



TECHNISCHE
UNIVERSITÄT
DARMSTADT

Fachbereich 2: Gesellschafts- und Geschichtswissenschaften
Institut für Sprach- und Literaturwissenschaft

03.11.2014

Master-Thesis

Opening veins, opening minds.
Linguistische Analyse von Patientenrollen in Medizindiskursen

Vorgelegt von:
Judith Mathis



Erstgutachterin: Prof. Dr. Nina Janich
Zweitgutachterin: Prof. Dr. Andrea Rapp

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
1.1. Fragestellung und Vorgehensweise	4
1.2. Medizinischer Hintergrund: MS und CCSVI	5
1.3. Forschungsüberblick	7
2. Theorie und Methodik	10
2.1. Diskursanalytische und diskurslinguistische Ansätze	10
2.1.1. Kritische Diskursanalyse	15
2.1.1.1. Wissen und Macht	15
2.1.1.2. Handlung und Wirklichkeit	16
2.1.1.3. Die Struktur des Diskurses und Analyseschritte	20
2.1.2. Diskurslinguistik nach Foucault	21
2.1.3. Die diskurslinguistische Mehr-Ebenen-Analyse (DIMEAN)	25
2.1.3.1. Intratextuelle Ebene	27
2.1.3.2. Ebene der Akteure	28
2.1.3.3. Transtextuelle Ebene	29
2.2. Medizinische Soziologie	31
2.3. Entwurf eines eigenen Mehr-Ebenen-Analyse-Modells	33
2.3.1. Ebene der Akteure	36
2.3.2. Textuelle Ebene	37
2.3.3. Ebene der Diskursereignisse	38
3. Analyse	39
3.1. Korpus	39
3.2. Ebene der Akteure	42
3.2.1. Medialität	42
3.2.2. Diskurspositionen	43
3.2.3. Wissenstransfer	46
3.2.4. Interaktionsrollen	48
3.2.4.1. <i>CCSVI Alliance</i>	48
3.2.4.2. <i>CTV W5</i>	52

3.3. Textuelle Ebene	55
3.3.1. <i>Welcome to CCSVI Alliance!</i>	56
3.3.2. <i>Mission Statement</i>	62
3.3.3. <i>Making Sense of the Research</i>	66
3.3.4. <i>Discussing CCSVI With Your Doctor</i>	73
3.3.5. Metaanalyse: Bewertung der Online-Patienteninformation nach DISCERN	80
3.4. Ebene der Diskursereignisse	86
3.4.1. Handlung und Wirklichkeit: Eine neue Therapieoption	86
3.4.2. Diskurs(strang)verschränkungen: <i>Wissenschaftliche Beweise versus ethische Verpflichtung</i>	89
4. Schlussbetrachtung und Ausblick	92
Literaturverzeichnis	96
Abkürzungsverzeichnis	104
Anhang / Korpus	105
CA I: <i>Welcome to CCSVI Alliance!</i>	105
CA II: <i>About Us</i>	106
CA III: <i>The Great Debate: CCSVI and MS</i>	107
CA IV: <i>Helping Myself</i>	115
Transkript: <i>The Liberation Treatment: A whole new approach to MS</i>	117
Eidesstattliche Erklärung	135

1. Einleitung

A stunning medical discovery, a revolutionary treatment for a most debilitating disease. It is multiple sclerosis and Canadians are especially hard hit. Many end up wheelchair-bound. MS-sufferers often have problems to see, stand, even swallow. Now W5 has an exclusive look on a radical new approach: The suggest, the disease is not just an autoimmune disorder as has long been thought. A relatively simple procedure, called „The Liberation Treatment“, could free MS-patients from a lifetime of suffering. A scientific breakthrough, but one inspired by love.¹

Mit diesen Worten beginnt eine Dokumentation des kanadischen Fernsehsenders CTV, die den italienischen Venenchirurgen Prof. Dr. Paolo Zamboni und seine Theorie zur Entstehung von Multiple Sklerose (MS) zeigt. Entgegen der gängigen Meinung MS sei eine Autoimmunkrankheit, macht er blockierte Venen im Hals- und Brustbereich für die auftretenden Krankheitssymptome verantwortlich. Der Anlass für die Erforschung von Multiple Sklerose ist der Ausbruch der Krankheit bei seiner Frau. Zamboni schlägt nicht nur eine andere Theorie zur Entstehung der Krankheit MS vor, sondern definiert eine neue Krankheit, die er *chronic cerebrospinal venous insufficiency* (CCSVI) nennt und die nachweisbar mit MS korreliere. Seine „big idea“, dass Eisenablagerungen im Bereich der Venen MS bedingen sollen, stellt er zunächst 2006 in einer Publikation vor, danach folgt die Vorstellung von CCSVI.² Zur Behandlung von CCSVI hält Zamboni eine eigene Therapie bereit, *Liberation Procedure* bzw. *Liberation Treatment* genannt, die typische neurologische Symptome von MS-Patienten lindere. Zambonis Theorie ist in der Fachwelt zunächst auf reges Interesse gestoßen, nicht zuletzt deswegen, weil durch die Veröffentlichung des oben zitierten Fernsehbeitrags eine breite Öffentlichkeit auf das Thema aufmerksam wurde und eine Vielzahl von MS-Patienten neue Hoffnung schöpfte.

Durch die Auseinandersetzung mit dem Thema von Seiten medizinischer Experten, Patienten und Angehöriger, Medien, Verbänden, Behörden und Politikern, ist ein Diskurs entstanden, der durch Aussagen und Handlungen verschiedener Akteure bestimmt wird und diese wiederum in ihren (Sprech-)Handlungen beeinflusst. Dieser Diskurs entwickelt seine Dynamik in verschiedenen Diskursbereichen, die nicht für alle in gleicher Weise zugänglich sind. Generell lässt sich bei der Betrachtung von Medizindiskursen konstatieren, dass sie eine vertikale Dynamik aufweisen und vor

1 CTV W5, Teil 1, 00:00:07-00:00:50.

2 Vgl. Zamboni 2006 und Zamboni, Singh 2009.

allem von Expertenseite bestimmt werden.³ Die Fragen nach möglichen Ursachen von Krankheiten und neuen Behandlungsmethoden werden auf wissenschaftlicher Ebene in medizinischen Fachzeitschriften diskutiert, ein Diskursbereich, der den Ärzten vorbehalten ist und den Patienten nicht offen steht. Die Ergebnisse fließen dann in andere Diskursbereiche ein und bestimmen so die Art und Weise, wie über bestimmte Krankheiten gedacht wird, welche Behandlungsmöglichkeiten den Patienten offen stehen und in welche Forschungsfelder investiert wird. Patienten hingegen bringen ihre eigenen Diskurse bzw. Diskursbereiche hervor, die in der Regel weniger *Steuerungsmacht* besitzen, die sich dennoch nicht strikt von den Expertenbereichen trennen lassen. Diese Diskursbereiche lassen sich vor allem online finden, in Internetforen, sozialen Netzwerken, Blogs, Videos auf Youtube und Selbsthilfegruppen: „Das Internet ermöglicht den Patienten, sich selbstständig über verschiedene Medikamente und Behandlungsformen zu informieren und sich dadurch souverän(er) an der Kommunikation mit den Ärzten zu beteiligen.“⁴

Seit der Vorstellung von Zambonis Theorie sind eine Reihe von wissenschaftlichen Artikeln in medizinischen Fachzeitschriften erschienen, die mehrheitlich Zambonis These ablehnen und seine Untersuchungsergebnisse widerlegen.⁵ Die Ablehnung von CCSVI als Ursache für MS und die Verneinung des Nutzens des *Liberation Treatment* dominieren den Fachdiskurs. Dabei geht es immer um die Frage wer Recht hat und argumentativ Beweise für seine Wahrheit durchsetzen kann. Diese Haltung beeinflusst auch die fachexternen Diskursbereiche. So findet bspw. die Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft (DMSG) klare Worte bei der Ablehnung von Zambonis These:

*Nach unserem wissenschaftlichen Urteil entbehren die von Zamboni et al. vorgestellten Studienergebnisse einer soliden wissenschaftlichen Methodik und sind damit wertlos und sogar ethisch bedenklich.*⁶

Genauso warnt die amerikanische Food and Drug Administration (FDA) vor CCSVI und vor allem vor den Risiken der von Zamboni vorgeschlagenen Behandlung:

*The U.S. Food and Drug Administration is alerting health care professionals and patients about injuries and death associated with the use of an experimental procedure sometimes called “liberation therapy” or the “liberation procedure” to treat chronic cerebrospinal venous insufficiency (CCSVI).*⁷

3 Vgl. Busch 1994.

4 Bleicher, Lampert 2003:352.

5 Vgl. Mayer, Ziemann 2011.

6 <http://www.dmsg.de/multiple-sklerose-news/index.phpw3pid=news&kategorie=forschung&anr=2043&searchkey=stellungnahme&wholewords=0>, 20.03.13.

7 <http://www.fda.gov/MedicalDevices/Safety/AlertsandNotices/ucm303318.html>, 20.03.13.

Auf Expertenseite, in den Reihen der CCSVI-Gegner, gilt das Thema mittlerweile als erledigt. Eine nicht uninteressante Theorie hat sich bei näherer Betrachtung als nicht haltbar erwiesen und der Diskurs zu CCSVI könnte somit beendet werden. Dennoch haben vor allem Patienten ein reges Interesse an Zambonis Theorie und der Möglichkeit, durch einen scheinbar einfachen Eingriff eine Verbesserung der Krankheitssymptome und damit verbunden der Lebensqualität zu erzielen. Doch es wird nicht nur ein fachexterner Laiendiskurs weitergeführt, auch auf Expertenebene lebt der Diskurs weiter. Da Medizindiskurse üblicherweise von der Expertenseite ausgehen und aus dominierender Sicht Zambonis Theorie abgelehnt wird, stellt sich die Frage, ob es als untypisch bewertet werden kann, dass die Fortführung des CCSVI-Diskurses von der Laienebene ausgeht, oder als Indiz für zur Zeit erkennbare Veränderungen des Gesundheitssystems.⁸

Im Diskurs um CCSVI und ihrer Verbindung mit MS ist im Laienbereich das Internet das wichtigste Medium. Webseiten und soziale Netzwerke bringen Patienten zusammen, um sich über Krankheit, Behandlung und Forschung auszutauschen und ihr Wissen weiterzugeben.⁹ Der internetbasierte Austausch von Patienten wird immer wichtiger und beeinflusst das Selbstbewusstsein der Patienten und das Arzt-Patient-Verhältnis, weswegen die Rolle des Internets als Quelle für medizinisches Wissen zunehmend auch in den Fokus der Ärzte gerückt ist.¹⁰ Gerade im Diskurs um CCSVI und MS spielt dieser Austausch eine besondere Rolle, da Experten immer wieder vor den Folgen einer Behandlung warnen und in ihrer Forschung die Theorie Zambonis und seiner Anhänger zu widerlegen versuchen, die Laien sich aber zusammenschließen, um ihr Recht auf diese Behandlung einzufordern. In Kanada und den USA lassen sich die Anfänge des öffentlichen Diskurses ausmachen, in Folge des Fernsehbeitrags des kanadischen Fernsehsenders *CTV* im Jahr 2009. Zamboni hat bereits 2007 einen Fachartikel über seine Theorie publiziert, im Jahr 2009 aber neue Diagnosekriterien und Studienergebnisse vorgestellt. Bevor sein Aufsatz in einer Fachzeitschrift herausgegeben wurde, wurde er auf der Verlagsseite online publiziert. Diese Ereignisse können als Diskursereignisse und somit als Ursprung für die Entwicklung verschiedener Diskursstränge gewertet werden. Im Verlauf dieser Arbeit soll untersucht werden, welches Wissen die Akteure vermitteln, welche Art des Wissenstransfers vorliegt, welche sprachlichen Mittel verwendet, welche Ziele damit verfolgt und erreicht werden

8 Vgl. Bleicher, Lampert 2003:352.

9 Vgl. Vera 2012:153-157.

10 Vgl. Vera 2012:153-157.

und was das für die Patientenrolle(n) und die außersprachliche Wirklichkeit bedeutet.

1.1. Fragestellung und Vorgehensweise

Die hier vorliegende Arbeit untersucht an Hand der Analyse bestimmter Diskursbereiche und Aussagen, wie sich der Diskurs zu CCSVI zusammensetzt und was das für die Patientenrolle(n) in Medizindiskursen bedeutet. Der Diskurs wirft eine Reihe von Fragen auf, die in dieser Arbeit geklärt werden sollen. Es soll untersucht werden, welche Diskurspositionen die Akteure einnehmen, in welchen sozialen Bereichen und an welchen Orten der Diskurs ausgehandelt wird. Da es sich um eine linguistische Diskursanalyse handelt, ist vor allem zu untersuchen, wie die Aussagen der sprechenden Subjekte sprachlich realisiert werden. Dabei stellt sich die Frage, ob die Aussagen auf einer rein textlichen Ebene den verschiedenen Akteuren zugeordnet werden können, ob v.a. die Patienten über spezielle sprachliche Mittel verfügen, die sie von anderen abgrenzen und wie sie sie anwenden. Hier wird auch zu klären sein, ob sich die Aussagen der Trennung der Akteure in „Experten“ und „Laien“ zuordnen lassen und ob dadurch unterschiedliches Wissen transferiert bzw. generiert wird.

Daneben wird analysiert, welches Wissen über CCSVI und MS im Diskurs zirkuliert, von wem ein Wissenstransfer ausgeht, an wen er sich richtet und welche Rolle die Patienten dabei einnehmen. Weiterhin wird kritisch betrachtet, wie durch den Diskurs gesamtgesellschaftliche Zusammenhänge beeinflusst und neue (außersprachliche) Wirklichkeiten geschaffen werden. Die Analyse erlaubt darüber hinaus Rückschlüsse darauf, wie Machtpositionen im Diskurs durchgesetzt werden und wie der Diskurs selbst als Machtinstrument auf die Gesellschaft einwirkt. Besonderes Augenmerk der Textanalyse liegt dabei auf der Homepage der *CCSVI Alliance* und ihrer Rolle beim Wissenstransfer an der diskursiven Schnittstelle zwischen Experten und Laien. Sie steht dabei beispielhaft für die vermutete veränderte Rolle der Laien in einem von Expertenwissen dominierten Medizindiskurs.

Daneben soll an Hand der oben zitierten Fernsehsendung die Rolle der Medien im Medizindiskurs und ihr Einfluss auf Patienten und Ärzte in der Öffentlichkeit analysiert werden. Die Medien vermitteln nicht nur Informationen, sondern auch Emotionen. Dadurch entsteht ein bestimmtes Bild, das gängigen Klischees über die Krankheit MS entspricht. Medizindiskurse haben immer einen öffentlichen Diskursbereich, der sich nicht selten durch einen hohen Grad an Emotionalität auszeichnet. Eine der Besonderheiten lässt sich in der Darstellung Zambonis erkennen, der aus Liebe zu

seiner an MS erkrankten Frau handelt. Es geht nicht mehr lediglich um medizinische Forschung, sondern um *a new and very personal medical mission*. [...] *A scientific breakthrough, but one inspired by love*.¹¹ Hier stellt sich die Frage, ob sich erkennen lässt, ob auch Patienten als Akteure besonders emotional argumentieren.

Bevor mit der Diskursanalyse begonnen werden kann, muss zuerst in einem Theorie- und Methodikteil geklärt werden, was hier unter *Diskurs* verstanden wird, welchem diskurslinguistischen Ansatz die Arbeit folgt und welches Analysemodell ihr zu Grunde liegt. Der dritte Teil dieser Arbeit ist die Analyse selbst. Ausgehend von einem im Methodikteil selbst entworfenen Mehr-Ebenen-Analysemodell werden verschiedene Ebenen untersucht, wobei zuerst erläutert wird, wie das Textkorpus zusammengestellt wurde. Danach wird als Erstes die Ebene der Akteure analysiert. Hier wird die Frage geklärt, wer zu wem spricht und welche Bedingungen dazu führen, dass die Sprechenden Subjekte eine Stimme im Diskurs haben. Auf der zweiten Ebene, der textuellen Ebene, wird analysiert, welche sprachlichen Phänomene sich in den Texten ausmachen lassen und welche Sprachhandlungsstrategien erkennbar sind. In einer abschließenden Metaanalyse wird dann untersucht, wie sich die vermittelten Informationen bewerten lassen. In der dritten Ebene, der Ebene der Diskursereignisse, wird dann analysiert, wie der Diskurs verlaufen ist, wie die verschiedenen Diskursbereiche zusammenhängen, wie die Sprechhandlungen außersprachliche Handlungen bedingen und wie der Diskurs und die Patientenrolle(n) im Vergleich mit einem anderen Medizindiskurs und dessen Diskursereignissen zu bewerten sind.

1.2. Medizinischer Hintergrund: MS und CCSVI

Historische Übersichten über Multiple Sklerose haben Quellen aus dem Mittelalter und der Frühen Neuzeit als Grundlage, wo die Krankheit bereits erwähnt wird, die aber keine genaue Definition bzw. Zuordnung der heute als Multiple Sklerose bekannten Krankheit ermöglichen.¹² Im Allgemeinen wird heutzutage davon ausgegangen, Multiple Sklerose sei eine entzündliche Entmarkungskrankheit, hervorgerufen durch eine Art Fehlfunktion der eigenen Immunabwehr.¹³ Dabei treten in Gehirn und Rückenmark mehrfach verstreute (multiple) Entmarkungsherde (Sklerosen/Plaques) auf, die vermutlich dadurch entstehen, dass körpereigene Abwehrzellen die Isolierschicht der Nerven (Myelinscheiden) entzünden und zerstören (entmarken). Man geht davon aus,

11 CTV W5, Teil 1: 00:00:06-00:00:52 und 00:01:29-00:01:44.

12 Vgl. Kesselring ³1997:13-17.

13 Vgl. Lassmann ³1997:18.

dass falsch programmierte Antikörper (B-Zellen und T-Zellen) die Myelinschicht der Nerven angreifen und Entzündungsherde (Läsionen) verursachen. Die demyelinisierten Stellen erscheinen in der Bildgebung (MRT) als weiße Flecken in Gehirn und Rückenmark und dienen als Indikator bei der Diagnose von Multiple Sklerose.¹⁴ Die Krankheit verläuft in ihrer klassischen Form bei vielen Patienten zunächst schubförmig. Ein „Schub“ bedeutet, dass die gängigen Symptome der neurologischen Funktionsstörungen länger als 24 Stunden anhalten und nach einer bestimmten Zeit wieder zurückgehen. In diesem Fall ist der Verlauf der Krankheit remittierend-progredient, im Unterschied zum chronisch-progredienten Verlauf, bei dem die zunehmende Verschlechterung der Symptome am Stück verläuft und der Krankheitsverlauf nicht durch einzelne Schübe in Sequenzen unterteilt ist.¹⁵

Die Ursachen für die Erkrankung sind nicht abschließend geklärt, da man aber mit immunmodulierenden Medikamenten gute Ergebnisse bei der Behandlung von MS-Patienten erzielen konnte, erscheint die Immuntheorie am plausibelsten. Die Idee, bei MS könne es sich um eine Venenerkrankung handeln, ist nicht neu, hat sich aber in der Wissenschaft nicht durchgesetzt.¹⁶ Darauf rekurrierend stellt Zamboni der gängigen Lehrmeinung eine These entgegen, die das Auftreten der Entmarkungsherde und der damit einhergehenden neurologischen Symptome in einen neuen Kontext stellt. Zamboni hat in einer Studie bei der Untersuchung von MS-Patienten ungewöhnlich hohe Mengen von Eisen im Gehirn festgestellt. Bei der Bildgebung durch Venographie und Doppler-Sonographie hat er Stenosen entdeckt, d.h. Verformungen, Verengungen und Blockaden der vena jugularis externa und der vena azygos.¹⁷ Der durch die Stenosen entstehende Rückstau venösen Blutes führt laut Zamboni zu Eisenablagerungen und erhöhtem Druck und ruft dadurch die entzündlichen Reaktionen in Gehirn und Rückenmark hervor, die die typischen Symptome der MS verursachen. Daraus ergibt sich Zambonis Schlussfolgerung, die unter MS-Patienten für Aufsehen gesorgt hat: *For me it was really unbelievable to understand that iron deposits in MS were exactly around the veins. So probably, it is a dysfunction of drainage of the veins, [...]*¹⁸ Zamboni lehnt die Autoimmunthese nicht kategorisch ab, leitet aber aus den Ergebnissen seiner Studie eine neuartige Krankheit ab, die von ihm so genannte *chronic cerebrospinal venous insufficiency* (CCSVI), die er in direkten Zusammenhang mit

14 Vgl. Kesselring ³1997:18 ff.

15 Vgl. Kesselring ³1997:117 f. und 158.

16 Vgl. Mayer, Ziemann 2011:57 ff.

17 Vgl. Zamboni, Singh 2009.

18 CTV W5, Teil 1: 00:03:16 – 00:03:35

Multiple Sklerose stellt. Als Behandlung der CCSVI schlägt Zamboni einen operativen Eingriff vor, den er *Liberation Procedure* nennt und bei dem die Venen von ihren Blockaden ‚befreit‘ werden sollen.¹⁹ Bei einer Angioplastie wird die blockierte Vene durch einen mittels Katheter eingeführten Ballon geweitet und von Hindernissen befreit. Durch das Einsetzen von Stents, kleinen Röhren aus Metallnetz, kann in einzelnen Fällen verhindert werden, dass sich die Vene erneut schließt.²⁰ Zamboni et al. haben in ihrer Studie in einem Zeitraum von 18 Monaten nach Durchführung der Therapie eine signifikante Reduktion der Schubrate festgestellt, ebenso wie eine Abnahme der aktiven Läsionen.²¹ Die von Zamboni und seinem Team durchgeführten Studien wurden inzwischen von anderen Wissenschaftlern wiederholt, ohne dass die Ergebnisse bestätigt werden konnten. Diese Studienergebnisse führen zu dem Schluss, dass CCSVI, wenn sie als eigenständige Krankheit überhaupt existiere, nicht als Ursache für MS gewertet werden könne und dass Zambonis Behandlungsmethode ihren Verlauf nicht positiv beeinflussen würde.²² Bevor nun im weiteren Verlauf der Arbeit analysiert wird, wie sich aus diesen zwei gegensätzlichen „Wahrheiten“ ein Diskurs entwickelt hat, welche Akteure und welche Aussagen maßgeblich für seinen Verlauf sind und welche Rolle die Patienten dabei spielen, soll zunächst geklärt werden, welchem diskurstheoretischen Ansatz diese Arbeit folgt und welches Analysemodell Grundlage der Diskursanalyse ist, nachdem als erstes noch kurz auf den Forschungsstand eingegangen wird.

1.3. Forschungsüberblick

Es gibt eine ganze Reihe von linguistischen Arbeiten, die Medizindiskurse untersuchen und sich je nach Fragestellung unterschiedlichen Bereichen widmen. Häufige Untersuchungsgegenstände sind hierbei der Wissenstransfer zwischen Experten und Laien, die konkrete Arzt-Patienten-Kommunikation und *Semantische Kämpfe*²³ in öffentlichen Medizindiskursen. Albert Busch untersucht bspw. den Wissenstransfer und die Kommunikation in Gesundheitszirkeln, einem speziellen Typus der Gesundheits-

19 Vgl. Zamboni, Singh 2009.

20 Zur genauen Durchführung des *Liberation Treatment* vgl. z.B. <http://www.ccsvi-center.de/Behandlung.htm>, 23.09.14.

21 Vgl. Zamboni, Singh 2009.

22 Vgl. Khan u.a. 2010.

23 Unter *Semantischen Kämpfen*, auch Sprach-Normierungskonflikte genannt, versteht man den Versuch, in einer Wissensdomäne bestimmte Denk- oder Handlungsmuster in sprachlicher Form durchzusetzen. Dabei ist die Sprache das Medium zur Durchsetzung bestimmter Sichtweisen auf gesamtgesellschaftlich umstrittene Sachverhalte, d.h. hinter der fachlichen Auseinandersetzung steht die Auseinandersetzung um die angemessene Bedeutung. „Insofern kann ein 'Streit um die Sache' gleichsam ein 'Streit um die Worte' sein, kurz ein 'Semantischer Kampf.'“ Felder 2006:1. (Auszeichnung im Original).

und Unternehmenskommunikation am Schnittpunkt von Medizin, Gesundheitswissenschaften und Ökonomie.²⁴ Er analysiert dabei sowohl den horizontalen als auch den vertikalen Wissenstransfer in Unternehmen, die beide der Optimierung von Gesundheits- und Qualitätsstrukturen dienen sollen und fragt nach den Voraussetzungen für deren Gelingen. In einer anderen Arbeit untersucht Busch die Transferqualität in der Online-Gesundheitskommunikation.²⁵ Dabei analysiert er den Wissenstransfer von Experten zu Laien auf Gesundheits- und Medizinwebsites und ermittelt Kriterien für die Qualitätsbewertung der Websites und des Wissenstransfers. Eine entscheidende Rolle spielen dabei die Wissensvoraussetzung, die Erwartungen und Wünsche und die emotionale Situation der Rezipienten. Des Weiteren liegen von Busch Untersuchungen zur Vertikalität in der Gesundheitskommunikation vor, die sich mit der Frage nach dem Verhältnis von Wissenschafts- und Gemeinsprache in der Gesundheitskommunikation beschäftigen und analysieren, welche Diskurse die Gesundheitsdiskussion bestimmen und wie diese vertikal strukturiert sind.²⁶ Zur Untersuchung *Semantischer Kämpfe* in der Medizin liegt ebenfalls eine Arbeit von Busch vor.²⁷ Hier untersucht er den wissenschaftlichen Streit um medizinisches Wissen, verschiedene Typen medizinischer Kämpfe und deren typische Sprachhandlungsmuster und kommt zu dem Ergebnis, dass *Semantische Kämpfe* in der Medizin diskursiv angelegt und nicht ausschließlich wissensbezogen sind. Gerade in einer Diskursanalyse, die nicht nur Texte, sondern auch die Diskurspositionen der verschiedenen Akteure untersucht, ist die Frage nach *Semantischen Kämpfen* sinnvoll. Allerdings sind diese eher in öffentlich-politischen Debatten zu finden, die nicht nur emotional, sondern auch stark moralisch aufgeladen sind und die von zwei (oder mehr) sich gegenüberstehenden Lagern geführt werden. Dies ist eine Voraussetzung, die bei dem hier zu analysierenden Diskurs zwar so auch gegeben ist, der Kampf um die Wahrheit ist aber kein semantischer Kampf, was später noch gezeigt werden wird.

Mit der Analyse von Arzt-Patienten-Kommunikationen beschäftigt sich Ingrid Wiese.²⁸ Dabei stellt sie einen Rollenwandel in der Arzt-Patienten-Kommunikation fest, der mit dem Wandel von einer patriarchalischen zu einer partnerschaftlichen Medizin zusammenhänge. Dadurch entstehe eine neue Diskussion um medizinische Qualitätssicherung, die einhergehe mit neuen medialen Formen des Wissenstransfers

24 Vgl. Busch 2001:85-103.

25 Vgl. Busch 2005:115-127.

26 Vgl. Busch 1999:103-122 und Busch 1994.

27 Vgl. Busch 2006:47-71.

28 Vgl. Wiese 2001:227-235.

durch das Internet. Das Interesse aus linguistischer Sicht bestehe darin, Interessenskonflikte bei der Informationsweitergabe gerade durch kommerzielle Anbieter aufzudecken. Weitere Arbeiten von Wiese untersuchen Textsorten im Bereich Medizin und Gesundheit und medizinische Fachsprache.²⁹

Aus der Forschung geht hervor, dass vor allem der Wissenstransfer zum einen in direkter Arzt-Patient-Konversation, zum anderen in (massen-) medialer Kommunikation ein zentrales Thema ist. Hierbei stellt sich vor allem die Frage nach einem „guten“ und „gelungenen“ Transfer und mit welchen Kriterien eine Qualitätssicherung bemessen und überprüft werden kann.³⁰ Die Frage nach der Qualität des Wissenstransfers stellt die hier vorliegende Arbeit abschließend auch und zeigt dabei, wie schwierig es ist, diese Frage „richtig“ zu beantworten. Die Auffassung, dass neue Wissenskanäle zu neuen Problemen im Wissenstransfer führen, ist m.E. zutreffend, der Aussage von einem grundlegenden Wandel in der Arzt-Patienten-Kommunikation, wie ihn Wiese postuliert, stehe ich jedoch skeptisch gegenüber. Was sich wohl geändert hat, ist die Bewertung der Arzt-Patienten-Kommunikation aus Sicht der Mediziner, die inzwischen vermehrt selbst einräumen, dass es dort gravierende Probleme gebe und auf die Bedeutung von Shared-Decision-Making hinweisen, auch wenn das in der praktischen, interaktiven Umsetzung nicht unproblematisch ist. Gerade in den Bereichen Arzt-Patient-Kommunikation und Wissenstransfer liegt ein für Sprachwissenschaftler sehr fruchtbares Feld, das weitere Untersuchungen, gerade in gemeinsamen Forschungsprojekten mit Mediziner, wünschenswert und erforderlich macht.

29 Vgl. Wiese 2000:710-718 und Wiese 2002:34-45.

30 Vgl. dazu auch Roelcke 2005:41-53.

2. Theorie und Methodik

2.1. Diskursanalytische und diskurslinguistische Ansätze

Spätestens mit den Schriften Michel Foucaults hat der Begriff *Diskurs* Einzug in die Geistes- und Sozialwissenschaften gehalten und sich dort zu einer festen Größe etabliert. Das Problem dabei ist allerdings, dass es sich bei *Diskurs* um eine Größe ohne genaue Definition handelt. Es ist keine klare wissenschaftliche Theorie oder Methode und selbst die Frage, ob es sich bei Diskursanalyse um eine Theorie, eine Methode oder eher eine Haltung handelt, lässt genügend Raum für unterschiedliche Interpretationen.³¹ Es herrschen nicht nur innerhalb der verschiedenen Disziplinen unterschiedliche Auffassungen über die Bedeutung von *Diskurs*, sondern es lassen sich auch erhebliche Unterschiede in der Verwendung des Nomens im wissenschaftlichen und alltäglichen Sprachgebrauch feststellen. Das Wort *Diskurs* lässt sich als Lehnwort aus dem Französischen ab Mitte des 16. Jahrhunderts im deutschen Sprachgebrauch finden und bedeutet zunächst soviel wie Abhandlung oder (wissenschaftliches) Gespräch. Seit dem 17. Jahrhundert wird es dann zunehmend allgemein für Konversation verwendet, eine Bedeutung, die sich bis heute in der Alltagssprachlichen Verwendung finden lässt. In der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts erfährt der Begriff im Zuge strukturalistischer Arbeiten eine Bedeutungsverschiebung und wird zu einem festen Terminus der Geisteswissenschaften mit unterschiedlichen theoretischen und analytischen Schwerpunktsetzungen.³² Eine erste Erwähnung des Begriffs findet sich im Kontext des philosophischen Pragmatismus bei Charles S. Peirce und George H. Mead. Sie sprechen von einem „universe of discourse“, welches die Verbindung einzelner Sprachereignisse mit einem bedeutungszuweisenden Kontext darstellt und so über die reine systematische Sprachbetrachtung hinausgeht.³³ Der Begriff *Discourse Analysis* erscheint als erstes 1952 innerhalb des amerikanischen sprachwissenschaftlichen Strukturalismus und der Distributionslinguistik bei Zellig S. Harris. In seiner strukturell-grammatikalischen Analyse von Indianersprachen bezeichnet der Begriff eine satzübergreifende sprachliche strukturelle Einheit.³⁴ Mit seiner Arbeit legte Harris den Grundstein zur Entwicklung einer breiten sprachpragmatischen Forschung, vor allem im Bereich Konversation.

31 Vgl. Gardt 2007:27-52.

32 Vgl. Warnke 2007:3.

33 Vgl. Keller 2007:14.

34 Vgl. Harris 1952:1-30.

Die bedeutendste Quelle für die Entstehung der vielfältigen diskursanalytischen und diskurslinguistischen Arbeiten ist zweifelsohne Michel Foucault, der dem französischen Strukturalismus und Poststrukturalismus der 50er und 60er Jahre des 20. Jahrhunderts zuzuordnen ist. Die Strukturalisten jener Zeit beziehen sich vor allem auf Ferdinand de Saussure und auf seine Auffassung von Sprache als Zeichensystem (*langue*), von dem der individuelle Sprachgebrauch (*parole*) abhängt. In diesem Sinne wird auch Diskurs als abstraktes und objektives Regelsystem verstanden. Im Poststrukturalismus erfährt diese Auffassung eine Weiterentwicklung: Diskursanalyse untersucht dann die Wechselwirkungen zwischen sprachlichen Ereignissen und sozialen Handlungen.³⁵ Foucault untersucht in seinen frühen Schriften historische Erkenntnisstrukturen bzw. Wissensordnungen, die sich im Laufe der Zeit gegenseitig ablösen und als strukturelle Grundlage für Erkenntnisprozesse und die Versprachlichung von Wissen dienen. Er stellt sich dabei bewusst gegen einen vorherrschenden wissenschaftlichen Objektivismus und die strukturalistische Auffassung von Sprache, die sich nur mit dem Regelsystem beschäftigt und zu wenig mit konkretem Sprachgebrauch. Allerdings ist seine eigene Arbeit, wie z.B. die *Archäologie des Wissens*³⁶, darauf ausgelegt, Strukturen, Formationen und die Regelmäßigkeit von Diskursen aufzudecken. Daran lässt sich erkennen, dass er durchaus noch in der strukturalistischen Denkart verhaftet ist, auch wenn er selbst betont, kein Strukturalist zu sein.³⁷

Im Laufe der 1970er Jahre haben zunehmend alle sozial- und geisteswissenschaftlichen Disziplinen die Ideen Foucaults aufgegriffen, Mitte der 1980er auch die germanistische Linguistik. Hier lassen sich vor allem zwei gegensätzliche Strömungen erkennen: die *Kritische Diskursanalyse* und die *Diskurssemantik*, von denen jede Seite proklamiert Foucault richtig verstanden zu haben und der anderen Seite eine Fehlinterpretation vorwirft.³⁸ Diese zwei unterschiedlichen Lager orientieren sich an verschiedenen Werkphasen Foucaults. Die *epistemologisch-diskurssemantische* Diskurslinguistik beschäftigt sich mit den frühen Werken Foucaults, in deren Mittelpunkt die *Archäologie des Wissens* steht und die deswegen auch als *Archäologie* bezeichnet wird. Ihr geht es vor allem darum, Wissensbestände zu analysieren. Die *kritisch-machtanalytische* Diskurslinguistik beschäftigt sich dagegen mit Foucaults mittlerer Schaffensperiode, der sog. *Genealogie* und der Hauptschrift *Überwachen und Strafen*, wobei es um die

35 Vgl. Keller 2007:14.

36 Foucault 1973.

37 Vgl. Spitzmüller, Warnke 2011:75.

38 Vgl. Spitzmüller, Warnke 2011:78 f.

Analyse von Machtstrukturen geht. Der Hauptstreitpunkt ist dabei die Frage, wie und mit welchem Ziel eine Machtanalyse innerhalb der Diskurslinguistik durchgeführt werden könne und dürfe. Dabei geht es um eine generelle Diskussion, ob eine wissenschaftliche Arbeit werten dürfe, oder rein deskriptiv und wertfrei sein müsse.³⁹ Es ist dabei aber fraglich, ob die klare Trennung in verschiedene Schaffensperioden dem Werk Foucaults gerecht wird und ob eine bewusste Suche nach Brüchen nicht außer Acht lässt, dass in Diskursen beides angelegt ist: Wissen und Macht.

Als Vertreter der *Historischen Semantik* beschäftigt sich Dietrich Busse innerhalb der Linguistik erstmals intensiv mit Foucault.⁴⁰ In seiner linguistischen Diskursanalyse, die vor allem als Abgrenzung zur Historischen Diskursanalyse zu verstehen ist, verbindet er Foucault mit Wittgenstein.⁴¹ Die Einbindung des „Sprachspiels“ ermöglicht Busse die Betrachtung von Sprache als Handlung, da bei Foucault die Handlungsebene zu kurz komme. Untersucht werden diskurssemantische Grundfiguren (z.B. Isotopieketten), an denen sich vorherrschendes Wissen analysieren ließe, vor allem im Bereich Sprachwandel. Zusammen mit Teubert entwickelt Busse seinen theoretischen Ansatz weiter. Diskurse verstehen beide nicht wie Foucault als Menge von Aussagen, sondern nach Michel Pêcheux als Menge von Texten zu einem gleichen Thema, die mit korpuslinguistischen Methoden analysiert werden können.⁴² Teubert fasst dabei den Diskursbegriff noch enger. Er setzt Diskurs mit Korpus gleich und schließt nicht-sprachliche Handlungen und mündliche Texte aus. Aus der *Historischen Semantik* haben sich verschiedene linguistische diskursanalytische Ansätze weiterentwickelt, die hier allerdings nur kurz und ohne Anspruch auf Vollständigkeit genannt werden sollen, um ein Gefühl für die Vielschichtigkeit der theoretischen Ansätze und analytischen Methoden zu vermitteln. Die *Linguistische Mentalitätsgeschichte*, die vor allem mit Fritz Hermanns verknüpft ist, versucht stereotypes Wissen in einer Gesellschaft zu einer bestimmten Zeit zu rekonstruieren.⁴³ Dieses Wissen sei abhängig von Mentalitäten, den Dispositionen des Denkens und Fühlens innerhalb einer bestimmten Gesellschaft. Die Diskursanalyse geschieht hier vor allem mittels Lexemanalysen.

Bei der *Linguistische Diskursgeschichte* sei hier kurz auf die Arbeiten im Umfeld des

39 Vgl. Spitzmüller, Warnke 2011:98.

40 Die folgenden Absätze beziehen sich auf den guten und umfangreichen Überblick über die verschiedenen diskurslinguistischen Ansätze bei Spitzmüller, Warnke 2011, Kap. 2.2 *Linguistische Lagerbildung*, S. 78-116, insbesondere auf die Seiten 81-96.

41 Vgl. Busse 1987.

42 Vgl. Busse, Fritz, Teubert 1994.

43 Vgl. Hermanns 1994.

Düsseldorfer Sprachwissenschaftlers Georg Stötzel verwiesen, dessen Studenten sich mit verschiedenen politischen Diskursen auseinandergesetzt haben.⁴⁴ Karin Böke entwickelt dabei eine eigene diskurlinguistische Metapherntheorie, während Martin Wengeler seinen Schwerpunkt auf Argumentationsanalyse setzt und den rhetorischen Topos-Begriff mit der Diskurslinguistik vereint. Thomas Nier untersucht in seinen Arbeiten die technische Seite korpuslinguistischer Diskursanalysen. Matthias Jung hingegen bemüht sich vor allem darum, den Diskursbegriff und die Methodik einer linguistischen Diskursanalyse präziser zu fassen und setzt sich mit der Verflechtung von Text und Korpus im Diskurs auseinander. In der *Kognitiven Diskursanalyse* wird Diskurs als sprachliche Manifestation kollektiver Wissensbestände verstanden. Als theoretischer Hintergrund für die Analyse dient hier die Metapherntheorie von Lakoff und Johnson, sowie neue semantische Untersuchungsansätze wie Schematheorie und Frameanalyse. Claudia Fraas setzt in ihren Arbeiten auf die Erweiterung der Semantik um die Komponente „Weltwissen“ und bindet die Theorie zum „kollektiven Gedächtnis“ von Jan und Aleida Assman dabei ein. Mit Hilfe von Kookkurrenzanalysen sollen kollektive Wissensbestände und Deutungsmuster in diskursiven Aussagen erkennbar gemacht werden.⁴⁵ In Hinblick auf die eigene Arbeit ist bei Fraas neben der Kookkurrenzanalyse interessant, dass sie Onlinekommunikation mit Diskursanalyse verbindet, die sich in der Linguistik bis dahin nur auf klassische Printmedien bezogen hat.

Wie bereits erwähnt stehen den Arbeiten, die sich der *Diskurssemantik* zuordnen lassen die Arbeiten gegenüber, die der *Kritischen Diskursanalyse* zuzuordnen sind. Ganz allgemein ist der Begriff *Discourse Analysis* vor allem in englischsprachiger Literatur flächendeckend anzutreffen und subsumiert eine Vielzahl von Ansätzen aus Linguistik, Psycholinguistik, Ethnologie, Psychologie und Soziologie. Im Vordergrund steht dabei die Analyse konkreten Sprachgebrauchs. In der deutschen Übertragung ist damit aber eher ein Forschungsfeld gemeint, das sich der empirischen Gesprächsforschung widmet.⁴⁶ In der *Funktionalen Pragmatik* bei Ehlich und Rehbein bezieht sich *Diskurs* nur auf mündliche Äußerungen und untersucht diese dabei „im Kontext institutionell gebundener Kommunikation“.⁴⁷ Diskursanalyse wird in diesem Forschungsbereich zusehends ein Synonym für Gesprächsanalyse. Der niederländische

44 Vgl. Böke, Jung, Wengeler 1996.

45 Vgl. Fraas, Pentzold 2008.

46 Vgl. Keller 2007:20.

47 Warnke 2007:4.

Sprachwissenschaftler Teun van Dijk versteht *Discourse Analysis* als Untersuchung von Schreiben und Sprechen als „Realprozess“ in einem gesellschaftlichen Kontext auf diachroner und synchroner Ebene. Diskurse werden dabei als Trias von Sprachgebrauch, Kognition und sozio-kulturellem Handeln gesehen.⁴⁸ Van Dijk ist einer der wichtigsten Vertreter der *Critical Discourse Analysis* (CDA), die in die deutschsprachige Linguistik als *Kritische Diskursanalyse* (KDA) ihren Einzug gehalten hat. Die CDA, die ihren Vorläufer u.a. in den *Critical Linguistics* hat, möchte bewusst Stellung beziehen, bewusst in gesellschaftliche Prozesse eingreifen und herrschende hegemoniale Strukturen verbessern. Diese Grundhaltung wird von den Gegnern heftig kritisiert. Das Adjektiv *kritisch* ist aber nicht nur auf den gesellschaftskritischen Anspruch zu beziehen, sondern vor allem so zu verstehen, dass die eigenen Analyseergebnisse kritisch hinterfragt werden sollen: „Basically, critical is to be understood as having distance to the data, embedding the data in the social, taking a political stance explicitly, and a focus on self-reflection as scholars doing research.“⁴⁹

Die *Kritische Diskursanalyse* bezieht sich in ihren Ursprüngen auf die *Kritische Theorie* der Frankfurter Schule und ist somit auch als Gegenentwurf zum Habermas'schen Diskursbegriff zu werten, der ebenfalls der Kritischen Theorie entspringt. Die von Habermas in den 1980ern entwickelte *Diskursethik* entwirft die Idee eines „Herrschaftsfreien Diskurses“.⁵⁰ Er liefert damit keinen analytischen Ansatz, sondern ein normatives Ideal-Modell menschlicher Kommunikation. Diskurs ist dabei ein Kommunikationsraum, in dem sich ideale Sprecher an Kommunikationsmaximen wie Wahrheit und Klarheit halten. In der CDA hingegen wird Diskurs, ebenso wie Sprache, als soziale Praxis verstanden. Neben Texten sollen auch nicht-diskursive Praktiken analysieren werden. Die Idee dabei ist, dass Diskurse nicht nur von Individuen, sondern auch von Institutionen gesteuert werden. Die Sprache spiegelt dabei Machtverhältnisse nicht nur wider, sondern kann diese auch entweder verfestigen oder unterlaufen.⁵¹ Die wichtigsten Vertreter der CDA sind Norman Fairclough, Paul Chilton, Teun van Dijk und Ruth Wodak, die sowohl der englischen CDA als auch der deutschen KDA zuzuordnen ist, da sie in beiden Sprachen publiziert. Mit Fairclough etabliert sich der Begriff *Critical Discourse Analysis* in den frühen 1980ern. Er untersucht das Verhältnis von Sprache, Macht und Ideologie. Van Dijk betrachtet soziales Wissen als

48 Vgl. van Dijk 1985.

49 Wodak, Mayer 2001:9

50 Vgl. Habermas 2009.

51 Der folgende Abschnitt folgt wieder der zusammenfassenden Darstellung bei Spitzmüller, Warnke 2011:97-113.

Bindeglied zwischen Macht und Sprache. Bei der Anwendung setzt er auf die detaillierte Einzelanalyse weniger Texte, also im Gegensatz zu diskurssemantischen Arbeiten nicht auf große Korpora. Ruth Wodak vertritt die Ansicht, dass verschiedene Wahrheiten innerhalb einer Gesellschaft miteinander konkurrieren. CDA soll die Entstehung unterschiedlicher Identitätskonstruktionen erklären und kritisch hinterfragen. Als Forschungsfeld dient ihr vor allem die Genderforschung und die Frage nach der sozialen Konstruktion von Rollenbildern.⁵² Eine Variante der CDA sind die *Social Semiotics* und ihre Vertreter Gunther Kress und Theo van Leeuwen.⁵³ Sie verstehen Sprache als soziale Praxis, durch die Bedeutung ausgehandelt wird, und als Quelle, um soziale Bedeutung herzustellen. Bei der Analyse gehen die *Social Semiotics* aber über rein sprachliche Zeichen hinaus. Sie verstehen Texte als *multimodal* und beziehen andere Zeichen, wie Bilder und Layout mit ein. Für die deutschsprachige KDA sind die Arbeiten Siegfried Jägers von zentraler Bedeutung, die im Folgenden ausführlicher betrachtet werden sollen.

