

Sprache Interaktion

Arbeitspapierreihe

Arbeitspapier Nr. 76 (11/2017)

Sprachliche Akkomodation in onkologischen Therapieplanungsgesprächen

Wolfgang Imo

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

Sprachliche Akkomodation in onkologischen Therapieplanungsgesprächen¹

1 Einleitung

Sprachliche Akkomodation – in einem weiten Sinne die wechselseitige Passungsprüfung sprachlicher und interaktionaler Strukturen im Verlauf einer Interaktion – stellt den Normalfall in jeder Interaktion dar. Je nach Situation kann diese Passungsprüfung zu einer Anpassung des Sprechstils oder zu einer (mehr oder weniger bewussten) Nicht-Anpassung führen, und über diese Anpassungsprozesse wird nicht nur die Grundlage für die Interpretation von Äußerungen geschaffen – im Sinne der Indexikalität – sondern die sprachliche Anpassung oder Nicht-Anpassung kann auch per se als kommunikativer Akt gedeutet werden.

Dies gilt für alle Situationen, in denen sprachlich interagiert wird. In institutionellen Kontexten kommt den Akkomodationsprozessen allerdings eine besondere Rolle zu, da dort meist mehr ‚auf dem Spiel steht‘ als in informeller Alltagsinteraktion. Ein solcher Fall ist die Arzt-Patient-Kommunikation, in der das Schaffen sprachlicher Gemeinsamkeit Grundlage für Verstehen und Vertrauen ist. Im Rahmen ihrer Analyse der sprachlichen Verfahren bei der Übermittlung schlechter Diagnosen in onkologischen Aufklärungsgesprächen betont beispielsweise Günthner (2017: 23) die hohe Relevanz der interaktionalen Wissensaushandlung und des Eruiens von möglichem Wissen der jeweiligen GesprächspartnerInnen. Dabei stellt sie eine Verbindung zu dem dialogischen Ansatz von Vološinov (1929/75: 146) her:

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.

Diese Idee des „gemeinsamen Territoriums“, das die Interagierenden, um es teilen zu können, in wechselseitiger Anpassung, Adressierung und Verstehensüberprüfung ständig aufbauen müssen, um es zu erhalten, beschreibt die Zielsetzung dieses Aufsatzes: Es geht darum, auf der Basis eines Datenkorpus von Diagnosemitteilungs- und Therapieplanungsgesprächen in der Onkologie zu zeigen, welche Arten der Akkomodation dort zu beobachten sind, und wie sequenziell und über die Zeit von den Ärztinnen und Ärzten und den Patientinnen und Patienten sowie ihren Angehörigen Akkomodationsleistungen vollzogen werden.

¹ Ich danke Lisa Korte und Georgios Coussios für ihre Anmerkungen.

2 Akkomodation und Interaktion

2.1 Die Akkomodationstheorie

Die Akkomodationstheorie – meist als *SAT / Speech Accomodation Theory* (Coupland et al. 1988: 6), seltener auch als *CAT / Communication Accomodation Theorie* (Ayoko et al. 2002: 167) bezeichnet – hat ihren Ursprung weniger in interaktionallinguistischen als in sozialpsychologischen Ansätzen, wie Coupland et al. (1988: 6) herausstellen: “In the barest outline, SAT is a social psychological model that explains and predicts interindividual sociolinguistic behaviours and their effects.” Eine umfassende Definition der Ziele der Akkomodationstheorie geben Coupland et al. (1988: 6):

It specifies that when speakers (based on their psychological makeups, past experiences, contextual demands, etc.) come to adopt various sociopsychological orientations vis-à-vis their interlocutors (e.g., ‘convergent’ or ‘divergent’ orientations) and have particular motivations for talk and interactional goals (e.g., wanting to gain the other’s social approval, wanting talk to be efficient, or wanting to establish themselves or their own social group as distinct from the interlocutors’ and/or their social groups), they will select from a range of sociolinguistic (and nonverbal) strategies, having attended to or anticipated their recipient’s productive performance. (Coupland et al. 1988: 6)

Der Ansatz geht also von einer Reihe an möglichen die Auswahl der sprachlichen Mittel beeinflussenden Faktoren aus: Individuelle psychologische Eigenschaften, Weltwissen und vorige Erfahrungen sowie Gattungs- und Situationswissen. Vieles davon ist nicht direkt beobachtbar. Im Bereich der Konversationsanalyse und Interaktionalen Linguistik, beides Ansätze mit sehr starker Empiriezentrierung, fokussiert man daher primär auf den Aspekt des „recipient design“.² Die Frage nach dem Adressatenzuschnitt von Äußerungen betrifft dabei alle die oben genannten Aspekte, allerdings beschränkt auf deren beobachtbare Manifestationen in sprachlicher Interaktion.

Entsprechend der unterschiedlichen Einflussfaktoren auf Akkomodationsprozesse lassen sich auch zahlreiche verschiedene Funktionen erfassen: Auf interaktionaler Ebene ist dabei die Etablierung von Solidarität oder Dissoziation ein zentraler Aspekt (Giles/Coupland/Coupland 1991: 2). Auf psychologischer und kognitiver Ebene kommen Aspekte der Situationseinschätzung, des Ausdrucks von Überzeugungen („underlying beliefs“), Einstellungen („attitudes“), Ideologien und soziostrukturellen Konstellationen hinzu (Giles/Coupland/Coupland 1991: 2).

² Vgl. dazu schon früh Taylor/Bourhis (1973: 177): „Much research has accrued recently which demonstrates that an individual’s speech patterns are in part dependent on the person to whom he is talking, the topic of the discourse and the setting in which it takes place.“

Ein prominenter Forschungsbereich für Akkomodationsansätze war anfangs vor allem der Bereich der phonetischen Akkomodation (z.B. Giles 1973; Barden/Großkopf 1998; Selting 1985).³ Im Laufe der Zeit wurde der Untersuchungsgegenstand auf alle sprachlichen Ebenen ausgeweitet. In der Überblicksdarstellung von Giles/Coupland/Coupland (1991: 12) werden u.a. Arbeiten zu Äußerungslänge, Sprechgeschwindigkeit, Informationsdichte, Lautstärke, Pausen, Dauer der Reaktionszeit, Varietäten- und Sprachwahl, Anpassung von Offenheit im Ausdruck, Verwendung von Witzen und Einsatz von Gesten, Kopfbewegungen und Körperhaltungen genannt.

Strukturell betrachtet lassen sich bei einer Analyse von Akkomodationsprozessen Konvergenz und Divergenz unterscheiden, wobei beides jeweils symmetrisch geschehen kann (wenn Gesprächspartner sich in Bezug auf sprachliche Merkmale aufeinander zubewegen, indem beispielsweise in einer Experten-Laien-Kommunikation der Experte sich um Alltagssprache und der Laie um Fachsprache bemühen) oder asymmetrisch (wenn z.B. nur der Experte von Fachtermini zu Alltagstermini wechselt). Im Bereich der Divergenz gilt das gleiche, auch sie kann symmetrisch geschehen, wenn sich z.B. in einem Streit die Streitpartner sprachlich voneinander wegbewegen, indem einer mehr Schimpfworte und grobe Sprache verwendet, der andere sich immer gewählter ausdrückt) oder asymmetrisch, wenn nur einer der beiden sich von der gemeinsamen sprachlichen Struktur ‚wegbewegt‘. Dass es auch möglich ist, Konvergenzanstrengungen zu übertreiben, beschreiben Giles/Coupland/Coupland (1991: 13) unter dem Begriff der „Hyperconvergence“: „The possibility was raised [...] that speakers can ‘overshoot’ even in full convergence and ‘hyperconverge’ [...]. Again, this can be accomplished asymmetrically [...] or symmetrically when both parties overshoot [...]“ (Giles/Coupland/Coupland 1991: 13)

Bei der Analyse von Interaktionen können sich somit folgende Fälle von Akkomodation feststellen lassen:

- Akkomodation: Auf unterschiedlichen sprachlichen, verhaltensbezogenen und interaktionsstrukturellen Ebenen erfolgende Anpassung an die jeweiligen Gesprächspartner.

³ Vgl. auch Giles/Coupland/Coupland (1991: 7) zu einer engen Sichtweise, in der Konvergenz (gegenseitige Akkomodation) wie folgt definiert wird: “Convergence has been defined as a strategy whereby individuals adapt to each other’s communicative behaviors in terms of a wide range of linguistic-prosodic-nonverbal features including speech rate, pausal phenomena and utterance length, phonological variants, smiling, gaze, and so on.”

- Kontra-Akkommodation: Als Nicht-Kooperation gedeutete ausbleibende Anpassung oder sogar Divergenz zu den Sprech-, Verhaltens- und Interaktionsweisen der Gesprächspartner und ihren Erwartungen.⁴
- Überakkommodation: Für die Gesprächspartner wahrnehmbare und als unpassend und überzogen empfundene Anpassungsversuche.⁵
- Unterakkommodation: Für die Gesprächspartner wahrnehmbar zu geringe Anpassungsversuche eines Interaktionspartners; anders als Kontra-Akkommodation nicht als Nicht-Kooperation gedeutet.⁶

Aus einer akkomodationstheoretischen Perspektive wurden inzwischen zahlreiche Analysen durchgeführt, wobei ein Schwerpunkt auf potentiell asymmetrische Kommunikation wie beispielsweise in interkultureller Kommunikation (Ayoko et al. 1992, Gallois/Callan 1991, Platt/Weber 1984), in der Kommunikation jüngerer mit älteren Menschen (Coupland et al. 1988; Nussbaum et al. 2005), in der massenmedial vermittelten Kommunikation zwischen Anrufern einer Radiosendung und Moderator (Selting 1985), in der Kommunikation mit Polizisten (Giles et al. 2005) oder vor Gericht (Aronsson et al. 1987) gelegt wurde. Gerade in solchen Kontexten, in denen Wissens-, Macht- oder Statusasymmetrien vorliegen, ist erfolgreiche wechselseitige Akkommodation für ein gelingendes Gespräch besonders wichtig. Während in früheren Ansätzen Akkommodation tendenziell eher unter einer ‚Ping-Pong-Perspektive‘ betrachtet wurde, d.h. ein am Gespräch Beteiligter nimmt eine Situation in gewisser Weise wahr und unternimmt Anpassungsleistungen (oder unterlässt sie), woraufhin der Gesprächspartner das Gleiche tut etc., wird in neueren Ansätzen immer stärker der kollaborative, interaktionale Aspekt von Akkommodation betont. So schreiben beispielsweise Ayoko et al. (2002: 167):

Specifically, participants’ perceptions, speech behaviors, language use, and subsequent responses alter as they negotiate meaning during an interaction. In particular, participants may convert to their counterpart’s language use by using the same language structure, accent, dialect, speech rate, and lexical diversity as their interlocutors in order to gain acceptance or approval. (Ayoko et al. 2002:167)

⁴ “Contra-accommodation is a category of miscommunication wherein a participant perceives a speaker to be implementing those sociolinguistic behaviours the participant judges to be psychologically dissociative.” (Coupland et al. 1988: 32)

⁵ “Overaccommodation is a category of miscommunication wherein a participant perceives a speaker to transcend those sociolinguistic behaviours the participant judges necessary for attuned talk on a particular occasion.” (Coupland et al. 1988: 32)

⁶ “Underaccommodation is a category of miscommunication wherein a participant perceives a speaker to insufficiently (or not at all) implement those sociolinguistic behaviours the participant judges necessary for attuned talk on a particular occasion.” (Coupland et al. 1988: 32)

Das Stichwort „negotiate meaning“ verweist auf eine in der Konversationsanalyse und Interaktionalen Linguistik verbreitete Sicht, dass Bedeutung im Gespräch kein Produkt eines einzelnen Gesprächsteilnehmers, sondern Resultat eines gemeinsamen Herstellungsprozesses ist. Methodisch bedeutet das zugleich auch, dass man versucht, sich auf die empirisch erfassbaren, beobachtbaren Prozesse einer Interaktion zu beschränken: Anstatt psychische Zustände, Vorwissen, Ideologien o.ä. als Erklärungsursachen heranzuziehen, die nicht beobachtbar und somit entsprechend vage sind, wird auf die sequenzielle Struktur in den Gesprächen fokussiert und die Frage gestellt, wie und an welcher Position jeweils die Interagierenden konvergieren oder divergieren.

Dabei werden von der Konversationsanalyse und der Interaktionalen Linguistik Konzepte verwendet, die durchaus Ähnlichkeiten mit denen der Akkomodationstheorie aufweisen, die aber die Gemeinsamkeit haben, dass sie auf den methodischen und theoretischen Grundlagen der Konversationsanalyse aufbauen. Es handelt sich dabei um Ansätze der Erforschung von *recipient design* (Adressatenorientierung) und von Verstehens- und Wissenssicherung (*grounding*).

