert West, dass das Treffen von Vereinbarungen wichtig für ein „managing particular complaints“ (West 2006: 395) sei. So komme es zu einer „continuity of care in their primary care relationships“ (West 2006: 411). Das Vereinbaren von weiteren Terminen oder das Festlegen folgender medizinischer Behandlungen ist somit als wesentlicher Bestandteil der ÄrztInnen-PatientInnen-Beziehung zu sehen; diese Beziehung wird somit auch nach Ende der aktuellen Interaktion aufrechterhalten (vgl. Brandner 2012: 28).

White greift den Ansatz des *arrangement makings* in ihren Publikationen (2011; 2012; 2015) auf und wendet diesen auf das klinische Setting an. In ChirurgInnen-PatientInnen-Gesprächen differenziert White zwischen sechs Typen des *arrangement makings*: „arranging surgery, referring back, referring on, arranging diagnostic testing, organising a follow-up, and instructions regarding front desk paperwork“ (White 2012: 66; White 2015: 174f.). Die ChirurgInnen initiieren das *preclosing* in den meisten Fällen, da sie über den „institutional epistemic advantage“ (White 2012: 77) verfügen. Neben dem *arrangement making* identifiziert White drei weitere Typen eines *possible preclosings*: *Final concern sequences* (Robinson 2001), *preclosing announcements*⁸ und *passing a turn* (vgl. White 2015: 174).⁹

Deutsche gesprächsanalytische Publikationen, die explizit Gesprächsbeendigungen zwischen ÄrztInnen und PatientInnen fokussieren, existieren kaum.¹⁰

⁸ Auch West (2006) hat *preclosing announcements* in ihren Daten festgestellt. Allerdings wurde dieses Verfahren in nur 3 von 48 Gesprächen beobachtet.

⁹ White identifiziert in ihren Daten einen ‚Sonderfall‘. Auch wenn ÄrztInnen die Rolle eines Interviewers (Heath 1986) einnehmen und über die epistemische Autorität verfügen, können PatientInnen ebenfalls *preclosings* initiieren. White definiert diesen Typ als *patient-initiated preclosing* (White 2015: 159f.).

¹⁰ An dieser Stelle sei die Arbeit von Brandner (2012) erwähnt. Sie untersucht, welche Auswirkungen das institutionelle Setting auf Gesprächsbeendigungen zwischen ÄrztInnen und PatientInnen hat. Dabei stellt sie die Unterschiede zwischen dem Beginn und dem Ende des medizinischen Therapieprozesses heraus.

Auch wenn Nowak (2010) einen systematischen Überblick über das sprachliche Handeln von ÄrztInnen gibt, konstatiert er, dass weitere Arbeiten nötig seien, um mehr differenzierte Aussagen über die Gesprächskomponente ‚Gesprächsabschluss‘ treffen zu können (vgl. Nowak 2010: 334). Bei der Analyse der Primärstudien identifiziert Nowak vier Handlungstypen in Gesprächsenden zwischen ÄrztInnen und PatientInnen: Die Zusammenfassung des Gesprächs, das Anbieten einer abschließenden Nachfragemöglichkeit, Orientierung über zukünftige Schritte geben sowie das explizite Formulieren des Gesprächsabschlusses (vgl. Nowak 2010: 333).

Im spezifischen Kontext des palliativmedizinischen Settings¹¹ ist der Aufsatz von Lindtner-Rudolph und Bardenhauer (2015) zu Chancen und Risiken ärztlicher Gesprächsführung in der Palliativmedizin anzuführen. Dieser thematisiert die kommunikativen Herausforderungen für ÄrztInnen und PatientInnen, die sich im besonderen Kontext des palliativmedizinischen Settings ergeben. Dabei werden Gesprächspraktiken herausgestellt, die zur Aushandlung und Bearbeitung „sensibler Themen“ (Lindtner-Rudolph, Bardenhauer 2015: 252) dienen. Gesprächsbeendigungen sind hingegen kein Gegenstand dieser Arbeit.

2.2.2 Gesprächsbeendigungen zwischen PflegerIn und PatientIn

Während bereits eine große Anzahl an Aufsätzen zu Gesprächsbeendigungen zwischen ÄrztInnen und PatientInnen existiert, so fällt die Anzahl der (gesprächsanalytischen) Publikationen zu Gesprächsbeendigungen zwischen Pflegekräften und PatientInnen geringer aus. Es liegen (aktuelle) Arbeiten vor, die die gesamte Kommunikation im Gesundheitswesen und in der Pflege aufgreifen. Jedoch sind diese als Lernwerke für Auszubildende und Studierende konzipiert, da sie Handlungsempfehlungen zur Kommunikation im Pflegealltag liefern, keine authentischen Gesprächsdaten anführen und Übungen zur Selbstreflexion beinhalten (Mantz 2019; Hoos-Leistner 2020).

¹¹ Fine et al. (2010) untersuchten in Form einer deskriptiv angelegten Studie ÄrztInnen-PatientInnen-Diskussionen in der „Palliative and End-of-Life Care“ (2010: 595). Da diese Arbeit kein gesprächsanalytisches Vorgehen aufweist, wird auf diese Studie nicht näher eingegangen.

Die erste gesprächsanalytisch ausgerichtete Arbeit, die das sprachliche Verhalten zwischen PatientInnen und Pflegepersonal in einem Krankenhaus untersucht, ist die von Weinhold aus dem Jahr 1997. Nach Aussage der Verfasserin sei dies die „erste linguistische Arbeit im deutschen Sprachraum, in der die Kommunikation zwischen Patienten und Pflegepersonal das Hauptthema bildet“ (Weinhold 1997: 18). In Bezug auf Gesprächsbeendigungen bezeichnet sie die von Sacks und Schegloff (1973) definierten *possible preclosings* („We-ll“, „So-o“) als „mögliche Vor-Beendigungen“ (Weinhold 1997: 71). Die Funktion solcher Rahmenschaltelemente besteht darin, das Ende des Gesprächs einzuleiten oder ein neues Thema zu eröffnen. Rahmenschaltelemente stellen in Weinholds Daten ein Phänomen dar, welches in Interaktionen zwischen PflegerInnen und PatientInnen häufig auftritt (vgl. Weinhold 1997: 71).

Weinhold differenziert zwischen Gesprächsbeendigungen im Früh- und Spätdienst. Dabei merkt sie an, dass Gesprächsbeendigungen am Morgen wesentlich kürzer ausfallen als Verabschiedungen am Abend. Zudem sind Gesprächsbeendigungen im Frühdienst dadurch gekennzeichnet, dass sie nicht immer eine abschließende Sequenz enthalten (vgl. Weinhold 1997: 73). Gesprächsbeendigungen am Abend weisen hingegen immer „eine mehr oder minder ausgeprägte Verabschiedung“ (Weinhold 1997: 83) auf.

Sachweh (1999) verweist in ihrer Publikation zur Kommunikation zwischen Pflegepersonal und BewohnerInnen in der Altenpflege auf die Paarsequenzen am Gesprächsanfang und -ende in Interaktionen mit BewohnerInnen. Rituelle Gesprächsbeendigungen werden deutlich markiert und weisen eine rahmengebende Funktion auf (vgl. Sachweh 1999: 117). PflegerInnen verabschieden sich am Ende zumeist mit „bis nachher / später / gleich Frau / Herr X“; es wird demnach auf ein erneutes Wiedersehen hingewiesen (vgl. Sachweh 1999: 118). Eine typische Pflegekommunikationssequenz weist nach Sachweh (1999) folgenden Aufbau auf:

Abb. 4: Aufbau einer typischen Pflegekommunikationssequenz (Sachweh 1999: 96)

1. Einleitender Gruß
2. Befindensfrage als Zeichen für Interesse und Wertschätzung
3. Ankündigung der Morgenpflege
4. je Schritt / Phase erfolgen

- a) verbale Einleitung durch Handlungserklärungen und Aufforderungen
 - b) praktische (oft schweigende) Durchführung
 - c) verbaler Abschluss durch Gliederungssignale
5. Ankündigung des Abschlusses der Morgenpflege
 6. Abschiedsgruß

In Form einer *preclosing sequence*, die sprachlich mit Äußerungen wie „gut“, „okay“ oder „alles klar“ realisiert wird, verdeutlichen die Pflegekräfte, dass die geplante Pflegeaktivität abgeschlossen ist und sie sich eine Auflösung der fokussierten Interaktion wünschen (vgl. Sachweh 1999: 96). Der Abschiedsgruß enthält, wie oben bereits beschrieben, einen Verweis auf folgende Interaktionen.

Posenau, der sich im Rahmen seiner Dissertation der Kommunikation zwischen demenzten BewohnerInnen und dem Pflegepersonal während der Morgenpflege im Altenheim widmete, teilt das Gespräch zwischen Pflegekräften und BewohnerInnen in Eröffnungs-, Kern- und Beendigungsphase ein (vgl. Posenau 2014). Sobald eine Pflegeaktivität in der Kernphase abgeschlossen ist, wird entweder zur nächsten pflegerischen Handlung übergegangen oder die fokussierte Interaktion wird seitens der Pflegekraft aufgelöst. Posenau fokussiert hierbei lediglich „die prototypischen Elemente, mit denen der Phasenwechsel und das Ende der Morgenpflege in den Bewohnerzimmern realisiert werden“ (Posenau 2014: 102). Zu den prototypischen Elementen¹², die Pflegekräfte in der Beendigungsphase einsetzen, zählt Posenau das eindeutige Beenden der gesamten Pflegehandlung, welches in den meisten Fällen eine Ankündigung einer Folgeaktivität enthält und den BewohnerInnen somit eine Orientierung hinsichtlich des weiteren Tagesablaufes gibt; das Aussprechen eines Lobes sowie das Behandeln pflegeferner Themen; das Erteilen einer Erlaubnis; das Stellen von Fragen sowie das Resümieren des gesamten Pflegegeschehens (vgl. Posenau 2014: 103ff.)

Zusammenfassend stellt Posenau heraus, dass die paarweise auftretenden Abschiedsformeln, die die Interaktion beenden, kaum auftreten (vgl. Posenau

¹² Posenau (2014) spricht außerdem von „Verfahren“ (2014: 103) oder „Varianten“ (2014: 104). Im Rahmen dieser Arbeit wird an dieser Stelle der Terminus der *Praktik* eingeführt.

2014: 102).¹³ Buck (i. V.) erklärt dies mit dem stetigem Wiedersehen zwischen Pflegekräften und BewohnerInnen im Laufe des Tages, beziehungsweise im Laufe der Schicht der PflegerInnen. Aus diesem Grund bestehe keine Notwendigkeit, „die fokussierte Interaktion nach der ersten Begegnung am Morgen direkt aufzulösen“ (Buck i. V.).

3 Konversationsanalyse

Die Methode der *Conversation Analysis* (CA) wurde in den 1960er Jahren von den amerikanischen Soziologen Harvey Sacks, Emanuel Schegloff und Harold Garfinkel entwickelt (vgl. Birkner et al. 2020: 7f.; vgl. Stukenbrock 2013: 223f.). Garfinkel, der als Begründer der Ethnomethodologie gilt, legte mit seinen Forschungsansätzen den Grundstein für die ethnomethodologische Konversationsanalyse (vgl. Birkner et al. 2020: 7f.) Angelehnt an das Konzept der *ethno-science* (Bergmann 2000), die „die kognitive Organisation von Wissens-, Vorstellungs- und Orientierungssystemen sozialer Gemeinschaft untersucht“ (Stukenbrock 2013: 220-221), beschreibt die Ethnomethodologie einen soziologischen Forschungsansatz,

der soziale Ordnung bis in die Verästelungen alltäglicher Situationen hinein als eine methodisch generierte Hervorbringung der Mitglieder einer Gesellschaft versteht und dessen Ziel es ist, die Prinzipien und Mechanismen zu bestimmen, mittels derer die Handelnden in ihrem Handeln die sinnhafte Strukturierung und Ordnung dessen herstellen, was um sie vorgeht und was sie in der sozialen Interaktion mit anderen selbst äußern und tun (Bergmann 2000: 119).

Die Konversationsanalyse hat sich als eigenständige Forschungsrichtung aus der Ethnomethodologie entwickelt; somit ist oft von einer

¹³ Dazu hält Posenau fest: „Hierbei ist aber zu beachten, dass ich nur die Interaktionen in den Zimmern aufgenommen habe. Dies ist insofern relevant, als die Interaktion häufig nicht dort beendet wurde. In fast allen Fällen wurden die Bewohner vom Pflegepersonal direkt im Anschluss an die Morgenpflege zu Fuß oder per Rollstuhl zum Speiseraum gebracht. Es ist anzunehmen, dass die prototypischen Elemente der Verabschiedung dort realisiert wurden [...]“ (Posenau 2014: 102).

ethnomethodologischen Konversationsanalyse¹⁴ die Rede (vgl. Stukenbrock 2013: 223). Die empirisch angelegte Konversationsanalyse untersucht (private) Alltagsgespräche und institutionelle Gespräche. Der Terminus ‚Konversation‘ wird von Stukenbrock als „kommunikativer Subtyp von Gesprächen“ (Stukenbrock 2013: 223) bezeichnet und sei aus dem Grund nicht passend.

In konversationsanalytischen Arbeiten stehen drei zentrale Komponenten im Fokus: Die Handlung (*action*), die Ordnungsstruktur (*order*) und die Intersubjektivität (*intersubjectivity*) (vgl. Birkner et al. 2019: 19).

Heritage (2011) zählt das Identifizieren von konversationellen Praktiken neben der Sequenzanalyse und der interaktionalen Organisation von Gesprächen zu den „basic procedures“ (Heritage 2011: 1) der CA. Eine Praktik ist dabei „any feature of the design of a turn in a sequence that (i) has a distinctive character, (ii) has specific locations within a turn or sequence, and (iii) is distinctive in its consequences for the nature or the meaning of the action that the turn implements“ (Heritage 2011: 6).

Eine Praktik ist eine Verbindung zwischen Ressourcen und Handlungen.

