

Sprache Interaktion

Arbeitspapierreihe

Arbeitspapier Nr. 73 (04/2017)

**Sprachliche Verfahren bei der Übermittlung
schlechter Nachrichten – sedimentierte
Praktiken im Kontext onkologischer
Aufklärungsgespräche**

Susanne Günthner

<http://arbeitspapiere.sprache-interaktion.de>

Sprachliche Verfahren bei der Übermittlung schlechter Nachrichten – sedimentierte Praktiken im Kontext onkologischer Aufklärungsgespräche¹

Susanne Günthner

Gliederung:

1. Einleitung
2. Onkologische Aufklärungsgespräche als kommunikative Gattung
 - 2.1. Datenmaterial und Hintergrundinformationen
 - 2.2. Kommunikative Praktiken im Kontext onkologischer Aufklärungsgespräche
 - 2.2.1. Rekonstruktion der Vorgeschichte mit Bezugnahme auf einen bereits vorliegenden Verdacht
 - 2.2.2. Die Übermittlung der schlechten Nachricht
 - 2.2.3. Das Verstummen der PatientInnen
3. Fazit

1. Einleitung

Die vorliegende Studie widmet sich sprachlichen Praktiken, die ÄrztInnen und PatientInnen in onkologischen Aufklärungsgesprächen zur Lösung anstehender kommunikativer Aufgaben einsetzen. Auf der Basis einer empirischen Untersuchung dieser Interaktionen, in denen ÄrztInnen PatientInnen die Nachricht einer Krebserkrankung übermitteln und anstehende Behandlungsschritte abstimmen, sollen zentrale, immer wieder auftretende sprachlich-kommunikative Muster analysiert werden, die von den Interagierenden zur Bewältigung dieser kommunikativen Situation verwendet werden.

Zur Erforschung dieser komplexen institutionellen Interaktionen wird das der Wissenssoziologie und Anthropologischen Linguistik entstammende Konzept der kommunikativen Gattungen (Günthner/Knoblauch 1994; 1995; Günthner 2000; 2014; Günthner/König 2016) als Analyseinstrument fruchtbar gemacht, das eine Verbindung zwischen situativ verwendeten kommunikativen Strategien und routinisierten Handlungsvorgaben herstellt und deren Verknüpfung mit dem spezifischen institutionellen Kontext reflektiert. Die Gattungsanalyse ermöglicht einerseits eine detaillierte Erforschung derjenigen routinisierten, ja institutionalisierten sprachlich-kommunikativen Praktiken, an denen sich die Interagierenden in dieser institutionellen Gattung ausrichten (Günthner i. Dr.), und veranschaulicht andererseits, wie der

¹ Für Kommentare danke ich Juliana Gruden, Wolfgang Imo und Lisa Korte.

institutionelle Kontext im Prozess der Interaktion von den Teilnehmenden reflektiert und (re)konstruiert wird.

Die folgende Analyse wird sich auf einige ausgewählte kommunikative Verfahren bzw. routinisierte Praktiken konzentrieren, die die Interagierenden zur Konstitution der Gattung onkologischer Aufklärungsgespräche einsetzen.

2. Onkologische Aufklärungsgespräche als kommunikative Gattung

Obleich die Relevanz des ärztlichen Gesprächs für die Medizin („talking cure“) immer wieder betont wird und seit den 1960er Jahren zahlreiche Studien auf dessen Bedeutung für die „Compliance“ der PatientInnen verweisen (vgl. u.a. Lalouschek 1995; Noack et al. 2007; Sator/Spranz-Fogasy 2011; Reineke/Spranz-Fogasy 2013), stellen interaktions- und gattungsanalytisch fundierte Forschungen zu medizinischer Kommunikation auf der Basis authentischer Interaktionssituationen noch immer ein Forschungsdesiderat dar. Dies ist umso bedauerlicher, als Beobachtungen und Ergebnisse, die empirischen Studien authentischer Kommunikationssituationen entstammen, von zentraler Bedeutung für die ärztliche Ausbildung im Bereich Kommunikationstraining und Verstehensherstellung in der medizinischen Kommunikation sind (Sator/Spranz-Fogasy 2011: 382).

Dieser Forschungslücke widmet sich das von der Deutschen Krebshilfe geförderte, auf Initiativen der Pathologie und Onkologie der Städtischen Kliniken Karlsruhe zurückgehende Projekt *„Von der Pathologie zum Patienten: Optimierung von Wissenstransfer und Verstehenssicherung in der Onkologie zur Verbesserung der Patientensicherheit“*,² das u.a. kommunikative Schwierigkeiten in den onkologischen Aufklärungsgesprächen untersucht und somit in kommunikativen Kontexten, in denen ÄrztInnen den PatientInnen die Diagnose einer Krebserkrankung mitteilen und die anstehende Therapieplanung abstimmen (Bentz et al. 2016; Imo 2016).

Die folgende Untersuchung konzentriert sich auf die Fragen, *wie*, d.h. mittels welcher kommunikativen Strategien ÄrztInnen den PatientInnen die Diagnose Krebs vermitteln und den Übergang von der Überbringung schlechter Nachrichten zur gemeinsamen Therapieabstimmung bewältigen: Auf welchen sprachlich-kommunikativen Ebenen zeichnen sich verfestigte rhetorische Muster bzw. kommunikative Praktiken ab, um diese schwierige Kommunikationssituation zu bewältigen? Welche Funktionen haben solche Routinisierungen und gattungsbe-

² Das von Prof. Dr. med. Martin Bentz; Medizinische Klinik III am Städtischen Klinikum Karlsruhe, Prof. Dr. med. Thomas Rüdiger; Institut für Pathologie am Städtischen Klinikum Karlsruhe und Prof. Dr. Wolfgang Imo; Universität Duisburg-Essen geleitete Forschungsprojekt wird von der Deutschen Krebshilfe (Projektnummer 111172) gefördert. Hierzu auch Bentz et al. (2016). Ich danke den Kollegen für die Möglichkeit, an dem Projekt aktiv mitzuarbeiten.

zogene Musterhaftigkeiten? Inwiefern kommen durch die verwendeten gattungsspezifischen Praktiken institutionell-fundierte Konzeptionen und Ideologien bzgl. der Gesprächserwartungen und institutionellen Ziele, aber auch hinsichtlich der Herstellung von Intersubjektivität, der emotionalen Beteiligung etc. zum Tragen?

2.1 Datenmaterial und Hintergrundinformationen

Die Daten für die vorliegende Analyse wurden im Rahmen des oben genannten Forschungsprojektes am Städtischen Klinikum Karlsruhe von Oktober 2014 bis April 2015 erhoben. Insgesamt wurden 56 Aufklärungsgespräche in folgenden vier Abteilungen aufgezeichnet und nach GAT 2 (Selting et al. 2009) transkribiert: (i) der Medizinischen Klinik I: Allgemeine Innere Medizin, Nephrologie, Rheumatologie und Pneumologie, (ii) der Medizinischen Klinik III: Hämatologie, Onkologie, Infektiologie und Palliativmedizin, (iii) der Klinik für Allgemein- und Visceralchirurgie und (iv) der Frauenklinik.

Den Aufklärungsgesprächen geht folgende Situation voraus: Die PatientInnen wurden von ihren Haus- bzw. FachärztInnen zur Gewebe- bzw. Blutentnahme ins Klinikum geschickt. Nach Eintreffen des pathologischen Befundes werden sie zu einem Gespräch in die betreffende Abteilung (Gynäkologie, Innere Medizin, Hämatologie etc.) des Klinikums eingeladen.³ Ist der pathologische Befund für die PatientInnen „unproblematisch“, wird ihnen dies oftmals bereits telefonisch mitgeteilt. Im Fall einer Erkrankung (u.a. einer Krebserkrankung) werden die PatientInnen dagegen zu einem Gespräch ins Krankenhaus einbestellt. D.h. zu Beginn der Gespräche wissen die PatientInnen, dass ein möglicher Verdacht auf Krebs vorliegt und erwarten nun das genaue Ergebnis. Die Aufklärungsgespräche werden in der Regel von erfahrenen Chef-, Stations- und OberärztInnen durchgeführt; gelegentlich sind noch AssistenzärztInnen, FamulantInnen bzw. StudentInnen im praktischen Jahr anwesend, die auf diese Weise Kenntnisse über die vorliegende Gesprächsgattung sammeln. Oftmals bringen die einbestellten PatientInnen eine 3. Person (LebenspartnerIn, Kind, FreundIn etc.) zum Gespräch mit.⁴ Da es sich bei den mir vorliegenden Gesprächen stets um Interaktionen handelt, in denen die Diagnose einer Krebserkrankung – allerdings von unterschiedlicher Schwere und Aggressivität – übermittelt wird, fokussiert die folgende Studie die Übermittlung schlechter Nachrichten.

³ In der Frauenklinik wird allerdings mit sämtlichen Patientinnen direkt im Anschluss an die Stanzbiopsie (ohne Vorlage des pathologischen Ergebnisses) ein Termin für die noch anstehende Befundbesprechung ausgemacht. Ferner werden im Fall besonderer Indikationen einzelne PatientInnen auch vor der Vorlage des pathologischen Befundes stationär aufgenommen.

⁴ Die ProjektmitarbeiterInnen waren während der Gespräche nicht anwesend; die Aufnahmegерäte wurden von den ÄrztInnen selbst zu Gesprächsbeginn eingeschaltet. Eine ausführliche Darstellung des Projektaufbaus und der Projektziele findet sich in Bentz et al. (2016). Zur kommunikativen Rolle dritter Personen, die die PatientInnen zum Gespräch begleiten, siehe Wiemer (2017).

Die onkologischen Gespräche zeichnen sich, wie die Analyse veranschaulicht, durch eine komplexe Aufgabenstellung aus, die von den betreffenden ÄrztInnen kommunikativ und in Abstimmung mit den PatientInnen zu bewältigen ist: Die ÄrztInnen müssen den PatientInnen die schlechte Nachricht – die Diagnose einer lebensbedrohlichen Krebserkrankung – übermitteln und diese erläutern, zugleich sollen sie den PatientInnen aber auch Mut machen, Hoffnungen aufzeigen bzw. sie trösten (Imo 2017). Darüber hinaus haben die ÄrztInnen die Aufgabe, den Therapieplan mit teilweise sehr belastenden Therapieschritten (wie Strahlen- und Chemotherapie) mit den PatientInnen abzustimmen (Bentz et al. 2016; Imo 2016). Bei diesen komplexen und emotional durchaus belastenden kommunikativen Aufgaben greifen die ÄrztInnen, wie im Folgenden verdeutlicht wird, auf routinisierte kommunikative Praktiken zurück, die wiederum charakteristische Bestandteile der vorliegenden Gattung sind. Ferner sind die ÄrztInnen mit dem kommunikativen Problem konfrontiert, trotz der teilweise gravierenden Wissensasymmetrien zwischen FachärztInnen und PatientInnen, Verstehen bzw. Intersubjektivität herzustellen. Was Linell/Luckmann (1991: 10) zu Wissensasymmetrien schreiben, ist auch für die vorliegende institutionelle Situation von Relevanz: „Asymmetries dependent on extrinsic sources must be occasioned, reconstructed, sustained or confirmed in actual discourse, thus re-established in situ, and conversely, dialogue-generated asymmetries are constrained by predetermined conditions (social structures existing prior to the interaction)“.

2.2 Kommunikative Praktiken im Kontext onkologischer Aufklärungsgespräche

Im Folgenden werde ich auf einige ausgewählte routinisierte kommunikative Praktiken⁵ eingehen, die die Interagierenden (und zwar primär die ÄrztInnen, die über zahlreiche vorausgehende Erfahrungen mit solchen Kommunikationssituationen verfügen) zur Konstitution onkologischer Aufklärungsgespräche einsetzen. Die skizzierten Praktiken sind – wie gezeigt werden soll – geradezu darauf spezialisiert, bestimmte institutionelle Konfigurationen zu bearbeiten und zugleich kontext-kontingent auf lokale Erfordernisse einzugehen. (Wie Reineke/Spranz-Fogasy (2013: 449) in Bezug auf Diagnosegespräche mit Brustkrebspatientinnen ausführen, nehmen sich die ÄrztInnen auch bei der vorliegenden Interaktionen in der Regel genügend Zeit zur Diagnoseübermittlung, -erläuterung sowie zur Besprechung der Therapiemöglichkeiten.)

Auf Basis der aus der empirischen Analyse gewonnenen Erkenntnisse werde ich ferner argumentieren, dass kommunikative Verfestigungen und Musterhaftigkeit keineswegs nur auf der Ebene komplexer Gattungen zu finden sind, sondern diese durchaus auch im Bereich wieder-

⁵ Zum Konzept der „kommunikativen Praktiken“ bzw. „verfestigten Handlungsmuster“ siehe auch Günthner/Knoblauch (1995); Günthner (2010a); Günthner/König (2016).

kehrender Praktiken bzw. Handlungsmuster, rhetorischer Strategien, prosodischer Gestalten und grammatischer Konstruktionen (Günthner 2010b) auftreten, die die Gattung der onkologischen Aufklärungsgespräche wiederum mit-konstituieren (Günthner i. Dr.).

2.2.1 Rekonstruktion der Vorgeschichte mit Bezugnahme auf einen bereits vorliegenden Verdacht

Das Setting der onkologischen Aufklärungsgespräche sieht vor, dass die einbestellten PatientInnen in einem Sprechzimmer des Klinikums auf die/den betreffenden ÄrztInnen warten. Die mit dem Eintreten der ÄrztInnen initiierten Gespräche folgen einem bestimmten Ablaufmuster, auch wenn keine strenge sequenzielle Abfolge vorliegt; es existieren also durchaus Variationen. Sobald der Arzt/die Ärztin das Zimmer betritt, beginnt diese/r (in der Regel) das Gespräch mit einer Begrüßungs- (Gruß und Gegengruß) und Vorstellungssequenz, wobei er/sie sich mit Namen und Position vorstellt.

Im folgenden Ausschnitt aus dem Gespräch NET GANZ SO SCHÖN (Gespräch 59-1) initiiert die Ärztin AW⁶ – nach der Einweisung in das Aufnahmegerät durch eine Projektmitarbeiterin⁷ – das Gespräch mit der Begrüßung der einbestellten Patientin PW (Z. 004). (Bei WP handelt es sich um eine Freundin der Patientin PW, die diese begleitet.)

```
NET GANZ SO SCHÖN (Gespräch 59-1)
((Einweisung der Ärztin in den Gebrauch des Aufnahmegeräts))
004  AW:  SO: hallo frau {NAME}-=
005      =GRÜß sie;
006  PW:  HA:Llo.
007      ((rascheln 1.0 Sek.))
008  AW:  HALlo {NAME},=
009      =guten TAG-=
010      =bin leitende ÄRZtin,
011      (.)
012      leiterin vom {NAME}zentrum hier.=
013      =gell?
014  PW:  ja;
015  AW:  HA:Llo.
016  PW:  halLO.=
017  WP:  =halLO.
018  AW:  A:Lso;=
019      =nehmen sie doch PLATZ.
020      (1.0)
021      ((seufzt 0.9 Sek.))
```

⁶ Mit der Sigle „AW“ wird auf „Arzt/weiblich“ verwiesen, mit „PW“ auf „Patient/weiblich“. Entsprechend werden die Siglen „AM“ für „Arzt/männlich“ und „PM“ für „Patient/männlich“ verwendet.

⁷ Die ProjektmitarbeiterInnen sind beim Aufklärungsgespräch nicht anwesend. Sie haben den ÄrztInnen in der Regel die Geräte vor Gesprächsbeginn überreicht.

Zum Einstieg in das onkologische Aufklärungsgespräch produziert die Ärztin (AW) die Partikel „SO:“ (Z. 004). Wie Bergmann (1980: 233) in Zusammenhang mit psychiatrischen Aufnahmegesprächen argumentiert, gibt der Arzt bei der Einleitung der Begrüßungssequenz durch die Partikel *so* zu verstehen, „daß er weiß, daß einige der Anwesenden ihn bereits erwartet haben“, dass er seine vorherigen Tätigkeiten nun abgeschlossen hat und „daß er die erwartete Person und das heißt: der Aufnahmekar ist.“ Auch im vorliegenden Ausschnitt indiziert AW mit der akzentuierten Partikel „SO:“ (Z. 004) ihre Verfügbarkeit für das nun anstehende Gespräch. Der Partikel folgt die Begrüßung und namentliche Adressierung der Patientin durch „hallo frau {NAME}-= =GRÜß sie;“ (Z. 004-005) als erster Paarteil, woraufhin die Patientin PW in Zeile 006 mit dem konditionell erwartbaren zweiten Paarteil „HA:Llo.“ reagiert. Im Anschluss stellt sich AW mit ihrem Familiennamen „HALlo {NAME},=“ (Z. 008) und der Nennung ihrer Funktion „bin leitende Ärztin, (.) leiterin vom {NAME}zentrum; hier.“ (Z. 010-012) vor, was zu einem erneuten Austausch der Begrüßungsformel *Hallo* führt, bevor AW dann in Zeile 018 durch die gedehnte Partikel „A:Lso;“ den Wechsel von der Eröffnungssequenz zum „Kern der Botschaft“ (Knoblauch 1995: 190) markiert.