Im Bereich der konversationsanalytischen Erforschung von Verstehen, Verständigung und ‚Wissensmanagement‘ im Deutschen sind v.a. die Arbeiten von Deppermann (u.a. 2008, 2013, 2015) und Deppermann/Schmitt (2008, 2009) zu nennen. Die drei genannten Aspekte *Wissen – Verstehen – Verständigung* hängen eng zusammen, denn wie Deppermann (2015: 11) betont, ist Verständigung im Gespräch als „ein Prozess der Herstellung geteilten Wissens“ anzusehen. Mit *geteiltem Wissen* ist dabei nicht eine Aussage über psychische Zustände gemeint, sondern die empirisch beobachtbare Herstellung von Intersubjektivität: „Dazu reicht es nicht aus, dass ein Sprecher eine Äußerung mit einer bestimmten Bedeutungsintention produziert und ein Rezipient diese gehört hat.“ (Deppermann 2015: 11) Vielmehr entsteht Intersubjektivität über einen mindestens dreischrittigen, meist aber längeren, sequenziellen Ablauf (= *grounding*; Clark/Brennan 1991). Dieser Ablauf des *grounding*, d.h. der Verstehensherstellung, wurde von Deppermann/Schmitt (2008) ausführlich beschrieben. Im Minimalfall besteht eine solche Groundingsequenz aus drei Schritten (Deppermann 2015: 11):

1. Ein Gesprächspartner produziert einen Gesprächsbeitrag, den er mit Hilfe des Adressatenzuschnitts (*recipient design*) aus seiner Perspektive für die Rezipienten als verstehbar gestaltet.
2. Die Rezipienten dokumentieren implizit oder explizit, wie sie die Äußerung verstanden haben.

3. Der Produzent der ersten Äußerung dokumentiert nun seinerseits, ob die Art, wie die Äußerung verstanden wurde, in seinem Sinne ist oder ob mittels Reparaturverfahren ein anderes Verstehen herbeigeführt werden muss.

Das *grounding* als Verstehensherstellung und Aufbau geteilten Wissens kann also korrekter als „ein Prozess wechselseitiger Verstehensdokumentationen“ (Deppermann 2015: 11) erfasst werden. Wenn die Interagierenden im Gesprächsverlauf merken, dass die jeweiligen Reaktionen ihrer Gesprächspartner mit ihren Erwartungen übereinstimmen, entsteht die Annahme einer erfolgreichen (d.h. geteiltes Wissen herstellenden, somit Verstehen und schließlich Verständigung erzeugenden) Interaktion.

Für die Analyse von sprachlicher Akkomodation – und ganz besonders von Akkomodation in institutioneller Kommunikation – spielt der *epistemic stance* (du Bois 2007: 152), d.h. die Frage, wie die Sprecher jeweils zu dem im Gespräch verhandelten Wissen stehen, eine zentrale Rolle. Dabei lassen sich nach Deppermann (2015: 13; Heritage 2013: 376 zitierend) drei Dimensionen der Relation von Sprecher und Wissen festhalten:

1. Zugang (access) zu Wissen, d.h. wer was mit welcher Gewissheit und Wahrscheinlichkeit weiß und wissen darf,
2. relative Vorrangigkeit (priority) des Wissens einer Person gegenüber einer anderen, d.h. wer etwas besser weiß, wer als erster erzählen, endgültig beurteilen oder Prüfkriterien für Wissen festlegen darf, und
3. Verantwortlichkeit (responsibility) für bestimmtes Wissen, d.h. worüber jemand Bescheid wissen sollte, worüber er Auskunft geben können sollte, welche Tests er bestehen sollte.

In Arzt-Patienten-Gesprächen sind die jeweiligen Positionen der am Gespräch Beteiligten zu nicht unerheblichem Maße darüber bestimmt, mit welcher Autorität sie über welches Wissen verfügen: Ärzte haben Fach- und Erfahrungswissen über die Krankheit und auch die Reaktion von Patienten (Schock, Trauer) betreffend. Umgekehrt haben Patienten alleine Zugang zu dem Wissen darüber, wie sie sich fühlen und wie sie ihre Krankheit bewerten. Ärzte verfügen demnach über ‚epistemische Autorität‘ bezüglich des Wissens über typische Krankheitsverläufe, Therapien, Nebenwirkungen etc., d.h. sie haben einen hohen epistemischen Status gegenüber den Patienten (dieses Wissen ist allerdings interaktional betrachtet nicht von vornherein gegeben, sondern wird im Gespräch mit den Patienten entsprechend hervorgebracht, bestätigt, in Frage gestellt etc.).

Die unterschiedliche Wissensverteilung führt zu einer auf Labov/Fanshel (1977) zurückgehende Klassifikation von ‚Ereignissen‘ (*events*), die hinsichtlich der Tatsache, wer jeweils über epistemische Autorität verfügt, strukturiert sind:

1. „A-events: Known to A, but not to B.“ Setzt man in einem Arzt-Patienten-Gespräch den Arzt als Sprecher A und den Patienten als B, so fällt unter ein solches ‚event‘ beispielsweise das

Wissen darüber, wie der pathologische Bericht zu interpretieren ist, welche Bedeutung ein bestimmter Grad einer Krebserkrankung hat etc. Es handelt sich dabei um hochspezialisiertes Fachwissen, über das in der Regel der Arzt, nicht aber der Patient verfügt.

2. „B-events: Known to B, but not to A.“ Umgekehrt verfügt der Patient exklusiv über Wissen über innere Zustände und Gefühle, beispielsweise Schmerz oder Angst, aber auch über Diagnose- oder Therapieschritte, die ohne das Wissen des Arztes durchgeführt wurden.

3. „AB-events: Known to both A and B.“ Dies betrifft in weiten Teilen die Krankheitsgeschichte des Patienten, die dem Patienten aus eigener Erfahrung, dem Arzt aus Berichten des Patienten und den Krankenakten bekannt ist.

4. „O-events: Known to everyone present.“ Zu solchen Fakten könnte beispielsweise die Tatsache gehören, dass Rauchen Lungenkrebs verursacht. Dieses Wissen ist über die Medien und Gesundheitskampagnen Allgemeinwissen geworden.

5. „D-events: Known to be disputable.“ Ein Beispiel für bekannt umstrittene Wissensbereiche ist die Frage nach dem Nutzen und der Wirksamkeit von alternativer Medizin. Während in manchen Fällen Studien die Unwirksamkeit oder gar Gefahr alternativer Methoden belegen konnten, liegt in anderen Bereichen kein gesichertes Wissen vor, auf das man sich berufen könnte. Bei einem solchen ‚event‘ verfügt entsprechend keine der Gesprächsparteien über epistemische Autorität.

Neben dem Wissens- und Verstehensmanagement im Gespräch, das Einblicke in sprachliche Akkomodation gibt, indem es zeigt, wie sich die Interaktionspartner laufend wechselseitig aufeinander einstellen, ist der Adressatenzuschnitt (*recipient design*) ein zweiter, inzwischen gut erforschter, Bereich der Akkomodation in Gesprächen. Nach Sacks (1995: 438) stellt *recipient design* eine der wichtigsten Maximen für sprachliche Interaktion dar. Diese Maxime lässt sich wie folgt formulieren: „A speaker should, on producing the talk he does, orient to his recipient.“ Unter diese Maxime fallen sowohl die Grice'schen Konversationsmaximen der Qualität, Quantität, Modalität und Relevanz als auch Aspekte der Kohärenz- und Kohäsionsherstellung, der Referenz und der Orientierung an den Mustern der Gesprächsorganisation (Sprecherwechselsysteme, Reparatursysteme, Nachbarschaftspaare etc.).

Adressatenorientierung manifestiert sich sprachlich in unterschiedlichen Bereichen: Sie betrifft die Wahl der Lexik (z.B. Umgangs- gegenüber Fachsprache) oder der grammatischen Strukturen (z.B. einfache Sätze vs. komplexe Sätze), den Einsatz von Deiktika (nicht zuletzt auch von Sozialdeiktika), den Einsatz oder das Vermeiden von phatischen Elementen in der Kommunikation, die Auswahl von Themen, die angesprochen oder vermieden werden, oder die

Orientierung oder Nicht-Orientierung an konversationellen Mustern (z.B. ausreden lassen vs. unterbrechen oder antworten vs. nicht-antworten auf eine Frage etc.). All diese beobachtbaren Phänomene ermöglichen es, die wechselseitigen Einschätzungen der Interaktionspartner offenzulegen und entsprechend ihre Akkomodationsarbeit zu rekonstruieren: Wann immer ein Sprecher seine Äußerung auf einen Rezipienten hin zuschneidet, legt er seine Annahmen über das Wissen des Rezipienten offen.

Neben dem Adressatenzuschnitt im engeren Sinne, d.h. der sprachlichen Anpassung an das Gegenüber, lassen sich nach Imo (2016) in Gesprächen allerdings auch noch weitere Faktoren des Äußerungszuschnitts feststellen. Dazu gehören der Situations- und der Gattungszuschnitt. Unter Situationszuschnitt verstehe ich die Fälle, in denen mehr oder weniger routiniert ein etabliertes Sequenzmuster sozusagen ‚abgearbeitet‘ wird. Beispiele für routinierte Sequenzmuster, von denen im Normalfall nicht abgewichen wird, sind u.a. Gesprächseröffnungs- und Beendigungssequenzen, das Formulieren von Bitten mit der Struktur von Vor-Bitte (Präsequenz) und folgender eigentlicher Bitte oder auch die komplexe Struktur einer Erzählung (Ankündigung der Erzählung bzw. Einholen eines ‚Tickets‘ für die Erzählung; Erzählbeginn; Erzählhöhepunkt; Erzählbeendigung; Evaluation; evtl. ‚Nachverbrennung‘ der Erzählung). Diese Muster sind so stark verfestigt, dass sie adressatenunabhängig ablaufen können.

Ähnlich gelagert ist der Gattungszuschnitt, nur dass in diesem Fall eine kommunikative Gattung Orientierungsvorgaben liefert, die Vorrang über die Adressatenorientierung einnehmen können. Ein extremer Fall sind hochgradig institutionalisierte Gattungen wie Hochzeitszeremonien oder Vereidigungen, die relativ wenig Spielraum für die Orientierung am Adressaten lassen. Gerade im medizinischen Bereich finden sich ebenfalls viele Fälle mit mehr oder weniger starken Gattungsroutinen, wie z.B. Anamnesen, in denen institutionell vorgegebene Ablaufroutinen erfüllt werden müssen. Auch in den hier untersuchten Gesprächen machen sich Effekte der kommunikativen Gattung bemerkbar: Das strukturelle Setting in den Diagnosemitteilungs- und Therapieplanungsgesprächen sieht vor, dass auf der Basis der vorliegenden pathologischen Berichte die Diagnose erläutert werden muss, es muss die Therapie vorgestellt und geplant werden, und die unmittelbar folgenden weiteren Behandlungsschritte müssen mit dem Patienten erklärt werden. Alle diese Aufgaben wiederholen sich stets, so dass ein gewisser Grad der Verfestigung der Gattung und entsprechenden Orientierung der Ärzte an diesen Routinemustern festzustellen ist.

Sprachliche Akkomodation bewegt sich entsprechend in dem Feld aus Gattungs-, Sequenz- und Situations- und Adressatenorientierung.

3. Datengrundlage

Im Kontext des von der Deutschen Krebshilfe geförderten Forschungsprojekts *Von der Pathologie zum Patienten: Optimierung von Wissenstransfer und Verstehenssicherung in der Onkologie zur Verbesserung der Patientensicherheit* (ProjektNr. 111172) sind in einem Zeitraum von Oktober 2014 bis März 2015 56 Diagnosemitteilungs- und Therapieplanungsgespräche erhoben worden. Das Projekt wurde von Prof. Dr. med. Martin Bentz (Medizinische Klinik III, Städtisches Klinikum Karlsruhe), Prof. Dr. Wolfgang Imo und Prof. Dr. med. Thomas Rüdiger (Institut für Pathologie, Städtisches Klinikum Karlsruhe) geleitet. Die Gespräche wurden in vier Abteilungen des Städtischen Klinikums Karlsruhe aufgezeichnet, die Patientinnen und Patienten mit der Erstdiagnose Krebs behandeln: Die Medizinische Klinik I: Allgemeine Innere Medizin, Nephrologie, Rheumatologie und Pneumologie, die Medizinische Klinik III: Hämatologie, Onkologie, Infektiologie und Palliativmedizin, die Klinik für Allgemein- und Visceralchirurgie und die Frauenklinik. Zusammen wurden in diesen vier Abteilungen 56 Gespräche (aus ethischen Gründen wurden lediglich Audioaufnahmen, keine Videoaufnahmen durchgeführt) aufgezeichnet, in denen jeweils den Patientinnen oder Patienten das erste Mal die Krebsdiagnose sowie die geplanten folgenden Therapiemaßnahmen mitgeteilt wurden. Die Patientinnen und Patienten wussten zu diesem Zeitpunkt lediglich, dass ein Verdacht auf Krebs vorliegt und um welche Krebsart es sich voraussichtlich handeln wird. Die endgültige und gesicherte, durch die pathologischen Berichte bestätigte Diagnose stand jedoch noch aus. In die Studie aufgenommen wurden Patientinnen und Patienten mit deutscher Muttersprache, einem Alter von über 18 Jahren und guter geistiger Gesundheit (eines der Hauptziele des Projekts bestand in der Analyse von Verstehensprozessen in ‚normalen‘ Gesprächssituationen; Gespräche beispielsweise mit Demenzkranken erfordern andere Rahmenbedingungen).