2.1.1. Kritische Diskursanalyse

2.1.1.1. Wissen und Macht

In seiner Ausprägung der *Kritischen Diskursanalyse* geht Jäger zunächst auch von einem wissensanalytischen Standpunkt aus. Er stellt dabei die Frage, was als gültiges Wissen bezeichnet werden kann, wie es zustande kommt und wie es weitergegeben wird. Darüber hinaus wirft er die Frage auf, welche Funktion solche Wissensbestände bei der Gestaltung der Gesellschaft erfüllen und welche Auswirkung sie auf deren Entwicklung haben.⁵⁴ Das Ziel der KDA ist es demnach, das Wissen der Diskurse zu ermitteln und darüber hinaus den Zusammenhang von Wissen und Macht zu erkunden und zu kritisieren. Jäger betrachtet dabei Diskurse als „Fluß von Wissen bzw. sozialen Wissensvorräten durch die Zeit [...], der individuelles und kollektives Handeln und Gestalten bestimmt, wodurch er Macht ausübt.“⁵⁵ Mit dieser Auffassung von Diskurs verbindet Jäger wissens- und machtanalytische Aspekte unter Berufung auf Foucault. In der *Archäologie des Wissens* beschreibt Foucault Diskurse als „allgemeines Gebiet aller Aussagen“ und gleichzeitig als „Praxis, die von einer bestimmten Zahl von Aussagen

52 Vgl. Fairclough, Wodak 1997.

53 Vgl. Kress, Leeuwen 2001.

54 Vgl. Jäger 2006:83.

55 Jäger 2006:84.

berichtet“⁵⁶. Diese Aussagen brauchen laut Foucault zwar eine materielle Existenz, liegen also als geschriebene oder gesprochene Texte vor, darüber hinaus aber birgt „jeder Diskurs die Kraft in sich, etwas anderes zu sagen, als was er sagt[e], und so eine Pluralität von Sinn einzuhüllen.“⁵⁷ An dieser Stelle verlagert Jäger *Diskurs* aus dem Bereich der Sprache in den Bereich des Wissens bzw. Denkens. Aussagen bzw. Texte seien dabei als individuell zu betrachten, Diskurse aber als über-individuell.⁵⁸ Laut Jäger üben Diskurse als Wissensträger ihre Macht aus und strukturieren die Machtverhältnisse innerhalb einer Gesellschaft. Wichtig ist dabei die Annahme, dass die Wissensbestände einer Gesellschaft nicht absolut sind, sondern es sich um jeweils gültiges Wissen handelt, dessen Durchsetzung im Diskurs ausgehandelt wird. Die *Kritische Diskursanalyse* soll dabei die Mittel aufzeigen, „durch die die Akzeptanz nur *zeitweilig gültiger Wahrheiten* herbeigeführt werden soll [...]“⁵⁹ Jäger geht weiterhin davon aus, dass Diskurse nicht nur ein Spiegelbild einer außersprachlichen, nicht-diskursiven Wirklichkeit sind, sondern sowohl eine eigene Wirklichkeit besitzen als auch neue gesellschaftliche Wirklichkeiten erschaffen können.⁶⁰ Zusammenfassend lässt sich die Verbindung von Wissen, Macht und Wirklichkeit mit Jägers Worten folgendermaßen beschreiben:

Diskurse üben Macht aus, da sie Wissen transportieren, das kollektives und individuelles Bewusstsein speist. Dieses zustandekommende Wissen ist die Grundlage für individuelles und kollektives Handeln und die Gestaltung von Wirklichkeit.⁶¹

2.1.1.2. Handlung und Wirklichkeit

Die KDA nach Jäger versteht Wissen als Grundlage von Handlungen und darüber hinaus als Grundlage für die Gestaltung von Wirklichkeit. Auf der Handlungsebene ist zunächst das Zusammenspiel *diskursiver* Handlungen, worunter Jäger Denken und Sprechen auf der Grundlage von Wissen versteht, und *nicht-diskursiver*, also nicht-sprachlicher Handlungen, die aber ebenfalls diskursives Wissen als Grundlage haben, zu untersuchen.⁶² Die Diskurse stellen dabei das nötige Wissen bereit, es ist jedoch der Mensch, der dem Wissen und dem Diskurs eine Bedeutung zuweist.⁶³ Bei Foucault zeigt

56 Foucault 1973:116.

57 Foucault 1973:172.

58 Vgl. Jäger 2006:148.

59 Vgl. Jäger 2006:85.

60 Vgl. Jäger 2006:87.

61 Jäger 2006:89.

62 Vgl. Jäger 2006:84.

63 Vgl. Jäger 2006:89 f.

sich dieser Ansatz wenn er in der *Archäologie des Wissens* fordert,

[...] die Diskurse nicht als Gesamtheit von Zeichen (von bedeutungstragenden Elementen, die auf Inhalte oder Repräsentationen verweisen), sondern als Praktiken zu behandeln, die systematisch die Gegenstände bilden, von denen sie sprechen. Zwar bestehen diese Diskurse aus Zeichen; aber sie benutzen diese Zeichen für mehr als nur zur Bezeichnung der Sachen. Dieses *mehr* macht sie irreduzibel auf das Sprechen und die Sprache. Dieses *mehr* muss man ans Licht bringen und beschreiben.⁶⁴

Jäger sieht in diesem „mehr“

[...] das *Wissen*, das der Umsetzung von sonstigem und verbal zu artikulierendem Wissen in Gegenstände dient: [...], das als abgestorbene geistige Handlungen in jede Arbeit einfließt, aber verbal nicht oder doch nur selten artikuliert wird und vielleicht vielfach auch nicht artikulierbar ist.⁶⁵

Das Problem bei dieser Definition ist aber, dass sich das „ans Licht bringen“ auf die Beschreibung einer Art „Handlungswissen“ bezieht und sich in einer an sprachliche Aussagen gebundenen Diskursanalyse nur schwer nachweisen ließe. Foucault geht es m.E. eher darum, die Bilateralität der sprachlichen Zeichen aufzubrechen: „Der Diskurs verliert so seine Realität, indem er sich der Ordnung des Signifikanten unterwirft.“⁶⁶ Ein Problem, das sich bei der Betrachtung von Handlung in diskursanalytischen Arbeiten ergibt, ist die Unterscheidung zwischen diskursiver und nicht-diskursiver Handlung. Um beides zu verbinden führt Foucault die Größe *Dispositiv* ein, um das Zusammenspiel diskursiver und nicht-diskursiver Praktiken zu beschreiben. Dispositiv ist bei Foucault das *Netz*, das den Diskurs und die außersprachliche Wirklichkeit zusammenhält, „[...] kurz: Gesagtes ebensowohl wie Ungesagtes umfasst.“⁶⁷ Die Frage, in wieweit Diskurse materielle Wirklichkeiten abbilden, diese formen oder selbst materielle Wirklichkeiten darstellen, ist dabei ebenso wichtig, wie schwierig zu beantworten. Die Frage nach dem Dispositiv und seiner Bedeutung für die Diskursanalyse führt Jäger noch weiter aus, indem er erste theoretische Ideen zu einer Dispositivanalyse entwickelt.⁶⁸ Für die hier vorliegende Arbeit ist der nur schwer zu fassende Dispositivbegriff nur von untergeordneter Bedeutung. Meiner Meinung nach lässt sich die Trennung von diskursiv/sprachlicher Handlung und nicht-diskursiv/nicht-sprachlicher Handlung in Hinblick auf eine linguistische Analyse durch einen pragmatischen Ansatz unter Verwendung der Sprechakttheorie aufheben. Durch

64 Foucault 1973:74.

65 Jäger 2006:95.

66 Foucault 1973:33.

67 Foucault 1978:120.

68 Vgl. Jäger 2006.

performative Sätze bspw. wird die Trennung von sprachlicher und außersprachlicher Wirklichkeit aufgehoben und in der Verbindung von Äußerungsakt und propositionalem Akt, mit illokutivem und perlokutivem Teilakt, die Trennung von diskursiver und nicht-diskursiver Handlung. In diesem Sinne lässt sich zwischen sprachlicher und nicht-sprachlicher Handlung unterscheiden und beides als diskursive Handlungen betrachten. Dies steht zwar Foucaults entgegen, der hier trennt und dann Dispositiv als Bindeglied einsetzt, mit der pragmatischen Ansicht aber, dass in jeder sprachlichen Handlung, als welches die diskursiven Aussagen zu verstehen sind, eine außersprachliche Handlung intendiert ist, lässt sich das „mehr“ der Diskurse beschreiben und analysieren, das über den reinen (wahren oder falschen) propositionalen Wert einer Aussage hinaus geht. Was aber für die vorliegende Arbeit an Foucaults Dispositivbegriff fruchtbringend ist, ist die von Jäger aufgegriffene Einführung der *Notstände (urgence)*.⁶⁹ Auf der einen Seite entstehen Dispositive durch *Notstände*, auf der anderen Seite entstehen Diskurse, um diese zu beheben. Laut Foucault verbindet ein bestimmter *Notstand* Diskurs und Dispositiv, da sowohl diskursive als auch nicht-diskursive Handlungen dem selben Ziel dienen: seiner Behebung. Das Wort *urgence* lässt sich auch mit *Dringlichkeit* und *dringende Not* übersetzen, was mit einem ebenso dringenden Handlungsbedarf (*Nécessité d'agir vite.*)⁷⁰ korreliert.

Wie bereits erläutert, ist eine Aufhebung der Trennung von diskursiver und nicht-diskursiver Handlung auf pragmatischer Ebene möglich. Es ist aber durchaus sinnvoll, ein bestimmtes gesellschaftliches Problem als Ausgangspunkt für die Entstehung eines Diskurses zu betrachten und zu analysieren, wie sich daraus bestimmte Diskursstränge ergeben und die sprachlichen und nicht-sprachlichen Handlungen im diskursiven Feld unterschiedlich eingesetzt werden, um dieses Problem zu lösen. Jäger erkennt hier eine Korrelation der von Foucault beschriebenen Größe *Notstand* mit dem Begriff *Bedeutung*. Das heißt, Dinge werden erst zu Dingen, indem man ihnen eine Bedeutung beimisst.⁷¹ Für Jäger schließt die Einführung der Größe *Bedeutung* die Lücke zwischen Diskurs und Wirklichkeit. In dem hier der Analyse zugrunde liegenden Medizindiskurs kann die unterschiedliche Auffassung des *Liberation Treatment* als Therapieoption als von den verschiedenen Akteuren unterschiedlich interpretiertes Problem und der daraus resultierenden unterschiedlichen Bedeutungen verstanden werden, was als Grundlage für verschiedene Handlungen zu werten ist. Die Frage, wer und warum unter welchen

69 Vgl. Jäger 2006:93 und Foucault 1978:120.

70 Le Robert Micro 2006:1381, Spalte 2.

71 Vgl. Jäger 2006:93.

Bedingungen einem bestimmten Gegenstand oder (Diskurs-)Ereignis Bedeutung beimisst, versucht Jäger unter Einbeziehung der Tätigkeitstheorie von Leontjew zu beantworten.⁷² Die materialistisch-psychologische Tätigkeitstheorie der frühen 1930er Jahre versucht einen Ausgleich zwischen Gesellschaft und objektiver Wirklichkeit durch sinnliche Tätigkeit darzustellen. Bedeutung wird einem bestimmten Gegenstand oder Sachverhalt dann beigemessen, wenn aus bestimmten Bedürfnissen ein Motiv abgeleitet wird und ein bestimmtes Ziel erreicht werden soll, indem man arbeitet. Die Produkte dieser Arbeit/Tätigkeit können auch Gedanken, Theorien oder Pläne sein. Im Diskurs sind laut Jäger die Aussagen als Produkte solcher Tätigkeit zu sehen. Das Werkzeug zur Erreichung des aus dem Bedürfnis abgeleiteten Ziels ist die Sprache, bzw. das Wissen über ihre Verwendung. Unterschiedliche diskursive Aussagen bzw. Positionen resultieren demnach aus unterschiedlichen Bedeutungen, die einem bestimmten diskursiven Ereignis beigemessen werden. Das sind Bedeutungen, die mit unterschiedlichen Bedürfnissen der Akteure verknüpft sind. Somit kann ein Gegenstand „umdiskursiviert“ werden, wenn er eine andere Bedeutung erhält. Ändert sich der Diskurs, ändert sich der Gegenstand. Auf der anderen Seite verliert ein Gegenstand oder Ereignis aber auch an Bedeutung, wenn er/es nicht mehr in einen Diskurs eingebettet ist.⁷³ In Hinblick auf Jägers Interpretation von Leontjew lässt sich die Frage nach einer diskursiven Wirklichkeit folgendermaßen beantworten:

[...] die Wirklichkeit ist bedeutungsvoll, sie existiert in der Form, in der sie existiert nur insofern, als ihr von den Menschen, die alle in die (sozio-historischen) Diskurse verstrickt und durch diese konstituiert sind, Bedeutung zugewiesen worden ist und weiter zugewiesen wird.⁷⁴

So gesehen lässt sich sagen, dass alles, dem wir Bedeutung beimessen zur Wirklichkeit wird. Dementsprechend ist auch die Frage nach einem „wahr“ oder „falsch“ der im Diskurs behandelten Gegenstände oder Wissensbestände zu analysieren, da sich sowohl sprachliche als auch nicht-sprachliche Handlungen der Akteure nach deren Bedeutungszuweisung richten. In der Analyse wird untersucht werden, wie sich im Diskurs um CCSVI verschiedene Diskurspositionen und -handlungen aus unterschiedlichen Bedeutungszuweisungen ergeben, die aus verschiedenen Bedürfnissen resultieren und wie sich verschiedene Wahrheiten bzw. Wirklichkeiten nachvollziehen lassen.

72 Jäger 2006:78-112.

73 Jäger 2006:94.

74 Jäger 2006:95 f.

2.1.1.3. Die Struktur des Diskurses und Analyseschritte

Jäger unterscheidet zwischen *Spezialdiskurs* (wissenschaftlich) und *Interdiskurs* (nicht-wissenschaftlich).⁷⁵ Bei einem als Einheit betrachteten Medizindiskurs lässt sich eine Trennung von verschiedenen Diskursbereichen feststellen, die entweder Experten oder Laien zustehen. Es wird in der Analyse zu zeigen sein, dass die Trennung in wissenschaftlich und nicht-wissenschaftlich auf diskursiver Ebene zwar eigentlich durchaus seinen Sinn ergibt, aber im CCSVI-Diskurs gerade auf Patientenebene der *Spezialdiskurs* als wissenschaftlich betrachtet wird. Daneben lassen sich Diskurse nach Jägers Diskursstruktur in *Diskursfragmente* teilen, d.h. in Texte oder Teiltexzte mit einem bestimmten Thema. Diese sind aber auch nicht strikt voneinander getrennt, sondern als *Diskursstränge* thematisch einheitliche Diskursverläufe, die miteinander verwoben sind. Dies zeigt sich auch bei den *Diskurs(strang)verschränkungen*, wenn in einer diskursiven Aussage auch Teile anderer Diskurse, bzw. Bezüge auf andere Diskurse enthalten sind. Dies geschieht zum Beispiel durch Verweise oder Zitate. So wie sich laut Jäger *Spezial-* und *Interdiskurs* unterscheiden lässt, gibt es verschiedene *Diskursebenen*. Das sind soziale Orte, von denen aus gesprochen wird, wo sich bspw. für Wissenschaftler und Medien verschiedene Orte feststellen lassen. Daneben werden die Standorte und ideologischen Orte von einzelnen Personen und gesamten Medien als *Diskursposition* bezeichnet. Als Ursprung für verschiedene Diskurse sieht Jäger ein *diskursives Ereignis*. Das ist ein politisch-medial-öffentliches Ereignis als diskursiver Kontext, auf den sich ein Diskursstrang bezieht. Ein solches Ereignis ist hier die öffentliche Darstellung von Zambonis CCSVI-These und der möglichen Behandlung von MS-Patienten durch das sog. *Liberation Treatment*.

Das Ziel bei der KDA nach Jäger ist es, Diskursstränge synchron und diachron zu analysieren. Die Analyse gliedert sich dabei in folgende Analyseschritte: Der erste Schritt untersucht den institutionellen Rahmen der Diskursfragmente. Dazu gehören Medium, Rubrik, Autor und Ereignisse, denen sich die Diskursfragmente zuordnen lassen. Der zweite Schritt ist die Analyse der Text-Oberfläche der Aussagen, in Hinblick auf graphische Gestaltung, Sinneinheiten und Themen. Danach folgt als dritter Schritt eine sprachliche Mikroanalyse, die sprachlich-rhetorische Mittel analysiert, in den Bereichen Logik und Komposition, Implikatur und Narration, Kollektivsymbolik, Vorwissen, Sichtung und Ordnung der Substantive, Bestimmen der Verbformen, Sammlung aller Pronomen, Adjektive und Adverbien, syntaktische Mittel,

⁷⁵ Vgl. auch im Folgenden: Jäger 2006:158-187.

Argumentationsstruktur, und weiterer sprachlicher Besonderheiten. Im vierten Schritt werden inhaltlich-ideologische Aussagen analysiert, Menschenbild, Gesellschaftsverständnis, Technikverständnis, Zukunftsvorstellung, Wahrheitsvorstellungen u.ä. Im fünften und letzten Schritt folgt die eigentliche Analyse von Diskursfragmenten: die Interpretation. Sie analysiert Motiv und Ziel des Textes und die Grundhaltung des Autors, sprachliche und sonstige propagandistische Mittel, die Zielgruppe, die Wirksamkeit in Hinblick auf die Veränderung dominanter oder subalternen Diskurse und als Letztes den diskursiven Kontext des Diskursfragments in Bezug auf diskursive Ereignisse, gesellschaftliche, politische, ökonomische und historische Begebenheiten. Bei dieser Gliederung handelt es sich nicht um ein strikt zu übernehmendes Analysemuster, sondern um Grundfragen, die bei der Analyse beantwortet werden sollen, die aber mit weiteren, eigenen Fragen ergänzt werden können. Als nächstes soll die Diskurslinguistik nach Foucault und das dort verwendete Modell betrachtet werden, um danach zu erläutern, wie beide Ansätze für ein eigenes Analysemodell zusammengeführt werden.

2.1.2. Diskurslinguistik nach Foucault

Der *Diskurslinguistik nach Foucault*, die von Ingo H. Warnke und Jürgen Spitzmüller formuliert wurde, liegt ein textorientierter Diskursbegriff gekoppelt mit korpuslinguistischen Methoden zu Grunde.⁷⁶ Die Präposition *nach* ist dabei sowohl temporal, als auch modal zu verstehen. Das heißt, sie weist zum einen auf die Zeitspanne hin, die eine Weiterentwicklung der Foucaultschen Gedanken mit sich gebracht hat, zum anderen aber auch darauf, dass der neu gewonnene linguistische Diskursbegriff in seinem Kern auf Foucault zurück zu führen ist.⁷⁷ Die *Diskurslinguistik nach Foucault* versucht vor allem die Widersprüche der oben gezeigten verschiedenen diskursanalytischen Ansätze aufzuheben und sowohl einzelne Texte mit linguistischen Methoden zu untersuchen als auch durch die Analyse von nicht-sprachlichen Phänomenen einen textübergreifenden diskursiven Zusammenhang darzustellen. Dabei stützt sie sich auf vier Grundprinzipien, die Foucault in *Die Ordnung des Diskurses* benennt: *Umkehrung*, *Diskontinuität*, *Spezifität* und *Äußerlichkeit*.⁷⁸ Das Prinzip der *Umkehrung* stellt die Frage nach den diskursiven Bedingungen, die Aussagen in ein Feld der Präsenz, bzw. symbolischen Koexistenz stellen. Es sucht gleichzeitig auch nach

76 Vgl. Warnke, Spitzmüller 2008.

77 Vgl. Warnke, Spitzmüller 2008:38.

78 Foucault: ¹⁰2007:34 f.

Brüchen in der Positivierung, also nach den Aussagen, die es nicht geschafft haben, sich im Diskurs zu etablieren. Die *Diskurslinguistik nach Foucault* konzentriert sich allerdings auf die Positivierung von Aussagen, also auf ihre sprachliche Realisierung und damit auf ihre sprachliche Oberfläche. *Diskontinuität* bezeichnet nun die Betrachtung von Brüchen in der Positivierung von Wissen. Dabei geht es unter anderem darum, nicht nur Aussagenbrüche in den Blick zu nehmen, sondern auch die Kontextualisierung von Aussagen. Dabei muss entschieden werden, welche linguistische Methode dem Gegenstand *Diskurs* am ehesten gerecht wird. Unter *Spezifität* versteht man die analytische Praxis, die die Bedeutung von Aussagen nicht zeichengebunden, sondern im Zusammenhang mit kulturell gebundenem Wissen untersucht. Da hier der Kernkompetenzbereich eines Sprachwissenschaftlers überschritten wird, sind laut Spitzmüller und Warnke fachspezifische Güterkriterien wichtig, um übergenerierte Methodenvielfalt zu vermeiden.⁷⁹ Als letztes meint *Äußerlichkeit* bezogen auf eine Diskursanalyse die Konzentration auf sprachliche Oberflächenphänomene und richtet sich damit gezielt gegen eine Überemphase der Texttiefenstruktur.⁸⁰ Wie sich nun diese vier Grundprinzipien in eine Diskursanalyse einbinden lassen, wird bei näherer Betrachtung des von Spitzmüller und Warnke entwickelten Methodenmodells noch ersichtlich werden.

Wie schon angedeutet liegt ein Problem der Diskurslinguistik in der Unschärfe des Diskursbegriffes bei Foucault. So geht beispielsweise aus der Betrachtung des Gesamtwerkes nicht hervor, ob sich *Diskurs* auf ein sprachliches oder nicht-sprachliches Objekt bezieht. In der *Archäologie des Wissens* erteilt Foucault dem Zeichensystem zunächst eine klare Absage. Der Diskurs wird hier als Praxis verstanden, nicht als Reihe von Zeichen oder Aussagen, ist aber trotzdem an Aussagen gebunden, die ihrerseits eine materielle Existenz benötigen.⁸¹ Die *Diskurslinguistik nach Foucault* setzt nun an dem Punkt an, an dem Aussagen auch tatsächlich in Texten sprachlich realisiert werden. An diesem Punkt gewinnt eine Aussage ihre Präsenz im diskursiven Feld und kann mit sprachwissenschaftlichen Methoden untersucht werden. Im Feld der Präsenz erscheinen nun alle bereits an anderer Stelle formulierten Aussagen, die in einem Diskurs als *Wahrheit* wieder angenommen werden. Diese Wahrheit verschiebt sich vom Akt der Aussage zur Aussage selbst und somit zur sprachlichen Oberfläche. Durch diesen Vorgang des Verschiebens entsteht eine reine Positivität der Aussage, oder anders

79 Vgl. Warnke, Spitzmüller 2008:3-6.

80 Vgl. Warnke, Spitzmüller 2008:7-8.

81 Vgl. Foucault 1973:128-153.

ausgedrückt: eine Formation von Aussagen hat die Schwelle der Positivität überschritten, wenn sie sich aus der diskursiven Formation herausschält und eine beherrschende Funktion in Hinblick auf das Wissen ausübt.⁸² Dabei wird gleichzeitig die Schwelle der Epistemologisierung überschritten. Für die *Diskurslinguistik nach Foucault* ergibt sich daraus Folgendes:

Diskurslinguistik nach Foucault ist also grundsätzlich an Oberflächenphänomenen interessiert und bringt somit die Regel der Äußerlichkeit von Sprache zur Geltung. Sowohl die Bedeutung von Einzelaussagen, als auch Argumentationsmuster und Textarchitekturen sind dabei diskursiv etabliert, wenn sie die Schwelle der Positivität überschreiten und damit zudem in das Feld der epistemischen Ordnung gestellt wird. Die Vorstellung einer Singularität von Aussagen ist damit ausgeschlossen.⁸³

Die Frage, die sich zu Beginn einer Diskursanalyse stellt, ist: Was ist das Ziel meiner Analyse? Soll nur die Sprache an sich beschrieben werden, oder sollen auch die hinter der Sprache liegenden Phänomene aufgedeckt werden? An dieser Stelle lässt sich theoretisch eine Trennung zwischen *innerer* und *äußerer Diskurslinguistik* vornehmen.⁸⁴ Während die *äußere Diskurslinguistik* Sprache nur als Teilmedium des Diskurses begreift, ist in der *inneren Diskurslinguistik* Sprache das alleinige Symbolisierungsmedium. Für eine linguistische Diskursanalyse scheint die *innere Diskurslinguistik* zunächst wichtiger, ist aber nicht unproblematisch. Eine nur an der sprachlichen Realisierung von Aussagen orientierte Analyse kann keine gültigen Aussagen über den gesamten Diskurs liefern, da ein Rückschluss von Sprache auf Diskurs immer nur partiell sein kann. Damit sind diskurslinguistische Ergebnisse nicht ohne weiteres generalisierbar. Die Lösung des Problems sehen Spitzmüller und Warnke darin, neben einer intratextuellen Ebene auch eine Akteurs- und Handlungsebene sprachlich zu untersuchen, wodurch sprachbezogene Ergebnisse auch auf eine nicht-sprachliche Ebene übertragen werden können.⁸⁵ Wie im letzten Kapitel deutlich wurde, sind m.E. sowohl sprachliche als auch nicht-sprachliche Handlungen als diskursive Handlungen zu verstehen und deshalb in einer Diskursanalyse zusammen zu untersuchen. Die Akteure dabei stärker in den Vordergrund zu rücken und zusätzlich zu den reinen Aussagen zu untersuchen, erscheint durchaus sinnvoll. Die Akteursebene bietet auch die Möglichkeit, gezielt die oben beschriebenen Bedeutungszuweisungen zu

82 Vgl. Foucault 1973:265 f.

83 Warnke 2007:15.

84 Vgl. Warnke, Spitzmüller 2008:9.

85 Vgl. Warnke, Spitzmüller 2008:10.

untersuchen, nicht nur als sprachliche Phänomene in diskursiven Aussagen, sondern als subjektive Relation zu diskursiven Ereignissen, die nach Foucault als *Notstand* erachtet werden können.

Ziel einer linguistischen *Diskursanalyse nach Foucault* ist es, „auf dem Weg der Sprachanalyse etwas über zeittypische Formationen des Sprechens und Denkens über die Welt aussagen zu können.“⁸⁶ Im Diskurs werden damit Sprache und Wissen im Sinne Foucaults vereint und dem von Jäger postulierte Begriff von Diskurs als Wissensfluss durch die Zeit Rechnung getragen. Die *Diskurslinguistik nach Foucault* untersucht Sprache als Teil sozialer Praktiken, bei denen Wissen generiert und formiert wird. Die Metadimension des Diskurses liegt dabei in der Rolle der Akteure, in deren (Sprach-) Handlungen Wissen und Sprache miteinander verbunden sind.⁸⁷ Um Sprache, Wissen und Akteure zu analysieren, kann die Diskurslinguistik nun entweder deduktiv oder induktiv vorgehen. Schon bei Foucault stehen beide Arten der Diskursbeschreibung gleichberechtigt nebeneinander:

Man kann sagen, daß das Auffinden der diskursiven Formationen unabhängig von anderen möglichen Vereinheitlichungsprinzipien die spezifische Ebene der Aussagen offenlegt. Man kann aber ebensogut sagen, daß die Beschreibung der Aussagen und der Weise, wie die Aussageebene organisiert ist, zu der Individualisierung der diskursiven Formation führt. Die beiden Vorgehensweisen sind in gleichem Maße zu rechtfertigen und umkehrbar.⁸⁸

Ein *diskursdeduktives* Verfahren geht demnach von Formationen aus, also von Themen oder Wissensbeständen und sucht Belege dafür in Einzeltexten. Ein *diskursinduktives* Verfahren geht hingegen von Textkomplexen aus, die nicht thematisch vorstrukturiert sind und deren Zusammenhang erst in der Einzelanalyse erkennbar wird. Allerdings ist diese Trennung, ebenso wie die Trennung nach *innerer* und *äußerer Diskurslinguistik*, eher theoretischer Natur, zumal die *Diskurslinguistik nach Foucault* keine Analyse von Dichotomien sein möchte. So lassen sich beide Verfahren auf der Ebene der Diskurshandlung miteinander verbinden. Dann wird *diskursdeduktiv* untersucht, welche sozialen Gruppen, Akteure oder Institutionen welche Themen und Wissensbestände vertreten und *diskursinduktiv* wird analysiert, welchen Status die zuvor *diskursdeduktiv* erschlossenen Themen auf der Akteursebene haben. Für die methodische Umsetzung der Diskurslinguistik ergibt sich daraus eine „Sprach- und Wissensbezogene Analyse, die die Produktionsbedingungen und

86 Warnke, Spitzmüller 2008:15.

87 Vgl. Warnke, Spitzmüller 2008:16.

88 Foucault: 1973:169.

Wirkungsmechanismen spezifischer medialer Umgebung und die Interessen der Diskursteilnehmer als Untersuchungsgegenstand ernst nimmt.“⁸⁹

Die zentrale Frage, die sich bei der Analyse von Diskursen im Sinne Foucaults zunächst stellt ist immer: Was wird zu welcher Zeit, an welchem Ort von wem gesagt? Foucault spricht in diesem Zusammenhang von *diskursiver Formation*.⁹⁰ Hier wird deutlich, dass es bei einer Diskursanalyse nie nur um die reine Betrachtung von Aussagen in ihrer sprachlichen Realisierung gehen kann. Diskurse gehen über Sprache und damit auch über die sprachliche Einheit *Text* hinaus und beinhalten ebenso soziale Praktiken und die Etablierung von Wissen. Daraus ergeben sich im diskursiven Feld bestimmte Machtpositionen. Das heißt also, über den Text hinaus ergeben sich Diskurse immer aus der Trias Akteure – Wissen – Macht, wie aus Sicht der KDA oben bereits beschrieben. Nun stellt sich die Frage: Ist Diskursanalyse eine Analyse von Machtverhältnissen? In Abgrenzung zu den Arbeiten vieler Vertreter der KDA weist Warnke in Hinblick auf die *Diskurslinguistik nach Foucault* darauf hin, dass eine reine Gesellschaftskritik nicht Gegenstand einer linguistischen Analyse sein könne, da diese primär sprachbezogen sein solle.⁹¹ Nun besteht aber spätestens seit Foucault auch der Konsens, dass Wissenschaft nie außerhalb der Macht stehen kann, weswegen ihr Zusammenspiel in einer Analyse von Aussagen vor wissenschaftlichem Hintergrund nicht völlig unberücksichtigt bleiben darf. In der hier vorliegenden Analyse geht es darum, diskursive Wissensbestände zu ermitteln und sowohl auf Textebene als auch auf Akteursebene zu untersuchen, wie das Wissen verläuft und ob es gängigen Vertikalitätstypiken medizinischer Diskurse entspricht. Dabei soll auch untersucht werden, wie sich diese Wissensbestände auf unterschiedliche Bedeutungszuweisungen zurückführen lassen und was das für den Diskursverlauf, für die außersprachliche Wirklichkeit der Akteure und v.a. für die Rolle der Patienten bedeutet. Als nächstes soll nun ein Blick auf das von Spitzmüller und Warnke entworfene Modell für die diskurslinguistische Mehr-Ebenen-Analyse (DIMEAN) geworfen werden.

2.1.3. Die diskurslinguistische Mehr-Ebenen-Analyse (DIMEAN)

Wie gezeigt wurde ist der Diskursbegriff, ebenso wie die Diskursanalyse, schon längere Zeit Gegenstand der Sprachwissenschaft. Das Stufenmodell DIMEAN antwortet auf die Frage nach einer systematischen Methodik und versteht sich als das erste praktische

89 Warnke, Spitzmüller 2008:17.

90 Vgl. Foucault 1973:48-103.

91 Vgl. Warnke 2008:41.

Modell zur linguistischen Diskursanalyse.⁹² Die Autoren gehen bei ihrem Modell zwar von einem durch Foucault geprägten Diskursbegriff aus, passen diesen aber an die spezifischen Bedürfnisse von Sprachwissenschaftlern an. DIMEAN soll vor allem die Mehrschichtigkeit von Diskursen adäquat erfassen. Ein Hauptanliegen ist dabei, neben der Möglichkeit der Komplexität von Diskursen zu entsprechen, die Vermeidung von Unterspezifiziertheit und Übergeneriertheit der Analysen. Mit Unterspezifiziertheit ist hier gemeint, dass die Analyse weniger in Erfahrung bringt, als es mit den Methoden der Sprachwissenschaft möglich wäre. Dabei erfährt das hochkomplexe Diskursphänomen eine Reduktion, indem die Akteure bei der Analyse ausgeklammert werden, wie es größtenteils in den Arbeiten der *Historischen Semantik* der Fall ist. Durch die Berücksichtigung einer Akteursebene wird dieses Problem bei DIMEAN gelöst. Daneben scheint aber die Übergeneriertheit das größere Problem zu sein. Hier treten eher humanwissenschaftliche Gesichtspunkte in den Fokus der Analyse, wobei über den Gegenstand mehr in Erfahrung gebracht wird, als mit Methoden der Sprachwissenschaft möglich ist. Da Diskurse interdisziplinäre Forschungsgegenstände sind, ist das Überschreiten von Fachgrenzen nicht per se problematisch, und in Hinblick auf Theorien v.a. für die Analyse von Medizindiskursen durchaus fruchtbringend, kann aber zu einem Problem werden, wenn sich dabei verschiedene Methoden vermischen, die zu unterschiedlichen Ergebnissen führen.⁹³

Spitzmüller und Warnke gehen davon aus, dass sich für die korpusbezogene Analyse ein Stufenmodell anbietet, wenn man Diskurse als multidimensionale Gebilde versteht, die aus verschiedenen bedeutungs- und funktionstragenden Teilen bestehen. Die Analyse eines Diskurses kann meiner Meinung nach aber auf allen Ebenen begonnen werden, wodurch ihr Stufencharakter wegfiel. Da eine sprachwissenschaftliche Diskursanalyse immer von Texten oder Teiltextrn ausgeht, stellt sich zu Beginn einer solchen Analyse die Frage nach dem Textkorpus. Der Korpusgenerierung folgt laut Spitzmüller und Warnke dann eine Erstlektüre. Sinn dieser Erstlektüre ist es, unsystematische, interessante Wörter, Bedeutungsdimensionen, Formulierungen, Aussagen, Textstrukturen und Ähnliches zu erfassen. Erst nachdem ein Korpus definiert ist und eine Erstlektüre stattgefunden hat, kann die methodische Analyse erfolgen.⁹⁴ Für diese unsystematische Erstlektüre ist ihrer Meinung nach die muttersprachliche Kompetenz

92 Vgl. Warnke, Spitzmüller 2008:24.

93 Vgl. Warnke, Spitzmüller 2008:3-6.

94 Vgl. Warnke 2008:45. Die folgende Beschreibung des Modells erfolgt nach Warnke, Spitzmüller 2008:24-43.

unerlässlich. Wenn man aber davon ausgeht, dass Diskurse sich nicht nur durch die Zeit, sondern auch durch den Raum bewegen und wie bei dem hier analysierten Diskurs der größte Teil der Aussagen auf Englisch ist, ist die muttersprachliche Kompetenz m.E. auszuklammern, wenn eine generelle Kompetenz in der vorliegenden Sprache vorhanden ist.

2.1.3.1. Intratextuelle Ebene

Die in der Erstlektüre gewonnenen Daten können auf dieser Ebene einem intratextuellen System zugeordnet werden, d.h. alle diskurslinguistisch relevanten Elemente, die in der Erstlektüre entdeckt wurden, werden strukturiert dargestellt.⁹⁵ Auf der intratextuellen Ebene sind Worteinheiten, Propositionen und Textstrukturen angesiedelt, wie in der folgenden Abbildung dargestellt:

Intratextuelle Ebene	Textorientierte Analyse	Visuelle Textstruktur	<ul style="list-style-type: none"> – <i>Layout/Design</i> – <i>Typographie</i> – <i>Text-Bild-Beziehungen</i> – <i>Materialität/Textträger</i>
		Makrostruktur: Textthema	<ul style="list-style-type: none"> – <i>Lexikalische Felder</i> – <i>Metaphernfelder</i> – <i>Lexikalische Oppositionslinien</i> – <i>Themenentfaltung</i> – <i>Textstrategien/Textfunktionen</i> – <i>Textsorte</i>
		Mesostruktur: Themen in Textteilen	<ul style="list-style-type: none"> – <i>Syntax</i> – <i>Rhetorische Figuren</i> – <i>Metaphernlexeme</i> – <i>soziale, expressive, deontische Bedeutung</i> – <i>Präsuppositionen</i> – <i>Implikaturen</i> – <i>Sprechakte</i>
	Wortorientierte Analyse	Mehr-Wort-Einheiten	<ul style="list-style-type: none"> – <i>Schlüsselwörter</i> – <i>Stigmawörter</i> – <i>Namen</i> – <i>Ad-hoc-Bildungen</i>
		Ein-Wort-Einheiten	

Abb. 1: Intratextuelles System nach DIMEAN. Warnke 2008:47

Die wortorientierte Analyse behandelt Ein- und Mehrwort-Einheiten, da Wortverbindungen oft Ausdruck sprachlicher Routinen sind und Hinweise auf gesellschaftliche Haltungen geben. Der wortorientierten Analyse folgt die Analyse der Propositionen. Bei dieser Analyse liegt das Augenmerk auf den Inhalten von Sätzen oder Teilsätzen. Zu den Propositionsdaten gehören z.B. Satzsyntax, rhetorische Figuren, Präsuppositionen oder Sprechakte. Diese Teile gehören zur Mikrostruktur des Textes. Die Textmesostruktur umfasst die thematische Gliederung von Textteilen, die Textmakrostruktur und die thematische Gesamtgliederung. Auf dieser textorientierten

⁹⁵ Die folgende Beschreibung des Analysemodells erfolgt nach: Warnke, Spitzmüller 2008:24-43.

Ebene ergeben sich als neue Phänomenklassen z.B. lexikalische Felder, Metaphernfelder, Themenentfaltung, die Zugehörigkeit zu einer Textsorte und ähnliches. Abschließend kann auch noch die visuelle Textstruktur betrachtet werden, also äußere Besonderheiten wie z.B. Layout, Typographie, Text-Bild-Beziehungen und die Materialität des Textträgers.

2.1.3.2. Ebene der Akteure

Das Modell sieht eigentlich vor, nach der Erstlektüre die Analyse mit der rein textuellen Ebene zu beginnen und die Ebene der Akteure danach zu analysieren, wobei es für viele Diskursanalysen sinnvoll erscheint, zuerst die Akteursebene näher zu untersuchen. Die Akteursebene nimmt nach DIMEAN eine zentrale Stellung in der linguistischen Diskursanalyse ein, da hier der einzelne Text durch Handlungen und Handelnde mit dem Diskurs verbunden ist. Dabei werden zunächst die *Diskurspositionen* der vorher definierten Akteure bestimmt, d.h. die sozialen und kommunikativen Positionen der Handelnden. Die Ebene der Akteure ist hier die Schnittstelle von sprach- und wissensbezogener Analyse. Es wird auf dieser Ebene untersucht, wer über die notwendige sprachliche Kompetenz und damit verbunden über die richtige soziale Stellung verfügt, um seine Stimme im Diskurs erheben zu können und an welchen Plätzen dies geschieht. Da die Zugänge zum Diskurs oft über Medien gesteuert werden, ist es des Weiteren ratsam, diese näher zu untersuchen. Das folgende Schaubild bietet zusammenfassend noch einmal einen Überblick über die auf der Ebene der Akteure und Diskurshandlungen angesiedelten Analysebereiche:

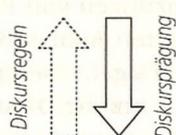
Akteure 	Interaktionsrollen	<ul style="list-style-type: none"> – Autor – Antizipierte Adressaten
	Diskurspositionen	<ul style="list-style-type: none"> – Soziale Stratifizierung/ Macht – Diskursgemeinschaften – Ideology Brokers – Voice – Vertikalitätsstatus
	Medialität	<ul style="list-style-type: none"> – Medium – Kommunikationsformen – Kommunikationsbereiche – Textmuster

Abb. 2: Kategorien und Filter der akteursorientierte Analyse nach DIMEAN. Warnke 2008:48.

Die Pfeile im Schaubild stellen Filter zwischen Einzeltext und Diskurs dar. Der Austausch zwischen Text und Diskurs verläuft auf Akteursebene durch eine doppelte Filterung. Der durchgezogene Pfeil, die *Diskursprägung*, symbolisiert die Prägung des Einzeltextes durch den Diskurs, da jeder Text über Zitate, Verweise und Anspielungen Teil des Diskurses ist. Sie filtert, was aus einem Diskurs in einen einzelnen Text eingeht. Da jeder Text diskursiv geprägt ist, ist der Pfeil durchgezogen dargestellt. Der unterbrochene Pfeil symbolisiert die *Diskursregeln*. Sie filtern, was in einen Diskurs eingeht. Ein Feld von Akteuren steuert dabei, was diskursiven Status erlangt. Da Texte diesen Status nicht automatisch haben, ist der Pfeil unterbrochen dargestellt.

2.1.3.3. Transtextuelle Ebene

Die dritte Ebene des Stufenmodells ist die transtextuelle Ebene. Sie betrachtet über den Einzeltext hinaus den Diskurs als Kontext von Texten. Dies bedeutet jedoch nicht nur die bloße Untersuchung einer Vielzahl von Texten, sondern das Interesse an der transtextuellen Ebene selbst. Die Fragen, die sich hier stellen, sind: Wer spricht wo? Worüber wird wann gesprochen? Was besitzt gesamtgesellschaftliche Relevanz? Dabei sind folgende Kategorien zu berücksichtigen: Intertextualität, Schemata, diskurssemantische Grundfiguren, Topoi, Sozialsymbolik, indexikalische Ordnungen, Historizität, Ideologien/Mentalitäten und daneben allgemeine gesellschaftliche Debatten. Es können selbstredend nicht alle Kategorien zur Vervollständigung der Analyse herangezogen werden. Die Analysekategorie der transtextuellen Ebene ergibt sich aus der Fragestellung der gesamten Diskursanalyse und aus dem gewählten Diskursausschnitt. Da die transtextuelle und die intratextuelle Ebene durch die Ebene der Akteure verbunden sind, können in einem letzten Schritt auch die Ergebnisse der intratextuellen Analyse und der Akteursanalyse auf die transtextuelle Ebene bezogen werden.

Transtextuelle Ebene	Diskursorientierte Analyse	<i>Intertextualität</i>
		<i>Schemata (Frames/Scripts)</i>
		<i>Diskurssemantische Grundfiguren</i>
		<i>Topoi</i>
		<i>Sozialsymbolik</i>
		<i>Indexikalische Ordnungen</i>
		<i>Historizität</i>
		<i>Ideologien/Mentalitäten</i>
		<i>Allgemeine gesellschaftliche und politische Debatten</i>

Abb. 3: Transtextuelles System nach DIMEAN. Warnke 2008:50.

Das DIMEAN-Modell soll und will nicht als Checkliste verstanden werden, die es systematisch abzarbeiten gilt. Vielmehr ist es wichtig, sich auf die Bereiche zu konzentrieren, die zur Beantwortung der gewählten Fragestellung am zweckdienlichsten erscheinen. Seine Legitimation findet DIMEAN darin, sich bei der korpusbasierten Analyse bewusst zu machen, dass *Diskurs* als ein multidimensionales Phänomen verstanden werden kann, das über den reinen Text hinaus geht, dessen verschiedene Ebenen aber trotzdem mit linguistischen Werkzeugen untersucht und erklärt werden können, um den Diskurs in seiner Gesamtheit zu verstehen. Generell erscheint der Versuch ein diskurslinguistisches Analysemodell zu generieren, das Foucaultsche Diskursbegriffe mit linguistischen Methoden koppelt nicht nur legitim, sondern auch bei der Analyse des hier gewählten Diskurses fruchtbringend. Daneben erscheint aber auch der von Jäger propagierte Ansatz der KDA in den oben erläuterten Bereichen durchaus vielversprechend. Beide diskurslinguistische Ansätze lassen sich m.E. kombinieren, um für die hier vorliegende Arbeit ein multimodales Analysemodell zu generieren, das DIMEAN als praxisorientierte Grundlage hat und damit weiterhin dem Anspruch gerecht wird, die verschiedenen diskurslinguistischen Analysemethoden zusammen zu führen. Wie das von Warnke und Spitzmüller entwickelte Modell zur Mehr-Ebenen-Analyse mit Analyseschritten von Jägers kritischer Diskursanalyse zusammengefasst und in Einklang gebracht werden kann, soll im Folgenden am Entwurf eines eigenen Mehr-Ebenen-Analysemodells gezeigt werden, welches dann der folgenden Diskursanalyse zu Grunde liegt. Doch zuvor wird noch ein anderer Theoriebereich angesprochen, der nicht der Linguistik entstammt. Der Wissenschaftszweig *Medizinische Soziologie* ist m.E. eine weitere lohnende Grundlage für die Analyse von

Medizindiskursen und wird deshalb von mir in das noch folgende Analysemodell und die Analyse eingebunden.

2.2. Medizinische Soziologie

Medizinische Soziologie gehört zu den verhaltens- und sozialwissenschaftlichen Grundlagenfächern der Medizin und des Medizinstudiums.⁹⁶ Für ihre wachsende Bedeutung für Medizin als Wissens- und Handlungssystem werden folgende Gründe gesehen: Die Evidenz der sozialen Einflüsse auf Entstehung und Verlauf von Krankheiten, der Nutzen von Präventions- und Therapieprogrammen, die auf sozialwissenschaftlichen Kompetenzen beruhen und der Einfluss des soziökonomischen Kontextes auf die Qualität der Arzt-Patient-Beziehung und auf ethische Entscheidungskonflikte. Generell gewinnt die Medizin als Wissenschaft ihre Erkenntnisse aus experimenteller Grundlagenforschung und klinischer Forschung mit randomisierten kontrollierten Studien, bei denen Patienten nach Zufallsprinzip einer Therapie- oder einer Kontrollgruppe zugeordnet werden. Umfassender als die klinische Forschung ist die epidemiologische Public-Health-Forschung, wobei ganze Bevölkerungsgruppen in Hinblick auf Krankheitsursachen und Gesundheitschancen untersucht und dann durch Präventions- und Interventionsmaßnahmen beeinflusst werden. Da Medizin aber auch als eine „Handlungswissenschaft“ gesehen werden kann, ist die medizinische Soziologie ein wichtiger methodischer Zugang zu systematischen Analysen ärztlichen Handelns, v.a. bei Diagnose und Therapie. Auf der Grundlage der soziologischen Handlungstheorie kann hier analysiert werden, wie Handlungsentscheidungen einzelner Akteure oder Gruppen die soziale Realität beeinflussen und dadurch die gesellschaftliche Wirklichkeit bestätigen oder verändern. In der vorliegenden Arbeit wird das zwar hauptsächlich bei der Analyse von Sprechhandlungen untersucht, aber medizinsoziologische Theorien und Ansätze werden mitberücksichtigt.

Ein Teilgebiet der medizinischen Soziologie beschäftigt sich mit der Soziologie der Arzt-Patient-Beziehung. Für die hier vorliegende Analyse ist an dieser Stelle vor allem der Bereich „strukturell asymmetrische soziale Beziehung“ interessant⁹⁷: Die unterschiedliche Wissensverteilung zwischen Experte und Laie führt zur *Expertenmacht* des Arztes. Seine gesellschaftliche *Definitionsmacht* liegt bei Diagnose

96 Für das folgende Kapitel vgl. Siegrist ⁶2005, v.a. S. 250-273.

97 Vgl. auch im Folgenden Siegrist ⁶2005:251.

und Bestimmung der Behandlung und seine funktional-spezifische Kompetenz, die z.T. auch auf ungleicher Informationsverteilung basiert, führt zur *Steuerungsmacht* in konkreten Interaktionssituationen. Bei der Bedeutung von Informationen kann das Internet als Konfliktquelle ausgemacht werden, bei einer „virtuellen Rivalität“ zwischen Ärzten und Internetinformationen. Ärzte sind zwar i.d.R. bereit, die von Patienten mitgebrachten Informationen zu überprüfen, aber sie sind selten bereit, ihre eigene Meinung und Entscheidung deswegen zu revidieren. „Die Konflikthaftigkeit dieser Situation wird besonders bei Patienten deutlich, die als chronisch Kranke zu „Experten“ ihrer Krankheit geworden sind und den Arzt mit einem Spezialwissen konfrontieren, oft genug angereichert durch neueste Empfehlungen von Online-Selbsthilfegruppen.“⁹⁸ Was diese neuartige Wissensverteilung für die Asymmetrie von Arzt-Patient-Beziehungen in Bezug auf den hier analysierten Medizindiskurs bedeutet, wird ebenfalls untersucht werden.

