

Arbeitspapier Nr. 28 (11/2017)

***Die kommunikative Rolle dritter Personen und  
ihre sprachlichen Beteiligungsverfahren im  
onkologischen Aufklärungsgespräch – Eine  
gesprächsanalytische Untersuchung***

Patricia Wiemer

## Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung .....	1
2	Forschungsüberblick: Triadische Kommunikation im institutionellen Kontext .....	4
2.1	Triadisch organisierte medizinische Gespräche .....	5
2.2	Interaktion in der medizinischen Pädiatrie .....	9
3	Datenerhebung und Datenkorpus .....	13
4	Methodik .....	15
4.1	Ethnomethodologische Konversationsanalyse und (ethnographische) Gesprächsanalyse.....	16
4.2	Angewandte Gesprächsforschung.....	21
5	Das onkologische Aufklärungsgespräch als emotionales Ereignis .....	24
6	Analyse: Selektive Adressierungs- und Referenzformen als interaktive Beteiligungsverfahren dritter Personen .....	29
6.1	Personenreferenz durch Familien- und Verwandtschaftsbezeichnung.....	30
6.2	Personenreferenz durch Pronominalgebrauch der dritten Person.....	46
6.3	Laterale Adressierung.....	59
6.4	Kollektive Personenreferenz durch <i>wir</i> .....	63
6.5	Individuelle Selbstreferenz durch <i>ich</i> .....	69
7	Schlussbetrachtung – Zusammenfassung und Ausblick .....	74
8	Literatur .....	

## 1 Einleitung

Die Diagnose Krebs stellt einen Wendepunkt im Leben eines jeden Menschen dar. Obwohl die Behandlungsmöglichkeiten mit dem medizinischen Fortschritt stetig besser werden, löst die lebensbedrohliche Krankheit bei den Betroffenen große Ängste um die eigene Lebensperspektive aus und geht mit risikoreichen, den Alltag sowie die Gesundheit der Betroffenen belastenden Therapiemaßnahmen einher. Die medizinischen Behandlungsmöglichkeiten in Form von Operationen, Chemotherapien oder Bestrahlungen sind der erste Schritt zu einer möglichen Genesung. Daher ist die Nachvollziehbarkeit und Aushandlung von Diagnose und Therapie im ÄrztInnen-PatientInnen-Gespräch für die Erkrankten besonders relevant, denn letztere wünschen sich die für sie bestmögliche Behandlung. Gerade aus diesem Grund werden die von den ÄrztInnen vorgeschlagenen Therapiemaßnahmen häufig hinterfragt und mit Misstrauen belegt (Imo 2016a). Misstrauen und Unklarheiten gilt es jedoch auszuhandeln, denn die *Compliance*<sup>1</sup> der PatientInnen wirkt sich auf den Behandlungserfolg aus. So ist die medizinische Kommunikation mit ihrem spezifischen Feld der ÄrztInnen-PatientInnen-Interaktion<sup>2</sup> zu einem beliebten Untersuchungsgegenstand der Angewandten Diskursforschung- oder Gesprächsforschung avanciert, da sich hier häufig Kommunikationsstörungen und Verständigungsproblematiken aufgrund vorherrschender Macht- und Wissensasymmetrien auftun (Depermann 2008: 16). Gerade in institutionellen Settings gelten aufgrund der spezifischen Rollenverteilung der Beteiligten interaktive Bedingungen, die von den Erwartungen der SprecherInnen in Alltagsgesprächen abweichen. Durch den übergeordneten institutionellen Gesprächsrahmen kommt es anders als in Alltagsinteraktionen zu Voraussagbarkeiten für die SprecherInnen, welche erwartbare Themen, Beteiligungsrollen oder Aspekte der Gesprächsführung betreffen. Neuere patientenzentrierte Untersuchungen fokussieren daher klinische Aufklärungsgespräche zwischen ÄrztInnen und PatientInnen. So untersuchen beispielsweise Bentz et al. (2016) im Rahmen eines von der Deutschen Krebshilfe geförderten Forschungsprojektes die Optimierung von Wissenstransfer und Verstehenssicherung in onkologischen Therapieplanungs- und Aufklärungsgesprächen, welche auch die Datenbasis für die vorliegende Arbeit bilden. Die Handlungsstruktur onkologischer Aufklärungsgespräche beinhaltet unter anderem die Diagnosemitteilung sowie die Therapieplanung und -entscheidung im Falle einer Krebserkrankung (Günthner 2016a), weshalb diese Gespräche sich als besonders sensible Daten darstellen: Hier erfahren die Betroffenen erstmalig offiziell von ihrer Erkrankung und besprechen mit den ÄrztInnen Behandlungsmöglichkeiten, die oftmals mit erheblichen Auswirkungen auf Gesundheit und Alltag einhergehen. Dadurch gestalten sich onkologische Aufklärungsgespräche häufig als besonders schwierig und emotional: PatientInnen verstummen unter Schock, weshalb diese Interaktionen häufig triadisch organisiert sind, da neben

---

<sup>1</sup> Unter dem Terminus *Compliance* wird in der medizinischen Fachsprache „die Bereitschaft des Pat., bei diagnostischen u. therapeutischen Maßnahmen mitzuwirken“ (Roche 2003: 353) verstanden, die prinzipiell in jeder ÄrztInnen-PatientInnen-Interaktion entscheidend zum Erfolg der Behandlung beiträgt.

<sup>2</sup> Im Folgenden ÄPI.