Bei den aufgezeichneten Gesprächen waren neben den Oberärztinnen und Oberärzten und den PatientInnen meist auch Angehörige (z. B. EhepartnerInnen), Lebensgefährten, Eltern, Kinder, Geschwister, Freunde und Freundinnen), Stationsärztinnen und -ärzte, Studierende im praktischen Jahr oder FamulantInnen anwesend. Die ProjektmitarbeiterInnen selbst, die für die Aufnahmen verantwortlich waren, nahmen an den Gesprächen nicht teil, um die Aufnahmesituation nicht zu verfälschen. Die Aufnahmegeräte wurden stattdessen von den Ärztinnen und Ärzten selbst zu Gesprächsbeginn eingeschaltet (vgl. Bentz et al. 2016 für eine ausführliche Projektbeschreibung). Direkt nach der Aufnahme wurden die Gespräche gemäß dem Gesprächsanalytischen Transkriptionssystem GAT 2 (Selting et al. 2009) transkribiert. Die

Gesprächsaufnahmen lassen sich wie folgt den Abteilungen zuordnen: In der Frauenklinik wurden 36 Gespräche aufgenommen, in der Medizinischen Klinik III 13, in der Medizinischen Klinik I sechs und in der Klinik für Allgemein- und Visceralchirurgie eines.

Da sich der typische Untersuchungsverlauf und der entsprechende Informationsfluss zwischen der Frauenklinik und den übrigen drei Abteilungen leicht unterscheidet, soll hier kurz der jeweilige Ablauf in einem Schaubild präsentiert werden (vgl. ausführlich Bentz et al. 2016). In den Medizinischen Kliniken I und III und der Klinik für Allgemein- und Visceralchirurgie ist für gewöhnlich die Überweisung durch einen Hausarzt oder Facharzt, die eine Auffälligkeit mit Verdacht auf Krebs feststellen, der Ausgangspunkt (gelegentlich steht auch eine klinikinterne Überweisung am Anfang). In einer der drei Kliniken, in die die Patientin oder der Patient überwiesen wurden, werden dann die notwendigen Voruntersuchungen durchgeführt und es wird eine Gewebeprobe entnommen. Bei gutem Gesundheitszustand können die Patienten danach wieder nach Hause gehen und werden erst nach Eintreffen des pathologischen Berichts angerufen, um einen Termin zu vereinbaren. Alternativ werden sie stationär aufgenommen. Wenn der pathologische Bericht vorliegt und ausgewertet wurde, auf dessen Basis für gewöhnlich erst die Art und Schwere der Krebserkrankung eingeordnet werden und der Therapieplan erstellt werden kann, werden die Patientinnen und Patienten zu dem Diagnosemitteilungs- und Therapieplanungsgespräch eingeladen:

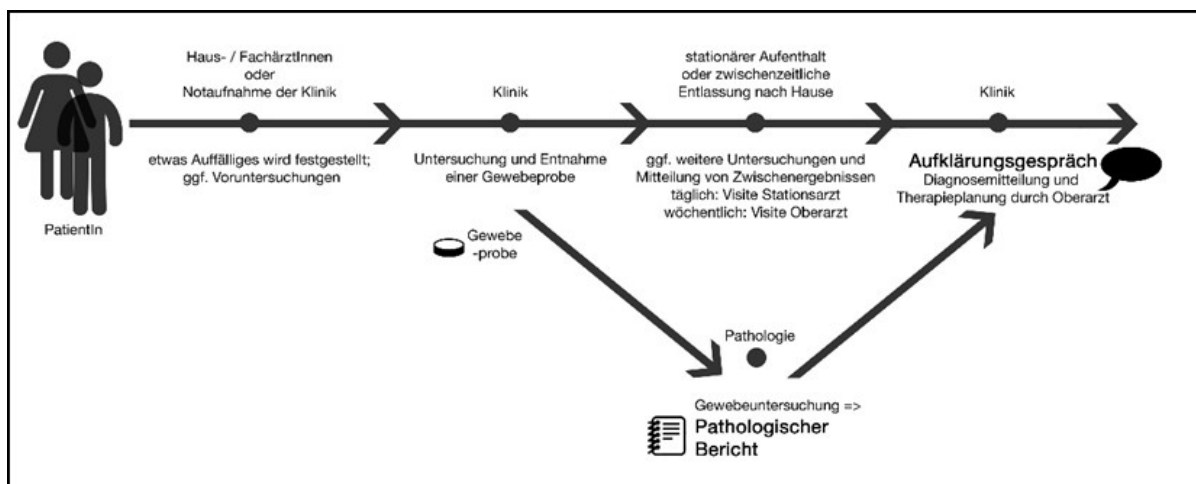


Abbildung 1: Untersuchungsverlauf und Informationsfluss in den Medizinischen Kliniken I und III; Klinik für Allgemein- und Visceralchirurgie

Die Unterschiede in der Frauenklinik betreffen vorwiegend die ersten Stadien im Untersuchungsablauf. Patientinnen, bei denen Haus- oder Fachärztinnen eine Auffälligkeit festgestellt haben, werden dabei zunächst in die Radiologie überwiesen, wo eine Mammografie durchgeführt wird. Nachdem der Mammografie-Befund erstellt wurde, werden die Patientinnen in die Ambulanzabteilung der Frauenklinik überstellt, wo Gewebeproben aus der Brust

entnommen werden. Auch wenn die Patientinnen zu diesem Zeitpunkt bereits wissen, dass ein Brustkrebs vermutet wird, kann die endgültige Diagnose auch hier erst nach der Auswertung der Gewebeproben durch die Pathologie gestellt werden. Nachdem der pathologische Bericht vorliegt und ausgewertet wurde, werden die Patientinnen zu dem Diagnosemitteilungs- und Therapieplanungsgespräch eingeladen.

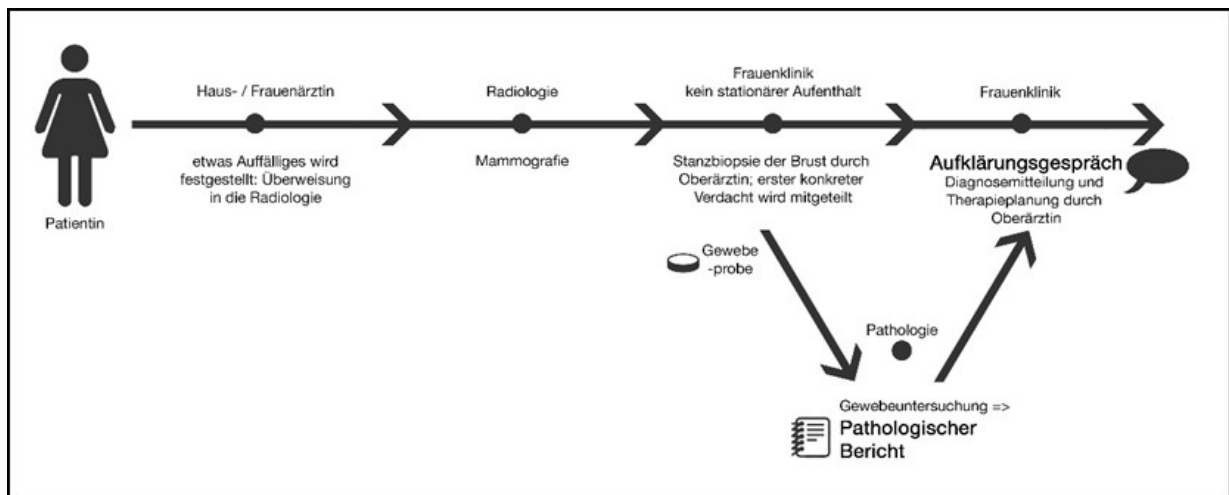


Abbildung 2: Untersuchungsverlauf und Informationsfluss in der Frauenklinik

Alle Abläufe haben jeweils gemeinsam, dass in den Gesprächen die Patientinnen und Patienten erstmals eine gesicherte Diagnose erhalten, da nun der pathologische Bericht vorliegt. In den Gesprächen werden dann die genaue Krebsart, die Art und Aggressivität der Erkrankung sowie die Heilungschancen diskutiert, und es wird der anvisierte Therapieplan vorgestellt.

4. Analyse

Im Folgenden soll nun auf die vier Formen *Kontra-Akkommodation*, *Unterakkommodation*, *Überakkommodation* und *Akkommodation* eingegangen werden. Bei der Sichtung der Daten stellte sich heraus, dass – durchaus teilweise entgegen der Erwartungen – die ersten drei Fälle bestenfalls in Ansätzen vorkamen. Entgegen der Erwartungen deshalb, da asymmetrische Arzt-Patienten-Kommunikation Fälle von Unterakkommodation (z.B. ein Arzt, der unverständliche Fachtermini nutzt und am Patienten ‚vorbeiredet‘), Überakkommodation (Ärzte, die eine Anpassung übertreiben und zu sehr vereinfachen, oder Patienten, die (unsachgemäß) Fachtermini verwenden) oder gar Kontra-Akkommodation (Patienten, die sich nicht auf die Situation des Gesprächs einlassen und die fachliche Autorität des Arztes nicht akzeptieren) prinzipiell durchaus erwarten lassen könnten. Warum dies nicht geschieht, könnte z.T. allerdings durch die Art der Daten erklärt werden: Die Diagnosemitteilungs- und

Therapieplanungsgespräche finden zu einem Zeitpunkt statt, zu dem die Patienten bereits durch zahlreiche Voruntersuchungen gegangen sind und entsprechend ein gewisses Vorwissen (Vermutung auf Krebs) mitbringen. Trotz des Vorwissens zeigt sich in den Daten darüber hinaus aber, dass die endgültige Diagnose meist zu einem ‚Verstummen‘ der Patienten, d.h. zu sehr minimalen Rückmeldungen führt. Meist bringen sich Begleiter des Patienten (Lebensgefährten, Eltern etc.) stärker ein als der Patient selbst. Dies kann erklären, weshalb beobachtbare Nicht-Akkommodation (Widerspruch, Konfrontation) selten sind und zudem auch ein gewisses Maß an Fachwissen von Seiten der Patienten bereits vorliegt.

Die ersten drei Abschnitte, die Kontra-, Unter- und Überakkommodation behandeln, fallen entsprechend knapp aus. Der vierte Abschnitt dagegen stellt den Normalfall in den Daten dar: erfolgreiche Akkommodation. Während für die ersten drei Abschnitte unterschiedliche Gesprächsausschnitte zur Illustration gewählt wurden, da die dort behandelnden Phänomene selten und weit verstreut auftreten, wurde daher für die Analyse der ubiquitären Akkommodation ein einzelnes Gespräch ausgewählt, anhand dessen durch eine sequenzielle Analyse gezeigt wird, an welchen Stellen und mit welchen Funktionen interaktional besonders prominent Akkomodierungsleistungen zu beobachten sind.

4.1 Kontra-Akkommodation

Beispiele für Phasen der Kontra-Akkommodation, also für wahrnehmbar ausbleibende und als Widerspruch deutbare Versuche, sich aufeinander einzustellen, oder sogar für die Rückweisung von Akkomodierungsleistungen eines Gesprächspartners, sind in den vorliegenden Gesprächen sehr selten und auch nicht gravierend. Ein Beispiel für eine solche leichte Kontra-Akkommodation findet sich in folgendem Transkriptauszug. Der 50-Jährigen Patient (PM29) hat die Diagnose einer Haarzell-Leukämie erhalten und in der Folge wurde der Ablauf der geplanten Chemo-Therapie geschildert. In diesem Kontext erwähnt der Arzt (AM03), dass der Patient auf Grund der Therapie einige Wochen lang nicht arbeiten können wird. Mit am Gespräch beteiligt ist die Schwester (GW01) des Patienten:

Beispiel 1: Gespräch 029

```

357 AM03 a:lso jetzt ans ARbeiten ist in den nächsten wochen erst einmal,
358      NOCH nicht,
359      zu DENken.
360 PM29 ahA klasse;
361      (1.6)
362 PM29 [(lacht leise)          ]
363 AM03 [MUSS man so sagen;=ne,]
364 GW01 bleibt er dann in diesen fünf tagen HIER,
365 AM03 ne_NE ambulante therapie,
366 GW01 oKE er kann nach hause gehen aber-
367      ähm sollte dann soZUsagen einfach,

```

368 (--) da kann er dann kann er nich ARbeiten,
 369 sondern soll einfach zuHAUse bleiben;
 370 und [wird kontrollIERT oder,]
 371 AM03 [(atmet hörbar ein)] JA:,
 372 das muss man natürlich dann REgelmäßig dann die blutwerte
 kontrollieren,

Der Patient quittiert diese Information in Z. 360-362 mit einem Scherz, indem er die eigentlich negative Information, dass die Behandlung so starke Nebenwirkungen haben wird, dass er nicht arbeiten kann, in die positive Auswirkung umdeutet, arbeitsfrei zu haben.⁷ Trotz einer langen Pause geht der Arzt nicht auf dieses Angebot, auf die scherzhafte Ebene zu wechseln, ein und betont vielmehr noch durch „MUSS man so sagen“ (Z. 363) die Schwere der Therapie. Die Schwester des Patienten (GW01) übernimmt an dieser Stelle dann das Rederecht, und die beiden besprechen nun in einem ‚Reden über den Patienten‘ den konkreten Behandlungsablauf sozusagen über den Patienten hinweg. Warum an dieser Stelle der Arzt nicht auf den Wechsel in eine scherzhafte Modalität eingeht, ist unklar. Eine Möglichkeit könnte sein, dass er vermeiden will, dass angesichts der Tatsache, dass es sich um eine ambulante Behandlung handelt, der Patient diese Therapie zu sehr ‚auf die leichte Schulter‘ nimmt. Die ausbleibende Reaktion des Arztes könnte so mit der nicht auf die Bedürfnisse der Gattung und Situation zugeschnittenen Äußerung des Patienten erklärt werden.