Mittels solcher – oftmals durch prosodisch akzentuierte Gesprächs- bzw. Gliederungspartikeln wie *so* oder *also* begleiteten – Eröffnungssequenzen, die den Einstieg in die „zentrierte Interaktion“ (Goffman 1971; Bergmann 1980: 100) bilden, markieren die TeilnehmerInnen der onkologischen Aufklärungsgespräche ihre gegenseitige Verfügbarkeit und Aufmerksamkeit für das nun folgende kommunikative Vorhaben. Im Anschluss an die Eröffnungssequenz wenden sich die ÄrztInnen in der Regel dem eigentlichen Grund für das Gespräch zu. Da die Patientin sich im vorliegenden Gespräch noch nicht gesetzt hat, fordert AW sie zunächst auf, sich zu setzen (Z. 019). Das daraufhin folgende, markierte Seufzen (Z. 021) indiziert, dass es AW schwerfällt, die anstehende Nachricht zu übermitteln. Tatsächlich zeigen die Gesprächsausschnitte immer wieder, dass die ÄrztInnen oftmals bereits zu Beginn der Interaktion durch Pausen, markiertes Ein- und Ausatmen, Seufzen etc. indizieren, dass ihnen die folgende Mitteilung schwerfällt und kontextualisieren auf diese Weise bereits eine „schlechte Nachricht“.⁸ Bezeichnend für die vorliegende Gesprächsgattung ist ferner, dass hier – im Unterschied zu sonstigen Gesprächseröffnungssequenzen (Schegloff 1968) – kaum ritualisierte Nachfragen nach dem Befinden des Gegenübers (wie „Wie geht es Ihnen?“ bzw. „Geht’s Ihnen gut?“) erfolgen; wenn diese auftreten, dann bei PatientInnen, die stationär aufgenommen und bereits wegen bestimmter Beschwerden behandelt werden. Charakteristisch für die vorliegende Gattung ist ferner, dass die ÄrztInnen im Anschluss an die Begrüßungssequenz meist nicht direkt

⁸ Das hier verwendete Konzept der Kontextualisierung basiert auf der von Gumperz und Cook-Gumperz entwickelten Kontextualisierungstheorie. Hierzu u.a. Gumperz (1982); Günthner (1992).

mit der Übermittlung der Diagnose einsetzen, sondern – wie im folgenden Ausschnitt – in der Regel eine Rekonstruktion der Vorgeschichte und des bereits vorliegenden Verdachts initiieren.

Nachdem die Gynäkologin (AW) das Sprechzimmer, in dem die Patientin PW sie bereits erwartet, betreten hat und von einer Projektmitarbeiterin in die Handhabung des Aufnahmege­räts eingewiesen wurde, markiert auch diese durch die Partikel „SO:::“, (Z. 001) den Beginn der „zentrierten Interaktion“ (Goffman 1974/89):

```

DIESES KLEINE DINGELE (Gespräch 30)
((Einweisung in das Audiogerät 7.5 Sek.))
001  AW:  SO:::,
002      (0.7)
003      HALlo frau ((anonymisiert))-
004      GRÜß sie;
005  PW:  GUten tag;
006  AW:  GUten tag;
007      ((Schrittgeräusch 0.9))
008  AW:  HALlo;=
009      =sie kennen mich noch NICHT,
010  PW:  [nein;]
011  AW:  [mein ] NAmE isch {NAME}-
012      ich bin hier ÄRZtin;
013      °h [und] MITglied vom {NAME}zentrum;=gä?
014  PW:  [ja;]
015  AW:  oKE;;
016      A::Lso;
017      °hh SIE ham ja,
018      die ärztin {NAME} hat sie ja geSTANZT;=gä?
019      ja?=
020  PW:  =JA=ja;
021  AW:  und es isch ja dieses KLEIne dingele,
022      aber es ISCH halt leider was;
023      wie ma schon beFÜRCHtet hat;=[gä?]

```

Dem gelängten und akzentuierten „SO:::“, (Z. 001), mit dem AW ihre Verfügbarkeit für das nun anstehende Gespräch indiziert, folgt die namentliche Adressierung der Patientin (Z. 003). Dies ist einerseits als Teil des „Zugänglichkeitsrituals“ (Goffman 1974/89: 118f.) zu betrachten, mit dem AW den Übergang zu einem Zustand erhöhter Fokussierung signalisiert (Goffman 1974/89: 118f.; Günthner 2016); zum anderen dient die namentliche Adressierung auch der Sicherstellung der Identität des Gegenübers (und damit dem Ausschluss einer möglichen Verwechslung). Nach der Begrüßungssequenz – bestehend aus Gruß und Gegengruß (Z. 004-006) – stellt die Ärztin sich mit Namen und Nennung ihrer Funktion vor, bevor sie in Zeile 015 durch die prosodisch hervorgehobenen Partikeln „oKE:;“ und „A::Lso;“ (Z. 015-016) den Übergang zum „Kern der Botschaft“ (Knoblauch 1995: 190) indiziert.

Wie die Ausschnitte NET GANZ SO SCHÖN (Gespräch 59-1) und DIESES KLEINE DINGELE (Gespräch 30) veranschaulichen, verwenden die das Gespräch leitenden ÄrztInnen gerade zu Beginn der Interaktion zahlreiche prosodisch (durch Vokaldehnungen, Akzentuierung oder Lautstärkenerhöhung) hervorgehobene Gliederungs- bzw. Gesprächspartikeln (wie *so*, *also*, *okay* etc.), um auf diese Weise kommunikative Übergänge zu markieren. Diese von Seiten der ÄrztInnen eingeleiteten Aktivitätswechsel verweisen auf die Organisation des Sprecherwechsels in den onkologischen Aufklärungsgesprächen: Als VertreterInnen der Institution initiieren und leiten die ÄrztInnen das Gespräch.

Charakteristisch für die vorliegenden Gespräche ist ferner, dass die ÄrztInnen nach der Begrüßungssequenz in der Regel zunächst den vorangegangenen Verdacht und die damit einhergehenden Befürchtungen hinsichtlich einer möglichen schweren Erkrankung reaktivieren.⁹ Eine zentrale Funktion kommunikativer Gattungen ist, dass die Interagierenden wechselseitig ihre Perspektiven auf das Gesagte und darauf, welche Art von Handlung durchgeführt wird, anpassen und damit fortlaufend ein „reciprocal adjustment of perspectives“ (Luckmann 1992: 229) vornehmen. Mit der Rekonstruktion der Vorgeschichte (Z. 016ff.) unter Bezugnahme auf den bereits vorliegenden Verdacht „aber es ISCH halt leider was; wie ma schon beFÜRCHtet hat;=[gä?]“ (Z. 022-023) adjustiert die Ärztin die Perspektive und richtet sie auf einen bestimmten Fluchtpunkt hin aus. Die eingefügte Modalpartikel *halt* trägt dazu bei, eine Kohäsionsverbindung zum Vorherigen herzustellen und zugleich die Verdachtsbestätigung zu bekräftigen und als „plausibel“ zu kennzeichnen (Thurmair 1989: 125f.).

Die mit Zögerungspartikeln, Pausen, Vokallängungen, Heckenausdrücken etc. versehene Reaktivierung vorangegangener Befürchtungen hat allerdings nicht nur die Funktion der Vergegenwärtigung der Vorgeschichte, die zu dem jetzigen Treffen geführt hat, sondern trägt auch zur Kontextualisierung der folgenden Nachricht bei und bereitet die Patientin auf die schlechte Diagnose vor: Die Übermittlung der Krebsdiagnose wird als etwas behandelt, das keineswegs unerwartet kommt, sondern bereits im „Raum stand“: „wie ma schon beFÜRCHtet hat;=[gä?]“ (Z. 023). Diese rekonstruktive Strategie mit Bezugnahme auf einen bereits vorliegenden Verdacht fungiert als „prospective indexical“ (Goodwin 1996: 372f.) bzw. als „Projektorstrategie“ (Günthner 2008), indem etwas angedeutet wird, dessen Relevanz erst im Laufe des Folgeteils expliziert wird. Solche projektiven Praktiken bilden routinisierte Lösungen für die kommunikative Aufgabe, komplexe Sachverhalte zeitlich inkrementell zu produzieren und dabei den RezipientInnen Interpretationshinweise für die Folgehandlungen zu liefern (Günthner 2008).

⁹ Siehe u.a. Fruht/Vogelhuber (2016: 2) zu rechtlichen Vorgaben in Bezug auf das Patientenrecht bei ärztlichen Aufklärungsgesprächen.

Auch im folgenden Gespräch, an dem ein Arzt (AM), eine Ärztin (AW), der Patient (PM) sowie dessen Lebenspartnerin (LP) teilnehmen, rekapituliert der Arzt (AM) nach seiner Begrüßung und der Erklärung zur Audioaufzeichnung zunächst die Vorgeschichte, die zur vorliegenden Begegnung führte:

DARMKREBSDIAGNOSE (Gespräch 04)

...

018 AM: sie sind geKOMmen,=
 019 =nachDEM man bei- (.)
 020 im rahmen einer unterSUchung? (2.0)
 021 bei ihnen aUffälligkeiten in der leber entDECKT hat?
 022 (---)
 023 PM: ja-
 024 AM: ihr HAUSarzt hat sie: ins RÖNTgeninstitut geschickt,
 025 man hat ne compUtertomographie gemacht-
 026 °hhh und man hat DORT gesehen dass-
 027 IM bereich der leber auffällige- (-)
 028 verÄNderungen darzustellen sind?
 029 und hat damals auch schon den verdAcht(.)geHABT=dass-
 030 im DICKdarmbereich etwas ist was da nicht hIngehört;

Anhand der Rekapitulation der vorgenommenen Untersuchungen (Z. 018-030) bereitet auch hier der Arzt den Patienten auf die schlechte Nachricht vor. Die Adverbienkombination „damals auch schon“ in Zusammenhang mit der Artikulation des bereits vorhandenen Verdachts „und hat damals auch schon den verdAcht (.) geHABT=dass- im DICKdarmbereich etwas ist was da nicht hIngehört;“ (Z. 029-030) projizieren eine Bestätigung dieses Verdachts.

Die Beobachtung bzgl. der Rekonstruktion der Vorgeschichte und des bestehenden Verdachts wird durch die Studien von Maynard (2003) und Spranz-Fogasy/Becker (2015) insofern bestätigt, als auch sie ausführen, dass Ärzte bei schlechten Diagnosen meist eine Art „perspective display sequence“ vorausschicken, in der sie bisherige Verdachtsmomente, Untersuchungen und Befürchtungen rekapitulieren, „um dem Patienten noch einmal den Zusammenhang der nachfolgenden Diagnose zu vergegenwärtigen“ (Spranz-Fogasy/Becker 2015: 109). Allerdings haben die vorliegenden Rekonstruktionen keineswegs nur eine Vergegenwärtigungsfunktion: Durch die Reaktivierung des Verdachts projizieren die ÄrztInnen bereits die Diagnose und bereiten so die PatientInnen auf die schlechte Nachricht vor, die diese nicht etwa „aus heiterem Himmel“ treffen soll, sondern als etwas präsentiert wird, das quasi erwartbar war.

Dies wird auch im folgenden Ausschnitt deutlich, bei dem der Arzt AM den Patienten PM über dessen Lymphomerkrankung aufklärt. (Die Begrüßungssequenz wurde bereits vor Beginn der Aufzeichnung durchgeführt):

FOLLIKULÄRES LYMPHOM (Gespräch 18-01)
 ((Aufnahmegerät wird geprüft))(1.3)

001 AM: °hh ((anonymisiert))(0.7)
 002 öhm: no_mal kurz zum (.) zum EINGang,
 003 sie sind ja zu uns geKOMmen,
 004 weil mehr oder minder durch (.) ZUfall,(0.8)
 005 heRAUSgefunden? gefunden wurde,
 006 dass bei IH:nen,
 007 im bereich des BAUCHes,
 008 [(1.3)]
 009 [(Klacken)]
 010 Eine,
 011 <<all> sagen wa mal> geSCHWULST;(-)
 012 PM: ja [ja;]
 013 AM: [IS,]
 014 (1.5)
 015 wo man nich genau wusste waRUM,(0.7)
 016 da ne geSCHWULST is;
 017 und WAS es für ne geschwulst is;
 018 und=wir ham JA:, (0.9)
 019 LETZte woche eine, (.)
 020 punkTION machen lassen;
 021 die path?
 022 äh die: radiologen ham ein stück gewebe entNOMmen,
 023 PM: jaWOLL.
 024 AM: und dieses wurde zum pathoLOgen geschickt;
 025 und [der] hat DIEses,
 026 PM: [(ja)]
 027 AM: geWE:be,
 028 diese biopsie AUFGearbeitet;
 029 °hh und wir haben JETZT,
 030 °h das unterSUChungsergebnis; (-)
 031 e erHALten;
 032 (0.6)
 033 PM: eh_hem
 034 AM: °h und das WOLLte ich ihnen,
 035 (-) MITteilen.
 036 PM: ja.

Der Arzt (AM) adressiert den Patienten zunächst mit Namen, bevor er dann in Zeile 002 mit der Formulierung „öhm: no_mal kurz zum (.) zum EINGang,“ (Z. 002) seine Folgehandlung projiziert: Die Vorgeschichte, die zum aktuellen Gespräch führte, soll „kurz“ darlegt werden. Ab Zeile 003 beginnt AM mit der Rekonstruktion des Verdachts und der darauffolgenden Gewebeentnahme. Mit dem Wechsel in das „Hier und Jetzt“ der kommunikativen Situation – hervorgehoben durch die prosodische Markierung von „JETZT“ und die Formulierung „°hh und wir haben JETZT, °h das unterSUChungsergebnis; (-) e erHALten;“ (Z. 029-031) – steuert AM schließlich auf die Diagnosemitteilung zu.

Auffällig bei den vorliegenden ärztlichen Präsentationen der Vorgeschichte sind die „häppchenartig“ portionierten Informationseinheiten, die oftmals nur kurze Intonationseinheiten umfassen und von zahlreichen Pausen begleitet werden (siehe Z. 004; 008; 011; 014; 015; 018; 019). Diese rhythmisch markierten Rekonstruktionendarlegungen, die teilweise der Tat-

sache geschuldet sind, dass die ÄrztInnen die entsprechenden Informationen während ihrer Äußerungsproduktion in den Patientenunterlagen überprüfen müssen, tragen zugleich dazu bei, die präsentierten Informationen zu den Vordiagnosen, Verdachtsmomenten etc. intersubjektiv verfügbar zu machen und beim Gegenüber „sacken zu lassen“.

Der nächste Ausschnitt weicht insofern von den sonstigen Konstellationen ab, als die Patientin (PW) aufgrund ihrer Beschwerden bereits stationär im Krankenhaus aufgenommen wurde. Doch auch hier betritt der Arzt (AM) das Sprechzimmer und initiiert mit der Begrüßung „ja guten MORgen frau {NAME},“ (Z. 001) die Eröffnung des Gesprächs. Im Anschluss an diesen Einstieg in die zentrierte Interaktion reaktiviert AM die Vorgeschichte, die dazu führte, dass die Patientin im Krankenhaus aufgenommen wurde:

CHRONISCHE LEUKÄMIE (Gespräch 38)

001 AM: ja guten MORgen frau {NAME},
 002 (-) wir sind ja [jetzt] zuSAMmen gekommen,
 003 PW: [ehhm]
 004 weil wir über (.) die diaGNOse,
 005 die wir bei ihnen geSTELLT haben,
 006 !SPRE!chen,
 007 (--)
 008 !MÜS!sen;
 009 (1.3)
 010 u:nd KLAR,
 011 ich versteh das dass sie sich große SORgen machen,
 012 weil,
 013 (0.5)
 014 ((schnalzt)) °hh sie sind ja sozusagen von der
 HAUSärztin war_s,=gell?
 015 (-)
 016 PW: ja;
 017 (-)
 018 AM: verHAFTet worden,
 019 und (.) die hat ihnen geSACHT,
 020 ((Stimmen im Hintergrund))
 021 AM: ich erINner mich noch,
 022 °hh ich hab verdacht auf leukämIE frau {NAME},
 023 sie müssen !SO!fort ins krankenhaus;
 024 (1.1) ne,=
 025 PW: mhm,
 026 AM: da bricht dann natürlich ne WELT zusammen,
 027 wenn man das (.) geSACHT bekommt;
 028 PW: ja;
 029 (1.9)
 030 AM: also (-) sie sind jetzt n_paar tage BEI uns,
 031 und wir ham die die exAKte diagnose schOn gestellt;
 032 (-) mh?

Auch hier setzt der Arzt nach der Begrüßung nicht unmittelbar mit der Übermittlung der Diagnose ein, sondern präsentiert zunächst den Grund für den Gesprächsanlass: „weil wir über (.) die diaGNOse, die wir bei ihnen geSTELLT haben, !SPRE!chen, (--)!MÜS!sen;“ (Z.

004-008). Auffällig ist die rhythmische Phrasierung mit den kurzen, aufeinanderfolgenden Turnkonstruktionseinheiten „!SPRE!chen,“ und „(--)!MÜS!sen;“, die von Pausen umgeben sind. Sowohl das Vollverb „!SPRE!chen,“ als auch das Modalverb „!MÜS!sen;“ sind stark akzentuiert, wodurch ein unfreiwilliges und verpflichtendes Gespräch kontextualisiert wird. Im Anschluss rekonstruiert AM die Vorgeschichte und den vorliegenden Verdacht, der von PWs Hausärztin bereits artikuliert wurde und nun in Form direkter Redewiedergabe re-aktualisiert wird: „°hh ich hab verdacht auf leukämIE frau {NAME}, sie müssen !SO!fort ins krankenhaus;“ (Z. 022-023).

