

Ramona Pech

**“creo que e:s=si no me equivoco=
el VI:rus (--) de SIda” –
Zur interaktiven Wissensaushandlung
im dominikanischen HIV/
AIDS-Aufklärungsgespräch**

Abstract: Die Vermeidung von Neuinfektionen durch Aufklärung spielt seit dem ersten Auftreten von HIV/AIDS eine zentrale Rolle im Kampf gegen das Immunschwächevirus. In Entwicklungs- und Schwellenländern wie der Dominikanischen Republik sind Maßnahmen der Gesundheitserziehung die oftmals einzige Möglichkeit zur Eindämmung der Verbreitung des Virus in der Bevölkerung. Aufklärungskampagnen gehen dabei in der Regel von der Annahme aus, dass risikobehaftetes Handeln auf unzureichendes Wissen zurückzuführen ist und dass die Verbreitung von Informationen positive Verhaltensänderungen zur Folge hat. Wissen und die Strategien seiner Vermittlung und Aneignung können folglich als konstitutive Elemente des Präventionsdiskurses gelten. Der folgende Beitrag fokussiert mit dem Laienwissen eine Form des sich im schulisch-institutionalisierten Kontext von dominikanischen Aufklärungsgesprächen sprachlich manifestierenden Wissens und geht der Frage nach, wie das von den Teilnehmenden in die Kommunikation eingebrachte Wissen interaktiv bearbeitet wird. Dabei zeigt sich, dass das Wissen der Laien nur in Einzelfällen zum Ausgangspunkt lokaler Wissensaushandlungen wird und die Interagierenden Wissen zu HIV/AIDS nicht zwangsläufig in einer gemeinsamen Konstruktionsleistung konstituieren.

1. Einleitung und Fragestellung

Trotz der zahlreichen und bedeutenden medizinischen Fortschritte bleibt AIDS eine unheilbare und lebensbedrohliche Krankheit, gegen die auch in absehbarer Zeit keine Schutzimpfung zur Verfügung stehen wird (cf. Hamouda et al. 2007: 411). Während der kurativen Medizin als primärpräventiver Maßnahme beispielsweise in Deutschland eine immer größere Rolle zukommt (cf. Marcus 2007: 420), konzentriert sich der Kampf gegen das Immunschwächevirus in Entwicklungs- und Schwellenländern wie der Do-

minikanischen Republik nach wie vor auf die Vermeidung von Neuinfektionen durch Aufklärung (cf. Cáceres 2003: 1).

Die HIV/AIDS-Aufklärung geht von der Annahme aus, dass risikobehaftetes Handeln auf fehlendes Wissen zurückzuführen ist und dass die Verfügbarmachung von Informationen zur Aufgabe des gesundheitsgefährdenden Verhaltens führt (cf. Drescher 2008: 120). Ziel präventiver Maßnahmen sind tiefgreifende, zeitstabile und freiwillige Verhaltensänderungen und insbesondere ein bewusster Umgang mit Sexualität und Gesundheitsrisiken. Mittel zum Zweck sind Aufklärungs- und Lernangebote, die Informationen über Ansteckungswege und Schutzmöglichkeiten vermitteln, einfache Schutzmaßnahmen wie Abstinenz, sexuelle Treue oder die Verwendung von sauberen Einmalspritzen und Präservativen propagieren und dabei vor allem die Kondomnutzung als (neue) soziale Norm zu etablieren versuchen (cf. Marcus 2007: 413–414).

Der vorliegende Beitrag untersucht HIV/AIDS-Aufklärungsgespräche in der Dominikanischen Republik. Er betrachtet den Aufklärungsdiskurs als ein Format der öffentlichen Gesundheitsinformation, in der Gesundheitspromotorinnen¹ als HIV/AIDS-Expertinnen einem Publikum aus Laien gegenüberreten und als zentrale Interaktionsaufgabe das Ziel verfolgen, den Teilnehmenden aufklärungsrelevantes biomedizinisches Fachwissen sowie hiermit zusammenhängendes Handlungswissen zu vermitteln (cf. Brünner 2005: 90–91). Die inhaltliche Wissenshoheit scheint damit zunächst einmal bei den Expertinnen zu liegen und der Wissensfluss von diesen zu den Laien zu erfolgen. Die Analyse des Korpus zeigt jedoch, dass sich auch die Teilnehmenden der Aufklärungsveranstaltungen regelmäßig mit eigenem (Vor-)Wissen zu Wort melden, sei es initiativ oder aufgrund sequenzieller Zugzwänge. Es sind also nicht nur das expertenseitige (Fach-)Wissen und die verschiedenen Strategien seiner Vermittlung (cf. beispielsweise Brünner / Gülich 2002; Gülich 2003), die im Gespräch eine Rolle spielen.

Ersten Beobachtungen zufolge lassen sich in den untersuchten Präventionsgesprächen monologisch-wissensvermittelnde von stärker dialogischen und vermeintlich wissensbearbeitenden Aktivitäten unterscheiden. Letztere nehmen ihren Ausgang häufig in Wissensabfragen, in denen die Gesund-

1 In den untersuchten Gesprächen handelt es sich ausschließlich um Frauen.

heitspromotorinnen dem Publikum Fragen zu HIV/AIDS sowie den Übertragungs- und Nichtübertragungswegen stellen und damit konditionelle Relevanzen etablieren, die von den Teilnehmenden eingelöst werden (sollen). Die zum Einsatz kommenden Fragen lassen sich als *Regiefragen* identifizieren und dienen zunächst einmal der Etablierung eines *Vortrags mit verteilten Rollen* (cf. Ehlich / Rehbein 1986: 59–87). Ob sie darüber hinaus auch das Ziel verfolgen, die kognitiven Vorbedingungen des Publikums zu eruieren, um den Wissenstransfer daran auszurichten, ist Gegenstand des vorliegenden Beitrags.

Die sich anschließende Untersuchung fokussiert die Wissensbestände, die von den Nichtexpert/innen in Sequenzen der Wissenselizitierung in die Interaktion eingebracht werden. Ausgehend von einer globalen und sich immer wieder manifestierenden Wissensasymmetrie zwischen Gesundheitspromotorinnen und Teilnehmenden stellt sich die Frage, inwiefern das Wissen der medizinischen Laien zum Ausgangspunkt lokaler Wissensaushandlungen wird: (Wie) werden die von den Teilnehmenden geäußerten Wissensbestände interaktiv bearbeitet und (wie) wird Wissen zu HIV/AIDS in einer gemeinsamen Konstruktionsleistung sequenziell konstituiert?

2. Daten und Vorgehen

Die Analyse basiert auf Audio- und Videoaufnahmen von Aufklärungsveranstaltungen, die im Frühjahr 2012 in städtischen und halbstädtischen Armenvierteln im Großraum Santo Domingo erhoben wurden. Die 25 untersuchten Präventionsgespräche weisen eine durchschnittliche Länge von 19 Minuten auf. Sie wurden von ehrenamtlich tätigen Gesundheitspromotorinnen nach dem Prinzip der *Peer Education* (cf. UNAIDS 1999) durchgeführt und richteten sich an die (erwachsene) Gesamtbevölkerung. Die Gespräche fanden an Sekundarschulen und in einem Gemeindezentrum statt und wurden begleitet von der Möglichkeit zur Durchführung eines kostenlosen HIV-Schnelltests.

Sowohl die Altersstruktur als auch die Anzahl der Teilnehmenden stellen sich als äußerst heterogen dar: Im Publikum sitzen zum Teil nur zehn, zum Teil aber auch annähernd fünfzig Personen. Diese liegen mit 15 bis 30 und in Einzelfällen über 40 Jahren altersmäßig weit auseinander, was mit der Schulform und den Spezifika des dominikanischen Schulsystems zusammen-

hängt. So können die weiterführenden Schulen direkt im Anschluss an die Primarbildung absolviert werden. Aus sozioökonomischen oder familiären Gründen und nach berufs- oder schwangerschaftsbedingten Unterbrechungen werden sie häufig jedoch erst in späteren Lebensphasen besucht.

Der vorliegende Beitrag wird an verschiedenen Einzelfallanalysen exemplifizieren, wie das Wissen des Publikums transformiert, korrigiert, ratifiziert, übergangen oder zurückgewiesen wird und wie die (ausbleibende) Wissensbearbeitung im Lichte der Interaktionskonstellation eines *Face-to-face*-Gesprächs und des Diskursmusters eines *Vortrags mit verteilten Rollen* zu sehen ist. In Kapitel 3 wird dazu zunächst der Diskurstyp des Aufklärungsgesprächs hinsichtlich seiner zentralen Charakteristika und Dynamiken als Form der medizinischen Experten-Laien-Kommunikation, als schulischer Lehr-Lern-Diskurs sowie als *Vortrag mit verteilten Rollen* beschrieben. Kapitel 4 zeigt an vier Ausschnitten, wie die Gesundheitspromotorinnen mittels *Regiefragen* einen solchen Vortrag etablieren und inwiefern die Wissensbestände der Teilnehmenden nicht nur aufgerufen, sondern auch interaktiv bearbeitet werden. Das Fazit in Kapitel 5 fasst die Einzelfallanalysen zusammen und zeigt aus angewandter Perspektive auf die HIV/AIDS-Prävention, dass die Wissensbearbeitung oftmals zu kurz greift und die Gesundheitspromotorinnen die Vorteile, die *Regiefragen* als Mechanismus des direkten Zugriffs auf die Laienperspektive bieten, oftmals ungenutzt verstreichen lassen.

3. Der Diskurstyp des HIV/AIDS-Aufklärungsgesprächs

Wie bereits erwähnt, zielt die HIV/AIDS-Aufklärung darauf ab, durch einen Wissenszuwachs unter den Adressat/innen eine Verhaltensänderung zu bewirken (cf. Marcus 2007: 413). Der Präventionsdiskurs geht also von einer Wissensasymmetrie zwischen den Interagierenden aus und reiht sich damit in eine Kommunikationskonstellation ein, die sich in entscheidender Weise durch divergierende Wissensbestände unter den Teilnehmenden definiert, und zwar die Experten-Laien-Kommunikation (cf. Jucks 2001: 3).

3.1. Das Aufklärungsgespräch als medizinische Experten-Laien-Kommunikation

Grundlegend für (medizinische) Experten-Laien-Kommunikation im Allgemeinen und das Aufklärungsgespräch im Speziellen ist das Aufeinandertreffen von (medizinischen) Expert/innen einerseits und (medizinischen) Laien andererseits. Zentrale Interaktionsaufgabe ist der Wissenstransfer (cf. Bromme / Jucks / Rambow 2004: 114; Brünner / Gülich 2002: 20), wobei die vermittelten Informationen im Aufklärungsgespräch teils komplexe biomedizinische Sachverhalte und virologische Zusammenhänge sind. Im Gegensatz zu vielen anderen Formen (medizinischer) Experten-Laien-Kommunikation wie beispielsweise den von Matic, Hanselmann und Kleinberger analysierten Gesprächen in der häuslichen Pflege (i. d. B.) dient die Wissenskonstitution im Präventionsdiskurs nicht der Erreichung eines interaktionsimmanenten institutionellen Handlungsziels. Im Aufklärungsgespräch ist der Wissenstransfer vielmehr Aufgabe und Ziel zugleich, denn präventionskonforme Verhaltensweisen wie die Kondomnutzung kommen in der Kommunikationssituation selbst nicht mehr zum Tragen; die praktische Umsetzung des Wissens erfolgt zeitlich und räumlich getrennt vom Aufklärungsdiskurs.