Durch die Verwendung einer für eine bestimmte Handlung designierten Praktik wird diese bestimmte Handlung ausgeführt, deren Erkennen ermöglicht oder deren Interpretation nahegelegt. Die Praktik selbst wird hergestellt durch die rekurrente Verwendung oder Kombination bestimmter Ressourcen oder Ressourcenbündel, d.h. sprachliche und nicht-sprachliche Formen und Formate, für die Herstellung und Kontextualisierung einer bestimmten Handlung in einem bestimmten sequenziellen Kontext (Selting 2016: 29).

Dabei werden Praktiken verschiedene Eigenschaften zugeschrieben. Sie sind kontextsensitiv, das heißt, dass sie „routinisierte Verwendungsweisen von Ressourcen für situierte Handlungen“ (Selting 2016: 29) darstellen und flexibel an die jeweiligen Gegebenheiten angepasst werden können. Zudem sind Praktiken in bestimmte soziale Handlungszusammenhänge eingebettet, in denen „sie ihre Funktion, ihren Sinn und ihre Interpretation für die Interaktionspartner gewinnen“ (Selting 2016: 29). „Sie werden von Interaktionspartnern in ihren spezifischen Beteiligungsrollen verwendet bzw. verstanden, sind also

¹⁴ In der Forschung wird auch der Terminus der ethnographischen Gesprächsanalyse verwendet (hierzu: Deppermann 2000). Die deutschen Begriffe für die Methode der CA lauten Konversationsanalyse, Gesprächsanalyse oder auch Gesprächsforschung. Stukenbrock konstatiert dazu, dass der Terminus „Konversationsanalyse“ nicht ganz passend sei, da „‚Konversation‘ im Sinne von ‚gepflegtem Gespräch‘ den Forschungsgegenstand nur unzureichend kennzeichnet“ (Stukenbrock 2013: 223).

an eine bestimmte Beteiligungsstruktur gebunden (participant framework)“ (Selting 2016: 29).

Birkner et al. (2020) konstatieren, dass Praktiken, „mit denen Gespräche organisiert werden, in der Regel routinierte Selbstverständlichkeiten [sind], die uns keineswegs bewusst sein müssen, aber eben doch zweckmäßig eingesetzt werden. Nichtsdestotrotz kann man auf einer Metaebene darüber reflektieren, sie erforschen etc.“ (Birkner et al. 2020: 22).

Das Untersuchen von Gesprächspraktiken wird von Deppermann (2008) als „das klassische Arbeitsgebiet der Konversationsanalyse“ (2008: 15) angesehen. Das Ziel besteht darin, aufzuzeigen, dass „die Realisierungsformen einer Praktik eine bestimmte gemeinsame Aufgabe bzw. Funktion in Gesprächen erfüllen“ (Deppermann 2008: 15-16). Wie auch in dieser Arbeit liegt der Untersuchungsgegenstand, die Gesprächspraktiken in ärztlichen und pflegerischen Gesprächsbeendigungen mit PatientInnen, im Schnittpunkt einer formal- und funktionsbezogenen Analyse (vgl. Deppermann 2008: 16).

4 Datengrundlage und ethnographischer Hintergrund

Die in dieser Arbeit verwendeten Gesprächsdaten sind dem Projekt „Kommunikation auf der Palliativstation: Pflegerisches und ärztliches Sprechen mit PalliativpatientInnen“ (Projektzeitraum: 01.08.2018 – 31.12.2020) entnommen.

Auf der Palliativstation des Städtischen Klinikums Karlsruhe wurden insgesamt 865 Audioaufnahmen mit einer Gesamtlänge von 103 Stunden erfasst; 71 Stunden entfallen auf 615 Pflegekraft-PatientIn- und 32 Stunden auf 250 ÄrztIn-PatientIn-Gespräche. Insgesamt erklärten sich 9 Patientinnen und 15 Patienten bereit, an dem Projekt teilzunehmen. Alle in dieser Arbeit vorkommenden personenbezogenen Daten wurden anonymisiert; bei den Namen handelt es sich um Pseudonyme (vgl. Buck i. V.). Die Transkripte wurden zu Basistranskripten bearbeitet, die nach dem Gesprächsanalytischen Transkriptionssystem 2 (GAT 2) (Selting et al. 2009) erstellt wurden.

Aus den 250 ÄrztInnen-PatientInnen- und 615 PflegerInnen-PatientInnen-Gesprächen wurden für diese Analyse der Gesprächsbeendigungen¹⁵ jeweils 40 Gespräche extrahiert. Somit umfasst die gesamte Kollektion 80 Interaktionen zwischen PatientInnen und ÄrztInnen und PatientInnen und PflegerInnen. Teilweise nehmen auch Verwandte oder Bekannte der PatientInnen an den Interaktionen teil; dies ist in den jeweiligen Gesprächen gekennzeichnet.

5 Analyse

Das Kapitel zur Analyse der Gesprächsbeendigungen setzt sich aus drei weiteren Unterkapiteln zusammen. Dabei werden zunächst die Gesprächspraktiken zwischen ÄrztInnen und PatientInnen betrachtet, gefolgt von den Praktiken zwischen PflegerInnen und PatientInnen. In Kapitel 5.3 werden Gemeinsamkeiten und Unterschiede in den Gesprächsbeendigungen in quantitativer (5.3.1) und qualitativer Dimension (5.3.2) herausgestellt.

5.1 Gesprächsbeendigungen zwischen ÄrztIn und PatientIn

Die in den Gesprächsbeendigungen zwischen ÄrztInnen und PatientInnen herausgestellten Praktiken ärztlichen Sprechens werden mit der Angabe der absoluten Häufigkeit in Tabelle 1 (S. 18) dargestellt.

Die grün hinterlegten Praktiken werden im Rahmen dieser Arbeit analysiert und in Kapitel 5.3 mit den Praktiken, die im pflegerischen Sprechen mit PatientInnen identifiziert wurden, verglichen. Im Rahmen dieser Arbeit können lediglich vier Praktiken ärztlichen und pflegerischen Sprechens vergleichend analysiert werden.¹⁶ Eine Übersicht über Gemeinsamkeiten und Unterschiede

¹⁵ Zu den Gesprächsbeendigungen sei eine ‚Problematik‘ erwähnt, die sowohl für das ärztliche als auch das pflegerische Sprechen gilt: "Finally, the HCP [health care practitioner] chose when to end the recording. This meant that they decided when they believed the interaction was over, which was not always after co-presence had been broken. For these reasons, we cannot be confident that the ‘terminal exchange’ was always captured, as further talk may have occurred following the end of the recording. However the terminal exchange is just the final part of the closing section [...]" (Anderson 2020: 108).

¹⁶ Die grün hinterlegten Praktiken werden gesprächsanalytisch untersucht, da davon ausgegangen wird, dass diese Praktiken besonders geeignet sind, um Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen ärztlichem und pflegerischem Sprechen herauszustellen. Diese Annahme ist darin begründet, dass die ausgewählten Praktiken in direktem Zusammenhang mit den unterschiedlichen Aufgabenfeldern der AkteurInnen stehen.

der nicht in dieser Arbeit gesprächsanalytisch untersuchten Praktiken ist dem Anhang beigelegt (Tabelle 6).

Tab. 1: Sprachliche Praktiken von ÄrztInnen in Interaktionen mit PatientInnen am Gesprächsende (n=40).

Gesprächspraktik	Absolutes Vorkommen
1. Eine vorausgegangene Thematik / Untersuchung beenden	39 ¹⁷ /40
2. Einen Raum für Fragen öffnen	8/40
3. Das Visiteergebnis / eine Untersuchung zusammenfassen	17/40
4. Eine Aufforderung / Bitte an den Patienten richten	11/40
5. Eine zukünftige Handlung / ein zukünftiges Ereignis ankündigen	8/40
6. Ein erneutes Wiederkommen / Gespräch ankündigen	21/40
7. Ein Verlassen / Gehen ankündigen	2/40
8. Einen Abschiedsgruß äußern	31/40

In dem folgenden Transkript (Ausschnitt 1) konnten insgesamt sieben von acht herausgestellten Praktiken identifiziert werden. Bevor die jeweiligen Praktiken anhand einzelner Transkripte erläutert werden, werden im vorliegenden Transkript grundlegende Form-Funktions-Zusammenhänge der Praktiken aufgezeigt.

Ausschnitt 1: 075_A_04_20180704 (00:06:29 – 00:07:14)

439 ARw05: (.) <<smile voice> da ham se bisschen
 beSCHÄftigung;>
 440 (-) [<<lachend> Hehe;>]
 441 PAw04: [<<smile voice> j:a:->]
 442 <<lachend> ahähäh[HÄ;>]
 443 ARw05: [<<smile voice> gut;>]
 444 (-) [gibt_s sonst]was was
 wir beSPREchen müssen;
 445 PAw04: [<<smile voice> oKEE;>]
 446 mh:::-
 447 daran fällt [mr] [NIX ei;]
 448 ARw05: [gut;]
 449 [ich fass nochmal]zuSAMmen;=
 450 =wir fangen das medikament an was gegen die
 NERvenschmerzen [is?]
 451 PAw04: [j:]a:;

¹⁷ In einer Interaktion zwischen dem Arzt und der Patientin wird der letzte Gesprächsgegenstand (Gespräch mit der Pflegerin und der Tochter) nicht interaktiv ausgehandelt, da sich die Patientin aufgrund ihrer schwachen körperlichen Verfassung nicht an dem Gespräch beteiligen kann.

452 ARw05: wahrscheinlich heute Abend?
 453 PAw04: [hm_HM,]
 454 ARw05: [°h]sie KRIEgen-
 455 PHYsiotherapie,
 456 wenn die f KOMMT,
 457 sagen sie ihr dass se_s n_bisschen mobiliSIeren,
 458 auch grade im hinblick auf steißbein und
 BEckenbode[nmus]kulatur;
 459 PAw04: [j:a;]
 460 ARw05: (-)und wir kucken dass es mit dem Abführen klappt;
 461 PAw04: [ja;]
 462 ARw05: [wenn NICH,]
 463 lass mer uns was wieder NEUES [einfal]len;
 464 PAw04: [mh-]
 465 ARw05: (---)<<smile voice> gut;>
 466 PAw04: [äh-]
 467 ARw05: [frau][GÄRTner;]
 468 PAw04: [Oba auf]dr staTION,
 469 (--)die schwester hat mr dann warme milch
 mit Honig gegeba;
 470 dann hat_s geKLAPPT;=
 471 ARw05: =na DANN,
 472 lassen se sich warme milch mit HONig geben;
 473 <<smile voice> bei dem warmen wetter
 natür[lich herVORragendes] getrÄnk,>
 474 PAw04: [<<lachend p> HE he he;>]
 [LAUwarm;]
 475 ARw05: [°h he-]
 476 h°<<p lachend> HÄhä;>
 477 <<smile voice> gut dass sie[sich so AUSkennen;>]
 478 PAw04: [DANGeschön frau]
 [DOKter;]
 479 ARw05: [GERne;]
 480 PAw04: (-)
 481 ARw05: alles KLAR frau GÄRTner;
 482 (--)<<lachend> aHI;>
 483 <<smile voice> bis SPÄter;
 484 PAw04: ja[(aDE;)]
 485 ARw05: [TSCHÜ_üs;>]

Mit der Aussage „<<smile voice> da ham se bisschen beSCHÄFtigung;>“ (Z. 439) beendet die Ärztin (ARw05) die vorangegangene Thematik.¹⁸ Nach dem Lachen beider Interaktionspartnerinnen folgt ein in Smile Voice verbalisiertes „gut;“ (Z. 443) mit fallender Intonation; ein *preclosing*-Element (Schegloff, Sacks 1973), welches das Ende einleiten oder ein neues Thema eröffnen kann. In diesem Fall entschließt sich die Ärztin dazu, nach einer 0,4-sekündigen Pause zu fragen, ob es „sonst was“ (Z. 444) gibt, was zu besprechen sei. Die Art der Fragestellung kann als *topic initial elicitor* (TIE) (Button, Casey

¹⁸ Es geht dabei um die Sauerstoffverbindung, die ausreichend lang sein soll, dass sich die Patientin (PAw04) im Zimmer frei bewegen kann (nicht abgedruckt). Es sei schon vorgekommen, dass sich „des DING aus der nase“ (nicht abgedruckt) der Patientin gelöst habe. Die Ärztin antwortet darauf, dass die Patientin sich den Anschluss selbst wieder in die Nase ‚basteln‘ soll – dort setzt der vorliegende Ausschnitt an.

1985) charakterisiert werden. Die Funktion des TIE besteht darin, ein Gesprächsthema interaktiv und wechselseitig zu generieren (vgl. Button, Casey 1985: 167). Dabei ist das Adverb „sonst“ (Englisch: „else“) ein wesentlicher Bestandteil eines TIE: “‘Else’ is a component that is commonly used in topic initial elicitor turns to mark an orientation to a contrast between prior and further talk” (Button, Casey 1985: 170). Der Patientin wird somit die Möglichkeit gegeben, den Turn zu übernehmen und weitere Gesprächsthemen zu eröffnen, die nicht unmittelbar einen Bezug zur vorherigen Gesprächsthematik (Sauerstoffschlauch) aufweisen. Allerdings fällt der Patientin „NIX ei;“ (Z. 447), sodass die Ärztin mithilfe einer metapragmatischen Projektorformel „ich fass nochmal zuSAMmen;=“ (Z. 449) die Zusammenfassung der Visite einleitet (*formulation*, Heritage, Watson 1979) und diese Handlung metakommunikativ selbst projiziert. Solche Projektionen können das Rederecht organisieren oder zum Ausdruck der eigenen Meinung dienen (vgl. Günthner 2008: 88). Außerdem kann die Funktion von Projektionen darin bestehen, Folgeäußerungen anzukündigen (vgl. Günthner 2008: 88).

In der Zusammenfassung der Ärztin wird die Einnahme eines Medikamentes „gegen die NERvenschmerzen“ (Z. 450) thematisiert, welches „wahrscheinlich heute Abend?“ (Z. 452) verabreicht werden soll. Der Definitartikel „das“ (Z. 450) weist darauf hin, dass das Medikament bereits zuvor Gesprächsgegenstand der Konversation gewesen sein muss. Die hoch steigend intonierte Intonationsphrase sowie die Verwendung des Kommentaradverbiums „wahrscheinlich“ (Z. 452), welches den Grad der Wahrscheinlichkeit angibt, „nachdem der Inhalt der Zusage zutrifft“ (Imo 2016: 97), weisen darauf hin, dass die Medikamentenvergabe noch nicht endgültig beschlossen und vermutlich von der Entwicklung der Beschwerden der Patientin im weiteren Verlauf des Tages abhängig ist.

