

Sprache Interaktion

Arbeitspapierreihe

Arbeitspapier Nr. 83 (01/2020)

Krebs und persönliche Kontrolle: Ursachen und Verantwortlichkeiten

Wolfgang Imo

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

Krebs und persönliche Kontrolle: Ursachen und Verantwortlichkeiten¹

No one asks ‚Why me?‘ who gets cholera or typhus. But ‚Why me?‘ (meaning ‚It’s not fair‘) is the question of many who learn they have cancer.“ (Sontag 1978: 28)

1. Einleitung

Krebs ist eine Krankheit, die in der öffentlichen Diskussion stärker als bei anderen Krankheiten mit Ursachen (und, damit zusammenhängend, Verantwortlichkeiten für die Auslösung der Krankheit) verknüpft ist: Die Debatte um Rauchen und Rauchverbote wird mit der krebserregenden Wirkung des Rauchens verbunden (die Schockkampagne mit Warnhinweisen und abschreckenden Bildern auf Zigarettenpackungen befeuert die Wahrnehmung zusätzlich), die aktuelle Debatte um das Verbot des Pestizids Glyphosat dreht sich um dessen mögliche krebsauslösende Wirkung und das Wort Asbest evoziert sofort Krebsgefahr, um nur einige der bekanntesten Assoziationen von Krebs und Ursache zu nennen. In der Medizin ist aber bei vielen (und auch weit verbreiteten) Krebsarten wie Lymphkrebs oder Brustkrebs (noch) keine (klare) Ursache-Folge-Beziehung bekannt. Diese Krebsarten passieren ‚einfach so‘. Den PatientInnen ist dies meist nicht bewusst, und selbst wenn sie es wissen, haben sie dennoch das Bedürfnis einerseits nach Ursachenforschung und andererseits aber auch nach der Bestätigung durch die Ärztin oder den Arzt, den Krebs nicht durch eigene Fehler (meist die Ernährung oder genereller den Lebensstil betreffend) selbst hervorgebracht zu haben.

Es ist daher nicht verwunderlich, dass der Themenkomplex der Ursachen und – oft implizit, aber zuweilen auch explizit – Verantwortlichkeiten für eine Krebserkrankung in der Arzt-Patient-Kommunikation eine wichtige Rolle spielt. Auf der Basis eines in den Jahren 2014/2015 am Städtischen Klinikum Karlsruhe erhobenen Korpus von Aufklärungsgesprächen in der Onkologie, bei denen den Patient/innen erstmals ihre Diagnose geschildert und die sich anschließende Therapie erläutert wird, soll daher gefragt werden, wie und an welchen Stellen PatientInnen das Thema der Krebsursache in das Gespräch einbringen, welche Laienkonzepte von Krebsursachen dabei deutlich werden, wie die Ärztinnen und Ärzte auf die patientenseitige ‚Ursachenforschung‘ reagieren und mit welchen Strategien von Seiten der Ärztinnen und Ärzte auch vorgreifend Ursachen und Verantwortlichkeiten thematisiert werden.

¹ Ich danke den TeilnehmerInnen des Kolloquiums „Medizin & Interaktion“ (Hamburg, 22.-23. November 2018) für ihre sehr hilfreichen Anregungen im Rahmen einer Datensitzung.

2. Das Datenkorpus

Im Rahmen eines von der Deutschen Krebshilfe geförderten Forschungsprojekts mit dem Titel *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 Diagnosemitteilungs- und Therapieplanungsgespräche im Städtischen Klinikum Karlsruhe 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 Aufzeichnung der insgesamt 56 Gespräche erfolgte in vier Abteilungen des Städtischen Klinikums Karlsruhe, die Patientinnen und Patienten mit der Erstdiagnose Krebs behandeln: In der *Medizinischen Klinik I: Allgemeine Innere Medizin, Nephrologie, Rheumatologie und Pneumologie*, in der *Medizinischen Klinik III: Hämatologie, Onkologie, Infektiologie und Palliativmedizin*, in der *Klinik für Allgemein- und Visceralchirurgie* und in der *Frauenklinik*. 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.

Aus ethischen Gründen konnten lediglich Audioaufnahmen durchgeführt werden, Videoaufnahmen waren nicht möglich.

In allen Gesprächen wurden den Patientinnen oder Patienten das erste Mal die gesicherte Krebsdiagnose erläutert sowie die geplanten folgenden Therapiemaßnahmen mitgeteilt. Die Patientinnen und Patienten wussten bis zu diesem Zeitpunkt lediglich, dass ein Verdacht auf Krebs vorliegt (und in der Regel auch, welche Krebsart vermutet wird). Erst nachdem der pathologische Befund der Biopsie den behandelnden Klinikern vorliegt, können diese jedoch eine gesicherte Diagnose erstellen. Erst dann werden die Patientinnen und Patienten zu dem Diagnosemitteilungs- und Therapieplanungsgespräch eingeladen.

Es wurden nur Aufnahmen von Patientinnen und Patienten gemacht, die gute Deutschkenntnisse hatten (die meisten waren Muttersprachler), über 18 Jahre alt waren und sich bei guter geistiger Gesundheit befanden. Der Grund für diese Beschränkung war, dass die Analyse von Verstehensprozessen in ‚normalen‘ Gesprächssituationen das Forschungsziel des Projekts war. Besondere Konstellationen der Kommunikation mit geistig oder sprachlich beeinträchtigten PatientInnen sollten daher ausgeklammert werden.

Neben den Oberärztinnen und Oberärzten sowie den PatientInnen waren bei den Gesprächen meist auch Angehörige der PatientInnen anwesend (z.B. EhepartnerInnen, LebensgefährtInnen,

Eltern, Kinder, Geschwister, Freunde und Freundinnen) sowie Stationsärztinnen und -ärzte, Studierende im praktischen Jahr oder FamulantInnen.

Um die Aufnahmesituation der ohnehin heiklen Gesprächssituation nicht zu verfälschen, nahmen die Projektmitarbeiter bei den Gesprächen nicht teil, und die Aufnahme erfolgte mit kleinen Audio-Aufnahmegeräten, die von den Ärztinnen und Ärzten selbst zu Gesprächsbeginn eingeschaltet wurden (vgl. Bentz et al. 2016 zu einer ausführlichen Projektbeschreibung). Nach der Aufnahme wurden die Gespräche gemäß den Vorgaben des *Gesprächsanalytischen Transkriptionssystems GAT 2* (Selting et al. 2009) transkribiert.

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 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 wurde, 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, auf dessen Basis für gewöhnlich erst die Art und Schwere der Krebserkrankung eingeordnet werden und der Therapieplan erstellt werden kann, ausgewertet wurde, werden die Patientinnen und Patienten zu dem Diagnosemitteilungs- und Therapieplanungsgespräch eingeladen.

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.

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.

3. Krankheit, Krankheitsursachen und Verantwortlichkeiten

In ihrer mittlerweile zum Klassiker avancierten Untersuchung „Illness as metaphor“ stellt Sontag (1978) zahlreiche kommunikative Muster rund um Krebserkrankungen heraus, die auch heute noch zu beobachten sind, beginnend mit der Feststellung, dass Krebs, anders als die meisten anderen Krankheiten, bei medizinischen Laien „thoroughly old-fashioned kinds of dread“ (Sontag 1978: 6) hervorruft. Lange Zeit führte das zu einer auch von Ärztinnen und Ärzten propagierten Verdrängungsstrategie: Es wurde vermieden, die Krankheit beim Namen zu nennen und Betroffene versuchten ihre Erkrankung vor Bekannten und teilweise sogar Angehörigen geheim zu halten. Sontag (1978: 7) stellt kritisch diese weit verbreitete Haltung dar:

Dr. Menninger recommends that physicians generally abandon ‚names‘ and ‚labels‘ (‚our function is to help these people, not to further afflict them‘) – which would mean, in effect, increasing secretiveness and medical paternalism. It is not naming as such that is pejorative or damning, but the name ‚cancer‘. As long as a particular disease is treated as an evil, invincible predator, not just a disease, most people with cancer will indeed be demoralized by learning what disease they have. The solution is hardly to stop telling cancer patients the truth, but to rectify the conception of the disease, to de-mythicize it.

Dass das Verschweigen der Krankheit weder die Probleme löst noch den heutigen Anforderungen an eine Aufklärung der PatientInnen entspricht, ist unbestreitbar. Doch wie eine Neukonzeptionierung von Krebs, eine Entmystifizierung, gelingen kann, ist auch heute noch eine ungeklärte Aufgabe. Eine Strategie der Entmystifizierung besteht darin, systematisch zu versuchen, Krebsursachen festzustellen. Wie Sontag in ihrer Untersuchung zeigt, wurde die im 19. Jahrhundert ähnlich mit namenloser Furcht aufgeladene Krankheit Tuberkulose schlagartig entmystifiziert, als man die Erreger feststellte und so Ursache-Wirkungs-Beziehungen deutlich wurden. Tuberkulose verwandelte sich in der öffentlichen Wahrnehmung schnell von einer schicksalshaften Krankheit zu einer einfachen, prosaischen Infektion. Bei Krebs ist entsprechend ebenfalls das Bemühen zu beobachten, klare kausale Bezüge zwischen Krankheit und Auslöser festzustellen. Die bloße Feststellung, dass es zahlreiche potentielle Ursachen gibt, reicht dabei aber nicht aus. Wie Sontag (1978: 60) in ihrer historisch-vergleichenden Studie zeigt, wurde früher auch Tuberkulose als mysteriöses Leiden behandelt, das auf „myriad causes“ zurückgeführt werden könne, und in genau der gleichen Weise wird dem Krebs als „unsolved riddle“ damit versucht beizukommen, dass man sich darauf einigt, dass er „multi-determined“ sei: „A variety of factors – such as cancer-causing substances (‚carcinogens‘) in the environment, genetic makeup, lowering of immuno-defenses (by previous illness or emotional

trauma), characterological predisposition – are held responsible for the disease.” (Sontag 1978: 60) Die Parallelen zu früheren Ansichten zur Entstehung von Tuberkulose sind auffällig, auch dort wurden neben Umwelteinflüssen psychosomatische Faktoren wie Charaktereigenschaften oder Traumata verantwortlich gemacht. Der Rekurs auf eine multifaktorielle Erklärung, so Sontag (1978: 61) ist dabei allerdings als ein typisches Merkmal dafür anzusehen, dass eine wirkliche Ursachenkenntnis (noch) nicht vorliegt – mit Folgen für die gesellschaftliche Wahrnehmung der entsprechenden Krankheit: „The notion that a disease can be explained only by a variety of causes is precisely characteristic of thinking about diseases whose causation is not understood.“ Bei der Diskussion über Krebs führt dies dazu, dass eben nicht nur eine große Bandbreite an möglichen Ursachen diskutiert wird, sondern dass diese häufig auch moralisch aufgeladen sind in dem Sinne, dass sie auf negatives Verhalten (Zigaretten rauchen, überge- wichtig sein, Solariumbesuche etc.) der Betroffenen zurückgeführt werden:

False hopes and simplified terrors are raised by crude statistics brandished for the general public, such as 90 percent of all cancers are ‚environmentally caused‘, or that imprudent diet and tobacco smoking alone account for 75 percent of all cancer deaths. To the accompaniment of this numbers game (it is difficult to see how any statistics about ‚all cancers‘ or ‚all cancer deaths‘ could be defended), cigarettes, hair dyes, bacon, saccharine, hormone-fed poultry, pesticides, low-sulphur coal – a lengthening roll call of products we take for granted have been found to cause cancer. X-rays give cancer (the treatment meant to cure kills); so do emanations from the television set and the microwave oven and the fluorescent clock face. As with syphilis, an innocent or trivial act – or exposure – in the present can have dire consequences far in the future. It is also known that cancer rates are high for workers in a large number of industrial occupations. Though the exact processes of causation lying behind these statistics remain unknown, it seems clear that many cancers are preventable. (Sontag 1978: 71)

Die Liste kann ergänzt und aktualisiert werden – seit dem Erscheinen von Sontags Analysen tauchen regelmäßig mediale Debatten, die teilweise durchaus als ‚Panikmache‘ zu bezeichnen sind, auf. So gab es Diskussionen zu Lebensmittelzusätzen mit ‚E-Nummern‘, Krebs und UV-Licht, krebserregende Stoffe in Kleidung, Auslöser wie Pflanzenschutzmittel oder auch Stress etc. Durch die mediale Aufmerksamkeit entsteht eine gesellschaftliche Wahrnehmung von Krebs als:

- immer noch mysteriöse, nicht wirklich verstandene und oft nicht therapierbare Krankheit, die
- auf nicht eindeutige Weise und oft sehr vage mit einer breiten Palette möglicher Ursachen verknüpft ist (die Tatsache, dass selbst einigermaßen gesicherte Korrelationen wie Rauchen und Lungenkrebs sich lediglich durch ein erhöhtes Risiko, nicht aber durch eine ausnahmslose Ursache-Folge-Beziehung auszeichnen, trägt zu dem Gefühl der Nichtkontrollierbarkeit der Ursachen bei) und bei der

- regelmäßige Vorsorge angeraten ist, um Krebs frühzeitig erkennen und besser behandeln zu können.