(Medizinische) Experten-Laien-Kommunikation wurde gesprächsanalytisch bereits umfassend in ihren unterschiedlichsten Ausprägungsformen beschrieben, das Aufklärungsgespräch fand dabei jedoch bislang keine Beachtung (cf. beispielsweise Sator / Spranz-Fogasy 2011). Es lässt sich der öffentlichen Gesundheitsaufklärung zurechnen, deren Ziele Brünner (2011: 7) anhand eines spezifischen Formats wie folgt beschreibt:

Gesundheitssendungen [im Fernsehen] zielen darauf ab, einem breiten Laienpublikum medizinisches und gesundheitsbezogenes Wissen zu vermitteln, Rat zu geben und zu gesundheitsbewusstem Handeln anzuleiten – neben der Unterhaltungsfunktion, die Fernsehen ja immer auch wahrnimmt.

Mit Ausnahme der Unterhaltungsfunktion treffen die genannten Aspekte auch auf die untersuchten Aufklärungsgespräche zu: Ein unterschiedlich großes, heterogenes und weitgehend anonymes Publikum wird vor dem Hintergrund der Handlungsanpassung mit medizinischen und gesundheitsbezogenen Informationen versorgt. Es geht darum, Wissen zu vermitteln, Rat zu geben sowie Verhaltensänderungen anzuleiten.

Das zu vermittelnde biomedizinische Fach- und Handlungswissen haben die Gesundheitspromotorinnen in verschiedenen Kursen und Workshops erworben und im Rahmen ihrer zum Teil mehrjährigen Tätigkeit gefestigt. Es kann nicht nur als systematisierter, professioneller und wissenschaftlicher, sondern auch als tiefer vernetzt, kohärenter strukturiert und stärker problembezogen als das des Publikums gelten (cf. Bromme / Rambow 2001: 543; Nückles 2001: 2). Doch auch die Teilnehmenden treten nicht als *Tabula Rasa* in die Interaktion ein (cf. Bromme / Jucks / Rambow 2004: 121). Sie bringen immer schon ein gewisses Vorwissen mit, das aus verschiedenen Quellen stammt, in Abhängigkeit vom Individuum mehr oder weniger umfangreiche und strukturierte Wissensbestände umfasst und als Pendant zum Expertenwissen zu sehen ist (cf. Hartog 1993: 130). Unter dem Begriff des Laienwissens werden für gewöhnlich nicht nur wissenschaftlich abgesicherte und gesellschaftlich akzeptierte Erkenntnisse und Erfahrungen, sondern auch fragliche, falsche und veraltete Informationen, Vorstellungen und Sichtweisen sowie (kollektive) Handlungspraxen, Normen und Bewertungen subsummiert (cf. Brünner 2011: 397–398).

Das Laienwissen spielt im Aufklärungsgespräch als einer Form von Experten-Laien-Kommunikation insofern eine zentrale Rolle (cf. Jucks 2001: 9), als der Erfolg des Wissenstransfers in einer solchen Kommunikationskonstellation in entscheidender Art und Weise davon abhängt, wie die zu vermittelnden Informationen auf bereits vorliegende Wissensstrukturen zugeschnitten werden (cf. Brünner 2005: 92). Zentrale Bedingung erfolgreicher Kommunikation ist demnach die Fähigkeit der Expert/innen, (biomedizinisches) Fachwissen so aufzubereiten, dass es anschlussfähig ist und medizinische Laien es in ihre Wissensbestände integrieren können (cf. Brünner 2011: 398–401). Dies wiederum erfordert, dass Expert/innen in irgendeiner Form Kenntnis von der Laienperspektive haben (cf. Bromme / Rambow 2001: 543), sei es durch mehr oder weniger fundierte Vermutungen und Vorannahmen oder durch eine direkte und explizite Wissensabfrage. Eine maßgebliche Rolle spielt auch die Bereitschaft der Laien, Wissensdefizite und Wissensbedürfnisse sowie Verstehenschwierigkeiten zu äußern und weitere oder alternative Vermittlungsstrategien und Erklärungsmuster einzufordern.

Der entscheidende Unterschied zu medialen Formaten der öffentlichen Gesundheitsaufklärung wie den beispielsweise von Brünner (2011), Lalou-

schek (2005) und Partheymüller (1994) beschriebenen Gesundheitssendungen liegt nun darin, dass es sich bei den untersuchten Aufklärungsgesprächen um *Face-to-face*-Interaktionen handelt, bei denen die Zielgruppe direkt in die Gesprächssituation eingebunden ist. Die Gesundheitspromotorinnen können durch gezielte Abfragestrategien unmittelbar auf die kognitiven Vorbedingungen der Teilnehmenden zugreifen und dadurch ihre Vorannahmen bezüglich der Laienperspektive verifizieren, ergänzen oder revidieren. Das Publikum kann unmittelbaren Einfluss auf den Diskurs nehmen, indem es eigenes Wissen in die Interaktion einbringt und (Nicht-)Verstehen signalisiert. Das Aufklärungsgespräch bietet als direkte Kommunikationsform unzählige Möglichkeiten des Rezipientenbezugs und erlaubt damit elaboriertere Adressatenzuschnitte als die mediale Vermittlungssituation (zur Thematisierung von Laienwissen in Gesundheitssendungen cf. insbesondere Brüner 2011).

3.2. Das Aufklärungsgespräch als schulischer Lehr-Lern-Diskurs

Das Aufklärungsgespräch findet in der hier untersuchten Form in überwiegender Zahl im schulischen Rahmen statt. Es stellt sich als institutionalisierter Lehr-Lern-Prozess dar und fügt sich fast nahtlos in das normale Unterrichtsgeschehen ein. Die Schulstunden werden bei Ankunft der Gesundheitspromotorinnen in aller Regel unterbrochen und nach Beendigung der HIV/AIDS-Aufklärung fortgesetzt. Den Gesundheitspromotorinnen kommt die Rolle der Lehrkraft zu. Diese wird ihnen häufig von den regulären Lehrkräften zugewiesen und im Verlauf der Interaktion immer wieder als relevant bestätigt (cf. Pech 2015: 102–103, 112–113). Eines der Aufklärungsgespräche findet außerhalb der Institution Schule statt, doch konstruieren die Interagierenden mit ihrem verbalen und nonverbalen Verhalten sowie der Raumkinetik auch hier einen unterrichtsähnlichen Gesprächsrahmen.

Die Ausrichtung der HIV/AIDS-Aufklärungsgespräche als institutionalisierter Lehr-Lern-Diskurs wird besonders dann deutlich, wenn man die spezifischen Rollen, die unterschiedlichen Interaktionsaufgaben und die ungleich verteilten Handlungsmöglichkeiten der Interaktionsteilnehmenden betrachtet. Die Gesundheitspromotorinnen und ihr Publikum stehen sich im Kommunikationsereignis nicht gleichberechtigt gegenüber. Die Asymme-

trien zeigen sich – wie in anderen Formen der Experten-Laien-Kommunikation – nicht nur in den unterschiedlichen Wissensbeständen, sondern auch in der Konstituierung einer hierarchischen Rollenverteilung. Die Interagierenden sind nicht frei in ihrem jeweiligen verbalen und nonverbalen Verhalten; sie haben vielmehr Rechte und Pflichten, die denen von Lehrer/innen und Schüler/innen in der Unterrichtskommunikation entsprechen (cf. hierzu Becker-Mrotzek / Vogt 2001: 5–9). Anhand der Analysen in Kapitel 4 lassen sich diese empirisch nachzeichnen: So geht die Gesprächsinitiative von den Gesundheitspromotorinnen aus und es obliegt diesen, das Gespräch zu eröffnen und zu schließen, zu strukturieren und Wissen zu vermitteln. Die Teilnehmenden haben nur eingeschränkte Mitsprachemöglichkeiten und sie haben den Anweisungen der Gesundheitspromotorinnen Folge zu leisten. Abgesehen von Wissensabfragen und gelegentlichen Feedbackeinforderungen sowie explizit angekündigten Fragerunden werden sie in die Rolle von passiven Zuhörer/innen verwiesen und müssen wie im regulären Unterricht mit Ermahnungen rechnen, wenn sie diese nicht erfüllen und beispielsweise gegen die institutionstypische Rederechtvergabe verstoßen (cf. Pech 2015: 105–107).

3.3. Das Aufklärungsgespräch als Vortrag mit verteilten Rollen

Im Mittelpunkt des vorliegenden Beitrags stehen Sequenzen der Wissensabfrage, in denen die Gesundheitspromotorinnen mit Fragen wie „was ist ha i vau“ (cf. beispielsweise Ausschnitt 1, Z. 07) Zugriff auf den kognitiven Bestand des Publikums nehmen. Dass es ihnen dabei nicht um den Ausgleich von persönlichen Wissensdefiziten geht, wie dies bei Fragen im Allgemeinen der Fall ist (cf. Ehlich / Rehbein 1986: 70–71; Morek, i. d. B.), liegt angesichts der Gesprächskonstellation und des Kommunikationszwecks auf der Hand. Den Gesundheitspromotorinnen als HIV/AIDS-Expertinnen ist der propositionale Gehalt der Antworten bereits bekannt. Mit den gestellten Fragen verfolgen sie ein anderes Ziel als das des Schließens von Wissenslücken (cf. Ehlich / Rehbein 1986: 68). Ihre Fragen sind damit keine echten Fragen (zur Behebung eines Wissensdefizits), sondern eine Form der institutionellen Funktionalisierung von Fragen, wie sie bislang vor allem für Lehr-Lern-Diskurse beschrieben wurden (cf. Partheymüller 1994: 134).