Auch wenn die Gesprächspraktik *das Visiteergebnis zusammenfassen* dominiert, können weitere Gesprächspraktiken innerhalb dieser ‚Meta-Praktik‘ ausgeübt werden. So wird einerseits auf eine künftige (Be-)Handlung verwiesen (Medikamenteneinnahme, Z. 450; 452; Physiotherapie Z. 454-458), andererseits wird ebenso eine Aufforderung (*request*, Drew, Couper-Kuhlen 2014) an die Patientin gerichtet, die darin besteht, mit der Physiotherapie bestimmte Übungen für gesonderte Muskeln durchzuführen (vgl. Z. 457-458).

Gesprächspraktiken können, wie das Beispiel veranschaulicht, auch in Kombination auftreten und müssen nicht zwangsläufig isoliert vorkommen.

Der Verweis auf eine zukünftige Handlung kann auch das Entwerfen eines zukünftigen Szenarios in Form einer „Wenn (nicht) – dann“-Konstruktion (Zifunon et al. 1997) beinhalten. In diesem Ausschnitt kündigt die Ärztin an, dass, wenn das Abführen nicht klappt, sie sich wieder was „NEUes einfallen;“ (Z. 463) lassen. An dieser Stelle kommt es zu einem Aufbau eines mentalen Raumes, der weiteres gemeinsames Handeln bedingt (vgl. Ehmer 2011: 54). Die szenische Vorstellung („Abführen klappt nicht“) erfordert weitere Handlungsmuster, die allerdings noch nicht explizit erwähnt werden, da das Szenario lediglich eine antizipierte Situation beschreibt, die vonseiten der Ärztin nicht erwünscht ist. Ehmer (2011) fasst dies wie folgt zusammen:

Jedoch muss mit antizipierten Handlungszusammenhängen nicht der Anspruch verbunden sein, eine entsprechende Handlung tatsächlich auszuführen. Vielmehr werden in antizipierten mentalen Räumen oft solche Szenen dargestellt, die sich ohne Einfluss des Sprechers auf die Situation ergeben oder gerade in solchen Szenen bestehen, die vom Sprecher nicht erwünscht sind (Ehmer 2011: 59).

Nachdem die Ärztin erneut ein *possible preclosing*-Element äußert („<<smile voice> gut;>“, Z. 465) und die Patientin mit einer onymischen Adressierung (Günthner 2016) anspricht („frau GÄRTner;“, Z. 467), folgt eine weitere Aufforderung an die Patientin, die darin besteht, sich „warme milch mit HOnig geben;“ (Z. 472) zu lassen. Dabei stellt „na dann“ (Z. 471) einen unilateralen *dann*-Anschluss dar (vgl. Deppermann, Helmer 2013: 7). Auf einen dargestellten Sachverhalt der Patientin (Erfahrung und Wirkung des Getränks; Z. 468-470) formuliert die Ärztin eine Inferenz aus der Darstellung des Sachverhalts (Z. 472-473). „Na“ (Z. 471) fungiert dabei als ein Vorlaufelement, welches „das adversative Moment des beginnenden Turns projizier[t]“ (Deppermann, Helmer 2013: 7). Der *dann*-Anschluss formuliert im vorliegenden Beispiel eine Handlungsaufforderung an die Patientin, die die folgende Handlung (das Geben von warmer Milch mit Honig) so rahmt, „als handele es sich um einen handlungslogisch konsequenten nächsten Schritt, der sich aus dem bis dahin erreichten Stand des Gesprächs erbebe“ (Deppermann, Helmer 2013: 22).

Nach dem vierten *possible preclosing*-Element („alles klar frau GÄRTner;“, Z. 481) wird mit Hilfe der onymischen Adressierung der Übergang in den Austausch von Abschiedsgrüßen markiert (vgl. Günthner 2016: 415). Ein von der Ärztin verbalisiertes „bis später“ (Z. 484) weist implizit auf ein erneutes Wiedersehen im Laufe des Tages oder der Schicht hin. Erst ein finales „TSCHÜ_üs“ (Z. 485) beendet schließlich die Interaktion und löst die bestehende Kopräsenz auf.

I Das Visiteergebnis / eine Untersuchung zusammenfassen

Ausschnitt 2: 047_03_A_20180704 (00:05:37 – 00:05:50)

353 ARw05: (.) s_reicht mir schon von meiner unterSUchung her;
354 PAm03: ja;
355 ARw05: (1.2) also wie geSAGT;
356 sie frAgen mal die PHYsiotherapie,=
357 =ob man da IRgendwas n_bIsschen-
358 PAm03: (-) m_HM;
359 ARw05: besser beÜben kann,
360 und ich mach mir nochmal (.) geDANken;
361 PAm03: jo;
362 ARw05: und komm dann NACHher nochmal;
363 PAm03: oKEE;

Ogleich in dem vergleichsweise kurzen Ausschnitt mehrere Gesprächspraktiken seitens der Ärztin (ARw05) realisiert werden (*Aufforderung an PatientIn richten*, Z. 356; *Wiederkommen ankündigen*, Z. 362), wird hier die ‚Meta-Praktik‘ *das Visiteergebnis zusammenfassen* fokussiert. Durch die Aussage „s_reicht mir schon von der unterSUchung her;“ (Z. 353) beendet die Ärztin die kurze Untersuchung, bei der sie sich einen Eindruck von der Kraft und Mobilität der Armmuskulatur des Patienten (PAm03) macht, da dieser zuvor über ein Taubheitsgefühl im rechten Arm geklagt hat (nicht abgedruckt).

Eingeleitet durch „also wie geSAGT;“ (Z. 355), verweist die Ärztin auf bereits besprochene Themen, die sie erneut rekapituliert. Der Reformulierungsmarker „also“ (Z. 355) leitet im Folgenden eine Zusammenfassung der bislang thematisierten Gesprächsgegenstände ein (vgl. Blühdorn, Foolen, Lourda 2017: 24). In diesem Fall enthält die Zusammenfassung eine imperativisch formulierte Aufforderung an den Patienten, die darin besteht, der Physiotherapie mitzuteilen, (weitere) Übungen durchzuführen, die die Muskulatur der Arme stärken (Z. 356-357; 359). Die Zusammenfassung (*formulation*, Heritage, Watson 1979) übernimmt im vorliegenden Ausschnitt eine

verstehenssichernde Funktion (Spranz-Fogasy 2010). Die Ärztin vergewissert sich, dass beide InteraktionspartnerInnen über den gleichen Wissensstand verfügen und der Patient die zentralen Erkenntnisse der Visite und daraus resultierende Folgehandlungen, die von der Ärztin festgelegt werden und ihren epistemischen Status bestätigen, versteht. Durch die seitens des Patienten geäußerten Bestätigungspartikeln „m_HM;“ (Z. 358) und „jo“ (Z. 361) stimmt er der Zusammenfassung und der darin enthaltenen Handlungsaufforderung zu. Inwiefern der Patient die Aussage der Ärztin „=ob man da Irgendwas n_bisschen- besser beÜben kann,“ (Z. 359-360) versteht und sich ggf. neue interaktive Probleme ergeben, lässt sich an dem Ausschnitt nicht eindeutig nachweisen. Da sich die Ärztin die Ursache der Schmerzen noch nicht endgültig erklären kann, macht sie sich nochmal „geDANKen;“ (Z. 360), wobei der Prozess des ‚Gedankenmachens‘ eine aktive Handlung ihrerseits impliziert (Beratung mit KollegInnen, Ursachenforschung, Anmelden weiterer Untersuchungen etc.) und ein Wiederkommen der Ärztin erfordert, welches sie mit „und komm dann NACHher nochmal;“ (Z. 362) ankündigt.¹⁹

II Eine Aufforderung / Bitte an den Patienten richten

Ausschnitt 3: 041_03_A_20180628 (00:16:05 – 00:16:10)

```

639 ARw02: <<pp> mh->
640          (-) °hh wenn sie irgendwelche FRAGEN haben,
641          (-) MELden se sich [einfach;]
642 PAm03:          [ja;          ]
643          [hm_HM;          ]
644 ARw02: [bevor se_s] <<smile voice> vergESsen;>
645          <<lachend> h°>

```

Im vorliegenden Beispiel fordert die Ärztin (ARw02) den Patienten (PAm03) auf, sich bei „irgendwelche[n] FRAGEN“ (Z.640) zu „MELden“ (Z. 641), bevor er es vergesse (vgl. Z. 644). Dabei stimmt der Patient mit Hilfe der Bestätigungspartikeln „ja;“ (Z. 642) sowie „hm_HM;“ (Z. 653) der Aufforderung zu. Dabei zeigt das Indefinitpronomen „irgendwelche“ (Z. 640), dass sich die Fragen nicht zwangsläufig auf den vorher thematisierten

¹⁹ Im Folgegespräch (048_03_A_20180704) zwischen der Ärztin (ARw05) und dem Patienten (PAm03) kündigt sie – nach Absprache mit der Oberärztin – an, dass sie wegen der Schwäche im Arm gern ein CT vom Kopf und der Wirbelsäule machen würde. Dies sei in Bezug auf die Ursachenforschung und die weitere medikamentöse Versorgung des Patienten relevant.

Gesprächsgegenstand beziehen müssen. Es geht zuvor um die weitere Versorgung und Betreuung des Patienten; es herrscht noch Uneinigkeit darüber, ob dies zu Hause oder in einer Pflegeeinrichtung (Hospiz) geschehen wird. Der Zusatz „bevor se_s <<smile voice> verGESsen;> (Z. 644) versteht sich als indirekte Aufforderung, sich bei Fragen *sofort* zu melden. „Sich melden“ impliziert dabei in diesem sequenziellen Kontext eine konventionalisierte und ritualisierte Handlung, die darin besteht, die Klingel zu betätigen und der Pflegekraft die Frage oder das Anliegen mitzuteilen, die wiederum bei Bedarf die ÄrztInnen informiert. Indem die Ärztin gezielt die Praktik *eine Aufforderung an den Patienten richten* einsetzt und sie zusätzlich adressatenspezifisch formuliert (Z. 644) entwirft die Ärztin ein antizipiertes Szenario („Patient vergisst Frage“), wobei das Smile Voice der Ärztin darauf hindeutet, dass dieses Szenario seitens der Ärztin, auch im Sinne des Patienten, nicht erwünscht ist (vgl. Ehmer 2011).

Im nächsten Transkriptausschnitt fordert die Ärztin (ARw04) den Patienten (PAm05) ebenfalls auf, sich zu „MELden“ (Z. 384), „wenn was Is,“ (Z. 384). Diese Konstruktion weist eine ähnliche Struktur wie Ausschnitt 3 auf. Dem Konditionalsatz, eingeleitet durch die konditionale Subjunktion („wenn“, Z. 384), folgt die verkürzte Form der Indefinitpronomen „etwas“ oder „irgendetwas“, die einen nicht näher bestimmten Sachverhalt beschreiben (vgl. Imo 2016: 87).

Ausschnitt 4: 107_05_A_20180710 (00:07:42 – 00:07:59)

```

379 ARw04    mich freut_s auch dass es
              ihnen hier so gut ge[FÄLLT;      ]
380 PAm05:                [<<f> !JO!,>]
381 ARw04:    gä?
382           <<lachend> hahaHA;
383           (-) °h> <<smile voice> oKEE;>
384           (---) sie MELden sich wenn was Is,
385           und BITte,
386           (-) wenn_s hier MEHR zwIckt,
387           (--) fordern se sich die SCHMERZmittel an;
388           (-) [prob]ieren se_s einfach mal AUS;
389 PAm05:    [jo; ]

```

Allerdings präzisiert die Ärztin im Folgenden die Bedingung, welche ein ‚Melden‘ erfordert. Eingeleitet durch „und BITte,“ (Z. 385), soll sich der

Patient ein „SCHMERZmittel“ (Z. 386) anfordern, „wenn_s hier MEHR zwIckt,“ (Z. 386). Das Lokaladverbium „hier“ (Z. 386) ist vermutlich mit einer Geste der Ärztin verbunden, bei der sie auf die betroffene Schmerzregion deutet. Aus dem vorherigen Gesprächsverlauf ist zu entnehmen, dass der Patient Schmerzen in der Bauchhöhle hat, da die Milz aufgrund der Krankheit des Patienten auf umliegende Organe drückt. Die Ärztin schreibt nach der kurzen Untersuchung ‚Tröpfchen‘ auf, die der Patient bei Bedarf nehmen kann. Somit ist wahrscheinlich, dass es sich bei den Schmerzmitteln, die der Patient bei Bedarf anfordern soll, um die ‚Tröpfchen‘ handelt. Der Definitartikel „die“ (Z. 387) indiziert, dass das Schmerzmittel zuvor schon Gesprächsgegenstand der Interaktion gewesen sein muss. Der Patient stimmt der Aussage der Ärztin mit „jo;“ (Z. 389) zu, woraufhin die Ärztin ihm sagt, dass er es einfach mal ausprobieren soll (Z. 388).²⁰ Daraufhin verlässt die Ärztin das Zimmer des Patienten.