Dieser dritte Aspekt wird ebenfalls durch die Medien (beispielsweise durch groß angelegte Plakatkampagnen des Gesundheitsministeriums zur Krebsvorsorge) gesellschaftlich verankert und führt zu einer Wahrnehmung der Kontrollierbarkeit von Krebs: Wer regelmäßig zur Vorsorge geht, so die Meinung vieler, ist vor Krebs geschützt. Entsteht dann trotz Vorsorge und trotz der nach eigener Wahrnehmung erfolgten Vermeidung der bekannten Ursachen eine Krebskrankheit, so stellt sich ein Gefühl der ungerechten, unfairen ‚Bestrafung‘, des willkürlichen ‚Herausgepicktwerdens‘ ein. Ausgenommen die Fälle, in denen erbliche Krebskrankheiten bekannt sind (hier stellt sich den Betroffenen zumindest eine greifbare Ursache), herrscht grundsätzlich die Meinung, dass Krebs eine Krankheit ist, „that strikes each person, punitively, as an individual. No one asks ‚Why me?‘ who gets cholera or typhus. But ‚Why me?‘ (meaning ‚It’s not fair‘) is the question of many who learn they have cancer.“ (Sontag 1978: 28)²

Da die umweltbedingten möglichen Krebsursachen (UV-Strahlen oder karzinogene Stoffe in Kleidung oder Nahrung) viel zu unspezifisch sind und zudem praktisch jeder diesen ausgesetzt ist, aber nicht jeder Krebs bekommt, lenkt die Frage „Warum ich?“ den Blick unweigerlich auf psychische Aspekte. Schon im 19. Jahrhundert war die Ansicht weit verbreitet, dass Stress krebsauslösend ist (Sontag 1978: 52-53). In den 1970er-Jahren, also die Arbeit von Sontag erschien, war offenbar gerade im gesellschaftlichen Diskurs die Ansicht weit verbreitet, dass „cancer-prone are those that are not sufficiently sensual or in touch with their anger“ (Sontag 1978: 25), und heute wird Meditation und Entschleunigung als Prävention gegen Krebs propagiert. All diese Ansätze der ‚Psychologisierung‘ von Krebs können als Versuche angesehen werden, „control over the experiences and events (like grave illnesses) over which people have in fact little or no control“ zu gewinnen. Wenn die Krankheit Krebs psychologisch erklärt werden kann, bietet sich vermeintlich Raum für Ursachenbekämpfung (z.B. Stressvermeidung; Aufbau von Achtsamkeit etc.). Das negative Gegenstück dieses gefühlten Kontrollgewinns ist dabei aber die erhöhte Verantwortung der Patientinnen und Patienten für die Ursache und Überwindung der Krankheit: „Ostensibly, the illness is the culprit. But it is also the cancer patient who is made culpable. Widely believed psychological theories of disease assign to the luckless ill the ultimate responsibility both for falling ill and for getting well.“ (Sontag 1978: 57)

² Ein sicher nicht unwichtiger Aspekt, auf den hier nicht weiter eingegangen wird, ist dabei das christliche Denken von göttlicher Strafe, das dieses Gefühl mitauslöst: „With the advent of Christianity, which imposed more moralized notions of disease, as of everything else, a closer fit between disease and ‚victim‘ gradually evolved. The idea of disease as punishment yielded the idea that a disease could be a particularly appropriate and just punishment.“ (Sontag 1978: 43)

Für die Analyse der gesellschaftlichen und vor allem medialen Diskurse um Verantwortlichkeiten bei Krebs wäre eine eigene Studie erforderlich. Da in dieser Arbeit der Fokus auf der Thematisierung von Ursachen und Verantwortlichkeiten in Arzt-Patient-Gesprächen liegen soll, werden im Folgenden stellvertretend für unzählige Internetinformationsseiten zu Krebsursachen einige aktuelle Aussagen dazu auf der Informationsplattform des Krebsinformationsdienstes aufgeführt, die zeigen, dass die von Sontag (1978) beschriebenen Konzepte auch heute noch gelten.³

Die Informationsplattform des Krebsinformationsdienstes besteht aus mehreren Webseiten, die sich unterschiedlichen Themen rund um den Krebs widmen. Eine umfangreiche Seite (www.krebsinformationsdienst.de/leben/krankheitsverarbeitung/psyche-und-krebsrisiko.php; Abruf am 29.11.2018) befasst sich mit Fragen der Korrelation von psychischen Belastungen und Krebs. Eingangsfragen wie „Gibt es die Krebspersönlichkeit?“ oder „Macht Unglück krank?“ greifen typische Patientenfragen auf, ebenso der Verweis darauf, dass viele Menschen davon ausgehen, dass der Zusammenhang zwischen psychischen Belastungen und Krebs gesichert sei. Diese Vermutungen werden allerdings klar zurückgewiesen, es wird betont, dass epidemiologische Studien bislang für „Kummer, Unglück, Depression oder besonders belastende Lebensereignisse kein sicheres Bild“ ergeben haben und es daher „eher so aus[sieht], dass sich keine direkten Zusammenhänge belegen lassen“. Allerdings wird sozusagen ‚über Umwege‘ doch eine Beziehung hergestellt: „Kummer, Depression oder andere psychische Belastungen haben vor allem eine Bedeutung, wenn sie auch den Lebensstil gravierend verändern und zum Beispiel zu gesteigertem Alkohol- und Tabakkonsum, zu Übergewicht und Bewegungsmangel oder zu anderen Risikofaktoren führen.“ Nicht psychologische Belastung ist also krebsauslösend, sondern gesundheitsschädigendes Handeln:

Aus dem derzeit immer noch lückenhaften Wissen über seelische Einflüsse auf die Krebsentstehung lassen sich keine Rezepte für die Lebensführung ableiten. Es bleibt also bei den Ratschlägen, die eindeutig bekannten Krebsrisiken zu meiden, sich viel zu bewegen und sich gesund zu ernähren. Psychisches Wohlbefinden ist wichtig – aber kein ‚Zwang zum positiven Denken‘.

Der psychologischen Ursachenforschung durch Patientinnen wird also klar Einhalt geboten und es wird zurückgelenkt auf umwelt- und handlungsbezogene Ursachen – mit dem oben bereits beschriebenen Problem, dass diese multifaktoriell und selten eindeutig bestimmbar sind. Auf der entsprechenden, sich mit Faktoren des Lebensstils befassenden Informationsseite

³ In einem Interview im Zeit Magazin vom 23.5.2019 (S.16) antwortete der bekannte Onkologe Michael Hallek auf die Frage, welche Fragen Patienten ihm am häufigsten stellen: „Was würden Sie jetzt empfehlen, was soll ich machen. Die zweite: Was kann man sonst noch tun. Damit zielen die Menschen auf Naturheilverfahren ab, auf Homöopathie, auf komplementäre Verfahren außerhalb der Schulmedizin oder auf ein anderes Verhalten und eine verbesserte Ernährung. Die dritte Frage: Was habe ich falsch gemacht?“

(www.krebsinformationsdienst.de/vorbeugung/risiken/lebensstil.php; Abruf am 29.11.2018) werden Fragen gestellt wie „Wie kann man sich schützen?“, „Kann man Krebs überhaupt vorbeugen?“, „Lässt sich das Krebsrisiko senken, wenn man möglichst gesund lebt, sich ausgewogen ernährt, Sport macht, nicht raucht und nicht trinkt?“ und „Oder entsteht eine Tumorerkrankung eher zufällig, und es kann jeden treffen?“. Die Antwort ist zweigeteilt und lässt wieder viel Raum für die Wahrnehmung von Krebs als ‚schicksalshafter‘ Krankheit, die relativ willkürlich erscheint:

Heute weiß man: Es gibt Krebsarten, vor denen man sich nach bisherigem Kenntnisstand kaum aktiv schützen kann. Ihre Auslöser sind zufällige genetische Fehler bei der Zellteilung - je älter man wird, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit für solche ‚Unfälle‘. Doch gerade gegen einige der häufigeren Krebsarten lässt sich etwas tun: Das Risiko sinkt, wenn man die heute bekannten Auslöser vermeidet und darauf achtet, was im Alltag guttut.

Das Wort „Unfälle“ stellt sehr gut diesen Aspekt der Hilflosigkeit und Unkontrollierbarkeit heraus. Hoffnung wird allerdings insofern geweckt, als für die einige der „häufigeren“ Krebsarten Präventionsvorschläge angekündigt werden: Nicht rauchen (weder aktiv noch passiv), auf ein gesundes Körpergewicht achten, sich im Alltag regelmäßig bewegen und nicht zu viel sitzen, sich gesund ernähren, kalorienreiche und salzreiche Lebensmittel sowie industriell verarbeitetes und rotes Fleisch meiden, Alkoholkonsum reduzieren oder besser noch einstellen („Der völlige Verzicht auf Alkohol ist noch besser für die Verringerung Ihres Krebsrisikos.“), zu viel Sonnenstrahlung meiden, am Arbeitsplatz krebslauslösende Stoffe meiden, überprüfen, ob man zu Hause einer erhöhten Strahlenbelastung durch natürliches Radon ausgesetzt ist, Kinder stillen (senkt das Krebsrisiko von Müttern), Hormontherapien meiden und Kinder impfen lassen. Der letzte Eintrag ist kein Ratschlag für die Lebensführung, sondern eine Empfehlung der Teilnahme an Vorsorgeprogrammen: „Nehmen Sie an bestehenden Krebsfrüherkennungsprogrammen teil: Darmkrebs (Männer und Frauen), Brustkrebs (Frauen), Gebärmutterhalskrebs (Frauen).“ Die Suggestion der Kontrolle über Krebsrisiken durch die Übernahme der Verantwortung für einen gesunden Lebensstil wird allerdings im Anschluss direkt wieder doppelt in Frage gestellt:

Eines ist klar: Selbst wer alle diese Empfehlungen beherzigt, kann sein persönliches Krebsrisiko niemals auf Null reduzieren. Es gibt eine ganze Reihe von Tumorarten, die vermutlich ohne messbare äußere Einflüsse entstehen. Ihnen kann man nach heutigem Wissensstand auch nicht durch einen gesunden Lebensstil vorbeugen. Dazu gehören beispielsweise Krebserkrankungen bei Kindern, die meisten Formen von Leukämien und Lymphomen oder von Hirntumoren. Wie immer bei Krebs entstehen die ersten Tumorzellen aufgrund von Fehlern bei der Zellteilung oder durch Veränderungen an der Erbinformation. Doch bei diesen Krebsarten passieren diese Fehler ‚zufällig‘, aufgrund von Mechanismen, die man recht gut kennt, aber noch nicht in allen Details versteht.

Es ist nicht nur nicht gewährleistet, dass man durch entsprechende Lebensführung Krebsarten vermeiden kann, bei denen Verdacht oder Wissen um direkte Ursachen besteht, bei zahlreichen Krebsarten bleibt der Zufall weiterhin die einzige Erklärung. Die Grundsituation von an Krebs Erkrankten zum heutigen Zeitpunkt hat sich somit in Bezug auf die Ursachen seit den 1970er-Jahren nicht wesentlich geändert: Es bleibt eine unklare Gemengelage aus bekannten Risikofaktoren, Empfehlungen (ohne Garantie) zur Krebsvermeidung (Lebensstil) und frühzeitigen Bekämpfung (Vorsorge) und einem immer noch großen Bereich des Willkürlichen, Schicksalshaften. Diese Gemengelage kommt in den Gesprächen immer wieder zum Vorschein. Im Folgenden sollen nun auf meist patientenseitig, aber auch ärztseitig geäußerte Bezüge zu Ursache und Verantwortung dargestellt werden: In Abschnitt 4.1. werden Aspekte behandelt, die mit der ‚Schicksalhaftigkeit‘ und ‚Nicht-Kontrollierbarkeit‘ der Erkrankung zusammenhängen (z.B. Fragen der Vererbbarkeit oder zufälliger Mutationen). In Abschnitt 4.2. wird auf den Themenbereich *Krebs und Lebensstil* eingegangen und in 4.3. schließlich auf die Rolle von Vorsorgeuntersuchungen. Dabei wurden alle Gespräche nicht nur auf die genannten Themenkomplexe hin durchsucht, sondern auch gefragt, ob und wie jeweils Patientinnen und Patienten oder Ärztinnen und Ärzte eines der jeweiligen Themen initiieren.

4. Krebsursachen und Verantwortlichkeiten: eine empirische Analyse

4.1 Krebs als mehr oder weniger zufällige Mutationen von Zellen – Schicksal oder Vererbung?

Wie in Abschnitt 3 dargestellt, ist es vor allem der Charakter des Zufälligen und Schicksalhaften, der PatientInnen Probleme macht, wie der folgende Auszug aus einem Gespräch mit einem Patienten mit der Diagnose Hodgkin Lymphom zeigt. Im Anschluss an die Diagnosemitteilung und erste Therapieplanung gibt der Arzt dem Patienten Raum, selbst noch Fragen zur Diagnose zu stellen:

Beispiel 1: Hodgkin Lymphom

```

371 AM02 ham sie noch ne frage zur diagNOse selbst?
372 PM15 °hh was heißt diagNOse,
373 (-) sie mEinen die-
374 [was mein-]
375 AM02 [die krank]heit SELBST,
376 PM15 °hh ja GOTT,
377 pffff
378 ich verSTEH se net;
379 wie des entSTEHT,
380 des ist das EIn[zigste was ich mir NICHT-]
381 AM02 [(lacht)) ]
382 PM15 [ich hab da was ge ich- ]
383 AM02 [DA sind noch viele forscher am werk.]
384 PM15 Ich hAb da was geLEsen,
385 aber WISSen se,
```

386 das geht da REIN und rAus,
 387 und und sagt mir DOCH nicht viel.
 388 AM02 hm_hm.
 389 PM15 des da irgendwas GSCHTÖRT is,
 390 ich man FRAGT sich halt,
 391 woHER das plötzlich kOmmt,
 392 man kann sich des net erKLÄRN,
 393 °hh vor ALlen dingen weil- (-)
 394 was ICH mir nicht-
 395 mich FRAge,
 396 is wie das so SCHLEIchend kommen kann;
 397 des IS so-
 398 und man in ne ganz Andere richtung geDACHT hat zuerst. hh°.
 399 [DES is des w-]
 400 AM02 °hh [sie hAben einen] etwas Untypischen (--) DARstellungsmodus,
 401 weil sie keine vergrößerten LYMPHknoten ham.

Das einzige Problem, das der Patient hat, ist, dass er die nicht verstehen kann, wie der Lymphkrebs bei ihm entstanden ist. Das Nicht-Verstehen wird durch resignative sprachliche Mittel wie das „pffff“ (Z. 377) (vgl. Baldauf/Imo i.E. zu Funktionen von *pff*; eine Funktion besteht darin, Unsicherheit anzuzeigen) sowie die Interjektion „ja GOTT“ (Z. 376). Auch die „extreme case formulation“ (Pomerantz 1986) „das EINzigste was ich mir NICHT“ (Z. 380) verweist auf das Verstehensproblem. Der Arzt reagiert mit einem Lachen und der Feststellung, dass die Ursachenforschung noch läuft – er impliziert also, dass nicht nur für die PatientInnen, sondern auch für die ÄrztInnen die Ursachen nicht bekannt sind. Diese wenig befriedigende Antwort führt zu einer Reformulierung, bei der der Patient sich zunächst durch das de-agentivierende Indefinitpronomen *man* in eine suggerierte große Gruppe von nicht näher spezifizierten Personen stellt, die ratlos vor der Krankheit stehen: „man FRAGT sich halt, woHER das plötzlich kOmmt“ (Z. 390-391) und „man kann sich des net erKLÄRN“ (Z. 392) (vgl. Imo/Ziegler 2018 zu solchen deagentivierenden Funktionen von *man*). Danach wechselt er jedoch zum Personalpronomen *ich* und refokussiert von der allgemeinen Frage der Ursache der Krankheit, die ungeklärt bleiben muss, auf seinem konkreten Fall: Die Krankheit hat sich schon lange entwickelt und wurde aber nicht entdeckt, da sie mit Rückenschmerzen verwechselt wurde. Der Grund dafür war, dass, anders als bei einem Hodgkin-Lymphom sonst üblich, die Lymphknoten nicht vergrößert waren. Auf dieses Thema geht der Arzt nun ein, denn hier sind klare Aussagen möglich. Der Arzt erläutert nochmals die Anamneseschritte und erklärt, dass der Patient einen Sonderfall darstellt. Danach steigt der Patient selbst aus der Thematisierung der Ursachen und der Vorgeschichte aus und leitet mit „SO und wie geht es jetzt wEiter?“ in die konkrete Therapieplanung über.