Ehlich / Rehbein (1986: 59–87) rekonstruieren im Kontext von Unterrichtskommunikation ein spezifisches Diskursmuster zur Prozessierung und sequenziellen Entwicklung des Unterrichtsstoffs, das sie als *Vortrag mit verteilten Rollen* bezeichnen und das auf der repetitiven Verwendung uneigentlicher Fragen basiert (cf. hierzu auch Partheymüller 1994: 135; Becker-Mrotzek / Vogt 2001: 60–71). Seinen Zweck sehen sie darin, dass es die Vorzüge des prototypischen Vortrags nutzt, dessen Nachteile jedoch zu umgehen versucht. So liegt das Dilemma beim konventionellen Vortrag darin, dass dieser sich insbesondere für die Vermittlung komplexer und umfangreicher Inhalte eignet, vom Publikum jedoch eine hohe Aufmerksamkeit und ein hohes Maß an Motivation erfordert. Die Zielgruppe muss konzentriert zuhören, um das vermittelte Wissen verstehen und in ihre eigenen Wissensbestände integrieren zu können. Dies ist jedoch gerade im schulischen Lehr-Lern-Diskurs nicht immer in ausreichendem Maße gegeben (cf. Becker-Mrotzek / Vogt 2001: 59–60 und 65; Ehlich / Rehbein 1986: 81–83). Der Vorteil des *Vortrags mit verteilten Rollen* besteht nun gegenüber einem reinen Vortrag darin, dass der propositionale Gehalt sich auf zwei Aktantengruppen erstreckt (cf. Partheymüller 1994: 135; Rehbein 1985: 25): Mit Hilfe von uneigentlichen Fragen – von Ehlich / Rehbein (1986: 68) als *Regiefragen* bezeichnet – entlockt die Lehrkraft den Schüler/innen genau die Antworten, die in ihren Vortragsablauf passen und die als Stichwortgeber und Ausgangspunkt für weitere lehrerseitige Darstellungen dienen. Damit gelingt es ihr, „die Verkettung von Assertionen aufzubrechen und auf mehrere Sprecher zu verteilen, ohne dass [sie] den Gesamtplan des Vortrags aus der Hand geben müsste.“ (Becker-Mrotzek / Vogt 2001: 65).

So auch im Aufklärungsgespräch: Die *Regiefragen* ermöglichen es den Gesundheitspromotorinnen, das komplexe biomedizinische Thema HIV/AIDS zu strukturieren und in Form von kleinen und überschaubaren Einheiten zu vermitteln. Sie dienen der Fokussierung des jeweils zu behandelnden Themenkomplexes und lenken – bestenfalls – die mentalen Prozesse des Publikums. Der Wechsel von Fragen und Antworten bezieht die Zuhörer/innen als Ko-Vortragende mit ein. Er sorgt auf diese Weise für eine gegenüber einem Vortrag gesteigerte Aufmerksamkeit, da potenziell jede/r zur Beantwortung einer Frage herangezogen werden kann. Dem Publikum können *Regiefragen* dazu verhelfen, eigenes Wissen zu überprüfen und gegebenenfalls vorhandene Wissenslücken aufzudecken (cf. Partheymüller

1994: 134). Neues Wissen lässt sich besser nachvollziehen und effizienter in bestehende Wissensstrukturen integrieren, sofern das teilnehmerseitig eingebrachte Wissen ernst genommen und im Sinne eines rezipientenorientierten Wissenstransfers sukzessive und interaktiv bearbeitet wird.

4. Fallanalysen zur interaktiven Wissensaushandlung

Als Konstitutiva der untersuchten dominikanischen HIV/AIDS-Aufklärungsgespräche lässt sich festhalten, dass es sich zum einen um eine Experten-Laien-Konstellation handelt, bei der die Gesundheitspromotorinnen als (medizinische) Expertinnen auf potenzielle Nichtwissende treffen und als Kommunikationsziel die Vermittlung von aufklärungsrelevantem Wissen verfolgen. Die kommunikative Infrastruktur lässt sich als die eines schulischen Lehr-Lern-Diskurses beschreiben; als Diskursmuster etabliert sich ein *Vortrag mit verteilten Rollen*. Relevant ist weiterhin, dass es sich um eine *Face-to-face*-Interaktion handelt, denn die unmittelbare Präsenz der Teilnehmenden mit den damit verbundenen Möglichkeiten der Bezugnahme führt zurück zur Ausgangsfrage des vorliegenden Beitrags: Inwiefern werden die Laienwissensbestände im Gespräch aufgegriffen und ausgehandelt und inwiefern erfolgt die Wissensvermittlung im dominikanischen HIV/AIDS-Präventionsdiskurs ko-operativ und interaktiv? Zur Beantwortung sollen vier Ausschnitte diskutiert werden, in denen die Teilnehmenden eigenes (Vor-)Wissen in die Interaktion einbringen und das relevant gesetzte Wissen eine jeweils unterschiedliche Art der Bearbeitung durch die Gesundheitspromotorinnen erfährt.

4.1. Standardisierte Wissensvermittlung

Die untersuchten Aufklärungsgespräche beginnen mit einer kurzen Vorstellung und Themenankündigung seitens der Gesundheitspromotorinnen sowie einigen organisatorischen Hinweisen und der Aufforderung, sich in eine Teilnehmerliste einzutragen. Begleitend dazu werden fünf bis zehn Gratispräservative und ein oder zwei Broschüren mit Informationen zum HI-Virus, den Übertragungs- und Nichtübertragungswegen und dem korrekten Kondomgebrauch verteilt. Im Anschluss daran beginnen die Gesundheitspromotorinnen mit der eigentlichen Aufklärung, indem sie zunächst zu klären versuchen, was HIV und AIDS sind und/oder wofür die Akronyme

stehen. Die entsprechenden Gesprächsabschnitte nehmen in der Regel die Form von Frage-Antwort-Sequenzen an, wie der folgende Ausschnitt zeigt:

Ausschnitt 1 (31.03.2012, Aufklärungsgespräch 5)

G1 = Gesundheitspromotorin 1, TX = alle/unbestimmte Teilnehmer/innen, T1 = Teilnehmerin 1, T2 = Teilnehmerin 2, T3 = Teilnehmer 3, T4 = Teilnehmerin 4

- 01 G1: BUEno==
okay==
- 02 =en el priMER brochure-
=im ersten flyer-
- 03 (yo voy a) empeZAR con las- (.)
(werde ich) anfangen mit den- (.)
- 04 con e::h-
mit ä::h-
- 05 qué_es el ve i HAcHe y qué_es el SIDA;
was ha i vau und was aids ist;
- 06 (1.6)
- 07 QUÉ_es el ve i hAcHe==
was ist ha i vau==
- 08 =alguien sabe decirme qué_es el ve i HAcHe,
=kann mir jemand sagen was ha i vau ist,
- 09 (1.4)
- 10 levantando las MAnos por favor;
hebt bitte die hände;
- 11 TX: ((no se entiende, 4.5 seg.))
((unverständlich, 4.5 Sek.))
- 12 G1: Dígame joven;
sag du junge frau;
- 13 T1: el VIRus de inmunodeficiencia huMA; (-)
das menschliche immunschwächevirus; (-)
- 14 G1: el virus de inmunodeficiencia huMA;=
das menschliche immunschwächevirus=-
- 15 =y QUÉ es el sida;
=und was ist aids;
- 16 (---)
- 17 T2: ENfermedad; (-)
krankheit; (-)

- 18 T3: es una enfermeDAD,
es ist eine krankheit,
- 19 T4: Virus; (-)
virus; (-)
- 20 T1: la enfermeDAD que provoca el virus de (xxx xxx xxx); (-)
die krankheit die das (xxx xxx xxx) virus hervorruft; (-)
- 21 G1: Síndrome de inmunodeficiencia adquirida;
erworbenes immunschwachesyndrom;
- 22 (que deja dicho) que se adQUIEre;
(das heißt) dass es erworben ist;
- 23 (1.1)
- 24 e::h- (-)
ä::h- (-)
- 25 Cómo nosotros podemos contraer esta enfermedad;
wie können wir uns mit dieser krankheit anstecken;

Unter Verweis auf eine der Broschüren kündigt die Gesundheitspromotorin den zu behandelnden Redegegenstand metakommunikativ an (Z. 02–05). Dann reformuliert sie das zu bearbeitende Wissenselement als Frage (Z. 07), an die sie unmittelbar eine indirekte Aufforderung zur Beantwortung anschließt (Z. 08) und damit zu erkennen gibt, dass die Frage sich ans Publikum richtet und sie eine Antwort erwartet. Die Aufforderung zum Heben der Hände und das anschließende Aufrufen einer Teilnehmerin (Z. 10, 12) zeigen in aller Deutlichkeit, wie der Aufklärungsdiskurs von der Gesundheitspromotorin als Form schulischer Kommunikation mit spezifischer Rederechtverteilung (re-)produziert wird.

Teilnehmerin 1 antwortet unter Verwendung des Fachbegriffs „das menschliche immunschwächevirus“² (Z. 13) und zeigt durch die fallende Intonation am Ende an, dass die Beantwortung der Frage abgeschlossen ist und die konditionelle Relevanz eingelöst wurde. Die Gesundheitspromotorin gibt sich mit der Antwort zufrieden. Sie ergreift nach einer kurzen Pause wieder das Wort (Z. 14) und ratifiziert die korrekte Antwort durch eine wortwörtliche Wiederholung. Weitere Klärungen schließen sich nicht an.

Stattdessen stellt die Gesundheitspromotorin mit „und was ist aids“ (Z. 15) sofort die nächste Frage. Sie erhält darauf mehrere Antwortbruch-

2 Aus Gründen der besseren Lesbarkeit und Verständlichkeit bei fehlenden oder geringen Spanischkenntnissen wird im Fließtext die jeweilige deutsche Übersetzung verwendet.

stücke in Form von Einzelwörtern („krankheit“, Z. 17 und „virus“, Z. 19) und der knappen, aber syntaktisch vollständigen Äußerung „es ist eine krankheit“ (Z. 18). Die Antworten deuten bereits einen Zusammenhang zwischen dem Virus und der Krankheit an. Explizit wird dieser dann in der Äußerung von Teilnehmerin 1 „die krankheit die das (xxx xxx xxx) virus hervorruft“ (Z. 20). Während Teilnehmer 3 unter Verwendung des indefiniten Artikels noch von einer unbestimmten Krankheit spricht („eine krankheit“, Z. 18), definiert Teilnehmerin 1 diese schon näher, indem sie mit dem bestimmten Artikel operiert und „die krankheit“ (Z. 20) mit einem Virus in Verbindung setzt. Ihre Aussage ist zum Teil unverständlich, doch legt die Verwendung des bestimmten Artikels „das (xxx xxx xxx) virus“ als einem Bekanntheit indizierenden Determinator die Vermutung nahe, dass die Teilnehmerin auf das zuvor angesprochenen HI-Virus referiert. Sie scheint den Zusammenhang zwischen HIV und AIDS verstanden zu haben.