Generell finden aber kurzzeitige Wechsel in eine scherzhafte Modalität durchaus statt, nicht selten auch ausgelöst durch die Ärztinnen und Ärzte selbst. Ein besonderer Fall dabei ist ein individuelles Muster, das sich in den aufgezeichneten Gesprächen bei einer Ärztin (AW07) findet, die in fast jedem ihrer Gespräche dadurch Trost zu spenden versucht, dass sie die guten Aspekte in der Krankheit betont (Heilungschancen), wobei sie immer die gleiche Formulierung verwendet, dass sich die Patienten „aus dem Schlechten noch das Beste / das Gute“ herausgesucht hätten. Das Potential dieser Äußerung, eine ‚lockere‘ oder ‚flapsige‘ Atmosphäre aufzubauen, wird von den Patienten ganz unterschiedlich behandelt, wobei die Reaktionen von einem völlig unmarkierten Fortgang des Gesprächs bis hin zu einer durchaus Probleme anzeigenden und disalignierenden, d.h. leicht kontra-akkomodierenden Thematisierung der Angemessenheit des Ausdrucks reichen, wie die folgenden Beispiele zeigen.⁸

Beispiel 2: Gespräch 37

051 AW07 also bei dem (--) SCHLECHten,
 052 was sie sich AUSgesucht haben,
 053 ham sie sich noch das BESTe ausgesucht;
 054 PW37 BESTe noch,

⁷ Man könnte hier von einem O-Event sprechen in dem Sinne, dass der Patient offenbar davon ausgeht, dass ‚nicht arbeiten müssen‘ generell als etwas Positives angesehen wird.

⁸ In den Beispielen 2-4 sind die Ärztin (AW07) und jeweils eine Patientin (PW37, PW55, PW62) am Gespräch beteiligt, in Beispiel 5 neben der Patientin (PW51) noch eine weitere Ärztin (AW08).

055 AW07 ja;
056 PW37 mh_mh,

Beispiel 3: Gespräch 55-01

660 AW07 das is jetzt (.) BLÖD-
661 aber (-) bei dem BLÖden-
662 was sie HABen-
663 haben sie sich noch das BESSere ausgesucht.
664 PW55 hhh° [gut.]
665 AW07 [ja?]
666 PW55 [ja ich MUSS halt-]
667 AW07 [des muss man einfach] SO sagen.

Beispiel 4: Gespräch 62

195 AW07 °hh WENN sie sich schon was schlimmes ausgesucht haben,
196 DANN wenigstens-
197 PW62 ich HAB_S nicht <<lacht> ausgesucht?>
198 AW07 des is GU:T,
199 PW62 ((lacht))
200 AW07 <<lachend> ja (.) geNAU;>
201 sie ham RECHT,
202 [<<lachend> sie ham sich_s nicht AUSgesucht;>]
203 PW62 [(lacht)]
204 [(lacht)]
205 AW07 [(atmet lachend ein)]an dem TAG wo wir die besprechung für die o
pe machen,
206 dann (-) DÜRfen sie zuhause frühstücken;=

Beispiel 5: Gespräch 51-01

296 AW07 <<flüsternd> das ist ECHT son kleiner pimpf>
297 AW08 JA ja.
298 AW07 also sie haben sich was BLÖdes rausgesucht;
299 aber bei dem BLÖden was sie sich rausgesucht haben-
300 PW51 doch noch GUT?
301 AW07 noch das bessere <<lachend> JA genau> also-
302 AW08 da wird die HAUT;_gell,
303 AW07 hm_hm-
304 JA ja ok-
305 PW51 also ich HÄTT drauf verzichte könne;
306 AW08 des isch schon KLAR-
307 AW07 JA das ist ganz klar.
308 PW51 ich habs mir net <<lachend> WIRKlich rausgesucht>;
309 AW07 JA ja.
310 ne WOLLen tut man das net-
311 PW51 [ich habe] nicht HIER geschrien und äh:m-
312 AW07 [ja aber-]
313 AW08 hm_hm-
314 AW07 ki siebenundsechzig simd acht proZENT also dann;
315 AW08 na ALso;
316 das sind das sind GUTE eigenschaft-

Die bestätigende Wiederholung „BESTe noch“ (Beispiel 2, Z. 54) durch die Patientin zeigt an, dass diese die Äußerung vor allem auf einer inhaltlichen Ebene als eine Übermittlung einer nicht ganz negativen Prognose interpretiert. Ähnliches gilt auch für die Reaktion der Patientin in Beispiel 3, die durch die positive Bewertung „gut“ (Z. 664) ebenfalls die Äußerung der Ärztin als eine Information aufzufassen scheint. Beide Patientinnen behandeln die Äußerungen als nicht auffällig oder abweichend von den übrigen Äußerungen der Ärztin.

Ganz anders dagegen die Reaktionen der Patientinnen in den Beispielen 4 und 5. In Beispiel 4 unterbricht die Patientin die Ärztin, noch bevor diese den positiven Aspekt benennen kann, in Z. 197 mit einem – allerdings durch das Lachen als nicht konfrontativ markierten – direkten Widerspruch. Die Ärztin geht auf diesen Widerspruch ein und korrigiert ihre Äußerung („sie ham sich_s nicht AUSgesucht“; Z. 202), wobei sie durch den Akzent auf „AUSgesucht“ dieses Wort als unangemessen markiert. Dieses Beispiel verläuft zwar nicht so glatt wie die ersten beiden, doch kann es nicht wirklich als kontra-akkomodativ bewertet werden, denn Patientin und Ärztin zeigen durch ihr Lachen beide an, dass sie die Äußerung als ‚uneigentliches Sprechen‘ verstanden haben und wechseln dann nahtlos zur Planung der Operation. In Beispiel 5 scheint die Patientin zunächst ähnlich wie in Beispiel 2 die Äußerung der Ärztin aus Z. 298-299 als eine Information zu behandeln, die sie in Z. 300 vervollständigt („doch noch GUT?“), doch dann thematisiert sie – allerdings mit einer scherzhaft klingenden Stimme und mit Lachen als nicht ernstem Widerspruch markiert – ebenfalls wie die Patientin aus Beispiel 4 ein Problem mit dem Verb *aussuchen*. Von Kontra-Akkomodation im eigentlichen Sinne kann in allen den genannten Fällen nicht gesprochen werden, es wird lediglich ein gewisses Unbehagen mit dem Verantwortlichkeit zuschreibenden Verb *aussuchen* ausgedrückt, zugleich aber durch das kontextualisierende Lachen klar gemacht, dass die Funktion der Äußerung der Ärztin, einen etwas ‚flapsigen‘ Ton anzuschlagen, erkannt wurde. Der ambige Status dieses Tons hängt damit zusammen, dass er eben nicht im engeren Sinn adressatenorientiert ist, sondern dass die Ärztin diese Struktur als Teil ihres Gattungsrepertoires aufgebaut hat und hier Erwartungen an die Gattung von Ärztin und Patientinnen konfliktieren.

4.2 Unterakkomodation

Beobachtbare Unterakkomodation findet sich in den untersuchten Daten nicht. Dies erstaunt insofern, als dass als ein typisches Merkmal von Experten-Laien-Kommunikation häufig die Tatsache genannt wird, dass die Experten sich nicht auf die Belange der Laien einstellen und entsprechend ihren Äußerungszuschnitt nicht anpassen. Das Problem ist allerdings, dass die Patienten generell in den Gesprächen eher passiv reagieren und die Ausführungen der Ärzte hinnehmen. Es ist somit über weite Strecken nicht in den Daten beobachtbar, ob und wie viel sie von dem verstehen, was die Ärzte ihnen mitteilen. Festgehalten werden kann daher lediglich, dass eindeutige Fälle einer Unterakkomodation weder von Seiten der Ärzte noch der Patienten zu beobachten waren. Lediglich an manchen Stellen könnte man von sehr leichten Formen der Unterakkomodation sprechen. In den meisten Fällen handelt es sich dabei um sehr kurze Passagen, die besser mit Ansätzen wie der Verstehensaushandlung (Deppermann 2008, Deppermann/Schmitt 2008) untersucht werden sollten, da es sich nicht um ein systematisches

Nicht-Aufeinandereinstellen handelt, sondern um lokale Verstehensprobleme, die von beiden Seiten dann aber schnell gelöst werden. Ein Beispiel für ein solches lokales mögliches Verstehensproblem findet sich im folgenden Gesprächsausschnitt, in dem der Arzt (AM03) dem Patienten (PM29) die Art der Krebserkrankung und die Notwendigkeit einer schnellen Behandlung darlegt:

Beispiel 6: Gespräch 029

147 AM03 und wenn das WEIter (.) stark fallen würde,
 148 wenn man also nicht beHANDeln würde auch,
 149 °h dann,
 150 würde eine BLUtungsneigung zunehmen;
 151 (-)
 152 PM29 hm_hm,
 153 AM03 oKAY,
 154 PM29 ja,
 155 (--)
 156 AM03 <<p> gut.>
 157 also sie haben die HAAR,
 158 zell,
 159 leu kä MIE,
 160 (-- u::nd sie HAben,
 161 auch,
 162 EIne,
 163 (-) INdikation,
 164 (-) zur einleitung einer beHANDlung;
 165 PM29 hm_hm,
 166 und das HEIßT?
 167 (2.4)
 168 AM03 da::s HEIßT,
 169 da:s diese behandlung DEMnächst beginnen sollte,
 170 PM29 hm_hm,
 171 (1.3)
 172 AM03: u:nd das HEIßT,
 173 DA::SS sie,
 174 NACH unserm gespräch hier,
 175 muss ich kurz telefoNIERN,
 176 mit unserer frau doktor (anonymisiert) REden,

Dass dem Arzt die Problematik des Verstehens in Bezug auf Fachtermini bewusst ist (es handelt sich um ein A-Event, also eine asymmetrische Wissensverteilung), merkt man daran, dass er den Begriff *Haarzell-Leukämie* über drei Intonationsphrasen (Z. 157-159) streckt und zusätzlich durch Akzentuierung und Mikropausen möglichst explizit lautet. Der genaue Name der Krebserkrankung ist für die Patienten wichtig, damit sie anderen Ärzten die Krankheit akkurat beschreiben können und auch sich selbst über alternative Quellen informieren können, der Fachbegriff ist hier also unumgänglich und die Präsentation der Diagnose ist als klassischer Fall eines Adressatenzuschnitts zu sehen: Der Arzt legt offen, dass er von einem Wissensgefälle ausgeht sowie mit Verstehensproblemen von Seiten des Patienten rechnet. Direkt im Anschluss verwendet der Arzt jedoch einen nicht unbedingt notwendigen Fachausdruck, indem er von der „INdikation, (-) zur einleitung einer beHANDlung“ (Z. 163-164) spricht. Dies wird von dem

Patienten mit einem Hörsignal mit leicht steigender Tonhöhe quittiert („hm_hm,“; Z. 165), das durch seine prosodische Form nicht eindeutig anzeigt, ob es als Verstehensmarkierung oder als ‚continuer‘ fungiert. Direkt im Anschluss stellt er die Frage „und das HEIßT“ (Z. 166). Diese Frage ist nun ebenfalls ambig: Es ist nicht klar, ob sie sich als Indikator für ein Verstehensproblem gemeint ist, in dem Sinne, dass dem Patienten nicht klar ist, was unter einer Indikation einer Behandlung zu verstehen ist, oder ob sich die Frage bereits auf die Behandlungsschritte abzielt. Der Arzt interpretiert die Frage allerdings als Indikator für ein Verstehensproblem, er reformuliert den vorigen Ausdruck alltagssprachlich: „da::s HEIßT, da::s diese behandlung DEMnächst beginnen sollte“ (Z. 169) und fährt im Anschluss mit dem konkreten organisatorischen (und nicht inhaltlichen, d.h. die Art der Therapie betreffenden) Ablaufplan fort. Als Unterakkommodation kann man diese Stellen in den Gesprächen, die durchaus häufig vorkommen, deshalb nicht bezeichnen, weil sie jeweils immer nur einzelne Stellen umfassen, in denen Ärzte Fachtermini oder komplexe Ausdrücke verwenden, diese aber, sobald die Patientinnen oder Patienten Verstehensprobleme aufzeigen, sofort beheben. Bei einer Unterakkommodation wäre dagegen ein systematisches Nicht-Anpassen an die Belange der Patienten zu erwarten.