Eng mit der Ursachenfrage verknüpft ist für die PatientInnen auch die Sorge um eine mögliche Vererbbarkeit, wie in folgendem Auszug aus einem Gespräch mit einem Patienten mit T-Zell-Leukämie deutlich wird:

Beispiel 2: T-Zell-Leukämie

502 AM03 =MIT berücksichtigt werden.
 503 oKAY?
 504 PM07 kamma jetzt au sage durch WAS sowas entsteht?
 505 AM03 (3.3)
 506 °hhh (--) JA de:r-
 507 ä::hm profESSor ((anonym.)) unser pathologe FORSCHT [noch,]
 508 PM07 [hm_hm,]
 509 AM03 [ob (.)]das (.) zurückzuführen ist auf eine GE:N,
 510 PM07 [hm_hm,]
 511 AM03 (--) auf eine ge!NE!tische veränderung,
 512 PM07 [hm_hm,]
 513 AM03 [IN den] zellen SELBST;
 514 PM07 ja,
 515 AM03 (-) das LÄUFT grade==
 516 =und ist noch NICHT bewiesen.
 517 PM07 hm_hm;
 518 AM03 (--) °h also (.) wenn das so NACHgewiesen werden wird,
 519 kann man SAgen,
 520 es ist einfach bei IHnen,
 521 (--) im RAHmen der-
 522 (--) TEILung solcher zellen-
 523 ein kleiner FEHler passiert,
 524 PM07 [(--) hm_hm,]
 525 AM03 [(--) der dann] zur (--) KREBSentstehung geführt hat.
 526 PM07 HAT des hat des jetzt_äh-
 527 AM03 [es ist NICHT vererbbar.]
 528 PM07 [NACHwirkungen auch-]
 529 AM03 [((räuspert sich))]
 530 PM07 [nich ver==]
 531 =das wollt ich grad FRAge;
 532 AM03 [ja;]
 533 PM07 [es hat] Also,
 534 für ANdere familienangehörige und nAchkomme;=also-
 535 AM03 SO IST das;
 536 (1.0)
 537 PM07 die können [sich also mal berUHIGT au zurück][lehnen?]
 538 AM03 [<<lauter werdend> DER=der=der,]
 539 WENN er vorliegt,
 540 nOchmal [was w]ir noch nicht [SICH]er wissen;
 541 PM07 [ja,]
 542 [ja;]
 543 AM03 (-) dann ist dieser gEndefekt !NUR! (-) in den KREBSzellen;
 544 PM07 [hm_hm;]
 545 AM03 [in KEI]ner anderen körperzelle==
 546 =Auch nicht in den SPERMien.
 547 PM07 Oke;
 548 AM03 ja?
 549 (--) °h jetzt HAM_wir ja drüber gesprochen,
 550 ich habS GLEICH am Anfang gesagt;
 551 das ist schon als KREBSerkrankung;
 552 wenn auch als !GÜN!stige;

Der Auszug stammt aus einer späten Gesprächsphase. Der Arzt schildert dem Patienten, dass dieser in Zukunft für den Rest seines Lebens auf Symptome achten muss, die auf einen erneuten Ausbruch hinweisen könnten. Diese Aufforderung, auf Symptome wie Gliederschmerzen zu achten, wird durch den Arzt in Z. 503 mit „oKAY?“ beendet. Der Patient reagiert darauf nicht verbal, sondern initiiert abrupt das neue Thema der Entstehung der Krankheit. Nach einer langen Pause und einigen Disfluenzmarkern (Einatmen, Mikropause, Dehnung, Zögerungssignal), die hier möglicherweise auf den abrupten Themenwechsel zurückzuführen sind, liefert der Arzt eine ähnliche Antwort wie im ersten Beispiel, nämlich dass daran noch geforscht wird (Z. 507), wobei immerhin eine – wenn auch wenig befriedigende Ursache genannt wird: eine genetische Veränderung (Z. 511). Wenig befriedigend ist dabei, dass dies zwar eine Ursache in dem Sinne ist, als damit unmittelbar erklärt wird, wie der Krebs entsteht, aber nicht, wie diese Veränderung zustande gekommen ist. Diese wird entsprechend als zufällig markiert: „es ist einfach bei IHnen, (--) im RAHmen der- (--) TEILung solcher zellen- ein kleiner FEHler passiert“ (Z. 520-523). Sowohl die Bezeichnung „kleiner FEHler“ als auch der Einsatz der Modalpartikel „einfach“, die, wie Spreckels (2009) zeigt, in Erklärsituationen immer dann zu Einsatz kommt, wenn die Erklärenden genauere Angaben nicht liefern können oder wollen und an ein ‚wohlwollendes Verstehen‘ der RezipientInnen appellieren, legen dem Patienten nahe, nicht nach einer tieferen Ursache zu fragen, sondern das zufällige Entstehen zu akzeptieren. Mit der Thematik der genetischen Veränderung bzw. Erbgutveränderung eröffnet sich allerdings direkt Frage, ob eine kausale Relation insofern gegeben sein könnte, als andere Familienmitglieder nun ebenfalls ein hohes Krebsrisiko haben. Der Arzt geht initiativ direkt auf dieses thematische Potential ein und verneint die Vererbbarkeit. Dass er mit seiner Annahme, dass dies für den Patienten eine wichtige Frage ist, richtig gelegen hat, zeigt dessen Reaktion in Z. 531 („das wollt ich grad FRAge“). Die Schlussfolgerung, dass sich die übrigen Familienmitglieder „beRUHIGT au zurÜcklehnen“ (Z. 537) können, wird allerdings nicht klar bestätigt, sondern von der noch ausstehenden Forschung abhängig gemacht. Am Ende dieser Sequenz wechseln Arzt und Patient wieder zur Frage der Therapierbarkeit und steigen aus der Thematik Ursache/Vererbbarkeit aus.

Eben wurde angedeutet, dass das Thema Vererbbarkeit bei den PatientInnen stark präsent ist. Dies liegt zum einen an der Tatsache, dass Krebs durch Veränderungen im Erbgut entsteht und das Wort *Erbgut* entsprechend auch Assoziationen von Vererbung auf Nachkommen auslöst, und zum anderen an aus den Medien bekanntem Wissen darüber, dass zumindest manche Krebsarten tatsächlich vererbbar sind oder zumindest bei Verwandten gehäuft auftreten. Dieses

Wissen wird zuweilen von den Patienten als gesichert vorausgesetzt, wie von der folgenden Brustkrebspatientin:

Beispiel 3: Brustkrebs lobuläres Karzinom

351 AW08 (-) hAbe SIE-
 352 MO:mentan,
 353 zu dem VORgehen noch ne frage ((anonymisiert))-
 354 PW30 °hh <resigniert ausatmend <nä:>> hhh°;
 355 (---)
 356 EIgentlich net.
 357 ((einsilbige ‚resignierende‘ Lachpartikel))
 358 AW08 isch KLAR;=gell,
 359 MUSS halt sein;
 360 [und dann-]
 361 PW30 [s_isch ich ha]b_s beFÜRCHtet,
 362 AW08 ja;
 363 PW30 (-) mit meiner ganze VORgschicht;=
 364 =auch familiÄR bedingt;
 365 AW08 [ja;]
 366 PW30 [mit_m] BRUSCHTKrebs.
 367 AW08 <<leise, Knarrstimme> ja;>
 368 PW30 °hh wAr zu beFÜRCHte.
 369 AW08 <<leise, Knarrstimme> ja;>

Zum Abschluss des Gesprächs, als die Ärztin die Patientin fragt, ob sie selbst noch Fragen zur Therapie hat, verneint diese und wechselt zum Thema der Krebsentstehung. Sie selbst hatte schon zuvor zwei unterschiedliche Krebsarten gehabt, und zudem waren Angehörige ihrer Familie vor ihr bereits an Brustkrebs erkrankt. Auf diese Tatsachen verweist sie durch „mit meiner ganze VORgschicht;=auch familiÄR bedingt“ (Z. 363-364). Die kausalen Korrelationen (Brustkrebs als Krebsart, bei der eine höhere Wahrscheinlichkeit vorliegt, wenn sie in der Familie bereits vorgekommen; höhere Wahrscheinlichkeit, an Krebs *erneut* zu erkranken) wird von der Patientin als gesichert vorausgesetzt und von der Ärztin auch lediglich ohne weitere Informationen bestätigt. Die Episode dient hier nicht der Ursachenforschung, sondern ist ein Vehikel zum Ausdruck von Trauer und Resignation.

Ganz ähnlich auch im folgenden Beispiel, ebenfalls aus einem Gespräch mit einer Brustkrebspatientin mit einem mikropapillären Karzinom:

Beispiel 4: Brustkrebs mikropapilläres Karzinom

674 AW07 ham sie KINder,
 675 PW32 ((zieht die Nase hoch)) (0.8)
 676 AW07 wie alt SIND die denn?
 677 PW32 <<mit weinerlicher Stimme> meine tochter wird jetzt SIEBzahn;>
 678 hhhh°
 679 AW07 ?hm_hm,
 680 PW32 (1.0)
 681 AW07 und ihr SOHN,
 682 (-) oder haben sie SONST noch e-
 683 EIne TOCHter?
 684 PW32 [<<leise> nur die TOCHter.>]
 685 AW07 [EIne tochter mit sieb]zahn;=oKAY.
 686 PW32 [((zieht die Nase hoch))][((stöhnt))]

687 <<weinend> die kriegt ja den SCHEIß dann wahrscheinlich Auch;
688 <<weinend> °hhh hhh°>
689 AW07 (0.7)
690 MUSS man verstärkt nach ihr kucken,
691 KANN sein mUss nicht sein.
692 PW32 hhhh°
693 (2.5)
694 AW07 auf JEden fall-
695 kOmmt sie in die (-) SIcher intensivIerte vorsorge (ja).
696 PW32 [hh°]
697 AW07 (-) [wenn] die MUTter des,
698 (-) so RELativ jung bekommen hat;=ja.
699 (-) ?hm_hm,
700 PW32 (0.7) °hh wie is_n des so mit jetzt die gANze ZEIT,
701 wie LANG:: bin ich denn dann;;
702 °h hhh°[(ich weiß net)]
703 AW07 [also MIT chEmo]therapie sind sie,=
704 =ARbeiten Sie?

Die Patientin setzt ebenfalls als weitgehend gesicherte kausale Korrelation voraus, dass ihre Tochter Brustkrebs bekommen wird, wobei sie durch „wahrscheinlich“ die Äußerung allerdings abschwächt und die Ärztin zu einem Widerspruch einlädt. Diese Strategie könnte man mit Pomerantz (1980) als „fishing device“ bezeichnen. Pomerantz untersuchte Strategien von Interagierenden, bei denen durch eine Aussage wie „Ich habe gestern versucht anzurufen, aber du warst nicht da.“ implizit der Gesprächspartner zu einer Begründung für die Abwesenheit gebracht werden soll, also nach der Begründung ‚gefischt‘ wird. In ähnlicher Weise kann man sagen, dass die Präsentation einer negativen Aussage, die mit modalisierenden Ausdrücken wie *wahrscheinlich* im epistemischen Status heruntergestuft wird, zu einem „fishing“ nach Widerspruch eingesetzt werden kann. Die Ärztin widerspricht zwar nicht klar, stuft aber die negative Erwartungshaltung der Patientin etwas positiver ein, indem sie mit „KANN sein mUss nicht sein“ (Z. 691) einen größeren ‚Hoffungsraum‘ eröffnet als die Patientin mit „die kriegt ja den SCHEIß dann wahrscheinlich Auch“ (Z. 687). Trotzdem bleibt der Ernst der Lage präsent, die Grundannahme einer kausalen Verknüpfung von Krebsentstehung und Vererbung bleibt bestehen, indem die Ärztin eine „intensivIerte vorsorge“ (Z. 695) als für die Tochter unabdingbar bezeichnet.

Während die kausale Verknüpfung von Krebs und Vererbbarkeit bzw. erhöhte Risikochancen bei Verwandten von den ÄrztInnen stets aufgegriffen und je nach Krebstyp bestätigt oder negiert wird, kann die Frage nach der eigentlichen Ursache der Mutation selbst nicht beantwortet werden, wie der folgende Auszug aus einem Gespräch mit einem Patienten mit Haarzelleukämie zeigt. Die Schwester des Patienten (GW01) bringt hier das Thema der Ursachen ein:

Beispiel 5: Haarzelleukämie

389 GW01 <<p> hm_hm,>
390 (1.4)
391 °hhh darf ich noch was FRAGEN,

392 ich hab noch net ganz verSTANDen;=
 393 diese HAAR (.) zell (.) leukämie;
 394 °hh ähm,
 395 °h (1.1)
 396 wie muss ich mir das VORstellen;
 397 da entsteht dann plötzlich IRgendwas im knochemark?
 398 was dann SOzusagen diese blut äh äh blut äh äh zellen,
 399 also diese RÖten weißen und die blÜtplättchen,
 400 °h ähm ZAHL verringert?=
 401 =also w_wie- (.)
 402 ich weiß net so richtig wie ich mir das VORstellen soll;
 403 °hhh is äh-
 404 AM03 °hh ÄHM-
 405 (--)
 406 JA das_s gUt dass sie da nAchfragen;
 407 also knOchenmark is ja die BLUT (.) fabrik;
 (...)
 422 AM03 da ham wir AUCh gemessen,
 423 (-) das ist zweifelsFREI so,
 424 (---) EIne (.) <<sehr deutlich> MUtAtIon> in dieser zelle
 stattgefunden.
 425 is ja MEIStens so;
 426 die ALler (.) Aller (.) meisten krEbsformen,
 427 PM29 hm_hm,
 428 (1.0)
 429 AM03 sind zurückzuführen auf EIne (.) oder mEhrere,
 430 (-- mUtAtIONen;
 431 im erbgut DIEser zelle.
 432 (-) [ja,]
 433 GW01 [hm_hm,]
 434 <<p> hm_hm,>
 (...)
 457 GW01 hm_hm,>
 458 (-) und wie kommt diese MUtationen zustande?
 459 was is der AUSlöser,
 460 AM03 (-- WIE (.) das is;
 461 (-) [öh eine sch] so genannte sponTAN (.) mutation;
 462 GW01 [einfach SO,]
 463 [oKAY,]
 464 PM29 [aHA,]
 465 GW01 (---)
 466 PM29 ((hustet))
 467 AM03 eine <sehr deutlich <spontA:Nmutation>>.
 468 GW01 hm_hm,
 469 (---)
 470 AM03 WIE-
 471 also das is ja der PUNKT,
 472 KREBS,
 473 (-) wird,
 474 (---)
 475 GW01 hm_hm,
 476 AM03 (-- IMmer Immer häufiger,
 477 waRUM,
 478 weil die menschen immer immer ÄLter werden,
 479 (-) ja?
 480 (---) es is eine erkrAnkung eigentlich des ÄLteren menschen;
 481 (-) in Unserem LE:ben;
 482 was MEInen sie während wir hier sITzen;
 483 entstehen TAUsende oder milliOnen von mutAtionen,
 484 PM29 hm_hm,
 485 AM03 die das kÖrper (.) reparaTURsystem aber wieder (-) korrigieren
 kann;
 486 GW01 hm,=