Die Gesundheitspromotorin reagiert nach einer kurzen Pause erneut mit dem biomedizinischen Fachbegriff „erworbenes immunschwachesyndrom“ (Z. 21). Auf gesprächsorganisatorischer Ebene schließt sie damit die Sequenz ab. Eine inhaltliche Bezugnahme auf die Antworten der Teilnehmenden und den darin angedeuteten beziehungsweise explizit geäußerten Zusammenhang zwischen dem Virus und der Krankheit findet sich allerdings nicht. Die von den Teilnehmenden zum Einlösen der konditionellen Relevanz in die Interaktion eingebrachten Wissens Elemente werden weder zurückgewiesen noch explizit ratifiziert oder elaboriert. Mit „das heißt“ (Z. 22) kündigt die Gesundheitspromotorin zwar eine weitere Erklärung an. Diese bleibt jedoch rudimentär und beschränkt sich darauf, das Partizip „erworben“ (Z. 21) als „dass es erworben ist“ (Z. 22) zu umschreiben. Sie greift damit nur einen Bestandteil des Akronymes AIDS heraus, doch wird auch dieser nicht näher bestimmt, sondern lediglich umformuliert. Dann leitet die Gesundheitspromotorin einen thematischen Wechsel ein und fährt mit der Frage nach den Übertragungswegen fort (Z. 24–25).

Das sich anschließende Beispiel 2 zeigt, dass es sich bei dem eben dargestellten Ausschnitt nicht um einen Einzelfall handelt, sondern um eine häufig in frappierender Ähnlichkeit ablaufende Sequenz:

Ausschnitt 2 (24.03.2012, Aufklärungsgespräch 4)

G1 = Gesundheitspromotorin 1, T5 = Teilnehmerin 5, T6 = Teilnehmerin 6,
T7 = Teilnehmer 7

- 01 G1: e::h-
ä::h-
- 02 (venimos a) darles una pequeña informaCIÓN-
(wir sind gekommen um) euch ein bisschen zu informieren-
- 03 de QUÉ_es el ve i hache y QUÉ_es el sida;
was ha i vau ist und was aids ist;
- 04 (1.2)
- 05 VAmos a_hacerlo rápido (xxx)
lasst es uns schnell machen (xxx)
- 06 (---)
- 07 e:h-
ä:h-
- 08 (1.4)
- 09 QUÉ_es el ve i hAche;
was ist ha i vau;
- 10 (--)
- 11 algunos de ustedes saben qué_es el ve i HAcHe,
wissen ein paar von euch was ha i vau ist,
- 12 (2.6)
- 13 (xxx xxx)
(xxx xxx)
- 14 T5: sí;
ja;
- 15 T6: creo que e:s=si no me equivoco=el VI:rus-
ich glaube es ist=wenn ich mich nicht irre=das aids-
- 16 (--)
- 17 de SIda;
virus;
- 18 (1.2)
- 19 G1: aHA,
aha,
- 20 Dímelo tú;
sag du es mir;
- 21 T7: VÍrus de inmunodeficiencia- (-)
erworbenes immunschwäche- (-)

- 22 *adquiRIda;*
 virus;
- 23 G1: oKAY, (.)
 okay, (.)
- 24 T5: para MI es el- (.)
 für mich ist es- (.)
- 25 ES el vIRus-
 ist es das virus-
- 26 que ataca (la deFENsa del cuerpo humAno);
 das (die abwehr des menschlichen körpers) angreift;
- 27 (2.1)
- 28 G1: dice que_es el virus de inmunodeficiencia hu!MA!na;
 es heißt es ist das menschliche immunschwächevirus;
- 29 (---)
- 30 y QUÉ_es el sida;
 und was ist aids;
- 31 (1.1)
- 32 la joven aHÍ,
 junge frau da drüben,
- 33 T5: e:h e:h es el SÍndrome que yA: dA: que yA::-
 ä:h ä:h es ist das syndrom das schon macht das schon-
- 34 aTaca lo:s e:h- (.)
 angreift die ä:h- (.)
- 35 el:- (-)
 den- (-)
- 36 el cuerpo (huMAno);
 den (menschlichen) körper;
- 37 (1.1)
- 38 G1: SÍndrome de inmunodeficiencia ADquirIda;
 erworbenes immunschwachesyndrom;
- 39 (1.2)
- 40 e::h- (.)
 ä::h- (.)
- 41 CÓmo::-
 wie-
- 42 se adquieren ESTe/
 bekommt man dieses/
- 43 ESTas enfermedAdes;
 diese krankheiten;

Wie in Beispiel 1 kündigt die Gesundheitspromotorin auch hier das Thema der Veranstaltung metakommunikativ an und wirft die Frage „was ist ha i vau“ (Z. 09) in den Raum. Mit „wissen ein paar von euch was ha i vau ist“ (Z. 11) richtet sie sie zum einen explizit ans Publikum. Zum anderen signalisiert sie, dass sie keinen hohen und umfassenden Informationsstand voraussetzt. Teilnehmerin 6 ergreift das Wort (Z. 15) und löst die etablierte konditionelle Relevanz ein. Sie definiert HIV als das AIDS-Virus und stellt damit bereits den Zusammenhang zwischen den beiden Wissensselementen her. Auffällig in ihrer Antwortformulierung sind die zahlreichen Unsicherheitsmarker, darunter die doppelte epistemische Markierung „ich glaube“ zu Beginn der Antwort und das eingeschobene „wenn ich mich nicht irre“ sowie die Dehnungen und die Pause. Mit der wiederholten epistemischen Herabstufung rahmt sie ihre Aussage als laienhaft, tentativ und potenziell korrekturbedürftig und eröffnet einen Raum zur weiteren Bearbeitung des eingebrachten Wissensselements (cf. Hartog 1993: 121). Sie schafft eine Anschlussstelle für die Bestätigung oder Berichtigung ihrer als vorläufig markierten Äußerung, auf die sich die Gesundheitspromotorin jedoch nicht einlässt. Diese quittiert die Antwort vielmehr mit einem scheinbar abwartenden „aha“ (Z. 19) und ruft mit „sag du es mir“ (Z. 20) einen weiteren Teilnehmer auf.

Teilnehmer 7 definiert HIV als „erworbenes immunschwächevirus“ (Z. 21–22) und damit nicht entsprechend der biomedizinischen Bezeichnung. Er bringt „menschliches immunschwächevirus“ und „erworbenes immunschwachesyndrom“ durcheinander. Dies deutet darauf hin, dass ihm die beiden Akronyme HIV und AIDS bekannt sind und er in seiner Antwort bereits erworbenes Fachwissen falsch reproduziert. Die Gesundheitspromotorin reagiert erneut mit einem offensichtlich abwartenden Rückmeldesignal (Z. 23). Sie scheint zunächst verschiedene Antworten zu sammeln. Das fehlerhafte Element in der Äußerung von Teilnehmer 7 wird nicht als solches identifiziert und weder selbst- noch fremdrepariert.

In Zeile 24 setzt Teilnehmerin 5 zu einer Antwort an, die sie durch „für mich“ explizit als subjektives Wissen markiert. Der Abbruch der Äußerung und die kurze Pause deuten auf Schwierigkeiten in der Antwortformulierung hin, dann jedoch definiert die Teilnehmerin HIV als „virus das (die abwehr des menschlichen körpers) angreift“ (Z. 25–26) und äußert damit eine sehr genaue Vorstellung von der Wirkungsweise des Virus. Ihre Antwort geht

über die bloße Auflösung des Akronyms hinaus und zeigt ein fundierteres Verständnis der biomedizinischen Zusammenhänge.

Nach einer mehr als zweisekündigen Pause ergreift die Gesundheitspromotorin das Wort (Z. 28). Sie bezieht sich mit „es heißt“ auf die in den Veranstaltungen verteilten Aufklärungsbroschüren und präsentiert HIV als das „menschliche immunschwächevirus“, wobei sie „menschlich“ in besonders markanter Weise betont und damit möglicherweise auf die falsche Antwort von Teilnehmer 7 (Z. 21–22) Bezug nimmt. Ob diese zeitlich versetzte, rein intonatorische und damit implizite Berichtigung des fehlerhaften Elements vom Publikum überhaupt bemerkt wird, bleibt fraglich, denn weitere Erklärungen schließen sich nicht an. Stattdessen stellt die Gesundheitspromotorin mit „und was ist aids“ (Z. 30) die nächste Frage und ruft Teilnehmerin 5 auf (Z. 32).

Diese versucht, der etablierten konditionellen Relevanz nachzukommen und die Frage zu beantworten (Z. 33–36). Sie hat dabei jedoch erhebliche Formulierungsschwierigkeiten, die sich in zahlreichen Verzögerungsmarkern, Dehnungen, Äußerungsabbrüchen und Neuformulierungen äußern und ihrer Aussage einen laienhaften Charakter verleihen. Inhaltlich deutet die Verwendung von „syndrom“ (Z. 33) als einer semiprofessionellen Kategorie (cf. Löning 1994: 104–109) ein bruchstückhaftes Reproduzieren biomedizinischen Fachwissens an. Auffällig ist auch der Rückgriff auf die im HIV/AIDS-Kontext häufig verwendete Metapher des viralen Angriffs auf den menschlichen Körper (cf. Sontag 2005: 88–90).

Die Gesundheitspromotorin definiert AIDS erneut unter Verwendung des Fachbegriffs „erworbenes immunschwachesyndrom“ (Z. 38). Sie geht damit in keiner Weise auf die Antwort von Teilnehmerin 5 und den darin geäußerten semiprofessionellen Wissensstand ein. Statt weiterer Erklärungen folgt mit der Frage nach den Übertragungswegen wie auch in Beispiel 1 ein Themenwechsel.

Die beiden bislang betrachteten Ausschnitte illustrieren übereinstimmend, dass die Teilnehmenden den von der Gesundheitspromotorin etablierten sequenziellen Zugzwängen nachkommen und die konditionellen Relevanzen einlösen, indem sie die jeweiligen Fragen zu HIV und AIDS beantworten. Sie äußern ein mehr oder weniger fundiertes Vorwissen bezüglich des Redegegenstandes, das von fragmentarischen und fehlerhaften Äußerungen bis hin zu klaren Vorstellungen hinsichtlich der biomedizinischen Zusammen-

hänge reicht. Die Teilnehmenden markieren ihre Antworten häufig als ihren eigenen Kenntnisstand und rahmen sie als tentativ und potenziell reparaturbedürftig. Sie schaffen Anschlussstellen zur Wissensbearbeitung, doch reagiert die Gesundheitspromotorin unabhängig von der Anzahl der gegebenen Antworten und deren Inhalt in beiden Beispielen nur mit der Nennung der biomedizinischen Fachtermini „menschliches immunschwächevirus“ (Z. 14 in Ausschnitt 1, Z. 28 in Ausschnitt 2) und „erworbenes immunschwachesyndrom“ (Z. 21 in Ausschnitt 1, Z. 38 in Ausschnitt 2).

Während die Wiederholung des Fachbegriffs „das menschliche immunschwächevirus“ in Beispiel 1 (Z. 14) noch als Ratifizierung der Antwort von Teilnehmerin 1 (Z. 13) gelten kann, bleiben die weiteren Antworten „krankheit“ (Z. 17), „es ist eine krankheit“ (Z. 18), „virus“ (Z. 19) und „die krankheit die das (xxx xxx xxx) virus hervorruft“ (Z. 20) unbearbeitet. Die Gesundheitspromotorin liefert keine Erklärung, die über die Auflösung der Akronyme HIV und AIDS hinausgeht und in irgendeiner Form am gezeigten Laienwissen anknüpft. Sie geht weder auf den angedeuteten beziehungsweise geäußerten Zusammenhang zwischen HIV und AIDS ein noch korrigiert sie die falsche Aussage, dass es sich bei AIDS um ein Virus handelt (Z. 19).