4.3 Überakkommodation

Für die Überakkommodation gilt das gleiche wie für die Unterakkommodation, sie taucht in den Daten nicht auf. Es ist auf Grund des Datenerhebungs-Designs allerdings nicht auszuschließen, dass in anderen Konstellationen auch Überakkommodation vorkommt: Für das Projekt, im Rahmen dessen die Daten erhoben wurden, wurden nur geistig gesunde Patientinnen und Patienten ausgewählt. Es ist daher durchaus möglich, dass beispielsweise in der Interaktion von Ärzten mit unterschiedlich stark geistig beeinträchtigten Patienten Überakkommodation von Seiten der Ärzte vorkommen könnte, d.h. z.B. ein zu stark vereinfachendes Erklären, obwohl ein Patient mehr verstehen würde. Umgekehrt kann man auch nicht ausschließen, dass Patienten überakkomodieren, dies aber nicht beobachtbar ist: So kann es sein, dass sie sich im Gespräch kooperativ zeigen und die Äußerungen des Arztes akzeptieren und Verstehen anzeigen, obwohl sie Diagnose und Therapie nicht akzeptieren und einen Arztwechsel planen. Solche Fälle sind jedoch im Rahmen eines gesprächsanalytischen Zugangs nicht fassbar. Es bleibt also die Beschränkung auf beobachtbare Phänomene, und solche fehlen. Am ehesten in die Kategorie fällt die auch aus der bisherigen Forschung zu Akkommodation im medizinischen und pflegerischen Kontext bekannte Tendenz zur Übervereinfachung bis hin zum „baby speak“

(z.B. Nussbaum et al. 2005; Platt/Weber 1884; Sachweh 2003).⁹ In Ansätzen lassen sich solche Tendenzen finden, allerdings sind diese inkonklusiv: Es lässt sich nicht zeigen, dass die Patienten damit ein Problem haben, oft greifen sie das Angebot der Vereinfachung sogar auf. Bestenfalls aus der externen Beobachterperspektive können also Kandidaten für potentielle Probleme lokalisiert werden, wie im folgenden Beispiel, in dem der Arzt (AM03) einem fünfzigjährigen Patienten (PM29) die Diagnose einer Haarzell-Leukämie übermittelt. Das Gespräch setzt ein, nachdem der Arzt den Patienten begrüßt hatte und ihm mitgeteilt hat, dass nun der pathologische Befund vorliegt. An dieser Stelle bittet er den Patienten in eigenen Worten darzulegen, mit welcher Diagnosevermutung er die Klinik verlassen hatte:

Beispiel 7: Gespräch 029

021 AM03 und sie erINnern sich vielleicht noch,
 022 (---) son BISSchen an das was ich ihnen gesagt hab am (-) tag vor
 der entlassung,
 023 oder am entLASStag,
 024 (1.9)
 025 PM29 ja:,
 026 AM03 könn sie_n das mit IHren worten mal (.) kurz und knapp einfach
 wiederGEBen,
 027 PM29 (---) also sie haben halt erKLÄRT dass ich,
 028 (---) CHRONische leukämie hab;
 029 (1.5)
 030 DIE aber,
 031 °h beHANDelbar isch,
 032 und HEILbar isch.
 033 (---)
 034 AM03 gut.
 035 das ham sie !EX!zellent verstanden,
 036 °h und ich DARF ihnen sagen dass der (---) pathoLOGische befund,
 037 PM29 ja,
 038 (--)
 039 AM03 diese AUSSage,
 040 (-) EINS zu eins,
 041 beSTätigt hat;
 042 PM29 hm_hm;

Aus der Beobachterperspektive heraus könnte man meinen, dass diese Strategie, den Patienten den Diagnoseverdacht selbst erklären zu lassen und die darauf folgende prosodisch stark markierte Evaluation („das ham sie !EX!zellent verstanden“; Z. 035) des Arztes durchaus Probleme bergen könnte: Der Patient könnte diese Herangehensweise nicht als Absicherungsstrategie des Arztes auffassen, das Verstehen sicherzustellen, sondern als

⁹ Vgl. Platt/Weber (1984: 138): “The famous ‘likee-soup’ joke in which a British diplomat wanted to accommodate to a British-university educated Chinese is well known, and yet native speakers make similar mistakes all over the world. Even if the addressee’s competence in a particular language is relatively low, attempts at convergence by partially adopting the other’s speech patterns is a dangerous game as it may easily be mistaken for partroning or ridiculing.”

Unterstellung, dass der Patient Probleme hat, Sachverhalte aufzufassen.¹⁰ Wie die Fortsetzung des Gesprächs zeigt, hat der Patient allerdings keine Probleme mit der Vereinfachung:

Beispiel 8: Fortsetzung Gespräch 029

```

043  AM03  sie haben eine SO genannte,
044        hört sich jetzt ein bisschen !KO!misch an,
045        so ISSes halt,
046        so wird_s geNANNT,
047        (-- ) haar,
048        (.) zell;
049        (.) LEUKämie;
050        (1.7)
051        eine !HAAR!,
052        (.) zell;
053        LEUKämie;
054  PM29  KOMischer name;=ja,
055  AM03  is_n KOMischer name?
056        °h das heißt DEShalb so,
057        WEIL die leukämiezellen,
058        (-) HÄRchen,
059        an ihren RÄNdern haben.
060  PM29  <<p> hm_hm.>

```

Auch die ‚Warnung‘, dass sich die Krebsart ‚!KO!misch‘ (Z. 044) anhöre und die überstark auf akustisches und mentales Verstehen ausgerichtete Sprechweise des Arztes in den Zeilen 047-053 (Zahlreiche Pausen, starke Akzente, Wiederholung) wird von dem Patienten nicht als überakkomodierend markiert, sondern, ganz im Gegenteil, die Bewertung des Ausdrucks durch den Arzt wird in Z. 054 aufgegriffen: ‚KOMischer name;=ja,‘. Das vorliegende Beispiel ist somit nicht als eine Illustration für Überakkomodation zu verstehen,¹¹ sondern lediglich als eine der wenigen Stellen in den Gesprächen, in denen aus der ‚Außenperspektive‘ eine Überakkomodation hätte entstehen können, wenn der Patient z.B. die Unangemessenheit der langsamen und betonten Aussprache durch ‚jaja, ich habs schon verstanden‘ o.ä. thematisieren würde.

Abschließend muss nochmals betont werden, dass die in dem Projekt erhobenen Gespräche sich durchweg durch gelingende Akkomodation auszeichnen. Eine Auswahl sprachlicher Strategien der interaktionalen Akkomodation soll nun im nächsten Kapitel dargestellt werden.

4.4 Akkomodation

¹⁰ Einen ähnlichen Zwiespalt beschreibt Sachweh (2003: 159) in ihrer Analyse von Gesprächen in der Pflege, wo die PflegerInnen ebenfalls den Spagat zwischen Verstehenssicherung und Höflichkeit wahren müssen: „Darüber hinaus weist das Gesprächsverhalten des Pflegepersonals widersprüchliche Tendenzen auf: während die PflegerInnen sich auf der einen Seite sehr bemühen, den BewohnerInnen höflich und respektvoll zu begegnen, behandeln sie diese auf der anderen Seite, wenn auch oft in gutmeinender Absicht, wie im Falle des Baby-Talk, gleichermaßen wie Kinder und laufen somit Gefahr, deren Selbstwertgefühl zu untergraben.“

¹¹ Ganz im Gegenteil wird hier erfolgreich der Übergang von einem *A-Event* (Wissen auf Seiten des Arztes) zu einem *AB-Event* (geteiltes Wissen von Arzt und Patient) geleistet.

Wie eingangs erwähnt, stellt Akkomodation den Normalfall in Gesprächen dar. Auf Grund dieses ubiquitären Charakters wurde zur Illustration der interaktionalen Akkomodationsleistungen ein Gespräch ausgewählt, anhand dessen exemplarisch unterschiedliche Aspekte der Akkomodation von Arzt und Patient in onkologischen Diagnosemitteilungs- und Therapieplanungsgesprächen illustriert werden sollen. An dem Gespräch sind zwei Sprecher beteiligt, ein Arzt (AM03) und ein 49-jähriger Patient (PM07). Der Patient spricht badischen Dialekt. Bei dem Patienten wurde (nach längerer vorausgehender Diagnosegeschichte) schließlich eine T-Zell-Leukämie diagnostiziert, die dem Patienten in dem Gespräch erstmalig erläutert wird. Im Anschluss wird die geplante Therapie besprochen. Die Gesprächsaufnahme setzt kurz nach der Begrüßung ein, da der Arzt erst nach dem Gesprächsbeginn das Aufnahmegerät eingeschaltet hat. Aus Platzgründen kann das vollständige Transkript hier nicht präsentiert werden. Aus gleichen Gründen kann auch keine vollständige, Schritt für Schritt erfolgende Analyse der jeweiligen Akkomodationsleistungen von Arzt und Patient erfolgen, sondern es werden jeweils die wichtigsten Stellen im Gespräch für eine Analyse ausgewählt.

4.4.1 Die Etablierung des Gesprächsrahmens

Das Gespräch beginnt mit einer langen ‚Anmoderation‘ durch den Arzt, in der dieser einen kurzen Abriss über die Krankengeschichte des Patienten seit seiner Aufnahme in die stationäre Behandlung darstellt:

Beispiel 9: Gespräch 007

```

001 AM03 IHnen erkläre,
002 (1.3) ((rascheln)) was für eine KRANKheit sie haben;
003 (1.4) <<leise> hm> °h sie sind HEUTE,
004 GLAUBE ich,
005 einhundertzwei TAge patiEnt,
006 stationÄR,
007 am STÜCK bei uns;
008 (1.5) °h und,
009 (-- ) es hat also ne lange zeit geDAUert,
010 bis es so weit IST,
011 PM07 [hm_hm, ]
012 AM03 [wie es je]tzt dann dOch erFREULicherweise gekommen is.
013 (-- ) <<leise> hm> °h Also;
014 ((räuspert sich)) wir haben (.) heute,
015 (-) DONnerstag schon wieder,
016 °hh und haben am vergangenen FREItag,
017 mit dem pathologen geMEINSam;
018 ihren FALL (-- ) besprOchen; (-- )
019 °h und sie haben erfreulicherweIse diese MILZentfernung,=
020 =SEHR gut über (.) standen;
021 PM07 (-- ) <<leise> hm;> (2.1)

```

Diese Darstellung hat aus akkomodationstheoretischer Sicht mehrere Funktionen: Zum ersten weist sie einen klaren Gattungszuschnitt auf, indem sie die kommunikative Gattung eines Diagnosemitteilungsgesprächs herstellt: Nach einem langen Diagnoseprozess liegen nun endlich die Ergebnisse vor. Der Rahmen einer Diagnosemitteilung wird somit für den Patienten eröffnet. Zum zweiten weist die Darstellung auch sehr starke Adressatenorientierung auf: Der Patient musste lange auf eine Diagnose warten, die, wie im weiteren Gesprächsverlauf immer wieder angedeutet wird, offenbar nicht einfach zu erstellen war. Indem der Arzt auf die lange Wartezeit eingeht und diese dann mit dem positiven Resultat (Z. 012: „wie es jetzt dann dOch erFREUlicherweise gekommen is“) kombiniert, relativiert er im Voraus eine eventuelle Unzufriedenheit des Patienten mit dem langsamen Fortschritt der Diagnoseerstellung. Der Tenor eines „Es hat lange gedauert, kam aber schließlich zu einem guten Ende.“ setzt zudem auch den Rahmen für eine positive Diagnosemitteilung, es signalisiert dem Patienten, dass er sich auf eine (vergleichsweise) gute Diagnose einstellen kann – an dieser Stelle wird der Übergang vom *AB-Event* (von Arzt und Patient geteiltes Wissen der bisherigen Diagnosegeschichte) zum *A-Event* (dem nun dem Arzt verfügbaren endgültigen Diagnose- und Therapiewissen) anmoderiert. Bevor die Diagnose geschildert wird, geht der Arzt nun auf die unmittelbaren Folgen der Milzentfernung ein (Abschnitt 4.4.2).