487 PM29 =JA:_ja;
 488 AM03 aber natÜrlich ist das nicht HUNdertprozentig sICher das system;
 489 GW01 <<p> hm_hm;>
 490 AM03 °h SO muss man sich das vOrstellen;=ne,
 491 GW01 (--) Okay.
 492 (---) weil ich mein FÜNfzig jahre ist jetzt meiner ansicht nach
 net wirklich jung,
 493 AM03 es gibt KINder [die krebs haben;]
 494 GW01 [<<p> JA_ ja; >]
 495 [ja ALso,]
 496 AM03 [also natÜrlich,=ja,]
 497 GW01 ja;
 498 PM29 ja,
 499 GW01 (-) JA_ ja;
 500 AM03 es is SCHICKsalhaft.
 501 GW01 JA_ ja:
 502 (-) o[KAY-]
 503 PM29 [SPRICH]wörtlich.
 504 ja.
 505 GW01 WÜRd das auch bedeuten es hat auswirkungen auf den rest der
 famIlie,
 506 also das ma auch sagt oKAY,
 507 es KANN theoretisch sein,
 508 [dass das] SOzusagen wenns äh-°hhh
 509 AM03 [nein.]
 510 AM03 nein es hat KEIne [auswirkung] (aus)-
 511 GW01 [oKAY.]
 512 hm,
 513 AM03 überhAupt KEIne [auswirkung] auf den rEst der familie;=
 514 GW01 [ja; oKAY:;]
 515 =muss nicht heißen dass wenn ER es hat dass dann andere,
 516 dass (-) wir Auch dazu NEIgen.
 517 SO mein ich das.
 518 (1.6)
 519 AM03 RIChtig.
 520 ERStens es ist keine erbkrankheit,
 521 GW01 hm_hm;
 522 AM03 ZWEItens dIese krankheit,
 523 zu krIegen im alter von FÜNfzig.
 524 GW01 hm_hm;
 525 AM03 bedeutet für den rEst der familie !Ü!berhaupt kein
 [erhöhtes risiko.]
 526 GW01 [<<p> oKAY, >]
 527 [<<p> ja, >]
 528 PM29 [hm_hm;]
 529 GW01 <<p> oKAY, >
 530 <<p> ja, >
 531 (--) <<p> oKAY; >
 532 gut.

Zum Gesprächsende thematisiert die Schwester des Patienten ihr Problem, das Entstehen der
 Krebserkrankung nachzuvollziehen. Dabei spielt vor allem eine Rolle, das sie nicht versteht,
 wie „dann plötzlich IRgendwas im knochenmark“ (Z. 397) entstehen soll. Der Arzt setzt in der
 Folge mit einer langen Erklärung an, wobei – wie auch in den vorigen Fällen zu beobachten –
 die Mutation für die ÄrztInnen den relevanten Ursachenpunkt darstellt. Für die PatientInnen
 und deren Angehörige ist das aber eine unbefriedigende Erklärung, da die Entstehungsfrage
 damit lediglich von „Wie entsteht Krebs?“ zu „Wie entsteht die Mutation?“ verschoben wird.

Genau diese Frage stellt die Schwester in Z. 458. Der Arzt beantwortet diese mit dem Fachbegriff („eine sch so genannte sponTAN (.) mutation“ (Z. 461), während parallel GW01 selbst mit „einfach SO“ (Z. 462) alltagssprachlich die gleiche Antwort liefert. Sowohl der Patient als auch die Schwester quittieren die Antwort des Arztes mit eher zögernden, abwartenden Signalen mit steigender Tonhöhe, die zur Fortsetzung der Erläuterung durch den Arzt einladen („oKAY,“ und „aHA,“; Z. 463-464). Er Arzt wiederholt den Fachbegriff und liefert dann eine Erklärung für Spontanmutationen, die im Laufe des Alters einfach aufgrund der schieren Menge an Mutationen immer wahrscheinlicher vom Körper nicht korrigiert werden können (Z. 485). Die Schwester des Patienten führt gegen diese Erklärung an, dass ihr Bruder mit fünfzig Jahren noch nicht sehr alt sei (sie sagt zwar „net wirklich jung“ (Z. 492), dies ist jedoch im Kontext und auch belegbar durch die Reaktion des Arztes als ein Versprecher zu werten). Der Arzt erinnert daran, dass Krebs nicht nur ältere Menschen befällt („es gibt KINder die krebs haben“; Z. 493), womit er selbst einräumt, dass die Kausalerklärung durch das Alter nicht ausreichend ist. Dies führt dann schließlich zur Kapitulation vor jeglicher Ursachenfeststellung, indem durch den Gemeinplatz (Gülich 1978) bzw. die „Kontext-Prägung“ (Feilke 1996: 307) „es is SCHICKsalhaft“ (Z. 500) an die Akzeptanz der Nicht-bestimmbarkeit von Ursachen appelliert wird. Der Gemeinplatz wird durch den Patienten als solcher explizit bezeichnet und akzeptiert („SPRICHwörtlich. Ja.“; Z. 503-504). Entsprechend wird von der Ursachenthematik auf die Vererbungskausalität gewechselt. Hier verfügt der Arzt über medizinisch gesichertes Wissen, indem er für diese Krebsart jegliche Vererbung ausschließen kann. Damit endet die umfangreiche, von der Patientin initiierten Sequenz zu Ursachen und Vererbung.

Es zeigt sich in den Gesprächen, dass dieser Themenkomplex nicht nur von den PatientInnen oder Angehörigen initiiert werden, sondern auch von den ÄrztInnen, wie in dem folgenden Auszug aus einem Gespräch mit einem Patienten mit chronisch myeloischer Leukämie:

Beispiel 6 Chronisch Myeolische Leukämie

134 AM03 °hh äh aber wir wissen_s noch nicht geNAU,
 135 ob die GÜNStigst mögliche form wirklich vorliegt.
 136 PM05 hm_hm;=
 137 AM03 =WEIL,
 138 das hängt !SEHR! stark ab,
 139 (-) ob (.) eine bestimmte geNETische verÄnderung;
 140 (1.3) IN den krebszellen gefUnden wird oder nicht.
 141 (1.4) ja?
 142 (1.7) das hängt SEHR stark davon ab,
 143 ob eine bestimmte (.) gE!NE!tische verÄnderung.
 144 (-) In den krebszellen gefUNden wird oder nIcht.=
 145 =das hab ich jetzt ZWEImal gesagt weil das hat ne große
 bedEutung?
 146 und das führt bei IHnen jetzt erstmal zu mIssverständnissen;
 147 ich erKLÄR_S ihnen aber;
 148 PM05 (---) <<lächelnde Stimme> SEHR gut>;
 149 AM03 (1.0) ich will ma SO sagen,

150 AM03 die krankheit wird (.) in die gruppe der CHRONischen leukämien
gehören;
151 (.) und (.) wahrscheinlich können wir das EXzellent behandeln.
152 (---) ja?
153 (-- °hhh (.) ähm-
154 (-- ((schnalzt)) (1.0) das wort ERBgutveränderung is so zu
verstehen,
155 (-) dass sie !KEI!ne erbkrankheit haben.=
156 =sie haben NICHTS von den eltern vererbt bekommen.
157 (-) ja,
158 °h wenn sie KINder haben werden;
159 werden sie das auch nicht verERben.
160 (-) DENnoch-
161 (-- kann es SEHR gut sein,
162 (-) °h dass in ihren (---) BLUTkrEbszellen,
163 (2.4) die haben ja auch ein ERBgut,
164 und wenn man das analysiert und da sind wir ja gerade daBEI,
165 (-) ERBgutveränderungen feststellt;
166 aber nur in !DIE!sen zellen.
167 (-) alle ANdern körperzellen bei ihnen sind gesund.
168 (-) SO auch die kEimzellen;
169 SO auch (.) ihre [spEr]mien;=
170 PM05 [mh;]
171 AM03 =ja?
172 (-- °hh (.) die ANnahme ist-
173 (.) DASS-
174 (--) EINFach-
175 (-) ZUFällig-
176 (--) relativ FRÜH in ihrem leben,
177 (---) °h eine MUTation aufgetreten is in einem weißen
blutkörperchen,
178 °h dass sich in folge dieser (.) mutaTION,
179 dieser ERBgutveränderung;
180 (.) GANZ ganz stark vermehrt hat.
181 °hh die FOLge ist,
182 °h dass sie jetzt vIel viel !VIEL! zu viele weiße
blutkörperchen haben;

Da zum Zeitpunkt des Gesprächs noch einige Untersuchungsergebnisse fehlen, kann die genaue Krankheitsform noch nicht bestimmt werden. In diesem Zusammenhang verweist der Arzt auf eine „bestimmte geNETische verÄnderung“ (Z. 139), nach der noch gesucht wird. In vorgreifender Verständigungssicherung greift er das Potential zu Missverständnissen auf, das aus dem Begriff *genetische Veränderung* entstehen kann, thematisiert dieses explizit („das führt bei IHnen jetzt erstmal zu mIssverständnissen“ (Z. 146) und lokalisiert es in der Verwechslung von Erbgutveränderung und Erbkrankheit (Z. 154-155). Dabei geht er sowohl auf die Entstehung des Krebses bei dem Patienten ein („sie haben NICHTS von den eltern vererbt bekommen“; Z. 156) als auch auf die Frage, ob der Patient selbst die Krankheit bei seinen Kindern ‚verursachen‘ könnte („wenn sie KINder haben werden; werden sie das auch nicht verERben“; Z. 158-159). Erneut bleibt, nachdem der medizinisch fundierte Bereich der Vererbbarkeit geklärt ist, die Frage im Raum, was dann sonst als Ursache in Frage kommt, und die Antwort ist, „DASS- (--) EINFach- (-) ZUFällig- (...) (---) °h eine MUTation aufgetreten is in einem weißen blutkörperchen“ (Z. 173-177). Wieder findet sich die Modalpartikel *einfach*, mit der für die Akzeptanz

einer nicht befriedigenden (und entsprechend schwierig zu verstehenden und zu akzeptierenden) Erklärung appelliert wird. Der Arzt wechselt schnell von der Entstehung zur Folge und leitet damit wieder zu den für den Gesprächstyp relevanten Aktivitäten der Diagnosemitteilung und der Therapieplanung (vgl. Coussios/Imo/Korte 2019), über und steigt aus der ‚Ursachenforschung‘ aus.

Die dezidierte Fokussierung auf die Therapie und das Herabstufen der Relevanz von Ursachen und Entstehungsgeschichte zeigt sich auch in Beispiel 7, einem Gespräch mit einer Patientin mit chronisch myelomonozytärer Leukämie.

Beispiel 7: Chronische myelomonozytäre Leukämie

099 AM00 oKAY?
 100 (.) °hh ALso;
 110 (-) bei IHnen ist,
 111 (.) das SO dass,
 112 (--) IRgendwann in der vergangenheit,
 113 das kann man jetzt nicht GANZ genau sagen,
 114 °hh WANN das war,
 115 °hh ein,
 116 IN einer,
 117 in einem WEIßen blutkörperchen.
 118 (1.4)
 119 °h eine SOgenannte,
 120 (3.0)
 121 °h ERBgutveränderung aufgetreten ist.
 122 (1.6)
 123 das passIERT einfach so (.) im lAUfe des (.) lebens.
 124 (2.6)
 125 bei JEdem mensch der gebOren wird,
 126 ((Telefonklingeln im Hintergrund parallel zu Z. 116-124))
 127 AM00 WISsen wir,
 128 die wahrSCHEINlichkeit;
 129 dass IRgendwann mal;
 130 im LAUfe des lEbens;
 131 KREBS entsteht;
 132 ne?
 133 die ist (-) in ETwa-
 134 bei mÄnnern und frauen bei fünfzig proZENT,
 135 also ER hat fünfzig prozent chAnce,
 136 mal KREBS zu kriegen;
 137 [ich,]
 138 [((Frauenstimme sagt hallo im Hintergrund))]
 139 AM00 JEder zweite;
 140 (-) kriegt-
 141 KRIEGTS.
 142 im LAUfe seines lebens.
 143 (--) da sind sie also Überhaupt keine ausnahme.
 144 oKAY?
 145 PW38 (--) jetzt hab ich nochmal EIne frage;
 146 also nach der großen o PE-
 147 ich_Ihne hatt ich_s ja schon geSAGT,
 148 °hhh ä::h,
 149 da hat ich ja Auch so BLUTarmut,
 150 °h aber DA ist dann festgestellt worden;
 151 °h ä::h ALso,
 152 da hab ich_WO ich bin rausgekommen aus_m krAnkenhaus,
 153 FREItags samstags hab ich dann schwarzen stuhl gehabt,

154 °hh mon_MONtags bin ich dann erst zu meiner Ärztin,
 155 weil ja niemand mehr DA war,
 156 °hh und sie hat dann MITtwochs gleich äh-
 157 (.) MAgenspiegelung machen lassen,
 158 °hh (---) und waren aber nur noch entZÜNdungen [zu sehen;]
 159 AM00 [ja, klar;]
 160 [JA ja ja ja.]
 161 PW38 [(weil weil das eben zu spät.)]
 162 kann das dA irgendwie schon ANgefangen haben,
 163 AM00 (-) wIe lang ist das HER,
 164 PW38 (-) das werden jetzt im juli drei JAHre.
 165 AM00 pfffff
 166 schwEr zu !SA!gen.
 167 (-) A:ber,
 168 MH: ,
 169 wahrSCHEINlich,
 170 Eher noch nIcht,
 171 aber DAS kann man nicht sicher sagen,
 172 es spielt auch !Ü!berhaupt gar keine rolle.
 173 (1.2)
 174 es spielt Überhaupt gar keine rolle.=ja?
 175 (1.9)
 176 also sie haben diese <<sehr deutlich> CHROnisch myeloische>
 leukämie;
 (Es folgt die Erläuterung der guten Therapiebarkeit.)