ÄrztIn und PatientIn dritte Begleitpersonen in Form von Angehörigen und LebenspartnerInnen anwesend sind. Dritte Personen spielen eine wichtige, produktive Rolle in medizinischen Konsultationen, denn ihnen kommen ganz spezifische Aufgaben zu: Sie fungieren nicht nur als emotionale und mentale Hilfe, sondern können die PatientInnen bei der Aufarbeitung der Krankheitsgeschichte unterstützen, genauso wie ihre Aussagen bekräftigen und verifizieren. Begleitpersonen können außerdem die Beteiligung der PatientInnen in den Gesprächen erleichtern, indem sie wichtige Rückfragen zur Diagnose sowie zur Behandlung stellen, persönliche Anliegen schildern oder das Gespräch inhaltlich gliedern. So helfen sie den PatientInnen, die Diagnose zu verarbeiten und relevante Informationen für die Therapiemöglichkeiten einzuholen. Gleichzeitig kommt es jedoch vor, dass Angehörige selber die psychische Belastung einer solchen Mitteilung verarbeiten müssen, da sie als Teil der Familie oder des engeren sozialen Umfeldes von diesem Schicksalsschlag mitbetroffen und dadurch übermotiviert sind, die für die PatientInnen optimalen Therapien einzufordern, was sich destruktiv auf die ÄPI auswirkt und die Bedürfnisse der Betroffenen in den Hintergrund rücken lässt. So kann sich insbesondere die sprachliche Beteiligung der Angehörigen von kooperativen Verfahren bis hin zur Einmischung entwickeln. Im Zuge dieser Eigeninitiative nehmen die Begleitpersonen in den Aufklärungsgesprächen variierende kommunikative Beteiligungsrollen und damit verbundene spezifische Funktionen ein, die in dieser Arbeit herausgestellt werden sollen.

Während dyadische ÄrztInnen-PatientInnen-Interaktionen im Rahmen der medizinischen Kommunikation sowohl aus linguistischer Perspektive als auch interdisziplinär bereits weitgehend empirisch untersucht worden sind (vgl. Köhle/Raspe 1982; Löning/Sager 1986; Ehlich et al. 1990, Becker-Mrotzek 1992, Spranz-Fogasy 2007), stellt die Untersuchung triadisch organisierter medizinischer Gespräche und damit auch die Beteiligung dritter Personen in Aufklärungsgesprächen bisweilen ein Forschungsdesiderat dar. So versteht sich die nachfolgende Analyse nicht wie bisherigen Forschungen als eine arzt- oder patientenzentrierte Arbeit. Vielmehr liegt der Fokus auf der dritten anwesenden Partei und ihrer kommunikativen Rolle. Interessensschwerpunkt stellen hier die Besonderheiten der Interaktion zwischen drei GesprächsteilnehmerInnen dar, was die Konzentration nicht auf dialogische Daten, sondern auf triadisch organisierte ÄrztInnen-PatientInnen-Begleitpersonen-Kommunikation<sup>3</sup> notwendig macht. In Mehrparteieninteraktionen werden die Beteiligungskonstitution und Beteiligungsrollen sowie epistemische Aspekte interaktiv ausgehandelt. So entsteht durch die Anwesenheit der Begleitpersonen eine komplex organisierte Gesprächsstruktur, in welcher der Sprecherwechsel nicht mehr eindeutig ist, sondern kontinuierlich neu ausgehandelt werden muss. Damit werden auch in triadischen Interaktionen Mechanismen der Gesprächsorganisation wie das „recipient design“ (Sacks et al. 1974: 727) wirksam, die zunächst überwiegend an dialogischem Material

---

<sup>3</sup> Da in dieser Arbeit der Fokus ausschließlich auf Daten mit einer triadischen Gesprächssituation liegt, bei denen Angehörige als dritte Personen konstitutiver Bestandteil der Teilnehmerkonstellation sind, wird der in der linguistischen Forschung verwendete Begriff der ÄrztInnen-PatientInnen-Kommunikation vorliegend um die Begleitperson im Sinne einer ÄrztInnen-PatientInnen-Begleitpersonen-Kommunikation erweitert, im Folgenden abgekürzt als ÄPBK.

entwickelt wurden. Es lässt sich beobachten, dass Angehörige ihren Referenzmodus sowie ihre Adressierungsverfahren interaktiv wechseln und neu ausrichten, was sich gleichzeitig auf die Gesprächsbeteiligung der PatientInnen und das „Footing“ des Gespräches (Goffman 1981) auswirkt. In der spezifischen TeilnehmerInnenkonstellation adressieren die Begleitpersonen inhaltliche Rückfragen, persönliche Anliegen, Ergänzungen und Korrekturen der PatientInnen-erzählungen an die ÄrztInnen, sodass sie an relevanten Stellen der Interaktion einen Modus des *Sprechens über den/die PatientIn*, vereinzelt auch eines *Sprechens für den/die PatientIn*<sup>4</sup> etablieren, bei denen spezifische Personenreferenzformen und Adressierungsverfahren sowie Mechanismen des Turn-taking im Hinblick auf die Organisation des Sprecherwechsels strategisch eingesetzt werden und so den Beteiligungsstatus der PatientInnen gesprächsstrukturell einschränken oder erweitern können.