4.4.2 Die Rekapitulation und kollaborative Evaluation der Behandlung

Ein letzter Schritt im Diagnosefindungsprozess war die Entfernung der Milz, die zu den erhofften positiven Resultaten geführt hat, wie der Arzt dem Patienten erläutert:

Beispiel 10: Gespräch 007

```

022 AM03 °h und in der !FOL!ge (.) der milzentfernung,
023      (-- ) das WISSen sie jA:,
024      (- ) °h haben sich ihre blut (.) werte EXzellent verbessert;
025 PM07 hm_hm;
026 AM03 °h das HEIßT,
027      man kann !SICH!er sagen,
028      (---) dass diese MAßnahme,
029      (---) erfOLGreich war.
030      auch was die beHERRschung der krank[heit anbelangt. ]
031 PM07                                     [auch not auch NOT]wendig
      war;
032      (0.8)
033 AM03 letzten endes war sie NOT[wendig;]
034 PM07                                     [war NOT]wendig.
035 AM03 sie war NOTwendig,
036      weil wir anders einfach NICHT zur diagnose kommen;
037      [!KONN!ten; ]
038 PM07 [weil i_weil,]
039      ICH hab ja selber schon gesehen,
040      so kanns net WEItergehen;
041      (0.5)
042 AM03 ge!NAU!;
```

043 geNAU,=
 044 =und wir sind sehr FROH,
 045 ich SAgte es ja schon,
 046 PM07 [ja;]
 047 AM03 [dass] sie_s GUT überstanden haben;
 048 PM07 (-) ja;
 049 gut es hat ein bisschen LÄNger gedauert;=
 050 durch des dass mein körper (.) geSCHWÄCHT war;
 051 AM03 joa aber DENnoch,
 052 AM03 man kann unter_m strich [SAgen,]
 053 PM07 [Aber,]
 054 AM03 [haben sie DIEsen,]
 055 PM07 [ich soll,]
 056 AM03 nicht KLEInen eingriff,
 057 (.) GUT über[standen,]
 058 PM07 [ja,]

Aus der Perspektive der Analyse interaktionaler Akkomodation ist dieser Ausschnitt besonders ergiebig: Eine epistemische Akkomodation des Arztes findet sich in Z. 023, indem der Arzt auf das Wissen des Patienten verweist („das WISsen sie JA:“) und damit signalisiert, dass die scheinbare Redundanz der Rekapitulation an dieser Stelle ihre Berechtigung hat, d.h. im Endeffekt der Vorlauf für die finale Diagnoseerstellung sein wird. Der Patient bestätigt das Wissen in Z. 025, woraufhin der Arzt die Entfernung der Milz als eine erfolgreiche Maßnahme bewertet (Z. 026-030). Der Patient steigt parallel in die Evaluation des Arztes ein, indem er den prospektiven Aspekt, den der Arzt eingebracht hat (erfolgreich im Sinne einer Heilung) um den retrospektiven Aspekt der Bekämpfung der vorherigen Symptome ergänzt: „auch NOTwendig war“ (Z. 031). Der Fokus verschiebt sich dabei von der vom Arzt durchgeführten ‚Anmoderation‘ der Diagnose und anschließenden Therapieplanung hin zu der Vorgeschichte (Symptome und deren Linderung), was in der Folge von Arzt und Patient in mehrfacher, z.T. überlappender Wiederholung des Wortes *notwendig* bestätigt wird (Z. 033-034). Dadurch entsteht an dieser Stelle ein hoher Grad an Gleichlauf, Arzt und Patient haben sich ihrer geteilten Sicht auf die Operation wechselseitig versichert (*AB-Event*), was durch die Einschätzung des Patienten in Z. 040 („so kanns net WEItergehen“) und der emphatischen, stark akzentuierten Zustimmung des Arztes („ge!NAU!; geNAU“; Z. 042-043) bekräftigt wird. Die Übereinstimmung wird auch durch den Einwand des Patienten, dass die Erholung nach der Operation etwas länger dauerte (Z. 049-050) nicht gestört, denn der Arzt betont, dass dies ein schwerwiegender Eingriff war (Z. 056), der entsprechend gut überstanden wurde, was der Patient bestätigt (Z. 058).

Die ersten beiden Gesprächsphasen haben folgendes Ergebnis:

- 1.) Epistemische Akkomodation: Arzt und Patient stimmen in Bezug auf das geteilte Wissen über den bisherigen Krankheits-, Diagnose und Therapieverlauf überein.

- 2.) Gattungsbezogene und situationale Akkomodation: Arzt und Patient stimmen in der Wahrnehmung der gemeinsamen Handlung als Diagnosemitteilungsgespräch überein.
- 3.) Evaluative Akkomodation: Arzt und Patient stimmen in der Bewertung der Operation und der Folgen überein.

Nachdem auf diese Weise ein *common ground* hergestellt wurde, beginnt die eigentliche Diagnosemitteilung.

4.4.3 Verstehenssicherung bei der Diagnoseübermittlung

Die Phase der Diagnosemitteilung ist der Ort, an dem Verstehensprobleme am stärksten zu erwarten sind, da nicht nur der Krankheitstyp, sondern auch die Indikatoren, die zu dieser Diagnose führen, Fachbegriffe erfordern und prototypisch *A-Events* sind, d.h. exklusives Wissen der Ärzte darstellen. Dieses Problem spricht der Arzt an und legt damit zum einen seine Akkomodationsbereitschaft an den Tag (er ist bereit, Erklärungsarbeit zu investieren) und zum anderen fordert er Akkomodationsbereitschaft des Patienten ein (dieser wird aufgefordert, sich auf eine komplexe Erläuterung einzulassen):

Beispiel 11: Gespräch 007

```

059 AM03 und wir haben die diagNOse auch,
060 PM07 hm_[hm;]
061 AM03 [geF]UNden.
062 PM07 hm_hm=
063 AM03 =es ist aber KOM-
064      (.) PLI-
065      ZIERT;
066 PM07 hm_hm
067 AM03 °h und DAS,
068      beSPRECHen wir jetzt;
069 PM07 hm_hm,
070 AM03 sie FRAGEN mich,
071      wenn sie was nicht verSTEHen.
072 PM07 (-- Also (-) auf,
073      (-- he beAMtendeutsch.
074      hahaha [h h h h ° ]
075 AM03 [ja ich vers]uche es [ihnen EINFach zu erklären.]
076 PM07 [ja so DEUTlich=so deutl,]
077      so deutlich wie MÖGlich.=ja?

```

Durch die metakommunikative Ankündigung „es ist aber KOM- (.) PLI- ZIERT;“ (Z. 063-065), die durch die markierte Prosodie (Akzentuierung, Verteilung des Wortes kompliziert auf drei Intonationsphrasen) zusätzlich hervorgehoben wird, legt er seine eigene Einschätzung der Komplexität der folgenden Erläuterung offen und signalisiert damit zugleich seine Bereitschaft, die Erläuterung so verständlich wie möglich zu machen, wobei bei entsprechenden Verstehensproblemen der Patient zum Nachfragen (Z. 070) aufgefordert wird. Der Patient zeigt sein Verständnis durch die scherzhafte Reformulierung „Also (-) auf, (-- he beAMtendeutsch“

(Z. 072-073) an. Auf das Lachen des Patienten in Z. 074 und den scherzhaften Modus geht der Arzt allerdings nicht ein, sondern signalisiert nun explizit seine Absicht, eine möglichst einfache Erklärung zu liefern, die von dem Patienten in Überlappung bestätigt wird (Z. 076-077). Nachdem der Modus der folgenden Interaktion (ein komplexer Inhalt, der von einem Experten möglichst Adressatengerecht, d.h. an einen Laien adressiert, übermittelt werden soll) geklärt ist, folgt nun eine lange Erläuterung durch den Arzt, dessen angekündigten Akkomodationsbemühungen durchweg sprachlich sichtbar werden, indem er

- projizierende, rahmende Äußerungen vor komplexen Äußerungen setzt (z.B. „ENGLisch“ in Z. 119 oder „und die hat einen NAMen; (--) die HEIßT, das wird auch im ARZTbrief so stehen natürlich,“; Z. 102-103),
- langsam und stark akzentuierend spricht, wie in Z. 110-112 („das ist eine abkürzung für !DIE!, (.) <<langsam> !BLUT!zellen,> (---) f_ wo der (.) krebs HERkommt,“),
- viele Pausen zwischen den Äußerungen lässt und die Äußerung prosodisch auf viele Intonationsphrasen verteilt (z.B. Z. 167-175 „wIr dÜrfen SAgen, (--) dass (-) die KRANKheit, (--) durch die MILZentfernung, (1.1) in eine (-) !SEHR!, gute (.) !RÜCK!bildung, (--) wir sagen REmission dazu; geGANGen ist“),
- schwierige Ausdrücke wiederholt (z.B. Z. 105 „EL (-) ge (-) el“ und Z. 116-118 („(-) el; (-) ge, (-) el,“),
- Alltags- und Fachbegriffe nebeneinander verwendet (z.B. „gute (.) !RÜCK!bildung, (--) wir sagen REmission dazu“; Z. 171-173),
- Übersetzungen liefert wie in Z. 121-127 („LARGE, (---) also GROß, (--) GRANular, also GRANulär, KÖRnich“) und
- illustrierende Beispiele für Symptome o.ä. nennt („TYpischerweise macht die erkrankung auch, (---) komische (.) !IM!mun, (--) !PHÄ!nome:ne; wie RHEUma,“; Z. 152-156).

Es handelt sich dabei um typische Strategien der Verständnissicherung. Dass diese funktionieren, kann man anhand der regelmäßigen bestätigenden Rückmeldesignale des Patienten erkennen, die allerdings – in der Terminologie von Deppermann/Schmitt (2008: 229) – nicht als explizite Verstehensthematisierungen zu werten sind, sondern interaktional in der Regel als implizite Verstehensdokumentationen gedeutet werden. Der Arzt verlässt sich bei der Erläuterung also darauf, dass der Patient bei einem Nicht-Verstehen das Angebot, nachzufragen, annimmt. Retrospektiv zeigt sich, dass die Annahme Bestand hat, denn an einer Stelle, an der der Patient tatsächlich Verstehensprobleme hat, stellt er in der Tat eine Frage:

185 AM03 das ist so: GUT,
 186 dass sie von daher jetzt keine beDEUTsame,
 187 (---) inFEKTgefährdung mehr haben;
 188 PM07 auch (.) o_OHne milz oder ist die [dran?]
 189 AM03 [ja,]
 190 gut das,
 191 der punkt der MILZ die [fehlt,]
 192 PM07 [ja,]
 193 AM03 der bleibt beSTEHEN;
 194 PM07 nee ich mein jetzt von de BLUTkörperle her,
 195 ischt das entSCHEIdend,
 196 wenn die ich KEIne milz hab oder wenn ich e_milz hab?
 197 AM03 dass sie KEIne m_äh=ein patient ohne milz [sind,]
 198 PM07 [ja,]
 199 AM03 bedeutet sie haben ein erHÖHtes risiko,

Die Erläuterung des Arztes, dass er keine „beDEUTsame (---) inFEKTgefährdung“ (Z. 186-187) mehr haben werde, bezieht sich auf die weißen Blutkörperchen. Der Patient versteht hier den Zusammenhang zwischen den Blutkörperchen und der Milz nicht und fragt nach, ob der Verlust der Milz daher irrelevant sei, wobei er eine klärende zweite Frage nachschieben muss, nachdem der Arzt die erste Frage nicht zur Zufriedenheit des Patienten beantwortet hat (Z. 194-196). An dieser Stelle erkennt der Arzt das Problem des Patienten (Rolle der Blutkörperchen vs. Rolle der Milz) und stellt ab Z. 199 klar, dass eine Ausnahme in Bezug auf die von ihm erwähnte reduzierte Infektgefährdung diejenigen Krankheiten betrifft, die von „bestimmten (.) ARten von bakterien“ (Z. 205) ausgelöst werden, für deren Bekämpfung die Milz zuständig ist. Nachdem dieser Punkt geklärt ist, wird das Gespräch ohne weitere Verstehensprobleme fortgesetzt.

Das zu Beginn der Diagnosemitteilung durch den Arzt gegebene Versprechen, Akkomodationsleistungen zu erbringen, und die Aufforderung an den Patienten, sich aktiv um Verstehen zu bemühen, waren erfolgreich.

4.4.4 Verstehenssicherung bei der Therapieschilderung

Die Phase der Therapieschilderung nimmt den längsten Raum im Gespräch ein. Das Besondere an diesem Gespräch ist allerdings, dass überhaupt keine konkrete Therapie notwendig ist. Stattdessen klärt der Arzt den Patienten darüber auf, dass dieser nun regelmäßig Kontrolluntersuchungen durchführen lassen muss und er schildert ihm Symptome, die auf eine mögliche Verschlimmerung hindeuten. Aus Platzgründen kann die gesamte Sequenz nicht im Detail analysiert werden, sondern es soll auf drei rekapitulative, vom Patienten initiierte Abschnitte eingegangen werden, in denen er sich seines korrekten Verstehens der Maßnahmen vergewissert. Der erste Abschnitt kommt bereits sehr früh in der Sequenz, und zwar im unmittelbaren Anschluss an die Feststellung des Arztes, dass keine Therapiemaßnahmen geplant sind:

Beispiel 13: Gespräch 007

240 AM03 (-) das HEIßt,
 241 (-) wir müssen JETZT,
 242 (-) Überhaupt,
 243 (-) KEIne,
 244 WEItere,
 245 (-) behandlungsmaßnahme TREFFen;
 246 PM07 hm_hm; (--)
 247 das heißt also: i_irgendwie NACHbehandlung,=
 248 = jetzt das ma SAGT,
 249 (.) so man macht mal ne CHEmo vOrsichtshalber,=
 250 =das ist im moMENT mal vom tisch.
 251 AM03 (--) RIChtig;
 252 ge:NAU:so: ist das;
 253 PM07 heißt [aber] heißt aber es KANN,
 254 AM03 [sie:,]
 255 PM07 (--) bei beDARF trotzdem noch sein_mal,
 256 (0.7)
 257 AM03 gut.
 258 PM07 man muss weiterhin beObachte,
 259 und es !KANN! dazu komme.