Der Gesprächsausschnitt stammt aus einer relativ frühen Gesprächsphase, bei der der Arzt gerade die Diagnose erläutert (im Abschnitt direkt zuvor erklärte er den Unterschied von chronischer und akuter Leukämie). Ab Z. 100 schildert er nun, wie die Krankheit entsteht, wobei die Erklärung, wie bereits mehrfach beobachtet, bei der Erbgutveränderung endet und nicht thematisiert, wodurch diese wiederum ausgelöst wurde. Die Erbgutänderung wird mit dem typischen Gemeinplatz⁴ „das pasSIERT einfach so (.) im lAufe des (.) lebens“ (Z. 123) mit der bereits mehrfach thematisierten, an Akzeptanz des schwer zu Akzeptierenden appellierenden Modalpartikel *einfach* als gegeben präsentiert. Nach einer längeren Pause wird dann versucht, mit Hilfe von statistischen Angaben diesen Zufall handhabbarer zu gestalten: Er nennt die Wahrscheinlichkeit für alle Menschen, an Krebs zu erkranken, mit fünfzig Prozent und führt eine regelrechte Inszenierung dieser zufälligen Auswahl vor: „also ER hat fünfzig prozent chAnce, mal KREBS zu kriegen; ich, Jeder zweite; (-) kriegt- KRIEGTS.“ (Z. 135-141). Diese Inszenierung, bei der er sich selbst als Teil der potentiellen Opfer miteinschließt, endet mit der Äußerung „da sind sie also Überhaupt keine ausnahme“ (Z. 143). Unter dem Aspekt des Verstehens von Krebsursachen ist diese Erläuterung zwar nicht hilfreich, sie setzt dafür aber an der

⁴ Es ist zu diskutieren, ob dabei alle Kriterien eines Gemeinplatzes erfüllt sind. Nach Gülich (1978: 4) ist ein Gemeinplatz „ein vorgeformter, nicht-metaphorischer Satz, der nicht an einen bestimmten Typ von Kommunikationssituation gebunden ist.“ Die Kriterien der Nicht-Metaphorik und der Verwendung in unterschiedlichen Kommunikationssituationen sind gegeben, nicht klar ist jedoch, ob man *das passiert einfach so* (evtl. in einer Gruppe mit Varianten wie *das passiert halt so*, *das passiert nun mal*, *das ist einfach so*, *das ist nun mal so* etc.) als vorgeformte Struktur annehmen soll. Dies könnte nur durch eine umfassende Korpusanalyse geklärt werden. Vgl. auch die Diskussion in Abschnitt 4.3.

mit der Ursachenforschung eng verbundenen Frage der eigenen Verantwortlichkeit an. Indem der Arzt die Erkrankung der Patientin als Regelfall und nicht als Ausnahme präsentiert, gibt er ihr die Möglichkeit, auf die Suche nach eigener Verantwortung zu verzichten und die Erkrankung tatsächlich als etwas, das *einfach so* passiert, zu akzeptieren. Die Patientin reagiert verbal nicht auf die Ausführungen des Arztes und führt in Z. 145 ein Thema aus dem Feld der Anamnese ein, nämlich ihre Blutarmut nach einer Operation vor drei Jahren. Der Arzt äußert seine Vermutung, dass das nichts mit der Krebserkrankung zu tun hatte und stellt dann heraus, dass auch wenn es so wäre, irrelevant sei: „es spielt auch überhaupt gar keine rolle. (1.2) es spielt überhaupt gar keine rolle.=ja?“ (Z. 172-174). Die starke Betonung der Gradpartikel *überhaupt* sowie die Wiederholung (und auch die beiläufige Behandlung des Entstehungszeitpunkts bei der Erklärung der Krankheit in Z. 112-113) markieren die Tatsache, dass aus der Perspektive des Arztes Ursachenforschung nicht relevant ist, sondern dass eine klare Zukunftsorientierung in Blick auf die Therapieplanung im Kern des Gesprächs zu stehen hat. In den Gesprächen lassen sich die Patienten auf diese Relevantsetzung in der Regel ein. Unklar ist aber, ob damit tatsächlich auch das Thema für sie erledigt ist. Wahrscheinlich ist eher, dass die Ursachenforschung im Privaten weitergeht.

4.2 Krebs und Lebensstil

Wie in Abschnitt 3 bereits erläutert, spielen in der öffentlichen Laienwahrnehmung physische und psychische Aspekte des Lebensstils wie Rauchen, Ernährung oder Stress eine zentrale Rolle.

Das Thema *Rauchen* wird in keinem der Gespräche allerdings direkt in Bezug auf Krebsursachen thematisiert. Dies hängt sicherlich mit der geringen Gesamtzahl (5 von 56) von Gesprächen zusammen, bei denen die Diagnose Lungenkrebs ist. Zudem ist zu vermuten, dass die Patienten bereits über die in diesem Fall tatsächlich recht stabile Korrelation von Rauchen und Lungenkrebs informiert sind und dies entsprechend daher nicht thematisieren. Lediglich ein impliziter Bezug findet sich in einem Gespräch mit einem Patienten mit einem Plattenepithelkarzinom in der Lunge (bei dem bekannt ist, dass es durch Rauchen verursacht wird), allerdings durch die Ärztin und nicht durch den Patienten initiiert. Nach der Diagnosemitteilung und der Ankündigung der Operation als nächstem Therapieschritt verweist die Ärztin darauf, dass eine Untersuchung nochmals wiederholt werden muss, da sie nicht zu den gewünschten Ergebnissen geführt hatte:

Beispiel 8 057-01 Plattenepithelkarzinom in der Lunge

121 AW13 °hhh FÜR die operation?

122 müssen wir noch Eine lungenfunktionsuntersuchung,

123 von GESTern,
 124 nochmal wiederHO:len;
 125 weil ich glaube sie haben VOR der lungenfunktion auch mal kurz
 eine gerAucht?
 126 PM57 [mh_mh.]
 127 AW13 [nein?]
 128 PM57 eigentlich NICHT?
 129 AW13 oKAY.
 130 PM57 NEIN.
 131 AW13 ((lacht)) also wir müssen nächste WOche die-
 132 nicht die teleFONzelle,
 133 sondern die ANdere untersuchung nochmal wiederhOlen;
 ((ca. eine halbe Minute Erläuterung der Untersuchung und des Grundes der
 Wiederholung))
 158 AW13 ja?
 159 (-) um viertel nach NEUN,
 160 und morgens KEIne rauchen,
 161 is ganz WICHTig,
 162 [wenn_s GEHT,]
 163 PM57 [hm_hm;]

Die von der Ärztin in Z. 125 geäußerte Vermutung, dass die Untersuchung durch die Schuld des Patienten fehlgeschlagen ist, der „mal kurze eine gerAucht“ habe, verweist zwar nicht explizit auf die Krebsursache, setzt aber das Rauchen relevant. Verstärkt wird dies dadurch, dass sie dem erst zögerlichen, dann aber festen Widerspruch des Patienten (Z. 130 „NEIN.“) offenbar keinen Glauben schenkt. Sie lacht und setzt dann ihre Erklärung fort, welche Untersuchung wiederholt werden muss. Danach ermahnt sie den Patienten, nicht zu rauchen (Z. 159-161) und hängt das skeptische „wenn_s GEHT“ (Z. 162) an, mit dem sie anzeigt, dass sie den Patienten als möglicherweise unfähig, auf das Rauchen zu verzichten, einschätzt. Setzt man das Wissen des Patienten über die Korrelation von Rauchen und Lungenkrebs voraus, so kann diese Einschätzung implizit als Ursachenverweis gedeutet werden.

Explizite Ursachenfragen, die mit dem Lebensstil zusammenhängen, gehen in den untersuchten Daten immer von den PatientInnen aus, die sich unsicher darüber sind, ob sie durch ihre Ernährung selbst am Entstehen der Krebskrankheit beteiligt waren, wie im folgenden Auszug aus einem Gespräch mit einer Patientin mit chronisch myelomonozytärer Leukämie:

Beispiel 9: chronische myelomonozytäre Leukämie

319 PW38 [°hh] ä:h wo ich NOCH ne frage zu hab,
 320 ich hab äh schon JAHre lang des ähm;
 321 (---) wegen WAdenkrämpfe;
 322 AM00 (-) maGNEsium;
 323 PW38 (-) ja: aber die die äh taBLETten.
 324 weil man die äh-
 325 NICH die tabletten.
 326 die BRAUsetabletten.
 327 (-- weil man die andern na ja nicht mehr verSchRIEben bekommen
 hat,
 328 (---) da kann das NICH mit zusAmmenhängen;=ne,
 329 AM00 RICHTig,
 330 (.) DA,

331 kann das NICHT,
 332 PW38 gut;
 333 AM00 mit,
 334 zuSAMmenhängen.
 335 [das STIMMT,]
 336 PW38 [und mit zi]TRONensprudel,
 337 den kalORIENarmen,
 338 den ich zuHAUse trink,
 339 AUCH nicht;
 340 (1.4)
 341 AM00 RICHTig.
 342 (-) es GIBT,
 343 (-) KEIne,
 344 (-- erNÄHrungsgewohnheiten;=ja,
 345 (-- die,
 346 (---) zu DIEser art der erkrankung,
 347 PW38 <<p> FÜHren können;>
 348 AM00 FÜHRN.
 349 (.) oKAY,
 350 PW38 <<p> ja;>
 351 AM00 (-- UNabhängig davon;
 352 gilt IMmer;
 353 und es gilt GRAd e (.) für krebspatienten,
 354 (-- dass (---) man sich (-- geSUND (-) ernähren soll.
 355 DAS gilt Immer;
 356 PW38 hm_hm;
 357 AM00 ja?
 358 (---) das is KLAR;
 359 ((zieht die Nase hoch)) ALso-
 360 WIE die behandlung genau aussieht,
 361 (1.2)
 362 WAS das bedeutet;
 363 (---) und !WO! die behandlung gemacht wird;
 364 (-) DAS erklärt ihnen unsere frau dOktor ((anonymisiert)) nachher
 noch.

Zum Ende der Diagnosemitteilung und Therapieschilderung bringt die Patientin das Thema Krebs und Ernährung ins Spiel, indem sie sich vergewissert, dass weder die Magnesiumbrausetabletten noch der kalorienarme Zitronensprudel als Auslöser in Frage kommen. Beides sind insofern ‚Kandidaten‘ für ernährungsbezogene Auslöser, als Tabletten nicht zur ‚normalen‘ Ernährung gehören und daher in Verdacht geraten können, und kalorienarme Getränke Süßstoffe enthalten, die medial immer wieder mit Krebs in Verbindung gebracht werden. Der Arzt greift ähnlich wie im vorigen Beispiel das Thema Ernährung auf und stellt pauschal fest, dass keine bekannte Korrelation vorliegt. Durch die prosodische Realisierung – Rhythmisierung der Äußerung in Z. 335-343 durch Pausen, Realisierung der Äußerung in insgesamt sechs Intonationsphrasen, starke Akzentuierung und ein mitten in den Satz eingeschobenes Vergewisserungssignal (Z. 33) – kontextualisiert er diese Information als besonders wichtig. Die Patientin akzeptiert diese Aussage in Z. 342 mit einer kollaborativen Äußerungsvervollständigung, sie beendet die Äußerung des Arztes und signalisiert damit Zustimmung (vgl. Szczepek 2000a, b zu Struktur und Funktion von kollaborativen Äußerungsvervollständigungen). Zudem bestätigt sie die Rückfrage „oKAY“ (Z. 344) des Arztes positiv durch „ja;“ (Z. 350). Da ÄrztInnen generell das

Patientenwohl im Auge haben müssen und die Absolutheit der Aussage, dass Ernährungsge-
wohnheiten und die vorliegende Art der Leukämie nicht korrelieren, dazu verleiten könnte, dass
PatientInnen nicht mehr auf ihre Ernährung achten, schränkt der Arzt in der Folge ein, dass
gesunde Ernährung dennoch „IMmer“ (Z. 352) und „GRAdE (.) für krebspatienten“ (Z. 353) zu
empfehlen ist, was von ihm allerdings als bekanntes Wissen („das is KLAR“; Z. 358) suggeriert
wird.

Dass den ÄrztInnen der Fokus der Betroffenen auf Ursachenforschung und „subjektiven Krank-
heitstheorien“ (Birkner 2006) wohlbekannt ist, zeigt auch ein Ausschnitt aus einem Gespräch
mit einer Brustkrebspatientin. Der Lebensgefährte stellt dort eine ernährungsbezogene Frage
im Zusammenhang mit der Therapiedurchführung, nicht mit der Krebsursache, während die
Ärztin in der Antwort den Bezug auf letztere ausweitet:

Beispiel 10: lobuläres Mammakarzinom

189 LM das muss nicht das muss nicht gleich ANschließend sein.
190 AW da KÖNnen sie-
191 das SOLL nicht gleich anschließend sein;
192 PW ((zieht die Nase hoch))
193 das muss erst mal ABheilen.=gell?
194 LM hm_hm;
195 also von daher gehen sie MIT zum skifahren,
196 PW ja,
197 AW lassen ihn SKIfahren,
198 sie lassen sichs GUT gehen,
199 PW ja,
200 AW und dann machen wir die bestrahlung HINterher.
201 [das ist Ü:berhaupt-]
202 LM [kaffee trinken DARF sie dann.]
203 AW WAS?
204 LM kaffee trinken DARF sie dann.
205 AW und auch mal einen SEKT;
206 oder ein glas WEIN [oder ein bier;]
207 LM [GEHT des?]
208 AW eGAL was.
209 ((lacht))
210 PW ein BIER a_mal vielleicht;=[oder?]
211 AW [sie dürf]en A:Lles essen
und trinken was sie wollen;
212 weil s_son brUsttumor hat mit dem ESSen
und mit dem trinken NIX zu tun;
213 LM hm_hm;
214 PW ahA;
215 ((zieht die Nase hoch))
216 A1 ja?
217 PW EHRlich?
218 AW ganz EHRlich.
219 machen sie sich KEInen kopf.
220 überHAUPT net.
221 PW ((zieht die Nase hoch))
222 LM wird des dann ambuLANT (.) gemacht;=oder?