III Eine zukünftige Handlung / ein zukünftiges Ereignis ankündigen

Ausschnitt 5: 499_16_A_20190403 (00:06:06 – 00:06:25)

```

001 ARw15:    oKEE;
002          (-) dann:-
003 PAm16:    [<<pp> gut.> ]
004 ARw15:    [kOmm          ]ich NOCHmal,=
005          =wenn ich die labOrwerte HAB,
006          oder wenn wir da <<dim> nochmal transkriBIERen
          müssen un->
007          (-) gell?=
008          =jetzt meld ich erstmal das ceTE An,
009 PAm16:    <<p> SOLlte mer machen;>
010          (-) [<<p> ja;> ]
011 ARw15:    [das is da ]nn der nächste SCHRITT;
012          ja?
013 PAm16:    [<<p> JAwoll.>]
014 ARw15:    [ham sie no      ]ch FRAGen oder?
015          (-) <<p> soWEIT?>
016 ANw16a:  (-) NEE im moMENT-
021 ARw15:    oKEE;
022 ANw16a:  (-- ) war soweit ALles ja_a-
023 ARw15:    (-) <<p hoch> ja?>
024          (-)gut,
025          dann DANN-
026 ANw16a:  geKLÄRT;

```

²⁰ Die Handlung des „Ausprobierens“ (Z. 388) ist nach den ärztlichen Empfehlungen und verwandten Sprechhandlungen von Becker und Spranz-Fogasy (2017: 168ff.) als Empfehlung aufzufassen. Der Patient muss sich das Medikament nicht zwingend anfordern lassen, wird aber im Fall von zunehmenden Schmerzen dazu angewiesen.

In Gesprächsbeendigungen zwischen ÄrztInnen und PatientInnen zählt das Verweisen auf eine zukünftige Handlung zum Geben von Orientierung über zukünftige Schritte (vgl. Nowak 2010: 333). In dem folgenden Ausschnitt kündigt die Ärztin (ARw15) mehrere zukünftige Handlungen an. Sobald die Laborwerte vorliegen, wird die Ärztin den Patienten (PAm16) aufsuchen, um diesem die Ergebnisse und die damit verbundenen Handlungsoptionen mitzuteilen („kOmm ich NOCHmal,= =wenn ich die labOrwerte HAB“; Z. 4-5). Allerdings folgt hier kein Verweis darauf, *wann* dies exakt der Fall sein wird. Vermutlich weiß auch die Ärztin nicht, wann die Laborwerte letztendlich vorliegen werden.

Der Zusatz „oder wenn wir da <<dim> nochmal transkriBIeren müssen un->“ ist der ‚ungewöhnlichen‘ Situation des Projektes und den damit zusammenhängenden Bedingungen geschuldet und stellt somit keine Komponente alltäglicher ÄrztInnen-PatientInnen-Interaktionen dar. Vielmehr ist die Anmeldung der Computertomographie (Z. 008) der „nÄchste SCHRITT;“ (Z. 011) in der Behandlung des Patienten – auch wenn erneut nicht eindeutig ist, wann die CT-Untersuchung stattfinden wird. Funktional dient die Praktik der Aufklärung der weiteren Therapieplanung, um diese für den Patienten und dessen Angehörigen möglichst transparent zu gestalten. Ein wesentlicher Bestandteil der Therapieplanung ist das „aktive Erfragen der Wünsche und des Verständnisses des Patienten und die Verhandlung seiner Möglichkeiten zur aktiven Übernahme der Therapievorschlüge“ (Spranz-Fogasy 2010: 43). Dazu fungieren die hoch steigend intonierten *Alignmentmarker* (Lanwer 2019) „gell?“ (Z. 007) und „ja?“, die auch als Fragenanhängsel, *question tag*, Rückversicherungs- oder Vergewisserungssignale (König 2017) bezeichnet werden, als Aufforderungen, die genannten Maßnahmen zu bestätigen. Dabei bestätigt der Patient die Anmeldung zum CT als nächsten Schritt mit „<<p>SOLLte mer mAchen;>“ (Z. 009) und „<<p>JAwoLL.“> (Z. 013).

Das Stellen einer abschließenden Frage wird als eigenständige Praktik aufgeführt (siehe Tab. 1). In diesem Fall wird nicht ersichtlich, an wen die Frage explizit gerichtet ist. Letztendlich antwortet die Ehefrau des Patienten auf die Frage, sagt aber, dass alles soweit geklärt sei und keine Fragen bestehen (vgl. Z. 016-026). Somit kann der Übergang in den Austausch von Abschiedsgrüßen erfolgen (nicht abgedruckt).

IV Ein erneutes Wiederkommen / Gespräch ankündigen

Der zuvor analysierte Ausschnitt 5 zeigt, dass ein Wiederkommen des Arztes / der Ärztin nicht exakt zeitlich festgelegt werden muss oder kann, da eine erneute Kopräsenz zwischen ÄrztInnen und PatientInnen von externen Faktoren abhängig ist, auf die beide InteraktionspartnerInnen keinen Einfluss haben (z.B. das Vorliegen von Laborergebnissen).

Ausschnitt 6: 041_03_A_20180628 (00:15:40 – 00:16:00)

622 ARw02: °h und im moment kommen se noch allEIne zurecht,
623 °hh aber ich denke des wird sich jetzt auch
in den NÄCHsten,
624 (-) wochen so entWickeln,
625 (1.3) DASS es-
626 ähm==
627 =dass sie SCHWÄcher werden,
628 und dass sie mEhr HILfe benötig[en;]
629 PAm03: [m_]HM,
630 (2.1) hm_HM,
631 ARw02: (3.7) °h sprech mer MORgen nochmal drüber;
632 PAm03: ja;
633 ARw02: ja,

Im vorliegenden Ausschnitt wird explizit auf ein Gespräch verwiesen, welches „MORgen“ (Z. 632) stattfinden soll. In diesem Fall wird der zunehmend schlechter werdende Gesundheitszustand und die damit zusammenhängende Betreuungs- und Versorgungssituation des Patienten thematisiert. Die Ärztin entwirft dabei einen deutlichen Kontrast zwischen der jetzigen Situation (Patient kommt alleine zu recht; vgl. Z. 622) und der antizipierten Situation in den nächsten Wochen (Patient benötigt Unterstützung; vgl. Z. 627-628), um die Relevanz des Gesprächsgegenstandes aufzuzeigen.

Der Grund, warum der Gesprächsgegenstand am nächsten Tag erneut aufgegriffen werden soll, ist ein Gespräch, das zwischen der Ärztin, der Frau und dem Sohn des Patienten stattfinden soll. Auch der Patient kündigt an, dass er nochmal mit seinen Kindern über die Situation sprechen möchte (nicht abgedruckt). Die Ergebnisse des Gesprächs teilt die Ärztin dem Patienten am Folgetag mit (042_03_A_20180629; nicht abgedruckt).

Der Verweis auf ein erneutes Gespräch am Folgetag („°h sprech mer Morgen nochmal drüber;“, Z. 631) löst das bestehende interaktive Problem zwischen der Ärztin und dem Patienten. Es existiert kein Problem im Sinne eines Missverständnisses oder Konfliktes; vielmehr besteht die Interaktionsaufgabe

darin, die weitere Versorgung des Patienten zu planen. Indem die Ärztin auf ein Gespräch am nächsten Tag verweist, löst sie die bestehende Interaktionsaufgabe (vgl. Deppermann 2008: 81). Die Ärztin ist davon überzeugt, dass das Gespräch mit den Angehörigen weitere Perspektiven hinsichtlich der zukünftigen Versorgung des Patienten eröffnen wird.

5.2 Gesprächsbeendigungen zwischen PflegerIn und PatientIn

Im Kapitel 5.1. konnten anhand eines Beispieltranskriptes aufgezeigt werden, dass sieben von insgesamt acht identifizierten Gesprächspraktiken ärztlichen Sprechens in einer Gesprächsbeendigung realisiert wurden. Gesprächspraktiken verfügen demnach über die Eigenschaft, dass sie untereinander kombinierbar sind und sich gegenseitig bedingen können.

Vorab kann zu den Gesprächsbeendigungen zwischen PflegerInnen und PatientInnen konstatiert werden, dass maximal drei Praktiken in Gesprächsbeendigungen der ausgewählten Kollektion realisiert wurden. Aus dem Grund wird kein Transkript aufgeführt, welches identifizierte Praktiken herausstellt. Stattdessen erfolgt direkt die Analyse der blau hinterlegten Praktiken (Tabelle 2), bevor im Folgekapitel (5.3) die pflegerischen Praktiken mit den ärztlichen verglichen werden.

Tab. 2: Praktiken in Gesprächsenden zwischen PflegerInnen und PatientInnen (n=40). Die erste Spalte umfasst die Gespräche zwischen PflegerInnen und PatientInnen im Laufe eines Tages / einer Schicht (i.L.T./S.: n=34), während die zweite Spalte die Interaktionen zwischen PflegerInnen und PatientInnen am Ende eines Tages oder einer Schicht darlegt (a.E.T./S.: n=6).

Gesprächspraktik	Absolutes Vorkommen	
	i.L.T./S.	a.E.T./S.
1. Eine vorausgegangene Thematik / Pflegeaktivität beenden	34/34	6/6
2. Eine Frage stellen	12/34	3/6
3. Eine Handlung zusammenfassen	6/34	0/6
4. Eine Aufforderung / Bitte an den Patienten richten	13/34	1/6
5. Eine zukünftige Handlung / ein zukünftiges Ereignis ankündigen	18/34	0/6
6. Ein erneutes Wiederkommen / Gespräch ankündigen (zusätzlich: Den Grund für das Verlassen des Zimmers ankündigen)	16/34 (10/34)	1/6 (1/6)
7. Einen Abschiedsgruß äußern	10/34	5/6

I Eine Handlung zusammenfassen

Ausschnitt 7: 487_07_P_20190321 (00:06:09 – 00:06:34)

102 PFW14: <<flüstend> ALles klAr,>
103 (20.6) soll ich das lIcht ANlasse?
104 PAw07: <<pp> hm_HM;>
105 PFW14: oKEE (-) so mAchen mer_s;

Das Zusammenfassen der Handlung beschränkt sich im vorliegenden Ausschnitt auf eine Intonationsphrase (IP) und scheint thematisch weniger von Relevanz zu sein. Es geht hier ‚nur‘ um das Anlassen des Lichtes. Schon Weinhold (1997) stellt heraus, dass das Licht oft Thema in einer Gesprächsbeendigung zwischen PflegerInnen und PatientInnen ist (vgl. Weinhold 1997: 81). Demnach obliegt es den PatientInnen, ob sie das große Raumllicht benötigen oder nicht.

Die Zusammenfassung „oKEE (-) so mAchen mer_s;“ (Z. 105) ist der letzte Gesprächsbeitrag, bevor die Pflegerin das Zimmer der Patientin verlässt. „oKEE“ (Z. 105) ist dabei ein *preclosing*-Element, welches auf eine Auflösung der fokussierten Interaktion hindeutet (vgl. Sachweh 1999: 96). Nach einer 0,2-sekündigen Pause innerhalb der IP folgt eine Adressierung mit *wir*, die eine „häufig gebrauchte Form der Adressierung“ (Posenau 2014: 68) in PflegerInnen-PatientInnen-Interaktionen darstellt. „mer_s“ (Z. 105) (im Hochdeutschen: „wir es“) übernimmt die Funktion des grammatischen Subjektes (vgl. Posenau 2014: 69). Dabei ist es im vorliegenden Ausschnitt die Pflegerin, die die Handlung aktiv ausführt.

II Eine Aufforderung / Bitte an den Patienten richten

Ausschnitt 8: 491_07_P_20190323 (00:04:52 – 00:05:01)

156 PFW06 (-) ich guck immer wieder REIN,=
157 =weil die infuSIOne müsse ja LAUfe;
158 wenn se mitKRIEge,=
159 =dass des eingLAUfe is,=
160 =dürfen se gern KLINGeln.
161 oKEE?
162 PAw07: <<p> hm_HM;>
163 PFW06: (-) <<p> gut.>
164 (--> <<p> bis GLEICH,>

Im vorliegenden Ausschnitt kündigt die Pflegerin (PFW06) explizit ihr mehrmaliges Wiederkommen an: „ich guck immer wieder REIN,“ (Z. 156). Zusätzlich wird am Ende der Interaktion auf ein baldiges Wiedersehen („<<p>

bis GLEICH,>“, Z. 164) verwiesen. Zuvor deutet das tief fallend intonierte *preclosing*-Element „<<p> gut.“ (Z. 163) auf eine Auflösung der fokussierten Interaktion hin (vgl. Sachweh 1999: 96).

Die Pflegerin weist die Patientin (PAw07) dazu an, die Klingel zu betätigen, sobald sie feststellt, dass die Infusion eingelaufen ist (vgl. Z. 158-160). In der Konditionalkonstruktion „wenn se mitKRIEge,==dass des eingLAUfe is,=“ (Z. 158-159) beschreibt die Pflegerin in der Protasis eine fest definierte Bedingung, die ein Klingeln und somit ein Handeln der Patientin erfordert. Allerdings wird die Aufforderung (*request*, Drew, Couper-Kuhlen 2014) durch „dürfen se gern KLINGeln.“ (Z. 160) mit Verwendung des Modalverbs „dürfen“ (Z. 160) und des Modaladverbs „gern“ (Z. 160) zu einer Erlaubnis abgeschwächt. Mittels des hoch steigenden „oKEE?“ (Z. 161) vergewissert sich die Pflegerin, dass die Patientin die ‚abgeschwächte‘ Aufforderung verstanden hat. Das ‚Fragenanhängsel‘ bezeichnet Lanwer (2019) als *Alignmentmarker*. Solche Marker „indizieren (sprecherseitig) und attribuieren (hörerseitig) Wissensbestände und Wissenszugänge, setzen diese zueinander in Bezug und markieren auf diese Weise unterschiedliche epistemische Konstellationen und damit prospektiv verbundene Handlungsanforderungen und -erwartungen“ (Lanwer 2019: 13). Im vorliegenden Fall fordert der Alignmentmarker eine Bestätigung der Patientin ein, die unmittelbar im nächsten Turn folgt („hm_HM;“, Z. 162). Damit indiziert die Patientin, dass sie die zuvor formulierte Handlungsaufforderung (Klingeln bei eingelaufener Infusion) verstanden hat.

Da die Pflegerin jedoch das Zimmer der Patientin „immer wieder“ (Z. 156) aufsucht, um sich zu vergewissern, dass die Infusionen durchgehend laufen (Z. 157), besteht die Funktion dieser Praktik in diesem sequenziellen Kontext darin, ein schnelleres und effektiveres Ausführen von pflegerischen Tätigkeiten zu erzielen. Wenn die Patientin direkt dann, wenn sie feststellt, dass die Infusion eingelaufen ist, die Klingel betätigt, kann die Pflegerin unmittelbar eine neue Infusion anhängen. Ob die Patientin die Klingel wirklich betätigt, lässt sich an den Daten jedoch nicht belegen.