Die entscheidende Information wird von dem Arzt in Z. 240-245 wieder in der schon aus vorigen Passagen bekannten prosodisch auffälligen Form mit vielen Pausen und sehr kurzen Intonationsphrasen geliefert, was als eine Akkomodation gegenüber dem Patienten, für den diese Information zentral ist, zu werten ist (*recipient design*). Der Patient liefert eine explizite Verstehensthematisierung (Deppermann/Schmitt 2008: 229), indem er in Z. 247-250 eine durch „das heißt also.“ eingeleitete Reformulierung liefert, in der er vor allem die für Patienten mit besonders großen Ängsten verbundene Chemotherapie anspricht. Der Arzt bestätigt diese Reformulierung emphatisch (Dehnungen, Akzentuierungen), woraufhin der Patient eine zweite Reformulierung, dieses Mal eine in der Zukunft dennoch mögliche Behandlung betreffend, vornimmt. Hier reagiert der Arzt mit einem konzедierenden, knappen „gut.“ (Z. 257). Der Patient zeigt direkt an, dass er dessen Bedeutung verstanden hat und reformuliert „man muss weiterhin beObachte, und es !KANN! dazu komme“ (Z. 258-259). Durch dieses Wechselspiel von Reformulierung, Reaktion und Aufgriff versichern sich Arzt und Patient gegenseitig, dass Verstehen erzielt wurde.

Das gleiche Phänomen findet sich kurz darauf ein zweites Mal:

Beispiel 14: Gespräch 007

318 AM03 machen wir GERne;
 319 [°h das hei-]
 320 PM07 [also im mome]nt KEInen behandlungsbedarf?
 321 AM03 !RIChtig;=
 322 PM07 =aber WEItterhin STÄNdige kontrolle.
 323 AM03 RIChtig;
 324 PM07 (.) das HEIßT also ich muss:: (.) in gewisse abstände bei
 euch vorBEI[schaue;]
 325 AM03 [RICht]ig;
 326 (--) so IST das.

327 PM07 so ISCH es.

Wieder leitet der Patient durch Reformulierungsmarker seine Interpretationen der Situation ein („also im moment KEInen behandlungsbedarf?“; Z. 230; „das HEIßT also ich muss:: (.) in gewisse abstände bei euch vorBEIschaue;“; Z. 324) und überprüft sein Verstehen durch die Rückmeldungen durch den Arzt. Das Ergebnis ist ein vollständiger Gleichlauf, der sich durch die Resonanz (im Sinne von du Bois 2010) manifestiert: Die Äußerung „so IST das“ (Z. 326) von dem Arzt wird durch den Patienten durch „so ISCH es“ (Z. 327) gespiegelt. Eine Funktion von Resonanz ist es, über den formalen Gleichlauf auch Gleichlauf auf der Inhaltsebene (Verstehen; Bewertung einer Situation; Übergang von einem *A-Event* zu einem *AB-Event*) anzuzeigen, was hier geschieht.

Eine dritte Überprüfungssequenz findet sich schließlich am Gesprächsende, wo der Patient explizit aufgefordert wird, Fragen zu stellen, wenn er noch irgendwelche Verstehensprobleme hat:

Beispiel 15: Gespräch 007

638 AM03 (--) gut.
 639 (1.4) °h das waren die DINGe,
 640 die ich ihnen erKLÄren wollte;
 641 (---) haben sie FRAGen dazu;
 642 PM07 (1.5) also ich sag mal SO,
 643 im moMENT,
 644 (1.4) brauch ich mir keine geDANke mache;
 645 AM03 (--) RICHTig.
 646 PM07 (--) um GANZ sicher zu_sein;
 647 es ist nichts aKutes;
 648 (-) was man [gleich beHANDeln] muss;
 649 AM03 [!RICH!tig.]
 650 das haben sie geNAU richtig verstanden;

Wieder findet sich eine Reformulierungsfloskel („also ich sag mal SO“; Z. 642), gefolgt von einem „candidate understanding“ (Antaki 2012), einem Interpretationsangebot der Darlegung des Arztes „im moMENT (1.4) brauch ich mir keine geDANke mache“ (Z. 643-644). Der Arzt schließt mit einer von Deppermann/Schmitt (2008: 229) sogenannten Verstehensthematisierung, der stärksten Form der Verstehensdokumentation. Mit einer solchen Verstehensthematisierung („das haben sie geNAU richtig verstanden“; Z. 650) werden die Ambiguitäten vermieden, die bei impliziten Verstehensdokumentationen typisch sind. Der Arzt gibt hiermit eine eindeutige Rückmeldung und zeigt an, dass aus seiner Perspektive das Gespräch aus inhaltlicher Sicht erfolgreich verlaufen ist.

4.4.5 Narrationen: Verbalisierung von Gefühlen

Ein häufiges Problem in institutionellen Gesprächen ist der Umgang mit Emotionen und generell dem phatischen Anteil der Kommunikation. Diese Aspekte nehmen vor allem aus Sicht

der Kunden und Patienten eine wichtige Rolle ein (es handelt sich um *B-Events*), während aus Sicht der Institutionenvertreter (hier: der Ärzte) der inhaltliche Aspekt (hier: Diagnose- und Therapiemitteilung) im Mittelpunkt stehen. Ob und wie auf Emotionen eingegangen wird, ist aus akkomodationstheoretischer Sicht entsprechend analytisch besonders interessant zu beobachten. Der Patient leitet zum Gesprächsende eine solche emotionsthematisierende Gesprächsphase ein:

Beispiel 16: Gespräch 007

653 PM07 ich merk SELber,
 654 jetzt im moMENT,
 655 es geht bei MIR,
 656 (-) POSitiv aufwärts;
 657 (-) geSICHTSfarbe isch zurück;
 658 (--) die KRAFT isch da;=
 659 = wenn ich noch sehe wie ich geKOMmen bin;
 660 ich bin ja auf_m ZAHNfleich gekomme._gell?
 661 AM03 (--) sie hatten mehrere [schwere infe]kTIO:Nen,
 662 PM07 [(laut stöhnend)]
 663 AM03 (-) in der [ZWischenzeit;]
 664 PM07 [IS: des,]
 665 (-) DANN muss ich sagen,
 666 DANN war,
 667 (.) also MEIN leitspruch,
 668 (.) für MICH (.) selber,
 669 WAR jetzt,
 670 (1.0) der TOD von meiner frau,
 671 vorheriges JAHR,
 ((Rekapitulation der Krankheitsgeschichte und Schilderung der Unterstützung durch seine Kinder))
 723 AM03 (-) herr ((anonymisiert))-
 724 das was sie jetzt geSACHT haben,
 725 beSTätigt das,
 726 was [ICH] vorhin gesagt habe,
 727 PM07 [ja;]
 728 AM03 (--)°h sie sind ein paTIENT,
 729 der also mit so auch SCHWERen,
 730 (--)beLASTungen,
 731 (--) SEHR gut umgehen [kann;]
 732 PM07 [ja es]ISCH,
 733 AM03 [und;]
 734 PM07 [es isch] net LEICHT,
 735 aber man [MUSS mit sich käm-]
 736 AM03 [NEIN es ist nicht][leicht.]
 737 PM07 [man MUSS] mit,
 738 man muss mit sich KÄMPfe;_gell,
 739 das,
 740 (0.8)
 741 AM03 SEHR gut.
 742 PRIma.
 743 (--) dann HAM wers.
 744 PM07 (-) so,
 745 (--) und diese krankheit ist also jetze WIRKlich,
 746 (-) was SELtenes.

Die Gesprächsphase, in der die Gefühle des Patienten im Mittelpunkt stehen, erstreckt sich über einen längeren Zeitraum (Z. 653-740). Zunächst überlässt der Arzt dem Patienten das alleinige

Rederecht: Bis Z. 722 rekapituliert der Patient die letzten Monate und Jahre der Krankheit (und des Todes seiner Frau) und schildert seine Gefühle dabei (aus Platzgründen wurde ein Teil davon ausgespart). Ab Z. 723 steigt der Arzt in einer für psychologische Beratungsgespräche sehr typischen Struktur ein: Er liefert eine Deutung und Interpretation des Verhaltens des Patienten (vgl. Willmann 1996 und Imo 2013 zu solchen Strukturen in Beratungsgesprächen), nämlich dass sich in dessen Umgang mit all den Schicksalsschlägen (und auch dessen Verhalten in der Klinik) gezeigt habe, dass er mit psychischen Belastungen sehr gut umgehen kann. Der Patient akzeptiert dieses Kompliment mit der Einschränkung, dass dies aber nicht leicht sei (Z. 734) und man „KÄMPfe“ (Z. 738) müsse. Der Arzt stimmt dieser Einschränkung zu, und nachdem nun Emotionsbearbeitung stattgefunden hat, steigen Arzt und Patient problemlos aus dieser Sequenz wieder aus und wechseln wieder auf die inhaltliche Ebene, das Sprechen über die Krankheit. Der Arzt nutzt die Gesprächspause in Z. 740, um zwei Bewertungen zu liefern: „SEHR gut“ und „PRIma“ (Z. 741-742). Der Skopus dieser Bewertungen ist unklar – beide können sich sowohl auf die emotionsbearbeitende Passage beziehen und diese evaluativ abschließen als auch auf das gesamte Gespräch. Letztere Interpretation liegt insofern nahe, als mit „dann HAM wers“ (Z. 743) eindeutig auf die zu erledigenden Gesprächsschritte in einem Diagnosemitteilungs- und Therapieplanungsgespräch Bezug genommen wird, denn es sind zu diesem Zeitpunkt in der Tat bereits alle notwendigen Aspekte erörtert worden. Der Patient greift das Angebot, aus der emotionsbearbeitenden Passage auszusteigen, durch das einen Rahmenwechsel anzeigende (vgl. Abschnitt 4.4.5) „so“ (Z. 744) auf und führt dann selbst das ‚Reden über die Krankheit‘ als Gesprächsgegenstand wieder ein (Z. 745-746). Beide Übergänge, d.h. der Einstieg in und der Ausstieg aus der emotionsbearbeitenden Passage, erfolgten hochgradig kooperativ und es zeigten sich schnelle Anpassungsleistungen von Seiten des Arztes wie auch des Patienten.

4.4.6 Frame-Wechsel: Lob der Station

Für die Analyse von Akkomodationsprozessen sind Frame-Wechsel ebenfalls von besonderem Interesse, da sich an ihnen gut zeigen lässt, ob und inwieweit die jeweiligen Gesprächspartner dabei ‚mitziehen‘, d.h. sich an die neue Situation akkomodieren, oder diese Akkomodation ablehnen. Im vorliegenden Gespräch führt der Patient ein neues Thema ein, nachdem bereits der Auftakt zu einer Gesprächsbeendigung geliefert wurde. Er verlässt dabei den Rahmen eines Diagnosemitteilungs- und Therapieplanungsgesprächs und spricht nun über die Station und deren personelle Besetzung:

809 AM03 (---) schön;
 810 PM07 (--) dann,
 811 (-) DARF ich mich,
 812 (.) für die zuSAMMENarbeit (.) bedanke,
 813 (---) es hat mir gut geFALLE;
 814 [<<lachend> wegen dem bin ich sehr lang DA geblieben;]
 815 AM03 [((atmet lachend))]
 816 [hahahaha]
 817 PM07 [hahahaha] NÄ ich muss,
 818 ich ich muss WIRKlich sage,
 819 äh::,
 820 ich muss WIRKlich die station hier lobe;
 821 (---) ich kanns jetzt WIRKlich,
 822 über lange zeitpunkt SAge,

Der Arzt äußert in Z. 809 das evaluative Adjektiv „schön“, das als Einleitung für eine Gesprächsbeendigung gewertet werden kann. Die Reaktion des Patienten entspricht dieser Interpretation, denn dieser bedankt sich für die Zusammenarbeit, eine sprachliche Handlung, die zu einem Gesprächsende erwartbar ist. Nach dem Scherz, dass er wegen der guten Zusammenarbeit so lange geblieben sei (Z. 814) kontextualisiert er durch „NÄ ich muss, ich ich muss WIRKlich sage“ (Z. 817-818) einerseits einen Wechsel von einer scherzhaften in eine ernsthafte Interaktionsmodalität (vgl. Imo 2016 zur dieser Funktion von *nein*) und andererseits etabliert er damit auch einen neuen Frame in der Interaktion, d.h. einen Wechsel von den in der Gattung der Diagnosemitteilungs- und Therapieplanungsgespräche typischen und erwartbaren Themen (Diagnose, Therapie, Emotionen von Patienten) hin zu einer Evaluation der Station und einem Gespräch über Station und Krankenhaus. Der Frame-Wechsel wird von dem Arzt in der Folge zunächst relativ zurückhaltend aufgenommen, im weiteren Verlauf übernimmt er aber immer mehr Redeanteile und akzeptiert so den neuen Rahmen, über die Station im Besonderen und die Ausstattung des Krankenhauses im Allgemeinen zu sprechen. Arzt und Patient unterhalten sich nun lange über die finanzielle Situation und die harten Arbeitsbedingungen für das Personal, bis der Arzt schließlich den Ausstieg aus der Sequenz vorschlägt und die Gesprächsbeendigung einleitet:

Beispiel 11: Gespräch 007

949 PM07 das WILL ja eigentlich,
 950 wenn man hier RAUSgeht,
 951 (0.6) [a_ein] schalter UMle[ge;_gell?]
 952 AM03 [so,]
 953 [GEHT nicht;]
 954 das GEHT nicht.
 955 PM07 das geht net,_hm?
 956 AM03 okay herr ((anonymisiert))-
 957 [PRIma;]
 958 PM07 [MAchen wa so;]
 959 AM03 so MAchen wa das.
 960 (-) alles GU[te,]
 961 PM07 [okay;]
 962 irgendwann SEHN wa uns wieder?