Das Gespräch befindet sich in der Phase der Erläuterung der Therapie. Die Patientin hatte be-
reits zuvor von dem geplanten Skiurlaub mit ihrem Lebensgefährten gesprochen, worauf die

Ärztin nun einget, indem sie ihr sagt, dass die Bestrahlung als zweiter Therapieschritt nicht direkt nach der Operation kommen wird, da zuerst die Wunde abheilen müsse. Sie fordert die Patientin daher auf, auf den Skiurlaub mitzugehen (Z. 195), ihren Lebensgefährten Ski fahren und es sich selbst „GUT gehen“ (Z. 198) zu lassen. An dieser Stelle steigt der Lebensgefährte mit der Frage „kaffee trinken DARF sie dann“ (Z. 204) ein. Durch die sequentielle Position liegt es nahe, dass LM diese Frage auf die Therapie bezieht, also ob es Einschränkungen der Ernährung während der Krebstherapie gibt. Die Ärztin erweitert zunächst die Erlaubnis über das Genussmittel Kaffee hinaus auf Alkohol, was von LM in zwei Äußerungen ungläubig quittiert wird („GEHT des?“; Z. 206 und „ein BIER a_mal vielleicht; oder?“; Z. 210). Daraufhin stellt die Ärztin explizit den Zusammenhang von Ernährung und Krebs her, indem sie darlegt, dass ein Brusttumor „mit dem ESSen und mit dem trinken NIX“ (Z. 212) zu tun habe. Hier zeigt sich, dass die Ärztin richtig gelegen hat mit ihrer Annahme, dass die Patientin und ihr Lebensgefährte eine subjektive Krankheitstheorie der Korrelation von Ernährung und Brustkrebs haben: Beide reagieren eher skeptisch, LM durch ein prosodisch ‚deliberativ‘ realisiertes, in der Tonhöhe leicht fallendes „hm_hm;“ (Z. 213), PW durch „aHA;“ (Z. 214). Die Ärztin interpretiert beide Rückmeldesignale als nicht ausreichend bestätigend, indem sie mit einem mit stark steigender Tonhöhe realisierten „ja?“ (Z. 216) Verstehen und Akzeptanz ihrer Aussage einfordert. Nun legt die Patientin ihre Zweifel durch „EHRlich?“ (Z. 217) verbal offen. Die Ärztin bestätigt ihre vorige Aussage und fordert mit „machen sie sich KEInen kopf“ (Z. 219) die Patientin und ihren Lebensgefährten auf, den Themekomplex Ernährung und Krebs von nun an zu ignorieren. Auf der beobachtbaren Gesprächsoberfläche lässt sich nicht sagen, ob sie damit Erfolg hat, es gibt keine verbalen Reaktionen auf diese Aufforderung und LM leitet zurück zur Therapieplanung.

Das Stichwort „subjektive Krankheitstheorien“ wurde in der Diskussion des vorigen Beispiels bereits erwähnt. Nach Birkner (2006: 153) werden subjektive Krankheitstheorien definiert als „die Vorstellungen, die Patient/innen von den Ursachen ihrer Erkrankung und – damit zusammenhängend – von deren Beeinflussbarkeit und Folgen haben“. Was subjektive Krankheitstheorien besonders problematisch machen kann, ist die Tatsache, dass „Ursachenvorstellungen von Schuld und Strafe“ enthalten können (Birkner 2006: 158). Bei manchen Krankheiten hat dies geringe Auswirkungen, bei anderen dagegen tiefgreifende:

Wenn jemand mit Karies zum Zahnarzt geht, spielt die Krankheitstheorie des Patienten/der Patientin keine wesentliche Rolle für eine erfolgreiche Behandlung; bei den Gesichtsschmerzpatientinnen ist sie jedoch sehr viel zentraler, da sie z.B. Einfluss auf die Therapietreue [...] und zum Teil weit reichende psychosoziale Konsequenzen haben [kann.] (Birkner 2006: 158)

Dies trifft auch für subjektive Krankheitstheorien und Krebs zu: Falsche Vorstellungen von der Beeinflussbarkeit der Krebserkrankung durch besondere Diäten können zu Mangelercheinungen führen oder es kann sogar die Ansicht entstehen, man könne durch eine Änderung des Lebensstils ohne weitere Therapie den Krebs heilen (Stichwort Non-Compliance in Bezug auf die medizinische Therapie). Ein Beispiel für eine sehr stark vorgefasste und stabile subjektive Krankheitstheorie der letzteren Art offenbart der Lebensgefährte einer Patientin mit einem invasiven duktalem Mammakarzinom. Er geht davon aus, dass Stress der Auslöser war und drängt die Ärztin geradezu dazu, Argumente für seine Position zu liefern (Patientin PW und Lebensgefährte LM sprechen mit einem leichten südländischen Akzent):

Beispiel 11: invasives duktales Mammakarzinom

0176 AW14 weil das wichtigste für SIE dass sie gesund werden,
 0177 ist dass der tumor RAUS aus dem körper kommt.
 0178 (1.5)
 0179 PW69 <<p> ja.>
 0180 LM °h von WAS kommen diese;
 0181 AW14 wenn man WÜSste wovon [brUstkrebs] kommt,
 0182 LM [a:rt,]
 0183 ja man investiert milliARden sogar;
 0184 bis JETZT;
 0185 schon seit hUndertmillionen jahre investIERT man;
 0186 und KEIner weiß bescheid.
 0187 [KEIN] mIllimeter wEiter;
 0188 AW14 [Genau.]
 0189 LM wOzu diese [investiTION;]
 0190 AW14 [es ist eine] MULTifaktorielles geschEhen,
 0191 LM [ja;]
 0192 AW14 [es]gibt nicht EIne ursache,
 0193 wenn wir die ursachen KENnen würden,
 0194 könnten wir_s von AN[fang an,]
 0195 LM [STRESS;]
 0196 (--)
 0197 LM muss man mal [daZU sagen;]
 0198 AW14 [also es is] SIcher.
 0199 [STRESS,]
 0200 LM [erNÄHrung,]
 0201 AW14 es ist erNÄHrung,
 0202 [es is SPORT,]
 0203 LM [imMUNschwäche,]
 0204 AW14 es ist geNETik,
 0205 es gibt (.) sEhr sehr VIEle;
 0206 (---) ähm,
 0207 (--) Ursachen die_s haben KANN,
 0208 und wenn man alles ein BISSchen zusammennimmt,
 0209 KANN sowas einfach entstehen.
 0210 ja:,
 0211 LM A:Hso.
 0212 STRESS.
 0213 AW14 hm_hm;
 0214 (1.4)
 0215 LM in diesem beruf is schOn bisschen STRESS.
 0216 AW14 <<p> ja::;>
 0217 LM mehr als (-) in ein AN[deren (beruf),]
 0218 AW14 [was MACHen sie] denn,
 0219 PW69 ich bin beim deutsche rote KREUZ,

0220 gewEsen [SCHWESter,]
 0221 AW14 [hm_hm,]
 0222 PW69 °h also rote KREUZ schwester,
 0223 IMmer im dienst [immer,]
 0224 LM [ja,]
 0225 PW69 [kein FREI,]
 0226 LM [wenig beZAHLung;]
 0227 AW14 °hh
 0228 PW69 [ja::::;]
 0229 LM [VIEL (.) zu tun,]
 0230 PW69 <<p> ja::;>
 0231 LM [alLEIne manchmal,]
 0232 PW69 [(die GANze zeit;)]
 0233 LM [zu ZWEIT,]
 0234 PW69 [seit SIEBzehn] jahre bin ich DORT;
 0235 AW14 [hm_hm;]
 0236 PW69 [auf die] GLEIche stelle;_ja,
 0237 LM (und) das IST dann halt so.
 0238 AW14 °hh SICHer auch,
 0239 also was man AUCH weiß und erforscht hat,
 0240 ist das viel WECHselschichten,
 0241 so NACHT[schichten und] sowas,
 0242 PW69 [<<aufgereg< JA_> ja,>]
 0243 AW14 (-) sowas KANN auch des [krEbsrisiko]erhöhen,
 0244 PW69 [ich hab ((xxx)),]
 0245 PW69 ja;;
 0246 AW14 [da GIBT es,]
 0247 LM [A::hso;]
 0248 SEH_N sie?
 0249 [das IS,]
 0250 AW14 [gibt es] STUdien aus däne[mark]die das bewiesen haben,
 0251 PW69 [ja;]
 0252 LM das HEIßT,
 0253 LM wenn wir mal ein bisschen kombiNIERen,
 0254 und das bedeutet es ist (-) eine ART,
 0255 (1.5)
 0256 verMINderung von (-) aggressIven in (-) mITtlere stufe,
 0257 (-) durch die (.) STRESSabbau,
 0258 durch deine Ausgeglichenes (-) [ARbeitsklima;]
 0259 AW14 [sie werden den TUmor] nicht mehr
 wegstreichen;
 0260 AW14 was DA ist ist [da;;]
 0261 PW69 [ist DA;]
 0262 AW14 wenn sie jetzt SAgen,
 0263 von heute auf MORgen,
 0264 ich mach mir jetzt ein schönes LEben;
 0265 und mach m_meinen kompletten stress schalt ich AUS,
 0266 wird dieser tUmor nicht verSCHWINDen;
 0267 (-) des EINzige was ihnen passieren kann,
 0268 ist dass der WEIter wächst,
 0269 der sitzt RELativ nah an der achselhöhle,
 0270 im SCHLIMmsten fall kann es ihnen passieren,
 0271 PW69 [((xxx))]
 0272 AW14 [dass] der streut in die LYMPH[knoten;]
 ((ab da über das Krankheitsbild))

Nach der Diagnose- und ersten Therapieschilderung initiiert der Lebensgefährte LM die Thematik der Ursachen. Die Ärztin gesteht eine völlige Unkenntnis der Medizin bezüglich der Ursachen ein, was LM mit seiner Kritik an ergebnisloser milliardenschwerer Forschung aufgreift, die ohne weitere Einschränkung durch die Ärztin mit „Genau“ (Z. 0188) bestätigt wird. Auf

den Vorwurf „wOzu diese investiTION“ (Z. 0189) durch LM gibt die Ärztin in Z. 0190 erst die fachterminologische Antwort, Krebs sei ein „MULtifaktorielles geschEhen“ – vgl. die Diskussion in Abschnitt 2 von Sontags (1978: 61) Hypothese, dass der Rekurs auf die Multifaktorialität im Endeffekt nichts weiter als das Zugeständnis dafür ist, dass die Ursachenkenntnis unbekannt ist – die sie dann alltagssprachlich umschreibt (Z. 0192). LM beginnt nun mit „STRESS“ (Z. 0195) eine Ursache zu nennen. Die Ärztin greift dies auf, parallel erweitert LM in Z. 0200 die Liste durch „erNÄHrung“ und in Z. 0203 durch „imMUMschwäche“, während parallel die Ärztin Sport und Genetik als weitere Ursachenfaktoren hinzufügt und schließlich betont, dass es das Zusammenwirken der Ursachen ist, das möglicherweise Krebs auslöst. Während bis zu dieser Stelle die Beiträge von LM darauf hinzudeuten schienen, dass er die These der multifaktoriellen Entstehung unterstützt – schließlich lieferte er selbst drei mögliche Ursachen – zeigt sich nun aber, dass er bereits eine Krankheitstheorie hat: Mit dem Erkenntnisprozessmarker „A:Hso.“ (Z. 0211) wird normalerweise eine Information im Sinne von „ich habe eine Information erhalten und habe keine weiteren Fragen dazu“ (Imo 2009: 78) als zufriedenstellend quittiert, d.h. es wäre hier erwartbar, dass er die Multifaktorialität anerkennt. Das folgende „STRESS“ (Z. 0212) zeigt aber, dass er die vorige Liste in seinem Sinne interpretiert hat und es ihm primär um die Akzeptanz von Stress als Ursachenfaktor durch die Ärztin ging. Die übrigen Faktoren werden von ihm ausgeklammert. Nach einer zunächst schwach zustimmenden Reaktion durch die Ärztin und einer Pause beharrt LM durch seine Ursachenbestimmung, indem er den Beruf von PW als stressiger als andere Berufe bezeichnet (Z. 0215-0217). Die Ärztin greift das Thema schließlich auf und fragt die Patientin nach ihrem Beruf. Gemeinsam beklagen sich nun PW und LM über Stressfaktoren in diesem Beruf (zu wenig Freizeit, zu schlechte Bezahlung, zu hohe Arbeitsbelastung). Diese flüssige kollaborative Klage der beiden zeigt, dass es sich hier um eine Struktur des Wiedererzählens (vgl. Schumann/Gülich/Lucius-Hoene/Pfänder 2015 zu Formen und Funktionen des Wiedererzählens von Episoden) handelt, dass also beide in der Situationseinschätzung übereinstimmen. Es ist zu vermuten, dass beide schon zuvor über Stress als Krankheitsursache gesprochen haben und entsprechend auch diese subjektive Krankheitstheorie teilen. Ein Beleg dafür könnte sein, dass, nachdem die Ärztin die Annahme bestätigt, dass Stress ein Faktor sein kann und dies zudem als durch Forschung gesichertes Wissen darstellt, die Patientin aufgeregt zustimmend mit „JA ja“ (Z. 0242) reagiert, sich also bestätigt sieht. Die Reaktion von LM, das triumphale an die Ärztin gerichtete „SEH_N sie“ (Z. 0248) legt darüber hinaus retrospektiv offen, dass er der von der Ärztin zu Beginn gelieferten Erklärung der zahlreichen Ursachen, die noch dazu nicht sicher bestätigt sind, keinen Glauben schenkt. Er deutet das Eingehen der Ärztin auf Stress als eine *mögliche* Ursache als Beleg

für eine *eindeutige* Ursache und setzt direkt mit der darauf aufbauenden Schlussfolgerung an, dass eine Verminderung des Stresspegels den Krebs von einer aggressiven in eine „mittlere stufe“ (Z. 0256) umwandeln könne. Hier zeigt sich die Gefahr von subjektiven Krankheitstheorien, die auf Kausalattributionen beruhen: Während die Schlussfolgerung, in Zukunft Stress zu vermeiden, sicherlich gesundheitlich sinnvoll ist (allerdings keinen Schutz vor Krebs bietet), ist die Schlussfolgerung, durch Stressreduktion Krebs zu therapieren, lebensgefährlich und birgt die Gefahr einer Non-Compliance der vorgeschlagenen medizinischen Therapie. Entsprechend greift die Ärztin auch sofort ein, sie unterbricht LM (Z. 0259) und stellt unmissverständlich fest, dass der Tumor so nicht entfernt werden kann, was durch den Gemeinplatz „was DA ist ist da:“ (Z. 0260) bekräftigt wird. Die Patientin signalisiert ihre Akzeptanz dieser Einschätzung durch die parallele gleichlaufende Äußerungsvervollständigung („ist DA“; Z. 0261). Trotz der Zustimmung erläutert die Ärztin darauf nochmals erneut in einer längeren Ausführung (0262-0272), dass Stressreduktion in keinem Fall einen Therapieerfolg zeitigen wird. Die Stelle zeigt zugleich auch nochmals deutlich auf, dass und warum der Fokus der ÄrztInnen auf der Therapie und nicht der Ursache liegt: Nicht nur sind Ursachen oft gar nicht bekannt, sondern selbst dann, wenn sie bekannt sind (wie im Falle des Rauchens), kann ohnehin nichts mehr dagegen getan werden. Ursachen spielen also keine Rolle oder haben bestenfalls den Charakter von Empfehlungen für eine zukünftige Verbesserung der Lebensweise (Rauchen aufgeben; Sport treiben; auf ausgewogene Ernährung achten), die allerdings einen sehr generellen Charakter einer Binsenweisheit zum gesunden Leben haben und auf die Schaffung eines guten gesundheitlichen Hintergrunds für die Therapie abzielen. Dieser ‚nach vorne‘ gerichtete Blick auf Lebensführung für generelle Gesundheit und bessere Therapieverträglichkeit ist es, der für die ÄrztInnen weitaus relevanter ist. Dies zeigt sich deutlich in Beispiel 12 aus einem Gespräch mit einer Brustkrebspatientin, die fragt, ob sie die Therapie durch besondere Lebensweise unterstützen kann:

Beispiel 12: Brustkrebs invasives duktales Karzinom

```

491  AW08  un kriege äh viSitenkarte da von der ambulAnz vorne,
492      dass sie wissen wo sie ANrufen könne und so;
493      KLAR.
494  PW44  KANN ich das irgendwie mit ernÄhrung,
495  AW08  ((atmet scharf ein))
496      (--)
497  PW44  SPORT irgendwie be[Ein]flussen,
498  AW08      [ja,]
499      also mit SPORT können sie_s auf jEden fall beeinflussen,
500      (-) [sport] isch (.) NACHgewiesen,
501  PW44      [mhm; ]
502      (--) EIne methode die-
503      ä::h,
504      des RÜCKfallrisiko senkt;
505      also wenn sie DES mache;

```

506 WÄHrend der therapie,
 507 und auch hInterher WEIterhin machen;
 508 DAS isch;
 509 (.) da gibt_s STUdien,
 510 das DES (.) sInn macht und (.) gUt isch.
 511 PW44 mhm-
 512 AW08 °hh erNÄhrungsmäßig,
 513 AW08 ähm im sinne von (.) nich EINseitig,
 514 nicht irgendwelche komischen diäten,
 515 (-) und auch KEIne,
 516 nAhrungsergänzungsmittel Über die maßen.
 517 (-) [also wenn einem was FEHLT,]
 518 PW44 [(xxx xxx xxx XXX XXX XXX)]
 519 AW08 dann soll man_s erGÄnzen.
 520 ja,
 521 wie [zum BEIspiel,]
 522 PW44 [hm_hm,]
 523 AW08 °hh ma kann vitamin DE prüfe,
 524 oder ähm äh CALzium prüfe im blut,
 525 wenn des (-) oKAY isch,
 526 isch_s oKAY,
 527 wenn_s (-) n MANgel da isch,
 528 dann DARF man und soll man des ergänzen.
 529 LM01 [(xxx xxx xxx)]
 530 AW08 [aber nitte sagen] jetzt geh ich in de dE EM und kauf mir,
 531 [vitamin DE,]
 532 PW44 [ne das mach ich] [sowieSO nicht,]
 533 AW08 [CE hochdosiert,]
 534 DE hoch_d-
 535 also-
 536 DES macht kEinen sinn;
 537 das isch Eher [zum teil schad]_äh schädlich,=ja,
 538 PW44 [<<p> hm_hm;>]
 539 AW08 aber wenn was FEHLT,
 540 dann kann man da SCHON [ä:h was ergänzen;=ja,]
 541 PW44 [hm_hm_hm_hm_hm_hm;]
 542 AW08 geNAU;=ja,
 543 und sonst ne vernünftige MISCHkost,
 544 wie man_s EH;=ja,
 545 auch mal a GLÄSsle wein,
 546 kein proBLEM,
 547 DARF schon sein.
 548 PW44 hm_hm;
 549 [(s)_hm_hm,]
 550 AW08 [ja,]
 551 (1.5)
 552 LM01 ISCH ähm- (.)
 553 wird im RAHme jetzt der untersUchung dann auch äh geguckt,
 554 ob irgendwo WAS fehlt;
 555 (-) werden da BLUTwerte erhoben,
 556 [(oder wie wird das geMACHT;)]
 557 AW08 [NE: des wird beim ha-]
 558 würde beim HAUSarzt gemacht werde;
 559 LM01 [hm_hm;]
 560 AW08 [ICH würd] an ihrer stelle zum hAusarzt gehen,

Die Patientin bietet Ernährung und Sport als zwei Möglichkeiten der Therapieunterstützung an, von denen die Ärztin Sport ohne Einschränkungen als empfehlenswert aufgreift und dessen positive Wirkung unter Verweis auf sicheres Wissen („sport isch (.) NACHgewiesen“; Z. 500)

sowohl auf die Therapiebegleitung als auch auf die Vermeidung von Rezidivbildung betont. Bei der Ernährung agiert sie dagegen deutlich zurückhaltender: Ratschläge wie „nich EINseitig“ (Z. 513), „nicht irgendwelche komischen diÄten“ (Z. 514), „KEIne, nAhrnungsergänzungsmittel Über die mAßen“ (Z. 515-516) und „vernünftige MISCHkost“ (Z. 543) haben den Charakter von Binsenweisheiten, wie die Ärztin mit der Aposiopese „wie man_s EH“ (Z. 544) metakommentativ andeutet. Alles, was über ‚normale‘ Ernährung hinausgeht, wie Nahrungsergänzungsmittel, wird problematisiert und der Überwachung und Kontrolle des Hausarztes anempfohlen (z.B. die Überprüfung von Calciumwerten). Die Empfehlungen gehen so weit in die Richtung des Appells an ein ‚gesundes Mittelmaß‘ ohne weitere strategische Überlegungen, dass sogar „auch mal a GLÄSsle wein“ (Z. 545) trotz aller Diskussionen um Alkohol und Gesundheitsrisiken erlaubt wird. Mit diesem permissiven Ansatz stellt die Ärztin implizit heraus, dass Ernährung nicht die Ursache der Krebserkrankung war und schiebt auch subjektiven Ernährungstheorien mit daraus folgenden Diäten oder Ernährungsumstellungen einen Riegel vor.

4.3 Kontrolluntersuchungen

Eine Bezugnahme auf mustergültige ‚compliance‘, manifestiert in der regelmäßigen Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen, sowie deren Problematisierung kommt nur in zwei der Gespräche vor. Bei beiden handelt es sich um Brustkrebspatientinnen, was insofern nicht verwundert, da die Brustkrebsvorsorge sicherlich zu den bekanntesten Vorsorgeangeboten zählt. Ebenfalls nicht verwunderlich ist, dass in beiden Fällen das Thema von den Patientinnen selbst in das Gespräch eingebracht wird, und dies in beiden Fällen in Form eines Vorwurfsdiskurses (zu Vorwürfen vgl. Günthner 2000). Dass die Thematisierung der regelmäßigen Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen in einem Krebsdiagnosegespräch Vorwurfscharakter hat, liegt auf der Hand: Die Patientinnen gehen davon aus, dass die Vorsorge sie zumindest davor schützt, Krebs in einem schon fortgeschrittenerem Stadium zu haben. Es scheint darüber hinaus aber auch die Ansicht zumindest unterschwellig mitzulaufen, dass die Vorsorge eigentlich sogar vor Krebs schützen sollte.

Der folgende Auszug stammt aus einem Gespräch mit einer Brustkrebspatientin, bei der ein invasives duktales Karzinom festgestellt wurde. Die Diagnosemitteilung ist bereits erfolgt, ebenso wurde ein erster Therapieschritt, eine Operation, dargestellt und weitere Therapieschritte von den Ergebnissen der Operation abhängig gemacht. In Z. 241 wechselt die Patientin von der Therapieplanung zur Thematisierung ihrer regelmäßigen Vorsorgeuntersuchungen:

Beispiel 13: Brustkrebs invasives duktales Karzinom

241 PW35 aber WISse sie,
 242 (-) ich bin jetzt SPRACHlos;
 243 (-) ich bin <<rhythmisch> REGelmäßig> zur untersuchung
 [geg↑Angen.]
 244 AW08 [hm_hm,]
 245 (2.8)
 246 ich GLAUB_S ihnen,
 247 PW35 (.) und und bei meine frAueärztin war ich AUCH,
 248 (2.7)
 249 AW08 wann WAR_N sie da zuletzt,
 250 (3.5) ((Patientin schnalzt mit der Zunge))
 251 PW35 also ich hab in meine BÜCHle;
 252 AW08 hm_hm,
 253 oKAY;
 254 °h isch ja jetzt nEt so wichtig WANN genau;
 255 aber IS schon do-
 256 is schon DOOF;
 257 ich GLAUB_S ihnen;
 258 is schon schOn BLÖD;
 259 <<p> ja;>
 260 (--)) ((atmet tief ein und aus))
 261 (2.0)
 262 jetzt HELfen wa ihnen frau (anonymisiert);
 263 (.) verSORgen sie gut;
 264 und gucke dass wa das gut HINKriege;=hm?
 265 PW35 letzte mal hab ich DREI komma etwas,
 266 (--)) und sogar !DREI! hab ich gehabt;

Die Sequenz weist einen starken Beschwerde- und Vorwurfscharakter (Günthner 2000) auf. Dies wird deutlich durch die direkte Adressierung der Ärztin, mit der deren Aufmerksamkeit auf die folgende Äußerung hergestellt und Eindringlichkeit vermittelt wird („aber WISse sie“; Z. 241), die in diesem Kontext negative Bewertung „ich bin jetzt SPRACHlos“ (Z. 242) und schließlich der rhythmisch geäußerte Kern der Beschwerdesequenz „ich bin <<rhythmisch> REGelmäßig> zur untersuchung geg↑Angen“. Die Ärztin geht auf das Beschwerde- und Kritikpotential allerdings nicht ein, sondern nur auf den emotionalen Aspekt, indem sie durch „ich GLAUB_S ihnen“ (Z. 246) Verständnis für die Fassungslosigkeit der Patientin aufbringt. Dies wird von der Patientin als nicht ausreichend behandelt: Sie erweitert den Verweis auf die Vorsorgeuntersuchungen durch die regelmäßigen Besuche bei der Frauenärztin. Nach einer langen Pause geht die Ärztin auf das Thema ein und fragt nach dem letzten Besuch bei der Frauenärztin. Die Patientin steigt auf diese Frage ein, denkt nach, wobei sie mit dem Schnalzen die Gedächtnisarbeit des Erinnerns an den Termin offenlegt, und bietet an, den Termin in ihrem „BÜCHle“ nachzusehen. Es wird deutlich, dass aus Sicht der Patientin die regelmäßigen Vorsorgetermine eine hohe Relevanz haben, während die Ärztin dieses Thema schnell wieder beendet und damit ihre eigene Relevanz deutlich macht: Nicht die Vorgeschichte ist Gegenstand der Diagnosemitteilungs- und Therapieplanungsgespräche, sondern die Zukunft. Erneut liefert die Ärztin eine Reihe von Empathiebekundungen (Z. 255-258), auf die die Patientin wieder

nicht verbal einget. Es entsteht eine Pause von 2 Sekunden (Z. 261), woraufhin die Ärztin endgültig den Fokus von der Vergangenheit wieder auf die Zukunft lenkt. Dies geschieht mit sprachlichen Mustern, die Maynard (2003: 177-180) in seinen Untersuchungen der Übermittlung schlechter Nachrichten als „remedy announcements“ und „optimistic projections“ bezeichnet hat: Die Ankündigung, dass der Patientin geholfen wird und sie gut versorgt wird (Z. 262-263), verweist auf die Krebstherapie, die Heilung bringen soll, und der Verweis darauf, dass „wa das gut HINkriege“ (Z. 264) liefert eine vorsichtig optimistische Prognose. Die Patientin steigt daraufhin aus der Thematisierung der Vorsorgeuntersuchungen aus und erzählt von ihrer früheren Krebserkrankung, wobei sie dann im weiteren Verlauf die Hoffnung ausdrückt, dieses Mal keine Chemotherapie bekommen zu müssen.

Der Auszug macht deutlich, dass PatientInnen- und ÄrztInnenperspektive divergieren: Für erstere ist die Demonstration von ‚compliance‘ (Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen) relevant sowie die Erwartung, dass diese Vorsorgeteilnahme einen Krebschutz darstellt. In dem vorliegenden Ausschnitt werden diese PatientInnenannahmen nur in Ansätzen explizit zurückgewiesen („isch ja jetzt nEt so wichtig WANN genau; Z. 255).

Anders sieht es in folgendem Gespräch mit einer Brustkrebspatientin mit einem mikropapillären Karzinom, bei der sich schon drei Tumorherde gebildet haben:

Beispiel 14: Brustkrebs mikropapilläres Karzinom

```

356 AW07 und (.) ich würd jetzt kucken wann wir halt den NÄCHSTmöglichen
      termin,
357 °hhhh wahrscheinlich NÄCHste woche nicht,
358 aber Übernächste woche dann [aber-]
359 LM00 [is es] ARG eng jetzt dass ma des
      glei-
360 AW07 NEE:-
361 des NET.=ne:;
362 PW34 also was ich überHAUPT net ver[steh-]
      [ xx5 ]
363 <<rhythmisch> ich mach !AL!le vorsor[geun]tersuchunge;
      [ xx ]
364 un !JE!des jahr;
365 und jetzt SO.> 6 xx
366 AW07 (.) °hh also VORsorge,
367 schützt einen NICHT davor,
368 was zu beKOMmen.
369 (.) das mUss ma einfach SAgen.
370 °hh und brustkrebs KANN man erst,
371 ab ner gewissen (.) GRÖße erkennen,
372 [SELber tasten,]
373 PW34 [hm_hm;=ja, ja,]
374 AW07 [oder WIE auch immer fühlen,]
375 PW34 [JA, ja, ja ja, ]

```

⁵ Schlagendes Geräusch wie von auf den Schoß fallenden Armen/Händen („resignatorisch-beschwerende Geste“). Parallel zu Silben „steh“, „geun“ sowie nach „SO“.

⁶ Die interpretative Hörwirkung kann mit „anklagend“, „vorwurfsvoll“, „sich beschwerend“ angegeben werden.

376 AW07 °h und von DAher ist es einfach so.
 377 PW34 °h ich war au äh zweitausendDREIzehn war ich zur mammographie,
 378 AW07 <<hoch> hm_hm,>
 379 PW34 des hat sie mir ja GSAGT die [ärztin,]
 380 AW07 [JA,]
 381 in ZWEI [jahren wächst sowas,]
 382 PW34 [ja, ja,]
 383 AW07 [natÜrlich,]
 384 PW34 [gut,=ja;]
 385 AW07 [das GIBT_S einfach,]
 386 PW34 [°h und im letschten jahr] hab ich dann beOBachtet,
 387 dass die (-) BRUSCHTwarze nach [innen zieht,]
 388 AW07 [(zusammen) EIN]zieht.
 389 PW34 [°h da °h] [hab ich gedacht na GUT,]
 390 AW07 [GENau,]
 391 [das is_n DEUTliches zeichen;]
 392 PW34 das HÄNGT vielleicht-
 393 DESCH e zEiche?
 394 AW07 [hm_hm,]
 395 PW34 [°hhh]das hängt vielleicht auch mit dem ALder zusammen,=
 396 AW07 =ne,
 397 PW34 mit SIEBzig,
 398 AW07 [NE:..]
 399 PW34 [und]wa_wie we [was w_was][ne,]
 400 AW07 [NE:..]
 401 [NE:..]
 402 PW34 ja,
 403 AW07 das is_n ZEichen,
 404 wissen sie der TUmor der wächst so;
 405 (.) INfiltrativ nennen wir das,
 406 also der wächst so (-) in das gewebe REIN,
 407 und zieht das wie so ne NARbe;
 408 (-) zu SICH,=ja;
 409 und deshalb ZIEHT der die [brustwarze?]
 410 PW34 [des REIN;]
 411 AW07 °h O:der die haut,

Auch hier verweist die Patientin auf ihre ‚compliance‘, die Teilnahme an den Vorsorgeunter-
 suchungen und zeigt ihren Ärger über deren Unwirksamkeit – und somit implizit auch eine
 Beschwerde und einen Vorwurf an die Ärztinnen und Ärzte, die diese Untersuchungen durch-
 führten – an. Der Vorwurfcharakter wird durch eine Reihe von sprachlichen und außersprach-
 lichen Mitteln hergestellt: Erstens verwendet die Patientin sogenannte „extreme case formula-
 tions“ (Pomerantz 1986) wie „was ich überHAUPT net versteh“ (Z. 362), „ich mach !AL!le
 vorsorgeuntersuchunge“ (Z. 363) und „!JE!des jahr“ (Z. 264), um ihre Darstellung verbal zu
 stützen (Pomerantz 1986: 219 spricht von einem „way of legitimizing claims“), zweitens wird
 durch das negierte Verb verstehen in „was ich überHAUPT net versteh“ das Gegenüber in einen
 Erklärungszwang versetzt, drittens unterstreicht das rhythmische Sprechen sowie viertens das
 Schlagen mit den Händen die Eindringlichkeit und fünftens wird mit „und jetzt SO“ die Situa-
 tion vorwurfsvoll präsentiert und der Ärztin zur Reaktion angeboten.