Darüber hinaus expliziert AM mehrfach sein Verständnis für die Sorgen und Emotionen der Patientin: „ich versteh das dass sie sich große SORgen machen,“ (Z. 011) und „da bricht dann natürlich ne WELT zusammen, wenn man das (.) geSACHT bekommt;“ (Z. 026-027). Mit dieser Perspektivübernahme (Schütz/Luckmann 1979: 88ff.) indiziert der Arzt sowohl Fremdverstehen als auch eine Übereinstimmung der Relevanzsysteme: Er verdeutlicht seine Empathie in Hinblick auf die Sorgen und Emotionen, die ein solcher Verdacht auf Leukämie beim Gegenüber auslösen kann. Wie u.a. Lindemann (2015: 155) argumentiert, bildet „der Umgang mit eigenen, aber auch mit fremden Emotionen“ nicht nur „einen wichtigen Aspekt medizinischer Kommunikation“, sondern gerade in onkologischen Aufklärungsgesprächen ist dieser Aspekt von zentraler Relevanz (vgl. auch Wiemer 2017: 29). Die Indizierung emotionaler Anteilnahme von Seiten der ÄrztInnen wird – wie noch gezeigt werden soll – auf unterschiedlichen sprachlich-kommunikativen Ebenen kontextualisiert.¹⁰

Mit der Gliederungspartikel *also* (Z. 030), die hier die „anchor position“ (Schegloffs 1986: 116) und damit die Gelenkstelle zwischen der Eröffnungssequenz und dem zentralen Thema innehat, initiiert der Arzt (AM) den Übergang zur Diagnosemitteilung und damit zum „Kern“ des Gesprächs.

Negative Nachrichten bedürfen – so Maynard (2003: 7) – einer besonders schonenden Realisierung, da diese für die RezipientInnen möglicherweise einen „assault on the ordinary, expected, intended, typical, predictable, moral word of every-day life“ mit negativen psychischen und/oder physischen Folgen bedeuten können. Diese These wird durch die vorliegenden Gespräche insofern bestätigt, als auch hier die ÄrztInnen sich bemühen, die RezipientInnen behutsam auf die Diagnose vorzubereiten. Allerdings liegen einige wenige abweichende Fälle vor, bei denen die ÄrztInnen gleich zu Gesprächsbeginn (unmittelbar nach der Begrüßungssequenz) die schlechte Nachricht übermitteln. Dies ist u.a. dann der Fall, wenn die

¹⁰ Siehe Fruht/Vogelhuber (2016: 8f.) zur Kombination aus „emphatischer Souveränität und Fachkompetenz“, die Ärzte (laut Leitfaden) bei der Übermittlung schlechter Nachrichten „ausstrahlen“ sollen.

PatientInnen stationär aufgenommen sind und bereits Gespräche über eine wahrscheinliche Krebserkrankung stattgefunden haben.

Im folgenden Gesprächsausschnitt, an dem die Patientin PW, deren Lebensgefährte (LM) sowie neben der Ärztin AW1 noch eine zweite Ärztin (AW2) beteiligt sind, setzt AW1 unmittelbar nach der Begrüßungssequenz und Information zur Gesprächsaufzeichnung mit der Partikel *also* zur Übermittlung der Diagnose ein:

```

LYMPHOMERKRANKUNG (Gespräch 01)
001  AW2:  <<flüsternd> jetzt STARTet_s;>
002        ich LEG_s mal dahin;
003  AW1:  ja:-
004        ((Rascheln))
005  AW1:  ALso-
006        ich will mal die SPANnung,
007        hh° äh gleich mal WEGnehmen?
008  PW:   ja-
009  AW1:  der (.) bereits verMUTete- (-)
010        verDACHT-
011        dass eine lymPHOMerkrankung vorliegt-
012        hat sich beSTätigt. (--))
013        [nja,]
014  PW:   [o  ]KE-
015  AW1:  °hh und ich glaub ich HATte ja schon als: sIE, (-)
016        stationÄR waren? (.)
017        °h hatten ma des schonmal thematiSIERT?=
018        =und da hatte ich AUCh schon-
019        °h äh Angedeutet dass es VIEle-
020        verSCHIEDene-
021        ARten von lymphomerkrankungen gibt,
022        °hh und sie hAben ganz speZIELL-
023        ein SOgenanntes- (.)
024        FOLLikuläres lymphom,

```

Auch hier fungiert *also* als Gliederungspartikel, die im Sinne Schegloffs (1986: 116) die „anchor position“ innehat, und mit der die Ärztin AW1 den Übergang zur Diagnosemitteilung einleitet. Der in den Zeilen 006-007 präsentierte „account“ „ich will mal die SPANnung, hh° äh gleich mal WEGnehmen?“ indiziert zugleich, dass sie ihre zügige Diagnoseübermittlung als begründungsbedürftig betrachtet.

Zur Validierung konversationsanalytischer Interpretationen werden neben dem Auftreten wiederkehrender Muster in unterschiedlichen Kontexten und der Reaktion der Interagierenden auf die betreffenden Äußerungen (d.h. des Einbezugs der Nachfolgeäußerung) auch abweichende Fälle als methodische Ressource verwendet. Diese sind zur Überprüfung der Interpretation insofern relevant, als sie Ressourcen darstellen, die zeigen, ob die Interagierenden sich an ihnen orientieren und sie als Abweichungen einer Norm bemerkbar machen. Dies ist im vorliegenden Ausschnitt tatsächlich der Fall, da AW einen „account“ („ich will mal die

SPANNung, hh° äh gleich mal WEGnehmen?"; Z. 006-007) für die „Besonderheit“ ihres Vorgehens präsentiert. Ferner wird ab Zeile 015ff. deutlich, dass die Patientin bereits stationär in der Klinik behandelt wurde und mit AW1 über „verSCHIEDene- ARten von lymphomerkrankungen“ (Z. 020-021) gesprochen hat, auch wenn die spezifische Art der Erkrankung erst jetzt übermittelt wird.

Das bereits vorgestellte Gespräch NET GANZ SO SCHÖN (Gespräch 059-1) weicht ebenfalls vom skizzierten Muster der Rekonstruktion der Vorgeschichte mit Bezugnahme auf einen bereits vorliegenden Verdacht ab. Hier fordert die Ärztin AW die Patientin im Anschluss an die Begrüßungssequenz mittels „A:Lso;=" (Z. 018) auf, Platz zu nehmen, bevor sie dann nach einer Pause von 1.0 Sekunden und einem tiefen Seufzer (Z. 020-021) die Bewertung „<<p, gedämpfte Stimme> isch net GANZ so schön;>“ (Z. 022) produziert:

```
NET GANZ SO SCHÖN (Gespräch 59-1)
015   AW:   HA:Llo.
016   PW:   halLO.=
017   PW:   =halLO.
018   AW:   A:Lso;=
019           =nehmen sie doch PLATZ.
020           (1.0)
021           ((seufzt 0.9 Sek.))
022           <<p, gedämpfte Stimme> isch net GANZ so schön;>
023           (--)
```

Die dem Seufzen folgende, mit leiser und gedämpfter Stimme präsentierte Bewertung „<<p, gedämpfte Stimme> isch net GANZ so schön;>“ (Z. 022) projiziert an dieser Stelle bereits die schlechte Diagnose. Zugleich fungiert diese Litotes-Formulierung durch ihre „Negation des Gegenteils“ als „defensives“ rhetorisches Mittel, das etwas andeutet, ohne es an dieser Stelle zu explizieren. Wie Bergmann (1999: 254) in Zusammenhang mit der Verwendung dieses Stilmittels in psychiatrischen Aufnahmegesprächen verdeutlicht, setzen ÄrztInnen diese „uneigentliche“ Sprechweise ein, um zunächst einmal mit genauen, expliziten Beschreibungen „hinter dem Berg“ zu halten. Zugleich wird ersichtlich, wie mittels der Litotesformulierungen eine gewisse Vagheit aufgebaut wird. Die vage gehaltene, prosodisch mit gedämpfter Stimme artikulierte Bewertung „<<p, gedämpfte Stimme> isch net GANZ so schön;>“ (Z. 022) genügt im vorliegenden Kontext, in dem die Patientin auf ihre Diagnose wartet und die Möglichkeit einer Krebserkrankung im Raum steht, um die schlechte Nachricht zu kontextualisieren. Auch in diesem „abweichenden Fall“ ist die Patientin (aufgrund einer anderen Krebserkrankung) bereits in der Klinik behandelt worden und die mögliche erneute Krebsdiagnose kommt nicht völlig unerwartet.

2.2.2 Die Übermittlung der schlechten Nachricht

Im Anschluss an die Reaktivierung bestehender Verdachtsmomente und vorausgegangener Untersuchungen übermitteln die ÄrztInnen meist recht zügig die Diagnose, indem sie den aus der Pathologie stammenden Bericht für die PatientInnen „übersetzen“, sie über ihre Krebserkrankung aufklären und diese erläutern.

Im Gegensatz zu alltäglichen Übermittlungen schlechter Nachrichten, in denen der/die Betroffene dem Gegenüber eine schlechte Nachricht in Bezug auf sich selbst mitteilt (Jefferson 1988), werden in der Gattung der onkologischen Aufklärungsgespräche schlechte Nachrichten übermittelt, die den/die RezipientIn betreffen (Maynard 2003; Maynard/Frankel 2006: 249f.). Bei dieser spezifischen Form epistemischer Autorität (Bergmann 2014: 21f.) verfügt also nicht die Betroffene über das für sie relevante Wissen, sondern eine fremde Person – der Arzt – hält eine für sie einschneidende, u.U. lebensbedrohliche Information bereit. Diese epistemische Eigenheit hat – wie noch gezeigt wird – sprachlich-kommunikative Konsequenzen, die wiederum wesentliche Bestandteile der vorliegenden kommunikativen Gattung bilden.¹¹ Reineke/Spranz-Fogasy (2013: 449) beschreiben ein solches „Diagnosegespräch“ mit BrustkrebspatientInnen folgendermaßen: „Die Patientin weiß, dass die Ärztin diagnostisches Wissen über den Zustand der Patientin hat. Was vorläufig also nur die Ärztin weiß, von dem jedoch die Patientin weiß, dass die Ärztin es weiß, muss im Folgenden in einem interaktiven Prozess in gemeinsames Wissen umgewandelt werden (...).

Ein wesentliches Merkmal der vorliegenden Gespräche ist, dass die ÄrztInnen bei der Diagnoseübermittlung die Krebsdiagnose als „schlechte Nachricht“ indizieren bzw. als etwas, was ihnen auszusprechen schwerfällt. Diese Markierung der Diagnose als „schlechte Nachricht“ umfasst (wie noch gezeigt wird) unterschiedliche sprachlich-kommunikative Ebenen von der Prosodie/Stimmqualität über die Syntax und Lexik bis zur sequenziellen Organisation.

Fruht/Vogelhuber (2016: 3ff.) weisen darauf hin, dass das Überbringen schlechter Nachrichten in der Onkologie zu den schwierigsten Kommunikationssituationen gehört, die ÄrztInnen in ihrem Berufsleben zu bewältigen haben: „Ist die schlechte Nachricht erst einmal ausgesprochen und übermittelt, ist das größte Hindernis überwunden“. In Anlehnung an die Ethnomethodologie (Garfinkel 1967; Bergmann 1988) werde ich – auf der Basis der Ge-

¹¹ Siehe Spranz-Fogasy (2005: 23f.) zur Wissensvermittlung in Arzt-Patienten-Gesprächen, bei denen die PatientInnen aufgrund von Beschwerden einen Arzt aufsuchen und hierbei ihr Wissen über ihren körperlichen Zustand einbringen. In diesem Fall wird das subjektive Wissen der PatientInnen „in einem interaktiven Prozess in gemeinsames Wissen umgewandelt“ (Spranz-Fogasy 2005: 23f.), während es in den vorliegenden Gesprächen die ÄrztInnen sind, denen ein Wissen über den genauen Befund vorliegt und sie dieses Wissen nun intersubjektiv zugänglich machen. „Dadurch wird die Vermittlung der Diagnose und ihrer Auswirkungen zur zentralen kommunikativen Aufgabe für den Arzt, das Verstehen und (erste) Verarbeiten der Diagnose sowie der Handlungsoptionen zur zentralen Aufgabe für den Patienten.“ (Reineke/Spranz-Fogasy 2013: 449).

sprächsdaten – argumentieren, dass diese „schwierige Kommunikationssituation“ nicht einfach nur „vorliegt“, sondern von den TeilnehmerInnen kommunikativ als „schwierig“ bzw. „äußerst belastend“ erzeugt wird. D.h. durch die Verwendung spezifischer sprachlich-kommunikativer Praktiken konstruieren die Interagierenden die Diagnosemitteilung und -rezipienz (hierzu 2.2.3.) als eine kommunikative Situation, die die sonst vorherrschende Gesprächsroutine zum Stocken bringt und eine Abkehr vom „normalen“ Fluss der Interaktion einleitet. In den Worten von Schütz/Luckmann (1979: 231f.) haben wir es mit einem Bruch im „routinemäßig Vertrauten“ zu tun, der zu einer „Stockung in der lebensweltlichen Idealisierung des ‚Und-so-weiter‘“ führt.

Dem folgenden Ausschnitt geht eine kurze Sequenz voraus, in der sich die Ärztin und die Patientin (nach der Begrüßungssequenz) über die Wundversorgung in Zusammenhang mit der vorgenommenen Stanzbiopsie unterhalten. Nach der Thematisierung des „kleinen Blutergusses“ wechselt die Ärztin zum eigentlichen Anliegen des Gesprächs (Z. 011ff.):

BRUSTKREBS-HER2-REZEPTOR (Gespräch 42)

```
(...)
001  AW:   nee,
002        dann LASSen wir_s lieber <<kichernd> zu;>
003  PW:   [äh,]
004  AW:   [ahi][hiHI, ]
005  PW:        [kleiner] BLU[terguss,]
006  AW:        [°hh      ] ja GUT.
007        des REICHT.
008  PW:   bissle GELB [jetzt;]=
009  AW:        [hm_HM.]
010  PW:   =ne,
011  AW:   °h ALso, (.)
012        <<gedämpfte und leicht gepresste Stimme> des war jetzt
        schon !DES!- > (.)
013        <<gedämpfte und leicht gepresste Stimme> was wir uns
        gedACHT [ haben. >]
014  PW:        [((seufzt))]
015  AW:   [ ja;      ]
016  PW:   [((seufzt))]
017  AW:   <<gedämpfte und leicht gepresste Stimme, p> =ein
        BÖSartiger tUmor.>
018  PW:   hm_hm;
019  AW:   ja,
020        <<gedämpfte und leicht gepresste Stimme, p> aso DAS-
021        °hhh ISses;>
```

Im Anschluss an die Sequenz über die Wundversorgung setzt die Ärztin mit einem hörbaren Einatmen und der Gliederungspartikel „h Also,“ (Z. 011) ein, die auch hier den Übergang zur Diagnosemitteilung und damit zum „Kern“ des Gesprächs markiert. Mit dieser Umfokussierung verändert AW ihre prosodische und stimmliche Ausrichtung und wechselt in eine

leicht gepresste und „gedämpfte Stimme“ (Couper-Kuhlen i. Dr.), die ein etwas tiefes Tonhöheniveau und eine geringe Lautstärke sowie eine gleichbleibende bzw. fallende Tonhöhenbewegung aufweist: „h ALso, (.) <<gedämpfte und leicht gepresste Stimme> des war jetzt schon !DES!- (.) was wir uns geDACHT [haben. >] (Z. 011-013).

Tatsächlich nehmen die ÄrztInnen im Rahmen der Thematisierung der lebensbedrohlichen Diagnose immer wieder einen markierten Wechsel im prosodischen Äußerungsdesign vor, indem sie in eine gedämpfte Stimmlage switchen. Mit dieser prosodischen Modulation, die sich u.a. durch eine verringerte Lautstärke, eine schwächere artikulatorische Kraft, oftmals ein tieferes Tonhöhenregister, eine fallende Intonationskontur und gelegentlich auch eine gepresste Stimme auszeichnet, indizieren die ÄrztInnen eine Art Niedergeschlagenheit. Diese prosodisch kontextualisierte Anteilnahme löst beim Gegenüber Inferenzen in Bezug auf die anstehende Diagnosemitteilung aus. Die PatientInnen, die zu Beginn der onkologischen Aufklärungsgespräche äußerst angespannt ihre Diagnose erwarten, tendieren dazu, kleinste Indikatoren und Kontextualisierungshinweise in Hinblick auf die anstehende und für sie einschneidende Befundmitteilung zu deuten. Dies wird anhand der Reaktionen von PW in den Zeilen 014 und 016 ersichtlich: In Überlappung mit der Ausführung der Ärztin, die die Krebsdiagnose noch gar nicht expliziert hat, setzt PW bereits mit einem Seufzen ein, was darauf hindeutet, dass die vorliegenden Hinweise (prosodische Modulierung der Stimme von AW und der Verweis auf die Bestätigung des Verdachts) ausreichen, um die projizierte Diagnose zu erfassen.

Wie die Detailanalyse der Gespräche zeigt, werden von Seiten der ÄrztInnen folgende verbale und paraverbale Kontextualisierungshinweise zur Übermittlung schlechter Diagnosen verwendet:¹² (i) *prosodische Mittel* wie langsames Sprechen, eine behauchte leise bzw. „gedämpfte“ Stimme, ein tieferes Tonhöhenregister, hörbares Ein- und Ausatmen, wenig Modulation im Tonhöhenverlauf, eine geringe Lautstärke, zahlreiche Pausen sowie eine gleichbleibende bzw. fallende Tonhöhenbewegung etc., (ii) *lexiko-semantiche Verfahren* wie Zögerungspartikeln, Vagheitsmarker, Abschwächungen, Litotes-Konstruktionen etc. und (iii) *eine „zwar...aber“-Strategie*, die aus einem initialen „zwar“ bzw. „schon“-Teil, in dem die schlechte Nachricht thematisiert wird, und einem unmittelbar folgenden „aber“-Teil, der hoffnungsvolle und mutmachende Aspekte fokussiert, besteht.