Ausschnitt 9: 711_21_P_20191106 (00:08:39 – 00:08:48)

009 PFM04: (2.6) sollte das nimmer TROPfen,

010 PAw21: [<<p> mh_HM;>]
 011 PFm04: [einfach mir]LÄUten un dann-
 012 (--)[vielleicht bis] dahin die MEdis
 genommen hAm,
 013 PAw21: [<<p> oKAY,>]
 014 PFm04: in [der positioN,=]
 015 PAw21: [<<p> MACH ich;>]
 016 PFm04: =un dann drehen mer nachher nochmal rum für_s
 PFLASCHder;
 017 PAw21: <<p> mh_HM,>

Der vorliegende Ausschnitt beinhaltet ebenfalls eine Aufforderung des Pflegers (PFm04) an die Patientin (PAw21), zu „LÄUten“ (Z. 011), sobald die Infusion nicht mehr tropft (Z. 009). Sprachlich verwendet der Pfleger hier den Konjunktiv II („sollte“, Z. 009) anstatt einer Konditionalkonstruktion („wenn das nimmer tropft“). Auf die Aussage „einfach mir LÄUten un dann-“ (Z. 011) folgt eine 0,6-sekündige Pause, nach der der Pfleger den Patienten mit „vielleicht bis dahin die MEdis genommen hAm,“ (Z. 012) zur Medikamenteneinnahme auffordert. Die Aussage des Pflegers steht in der Zeitform des Perfekts, so beschreibt es eine Handlung, die zum Zeitpunkt des Sprechens (noch) nicht abgeschlossen ist und sich noch in der Zukunft befindet. Imo (2016) weist diesbezüglich darauf hin, dass das Perfekt ein Ereignis (hier: Medikamenteneinnahme) stärker in Bezug zur Orientierungszeit setzt (vgl. Imo 2016: 42). Die Orientierungszeit wird an dieser Stelle mit „bis dahin“ (Z. 012) ausgedrückt, welches sich auf den Zeitpunkt bezieht, an dem der Pfleger das Zimmer der Patientin erneut aufsucht, um weiteren Pflegeaktivitäten nachzugehen (vgl. Z. 016). Das Kommentaradverbium (Imo 2016: 97) „vielleicht“ (Z. 012) verleiht der Aufforderung zusätzlich eine abschwächende Funktion.

III Eine zukünftige Handlung / ein zukünftiges Ereignis ankündigen

Im vorliegenden Ausschnitt schließt das Pronomen „mer“ (Z. 143; Z. 145; Z. 150) der Pflegerin (PFw06) – anders als im Ausschnitt 7, in dem lediglich die Pflegerin eine Handlung aktiv durchführt – in diesem Fall die Patientin (PAw07) aktiv in eine (noch folgende) Handlung ein. Beim Wickeln der Beine ist die Mitarbeit der Patientin erforderlich; damit erklärt sich die Verwendung des Pronomens.

Ausschnitt 10: 491_07_P_20190323 (00:04:41 – 00:04:49)

143 PFW06: (1.3) <<p> die müssen mer heute NEU wickeln,>
144 PAw07: <<p> hm_HM;>
145 PFW06: (-) <<dim> des machen mer nachHER dAnn;
146 oKAY?>
147 PAw07: (.) <<p> ham_se Alles geMACHT,=
148 =scheinbar JA;>
149 PFW06: <<p> m_JA;>
150 (-) <<p> des machen mer z[wei zSAMme;>]
151 PAw07: [<<p> hm_HM;>]

In Bezug auf das Verweisen auf eine zukünftige Handlung geht es um das Wickeln der Beine, welches die Interagierenden „heute“ (Z. 143) noch erledigen werden. Die zusätzliche Zeitangabe „nachHER dAnn;“ (Z. 145) gibt keinen Aufschluss darüber, wann die Pfl egetätigkeit exakt ausgeübt wird. So scheint die zeitliche Festlegung nicht relevant für die Interaktionspartnerinnen zu sein. Bekräftigt durch die Aussage „<<p> des machen mer zwei zSAMme;>“ (Z. 150) weist die Pflegerin erneut darauf hin, dass das Durchführen der Pflegeaktivität gemeinsam erfolgen wird. Die drei IP der Pflegerin, in der sie auf das Wickeln der Beine verweist, verfügen über ähnliche syntaktische Strukturen (Z. 143; 145; 150). Eingeleitet durch Demonstrativpronomen folgt in der ersten IP das Modalverb „müssen“ (Z. 143), welches die Notwendigkeit der mit dem Vollverb angekündigten Handlung („wickeln“, Z. 143) betont. Die weiteren IP fokussieren zusätzlich die temporale (Z. 145) und die modale Dimension (Z. 150) der noch durchzuführenden Handlung. Dabei ersetzt das Pronomen „des“ (Z. 145; 150) die Handlung des Wickelns.

IV Ein erneutes Wiederkommen / Gespräch ankündigen

Im folgenden Ausschnitt kündigt der Pfleger (PFm22) zuvor an, dass er dem Patienten (PAm23) einen neuen „BEUtel“ (Z. 001) bringt. Damit nennt er explizit den Grund für das Verlassen des Zimmers und kündigt durch die Aussage „bring ihne gerAd mal“ (Z. 001) implizit sein Wiederkommen an.

Ausschnitt 11: 811_23_P_20191121 (00:00:59 – 00:01:15)

001 PFM22: ich bring ihne gerAd mal noch a
so e frische BEUtel dann?
002 PAm23: ja;
003 PFM22: (-) ge?
004 (3.2) des war noch FRISCH,
005 PAm23: ja i hAB noch EINS;
006 PFM22: jioa-

007 (---) [passt;]
 008 PAm23: [<<p> gut.>]
 009 PFm22: (-) <<smile voice> gut,>
 010 <<lachend> he[heHE,>]
 011 PAm23: [DANge]dAnge;
012 PFm22: je bIs GLEICH,
013 i kOmm glei NOMma;

Obwohl der Prozess des Bringens ein Wiederkommen impliziert, verabschiedet sich der Pfleger mit „je bIs GLEICH,“ (Z. 012) von dem Patienten. Eine, wie Weinhold (vgl. 1997: 75) konstatiert, typische Verabschiedungsformel in der Interaktion zwischen PflegerInnen und PatientInnen. „i kOmm glei NOMma;“ (Z. 013) bildet den Abschluss der Interaktion. Die Aussage fokussiert erneut die baldige Rückkehr des Pflegers, in der (vermutlich) eine weitere Pflegeaktivität (Wechsel des Stoma-Beutels) stattfinden wird.

5.3 Vergleich der Gesprächsbeendigungen

Nachdem die Analyse ärztlicher und pflegerischer Praktiken in Gesprächsbeendigungen mit PatientInnen erfolgt ist, werden im nächsten Schritt die Analyseergebnisse der Praktiken miteinander verglichen. Dabei wird zunächst auf die quantitative Dimension²¹ aller Praktiken eingegangen, bevor die sprachlich-interaktiven Auffälligkeiten der vier gesprächsanalytisch untersuchten Praktiken in qualitativer Dimension vergleichend erörtert werden.

5.3.1 Quantitativer Vergleich

Eine unumgängliche Praktik innerhalb von Gesprächsbeendigungen ist das Beenden eines zuvor thematisierten Gesprächsgegenstandes. Optional dazu kann auf der Handlungsebene auf ärztlicher Seite eine kurze Untersuchung oder auf pflegerischer Seite²² eine Pflegeaktivität sprachlich beendet werden. Ein Gespräch wird weder auf ärztlicher noch auf pflegerischer Seite ‚einfach so‘ beendet; zunächst müssen drei „komplementäre interaktive Aufgaben“ (Birkner et al. 2020: 85) bearbeitet werden. Die Beendigung des (letzten)

²¹ Die Werte sind den Tabellen 1 und 3 (S. 18; 28) entnommen.

²² Im quantitativen Vergleich wird nicht zwischen pflegerischen Interaktionen mit PatientInnen im Laufes eines Tages oder einer Schicht oder am Ende eines Tages oder einer Schicht differenziert.

Themas ist eine davon (vgl. Birkner et al. 2020: 85). Dies erklärt, warum sowohl in ärztlichen als auch in pflegerischen Gesprächsbeendigungen der letzte Gesprächsgegenstand in allen Interaktionen abgeschlossen wird.

ÄrztInnen öffnen in 8 von 40 Interaktionen den Raum für Fragen oder erkundigen sich, ob es noch ‚Dinge‘ zu besprechen gibt. Dies entspricht einem prozentualen Anteil von 20%.²³ In 15 von 40 Interaktionen stellen PflegerInnen PatientInnen Fragen (37,5%)²⁴. Dabei kann es sich um Fragen der ‚allgemeinen‘ Versorgung, wie etwa eine Frage nach einem Getränk oder einer Mahlzeit, oder um medizinische Sachverhalte, wie etwa dem Bedarf an Schmerzmitteln, handeln.

Die Praktik *das Visiteergebnis / eine Untersuchung zusammenfassen* realisieren ÄrztInnen in 42,5% der Gesprächsbeendigungen (17/40). Veranschaulicht in den Ausschnitten 1 und 2 handelt es sich meist um verstehenssichernde Aktivitäten, wie Wiederholungen oder letzte Abklärungen zum weiteren Therapieverlauf (vgl. Spranz-Fogasy 2010: 45). Im Vergleich dazu treten im pflegerischen Sprechen deutlich weniger Zusammenfassungen auf (in 15 % der Gesprächsbeendigungen). Dabei ist der semantische Gehalt dieser Zusammenfassungen oft weniger von Bedeutung als in Zusammenfassungen der ÄrztInnen (‚Licht-Thematik‘; Ausschnitt 7).

In 27,5% der Interaktionen (11/40) zwischen ÄrztInnen und PatientInnen richten die ÄrztInnen eine Bitte oder eine Aufforderung an die PatientInnen. Dagegen richten PflegerInnen in mehr als einem Drittel der Interaktionen (35%) eine Aufforderung oder Bitte an die PatientInnen. Sowohl auf ärztlicher als auch auf pflegerischer Seite impliziert eine Bitte oder eine Aufforderung in den meisten Fällen ein ‚Melden‘ der PatientInnen per Klingel.

Die Praktik *eine zukünftige Handlung / ein zukünftiges Ereignis ankündigen* üben ÄrztInnen in 8 von 40 (20%) Gesprächsbeendigungen aus. Dabei handelt es sich meist um folgende Therapiemaßnahmen der weiteren

²³ Einen Vergleichswert bietet die Arbeit von White et al. (1994): In ihren Daten überprüften die ÄrztInnen in 34% der Daten (n=88), ob die PatientInnen alles verstanden haben, in 25% der Daten fragten sie, ob es weitere Fragen gibt. White et al. (1994) erklären den Wert damit, dass die ÄrztInnen unter Zeitdruck stehen und aus dem Grund auf Fragen in Gesprächsbeendigungen verzichten (vgl. White et al. 1994: 27).

²⁴ Einen Vergleichswert liefert Weinhold (1997): In insgesamt 18 von 42 (Summe umfasst sowohl Interaktionen im Früh- als auch im Spätdienst) Gesprächsbeendigungen (~43%) stellen die PflegerInnen eine abschließende Frage, weshalb dieser eine inhaltliche Relevanz und ein quantitatives Gewicht zugeschrieben wird (vgl. Weinhold 1997: 85).

medizinischen Behandlung. In 18 von 40 Gesprächsenden (45%) verweisen PflegerInnen auf eine zukünftige Handlung, die zumeist noch innerhalb der Schicht der PflegerInnen stattfindet und den PatientInnen eine Orientierung hinsichtlich des weiteren Tagesverlaufes gibt (Ausschnitt 10).

ÄrztInnen weisen in 52,5% (21/40) der Interaktionen am Gesprächsende auf ein erneutes Gespräch hin, welches im Normalfall am nächsten Tag in Form der Visite stattfindet (Ausschnitt 6). PflegerInnen verweisen in 42,5% der Gesprächsbeendigungen auf ein erneutes Wiedersehen. Dies kann, aufgezeigt in Ausschnitt 8, auch mehrmals innerhalb eines Gesprächsendes geschehen.

Die Praktik *ein Verlassen / Gehen ankündigen* stellt die am seltensten im ärztlichen Sprechen realisierte Praktik dar (2/40; 5%). Dazu findet sich auf pflegerischer Seite kein Äquivalent.

Einen Abschiedsgruß äußern ÄrztInnen in 77,5% der Interaktionen. Zumeist wird hier von dem Abschiedsgruß „Tschüss“ Gebrauch gemacht. PflegerInnen äußern einen Abschiedsgruß in 10 von 40 Gesprächsbeendigungen (25%). Allerdings wird in 6 von 6 Gesprächen, die am Ende eines Tages oder der Schicht aufgezeichnet wurden, eine Abschiedsformel mit fakultativem Wunsch seitens der PflegerInnen verbalisiert.

5.3.2 Qualitativer Vergleich

Die Praktik *das Visiteergebnis zusammenfassen* zählt funktional zu den verstehenssichernden Aktivitäten am Gesprächsende in ÄrztInnen-PatientInnen-Interaktionen (vgl. Spranz-Fogasy 2010: 45). Dabei wird diese Praktik metasprachlich nicht immer so explizit ausgeführt, wie es in den Ausschnitten 1 („ich fass nochmal zuSAMMEN;=“) und 2 („also wie geSAGT;“) der Fall ist. So können ÄrztInnen Visiteergebnisse in Gesprächsenden exemplarisch nach dem Muster „dann ham_mer einen gUten PLAN;“ oder „dann gEhen mer_s SO an;“ zusammenfassen.²⁵ Die nächsten Schritte der weiteren medizinischen Behandlung, die in der Gesprächskonstituente Therapieplanung (vgl. Nowak, Spranz-Fogasy 2008: 86) festgelegt wurden, werden nicht erneut

²⁵ Die zitierten Ausschnitte stammen von der Ärztin (ARw05) im Gespräch mit dem Patienten (PAm03) und dessen Angehörige (ANw03a) (046_03_A_20180703, siehe Anhang).

rekapituliert; stattdessen erfolgen auf sprachlicher Ebene Paraphrasierungen oder Umschreibungen („Fahr-“, oder auch „Behandlungsplan“).