963 AM03 [beSTIMMT.]
 964 PM07 [Oder?]
 965 (.) ja;
 966 AM03 im moment WOHne ich neben der ambulanz;
 967 da unten ist mein ZIMmer,
 968 da SEHN wa uns;
 969 PM07 ah;
 970 AM03 ich wünsche ihnen SCHÖne weihnachten;
 971 PM07 [IHnen auch;]
 972 AM03 [und alles]GUTE für_s neue jAhr;
 973 PM07 Ebenso;
 974 isch das ihr ZWEIter wohnsitz;
 975 oder ERSCHT Wohnsitz da unte?
 976 AM03 (---) nee ERster nicht.
 977 ZWEIter.
 978 PM07 ZWEIter wohnsitz;

Der Patient spricht über das Personal, von dem er ausgeht, dass dieses eigentlich gerne nach der Arbeit einen Schalter umlegen können würde (Z. 951), um die Belastung von der Arbeit vergessen zu können. In Z. 952 scheint es, als würde der Arzt die Pause (Z. 951) als eine Zäsur im Gesprächsthema interpretieren und durch das „so“ in Z. 952 einen erneuten Rahmenwechsel hin zum Gesprächsausstieg vorschlagen. Parallel vervollständigt der Patient aber seine Äußerung, auf die dann von dem Arzt durch „GEHT nicht“ und „das GEHT nicht“ (Z. 952 und 954) reagiert wird.

Sowohl „so“ als auch „okay“ sind Ausdrücke, mit denen neue Frames eröffnet werden können (vgl. Fischer 2006: 359 und Barske/Golato 2010) sowie neue Handlungen initiiert werden können. Durch „okay“ und die Anrede wird von dem Arzt in Z. 956 ein solcher neuer Handlungsschritt angekündigt, der sequenziell an dieser Stelle nur als Einleitung einer Beendigungssequenz gedeutet werden kann, da alle inhaltlich notwendigen Themen bereits besprochen wurden. Der Patient stellt sich sofort darauf ein: Noch in Überlappung mit der positiven Bewertung des Gesprächs durch den Arzt („PRIma“; Z. 957) springt er mit „MAchen wa so“ (Z. 958) auf die Phase des Gesprächs zurück, in denen Arzt und Patient besprochen haben, dass der Patient zu den regelmäßigen Kontrolluntersuchungen in die Klinik kommen wird (dieser Plan wurde von dem Arzt in Z. 352 bereits durch „so MAchen wir_s“ ratifiziert). Die Gesprächsbeendigung ist dadurch in Gang gesetzt, es folgen gute Wünsche, etwas Smalltalk und schließlich das Gesprächsende (der eigentliche Schluss des Gesprächs ist nicht auf der Aufnahme, da das Aufnahmegerät ausgeschaltet wurde).

5. Fazit

Die Analyse der Diagnosemitteilungs- und Therapieplanungsgespräche hat gezeigt, dass sprachliche Akkomodation eine andauernde Aufgabe darstellt, die von Arzt und Patient gemeinsam geleistet werden muss. Den wichtigsten Aspekt bildet dabei die Tatsache, dass aus

den *A-Events* eines bis zu diesem Zeitpunkt Arzt-exklusiven Wissens ein *AB-Event*, also ein von Arzt und Patient geteiltes Wissen entstehen muss: Zu dieser Kategorie gehören die Akkomodierungsleistungen in Bezug auf die Wahl und Erläuterung von Fachvokabular ebenso wie die Einschätzung von Relevanzen bezüglich Ursachen der Erkrankung, durchgeführter Diagnoseschritte und geplanter Therapiemaßnahmen. Umgekehrt, wenn auch seltener vorkommend, lassen sich Akkomodationsprozesse hinsichtlich von *B-Events* finden, d.h. von Sequenzen, in denen Patienten über exklusives Wissen verfügen (z.B. hinsichtlich ihrer Emotionen und Ängste, ihrer Krankengeschichte o.ä.) und darüber mit dem Arzt sprechen. Ein weiterer Aspekt sind Anpassungsleistungen, die mit der Orientierung an der kommunikativen Gattung eines Diagnosemitteilungs- und Therapieplanungsgesprächs zusammenhängen: Wollen Arzt und/oder Patient diesen Rahmen verlassen, z.B. um über die personelle Ausstattung des Krankenhauses zu sprechen, muss dies interaktional ausgehandelt werden. Ein positiver Befund aus der Perspektive gelingender Kommunikation war, dass die Gespräche fast durchweg von gemeinsamer Akkomodationsarbeit geprägt sind, die immer erfolgreich verläuft: Fälle von Kontra-Akkomodation, Über-Akkomodation und Unter-Akkomodation konnten bestenfalls in leichten Ansätzen festgestellt werden. Die sprachliche Herstellung des ‚gemeinsamen Territoriums‘ verläuft – zumindest aus der Beobachterperspektive – erfolgreich.

Literatur

- Antaki, Charles (2012): Affiliative and disaffiliative candidate understandings. In: *Discourse Studies* 14, 531-547.
- Aronsson, Karin, Linda Jönsson und Per Linell (1987): The courtroom hearing as a middle ground: speech accommodation by lawyers and defendants. In: *Journal of Language and Social Psychology* 6, 99-116.
- Ayoko, Oluremi B., Charmine E.J. Härtel und Victor J. Callan (2002): Resolving the puzzle of productive and destructive conflict in culturally heterogeneous workgroups: a communication accommodation theory approach. In: *The International Journal of Conflict Management* 13, 165-195.
- Barden, Birgit und Beate Großkopf (1998): Sprachliche Akkommodation und soziale Integration: Sächsische Übersiedler und Übersiedlerinnen im rhein- / moselfränkischen und alemannischen Sprachraum. Tübingen: Niemeyer.
- Barske, Tobias and Andrea Golato (2010): German so: managing sequence and action. In: *Text & Talk* 30, 245-266.
- Bell, Alan (1984): Language style as audience design. In: *Language in Society* 13, 145-204.
- Bentz, Martin et al. (2016): Von der Pathologie zum Patienten: Optimierung von Wissenstransfer und Verstehenssicherung in der medizinischen Kommunikation. In: *SpIn* 72, 1-43. URL: <http://krebshilfe.sprache-interaktion.de/wp-content/uploads/2016/08/Bentz-et-al.-2016-Von-der-Pathologie-zum-Patienten.pdf>

- Clark, Herbert H. und Susan E. Brennan (1991): Grounding in communication. In: Resnick, Lauren B., John M. Levine und Stephanie D. Teasley (Hgg.): Perspectives on Socially Shared Cognition. American Psychological Association. APA, 127-149.
- Coupland, Nikolas, Justine Coupland, Howard Giles und Karen Henwood (1988): Accomodating the elderly: Invoking and extending a theory. In: Language in Society 17, 1-41.
- Deppermann, Arnulf (2008): Verstehen im Gespräch. In: Kämper, Heidrun/Eichinger, Ludwig M. (Hrsg.): Sprache – Kognition – Kultur. Sprache zwischen mentaler Struktur und kultureller Prägung. Berlin: de Gruyter, 225-261.
- Deppermann, Arnulf (2013): Zur Einführung: Was ist eine “Interaktionale Linguistik des Verstehens”? In: Deppermann, Arnulf (Hrsg.): Deutsche Sprache 1/13. Themenheft: Interaktionale Linguistik des Verstehens. Berlin: Schmidt, 1-5.
- Deppermann, Arnulf (2015): Wissen im Gespräch: Voraussetzung und Produkt, Gegenstand und Ressource. In: Interaction and Linguistic Structure (InLiSt) 57, 1-31.
- Deppermann, Arnulf und Reinhold Schmitt (2008): Verstehensdokumentation: Zur Phänomenologie von Verstehen in der Interaktion. In: Deutsche Sprache 3/08. Berlin: Schmidt, 2008. S. 220-245.
- Deppermann, Arnulf und Reinhold Schmitt (2009): „damit sie mich verstehen“: Genese, Verfahren und recipient design einer narrativen Performance. In: Buss, Mareike/Habscheid, Stephan/Jautz, Sabine/Liedtke, Frank/Schneider, Jan-Georg (Hrsg.): Theatralität des sprachlichen Handelns. München: Fink, 79-112.
- Du Bois, John W. (2007): The stance triangle. In: Englebretson, Robert (ed.): Stancetaking in Discourse. Amsterdam: Benjamins, 139-182.
- Fischer, Kerstin (2006): Konstruktionsgrammatik und situationales Wissen. In: Günthner, Susanne und Wolfgang Imo (Hrsg.): Konstruktionen in der Interaktion. Berlin: de Gruyter, 343-364.
- Gallois, Cynthia und Victor J. Callan (1991): Interethnic accomodation: The role of norms. In: Giles, Howard, Justine Coupland und Nikolas Coupland (Hrsg.): Contexts of Accomodation. Cambridge: CUP, 245-269.
- Giles, Howard (1973): Accent mobility: A model and some data. In: Anthropological Linguistics 33, 27-42.
- Giles, Howard, Nikolas Coupland und Justine Coupland (1991): Accomotation Theory: Communication, context, and consequence. In: Giles, Howard, Nikolas Coupland und Justine Coupland (Hrsg.): Contexts of Accomodation: Devlopments in Applied Sociolinguistics. Cambridge: CUP, 1-68.
- Giles, Howard, Jennifer Fortman, René M. Dailey, Valerie Barker, Christopher Hajek, Michelle Chernikoff Anderson and Nicholas O. Rule (2005): Communication Accomodation: Law Enforcement and the Public. IN: Dailey, René M. und Beth A. Le Poire (Hrsg.): Applied Research in Interpersonal Communication: Family Communication, Health Communication and Communicating Across Social Boundaries. New York: Lang, 241-269.
- Günthner, Susanne (2017): Sprachliche Verfahren bei der Übermittlung schlechter Nachrichten – sedimentierte Praktiken im Kontext onkologischer Aufklärungsgespräche. In: Arbeitspapierreihe Sprache und Interaktion (SpIn) 73 (<http://arbeitspapiere.sprache-interaktion.de/arbeitspapiere/arbeitspapier73.pdf>)
- Heritage, John (2013): Epistemics in conversation. In: Sidnell, Jack und Tanya Stivers (Hrsg.): The handbook of conversation analysis. Malden, Mass, 370–394.

- Imo, Wolfgang (2013): ‚Aneinander vorbei reden‘ – Wenn kommunikative Projekte scheitern. In: Deppermann, Arnulf (ed.): *Verstehen in der Interaktion*. Deutsche Sprache.
- Imo, Wolfgang (2016): Intelligent design: Tailoring one's utterances to recipients, situations and genres. In: *DGLK Yearbook 2015*. Berlin: de Gruyter, 147-169.
- Labov, William und David Fanshel (1977): *Therapeutic Discourse: Psychotherapy as Conversation*. New York: Academic Press.
- Malone, Martin J. (1995): How to do things with friends: Altercasting and recipient design. In: *Research on Language and Social Interaction* 28, 147-170.
- Nomura, Saeko und Edwin Hutchins (2007): The multimodal production of common ground understandings in intercultural flight training. In: *Proceedings of the 14th International Symposium on Aviation Psychology*, 475-480.
- Nussbaum Jon F., Margaret J. Pitts, Frances N. Huber, Janice L. Raup Krieger und Jennifer E. Ohs (2005): Ageism and ageist language across the life span: Intimate relationships and non-intimate interactions. In: *Journal of Social Issues* 61, 287-305.
- Platt, John und Heidi Weber (1984): Speech convergence miscarried: an investigation into inappropriate accommodation strategies. In: *International Journal of the Sociology of Language* 46, 131-146.
- Sachweh, Svenja (2003): ‚so frau adams↓ guck mal↓ ein feines bac-spray↓ gut↑‘: Charakteristische Merkmale der Kommunikation zwischen Pflegepersonal und BewohnerInnen in der Altenpflege. In: Fiehler, Reinhard und Caja Thimm (Hrsg.) : *Sprache und Kommunikation im Alter*. Mannheim: Verlag für Gesprächsforschung, 143-160.
- Sacks, Harvey (1995): *Lectures*. London: John Wiley and Sons.
- Selting, Margret (1985): Levels of style-shifting: exemplified in the interaction strategies of a moderator in a listener participation programme. In: *Journal of pragmatics* 9, 179-197.
- Selting, Margret et al. (2009): Gesprächsanalytisches Transkriptionssystem 2 (GAT 2). In: *Gesprächsforschung – Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion* 10, 353-402.
- Taylor, Donald M. und Richard Bourhis (1973): Towards a theory of interpersonal accommodation through language: some Canadian data. In: *Language in Society* 2, 177-192.
- Vološinov, Valentin (1929/75): *Marxismus und Sprachphilosophie*. Frankfurt: Ullstein.
- Willmann, Thomas (1996): Privates in der öffentlichen Kommunikation. In: Knoblauch, Hubert A. (ed.): *Kommunikative Lebenswelten*. Konstanz: UVK, 201–214.