Ein wichtiger Punkt in der Arzt-Patient-Beziehung ist die Entscheidungsfindung bei Diagnostik und Therapie. Ärztliche Entscheidungen haben Einfluss auf die Lebensumstände der Patienten, ihre Gesundheit und auf die Behandlungsqualität, weswegen Patienten beteiligt sein sollen. Damit beschäftigt sich das Konzept *Shared-Decision-Making*:

Shared-Decision-Making bedeutet die gemeinsame Entscheidungsfindung von Arzt und Patient bezüglich Diagnostik, Diagnosenstellung und Therapie einer beim Patienten vorliegenden Erkrankung auf der Basis gegenseitiger bereitgestellter Information. Ihr Ziel ist ein Einverständnis beider Teilnehmer bezüglich der Entscheidung sowie bezüglich ihrer Bereitschaft, die Entscheidung aktiv umzusetzen.⁹⁹

Das Hauptanwendungsgebiet liegt bei Therapieentscheidungen bei chronischen Erkrankungen und hängt von Krankheit, Fähigkeit und Bereitschaft des Arztes und sozialen Patientenmerkmalen ab. Der Nutzen des *Shared-Decision-Making* wird gemessen an Behandlungserfolg und gesundheitsbezogener Lebensqualität der Patienten. Bei den Patienten im Vordergrund steht ein Kontrollgefühl. Beim Ausbruch einer chronischen Krankheit werden nicht nur Handlungsspielräume eingeschränkt, sondern auch Zukunftsperspektiven bedroht. Das Verfügen über Informationen und die Möglichkeit, Entscheidungen treffen zu können, sind zwei wesentliche Quellen der Stärkung von Kontrollgefühlen im Gegensatz zu Gefühlen der Hilflosigkeit in Bezug auf die Krankheit. Die Erhöhung des Kontrollgefühls beim Patienten kann als größter

98 Siegrist 2005:262, Auszeichnung im Original.

99 Siegrist 2005:264

Nutzen beim Shared-Decision-Making verstanden werden. Ob die Patienten und Ärzte aber tatsächlich gemeinsam entscheiden, hängt von verschiedenen sozialen und kommunikativen Faktoren ab, was bei der Analyse des vorliegenden Medizin-Diskurses mitberücksichtigt wird.¹⁰⁰ Im nächsten Kapitel soll nun gezeigt werden, welches selbst entworfene Analysemodell der Arbeit zu Grunde liegt und welche Analyseschritte auf welchen Diskursebenen vollzogen werden.

2.3. Entwurf eines eigenen Mehr-Ebenen-Analysemodells

Wo sich die Frage stellt, ob sich die kritische Diskursanalyse Jägers mit der Diskurslinguistik nach Foucault vereinen lässt, stellt sich auch die Frage, wie und ob eine linguistische Diskursanalyse kritisch sein kann. Erreicht werden soll eine kritische Reflektion der Wahrnehmung der Welt, die nicht nur, aber auch, sprachlich konstruiert ist. So gesehen kann auch eine Diskursanalyse kritisch sein, wobei die eigenen Analyseergebnisse kritisch hinterfragt werden sollten, da man nie außerhalb des Diskurses stehen kann, auch dann nicht, wenn man nicht zu den Akteuren gehört. Dieser Auffassung kann eine weitere Betrachtungsweise von Sprache und Wirklichkeit zu Grunde gelegt werden, wonach Sprache und Wahrnehmung nicht nur durch die Lebensbedingungen oder die oben beschriebenen *Notstände* bestimmt werden, sondern wo die verschiedenen Wahrnehmungen der Wirklichkeit durch die Sprache strukturiert werden.

Der Kern von Diskursen liegt bei den Akteuren und ihren Aussagen, die in das Feld der Positivität und den Diskurs eingetreten sind. Diskurse sind laut Foucault ein allgemeines Gebiet aller Aussagen und ein Feld von Regelmäßigkeiten für verschiedene Positionen der sprechenden Subjekte.¹⁰¹ Foucault sieht hier auch den Drang der sprechenden Subjekte, sich selbst im Diskurs mit ihren Aussagen zu etablieren, damit sie nicht länger das Gefühl haben, selbst nicht Handeln zu können und dem Diskurs und den Diskursereignissen ausgeliefert zu sein.¹⁰² So bringen die Akteure und ihre Aussagen den Diskurs weiter voran und bedingen seine Entwicklung. Der Diskursverlauf bewegt sich auf der Grundlage der diskursiven Aussagen durch die Zeit und durch den Raum. So gesehen kann die Diskursanalyse einen diachronen oder synchronen Ansatz haben, oder beides miteinander verbinden. Der Fluss der Diskurse durch Raum und Zeit auf der Grundlage der Sprechhandlungen der Akteure trägt mit

¹⁰⁰Siegrist ⁶2005:266 f.

¹⁰¹Foucault 1973.

¹⁰²Vgl. Foucault ¹⁰2007:9.

sich die Etablierung neuer Wissensbestände und damit verbunden neuer Machtpositionen: „Es ist nicht möglich, daß sich Macht ohne Wissen vollzieht; es ist nicht möglich, dass das Wissen nicht Macht hervorbringt.“¹⁰³ Die Möglichkeit, seine Aussagen im Diskurs positivieren zu können, ist ein erster Hinweis auf Handlungsmacht, wobei durchaus versucht wird, die Handlungsmacht auch außerhalb des Diskurses aufrecht erhalten zu können. Der in Diskursen erkennbare „Wille zum Wissen“ korreliert mit dem „Willen zur Wahrheit“.¹⁰⁴ Diese Korrelation zeigt sich gerade dort, wo auf der Grundlage des zirkulierenden Wissens mit der Etablierung der eigenen Wahrheit die offiziell als Wahrheit anerkannten Grundlagen einer Wissenschaft neu definiert werden sollen. Bei der Etablierung neuer Wahrheiten kommt es auch zur Entstehung neuer Wirklichkeiten. Das Zusammenspiel der diskursiven Parameter Wissen, Macht, Wahrheit und Wirklichkeit auf ihrer sprachlichen Grundlage geht über den Diskurs hinaus und ändert dabei die außersprachliche Realität in der Gesellschaft. Das gilt allerdings nicht für alle Diskurse bzw. alle Diskursstränge, da es durchaus sein kann, dass die im Diskurs(strang) vollzogenen Sprechhandlungen keinen großen Einfluss auf die Ereignisse außerhalb des Diskursfeldes haben, da den Sprechhandlungen keine weiteren Handlungen folgen und nicht immer alle Wahrheiten und Wirklichkeiten durch den Sprachgebrauch geändert werden. Wenn die Diskurse keine Änderungen in der gesamtgesellschaftlichen Realität mit sich bringen, stehen sie jedoch nicht außerhalb der Gesellschaft. Sie sind ein Teil davon, werden durch gesellschaftliche Ereignisse, Wissensbestände und kulturelle Praktiken bestimmt und ändern dann das, was als Wirklichkeit angenommen wird, wenn auf der Grundlage diskursiver Aussagen etwas anderes als bedeutend anerkannt wird.

Das Zusammenspiel der diskursiven Parameter Wissen, Macht, Wahrheit und Wirklichkeit auf der diskursiven Grundlage des Zusammenspiels von Akteuren und ihren Aussagen kann in einer diskurslinguistischen Analyse in verschiedene Ebenen aufgeteilt werden:

103Foucault 1976:38.

104Foucault ¹⁰2007:14.

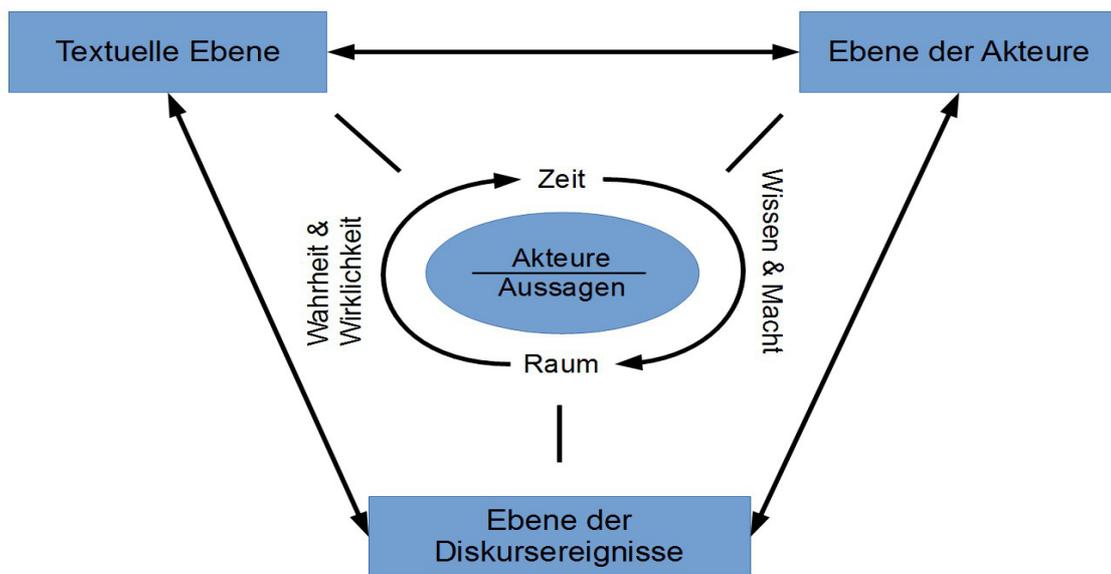


Abb. 4: Der Diskurs und seine (Analyse-) Ebenen

Da Diskurse in ihrer Vielschichtigkeit durchaus als multimodale Gebilde verstanden werden können, die aus verschiedenen bedeutungs- und funktionstragenden Teilen bestehen, erscheint ein Mehrebenenmodell für die Analyse sinnvoll. Auf der Ebene der Akteure kann untersucht werden, wer in den Diskurs eintreten kann und die Möglichkeit hat, dort seine Stimme zu erheben und seine Aussagen zu positivieren. Auf der textuellen Ebene können diese Aussagen an ihrer sprachlichen Oberfläche analysiert werden. Daneben kann dann auf der Ebene der Diskursereignisse untersucht werden, wie sich der Diskurs auf die gesellschaftliche Realität auswirkt. Die Analyse muss aber nicht in dieser Reihenfolge erfolgen, sondern kann auf jeder Ebene begonnen und beendet werden, ausgehend von der Fragestellung und dem Korpus. Da eine linguistische Diskursanalyse von Texten oder Teiltextrn ausgeht, stellt sich zu Beginn einer solchen Analyse die Frage nach dem Textkorpus. Für das Untersuchungsziel werden also vor dem Beginn der Analyse relevante Texte bzw. Textteile zusammengetragen und als Korpus definiert. Es können aber auch einzelne Texte als Aussage einzelner Akteure exemplarisch für den Diskurs analysiert werden, wenn die Ergebnisse dann Schlussfolgerungen auf den gesamten Diskurs erlauben. Im Folgenden sollen die Analyseebenen näher erläutert werden in Hinblick auf die Analyseschritte, die v.a. für die vorliegende Medizindiskursanalyse ausgewählt wurden.

2.3.1. Ebene der Akteure

Ebene der Akteure			
<u>Medialität</u>	<u>Diskurspositionen</u>	<u>Wissenstransfer</u>	<u>Interaktionsrollen</u>
- Medium	- Diskursensembles	- Vertikalitätsstatus	- Teilnehmerstatus
- kommunikative / institutionelle Plätze	- <i>Notstände</i> / Tätigkeit	- Experten / Laien	- Autor / Adressat
- (Massen-)Medien	- sozialer / sprachlicher Status	- Fachsprache	- asymmetrische Beziehungen
	- Zugangsbeschränkungen	- Emotionalität	- verbale / sprachliche Interaktion
	- Stimmen im Diskurs / <i>voice</i>	- Inszenierung	- <i>Experten-, Steuerungs-, Definitionsmacht</i>
	- <i>ideology brokers</i>		- <i>Shared-Decision-Making</i>

Abb. 5: Ebene der Akteure und Analyseschritte

Die Ebene der Akteure ist in Anlehnung an DIMEAN unterteilt in *Medialität*, *Diskurspositionen*, *Wissenstransfer* und *Interaktionsrollen*. Bei der Analyse dieser Ebene kann als erstes betrachtet werden, wer die Hauptakteure im Diskurs sind. Da die Zugänge zum Diskurs oft über Medien gesteuert werden, ist es danach ratsam, die *Medialität* näher zu untersuchen. Medien erscheinen dabei als Plätze, an denen gesprochen werden kann und darüber hinaus als Akteur und Wissensvermittler. Als nächstes werden bei der hier folgenden Analyse die *Diskurspositionen* der vorher definierten Akteure bestimmt, d.h. die sozialen und kommunikativen Positionen der Handelnden. Dabei kann analysiert werden, welche Individuen sich zu *Diskursensembles* zusammenschließen und welche *Notstände* der Grund für ihre *Tätigkeiten* sind. Daneben wird analysiert, welche Akteure generell ihre Stimme (*voice*) im Diskurs erheben und sich als *ideology brokers* durchsetzen können, welche sprachlichen und sozialen Bedingungen dafür verantwortlich sind und wo es Zugangsbeschränkungen gibt. Es wird untersucht, wer über die notwendige sprachliche Kompetenz und damit verbunden über den richtigen sozialen Status verfügt, um seine Stimme im Diskurs erheben zu können und an welchen Plätzen dies geschieht. Da die Ebene der Akteure als Schnittstelle von sprach-, wissens- und gesellschaftsbezogener Analyse verstanden werden kann, wird in einem weiteren Punkt der *Wissenstransfer* ermittelt. Hier wird nach dem *Vertikalitätsstatus* gefragt. Davor werden die Akteure in die Gruppen Experten und Laien unterteilt und untersucht, ob sich der Wissenstransfer auch in Fach- und Laiensprache gliedern, und was sich an Emotionalität und Inszenierung ausmachen lässt. Die *Interaktionsrollen* der Diskursteilnehmer lassen sich dann am Besten nach dem Teilnehmerstatusmodell von Goffman beschreiben und Autoren und

Adressaten der diskursiven Aussagen näher bestimmen.¹⁰⁵ Für die Analyse von Medizindiskursen erscheint es darüber hinaus sinnvoll, *Experten-, Definitions- und Steuerungsmacht* und die *asymmetrische soziale Beziehung* von Ärzten und Patienten näher zu betrachten, in Korrelation mit ihrer sprachlichen Interaktion und in Hinblick auf das Konzept *Shared-Decision-Making*.

2.3.2. Textuelle Ebene

Die hier im Analysemodell aufgezeigte textuelle Ebene orientiert sich ebenfalls an DIMEAN, beinhaltet aber auch Analyseschritte, die sich bei Jäger finden lassen und eigene:

Textuelle Ebene		
<u>Wortanalyse</u>	<u>Satzanalyse</u>	<u>Textanalyse</u>
- Wortarten	- Propositionen	- Textstrukturen
- Fachwörter	- Sprechakte	- Strukturmetaphern
- wertende Ausdrücke	- Rhetorische Figuren	- Argumentationsstrategien
- Nominalausdrücke		- Text-Bild-Beziehungen
- Kollokationen		- Topoi
<u>Metaanalyse</u>		
	- Qualitätsbewertung der textuellen (Medizin-) Informationen	

Abb. 6: Textuelle Ebene und Analyseschritte

Bei der Wortanalyse, die v.a. semantisch orientiert ist, werden Wortarten, wertende Ausdrücke, Nominalausdrücke und Kollokationen in Hinblick auf die so im Diskurs entstehenden Assoziationen näher bestimmt. Daneben kann bei der Analyse eines Medizindiskurses auch untersucht werden, welche Rolle Fachsprache und medizinischer Fachwortschatz spielen. Die Satzanalyse folgt hier einem pragmatischen Ansatz und analysiert v.a. Sprechakte und Propositionen neben rhetorischen Figuren. Die danach folgende Textanalyse untersucht Textstrukturen und Strukturmetaphern, Argumentationsstrategien, Text-Bild-Beziehungen und Topoi. Als letzter Analyseschritt befindet sich auf der textuellen Ebene eine Metaanalyse. Dabei werden die bereits gewonnen Analyseergebnisse ein weiteres Mal untersucht in Hinblick auf die Qualitätsbewertung der diskursiven Aussagen als textuelle Medizininformation für Patienten.

¹⁰⁵Vgl. Goffman 1981:124-159.

2.3.3. Ebene der Diskursereignisse

Die dritte Ebene des hier vorliegenden Analysemodells orientiert sich an den Ausführungen Jägers und der Frage nach erkennbaren diskursiven Ereignissen, die den Diskurs auf der Ebene der Akteure und der textuellen Ebene steuern. Daneben werden Diskursereignisse auch als außersprachliche Handlungen betrachtet. Hier soll analysiert werden, welche sprachlich-medialen, institutionellen und politischen Diskursereignisse die gesellschaftliche Wirklichkeit neu konstruieren und wie sich das im Vergleich mit den Ereignissen eines anderen Medizindiskurses bewerten lässt. Auf dieser Ebene folgt auch eine textübergreifende Betrachtung der auf textueller Ebene untersuchten Teiltex-te in Bezug auf die *Diskurs(strang)verschränkungen*:

Ebene der Diskursereignisse	
- sprachliche / mediale Ereignisse	- Diskurs(strang)verschränkungen
- institutionelle Ereignisse	
- politische Ereignisse	
- (gesamt-) gesellschaftliche Ereignisse	

Abb. 7: Ebene der Diskursereignisse und Analyseschritte

Die Unterteilung eines Analysemodells in Ebenen erscheint durchaus sinnvoll, um die Analyse eines nicht leicht zu erfassenden Komplexes wie *Diskurs* zu strukturieren. Da Akteure, Aussagen und diskursive Ereignisse eine Einheit bilden, hängen die Ebenen und die im Modell aufgelisteten Analyseschritte zusammen und sollen in Hinblick auf den analysierten Diskurs als Einheit verstanden werden. Die Anlehnung des Analysemodells an DIMEAN und der ihr zu Grunde liegenden *Diskurslinguistik nach Foucault* erscheint mir durchaus fruchtbringend für die linguistische Analyse von Medizindiskursen, v.a. in Korrelation mit Jäger und darüber hinaus mit theoretischen und praktischen Ansätzen aus der Medizinsoziologie. Die hier aufgeführten Analyseschritte wurden speziell für die Analyse des hier untersuchten Medizindiskurses ausgewählt und bieten die Möglichkeit, Medizindiskurse linguistisch eingehender zu untersuchen. Eine prägnantere Erläuterung der einzelnen Analyseschritte erfolgt im Folgenden bei ihrer Durchführung, nachdem zuerst erläutert wird, welche diskursiven Aussagen für das Korpus herangezogen wurden.

3. Analyse

3.1. Korpus

In dem hier untersuchten Diskurs gibt es eine Vielzahl von Akteuren und eine Vielzahl von Texten, in denen die Aussagen der Akteure ihre materielle Form erhalten. Will man nun einen Diskurs analysieren ist es zunächst wichtig, eine Auswahl an Aussagen zu treffen, die repräsentativ sind und somit Rückschlüsse auf den gesamten Diskurs erlauben. Da sich diese Arbeit mit einem Diskursstrang beschäftigt, der Rückschlüsse auf die Rolle der Patienten im Diskurs zu CCSVI und MS liefern soll, war bei der Korpusgenerierung zunächst eine thematische Vorstrukturierung der Texte gegeben. Die Patienten können rein quantitativ als die größte Akteursgruppe im Diskurs ausgemacht werden, die man insofern als homogen erachten kann, als dass alle Individuen die gleiche Krankheit haben. Davon abgesehen kann jedoch kaum von einer homogenen Gruppe gesprochen werden. Die Patienten können aber nach Jan Blommaert als *ideology brokers* bezeichnet werden, „[...] a category of actors who [...] claim authority in the field of debate.“¹⁰⁶ Für deren Diskursgemeinschaft steht exemplarisch die Homepage der *CCSVI Alliance*, deren verschiedene Textbereiche Hauptgrundlage für das zu analysierende Korpus sind. Die Homepage wurde deshalb als exemplarisches Beispiel ausgewählt, weil *ccsvi.org* bei einer unsystematischen Suche unter dem Stichwort *CCSVI* bei der Suchmaschine *google* auf Platz zwei angezeigt wurde, nach dem Wikipediaeintrag und den bezahlten Anzeigen. Danach wurden bei der Erstlektüre interessante Aussagen und sprachliche Mittel entdeckt. Zu Beginn der hier vorliegenden Arbeit, zu Beginn des Jahres 2013, konnte eine räumliche Begrenzung des Diskurses im öffentlichen massenmedialen Diskursfeld festgestellt werden. Der Diskurs und die diskursiven Aussagen hatten an dieser Stelle noch keinen Einzug in Deutschland gehalten, weswegen die Korpustexte in englischer Sprache vorliegen, was auch darauf zurückzuführen ist, dass die zentralen Diskursereignisse in Kanada und den USA angesiedelt sind. Die Analyse sprachlicher Phänomene geschieht zunächst auf der Grundlage der englischsprachigen Aussagen unter Verwendung englischer (Bedeutungs-) Wörterbücher, auch wenn die vorliegende Arbeit in deutscher Sprache verfasst ist. So werden Bedeutungen aus dem Englischen ins Deutsche übertragen und die entsprechenden deutschen Wörter dann weiter verwendet. Bei der Analyse

106Blommaert 1999:9.

medizinischer Fachtermini wird das klinische Wörterbuch *Pschyrembel*¹⁰⁷ herangezogen, in dem bei den deutschen Fachbegriffen immer auch das entsprechende Wort, oder die entsprechende Wortverbindung, in englischer Sprache mit aufgelistet ist. Die hinter der *CCSVI Alliance* stehenden Sprechenden Subjekte lassen sich laut Foucault als *Diskursensemble* bezeichnen:

Durch die gemeinsame Verbindlichkeit eines einzigen Diskursensembles definieren Individuen, wie zahlreich man sie sich auch vorstellen mag, ihre Zusammengehörigkeit. Anscheinend ist die einzige erforderliche Bedingung die Anerkennung derselben Wahrheiten und die Akzeptierung einer – mehr oder weniger strengen – Regel der Übereinstimmung mit den für gültig erklärten Diskursen.¹⁰⁸

Welches die von der *CCSVI Alliance* für gültig erklärten Diskurse sind und was gemeinsam als Wahrheit anerkannt ist, wird im Laufe der Analyse noch untersucht werden. Für das Korpus wurden auf der Homepage *ccsvi.org* thematisch zusammengefasste Texte aus vier Rubriken ausgewählt. Als erstes sind es Texte aus der Rubrik *Welcome to CCSVI Alliance!*, die im Folgenden mit **CA I** abgekürzt werden. Als zweites sind im Korpus Texte der Rubrik *About Us* unter der Abkürzung **CA II** zusammengefasst, wo sich auch der Text zur für die Analyse gewählten Überschrift *Mission Statement* finden lässt. Danach beinhaltet **CA III** Texte der Rubrik *The Great Debate: CCSVI and MS*, wo sich der Textteil *Making Sense of the Research* befindet. Als viertes beinhaltet das Korpus unter **CA IV** Texte aus dem Bereich *Helping Myself*, wo vor allem Aussagen der Rubrik *Discussing CCSVI With Your Doctor* analysiert werden.

Daneben wurde für die Analyse der Ebene der Akteure noch der Fernsehbeitrag *The Liberation Treatment: A whole new approach to MS*¹⁰⁹ aus der Serie *W5* des kanadischen Fernsehsenders *CTV* für das Korpus ausgewählt und transkribiert. Unterteilt ist das Transkript in zwei Spalten, wobei die erste Spalte gesprochenen Text beinhaltet. Hier finden sich die aus dem *off* sprechende Stimme der Journalistin, die in Zusammenhang mit den Bildsequenzen steht, und die Dialogsequenzen. Dialoge und Sprechersequenzen sind als *on* oder *off* markiert und in der Bildspalte finden sich weitere Informationen über die Art der Sprechhandlungen. Die Transkription des gesprochenen Textes ist auf Englisch, alle Informationen zu Zeit, Bild und Ton sind in deutscher Sprache verfasst. Da nicht alle Interviewpartner englische Muttersprachler sind, finden

107Pschyrembel ²⁶⁵2013.

108Foucault ¹⁰2007:28 f.

109<http://www.ctvnews.ca/the-liberation-treatment-a-whole-new-approach-to-ms-1.456617>, 03.09.14.

sich hier sprachliche ‚Fehler‘, vor allem im Bereich Syntax. Um sich der konzeptionellen Mündlichkeit der Dialoge, im Gegensatz zur konzeptionellen Schriftlichkeit der übrigen gesprochenen Textsequenzen anzunähern, orientiert sich deren Darstellung an GAT.¹¹⁰ Um den Lesefluss im Transkript nicht unnötig zu stören, ist die Schriftart bei den verschiedenen Textsequenzen und den Bildsequenzen gleich. Eine Ausnahme bilden hier die als Text eingeblendeten Untertitel und weitere schriftliche Einblendungen. Weiterhin unterteilt sind die zwei Spalten des Transkripts nach Zeitabschnitten. Die Bildspalte orientiert sich an den wechselnden Bildschnitten, die Textspalte an zusammenhängenden Sinneinheiten, die nicht immer mit den Bildwechseln synchron sind, in der gewählten Darstellung aber das Zusammenspiel von Text und Bild verdeutlichen. Analysiert werden im Folgenden jedoch nur Aussagen der Textspalte als diskursive Aussagen. Abgekürzt werden die Serie und das zitierte Transkript mit **(CTV) W5**. Die Fernsehsendung kann als zentrales Diskursereignis gesehen werden, da hier Zambonis Theorie der Öffentlichkeit vorgestellt wurde. Hier lassen sich neben den Patienten in erster Linie Medien und Mediziner als *ideology brokers* ausmachen, wobei das Wechselspiel der verschiedenen Akteure und ihrer Diskursensembles auf der Ebene der Akteure näher untersucht werden kann, nachdem zunächst noch einmal der Frage nachgegangen wird, welche Akteure an welcher Stelle im Diskurs ihre Stimme erheben können.

Das Transkript und die Korpus-Texte befinden sich als Anhang am Ende dieser Arbeit. Zitate, die bei der Analyse direkt aus den Korpus-texten übernommen werden, sind im Folgenden kursiv geschrieben, im Gegensatz zu den mit Anführungszeichen markierten Zitaten aus der Sekundärliteratur. Objektsprachliche Fachbegriffe sind teilweise ebenfalls weiterhin kursiv. Wissenschaftliche Medizin-Artikel werden als Sekundärliteratur herangezogen, um die medizinischen Hintergründe erklären zu können. Da aber auch dort ein Kampf um die Wahrheit stattfindet, wird bei der textuellen Analyse an zwei Stellen eine Aussage aus einem medizinischen Fachzeitschriftenartikel mit den Aussagen der Patienten verglichen. (Vgl. S. 61 und S. 68.) Nun soll im Folgenden zu Beginn der Analyse auf der Ebene der Akteure die Hintergründe der Diskursensembles betrachtet werden.

¹¹⁰Vgl. *Das gesprächsanalytische Transkriptionssystem GAT*, in: Deppermann ⁴2008 und Koch, Oesterreicher 2008.

3.2. Ebene der Akteure

Auf der Ebene der Akteure gilt es, die Verbindung von Sprache, Wissen und Gesellschaft näher zu beleuchten und zu analysieren, wie Sprachkompetenz, sprachlich vermitteltes Wissen und soziale Stellung der Akteure zusammenhängen, wer überhaupt seine Stimme im Diskurs erheben kann und an welchen Plätzen Aussagen gemacht werden und Wissen vermittelt wird.

3.2.1. Medialität

Medizindiskurse sind nicht selten von großem öffentlichen Interesse und somit auch durch Medien geprägt, weswegen diese in der Analyse nicht unberücksichtigt bleiben sollten. Bevor der Frage nach der Medialität nachgegangen wird, müssen zunächst kurz die Begriffe *Medium*, *Medien* und *medial* definiert werden. Unter *Medium* kann man zunächst ganz allgemein „konkrete materielle Hilfsmittel [verstehen], mit denen Zeichen verstärkt, hergestellt, gespeichert und/oder übertragen werden können.“¹¹¹ Wenn im Folgenden nun von (Massen-) Medien die Rede ist, ist damit der in der Alltagssprache übliche Bezug auf Presse, Hörfunk oder Fernsehen gemeint, hier auf die Fernsehserie *W5*. Davon unterschieden werden muss der Begriff *massenmedial*, der sich auf das Kommunikationsmedium bezieht, das hier z.B. der *CCSVI Alliance* zur Verfügung steht, um ihre Aussagen über eine räumliche Entfernung hinweg unzensuriert einer großen Rezipientenschaft zu vermitteln.¹¹² Darüber hinaus wird davon ausgegangen, dass der öffentliche Diskursraum, und zu einem gewissen Grad auch die *Öffentlichkeit*, medial hergestellt sind. Um von einem *öffentlichen Diskurs* zu sprechen, muss dieser Diskurs eine gesamtgesellschaftliche Relevanz besitzen. Man kann umgekehrt aber auch sagen, dass diese gesellschaftliche Relevanz dadurch entsteht, dass bestimmte Diskurse von den Medien verbreitet werden.¹¹³ In dem hier untersuchten Diskurs kann man m.E. von beidem ausgehen: Zum einen kann man durchaus ein breites öffentliches Interesse am Thema Multiple Sklerose feststellen, zum anderen kann man von einer „Inszenierung“ des Diskurses, der dargestellten Akteure und des als Wahrheit anerkannten und vermittelten Wissens sprechen. Die Medien unterscheiden sich insofern von den anderen Diskursteilnehmern, als dass sie als „Akteure der Inszenierung“ keine „primäre“, sondern eine „sekundäre Trägerrolle“ einnehmen.¹¹⁴

111Dürscheid 2003:39.

112Vgl. Dürscheid 2003:40.

113Vgl. z.B. Busse 1996:350-355.

114Busch 1999:108.

Hier haben die Medien eine Sonderstellung im Diskurs. Sie sind die „Vermittlungsexperten“ an der Schnittstelle zwischen Experten und Laien im Sinne der von Wichter so genannten „informierten Laien.“¹¹⁵ Der Begriff trifft ansonsten in der Arzt-Patient-Beziehung auf Patienten mit chronischen Krankheiten zu, was am Bsp. der *CCSVI Alliance* noch genauer betrachtet werden wird. Auch wenn Wichter nicht zu Unrecht kritisiert, dass ein solcher Wissenstransfer nicht selten ein „falsches“ Wissen vermittelt, ist der Begriff „Vermittlungsexperte“ m.E. trotzdem zutreffend, da Medien als Experten auf dem Gebiet der Vermittlung gesehen werden können, wenn auch nicht unbedingt auf dem Gebiet des vermittelten Wissens selbst.¹¹⁶ Wie die angenommene Inszenierung der Medien und ihre Rolle im Diskurs konkret aussieht, wird noch näher betrachtet werden, wobei auch der Frage nachgegangen wird, ob Patienten massenmedial auch eine Trägerrolle bei der Wissensvermittlung einnehmen (können).

3.2.2. Diskurspositionen

In Bezug auf Diskurse gibt es unterschiedliche Gründe dafür, dass nicht alle Akteure ihre Aussagen uneingeschränkt zu Gehör bringen können. Bei Medizindiskursen entstehen unterschiedliche Diskursstränge, die entweder intern und den Fachkreisen vorbehalten sind, oder sich extern an die Öffentlichkeit richten. Aber auch die massenmedial verbreiteten Aussagen sind nicht immer uneingeschränkt zugänglich. Daneben resultieren interne Zugangsbeschränkungen aus der Wahl der Sprache bzw. Varietät, in der die Aussagen verfasst sind. Gerade an dieser Stelle findet oft eine „Verknappung der sprechenden Subjekte“ statt, die auf einer sprachlichen Ungleichheit basiert, die es dem Sprecher nicht ermöglicht, die Diskursfunktionen adäquat zu erfüllen:

Niemand kann in die Ordnung des Diskurses eintreten, wenn er nicht gewissen Erfordernissen genügt, wenn er nicht von vornherein dazu qualifiziert ist. Genauer gesagt: nicht alle Regionen des Diskurses sind in gleicher Weise offen und zugänglich; einige sind stark abgeschirmt (und abschirmend), während andere fast allen Winden offenstehen und ohne Einschränkung jedem sprechenden Subjekt verfügbar erscheinen.¹¹⁷

Bei der Akteursgruppe Patient kann man davon ausgehen, dass die Teilnehmer weder über eine ausreichende soziale Stellung verfügen, noch über ausreichende sprachliche Ressourcen, damit ihre Zugänge zum Diskurs sowohl als sprechende Subjekte, als auch

115Wichter 1994:49.

116Vgl. Wichter 1994:49.

117Foucault ¹⁰2007:26.

als Rezipienten unbegrenzt sind, weswegen sie keinen Zugang zu allen Diskursbereichen haben. Im Unterschied dazu haben die Akteure aus dem Feld der Medizin i.d.R. Zugang zu den öffentlichen und fachinternen Diskursen. Sprache, oder besser gesagt der Zugang zu den ‚richtigen‘ sprachlichen Ressourcen, ist also neben sozialem Status ein entscheidendes Kriterium, wenn es um Zugänge zu Diskursen geht. Foucault stellt in seinen Ausführungen zur „Formation der Äußerungsmodalitäten“ folgende zentrale Fragen:

Wer spricht? Wer in der Menge aller Sprechenden verfügt begründet über diese Art von Sprache? Wer ist ihr Inhaber? Wer erhält von ihr seine Einzigartigkeit, sein Prestige, und umgekehrt: Von wem erhält sie wenn nicht ihre Garantie, so wenigstens ihren Wahrheitsanspruch?¹¹⁸

Diese Fragen können mit dem soziolinguistischen Konzept *voice* näher untersucht werden.¹¹⁹ Blommaert definiert *voice* zunächst ganz allgemein als „the ways in which people manage to make themselves understood or fail to do so.“¹²⁰ Es bezeichnet die Fähigkeit die Bedingungen dafür zu schaffen, dass die eigenen Aussagen so aufgefasst werden, wie man sie verstanden haben möchte, was in Diskursen v.a. bedeutet, dass man sie als anerkannte Wahrheit etablieren kann. Damit sind in dem Konzept *voice* beide von Foucault angesprochenen Bedingungen enthalten: Zum einen erhält der Sprecher seine Legitimation durch den Zugang zu einer bestimmten sprachlichen Ausdrucksweise, zum anderen erhält aber auch das in dieser sprachlichen Form Gesagte seinen Wahrheitsanspruch über den gesellschaftlichen Status des sprechenden Subjekts. Betrachtet man in Medizindiskursen die unterschiedlichen Diskursensembles der Akteure Patienten, Ärzte und Medien, kann man davon ausgehen, dass v.a. Ärzte als fachliche Experten über ausreichendes Wissen und sprachliche Kompetenz verfügen und somit Wahrheiten definieren können:

Der Status des Arztes umfasst Kriterien des Wissens und der Kompetenz: Institutionen, Systeme, pädagogische Normen; gesetzliche Bedingungen, die ein Recht auf die Anwendung und das Ausprobieren des Wissens geben, allerdings nicht ohne ihnen Grenzen zu setzen.¹²¹

Das Verfügen über die ‚richtige‘ Sprache ist keine selbstverständliche Fähigkeit, sondern abhängig von bestimmten Bedingungen. Wie bei Foucault dargestellt, geht es dabei um Funktion und soziale Stellung. So verfügen die Medien bspw. zwar nicht über „diese Art“ von Sprache, haben aber im sozialen Gefüge eine gefestigte Stellung als

118Foucault 1973:75.

119Vgl. Blommaert 2005:68-97.

120Blommaert 2005:68.

121Foucault 1973:75.

Wissensvermittler und Meinungsbilder. Somit haben sie eine Sonderstellung beim Recht auf die Anwendung des Wissens. Beim Diskurs über CCSVI geht es bei dem Recht auf Anwendung um die Frage, ob das *Liberation Treatment* zur Behandlung von MS-Patienten durchgeführt werden kann. Hier kämpfen Anhänger und Gegner der CCSVI-These um das Recht auf das Ausprobieren des Wissens. Patienten haben i.d.R. nicht den richtigen Status, v.a. weil sie nicht über genügend Wissen verfügen, da sie keinen Zugang zu bestimmten Diskursbereichen haben, wo das Herrschaftswissen erst einmal bei den Ärzten bleiben soll. Generell wird aber gerade im öffentlichen Bereich von Medizindiskursen das Recht auf Anwendung eingefordert, was bei der Analyse der Aussagen auch noch näher untersucht werden wird. Die Qualifikation, die die Sprechenden Subjekte haben müssen, um einen Zugang zum Diskurs zu erhalten, nennt Foucault *Ritual*.¹²² Das *Ritual* bestimmt, ebenso wie *voice*, alle Verhaltensweisen und Umstände, die einen Diskurs begleiten. Es bestimmt auch die Wirkung und die Grenzen der im Diskurs gemachten Aussagen. Das *Ritual* ist also ebenfalls in hohem Maße abhängig vom sozialen Status der Sprechenden Subjekte, der ihnen das Recht verleiht, einen Diskurs hervorzubringen.¹²³ Daneben, bzw. unmittelbar damit verbunden, steht der Zugang zu sprachlichen Ressourcen. Das heißt, Zugänge zu Diskursen werden zum einen auf sozialer Ebene ausgehandelt, zum anderen auf semiotischer. Oder besser gesagt: soziale Stellung und Sprache hängen voneinander ab und diese gegenseitige Abhängigkeit kann mit den Konzepten *voice* und *Ritual* näher beschrieben werden.

Die schon betrachteten Diskurszugänge und Zugangsbeschränkungen sind auch über den Zugang zu Medien gesteuert. Eine wichtige Rolle spielt hier das Internet als Multimedien, das den Akteuren die massenmediale, öffentliche Verbreitung ihrer Aussagen erlaubt. Wenn man bedenkt, dass durch die ansteigende globale Vernetzung Diskurse quer durch Raum, Zeit und verschiedene indexikalische Ordnungen geführt werden, wird Mobilität zu einem wichtigen Faktor.¹²⁴ In diesem Sinne kann *voice* auch als „capacity for semiotic mobility“ verstanden werden. Deswegen ist oft für den Zugang zu einem Diskurs auch die Möglichkeit entscheidend, durch verschiedene soziale, physische und virtuelle Räume hindurch sprachlich handeln zu können. Das Problem ist dabei nicht nur der Zugang zu sprachlichen Ressourcen, sondern auch zu kontextuellen Räumen, um diskursive Aussagen richtig interpretieren zu können. Wenn die sprachlichen und interpretativen Ressourcen der Diskursteilnehmer nicht

122Vgl. Foucault 102007:27.

123Vgl. Foucault 1973:75.

124Vgl. Blommaert 2005:69 ff.

ausreichend sind für die Funktion, die sie im Diskurs einnehmen sollen, verlieren sie ihre *voice*, also ihre Stimme. So können bspw. die Patienten ihre Stimme nicht in den Räumen erheben, in denen sich der medizinische Spezialdiskursstrang abspielt und auch nicht in allen öffentlichen Räumen. Ihnen stehen eigene Räume zur Verfügung: Internetseiten für MS-Patienten, Foren und Chaträume, in denen sie eigene Diskursstränge hervorbringen und deren Anforderungen sie erfüllen können. Es ist demnach nicht nur entscheidend, über den richtigen sozialen Status und die ausreichende sprachliche Kompetenz zu verfügen, sondern damit einhergehend auch, einen *Platz* zu haben, an dem man sprechen kann. Blommaert definiert *place* als „[...] a particular space on which senses of belonging, property rights and authority can be protected.“¹²⁵ Was sind aber nun konkret die Plätze, an denen die Aussagen im hier untersuchten Diskurs konstituiert werden? Hier ist die Homepage der *CCSVI Alliance* zu nennen. Die Homepage ist zunächst ein virtueller Raum, liefert aber als sozialer Raum wortwörtlich das „zu Hause“ des Diskursensembles. Es ist ein fester Platz, der die Zugehörigkeit zu bestimmten Unternehmen, Vereinen, oder Institutionen sichtbar macht, in denen sich einzelne Individuen zu einer Gruppe zusammenschließen und mit denen sie sich identifizieren. Von diesem Ort erhalten die Akteure ihre Legitimation und ein Stück weit auch ihre Identität: „[...] place defines people, both in their own eyes and in the eyes of others [...]“¹²⁶ Über den Zugang zu solchen Räumen entscheidet neben der sozialen Stellung der Akteure und der (Eigen-, oder Fremd-) Zuschreibung zu entsprechenden Diskursensembles auch die sprachliche Kompetenz des Einzelnen. Man spricht an einem bestimmten Platz und der Gebrauch einer bestimmten Varietät stellt Leute an einen bestimmten Platz. Somit verweist der Ort des Sprechens auf den Inhalt des Gesagten und die gewählte Sprache oder Varietät bestimmt die indexikalischen Ordnungen, also die möglichen Interpretationen.

3.2.3. Wissenstransfer

In Diskursen geht es immer auch um die Vermittlung von Wissen, bzw. das Etablieren der eigenen Wahrheit. Dabei lassen sich verschiedene Ebenen des Wissenstransfers im Diskurs ausmachen. Die Bedingungen für gesellschaftliche Vertikalität wurden im vorhergehenden Abschnitt schon behandelt, jetzt soll noch kurz auf Vertikalität in der Wissensvermittlung eingegangen werden. Wichter unterscheidet zwischen

125 Blommaert 2005:221.

126 Blommaert 2005:223.

verschiedenen Niveaus in der vertikalen Dimension eines bestimmten Fachs: erstens, das Expertenniveau, zweitens, das Niveau der informierten Laien und drittens, das Nullniveau.¹²⁷ Im hier analysierten Diskurs ist das Fach zum einen das medizinische Teilgebiet Neurologie, zum anderen sind es die medizinischen Teilgebiete Phlebologie und Venenchirurgie. Personell betrachtet ist das Fach die Gruppe der dazugehörigen Experten. Auf dem Expertenniveau sind die in *CTV W5* gezeigten Ärzte anzusiedeln, also das Diskursensemble um Zamboni. Auf dem Niveau der informierten Laien, dem „Fachumfeld“, befinden sich die Journalisten des Fernsehsenders *CTV* und die Individuen der *CCSVI Alliance*. Das Nullniveau, auch „Fachaußenfeld“ genannt, auf dem sich Laien ohne medizinische Fachkenntnisse befinden, bleibt hier als Akteur unberücksichtigt. Auf Kommunikationsebene ergeben sich daraus zwei unterschiedliche Arten von Kommunikation und Wissenstransfer. Zum einen gibt es die „fachtranszendierende Kommunikation“ mit einem Wissenstransfer von Experte zu Laie, zum anderen die „fachexterne Kommunikation“, mit einem Wissenstransfer von Laie zu Laie. Dabei ist der Bereich der Laien weiter zu untergliedern und nur der Transfer informierter Laie - uninformatierter Laie wird berücksichtigt. Auch wenn sie nur marginal untersucht wird, bleibt hier die „fachinterne Kommunikation“ zwischen Experten nicht unberücksichtigt, da sie sich in Teilen auch intertextuell im Diskursfeld der Laien wiederfinden lässt.¹²⁸ Interessant ist hierbei zu analysieren, welchem Bereich sich die Patienten als informierte Laien selbst zuschreiben und wie der Wissenstransfer von informierten Laien an Experten gedeutet werden kann. Auch wenn man bei der Frage nach dem Wissenstransfer von einer Vertikalität zwischen Experten und Laien ausgehen kann, verläuft hier nicht die einzige Trennlinie zwischen den Akteuren, wobei es generell auch eine vertikale Schichtung in der Expertenkommunikation gibt, die hier aber nicht weiter berücksichtigt wird. Die Wissensvermittlung im Experten-Laien-Diskurs verläuft auch im Diskurs über *CCSVI* zunächst vertikal, da Laien i.d.R. keinen Zugang zu den Fachpublikationen haben. Eine weitere Trennlinie lässt sich jedoch auf horizontaler Ebene da erkennen, wo sich sowohl bei Laien als auch bei Experten eine Trennung zwischen Befürwortern und Gegnern der *CCSVI*-Theorie ausmachen lässt. Dort wo Grenzen bei der horizontalen Wissensvermittlung entstehen, fallen sie bei der vertikalen Wissensvermittlung wieder weg:

127Vgl. im Folgenden Wichter 1994.

128Vgl. Busch 1994:43.

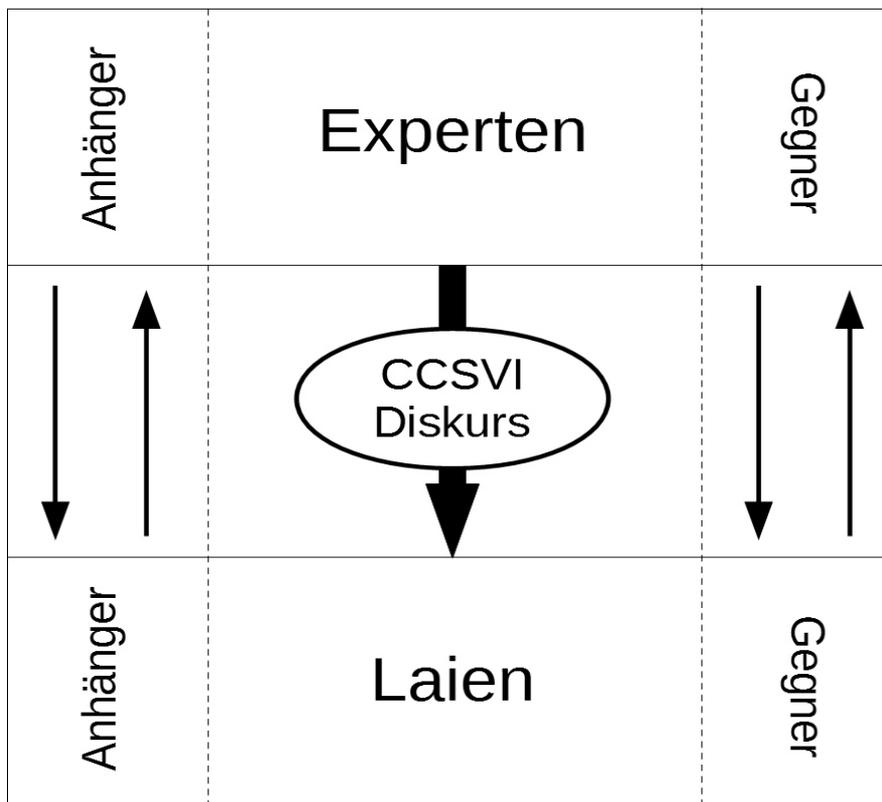


Abb. 8: Vertikaler und horizontaler Wissenstransfer

Es wird bei der Analyse der textuellen Ebene im folgenden Kapitel auch untersucht werden, ob sich das Diskursensemble *CCSVI Alliance* an Hand der sprachlichen Realisierung ihrer Aussagen eindeutig der Gruppe „Laien“ zuordnen lässt und ob man von einer „Laienkonstruktion“ des Diskurses sprechen kann.