In Beispiel 2 scheint die Gesundheitspromotorin zunächst mehrere Antworten zu sammeln, doch wird diese Aktivität nicht metakommunikativ gerahmt. Einziges Indiz für die Bearbeitung des Laienwissens ist hier die markante Betonung von „menschlich“ (Z. 28), die als Korrektur der Äußerung „erworbenes immunschwächevirus“ (Z. 21–22) gelten kann, für die Teilnehmenden jedoch kaum nachvollziehbar sein dürfte. Dass die Laienantworten auch hier nicht aufgegriffen werden, ist umso verwunderlicher vor dem Hintergrund, dass die Teilnehmenden zum Teil große Unsicherheit an den Tag legen. Sie haben erhebliche Formulierungsschwierigkeiten und relativieren ihre Aussagen häufig mittels epistemischer Herabstufungen. Damit unterstreichen sie den laienhaften Charakter ihrer Antworten und überlassen sie der Gesundheitspromotorin zur weiteren Bearbeitung. Der angebotene Raum wird von dieser nicht in dem Maße genutzt, wie er es könnte, denn die Gesundheitspromotorin reagiert wie auch in Beispiel 1 nur mit den scheinbar standardisierten Erklärungen „menschliches immunschwächevirus“ (Z. 28) und „erworbenes immunschwachesyndrom“ (Z. 38).

Die weitestgehend fehlende Bewertung der Antworten und die ausbleibenden Korrekturen bleiben vom Publikum vielleicht nicht unbemerkt, in beiden Ausschnitten jedoch unkommentiert. Die Teilnehmenden stellen keine Rückfragen und fordern keine weiteren oder alternativen Vermittlungsstrategien und Erklärungsmuster. Sie geben sich sowohl mit der Art der Wissensbearbeitung als auch der Qualität des Wissenstransfers zufrieden.

4.2. Zu enge Themenführung

Ganz anders stellt sich die Reaktion der Teilnehmenden in Beispiel 3 dar. Hier werden inhaltlich richtige Antworten von den Gesundheitspromotorinnen als nicht ihrer Answererwartung entsprechend zurückgewiesen, was zu Verwirrung im Publikum führt. Auffällig ist in dem Ausschnitt auch, dass das Diskursmuster des *Vortrags mit verteilten Rollen* von einer Teilnehmerin antizipiert und mehr vom Publikum als den Gesundheitspromotorinnen implementiert wird. Dies zeigt, dass es sich nicht um ein analytisches Konstrukt handelt, sondern um eine reale und von allen Interagierenden gleichermaßen getragene Gesprächspraktik.

Ausschnitt 3 (23.03.2012, Aufklärungsgespräch 1)

G2 = Gesundheitspromotorin 2, T8 = Teilnehmerin 8, T9 = Teilnehmerin 9, T10 = Teilnehmer 10, TX = alle/unbestimmte Teilnehmer/innen, G3 = Gesundheitspromotorin 3

- 01 G2: entOnces=ahora yo les voy a deCIR- (.)
okay=jetzt werde ich euch sagen- (.)
- 02 CÓmo no se transmite- (-)
wie es sich nicht überträgt- (-)
- 03 el_el VIRus;
das das virus;
- 04 (1.1)
- 05 G2: Díga[me;]
ja [bitte;]
- 06 T8: [pro]teGIÉndose- (.)
[wenn] man sich schützt- (.)
- 07 G2: NO no no;
nein nein nein;
- 08 CÓmo no se transmite;
wie es sich nicht überträgt;

- 09 T9: CÓmo;
wie;
- 10 G2: Aha;
genau;
- 11 T9: NO teniendo relac/ [*((se ríe))*]
wenn man keinen gesch/ [*((lacht))*]
- 12 T8: [*((se ríe))*]
 [*((lacht))*]
- 13 T10: ((no se entiende, 0.8 seg.))
((unverständlich, 0.8 Sek.))
- 14 TX: ((risas))
((Gelächter))
- 15 (1.0)
- 16 G2: [CÓmo no se transmi][te;]
[wie es sich nicht] [überträgt;]
- 17 T10: [YO no entiendo] [eso;]
[ich verstehe das] [nicht;]
- 18 T9: [mhm,]
 [*mhm,*]
- 19 (1.4)
- 20 G2: por las vías que NO se transmite el ve i hache; (-)
auf welchen wegen sich ha i vau nicht überträgt; (-)
- 21 T9: ni por (XXX xxx)
weder bei (XXX xxx)
- 22 (--)
- 23 T8: conDÓN;
kondom;
- 24 G3: NO::;
nein;
- 25 (--)
- 26 las vías que NO se transmite es- (-)
die wege wie es sich nicht überträgt sind- (-)
- 27 ni por aBRAzo- (-)
nicht beim umarmen- (-)
- 28 ni por [saludar a una perSONa-]
nicht wenn [man jemanden grüßt-]
- 29 T8: [AH okay ya;]
 [*ah okay ja;*]
- 30 G3: ni por compartir plAtos y cuCHARas- (.)
nicht wenn man teller und besteck teilt- (.)

- 31 ni por leTRIna- (-)
nicht auf der latrine- (-)
- 32 son las Vías en que NO [se transmite;]
das sind die wege wie es sich nicht [überträgt;]
- 33 T8: [Okay ya entendía;]
[okay verstanden;]
- 34 G2: Okay; (-)
okay; (-)
- 35 Una persona con el Virus del ve i hache-
jemand der das ha i vau virus hat-
- 36 PUEde compartir con usTEdes-
kann mit euch teilen-
- 37 una [cuCHArA-] (.)
das [besteck-] (.)
- 38 T8: [sí-]
[ja-]
- 39 ((...))
- 40 G2: MUY bien;=
sehr gut;=
- 41 =enTONces-
=jetzt-
- 42 (1.2)
- 43 las Vías de transmisión- (.)
die übertragungswege- (.)
- 44 del Virus del ve i hAche-
des ha i vau virus-
- 45 (--)
- 46 CUÁles son; (.)
welche sind es; (.)
- 47 QUIÉN me dice;
wer sagt es mir;
- 48 (2.5)

Wie auch in den beiden vorherigen Beispielen wird der zu behandelnde Inhalt zunächst metakommunikativ angekündigt. Mit „jetzt werde ich euch sagen wie es sich nicht überträgt“ (Z. 01–02) fokussiert Gesundheitspromotorin 2 die Nichtübertragungswege des Virus als das aktuell zu bearbeitende Thema. In der sich anschließenden Pause (Z. 04) scheint eine der Teilnehmerinnen einen Redewunsch zu signalisieren, denn die Gesundheitspromotorin erteilt ihr mit „ja bitte“ (Z. 05) das Rederecht. Dies ist

insofern interessant, als Teilnehmerin 8 mit der Etablierung einer Frage-Antwort-Sequenz zu rechnen scheint und die Pause als Raum zur Beantwortung der unausgesprochenen Frage interpretiert. Ob eine Frage-Antwort-Sequenz von der Gesundheitspromotorin an dieser Stelle überhaupt beabsichtigt ist oder sie die Inhalte – wie in Zeile 01 angekündigt – selbst vermitteln will, bleibt unklar. Fest steht jedoch, dass sie die Teilnehmerin aufruft und sich damit auf das sich etablierende Muster einlässt. Dies zeigt, dass sie es, wenn auch nicht initiiert, so aber zumindest ko-konstruiert.

Teilnehmerin 8 äußert elliptisch, dass sich eine Ansteckung durch korrektes Schutzverhalten („wenn man sich schützt“, Z. 06) vermeiden lässt. Die Gesundheitspromotorin weist diese offenkundig richtige Aussage vehement mit „nein nein nein“ zurück (Z. 07) und wiederholt die Frage „wie es sich nicht überträgt“ (Z. 08). Die Delegitimierung der inhaltlich richtigen Äußerung löst bei einer weiteren Teilnehmerin Verwirrung aus. Sie scheint sich durch die Wiederholung des Frageadverbs „wie“ (Z. 09) absichern zu wollen, ob sie den aktuell zu bearbeitenden Redegegenstand richtig verstanden hat. Die Gesundheitspromotorin bestätigt dies mit „genau“ (Z. 10). Teilnehmerin 9 setzt daraufhin zu einer Antwort an, bricht ihre Aussage jedoch lachend ab (Z. 11). Der propositionale Gehalt lässt sich dennoch schlussfolgern: Ohne Geschlechtsverkehr keine Ansteckung.

Interessant ist nun, dass die Gesundheitspromotorin in keiner Weise – weder ratifizierend noch entkräftend – auf das relevant gesetzte Wissen der Teilnehmerin eingeht, sondern die Ausgangsfrage nach den Nichtübertragungswegen erneut stellt (Z. 16). Sie gibt damit zu verstehen, dass die Antwort nach wie vor nicht ihren Erwartungen entspricht.

Teilnehmer 10 äußert sein Unverständnis nun explizit durch „ich verstehe das nicht“ (Z. 17), Teilnehmerin 9 durch die fragend geäußerte Partikel „mhm“ (Z. 18). Dies veranlasst die Gesundheitspromotorin, ihre Frage zu reformulieren („auf welchen wegen sich ha i vau nicht überträgt“, Z. 20). Teilnehmerin 9 versucht sich in Zeile 21 an einer weiteren, leider unverständlichen Antwort. Nach einer kurzen Pause äußert sich auch Teilnehmerin 8 wieder zu Wort. Sie beharrt auf ihrem bereits in Zeile 06 kommunizierten Wissen, dass es mit dem Kondom eine Schutzmöglichkeit gibt („kondom“, Z. 23). Ihre inhaltlich richtige Antwort wird mit „nein“ (Z. 24) erneut zurückgewiesen, und zwar von einer weiteren Gesundheitspromotorin, die die gewünschte Information sofort liefert. Sie zählt typische Beispiele der Nicht-

übertragbarkeit des Virus auf (Z. 27–28, 30–31) und markiert die bislang gegebenen Antworten und Antwortversuche der Teilnehmenden damit als mangel-, wenn nicht sogar fehlerhaft. Ihre Ausführungen sind gerahmt durch „die wege wie es sich nicht überträgt sind“ am Anfang (Z. 26) und „das sind die wege wie es sich nicht überträgt“ am Ende (Z. 32). Teilnehmerin 8 signalisiert bereits nach dem ersten Beispiel ihr Verständnis durch „ah okay ja“ (Z. 29) sowie im weiteren Verlauf durch „okay verstanden“ (Z. 33).