Im folgenden Ausschnitt leitet die Ärztin AW die Übermittlung der Krebsdiagnose durch Disfluenzen wie Zögerungsmarker, Pausen, Längungen, hörbares Ein- und Ausatmen etc. ein, die einerseits die schlechte Nachricht etwas hinauszögern und somit bereits eine dispräferierte

¹² Da mir nur Audioaufzeichnungen vorliegen, kann keine Analyse der nonverbalen Mittel (Gestik, Mimik, Körperbewegungen, Berührungen etc.) vorgenommen werden.

Mitteilung kontextualisieren. Andererseits indizieren sie aber auch, dass der Ärztin das Sprechen schwerfällt und verstärken so die Projektion der folgenden Nachricht:¹³

KLEINER BÖSARTIGER TUMOR (Gespräch 51)

```

...
005  AW:  und- (-)
006      ähm:- (1.0)
007      ja-
008      das IS- (.)
009      ein kleiner bösartiger Tumor.
010  PW:  ein kleiner BÖSartiger.=
011      =des HEIßT?
012  AW:  er (-) IST-
013      gottseidank nicht so ARG bösartig.=
014  PW:  [((lacht))]
015  AW:  [=also    ] es ist ein [brUstKREBS (-) ja?]
016  PW:  [hm_HM-      ]
017  AW:  des SCHON-
018      hh° a:ber DIE: ähm;
019      EIgenschaften die er hat;
020      die SIND- (-- )
021      sie:- (-- )
022      dEuten darauf HIN dass es nicht ein- (-)
023      SEHR aggressiver tUmor ist; °h
024      sondern Eher einer DER-(2.0)
025      ganz LANGsam wächst;

```

Die rhythmische Phrasierung mit den kurzen, aufeinanderfolgenden Turnkonstruktionseinheiten (TCUs), die oftmals nur eine (akzentuierte) Silbe beinhalten, die reдеzuginternen Pausen sowie die Längung auf „ähm:-“ (Z. 006) markieren eine stockende Sprechweise:

```

005  AW:  und- (-)
006      ähm:- (1.0)
007      ja-
008      das IS- (.)
009      ein kleiner bösartiger Tumor.

```

In konversationsanalytischen Arbeiten wird immer wieder veranschaulicht, dass Zögerungsmarker, Pausen und andere Disfluenzmarker (Fischer 1992) als Indikatoren dispräferierter Folgehandlungen eingesetzt werden: Während präferierte Handlungen meist ohne Verzögerung in kurzen Einheiten präsentiert werden, weisen dispräferierte Handlungen Äußerungsformate auf, die just die vorliegenden Indikatoren beinhalten (Sacks/Schegloff 1979; Pomerantz/Heritage 2013). Auch Spranz-Fogasy/Becker (2015: 109) beobachten, dass die Übermittlung einer schlechten Diagnose weitaus aufwändiger gestaltet wird als die einer guten:

„Bad news werden also nicht *expressis verbis* mitgeteilt, sondern vor allem über stockende Formulierungsweise mit Zögern, Heckenausdrücken oder Pausen vermittelt

¹³ Auch Maynard/Frankel (2006: 249f.) weisen darauf hin, dass „bad news“ häufig Disfluenzen und Verzögerungen vorausgehen. Zu Disfluenzen im Gespräch siehe auch Fischer (1992).

– der Patient soll gewissermaßen ‚von selbst‘ die Problematik der Diagnose wahrnehmen.“ (Spranz-Fogasy/Becker 2015: 109)

Doch trotz der Disfluenzen und des stockenden Sprechens deutet die Ärztin die schlechte Nachricht „das IS- (.) ein kleiner bösartiger Tumor.“ (Z. 008-009) nicht etwa auf Umwegen an, sondern sie übermittelt die Krebsdiagnose klar und direkt. Mit dieser Art der expliziten Thematisierung des „bösartigen Tumors“ bzw. der „Krebserkrankung“ wird die Lage als ernst markiert und den PatientInnen ohne großes „Drumherum-Reden“ der pathologische Befund präsentiert.¹⁴ Hiermit wird zugleich das, was Glaser/Strauss (1974) einen „offenen Bewusstseinskontext“ nennen, hergestellt – d.h. ein Inkenntnissetzen der PatientInnen über ihre lebensbedrohliche Erkrankung. Die Tatsache, dass die Krebsdiagnose in den vorliegenden Gesprächen weder verschwiegen noch indirekt angedeutet, sondern offen ausgesprochen wird, gilt als wesentlicher Bestandteil der vorliegenden Kommunikationskultur. Zugleich – so zeigen die Ausschnitte – mitigieren die ÄrztInnen durch unterschiedliche rhetorische Strategien die Schwere der lebensbedrohlichen Befunde (z.B. durch das Aufzeigen hoffnungsvoller Aspekte).

Im Gesprächsausschnitt KLEINER BÖSARTIGER TUMOR (Gespräch 51) wird darüber hinaus eine syntaktische Konstruktion bzw. rhetorische Strategie erkenntlich, die sich als geradezu charakteristisch für die vorliegende Gattung herausstellt: die konzessive „*zwar/schon... aber*“-Konstruktion. Im Anschluss an die echoartige Wiederholung des Befunds von Seiten der Patientin „ein kleiner BÖSartiger.“ (Z. 010) sowie deren Aufforderung zur Verstehensexplikation bzw. Konkretisierung mit „=des HEIßT?“ (Z. 011) setzt die Ärztin ihre Diagnosemitteilung fort, indem sie die Darlegung der Eigenschaften des Tumors mittels „gottseidank“ (Z. 013) einleitet. Mit dieser Formel indiziert AW sowohl ihre emotionale Anteilnahme als auch eine folgende, eher optimistisch stimmende Klassifikation des Tumors: Die Bewertung „nicht so ARG bösartig.“ (Z. 013) federt die Schwere der Krebsdiagnose nachträglich ab. In Überlappung mit dem erleichterten und verhaltenen Lachen der Patientin setzt die Ärztin zu einer konzessiven Konstruktion an, indem sie zunächst die Gültigkeit der Krebsdiagnose eingesteht („des SCHON-“; Z. 017), bevor sie dann einleitend mit dem adversativen „*a:ber*“ (Z. 018) eine Umfokussierung durchführt. Die konzessive Sequenz besteht somit aus zwei Teilen: (i) einem „*zwar*“-Teil, in dem die schlechte Nachricht („es ist Krebs“) übermittelt

¹⁴ Diese Form der direkten Übermittlung der schlechten Diagnose unterscheidet sich von den Beobachtungen von Maynard/Frankel (2006: 249), die ausführen, dass schlechte Nachrichten in Arzt-Patienten-Gesprächen oftmals „verdeckt“ („shrouded“) übermittelt werden. Vgl. auch Spranz-Fogasy (2010: 42f.) zu Formen der Diagnosemitteilung in der Arzt-Patienten-Kommunikation. Im Unterschied zu Diagnosemitteilungen in anderen medizinischen Kontexten (wie im Falle ambulanter Arztbesuche) ist in den vorliegenden Gesprächen, in denen die Diagnose einer lebensbedrohlichen Erkrankung übermittelt wird, weder eine „unterlassene“ noch eine „implizite Diagnoseformulierung“ zu beobachten.

bzw. bestätigt wird und (ii) einem unmittelbar folgenden „*aber*“-Teil, der hoffnungsvolle bzw. mutmachende Aspekte fokussiert (wie „nicht ein- (-) SEHR aggressiver tUmor ist; °h sondern Eher einer DER- (2.0) ganz LANGsam wächst;“; Z. 022-025). Bezeichnend für den Gebrauch der Partikel „SCHON“ (Z. 017) ist, dass damit eine Teilbestätigung erfolgt, doch zugleich der Geltungsbereich der vorausgehenden Aussage durch die Projektion der folgenden kontrastierenden bzw. mitigierenden Aussage eingeschränkt wird.¹⁵ Charakteristisch für konzessive „*zwar... aber*“- bzw. „*schon... aber*“-Konstruktionen ist ferner die Verteilung des argumentativen Gewichts der beiden verknüpften Aussagen (Günthner 2015): Die Information im ersten Teil („es ist ein [brUstKREBS (-) ja? des SCHON“-“; Z. 015-016) wird zurückgestuft, während die folgende neue Information im *aber*-Teil relevant gesetzt wird: „hh° a:ber DIE: ähm; EIGenschaften die er hat; die SIND- (--) SIE:- (--) dEUTen darauf HIN dass es nicht ein- (-) SEHR aggressiver tUmor ist; °h sondern Eher einer DER- (2.0) ganz LANGsam wächst;“ (Z. 018-025).

In Anlehnung an Lerner (1996) kann man hier insofern von einem „compound turn-constructive format“ sprechen, als das vorliegende konzessive Muster aus einer prosodisch, syntaktisch, semantisch und sequenziell komplexen Sequenz mit zwei Einheiten besteht: einem einräumenden *zwar*- bzw. *schon*-Teil und dem interaktiv ausgebauten *aber*-Teil, der nicht etwa auf einen Einzelsatz beschränkt ist, sondern mehrere Turnkonstruktionseinheiten (TCUs) und (Teil)-Sätze umfasst (Z. 018-025).

Typisch für dieses rhetorische Muster ist ferner seine inhärente Skalarität, die hier von „SEHR aggressiver tUmor“ (Z. 023) zu einem, der „ganz LANGsam wächst;“ (Z. 025) reicht, wobei die spezifische Tumorart der Patientin ganz unten auf der Skala der Bösartigkeit anzusiedeln ist. Indem die Ärztin die geringe Aggressivität des Tumors allerdings durch das Adverb „Eher“ („sondern Eher einer DER- (2.0) ganz LANGsam wächst;“; Z. 024-025) moduliert, sichert sie sich wiederum gegenüber möglichen Festschreibungen ihrer recht zurechtversichtlichen Einschätzung ab.¹⁶ Vagheitsindikatoren wie „eher“, „so etwas wie“, „sozusagen“ etc. verleihen den Äußerungen eine gewisse Unschärfe, indem sie markieren, dass die Beschreibung des Sachverhalts nur annäherungsweise zutrifft.

Auch im folgenden Ausschnitt, der dem Gespräch CHRONISCHE LEUKÄMIE (Gespräch 38) entstammt, rekonstruiert der Arzt (AM) zunächst die Vorgeschichte und den bereits bestehenden Verdacht, bevor er zur Diagnosemitteilung übergeht:

CHRONISCHE LEUKÄMIE (Gespräch 38)

¹⁵ Siehe auch Thurmair (1989: 147ff.) zum Affirmationsadverb bzw. zur Modalpartikel „schon“.

¹⁶ Vagheitsmarkierungen sind geradezu charakteristisch für die Aussagen der ÄrztInnen zum möglichen Verlauf der Krankheit. Zu Vagheitsindikatoren in der Experten-Laien-Kommunikation siehe Brünner/Gülich (2002: 41). Siehe auch Korte (i.V.) zur Vagheitsmarkierung in der Arzt-Patienten-Kommunikation.

...
030 AM: also (-) sie sind jetzt n_paar Tage BEI uns,
031 und wir ham die die exAKte diagnose schOn gestellt;
032 (-) mh?
033 °h das was ICH ihnen jetzt sage ist,
034 (--) ZWEIFELsfrei sIcher;
035 (1.6)
036 °h ähm-
037 (-) ALso,
038 (--)
039 !JA:! wir müssen das schon bestätigen,
040 sie haben eine <<prononciert, dichte
Akzentuierung> !LEU!KÄ.MIE:,>
041 (2.0)
042 Aber?
043 (--) °hh
044 [(--)] ICH glaube man kann sagen,
045 ??: [((Tippen im Hintergrund))]
046 AM: so haben s_sie HAben,
047 (--) so ziemlich die (.) <<prononciert, dichte
Akzentuierung> GÜNstigste> lEUKämie,
048 (--) die es <<prononciert, dichte Akzentuierung>
!Ü!BER.HAUPT gibt,
049 (0.8)
050 oKAY?
051 (-)
052 PW: hm_hm;

Die Aufklärung über den vorliegenden Befund zeichnet sich einerseits durch zahlreiche Disfluenzen (stockendes Sprechen, Zögerungsmarker, Pausen, Längungen, hörbares Einatmen) aus, wodurch AM kontextualisiert, dass ihm diese Mitteilung schwerfällt. Andererseits bringt der Arzt die Diagnose keineswegs indirekt über Anspielungen vor, sondern präsentiert sie prosodisch stark hervorgehoben mittels dichter Akzentuierung (Selting 1989; Umann 1996) als eine „exAKte diagnose“ (Z. 031), die „ZWEIFELsfrei sIcher;“ (Z. 034) ist. Mittels der prononcierten Akzentuierung „!LEU!KÄ.MIE:;“ (Z. 040), die als „prosodische Hyperbel“ (Günthner 2000: 100) fungiert, rückt die Diagnose ins gemeinsame Aufmerksamkeitszentrum. Im Anschluss an die Übermittlung der schlechten Nachricht entsteht zunächst eine Redezugvakanz von zwei Sekunden (Z. 041), bevor der AM erneut das Rederecht ergreift und mit dem adversativen „Aber?“ (Z. 042) eine Umfokussierung einleitet. Nach einigen Verzögerungen folgt das angekündigte Dissonanzsegment, das die lebensbedrohliche Diagnose wiederum abmildert: „s_sie HAben, (--) so ziemlich die (.) <<prononciert, dichte Akzentuierung> GÜNstigste> lEUKämie, (--) die es <<prononciert, dichte Akzentuierung> !Ü!BER.HAUPT gibt,“ (Z. 046-048). Die dichte Akzentuierung erzeugt auch hier eine metrische Emphase und verleiht der Äußerung einen insistierenden Charakter.

Wie im vorherigen Ausschnitt ist auch im vorliegenden Ausschnitt das rhetorische Muster der (i) Bestätigung der Krebsdiagnose und der (ii) unmittelbar folgenden Umfokussierung (eingeleitet durch die adversative Konjunktion „aber“), die die vorausgehende Konzessionierung der schlechten Diagnose durch Herausstellung positiver Eigenschaften übertüncht, ersichtlich. Ferner weist auch hier das konzessive Muster eine inhärente Skalarität auf, die von „!LEUKÄMIE:“ (Z. 040) zu „GÜNSTIGSTE LEUKÄMIE, (--) DIE ES ÜBERHAUPT GIBT,“ (Z. 047-048) reicht, wobei die Patientin die auf der Skala bestmögliche Variante hat.¹⁷

In mehrfacher Weise ähnelt die „*zwar...aber*“-Praktik dem von Couper-Kuhlen/Thompson (2000) und Barth-Weingarten (2003) beschriebenen „concessive schema“. Doch während es sich beim konzessiven Argumentationsmuster um eine dialogisch-organisierte dreiteilige Sequenz („dyadic concessions“; Couper-Kuhlen/Thompson 2000) handelt, liegt hier ein monadisch organisiertes Format („monadic concessions“; Couper-Kuhlen/Thompson 2000; Barth-Weingarten 2003; Günthner 2015) vor, das von einem einzelnen Sprecher (AM) bewerkstelligt wird. Mit dieser „*zwar...aber*“-Praktik wird nicht etwa eine Position des Gegenübers konzessioniert, um anschließend eine gewichtigere Gegenposition darzulegen, sondern mit dem *zwar*-Teil konstatiert bzw. bestätigt der Arzt den vorliegenden Befund, während er mit dem folgenden *aber*-Teil einer möglichen Inferenz („die Situation ist aussichtslos“; „es besteht keine Hoffnung“, „das ist jetzt ein Todesurteil“) entgegenwirkt, die durch die Krebsdiagnose beim Patienten ausgelöst werden könnte.

Die rhetorische „*zwar/schon... aber*“-Praktik bildet keineswegs eine Eigenart der beiden skizzierten Gesprächsausschnitte (KLEINER BÖSARTIGER TUMOR – Gespräch 51 und CHRONISCHE LEUKÄMIE – Gespräch 38), vielmehr bedienen sich unterschiedliche ÄrztInnen in den aufgezeichneten Aufklärungsgesprächen dieser Praktik. Dies ist wiederum kein Zufall, sondern geradezu ein Charakteristikum der vorliegenden Gesprächsgattung und der damit verbundenen Aufgaben, mit denen die ÄrztInnen konfrontiert sind: (i) der wahrheitsgemäßen Übermittlung der Diagnose und (ii) dem Mut- bzw. Hoffnungsmachen trotz der lebensbedrohlichen Erkrankung. Man könnte folglich die These vertreten, dass hier eine kommunikative Passung zwischen dieser rhetorischen Praktik und den institutionellen Vorgaben zu den onkologischen Aufnahmegesprächen („wahrhaftig sein“ und „den Patienten nicht die Hoffnung nehmen“)¹⁸ vorliegt.

In Zusammenhang mit dem ethnomethodologischen Konzept der „Vollzugswirklichkeit“ betont Garfinkel (1967: 33) „that any social setting be viewed as self-organizing with respect to the intelligible character of its own appearance.“ Dieser Aspekt der kommunikativ herge-

¹⁷ Siehe auch Imo (2017), der von „einem Lichtblick für die Patienten“ spricht.

¹⁸ Diesen Hinweis verdanke ich Martin Bentz.

stellten Vollzugswirklichkeit findet seinen Ausdruck in der methodischen Frage nach dem *Wie* der Aktualisierung kommunikativer Handlungen (Bergmann 1988: 55). Sacks (1964-68/1992) verwendet bei Erforschung sozialer Aktivitäten folglich das Verb „*doing*“, um auf diese Weise die methodischen Verfahren zu fokussieren, die Interagierende verwenden, um soziale Handlungen zu erzeugen: „*doing informing*“, „*doing arguing*“, „*doing being involved*“, „*doing being nervous*“ etc. Angewandt auf die Diagnosemitteilungen wird ersichtlich, dass die ÄrztInnen durch die Art der Übermittlung – d.h. durch die Zögerungspartikeln, die Pausen, das schwere Atmen etc. sowie der konzessiven „*zwar...aber*“-Strategie – den Sachverhalt, den sie übermitteln, zugleich zu etwas machen, dessen Aussprechen ihnen schwerfällt und das eines gewissen Optimismus bedarf.