Im pflegerischen Sprechen ist das Zusammenfassen von Handlungen in Gesprächsbeendigungen eine Praktik, die quantitativ selten ausgeübt wird. Neben der oben aufgeführten Zusammenfassung der Handlung („oKEE (-) so mAchen mer_s;“, Ausschnitt 7) weisen die Zusammenfassungen in den drei weiteren Daten, wovon eine Zusammenfassung von einer Patientin praktiziert wird²⁶, einen ähnlichen Aufbau auf: („<<pp> okay so (.) so MACH ich_s;“ 504_15_P_20190404, siehe Anhang) oder „und jEtzt geht mer_s mal AN.“ 600_16_P_20190417, siehe Anhang).

ÄrztInnen richten Aufforderungen oder Bitten aus verschiedenen Gründen an PatientInnen. Bei Unklarheiten, Fragen oder körperlichen Beschwerden leiten ÄrztInnen PatientInnen dazu an, sich zu melden. ‚Sich melden‘ stellt dabei eine ritualisierte und konventionalisierte Handlung dar, die eine aktive Handlung der PatientInnen erfordert. Zumeist wird dabei die Informationskette PatientInnen – PflegerInnen – ÄrztInnen ‚aktiviert‘. Dabei wird in der Aufforderung nicht immer klar kommuniziert, wann sich die PatientInnen melden sollen. Zwar werden anhand verschiedener Konditionalkonstruktionen temporale und modale Bedingungen festgelegt, doch sind diese, Fragen ausgenommen, häufig mit den Indefinitpronomen „was“ oder „irgendwas“ standardisiert formuliert. Dies zeigt, dass ÄrztInnen nicht immer den zuvor thematisierten Gesprächsgegenstand fokussieren, sondern Indefinitpronomen bewusst einsetzen, um den PatientInnen ein möglichst großes Fragen-, beziehungsweise Themenspektrum anzubieten.

Im pflegerischen Sprechen hingegen werden Aufforderungen und Bitten in Gesprächsenden aus Effizienzgründen an PatientInnen gerichtet. Wie der Ausschnitt 8 verdeutlicht, kann durch aktives Handeln der Patientin ein schnelleres und effektiveres Arbeiten der Pflegerin erzielt oder die durchgängige medizinische Versorgung sichergestellt werden (Ausschnitt 9). Sprachlich hingegen unterscheiden sich die Praktiken kaum:

²⁶ In einer Interaktion zwischen dem Pfleger (PFm04) und der Patientin (PAw21) sagt die Patientin nach dem Beenden einer Pflegeaktivität: „<<p> sin mer FERTig.>“ (730_21_P_20191107, siehe Anhang). Die Aussage kann als Zusammenfassung interpretiert werden, welche den Übergang zum Austausch von Abschiedsgrüßen markiert.

Konditionalkonstruktionen legen eine Bedingung fest, die ein Melden der PatientInnen erfordern. So sind es jedoch auf die PatientInnen individualisierte – und nicht wie bei den ÄrztInnen standardisierte – Bedingungen, die aufgestellt werden. Bei einem Patienten, der mobil eingeschränkt ist und beim Toilettengang Unterstützung benötigt, stimmt die Pflegerin die Bedingung speziell auf den Patienten und dessen gesundheitlichen Zustand ab; allerdings mit dem Zusatz einer nicht definierten Bedingung: „wenn sie uff toiLEDde müsset oder irgendwAs,==gErne MELde. also ich beGLElTe sie gErne;=“ (346_12_P_20190311, siehe Anhang).

Die Praktik *eine zukünftige Handlung / ein zukünftiges Ereignis ankündigen* setzen ÄrztInnen ein, um PatientInnen auf bevorstehende Untersuchungen, Vorliegen von Untersuchungsergebnissen, Entlassungen etc. vorzubereiten. Die nächsten Schritte werden mit Hilfe dieser Praktik möglichst transparent dargelegt. Dabei handelt es sich in den meisten Fällen um Handlungen oder Ereignisse, die absehbar und zeitlich terminiert sind (z.B. Entlassungen). Ebenso ist aber möglich, dass diese Handlungen nicht festgelegt sind oder zum Zeitpunkt des Sprechens noch nicht festgelegt werden konnten (z.B. Anmeldung einer Untersuchung). Häufig tritt diese Praktik in Kombination mit der Praktik *ein erneutes Wiederkommen / Gespräch ankündigen* auf, da die Handlungen in den meisten Fällen eine Anwesenheit der ÄrztInnen erfordern. PflegerInnen verweisen hingegen auf zukünftige Handlungen oder Ereignisse, die unmittelbar bevorstehen, das heißt, im Verlauf der Schicht der PflegerInnen erledigt werden. Dabei handelt es sich insbesondere um Pflegetätigkeiten, wie beispielsweise das Wickeln der Beine (Ausschnitt 10) oder das Abnehmen von Blut (769_21_P_20191112, siehe Anhang). Sprachlich dominieren in den Aussagen der PflegerInnen die Temporaladverbien „jetzt“, „gleich“ oder „heute“. So lautet die Aussage der Pflegerin (PFw06) im Gespräch mit der Patientin (PAw21): „sie kriege ich muss auch noch BLUT abnehme und so, (-) des MACHen mer jetzt mal. ich brIng ihnen aber erstmal SCHMERZmittel,=“ (769_21_P_20191112, siehe Anhang). Letztendlich übernimmt diese Praktik im ärztlichen und im pflegerischen Sprechen eine handlungsstrukturierende Funktion. ÄrztInnen können auf ‚größere‘ Handlungen oder Ereignisse hinweisen, die zeitlich nicht zwangsläufig terminiert sein müssen, wenn, dann aber meist für den Folgetag festgelegt sind.

PflegerInnen jedoch verweisen auf Handlungen und Ereignisse, die absehbar sind und in unmittelbarer Nähe zum Sprechzeitpunkt liegen, was den Einsatz der Temporaladverbien begründet.²⁷

Auch wenn bereits angekungen ist, dass die Praktik *ein erneutes Wiederkommen / Gespräch ankündigen* im ärztlichen Sprechen in Kombination mit der Praktik *eine zukünftige Handlung / ein zukünftiges Ereignis ankündigen* auftritt, wird die erstgenannte mehr als doppelt so oft eingesetzt wie die zweitgenannte. Erklärbar ist die Verwendung der Praktik mit einem Ansatz, den West (2006) in Bezug auf das Treffen von Vereinbarungen in der *Primary Care* herausgestellt hat.²⁸ Durch das Verweisen auf ein Wiedersehen kommt es zu einer Kontinuität der medizinischen Versorgung, welche die ÄrztInnen-PatientInnen-Beziehung stärkt (vgl. Brandner 2012: 28).

Ebenso kann der Grund, auf ein erneutes Gespräch zu verweisen, pragmatischen Ursprungs sein. So zeigt Ausschnitt 6, dass in dem Zeitraum zwischen dem gerade stattfindenden und dem angekündigten Gespräch weitere Handlungen stattfinden, die bestehende interaktive Probleme lösen, oder dass in der Zwischenzeit neue Untersuchungsergebnisse vorliegen (Ausschnitt 5).

„Tschüss“ stellt einen typischen ärztlichen Abschiedsgruß dar. In 21 von 31 Interaktionen, in denen ÄrztInnen einen Abschiedsgruß äußern, verabschieden sie sich mit „Tschüss“. Dabei kann der Abschiedsgruß zusätzlich mit einer onymischen Adressierung („Tschüss Frau / Herr X“) verbalisiert werden.²⁹

PflegerInnen verweisen mit den typischen Verabschiedungsformeln „Bis später“, „Bis später dann“, „Also bis später“ (vgl. Weinhold 1997: 75) auf ein Wiedersehen oder eine baldige Rückkehr. So sind es zusätzlich handlungsimplicierende Verben, die bereits ein Wiederkommen beinhalten („holen“;

²⁷ Posenau (2014) fasst dies als „Überblick mit Perspektive“ (2014: 93) auf. Das Verfahren, welches anstehende Pflegeaktivitäten ankündigt, muss dabei nicht zwangsläufig am Gesprächsende eingesetzt werden, sondern kann auch in die Kernphase verschoben werden (vgl. Posenau 2014: 93-94).

²⁸ West spricht von einer „continuity of care in their primary care relationships“ (West 2006: 411).

²⁹ Ergänzend kann zu dem Abschiedsgruß noch ein Wunsch geäußert werden: „also dann mAchen se_s GUT;“ (548_16_A_20190410, siehe Anhang) oder „alles GÜde,“ (174_08_A_20190228, siehe Anhang). Allerdings kann der Abschiedsgruß „Tschüss“ auch entfallen, stattdessen erfolgt lediglich ein Wunsch: „ein rUhiges wochenende wünsch ich IHnen;“ (822_23_A_20191123, siehe Anhang).

„bringen“). Ein Grund dafür, dass nur in einem Drittel der Gesprächsbeendigungen ein Abschiedsgruß seitens der PflegerInnen geäußert wird, liegt in dem „continuing state of incipient talk“ (Schegloff, Sacks 1973: 325). PflegerInnen agieren mehrmals pro Schicht mit PatientInnen, weshalb die Interaktionen nicht immer mit einem Abschiedsgruß geschlossen werden.³⁰ Zusätzlich geben PflegerInnen in einigen Interaktionen den Grund für das Verlassen des Zimmers an.³¹ Dies verdeutlicht die höhere Flexibilität und Spontantät im pflegerischen Handeln, welches sich im pflegerischen Sprechen widerspiegelt.

6 Fazit

Conversation analysis can be used to study doctor-patient interaction as the conversational tools and techniques used by participants are those that are used in everyday conversation, even though they may be restricted by the institutional normative orientations of the participants (White 2012: 63).

Das Zitat von White (2012) zeigt, welche Funktion die Methode der CA in der ÄrztInnen-PatientInnen-Interaktion erfüllt. Die herausgestellten Praktiken finden sich, bis auf die speziell auf die institutionellen Bedingungen eines Krankenhauses zugeschnittenen Praktiken, so in alltäglichen Konversationen wieder. Dazu zählen besonders das Beenden einer (letzten) Thematik, der Verweis auf ein erneutes Wiedersehen und das Austauschen von Abschieds- und Grußformeln (vgl. Birkner et al. 2020: 94).

In Gesprächsbeendigungen im ärztlichen und pflegerischen Sprechen mit PatientInnen konnten sprachlich-interaktive Praktiken identifiziert werden, die zwar über den gleichen, eigens definierten *Praktiken-Begriff* verfügen, teils mit den gleichen sprachlichen Ressourcen gebildet werden, gleiche Handlungen hervorrufen und dennoch unterschiedliche Intentionen beinhalten. Exemplarisch soll die Praktik *eine Aufforderung / Bitte an den Patienten richten* nochmals aufgegriffen werden, bei der ÄrztInnen PatientInnen primär

³⁰ Dazu halten Candlin und Candlin (2003) fest: „Nursing, especially, is an ongoing 24/7 activity, with interactions often requiring long periods of time and occurring in stretches which may occur over many days and weeks.“ (Candlin, Candlin 2003: 144).

³¹ Die Gründe, warum PflegerInnen das Zimmer der PatientInnen verlassen, sind divers. So kann auch ein schellendes Telefon der Grund dafür sein, dass die Pflegerin das Zimmer der Patientin verlässt (580_15_P_20190406, siehe Anhang).

darum bitten, sich zu melden, ‚wenn irgendwas ist‘. Dies erfordert eine Handlung der PatientInnen, die darin besteht, die Klingel zu betätigen und den PflegerInnen ihr Anliegen mitzuteilen. Die ÄrztInnen und auch die PflegerInnen wollen eine bestmögliche Versorgung der PatientInnen gewährleisten. So ist das Formulieren einer Bitte oder einer Aufforderung, sich zu melden, eine standardisierte Praktik im ärztlichen Sprachrepertoire. Im pflegerischen Sprechen hingegen dient die Aufforderung oder Bitte, die Klingel zu betätigen, primär dazu, ein effektiveres und schnelleres Ausüben von Pflegetätigkeiten zu erzielen. Diese Tatsache zeigt die bestehende Komplexität der Untersuchung sprachlich-interaktiver Praktiken auf: Obwohl die verwendeten sprachlichen Ressourcen die gleichen und die konstituierte Praktik und Handlung identisch sind, werden unterschiedliche Ziele der AkteurInnen beabsichtigt.

Die Ursache, worauf alle Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen ärztlichem und pflegerischem Sprechen zurückzuführen sind, liegt in den institutionell vorgegebenen Rahmenbedingungen und Aufgabenfeldern der ÄrztInnen und PflegerInnen. Im Aufgabenfeld von ÄrztInnen ist die täglich stattfindende Visite normalerweise, auch wenn die Daten Ausnahmen zeigen, der einzige Kontakt mit PatientInnen. Eine Visite weist in der Regel feste Konstituenten auf, zu denen die Besprechung des Krankheitsverlaufes, die Thematisierung des aktuellen Gesundheitszustandes sowie die Planung der weiteren medizinischen und pflegerischen Versorgung zählen (vgl. Nowak 2010: 227). Dementsprechend verfügen auch Gesprächsbeendigungen über quasi-obligatorische Praktiken (Themenbeendigung, Zusammenfassung, Gesprächsankündigung, Austausch von Abschiedsgrüßen).

In Kontrast dazu weist das pflegerische Handeln, und somit auch das pflegerische Sprechen mit PatientInnen, eine höhere Flexibilität und Spontanität auf. Während bei einer Visite das stattfindende Gespräch in der Regel im Vordergrund steht, kann der Grund für die Anwesenheit der PflegerInnen in dem Durchführen einer Pflegeaktivität liegen. Dabei rückt das Gespräch in den Hintergrund. Auch die ständige Präsenz der PflegerInnen sowie deren stetige Verfügbarkeit für die PatientInnen (vgl. Weinhold 1997: 76) erklären die Unterschiede zum ärztlichen Sprechen.