Daher soll in dieser Arbeit mit Hilfe konversations- und gesprächsanalytischer Methoden anhand eines Korpus von onkologischen Aufklärungsgesprächen in einer qualitativen empirischen Untersuchung exemplarisch das Spektrum von personalen Referenz- und Adressierungsformen als verbale, rekurrente, musterhaftige Beteiligungsverfahren der Angehörigen herausgearbeitet werden. Insbesondere soll der Frage nachgegangen werden, inwieweit die Wahl einer spezifischen Referenzform aus einem breiten Spektrum an möglichen Referenzen allein einem linguistischen und kulturellen Präferenzsystem unterliegt, wie es Sacks/Schegloff (1979) mit den präferierten Maximen „minimization“ und „recipient design“ bzw. „recognition“ beschreiben oder wie Stivers (2007) annimmt, über eine reine Referenzfunktion hinausgehen, indem die Begleitpersonen darüber hinaus eine pragmatische Handlung verfolgen.

Nach einer Verortung des Forschungsinteresses dieser Arbeit unter Berücksichtigung des derzeitigen Forschungsstandes zu triadisch-institutionellen Gesprächen soll zunächst die im Rahmen des Deutschen Krebshilfeprojektes erstellte Datengrundlage beschrieben werden. An die Beschreibung des Methodenapparates, mit dem das Datenmaterial gesprächsanalytisch untersucht werden soll, schließt die Darstellung des onkologischen Aufklärungsgespräches als emotionales Ereignis an, um anhand der PatientInnen-Reaktionen auf die Diagnose die Anwesenheit und interaktive Eigeninitiative der Angehörigen plausibel zu machen. Diese sprachliche Initiative der dritten Personen soll dann in der Analyse der interaktiven Adressierungs- und Referenzformen als Verfahren der Beteiligungssteuerung unter Rückgriff auf die dargestellten Aspekte der Konversations- und Gesprächsanalyse sowie der Angewandten Diskurs- oder Gesprächsforschung untersucht werden. Dabei werden insbesondere Personenreferenzen durch Verwandtschaftsbezeichnungen, pronominale und kollektive Personenreferenzen, aber auch individuelle Selbstreferenzen sowie die laterale Adressierung in ihrem Form-Funktionszusammenhang betrachtet. Die zentrale Forschungsfrage ist hier, welchen Einfluss die

---

<sup>4</sup> Die Bezeichnungen beider Modi werden vorliegend abgewandelt in Anlehnung an die von Meike Schwabe (2006) etablierten Phänomene der Beteiligungssteuerung „Sprechen über jemanden“ und „Sprechen für jemanden“ in pädiatrischen Konsultationen verwendet. Auf Schwabes Arbeit wird dazu in Kapitel 2.2 näher eingegangen.

Wahl der Referenzform sowohl auf das Footing als auch auf die Beteiligungsstruktur des Gesprächs hat und dadurch jeweils die kommunikative Rolle der Begleitpersonen im Gespräch konstituiert. In einem abschließenden Fazit und Ausblick soll unter einer anwendungsorientierten Perspektive auf die beobachteten sprachlichen Beteiligungsmuster der Angehörigen der Bogen zu einer „Diskursforschung für die Praxis“ (Becker-Mrotzek/Brünner 1992) geschlagen werden: Es sollen erste Überlegungen angestellt werden, wie nachfolgende Arbeiten die Ergebnisse für eine systematische Identifizierung typischer Kommunikationsprobleme in medizinischen Gesprächen mit dritten Personen und die Entwicklung von Beratungen, Trainings und Leitfäden für eine mögliche Veränderung und Verbesserung dieser Problematiken nutzen könnten (vgl. Brünner et al. 2002: 8).

## **2 Forschungsüberblick: Triadische Kommunikation im institutionellen Kontext**

Da sich konversationsanalytische Forschungen in der medizinischen Kommunikation überwiegend auf den Bereich der dyadischen ÄPI konzentriert haben<sup>5</sup>, ist hinsichtlich des Forschungsstandes zu bemerken, dass institutionelle Mehrparteieninteraktionen, insbesondere die triadische ÄPBK und damit auch die kommunikative Rolle dritter Parteien im onkologischen Aufklärungsgespräch, bislang kaum aus gesprächsanalytischer Perspektive untersucht worden sind. Einige wenige quantitative, englischsprachige Studien beschäftigen sich mit den kommunikativen Eigenschaften triadischer Beratungsgespräche im Vergleich zu dyadischen Beratungsgesprächen<sup>6</sup> in der Onkologie anhand von Audiodaten und sollen in ihren für diese Arbeit relevanten Ergebnissen kurz vorgestellt werden.

Außerdem hat sich in den letzten Jahren auf dem Feld der medizinischen Mehrparteieninteraktion ein Forschungsstrang entwickelt, der sich insbesondere mit der Gesprächsbeteiligung von Kindern in institutionellen Gruppenkontexten auseinandersetzt. Diese Arbeiten aus dem institutionellen Kontext der Pädiatrie greifen mit der Untersuchung von Ungleichheiten in den

---

<sup>5</sup> Für einen umfassenden Forschungsüberblick zur ÄPI siehe Ehlich et al. (1990), Löning (2001), Nowak/Spranz-Fogasy (2008), Nowak (2010). Für einen kurzen zusammenfassenden Überblick über frühere Forschungsaktivitäten siehe Becker-Mrotzek (1992). Eine zusammenfassende Dokumentation des aktuellen Literaturstandes zur medizinischen Kommunikation bietet die Bibliographie zur Gesprächsforschung des Instituts für Deutsche Sprache (siehe Spezialbibliographie unter <http://hypermedia.ids-mannheim.de/pls/prag/bib.ansicht> [letzter Zugriff 21.09.2016]).