3.2.4. Interaktionsrollen

Wie in der Einleitung und im Kapitel über die Generierung des Textkorpus' erläutert wurde, steht vor allem die Analyse der Rolle(n) der Patienten als Akteure im Vordergrund, am Beispiel der *CCSVI Alliance*. Bevor das an Hand der sprachlichen Realisierung ihrer Aussagen untersucht wird, sollen hier ihre sozialen Rollen und ihr sozialer Status untersucht werden, in Korrelation mit Interaktionsrolle und Teilnehmerstatus der Massenmedien als Akteure, am Beispiel des kanadischen Fernsehsenders *CTV* und der Serie *W5*.

3.2.4.1. *CCSVI Alliance*

Sieht man auf der Homepage der *CCSVI Alliance* in der Navigationsleiste unter der Rubrik *About Us / Who We Are* nach, kann man dort feststellen, dass dahinter folgende

sprechende Subjekte stehen: *a small group of patients and caregivers*. Obwohl die *CCSVI Alliance* eindeutig eine Laienorganisation ist bzw. als solche angefangen hat, hat eine Entwicklung stattgefunden, die den Fachanspruch der *Alliance* unterstreicht: *While a small group of patients and caregivers created this forward-thinking organization, CCSVI Alliance now includes scientific professionals from multiple disciplines as well as other interested individuals.*¹²⁹ Aus einer kleinen Gruppe von Betroffenen wächst so eine Allianz, die mittlerweile Laien und Experten vereint. Der Verweis auf *scientific professionals* kann als Legitimationsstrategie in der Selbstdarstellung von Laien gesehen werden, die sich auf die selbe, gleichberechtigte Ebene wie Experten stellen wollen. Allerdings gibt es keinen direkten Verweis auf bestimmte Personen oder Institutionen, mit denen *physicians and scientists* korreliert. Hier bleibt die Frage offen, ob und von wem die *CCSVI Alliance* tatsächlich fachwissenschaftliche Unterstützung erhält. Die zentrale Frage „wer spricht?“ wird an dieser Stelle nicht eindeutig beantwortet. Es gibt den Hinweis auf einige bestimmte Personen unter der Rubrik *Board of Directors*, bei denen es sich v.a. um MS-Patienten und ihre Angehörige handelt.¹³⁰ Erkennbare *scientific professionals* werden und wurden nicht genannt, eine nachvollziehbare Personalstruktur wurde aber angekündigt:

*We are currently in the process of forming the Science Advisory Board (SAB). The SAB will be comprised of distinguished doctors and scientists who have an interest in CCSVI and are leading the research in this field.*¹³¹

Im Laufe meiner Arbeit ist dieser Hinweis zusammen mit dem Bereich *Science Advisory Board* von der Homepage verschwunden. Diesen Platz haben vollständig die Patienten mit einem *Patient Advisory Board* eingenommen, wo sich wiederum eine Ansammlung von Namen finden lässt. Daran angegliedert ist das *Board of Directors*. Dort findet sich auch der Name von *Vice President & Secretary: Joan Beal*, die zusammen mit ihrem Mann in der Fernsehsendung *W5* aufgetreten ist.¹³² Die Frage, ob hinter der Änderung des ursprünglichen Plans die Erkenntnis steht, dass Experten und Laien hier keine Diskursgemeinschaft bilden können, oder ob bewusst die Stelle der Experten von den Patienten eingenommen werden sollte, lässt sich an dieser Stelle nicht beantworten. Hier zeigt sich aber, dass die Flüchtigkeit von Online-Texten durchaus problematisch sein kann, wenn Online-Korpora die Grundlage von Diskursanalysen

129CA II, Z.21 ff.

130<http://www.ccsvi.org/index.php/about-us/board-of-directors>, 17.10.14.

131<http://www.ccsvi.org/index.php/about-us/science-advisory-board>, 25.01.13.

132Vgl. <http://www.ccsvi.org/index.php/about-us/board-of-directors>, 05.09.14, und CTV W5 Teil 2: 00:06:00-00:07:23

sind.¹³³ Ein Hinweis auf *scientific professionals* lässt sich an anderer Stelle finden. Auf der Startseite der Homepage und unter dem Link *Video Gallery* gibt es eine Vielzahl an Videos, die wissenschaftliche Vorträge von Medizinern auf verschiedenen Symposien zeigen, wie z.B. auf dem *CCSVI Alliance's 3rd Annual Satellite Symposia at the Society of Interventional Radiology*.¹³⁴ Auch wenn es generell ein wissenschaftlicher Diskursbereich ist, sind Laien hier nicht ausgeschlossen und haben die Möglichkeit, ihre Fragen zu stellen. Betroffenenverbände werden auch in Deutschland bei medizinischen Tagungen zunehmend integriert, da auf Medizinerseite davon ausgegangen wird, dass neue Wege der Wissensvermittlung von Medizininformationen nötig sind, um dem Wissenstransfer im Internet, auf den vor allem Patienten mit chronischen und unheilbaren Krankheiten zurückgreifen, die Vermittlung von Fachwissen durch medizinische Experten entgegenzustellen.¹³⁵ Hier lässt sich eine Interaktion zwischen Ärzten und Patienten erkennen, die Interaktionsrollen der Akteure bleiben an dieser Stelle jedoch zunächst unklar. Generell wird aber nicht selten auf bestimmte institutionelle Plätze und Personen verwiesen, um einer bestimmten diskursiven Aussage mehr Gewicht zu verleihen.

Auch wenn in Bezug auf Diskurse immer wieder die Rede von „sprechenden Subjekten“ ist, so müssen diese nach Foucault nicht unbedingt einzelne Individuen sein und die Akteure der *CCSVI Alliance* sind das in ihrem Zusammenschluss auch nicht. Es kann davon ausgegangen werden, dass sie in Bezug auf CCSVI eine gemeinsame Wahrheit haben und so ein Diskursensemble bilden. Um dieses Diskursensemble näher strukturieren zu können, wird das Teilnehmerstatusmodell nach Irving Goffman herangezogen, basierend auf der Annahme, dass es zwar deutlich zu erkennen ist, wer spricht, aber nicht, in wessen Namen gesprochen wird:

When a word is spoken, all those who happen to be in perceptual range of the event will have some sort of participation status relative to it. [...] But also who speaks is situationally circumscribed, in whose name words are spoken is certainly not.¹³⁶

Auf der Grundlage dieser Annahme unterteilt Goffman Sprecher in *author*, *animator* und *principal*. Diese Dreiteilung lässt sich bei diskursiven Aussagen in Printtexten auch auf Schreiber übertragen. Der Begriff *principal* bezeichnet den Auftraggeber einer sprachlichen Handlung, für deren Inhalt er die soziale Verantwortung trägt, im Unterschied zum *animator*, dem Individuum, das spricht oder schreibt und dem *author*,

133Vgl. Fraas, Pentzold 2008:297.

134<http://www.ccsvi.org>, 24.02.14.

135Vgl. Wiese 2001:227-235.

136Goffman 1981:7 f.

der für Wortwahl, grammatische Konstruktion und vermittelte Gefühle verantwortlich ist.¹³⁷ Eine solche Unterscheidung lässt sich aber bei genauerer Betrachtung der Homepage der *CCSVI Alliance* entgegen der Annahme nicht machen. So gesehen ist das Diskursensemble *CCSVI Alliance* für alle Bereiche verantwortlich und *principal*, *animator* und *author* in einem. Als *principal* trägt die *CCSVI Alliance* die soziale Verantwortung für ihre Sprechhandlungen und dem damit einhergehenden Versuch, die eigene Wahrheit sozial zu etablieren, weist diese aber von sich:

*Use of CCSVI Alliance web site and associated Content is at your own risk. CCSVI Alliance will not be liable for any damages [...] resulting from the use of or inability to use the Site or the Content. [...] CCSVI Alliance disclaims any/all warranties, either express or implied, including but not limited to the implied warranties and fitness for any particular purpose.*¹³⁸

Die *CCSVI Alliance* weist darauf hin, dass sie keine Garantie für die Inhalte ihrer Aussagen gibt. Um sich rechtlich gegen Klagen abzusichern, sind die Angaben ohne Gewähr. Interessant ist hier der Hinweis, dass Schäden sowohl dann entstehen können, wenn man den Inhalt der Seite für seine Handlungen verwendet, oder eben dann, wenn man das nicht, oder falsch macht. In Bezug auf das *Liberation Treatment*, für dessen Anwendung die *Alliance* eintritt, kann hier zunächst gelesen werden, dass beide im Diskurs wetteifernden Wahrheiten möglich sein könnten, später wird aber noch deutlich werden, an welche Wahrheit die Allianz glaubt und wie sie sie verkündet.

Neben der Frage nach den Produzentenrollen der Akteure steht die Frage nach den antizipierten Adressaten und den Rezipientenrollen. In seinem „participation framework“ unterscheidet Goffman zwischen *addressed participants* und *unaddressed participants*.¹³⁹ Direkt adressiert sind auf der Homepage *physicians, researchers, and patients*.¹⁴⁰ Als Ansprechpartner werden zuerst Mediziner genannt, dann (weitere) Forscher und dann andere MS-Patienten, um sie auf die Diskursereignisse aufmerksam zu machen und von der eigenen Wahrheit zu überzeugen. Die nicht-angesprochenen Teilnehmer unterteilt Goffman wiederum in *over-hearer*, die eine Unterhaltung zufällig hören, und *eavesdropper*, die eine Unterhaltung bewusst belauschen. Diese Gliederung trifft auf Aussagen in einem öffentlichen Diskursfeld nicht zu. Hier kann unter *öffentlich* ein *freies* Diskursfeld verstanden werden, das sich zum einen von privaten, zum anderen von zugangsbeschränkten, wissenschaftlichen Diskurssträngen

137Goffman 1981:124-159.

138<http://www.ccsvi.org/index.php/terms-of-use>, 08.10.14.

139Goffman 1981:133.

140CA I, Z.20.

unterscheidet. Das heißt nicht, dass jeder eine Stimme in diesem Diskurs hat, der von bestimmten Diskursensembles geführt wird, sondern vielmehr, dass eine „Nicht-Abgeschlossenheit“, bzw. „Nicht-Überschaubarkeit“ der Rezipienten vorliegt.¹⁴¹ Diese theoretisch unbegrenzte Zahl von Rezipienten kann als *Öffentlichkeit* verstanden werden, die als nicht-adressierte Rezipienten ebenfalls von Zambonis Theorie und der daraus resultierenden Therapieoption überzeugt werden soll. Die Rezipienten eines sprachlichen Ereignisses erhalten laut Goffman dann einen Teilnehmerstatus, wenn sie in einem „participation framework“ in „perceptual range“ sind.¹⁴² Dieser *Wahrnehmungsbereich* und die *angemessene Nähe* sind bei der Homepage *ccsvi.org* in gewisser Weise unbegrenzt, da hier keine direkte räumliche Begrenzung vorliegt. Doch auch wenn theoretisch jeder, der einen Internetzugang hat, einen Zugang zur Homepage der *CCSVI Alliance* haben kann, sind hier die nicht-adressierten Leser keine zufälligen Teilnehmer, da es eher unwahrscheinlich ist, dass man zufällig auf einer Homepage landet, sondern eher dann, wenn man bewusst danach sucht. Sieht man sich auf der Homepage die tags im Quelltext an, findet man Bezeichnungen und Namen von diskursiven Ereignissen, Akteuren, den Krankheiten MS und CCSVI und der Therapie.¹⁴³ Zamboni und sein Diskursensemble, ihre Handlungen und die Krankheit CCSVI müssen bereits bekannt sein, damit man bei einer thematischen Suche in einer Internet-Suchmaschine bei der *CCSVI Alliance* landet. Der Zugang zum Internet ist zwar nicht unbegrenzt, die „perceptual range“ ist aber immens und es geht gerade nicht darum sicherzustellen, dass „Lauscher“ nichts mitbekommen, sondern darum, das im für gültig erklärten Diskurs als Wahrheit anerkannte Wissen an so viele Rezipienten wie möglich zu vermitteln.

3.2.4.2. *CTV W5*

Ein weiteres Medium der Vermittlung diskursiver Aussagen in einem öffentlichen Diskursfeld sind Fernsehsendungen. Hier lässt sich die Folge *The Liberation Treatment: A whole new approach to MS* der Fernsehsendung *W5* des kanadischen Fernsehsenders *CTV*, mit ihren Akteuren und Aussagen ausmachen. Bei der Betrachtung fällt zunächst auf, dass es sich um ein ungewöhnliches Diskursensemble handelt, bestehend aus Ärzten, Patienten und Medien, die in Medizindiskursen i.d.R. getrennte Akteursgruppen

141Böke, Jung, Wengeler 1996:9.

142Vgl. Goffmann 1981:3.

143Vgl. <http://www.ccsvi.org>, 18.02.14.

bilden, wofür ihr unterschiedlicher sozialer Teilnehmerstatus, ihre unterschiedliche sprachliche Kompetenz und die damit in Verbindung stehenden Diskurszugänge und Zugangsbeschränkungen verantwortlich sind. Hier erheben sie gemeinsam eine Stimme im Diskurs, da die Hoffnung auf und der Glaube an eine gemeinsame Wahrheit die Grundlage für ein Diskursensemble bilden. Gerade für Mediziner ist es nicht gängig, das begrenzte Feld der wissenschaftlichen Spezialdiskurse zu verlassen, doch durch das Ansprechen einer neuen, unbegrenzten Rezipientenschaft lässt sich die eigene Wahrheit in einem größeren Feld verbreiten. Durch das Einnehmen eines neuen Standortes ergeben sich auch neue Diskursstränge, neue Interaktionen mit neuen Akteuren und neuen Interaktionsrollen: „A change in footing implies a change in the alignment we take up to ourselves and the other present as expressed in the way we manage the production or reception of an utterance“.¹⁴⁴ Doch auch hier ist wieder nicht ganz eindeutig, wer welchen Teilnehmerstatus besitzt. Zunächst sind als *animator* alle Personen erkennbar, die im Fernsehbeitrag reden, die zu sehen und zu hören sind. Darüber hinaus kann man bei *author* davon ausgehen, dass es die Journalisten der Serie *W5* des Fernsehsenders *CTV* und speziell dieser Folge sind, die für die Konstruktion der sprachlichen Aussagen, der nicht-sprachlichen Zeichen und für die dadurch vermittelten Gefühle verantwortlich sind. Namentlich erwähnt werden auf der Internetseite des Fernsehsenders *CTV* Elizabeth St. Philip und Avis Favaro, die auch als Sprecherin in der Sendung zu hören und zu sehen ist.¹⁴⁵ Als *principal* kann der Fernsehsender gesehen werden, der der Auftraggeber ist und somit die Verantwortung dafür trägt, dass Zambonis Theorie und das *Liberation Treatment* öffentlich bekannt gemacht werden. Diese Bekanntmachung kann als zentrales Diskursereignis angenommen werden, da sich daraufhin neue Diskursensembles gebildet haben, die durchaus als *ideology brokers* erachtet werden können, und neue Diskursstränge entstanden sind. Es lässt sich bei Betrachtung der Fernsehsendung aber auch erkennen, dass das Diskursensemble von Ärzten, mit Zamboni als zentraler Bezugsperson, eine zentrale Stellung einnimmt, weshalb man durchaus auch Zamboni als *principal* werten kann, der für die Verbreitung zentraler diskursiver Aussagen und der daraus resultierenden Handlungen ebenfalls verantwortlich ist.

Wirft man nun einen Blick auf die Interaktionsrollen der Teilnehmer, kann man die als Diskursensemble wahrgenommenen Akteure wieder in Medien, Patienten und Ärzte

144Goffman 1981:128.

145<http://www.ctvnews.ca/the-liberation-treatment-a-whole-new-approach-to-ms-1.456617>, 24.02.14.

unterteilen. Die Rolle der Medien liegt bei der Wissensvermittlung und der Inszenierung. Hier schließt sich die Rolle der Patienten an, deren bildliche (Selbst-) Darstellung zuerst dazu dient, sie als ‚Opfer‘ der *most debilitating disease* Multiple Sklerose darzustellen. Ihr negatives Beispiel dient dazu, den Weg für die Legitimation der Beweggründe von Zamboni zu ebnet:

*And this is what he was afraid would happen to her: These are Italian MS-patients at a nearby rehab-clinic. The disease has damaged their ability to move normally. It causes them chronic fatigue and visual loss. They say it destroyed their independence.*¹⁴⁶

Daneben werden MS-Patienten gezeigt, die durch das *Liberation Treatment* ‚geheilt‘ werden konnten und jetzt *liberated* sind. Zambonis Frau, deren Erkrankung an MS das zentrale Ereignis für seine Forschung und die darauf rekurrierenden Diskursstränge ist, ist zwar gelegentlich von Weitem zu sehen, nimmt aber keine Interaktionsrolle ein: *Elena was also one of the first patients who was liberated from those blocked veins nearly three years ago. An intensely private woman she chose not to speak on camera but told us she's not had an MS-attack since.*¹⁴⁷ Da Schübe in der remittierenden Verlaufsform von MS generell zeitlich versetzt sind, und die Symptome in der Zwischenzeit wieder zurück gehen, bedeutet das nicht zwingend, dass die Krankheit *geheilt* wurde. Da aber das Schlüsselwort *cure* an einer Stelle des Fernsehbeitrags fällt und trotz der zurückhaltenden Reaktion des befragten Neurologen in Einklang mit der Darstellung der behandelten Patienten gebracht werden kann, kann man davon ausgehen, dass die Chance auf Heilung durchaus zu einer medial verbreiteten, anerkannten diskursiven Wahrheit geworden ist.¹⁴⁸ So wird es auch im Vorspann der Fernsehserie dargestellt: *A relatively simple procedure, called „The Liberation Treatment“, could free MS-patients from a lifetime of suffering.*¹⁴⁹

Die Verbreitung der anerkannten Wahrheit lässt sich auch in der Rolle der Ärzte wiederfinden. Hier ist die zentrale Person Zamboni, der sich in seiner Rolle als Arzt für die Patienten einsetzt, so wie er sich für seine Frau einsetzte, die er angeblich heilen konnte: *His best prize and a gift that doctor Zamboni now wants to share with MS patients around the world.*¹⁵⁰ Da Zamboni ebenfalls eine neurologische Erkrankung hat, nimmt er dadurch eine Rolle als Arzt und Patient ein, was die generelle

146CTV W5, Teil eins: 00:01:55 – 00:02:13.

147CTV W5, Teil zwei: 00:11:20 - 00:11:34.

148CTV W5, Teil zwei: 00:04:53 – 00:05:03.

149CTV W5, Teil eins: 00:00:06 – 00:00:52.

150CTV W5, Teil zwei: 00:12:18-00:12:25.

Statusvertikalität in Arzt-Patient-Beziehungen und den darin eingenommenen Rollen nivelliert. Dass er als Retter inszeniert wird, ist m.E. aber nicht nur eine Interaktionsstrategie der Medien oder von Zamboni selbst. Der gemeinsame *Notstand* an einer unheilbaren Krankheit zu leiden, führt zur Anerkennung einer gemeinsamen Wahrheit, wo die neue Behandlungsoption die gleiche Bedeutung hat und dadurch zu neuen außersprachlichen Wirklichkeiten führt. Das sieht man in den kursierenden Videobotschaften bei den Selbstdarstellungen von MS-Patienten, die nach erfolgreichem *Liberation Treatment* nicht mehr krank sind. Hier gibt es nur durchweg positive Berichte. Patienten, die sagen würden, dass die Prozedur nicht hilft, gehören nicht zum gleichen Diskursensemble und haben keinen Zugang zum Diskurs. Da sie keine Erfolgsgeschichte erzählen können, wollen sie möglicherweise auch ihre Stimme bewusst nicht erheben. Die Rolle der Ärzte des in der Fernsehsendung gezeigten Diskursensembles korreliert mit ihrem „Willen zur Wahrheit“ in ihrem Appell an die Patienten:

*The patients need to speak up and say we want to have something like this investigated at least at an early stage to see if there is credence to the theory. Even if it's ten or twenty percent of these people who can be helped, that needs to be investigated.*¹⁵¹

Das Rederecht und damit auch die Handlungsmacht werden hier bewusst von Medizinern an Patienten weitergegeben, was eine untypische Handlungsweise in Arzt-Patient-Beziehungen ist, wodurch hier aber der eigene Wahrheitsanspruch verstärkt wird. Wie damit nun auf Patientenseite umgegangen wird und wie sich das auf den Diskurs auswirkt, wird bei der Analyse der sprachlichen Realisierung der Aussagen auf der Homepage der *CCSVI Alliance* im Folgenden gezeigt werden.

3.3. Textuelle Ebene

Bei Foucault bilden Aussagen die „elementare Einheit des Diskurses“.¹⁵² Dabei ist ein Diskurs „einmal allgemeines Gebiet aller Aussagen, dann individualisierbare Gruppe von Aussagen, schließlich regulierte Praxis, die von einer bestimmten Zahl von Aussagen berichtet.“¹⁵³ Die Aussagen und ihre Funktionen sind im Feld der sprachlichen bzw. sprachwissenschaftlichen Einheiten auf textueller Ebene angesiedelt. Die Fragen, die sich hier stellen, sind: welche Aussagen werden gemacht, welche sprachlichen

151CTV W5, Teil zwei: 00:10:11-00:10:26

152Foucault 1973:117

153Foucault 1973:116

Mittel und Strategien werden dabei verwendet und welches Wissen wird dabei vermittelt? Die Analyse der textuellen Ebene orientiert sich an Oberflächenphänomenen aus den Bereichen Lexik, Semantik und Pragmatik, geht aber darüber hinaus. Gerade in Hinblick auf den Wissenstransfer gilt es auch strategische und thematische Aspekte zu berücksichtigen, wobei die thematische Gliederung der Homepage der *CCSVI Alliance* die Grundlage für die Gliederung dieses Kapitels bildet. Analysiert werden dabei:

1. Aussagen über die Krankheiten CCSVI und MS und ihre Behandlung.
2. Aussagen über das Diskursensemble *CCSVI Alliance* und seine *Mission*.
3. Aussagen über wissenschaftliche Studien und Forschungsergebnisse.
4. Aussagen über Sprachhandlungsstrategien für Arzt-Patient-Gespräche.

Dabei soll neben der Analyse der sprachlichen, textuellen Realisierung der Aussagen auch untersucht werden, welches Wissen über CCSVI vermittelt wird und welches Bild dadurch von den Krankheiten CCSVI und MS und der möglichen Behandlung konstruiert wird.

3.3.1. Welcome to CCSVI Alliance!

Der Leser der Homepage *ccsvi.org* findet im Textfeld auf der Startseite unter der Überschrift *Welcome to CCSVI Alliance!* zunächst eine Aussage über den Gegenstand, um den sich die Homepage dreht: *Chronic Cerebrospinal Venous Insufficiency (CCSVI) is a recently documented vascular condition that may profoundly change the way we think about MS and other neurological diseases.*¹⁵⁴ Diese Aussage weist darauf hin, dass in jüngster Zeit in einem medizinischen Fachdiskurs über eine Krankheit mit dem Namen *chronic cerebrospinal venous insufficiency*¹⁵⁵ und ihrem Zusammenhang mit MS berichtet wurde. Konkret verweist *recently* auf die Veröffentlichungen Zambonis aus dem Jahr 2009¹⁵⁶ und auf den seit dieser Zeit nicht nur in Fachkreisen geführten Diskurs. Die Forschung der Befürworter einer bestehenden Verbindung von CCSVI und MS wird dabei als *compelling*, also *überzeugend*, wenn nicht sogar *zwingend* erachtet. Der Hinweis auf *andere neurologische Krankheiten* erweitert den Kontext über MS hinaus und vergrößert die Adressatenzahl. Die Aussage rekuriert jedoch nicht wie zu erwarten wäre auf eine Aussage Zambonis. Dieser stellt CCSVI bei seinen Untersuchungen zunächst nur in Zusammenhang mit MS, da bei der Kontrollgruppe

154CA I, Z.1.

155In deutschen diskursiven Aussagen findet man die Bezeichnung *chronische cerebrospinale venöse Insuffizienz*, wobei *zerebrospinal* im Deutschen eigentlich, und somit auch im Folgenden, mit *z* geschrieben wird.

156Vgl. Zamboni, Singh 2009, Zamboni 2009a und Zamboni 2009b.

von Patienten mit anderen neurologischen Erkrankungen der zerebrale, venöse Rückfluss des Blutes nicht beobachtet werden konnte¹⁵⁷. Generell besteht allerdings auch auf der Seite der Mediziner, die die CCSVI-These befürworten die Hoffnung, dass CCSVI nicht nur mit MS nachweisbar korrelieren könnte, sondern auch mit anderen Autoimmunkrankheiten: *And eventually we may see later on maybe other relations of this famous problems on other autoimmune disorders.*¹⁵⁸

Wirft man hier nun einen Blick auf die Proposition des oben zitierten Satzes, lässt sich folgender Satzinhalt ausmachen: *CCSVI ist eine Gefäßkrankheit*. Die Verwendung des Begriffs *Proposition* orientiert sich hier an John Searles Sprechakttheorie. Dort wird Proposition zunächst als „die Bedeutung des hinweisenden Ausdrucks“¹⁵⁹ definiert. Damit ist er von der Aussage an sich zu unterscheiden, die als *propositionaler Akt*¹⁶⁰ verstanden werden kann. Somit können mehrere Aussagen die gleiche Proposition, also die gleiche Bedeutung haben, wobei auch ein propositionaler Akt mehrere Propositionen beinhalten kann, da ein Satz aus mehreren Satzteilen besteht, wo unterschiedliche Propositionen angesiedelt sein können.¹⁶¹ In der Sprechakttheorie untersucht Searle in Zusammenhang mit den Propositionen auch *hinweisende Ausdrücke*, bei denen er zwischen *Eigennamen* und *zusammengesetzte[n] Nominalausdrücke[n]* unterscheidet.¹⁶² Betrachtet man nun den Nominalausdruck *chronic cerebrospinal venous insufficiency* genauer um herauszufinden, was hier die Referenzobjekte der einzelnen Lexeme sind, lässt sich Folgendes feststellen: Die Krankheit ist *chronisch*, das heißt, sie ist *langsam sich entwickelnd, langsam verlaufend*.¹⁶³ In der medizinischen Fachsprache bedeutet *chronisch* also zunächst nicht *dauerhaft*. Betrachtet man nun Kollokationen von *chronic*, findet man genau diese Bedeutung in Adjektiven wie *eternal, everlasting, evermore*.¹⁶⁴ In Zusammenhang damit wird auch das Adjektiv *incurable*, also *unheilbar* verwendet.¹⁶⁵ Hier wird die in den Patienten geweckte Hoffnung es gäbe vielleicht doch eine Heilung, nicht untermauert. Das Adjektiv *cerebrospinal* rekuriert auf die Stellen im menschlichen Körper, an denen

157Vgl. Zamboni 2009b.

158CTV W5, Teil 2: 00:08:17-00:08:36.

159Searle 1971:48.

160Searle 1971:48.

161Vgl. Searle 1971:48-54.

162Searle 1971:126f.

163Pschyrembel 2013:392, Spalte 2.

164Vgl. <http://dictionary.cambridge.org/topics/time/continuous-and-permanent/> mit der Suche unter dem Lemma „chronic“, 14.04.14.

165Vgl. <http://dictionary.cambridge.org/topics/disease-and-illness/disease-and-illness-general-words/> mit der Suche unter dem Lemma *incurable*, 14.04.14.

die Krankheit aktiv ist und bedeutet *Gehirn und Rückenmark betreffend*.¹⁶⁶ In Zusammenhang damit steht das Adjektiv *venous*, was *die Venene[n] betreffend* bedeutet.¹⁶⁷ Die von Zamboni vermutete Korrelation der gängigen Erscheinungsorte der bei MS entstehenden Läsionen mit einer Venenerkrankung wird hier im Nominalausdruck festgelegt. Das Substantiv *insufficiency* ist der medizinische Fachausdruck für die unzureichende Leistungsfähigkeit von Organen.¹⁶⁸ Hier rekurriert es auf Venen, was rein lexikalisch noch einmal die Idee untermauert, MS sei nicht, oder nicht nur, eine Autoimmunkrankheit. Zusammengenommen ist das Kompositum *chronic cerebrospinal venous insufficiency* ein Neologismus von Zamboni, bezieht sich aber auf die *chronic venous insufficiency* (CVI), bei der ein venöser Rückstau die krankhaften Symptome in Beinen und Füßen bedingt. Die Wortverbindung *may profoundly change* bringt die Hoffnung auf eine tiefgreifende Veränderung zum Ausdruck. Diese Veränderung bezieht sich dabei aber zunächst nicht primär auf die Art, wie MS behandelt wird, oder auf eine Verbesserung der Lebensbedingung von MS-Patienten, sondern auf die Art und Weise, wie über MS *gedacht* wird. *Think* ist ein wichtiges diskursives Schlüsselwort, wenn man davon ausgeht, dass eine andere Denk- und Sichtweise auch andere (Be-) Handlungsweisen mit sich bringt. Das kann als Ziel der *Alliance* erachtete werden, vor dem Hintergrund, dass eine neue Denkweise die Grundlage für eine neue Realität sein kann. Hier wird gleich zu Beginn deutlich, dass es der *CCSVI Alliance* vordergründig um Wissen und Wissensvermittlung geht, was dabei helfen soll, die Sicht auf MS und CCSVI und damit verbunden auch auf deren Behandlung zu verändern.

Trotz bzw. wegen der klaren Befürwortung der CCSVI-Theorie sollen gerade kritische Aspekte beleuchtet werden: *This site addresses critical aspects of CCSVI, from theory to research to treatment, providing original analysis and discussion that should engage both newcomers and medical professionals alike*.¹⁶⁹ Was genau die *critical aspects* sind, bleibt hier zunächst unklar. Es lässt sich aber erkennen, dass es im Diskurs unterschiedliche Stimmen zu CCSVI gibt, mit Argumenten und Gegenargumenten. So gesehen kann man davon ausgehen, dass die kritischen Aspekte Argumente sind, die gegen die CCSVI-Theorie sprechen, und widerlegt werden sollen. Davon abgesehen wirkt das Adjektiv *critical* in Zusammenhang mit den Substantiven *theory, research,*

166Pschyrembel 2013: 1323, Spalte 1.

167Pschyrembel 2013: 2242, Spalte 2.

168Vgl. Pschyrembel 2013:1025, Spalte 1.

169CA I, Z.4 ff.

und *treatment* erst einmal vertrauenerweckend und vermittelt den Eindruck von Kompetenz und Überzeugung. Hinter *provide*, was sich ins Deutsche mit *bereitstellen* übersetzen lässt, steht zunächst die Bedeutung: *to make sth available for sb to use by giving or lending it*.¹⁷⁰ Daneben steht aber auch die Bedeutung: *to offer or present an answer, example, opportunity, etc.*¹⁷¹ Genau an dieser Stelle kann die *CCSVI Alliance* ihren Einsatz verorten, indem sie *newcomers and medical professionals* Antworten, Beispiele und eine neue Möglichkeit im Umgang mit der Krankheit Multiple Sklerose bietet. Betrachtet man die Bedeutungen des Verbs *engage*, stellt man fest, dass es sowohl bedeuten kann: *to occupy or attract sb's thoughts* als auch: *to begin fighting with sb*.¹⁷² Hier lässt sich auf semantischer Ebene feststellen, dass Wissensvermittlung ein Anliegen ist, wo durchaus auch darum gekämpft wird, die eigene Wahrheit durchzusetzen und die Gedanken der Adressaten zu beeinflussen.

Der Kompetenzanspruch wird durch die Adressierung noch verstärkt: Die Seite richtet sich an ein Laien-, aber auch an ein Fachpublikum, und rekurriert dabei auf diskursive Aussagen von medizinischen Experten, auf *original analysis*. Der Wissenstransfer an Experten setzt eine hohe fachliche Kompetenz voraus. Eine Kompetenz, die sich die *CCSVI Alliance* selbst bescheinigt, indem sie nicht nur oberflächliches Wissen weitergibt, sondern auch komplexe medizinische Sachverhalte darstellt:

*For physicians, researchers, and patients looking for more sophisticated analysis, we hope you enjoy our Advanced Topics section, where all content has been reviewed and vetted by a world-class team of medical professionals whose expertise ranges from neurology to interventional radiology to imaging and physics.*¹⁷³

Zusätzlich zum Grundlagenwissen über CCSVI und den (medizinischen) Diskurs wird dem Leser weiterführendes Wissen zur Verfügung gestellt. Dieses Wissen ist von einem *Weltklasseteam medizinischer Fachleute* geprüft, das verschiedene Fachrichtungen vereint. Der Bezug auf diese Experten dient als Legitimation für den Anspruch der *CCSVI Alliance*, profundes Fachwissen sowohl an Experten als auch an Laien vermitteln zu können und dadurch selbst *Expertenmacht* zu besitzen. Wie jedoch bereits im Textteil *Who We Are* bei der Frage nach den Interaktionsrollen festgestellt wurde (vgl. Kap. 3.1.4.1.), fehlt auch hier wieder ein direkter Verweis auf die sich hinter den *medical professionals* befindenden Personen. Dass die involvierten Experten nicht namentlich genannt werden, ist eher unüblich bei der Vermittlung von Fachwissen an

170Oxford Advanced Learner's Dictionary ⁵1995:S.892, Spalte 1.

171Oxford Advanced Learner's Dictionary ⁵1995:S.892, Spalte 1.

172Oxford Advanced Learner's Dictionary ⁵1995:S. 367, Spalte 1.

173CA I, Z.7 ff.

Laien, wenn es sich um populärwissenschaftliche Texte handelt.¹⁷⁴ Bei der hier analysierten Wissensvermittlung handelt es sich zwar nicht um einen journalistischen Wissenstransfer, aber auch hier geht es um die Vermittlung „wissenschaftliche[r] Inhalte außerhalb der wissenschaftlichen Welt“.¹⁷⁵ Eine weit verbreitete Vermittlungsstrategie ist die Personalisierung, wo an der Forschung beteiligte Wissenschaftler vorgestellt werden, v.a. ausgewählte Personen, die als Helden dargestellt werden, wie Zamboni in der Fernsehserie *W5*. Davon könnte man bei einer vermuteten „Laieninszenierung“ parallel zur vorhandenen „Medieninszenierung“ ausgehen, das ließ sich hier aber nicht feststellen.

Es geht der *Alliance* nicht nur darum, Fachwissen weiter zu leiten und Experten unterschiedlicher Fachrichtungen anzusprechen. Hauptadressaten der *CCSVI Alliance* sind die an MS erkrankten Patienten, denen nicht nur Wissen, sondern auch die Erfahrung anderer Patienten vermittelt werden soll: *we have provided a dedicated section on Patient Perspectives, including patient experiences during and after CCSVI treatment, and questions and answers for potential patients.*¹⁷⁶ Die Patienten und ihre Behandlung nehmen eine besondere Rolle ein, ihnen wird ein eigener Bereich *gewidmet*. Die Erfahrungsberichte von Patienten, die sich einer Behandlung unterzogen haben, sind beim Wissenstransfer genauso wichtig wie Fakten und Forschungsergebnisse. Die Kombination, die den unterschiedlichen Anforderungen der verschiedenen Diskursteilnehmer gerecht wird, spielt eine wichtige Rolle bei der Durchsetzung einer nicht anerkannten wissenschaftlichen Theorie. Foucault spricht hier von „Genealogien“.¹⁷⁷ Unter einer Genealogie versteht er unterdrückte Wissenschaften, die zwar auf Expertenwissen beruhen, sich aber außerhalb der anerkannten Wissenschaften bewegen, und die „gegen die Machtwirkungen eines als wissenschaftlich angesehenen Diskurses den Kampf führen.“¹⁷⁸ Wo sich im Laufe der Zeit eine vaskuläre Ursache von MS nicht durchsetzen konnte und nun erneut darum gekämpft wird, kann Zambonis Theorie in Hinblick auf Foucault durchaus als Genealogie verstanden werden. Allerdings gilt es zu bedenken, dass bei dem hier untersuchten „Aufstand der unterworfenen Wissenschaften“¹⁷⁹ die Machtstrukturen im Diskursfeld bei allen Diskursteilnehmern ähnlich sind und alle Akteure über die Macht

174Vgl. Niederhauser 1997.

175Niederhauser 1997:108.

176CA I, Z.14 ff.

177Foucault 1978:63.

178Foucault 1978:63.

179Foucault 1978:59.

verfügen, ihre Stimme im Diskurs zu erheben, um die eigene Wahrheit durchzusetzen. Die CCSVI-Genealogie ist vor allem dem Vorwurf der Unwissenschaftlichkeit ausgesetzt, der im medizinischen Diskursstrang v.a. von Seiten federführender Neurologen erhoben wird: [...] *the first interventional study by Zamboni et al. did not meet the minimum requirements to conclude scientific accuracy.*¹⁸⁰ Dieser Vorwurf hat Einzug in den öffentlichen Laien-Diskursstrang gehalten. Dem stellt sich die *CCSVI Alliance* entgegen und will dazu beitragen, Spekulationen durch Fakten und Mythen durch Forschungsergebnisse zu ersetzen:

*Our aim is to provide patients, caregivers, and medical professionals with a definitive resource for learning more about CCSVI - the science, the process, and the patient experience. As more research emerges, replacing mysteries with data and speculations with fact, we will be here, objective and clear. Opening veins, opening minds. Let's get started!*¹⁸¹

Das erklärte Ziel der *CCSVI Alliance* ist es, eine *sichere Quelle* und objektive Anlaufstelle zu sein für alle, die Fragen haben und mehr über CCSVI wissen wollen. Die Verantwortlichen der *CCSVI Alliance* stellen das Wissen dafür zur Verfügung. Ihr Ziel, an anderer Stelle auch als *mission*¹⁸² bezeichnet, ist eine Art Aufklärungskampagne, die die ‚Ungläubigen‘ (Patienten und Ärzte) von der Wahrheit der eigenen Sichtweise überzeugen soll. Der oben zitierte Abschnitt zeigt, dass hinter dem wissenschaftlichen Anspruch und der postulierten Objektivität auch das Ziel steht, eine bestimmte Diskursposition und Argumentation populär zu machen und die Augen bzw. den *Geist* der angesprochenen Diskursteilnehmer dafür zu *öffnen*. In der Katachrese *opening veins, opening minds*, bei der Verknüpfung der medizinischen Behandlungsmethode, dem Öffnen der verengten Venen, mit dem metaphorischen Öffnen der Augen der nicht-Sehenden, wird die Stellung der *CCSVI Alliance*, die sich schon im Namen ausdrückt, noch einmal verdeutlicht: Diejenigen, die die Venen öffnen, also die umstrittene Behandlung von MS-Patienten durchführen, sind auch diejenigen, die Licht in das Dunkel des Diskurses bringen. Eine *Allianz* weiß sich im kriegerischen Sinn durchaus gegen Feinde zu wehren, will hier aber als Gemeinschaft vor allem vermitteln: Wir sind hier für euch (*we will be here*) und gemeinsam können wir etwas tun: *let`s get started!* Wer genau sich hinter diesem *wir* verbirgt und was das für den Wissenstransfer bedeutet, ließ sich nicht deutlich erkennen, nun soll im nächsten

180Mayer, Ziemann 2011:70.

181CA I, Z.20 ff.

182Vgl. CA II.

Abschnitt aber untersucht werden, wie die *CCSVI Alliance* ihr Anliegen und den Grund für die Bildung eines Diskursensembles sprachlich realisiert.

3.3.2. *Mission Statement*

Wenn der Leser der Homepage nach der Lektüre der Einleitung herausfinden möchte, wer sich hinter der Allianz verbirgt, findet er unter dem Menüpunkt *About Us* als erstes folgendes *Mission Statement*:

*CCSVI Alliance promotes education and research about CCSVI and its relationship to Multiple Sclerosis (MS) by providing objective information to the MS community, supporting medical investigations of CCSVI, and fostering collaboration among patients, advocates, and professionals.*¹⁸³

Bevor näher auf den Inhalt des *statements* eingegangen werden soll, ist schon eine Betrachtung des Wortes *mission* aufschlussreich. In einem Bedeutungswörterbuch kann man zuerst eine Bedeutung aus dem Bereich Politik/Wirtschaft finden, die hier aber eher nicht gemeint ist: *a group of people sent on political or commercial business.*¹⁸⁴ Die Bedeutung, die in Bezug auf die Selbstdarstellung der *CCSVI Alliance* passend erscheint, ist folgende: *a particular aim or duty that one wants to fulfill more than anything else.*¹⁸⁵ Bereits in dem schon analysierten Text der Startseite lässt sich dieser missionarische Charakter erkennen: das Ziel, das unbedingt erreicht werden soll, ist die Aufklärung über CCSVI und deren Behandlung. Interessant sind in diesem Zusammenhang die zwei weiteren Bedeutungen von *mission*. Zum einen die christliche: *a group of religious people sent esp to remote areas to teach others about Christianity*, zum anderen die militärische: *a particular task done by a person or a group: mission controll/headquarters.*¹⁸⁶ Auch wenn es sich weder um eine christliche, noch um eine militärische Mission handelt, gehören diese Bedeutungen als metaphorische Konzepte zu dem Lexem *mission* dazu. Gerade die Verwendung von Kriegsmetaphorik lässt sich an einigen Stellen auf der Homepage wiederfinden, so auch in dem bereits erwähnten Begriff *alliance*. Betrachtet man im Thesaurus Kollokationen des Substantivs *alliance*, findet man folgende Verben: *align yourself with sth/sb, associate with sb, cling (STAY CLOSE), join (DO TOGETHER), network (MEET PEOPLE).*¹⁸⁷ Hier befindet sich wieder eine Reihe von Tätigkeitsverben, die zeigen, dass Interaktion, Handlung und eine enge Verbindung mit Gleichgesinnten zur *Mission* gehören. Interessant ist hier auch

183CA II, Z.1 ff.

184Oxford Advanced Learner`s Dictionary ⁵1995:712, Spalte 2.

185Oxford Advanced Learner`s Dictionary ⁵1995:712, Spalte 2.

186Oxford Advanced Learner`s Dictionary ⁵1995:712, Spalte 2.

187<http://dictionary.cambridge.org>, unter dem Lemma *alliance*.

der Hinweis auf das Substantiv *force* (PHYSICAL)¹⁸⁸. Gerade bei einer Allianz, deren Mitglieder zum Teil körperbehindert sind, liegt hier eine andere Art der physischen Stärke, die in den diskursiven Aussagen, den Sprachhandlungen und darüber hinaus auch in den darauf beruhenden nicht-sprachlichen Handlungen liegt.

Die Wortverbindung *Mission Statement* hat ebenfalls eine politisch-militärische Bedeutung und lässt sich mit *Einsatzauftrag* übersetzen. Die religiöse Metaphorik lässt sich auch in den diskursiven Aussagen an weiteren Stellen erkennen, nicht zuletzt in dem von Zamboni geprägten Begriff *Liberation Treatment*. Grundlage für die Analyse von Metaphern ist im folgenden die Metapherntheorie von George Lakoff und Mark Johnson.¹⁸⁹ Beide gehen davon aus, dass menschliches Denken darauf basiert, dass wir bestimmte Gegenstände oder Sachverhalte metaphorisch durch andere Gegenstände oder Sachverhalte strukturieren. Diese metaphorischen Strukturierungen basieren auf kulturellen Erfahrungen und den sich daraus ergebenden Konzepten von den Gegenständen und Sachverhalten. Lakoff und Johnson nehmen an, dass das grundlegende konzeptuelle System, nach dem Menschen denken und handeln, metaphorisch strukturiert sei. So kann über die Betrachtung der Metaphern auf Wortebene hinaus analysiert werden, welche Konzepte dahinter stehen und wie die Aussagen kulturell verankert sind. Gerade der christlich-missionarische Anspruch *teach others* ist bei der *CCSVI Alliance* allgegenwärtig. Die selbstgewählte Aufgabe, die *Mission*, Augen und Gedanken der ‚Ungläubigen‘ zu öffnen, fällt auch in den Bereich religiöse Metaphorik. Die wichtigsten Substantive innerhalb des *Mission Statement* sind aber aus der Domäne Wissenschaft: *education, research, information, investigations*. Wissen und Wissenschaft werden dabei jedoch metaphorisch durch die Bereiche ‚Glauben‘ und ‚Krieg‘ strukturiert. Dadurch erhalten sie zusätzliche Konzepte, die normalerweise strikt von der Wissenschaft getrennt sind. Das lässt sich aber nicht als bewusste Popularisierungsstrategie verstehen, wenn man davon ausgeht, dass metaphorische Strukturierungen kulturell bedingt sind. Eine Strukturmetapher, die sich hier erkennen lässt, ist: *Glaube ist Wissen*. Daraus lässt sich die Metapher *Wissensvermittlung ist Bekehrung* ableiten. Generell kann man hier von einer übergeordneten strukturellen Metapher *Glaube ist Rettung* ausgehen, wobei es dann bei der *Mission* der *CCSVI Alliance* heißt: *Wissensvermittlung ist Rettung*. In Bezug auf das

188,„The SMART Thesaurus shows synonyms, related words and phrases that make up this topic.“:
<http://dictionary.cambridge.org/topics/including-and-excluding/creating-alliances>, 02.05.14.

189Lakoff, Johnson 1980.

Konzept „Krieg“ lässt sich die Strukturmetapher *Wissensvermittlung ist Kampf* ausmachen, die man durchaus in Zusammenhang mit einer übergeordneten Strukturmetapher *Glaube ist Krieg* stellen kann. Daneben ist die Verwendung von Kriegsmetaphorik auch in der medizinischen Fachsprache keine Seltenheit, d.h. dass sich hier kein sprachliches Merkmal speziell für einen Laiendiskurs feststellen lässt.¹⁹⁰

Das Ziel der *Mission* ist die Vermittlung von Fachwissen v.a. an Patienten, was auf eine vertikale Wissensvermittlung von Experten an Laien schließen lässt. Diese Annahme wird weiter durch die Bereiche *The Basics* und *Advanced Topics* verstärkt,¹⁹¹ wo medizinische Hintergründe erklärt werden und eine Übersicht über den nicht-öffentlichen, in medizinischen Fachzeitschriften geführten Expertendiskursstrang geboten wird. Das bis jetzt vorrangig erschienene Ziel der Wissensvermittlung wird schon im *Mission Statement* kombiniert mit den Tätigkeitsverben *provide*, *promote*, *support* und *foster*. Die *Alliance* verbindet dadurch einen wissenschaftlichen Anspruch mit dem Versprechen, eine starke Unterstützung für alle zu sein, denen es genauso geht. Die starke Motivation dafür ergibt sich aus der Lebenssituation der MS-Patienten:

*CCSVI Alliance began with the efforts of individuals who are intimately familiar with both multiple sclerosis (MS) and CCSVI. We live it. Our levels of disability range from mild to severe; we are or have been on every pharmaceutical prescribed for MS; and we are active in dozens of organizations, websites, and blogs devoted to MS.*¹⁹²

Angefangen hat die *CCSVI Alliance* mit den *Anstrengungen* der Individuen, die mit den Krankheiten MS und CCSVI *ganz genau vertraut* sind. Diese Vertrautheit geht soweit, dass es nicht nur ihr Leben beeinflusst, sondern ihr Leben generell aus der Krankheit und der Auseinandersetzung damit besteht: *We live it*. Die Akteure des Diskursensembles sind behindert, wobei der Grad der Behinderung variiert, und nehmen entweder noch Medikamente oder haben schon alle Medikament genommen, die es gegen MS gibt. Hier lässt sich als Proposition die Aussage erkennen, dass die Medikamente nicht geholfen haben, bzw. nicht in dem Ausmaß, wie es sich die Patienten erhofft haben. Auf der propositionalen Grundlage in Korrelation mit der Lebenswirklichkeit der Patienten ist die Hinwendung zu einer nicht-medikamentösen Behandlung, die Linderung verspricht, nachvollziehbar. Die Attraktivität der CCSVI-

¹⁹⁰Bei einer Analyse von zwei Fachbüchern für Medizinstudenten konnte ich herausfinden, dass das Konzept „Krankheit“ durch Begriffe aus dem konzeptionellen Bereich „Kampf/Krieg“ metaphorisch strukturiert ist. So bspw. auch die Aussagen über Multiple Sklerose: [...] *bei den stoffwechselbedingten oder immunvermittelten Vorgängen wird ursprünglich intaktes Myelin angegriffen*. Mattle, Mumenthaler ³2011:223, Spalte 1.