In Zeile 34 ergreift Gesundheitspromotorin 2 wieder das Wort und zählt weitere Beispiele der Nichtübertragung wie Schwimmbäder und Sportstätten auf. Die entsprechenden Sequenzen wurden aus Platzgründen ausgelassen. Teilnehmerin 8 ratifiziert die Ausführungen kontinuierlich durch bestätigende Rückmeldesignale wie „ja“ (Z. 38) und „ja klar“ (Auslassung). Dann schließt die Gesundheitspromotorin den Themenkomplex der Nichtübertragungswege ab (Z. 40–41) und leitet zu den Übertragungswegen als nächsten Redegegenstand über (Z. 43–46).

Ausschnitt 3 zeigt in aller Deutlichkeit ein Phänomen, auf das Becker-Mrotzek / Vogt (2001: 60) verweisen, wenn sie schreiben: „Die Regiefragen zielen [...] nur auf solche Antworten, die in den Gesamtplan des Vortrags passen.“ So äußern die Teilnehmenden auf die Frage nach der Nichtübertragbarkeit von HIV zwei zentrale Verhaltensregeln des Präventions-ABC (cf. Rompel 2006: 221): Die Verwendung von Präservativen („wenn man sich schützt“, Z. 06, und „kondom“, Z. 23) und die sexuelle Enthaltbarkeit („wenn man keinen gesch/“, Z. 11). Die Aussagen entsprechen jedoch nicht der Answererwartung der Gesundheitspromotorinnen. Sie werden trotz ihrer inhaltlichen Richtigkeit mehrmals als nicht im Sinne des propositionalen Gesamtplans (cf. Ehlich / Rehbein 1986: 82) zurückgewiesen und damit zumindest lokal delegitimiert. Dies deutet darauf hin, dass der Wissenstransfer durch die Gesundheitspromotorinnen nach einer relativ festen Agenda organisiert wird und Wissens Elemente nur an bestimmten Stellen gültig sind. Die Frage nach den Nichtübertragungswegen scheint beispielsweise einen eng umgrenzten Antwortrahmen zu eröffnen, der nur Aussagen wie das Grüßen, Umarmen oder Küssen, nicht jedoch die sexuelle Enthaltbarkeit und den Gebrauch von Präservativen zulässt.

Die enge Themensteuerung und die damit einhergehende lokale Delegitimierung davon abweichender Antworten können (bei ausbleibender rahmender Kommentierung ihrer inhaltlichen Korrektheit) unter den

Teilnehmenden den Eindruck erwecken, dass ihr bereits erworbenes (Präventions-)Wissen ungültig ist. Kritisch ist dies insbesondere vor dem Hintergrund, dass es sich mit der Abstinenz und der Kondomnutzung um zentrale Maßnahmen zum Schutz vor einer HIV-Infektion und damit die Kernbotschaften des Präventionsdiskurses handelt. Die Teilnehmenden reagieren dementsprechend verwirrt auf die Zurückweisung ihrer Äußerungen. Die berichtigende Aufzählung von Beispielen der Nichtübertragung durch die Gesundheitspromotorinnen werden dann jedoch durch „ah okay ja“ (Z. 29), „okay verstanden“ (Z. 33), „ja“ (Z. 38) und „ja klar“ (Auslassung) bestätigt. Bemerkenswert hierbei ist, dass die Teilnehmenden nicht auf der Gültigkeit ihrer Äußerungen beharren. Sie scheinen die Ausführungen der Gesundheitspromotorinnen nachvollziehen und sie sogar als Berichtigung ihrer eigenen Antwortversuche akzeptieren zu können. Mit ausbleibendem Widerstand legitimieren sie die lokale Delegitimierung ihres Wissens.

4.3. Interaktive Wissensaushandlung

Dass Frage-Antwort-Sequenzen im Rahmen eines *Vortrags mit verteilten Rollen* funktionieren und im Sinne einer adressatenorientierten Wissensvermittlung eingesetzt werden können, zeigt das abschließende Beispiel 4. Die Antworten der Teilnehmenden werden hier weder übergangen wie in den Ausschnitten 1 und 2 noch zurückgewiesen wie in Beispiel 3. Wissen wird vielmehr in einer gemeinsamen Leistung erweitert und elaboriert; die Wissensaushandlung wird von den Interagierenden schnell und effizient gelöst.

Ausschnitt 4 (24.03.2012, Aufklärungsgespräch 3)

G1 = Gesundheitspromotorin 1, T11 = Teilnehmerin 11, T12 = Teilnehmerin 12, T13= Teilnehmerin 13

- 01 G1: e::h- (.)
 ä::h- (.)
- 02 cómo se transmite: el ve i HAcHe; (.)
wie überträgt sich ha i vau; (.)
- 03 algunos SAben,
weiß es jemand,
- 04 (1.4)
- 05 cómo se transMite; (-)

- wie überträgt es sich; (-)*
- 06 T11: en las relaciones sexuales;
beim geschlechtsverkehr;
- 07 G1: en las relaciones sexuales cómo;
beim geschlechtsverkehr wie;
- 08 (---)
- 09 T12: sin protección;
ungeschützt;
- 10 T13: sin protección;
unge [schützt;]
- 11 T11: [(xxx xxx xxx)]
[(xxx xxx xxx)]
- 12 (--)
- 13 G1: en las relaciones sexuales SIN protección;
beim geschlechtsverkehr ohne schutz;
- 14 porque el hecho de QUE- (.)
denn die tatsache dass- (.)
- 15 tengamos relaciones sexuales no quiere decir- (.)
wir geschlechtsverkehr haben bedeutet nicht- (.)
- 16 que se nos va_a transmitir el ve i Hache;
dass wir uns mit ha i vau anstecken;
- 17 (xxx) sí,
(xxx) oder,
- 18 pero debemos de tenerlas (pero) CON protección;
aber wir müssen ihn haben (aber) mit schutz;
- 19 (---)
- 20 e:::h-
ä:::h-
- 21 (1.8)
- 22 Dice- (.)
hier steht- (.)
- 23 las vías de transmisión del Virus- (.)
die übertragungswege des virus- (.)
- 24 cuáles SON;
welche sind es;

Ausschnitt 4 beginnt wie die bereits dargestellten Sequenzen: Die Gesundheitspromotorin stellt eine Frage zu den Übertragungswegen des Virus (Z. 02), die sie mit „weiß es jemand“ (Z. 03) explizit ans Publikum richtet. Sie erhält zunächst keine Rückmeldung, was sie dazu veranlasst, die

Frage zu wiederholen (Z. 05). Die dann von Teilnehmerin 11 gegebene Antwort „beim geschlechtsverkehr“ (Z. 06) wird von der Gesundheitspromotorin aufgegriffen und insofern bearbeitet, als sie zur Konkretisierung ausgeschrieben wird (Z. 07). Die ursprüngliche Ergänzungsfrage wird durch eine zweite präzisiert. Damit ratifiziert die Gesundheitspromotorin einerseits das Wissen der Teilnehmerin, gibt zugleich jedoch zu verstehen, dass es einer entscheidenden Ergänzung bedarf. Der Ergänzungsbedarf wird von den Teilnehmenden als solcher erkannt und akzeptiert: Teilnehmerin 12 und Teilnehmerin 13 antworten übereinstimmend, dass eine HIV-Übertragung nur bei ungeschütztem Geschlechtsverkehr möglich ist (Z. 09–10).

Der Ergänzungsprozess erstreckt sich über zwei Frage-Antwort-Paarsequenzen (Z. 02–06 und Z. 07–11), die sich sprachstrukturell wie folgt beschreiben lassen (cf. Becker-Mrotzek / Vogt 2001: 61; Ehlich / Rehbein 1986: 71–75): In der Ausgangsfrage der ersten Paarsequenz „wie überträgt sich ha i vau“ (Z. 02 bzw. 05) können „überträgt sich ha i vau“ als Thema und „wie“ als Rhema identifiziert werden. Das Thema als das Bekannte zeigt an, in welcher Wissensdomäne der zu bearbeitende Redegegenstand verankert ist: Es geht um die Übertragungswege des Virus. Die Stelle des Rhemas wird durch das Frageadverb „wie“ besetzt und durch die Antwort „beim geschlechtsverkehr“ (Z. 06) inhaltlich aufgefüllt. Im Zuge der Ergänzung wird das Rhema der ersten Paarsequenz („beim geschlechtsverkehr“, Z. 06) zum Thema der zweiten Paarsequenz („beim geschlechtsverkehr“, Z. 07). Als neues Rhema fungiert wiederum das Interrogativadverb „wie“. Die inhaltliche Auffüllung des Rhemas erfolgt durch zwei („ungeschützt“, Z. 09 und 10), wenn nicht sogar drei Teilnehmerinnen (Z. 11).

In Zeile 13 ergreift die Gesundheitspromotorin wieder das Wort und führt die Antworten der Teilnehmerinnen („beim geschlechtsverkehr“, Z. 06, und „ungeschützt“, Z. 09 und 10) zu einer Aussage zusammen. Die markante Betonung von „ohne“ signalisiert, dass dies das zu ergänzende Wissens-element und folglich die Antwort auf die Konkretisierungsfrage (Z. 07) ist. Mit „denn“ (Z. 14) leitet die Gesundheitspromotorin eine weiterführende Erklärung ein, die der Verdeutlichung des Sachverhalts dient. Sie schließt ihre Ausführungen mit „aber wir müssen ihn haben (aber) mit schutz“ (Z. 18) und betont damit erneut, dass die Gefahr nicht im Geschlechtsverkehr an sich liegt, sondern nur im ungeschützten Geschlechtsverkehr.

Das von den Teilnehmenden in den Diskurs eingebrachte Wissen wird in Ausschnitt 4 im Zusammenspiel zwischen der Gesundheitspromotorin und dem Publikum um ein entscheidendes Element ergänzt und unter Anleitung der Promotorin interaktiv und sukzessive weiterentwickelt. Die schrittweise und gemeinsame Bearbeitung erleichtert es den Teilnehmenden, neue Kenntnisse in ihre Wissensstrukturen zu integrieren und bereits vorhandenes Wissen zu systematisieren und zu festigen. Die Wissensvermittlung erfolgt nicht stereotyp, sondern richtet sich nach der Laienperspektive.

5. Fazit

Die Gesundheitspromotorinnen stehen in den untersuchten HIV/AIDS-Aufklärungsgesprächen vor der Aufgabe, einem relativ großen und heterogenen Publikum vor dem Hintergrund der Verhaltensanpassung teils komplexe biomedizinische Inhalte zu vermitteln und sie zu gesundheitsbewusstem Handeln anzuleiten. Wie die vier diskutierten Ausschnitte gezeigt haben, ist es jedoch nicht nur ihr Wissen als HIV/AIDS-Expertinnen, das im Verlauf der Interaktion eine Rolle spielt. Auch die Teilnehmenden der Präventionsveranstaltungen bringen Wissen in die Kommunikation ein; seine Relevanzsetzung erfolgt initiativ oder in Folge sequenzieller Zugzwänge.