<sup>6</sup> Inwieweit das Aufklärungsgespräch der Großgattung der Beratungsgespräche zuzuordnen oder als eigenständige kleine Gattung zu betrachten ist, ist zu diskutieren. So stellen zwei zentrale konversationelle Aktivität der ÄrztInnen im onkologischen Aufklärungsgespräch das *Informieren* über die Diagnose sowie das *Beraten* der PatientInnen im Hinblick auf die Therapieplanung dar, was für eine Einordnung als Subgattung des Beratungsgesprächs sprechen würde. Jedoch geht das Aufklärungsgespräch mit seiner typischen Handlungsstruktur, die unter anderem die Diagnosemitteilung beinhaltet, über das Beratungsgespräch hinaus, was u. U. ein Hinweis für die Etablierung einer eigenen Gattung ist, die dem Ablaufschema Gesprächseröffnung und Begrüßung, Diagnosemitteilung (Überbringung schlechter Nachrichten), Hoffnung und Trösten, Therapieplanungsabsprache und Gesprächsbeendigung folgt (Günthner 2016a). Günthner (2016a) stellt dazu mit der Analyse spezifischer verfestigter Muster des Aufklärungsgesprächs, wie die Rekonstruktion der Situation mit Bezugnahme auf den bereits vorliegenden Verdacht, die Attraktivität des Gattungskonzeptes nach Luckmann (u. a. 1984, 1986, 1988) für die sprachwissenschaftlichen Analysen authentischer Kommunikationskontexte dar und zeigt durch die Detailanalyse des sprachlich-kommunikativen Handelns in Aufklärungsgesprächen, wie hier soziale Wirklichkeit (re-)konstruiert wird (Luckmann in: Ayaß/Meyer 2012: 30).

Rede- und Beteiligungsrechten der heranwachsenden PatientInnen auch die für das Erkenntnisinteresse dieser Arbeit relevanten interaktiven Partizipationsstrategien der Begleitpersonen auf. Zwar unterscheiden sich Gespräche aus pädiatrischen Settings aus interaktionsanalytischer Perspektive sehr stark von ähnlichen Gesprächstypen mit Erwachsenen, dennoch lassen sich einige Aspekte auf das vorliegende Korpus sinnvoll anwenden, denn pädiatrische Gespräche bringen wie onkologische Aufklärungsgespräche auch eine spezifische, häufig triadisch organisierte TeilnehmerInnenstruktur mit sich, da die minderjährigen PatientInnen in den meisten Fällen von mindestens einem Elternteil begleitet werden.

## **2.1 Triadisch organisierte medizinische Gespräche**

Das onkologische Aufklärungsgespräch fungiert mit seiner häufig triadisch organisierten Grundstruktur als Beispiel institutionell gerahmter Mehrparteieninteraktionen. Hier stößt das klassische dyadische Kommunikationsmodell an seine Grenzen, denn sprachliche Verfahren, die an dialogischem Datenmaterial entwickelt worden sind, sind hier nicht mehr eindeutig anwendbar. So beinhaltet eine klassische kommunikative Handlung einen Sprecher, der einen Satz bzw. eine Äußerung an einen Rezipienten sendet, der diese Äußerung entschlüsselt (Günthner 2000: 178), worauf sich klassische Arbeiten in diesem Feld ausgehend von Sprecher-Hörer-Dyaden in Telefonkonversationen konzentriert haben. Doch wie bereits Haviland (1986: 254) feststellt, wachsen die Bedeutung und Untersuchungen von Mehrparteieninteraktionen. Denn die Schwierigkeit des Äußerungsentwurfs liegt hier nach Hitzler (2013: 113) darin, „dass verschiedene (potentielle) Empfänger über unterschiedliches Wissen verfügen, das auch auf unterschiedliche Weise von Produzenten geteilt wird“. Mit Schegloff (1996a: 19) weist Hitzler darauf hin, dass der Sprecherwechsel in Gruppeninteraktionen anders als in dyadischen Interaktionen häufig weniger eindeutig organisiert ist und mit jedem abgeschlossenen Turn erneut verhandelt werden muss. Aus diesem Grund bearbeitet Hitzler das Konzept des recipient design<sup>7</sup> als eine Fokussierungsmöglichkeit der präferierten Sprecherwahl in institutionellen Mehrparteieninteraktionen. So kann es bei der Organisation des Turn-taking (Sacks et al. 1974) im Zuge der Sprecherauswahl mit Hilfe der Adressierung zu einer Doppel- und Mehrfachadressierung kommen, dem der/die ProduzentIn durch den Adressatenzuschnitt der Äußerung entgegen wirkt.

Nach Kang (1998) zeichnet sich triadischer Austausch durch einen spezifischen Beteiligungsrahmen („participation framework“, Goffman 1981: 128) aus, der durch besondere Adressierungsverfahren von den Interaktanten hergestellt wird. So beschreibt Kang „triadic exchange“ als einen besonderen Interaktionstyp in Mehrparteienkonstellationen, bei dem sich eine Äuße-

---

<sup>7</sup> Recipient design ist ein konversationsanalytisches Konzept, das Sacks et al. (1974: 727) wie folgt definieren: „By ‚recipient design‘ we refer to a multitude of ways the talk by a party in a conversation is constructed or designed in ways which display an orientation and sensitivity to the particular other(s) who are co-participants.“ Schmitt/Deppermann (2009: 82) beschreiben Recipient design als „die lockere Herausbildung eines interaktionsgeschichtlich spezifisch profilierten Rezipienten.“ Bergmann (1988: 49) beschreibt dies als „Prinzip des rezipientenspezifischen Zuschnitts von Äußerungen“.