¹⁹¹www.ccsvi.org, 30.09.14.

¹⁹²CA II, Z.8 ff.

Theorie besteht über die theoretischen Grundlagen hinaus aus dem relativ simplen Lösungsansatz: einer Operation. Es kann somit etwas getan werden, nämlich ein direkter körperlicher Eingriff. Das ist eine Möglichkeit, die die Neurologie nicht bietet. Hier ist ‚nur‘ eine Therapie mit Medikamenten möglich, die viele Patienten alle schon ausprobiert haben, ohne die erhofften Verbesserungen erzielen zu können. Wichtig ist hier für die Patienten das Gefühl, aktiv etwas tun zu können, der Krankheit nicht ausgeliefert zu sein und nicht nur den Verlauf der eigenen Krankheit, sondern darüber hinaus auch den Diskurs aktiv mitgestalten zu können. Betrachtet man Kollokationen zum Substantiv *operation*, lassen sich diese überwiegend in den Wortfeldern *acting and acts* finden.¹⁹³ Hier lässt sich auch das Substantiv *agency* finden, was u.a. die Bedeutungen (*wirkende*) *Kraft*, *Wirkung*, *Tätigkeit* und *Hilfe* hat.¹⁹⁴ Die hinter dem Konzept *agency* stehende Handlungsmacht ist nicht nur in Bezug auf *Liberation Treatment* wichtig, sondern bezieht sich generell auf die Handlungsfähigkeit der Patienten im Diskurs. Vor der Gründung der *CCSVI Alliance* waren die Akteure bereits in *dutzend* verschiedenen Netzwerken *aktiv*, dem gängigen Laienbereich in Medizindiskursen. Diese Grenze wird hier überschritten und das Diskursensemble *CCSVI Alliance* tritt bewusst in den Expertendiskurs ein. Die Schlüsselwörter *devoted* und *committed* zeigen, wie emotional die Ursache der Handlungen ist. *Organizations, websites, and blogs* sind der Sache *gewidmet, hingegeben, geweiht*, oder sogar *geopfert*.¹⁹⁵ Hier zeigt sich neben dem emotionalen Grad der Sprache in Bezug auf die Krankheit und die Handlungsfähigkeit wieder die metaphorische Strukturierung mit religiösen Konzepten.

Wie bereits erwähnt, liegt die Grundlage für den Zusammenhalt der *CCSVI Alliance* in der Verbindung von gleicher Lebenswirklichkeit und gleichem *Notstand*. Es ist davon auszugehen, dass an dem Punkt auch die Gemeinsamkeit mit den Rezipienten besteht, der angesprochenen *MS community*. Wenn Lebenswirklichkeit und *Notstand* gleich sind, kann man davon ausgehen, dass sich andere Patienten verstanden fühlen und deshalb die postulierte Wahrheit anerkennen, oder sie zumindest durchaus interessant finden und darüber nachdenken. Hier wird die Brücke geschlagen von den persönlichen Erfahrungen der Akteure zur Wissenschaft in Bezug auf CCSVI und zu den zugänglichen Untersuchungen und Forschungsergebnissen. Auch wenn immer noch

193Vgl. <http://dictionary.cambridge.org/topics/doing-and-achieving/acting-and-acts/> als Suchergebnis zu dem Lemma *operation*.

194Langenscheidts Handwörterbuch Englisch 2000:41, Spalte 3.

195Langenscheidts Handwörterbuch Englisch 2000:184, Spalte 2.

medizinische Fachartikel zum Thema CCSVI und MS veröffentlicht werden, ist generell das Interesse am Diskurs auf Seiten vieler Mediziner und teilweise auch auf Seiten der Patienten wieder am Abklingen.¹⁹⁶ Es wird hier aber deutlich darauf hingewiesen, dass sich die *CCSVI Alliance* der Erforschung von CCSVI *verpflichtet* fühlt, es auch weiterhin bleibt und der Diskurs noch nicht geschlossen wird: *Based on our personal experiences and the available scientific research, we became and we remain committed to the exploration of CCSVI.*¹⁹⁷

3.3.3. Making Sense of the Research

Die Fragen, die sich für das Verstehen des Diskurses und für die Patientenrolle(n) bei der Wissensvermittlung stellen, sind: Was macht jemanden zum Experten, welches Wissen ist wichtig für die Patienten und welche Aussagen bestimmen den Diskurs? Wenn man die Homepage *ccsvi.org* betrachtet und sie als gewichtige Stimme im Diskurs ausmacht, die dabei hilft, Wissen über CCSVI und ihre Behandlung zu vermitteln, wird deutlich: Der Diskurs um CCSVI wird nicht hauptsächlich durch Expertenwissen auf Seiten der Mediziner bestimmt, da sich der reine Expertendiskurs nicht öffentlich abspielt, für Laien zu unverständlich ist und darüber hinaus nicht genug mit der Lebenswirklichkeit von Patienten zu tun hat. Die Aussage *We live it* ist maßgeblich für die größte Akteursgruppe im Diskurs. Daneben besteht aber ein fachwissenschaftlicher Anspruch, da es sich trotz verschiedener Diskursstränge und der Stimme der Patienten um einen wissenschaftlichen Diskurs handelt. Die Einbindung von Mediziner und Fachwissen ist dabei aber keine ausschließliche Legitimationsgrundlage, da die Patienten selbst den Anspruch erheben, die wissenschaftlichen Hintergründe zu verstehen und sich daneben in ihrer Patientenrolle selbst als Teil der Forschung und als ‚Fälle‘ betrachten:

*CCSVI Alliance members are literally part of the investigation. Many of us have been intensively tested for CCSVI [...]. We have studied research and questioned medical experts. Some of us are awaiting further research before deciding on treatment. Others have "run out of wait" and have already undergone angioplasty or stent placement.*¹⁹⁸

Neben dem *Mission Statement* ist das zunächst ein weiteres emotionales Bekenntnis. Neben den Patienten, die weitere Forschungsergebnisse abwarten wollen, haben sich

196Zu aktuellen Veröffentlichungen vgl. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed> unter den Lemmata *CCSVI / MS*. Zur Rolle der Patienten und ihrem Interesse an CCSVI vgl. Sudau u.a. 2014.

197CA II, Z.13 f.

198CA II, Z.15 ff.

andere schon für die Behandlung entschieden, da sie nicht mehr länger warten wollten. Doch auch hier korreliert der emotionale Handlungswille, beruhend auf den Lebenswirklichkeiten der Patienten, mit der wissenschaftlichen Diskursgrundlage. Die Patienten haben selbständig wissenschaftliche Forschungsliteratur studiert, was in Medizindiskursen eher untypisch ist, in Zusammenarbeit mit den nicht näher bestimmten medizinischen Experten, um Wissenslücken zu schließen und entsprechende Netzwerke für ein angestrebtes *Shared-Decision-Making* zu bilden. Wie die persönliche Zusammenarbeit der einzelnen Patienten mit den niedergelassenen Fachärzten aussehen soll, wird im nächsten Kapitel behandelt. Nun soll betrachtet werden, wie das Laien-Diskursensemble die medizinisch-wissenschaftlichen Hintergründe zusammenfasst und für andere Laien, aber auch für noch nicht überzeugte Experten erklärt, in Bezug auf die grundsätzliche Frage ob CCSVI existiere und falls sie das tue, ob sie mit MS zusammenhänge: *To date, over 40 studies or articles investigating CCSVI have been published. However, only a subset of these focuses on the heart of this debate: does CCSVI exist, and if it does, is it associated with MS?*¹⁹⁹ Die oben genannte Grundsatzfrage wird hier metaphorisch als das Herz(-stück) der Debatte und somit des Diskurses erachtet. Womit sich die anderen Studien beschäftigen bleibt fraglich, sie scheinen aber für das Diskursensemble keine entscheidenden diskursiven Aussagen zu beinhalten, auf der Suche nach der Wahrheit zur Beantwortung der obigen Frage. Wobei davon ausgegangen werden kann, dass das Ensemble bereits einen gemeinsamen Wahrheitsanspruch hat und glaubt, dass CCSVI existiere und mit MS korreliere. Das wird nun wissenschaftlich untersucht, wodurch die eigene Wahrheit untermauert, wenn nicht sogar *bewiesen* werden soll. Daneben bietet die *Alliance* noch eine *searchable research database*, eine Bibliographie der wissenschaftlichen Artikel zum Thema CCSVI und MS *for educational and informational purposes*.²⁰⁰

Außen vor bleiben an dieser Stelle jedoch die Fragen nach der Effektivität der Behandlung von CCSVI und ihrer moralischen Begründbarkeit, die im Diskurs ebenfalls eine wichtige Rolle spielen. Zu *Liberation Treatment* gab es zum Zeitpunkt des Entstehens der hier analysierten diskursiven Aussagen nur zwei Studien. Auch wenn die Behandlung mit den in Internetforen und auf der Homepage der *CCSVI Alliance* dargestellten positiven Wirkungen für die Patienten eine wichtige Rolle spielt, fehlt die wissenschaftliche Grundlage. Deren Darstellung und Interpretation ist hier die

199CAIII, Z.1 ff.

200http://www.ccsvi.org/index.php/component/search/index.php?option=com_search&task=search,
29.09.14.

Handlungsgrundlage der *CCSVI Alliance*:

*This article does NOT address CCSVI treatment effectiveness. Some may be disappointed by this, but the fact is that only two studies have explored CCSVI Treatment. Both were “open label” (not scientifically conclusive), and both found similar results (that treatment may help, but that more research is needed before any conclusions can be drawn).*²⁰¹

Wichtig ist bei dieser Aussage die Proposition: Beide Studien waren *open label*, also keine Blindstudien, und deshalb nicht wissenschaftlich beweiskräftig. Interessant ist hier, dass auch die ersten Studien von Zamboni und seinem Forscherteam unzureichend oder gar nicht verblindet waren, weswegen auch diese Forschungsergebnisse, die die Grundlage des gesamten Diskurses bilden, in anderen Aussagen nicht dem *minimum standard of scientific demands*²⁰² entsprechen. Im Diskurs sind auf beiden Seiten der Akteure, d.h. bei Befürwortern und Gegnern der CCSVI-Theorie, *blinding* und *scientific/scientifically* in der Argumentation und somit bei den Strategien der Wissensvermittlung wichtige Schlagwörter, die eingesetzt werden, um die eigene These zu untermauern und die Gegenseite zu diffamieren. Die strategische Rhetorik untermauert nicht nur inhaltlich die eigene Wahrheit, sondern auch die Legitimationsgrundlage. Sich den wissenschaftlichen Standards bewusst zu sein und diese als Grundlage für die Wissensvermittlung einzusetzen, soll zeigen, dass auch Laien ein wissenschaftliches Diskursensemble bilden können.

Um die Grundsatzfrage darauf aufbauend sachgemäß beantworten zu können, bietet das Diskursensemble *CCSVI Alliance* eine zusammenfassende Liste von ausgewählten Studien.²⁰³ Diese werden geteilt in *Studies supporting CCSVI in MS* und *Studies not supporting CCSVI in MS*. Die erste Gruppe umfasst fünf Studien aus den Jahren 2009 bis 2011, die zweite Gruppe sieben Studien aus den Jahren 2010 und 2011. Dabei handelt es sich um die ersten Grundlagenstudien aus den Anfangsjahren des wissenschaftlichen Diskursstrangs. Davon ausgehend wird auch hier ein wissenschaftlicher Analyseansatz gewählt, nämlich eine Metaanalyse: *A meta-analysis is a scientific process where results from multiple studies are selected, vetted, combined, and analyzed.*²⁰⁴ Hier wird auch noch einmal betont, dass trotz der verschiedenen Analysemethoden und Ergebnisse die *CCSVI Alliance* überzeugt ist, auch hier Licht in das Dunkel der Unwissenheit bringen zu können: *despite this complexity, we can make*

201CA III, Z.14 ff.

202Mayer, Ziemann 2011:64.

203Vgl. im Folgenden CA III.

204CA III, Z.49 f.

*some sense of this research.*²⁰⁵ Um den gesuchten Sinn herstellen zu können, umfasst die Metaanalyse fünf Punkte. Als erstes wurden dabei Recherchekriterien definiert, auf deren Grundlage dann als zweites Studien gesucht wurden, die MS und CCSVI analysiert haben, und die Grundsatzfrage beantworten könnten. Diese wurden vor allem in der Medizinliteraturdatenbank *PubMed* gefunden, der gängigen Datenbank für medizinisch-wissenschaftliche Veröffentlichungen. Der dritte Punkt beinhaltet *review and analyse*. Gesucht wurde dort v.a. nach *Fehlern* in Bezug auf das Stigmawort *bias*. In Korrelation mit der schon kritisierten Unzulänglichkeit ist *bias* in der Medizinforschung ein wichtiges Schlagwort und bezeichnet die *Voreingenommenheit* der Forscher, die die Analyseergebnisse subjektiv beeinflussen, entsprechend der Annahmen, die sie im Vorfeld schon bezüglich der Analyseergebnisse haben. Dabei handelt es sich um einen generellen Kritikpunkt in den Kämpfen der Wissenschaften, analog zu den Schlagwörtern *objektiv* und *subjektiv*. Um die Analyseergebnisse nicht zu beeinflussen, sollen die Analysen nicht *open label* sein. Vor allem in Zweifel gezogen, und auf der anderen Seite heftig verteidigt, sind die von Zamboni definierten fünf Analyse Kriterien.²⁰⁶ Die *CCSVI Alliance* argumentiert hier, da es keine anderen Analyse Kriterien gebe, müsse Zambonis Definition verwendet werden, weil sonst die Analyseergebnisse generell falsch seien, weil sie dann nicht CCSVI beträfen.²⁰⁷ Da Zamboni die Krankheit gewissermaßen erfunden hat, ist es durchaus fraglich, ob und wie sie außerhalb seiner Definition existiere, was hier aber m.E. eine bewusst eingesetzte argumentative Strategie ist, um bei aller vordergründig ausgeübten Kritik die CCSVI-These zu stützen. Die geeigneten Studien wurden im vierten Schritt analysiert und die Ergebnisse dann dargestellt, um die *“big picture” trends* zeigen zu können. Im fünften und letzten Schritt wurden dann noch einmal Probleme aufgegriffen, um zu erläutern, welche weiteren Studien (dringend) nötig seien, um diese zu lösen. Solange v.a. die gewünschten Ergebnisse noch nicht erzielt und die *Notstände* der Patienten noch nicht behoben sind, besteht weiterhin die Hoffnung, dass weitere Studien die Probleme doch noch lösen könnten. So ist eine der Propositionen der oben zitierten Aussage: *Weitere Studien sind nötig.*

Um bei diesem an der Lebenswirklichkeit der MS-Patienten gemessen einleuchtenden Wunsch nicht zu emotional und unvernünftig zu wirken, wird die wissenschaftliche Legitimation erarbeitet. Die Auswahl der passenden Studien

205CA III, Z.48.

206Vgl. Zamboni 2009a.

207Vgl. CA III, Z.98 ff.

wird in Korrelation mit den oben erläuternden Kritik-Schlagwörtern folgendermaßen zusammengefasst²⁰⁸:

1. *The size of the study.*
2. *Whether the researchers were trained in CCSVI diagnosis (to minimize bias effects).*
3. *Whether the study used a blind (more reliable) or open label (less reliable) protocol to minimize bias effects.*

Wichtig ist demnach die Größe der Studien, d.h. wie viele Studienteilnehmer untersucht wurden. Eine weitere Fehlerquelle wurde darin erkannt, dass nicht alle Forscher entsprechend ausgebildet waren. Das ist auch ein wichtiges, diskursives Argument, um Forscher, der Studien zu anderen Ergebnissen führen als Zambonis Studien, unglaublich wirken zu lassen. Daneben wurde geschaut, ob die Studien verblindet waren, oder nicht, wobei sich die beiden letzteren Kriterien auf Zuverlässigkeit und Objektivität beziehen. Aus der Metaanalyse wurde dann folgendes Schaubild erstellt:

208CA III, S.4.

Graph 1: Validated CCSVI Studies

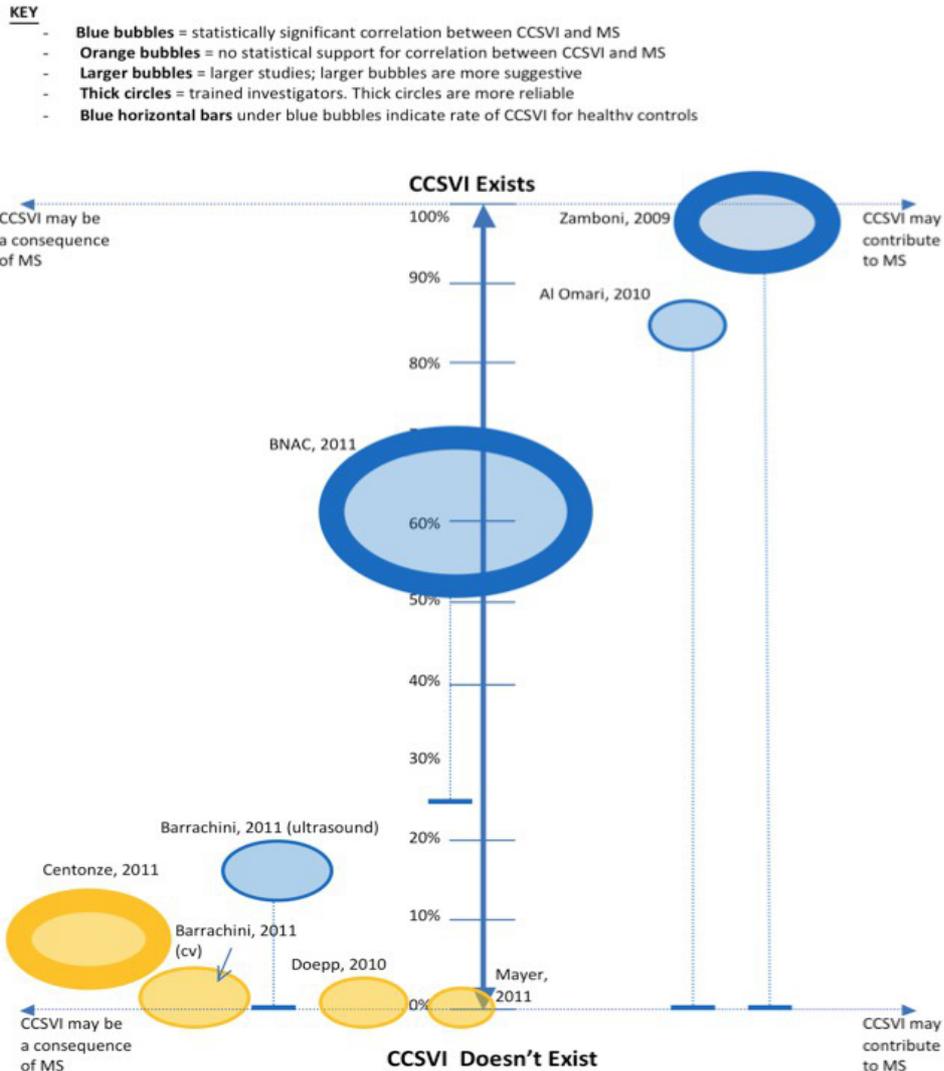


Abb. 9: Validated CCSVI Studies.

<http://www.ccsvi.org/index.php/advanced-topics/the-great-debate-ccsvi-and-ms>, 22.10.14.

Vertikal ist das Schaubild unterteilt in die Bereiche *MS existiert* und *MS existiert nicht*, auf einer X-Achse mit einer Skala von 0% bis 100%. Die Y-Achse hat die Eckpunkte *CCSVI könnte eine Konsequenz von MS sein* und *CCSVI könnte an MS beteiligt sein*. Erste interessante Hinweise lassen sich gleich in der Legende finden: Es gibt blaue und orangefarbene Kreise, die die analysierten Studien darstellen, wobei die blauen Kreise eine *statistisch signifikante Korrelation von MS und CCSVI* darstellen, wohingegen die orangefarben dargestellten Studien diese Korrelation *nicht unterstützen*. Neben den Farben der Kreise und der Anordnung im Koordinatenkreuz spielt die Größe der Kreise eine entscheidende Rolle: *large bubbles are more suggestive*. *Suggestive* ist hier m.E. ein Schlüsselwort der bildlichen Darstellung in Korrelation mit der textuellen

Wissensvermittlung: *If something is suggestive of something else, it makes you think about it.*²⁰⁹ Das legt dem Rezipienten nahe, gerade diese Studien und Forschungsergebnisse zu überdenken, im Gegensatz zu den anderen, was sich generell auf diskursive Aussagen beziehen lässt, wo versucht wird, die eigene Wahrheit als gesamtgesellschaftliche Wahrheit zu etablieren.

Abbildungen spielen eine wichtige Rolle in der populärwissenschaftlichen Wissensvermittlung, wobei es v.a. um einen „Blickfang“ geht, im Gegensatz zu Schaubildern in wissenschaftlichen Veröffentlichungen, die dort eine „erläuternde, didaktische, veranschaulichende Funktion“ ausfüllen.²¹⁰ Diese Funktion füllt das oben gezeigte Schaubild hier zwar aus und passt so eher zu Strategien der Forschungsliteratur, ist aber dennoch kritisch zu bewerten. Die Konklusion, die die *CCSVI Alliance* selbst aus ihrer Metaanalyse zieht, ist folgende: Erstens: Der Großteil der Studien geht in die Richtung CCSVI existiert und hängt mit MS zusammen. Zweitens: Der Diskurs über die Präsenz von CCSVI bleibt ungeklärt. Drittens: Die Ergebnisse befassen sich nicht mit der Frage, ob CCSVI eine Ursache von MS ist, oder MS eine Ursache von CCSVI. Diese Ergebnisse lassen für das Diskursensemble nur eine abschließende Beurteilung zu: *Given these findings, it becomes clear that the urgent need for well-designed studies continues.*²¹¹ Für Patienten, die auch ein reges Interesse an weiterer Forschung haben, um alle ungeklärten Fragen irgendwann befriedigend beantworten zu können, weist die *Alliance* auf noch geplante Studien hin, für die noch Probanden gesucht werden. Selbst ein Teil solcher Studien zu werden, stellt für Patienten eine Art der Handlungsmacht dar. Auf der Homepage *ccsvi.org* kann der Leser diese Studien unter der Überschrift *Clinical Trials in the US* in der Rubrik *Helping the Cause* finden. Im Rahmen der *Mission* lässt sich hier auch ein Appell erkennen, der Sache zu helfen. Die hier eingeforderte Hilfe besteht darin, Teil der noch dringend benötigten Studien zu werden, um damit auch anderen zu helfen: *Clinical Trials Advance CCSVI for Others.*²¹² Das Konzept „Hilfe“, in all seinen verschiedenen Ausprägungen, ist ein bedeutendes Konzept in Medizindiskursen. Hier zeigt sich, dass es für die Patienten verschiedene Interaktionsrollen im Zusammenspiel mit anderen Patienten und mit Ärzten gibt, wo es darum geht, Definitions- und Handlungsmacht durchzusetzen. Die eigene Wahrheit soll glaubhaft vermittelt werden, um dadurch

209<http://dictionary.cambridge.org/dictionary/british/suggestive>, 03.10.14.

210Niederhauser 1997:116 ff.

211CA III, S.7.

212<http://www.ccsvi.org/index.php/helping-the-cause/clinical-trials-in-the-us>, 08.10.14.

gewünschte nicht-sprachliche Handlungen zu erreichen, die die *Notstände* beheben sollen.

3.3.4. *Discussing CCSVI With Your Doctor*

Wie in der Konversation mit Ärzten über CCSVI gehandelt werden soll, erklärt die *CCSVI Alliance* mit appellativen Tipps in der Rubrik *Helping Myself*. Die Anleitung wie man das Thema CCSVI mit seinem Arzt, bzw. mit mehreren Ärzten diskutieren soll, ist eine Art ‚Hilfe zur Selbsthilfe‘. Um sein Ziel in der Interaktion mit Ärzten erreichen zu können, schlägt die *CCSVI Alliance* als erstes vor, ein *CCSVI Physician Team* zu bilden. Da die Korrelation von MS und CCSVI gerade in Hinblick auf die operative Behandlung verschiedene medizinische Fachrichtungen beinhaltet, ist eine Kommunikation mit verschiedenen Fachärzten notwendig. Dafür sollen sich *Ressourcen und Strategien* angeeignet und Folgendes beachtet werden:

*Many physicians are completely unaware of CCSVI, and you may be the first to introduce them to this theory and the supporting research. It is important that you prepare yourself with the necessary tools to reach out to them, cultivate their interest, and enlist their help.*²¹³

Die Patienten können laut *CCSVI Alliance* davon ausgehen, dass die Ärzte, mit denen sie reden werden, noch nichts von CCSVI gehört haben und *vollständig unwissend* sind. Die strukturell asymmetrische soziale Beziehung zwischen Ärzten und Patienten basiert u.a. auf der unterschiedlichen Wissensverteilung und den daraus resultierenden Rollen Experten und Laien. Wenn hier die Patienten die Wissensträger sind, muss man sich fragen, ob sie dadurch die Rolle der Experten einnehmen und die *Expertenmacht* erhalten. Bei chronischen Erkrankungen ist es nicht unüblich, dass der gut informierte Patient als Experte gilt. Hier gibt es verschiedene Patiententypen, wobei sich die Mitglieder der *CCSVI Alliance* dem Typ ‚Selbsthilfegruppenangehörige‘²¹⁴ zuordnen lassen. Diese sind qualitativ hochwertig informiert, wobei ihre Informationen aus Büchern, Internetquellen und Erfahrungsberichten stammen. Sie verfügen über so spezielle Informationen in Bezug auf Diagnose und Therapien, dass sie die Ärzte informieren können, was hier zur vermittelten Handlungsstrategie gehört. Findet wie beim hier analysierten Beispiel eine Verschiebung der Wissensasymmetrie statt, verändert sich dadurch die Arzt-Patient-Beziehung. Doch gerade im Gespräch haben

213CA IV, Z.1 ff.

214Tezcan-Güntekin 2010:98.

auch Ärzte ihre Strategien, um ihre „Expertenrolle“ wieder herzustellen, basierend auf der Annahme, Informiertheit sei nicht Kompetenz. Die Asymmetrie von Experte und Laie liegt dabei nicht im Wissensbestand, sondern in der Praxiserfahrung des ärztlichen Handelns, dem „Erfahrungswissen“.²¹⁵ Hier ist die Strategie der Ärzte, den Patient erst einmal erzählen zu lassen, was dieser alles weiß, dann aber selbst zu entscheiden, wie es weiter geht. Eine andere Strategie ist es, das Wissen des Patienten neu anzuordnen, wobei es vom Arzt in Einklang mit seinem eigenen Vorwissen gebracht wird, das der Patient nicht besitzt. Die Kompetenz zu entscheiden, welche Informationen die ‚richtigen‘ sind, liegt dabei beim Arzt. Daneben gibt es noch die Strategie, den Patienten verbal direkt dazu zu bringen, die Patientenrolle wieder anzunehmen und die Entscheidungen dem Arzt zu überlassen, was strategisch auch dadurch erreicht werden kann, dass man dem Patienten das Gefühl gibt, ihn durchaus ernst zu nehmen. Wenn die kommunikativen Strategien der Ärzte funktionieren, geben auch gut informierte Patienten die „Entscheidungshoheit“ wieder ab. Die von der *CCSVI Alliance* verbreiteten Strategien sollen dazu dienen, genau das zu verhindern. Generell hinterfragen informierte Patienten die Entscheidungsprozesse der Ärzte und führen sie dadurch mitunter auch zur Reflexivität ihrer Entscheidungen, v.a. bei jungen, unerfahrenen Ärzten und alten Ärzten, die neue Entwicklungen bei Diagnose und Therapie noch nicht kennen. Wenn ein MS-Patient einen passend erscheinenden Arzt ausgewählt und einen Termin vereinbart hat, rät die *CCSVI Alliance*, diesem im Gespräch die CCSVI-Theorie vorzustellen, zusammen mit den medizinischen Fachartikeln, die diese Theorie *unterstützen*. Es wäre rhetorisch im Rahmen der Strategie nicht sinnvoll, auch die Analyseergebnisse zu vermitteln, die CCSVI negieren oder ihren Zusammenhang mit MS in Frage stellen. Austin nennt eine solche Art illokutionärer Akte „exerzitive Äußerungen“, bei denen man sich bewusst für oder gegen ein bestimmtes Verhalten entscheidet und spricht.²¹⁶ Um ihre Rolle im Arzt-Patient-Gespräch adäquat ausfüllen zu können, ist es *wichtig*, dass sich die Patienten mit den *nötigen Werkzeugen* ausrüsten, um das *Interesse* der Gesprächspartner zu *fördern* und ihre *Hilfe* zu *gewinnen*.²¹⁷ Diese *Werkzeuge* sind Wissensbestände und Strategien für die geplanten Sprechhandlungen. Hier zeigt sich, wie die von Jäger in die Diskursanalyse eingebundene Tätigkeitstheorie von Leontjew gedeutet werden kann: Sprache wird bewusst als Werkzeug verstanden und benutzt. Sprechhandlungen werden

215Vgl. Tezcan-Güntekin 2010:98 ff.

216Austin 1972:173 f.

217CA IV, S.1, Z.1 ff.

zu Tätigkeiten, die auf der Grundlage eines Bedürfnisses ein Ziel verfolgen.²¹⁸ Das Ziel ist es, die Hilfe der Ärzte zu gewinnen, das Bedürfnis ist die erfolgreiche Behandlung der Krankheit und ein darauf basierendes besseres Leben. Dabei hilft die *Alliance* anderen Patienten in der Rubrik *Helping Myself* mit dem Ziel, deren Kommunikationsfähigkeit zu stärken, um dadurch eine unterstützende Beziehung zu Ärzten aufzubauen, die dann Teil des *CCSVI care team* werden könnten.²¹⁹ Eine sorgfältige Vorbereitung soll dabei helfen, die eigenen Ängste zu minimieren, die im Vorfeld von wichtigen Arztgesprächen nicht unüblich sind. Darüber hinaus soll die Vorbereitung dabei helfen, sich selbst und den Arzt auf Kurs zu halten und die gemeinsame Zeit sinnvoll zu nutzen. Für die Vorbereitung ist es wichtig, zuerst sorgfältig die Homepage der *CCSVI Alliance* zu lesen und sich dort mit dem Wissen über Diagnose und Therapie von CCSVI und mit den anatomischen Grundlagen und Körperfunktionen vertraut zu machen, um als informierter Patient den Expertenstatus einfordern zu können: *Prepare for the appointment by thoroughly reviewing the CCSVI Alliance website, familiarizing yourself with the venous anatomy of the head and neck area, and understanding how CCSVI is both diagnosed and treated.*²²⁰ Es ist wichtig, dass die Patienten gut informiert sind, damit sie im Gespräch einschätzen können, wie viel der Arzt weiß und wie seine persönliche Einstellung zu CCSVI ist, und auch dafür liefert die *CCSVI Alliance* die nötigen Werkzeuge. Auch wenn gesagt wird, dass die Patienten das Gespräch führen und dafür verantwortlich sind, sollen sie aufmerksam zuhören: *Although you are in charge of the visit, listen carefully to what he/she has to say as a guide on how to proceed.*²²¹ Der Arzt wird hier als *Führer* in Bezug auf das weitere Vorgehen bezeichnet. Da aber der Patient hier verbal das Handlungsrecht besitzt, kann man davon ausgehen, dass er die Entscheidungshoheit nicht generell dem Arzt überlassen wird und dieser nicht zum *Anführer* wird. Hier sind die Arzt-Patient-Rollen umgekehrt dargestellt und geplant, da der Erhalt von Rede- und Fragerecht in Arzt-Patient-Gesprächen i.d.R. vom Arzt bestimmt wird.²²² Die schematische Darstellung einer Systematik von Arzt-Patient-Gesprächen von Nowak zeigt, welche sprachlichen Interaktionsbereiche es gibt und wie sie von Ärzten gelenkt werden:

218Vgl. Jäger ⁴2004: 113f.

219CA IV, Z.3ff.

220CA IV, S.1, Z.16 ff.

221CA IV, S.1, Z.27 ff.

222In der Konversationsanalyse geht man davon aus, dass verbale Interaktionen i.d.R. eine alternierende Sprecherabfolge aufweisen. Beim Akt des Sprecherwechsels (*turn taking*) wird das Rederecht für den anderen Sprecher frei gemacht, oder von ihm aus an sich genommen. Vgl. Deppermann ⁴2008, v.a. Kap. 6.2. S.53-78.

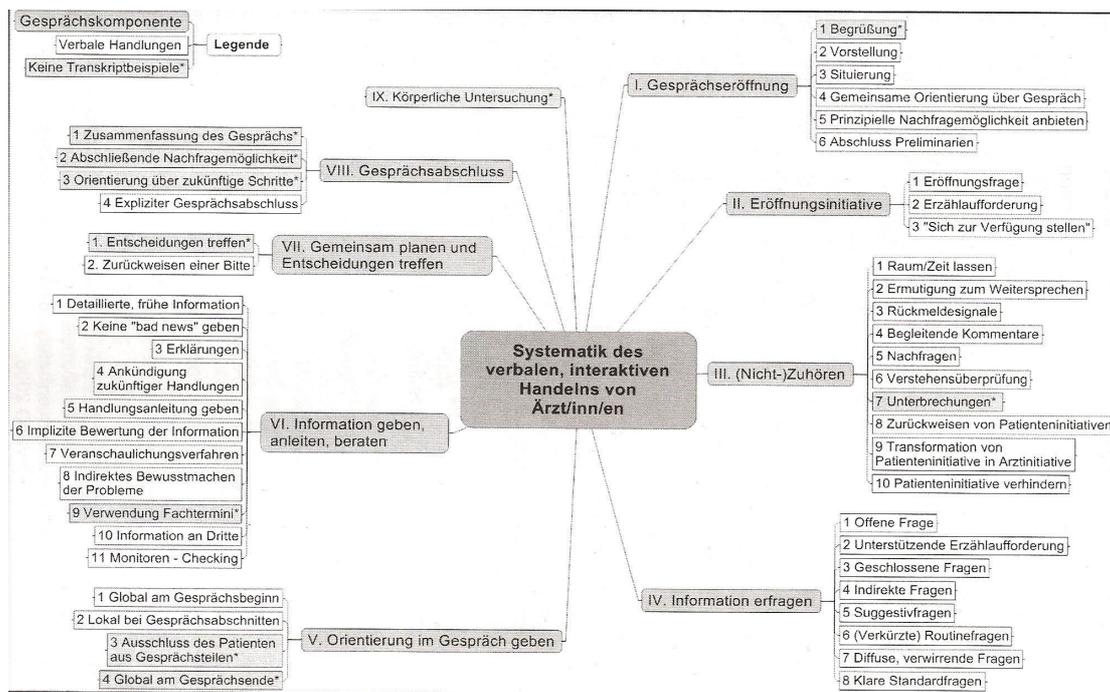


Abb. 10: Die Systematik des sprachlichen Handelns von Ärzt/inn/en, Nowak 2010:231.

Die vermittelten Sprechhandlungsstrategien der *CCSVI Alliance* setzen an folgenden Punkten an: In der Gesprächseröffnung v.a. bei der Vorstellung des eigenen Krankheitsverlaufs, der gemeinsamen Orientierung über das Gespräch über CCSVI und dem Anbieten von Nachfragemöglichkeiten. Bei der „Eröffnungsinitiative“ wird v.a. das „sich zur Verfügung stellen“ genau überprüft: *Not all physicians will be interested in CCSVI. As a matter of fact, many will NOT be. If you detect an interest, however, cultivate it by making an appointment to discuss it further with him/her.*²²³ Im Gespräch soll also herausgefunden werden, ob der Arzt überhaupt Interesse zeigt. Wenn es entdeckt wird, soll es in einem weiteren Termin ausgebaut werden. Wird ein weiterer Termin vereinbart, kann dann strategisch gefragt werden: *“Would you like me to send CCSVI research documents and the address of a helpful website prior to the appointment?”*²²⁴ Hier spielt die *CCSVI Alliance* wieder ihre Rolle als hilfreicher Wissensvermittler für Laien. Eine Rolle, die Patienten auch einnehmen, wenn sie ihre Ärzte fragen, ob sie ihnen Forschungsartikel schicken sollen, als Vorbereitung auf den nächsten Termin. In der Regel liegt die Aufgabe des Informierens und Bewertens von Informationen im Interaktionsbereich „Information geben, anleiten, beraten“ bei den Ärzten. Vergleicht man nun die Strategien der *CCSVI Alliance* mit zwei gängigen

223CA IV, S.1, Z.5 f.

224CA IV, S.1, Z.7 f.

Strategien von Ärzten im Umgang mit gut informierten Patienten, lässt sich Folgendes feststellen. Eine Strategie ist, dass der Arzt dem Patienten qualitativ hochwertige Webseiten mit Informationen zu seiner Krankheit empfiehlt. Das ist allerdings insofern schwierig, da der Arzt dann eine Bandbreite von Internetportalen zu allen Krankheiten seines Fachgebietes kennen müsste. Daneben gibt es deshalb eine andere Strategie, eine patientenorientierte, kooperative Lösung, bei der ein „Bündnis“ eingegangen wird: Der Patient recherchiert, weil er mehr Zeit hat, trägt Informationen zusammen und im Gespräch werden diese Informationen dann vom Arzt bewertet: „Der Arzt, der über die Kompetenz und die nötige Wissensbasis verfügt, diese Informationen zu analysieren, teilt dem Patienten die für ihn relevanten Anteile mit.“²²⁵ Bei der Strategie der *CCSVI Alliance* hat der Patient die nötigen Informationen schon zusammengetragen und hat durchaus das Ziel, ein „Bündnis“ einzugehen. Er entscheidet aber selbst, was relevant ist, analysiert die Wissensbestände und informiert den Arzt. Ärzte, die nicht viel Erfahrung mit der Informations- und Kommunikationstechnologie Internet haben, sehen sich dann aber oft bedroht und verwenden die Strategie „Kontaktverknappung“: Sie verkürzen die Zeit des Termins, um den Patienten schneller zur selbst geplanten Handlungsoption zu bringen.²²⁶ Es ist in der Systematik der verbalen Arzt-Patient-Interaktion erkenntlich, dass nicht selten von Ärzten nicht richtig zugehört wird und dadurch Patienteninitiativen zurückgewiesen und verhindert werden (s.o.).

Falls der aufgesuchte Arzt nicht helfen möchte, soll der Patient das taktvoll akzeptieren und dann den nächsten Arzt aufsuchen: *Don't assume your physician will or won't be interested in CCSVI, but be prepared to gracefully accept the possibility of being turned down. If this happens, move on to the next doctor on your list.*²²⁷ Wenn der Patient das macht, hat die verbale Handlungsstrategie des Arztes zum Behalten der Entscheidungshoheit und Handlungsmacht nicht gefruchtet. Die Gesprächskomponente „Gemeinsam planen und Entscheidungen treffen“ beinhaltet beide Möglichkeiten: „Entscheidung treffen“ und „Zurückweisen einer Bitte“. Wenn die Bitte nach Hilfe bei Diagnose und Therapie in Bezug auf CCSVI zurückgewiesen wird, soll ein Arzt gesucht und gefunden werden, der erfahren, gut informiert und vollständig engagiert ist: *It is important for you to have a fully committed, well-informed, skilled practitioner on your health care team especially when contemplating something as new as CCSVI.*²²⁸ Das

225Tezcan-Güntekin 2010:100.

226Tezcan-Güntekin 2010:99.

227CA IV, S.1, Z.11 ff.

228CA IV, S.1, Z.13 f.

heißt, bei einer nicht grundsätzlich wissenschaftlich akzeptierten Genealogie wie CCSVI muss der aufgesuchte Arzt entweder schon überzeugt sein, oder überzeugt werden. Um Überzeugungsarbeit leisten zu können, soll der Patient erneut die auf der Homepage erhältlichen Fachartikel vorab schicken, oder beim ersten Treffen mitnehmen. Daneben wird auch empfohlen, eine Liste von Fragen mitzunehmen, die die *CCSVI Alliance* ebenfalls schon vorgefertigt hat, zugeschnitten auf die *einzigartige Situation* von MS-Patienten. Zum Gespräch soll am Besten noch jemand anderes mitgenommen werden, der ebenso gut informiert ist und die Fragen stellt, die man selbst vergisst. Damit man dann die Antworten nicht vergisst, sei es sinnvoll, ein Tonbandgerät mitzunehmen und den Arzt zu fragen, ob er damit einverstanden sei, dass das Gespräch aufgezeichnet würde. Da Patienteninitiativen nicht selten verhindert, und Patienten aus Gesprächsteilen ausgeschlossen werden, ist es m.E. fraglich, ob der Arzt dem zustimmt und diese Bitte nicht zurückweist. Abschließend ist es laut *CCSVI Alliance* wichtig, dass der Patient am Ende des Gesprächs sicher ist, dass er richtig verstanden hat, ob und wie der Arzt glaubt, ihn unterstützen zu können. Das wird im letzten strategischen Appell an dieser Stelle zusammengefasst: *If you are unsure... ASK!*²²⁹ Eine abschließende Nachfragemöglichkeit gehört i.d.R. zum Gesprächsende der Arzt-Patient-Interaktion, wobei allerdings, wie bereits erwähnt, die Entscheidung, welche Fragen beantwortet werden, beim Arzt liegt und der Patient nicht sicher sein kann, ob dem illokutionären Akt die gewünschte Perlokution folgt. Die Frage, wie es wirklich in Arzt-Patient-Gesprächen über CCSVI aussieht, wenn die Strategien der Patienten auf die Strategien der Ärzte treffen, wird an dieser Stelle nicht beantwortet, es wäre aber durchaus interessant, entsprechende Gespräche zu analysieren und mit den bereits analysierten diskursiven Aussagen und Diskursereignissen in Einklang zu bringen.

Die Aussagen der *CCSVI Alliance* haben im folgenden Teil eindeutige Propositionen: Die Verantwortung für die diskursiven Handlungen, die Verantwortung für die Arzt-Patient-Interaktion(en) und die Verantwortung für das eigene Leben liegen beim Patienten: *Remember, this is YOUR visit and the discussion is about YOUR health. It is vital that you assume responsibility for keeping the discussion focused. Do not be afraid to speak up and, if necessary, refocus the discussion.*²³⁰ *Responsibility* ist hier ein wichtiges Schlüsselwort für die Patientenrolle. Dabei ist es entscheidend, dass man als

229CA IV, S.2, Z.10.

230CA IV, S.2, Z.16 ff.

Patient die Verantwortung für den Gesprächsverlauf übernimmt. So stammen auch viele der in dem Teil *Helping Myself* verwendeten Wörter aus dem Konzept „Vorbereitung“, wie *prepare, prepared, preparation*. Gut organisiert, informiert und vorbereitet zu sein, ist ebenfalls die *Verantwortung* der Patienten, bei jedem Arzt-Patient-Treffen: *Your responsibility in any health care encounter is to be well organized, informed and prepared [...], you must clearly state why you are there and what you hope to gain from the visit*. Gut über die Krankheit und seinen eigenen Gesundheitszustand informiert zu sein und auf Grund der Wissensbestände Ziele benennen und Entscheidungen schlüssig begründen zu können, gilt als „rational“, was eine entscheidende Voraussetzung dafür ist, von Ärzten in der Interaktion ernst genommen zu werden.²³¹ Neben *responsibility* sind die weiteren oft verwendeten Wörter aus den Konzepten „Helfen“ und „Unterstützen“, wie *help, support, supportive, supporting*. Es lassen sich verschiedene Topoi erkennen, die man als themenspezifische Denkschemata in Argumentationen verstehen kann.²³² Hier sind es m.E. Denkschemata in und als Teil der Wissensvermittlung. So bilden sie eine Brücke von illokutionären Sprechakten zur Perlokution, der gewünschten und so gelenkten sprachlichen Handlung der Patienten in Arzt-Patient-Gesprächen und den darauf folgenden außersprachlichen Handlungen von Ärzten in Zusammenarbeit mit Patienten. Es lassen sich im hier analysierten Bereich *Helping Myself* vier verschiedene Topoi ausmachen:

1. Wissens-Topos, bei dem Wissen an Patienten vermittelt wird, das diese an Ärzte weiter vermitteln sollen.
2. Verantwortungs-Topos, wo argumentiert wird, dass die Verantwortung für das eigene Leben und für die (Be-) Handlung(en) bei den Patienten liegt.
3. Handlungs-Topos, der in Korrelation mit dem Verantwortungs-Topos noch direkter auf die Handlungsmacht der Patienten eingeht
4. Hilfe-Topos, wo argumentiert wird, dass die Patienten sich selbst und anderen Patienten helfen und Hilfe bei den Ärzten einfordern sollen.

Hier schließt sich der Kreis der ‚Hilfhermeneutik‘: Die *CCSVI Alliance* hilft anderen MS-Patienten bei der Suche nach und der Kommunikation mit Fachärzten, die dann den Patienten helfen. Und selbst wenn sich im Gespräch herausstellen sollte, dass bestimmte ausgewählte Ärzte nicht bereit sind, den Patienten bei der Untersuchung und vor allem

231Vgl. Kiesel 2012:265.