Der vorliegende Beitrag richtete seinen Fokus auf den letztgenannten Fall und untersuchte Sequenzen, in denen die Gesundheitspromotorinnen durch Ergänzungsfragen konditionelle Relevanzen etablieren. Die zum Einsatz kommenden Fragen konnten als *Regiefragen* identifiziert werden. Sie dienen der Implementierung eines *Vortrags mit verteilten Rollen* (cf. Ehlich / Rehbein 1986: 59–87) und verfolgen in dieser Funktion zunächst einmal den Zweck, ein komplexes Thema zu strukturieren und den propositionalen Gehalt des Vortrags auf zwei Aktantengruppen zu verteilen (cf. Becker-Mrotzek / Vogt 2001: 65).

Die Einbindung des Publikums durch *Regiefragen* zielt auf eine erhöhte Aufmerksamkeit unter den Teilnehmenden und soll einem mentalen „Abschalten“ vorbeugen (cf. Partheymüller 1994: 135). Sie kann den Gesundheitspromotorinnen darüber hinaus jedoch auch einen unmittelbaren Einblick in die (Vor-)Wissensbestände des Publikums geben. Anders als beispielsweise in medialen Formaten der Gesundheitsaufklärung müssen die kognitiven Vorbedingungen damit nicht nur antizipiert werden (cf.

Brüner 2011: 400); expertenseitige Vorannahmen bezüglich des Laienwissens lassen sich anhand der (gegebenenfalls ausbleibenden) Antworten verifizieren, revidieren oder ergänzen. Die Möglichkeit zur kontinuierlichen Aktualisierung der Vorannahmen erlaubt es wiederum, den Wissenstransfer besser am Vorwissen des Publikums auszurichten und adressatengerechter zu gestalten.

Dass der genannte Vorteil in den Aufklärungsgesprächen des Korpus nicht in vollem Umfang genutzt wird, haben die dargestellten Ausschnitte exemplarisch gezeigt. So wird das Wissen der Teilnehmenden zwar aufgerufen und es mangelt nicht an Antworten und Antwortversuchen, die Wissensbearbeitung greift jedoch häufig zu kurz. In den Ausschnitten 1 und 2 beispielsweise erfolgt die expertenseitige Wissensvermittlung stereotyp und unabhängig von den relevant gesetzten Laienwissensbeständen. Die Gesundheitspromotorin reagiert auf die zum Teil fragmentarischen und/oder falschen Antworten der Teilnehmenden mit standardisierten Erklärungsmustern, die sich auf die Auflösung der Akronyme HIV und AIDS beschränken. Sie geht auf das vom Publikum zum Einlösen der konditionellen Relevanzen eingebrachte Wissen nicht oder nur unzureichend ein, obgleich die Teilnehmenden es in der Regel als laienhaft, tentativ und potenziell reparaturbedürftig markieren. Die stereotype Nennung der biomedizinischen Fachbegriffe „menschliches immunschwächevirus“ und „erworbenes immunschwächesyndrom“ mag in manchen Fällen als Ratifizierung der gegebenen Antworten gelten; in anderen Fällen führt die Standardisierung des Wissenstransfers hingegen so weit, dass fehlerhafte Elemente nicht identifiziert und falsche Aussagen nicht korrigiert werden.

Auch in Ausschnitt 3 lässt sich eine rege Beteiligung des Publikums beobachten. Dass die Antworten der Teilnehmenden trotz ihrer inhaltlichen Richtigkeit zurückgewiesen werden, zeigt die geringe Bereitschaft der Gesundheitspromotorinnen, vom thematischen Gesamtplan abzuweichen. Es bestätigt eine Beobachtung, die Becker-Mrotzek / Vogt (2001: 71) für den *Vortrag mit verteilten Rollen* wie folgt festhalten: „[Die] enge thematische Steuerung zielt [...] genau auf die Nennung des rheumatischen Elements. Weitergehende Äußerungen sind kommunikativ weder erforderlich noch erwartet. Sie stören eher den propositionalen Gesamtplan.“ Wie schon in den Ausschnitten 1 und 2 knüpfen die Gesundheitspromotorinnen nicht an den gegebenen Antworten und damit dem Vorwissen des Publikums

an, sondern folgen einem festgelegten Ablaufschema. Die Vermittlung von aufklärungsrelevantem Wissen wird in lehrbuchhafter Reihenfolge abgearbeitet. Abweichende und nicht planentsprechende Aussagen der Teilnehmenden werden als störend empfunden und diskursiv nicht bearbeitet. Sie finden im Zuge der Äußerungsformulierung keine Berücksichtigung, denn Abschweifungen sind im Rahmen eines *Vortrags mit verteilten Rollen* nach Möglichkeit zu vermeiden (cf. Partheymüller 1994: 134).

Die drei Ausschnitte zeigen, dass die Fragen der Gesundheitspromotorinnen der Themensteuerung dienen und ihre Funktion als *Regiefragen* damit in dieser Hinsicht voll und ganz erfüllen. Sie werden zur Strukturierung des Wissenstransfers eingesetzt, nicht jedoch dazu, einen Einblick in die Laienperspektive zu bekommen und die kognitiven Vorbedingungen des Publikums zu eruieren – wenngleich sie das Potenzial dazu hätten. Die Folgen der zu engen Themenführung und der Diskrepanz zwischen der vermeintlichen Wissensabfrage einerseits und der mangelnde Bearbeitung der eingebrachten Wissensbestände andererseits liegen auf der Hand: Die weitgehend unterbleibende interaktive Wissensaushandlung birgt die Gefahr, dass vorhandenes Vorwissen und neue Wissens Elemente nicht adäquat miteinander vernetzt werden und sich Falschwissen möglicherweise verfestigt. Darüber hinaus wird den Teilnehmenden suggeriert, dass ihr Vorwissen keine wirkliche Rolle spielt. Sie sind zwar in der Pflicht, es einzubringen, eine tatsächliche Berücksichtigung im Verlauf des Wissenstransfers erfährt es jedoch nicht. Die mangelnde Bearbeitung der Laienwissensbestände und insbesondere die Abwehr inhaltlich richtiger Antworten können sich nachteilig auf die Bereitschaft zur aktiven Beteiligung auswirken und die Kommunikations- und Lernmöglichkeiten einschränken. Sie können das Publikum im Mitdenken hemmen und dem (Teil-)Ziel von *Regiefragen* zur Steigerung von Aufmerksamkeit, Konzentration und Motivation damit zuwiderlaufen. Und auch auf dieses Problem verweisen schon Becker-Mrotzek / Vogt (2001: 71), wenn sie schreiben: „Es ist die thematische Engführung der Schüler mittels Regiefragen sowie weiterer thematischer Hinweise, die die Schüler zu Stichwortlieferanten macht. Insofern verwundert es nicht, wenn von ihnen auch nur Stichworte und keine längeren Beiträge geliefert werden.“ Auch die Fragen der Gesundheitspromotorinnen sehen keine komplexen und planabweichenden Antworten vor.

Die unzureichende interaktive Bearbeitung des Laienwissens und die zu enge Themenführung machen die Vorteile zunichte, die sowohl die Gesprächskonstellation als auch das Vortragsmuster bieten. Die Möglichkeiten des direkten Zugreifens auf die Laienperspektive mit anschließender adressatenorientierter Wissensvermittlung werden von den Gesundheitspromotorinnen nicht in dem Maße genutzt, wie es im Rahmen einer *Face-to-face*-Interaktion und durch den Einsatz von *Regiefragen* möglich wäre. In den exemplarisch dargestellten Ausschnitten 1 bis 3 manifestiert sich ein deutlicher Widerspruch zwischen der Forderung nach einem zielgruppenorientierten Wissenstransfer, der in entscheidender Art und Weise am Wissensstand der Laien anknüpft (cf. Brünner 2005: 92), und den tatsächlichen kommunikativen Praktiken. Eine detaillierte Kenntnis der Laienperspektive ist gegeben, sie bildet jedoch nicht den Bezugsrahmen für adressatenspezifische Äußerungszuschnitte; der Wissenstransfer erfolgt vielmehr stereotyp.

Ganz anders stellt sich Beispiel 4 dar, in dem dieses vorhandene Potenzial genutzt wird. Der Ausschnitt zeigt als eine Art *Best Practice*, wie sich die Vorteile eines *Vortrags mit verteilten Rollen* mit den Möglichkeiten einer *Face-to-face*-Konstellation im Sinne einer interaktiven und sequenziellen Wissenskonstitution kombinieren lassen. Das relevant gesetzte Laienwisenselement wird von der Gesundheitspromotorin aufgegriffen und zur weiteren Bearbeitung ausgeschrieben. Die Wissensaushandlung verläuft schrittweise in einer gemeinsamen Konstruktionsleistung und unter Anleitung der Gesundheitspromotorin. Der Wissenstransfer erfolgt nicht stereotyp, sondern ausgehend von der Laienperspektive.

Der vorliegende Beitrag richtete seinen Blick auf dialogische und vermeintlich wissensbearbeitende Sequenzen im HIV/AIDS-Aufklärungsgespräch. Er stellte sich die Frage, inwiefern das Wissen der Laien zum Ausgangspunkt tatsächlicher lokaler Wissensaushandlungen wird. Die Untersuchung setzte sich zum Ziel, die interaktiv-sequenzielle Wissenskonstitution in ihren auffälligsten Tendenzen zu beschreiben. Wichtig erschien dies insbesondere vor dem Hintergrund der großen Bedeutung, die der Laienperspektive und ihrer Bearbeitung im Zuge eines erfolgreichen Wissenstransfers in einer Experten-Laien-Kommunikationskonstellation zugeschrieben wird:

Da man davon ausgehen muss, dass das medizinische Wissen der Laien und ihre Vorstellungen über Gesundheit und Krankheit Einfluss auf ihr Krankheits- und

Gesundheitshandeln nehmen, ist es wichtig, dieses Wissen in den Köpfen der Zuschauer nicht nur aufzurufen, sondern auch zu bearbeiten. (Brünner 2011: 407)

Und auch bezogen auf die schulische Kommunikation wird die Notwendigkeit zur Rekonstruktion des Wissensstandes der Schüler/innen immer wieder betont:

Um den jeweils nächsten Unterrichts- bzw. Lernschritt antizipieren und planen zu können, muß der Lehrer einerseits den gesamten Inhalt als sachlogische sequentielle Struktur vor Augen haben, andererseits aber muß er sich in dieser Struktur virtuell an die Stelle versetzen, an der [...] die Schüler gerade stehen. [...] Die Fähigkeit zur Perspektivenübernahme in diesem Sinne ist daher eine Bedingung für die Qualifikation eines Lehrers. (Geulen 1985: 116)

Die betrachteten Beispiele konnten zeigen, dass die Wissensvermittlung häufig standardisiert ist und trotz der offenkundig hohen Relevanz der Laienperspektive nicht an diese anknüpft. Generalisierbare Aussagen bezüglich des Erfolgs oder Misserfolgs der HIV/AIDS-Prävention in der Dominikanischen Republik lassen sich von dieser Beobachtung nicht ableiten, denn der Erfolg ist einerseits schwer messbar und hängt andererseits nicht nur von kognitiven Faktoren ab, sondern auch von sozioökonomischen, psychosozialen und vielen weiteren Größen (cf. Beck 2009: 294; Rompel 2006). Der Verdienst gesprächsanalytischer Untersuchungen liegt vielmehr darin, für Probleme zu sensibilisieren und Hinweise für eine Verbesserung der Kommunikation und damit einen adressatenorientierteren Wissenstransfer zu geben. So konnte Beispiel 4 als *Best Practice* zeigen, dass eine interaktive Wissensaushandlung im Rahmen eines *Face-to-face*-Aufklärungsgesprächs mit Hilfe der zur Etablierung eines *Vortrags mit verteilten Rollen* ohnehin eingesetzten *Regiefragen* durchaus im Bereich des Möglichen liegt.