Deren Aufzeigepraktiken machen deutlich, dass sie die Äußerungen der Patientin als Vorwurf
 interpretiert: Sie startet mit einer Belehrung („also VORSorge schützt einen NICHT davor, was

zu beKOMmen“; Z. 366-368), mit der der sie jegliche implizite Annahme der Patientin zurückweist, durch ihre Vorsorge sich vor Krebs geschützt zu haben. Sowohl das Indefinitpronomen *man* als auch die Modalpartikel *einfach* in „das mUss ma einfach SAgen“ haben die rhetorische Funktion, eine Tatsache als unabänderlich zu kennzeichnen und deren Akzeptanz einzufordern: Das Indefinitpronomen durch den Verweis auf den ‚default‘-Fall, nämlich das als allgemein suggerierte Wissen und die damit erfolgte Verschiebung der Verantwortung von der eigenen Person (vgl. ausführlich hierzu Imo/Ziegler 2019) und die Modalpartikel durch die Suggestion einer ‚einfachen‘ Akzeptanz. Wie Spreckels (2009: 140) zeigt, taucht einfach in Erklärsequenzen auf, in denen Dinge behandelt werden, die „genau das Gegenteil von ‚Einfachheit‘“ darstellen. Diese problematischen Dinge werden nicht zugegeben, sondern mit Hilfe von *einfach* herabgespielt und Verantwortlichkeiten so zu entkräften versucht (Spreckels 2009: 140). Auch in der folgenden konkretisierenden Erläuterung für die eingeschränkte Wirkung von Vorsorgeuntersuchungen taucht wieder das Indefinitpronomen *man* auf, das darauf verweist, dass es nicht einer individuellen Person zuzurechnen ist, den Krebs nicht schon früher erkannt zu haben, sondern dass *man* Krebs erst aber einer gewissen Größe überhaupt erkennen bzw. ertasten kann (Z. 370-374). Die Patientin liefert zu dieser Erklärung mehrere positive Rückmeldesignale (Z. 373 und 374), woraufhin die Ärztin das Thema mit dem Gemeinplatz „von DAher ist es einfach so“ (erneut mit dem an die Akzeptanz der Tatsache appellierenden *einfach*) zu beenden versucht. Gemeinplätze zeichnen sich nach Gülich (1978: 6) dadurch aus, dass sie „zum großen Teil die logische Struktur von Allsätzen haben“, bei denen das Verb im „gnomischen Präsens“ realisiert ist und dass sie „immer eine Prädikation über den Menschen oder das Leben im Allgemeinen“ ausdrücken. Gemeinplätze wie *das ist einfach so* changieren dabei zwischen den Truismen, „bei denen das Rhema etwas aussagt, was sich aus dem Thema in evidenter Weise gibt bzw. zu den selbstverständlichen Merkmalen des Themas gehört“ (Gülich 1978: 9; als Beispiel wird von Gülich u.a. die Äußerung „So ist das Leben“ genannt) und den „Erfahrungssätzen“ wie „Aller Anfang ist schwer“, „Es ist alles schon dagewesen“ oder „Man lernt nie aus“, die Ähnlichkeiten mit Sprichwörtern haben (Gülich 1978: 10). Die Äußerung „von DAher ist es einfach so“ ist insofern ein Truismus, als etwas, das in einer Art ist, eben in dieser Art ist. Zugleich liegt darin auch das Erfahrungswissen, dass die Entstehung von Krebs nach heutigem medizinischen Wissen in vielen Fällen schlichtweg unhinterfragt hingenommen werden muss. Ganz gleich, welchen der beiden Untertypen eines Gemeinplatzes man „von DAher ist es einfach so“ zuordnet, trifft Gülichs (1978: 15) Feststellung zu, dass die Grundfunktion von Gemeinplätzen in der „Reduktion von Komplexität“ besteht, wobei die Komplexitätsreduktion

bestimmten lokalen kommunikativen Zielen untergeordnet ist. Vor allem zwei Funktionen stellen sich in den Arzt-Patient-Gesprächen als besonders relevant dar: Zum einen werden Gemeinplätze oft zum Trösten oder Abwiegen eingesetzt („der Gemeinplatz hat somit etwas Mildern-des, Tröstliches“; Gülich 1978: 16), zum anderen werden sie verwendet, wenn „der Sprecher des Gemeinplatzes [...] sich auf die Komplexität des zur Debatte stehenden Einzelfalles gar nicht einlassen will.“ (Gülich 1978: 23). Die erwünschte sequenzielle Wirkung besteht in beiden Fällen darin, ein Thema zu beenden. Es zeigt sich aber, dass die Rückmeldesignale der Patientin bestenfalls den Teilaspekt akzeptieren, dass Krebs erst ab einer gewissen Größe tastbar ist, nicht aber die gesamte Aussage der Ärztin, dass die Krebsentstehung trotz Vorsorge „einfach so“ zu akzeptieren sei. Die Patientin führt ihren lediglich knapp zwei Jahre zurückliegenden Mammographie-Termin an und leitet eine Redewiedergabe der Ärztin ein. Dabei wird sie von der Ärztin unterbrochen, die nicht abwartet, was die Mammographie-Ärztin sagte, sondern auf den Zeitraum von zwei Jahren fokussiert („in ZWEI Jahren wächst sowas“; Z. 381). Die Patientin steigt aus ihrer geplanten Äußerung aus und liefert eine einräumende Reaktion („gut,=ja; Z. 384), woraufhin die Ärztin erneut einen Ausstieg aus der Diskussion mit einer Reformulierung des bereits zuvor geäußerten Appells an die unhinterfragte Akzeptanz durch den Gemeinplatz (genauer den Truismus) „das GIBT_S einfach“; Z. 385) einleitet. Gülichs (1978: 10) Beschreibung der Funktionen von Truismen trifft hier exakt zu:

Hier zeigt sich übrigens deutlich, dass die Form des Truismus und die daraus resultierende Reduktion von Komplexität natürlich nicht das Ziel hat, Komplexität zu reduzieren, sondern dass sie eingesetzt wird, um bestimmte Handlungsweisen, die in Frage gestellt worden sind, zu legitimieren oder zu verteidigen.

Doch die Patientin akzeptiert die durch den Truismus gestützte Aufforderung der Ärztin, Ursachen und Vorgeschichte als irrelevant zu betrachten, jedoch immer noch nicht, sie wechselt zur Anamnese, indem sie ihre Beobachtung berichtet, dass im vorigen Jahr sich ihre Brustwarzen zusammengezogen haben. Die Ärztin bestätigt diese Beobachtung als validen Indikator für einen entstehenden Krebs, und die Reaktion der Patientin („DESCH e zEiche?“; Z. 393) zeigt, dass sie geradezu dankbar das Eingehen der Ärztin auf die Krankheitsvorgeschichte quittiert. Die Ärztin greift das Interesse der Patientin an der Symptomatik auf (vgl. deren Frage in Z. 399) und beginnt nun, zu erläutern, wie der Tumor wächst. Damit ist zugleich auch der Fokus umgelenkt worden von der Betrachtung der Vergangenheit (Vorsorge; Anamnese) hin zur Zukunft (Therapie): Die Erläuterung der Ärztin, wie der Tumor wächst, ist Teil der Diagnose und Grundlage für den Therapieplan und die Patientin schwenkt schließlich von selbst auf diese Perspektive ein. Nachdem die Ärztin die Symptomatik erläutert hat, quittiert sie diese mit „na GUT“ und leitet explizit zur Therapieplanung über („WAS soll ich machen,“).

Die Transkriptausschnitte zeigen die Perspektivendivergenz von ÄrztInnen und PatientInnen: Während für die PatientInnen Aspekte von Kausalität und Vorgeschichte eine sehr hohe Relevanz haben, liegt der Fokus der ÄrztInnen ausschließlich auf der Zukunft, d.h. der geplanten Therapie. Der Aspekt der persönlichen Verantwortung, die PatientInnen für die Prävention von Krebserkrankungen übernommen haben, spielt keine Rolle. Das erklärt auch, warum sich Thematisierungen von Vorsorgeuntersuchungen oder von Ursachenforschung durch die Ärztinnen und Ärzte in den Daten nicht finden – deren Fokus liegt auf Therapie. Diese Perspektivendivergenz führt an den entsprechenden Stellen zu Aushandlungssequenzen, in denen der *common ground* – Akzeptanz von Krebs als nur bedingt kausal kontrollierbare Krankheit und Fokus auf die Therapie – hergestellt werden muss.

5. Fazit

Gemeinplätze wie *das ist halt/einfach so* sind rhetorische Strategien, mit den die ÄrztInnen rhetorisch an die PatientInnen appellieren, das Thema der Ursachenforschung und das Nachdenken über eigene Verantwortung aufzugeben und sich der zentralen Agenda der ÄrztInnen, dem Fokus auf die in die Zukunft gerichtete Therapie, anzuschließen. Nicht ohne Grund taucht dabei häufig auch die Modalpartikel *einfach* auf, die ebenfalls alltagsrhetorisch die Aufgabe hat, beim Gesprächspartner einen Verzicht des Einforderns von Details zu bewirken. Es zeigte sich allerdings, dass dieser Appell an das unhinterfragte Akzeptieren von den PatientInnen nicht ohne Weiteres akzeptiert wird. Meist müssen Arzt/Ärztin und Patient/Patientin erst in einer längeren Sequenz die Relevanzen aushandeln, bis sich die Sicht der ÄrztInnen zumindest auf der Oberfläche, d.h. im beobachtbaren Rahmen des Gesprächs durchsetzt. Der *common ground* ist damit für die Diagnosemitteilungs- und Therapieplanungsgespräche als solche hergestellt. Ob aber die PatientInnen ihren Fokus auf Kausalattributionen aufgeben und auf die Rekonstruktion ihrer Krankheitsgeschichte dann auch wirklich verzichten, bleibt fraglich. Hier wäre eine Anschlussforschung über Fragebögen das geeignete Mittel, um zu erforschen, ob und inwieweit die Frage nach Ursache und Verantwortung während und nach der Therapie weiter eine Rolle im Leben der PatientInnen spielt.

Literatur:

- Baldauf, Heike und Wolfgang Imo (i.E.): pfff. In: Imo, Wolfgang und Jens P. Lanwer (Hrsg.): (Konstruktions)Grammatik und Prosodie. Berlin: de Gruyter.
- 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>
- Birkner, Karin (2006): Subjektive Krankheitstheorien im Gespräch. In: Gesprächsforschung – Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion 7, 152-183.
- Coussios, Georgis, Imo, Wolfgang und Lisa Korte (2019): Kommunikation mit KrebspatientInnen: Ein gesprächsanalytisch fundiertes Trainingshandbuch. Mannheim: Verlag für Gesprächsforschung.
- Feilke, Helmuth (1996): Sprache als soziale Gestalt. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Gülich, Elisabeth (1978): „Was sein muß, muß sein.“ Überlegungen zum Gemeinplatz und seiner Verwendung. In: Bielefelder Papiere zur Linguistik und Literaturwissenschaft 7, 1-41.
- Günthner, Susanne (2000): Vorwurfsaktivitäten in der Alltagsinteraktion. Tübingen: Niemeyer.
- Imo, Wolfgang (2009): Konstruktion oder Funktion? Erkenntnisprozessmarker („change-of-state tokens“) im Deutschen. In: Günthner, Susanne und Jörg Bücker (Hrsg.): Grammatik im Gespräch. Berlin: de Gruyter, 57-86.
- Imo, Wolfgang und Evelyn Ziegler (201): Situierete Konstruktionen: das Personalpronomen *man* im Kontext der Aushandlung von Einstellungen zu migrationsbedingter Mehrsprachigkeit. In: OBST 94, 75-104.
- Maynard, Douglas W. (2003): Bad news, good news: Conversational order in every day talk and clinical settings. Chicago: University of Chicago Press.
- Pomerantz, Anita (1986): Extreme Case Formulations: A way of legitimating claims. In: Human Studies 9, 219-229.
- Schumann, Elke, Elisabeth Gülich, Gabriele Lucius-Hoene und Stefan Pfänder (Hrsg.) (2015): Wiedererzählen: Formen und Funktionen einer kulturellen Praxis. Bielefeld: Transkript.
- Selting, Margret, Peter Auer, Birgit Barden, Jörg Bergmann, Elizabeth Couper-Kuhlen, Susanne Günthner, Christoph Meier, Uta Quasthoff, Peter Schlobinski & Susanne Uhmman. 2009. Gesprächsanalytisches Transkriptionssystem 2 (GAT 2). Gesprächsforschung – Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion 10. 353–402.
- Sontag, Susan (1978): Illness as metaphor. New York: Farrar, Straus and Giroux.
- Spreckels, Janet (2009): *ich hab einfach gedacht*: Stellungnahme und Positionierung durch *einfach* in Erklärinteraktionen. In: Günthner, Susanne und Jörg Bücker (Hrsg.): Grammatik im Gespräch. Berlin: de Gruyter, 115-148.
- Szczepek, Beatrice (2000a): Formal Aspects of Collaborative Constructions in English Conversation. In: *InLiSt* 17, S. 1-34.
- Szczepek, Beatrice (2000b): Functional Aspects of Collaborative Constructions in English Conversation. In: *InLiSt* 21, S. 1-36.
- Zeit Magazin (23.05.2019): Interview mit Michael Hallek, durchgeführt von Britta Stuff und Henning Süßebach. 14-21.