232Vgl. Wengeler 2008:218-222.

der Behandlung von CCSVI zu helfen, helfen die abgewiesenen Patienten wiederum anderen Patienten, da sie das Wissen über CCSVI und die positive Einstellung dazu weitertragen und so möglicherweise für nachfolgende Patienten die Tür öffnen. Dass man in den Gesprächen nicht nur gut informiert und vorbereitet sein soll, sondern immer höflich und professionell, wird ebenfalls als wichtig erachtet, um eine gute Beziehung zu weiteren, möglichen Alliierten zu fördern:

*Always be professional and courteous. Remember, you may not accomplish your goal of enlisting this physician's support during the visit, but you may succeed in opening the door for someone else with the same concern. Cultivating good relationships with potential medical allies of CCSVI is a job we can all do.*²³³

Das ist auch die Grundlage für ein *Shared-Decision-Making*, der gemeinsamen Entscheidungsfindung von Arzt und Patient bzgl. Diagnose und Therapie auf der Basis gegenseitiger Information. Dabei ist für die Patienten eine Erhöhung von Kontrollgefühlen wichtig, da v.a. chronische Krankheiten die Zukunft ungewiss und nicht planbar erscheinen lassen. Hier lässt sich auch der Handlungs-Topos erkennen. Die Erhöhung des Kontrollgefühls beim Patienten in einer Situation krankheitsbedingter Hilflosigkeit kann als größter Nutzen beim *Shared-Decision-Making* gesehen werden und wird gestärkt durch das Verfügen von Informationen und durch Entscheidungsfreiheit.²³⁴ Eine gute Beziehung zu Ärzten für ein *Shared-Decision-Making* aufzubauen, ist eine Aufgabe, die alle Patienten ausüben können und auch sollen, um die *Mission* der *Alliance* zu erfüllen. Hier werden auf Grundlage der christlich-metaphorischen Strukturierung weitere Gläubige ausgesendet, um Ungläubige zu missionieren: *It is an exciting time for CCSVI and MS. Please join us in opening veins and opening minds.*²³⁵

3.3.5. Metaanalyse: Bewertung der Online-Patienteninformation nach DISCERN

Da sich bei der Analyse gezeigt hat, dass die Hauptaufgabe der *CCSVI Alliance* beim Wissenstransfer in Bezug auf eine nicht-anerkannte medizinisch-wissenschaftliche Theorie liegt, stellt sich darüber hinaus die Frage, wie und ob man das vermittelte Wissen bewerten kann und was das für die Patientenrollen im Medizindiskurs bedeutet. Um die Qualität von medizinischen Patienteninformationen zu Behandlungsalternativen bewerten zu können, wurden in einem Forschungsprojekt in Zusammenarbeit mit

233CA IV, S.2, Z.19 ff.

234Siegrist⁶2005:265 f.

235CA II, Z.27.

Ärzten, Patienten, Interessensvertretern von Selbsthilfegruppen, Medizinjournalisten und Verlegern die „Qualitätskriterien für Patienteninformationen“ DISCERN entwickelt.²³⁶ DISCERN ist ein kurzer Fragebogen, der aus Patientensicht auf der Grundlage der Konzepte „evidenzbasierte Behandlung“ und „Shared-Decision-Making“ verfasst wurde, wobei die Bewertung der Inhalte von Gesundheitsinformationen die Patienten stärken soll.²³⁷ Ursprünglich war der Fragebogen für Druckerzeugnisse gedacht, kann aber auch zur Analyse von schriftlichen Online-Medizininformationen benutzt werden, da der Transfer von Patienteninformationen zunehmend im Internet stattfindet. Eine qualitativ gute Patienteninformation über Behandlungsalternativen soll nach DISCERN:

1. Klare Ziele haben
2. Ihre Ziele erreichen
3. Für den Nutzer bedeutsam sein
4. Ihre Informationsquellen klar benennen
5. Das Erstellungsdatum der Informationen klar benennen
6. Ausgewogen und unbeeinflusst sein
7. Zusätzliche Informationsquellen aufführen
8. Auf Bereiche von Unsicherheit hinweisen
9. Die Wirkungsweise eines Behandlungsverfahrens beschreiben
10. Den Nutzen eines Behandlungsverfahrens beschreiben
11. Die Risiken eines Behandlungsverfahrens beschreiben
12. Die Folgen einer Nicht-Behandlung beschreiben
13. Die Auswirkungen von Behandlungsverfahren auf die Lebensqualität beschreiben
14. Verdeutlichen, dass mehr als ein mögliches Behandlungsverfahren existieren könnte
15. Eine partnerschaftliche Entscheidungsfindung (shared decision-making) unterstützen

Die Kurzübersicht über die DISCERN-Kriterien²³⁸ zeigt fünfzehn Fragen, die in zwei Abschnitte unterteilt sind. Abschnitt eins (Fragen 1-8) befasst sich mit der Zuverlässigkeit der Publikation, oder der Online-Texte, in Hinblick auf die Vertrauenswürdigkeit für eine Entscheidungsfindung. Abschnitt zwei (Fragen 9-15) widmet sich bestimmten Einzelheiten der Informationen über Behandlungsalternativen. Nach der Bewertung der fünfzehn Analysepunkte soll in einem dritten Abschnitt bei einer letzten Frage die abschließende, persönliche Bewertung der Gesamtqualität der Patienteninformation erfolgen. Im Folgenden sollen nun die DISCERN-Kriterien

²³⁶<http://www.discrim.de/>, 13.08.14.

²³⁷Vgl. <http://www.discrim.de/>, 13.08.14.

²³⁸<http://www.discrim.de/kurz.htm>, 13.08.14.

verwendet werden, um die Qualität des vermittelten Wissens auf der Website der *CCSVI Alliance* zu bewerten in Hinblick auf die Frage, was das für ihre Rolle beim Wissenstransfer im Medizindiskurs bedeutet. Nach DISCERN sollen bei der Analyse der Patienteninformationen ein bis fünf Punkt(e) vergeben werden, wobei ein Punkt für „nein“ steht, fünf Punkte für „ja“, drei Punkte für „teilweise“. Punkte werden bei der hier folgenden Analyse nicht vergeben. Es wird betrachtet, welche DISCERN-Fragen mit „ja“ beantwortet werden können.

Der erste Punkt „klare Ziele haben“ wird folgendermaßen erläutert: „Eine Publikation sollte mit einem Überblick beginnen, der deutlich macht, wovon die Publikation handelt, welche Bereiche sie abdeckt und für wen sie gedacht ist.“²³⁹ Die Homepage der *CCSVI Alliance* erfüllt diesen Punkt in der Einleitung *Welcome to CCSVI Alliance* und ihrem *Mission Statetement*. Die zweite Frage, ob sie ihre „Ziele erreich[t]“, ist erst einmal nicht genau zu beantworten. In der „Anleitung zur Bewertung“ von DISCERN heißt es: „Eine qualitativ gute Publikation wird genau die Informationen vermitteln, die sie vermitteln will.“²⁴⁰ Die *CCSVI Alliance* möchte v.a. Informationen über CCSVI und ihre Behandlung vermitteln und wird dieser Anforderung gerecht. Ob das für eine positive Bewertung der Qualität von Informationen ausreicht, wenn die vermittelten Informationen nicht kritisch hinterfragt werden (sollen), ist m.E. fraglich und kein gewinnbringendes Analysekriterium. Der dritte Punkt stellt sich der Frage, ob die Information „für den Nutzer bedeutsam“ ist, in Bezug auf seine „Lebensgestaltung und Lebensumstände“.²⁴¹ Da die Informationen der *CCSVI Alliance* v.a. von Patienten und ihren Angehörigen stammen, wird gerade die Lebenssituation in Bezug auf MS und CCSVI behandelt und eine neue Therapieoption ist für Patienten mit einer chronischen Krankheit durchaus bedeutend, sodass die Frage hier mit „ja“ beantwortet werden kann. Geachtet werden soll bei dieser Frage auf Folgendes: „Die Publikation sollte weder Empfehlungen abgeben, die wirklichkeitsfremd sind, noch Vermutungen oder eine Sprache enthalten, die Sie für unangemessen oder beleidigend halten.“ Wie bei der linguistischen Diskursanalyse bis jetzt gezeigt wurde, haben verschiedene Akteure verschiedene Wahrheiten, was dann auch zu anderen Wirklichkeiten führen kann. So kann die Frage, ob Informationen „wirklichkeitsfremd“ sind, nicht allgemeingültig beantwortet werden und hängt bei Medizindiskursen von den Diskurspositionen der

239<http://www.discrim.de/hinweise/frage1.htm>, 13.08.14.

240<http://www.discrim.de/hinweise/frage2.htm>, 13.08.14.

241<http://www.discrim.de/hinweise/frage3.htm>, 13.08.14.

Akteure ab, ansonsten von den subjektiven Empfindungen der Rezipienten, was auch auf die Frage nach der Angemessenheit zutrifft. Eine „unangemessene“ oder „beleidigende“ Wortwahl konnte aus linguistischer Sicht bei der *CCSVI Alliance* nicht festgestellt werden. Im vierten Punkt wird nachgesehen, ob die Anbieter der Patienteninformationen „ihre Informationsquellen klar benennen“:

Informationen über Behandlungsalternativen sollten fehlerfrei sein und auf den besten verfügbaren wissenschaftlichen Erkenntnissen beruhen. DISCERN kann Ihnen nicht vermitteln, ob eine Information wahr ist oder auf richtigen Erkenntnissen beruht, weil dies die Überprüfung anhand anderer Quellen erfordern würde. Eine qualitativ gute Publikation wird jedoch angeben, woher die Erkenntnisse für eine Information über Behandlungsalternativen stammen.²⁴²

Hier lässt sich ein Hinweis auf die Problematik der Bewertung mit DISCERN ausmachen, da nicht genau herausgefunden werden kann, ob die Informationen „wahr“ sind, die verwendeten Informationsquellen werden von der *CCSVI Alliance* aber klar benannt. Das Erstellungsdatum der verwendeten wissenschaftlichen Informationsquellen wird auch angegeben, wobei der Punkt „die aktuellsten Entwicklungen aus Wissenschaft und Praxis berücksichtigen“²⁴³ bei der *CCSVI Alliance* ebenfalls zutrifft. Die veränderten Inhalte der Homepage zeigen auch, dass sich die Hersteller der Patienteninformation der Entwicklung des Diskurses anpassen und Punkt vier und fünf der Kriterien können auch mit „ja“ beantwortet werden. Das sechste DISCERN-Kriterium stellt sich der Frage, ob die Information „ausgewogen und unbeeinflusst“ ist: „Eine Publikation sollte ehrlich und informativ sein. Sie sollte Sie nicht beeinflussen, indem sie "Werbung" für eine bestimmte Behandlungsalternative macht oder eine "Schock-Strategie" anwendet.“ Wie gezeigt wurde, lässt sich bei der *CCSVI Alliance* keine (Laien-)Inszenierung ausmachen und als direktes Werbemedium für *Liberation Treatment* lassen sich ihre Aussagen auch nicht bewerten, da sie bewusst darauf hinweist, nur Wissen zu vermitteln, dass es (noch) keine allgemeingültige Wahrheit gibt und dass die Entscheidung nur beim Patienten liegt. Darüber hinaus lassen sich „zusätzliche Informationsquellen“ zur weiterführenden Lektüre und zu anderen Organisationen ausmachen, weswegen man Punkt sieben auch mit „ja“ beantworten kann. Die achte DISCERN-Frage widmet sich dem Thema „Auf Bereiche von Unsicherheit hinweisen“. Wie in der Analyse an mehreren Stellen festgestellt wurde, wird durchaus darauf hingewiesen, dass die Korrelation von MS und CCSVI

242<http://www.discrim.de/hinweise/frage4.htm>, 13.08.14.

243<http://www.discrim.de/hinweise/frage5.htm>, 13.08.14.

und die Frage nach der Wirkung der Behandlungsoption nicht abschließend geklärt sei, weswegen weitere klinische Studien von Nöten seien. Die *CCSVI Alliance* weist mehrfach darauf hin, dass sie zwar Wissen vermittelt, aber keine Anleitung für eine Behandlung gibt. Die Punkte neun und zehn fragen danach, ob „Wirkungsweise“ und „Nutzen eines Behandlungsverfahrens beschrieben“ werden. In Hinblick v.a. auf die Bereiche *Treatment and Efficacy*²⁴⁴ und *Patient Perspective*²⁴⁵ können auch diese Fragen mit „ja“ beantwortet werden. Betrachtet man dann Punkt elf, kann man erkennen, dass den Risiken der Behandlungsverfahren bei CCSVI eine eigene Rubrik gewidmet wird:

*The aim of CCSVI Alliance's Treatment Risks section is neither to promote nor denigrate CCSVI treatment – we hope only to inform potential patients, their loved ones, and medical providers with the most accurate information available. We believe that CCSVI treatment decisions are best made by informed patients in conjunction with trusted and knowledgeable medical professionals.*²⁴⁶

Dazu findet man an dieser Stelle einen Link zur *FDA Safety Communication* in Bezug auf CCSVI.²⁴⁷ Die „Folgen einer Nicht-Behandlung“ werden auf der Homepage nicht beschrieben, sondern es wird eine mögliche Therapieoption dargestellt. Sich bei der chronischen Krankheit MS nicht behandeln zu lassen, wird nicht thematisiert und kommt vermutlich für viele Patienten nicht in Frage. Punkt dreizehn, „die Auswirkungen des Behandlungsverfahrens auf die Lebensqualität“, wird hingegen an mehreren Stellen ausführlich beschreiben, v.a. in den Erfahrungsberichten von Patienten und Angehörigen zu Diagnose und Behandlung.²⁴⁸ Es soll bei den Patienteninformationen auch gezeigt werden, „dass mehr als ein mögliches Behandlungsverfahren existieren könnte“. Therapieoptionen zu *Liberation Treatment* werden nicht genannt, da gerade diese Therapie als mögliche Alternative zu MS-Medikamenten dargestellt wird. Es wird aber erwähnt, dass es bei der Behandlung von CCSVI verschiedene Möglichkeiten gibt, nämlich *balloon angioplasty and/or stent placement*.²⁴⁹ Risiken und Möglichkeiten der Alternativen werden mit Verweis auf Studien und Fachartikel erklärt. Bei der fünfzehnten Frage soll untersucht werden, ob eine „partnerschaftliche Entscheidungsfindung“ unterstützt wird. *Shared-Decision-Making* hat einen hohen Stellenwert für das Diskursensemble *CCSVI Alliance*. Die Zusammenarbeit mit Ärzten wird an mehreren Stellen betont und die Patienten werden

244<http://www.ccsvi.org/index.php/advanced-topics/treatment-and-efficacy>, 13.08.14.

245<http://www.ccsvi.org/index.php/patient-perspectives/living-the-experience>, 13.08.14.

246<http://www.ccsvi.org/index.php/advanced-topics/treatment-risks>, 08.10.14.

247<http://www.fda.gov/MedicalDevices/Safety/AlertsandNotices/ucm303318.htm>, 11.08.14.

248<http://www.ccsvi.org/index.php/patient-perspectives/living-the-experience>, 13.08.14.

249<http://www.ccsvi.org/index.php/advanced-topics/treatment-and-efficacy>, 05.09.14.

entsprechend auf Arzt-Patient-Gespräche vorbereitet. Wie und wo Ärzte genau in der *CCSVI Alliance* eine Rolle bei der Wissensvermittlung spielen, konnte bei der Analyse nicht bestimmt werden, der (frühere) Hinweis auf die Zusammenarbeit mit Ärzten wurde aus Expertensicht jedoch durchaus positiv bewertet:

[...] the information on the site is screened by a board of directors and an advisory board, consisting of physicians and scientists who are knowledgeable about the current research on CCSVI. This helps to maintain a balanced and fact-based approach to this Website. Overall, the information on this site is meant to improve services to the patient and medical communities.²⁵⁰

Shared-Decision-Making ist ein entscheidendes Konzept in Medizindiskursen und Arzt-Patient-Beziehungen, wobei die Bewertung von den Diskurspositionen und (sozialen) Rollen der Interaktionspartner abhängt und entsprechend zu unterschiedlichen Ergebnissen führt.

Bei dem sechzehnten und letzten DISCERN-Kriterium, der abschließenden Bewertung, lässt sich als erstes konstatieren, dass empirische Daten, z.B. Interviews mit Rezipienten, zur weiteren Bewertung der Homepage nicht vorliegen und nach DISCERN auch kein Analysekriterium darstellen, obwohl sie zur Bewertung der Patienteninformation(en) durchaus hilfreich wären. Die Rubrik *Patient Perspektive* lässt hier vermuten, dass die Patienten nicht nur mit der CCSVI-Behandlung zufrieden sind, sondern auch mit dem Wissenstransfer der Homepage *ccsvi.org*. So heißt es in der Aussage eines Patienten nach seiner Behandlung: *I am committed to working with CCSVI.org to help.*²⁵¹ Busch weist darauf hin, dass die DISCERN-Kriterien zwar hilfreich seien, aber nicht die sprachliche und kommunikative Qualität der textuellen Informationen berücksichtigten.²⁵² Was m.E. fehlt, ist eine kritische Betrachtung der kommunikativen Strategien und die Frage, welche „Wahrheit“ qualitativ gut vermittelt wird. Ob die Patienteninformation der *CCSVI Alliance* „gut“ oder „schlecht“ ist, soll hier nicht grundsätzlich entschieden werden. Es zeigt sich aber, welche entscheidende Rolle die Patienten hier als Wissensvermittler einnehmen, wenn wissenschaftliche Bewertungskriterien ergeben, dass die Patienteninformation „gut“ ist. Dabei nimmt auch das Internet eine zentrale Rolle bei dem Transfer von Medizininformationen an Patienten ein. Da in der hier vorliegenden Analyse der Wissenstransfer auch von Patienten ausgeht, zeigt sich hier die Machtposition der Patienten in Medizindiskursen, wo sie eine Rolle als *ideology brokers* einnehmen. Da die wachsende Bedeutung der

250Vera 2012:156.

251<http://www.ccsvi.org/index.php/patient-perspectives/living-the-experience>, 03.10.14.

252Busch 2005:120 ff.

Patienten bei der Wissensvermittlung mit ihrer Rolle beim *Shared-Decision-Making* korreliert, kann man davon ausgehen, dass sich nicht nur Medizindiskurse, sondern auch Arzt-Patient-Beziehungen gerade in Hinblick auf Therapieoptionen weiterhin verändern werden und die Konzepte Wissenstransfer und *Shared-Decision-Making* unter Berücksichtigung der verschiedenen Akteursseiten gesamtgesellschaftlich neu bedacht und erforscht werden sollten.

3.4. Ebene der Diskursereignisse

Auf der Ebene der Diskursereignisse wird untersucht, wie und wo die bereits analysierten Aussagen weitere sprachliche und nicht-sprachliche Handlungen bedingen, die als Diskursereignisse aufgefasst werden können. Dabei werden auch Diskurs(strang)verschränkungen mitberücksichtigt und v.a. die möglichen Antworten auf die Frage gesucht, ob, wie und wo die diskursiven Aussagen neue Wahrheiten durchsetzen und somit neue gesellschaftliche Wirklichkeiten etablieren konnten. Wie bei der Analyse der textuellen Ebene zu sehen war, sind die positivierten Aussagen für die Patienten das Tor zur außersprachlichen Handlungsebene der Diskursereignisse:

Man muß weiterreden, ich kann nicht weitermachen, man muß weiterreden, man muss Wörter sagen, solange es welche gibt; man muß sie sagen, bis sie mich finden, bis sie mich sagen [...]; man muß weiterreden; vielleicht ist es schon getan, vielleicht haben sie mich schon gesagt, vielleicht haben sie mich schon an die Schwelle meiner Geschichte getragen, an das Tor, welches sich schon auf meine Geschichte öffnet [...].²⁵³

Davon ausgehend, dass Diskurse ein Fluss von Wissen und Aussagen durch Zeit und Raum sind, kann im Folgenden zusammenfassend analysiert werden, ob die Akteure durch ihre Aussagen ein Teil anderer diskursiver Aussagen, weiterer Diskursstränge und neuer Diskursereignisse geworden sind, und wo sich das Tor zu ihrer Geschichte geöffnet hat.

3.4.1. Handlung und Wirklichkeit: Eine neue Therapieoption

Wie bereits gezeigt, gibt es ein großes mediales Interesse an dem Thema CCSVI, v.a. in Kanada, wo die Menschen laut *CTV W5* besonders schwer von der Krankheit MS betroffen sein sollen.²⁵⁴ Die mediale Inszenierung von Krankheiten und Betroffenen ist

²⁵³Foucault ¹⁰2007:9.

²⁵⁴Die Krankheit kommt in Kanada zwar häufig vor, aber nicht nur dort. Regionen mit hohen Erkrankungsraten und -risiken bei MS sind Europa, Nordamerika und Australien. Vgl. Flachenecker, Zettel ⁵2012:12f.

gerade bei chronischen Krankheiten nicht untypisch, auf der Suche nach neuen und besseren Behandlungsmöglichkeiten. In Kanada wurde daneben von Patienten zusammen mit Anwälten auch starker Druck auf die Politik ausgeübt, um die rechtliche Legitimation bei der Forderung nach weiteren Studien zu sichern. Dort haben die Patienten den virtuellen Raum Internet verlassen und sind auf die Straße gegangen, um zu demonstrieren und ihr Recht einzufordern. Hier liegt die Rolle der Patienten im Diskurs nicht nur in Laien- und Expertendiskursbereichen, sondern darüber hinaus haben sie auch Einfluss auf politische Entscheidungen. Im Gegensatz zum deutschen Betroffenenverband DMSG verbalisieren die Multiple-Sklerose-Gesellschaften in Kanada und den USA keine strikte Ablehnung der CCSVI und ihrer Behandlung, sondern teilen die Forderung der Patienten nach mehr Studien.²⁵⁵ Im Juni 2010 haben *the National MS Society* (USA) und *the MS Society of Canada* 2,4 Millionen Dollar für weitere Forschungsprojekte zur Verfügung gestellt und fühlen sich verpflichtet, das auch weiterhin zu machen: *The MS Society is committed to funding research that will provide answers to people living with the disease.*²⁵⁶ Die Macht der Patienten und ihrer Vertreter ging in Kanada noch weiter. Dort wurde im Parlament der Gesetzesentwurf *Bill C-280* zum Aufbau einer nationalen Strategie für den Umgang mit CCSVI zur Abstimmung vorgelegt. Das geplante Gesetz hat sich auf Bundesebene nicht durchgesetzt, aber auf Landesebene ist durch den Einsatz von Politikern viel Geld für weitere Studien geflossen.²⁵⁷ Dort wurde auf Seiten bestimmter Politiker der *Notstand* der Patienten als Wahrheit anerkannt und entsprechend gehandelt. Die Durchführung des *Liberation Treatment* in staatlichen Kliniken wurde auf Gesetzesebene nicht durchgesetzt, dafür aber neue klinische Studien. Die Gegner auf Seiten der Wissenschaft sehen darin Zeit- und Geldverschwendung und befürchten, dass das ein schlechtes Vorbild für andere Patientengruppen sein könnte:

*Vor allem lernen die Leute daraus: Wenn es eine medizinische Frage zur Behandlung von Krebs, von ADHS, Aids oder sonst was gibt, liegt die Antwort nicht in einer fundierten, wissenschaftlichen Herangehensweise, sondern man übt einfach Druck auf Politiker aus.*²⁵⁸

Hier stellen sich durchaus Fragen zur Bereitstellung von Geldern und dem Setzen von Prioritäten in wissenschaftlichen Untersuchungen und politischen Entscheidungen in

255Vgl. <http://www.dmsg.de/multiple-sklerose-news/index.phpw3pid=news&kategorie=therapien&anr=4927&suchbegriffe=ccsvi>, 27.06.14.

256http://mssociety.ca/en/help/msupdates/msupdate_20140606.html, 21.06.14.

257Pullman, Zarzeczny, Picard 2013.

258<http://www.3sat.de/page/?source=/wissenschaftsdoku/sendungen/169425/index.html>, 21.06.14.

Bezug auf die Rolle der Akteure in Medizindiskursen. Die steigende Macht durch soziale Medien zeigt eine neue Art der Handlungsmöglichkeiten von Patienten und Interessensvertretern. Auf der Ebene der politischen Diskursereignisse zeigt sich auch wieder, was bei der Analyse der diskursiven Aussagen schon ersichtlich wurde: Beweise können unterschiedlich interpretiert werden, abhängig von Einstellung, Status und Situation der Akteure in Korrelation mit der Wissensvermittlung durch die diskursiven Aussagen. Daneben zeigt sich auch, dass es weiterhin eine offene Frage bleibt, wie ein ausgeglichenes, auf Informationen beruhendes *Shared-Decision-Making* von allen Diskursteilnehmern aussehen sollte, und ob es gut funktionieren könnte.²⁵⁹

Die oben zitierte Aussage stammt von der Internetseite des Fernsehsenders *3sat* und der dort publizierten schriftlichen Zusammenfassung der Sendung *Wer MS heilt, hat recht?* vom 30.04.2013. Im Vergleich zu Nordamerika zeigt sich ein späterer Eintritt Deutschlands in den Diskurs und eine andere mediale Darstellung, bei der Zambonis Theorie kritisch hinterfragt, und er nicht als Held dargestellt wird. Ein weiteres mediales Diskursereignis dieses Jahres ist eine Folge der Fernsehsendung *Magazin Visite* vom 21.05.2014. Die printtextuelle Zusammenfassung lässt sich auf der Internetseite des Fernsehsenders NDR unter der Überschrift *Multiple Sklerose: Verbot für Katheter-Eingriff gefordert* finden und weist darauf hin, dass Zambonis Theorie *in 150 Studien wissenschaftlich eindeutig widerlegt wurde*.²⁶⁰ Hier kommen die Neurologen in ihrer Rolle als CCSVI-Gegner zu Wort und *warnen eindringlich*²⁶¹ vor der Behandlung. Es wird ersichtlich, dass die Grundlagen der Wissens- und Wissenschaftskommunikation in Medizindiskursen der „Wille zur Wahrheit“ ist, wobei die eigene Wahrheit gesamtgesellschaftlich durchgesetzt werden soll. Was nicht der eigenen Wahrheit entspricht, wird in diskursiven Aussagen mit dem Schlagwort *(un-)wissenschaftlich* argumentativ widerlegt. Im Herbst des Jahres 2013 zeigt ein Zeitungsartikel der *Frankfurter Rundschau*, dass auf massenmedialer Diskursebene mit einer eindeutigen abschließenden Bewertung bereits ein Ende gefunden wurde: *Sinnloser Eingriff. Keine Dehnung der Halsvenen bei MS*.²⁶² Der Artikel verweist auf eine kanadische Studie, die ergeben habe, *dass die Therapiemethode offenbar keine ausreichende wissenschaftliche Grundlage habe*.²⁶³ Hier werden keine von deutschen Patienten und Interessensvertretern eingeforderten und durchgeführten Studien zur Herstellung der

259Vgl. Pullman, Zarzeczny, Picard 2013.

260<http://www.ndr.de/ratgeber/gesundheit/ms241.html>, 03.07.14.

261<http://www.ndr.de/ratgeber/gesundheit/ms241.html>, 03.07.14.

262FR v. 26.10.13, S.28.

263FR v. 26.10.13, S.28.

wissenschaftlichen Grundlage als Diskursereignisse erwähnt. Generell zeigt die Betrachtung der Diskursereignisse und des Diskursverlaufs jedoch, dass Sprachhandlungen mit außersprachlichen Handlungen interagieren und die daraus resultierenden Diskursereignisse durchaus zu neuen Wirklichkeiten führen können und geführt haben. Auch wenn sich *Liberation Treatment* wissenschaftlich und gesamtgesellschaftlich nicht als von Krankenkassen bezahlte Therapie durchsetzen konnte, steht in Deutschland jedem überzeugten Arzt die Durchführung dieser Therapie in Absprache mit den Patienten frei.²⁶⁴ Die Wahrheiten und Bedürfnisse der Akteure haben sich hier nicht geändert, weswegen *Liberation Treatment* nicht „umdiskursiviert“ wurde und den MS-Patienten weiterhin als Therapieoption zur Verfügung steht. Was das für den Diskurs und die Diskursereignisse bedeutet, soll im Folgenden noch näher betrachtet werden.

3.4.2. Diskurs(strang)verschränkungen: *Wissenschaftliche Beweise versus ethische Verpflichtung*

Diskursstränge sind laut Jäger thematisch einheitliche Diskursverläufe, die miteinander verwoben sind. Diese Art von Korrelation findet man auch bei den Diskurs(strang)verschränkungen, wenn in einer diskursiven Aussage auch Teile anderer Diskurse, bzw. Bezüge auf andere Diskursverläufe enthalten sind. Das lässt sich in den diskursiven Aussagen bei den Pro- und Kontra-Argumenten zu einem bestimmten Thema finden. Neben der Frage, ob es CCSVI überhaupt gibt und wenn ja, ob sie dann mit MS korreliert, ist in Hinblick auf die Diskursereignisse die Frage nach *Liberation Treatment* als mögliche Therapieoption ein solches Thema. Wenn ein öffentlicher Diskurs über eine neue Behandlungsmöglichkeit entsteht, die Behandlungsoption sich wissenschaftlich und politisch noch nicht durchgesetzt hat, aber viele Anhänger auf Patientenseite gewinnen konnte, wird die Behandlung zuerst an Privatkliniken angeboten. Neben den Kliniken, die in den USA und Kanada *Liberation Treatment* anbieten, gibt es in Deutschland seit 2010 in Offenbach eine entsprechende Klinik, zu der mittlerweile über dreihundert MS-Patienten aus verschiedenen Ländern gereist sein sollen, um sich dort behandeln zu lassen. Wie in der Einleitung gezeigt wurde, warnen bestimmte Lobby-Verbände MS-Patienten vor der Behandlung, die als zu gefährlich, wissenschaftlich nicht bewiesen und ethisch bedenklich gilt (Vgl. S.3.). Auf solche Aussagen und Diskursstränge bezieht sich das *CCSVI-Center* in den Aussagen, die seine

²⁶⁴Steffen, Dressler ⁹2002:83 f.

(Be-)Handlungsweise legitimieren sollen:

CCSVI ist eine bisher unbewiesene Theorie und wird von Neurologen weltweit stark kritisiert. „Es ist sehr gefährlich und alles Placebo“ sagen die Neurologen. [...] In Synopsis der bisherigen allgemeinen Erfahrungen bezüglich der Sicherheit der CCSVI-Behandlung und unserer eigenen Erfahrungen mit Patienten, insbesondere in Anbetracht der beeindruckenden Linderung der Symptome bei behandelten Patienten, halten wir es für unethisch, diese Behandlung Patienten vorzuenthalten, denen die experimentelle Natur dieser Methode bewußt ist und die bereit sind, sie zu akzeptieren.²⁶⁵

Hier wird argumentiert, dass es unethisch sei, Patienten die Behandlung vorzuenthalten und nicht, dass es unethisch sei, eine solche Behandlung ohne gesicherte Datenlage durchzuführen. Diese diskursive Aussage verschränkt sich auch mit den diskursiven Aussagen von Patienten, die weitere Studien eingefordert haben, mit propositionalen Aussagen die darauf hinweisen, es sei ihre eigene Entscheidung und ihr Recht. Das CCSVI-Center wartet zwar ebenfalls darauf, dass *Resultate aus gut geplanten randomisierten Studien*²⁶⁶ vorliegen, unterstützt also den Wunsch nach weiteren Studien, wartet aber mit der Behandlung nicht, bis diese vorliegen.

Die argumentative Aussage *Wissenschaftliche Beweise versus ethische Verpflichtung* lässt sich als Argumentationsweise auch in anderen Diskursen in Bezug auf Multiple Sklerose finden. Eine andere Therapieoption hat vor einigen Jahren bereits die Hoffnungen der Patienten geweckt. Im Jahr 2009 war die Stammzellentherapie als Behandlungsoption für MS-Patienten ein in der Fachwelt, in den Medien und in Internetforen viel diskutiertes Thema. Im Mai dieses Jahres haben daraufhin die MS-Gesellschaften von Großbritannien und den USA in Zusammenarbeit mit weiteren MS-Gesellschaften auf einer internationalen Konferenz in London im Gespräch mit Ärzten und Patienten versucht, eine Meinungsübereinstimmung zum Thema Stammzellentherapie bei MS zu erreichen. Daraufhin wurde eine Informationsbroschüre für Patienten herausgegeben, in der sich folgende Aussage finden lässt:

Wir betonen dabei die Bedeutung, die exakt kontrollierte wissenschaftliche Studien in diesem Bereich haben, und raten Personen mit MS energisch davon ab, sogenannte Stammzellen-Kliniken aufzusuchen, die „Stammzellentherapien“ außerhalb anerkannter klinischer Studien durchführen.²⁶⁷

Hier zeigt sich wieder, welche Rolle der Wissenschaft beigemessen wird, wobei die wissenschaftlich verbreitete Wahrheit aber *exakt* und *kontrolliert* sein soll, weil sie sonst nicht als Wahrheit *anerkannt* wird. Interessant ist dabei auch die Rolle der MS-

265<http://www.ccsvi-center.de>, 21.06.14.

266<http://www.ccsvi-center.de>, 21.06.14.

267http://www.msif.org/includes/documents/cm_docs/2012/g/german_stemcell.pdf?f=1, 21.06.14.

Gesellschaften in Korrelation mit der Rolle der Wissenschaften und der Wissenschaftler. In Medizindiskursen ist es für Patienten wichtig das Gefühl zu haben, eine Rolle zu spielen und Handlungsmacht zu haben. Auf der Konferenz konnte eine Meinungsübereinstimmung erzielt werden, ein *Consensus Statement* mit Richtlinien für Forscher und Kliniken, damit Stammzellentherapie nicht außerhalb der als sicher geltenden klinischen Studien durchgeführt wird. Auf dieser Meinungsgrundlage basiert auch eine Aussage der DMSG vom 23.06.2011 mit dem Titel "*Sieg für die Patientensicherheit*" – *umstrittene Stammzellenklinik schließt nach Untersagungsverfügung*.²⁶⁸ Das Düsseldorfer *Xcell-Center* musste daraufhin schließen und war auch kurze Zeit später im Internet nicht mehr auffindbar. Doch die Forschung und der *Kampf gegen Multiple Sklerose* wurden weiter geführt und ein *[ü]berraschender Effekt nach Stammzell-Behandlung weckt Hoffnung auf Heilmittel gegen Multiple Sklerose*.²⁶⁹ Hier ist nicht die Behandlungsoption ethisch-moralische Siegerin, sondern die Sicherheit der Patienten. Der Diskursverlauf ist anders als beim Diskurs um CCSVI, wo *das Geschäft mit der Hoffnung*²⁷⁰ noch floriert und keine Diskursereignisse auf juristischer Ebene das unterbunden haben. Auf öffentlich-medialer Ebene floriert der Diskurs um CCSVI nicht mehr, aber die medizinische Forschung geht weiter, was sich an wissenschaftlichen Veröffentlichungen zeigt, die Metaanalysen der vorliegenden Studien und neue Techniken zur Behandlung der Venen von MS-Patienten zum Thema haben.²⁷¹ Auf welchen Ebenen der Diskurs weiter verläuft, welche Akteure noch maßgeblich beteiligt sein werden und welche Diskursereignisse an der Schwelle von sprachlichen und nicht-sprachlichen Handlungen noch Einfluss auf die gesamtgesellschaftliche Wirklichkeit haben werden, bleibt offen, genauso wie die Frage, wie lange und an welchen Orten noch das Gefühl bestehen bleibt, dass weiter geredet werden muss und welche Tore den Patienten noch geöffnet werden.

268 <http://www.dmsg.de/multiple-sklerose-news/index.phpw3pid=news&kategorie=therapien&anr=2409&suchbegriffe=stammzellen>, 21.06.14.

269 <http://www.dmsg.de/multiple-sklerose-news/index.php?w3pid=news&kategorie=forschung&anr=5039&suchbegriffe=stammzellen>, 21.06.14.

270 <http://www.dmsg.de/multiple-sklerose-news/index.php?w3pid=news&kategorie=forschung&anr=5039&suchbegriffe=stammzellen>, 21.06.14.

271 Vgl: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=ccsvi+ms>, 21.06.14.

4. Schlussbetrachtung und Ausblick

Die Mehr-Ebenen-Analyse des Diskurses zur chronischen zerebrospinalen venösen Insuffizienz (CCSVI) hat einige der zu Beginn gestellten Fragen beantworten können und weitere aufgeworfen, was im Folgenden abschließend noch einmal zusammengefasst dargestellt wird. Es wurde versucht, den Diskurs von bestimmten Fragestellungen ausgehend zu analysieren und die dabei gewonnenen Ergebnisse aufzuzeigen, ohne eine eindeutige Wertung vorzunehmen. Ich bin mir aber durchaus bewusst, dass sich schon allein bei der Auswahl der Texte, den Fragestellungen und der Wahl der Analysewerkzeuge eine gewisse Subjektivität nicht vermeiden lässt.

Auf der **Akteursebene** wurde die Verbindung von Sprache, Wissen und Gesellschaft anhand der Frage analysiert, welche Akteure an welcher Stelle in den Diskurs eintreten und ihre Aussagen positivieren können. Untersucht wurde dabei Medialität, Diskurspositionen, Wissenstransfer und Interaktionsrollen der Diskursteilnehmer an Hand der Akteure, deren Aussagen als Korpus zusammengefasst wurden. Analysiert wurde eine Sendung der Fernsehserie *W5* des kanadischen Fernsehsenders *CTV* und die Internetseite *ccsvi-alliance.org*. Hier wurde zuerst das Konzept *Medialität* näher untersucht, da ein gesamtgesellschaftliches Interesse am Thema Krankheit/Gesundheit erkennbar ist und so Medien als Akteure in Medizindiskursen eine Trägerrolle beim Wissenstransfer, aber auch bei der Inszenierung von Diskursereignissen einnehmen und so die Grundlage für weitere Diskursereignisse bilden. Hier konnte die Fernsehsendung *The Liberation Treatment: A whole new approach to MS* als zentrales mediales Diskursereignis ausgemacht werden, bei dem Wissen über CCSVI und *Liberation Treatment* transferiert und inszeniert wird.

Bei der Analyse der Diskurspositionen wurde untersucht, ob die Patienten über eine ausreichende soziale Stellung und über ausreichende sprachliche Ressourcen verfügen, um als Akteure in den Diskurs eintreten zu können. Das Internet als öffentlicher Diskursraum bietet hier den Platz, an dem Patienten ihre Stimme im Diskurs erheben und sich als Diskursenseble zusammenschließen können. Die selbe Krankheit als *Notstand* und der Glaube an die selbe Wahrheit ist hier als die Grundlage für die „richtige“ Sprache und den ausreichenden sozialen Status erkennbar. So können hier Patienten neben den Akteuren Mediziner und Medien ihre Stimme im Diskurs erheben

und ihr Recht auf die Anwendung des Wissens, d.h. auf die Möglichkeit des *Liberation Treatment* als Therapieoption, einfordern. Eine genauere Analyse der Patientenrolle beim Wissenstransfer hat ergeben, dass es nicht nur einen vertikalen Wissenstransfer von Experte zu Laie und einen horizontalen Wissenstransfer von Laie zu Laie gibt, sondern dass beides korreliert. Ärzte und Patienten Gegner schließen sich entweder als Anhänger oder als Gegner der CCSVI-These zusammen, was in Medizindiskursen nicht unüblich ist, wo die gleiche Wahrheit soziale Asymmetrien neu verteilt. Dabei nehmen bei der *CCSVI Alliance* Patienten die Expertenrolle auf einer Homepage ein, die als Medizin-Website auftritt. Bei der Analyse der Interaktionsrollen der Akteure Patienten und Medien konnte herausgefunden werden, dass das Einnehmen eines neuen Standorts auf (massen-)medialer Ebene zu neuen Interaktionen der Akteure führt. So wird eine Zusammenarbeit von Ärzten und Patienten auf beiden Seiten angestrebt und auf Patientenseite auch als Legitimationsstrategie verwendet, um das Recht auf eine Behandlungsmöglichkeit einzufordern.

Auf **textueller Ebene** wurde die Patientenrolle an Hand der Aussagen der *CCSVI Alliance* auf lexikalischer, semantischer und pragmatischer Ebene weiter analysiert. Zuerst hat dabei eine pragmatische Analyse von Propositionen und hinweisenden Ausdrücken ergeben, dass das Ziel der Patienten beim Wissenstransfer darin liegt, eine neue Denkweise zu vermitteln, als Grundlage für eine neue Handlungsweise und neue Wirklichkeiten. Der Kompetenzanspruch der Laien liegt bei der Wissensvermittlung von komplexen medizinischen Sachverhalten und richtet sich dabei v.a. an andere Patienten, aber auch an Mediziner und eine interessierte Öffentlichkeit. Dabei konnten keine sprachlichen Merkmale ausgemacht werden, die speziell für einen Laiendiskursstrang sprechen. Es ließ sich aber feststellen, dass der Bereich Wissen (-schaft) und auch der Wissenstransfer metaphorisch strukturiert sind, durch Konzepte aus den Bereichen „Religion“ und „Krieg“. Daneben konnte eine Reihe von Tätigkeitsverben ausgemacht werden, die den Stellenwert der diskursiven Sprachhandlungen und der außersprachlichen Handlungsfähigkeit auf Patientenseite verdeutlichen. Die Motivation für die (Sprach-) Handlungen liegt in der Lebenswirklichkeit der Patienten und bei der Hoffnung auf ein besseres Leben durch eine neue Therapie. Die gleiche Lebenswirklichkeit verschiedener MS-Patienten wurde hier als Grundlage für den Glauben an eine gemeinsame Wahrheit und die Bildung eines Diskursensembles erkannt. Die Patienten sind in ihrer Rolle als ‚Fälle‘ Teil der

Wissenschaft und somit Experten. In dem Verweis auf die Zusammenarbeit mit Ärzten lässt sich daneben ein angestrebtes *Shared-Decision-Making* erkennen. Da die CCSVI-These in der Wissenschaft nicht etabliert ist, sehen die Patienten ihre Aufgabe darin, weiterhin im Diskurs aktiv zu sein. Die eingenommene Rolle der Patienten als wissenschaftliche Experten ließ sich auch bei der dargestellten Metaanalyse von wissenschaftlichen Studien erkennen. Die Schlussfolgerung, dass weitere klinische Studien erforderlich seien, korreliert hier mit dem Hinweis auf geplante Studien, für die noch Probanden gesucht werden und lässt sich als die von den Patienten angestrebte Handlungsmacht erkennen. Bei der Analyse der Anleitung zur verbalen Interaktion mit den Ärzten wurde davon ausgegangen, dass sich bei einer Verschiebung der Wissensasymmetrie auch die Arzt-Patient-Beziehung verändert. Die vermittelten sprachlichen Strategien ließen sich so interpretieren, dass aus Sicht der Patienten *Definitions-* und *Steuerungsmacht* bei ihnen liegen soll, in Interaktionsbereichen, die i.d.R. von Ärzten gelenkt werden. Da auch Ärzte sprachliche Strategien für den Umgang mit gut informierten, chronisch kranken Patienten haben, wäre es hier durchaus gewinnbringend, empirische Daten, d.h. v.a. Arzt-Patient-Gespräche zu diesem Thema, zu analysieren, in Hinblick auf sprachliche Strategien und nicht-sprachliche Handlungen, die sich daraus ergeben. Des Weiteren wäre hier Anschlussforschung zur Rolle des *Shared-Decision-Making* bei Arzt-Patient-Gesprächen in Bezug auf argumentative Strategien, Wissenstransfer, Deutungshoheit und Handlungsmacht bei der Frage nach Therapieoptionen denkbar und wünschenswert. Die (Meta-)Analyse der Qualität der Online-Gesundheitsinformationen auf der Homepage der *CCSVI Alliance* nach DISCERN-Kriterien hat ergeben, dass die vermittelten Informationen und der Wissenstransfer „gut“ sind, was kritisch zu hinterfragen ist, da sprachwissenschaftliche und empirische Daten zur Analyse nicht vorgesehen sind, aber hilfreich wären und zu anderen Ergebnissen führen könnten. Neben der Analyse von Arzt-Patient-Gesprächen wäre es hier auch denkbar, die Erfahrungsberichte von Patienten auf der Homepage *ccsvi.org* als empirische Daten zur Rezipientenerfassung zu analysieren.

Bei der abschließenden Analyse der **Ebene der Diskursereignisse** wurde gezeigt, wie im Diskurs Sprechhandlungen und Wahrheiten interagieren und zu neuen außersprachlichen Wirklichkeiten führen. Der Diskurs hat in Kanada, wo auch ein zentrales Diskursereignis ausgemacht werden konnte, die politische Ebene erreicht und beim Durchsetzen der Forderung nach weiteren Studien außersprachliche Handlungen

erzielt. Auch hier lässt sich die gestärkte Patientenrolle erkennen, indem Patienten massiven Einfluss auf die Politik ausüben. Die Durchführung des *Liberation Treatment* in staatlichen Kliniken wurde auf Gesetzesebene nicht durchgesetzt, aber es haben sich private Kliniken zur Durchführung der Behandlung etabliert. Der Vergleich mit den Diskursereignissen eines anderen Diskurses zu einer Behandlungsalternative bei MS hat ergeben, dass die Etablierung von CCSVI und ihrer Behandlung in Korrelation mit der Patientenrolle nicht generell untypisch ist, aber dennoch eine Besonderheit in Medizindiskursen darstellt. Auch wenn sich CCSVI als Krankheit und die damit verbundene Therapieoption wissenschaftlich nicht durchsetzen konnte, hat sie sich in der Praxis trotzdem durchgesetzt und es gibt weitere Studien, weil die Anhänger immer noch versuchen, ihre Wahrheit wissenschaftlich „beweisen“ und gesamtgesellschaftlich etablieren zu können. Wie und ob sich der Diskurs weiter entwickelt und neue Wahrheiten zu neuen Wirklichkeiten führen, bleibt abzuwarten.

Es gibt eine Vielzahl an unterschiedlichen Medizindiskursen, woran sich ihre gesamtgesellschaftliche Relevanz ablesen lässt. Diese Diskurse werden durch eine große Zahl an unterschiedlichen Akteuren und deren Aussagen bestimmt, wobei vor allem die Patienten eine große Rolle spielen, deren Hoffnungen und Ängste sich in den Diskursen widerspiegeln. Hier bietet sich vor allem Linguisten die Möglichkeit, diese Diskurse zu analysieren und ihre Vielschichtigkeit zu erfassen. Sie können ihren Teil dazu beitragen, die Dynamik von Diskursen besser zu verstehen und Lösungsansätze für die immer wieder auftretenden Kommunikationsprobleme der Diskursteilnehmer zu finden. Dabei ist das Wissen um die Funktion von Sprache und deren zentrale Stellung im Diskurs eine Grundvoraussetzung, um Diskurse und ihre Wahrheiten verstehen zu können: „Was kann der Diskurs dann legitimerweise anderes sein als ein behutsames Lesen? Die Dinge murmeln bereits einen Sinn, den unsere Sprache nur noch zu heben braucht.“²⁷²

272Foucault ¹⁰2007:32.

Literaturverzeichnis

I. Primärliteratur

1. Online

1.1. Textkorpus

CTV W5: The Liberation Treatment: A whole new approach to MS vom 21.11.2009, 03.10.2014. Unter: <http://www.ctvnews.ca/the-liberation-treatment-a-whole-new-approach-to-ms-1.456617>.

CA I:

Welcome to CCSVI Alliance. Unter: <http://www.ccsvi.org>, 03.10.14.

CA II:

About Us: Mission Statement. Unter: <http://www.ccsvi.org/index.php/about-us/mission-statement>, 03.10.14.

About Us: Who We Are. Unter: <http://www.ccsvi.org/index.php/about-us/who-we-are>, 03.10.14.

CA III:

Advanced Topics: The Great Debate: CCSVI and MS. Unter: <http://www.ccsvi.org/index.php/advanced-topics/the-great-debate-ccsvi-and-ms>, 03.10.14.

CA IV:

Helping Myself: Discussing CCSVI With Your Doctor. Unter: <http://www.ccsvi.org/index.php/helping-myself/discussing-ccsvi-with-doctors>, 03.10.14.