Literatur

Barzen, Jessica / Geiger, Hanna Lene / Jansen, Silke (Hrsg.), 2015: *La Española – Isla de Encuentros. Hispaniola – Island of Encounters*. Narr: Tübingen.

Beck, Rose Marie, 2009: „Tusidanganyane – Machen wir uns doch nichts vor!“ Wissensproduktion und HIV-Prävention in Nairobi (Kenia)“. *Gesprächsforschung – Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion* 10, 292–352.

- Becker-Mrotzek, Michael / Vogt, Rüdiger, 2001: *Unterrichtskommunikation. Linguistische Analysemethoden und Forschungsergebnisse*. Max Niemeyer: Tübingen.
- Bromme, Rainer / Jucks, Regina / Rambow, Riklef, 2004: „Experten-Laien-Kommunikation im Wissensmanagement“. In: Reinmann, Gabi / Mandl, Heinz (Hrsg.): *Der Mensch im Wissensmanagement: Psychologische Konzepte zum besseren Verständnis und Umgang mit Wissen*. Hogrefe: Göttingen, 114–126.
- Bromme, Rainer / Rambow, Riklef, 2001: „Experten-Laien-Kommunikation als Gegenstand der Expertiseforschung: Für eine Erweiterung des psychologischen Bildes vom Experten“. In: Silbereisen, Rainer K. / Reitzle, Matthias (Hrsg.): *Psychologie 2000. Berichte über den 42. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologie in Jena 2000*. Pabst Science Publishers: Lengerich, 541–550.
- Brünner, Gisela / Gülich, Elisabeth (Hrsg.), 2002: *Krankheit verstehen. Interdisziplinäre Beiträge zur Sprache in Krankheitsdarstellungen*. Aisthesis Verlag.
- Brünner, Gisela / Gülich, Elisabeth, 2002: „Verfahren der Veranschaulichung in der Experten-Laien-Kommunikation“. In: Brünner, Gisela / Gülich, Elisabeth (Hrsg.): *Krankheit verstehen. Interdisziplinäre Beiträge zur Sprache in Krankheitsdarstellungen*. Aisthesis Verlag: Bielefeld, 18–93.
- Brünner, Gisela, 2005: „Arzt-Patient-Kommunikation als Experten-Laien-Kommunikation“. In: Neises, Mechthild / Ditz, Susanne / Spranz-Fogasy, Thomas (Hrsg.): *Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde. Ein interdisziplinärer Ansatz zur verbalen Interaktion*. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft: Stuttgart, 90–109.
- Brünner, Gisela, 2011: *Gesundheit durchs Fernsehen. Linguistische Untersuchungen zur Vermittlung medizinischen Wissens und Aufklärung in Gesundheitssendungen*. Universitätsverlag Rhein-Ruhr: Duisburg.
- Cáceres, Carlos F., 2003: *La prevención del VIH/SIDA en América Latina y el Caribe*, retrieved 17.10.2014, from <http://www.portalsida.org/repos/getdocument.pdf>.
- Drescher, Martina / Klaeger, Sabine (Hrsg.), 2006: *Kommunikation über HIV/Aids. Interdisziplinäre Beiträge zur Prävention im subsaharischen Afrika*. Lit Verlag: Berlin.

- Drescher, Martina, 2008: „Im Spannungsfeld von Emotion und Tabu: Das Beispiel der HIV/AIDS-Prävention in Burkina Faso“. *Bulletin Suisse de Linguistique Appliquée* 88, 115–141.
- Ehlich, Konrad / Rehbein, Jochen, 1986: *Muster und Institution: Untersuchungen zur schulischen Kommunikation*. Gunter Narr: Tübingen.
- Geulen, Dieter (1985): „Perspektivenübernahme im Unterricht“. In: Kokemohr, Rainer / Marotzki, Winfrid (Hrsg.): *Interaktionsanalysen in pädagogischer Absicht*. Peter Lang: Frankfurt a. M. et al., 115–135.
- Gülich, Elisabeth, 2003: „Conversational techniques used in transferring knowledge between medical experts and non-experts“. *Discourse Studies* 5(2), 235–263.
- Hamouda, Osamah / Marcus, Ulrich / Voß, Lieselotte / Kollan, Christian, 2007: „Verlauf der HIV-Epidemie in Deutschland“. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 50(4), 399–411.
- Hartog, Jennifer, 1993: „Laienvorstellungen im genetischen Beratungsgespräch“. In: Löning, Petra / Rehbein, Jochen (Hrsg.): *Arzt-Patienten-Kommunikation: Analysen zu interdisziplinären Problemen des medizinischen Diskurses*. De Gruyter: Berlin et al., 115–133.
- Jucks, Regina, 2001: *Was verstehen Laien? Die Verständlichkeit von Fachtexten aus der Sicht von Computer-Experten*. Waxmann: Münster.
- Knapp, Karlfried / Antos, Gerd / Becker-Mrotzek, Michael / Deppermann, Arnulf / Göpferich, Susanne / Grabowski, Joachim / Klemm, Michael / Villiger, Claudia (Hrsg.), 2011: *Angewandte Linguistik. Ein Lehrbuch*. Francke: Tübingen et al.
- Kokemohr, Rainer / Marotzki, Winfrid (Hrsg.), 1985: *Interaktionsanalysen in pädagogischer Absicht*. Peter Lang: Frankfurt a. M. et al.
- Lalouschek, Johanna, 2005: *Inszenierte Medizin. Ärztliche Kommunikation, Gesundheitsinformation und das Sprechen über Krankheit in Medizinsendungen und Talkshows*. Verlag für Gesprächsforschung: Radolfzell.
- Löning, Petra / Rehbein, Jochen (Hrsg.), 1993: *Arzt-Patienten-Kommunikation: Analysen zu interdisziplinären Problemen des medizinischen Diskurses*. De Gruyter: Berlin et al.
- Löning, Petra, 1994: „Versprachlichung von Wissensstrukturen bei Patienten“. In: Redder, Angelika / Wiese, Ingrid (Hrsg.): *Medizinische*

- Kommunikation. Diskurspraxis, Diskursethik, Diskursanalyse*. Westdeutscher Verlag: Opladen, 97–114.
- Marcus, Ulrich, 2007: „Präventionsstrategien zur Eindämmung der HIV-Epidemie. Erfolge, Probleme und Perspektiven“. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 50(4), 412–421.
- Neises, Mechthild / Ditz, Susanne / Spranz-Fogasy, Thomas (Hrsg.), 2005: *Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde. Ein interdisziplinärer Ansatz zur verbalen Interaktion*. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft: Stuttgart.
- Nückles, Matthias, 2001: *Perspektivenübernahme von Experten in der Kommunikation mit Laien: Eine Experimentalserie im Internet*. Waxmann: Münster.
- Partheymüller, Doris, 1994: „Moderatorenfragen in der populärwissenschaftlichen Vermittlung medizinischen Wissens – eine exemplarische Analyse“. In: Redder, Angelika / Wiese, Ingrid (Hrsg.): *Medizinische Kommunikation. Diskurspraxis, Diskursethik, Diskursanalyse*. Westdeutscher Verlag: Opladen, 132–143.
- Pech, Ramona, 2015: „Experts and non-experts in interaction: the case of request sequences in HIV/AIDS prevention talks“. In: Barzen, Jessica / Geiger, Hanna Lene / Jansen, Silke (Hrsg.): *La Española – Isla de Encuentros. Hispaniola – Island of Encounters*. Narr: Tübingen, 101–115.
- Redder, Angelika / Wiese, Ingrid (Hrsg.), 1994: *Medizinische Kommunikation. Diskurspraxis, Diskursethik, Diskursanalyse*. Westdeutscher Verlag: Opladen.
- Reinmann, Gabi / Mandl, Heinz (Hrsg.), 2004: *Der Mensch im Wissensmanagement: Psychologische Konzepte zum besseren Verständnis und Umgang mit Wissen*. Hogrefe: Göttingen.
- Rehbein, Jochen, 1985: „Institutionelle Veränderungen. Fokustätigkeit, Fragen und sprachliche Muster am Beispiel einer Geschichts- und Biologiestunde“. In: Kokemohr, Rainer / Marotzki, Winfrid (Hrsg.): *Interaktionsanalysen in pädagogischer Absicht*. Peter Lang: Frankfurt a. M. et al., 11–45.
- Rompel, Matthias, 2006: „‘Prevention is like telling people: Ey, stop loving’. Ansätze und Problemfelder massenmedial vermittelter Aids-Prävention im südlichen Afrika“. In: Drescher, Martina / Klaeger, Sabine

- (Hrsg.): *Kommunikation über HIV/Aids. Interdisziplinäre Beiträge zur Prävention im subsaharischen Afrika*. Lit Verlag: Berlin, 219–235.
- Sator, Marlene / Spranz-Fogasy, Thomas, 2011: „Medizinische Kommunikation“. In: Knapp, Karlfried / Antos, Gerd / Becker-Mrotzek, Michael / Deppermann, Arnulf / Göpferich, Susanne / Grabowski, Joachim / Klemm, Michael / Villiger, Claudia (Hrsg.): *Angewandte Linguistik. Ein Lehrbuch*. Francke: Tübingen et al., 376–393.
- Silbereisen, Rainer K. / Reitzle, Matthias (Hrsg.), 2001: *Psychologie 2000. Berichte über den 42. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologie in Jena 2000*. Pabst Science Publishers: Lengerich.
- Sontag, Susan, 2005: *Krankheit als Metapher. Aids und seine Metaphern*. Fischer Taschenbuch Verlag: Frankfurt a. M.
- UNAIDS, 1999: *Peer education and HIV-AIDS: Concepts, uses and challenges*, retrieved 26.09.2014, from <http://www.unicef.org/infobycountry/files/PeerEducationUNAIDS.pdf>.