Auch im folgenden Exzerpt aus DIESES KLEINE DINGELE (Gespräch 30) kommt die beschriebene konzessive Strategie zum Ausdruck:

DIESES KLEINE DINGELE (Gespräch 30)

...

021 AW: und es isch ja dieses KLEIne dingele,
 022 aber es ISCH halt leider was;
 023 wie ma schon befÜRCHtet hat;=[gell?]
 024 PW: [ja;]
 025 AW: ja;
 026 (1.0) °häh::m,
 027 A:ber nichts desto trotz,
 028 es:: ist zwAr ein BÖSartiger,
 029 (.) TUmor,
 030 (.) A:ber er hat auch,
 031 (.) ganz GÜNstige eigenschaften;
 032 also net so was !GANZ! wildes;
 033 PW: [ja;]
 034 AW: [was GANZ] schrEckliches;
 035 (-) SONdern,
 036 (.) da geht_s auch um die EIigenschaften,
 037 w_WAS (.) für_n krebs des is;=ja?
 038 PW: hm_hm
 039 AW: (-) und des is EIner,
 040 äh den man denk ich ganz gut beHANDeln kann.

Die Ärztin rekonstruiert zunächst den bestehenden Verdacht, wobei sie den Befund mittels der dialektalen und nächsprachlichen Diminutivform „dieses KLEIne dingele,“ (Z. 021) mitteilt und sich damit – im Sinne der Generalthese der „Reziprozität der Perspektiven“ (Schütz/Luckmann 1979: 88ff.) – sowohl sprachlich als auch emotional an ihrem Gegenüber, einer verängstigten, dialekt sprechenden Patientin, orientiert.

Zur Gewährleistung intersubjektiven Verstehens (Schütz/Luckmann 1979: 88ff.) verlangen soziale Interaktionen nicht nur ein Minimum an gemeinsamem Wissen, sie verlangen auch ein Minimum an Wissen um das, was unter den Teilnehmenden relevant gleich und relevant ver-

schieden ist. Günthner/Luckmann (2002: 220) argumentieren in diesem Zusammenhang, dass Interagierende das vorhandene Wissen ihrer KommunikationspartnerInnen

„mit Hilfe ihres Bewußtseins um die soziale Verteilung von Wissen in ihrer Gesellschaft und um damit verbundene soziale Positionen und soziale Biographien einigermaßen abschätzen [können]. Somit ist das ‚Ablesen‘ der sozialen Position der Personen, mit denen man interagiert, ein wichtiger Bestandteil des ‚kontextualen‘ Wissens, welches den unproblematischen Kommunikationshintergrund für Angehörige einer Gesellschaft bzw. kulturellen Gruppe bildet.“

Dieses „Ablesen“ und Erurieren des Wissens, der Emotionen und Verfasstheiten des Gegenübers wird auch in den vorliegenden Gesprächen deutlich. Die kommunikative Konsequenz dieses Erurierens von möglichem Wissen der GesprächspartnerInnen bildet das, was Vološinov (1929/75: 146) als einen dialogischen Akt hinsichtlich der Äußerungsorientierung bezeichnet:

„Die Bedeutung der Orientierung des Wortes auf einen Gesprächspartner ist ungeheuer groß. Eigentlich *ist das Wort ein zweiseitiger Akt*. Es wird in gleicher Weise dadurch bestimmt, von wem es ist, als auch, für wen es ist. Es ist, als Wort, genau das Produkt der Interaktion von Sprechendem und Zuhörendem. Jedes Wort drückt ‚den einen‘ in Beziehung zum ‚anderen‘ aus. Im Wort gestalte ich mich vom Standpunkt des anderen, letzten Endes vom Standpunkt der ganzen Gemeinschaft. Das Wort ist eine Brücke, die von mir zum anderen führt. Wenn sie sich mit einem Ende auf mich stützt, dann stützt sie sich mit dem anderen auf den Gesprächspartner. Das Wort ist das gemeinsame Territorium von Sprechendem und Gesprächspartner.“

Just dieser „zweiseitige Akt“ spiegelt sich im Äußerungsdesign und der Rezipientenausrichtung der ÄrztInnen wider – wie hier im Fall der dialektalen und mitigierenden Anpassung der Äußerung von AW an ihr Gegenüber.

Der ärztlichen Diagnosemitteilung gehen auch im vorliegenden Ausschnitt Zögerungspartikeln, Pausen und ein tiefes Einatmen voraus, mit denen die Ärztin die folgende schlechte Nachricht projiziert, bevor sie diese im „*zwar...aber*“-Format übermittelt: „es: ist zwAr ein BÖSartiger, (.) Tumor, (.) A:ber er hat auch, (.) ganz GÜNstige eigenschaften; also net so was !GANZ! wIlles; was GANZ] schrEckliches;“ (Z. 028-034).

Hier wird wiederum ersichtlich, welche Funktion dem prosodischen Design (kurze Intonationsphrasen, zahlreiche Pausen, markierte Akzentuierung und rhythmische Sequenzierung) bei der Indizierung der schlechten Nachricht zukommt: Sowohl das stockende Sprechen mit seinen zahlreichen Disfluenzen, als auch die in einigen Gesprächen realisierte „gedämpfte Stimmlage“ fungieren als interaktive Ressourcen, die ÄrztInnen einsetzen, um ihre emotionale Anteilnahme zu kommunizieren. Auf diese Weise wird die Diagnoseübermittlung als etwas präsentiert, dessen Übermittlung den SprecherInnen schwerfällt. Diese Abkehr vom

routinisierten Gesprächsablauf und dem „Und so weiter“ (Schütz/Luckmann 1979: 171) einer reibungslosen Interaktion repräsentiert eine kommunikative Praktik zur Herstellung der Situation als außergewöhnlich – ja dramatisch.

Auch im vorliegenden Ausschnitt aus DIESES KLEINE DINGELE (Gespräch 30) konzediert die Ärztin (AW) im „*zwar*“-Teil „es:: ist *zwAr* ein BÖSartiger, (.) Tumor,“ (Z. 028-029), dass es sich um einen bösartigen Tumor handelt. Mit dem „A:ber“ (Z. 030) initiiert sie wiederum eine kontrastierende Perspektive: „A:ber er hat auch, (.) ganz GÜNstige eigenschaften; also net so was !GANZ! wIlles; was GANZ] schrEckliches;“ (Z. 030-034).¹⁹ Auch hier weist die „*zwar...aber*“-Strategie („es:: ist *zwAr* ein BÖSartiger, (.) Tumor, (.) A:ber er hat auch, (.) ganz GÜNstige eigenschaften; also net so was !GANZ! wIlles; was GANZ] schrEckliches“. Z. 028-034) eine inhärente Skalarität auf: Die Tumore werden wiederum auf einer Bandbreite von ganz wilden,²⁰ ganz schrecklichen bösartigen Tumoren zu jenen, die günstige Eigenschaften haben, angesiedelt. Und auch hier sind es die letzteren, die auf die Erkrankung der Patientin zutreffen.

Eine zentrale Funktion der routinisierten „*zwar...aber*“-Konstruktionen ist somit, einer möglichen Inferenz in Richtung „die Situation ist aussichtslos“, „es besteht keine Hoffnung“, „das ist jetzt ein Todesurteil“, welche durch die Krebsdiagnose ausgelöst werden könnte, entgegenzuwirken und „Glück im Unglück“ bzw. „es hätte noch weitaus schlimmer sein können“ zu kontextualisieren. Darüber hinaus hat diese kommunikative Praktik noch eine weitere für die vorliegende Gesprächsgattung relevante Funktion: Sie liefert den ÄrztInnen eine Strategie zum Ausstieg aus der „schlechten Nachricht“-Sequenz, da mit dem hoffnungsvollen *aber*-Segment der Übergang zu einer weiteren Aufgabe dieser Gesprächsgattung geleistet werden kann – nämlich zur Abstimmung der Therapie.²¹

Die konzessive Praktik muss allerdings keineswegs stets in Form einer „*zwar...aber*“-Formulierung auftreten, sie kann – wie die folgenden beiden Ausschnitte zeigen – auch Formen wie „*schon/ja*“ etc., „... *aber/allerdings*“ etc. einnehmen.

¹⁹ Bezeichnend ist auch die Verwendung von „also“ (Z. 032) zur Initiierung einer inferenzbezogenen Explikation der vorausgehenden Darlegung der Tumoreigenschaften (Z. 031). Die Einleitung von Erläuterungen vorausgehender Darlegungen mittels „also“ gehört zu den typischen Strategien, die ÄrztInnen in den vorliegenden Aufklärungsgesprächen einsetzen, um potenzielle Wissensasymmetrien zu beseitigen und gegenseitiges Verstehen sicherzustellen. Siehe u.a. Günthner/Luckmann (2002) und Drew (2012) zu Wissensasymmetrien im Gespräch. Siehe auch Spranz-Fogasy (2010) zur Verstehensdokumentation in der medizinischen Kommunikation. Vgl. Deppermann/Helmer (2013) zur Verstehensfunktion von „also“.

²⁰ Mit einem „wilden Tumor“ ist hier ein schlecht differenzierter und aggressiver Tumor gemeint.

²¹ Siehe Maynard (2003: 177) zu „*good news exits from the bad news*“. Vgl. auch Jefferson (1988: 431) zur Tendenz beim „Troubles Talk“ optimistische Projektionen und „making light of the trouble“ zu präsentieren, bevor – im Falle alltäglicher Troubles-Talk-Episoden – der Erzähler den Bericht über sein Problem abschließt und zu einer neuen Aktivität übergeht.

Im Exzerpt BRUSTDRÜSENGEWEBE verwendet AW die Formulierung „[ja: des] is_n BÖSartiger tumor vom BRUSTdrÜsengewEbe ausgehend?“ (Z. 082-083) und konzediert damit die Bestätigung der vorhandenen Befürchtung, wobei die final steigende Kontur bereits eine Fortsetzung erwartbar macht, die dann durch das kontrastive “A::ber” (Z. 085) eingeführt wird:

BRUSTDRÜSENGEWEBE (Gespräch 062)

(...)
 078 AW: [°hhh] ALso,
 079 es hat sich halt DES bestätigt,
 080 was wir schon gedACHTt haben;
 081 PW: [mh_MH,]
 082 AW: [ja: des] is_n BÖSartiger tumor,
 083 vom BRUSTdrÜsengewEbe ausgEhend?
 084 PW: ja::,
 085 AW: A::ber (.) er hat eigentlich nUr gUte eigenSCHAFten.
 086 PW: oh;
 087 AW: in beZUGug auf,
 088 er WÄCHST nicht schnell,
 089 PW: mh_MH,

Auch im Gesprächsausschnitt GUTE ZUSATZKRITERIEN findet sich das rhetorische Muster der (i) Bestätigung der Krebsdiagnose (*zwar*-Teil) und der (ii) unmittelbar folgenden Umfokussierung, die die schlechte Diagnose durch positive Aspekte in den Hintergrund rücken lässt (*aber*-Teil):

GUTE ZUSATZKRITERIEN (Gespräch 60)

(...)
 017 AW??: so,
 018 (---)
 019 AW??: A::Lso;
 020 wir ham ja das histologische erGEBnis jetzt.
 021 wir hatten ZWEI::,
 022 ä:::hm-
 023 (---)
 024 AW??: zwei::,
 025 (-)
 026 AW??: von DIEsen,
 027 (---)
 028 AW??: VIER was wir gesehen hatten,
 029 VIER g äh stEllen,
 030 (-)
 031 AW??: hatten wir geSEHen,
 032 zwei haben wir geSTANZT.
 033 (.) °hh da is RAUSgekommen,
 034 dass des ein BRUSTkrebs is;
 035 PW60: hm_[HM,]
 036 AW??: [ne,]
 037 des hatten wir ja schon verMUTet.=
 038 PW60: =ja,
 039 AW??: (.) °hh ALlerdings,
 040 (--)

041 AW??: EI:ner,
 042 (-)
 043 AW??: ä::hm-
 044 (--)
 045 AW??: der !GU!te zusatz <<p> kriterien hat.>
 046 (.) [ne,]
 047 PW60: [<<p> hm_HM,>]
 048 AW??: also es (.) BRUSTkrebs is nicht immer gleich <<p>
 brustkrebs.>
 049 °hh es gibt brustkrebs der sehr SCHNELLwachsend is,
 050 ä::hm-
 051 es gibt brustkrebs der WEnig schnellwachsend is,
 052 (1.3)
 053 AW??: und vor Allem was uns interessiert ist die sogenannte
 tUmorBIologie;
 054 (-)
 055 AW??: °hh es gibt brustkrebs DE:R,
 056 (.) ähm (.) rezeptOren?
 057 (--)
 058 AW??: fü:r (--) horMOne hat;
 059 für ÖStrogene und für progesterone;
 060 PW60: <<p> hm_HM,>
 061 AW??: °h u:nd (.) des HAT ihr tumor.
 062 PW60: <<p> hm_[HM,>]
 063 [ne,]
 064 AW??: des sin GÜte zusatzkriterien;=

Die Krebsdiagnose „°hh da ist RAUSgekommen, dass des ein BRUSTkrebs is;“ (Z. 033-034) wird von AW durch die Folgeäußerung als bereits „verMUTet.“ (Z. 037) dargelegt. Unmittelbar im Anschluss an die Minimalreaktion der Patientin („ja;“, Z. 038) produziert AW das Adverb „ALlerdings;“ (Z. 039), um die folgende Einschränkung einzuleiten: „EI:ner, (-) ä::hm- (--) der !GU!te zusatz <<p> kriterien hat.>“ (Z. 041-045). Auch hier werden die positiven Aspekte prosodisch durch den extra starken Akzent auf „!GU!te“ hervorgehoben.

Zur Einleitung von Erläuterungen und damit zur Herstellung gegenseitigen Verstehens verwenden ÄrztInnen in den vorliegenden Aufklärungsgesprächen (wie auch in diesem Ausschnitt in Z. 019) oftmals die Partikel *also*. Die Gesprächspartikel *also* hat somit neben der bereits beschriebenen „anchor position“ zur Markierung des Übergangs zum Kern der Botschaft auch eine zentrale Rolle bei der Aushandlung von Verstehen und der Produktion von Erklärungen für die PatientInnen und medizinischen Laien inne.

Doch nun stellt sich die Frage, wie die Übermittlung der Krebsdiagnose in jenen Fällen gehandhabt wird, in denen die Erkrankung bereits weit fortgeschritten und die Diagnose wenig hoffnungsvoll ist. Hierzu soll die Fortsetzung des bereits präsentierten Gesprächs DARM-KREBSDIAGNOSE (Gespräch 4) beleuchtet werden.

Nach seiner recht ausführlichen Rekapitulation (Z. 18-49) der Vorgeschichte und des bereits bestehenden Verdachts geht der Arzt AM schließlich auf den pathologischen Befund ein:

DARMKREBSDIAGNOSE (Gespräch 4)

(...)

050 AM: und wir HAM jetzt- (.)

051 die feingewebliche unterSUchung,

052 dieses präparats beKOMmen; (-)

053 <<sehr artikuliert> °hh der pathoLOge-> (---)

054 <<sehr artikuliert> beSTätigt den verdAcht,> (--)

055 <<sehr artikuliert> dass eine böSartige erkrankUNG (.)
vorliegt;> (--)

056 PM: hm_hm,

057 AM: HATten wir ja-

058 im vorfeld auch schon erWÄH:NT,

059 PM: [ja-]

060 LW: [ja-]

061 PM: hm_hm

062 AM: diese information HAMse,

063 es ist ein sOgenanntes aDEnokarzinom,

064 ein (1.2) KREBS de:r-

065 °hhh von (.) DRÜSengewebe auszugehend==

066 =es isn (.) TYpisches beispiel, (-)

067 eines DICKdarmkrebSes;

068 PM: hm_hm;

069 (-)

070 AM: dieser KREBS, (.)

071 führt vor ort zu einer verENGung des dArmlumens, (1.0)

072 PM: hm_hm-

073 (-)

074 AM: UND- (1.1)

075 ZUSätzlich- (---)

076 sieht man in der BILDgebung,

077 strEUherde in der LEber;

078 (1.5)

079 PM: ja-

080 (2.1)

081 AM: was bedeutet das für SIE:,

082 (--)

083 es bedeutet für SIE?

084 dass man mehrere behAndlungsschritte (.) empFIEHLT;

085 (1.0)

086 PM: hm_hm;

Wie in den vorausgehenden Gesprächen, so wird auch hier die Diagnose nicht etwa als überraschende Nachricht dargelegt, sondern als etwas, was zu befürchten war. Die lebensbedrohliche Erkrankung wird auch hier keineswegs indirekt angedeutet, sondern der Arzt präsentiert den pathologischen Befund prosodisch stark artikuliert und unmissverständlich als „eine böSartige erkrankUNG“ (Z. 055). Durch diese äußerst prononcierte Darlegung und unter Berufung auf den Experten („der pathoLOge“; Z. 053) kontextualisiert AM den zu übermittelnden Sachverhalt als ernst und gesichert.²² Mit der Nennung des Fachbegriffs („es ist ein sOgenanntes aDEnokarzinom,“; Z. 063) und der folgenden Erläuterung der spezifischen

²² Ähnliche Beobachtungen finden sich auch bei Maynard/Frankel (2006: 250) und Peräkylä (1998).