1.2. Weitere Onlinequellen

About Us: Board of Directors. Unter: <http://www.ccsvi.org/index.php/about-us/board-of-directors>, 08.10.14.

About Us: Patient Advisory Board. Unter: <http://www.ccsvi.org/index.php/about-us/patient-advisory-board>, 08.10.14.

About Us: Science Advisory Board. Unter: <http://www.ccsvi.org/index.php/about-us/science-advisory-board>, 25.01.13.

Helping The Cause: Participating in CCSVI clinical trials. Unter: <http://www.ccsvi.org/index.php/helping-the-cause/clinical-trials-in-the-us>, 03.10.14.

Living The Experience: Angelo's Patient Perspective. Unter:
<http://www.ccsvi.org/index.php/patient-perspectives/living-the-experience>, 03.10.14.

Aussage der DMSG vom 19.11.2013: *Aufdehnung der Halsvenen als Multiple Sklerose-Therapie: Neurologen raten dringend ab*. Unter:
<http://www.dmsg.de/multiple-sklerose-news/index.phpw3pid=news&kategorie=therapien&anr=4927&suchbegriffe=ccsvi>, 27.06.14.

Aussage der DMSG vom 23.06.2011: *"Sieg für die Patientensicherheit" – umstrittene Stammzellenklinik schließt nach Untersagungsverfügung*. Unter:
<http://www.dmsg.de/multiple-sklerose-news/index.phpw3pid=news&kategorie=therapien&anr=2409&suchbegriffe=stammzellen>, 21.06.14.

Aussage der kanadischen MS Society zu CCSVI vom 06.06.14. Unter:
http://mssociety.ca/en/help/msupdates/msupdate_20140606.html, 21.06.14.

Homepage des CCSVI-Center. Unter: <http://www.ccsvi-center.de/Behandlung.htm>., 23.09.14.

Informationsbroschüre *Stammzellentherapie bei MS*. Unter:
http://www.msif.org/includes/documents/cm_docs/2012/g/german_stemcell.pdf?f=1, 03.10.14.

Stellungnahme der DMSG zu MS und CCSVI. Unter: <http://www.dmsg.de/multiple-sklerose-news/index.phpw3pid=news&kategorie=forschung&anr=2043&searchkey=stellungnahme&wholewords=0>, 20.03.13.

Text zur Fernsehsendung *Magazin Visite: Verbot für Katheter-Eingriff bei MS gefordert* vom 21.05.13. Unter: <http://www.ndr.de/ratgeber/gesundheit/ms241.html>, 03.07.2014.

Text zur Fernsehsendung *Wer MS heilt, hat recht?* vom 30.04.13. Unter:
<http://www.3sat.de/page/?source=/wissenschaftsdoku/sendungen/169425/index.html>, 21.06.14.

Warnung der FDA vor der Behandlung von CCSVI. Unter:
<http://www.fda.gov/MedicalDevices/Safety/AlertsandNotices/ucm303318.htm>, 11.08.14.

2. Print

Sinnloser Eingriff. Keine Dehnung der Halsvenen bei MS. In: Frankfurter Allgemeine Zeitung vom 26.11.2013, Nr. 275, S.28.

Mattle, Heinrich, Marco Mumanthaler (³2011): Kurzlehrbuch Neurologie. Stuttgart.

II. Sekundärliteratur

1. Online

Analysekriterien zur Bewertung von Patienteninformationen. Unter: <http://www.discern.de/>, 13.08.14.

Hinweise zur Verwendung der DISCERN-Kriterien. Unter:

<http://www.discern.de/hinweise/frage1.htm>, 13.08.14.

<http://www.discern.de/hinweise/frage2.htm>, 13.08.14.

<http://www.discern.de/hinweise/frage3.htm>, 13.08.14.

<http://www.discern.de/hinweise/frage4.htm>, 13.08.14.

<http://www.discern.de/hinweise/frage5.htm>, 13.08.14.

Kurzübersicht über die DISCERN-Kriterien. Unter: <http://www.discern.de/kurz.htm>, 13.08.14.

Studien zu MS und CCSVI bei PubMed. Unter: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=ccsvi+ms>, 21.06.14.

2. Print

Austin, John (1972): Zur Theorie der Sprechakte (How to do things with Words). Stuttgart.

Bleichert, Joan, Claudia Lampert (2013): Gesundheit und Krankheit als Themen der Medien- und Kommunikationswissenschaft. In: Dies (Hg.): Medien und Kommunikationswissenschaft. Themenheft Gesundheit in Medien 51/3-4, S. 341-352.

Blommaert, Jan (2005): Discourse. A Critical Introduction. Cambridge (= Key topics in sociolinguistics).

Blommaert, Jan (1999): The debate is open. In: Ders. (Hg.): Language Ideological Debates. Berlin und New York (= Language, Power and Social Process 2), S. 1-38.

Böke, Karin, Matthias Jung, Martin Wengeler (1996): Vorwort. In Dies. (Hg.): Öffentlicher Sprachgebrauch: Praktische, theoretische und historische Perspektiven. Opladen, S. 9-12.

Busch, Albert (1994): Laienkommunikation. Vertikalitätsuntersuchungen zu medizinischen Experten-Laien-Kommunikationen. Frankfurt am Main u.a.

- Busch, Albert (1999): Semantische Vertikalitätstypik und diskursive Grundkonzepte in der Gesundheitskommunikation. In: Adamzik, Kirsten, Jürg Niederhauser (Hg.): Wissenschaftssprache und Umgangssprache im Kontakt. Frankfurt am Main u.a. (Germanistische Arbeiten zu Sprache und Kulturgeschichte 38), S. 103-122.
- Busch, Albert (2001): Wissenstransfer und Kommunikation in Gesundheitszirkeln. In: Antos, Gerd, Sigurd Wichter (Hg.): Wissenstransfer zwischen Experten und Laien. Umriss einer Transferwissenschaft. Frankfurt am Main u.a. (= Transferwissenschaften 1), S. 85-103.
- Busch, Albert (2005): Wissenskommunikation im Gesundheitswesen: Transferqualität in der Online-Gesundheitskommunikation. In: Antos, Gerd, Tilo Weber (Hg.): Transferqualität. Bedingungen und Voraussetzungen für Effektivität, Effizienz und Erfolg des Wissenstransfers. Frankfurt am Main u.a., S. 115-127.
- Busch, Albert (2006): Semantische Kämpfe in der Medizin. Ansätze zu einer Typologie der Wissenskämpfe. In: Felder, Ekkehard (Hg.): Semantische Kämpfe. Macht und Sprache in den Wissenschaften. Berlin und New York (= Linguistik – Impulse und Tendenzen 19), S. 47-71.
- Busse, Dietrich (1987): Historische Semantik. Analyse eines Programms. Stuttgart.
- Busse, Dietrich (1996): Öffentlichkeit als Raum der Diskurse. Entfaltungsbedingungen von Bedeutungswandel im öffentlichen Sprachgebrauch. In: Böke, Karin, Matthias Jung, Martin Wengeler (Hg.): Öffentlicher Sprachgebrauch. Praktische, theoretische und historische Perspektiven. Opladen, S. 347-358.
- Busse, Dietrich, Fritz Hermanns, Wolfgang Teubert (1994): Begriffsgeschichte und Diskursgeschichte. Methodenfragen und Forschungsergebnisse der historischen Semantik. Opladen.
- Deppermann, Arnulf (⁴2008): Gespräche analysieren. Eine Einführung. Wiesbaden. (= Qualitative Sozialforschung Band 3.)
- Dijk, Teun van (1985): Handbook of Discourse Analysis. London.
- Dürscheid, Christa (2003): Medienkommunikation im Kontinuum von Mündlichkeit und Schriftlichkeit. Theoretische und empirische Probleme. In: Zeitschrift für Angewandte Linguistik 38, S. 37-56.
- Fairclough, Norman, Ruth Wodak (1997): Critical discourse analysis. In: Teun van Dijk (Hg.): Discourse Studies. A Multidisciplinary Introduction, Bd. 2: Discourse as Social Interaction. London, S. 258-284.
- Felder, Ekkehard (Hg.) (2006): Semantische Kämpfe. Macht und Sprache in den Wissenschaften. Berlin und New York. (= Linguistik – Impulse und Tendenzen 19).
- Flachenecker, Peter, Uwe Zettl (⁵2012): Epidemiologie. In: Schmidt, Rudolf, Hoffmann, Frank (Hg.): Multiple Sklerose. München.

- Foucault, Michel (1973): Archäologie des Wissens. Frankfurt am Main.
- Foucault, Michel (1976): Mikrophysik der Macht. Strafjustiz, Psychiatrie und Medizin. Berlin. (= Internationale Marxistische Diskussion 61).
- Foucault, Michel (1976): Überwachen und Strafen. Die Geburt des Gefängnisses. Frankfurt am Main.
- Foucault, Michel (1978): Dispositive der Macht. Über Sexualität, Wissen und Wahrheit. Berlin.
- Foucault, Michel (¹⁰2007): Die Ordnung des Diskurses. Frankfurt am Main.
- Fraas, Claudia, Christian Pentzold (2008): Online-Diskurse – Theoretische Prämissen, methodische Anforderungen und analytische Befunde. In: Warnke, Ingo, Jürgen Spitzmüller (Hg.): Methoden der Diskurslinguistik – Sprachwissenschaftliche Zugänge zur transtextuellen Ebene. Berlin und New York (= Linguistik – Impulse & Tendenzen 31), S. 287-322.
- Gardt, Andreas (2007): Diskursanalyse – Aktueller theoretischer Ort und methodische Möglichkeiten. In: Warnke, Ingo H. (Hg.): Diskurslinguistik nach Foucault – Theorie und Gegenstände. Berlin und New York (= Linguistik – Impulse & Tendenzen 25), S. 27-52.
- Goffman, Erving (1981): Forms of Talk. Oxford.
- Habermas, Jürgen (2009): Diskursethik. Frankfurt am Main.
- Harris, Zellig (1952): Discourse Analysis. In: Language 28, S.1-30.
- Hermanns, Fritz (1994): Linguistische Anthropologie. Skizze eines Gegenstandsbereiches linguistischer Mentalitätsgeschichte. In: Busse, Dietrich, Fritz Hermanns, Wolfgang Teubert: Begriffsgeschichte und Diskursgeschichte. Methodenfragen und Forschungsergebnisse der historischen Semantik. Opladen, S. 29-59.
- Jäger, Siegfried (⁴2004): Kritische Diskursanalyse. Eine Einführung. Münster.
- Jäger, Siegfried (²2006): Diskurs und Wissen. Theoretische und Methodische Aspekte einer Kritischen Diskurs- und Dispositivanalyse. In: Keller, Reiner u.a. (Hg.): Handbuch sozialwissenschaftliche Diskursanalyse. Band 1: Theorien und Methoden. Wiesbaden.
- Keller, Reiner (³2007): Diskursforschung. Eine Einführung für SozialwissenschaftlerInnen. Wiesbaden.
- Kesselring, Jürg (³1997): Multiple Sklerose. Stuttgart u.a.
- Khan, Omar u.a. (2010): Chronic Cerebrospinal Venous Insufficiency and Multiple Sclerosis. In: Annals of Neurology 67, S. 286-290.

- Kiesel, Johannes (2012): Was ist krank? Was ist gesund? Zum Diskurs über Prävention und Gesundheitsförderung. Frankfurt am Main.
- Koch, Peter, Wulf Oesterreicher (2008): Mündlichkeit und Schriftlichkeit von Texten. In: Janich, Nina (Hg.): Textlinguistik. 15 Einführungen. Tübingen, S. 199-215.
- Kress, Gunther, Theo van Leeuwen (2001): Multimodal discourse. The modes and media of contemporary communication. London.
- Lakoff, George, Mark Johnson (1980): Metaphors we live by. Chicago.
- Mayer, Christoph, Ulf Ziemann (2011): Truth is in the Eye of the Beholder. A Critical Review of the CCSVI Hypothesis. In: Current Medical Literature Multiple Sclerosis 3(3), S. 57–72.
- Niederhauser, Jürg (1997): Das Schreiben populärwissenschaftlicher Texte als Transfer wissenschaftlicher Texte. In: Jakobs, Eva-Maria, Dagmar Knorr (Hg.): Schreiben in den Wissenschaften. Frankfurt/Main (= Textproduktion und Medium 1), S. 107-122.
- Nowak, Peter (2010): Eine Systematik der Arzt-Patient-Interaktion. Systemtheoretische Grundlagen, qualitative Synthesemethodik und diskursanalytische Ergebnisse zum sprachlichen Handeln von Ärztinnen und Ärzten. Frankfurt am Main (= Arbeiten zur Sprachanalyse 51).
- Pullman, Daryl, Amy Zarzeczny, André Picard (2013): Media, politics and science policy: MS and evidence from the CCSVI Trenches. In: BMC Med Ethics 14:6.
- Roelcke, Thorsten (2005): Ist ein gelungener Wissenstransfer auch ein guter Wissenstransfer? Effektivität und Effizienz als Maßstab der Transferqualität. In: Antos, Gerd, Tilo Weber (Hg.): Transferqualität. Bedingungen und Voraussetzungen für Effektivität, Effizienz und Erfolg des Wissenstransfers. Frankfurt am Main u.a. (= Transferwissenschaften 4), S. 41-53.
- Searle, John (1971): Sprechakte. Ein sprachphilosophischer Essay. Frankfurt am Main.
- Siegrist, Johannes (2005): Medizinische Soziologie. München.
- Spitzmüller, Jürgen, Ingo H. Warnke (2011): Diskurslinguistik. Eine Einführung in Theorien und Methoden der transtextuellen Sprachanalyse. Berlin und Boston.
- Steffen, Erich, Wolf-Dieter Dressler (2002): Arzthaftungsrecht: neue Entscheidungslinien der BGH-Rechtsprechung. Köln.
- Sudau, Fabian u.a. (2014): Sources of Information and Behavioral Patterns in Online Health Forums: Observational Study. In: Journal of Medical Internet Research 1/16.
- Tezcan-Güntekin, Hürrem (2010): „Da muss ich denen erst mal den Wind aus den Segeln nehmen!“ - Wie Ärzte mit informierten Patienten umgehen. In: Begenaus, Jutta, Cornelius Schubert, Werner Vogd (Hg.): Die Arzt-Patient-Beziehung. Stuttgart, S. 95-111.

- Vera, Chido u.a. (2012): Internet-based social networking and its role in the evolution of chronic cerebrospinal venous insufficiency. In: *Techniques in Vascular and Interventional Radiology*. 15(2), S. 153-157.
- Warnke, Ingo H. (2007): Diskurslinguistik nach Foucault – Dimensionen einer Sprachwissenschaft jenseits textueller Grenzen. In: Ders. (Hg.): *Diskurslinguistik nach Foucault – Theorie und Gegenstände*. Berlin und New York (= *Linguistik Impulse & Tendenzen* 25), S. 3-24.
- Warnke, Ingo H. (2008): Text und Diskurslinguistik. In: Janich, Nina (Hg.): *Textlinguistik. 15 Einführungen*. Tübingen, S. 35-52.
- Warnke, Ingo H., Jürgen Spitzmüller (2008): Methoden und Methodologie der Diskurslinguistik – Grundlagen und Verfahren einer Sprachwissenschaft jenseits textueller Grenzen. In: Dies. (Hgg.): *Methoden der Diskurslinguistik – Sprachwissenschaftliche Zugänge zur transtextuellen Ebene*. Berlin und New York (= *Linguistik – Impulse & Tendenzen* 31), S. 3-54.
- Wengeler, Martin (2008): „Ausländer dürfen nicht Sündenböcke sein“ - Diskurslinguistische Methodik, präsentiert am Beispiel zweier Zeitungstexte. In: Warnke, Ingo H., Jürgen Spitzmüller (Hgg.): *Methoden der Diskurslinguistik – Sprachwissenschaftliche Zugänge zur transtextuellen Ebene*. Berlin und New York (= *Linguistik – Impulse & Tendenzen* 31), S. 207-236.
- Wichter, Sigurd (1994): *Experten- und Laienwortschätze. Umriss einer Lexikologie der Vertikalität*. Tübingen.
- Wiese, Ingrid (2000): Textsorten des Bereichs Medizin und Gesundheit. In Brinker, Klaus u.a. (Hg.): *Text- und Gesprächslinguistik. Ein internationales Handbuch zeitgenössischer Forschung*. Berlin und New York, S. 710-718.
- Wiese, Ingrid (2001): Aspekte des Wissenstransfers im Bereich der Institution Gesundheitswesen. In: Antos, Gerd, Sigurd Wichter (Hg.): *Wissenstransfer zwischen Experten und Laien. Umriss einer Transferwissenschaft*. Frankfurt am Main u.a. (= *Transferwissenschaften* 1), S. 227-235.
- Wiese, Ingrid (2002): Bereich Medizin: Fachsprache und Wissenstransfer. In: *Der Deutschunterricht* 54(5) (= Themenheft Fachsprache – Fachkommunikation. Hg. v. Hans-Rüdiger Fluck), S. 34-45.
- Wodak, Ruth, Michael Meyer (Hgg.) (2001): *Methods of Critical Discourse Analysis*. London und New Dehli.
- Zamboni, Paolo (2006): The big idea: iron-dependent inflammation in venous disease and proposed parallels in multiple sclerosis. In: *Journal of the Royal Society of Medicine* 99(11), S. 589-593.
- Zamboni, Paolo u.a. (2009a): A prospective open-label study of endovascular treatment of chronic cerebrospinal venous insufficiency. In: *Journal of Vascular Surgery* 50(6), S. 1348-1358.

Zamboni, Paolo u.a. (2009b): Venous Collateral Circulation of the Extracranial Cerebrospinal Outflow Routes. In: Current Neurovascular Research 6, S. 204-212.

Zamboni, Paolo, Ajay Vikram Singh (2009): Anomalous venous blood flow and iron deposition in multiple sclerosis. In: Journal of Cerebral Blood Flow & Metabolism 29, S. 1867–1878.

III. Nachschlagewerke

1. Online

Cambridge Dictionaries Online. Unter: <http://dictionary.cambridge.org>, 03.10.14.

PubMed. Unter: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>, 03.10.14.

2. Print

Langenscheidts Handwörterbuch Englisch (2000). Berlin und München.

Le Robert Micro. Dictionnaire de la langue française (³2006). Paris.

Oxford Advanced Learner`s Dictionary of Current English (⁵1995). Oxford.

Pschyrembel. Klinisches Wörterbuch 2014. (²⁶⁵2013). Berlin und Boston.

Wahrig-Burfeind, Renate (Hg.) (⁷2005): Wahrig. Deutsches Wörterbuch. Mit einem „Lexikon der deutschen Sprachlehre“. München.

Abkürzungsverzeichnis

CA	CCSVI Alliance
CDA	Critical Discourse Analysis
CCSVI	Chronic cerebrospinal venous insufficiency / Chronische cerebrospinale (zerebrospinale) venöse Insuffizienz
CVI	Chronic venous insufficiency / Chronisch-venöse Insuffizienz
DIMEAN	Diskurslinguistische Mehr-Ebenen-Analyse
DMSG	Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft
KDA	Kritische Diskursanalyse
FDA	Food and Drug Administration
MS	Multiple Sklerose

CAI

Welcome to CCSVI Alliance!

Chronic Cerebrospinal Venous Insufficiency (CCSVI) is a recently documented vascular condition that may profoundly change the way we think about MS and other neurological diseases.

Compelling research over the past several years supports continued investigation into the link between CCSVI, MS, and other neurological diseases. This site addresses critical aspects of CCSVI, from theory to research to treatment, providing original analysis and discussion that should engage both newcomers and medical professionals alike.

For those just learning about CCSVI, we encourage you to begin in our Basics section for a pragmatic introduction to key aspects of CCSVI theory and treatment. For physicians, researchers, and patients looking for more sophisticated analysis, we hope you enjoy our Advanced Topics section, where all content has been reviewed and vetted by a world-class team of medical professionals whose expertise ranges from neurology to interventional radiology to imaging and physics. You can also find a searchable database of peer-reviewed research into CCSVI.

We understand, however, that patient and physician interests run beyond pure research and hard facts. Accordingly, we have provided a dedicated section on Patient Perspectives, including patient experiences during and after CCSVI treatment, and questions and answers for potential patients. Our Helping Yourself section summarizes practical approaches to maintaining vascular health, as well as tips for talking to physicians about CCSVI.

Visit our Facebook page for the latest information related to CCSVI and to connect with others interested in staying abreast of the news.

Our aim is to provide patients, caregivers, and medical professionals with a definitive resource for learning more about CCSVI - the science, the process, and the patient experience. As more research emerges, replacing mysteries with data and speculations with fact, we will be here, objective and clear. Opening veins, opening minds. Let's get started!

CA II

About Us

Mission

Statement

CCSVI Alliance promotes education and research about CCSVI and its relationship to Multiple Sclerosis (MS) by providing objective information to the MS community, supporting medical investigations of CCSVI, and fostering collaboration among patients, advocates, and professionals.

Who We Are

CCSVI Alliance promotes education and research about CCSVI and its relationship to Multiple Sclerosis (MS) by providing objective information to the MS community, supporting medical investigations of CCSVI, and fostering collaboration among patients, advocates, and professionals.

CCSVI Alliance began with the efforts of individuals who are intimately familiar with both multiple sclerosis (MS) and CCSVI. We live it. Our levels of disability range from mild to severe; we are or have been on every pharmaceutical prescribed for MS; and we are active in dozens of organizations, websites, and blogs devoted to MS. Based on our personal experiences and the available scientific research, we became and we remain committed to the exploration of CCSVI. CCSVI Alliance members are literally part of the investigation. Many of us have been intensively tested for CCSVI, including Magnetic Resonance Venograms (MRV), Doppler exams, Magnetic Resonance Imaging (MRI), Computed Tomography scans (CT), selective venograms, and Susceptibility Weighted Imaging (SWI). We have studied research and questioned medical experts. Some of us are awaiting further research before deciding on treatment. Others have “run out of wait” and have already undergone angioplasty or stent placement.

While a small group of patients and caregivers created this forward-thinking organization, CCSVI Alliance now includes scientific professionals from multiple disciplines as well as other interested individuals. CCSVI Alliance will continue to keep this website current with the latest research, emerging practices, and patient perspectives. In addition, we will attend conferences, speak with the medical and patient communities, help bring together patients and doctors, connect medical professionals with one another, and facilitate further research into CCSVI.

It is an exciting time for CCSVI and MS. Please join us in opening veins and opening minds.

CA III

The Great Debate: CCSVI and MS

Introduction

A great debate has emerged: does CCSVI exist? Is it linked with MS?

Summarizing the current research on CCSVI is not simple – the results are wildly contradictory. Consider the following:

- CCSVI's existence and association with MS has received broad support from a wide range of studies conducted across three continents.^{1,2,3,4,5,6,7, and others}
- The existence of CCSVI has been refuted (and thus any association with MS dispelled) by a wide range of studies conducted in the U.S. and EU.^{8,9,10,11,12,13,14, and others}
- A recent but smaller group of studies suggests that CCSVI may exist, but that it may be a consequence of MS as opposed to a contributor.^{15,7}

As researchers, patients, and physicians, what do we make of these conflicting conclusions?

Clearly, given the contradictory research, no truly definitive statements about CCSVI can currently be made. *However*, a careful review of the studies does reveal important trends, and hints at where and how research should proceed.

Before moving on, we must clarify one issue: **This article does NOT address CCSVI treatment effectiveness.** Some may be disappointed by this, but the fact is that only two studies have explored CCSVI Treatment.^{16, 17} Both were “open label” (not scientifically conclusive), and both found similar results (that treatment may help, but that more research is needed before any conclusions can be drawn). Thus, no contradictions in treatment data currently exist. Obviously, there is widespread *dispute* about CCSVI Treatment, but this dispute is not grounded in research, because science has not yet addressed the issue.

Hopefully, results from the several CCSVI clinical trials currently underway will emerge over the next twelve months, and then we will have some good treatment data to consider. Until then, we are left to consider research that does exist, and what it has to say about the presence of CCSVI and its relationship (or lack of relationship) to MS. To this end, however, we *will* consider how the two existing treatment studies factor into the debate over the existence of CCSVI and its connection to MS.

Lastly, CCSVI Alliance considers this a “living document” that will be updated and refined as additional research data becomes available, and as additional researchers and informed patients and physicians review and respond to the material.

Making Sense of the Research

To date, over 40 studies or articles investigating CCSVI have been published. However, only a subset of these focuses on the heart of this debate: does CCSVI exist, and if it does, is it associated with MS?

Given this subset of studies, a possible starting point is simply to count them up. Hence, Table 1 below summarizes relevant findings:

(Please note that for brevity's sake we will refer to studies by the principal researcher's last name and the year in which the study was conducted. Further, when a team/center has conducted multiple studies and all studies have found similar results (e.g. Zamboni and colleagues; Zivadinov and colleagues), we will only list that team's work once.)

Table 1: Studies Measuring the Presence of CCSVI in MS Patients

Studies supporting CCSVI in MS	Studies not supporting CCSVI in MS
Zamboni, 2009	Mayer, 2011
Simka, 2010	Barachinni, 2011 (see note below)
Al Omari, 2010	Doepf, 2010 (see note below)
Yamout, 2011	Krogias, 2010
Zivadinov, 2011	Sundstrom, 2010
	Wattjes, 2011
	Centonze, 2011

Note: Negative results from Barachinni 2011 and from Doepf 2010 have been professionally disputed in the literature.

Unfortunately, simply counting the studies doesn't tell us much: what does five studies supporting CCSVI in MS versus seven studies refuting CCSVI in MS actually mean? More importantly, when looking carefully at each of these studies, we see vast differences not just in results, but in the methods and technologies used to measure CCSVI, the type of study conducted (open label, Blinded/controlled), the very definition of the phenomenon being measured (CCSVI), and even in conclusions drawn from the same results. In fact, the closer we look at the research, the more clouded the picture becomes.

Nonetheless, despite this complexity, we *can* make some sense of this research. Here's how: we will conduct a *meta-analysis*. A meta-analysis is a scientific process where results from multiple studies are selected, vetted, combined, and analyzed. A meta-analysis can help reveal the "big picture" (or trends) that emerge from a group of studies that may, individually, report conflicting results.

The objective of our meta-analysis will be to determine whether CCSVI exists, and if so, whether it is associated with MS. To this end, the meta-analysis will give us a formal process to review current research and discern any meaningful patterns. More

specifically, we our meta-analysis process will:

1. Define “inclusion criteria” to help determine what types of research can and can’t answer our question. (Does CCSVI exist and, if so, is it associated with MS?)
2. Seek out and identify relevant research that can answer our question.
3. Review and analyze eligible research, noting and accounting for any biases that may impact the reliability of the study’s results.
4. Analyze and “roll up” results from all eligible studies to discern any “big picture” trends.
5. Review and discuss the trends. Describe what research is needed to clarify issues that remain uncertain, and note problems or shortcomings in research which have contributed to the current confusion.

Please see our note in the Appendix for more information on [biases](#) our [methodology](#).
CCSVI Meta Analysis - Getting Reliable Information from the Studies We Have Finding Studies for Review

Table 1 above lists all studies listed in [PubMed](#) (as of June 1, 2011), that self-describe as answering the question of whether CCSVI exists, and whether it is or is not related to MS. Because PubMed is by no means exhaustive, we have cross-checked our list with informal lists maintained by various on-line CCSVI research tracking sites, and have confirmed that PubMed currently lists most studies that are available in English. (This is likely because CCSVI research is comparatively new and most research has been conducted by either U.S. or E.U. research sites.)

Note: A very large group of studies that either describe specific aspects of CCSVI, or attempt to measure ancillary/downstream effects of CCSVI, are not included in our analysis because they are not directly investigating our research question: does CCSVI exist, and, if so, is it associated with MS. Please see our note on [Inclusion Criteria](#) in the Appendix for more information.

Inclusion Criteria

Clearly, a study’s self-described assessment of its merit is not sufficient to determine whether it actually does address our objective (Does CCSVI exist, and if so, is it associated with MS?). Studies that use incompatible approaches, conflicting or inadequate definitions of what is being studied, or unreliable diagnostic means, cannot in fact answer our question.

Thus, we have defined a very specific set of criteria for evaluating each study and determining whether each study does in fact address our question. In short, we begin by evaluating whether the “methods and means” used by each study are sufficient for addressing whether CCSVI exists and if it is related to MS. (“Methods” refers to the soundness of the study’s **scientific methodology**. “Means” refers to the suitability of the **diagnostic technologies** and processes used to acquire the study’s results.)

Specifically, our **inclusion criteria** are outlined as follows:

- *Research that does not use the standard **DEFINITION of CCSVI** is not eligible for inclusion.*

The only published formal definition of CCSVI is Dr. Zamboni’s 5-part technical definition of CCSVI. Studies reporting results that do not define CCSVI using Dr. Zamboni’s five part technical definition simply cannot be compared against studies that

do. Thus, studies not using the 5-part definition of CCSVI cannot meet the inclusion criteria and will not be included in the analysis.

Please note: *We recognize that Dr. Zamboni's definition of CCSVI has been questioned. However, no other researchers have proposed an alternative definition, and no research has cast doubt specifically on Dr. Zamboni's definition. Thus, the only way to systematically measure CCSVI must adhere to the only existing definition of CCSVI. In other words, research not employing Dr. Zamboni's criteria is not measuring CCSVI; it is measuring something else instead. This will remain true until the current definition is changed, or until other measures/definitions of CCSVI are proposed and corroborated. (For more discussion of these issues, please see [Definitions](#) in the Appendix.)*

- *Research that does not **RELIABLY MEASURE** is not eligible for inclusion.*

At present, *the only scientifically validated method for measuring CCSVI via the 5-part definition is a very specific use of Doppler sonography (DS)*. Importantly, the reliability and reproducibility of measuring CCSVI via Doppler sonography has been demonstrated in three distinct studies across two continents.^{18,19,20} Hence, we will exclude research that does not measure CCSVI via Doppler Sonography.

We appreciate that requiring DS to measure CCSVI is limiting; however, until alternative definitions of CCSVI are proposed, and methods for measuring CCSVI via alternative means are identified, we have no choice but to move forward with the only existing validated processes and definitions.

Note: *Excluding Magnetic Resonance and venographic research does **NOT** mean that MRI/MRV and venography are invalid tools for investigating CCSVI. To the contrary – MRV (especially via the Haacke-Hubbard protocol) and venography are essential and irreplaceable tools for investigating CCSVI. However, MRV and venography simply cannot measure CCSVI via Dr. Zamboni's 5-part technical definition. To learn more, please see our notes on [MRV/Venography](#) in the Appendix.*

- *Studies not using healthy controls for comparative purposes must be excluded.*

Simply put, the question of CCSVI's relationship to MS cannot be clearly addressed without using a healthy control group for comparison.

Note: *For those concerned about the exclusion of studies not using healthy controls, please see our note on [Healthy Controls](#) in the Appendix.*

Next, we can apply our inclusion standards to the research listed in Table 1, and determine which research is NOT eligible for inclusion (that is, which research cannot reasonably address our central question: Does CCSVI exist, and is it related to MS?). Research not meeting our inclusion requirements includes:

- Simka, 2010 (No healthy control group was included; the study cannot verify whether CCSVI is common in all people or just in MS patients.)
- Wattjes, 2010 (Used MRV. MRV studies, particularly in this case because no validated MR protocol was used, cannot measure CCSVI via the 5-part technical definition of CCSVI.)
- Sunstrom, 2010 (Used MRV. MRV studies, particularly in this case because no validated MR protocol was used, cannot measure CCSVI via the 5-part technical definition of CCSVI.)
- Yamout, 2010. (No healthy control group was included; the study cannot verify

whether CCSVI is common in all people or just in MS patients.)

- Krogias, 2010. (Unfortunately, we are unable to find a full English language translation of Krogias, 2010, so a full review has not yet been performed. However, per the English language abstract, it appears that while Krogias provides *theoretical* arguments against CCSVI, this very small study itself does not use healthy controls (and appears unblinded). Thus, per abstract review only - and subject for re-examination after study translation - Krogias 2010 cannot be included.)

Finally, we note that one study (Barachinni, 2011) proved difficult to assess: it used both DS and venography for diagnosis, but came to different results based on the respective technologies. Lacking an ideal solution, we will allow both the positive and negative results from Barachinni, 2011 (for more information, please see the [Barachinni](#) discussion in the Appendix).

Moving forward, we can now update Table 1 to include only research that passes eligibility requirements for legitimately answering the question “Does CCSVI Exist, and if so, is it related to MS?”:

Table 2: Validated (Eligible) Studies Measuring the Presence of CCSVI in MS Patients

Studies supporting CCSVI in MS	Studies not supporting CCSVI in MS
Zamboni, 2009	Doepp, 2010
Al Omari, 2010	Mayer, 2011
Zivadnov, 2011	Centonze, 2011
Barachinni, 2011	Barachinni, 2011

Next, using the studies in Table 2, we proceed to the next phase of the meta-analysis: determining which of the eligible studies offer more convincing results and which offer less convincing results. In other words, while all studies in Table 2 have met the inclusion requirements, they are not all “equal.” Important factors separate them and strongly suggest that results from some studies should be given greater weight than others (here, “weight” reflects the probable predictability/accuracy of the study’s results).

To weigh the studies in Table 2, we consider each study with respect to three factors known to impact the accuracy and/or reliability of research results:

1. The size of the study.
2. Whether the researchers were trained in CCSVI diagnosis (to minimize [bias effects](#)).
3. Whether the study used a blind (more reliable) or open label (less reliable) protocol to minimize bias effects.

Study Size

The larger the sample size of a study, the more suggestive the results (assuming all other variables and biases are equal). Given the studies in Table 2 above, we can rank the size of each study based on the number of subjects involved:

Largest Study:

- Zivadinov (BNAC), 2011 [289 MS patients/163 Healthy Controls; *This study contains more than 3 times the number of MS subjects than any other study.*]

Intermediate-sized Studies

- Centonze, 2011 [84 MS/56 HC]
- Zamboni, 2009 [65 MS/265 HC]
- Barachinni, 2011 [50 CIS-MS/50 HC]

Smaller Studies:

- Mayer, 2011 [20 MS/20HC]
- Doepp, 2010 [56 MS/20 HC]
- Al Omari, 2010 [25 MS/25 HC]

Next, given that CCSVI diagnostic accuracy has been very clearly tied to training¹⁸, we can prioritize all studies in Table 2 based on the diagnostic experience of the investigators:

More Reliable (investigators had hands-on training in CCSVI diagnosis via Doppler ultrasound. Training information was obtained from study's methodological and/or discussion section):

- Zamboni, 2009
- Zivadinov, 2011
- Centonze, 2011

Less Reliable (higher probability of errors in the results):

- Doepp, 2010
- Al Omari, 2010
- Barachinni, 2011
- Mayer, 2011

Lastly, we can quickly separate out the studies that used a blinded/controlled protocol (more reliable) from those that did not (less reliable).

Blinded/controlled studies

- All studies except Al Omari, 2010

Unblinded (less reliable)

- Al Omari, 2010

Putting the Picture Together

Finally, we can compile all this information into a single comprehensive snapshot, as seen in Graph 1 below, which provides a comprehensive view of all eligible studies, weighted for accuracy/predictability, and plotted on two dimensions:

- 1) Does CCSVI exist?
- 2) Does CCSVI contribute to MS?

Results

Given Graph 1 above, several key points become apparent.

1. **The overall weight of the research trends toward suggesting that CCSVI exists and is associated with MS.**

1. Two of the three largest studies (particularly BNAC 2011, which included by far the largest number of patients, together with data validating their diagnostic technique) support CCSVI in MS.

2. **The debate over the presence of CCSVI in MS remains unsettled.**
 1. Results from Centonze, 2011, produce an intriguing counterweight to Zivadinov, 2011 and Zamboni, 2009. Centonze, 2011, raise legitimate questions about the presence of CCSVI in MS.
3. **As a whole, the results do not address the question of whether CCSVI may play a contributing role in MS or may be a consequence of MS.**
 1. Results from Zamboni 2009 and Al Omari 2010 hint that CCSVI may play a causative role in MS.
 2. All results suggesting that CCSVI doesn't exist (Mayer 2011, Doepp 2010, Barachinni 2011, Centonze 2011) portray CCSVI as having no causative role in MS.
 3. BNAC 2011 suggests that CCSVI does not have a "primary" causative role in CCSVI. However, BNAC does note that "the role of CCSVI in contributing to or being a consequence of MS progression cannot be excluded and should be further investigated."⁷

Discussion

New theories often enter the scientific discourse amid a flurry of conflicting data. In fact, inconsistencies or gaps in the data often spur the development of new theories to begin with.

Further, during early stages of research, results may be particularly confusing. Consider, for example, the decades-long debate and starkly differing research results on the link between smoking and lung cancer. Thus, we should not be surprised that research on CCSVI has produced conflicting results.

Studying CCSVI is complicated. Diagnosis requires expertise in a particular application of Doppler sonography and, in the best cases, catheter venography, vascular science and neurology, together with a deep understanding of CCSVI theory. It is, however, precisely this complexity that has allowed us to make some sense of the data: by excluding studies whose methods or means were technically insufficient to determine whether CCSVI exists, we have simplified the research landscape and made clear at least three important trends:

1. The preponderance of evidence trends toward suggesting that CCSVI does exist and is correlated with MS.
2. Due to conflicting data from well-designed studies, the debate over the existence of CCSVI is not settled.
3. At present, research focusing on the presence of CCSVI does not clearly address whether CCSVI is a contributor to, a consequence of, or perhaps even unrelated to, MS.

Most apparent in Graph 1 is the weight of evidence provided by Zivadinov, 2011, which remains by far the largest, most well documented, and arguably most accurate study to date. With results falling very much in the middle of the debate, Zivadinov 2011 casts doubt on the degree of association between CCSVI and MS reported in Zamboni, 2009, as well as on the failure to find any association between MS and CCSVI as reported by Doepp 2010, Mayer 2011, and Barrachini, 2011. (It should be noted that results from Doepp, 2010 and Barrachini, 2011 have also been professionally disputed in the literature.)

Given these results, CCSVI begins to appear similar to many other factors associated with MS. Like genetic markers, geographic region, sunlight/vitamin D levels, exposure to certain viruses, or smoking, we see a higher prevalence in MS patients, but of course not in all MS patients. Further, as with all these factors, we see varying degrees of the same in healthy controls.

While these results suggest that CCSVI is not the sole cause of MS, the research has in no way excluded that CCSVI may (or may not) play a contributing role in both disease emergence and/or progression.

Moreover, while both published CCSVI treatment studies have been open label, both have nonetheless documented a plausible association between CCSVI treatment and alleviation of symptoms for at least some MS patients. This data, while suggestive only, adds an additional dimension to the notion that CCSVI and MS may indeed be related.

Given these findings, it becomes clear that the urgent need for well-designed studies continues.

HOWEVER, new research must avoid the missteps of past efforts. Specifically, we urge the scientific community to use the methods and means proven to produce accurate results (or, better still, to propose and validate more reliable alternative approaches to measuring CCSVI). Specifically:

1. **Until a new definition of CCSVI is proposed**, *future studies not relying on the current 5-part definition of CCSVI simply cannot make credible research claims about the existence (or lack thereof) of CCSVI.*

We appreciate the limitations of the current 5-part definition, but, at present, it is the only definition available.

2. **Until non-ultrasound methods for documenting CCSVI are validated and available**, *studies not employing Doppler ultrasound (DS) cannot make credible claims about the existence (or lack thereof) of CCSVI.* Research "proving" that CCSVI does or doesn't exist via techniques not shown to reliably measure CCSVI is a waste of everyone's time.

Importantly, we are in no way denying the value of MR and Venographic technologies. Indeed, both are potentially superb at documenting the characteristics of the venous anatomy. Moreover, both are invaluable tools for treating physicians. However, at present, MR and venography simply cannot measure CCSVI via the 5-part definition of CCSVI.

3. **Studies not using technicians specifically trained in CCSVI diagnosis cannot be relied on to provide accurate results.** Peer reviewed published data supporting this conclusion has been widely available since early 2010.^{18,19,20} Research "proving" that CCSVI does or does not exist that is published by researchers who have not been specifically trained in CCSVI diagnosis should be given little weight (and, potentially, are a waste of everyone's time and money).

4. **The methods and means for diagnosing CCSVI must be improved.** The current Doppler Ultrasounds process is prone to error and difficult to reproduce. This places considerable time and resource burdens on researchers looking to conduct legitimate investigations of CCSVI. Those seeking to advance CCSVI research must focus on creating a diagnostic approach that is more clearly defined, easier to reproduce, and less reliant on diagnostician training. Moreover, the relationship between Doppler diagnosis of CCSVI, MR investigations of CCSVI, and catheter venographic investigations of CCSVI must be better understood.

CAIV

Helping myself

Discussing CCSVI With Your Doctor

Many physicians are completely unaware of CCSVI, and you may be the first to introduce them to this theory and the supporting research. It is important that you prepare yourself with the necessary tools to reach out to them, cultivate their interest, and enlist their help. The purpose of this section is to help you strengthen communication and develop a supportive relationship with physicians who may become part of your CCSVI care team.

Part B- General Strategies for Communicating Effectively with Doctors About CCSVI

Preparing to talk about CCSVI

Many people become anxious prior to and during any visit with a physician. An appointment to talk about CCSVI is important, so it is worth spending time to prepare. Careful preparation will help keep both you and your physician on track and utilize your time effectively.

Not all physicians will be interested in CCSVI. As a matter of fact, many will NOT be. If you detect an interest, however, cultivate it by making an appointment to discuss it further with him/her. You might ask the physician, “Would you like me to send CCSVI research documents and the address of a helpful website prior to the appointment?”

Prepare for the appointment by thoroughly reviewing the CCSVI Alliance website, familiarizing yourself with the venous anatomy of the head and neck area, and understanding how CCSVI is both diagnosed and treated. Don’t assume your physician will or won’t be interested in CCSVI, but be prepared to gracefully accept the possibility of being turned down. If this happens, move on to the next doctor on your list. It is important for you to have a fully committed, well-informed, skilled practitioner on your health care team especially when contemplating something as new as CCSVI.

Take a file of introductory information ([click here](#)) that is pertinent in addition to the original CCSVI material you may have sent. Include a brief review of your medical history with key information and dates (see [Summary](#) section below). Also, consider taking someone with you who is well-informed about CCSVI and will listen and question the things you might miss in the conversation.

Attempt to assess the physician’s knowledge about CCSVI as a place to begin your discussion so that you do not assume too much or too little. Although you are in charge of the visit, listen carefully to what he/she has to say as a guide on how to proceed. For example, your doctor may already have had opportunities to see stenoses of various types in the vascular system in the past or have a personal interest in MS or CCSVI.

A prepared list of questions, such as the one given in Part A, customized to your unique situation, is essential to make sure you get all of your concerns addressed in the time allotted for the appointment. If you are bringing someone else with you to the appointment, give him or her the list of questions in advance. Prioritize your questions so the ones that matter the most to you are asked first.

Even though the doctor's standard medical form has space for you to list your medications, prepare your own list in advance including supplements and dosages of each so you don't forget any. Some offices will attach your list. Others will have you copy it to their form.

If you have trouble remembering information or taking notes, consider taking a small digital tape recorder. It is unusual for physicians to encounter a patient wishing to record the appointment, so it is important that you ask the doctor if he or she is comfortable with a recorder.

When the appointment is over, be sure you leave with a clear understanding of how this physician believes he or she can or cannot support you. If you are unsure...ASK!

Your responsibility as a patient

Your responsibility in any health care encounter is to be well organized, informed and prepared with succinct written information about your history, concerns and pertinent questions. You must be very specific about the issues you wish to address. For the best use of your allotted time, you must clearly state why you are there and what you hope to gain from the visit.

Remember, this is YOUR visit and the discussion is about YOUR health. It is vital that you assume responsibility for keeping the discussion focused. Do not be afraid to speak up and, if necessary, refocus the discussion.

Always be professional and courteous. Remember, you may not accomplish your goal of enlisting this physician's support during the visit, but you may succeed in opening the door for someone else with the same concern. Cultivating good relationships with potential medical allies of CCSVI is a job we can all do.