zung inhaltlich an einen Gesprächsteilnehmer richtet, ohne diesen jedoch direkt zu adressieren. Kang differenziert hier zwischen einem „mediator“ (Kang 1998: 384), der grammatisch adressiert ist bzw. an den die Äußerung gerichtet ist, und der eigentlichen Zielperson („target“, Kang 1998: 384), an den sich der Inhalt der Äußerung eigentlich richtet. Obwohl die Zielperson der Äußerung anwesend ist, wird auf sie in der dritten Person referiert. Es erfolgt eine Aufteilung der RezipientInnenrolle in einen „kommunikativen Adressaten“ und eine „indirekte Zielscheibe“ (Levinson 1988: 170ff.). Kang behandelt diese Formen als indirekte Aufforderung an die Zielperson, sich zu diesen Inhalten zu verhalten. Solche Referenzen auf einen kopräsenten Teilnehmer dienen in vielen natürlichen Diskursen häufig als ein Marker für eine Veränderung der Teilnahme, da sie die dritte Person, auf die referiert wird, von der Teilnahme ausschließen. Doch im Falle des triadischen Austausch nach Kang werden die Adressaten dieser lateralen Adressierung nicht aus dem Gespräch, sondern nur von der direkten Adressierung ausgeschlossen, können also den Turn als nächste(r) SprecherIn besetzen. Kang (1998: 393f.) führt außerdem aus, dass in triadischen anders als in dyadischen Interaktionen der/die Adressierte nur ein(e) mögliche(r) nächste(r) SprecherIn ist:

While in the prototypical exchange the participant addressed becomes the most likely next speaker, the addressed participant is only one possible next speaker in triadic exchange. Speaker selection in triadic exchanges is accomplished interactively, since more than one participant is entitled on next speakership.

Triadisch organisierter Austausch ist so nach Kang ein spezifisches, rekurrentes *participation framework* in Mehrparteieninteraktionen, das als Ort für die Anzeige von sozialen Beziehungen und die Einbeziehung verschiedener Adressatenrollen dient.<sup>8</sup>

Auch Haviland (1986) untersucht im Rahmen der Analyse Gespräche zwischen drei Personen aus der Region Zinacantán als Mehrparteieninteraktionen, die er als „N party‘ conversation“ (Haviland 1986: 253) bezeichnet und stellt hier besonders die komplexe Aushandlung von übergaberelevanten Stellen dar. Außerdem zeigt Haviland (1986: 256), dass klare Konversationsmechanismen auch für die Drei-Personen-Paradigmen entworfen wurden, so z.B. die erste Person den Sprecher grammatikalisiert, die zweite Person den Adressaten der Äußerung und die dritte Person auf eine Bandbreite an Individuen, sowohl TeilnehmerInnen als auch Nicht-TeilnehmerInnen der Interaktion referieren kann. Der Sprecher kann dabei nach der Aufteilung der TeilnehmerInnenrollen nach Levinson (1983) der Autor, der Adressat oder ein Mittelsmann (,intermediary‘) der Äußerung für ein nicht-adressiertes Ziel sein kann. Die dritte Person als „(Over)Hearer“ (Haviland 1986: 256) kann dann in einer triadischen Interaktion der/die intendierte RezipientIn sein oder einfach als ratifizierte(r) oder nicht-ratifizierte(r) RezipientIn den Inhalt bzw. die Form der Äußerung katalysieren.

---

<sup>8</sup> Auf weitere Aspekte triadischer Kommunikation soll im Rahmen des Forschungsstandes nicht weiter eingegangen werden. Zu detaillierteren Spezifika siehe die Analyse in Kapitel 6 und z.B. Goodwin (1986); Lerner (1996, 2003).

Dieckmann (1985) behandelt die Realisierung des Adressatenbezugs im Rahmen dialogisch-öffentlicher Kommunikation am Beispiel des politischen Redebeitrags eines ehemaligen Bundespräsidenten und macht in diesem Zuge ebenfalls auf die Unterscheidung zwischen dem explizit angesprochenen von dem gemeinten Adressaten durch eine eigentlich triadische Ausrichtung des Gespräches aufmerksam. Unter Berücksichtigung der Dreiecksstruktur öffentlicher Kommunikation stellt er heraus, dass die Interaktion, die sich zwischen zwei GesprächspartnerInnen auf der Binnenstruktur ereignet, in vielen Fällen mindestens zwei verschiedene AdressatInnen hat und zwar in Form des eigentlichen Gegenübers und in Form des zuhörenden Dritten, die Teil- oder Massenöffentlichkeit, welche die politischen Akteure bewusst durch ein „Reden zum Fenster hinaus“ adressieren.