Auch wenn diese Arbeit nur einen Einstieg in den Vergleich zwischen ärztlichem und pflegerischem Sprechen mit dem Fokus auf Gesprächsbeendigungen darstellt, bieten ÄrztInnen-PatientInnen- und PflegerInnen-PatientInnen-Interaktionen weiteres Forschungspotenzial. So kann der Ansatz von Selting (2007) dazu verwendet werden, Beendigungen als interaktive Leistungen aufzufassen und diese auf der Gesamtorganisation des Gesprächs zu analysieren (vgl. Selting 2007: 309). Dabei sollte dennoch beachtet werden, dass aus der Vielfalt gesprächsanalytischer Fragestellungen gegenstandsspezifische Untersuchungsstrategien entwickelt werden (vgl. Deppermann 2008: 17).

Literaturverzeichnis

- Anderson, R. (2020): Communication with the relatives and friends of imminently dying patients in a hospice. Dissertation. University College London.
- Becker, M. u. T. Spranz-Fogasy (2017): Empfehlen und Beraten: Ärztliche Empfehlungen im Therapieplanungsprozess. In: Pick, I. (Hrsg.): Beraten in Interaktion. Eine gesprächslinguistische Typologie des Beraters. Frankfurt am Main; Bern; Bruxelles; New York; Oxford; Warszawa; Wien: Peter Lang, S. 163-184.
- Bergmann, J. (2000): Ethnomethodologie. In: Flick, U., von Kardorff, E. u. I. Steinke (Hrsg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt, S. 118-135.
- Birkner, K. et al. (2020): Einführung in die Konversationsanalyse. Berlin; New York: De Gruyter.
- Blühdorn, H., Foolen, A. u. Ó. Loureda (2017): Diskursmarker: Begriffsgeschichte – Theorie – Beschreibung. Ein bibliographischer Überblick. In: Blühdorn, H. et al. (Hrsg.): Diskursmarker im Deutschen. Reflexionen und Analysen. Göttingen: Verlag für Gesprächsforschung, S. 7-48.
- Brandner, E. (2012): Beendigungen von Arzt-Patienten-Gesprächen: Fallstudien vom Beginn und Ende physikalischer Therapieverläufe. Diplomarbeit. Universität Wien.
- Buck, I. (i. V.): Pflegerische und ärztliche Interaktionen mit PatientInnen auf der Palliativstation – eine vergleichende Gesprächsanalyse. Dissertation. Universität Münster.
- Button, G. u. N. Casey (2010): Generating topic: the use of topic initial elicitors. In: Atkinson, J. M. (Hrsg.): Structures of Social Action. Cambridge: Cambridge University Press, S. 167-190.
- Candlin, C. N. u. S. Candlin (2003): Health care communication: A problematic site for applied linguistics research. In: Annual Review of Applied Linguistics 23. Cambridge University Press, S. 134-154.

- Deppermann, A. (2000): Ethnographische Gesprächsanalyse: Zu Nutzen und Notwendigkeit von Ethnographie für die Konversationsanalyse. In: Gesprächsforschung. Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion (1), S. 96-124.
- Deppermann, A. (2008): Gespräche analysieren. Eine Einführung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Deppermann, A. u. H. Helmer (2013): Zur Grammatik des Verstehens im Gespräch: Inferenzen anzeigen und Handlungskonsequenzen ziehen mit also und dann. Zeitschrift für Sprachwissenschaft 32 (1), S. 1-39.
- Drew, P. u. E. Couper-Kuhlen (2014): Requesting – from speech act to recruitment. In: Drew, P. u. E. Couper-Kuhlen (Hrsg.): Requesting in Social Interaction. Amsterdam; Philadelphia: John Benjamins Publishing Company, S. 1-34.
- Džanko, M. (2020). Rollengebundene Asymmetrie in Arzt-Patient-Gesprächen. Ein Vergleich im Deutschen und Bosnischen. Heidelberg: Winter.
- Ehmer, O. (2011): Imagination und Animation. Die Herstellung mentaler Räume durch animierte Rede. Berlin; New York: De Gruyter.
- Fine, E. et al. (2010): Directly observed patient-physician discussions in palliative and end-of-life care: a systematic review of the literature. In: Journal of Palliative Medicine 13 (5), S. 595-603.
- Günthner, S. (2008): Projektorkonstruktionen im Gespräch: Pseudoclefts, die Sache ist-Konstruktionen und Extrapositionen mit es. In: Gesprächsforschung. Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion (9), S. 86-114.
- Günthner, S. (2016): Praktiken erhöhter Dialogizität: onymische Anredeformen als Gesten personifizierter Zuwendung. In: Zeitschrift für germanistische Linguistik 44 (3), S. 406-436.
- Heath, C. (1986): Body movement and speech in medical interaction. Cambridge University Press. Cambridge.
- Heritage, J. u. R. Watson (1979): Formulations as conversational objects. In: Psathas, G. (Hrsg.): Everyday language: Studies in ethnomethodology. New York: Irvington, S. 123-162.

- Heritage, J. (2011): Conversation Analysis. Practices and Methods. In: Silverman, D. (Hrsg.): Qualitative Research. 3. Auflage. Los Angeles u. a.: Sage, S. 207-226.
- Hoost-Leistner, H. (2020): Kommunikation im Gesundheitswesen. Berlin; Heidelberg: Springer.
- Husebø S. (2017): Kommunikation. In: Husebø, S. u. G. Mathis (Hrsg.): Palliativmedizin. Berlin; Heidelberg: Springer, S. 99-158.
- Imo, W. (2016). Grammatik. Eine Einführung. Stuttgart: J.B. Metzler Verlag.
- König, K. (2017): Question tags als Diskursmarker? – Ansätze zu einer systematischen Beschreibung von ne im gesprochenen Deutsch. In: Blüh-dorn, H. et al. (Hrsg.) Diskursmarker im Deutschen. Reflexionen und Analysen. Mannheim: Verlag für Gesprächsforschung, S. 233-258.
- Lanwer, J. (2019). Alignmentmarker in norddeutscher Alltagssprache (AINA). 59, S. 33-75.
- Lindtner-Rudolph, H. u. J. Bardenheuer (2015): Sprache am Lebensende: Chancen und Risiken ärztlicher Gesprächsführung in der Palliativmedizin. In: Busch, A. u. T. Spranz-Fogasy (Hrsg.): Handbuch Sprache in der Medizin. Berlin; München; Boston: De Gryter, S. 243-263.
- Mantz, S. (2019²): Kommunizieren in der Pflege. Stuttgart: Kohlhammer.
- Nowak, P. u. T. Spranz-Fogasy (2008): Medizinische Kommunikation – Arzt und Patient im Gespräch. In: Bogner, A. et al. (Hrsg.): Jahrbuch Deutsch als Fremdsprache. Iudicium: München.
- Nowak, P. (2010). Eine Systematik der Arzt-Patient-Interaktion: Systemtheoretische Grundlagen, qualitative Synthesemethodik und diskursanalytische Ergebnisse zum sprachlichen Handeln von Ärztinnen und Ärzten. Peter Lang: Frankfurt am Main.
- Pavlidou, T. S. (2002): Moving towards closing: Greek Telephone calls between familiars. In: Luke, K. K. u. T. S. Pavlidou: Telephone Calls. Unity and diversity in conversational structure across languages and cultures. John Benjamins Publishing Company: Amsterdam; Philadelphia, S. 201-229.
- Posenau, A. (2014): Analyse der Kommunikation zwischen dementen Bewohnern und dem Pflegepersonal während der Morgenpflege im

- Altenheim. Empirische Kommunikationsforschung im Gesundheitswesen (EKiG). Mannheim: Verlag für Gesprächsforschung.
- Robinson, J. D. (2001): Closing medical encounters: two physician practices and their implications for the expression of patients' unstated concerns. In: *Social Science & Medicine*. 53 (5), S. 639-656.
- Sachweh, S. (1999): „Schätzle hinsitze!". Kommunikation in der Altenpflege. Frankfurt am Main; Berlin; Bern; Bruxelles; New York; Wien: Peter Lang.
- Sacks, H., Schegloff E. A. u. G. Jefferson (1974): A simplest systematics for the organization of turn-taking for conversation. In: *Language* 50 (4), S. 696-735.
- Schegloff, E. A. u. H. Sacks (1973): Opening up closings. In: *Semiotica* 8 (4), S. 289-327.
- Selting, M. (2007): Beendigung(en) als interaktive Leistung. In: Hausendorf, H. (Hrsg.): *Sprache als Prozess*. Tübingen: Narr, S. 307-338.
- Selting, M. et al. (Hrsg.) (2009): *Gesprächsanalytisches Transkriptionssystem 2 (GAT 2)*. In: *Gesprächsforschung: Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion* (10), S. 353-402.
- Selting, M. (2016): Praktiken des Sprechens und Interagierens im Gespräch aus der Sicht von Konversationsanalyse und Interaktionaler Linguistik. In: Deppermann, A., Feilke, H. u A. Linke (Hrsg.): *Sprachliche und kommunikative Praktiken*. Berlin; Boston: De Gruyter, S. 27-56.
- Spranz-Fogasy, T. (2010): Verstehensdokumentation in der medizinischen Kommunikation: Fragen und Antworten im Arzt-Patient-Gespräch. In: Deppermann A. (Hrsg.): *Verstehen in professionellen Handlungsfeldern*. Tübingen: Narr, S. 27-108.
- Spranz-Fogasy, T. et al. (2014): *Literatur zur Medizinischen Kommunikation*. Online abrufbar unter: https://ids-pub.bsz-bw.de/frontdoor/deliver/index/docId/5071/file/Spranz-Fogasy_Becker_Menz_Literatur_zur_Medizinischen_Kommunikation_Bibliografie_2014.pdf (abgerufen 19.12.2020).
- Spranz-Fogasy, T. (2014): *Die allmähliche Verfertigung der Diagnose im Reden. Prädiagnostische Mitteilungen im Gespräch zwischen Arzt und Patient*. Berlin; Boston: De Gruyter.

- Stuckenbrock, A. (2013): Sprachliche Interaktion. In: Auer, P. (Hrsg.): Sprachwissenschaft. Grammatik - Interaktion – Kognition. Stuttgart: J.B. Metzler Verlag.
- Walther, S. (2003): Sprache und Kommunikation in der Pflege: Forschungsarbeiten und Publikationen zur mündlichen und schriftlichen Kommunikation in der Pflege. Eine kommentierte Bibliographie. Duisburg: Gilles und Francke Verlag.
- Weinhold, C. (1997): Kommunikation zwischen Patienten und Pflegepersonal: Eine gesprächsanalytische Untersuchung des sprachlichen Verhaltens in einem Krankenhaus. Bern; Göttingen; Toronto, Seattle: Huber.
- West, C. (2006): Coordinating closings in primary care visits: producing continuity of care. In: Heritage J., u. D. W. Maynard (Hrsg.): Communication in Medical Care: Interaction between Primary Care Physicians and Patients. Cambridge: Cambridge University Press, S. 379-415.
- White, J., Levinson W. u. D. Roter (1994): “Oh by the way...”: The Closing Moment of the Medical Visit. In: Journal of General Internal Medicine 9, S. 24-28.
- White, S. J. (2011): A Structural Analysis of Surgeon-Patient Consultations in Clinic Settings in New Zealand. University of Otago.
- White, S. J. (2012): Closing Surgeon-Patient Consultations. International Review of Pragmatics 4 (1), S. 58-79.
- White, S. J. (2015): Closing Clinical Consultations. In: Busch, A. u. T. Spranz-Fogasy (Hrsg.): Handbuch Sprache in der Medizin. Berlin; München; Boston: De Gruyter, S. 170-187.
- Zifonun, G., Hoffmann, L. u. B. Strecker (1997): Grammatik der deutschen Sprache. Berlin: De Gruyter.

Anhang

Weitere zitierte ÄrztInnen-PatientInnen Transkripte³²

046_03_A_20180703 (00:11:08 – 00:11:29)

715 ARw05: °hh gibt_s SONST noch fragen;
716 (-) aktu[ELL;]
717 ANw03a: [nein;]
718 im moment NICHT;
719 [gä,]
720 PAm03: [m_HM;]
721 ANw03a: [<<p> im moment NICH;]
722 ARw05: [das klingt doch dann][GUT;]
723 ANw03a: [ja;>]
724 ARw05: dann ham_mer doch einen guten PLAN;
725 ANw03a: ja;
726 des sieht sehr gut aus;
727
728 ARw05: <<smile voice> dann gehen wer_s so AN;=
729 ANw03a: ich DANke ihnen;

174_08_A_20190228 (00:03:27-00:03:34)

155 Arm10 <<pp> oKEE;
156 (.) ALso;>
157 (--) alles GÜde,
158 <<len> frau EHmer;>
159 (1.1) TSCHÜ_üs;
160 bis zum NÄCHsten mal;

548_16_A_20190410 (00:08:44-00:08:47)

013 ANw16a: [VIElen dAnk;]
014 ARw14: [also dann m][Achen se_s GUT;]
015 PAm16: [<<all> DANkeschön frau dOktor,>]
016 ARw14: [ge?]
017 ANw16a: [ja_]a [GLEICHfalls,]
018 ARw14: [TSCHÜ_üss;]
019 PAm16: [<<p> tschüss;>]
020 ANw16a: TSCHÜ_üss,

822_23_A_20191123 (00:07:03-00:07:11)

377 ARw01: und da dürfen sie auch noch profitIERN,
378 (-)insoFERN,
379 PAm23: da FREUE ich mich,

³² Die fettmarkierten Zeilen in den Transkripten wurden in der Arbeit zitiert.