CTV W5 - The Liberation Treatment: A whole new approach to MS – Teil 1

Text (gesprochen) & Untertitel	Bild & Text (geschrieben)
00:00:00 – 00:00:06	00:00:00 – 00:00:06
<i>Männliche Stimme aus dem off:</i> This is CTV's W5. Here is Lloyd Robertson.	Logo des Fernsehsenders erscheint. Der Moderator Lloyd Robertson betritt das Filmstudio (Kulisse einer nächtlich beleuchteten Skyline) und wendet sich der Kamera zu.
00:00:06 – 00:00:52	00:00:06 – 00:00:16
<i>Robertson on:</i> Welcome to W5. This week: A stunning medical discovery, a revolutionary treatment for a most debilitating disease. It is Multiple Sclerosis and Canadians are especially hard hit. Many end up wheelchair-bound. MS-sufferers often have problems to see, stand, even swallow. Now W5 has an exclusive look on a radical new approach: The suggest, the disease is not just an autoimmune disorder as has long been thought. A relatively simple procedure, called „The Liberation Treatment“ could free MS-patients from a lifetime of suffering. A scientific breakthrough, but one inspired by love. Here is Avis Favaro.	Robertson in Halbtotale vor der Kulisse und einem Bildschirm, auf dem CTV W5 steht.
	00:00:16 – 00:00:28
	Auf dem Bildschirm ist nun eine schwarze Gestalt im Rollstuhl vor hellem Hintergrund zu sehen.
	00:00:28 – 00:00:42
	Nun auf dem Bildschirm: Eine Person in OP-Bekleidung beugt sich über einen Operationstisch, auf dem eine zweite Person liegt, im Hintergrund an der Wand sind verschiedene Röntgenbilder.
	00:00:42 – 00:00:46
	Texteinblendung über/auf dem Bild: The Liberation TREATMENT
00:00:46 – 00:00:52	
	Texteinblendung unter dem Bild: PRODUCER Elizabeth St Philip.
	00:00:53 – 00:00:56
	Kamerafahrt durch einen mittelalterlichen Stadtkern mit Kastell, Passanten laufen vorbei, ein Taubenschwarm fliegt auf. Ab 00:00:54 Texteinblendung am unteren Bildschirmrand: CTV W5 Editor: André Lapalme.
00:00:56 – 00:01:14	00:00:56 - 00:01:01
<i>Favaro off:</i> Amid medieval castles and churches in the ancient city of Ferrara in northern Italy is a Doctor: Paolo Zamboni who's developed an amazing theory, that could turn the diagnosis and the treatment of Multiple Sclerosis upside down.	Weiterhin Aufnahme des Stadtkerns von Ferrara.
	00:01:02 - 00:01:04
	Eine Frau im Arztkittel beugt sich über ein medizinisch-technisches Gerät, ein Mann sitzt daneben. Im Hintergrund des Zimmers sind weitere technische Geräte zu sehen.
	00:01:05 – 00:01:09

	Nahaufnahme vom Gesicht des Mannes.
	00:01:09 – 00:00:13
	Die Ärztin untersucht die Schläfe eines auf einer Liege liegenden Patienten mit einem Ultraschallgerät und schaut dabei weiterhin auf den Monitor. Kamera schwenkt langsam zur Seite, Zamboni erscheint wieder im Bild.
	00:01:14 – 00:01:17
	Nahaufnahme des Monitors mit einem Ultraschallbild.
00:01:17 – 00:01:21	00:01:17 – 00:01:21
<i>Zamboni on:</i> I am fully convinced that this is a very, very, important for people.	Dr. Zamboni in der Halbtotale, er spricht.
00:01:22 – 00:01:29	00:01:22 – 00:01:29
<i>Favaro off:</i> Doctor Zamboni was trained as a surgeon but a rare neurological disease lacked him unable to operate.	Zuerst ein Türschild mit seinem Namen, dann Zamboni an einem Schreibtische in einem Arbeitszimmer am Schreiben.
00:01:29 – 00:01:44	00:01:29 – 00:01:44
But it was when his wife Elena began developing the symptoms of MS over a decade ago that he began a new and very personal medical mission. She was having serious attacks where she lost her sight and couldn't walk.	Zamboni und seine Frau laufen durch die Innenstadt von Ferrara.
00:01:45 – 00:01:55	00:01:45 – 00:01:55
Favaro: So did you see her (-) spiraling [down] Zamboni: [Yes] Zamboni: yes, my hope was to find something, that, eh, might be operated. For her.	Zamboni und Favaro sitzen einander gegenüber und unterhalten sich, abwechselnd sind ihre Gesichter zu sehen, aber nicht synchron zu ihren Sprechakten.
00:01:55 – 00:01:58	00:01:55 – 00:01:58
<i>Favaro on:</i> And this is what he was afraid would happen to her.	In einem mit verschiedenen Geräten ausgestatteten Zimmer sitzen mehrere Patienten auf Stühlen oder in Rollstühlen. Eine Person in der Mitte wird von einer medizinischen Fachkraft behandelt, ohne dass sich die Art der Behandlung erkennen lässt.
00:01:59 – 00:02:13	00:01:59 - 00:02:01
These are Italian MS-patients at a nearby rehab-clinic. The disease has damaged their ability to move normally. It causes them chronic fatigue and visual loss. The say it's destroyed their independence.	An eine der Frauen im Rollstuhl wird heran gezoomt. In der Hand hält sie einen Ball, mit dem sie ihre motorischen Fähigkeiten trainiert.
	00:02:01 – 00:02:04
	Eine andere Frau liegt auf einer Liege, die Beine auf einem Gymnastikball, und macht Übungen. Eine zweite Frau in einem weißen Kittel steht daneben.
	00:02:04 - 00:02:13

	Eine Gruppe von Patienten macht mit der Frau im weißen Kittel verschiedene Übungen.
00:02:14 – 00:02:23	00:02:14 – 00:02:23
Patientin 1: I am one leg that th=eh I am not able to use=eh, and foot=äh too. This hand=eh sometimes is=eh terrible to write.	Nahaufnahme der zuvor gezeigten Patientin, die jetzt auf der Gymnastikliege sitzt.
00:02:23 – 00:02:37	00:02:23 – 00:02:37
Patientin 2: I can't use knife to cut=eh meat=eh, I can't wash alon=eh, it's very (-) depressing, you know? Favaro: You can't walk [well]? Patientin 2: [now] I can't walk. I can just use the weelchair.	Nahaufnahme der Patientin, die zuvor mit dem Ball Übungen gemacht hat, im Gespräch mit Favaro.
00:02:37 - 00:02:44	00:02:37 – 00:02:44
<i>Favaro off:</i> Doctors have long considered MS an autoimmune disorder, where immune-cells attack the nerves and brain.	Wieder Patientin 1 auf der Liege mit der Frau im Arztkittel.
00:02:44 – 00:02:53	00:02:44 – 00:02:53
One of the hallmarks of the disease are these white spots, that appear on brain scans. Signs of active disease.	MRT-Bild eines Gehirns mit einem weißen Fleck in der Mitte, Kamera zoomt auf den weißen Fleck.
00:02:53 – 00:02:57	00:02:53 – 00:02:57
But no one has ever conclusevly proven exactly what starts it up.	Neue, dynamische Bildgebung vom Gehirn, Aufnahme verändert sich, Gehirn wird aus verschiedenen Perspektiven gezeigt.
00:02:58 – 00:03:14	00:02:58 – 00:03:14
<i>Favaro on:</i> For over centuries scientist have been finding unusually high levels of iron in the brains of patients with MS. Most assume it was simply a byproduct of the immune disorder. But for Doctor Zamboni it was a clue to something much more important.	Favaro steht vor der schon bekannten Straßenansicht Ferraras. Im Hintergrund gehen Passanten vorbei.
00:03:16 – 00:03:35	00:03:16 – 00:03:35
<i>Zamboni on:</i> For me was really unbelievable is to understand that iron deposit is in Multiple Sclerosis exactly around the vein. So probably is a product of a dysfunction of drainage of the vein. This is a very important new. Because iron is very dangerous.	Zamboni sitzt im Arztkittel vor einem Schreibtisch und redet zu Favaro, auf die die Kamera gelegentlich schwenkt.
00:03:36 – 00:03:42	00:03:36 - 00:03:42
<i>Favaro off:</i> Dangerous because iron in the brain can cause cell death, information and immune problems.	Eine farbige Bildgebung vom Gehirn ist zu sehen.
00:03:42 – 00:03:52	00:03:42 – 00:03:49
So using ultrasound he began to scan the head and necks of MS-patients and that's when he made a key-discovery.	Bild wie vorher: Ärztin macht Ultraschallbilder vom Patienten auf der Liege, Zamboni sitzt daneben, beide schauen auf einen Monitor. Nahaufnahme vom Hals des Patienten mit dem Ultraschallgerät. Nahaufnahme von

	Zambonis Gesicht.
	00:03:49 – 00:03:52
	Ultraschallbild der Halsvene des untersuchten Patienten.
00:03:53 – 00:04:07	00:03:53 – 00:04:07
Zamboni: In some patients I found the evidence of narrowing. Narrowing of a vein. Favaro: In the neck. Zamboni: Yes. Favaro: So the blood was not draining. And this is in an MS-patient. Zamboni: Yes, just in MS-patients.	Zamboni sitzt im Arztkittel vor seinem Schreibtisch und redet zu Favaro, auf die die Kamera gelegentlich schwenkt.
00:04:08 – 00:04:13	00:04:08 – 00:04:13
<i>Favaro off:</i> In patient after patient he found the same thing: narrowed veins.	Zamboni, Ärztin und Favaro stehen/sitzen vor dem Ultraschallgerät und sehen sich auf dem Monitor die Bilder des immer noch auf der Liege liegenden Patienten an.
00:04:13 – 00:04:26	00:04:13 – 00:04:26
Favaro: So in normal people, or people with other diseases ... Zamboni: With other disease, neurological or not ... Favaro: no narrowing. Zamboni: no narrowing. Favaro: So every single one... Zamboni: Yes. Favaro: of the MS-patients had some sort of narrowing in the drainage. Zamboni: Yes.	Zamboni sitzt im Arztkittel vor seinem Schreibtisch und redet zu Favaro, auf die die Kamera gelegentlich schwenkt.
00:04:28 – 00:04:37	00:04:28 – 00:05:09
Favaro off: It was a brand new condition, something he called CCSVI: Chronic Cerebro-Spinal Venous Insufficiency.	Großaufnahme des Monitors mit dem dynamischen Ultraschall-Bild. Text geschrieben, erscheint auf dem Ultraschall Bild: CCSVI Chronic Cerebro-Spinal Venous Insufficiency [00:04:31-00:04:37]
00:04:38 – 00:04:47	00:04:38 – 00:04:47
He found blockages either in the two jugular veins or in a large central vein that sits in the chest. Problems, he says, that likely take root before birth.	Schematische Darstellung der oberen Hälfte eines menschlichen Körpers, die genannten Venen erscheinen rot markiert.
00:04:48 – 00:05:09	00:04:48 – 00:05:09

<p>And when they're narrowed or blocked blood backs up into the brain and that, he says, could be pushing blood which contains iron into the brain-tissue of these patients. The bottom line: Doctor Zamboni had uncovered a structural defect common in MS-patients, that could be a possible trigger for Multiple Sclerosis.</p>	<p>Monitor zeigt ein weiteres dynamisches Ultraschallbild, dann ein statisches Bild vom Gehirn, dann eine schematische Darstellung einer blockierten Vene.</p>
00:05:10 – 00:05:52	00:05:10 – 00:05:52
<p>Favaro: Did you say: this is it. Did you jump up and down and did you say [this] is it, Zamboni: [yes] Favaro: [this is something] Zamboni: [this, this is a ve]ry important factor, I thought, and although but this factor can be treated. Favaro: Were you excited? Zamboni: Absolutely excited. The first things that I did was to present my imaging to neurologist and at beginning they were really interested but when I anticipated the possibility to treat this associated condition, oh, they were not so excited like me ((lacht)).</p>	<p>Favaro und Zamboni im Gespräch in seinem Arbeitszimmer; abwechselnd Nahaufnahmen von beiden.</p>
00:05:53 – 00:06:23	00:05:53 – 00:06:09
<p><i>Favaro off:</i> Doctor Zamboni says many neurologists he approached declined to join his research. That could be because it's a complete reversal of conventional science that says MS is a brain disorder and an autoimmune disease. Doctor Zamboni's work suggests that MS may really be at its root a plumbing problem in the veins, with a possibility of a diagnostic test, perhaps even a treatment to unblock these malformed veins.</p>	<p>Zamboni und Favaro sitzen an einem Schreibtisch vor zwei Monitoren. Er deutet mit dem Finger auf den Bildschirm. Der Winkel der Kamera vergrößert sich und hinter dem Schreibtisch wird durch ein Glasfenster ein MRT-Gerät sichtbar. Schnitt, nur der Bildschirminhalt ist zu sehen, worauf die Aufnahme eines Gehirns erkennbar ist, mit verschiedenen Linien und Beschriftungen darüber.</p>
	00:06:10 – 00:06:20
	<p>Zamboni betritt ein weiteres Laborzimmer, das voll gestellt ist mit technischen Geräten und in dem zwei Frauen in weißen Kitteln arbeiten, mit denen Zamboni sich unterhält.</p>
	00:06:21 – 00:06:23
00:06:24 – 00:06:40	00:06:24 – 00:06:40
<p>But there was one neurologist who was captivated by the theory: Doctor Fabrizio Salvi likes ideas, that are out of the box. And so he began sending his MS-patients to Doctor Zamboni for testing.</p>	<p>Ein Mann in weißem Arztkittel und eine auf einer Liege sitzende Frau in einem mit orangefarbenen Vorhängen abgetrennten Zimmerbereich. Sie hat ihre rechte Hand verbunden und er zeigt ihr, wie sie diese Hand bewegen soll. Dann untersucht er ihr Gesicht, als nächstes streckt die Frau waagrecht beide Arme vor sich aus.</p>
00:06:41 – 00:06:47	00:06:41 - 00:06:49

The images of narrowed or blocked veins called „strictures“ look irrefutable.	Eine dynamische Grafik von Hals- und Brustvenen vor schwarzem Hintergrund. Ein Teil wird vergrößert, in dem die sonst blaue Vene einen rot markierten Bereich aufweist.
00:06:47 – 00:06:56	00:06:49 – 00:06:56
<i>Salvi on:</i> Everyone can see what we found. Everyone, everyone can see the strictures.	Halbtotale von Dr. Salvi in einem (Krankenhaus)-Gang. Im Hintergrund nähert sich sehr langsam eine Person mit Krückstock.
00:06:57 – 00:07:09	00:06:57 – 00:07:11
<i>Favaro off:</i> And one patient he send was Agasto Zeppi. Agasto has been suffering regular MS-attacks for nine long years which left him with incredible fatigue and difficulty walking.	Ein Mann in einem schwarzen Anzug und einer Aktentasche in der Hand läuft eine Straße entlang, betritt ein Café und bestellt etwas bei der Bedienung. Dann verlässt er das Café und nimmt an einem Tisch vor dem Café Platz.
00:07:10 – 00:07:22	00:07:11 - 00:07:22
Agasto: (spricht italienisch) Untertitel: Everything I was dreaming for my future adult life Untertitel: would no longer be possible Favaro: You thought your life was over. Finito. Agasto: Finito. Game over. ((lacht)) Favaro: Game over.	Agasto in der Halbtotale im Inneren eines dunklen Raums. Im Hintergrund ist ein Ergometer erkennbar. Die Kamera schwenkt während des Gesprächs zu Favaro, die sich mit ihm unterhält, und wieder zurück.
00:07:23 – 00:07:42	00:07:23 – 00:07:30
<i>Favaro off:</i> When he was scanned both of his jugular veins were sixty and eighty percent blocked. And so he became one of the first to undergo an experimental procedure to unblock those veins. It's a treatment that he says has restored him to health.	Agasto, wieder in dem Straßencafé, holt eine Zeitung aus seiner Aktentasche und beginnt zu lesen.
	00:07:30 – 00:07:37
	Bild von einer Herzfrequenzkurve auf einem Monitor, dann sieht man aus der Froschperspektive wie eine Person in einem grünen Chirurgenkittel, mit Mundschutz und Haube einen Latexhandschuh überzieht. Perspektivenwechsel: Schwenk auf das übrige im Operationssaal anwesende medizinische Personal.
	00:07:38 – 00:07:37
	Agasto, wieder im Café vor seiner Zeitung, nimmt einen Schluck aus einer Teetasse und setzt die Tasse dann ab.
00:07:43 – 00:08:14	00:07:43 – 00:08:14
Agasto: (spricht italienisch) Untertitel: I've forgotten what it's like to be ill. Favaro: Really. You don't remember what it's like to have MS. Agasto: Sto bene.	Favaro und Agasto wieder im Gespräch, im selben Zimmer wie vorher. Teil eins der Reportage endet mit der Aufnahme von Agastos Gesicht, der mit den Tränen kämpft.

<p>Untertitel: I feel well.</p> <p>Agasto: Sto bene come ... (Rest unverständlich)</p> <p>Untertitel: I feel like I did fifteen years ago – before I was ill.</p> <p>Untertitel: There was a time when I thought...</p> <p>Untertitel: I would never play tennis with my son.</p> <p>Agasto: <<schluchzend>italienisch ></p> <p>Untertitel: Now I can.</p> <p>Favaro: You can play tennis with your son now.</p> <p>Agasto: <<nickend> hm-hm></p> <p>Favaro: He gave you back your life. (italienisch)</p> <p>Agasto: <<nickend> italienisch ></p> <p>Untertitel: He gave me a second life.</p> <p>Agasto: Sicuramente.</p>	
---	--

CTV W5 - The Liberation Treatment: A whole new approach to MS – Teil 2

00:00:00 - 00:00:06	00:00:00 – 00:00:06
	Logo der Serie erscheint auf dunkelblauem Hintergrund dann das Logo des Senders: W5 CTV
00:00:06 – 00:00:29	00:00:06 - 00:00:14
<i>Favaro off:</i> This is the hospital Santa Anna, tugged in the middle of the picturesque town of Ferrara, Italy. And you're about to see something never shown before on television. It's an experimental treatment to open up the blocked veins that Doctor Paolo Zamboni and his team have been finding in patients with Multiple Sclerosis.	Ein Krankenwagen fährt vorbei, dann wechseln sich Bildsequenzen mit Aufnahmen von Ferrara ab.
	00:00:15 - 00:00:21
	Jemand öffnet eine Packung mit steriler OP-Kleidung und zieht diese mit Hilfe einer zweiten Person an. Der Winkel der Kamera wird größer und man erkennt, dass sich beide Personen in einem weißen Raum mit medizinischen Apparaturen befinden.
	00:00:22 - 00:00:25
	Überblendung auf ein Computerultraschallbild von den Halsvenen, auf das eine nicht sichtbare Person mit einem Stift zeigt. Dann Kameraschwenk auf Dr. Zamboni in weißem Arztkittel und Kopfbedeckung, der vor dem Bildschirm sitzt.
	00:00:26 - 00:00:29
	Der Mann in OP- Kleidung geht von einem Zimmer in ein anderes, auf dem eine Person auf einem OP-Tisch liegt, über den sich zwei weitere Personen in entsprechender OP-Kleidung beugen.

00:00:30 – 00:00:47	00:00:30 – 00:00:47
<p>Favaro: So you decided to move ahead with the treatment now that you had made the diagnosis. [Right?] Zamboni: [Yes.] Treatment of a narrowing could be a a good way for eliminating iron depositions so dangerous iron stores in the brain.</p>	<p>Favaro und Zamboni im Interview in seinem Arbeitszimmer.</p>
00:00:47 – 00:01:07	00:00:47 – 00:00:48
<p><i>Favaro off:</i> And MS-patients like this young woman are lining up for his research studies. For years doctors have used tiny balloons to open up blocked arteries. It's a procedure called angioplasty. Doctor Zamboni decided to try a similar treatment in patients with MS, who have blocked veins.</p>	<p>Vier Personen in weißer Kleidung stehen in einem komplett weißen Raum mit medizinischen Apparaturen über eine Liege gebeugt. Durch die Glasscheibe an der rückwärtigen Wand des Zimmers sind weitere Personen undeutlich erkennbar.</p>
	00:00:49 – 00:00:52
	<p>Zwei weiß gekleidete Personen beugen sich über eine Person in einem weißen Gewand, die auf einer Liege liegt, von der aber nur die Beine zu sehen sind. Über der Liege hängt eine großer Monitor und ein Schlauch kommt von der Decke.</p>
	00:00:53 - 00:01:00
	<p>Zwei Personen in OP_Kleidung. Eine in blau gekleidete Person beugt sich über einen Tisch und bereitet Instrumente vor. Links im Bild wieder eine Liege mit einem Monitor darüber. Zoom auf das Gesicht der Person (männlich), dann auf eines der Instrumente, das er in der Hand hält. (Vermutlich ein Katheter?). Zoom zurück auf das Zimmer, in dem jetzt vier Personen zu sehen sind, die dem Mann in der Mitte zusehen, wie er weitere Instrumente von dem Tisch aufhebt.</p>
00:01:01 - 00:01:07	
<p>Der Kopf von Zamboni ist von der Seite zu sehen, dann sein Hinterkopf und eine Kamera und ein Bildschirm, auf den Zamboni schaut.</p>	
00:01:09 – 00:01:24	00:01:09 – 00:01:12
<p>Doctor Robert Galeotti, an interventional radiologist, threads a wire through the key veins that drain blood from the brain. Like most MS-patients they studied she has two blocked jugular veins in her neck. You can see one on the scan.</p>	<p>Eine Person liegt auf einer Liege, mit einem blauen Laken zugedeckt, über ihr ist ein medizinisches Gerät. Mit dem Rücken zur Kamera sind zwei weitere Personen in OP-Kleidung, die sich über die Liege beugen. Dann Nahaufnahme vom Gesicht der einen Person, es ist derselbe Mann, der zuvor die Instrumente geprüft hat: Dr. Geleotti.</p>
	00:01:12 – 00:01:14
<p>Man sieht einen Ausschnitt des blauen Lakens, bei dem durch eine kleine Öffnung ein Stück Haut zu sehen ist. Eine behandschuhte Hand hält ein blaues Plastikröhrchen direkt an die Haut und und</p>	

	die zweite Hand schiebt etwas in dieses Röhrrchen hinein.
	00:01:14 – 00:01:17
	Schwarz-weiß Teil-Bild einer Wirbelsäule (3 Wirbel) auf dem der eingeführte Draht erkennbar ist und sich bewegt.
	00:01:17– 00:01:23
	Wieder im OP. Man sieht die Person auf der Liege unter einem riesigen Ultraschall-Gerät und die zwei anderen Personen, dann eine Nahaufnahme vom Gesicht der auf der Liege liegenden weiblichen Person, der eine Elektrode auf der Stirn klebt.
	00:01:23 – 00:01:30
	Drei Personen in OP-Kleidung stehen um einen Schreibtisch mit zwei Monitoren, im Hintergrund steht eine weitere Person in weißem Kittel, Zamboni sitzt auf einem Stuhl. Die Kamera schwenkt auf einen der Bildschirme, auf dem ein Ultraschallbild der HWS zu sehen ist, auf welches Zamboni mit einem Stift zeigt. Dann schwenkt die Kamera zurück, Zamboni und Galeotti sind zu sehen, die auf den Bildschirm schauen und sich unterhalten.
Galeotti: A narrowing. Zamboni: A narrowing Galeotti: Yes	
Zamboni: Is a significant stenosis, because the settling is more than fifty percent.	Zwei Hände und ein Teil des blauen Lakens sind zu sehen, dann ein Messgerät.
00:01:37 – 00:01:50	00:01:37 – 00:01:41
	00:01:41 – 00:01:44
<i>Favaro off:</i> Doctors then send in a small balloon and inflate it. Once the balloon is removed, doctors watch as the blood begins to flow down normally from the brain.	Wieder s/w Ultraschallbild eines Teils der Wirbelsäule mit dem eingeführten Draht.
	00:01:44 – 00:01:47
	Wieder das Ärzteteam in dem Raum mit den Monitoren, auf die alle schauen.
	00:01:47 – 00:01:50
	Bild einer hellgrauen Fläche, durch die sich eine schwarze Linie von oben nach unten bewegt.
00:01:50 – 00:01:54	00:01:50 – 00:01:57
<i>Zamboni on:</i> Wow, no more narrowing.	Der Raum mit den Ärzten, Galeotti in der Halbtotale im Vordergrund.
00:01:54 – 00:01:56	
<i>Galeotti on:</i> The blood go faster than before.	
00:01:57 – 00:02:09	00:01:57 – 00:01:58

<i>Favaro off:</i> Doctor Zamboni's team has performed this surgery on 120 patients so far. Some while the patients were having severe MS-attacks. With dramatic results:	Nahaufnahme von Zambonis Gesicht.
	00:01:58 – 00:02:00
	Wieder im Bild, der kleine Hautausschnitt unter der blauen Plane, in den zwei Hände ein Stück Draht schieben.
	00:02:00 – 00:02:04
	Teil einer Person von hinten, die auf Ultraschallbilder der HWS schaut.
	00:02:04– 00:02:05
	Jetzt ist wieder ein Teil des Gesichts der jungen Frau zu sehen (ein geschlossenes Auge).
	00:02:05– 00:02:09
	Nahaufnahme der Gesichter der beiden Ärzte im OP, dann vergrößert sich der Bildausschnitt und der OP-Tisch und das Ultraschallgerät werden ebenfalls sichtbar. Dann schwenkt das Ultraschallgerät über die Liege.
00:02:10 – 00:02:26	00:02:10 – 00:02:26
<i>Zamboni on:</i> Sometimes is unbelievable. Because they told us: now I have a normal sensation. I have a sensation of my hands, I have a sensation of my legs again. It's fantastic.	Zamboni in der Halbtotale von vorne in seinem Arbeitszimmer, Schwenk auf Favaro, die ihm gegenüber sitzt und wieder zurück.
00:02:27 – 00:02:42	00:02:27 – 00:02:42
<i>Favaro on:</i> The doctors called it „The Liberation Procedure“, la Liberazione, the Italian word for freedom. Cause the operation restored normal blood-flow from the brain. For the patients, however, this liberation had an even more profound meaning	Favaro steht irgendwo in Ferrara auf der Straße, im Hintergrund erkennt man Häuser, Passanten laufen vorbei.
00:02:43 – 00:03:05	00:02:43 – 00:02:52
<i>Favaro off:</i> Here is a research video taken by doctor Zamboni's team. It shows an MS-patient before the procedure. His right leg is weak and shakes. This is the same man two weeks after a Liberation Treatment. Another patient who drags his right leg before the treatment. A month and a half after the treatment he has a steadier gait.	Man sieht zwei senkrecht in die Luft gestreckte, nackte Beine, die am Knie im rechten Winkel abgeknickt sind. Die Person, der die Beine gehören, ist mit einer weißen Unterhose bekleidet und liegt auf einer Liege. Der Oberkörper ist nicht zu sehen. Das rechte, vordere Bein wackelt und der Unterschenkel sinkt langsam nach unten.
	Wieder der Mann auf der Liege in der selben Position. Diesmal ist auch der nackte Oberkörper zu sehen und der untere Teil des Gesichts (Nase, Mund, Kinn). Die Beine wackeln ein bißchen, bleiben aber in Position.
	00:02:57 – 00:03:00

	Zwei nackte Unterschenkel und Füße sind zu sehen auf einem grauen Fußboden in einem nicht näher bestimmbarem Arztzimmer. Die Beine laufen unsicher auf die Kamera zu
	00:03:01 – 00:03:07
	Eine männliche Person, nur in Unterhose bekleidet, in einem vollgestopften Behandlungszimmer kommt sicheren Ganges auf die Kamera zu.
00:03:07 – 00:03:13	00:03:07 – 00:03:13
<i>Favaro off:</i> These are some of the first patients doctor Zamboni's team has treated. Speaking about their experience for the first time.	Zwei Männer und eine Frau mittleren Alters stehen in einem langen (Krankenhaus-)Flur und unterhalten sich mit Favaro.
00:03:14 – 00:03:16	00:03:14 – 00:03:16
Patientin 1: (spricht italienisch) Untertitel: This is something very extraordinary in my opinion.	Nur Kopf und Brust der Frau sind zu sehen.
Patient 1: (spricht italienisch) Favaro: You're liberated. Patient 1: Sì.	Jetzt Halbtotale von einem der Männer.
00:03:20 – 00:03:27	00:03:20 – 00:03:28
<i>Favaro off:</i> Paolo Ricomeni has had MS for eight years. He had three blocked veins that were opened two years ago.	Patient 1 läuft von der Kamera weg durch den langen Gang, an dessen Ende links eine Person in weißem Kittel steht und wieder zurück. Die Frau beobachtet seinen Gang.
00:03:27 – 00:03:28	
Frau in weißem Kittel on: Bravo	
00:03:28 – 00:03:36	00:03:28 – 00:03:36
Patient 1: (italienisch) Untertitel: I have continued to get better. Before, I could walk ... but now I walk very well compared to before.	Wieder Aufnahme des Mannes in dem Gang.
00:03:36 – 00:03:44	00:03:36 – 00:03:44
<i>Favaro off:</i> Rosella [Nachname] was diagnosed in 2003. She had two blocked veins that were opened two years ago.	Patientin 1 sitzt in einem Untersuchungszimmer auf einem Stuhl. Eine Person in weißem Kittel steht vor ihr, mit dem Rücken zur Kamera, Zamboni sitzt auf einem Stuhl neben der Patientin und schaut auf einen Monitor. Dann nimmt die Person in weiß ein Ultraschallgerät und hält es an den Hals der Patientin. Hals und Ultraschallgerät sind in Nahaufnahme zu sehen.
00:03:44 – 00:03:49	00:03:44 – 00:03:49
Patientin 1: (spricht italienisch) Untertitel: In about ten days I completely recovered the strength in my leg.	Wieder Patientin 1 in der Halbtotale in dem Gang.
00:03:50 – 00:04:05	00:03:50 – 00:03:55
<i>Favaro off:</i> In an upcoming study of sixty-five patients	Zuerst ist nur Zambonis Kopf im Profil zu

<p>with the most common form of MS he saw a drop in the number of new brain lesions. And in the nearly two years following the surgery seventy-three percent of patients had no more MS-attacks.</p>	<p>sehen, dann Patient 2 aus der zuvor interviewten Dreiergruppe, der ebenfalls von der Person im weißen Kittel mit dem Ultraschallgerät untersucht wird.</p> <p>00:03:56 – 00:03:58</p> <p>MRT-Bild eines Gehirns im Querschnitt, auf dem weiße Flecken erkennbar sind, auf die eine Stift haltende Hand zeigt.</p> <p>00:03:59 – 00:04:05</p> <p>Patient 2, Ärztin und Zamboni im Behandlungszimmer im Gespräch.</p>
<p>00:04:06 – 00:04:47</p>	<p>00:04:06 – 00:04:47</p>
<p>Zamboni: In the first two years after the procedure, if you maintain no narrowing in your neck veins or chest veins you do not have more attack. You do not have more active lesion at MRI.</p> <p>Favaro: Maybe it's a plausible effect.</p> <p>Zamboni: Patients can be very enthusiastic, the first month, the first day after the liberation procedure. I think this can be certainly taken into account. But after two years...</p>	<p>Zamboni in seinem Arbeitszimmer. Kamera schwenkt auf Favaro, als sie eine Frage stellt und wieder zurück.</p>
<p>00:04:48 – 00:04:53</p>	<p>00:04:48 – 00:04:53</p>
<p><i>Favaro off:</i> The first neurologist to support Doctor Zamboni's work was Fabrizio Salvi.</p>	<p>Zamboni, Salvi und ein weiterer Arzt stehen bzw. sitzen in einem Zimmer und schauen auf einen Monitor. Dann Nahaufnahme von Salvi .</p>
<p>00:04:53 – 00:05:03</p>	<p>00:04:53 – 00:05:03</p>
<p>Favaro: But you don't think it's a cure.</p> <p>Salvi: I, I <lacht> I think that may be the cure. For MS. But I have to be careful.</p>	<p>Salvi steht einem Gang, sein Gesicht und sein Oberkörper sind zu sehen, der Kamera zugewandt.</p>
<p>00:05:04 – 00:05:10</p>	<p>00:05:03 – 00:05:05</p>
<p><i>Favaro off:</i> Most in the medical community haven't heard yet what's going on in Ferrara, Italy.</p>	<p>Drei Frauen in weißer Tracht mit Wintermänteln darüber laufen an einem Parkplatz vorbei eine Straße entlang.</p> <p>00:05:05 – 00:05:07</p> <p>Eine schmale Straße ist zu sehen, die links und rechts von Häuserwänden gesäumt wird, durch die sich langsam eine lange Autoschlange schlängelt.</p> <p>00:05:08 – 00:05:10</p> <p>Ein antikes Gebäude mit Zinnen und einem Turm ist zu sehen, das zuvor schon bei Stadtansichten Ferraras zu sehen war.</p>
<p>00:05:11 – 00:05:17</p>	<p>00:05:11 – 00:05:17</p>
<p>But among MS-patients doctor Zambonis work is the hottest topic on internet-chat-sites.</p>	<p>Die Maske einer Internet-Suchmaschine erscheint, bei der im Suchfeld „Dr. Paolo Zamboni“ eingegeben wird. Dann werden mehrere Treffer angezeigt und ein Bild von</p>

	Zamboni. Dann erscheint die Internetseite ThisIsMS, der angezeigte Inhalt ist aber zu undeutlich zum Lesen.
00:05:18 – 00:05:35	00:05:18 – 00:05:20
That's how half the world away in Southern California, the first American patient came to be liberated. Jeff Beal, an Emmy-Award winning music composer had been withering under the weight of his disease, battling crippling fatigue.	Kamera zoomt langsam auf ein Haus mit einem großen Vorplatz.
	00:05:21 – 00:05:24
	Eine Klaviertastatur ist zu sehen, dahinter technisches Equipment und eine Hand, die auf der Tastatur spielt.
	00:05:25 – 00:05:35
	Gesicht eines Mannes von der Seite. Die Kamera zeigt einen größeren Ausschnitt: Der Mann sitzt an einem großen Schreibtisch auf dem ein Keyboard steht, auf dem er spielt, dahinter ist ein großer Bildschirm, auf dem eine Frau zu sehen ist, dann ist wieder sein Gesicht in Nahaufnahme zu sehen.
00:05:35 – 00:05:52	00:05:35 – 00:05:52
<i>Beal on:</i> MS is more like kinda this sort of like Chinese water torture. You know? I mean just kinda like day in, day out, day in-day out, you know, it's kinda like a slow slope down, you know, you you know, you know the end game, the end game is different for everybody, because you kinda know that you're trending down, you know.	Der selbe Mann, immer noch an seinem Arbeitsplatz sitzend, jetzt aber der Kamera zugewandt. Während des Sprechens gestikuliert er wild, sodass auch immer wieder seine Hände im Bild auftauchen.
00:05:53 – 00:06:00	00:05:53 – 00:06:00
<i>Joan on:</i> Part of his MS was fatigue. Terrible fatigue, in which he literally could not keep his eyes open.	Eine Frau mittleren Alters ist zu sehen, ihr Gesicht ist der Kamera zugewandt. Links von ihr ist ein Teil eines Bücherregals erkennbar.
00:06:00 – 00:06:08	00:06:00 – 00:06:08
<i>Favaro off:</i> His wife Joan spent hours scouring the internet for new treatments until the day she found doctor Zamboni's work.	Dieselbe Frau ist jetzt in der Seitenansicht an einem Schreibtisch sitzend und sortiert Unterlagen.
00:06:09 – 00:06:22	00:06:09 – 00:06:22
<i>Joan on:</i> Literally, I think I screamed that day. And, and Jeff can tell you I was running around the house. I <lacht> was excited because here was finally something that made sense.	Die Frau ist wieder in Nahaufnahme von vorne zu sehen.
00:06:22 – 00:06:33	00:06:22 – 00:06:26
<i>Favaro off:</i> They convinced a local surgeon to test Jeff. And guess what, he had two blocked jugular veins. And so Jeff became the first person to be treated outside Italy.	Jeff, seine Frau und ein Teenager gehen draußen mit einem Hund spazieren.
	00:06:27 – 00:06:29

	Schwarz-weiß-Ultraschall-Bild von den Halsvenen.
	00:06:30 – 00:06:33
	Wieder die Familie beim Spazieren.
00:06:33 – 00:06:56	00:06:34 – 00:06:56
<i>Jeff on:</i> I remember doing the procedure, they were sort of opening, when they were first opening up, one of the, one of the jugular veins, sort of felt like (-), like (-) the lights went on, you know, <lacht> in a way, you know, in=a, in=a very dramatic way. That I have not experienced really before, so this is, this is interesting.	Jeff sitzt wieder an seinem Arbeitsplatz, sein Gesicht ist in Nahaufnahme zu sehen. Im Hintergrund Computermonitore. Er gestikuliert jetzt noch wilder.
00:06:56 – 00:06:58	00:06:56 – 00:06:59
<i>Favaro off:</i> It's only five month after his treatment and Jeff is feeling stronger.	Jeff fährt auf einem Fahrrad.
00:06:58 – 00:07:06	00:06:59 – 00:07:06
<i>Jeff on:</i> Something's different here. Whether it was short term or long term, there's definitely some sort of perceptible improvement. And that was incredibly encouraging.	Jeff wieder am Arbeitsplatz.
00:07:06 - 00:07:10	00:07:06 - 00:07:10
<i>Joan on:</i> Jeff was so excited to feel like himself again.	Joan wieder neben dem Bücherregal.
00:07:10 - 00:07:23	00:07:10 - 00:07:25
<i>Joan off:</i> He would get through the day and it'd be: I'm awake. And suddenly he plays trumpet towards with Henry and he's helping Henry with his homework and he is, he's awake. And there's his presence in the house that hasn't been there for two years.	Jeff und sein Sohn sitzen vor einem Notenständer und spielen Trompete.
00:07:25 - 00:07:44	00:07:25 - 00:07:30
<i>Favaro off:</i> But scientists elsewhere won't embrace this radical new approach until they do their own studies. So researchers at the university of Buffalo actually invited doctor Zamboni and a group of his liberated Italian patients to collaborate on the largest study of its kind.	Vor einem gelben Backsteingebäude weht die amerikanische Flagge.
	00:07:30 - 00:07:35
	Ein Gebäudekomplex erscheint im Bild.
	00:07:35 - 00:07:44
	Eine blaue Doppel-Schwingtür geht auf, Zamboni geht hindurch, gefolgt von mehreren Personen.
00:07:45 - 00:08:02	00:07:45 - 00:07:48

<p>The Buffalo-team headed by doctor Robert Zivadinov is now looking for over one thousand MS-patients from the U.S. And from Canada to scan their necks with ultrasound and MRI to find the twisted veins that may be at the root of MS.</p>	<p>Zamboni betritt gefolgt von einem weiteren Mann ein anderes Zimmer, wo bereits eine Frau an einem Tisch sitzt und auf verschiedene MRT-Bilder schaut.</p> <p>00:07:49 - 00:07:52</p> <p>Das Gesicht einer jungen Frau ist zu sehen, die von einem Mann die Augen untersucht bekommt.</p> <p>00:07:53 - 00:07:55</p> <p>Gesicht und Hals eines Mannes ist zu sehen, der ein Ultraschallgerät an seinen Hals gehalten bekommt.</p> <p>00:07:55 - 00:07:57</p> <p>Ein teilweise eingefärbtes Ultraschallbild ist erkennbar, auf dem Bewegungen zu sehen sind.</p> <p>00:07:57 - 00:08:00</p> <p>Ein MRT-Gerät ist zu sehen, in das gerade eine Person geschoben wird</p> <p>00:08:00 - 00:08:03</p> <p>Ein Computermonitor, auf dem ein dynamisches Bild der HWS und verschiedener Venen erkennbar ist.</p>
<p>00:08:03 - 00:08:12</p>	<p>00:08:03 - 00:08:12</p>
<p><i>Zivadinov on:</i> The first step is prove that this is true and that it's more prevalent in MS-patients than normal controls. Which I can tell immediately I believe it is.</p>	<p>Kopf und Schultern eines Mannes im Anzug vor einem Bücherregal. Sein Gesicht ist der Kamera zugewandt, er spricht.</p>
<p>00:08:13 - 00:08:17</p>	<p>00:08:13 - 00:08:20</p>
<p><i>Favaro off:</i> For Buffalo neurologist Bianca Weinstock-Guttman it's urgent research.</p>	<p>Eine Ärztin in weißem Kittel untersucht einem sitzenden Mann die Augen.</p>
<p>00:08:17 - 00:08:36</p>	<p>00:08:21 - 00:08:36</p>
<p><i>W-G on:</i> If this is proven correctly it will be a very, very big discovery. (-) Because we'll completely change the way how we think about MS, how we put our treatment on it. And eventually we may see later on maybe other relation of this famous problems on other autoimmune disorders.</p>	<p>Die Ärztin sitzt in einem Zimmer, schräg zur Kamera, ihr Gesicht und Oberkörper sind zu sehen.</p>
<p>00:08:37 - 00:08:52</p>	<p>00:08:37 - 00:08:43</p>
<p><i>Favaro off:</i> But MS societies in Canada and the U.S. have issued cautious statements saying there is insufficient evidence to suggest that this phenomenon is the cause of MS and they discourage patients from getting tested or seeking treatment.</p>	<p>Mehrere Patienten, Angehörige und eine Ärztin (o.ä.) sind in einem großen Raum mit mehreren Krankengymnastischen Geräten, an denen sich die Patienten betätigen.</p>
<p>00:08:43 - 00:08:52</p>	<p>00:08:43 - 00:08:52</p>

	Das Bild wird unscharf und mit Text überblendet: „there is insufficient evidence to suggest that this phenomenon is the cause of MS.“ MS Society of U.S. / Canada.
00:08:52 - 00:08:59	00:08:52 - 00:08:59
But doctor Zamboni insists his study results will eventually win over sceptics in the scientific world.	Doctor Zambonis Gesicht ist wieder im Bild zu sehen. Der Winkel wird größer und man sieht Zamboni, der einer zweiten Person in weißem Kittel etwas auf einem Monitor zeigt. Beide sitzen an einem Tisch in einem klinischen Arbeitszimmer. Kamera zoomt auf den Monitor, auf dem drei schwarz-weiß Bilder von Venen zu sehen sind.
00:09:00 - 00:09:19	00:09:00 - 00:09:19
<i>Zamboni on:</i> Their position was really big, but this was never important for me. Because eh what eh I did was to continue to accumulate evidence, evidence, evidence.	Dr. Zamboni in seinem Arbeitszimmer im Gespräch mit Favaro.
00:09:19 - 00:09:24	00:09:19 - 00:09:24
<i>Favaro off:</i> And he has important allies. Here at McMaster University in Hamilton.	Außenansicht eines mehrstöckigen Gebäudes, vor dem mehrere Autos geparkt sind.
00:09:25 - 00:09:36	00:09:25 - 00:09:33
Marc Haake, a Canadian who also works at Wayne State University in Detroit, says he to is finding surprising narrowed veins in MS patients from all around the world.	Favaro und Haake sitzen an einem Schreibtisch vor einem Laptop und unterhalten sich.
	00:09:30 - 00:09:34
	Nur der Laptopbildschirm ist zu sehen, mit zwei Ultraschallbildern von verschiedenen Venen. Er zeigt auf eine Stelle.
	00:09:35 - 00:09:36
	Wieder Favaro und Haake.
00:09:37 - 00:09:49	00:09:37 - 00:09:46
Favaro: And this is the drai[nage?] Haake: [That's] the main draining vein and then it gets very narrow, almost like a little hair running down here. That's bad. Favaro: And you saw this and you thought what? Haake: I thought: Zamboni is on the right track.	Wieder der Laptopmonitor mit einem neuen Bild von einer Halsvene. Davor zwei Hände mit ausgestrecktem Zeigefinger die darauf deuten.
	00:09:47 - 00:09:49
	Kamerawinkel wird weiter, der Bildschirm kleiner und Favaro und Haake erscheinen wieder im Bild.
00:09:50 - 00:09:57	00:09:50 - 00:09:57
<i>Haake on:</i> I was very excited bout this, because I felt that our finding made sense. I think this is quite a paradigm shift.	Nahaufnahme von Haake, im Hintergrund sind Teile von zwei großen Ultraschall- oder MRT-Bildern vom Gehirn zu sehen, dann schwenkt die Kamera, man sieht ihn von hinten und Favaro von vorne, die ihm gegenüber sitzt, dann wieder zurück.
00:09:58 - 00:10:10	00:09:58 - 00:10:02

<i>Favaro off:</i> And so he's setting up his own scientific study encouraging MS patients to send him MRI scans of their heads and necks so he can build on doctor Zamboni's findings.	Haake läuft in einem Zimmer auf einen Tisch zu, auf dem zwei Monitore stehen, mit zwei Bildern: Ein Gehirn im Querschnitt und ein Kopf im Längsschnitt. Er nimmt davor Platz.
	00:10:03 - 00:10:06
	Nur der Querschnitt vom Gehirn ist zu sehen.
	00:10:06 - 00:10:08
	Haakes Gesicht im Profil.
	00:10:08 - 00:10:10
00:10:11 - 00:10:26	00:10:11 - 00:10:26
<i>Haake on:</i> The patients need to speak up and say we want to have something like this investigated at least at an early stage to see if there is credence to the theory. Even if it's ten or twenty percent of these people who can be helped, that needs to be investigated.	Haake wieder im Gespräch mit Favaro vor den Gehirnbildern.
00:10:27 - 00:10:35	00:10:26 - 00:10:29
<i>Favaro off:</i> But the scientific world moves slowly and doctor Zamboni's research suggests the earlier patients are treated the better the results.	Ein Torbogen aus gelbem Sandstein, der zu einem größeren Gebäude gehört, davor plätschert ein Springbrunnen; Ansicht aus Ferrara.
	00:10:26 - 00:10:32
	Eine andere Einstellung auf das Gebäude: Der bereits bekannte Turm ist wieder sichtbar, davor mehrere Eisenstäbe, die zu einem Zaun gehören.
	00:10:33 - 00:10:35
00:10:36 - 00:10:54	Ansicht der Turmuhr.
00:10:36 - 00:10:54	00:10:36 - 00:10:54
<i>Zamboni on:</i> MS is a progressive disease and strikes young people. So if we lose time there are a lot of young people that progresses without the possibility to get back. (-) <nickend> And this is very heavy for me. Really.>	Zamboni in seinem Arbeitszimmer.
	00:10:56 - 00:11:11
<i>Favaro off:</i> But for doctor Zamboni this has always been more than a scientific quest. It's a journey fueled by love. His wife Elena developed MS over a decade ago and she was one of his team's first test subjects.	Eine andere Turmspitze ist zu sehen vor blauem Himmel, daneben weht eine italienische Flagge.
	00:10:56 - 00:10:57
	Nahaufnahme eines gefüllten Weißweinglases.
	00:10:58 - 00:11:00
	Zamboni sitzt in einem Straßencafé, das

	Glas Weißwein vor sich.
	00:11:01 - 00:11:03
	Seitliche Ansicht von Zamboni und dem Café, dahinter mehrerer historische Gebäude.
	00:11:04 - 00:11:11
	Elena in der Halbtotale vor einer Häuserwand, ihr Gesicht ist seitlich zur Kamera. Sie läuft und Zamboni kommt an ihrer Seite laufend ebenfalls ins Bild.
00:11:12 - 00:11:19	00:11:12 - 00:11:19
Zamboni: Immediately <lacht> I tested my wife immediately. Favaro: And? Zamboni: And I found a narrowing.	Zamboni in seinem Arbeitszimmer im Gespräch mit Favaro.
00:11:20 - 00:11:34	00:11:20 - 00:11:34
<i>Favaro off:</i> Elena was also one of the first patients who was liberated from those blocked veins nearly three years ago. An intensely private woman she chose not to speak on camera but told us she's not had an MS attack since.	Wieder Stadtansicht Ferraras, Zamboni und seine Frau laufen durch das Castello Estense und dann außen daran vorbei.
00:11:34 - 00:12:17	00:11:34 - 00:12:17
Zamboni: In the MRI we do not have actually, eh, disease activity at all. And eh she returned to, completely, to their activity. Favaro: She's normal? Zamboni: Yes. If you perform a neurological examination you were not to capable to find neurological deficit. Favaro: When you look at her now, what do you think? You think: I helped her... Zamboni: What I think is, this probably the best prize. (- -) The best prize of the research.	Wieder Zamboni in seinem Arbeitszimmer im Gespräch mit Favaro. Beide sind abwechselnd in Nahaufnahme zu sehen.
00:12:18 - 00:12:25	00:12:18 - 00:12:25
<i>Favaro off:</i> His best prize and a gift that doctor Zamboni now wants to share with MS patients around the world.	Wieder Zamboni und seine Frau, die in Ferrara spazieren gehen. Beide werden kleiner, dafür kommt das Castello stärker ins Bild. Beide laufen gegen die Sonne, die durch eine Turmspitze bricht.
00:12:29 - 00:12:50	00:12:29 - 00:12:40
<i>Robertson on:</i> Doctor Zamboni's scientific paper on the Liberation Treatment will be published next week. Sure to further the debate on his radical treatment on Multiple Sclerosis. Now if you want to learn more about this story you can go to our website on W5.ctv.ca. You'll find additional information including useful links.	Wie zu Beginn ist Robertson im Filmstudio vor Skylinekulisse zu sehen, rechts neben und hinter ihm der Bildschirm, auf dem eine OP-Szene gezeigt wird, überblendet mit dem Text: The Liberation Treatment.
	00:12:41 - 00:12:50
	Einblendung am unteren Bildrand: CTV W5, daneben die Webadresse www.W5.ctv.ca.

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Master-Thesis selbstständig verfasst habe und mich keiner anderen als der im beigefügten Literaturverzeichnis angegebenen Hilfsmittel bedient habe. Alle Stellen der Arbeit, die anderen Werken dem Wortlaut oder dem Sinn nach entnommen sind, wurden unter Angabe der Quellen (einschließlich des World Wide Web und anderer elektronischer Text- und Datensammlungen) kenntlich gemacht. Dies gilt auch für Zeichnungen, bildliche Darstellungen, Skizzen und dergleichen. Die Arbeit hat in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegen.

Frankfurt/Main, 03.11.14

Judith Mathis