Die interaktionsanalytische Forschungsliteratur zu medizinischer Kommunikation hat ihren Fokus primär auf das Verhältnis von ÄrztInnen und PatientInnen gelegt und damit das Phänomen der triadischen Teilnehmerkonstellation weitgehend unberücksichtigt gelassen. Daher existieren bis heute kaum Leitfäden für ÄrztInnen, die sich mit einer adäquaten Beratung bei Anwesenheit von Begleitpersonen befassen, noch besteht eine ausreichende interdisziplinäre Synthese der Forschungsergebnisse. Dennoch haben Laidsaar-Powell et al. (2013) einen systematischen Überblick über 52 quantitative und qualitative Studien zu der Erforschung von triadischer Kommunikation zwischen ÄrztInnen, PatientInnen und Begleitpersonen aus dem angloamerikanischen Raum erstellt, um die besondere Rolle der Begleitperson für diese Interaktionen herauszustellen: „Companions can change the dynamics of the consultation, influence the patient's relationship with the physician, and increase the complexity of the encounter.“ (Laidsaar-Powell et al. 2013: 1) Zwar stellen die Studien in forschungsmethodischer Hinsicht keine sequenzanalytischen Arbeiten dar, dennoch führen sie allgemeine Kommunikationsbedingungen an und machen umso mehr auf die Lücke in der gesprächsanalytischen Forschung aufmerksam. So werden beispielsweise bei Laidsaar-Powell et al. (2013: 2) Arbeiten zu kommunikativen Mustern in dyadischen im Gegensatz zu triadischen Interaktionen und das kommunikative Verhalten der Begleitpersonen sowie ihr Einfluss auf die Gesamtkommunikation herausgestellt. Street/Gordon (2008) vergleichen z.B. in diesem Kontext die Kommunikation von nicht-begleiteten und begleiteten PatientInnen sowie das kommunikative Verhalten der Begleitpersonen während Lungenkrebs-Beratungsgesprächen anhand transkribierter Gesprächsaufnahmen aus onkologischen Kliniken. Die kodierten Äußerungen umfassen dabei die aktive verbale Teilnahme von PatientInnen und Begleitpersonen in Form von Fragen, Formulierungsstrategien für eigene Anliegen und sprachlichen Verfahren der Beteuerung bzw. der verbalen Gestaltung von Erklärungssequenzen. Street/Gordon (2008: 249) führen zunächst an, dass trotz der großen Bedeutung und Häufigkeit der Anwesenheit von dritten Begleitpersonen in onkologischen Beratungsgesprächen ihre Rolle bisher nur wenig erforscht ist:

Cancer is a disease that affects individuals as well as their significant others. Families and friends can be a valuable source of support, help and information as the patient copes through diagnosis, treatment and recovery. Although patients are often accompanied by companions in their cancer

consultations where diagnosis and treatment options are discussed, little is known about the role companions play in these encounters.

Street/Gordon (2008: 249) kommen zu dem Ergebnis, dass die Anwesenheit der Begleitpersonen insgesamt nicht mit einer längeren Dauer der Gespräche, Unterschieden in der Verwendung kommunikationsfördernder Verfahren wie Unterstützungssequenzen seitens der ÄrztInnen oder einer Kontrolle der Konversation einhergeht. In einigen Situationen wirkte sich die Anwesenheit von Angehörigen jedoch nachteilig aus, insbesondere dann, wenn sie die Kommunikation der PatientInnen behinderten oder ihre eigene Agenda anstelle die der PatientInnen durchsetzen wollen (Street/Gordon 2008: 245). Außerdem konnten sie Unterschiede in dem sprachlichen Verhalten von begleiteten PatientInnen im Vergleich mit der Kommunikation der Begleitpersonen insofern feststellen, als dass Begleitpersonen in einem Drittel der Beratungsgespräche aktivere Teilnehmer als die PatientInnen waren, in den anderen Teilen jedoch eher als „watchdog or affected stakeholder who monitors the interaction and interjects questions“ (Street/Gordon 2008: 249) fungieren.

Die höhere kommunikative Aktivität der Begleitpersonen stellen auch Eggly et al. (2006) in ihrer quantitativen Untersuchung von Fragestellungen als Strategie der Informationseinholung der PatientInnen und ihrer Angehörigen während der Übermittlung schlechter Nachrichten im Zuge der Diagnosemitteilung in onkologischen Gesprächen fest. Während zahlreiche linguistische Studien Fragestrategien der PatientInnen im dyadischen ÄrztInnen-PatientInnen-Gespräch untersuchen, setzen Eggly et al. (2006: 361) ihren Fokus auf die Begleitpersonen in medizinischen Beratungen in der Onkologie im Rahmen der Übermittlung von *bad news*. Demnach stellen Begleitpersonen signifikant häufiger Fragen in den onkologischen Beratungen, vor allem dann, wenn ihr Vertrauen in die ÄrztInnen groß ist, während PatientInnen verstummen. Themen der Fragen betreffen häufig die Behandlung, die Art der Krebsdiagnose sowie die Prognose. Durch die starke sprachliche Partizipation und die vermehrte Fragestellung seitens der Begleitpersonen waren die Gespräche durchschnittlich länger und die ÄrztInnen legten mehr Informationen dar. Ellingson (2002) beobachtet in ihrer Untersuchung der Rollen von Begleitpersonen in Interaktionen zwischen PatientInnen und Teammitgliedern in der Geriatrie 8 verschiedene Rollenausprägungen, die von Gedächtnishilfe, über emotionale Unterstützung, Hilfe in der Entscheidungsfindung, Übersetzerfunktion, bis hin zu Ausarbeitung der Informationen, Fürsprecherfunktionen für die PatientInnen und Interpretationshilfen sowie einer einfachen Begleitungsfunktion gehen.

Jedoch konnten Manne/Glassman (2000) in ihrer Untersuchung zu nicht-unterstützendem Verhalten des Ehemannes in onkologischen Interaktionen in einer Studie zu sozialer Unterstützung bei Brustkrebs auch zeigen, dass sich die verbale Beteiligung der Begleitpersonen nicht immer förderlich auf den Gesprächsverlauf und die Therapieplanung auswirkt. So können beispielsweise negative soziale Interaktionen zwischen den PatientInnen und eine vermehrte Einmischung der Begleitpersonen in die ÄrztInnen-PatientInnen-Interaktion das psychische Leid der KrebspatientInnen in der Situation verstärken.