Tumorart (Z. 063-071) setzt der Arzt die bestehende Wissensasymmetrie zwischen ihm als Experten und dem betroffenen Laien nicht nur relevant, sondern (re)aktualisiert damit in situ die institutionell vorgeprägte Experten-Laien-Konstellation (Linell/Luckmann 1991: 10).²³

Nach der Minimalreaktion des Patienten „hm_hm-“ (Z. 072) und der folgenden Pause (Z. 073) fügt der Arzt mit einem „UND-“ (Z. 074) eine Fortsetzung seiner Erläuterung an. Auffällig sind die kurzen, durch Pausen abgetrennten Intonationsphrasen, die der Information über die „strEHerde in der Leber;“ (Z. 077) vorausgehen, und markieren, dass dem Arzt die Mitteilung schwerfällt. Auf die längeren Schweigepausen und die Minimalreaktion des Patienten hin (Z. 078-080) produziert der Arzt jedoch kein refokussierendes *aber*-Segment, sondern die rhetorische Frage „was bedeutet das für SIE;“,“ (Z. 081). Diese Frage nach der „Bedeutung“ zielt – wie die selbstinitiierte Antwort des Arztes im Folgenden veranschaulicht – auf eine umfassende Erläuterung der Behandlungsschritte ab (Z. 083ff.). Dieses rhetorische Stilmittel, das hier als Gelenkstelle zwischen der Diagnosemitteilung und der Besprechung des Therapieplans fungiert, ermöglicht AM den Übergang von der Thematisierung der schlechten Nachricht zu einer weiteren anstehenden kommunikativen Aufgabe dieser Gesprächsgattung – der Abstimmung der Behandlungsmöglichkeiten.

Anhand dieses Ausschnitts wird ersichtlich, wie ÄrztInnen im Fall einer äußerst schweren Krebserkrankung versuchen, die Interaktion durch die Umfokussierung auf die entsprechenden Behandlungsmöglichkeiten fortzusetzen und damit sowohl die PatientInnen nach deren Verstummen wieder ins ‚hic et nunc‘ des Gesprächs zurückzuholen, als auch die anstehende Aufgabe der Abstimmung des Therapieplans in Angriff zu nehmen.

Exkurs zum Umgang mit lebensbedrohlichen Diagnosen

Die in den Gesprächen anzutreffende Übermittlung der schlechten Diagnose (gelegentlich mit der Nennung des Fachbegriffs) stellt eine recht junge Tendenz in unserer medizinischen Kommunikationskultur dar, die sich vom früheren Umgang mit Krebsdiagnosen unterscheidet.

Peters (2015: 49-50) führt in Zusammenhang mit der historischen Entwicklung von Diagnosemitteilungen in der westlichen Medizin aus, dass sich in der 2. Hälfte des 20. Jahrhunderts ein „folgenreicher Paradigmenwechsel“ vollzogen hat: Noch bis in die 1960er Jahre ließen über 90

²³ Wie auch Reineke/Spranz-Fogasy (2013: 449) ausführen, treten bei Diagnosegesprächen Fachwissen und Fachsprachlichkeit als Elemente der Expertenrolle besonders hervor.

Prozent der US-amerikanischen ÄrztInnen ihre PatientInnen über eine Krebsdiagnose im Unklaren, um diese zu schonen. Im Zuge der Bürgerrechts- Ökologie- und Frauenbewegung setzte Ende der 1970er Jahre ein grundlegendes Umdenken in Richtung „Aufklärung“ und „offenem Umgang mit PatientInnen“ ein. Damit verwoben war die Entwicklung weg vom „paternalistischen Modell“ zum „patientenzentrierten Modell der Arzt-Patient-Beziehung“. Wie Coulter (1999: 1) ausführt, erkennt die (westliche) Medizin inzwischen an, dass der Paternalismus, auch wenn er gut gemeint ist, heutzutage nicht länger tragbar ist:

„Paternalism is endemic in the NHS. Benign and well intentioned it may be, but it has the effect of creating and maintaining an unhealthy dependency which is out of step with other currents in society. Assumptions that doctor (or nurse) knows best, making decisions on behalf of patients without involving them and feeling threatened when patients have access to alternative sources of medical information – these signs of paternalism should have no place in modern health care.“

Ein ähnliches Bild zeichnet sich in Zusammenhang mit der medizinischen Kommunikationskultur in Deutschland ab. Wie aktuelle Lehrbücher zur Medizinethik (vgl. Noack et al. 2007) ausführen, hat sich die Beziehung zwischen ÄrztInnen und PatientInnen in den letzten 30 Jahren auch in Deutschland stark gewandelt.²⁴ Während auch bei uns lange Zeit ein „paternalistisches Verhältnis“ vorherrschte, wobei der Arzt „fürsorglich-autoritär“ über das vermeintliche Wohl des Patienten entschieden und letzterem die schwere Diagnose oftmals „nicht zugemutet“ hat (Noack 2007: 28), gilt die „paternalistische Position, dass die Aufklärung über eine schwerwiegende Diagnose den Patienten überfordere, seine Prognose unter Umständen verschlechtere und daher aus therapeutisch-fürsorglichen Gründen nicht mitgeteilt werden solle“ auch hier als „widerlegt“ (Noack 2007: 31).²⁵ Eng mit dem in den 1980/90er Jahren aufgekommenen Modell des „Shared Decision Making“ (Klemperer 2009: 140-141) war die Konzeption der „aufgeklärten Patienten“ verbunden, die Informationen und Beteiligung an Entscheidungen ebenso wünschen wie die Berücksichtigung emotionaler Bedürfnisse und den Einbezug der Lebenssituation. Die PatientInnen „möchten wissen, welche Maßnahme die besten Behandlungsergebnisse erwarten lässt und welcher Behandler dafür am besten qualifiziert ist“ (Klemperer 2009: 141). Seit den 1990er Jahren wird juristisch gesehen „das **Selbstbestimmungsrecht des Patienten** in den Vordergrund“ gestellt (Noack 2007: 29; Hervorhebung im Original), was beinhaltet, dass „der Arzt den Patienten über Diagnose, Behandlungsoptionen und relevante Therapierisiken“ aufzuklären hat (Noack 2007: 29; Coulter 2002).

Dieser „offene Bewusstseinskontext“ (Strauss/Glaser 1974) bzgl. des Inkenntnissetzens der PatientInnen über ihre Erkrankung ist allerdings kein kulturübergreifendes Phänomen. Vielmehr zeichnen sich starke kulturelle Unterschiede im Umgang mit lebensbedrohlichen Diagnosen ab: Beispielsweise verheimlichen ÄrztInnen in China und anderen ostasiatischen Ländern den PatientInnen auch heute

²⁴ Siehe auch Imo (2016: 15) zum Verschweigen negativer Diagnosen durch Ärzte „zum psychischen Wohl des Patienten“.

²⁵ Siehe auch Spranz-Fogasy (2010: 29) zur Entwicklung einer „mitbestimmenden, mündigen Patientenrolle“ in der Medizin.

noch ihre Krebsdiagnose und teilen diese oftmals lediglich den Angehörigen mit, um mit letzteren die notwendige Therapien (und Kosten) abzustimmen. Grund für das Verschweigen von Krebsdiagnosen in der chinesischen Kultur ist zum einen, dass man den PatientInnen nicht „die Hoffnung nehmen möchte, da sie eine solche Diagnose u.U. nicht aushalten könnten, bzw. diese schlechte Nachricht sich negativ auf ihren Gesundheitszustand auswirken könnte“ (so ein chinesischer Onkologe). Ferner gilt die Pflege der Harmonie als grundlegendes Prinzip im chinesischen Kommunikationsverhalten (Günthner 1993); folglich achtet das Krankenhaus als Institution darauf, „harmonie-bedrohende Handlungen (und damit auch konfliktträchtige und belastende Gespräche) zu vermeiden. Es ist den Ärzten wichtig, dass die Patienten kooperieren und aktiv und hoffnungsvoll die ärztliche Behandlung annehmen. Und dies tun sie sehr viel besser, wenn sie nicht wissen, dass sie Krebs haben. Wenn sie aber wissen, dass sie Krebs haben, verzweifeln sie und verlieren den Lebensmut“ (Diese Informationen verdanke ich Dong Jing).

Nachdem die Strategien der ÄrztInnen zum Einstieg in die onkologischen Aufklärungsgespräche (2.2.1.) wie auch die Techniken zur Übermittlung der lebensbedrohlichen Diagnose (2.2.2.) vorgestellt wurden, soll im Folgenden die Reaktion der PatientInnen untersucht werden.

2.2.3 Das Verstummen der PatientInnen

Die Reaktion der PatientInnen auf die Übermittlung der schlechten Nachricht ist eng mit der gattungsspezifischen „interaction order“ (Goffman 1971) verbunden: Im Unterschied zu alltäglichen, privaten Übermittlungen schlechter Nachrichten, in denen der/die Betroffene (Ego) dem Gegenüber (Alter) eine schlechte Nachricht mitteilt, die den Sprecher selbst betrifft, übermittelt in der vorliegenden Gattung Alter (der Arzt) eine schlechte Nachricht in Bezug auf Ego (den betroffenen Patienten); d.h. der/die RezipientIn ist die „primary figure“ (Maynard/Frankel 2006: 249). Diese/r reagiert oftmals mit einem Verstummen:

CHRONISCHE LEUKÄMIE (Gespräch 38)

(...)
 033 AM: °h das was ICH ihnen jetzt sage ist,
 034 (--) ZWEIFELsfrei sICher;
 035 (1.6)
 036 °h ähm-
 037 (-) ALso,
 038 (--)
 039 !JA:! wir müssen das schon bestätigen,
 040 sie haben eine <<prononciert, dichte
 Akzentuierung> !LEU!KÄ.MIE:,>
 041 (2.0)
 042 Aber?
 043 (--) °hh

deshalb zurückhalten. In den vorliegenden Gesprächen scheint mir dieser Erklärungsansatz zu kurz zu greifen, zumal die Reaktion der Ärzte (wie hier in Zeile 050 „oKAY?“) deutlich macht, dass der Arzt eine Reaktion des Gegenübers explizit einfordert. Der vorliegende Ausschnitt verweist einmal mehr auf den Aspekt der „Vollzugswirklichkeit“ in der sozialen Interaktion: Durch die ausbleibenden Reaktionen, die nicht-stattfindenden Nachfragen und Bewertungen sowie durch die sehr verhaltenen Minimalreaktionen kontextualisieren die RezipientInnen der Diagnosemitteilung eine Abkehr vom Prozess des reibungslosen Konversationsablaufs (bzw. von der „smooth interaction“). Ihr Verstummen, ihre konversationelle Zurückhaltung bzw. ihr Ausstieg aus der „normalerweise“ geltenden „interaction order“ markieren, dass die Übermittlung der schlechten Nachricht durchaus interaktionale Konsequenzen hat.

Dies wird auch im folgenden Ausschnitt aus dem Gespräch BRUSTKREBS-HER2-REZEPTOR (Gespräch 42) deutlich:

```
BRUSTKREBS-HER2-REZEPTOR (Gespräch 42)
(...)
009  AW:  [hm_HM.]
010  PW:  =ne,
011  AW:  °h ALso, (.)
012      <<gedämpfte und leicht gepresste Stimme> des war jetzt
      schon !DES!-> (.)
013      <<gedämpfte und leicht gepresste Stimme> was wir uns
      geDACHT [haben.> ]
014  PW:  [((seufzt))]
015  AW:  [ja; ]
016  PW:  [((seufzt))]
017  AW:  <<gedämpfte und leicht gepresste Stimme, p> =ein
      BÖSartiger tUmor.>
018  PW:  hm_hm;
019  AW:  ja,
020      <<gedämpfte und leicht gepresste Stimme, p> aso DAS-
021      °hhh ISSes;>
022      (0.8)
023      LEIder.
024      (0.3)
025  PW:  ja;;
```

Auf die mit gedämpfter Stimme präsentierte Bestätigung des bereits gehegten Verdachts „°h ALso, (.) <gedämpfte und leicht gepresste Stimme> des war jetzt schon !DES!- (.) was wir uns geDACHT [haben. >]“ (Z. 011-013) reagiert die Patientin mit Seufzen (Z. 014 und 016) und kontextualisiert damit die Befürchtung einer schlechten Diagnose. Im Anschluss an die Mitteilung der Ärztin, dass es sich tatsächlich um einen bösartigen Tumor handelt (Z. 017), reagiert die Patientin sehr verhalten („hm_hm;“; Z. 018), woraufhin die Ärztin erneut den Redezug ergreift, um ihre Diagnosemitteilung nochmals zu bestätigen: „ja, <<gedämpfte und

leicht gepresste Stimme, p> aso DAS- °hhh ISses;>“ (Z. 019-021). Mit der gedämpften, leicht gepressten und leisen Stimme kommuniziert AW zunächst primär prosodisch ihre emotionale Anteilnahme, bevor sie im Anschluss an die Pause (Z. 022) diese schließlich mittels „LEIder.“ (Z. 23) lexikalisiert. Nach einer erneuten Pause signalisiert PW in Zeile 025 ihre Kenntnisnahme durch „ja:;“. Auffällig ist auch hier die bruchstückhafte, mit Pausen versetzte Redeweise der Ärztin, die eine rhythmische Phrasierung kurz aufeinanderfolgender Turnkonstruktionseinheiten (TCUs) aufweist:

```
AW:   ja,
      <<gedämpfte und leicht gepresste Stimme, p> aso DAS-
      °hhh ISses;>
      (0.8)
      LEIder.
      (0.3)
```

Mit dem stockenden Sprechen vermittelt die Ärztin auch hier, dass ihr diese Mitteilung schwerfällt.

Während Stivers (2006: 285) ausführt, dass Minimalreaktionen bei der Diagnosemitteilung in der Regel ein Hinterfragen der Diagnose bzw. ein „withholding of acceptance“ indizieren, ist dies in den vorliegenden Gesprächen nicht der Fall. Nichts deutet darauf hin, dass die PatientInnen mit ihrem Verstummen bzw. der nur minimalen, leise artikulierten Rezipientenreaktion „hm_hm;“ (Z. 018) die lebensbedrohliche Diagnose anzweifeln könnten. Auch die Reaktionen der ÄrztInnen sprechen gegen eine solche Vermutung.²⁶

Anhand der vorliegenden kommunikativen Praktiken im Kontext der Übermittlung von Krebsdiagnosen wird deutlich, wie sowohl von Seiten der ÄrztInnen als auch PatientInnen diese Situation als kommunikativ stark belastend und emotional schwierig behandelt wird.

Auch im folgenden Ausschnitt wird das Stocken des Gesprächsflusses im Anschluss an die Mitteilung der schweren Krebsdiagnose ersichtlich:

BLUTDRUCK (Gespräch 054/1A)

```
...
024   AW:   °hh also das ist LEIder ein böartiger tUmor, (.)
025       von der BRUST aus;=
026       =ja,
027       sowohl DA:,
028       als auch DA in dem lymphknoten,
029       ja?
030   PW:   BEIde?
031   AW:   BEIdes;=ja.
032       mh_mh, (--)
```

²⁶ Vgl. auch Studien von Heath (1992) und Peräkylä (1998), die veranschaulichen, dass in zahlreichen Fällen auf eine Diagnosemitteilung keine verbale Reaktion erfolgt bzw. diese nur minimal ratifiziert wird. Allerdings handelt es sich in ihren Beispielen eher um weniger schwerwiegende Diagnosen.

033 JA.
 034 (1.2)
 035 °hhh (1.3) öh von DAher, (--)
 036 °h müssen wa uns mal überLEgen,
 037 was wir jetzt vielleICHT am besten mAchen;
 038 (0.6)
 039 °hh am BESten wär es, (-)
 040 °hh was ham se denn noch für NEbenerkrankungen?
 041 sind sie denn sEhr (.) geSUND,
 042 PW: <<p> hm JA,>
 043 AW: sind sie [sehr FIT?]
 044 PW: [BLUTdruck,]
 045 (-) [blut-]
 046 AW: [BITte?]
 047 PW: BLUTdruck aber==
 048 AW: =BLUTdruck nur;

Nach der Aussage der Ärztin, dass sowohl ein bösartiger Brusttumor vorliegt (Z. 024-025) als auch bereits Lymphknoten befallen sind (Z. 028), fragt die Patientin nochmals nach: „BEIde?“ (Z. 030). Im Anschluss an AWs Bestätigung (Z. 031) wird der Fortgang der Interaktion durch immer wieder auftretende Pausen und ausbleibende Redezugübernahmen der Patientin äußerst stockend (Z. 032-034).

Dieses Aussetzen geltender Erwartungen an den Redezugablauf in der face-to-face-Kommunikation ist ein typisches Merkmal der vorliegenden Gattung: Im Anschluss an die Diagnoseübermittlung werden die sonst vorfindlichen Mechanismen des Redewechsels (Sacks/Schegloff/Jefferson 1974) außer Kraft gesetzt – d.h. die sonst geltenden konditionellen Relevanzen sind merklich aufgehoben. Wie Fruht/Vogelhuber (2016: 10f.) in ihrem Leitfaden zu onkologischen Aufklärungsgesprächen formulieren, haben PatientInnen – nachdem ihnen die Nachricht einer Krebserkrankung mitgeteilt wurde – „kaum noch Aufnahmekapazitäten“ und benötigen erst einmal Zeit, „die Nachricht ankommen zu lassen“.