380 ARw01: (---) ein rUhiges wochenende wünsch ich IHnen;
381 PAm23: dAnke für den beSUCH;
382 ARw01: GERne:,

Weitere zitierte PflegerInnen-PatientInnen-Transkripte

346_12_P_20190311 (00:12:29 – 00:12:46)

487 PFW14 (10.1) wenn sie uff toiLEDde müsset oder
irgendwAs,=
488 =gErne MELde.
489 also ich be[GLEIte sie gErne;=]
490 PAm12: [(xxx xxx xxx XXX),]
491 PFW14: =ge?
492 PAm12: (xxx);
493 PFW14: oKEE;

504_14_P_20190404 (00:03:53 – 00:03:57)

117 PFW14 soll ich gerad e KANne mache[oder irgend]wAnn?
118 PAw15: [ja;]
119 PFW14: <<pp> okay so (.) so MACH ich_s;
120 <<p> ne?>

580_15_P_20190406 (00:01:07 – 00:01:16)

036 PFW14 (1.4) ja mAche <<all> se langSAM,>
037 (--) ruhig die novalGIN AU,
038 (3.0) <<p> mh_JOA;>
039 (---) ich geh ma gerad kurz DRAUße an_s telefon,
040 ich komm dann gleich NOMmal;
041 ne?

600_16_P_20190417 (00:06:08 – 00:06:15)

283 ANw16a: (--)NERVlich das[schlImmste;>]
284 PFm10: [JA klA:r äh vom,]
285 (---) und (.) jEtzt geht mer_s mal AN.
286 (.) gut.
287 (1.0) i MELD mich,=
288 =wenn_s (.) wenn der transport DA ischt.

730_21_P_20181107 (00:14:05 – 00:14:26)

064 PFm04: ((Auslassung 745.6 Sek wegen Durchführen einer
Pflegeaktivität))
065 PFm04 tippiTOppi:,

065 PAw21: (--) <<p> TIppitOppi;>
066 (2.7)<<p> sin mer FERTig.>
067 Pfw04: (2.0 dAnn bis SPÄ:ter,
068 PAw21: <<p> bis SPäter,>

769_21_P_20191112 (00:00:59 – 00:01:13)

001 Pfw06: und dAnn WÜRde ich,
002 (-)au mal temperatur noch NACH[mese un so;=]
003 PAw21: [hm_HM,]
004 Pfw06: =gell?
005 sie kriege ich muss auch noch BLUT abnehme und
so,
006 (-)des MÄchen mer jetzt mal.
007 ich brIng ihnen aber erstmal SCH[MERZmittel,=]
008 PAw21: [<<p> mh_HM;>]
009 Pfw06: =da kann des schon WIRke;
010 PAw21: <<p> hm_HM;
011 Pfw06: [ge?]
012 PAw21: [DAN]ge sehr;>
013 Pfw06: KOMM gleich;

Tabellarische Übersichten mit Angabe der Transkript-Kürzel

Tab. 3: Sprachliche Praktiken von ÄrztInnen in Interaktionen mit PatientInnen am Gesprächsende (n=40) mit Angabe der Transkript-Kürzel.

Gesprächspraktik	Absolutes Vorkommen	Daten
1. Eine vorausgegangene Thematik / Untersuchung beenden	39 ³³ /40	039; 041; 046; 047; 073; 075; 098; 099; 106; 107; 108; 131; 151; 161; (174); 180; 198; 408; 422; 437; 499; 548; 551; 629; 683; 707; 708; 736; 737; 778; 788; 795; 800; 822; 824; 840; 841; 842; 845; 850
2. Einen Raum für Fragen öffnen	8/40	046; 073; 075; 131; 180; 422; 499; 551
3. Das Visiteergebnis / eine Untersuchung zusammenfassen	17/40	039; 046; 047; 073; 075; 099; 106; 131; 180; 548; 551; 683; 708; 737; 778; 788; 841
4. Eine Aufforderung / Bitte an den Patienten richten	11/40	041; 046; 047; 075; 107; 108; 180; 198; 551; 683; 840
5. Eine zukünftige Handlung / ein zukünftiges Ereignis ankündigen	8/40	039; 041; 046; 047; 075; 131; 151; 499; 842; 845; 850
6. Ein erneutes Wiederkommen / Gespräch ankündigen	21/40	039; 041; 046; 047; 073; 075; 098; 099; 131; 151; 174; 408; 422; 437; 499; 551; 629; 708; 736; 73; 780
7. Ein Verlassen / Gehen ankündigen	2/40	161; 840
8. Einen Abschiedsgruß äußern	31/40	039; 041; 046; 047; 073; 075; 099; 106; 107; 108; 131; 151; 174; 180; 422; 437; 499; 548; 551; 629; 707; 736; 737; 788; 795; 800; 822; 824; 840; 841; 850

³³ In einer Interaktion zwischen dem Arzt und der Patientin wird der Gesprächsgegenstand (Gespräch mit der Pflegerin und der Tochter) nicht interaktiv ausgehandelt, da sich die Patientin aufgrund ihrer schwachen körperlichen Verfassung nicht an dem Gespräch beteiligen kann.

Tab. 4: Sprachliche Praktiken von PflegerInnen in Interaktionen mit PatientInnen am Gesprächsende im Laufe eines Tages / im Laufe einer Schicht (n=34) mit Angabe der Transkript-Kürzel.

Gesprächspraktik	Absolutes Vorkommen	Daten
1. Eine vorausgegangene Thematik / Pflegeaktivität beenden	34/34	255; 274; 280; 346; 411; 416; 444; 446; 463; 483; 486; 487; 498; 491; 503; 504; 529; 580; 598; 600; 711; 730; 759; 760; 762; 763; 769; 773; 785; 789; 811; 818; 823; 839
2. Eine Frage stellen	12/34	255; 411; 486; 487; 504; 529; 759; 762; 763; 769; 811; 823
3. Eine Handlung zusammenfassen	6/34	346; 487; 504; 600; 730; 818
4. Eine Aufforderung / Bitte an den Patienten richten	13/34	280; 346; 411; 444; 483; 487; 489; 491; 503; 580; 711; 760; 762
5. Eine zukünftige Handlung / ein zukünftiges Ereignis ankündigen	18/34	255; 274; 444; 483; 486; 491; 503; 504; 598; 711; 759; 762; 763; 769; 789; 811; 823; 839
6. Ein erneutes Wiederkommen / Gespräch ankündigen (zusätzlich: Den Grund für das Verlassen des Zimmers ankündigen)	16/34 (10/34)	255; 274; 280; 416; 444; 486; 529; 580; 598; 759; 762; 763; 769; 789; 811; 839
7. Einen Abschiedsgruß äußern	10/34	280; 346; 411; 463; 491; 503; 600; 730; 785; 811

Tab. 5: Sprachliche Praktiken von PflegerInnen in Interaktionen mit PatientInnen am Gesprächsende am Ende eines Tages / am Ende einer Schicht (n=6) mit Angabe der Transkript-Kürzel.

Gesprächspraktik	Absolutes Vorkommen	Daten
1. Eine vorausgegangene Thematik / Pflegeaktivität beenden	6/6	102; 340; 375; 419; 582; 713
2. Eine Frage stellen	3/6	102; 340; 375
3. Eine Handlung zusammenfassen	0/6	-
4. Eine Aufforderung / Bitte an den Patienten richten	1/6	582
5. Eine zukünftige Handlung / ein zukünftiges Ereignis ankündigen	2/6	419; 582
6. Ein erneutes Wiederkommen / Gespräch ankündigen (zusätzlich: Den Grund für das Verlassen des Zimmers ankündigen)	1/6 (1/6)	340; 419; 713
7. Einen Abschiedsgruß äußern	6/6	102; 340; 375; 419; 582; 713

Tab. 6: Vergleich der Praktiken des ärztlichen und pflegerischen Sprechens in Gesprächsbeendigungen mit PatientInnen.

Gesprächspraktik	Gemeinsamkeiten	Unterschiede	
		Ärztliches Sprechen	Pflegerisches Sprechen
1. Eine vorausgegangene Thematik / Untersuchung beenden	<ul style="list-style-type: none"> - Letzte Gesprächsgegenstände werden immer beendet (Einsatz von Diskursmarkern, die als <i>preclosing</i>-Element fungieren: „Gut“, „Okay“) 	<ul style="list-style-type: none"> - Zusätzlich können ÄrztInnen (kurze) Untersuchungen verbal beenden („Reicht mir schon von der Untersuchung her“) - Diskursmarker werden oft mit Smile Voice oder Lachen verbalisiert - Diskursmarker weisen Zweisilbigkeit und hohe Stimmlage auf 	<ul style="list-style-type: none"> - Thematik wird zwar beendet, kann aber spontaner und schneller erfolgen - Diskursmarker kennzeichnen Ende von Pflegeaktivitäten
2. Einen Raum für Fragen öffnen / eine Frage stellen		<ul style="list-style-type: none"> - Fragen übernehmen eine verständnissichernde Funktion - Rederecht wird bewusst an PatientInnen abgegeben - Einsatz von <i>topic initial elicitors</i> (Einsatz von Adverbien „sonst“ oder Indefinitpronomen „was“ / „irgendwas“, um möglichst großes Fragen- und Themenspektrum ermöglichen) - Thematisch an Therapieplanung oder weitere Behandlung orientiert 	<ul style="list-style-type: none"> - Fragen betreffen inhaltlich pflegebezogene Themen (Mahlzeit, Benötigung von Schmerzmitteln, ‚Licht-Thematik‘)
3. Das Visiteergebnis / eine Untersuchung zusammenfassen	<ul style="list-style-type: none"> - Verwendung des Pronomens ‚mer‘ („wir“) führt zur Stärkung der Beziehung zwischen ÄrztInnen und PatientInnen sowie zwischen PflegerInnen und PatientInnen 	<ul style="list-style-type: none"> - Rekapitulation der Visiteergebnisse durch Paraphrasierungen oder Umschreibungen - Zusammenfassungen können metasprachlich angekündigt werden - Verweis auf zukünftige Schritte wird gegeben („Behandlungsplan“, „Fahrplan“) - kann als ‚Meta-Praktik‘ fungieren und andere Praktik beinhalten - fällt sprachlich und handlungstechnisch komplexer aus 	<ul style="list-style-type: none"> - bezieht sich meist auf eine Handlung, die von den PflegerInnen ausgeübt wird (grammatisches Subjekt) - fällt sprachlich und handlungstechnisch weniger komplex aus - Zusammenfassung kann zukünftige Handlung beinhalten

4. Eine Aufforderung / Bitte an den Patienten richten	<ul style="list-style-type: none"> - Eine Aufforderung oder eine Bitte ist so formuliert, dass sich PatientInnen bei Fragen oder Anliegen (per Klingel) ‚melden‘ sollen. - Bei dem Anliegen handelt es sich um Veränderungen des Gesundheitszustandes (Schmerzempfinden) - Erfordert ein aktives Handeln der PatientInnen - PatientInnen können von beiden AkteurInnen zur Einnahme eines Medikamentes gebeten werden 	<ul style="list-style-type: none"> - Sprachlich mit dem Verb ‚melden‘ realisiert - Nebensatz ‚wenn (irgend-)was ist – nicht näher bestimmter Umstand - Sprachlich realisiert mit Indefinitpronomen, um PatientInnen möglichst großes Fragen- und Themenspektrum anbieten zu können 	<ul style="list-style-type: none"> - Sprachlich mit den Verben ‚klingeln‘ oder auch ‚läuten‘ realisiert - Ein ‚Melden‘ per Klingel dient für PflegerInnen als Signal, einer Pflegetätigkeit nachzugehen (Wechsel von Infusionen) - Funktion besteht in dem effektiveren und schnelleren Ausführen von Pflegetätigkeiten oder darin, eine durchgängige medikamentöse Versorgung zu gewährleisten - Aufforderungen oder Bitten weisen individualisierte, an PatientInnen angepasste, Formulierungen auf.
5. Eine zukünftige Handlung / ein zukünftiges Ereignis ankündigen	<ul style="list-style-type: none"> - werden sprachlich mit Temporaladverbien angekündigt 	<ul style="list-style-type: none"> - Handlungen / Ereignisse können fest terminiert sein (Entlassung, Änderung der Medikamentenvergabe) - Handlungen / Ereignisse können antizipiert werden und sind somit zeitlich nicht festzulegen. 	<ul style="list-style-type: none"> - Zukünftige Handlungen erfolgen meist spontan und befinden sich in unmittelbarer Nähe zum Sprechzeitpunkt - Handlungen / Ereignisse werden sprachlich mit Temporaladverbien wie ‚jetzt‘ oder ‚gleich‘ angekündigt - Handlungen / Ereignisse erfolgen immer im Verlauf der Schicht der jeweiligen PflegerInnen
6. Ein erneutes Wiederkommen / Gespräch ankündigen	<ul style="list-style-type: none"> - ein erneutes Wiedersehen kann von beiden AkteurInnen explizit angekündigt („Ich komm später nochmal“) oder im Abschiedsgruß implizit angekündigt werden („Bis später“) 	<ul style="list-style-type: none"> - Zukünftige Handlung oder zukünftiges Wiederkommen kann Wiedersehen der ÄrztInnen bedingen (beispielsweise in Folge einer Untersuchung) - Im Normalfall wird auf das Wiedersehen am folgenden Tag verwiesen (Visite) - Wiederkommen werden sprachlich mit Konditionalkonstruktionen angekündigt 	<ul style="list-style-type: none"> - Erneutes Wiederkommen wird explizit angekündigt („Ich komm gleich wieder.“) - Kann sprachlich mit handlungsimplicierenden angekündigt werden („bringen, holen“)
7. Ein Verlassen / Gehen ankündigen		<ul style="list-style-type: none"> - Wird lediglich in zwei Gesprächen zwischen ÄrztInnen und PatientInnen realisiert 	
8. Einen Abschiedsgruß äußern (zusätzlich: Einen Wunsch äußern)	<ul style="list-style-type: none"> - Wenn die Konversation am Ende eines Tages oder einer Schicht stattfindet, erfolgt immer ein Abschiedsformeln mit Gruß oder Wunsch 	<ul style="list-style-type: none"> - Sprachlich dominiert die Abschiedsformel „Tschüss“ - Abschiedsformel „Tschüss“ wird zusätzlich in Verabschiedungen verbalisiert, in denen ein impliziter Verweis auf ein Wiedersehen erfolgt („Bis später“) 	<ul style="list-style-type: none"> - Abschiedsgrüße im Laufe eines Tages oder einer Schicht enthalten verweis auf ein baldiges Wiedersehen („Bis gleich“, „bis später“)