## 2.2 Interaktion in der medizinischen Pädiatrie

Mit der Fülle an gesprächs- und interaktionsanalytischen Forschungen zu medizinischen Interaktionen als Beispiele institutionell gerahmter Gespräche seit den 70er Jahren haben sich auch einzelne Arbeiten entwickelt, die den Gesprächstyp der pädiatrischen Kommunikation aus interaktionaler Perspektive untersuchen. Dieser Forschungsstrang setzt sich mit der Gesprächsbeteiligung von Kindern in diesen institutionellen Gruppenkontexten auseinander.

Ein aus linguistischer Perspektive und auch für diese Arbeit interessantes Phänomen ist die besondere Teilnehmerkonstellation in pädiatrischen Gesprächen: Da Minderjährige bei ihren Arztbesuchen häufig von einem Elternteil oder Erziehungsberechtigten begleitet werden, entsteht ein triadischer Gesprächsrahmen, in dem die Beteiligung der Interaktanten individuell mit jedem Turn erneut ausgehandelt werden muss. So kann für die wenigen Arbeiten, die sich mit der Gesprächsbeteiligung von Kindern in der Pädiatrie befassen, insgesamt vorab schon einmal festgehalten werden, dass die Beteiligung der Heranwachsenden am Gespräch eher gering ist und sie einen sehr passiven Teilnehmerstatus zugewiesen bekommen. Dies liegt zum einen in einer allgemein vorherrschenden Ungleichheit in der Rederechtverteilung begründet, wie Drew (1991) und Nothdurft (1992) feststellen. Nothdurft thematisiert in diesem Zusammenhang das Merkmal medizinischer Kommunikation, dass PatientInnen von bestimmten Aktivitäten in diesem kommunikativen Kontext ausgeschlossen werden, weshalb er sie als „geschlossene Diskurssysteme“ (siehe hierzu Nothdurft 1992) bezeichnet.

Doch auch die Anwesenheit dritter Parteien in Form von Elternteilen ist eine Besonderheit pädiatrischer Gespräche, die Einfluss auf die Beteiligung des Kindes nimmt: Der Definition nach Kallmeyer (2001) für ein prototypisches Beratungsgespräch folgend, wendet sich in Beratungsgesprächen mit Kindern und Jugendlichen als PatientInnen häufig nicht der ‚Ratsuchende‘ an den ‚Ratgeber‘, sondern der Ratsuchende wird von einem „Laienexperte[n] [...] und entscheidungsbefugte[n] Fürsprecher“ (Renz-Polster et al. 2012: 18) in Form von einem Elternteil begleitet. Damit findet sich in den Studien zur Kommunikationssituation im medizinischen Kontext mit Kindern ein Feld, das sich neben der Dominanz der ÄrztInnen bedingt durch den ExpertInnenstatus auch mit der Rolle der Begleitpersonen in den triadischen Gesprächssituationen beschäftigt.

Erste Studien stellten die Rolle des Kindes und die Spezifität der Gruppeninteraktion mit drei Beteiligten in pädiatrischer Konsultationen dabei noch nicht explizit in den Fokus (Tates/Meeuwesen 2001: 39). Doch bereits in einer frühen soziologischen Arbeit von Strong (1979) zeigt sich, dass in triadischen Gesprächssituationen zwischen ÄrztInnen, jungen PatientInnen und dem Elternteil in ambulanten Kliniken in Schottland und den USA der Großteil der Interaktionen zwischen ÄrztInnen und Eltern verlaufen, während die Kinder schweigen oder spielen (Strong 1979: 198). So betrachtet Strong die erwachsenen Begleitpersonen in der Konsultation als

Repräsentanten des Kindes, die an entscheidenden Stellen des Gespräches die PatientInnenrolle<sup>9</sup> einnehmen. Strong kommt zu dem Ergebnis, dass Kinder aus dem Gespräch aktiv ausgeschlossen werden, indem die erwachsenen Interaktionspartner im Behandlungsgespräch ritualisierte Verfahren strategisch zum Ausschluss der heranwachsenden PatientInnen einsetzen (Strong 1979: 8). So wird bereits in dieser ersten Studie deutlich, dass Kindern ein geringer Beteiligungsstatus in der triadischen Gesprächssituation zugewiesen wird, den Erwachsene regelhaft mit Hilfe sprachlicher Verfahren aufrechterhalten.

Auf diesen Ergebnissen aufbauend folgen erste linguistisch-interaktionsanalytische Betrachtungen pädiatrischer Kommunikation von Tannen/Wallat (1982,1993), die feststellen, dass sich die Gespräche über die Kinder als eigentliche PatientInnen weitgehend auf die Familie und hier vor allem auf die Mutter des Kindes beschränkt. Bei der gesprächsstrukturellen Untersuchung der TeilnehmerInnenkonstellation in pädiatrischer Kommunikation stellen sie fest, dass sich das Gespräch trotz der triadischen Situation häufig als dyadisch organisiert, d.h. zwischen ÄrztInnen und Elternteil stattfindend, darstellt und die Kinder hier lediglich als Untersuchungsobjekt betrachtet werden. Sie nehmen keine aktive TeilnehmerInnenrolle in den Gesprächen ein und werden auch nicht als solche adressiert.