An dieser Stelle greifen wiederum Schütz/Luckmanns (1984:171ff.) phänomenologische Ausführungen zu Erfahrungen der lebensweltlichen Grenzüberschreitungen: Mit der Mitteilung der lebensbedrohlichen Erkrankung gerät für die PatientInnen die „grundlegende Idealisierung des Lebens, das Und-so-weiter“ ins Stocken und ein „Abstand vom Alltag“ tritt ein: Die eigene „Endlichkeit [wird] in irgendeiner Weise interpretativ und motivationsmäßig relevant“ (Schütz/Luckmann 1984: 173). Schütz/Luckmann (1984: 174) führen aus, dass in solchen schweren, lebensbedrohlichen Krisen „das Wissen um den eigenen Tod in den Griff des Bewußtseins genommen werden [muss]. Das Denken an den Tod ist dann im Denken an die eigene Zukunft auferlegt“. Die typische Folge ist das „Erstarren im halbwachen Zustand“ bzw. das „wie-gelähmt“-Sein, was in den vorliegenden Interaktionen durch das Verstummen

und die Schockstarre der PatientInnen zum Ausdruck kommt.²⁷ Zugleich betonen Schütz/Luckmann (1984: 174), dass selbst in schweren Krisen „der Mensch nicht ganz vom Alltag ab[kehrt]; da ihm aber nun die Möglichkeit einer endgültigen Abkehr eindringlich vor Augen tritt, nimmt er Abstand zu ihm“, was dazu führt, dass „vorläufig die Alltagswirklichkeit mit all ihren Relevanzen in Klammern gesetzt“ wird. Just dieses Erstarren und das Außer-Kraft-Setzen sonst gültiger Interaktionsregeln kennzeichnen nahezu durchgängig die Reaktionen der PatientInnen auf ihre Krebsdiagnose. Doch obgleich die PatientInnen durch die Konfrontation mit der „Endlichkeit des eigenen Lebens“ Abstand von bisherigen Relevanzen und der Alltagswirklichkeit, die ihnen „bisher so vertraut war und die jetzt ein fremdes, drohendes Gesicht zeigt“ nehmen, ist der „Wirklichkeitsakzent [letztendlich] nur auf Zeit in Frage gestellt“ (Schütz/Luckmann 1984: 176).

Da die Patientin im vorliegenden Ausschnitt trotz der zahlreichen Redeübergabestellen keine Turnübernahme vornimmt, ergreift die Ärztin zögernd und durchmischt von zahlreichen Disfluenzen die Initiative und wendet sich mit „von DAher,“ (Z. 035) der noch ausstehenden kommunikativen Aufgabe, der Abstimmung des Therapieplans, zu:

033 AW: JA.
 034 (1.2)
 035 °hhh (1.3) öh von DAher, (--)
 036 °h müssen wa uns mal überLEgen,
 037 was wir jetzt vielleICHT am besten mAchen;
 038 (0.6)
 039 °hh am BESten wär es, (-)

Eine solche Umfokussierung auf das, „was wir jetzt vielleICHT am besten mAchen,“ (Z. 037) wird von den ÄrztInnen oftmals eingesetzt, um die verstummten PatientInnen aus dem Tief der schlechten Nachricht wieder in das Gespräch zurückzuholen und somit in die Besprechung dessen, was nun machbar ist. Auch hier lässt sich in Anlehnung an Schütz/Luckmann (1984: 174) argumentieren, dass die ÄrztInnen mit solchen Umfokussierungen auf die Besprechung der Therapiemöglichkeiten und somit durch die Reaktivierung der „Es-geht-trotz-alledem-weiter“-Idealisierung die PatientInnen wieder in den Alltag zurückholen.

Auffällig am weiteren Interaktionsverlauf ist, dass die Ärztin durch das Pronomen „wir“ ihr Gegenüber aktiv in die Therapieabstimmung einbezieht: „°h müssen wa uns mal überLEgen, was wir jetzt vielleICHT am besten mAchen,“ (Z. 36-37). Mit dieser Formulierung wird ein

²⁷ Das Verstummen beim Empfang einer schlechten Nachricht zeigt sich auch in alltagsrhetorischen Mustern und Redewendungen wie „vor Schreck verstummen“; „die Sprache verschlagen“; „geschockt schweigen“ etc. Inwiefern es tatsächlich neurologische Zusammenhänge zwischen der Rezeption einer schlechten Nachricht und dem Verstummen der RezipientInnen gibt, wird in der Neurolinguistik diskutiert.

„Shared Decision Making“ (Klemperer 2009: 140-141) konstruiert und die Patientin als eine Gesprächspartnerin positioniert, die an den Therapieentscheidungen mitwirken soll.

Im folgenden Gesprächsausschnitt aus dem Gespräch NET GANZ SO SCHÖN (Gespräch 59-1) liefert die Ärztin nach der oben beschriebenen, mitigierenden Litotes-Strategie in Verbindung mit der leisen, gedämpften Stimme („<<p, gedämpfte Stimme> isch net GANZ so schön;>“ Z. 022) und dem Erkenntnisprozessmarker (Heritage 1984: 300-301; Imo 2009) der Patientin „oh,“ (Z. 024) eine fast wörtliche Wiederholung ihrer defensiven Mitteilung „<<p> nicht GANZ so schön;>“ (Z. 026), bevor sie dann in Zeile 30 nach den nur sehr verhaltenen Minimalreaktionen von PW die Diagnose mit hörbarem Einatmen, kurzer Pause und leiser Stimme ankündigt („°hhh (.) <<p> es isch was BÖses.>“; Z. 030):

NET GANZ SO SCHÖN (Gespräch 59-1)

...

022 AW: <<p, gedämpfte Stimme> isch net GANZ so schön;>
 023 (--)
 024 PW: oh,
 025 (--)
 026 AW: <<p> nicht GANZ so schön;>
 027 hm_hm;
 028 PW: oKAY,
 029 AW: hm_hm;
 030 °hhh (.) <<p> es isch was BÖses.>
 031 (.)
 032 PW: <<seufzend> hm.>
 033 (-)
 034 AW: <<p> ja.>
 035 PW: aber nich vo:n (.) de:m (.) malignen melanNOM?
 036 AW: nee so siehst NICH aus,
 037 äh:m- (.)
 038 das sieht aus als obs ein EIGenständiger
 BRUSTkrebs is,=
 039 =also von der BRUST ausgehend;
 040 ja? (-)
 041 °hh äh:::m-
 042 ((atmet 1.2 Sek. aus))
 043 (-)
 (...)
 049 °h aber das sieht AUS wie ei:n(-)
 050 °hhh auch von TUmorigenschaften==
 051 =is kleines bissl !WIL!der,
 052 so (.) äh (.) n_n_n BRUSTkrebs.
 053 (.)
 054 PW: hm_hm;
 055 [hm,]
 056 AW: [und das] LINke hier auf der linken seit[e];
 057 PW: <<p> [o]kay.>=
 058 AW: =ja?
 059 PW: hm_hm,
 060 AW: °hh äh:::m-
 061 ((atmet 1 Sek. aus))
 062 (-)

063 °h JETZT müssen wa uns überlegen==
 064 =wie ma_s gemeinsam ANgehen; (-)
 065 ja?
 066 °h ä::h-
 067 (.)
 068 SINNVoll wäre- (.)
 069 WENN man (-) ä:hm- (.)
 071 jetzt DURCHuntersuchungen macht,
 072 einfach GUCKT (.) ob sonst alles in ordnung isch.
 073 was wir einfach wovon_wovon wir AUSgehen.
 074 °hh bei DIEser- (-)
 075 was ich ihnen WÜNsche hoff[e==]
 076 PW: [ja:]
 [ich wünsch es mir AUCH aber-]
 077 AW: [=und auf jeden fall von AUSgeh=ja?]
 078 ich wünsch_s ihnen von HER[zen] einfach=ja?
 079 PW: [°hh] [ja;]
 080 AW: [das] des DANN-
 081 das des in ORDnung is.

Auch hier indiziert die Ärztin durch ihre stockende, disfluente Diagnoseübermittlung eine dispräferierte Haltung zum Äußerungsinhalt und markiert somit, dass ihr das Sprechen schwerfällt. Ferner zeigt sich auch hier, dass die Krebsdiagnose im Anschluss an die Litotesformeln (Z. 022 und 026) und die Formulierung („die es isch was BÖses.>“; Z. 030) direkt ausgesprochen und nicht etwa tabuisiert wird: „ein EIGenständiger BRUSTkrebs is,“ (Z. 038). Allerdings wird die Aggressivität des vorliegenden Mammakarzinoms als „=is kleines bissl !WIL!der, so (.) äh (.) n_n_n BRUSTkrebs.“ (Z. 051-52) mitigiert: die Verkleinerungsform „kleines bissl“ steht in Widerspruch zur unmittelbar folgenden, stark akzentuierten Beschreibung des Karzinoms als „!WIL!der, so (.) äh (.) n_n_n BRUSTkrebs.“ Die Reaktion der Patientin weicht auch hier stark vom Rezipientenverhalten in sogenannten „smooth interaction“-Kontexten ab: Die immer wieder auftretenden Pausen, das Ausbleiben konditionell erwartbarer Redezugübernahmen (Z. 031; 037; 040; 043; 062; 053; 067 etc.), die verspätet einsetzenden Minimalreaktionen (Z. 032; 054 etc.), das Seufzen (Z. 032) und hörbare Atmen (Z. 79) – all dies indiziert eine Abkehr der Patientin von der in anderen face-to-face-Situationen erwartbaren Interaktionsordnung.

Da im vorliegenden Gespräch aufgrund der Schwere der Erkrankung ein Herausstreichen der positiven Aspekte der Diagnose kaum möglich scheint und die Ärztin folglich keine „zwar...aber“-Konstruktion formuliert, versucht sie, die durch Pausen, wenig Reaktionen, Seufzen und hörbares Ein- und Ausatmen gekennzeichnete, äußerst schwierige Gesprächsatmosphäre „aufzufangen“ und den Übergang zu der noch anstehenden kommunikativen Aufgabe dieser Gattung – der Thematisierung der Behandlung – zu initiieren. Das stark akzentuierte „JETZT“ (Z. 063) fungiert als eine Art Scharnier, um aus der bedrückenden Diagnosesese-

quenz herauszukommen. Auffällig ist die Verwendung des Pronomens „wa“ (Z. 063) sowie die Thematisierung des „gemeinsam ANgehen;“ (Z. 064) und damit die Herstellung von Zusammengehörigkeit und Solidarität: Der Patientin wird vermittelt, dass sie mit ihrem Problem nicht alleingelassen wird. In Bezug auf die nun anstehenden weiteren Untersuchungen versucht die Ärztin Hoffnung zu vermitteln, indem sie betont, dass „wir“ davon ausgehen, dass „sonst alles in ordnung isch“ (Z. 072). Die wiederholt artikulierten Wünsche und Hoffnungen, die die Ärztin einbringt („was ich ihnen WÜNsche hoff[e=]“; Z. 075), ihr explizit thematisierter Optimismus „[=und auf jeden fall von AUSgeh=ja?]“ (Z.077) und die folgende emotionale Steigerung des Wunsches, der nun „von HERZen“ (Z. 078-081) kommt („ich wünsch_s ihnen von HER[zen] einfach=ja? [das] des DANN- das des in ORDNung is.“), dienen sowohl als interaktive Indizierung von Empathie als auch als Zeichen der „Reziprozität der Perspektiven“ (Schütz/Luckmann 1979: 88ff.): Die Ärztin zeigt damit, dass sie um die emotionale Befindlichkeit der Patientin, deren Ängste und Sorgen weiß.

3. Fazit

Die vorliegende Analyse onkologischer Aufklärungsgespräche verdeutlichte, dass die ÄrztInnen, die mit diesen Gesprächssituationen vertraut sind, auf bestimmte kommunikative Praktiken zurückgreifen, die auf unterschiedlichen Ebenen (Prosodie und Stimmqualität, syntaktische Konstruktion, lexiko-semantische Verfahren, rhetorische Muster, sequenzielle Abfolgestrukturen, Rezipientenreaktionen, Herstellung von Intersubjektivität und Aushandlung von Verstehenssicherung etc.) angesiedelt sind. Diese sedimentierten Praktiken bilden wiederum wesentliche Charakteristika dieser institutionsbezogenen Gattung und sind eng mit den zu bewältigenden kommunikativen Aufgaben der TeilnehmerInnen verbunden. Gerade in Zusammenhang mit dem Gesprächseinstieg und der Diagnoseübermittlung zeigen sich charakteristische Verfahren, die sowohl das kommunikative Handeln der ÄrztInnen als auch das der PatientInnen auszeichnen. Hierzu gehören die Rekonstruktion der Vorgeschichte mit Bezugnahme auf einen bereits vorliegenden Verdacht, die Übermittlung der schlechten Nachricht und die verhaltene Reaktion bzw. das Verstummen der PatientInnen:

1. Mit der Rekonstruktion der Vorgeschichte und der Bezugnahme auf einen bereits vorliegenden Verdacht bereiten die ÄrztInnen die PatientInnen bereits auf die Möglichkeit der schlechten Diagnose vor, indem sie diese als etwas darstellen, was keineswegs unerwartet kommt, sondern „bereits im Raum stand“. Diese projektiven Praktiken bilden wiederum routinisierte Lösungen für die kommunikative Aufgabe, komplexe

Sachverhalte zeitlich inkrementell zu produzieren und den RezipientInnen zugleich Interpretationshinweise für die Folgehandlungen zu liefern.

2. Bezüglich der Übermittlung der lebensbedrohlichen Diagnose wird ersichtlich, dass die ÄrztInnen prosodische Hinweise einsetzen, die die schlechte Nachricht bereits im Vorfeld ihrer expliziten Thematisierung projizieren: Mittels der immer wieder auftretenden gedämpften Stimme, dem stockenden Sprechen und den zahlreichen Disfluenzmarkern kontextualisieren die ÄrztInnen die folgende Nachricht und indizieren damit zugleich ihre emotionale Anteilnahme. Neben dem prosodischen Design kennzeichnen auch bestimmte lexiko-semantische und rhetorische Verfahren wie Abschwächungen, Litotes-Konstruktionen etc. die Vermittlung der schlechten Nachricht. Eine syntaktische Konstruktion, die in diesem Zusammenhang immer wieder verwendet wird, ist die „*zwar...aber*“- Strategie, die aus einem initialen „*zwar*“ bzw. „*schon*“-Teil, in dem die Krebsdiagnose thematisiert bzw. bestätigt wird, und einem unmittelbar folgenden „*aber*“-Teil, der mutmachende bzw. optimistisch-stimmende Aspekte fokussiert, besteht. Mit dieser zweiteiligen Konstruktion konzedieren die ÄrztInnen, dass zwar Krebs vorliegt, doch präsentieren sie im folgenden adversativen „*aber*“-Teil eine Umfokussierung auf hoffnungsvolle Momente. Diese zweiteilige Strategie liefert den ÄrztInnen zugleich die Möglichkeit des Ausstiegs aus der Sequenz der Übermittlung schlechter Nachrichten und die Hinwendung zur anstehenden Aufgabe der Therapieabstimmung mit den PatientInnen.

Die Analyse verdeutlicht somit, dass die Kommunikation der Diagnose als „schlechte Nachricht“ unterschiedliche sprachlich-kommunikative Ebenen – von der Prosodie/Stimmqualität über die Syntax und Lexik bis zur sequenziellen Organisation – umfasst.

3. Die PatientInnen reagieren auf die Übermittlung der schlechten Diagnose in der Regel durch ein Verstummen bzw. mit nur sehr verhaltenen Minimalreaktionen. Diese Abkehr vom reibungslosen Interaktionsverlauf und dem sonst erwartbaren routinisierten Turn-Taking-Mechanismus sowie der Ausstieg aus der „normalerweise“ geltenden Interaktionsordnung sind ein Indikator für die schwere Betroffenheit, die die Diagnoseübermittlung bei den PatientInnen auslöst. Die markierten Schweigepausen, die nur minimalen Rezipientenreaktionen, das hörbare Atmen oder Seufzen fungieren als Indikatoren dafür, dass sie die schlechte Nachricht zwar empfangen haben, doch Zeit benötigen, um zum „normalen“ Geschäft des Gesprächsprozesses zurückzukehren. Mit der Mitteilung der lebensbedrohlichen Erkrankung gerät somit die „grundle-

gende Idealisierung des Lebens, das Und-so-weiter“ (Schütz/Luckmann 1984) bei den PatientInnen ins Stocken. Die ÄrztInnen versuchen in diesen äußerst schwierigen Momenten, die PatientInnen durch eine Umfokussierung auf die anstehenden Therapiemöglichkeiten aus dem Tief der schlechten Nachricht wieder in das Gespräch zurückzuholen und sie mittels der Frage „was können wir nun tun?“ dazu zu bringen, nach „vorne zu schauen“.

Literatur

- Barth-Weingarten, Dagmar (2003): *Concession in Spoken English: On the Realisation of a Discourse-Pragmatic Relation*. Tübingen: Gunter Narr.
- Bentz, Martin/Binnenhei, Martin/Coussios, Georgios/Gruden, Juliana/Imo, Wolfgang/Korte, Lisa/Rüdiger, Thomas/Ruf-Dördelmann/Antonia, Schön/Michael R./Stier, Sebastian (2016): Von der Pathologie zum Patienten: Optimierung von Wissenstransfer und Verstehenssicherung in der medizinischen Kommunikation. In: Sprache-Interaktions-Arbeitspapierreihe SpIn 3. <http://krebshilfe.sprache-interaktion.de/wp-content/uploads/2016/08/Bentz-et-al.-2016-Von-der-Pathologie-zum-Patienten.pdf> (Zugriff: 23.02.2017).
- Bergmann, Jörg (1980): Interaktion und Exploration: Eine konversationsanalytische Studie zur sozialen Organisation der Eröffnungsphase von psychiatrischen Aufnahmegesprächen. Universität Konstanz: Dissertationsschrift im Fach Soziologie.
- Bergmann, Jörg (1988): Ethnomethodologie und Konversationsanalyse. Kurseinheit 1-3. Hagen: Fernuniversität Hagen.
- Bergmann, Jörg (1999). Diskretion in der psychiatrischen Exploration: Beobachtungen über Moral in der Psychiatrie. In: *Psychotherapie & Sozialwissenschaft: Zeitschrift für qualitative Forschung und klinische Praxis* 1 (4), 245-264.
- Bergmann, Jörg (2014): Der Fall als Fokus professionellen Handelns. In: Bergmann, Jörg/Dausendschön-Gay, Ulrich/Oberzaucher, Frank (Hrsg.): *„Der Fall“ - Studien zur epistemischen Praxis professionellen Handelns*. Bielefeld: transcript, 19-36.
- Brünner, Gisela/Gülich, Elisabeth (2002): Verfahren der Veranschaulichung in Experten-Laien-Kommunikation. In: Brünner, Gisela/Gülich, Elisabeth (Hrsg.): *Krankheit verstehen. Interdisziplinäre Beiträge zur Sprache in Krankheitsdarstellungen*. Bielefeld: Aisthesis Verlag, 17-93.
- Coulter, Angela (1999): Paternalism or partnership? In: *British Medical Journal* 319 (7212), 719-720. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1116580/> (Zugriff: 30.1.2017).
- Coulter, Angela (2002): The autonomous patient. Ending paternalism in medical care. In: *Journal of the Royal Society of Medicine* 95 (12), 623-624. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1279295/#> (Zugriff: 07.03.2017).
- Couper-Kuhlen, Elizabeth/Thompson, Sandra A. (2000): Concessive Patterns in Conversation. In: Couper-Kuhlen, Elizabeth/Kortmann, Bernt (Hrsg.): *Cause, Condition, Concession, Contrast: Cognitive and Discourse Perspectives*. Berlin/New York: de Gruyter, 381-410.
- Couper-Kuhlen, Elizabeth (i. Dr.): A sequential approach to affect: the case of ‚disappointment‘. Erscheint in: Haakana, Markku/Laaksao, Minna/Lindström, Jan (Hrsg.): *Talk in interaction – comparative dimensions*. Helsinki: Finnish Literature Society.

- Deppermann, Arnulf/Helmer, Henrike (2013): Zur Grammatik des Verstehens im Gespräch: Inferenzen anzeigen und Handlungskonsequenzen ziehen mit *also* und *dann*. In: *Zeitschrift für Sprachwissenschaft* 32 (1), 1-39.
- Deppermann, Arnulf/Feilke Helmuth/Linke, Angelika (Hrsg.) (2016): *Sprachliche und kommunikative Praktiken*. Berlin/Boston: de Gruyter.
- Fischer, Rotraut (1992): Disfluenz als Kontextualisierungshinweis in telefonischen Beratungsgesprächen im Rundfunk. In: KontRI-Arbeitspapier Nr. 23 („Kontextualisierung durch Rhythmus und Intonation“). Universität Konstanz.
- Fruht, Christiane/Vogelhuber, M. (2016): *Kommunikation in der Onkologie: Überbringen schlechter Nachrichten*. Universitätsklinikum Regensburg. <http://de.slideshare.net/ChristianeFruht/ueberbringen-schlechternachrichten> (Zugriff: 23.12.2016).
- Garfinkel, Harold (1967): What is Ethnomethodology? In: Garfinkel, Harold (Hrsg.): *Studies in Ethnomethodology*. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1-34.
- Glaser, Barney/Strauss, Anselm (1974): *Interaktion mit Sterbenden*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Goffman, Erving (1971): *Interaktionsrituale: Über Verhalten in direkter Kommunikation*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Goffman, Erving (1974/1989): *Das Individuum im öffentlichen Austausch. Microstudien zur öffentlichen Ordnung*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Goffman, Erving (1981): *Forms of Talk*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Goodwin, Charles (1996): Transparent Vision. In: Ochs, Elinor/Schegloff, Emanuel A./Thompson, Sandra A. (Hrsg.): *Interaction and Grammar*. Cambridge: Cambridge University Press, 370-404.
- Gumperz, John (1982). *Discourse Strategies*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Günthner, Susanne (1992): *Diskursstrategien in der interkulturellen Kommunikation. Analysen deutsch-chinesischer Gespräche*. Tübingen: Niemeyer.
- Günthner, Susanne (2000): *Vorwurfsaktivitäten in der Alltagsinteraktion. Grammatische, prosodische, rhetorisch-stilistische und interaktive Verfahren bei der Konstitution kommunikativer Muster und Gattungen*. Tübingen: Niemeyer.
- Günthner, Susanne (2008): Projektorkonstruktionen im Gespräch: Pseudoclefts, *die Sache ist*-Konstruktionen und Extrapositionen mit *es*. In: *Gesprächsforschung. Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion* 9, 86-114. <http://www.gespraechsforschung-ozs.de/heft2008/ga-guenthner.pdf> (Zugriff: 02.03.2017).
- Günthner, Susanne (2010a): Sprache und Sprechen im Kontext kultureller Praktiken. Facetten einer Anthropologischen Linguistik. In: Meyer, Silke/Owzar, Armin (Hrsg.): *Disziplinen der Anthropologie*. Frankfurt: Waxmann, 121-144.
- Günthner, Susanne (2010b): Grammatical constructions and communicative genres. In: Dorgeloh, Heidrun/Wanner, Angelika (Hrsg.): *Approaches to Syntactic Variation and Genre*. Berlin/New York: de Gruyter, 195-217.
- Günthner, Susanne (2014): Discourse Genres in Linguistics: The Concept of ‘Communicative Genres’. In: Fludernik, Monika/Jacob, Daniel (Hrsg.): *Linguistics and Literary Studies: Interfaces, Encounters, Transfers*. Berlin/Boston: de Gruyter, 307-332.
- Günthner, Susanne (2015): Zwar...aber-Konstruktionen im gesprochenen Deutsch: Die dialogische Realisierung komplexer Konnektoren im Gespräch. In: *Deutsche Sprache* 43, 193-219.
- Günthner, Susanne (2016): Praktiken erhöhter Dialogizität: onymische Anredeformen als Gesten personifizierter Zuwendung. In: *Zeitschrift für Germanistische Linguistik* 44 (3), 406-436.
- Günthner, Susanne (i. Dr.): Tom Luckmanns Einfluss auf die Sprachwissenschaft: Kommunikative Gattungen im Alltagsgebrauch am Beispiel onkologischer Aufklärungsgespräche.

- Erscheint in: Hahn, Alois/Endres, Martin (Hrsg.): *Lebenswelt und Gesellschaft – Gedenkschrift für Thomas Luckmann*.
- Günthner, Susanne/Knoblauch, Hubert (1994): ‚Forms are the Food of Faith‘. Gattungen als Muster kommunikativen Handelns. In: *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 4, 693-723.
- Günthner, Susanne/Knoblauch, Hubert (1995): Culturally Patterned Speaking Practices. The Analysis of Communicative Genres. In: *Pragmatics* 5 (1), 1-32.
- Günthner, Susanne/Luckmann, Thomas (1998): Are secrets immoral? The construction of secrets in everyday conversations. In: *Social Processes* 31 (3-4), 327-358.
- Günthner, Susanne/Knoblauch, Hubert (2000): Textlinguistik und Sozialwissenschaften. In: Brinker, Klaus et al. (Hrsg.): *Text- und Gesprächslinguistik. Ein internationales Handbuch zeitgenössischer Forschung*. Berlin/New York: de Gruyter, 811-819.
- Günthner, Susanne/Luckmann, Thomas (2002): Wissensasymmetrien in der interkulturellen Kommunikation. Die Relevanz kultureller Repertoires kommunikativer Gattungen. In: Kotthoff, Helga (Hrsg.): *Kultur(en) im Gespräch*. Tübingen: Narr, 213-244.
- Günthner, Susanne/Knoblauch, Hubert (2007): Wissenschaftliche Diskursgattungen – PowerPoint et al. In: Auer, Peter/Baßler, Harald (Hrsg.): *Reden und Schreiben in der Wissenschaft*. Frankfurt, 53-65.
- Günthner, Susanne/König, Katharina (2016): Kommunikative Gattungen in der Interaktion: Kulturelle und grammatische Praktiken im Gebrauch. In: Deppermann, Arnulf/Feilke Helmuth/Linke, Angelika (Hrsg.): *Sprachliche und kommunikative Praktiken*. Berlin/Boston: de Gruyter, 177-204.
- Heath, Christian (1992): The delivery and reception of diagnosis in the general-practice consultation. In: Drew, Paul/Heritage, John (Hrsg.). *Talk at work*. Cambridge: Cambridge University Press, 235-267.
- Heritage, John (1984): A change-of-state token and aspects of its sequential placement. In: Atkinson, J. Maxwell/Heritage, John (Hrsg.): *Structures of Social Action: Studies in Conversation Analysis*. Cambridge: Cambridge University Press, 299-345.
- Imo, Wolfgang (2009): Konstruktion oder Funktion? Erkenntnisprozessmarker (change-of-state-token) im Deutschen. In: Günthner, Susanne/Bücker, Jörg (Hrsg.): *Grammatik im Gespräch*. Berlin/New York: de Gruyter, 57- 6.
- Imo, Wolfgang (2016): Das Problem der zweiten Meinung: Vom Umgang mit Misstrauen in onkologischen Therapieplanungsgesprächen. Sprache-Interaktions-Arbeitspapierreihe SpIn 1. <http://arbeitspapiere.sprache-interaktion.de/arbeitspapiere/arbeitspapier62.pdf> (Zugriff: 19.2.2017).
- Imo, Wolfgang (2017): Trösten: eine professionelle Praktik in der Medizin. In: Sprache-Interaktions-Arbeitspapierreihe SpIn 1. <http://krebshilfe.sprache-interaktion.de/arbeitspapiere/> (Zugriff: 19.2.2017).
- Jefferson, Gail (1988): On the Sequential Organization of Troubles-Talk in Ordinary Conversation. In: *Social Problems* 35 (4), 418-441.
- Klemperer, David (2009): Qualitätssicherung durch informierte Patienten. In: Klusen Norbert/Fließgarten Anja/Nebling, Thomas (Hrsg.): *Informiert und selbstbestimmt. Der mündige Bürger als mündiger Patient*. Baden-Baden: Nomos, 139-155.
- Knoblauch, Hubert (1995): *Kommunikationskultur. Die kommunikative Konstruktion kultureller Kontexte*. Berlin/New York: de Gruyter.
- Korte, Lisa (i.V.): *Zwischen Vagheit und Expliztheit in der Arzt-Patienten-Kommunikation*. Dissertationsprojekt (Universität Hamburg).
- Lalouschek, Johanna (1995): *Ärztliche Gesprächsausbildung. Eine diskursanalytische Studie zu Formen des ärztlichen Gesprächs*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Lerner, Gene, H. (1996): On the “Semi-Permeable” Character of Grammatical Units in Conversation: Conditional Entry into the Turn Space of Another Speaker. In: Ochs, Eli-

- nor/Schegloff, Emanuel A./Thompson, Sandra A. (Hrsg.): *Interaction and Grammar*. Cambridge: Cambridge University Press, 238-276.
- Lindemann, Katrin (2015): Emotionen in der medizinischen Kommunikation. In: Busch, Alber/Spranz-Fogasy, Thomas (Hrsg.): *Handbuch Sprache in der Medizin*. Berlin/Boston: de Gruyter, 154-170.
- Linell, Per/Luckmann, Thomas (1991): Asymmetries in Dialogue: Some Conceptual Preliminaries. In: Marková, Ivana/Foppa, Klaus (Hrsg.): *Asymmetries in Dialogue*. Hemel Hempstead: Harvester Wheatsheaf, Barnes & Nobel, 1-20.
- Luckmann, Thomas (1992): *Theorie des sozialen Handelns*. Berlin/New York: de Gruyter.
- Luckmann, Thomas (2002): *Wissen und Gesellschaft. Ausgewählte Aufsätze 1981-2002*. Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft.
- Maynard, Douglas W. (1997): The News Delivery Sequence: Bad News and Good News in Conversational Interaction. In: *Research on Language and Social Interaction* 30, 93-130.
- Maynard, Douglas W. (2003): *Bad News, Good News. Conversational Order in Everyday Talk and Clinical Settings*. Chicago: University of Chicago Press.
- Maynard, Douglas W./Frankel, Richard M. (2006): On diagnostic rationality: bad news, good news, and the symptom residue. In: Heritage, John/Maynard, Douglas W. (Hrsg.): *Communication in Medical Care. Interaction between primary care physicians and patients*. Cambridge: Cambridge University Press, 248-278.
- Noack, Thorsten (2007): Die Beziehung zwischen Patient und Arzt. In: Noack, Thorsten/Fangerau, Heiner/Vögele, Jörg (Hrsg.): *Querschnitt Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin*. München/Jena: Urban & Fischer, 27-36.
- Noack, Thorsten/Fangerau, Heiner/Vögele, Jörg (2007) (Hrsg.): *Im Querschnitt. Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin*. München/Jena: Urban & Fischer.
- Peräkylä, Anssi (1998): Authority and intersubjectivity: the delivery of diagnosis in primary health care. In: *Social Psychology Quarterly* 61, 301-320.
- Peräkylä, Anssi (2006): Communicating and responding to diagnosis. In: Heritage, John/Maynard, Douglas W. (Hrsg.): *Communication in Medical Care. Interaction between primary care physicians and patients*. Cambridge: Cambridge University Press, 214-247.
- Pomerantz, Anita/Heritage, John (2013): Preference. In: Sidnell, Jack/Stivers, Tanya (Hrsg.), *The Handbook of Conversation Analysis*. Chichester: Blackwell, 210-228.
- Reineke, Silke/Spranz-Fogasy, Thomas (2013): Arzt-Patient-Kommunikation: Allgemeine Merkmale und Besonderheiten bei Brustkrebspatienten. In: Nittel, Dieter/Seltrech, Astrid (Hrsg.): *Krankheit: Lernen im Ausnahmezustand? Brustkrebs und Herzinfarkt aus interdisziplinärer Perspektive. Mit Online-Material für Fachleute*. Berlin/Heidelberg: Springer, 444-454.
- Sacks, Harvey (1964-68/1992): *Lectures on Conversation*. Cambridge: Blackwell.
- Sacks, Harvey/Schegloff, Emanuel A./Jefferson, Gail (1974): A simplest systematics for the organization of turn-taking for conversation. In: *Language* 50, 696-735.
- Sacks, Harvey/Schegloff, Emanuel A. (1979): Two Preferences in the Organization of Reference to Persons in Conversation and Their Interaction. In: Psathas, George (Hrsg.): *Everyday Language. Studies in Ethnomethodology*. New York: Irvington Publishers Inc, S. 15-21.
- Sator, Marlene/Spranz-Fogasy, Thomas (2011): Medizinische Kommunikation. In: Knapp, Karlfried/Antos, Gerd/Becker-Mrotzek, Michael/Deppermann, Arnulf et al. (Hrsg.): *Angewandte Linguistik. Ein Lehrbuch*. Tübingen: Francke (UTB), 3. Auflage, 376-393.
- Schegloff, Emanuel A. (1968): Sequencing in conversational openings. In: *American Anthropologist* 70, 1075-1095.
- Schegloff, Emanuel A. (1986). The routine as achievement. In: *Human Studies* 9, 111-151.
- Schnettler, Bernt (2006): *Thomas Luckmann*. Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft.

- Schütz, Alfred/Luckmann, Thomas (1979): *Strukturen Der Lebenswelt. Band 1*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Schütz, Alfred/Luckmann, Thomas (1984): *Strukturen Der Lebenswelt. Band 2*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Selting, Margret et al. (2009). Gesprächsanalytisches Transkriptionssystem 2 (GAT 2). In: *Gesprächsforschung – Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion* 10, 353-402. <http://www.gespraechsforschung-ozs.de/heft2009/px-gat2.pdf> (Zugriff: 31.01.2017).
- Spranz-Fogasy, Thomas (2005): Kommunikatives Handeln in ärztlichen Gesprächen – Gesprächseröffnung und Beschwerdenexploration. In Neises, Mechthild/ Ditz, Susanne/ Spranz-Fogasy, Thomas (Hrsg.): *Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde. Ein interdisziplinärer Ansatz zur verbalen Intervention*. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 17-47.
- Spranz-Fogasy, Thomas (2010): Verstehensdokumentation in der medizinischen Kommunikation: Fragen und Antworten im Arzt-Patient-Gespräch. In: Deppermann, Arnulf/Reitemeier, Ulrich/Schmitt, Reinhold/Spranz-Fogasy, Thomas (Hrsg.): *Verstehen in professionellen Handlungsfeldern*. Tübingen: Narr, 27-116.
- Spranz-Fogasy, Thomas/Becker, Maria (2015): Beschwerdenexploration und Diagnosemitteilung im ärztlichen Erstgespräch. In: Busch, Albert/Spranz-Fogasy, Thomas (Hrsg.): *Handbuch Sprache in der Medizin*. Berlin/Boston: de Gruyter, 93-115.
- Stivers, Tanya (2006): The interactional process of reaching a treatment decision in acute medical encounters. In: Heritage, John/Douglas W. Maynard (Hrsg.): *Communication in Medical Care: Interactions between Primary Care Physicians and Patients*. Cambridge: Cambridge University Press, 279-312.
- Thurmair, Maria (1989): *Modalpartikeln und ihre Kombinationen*. Tübingen: Niemeyer.
- Uhmann, Susanne (1996): On rhythm in everyday German conversation: beat clashes in assessment utterances. In: Couper-Kuhlen, Elizabeth/Selting, Margret (Hrsg.): *Prosody in Conversation: Interactional Studies*. Cambridge: Cambridge University Press, 303-365.
- Wiemer, Patricia (2017): Die kommunikative Rolle dritter Personen und ihre sprachlichen Beteiligungsverfahren im onkologischen Aufklärungsgespräch – Eine gesprächsanalytische Untersuchung. Masterarbeit (Philosophische Fakultät der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster).
- Vološinov, Valentin (1929/75): *Marxismus und Sprachphilosophie*. Frankfurt: Ullstein.