Die Reaktion der Kinder auf Adressierungsverfahren thematisieren Aronsson/Rundström unter anderem in zwei Studien (1988/1989) Ende der Achtziger Jahre. Grundlage der interaktionsanalytischen Untersuchungen ist ein Korpus von 32 Sprechstundengesprächen mit Kindern und Jugendlichen in einer Spezialklinik für Allergien. Ähnlich wie die vorhergegangenen Arbeiten können sie in einer quantitativen Auszählung der von den TeilnehmerInnen in den Sprechstundengesprächen geäußerten Wörtern feststellen, dass das Kind als Patient nur einen geringen Anteil von 8% am Gespräch innehat, während ÄrztInnen 58% und die Eltern 34% des Gesprächsraumes einnehmen (Aronsson/Rundström 1988: 165). Darüber hinausgehend ergibt die Untersuchung, dass die PatientInnen in 50% der Fälle nicht allein auf einen an sie adressierten Turn reagieren, sondern entweder die Eltern alleine oder die Kindern gemeinsam mit den Eltern auf einen an direkt an die Kinder adressierten Turn ansprechen (Aronsson/Rundström 1988: 165). Anhand dieser Erkenntnisse konnte gezeigt werden, dass nicht nur die Beteiligung der Kinder in den pädiatrischen Gesprächen gering ist, sondern gleichzeitig die Begleitpersonen durch ihr kommunikatives Verhalten die jungen PatientInnen in ihrer Beteiligungsrolle aktiv einschränken.

In ihrer zweiten Studie (Aronsson/Rundström 1989) wurde die Beziehungsarbeit der ÄrztInnen mit Hilfe der Konzepte von Höflichkeit (Brown/Levinson 1987) und Face Work (Goffman 1986)

---

<sup>9</sup> Die Bezeichnung ‚PatientInnenrolle‘ soll hier zunächst einmal abstrakt verwendet werden, sodass sie nach Nothdurft (1986) vorliegend die zentralen Aufgaben der untersuchten Person während der Behandlungssituation, wie z.B. die Beschreibung des Krankheitsverlaufes oder die Beschwerdeschilderung, beschreibt.

untersucht und herausgefunden, dass ÄrztInnen die betroffenen Kinder sehr direkt Ansprechen und so deren negatives Face<sup>10</sup> durch Bedrängungen in Form direkter Aufforderungen und die Adressierung der Kinder ohne soziale Distanz verletzen. Insgesamt halten auch die zentralen Ergebnisse dieser beiden Studien fest, dass das kommunikative Verhalten der Erwachsenen den Beteiligungsstatus der Kinder aktiv einschränkt.

Diese interaktiven Verfahren im triadischen Pädiatriegespräch untersuchen auch neuere, konversationsanalytische Studien, wie die von Stivers (2001), die sich gezielt auf die Frage der Sprecherauswahl durch die ÄrztInnen in der Eröffnungssequenz und deren Rolle bei der Aushandlung des kindlichen Teilnahmestatus konzentriert. Stivers geht dabei der Frage nach, wer auf die ärztliche Aufforderung der Krankheitsexploration zu Beginn des Allgemeinarztsprechstundengesprächs tatsächlich reagiert. Ergebnis dieser Studie ist, dass trotz eindeutiger Auswahl des Kindes als nächste(n) SprecherIn dennoch häufig die Eltern den Turn besetzen und vor allem bei uneindeutigen Adressierungen die Wahrscheinlichkeit hoch ist, dass diese die Darstellung des medizinischen Problems übernehmen. Jedoch stellt sich bei einzelnen Beispieluntersuchungen auch heraus, dass die Eltern teilweise den Turn erst dann übernehmen, wenn die adressierten PatientInnen die relevant gesetzte Information nicht geben können und sich so teilweise an dem aktiven Teilnahmestatus der Kinder orientieren.

Zu ähnlichen Ergebnissen kommt auch Schwabe (2006) in ihrer gesprächsanalytischen Studie zum subjektiven Krankheitserleben junger Epilepsie-AnfallpatientInnen in pädiatrischen Sprechstunden. Schwabe stellt das „Sprechen über jemanden“ und das „Sprechen für jemanden“ (Schwabe 2006: Kap. 4.1 und 4.2) als zentrale Beteiligungsverfahren der Begleitpersonen heraus, die auch in den vorliegenden triadischen Aufklärungsgesprächen mit erwachsenen PatientInnen zu beobachten sind. Auch Schwabe stellt die Besonderheit der triadischen Teilnehmerstruktur in den Vordergrund und greift dabei das „Sprechen über jemanden“ (Schwabe 2006: 93) als ein verbales Beteiligungsverfahren der Elternteile auf, welches sich gerade dadurch auszeichnet, dass die Person, über die gesprochen wird, in der Gesprächssituation anwesend ist. Dabei wird auf das Kind entweder mit dem Eigennamen oder mit einem Referenzpronomen der dritten Person verwiesen, sodass das Gesprächsobjekt „im Sinne der grammatischen Adressierung nicht zugleich ‚Adressat‘ der Äußerung ist“ (Schwabe 2006: 93). Gleichzeitig kann das Kind jedoch die Äußerungen mithören und kann somit gleichzeitig auch der eigentlich Gemeinte im Sinne der bereits zuvor diskutierten lateralen Adressierung sein. Das zweite zentrale Phänomen, das „Sprechen für jemanden“, äußert sich, ähnlich wie bereits Aronsson/Rundström (1988) verdeutlicht, darin, dass „die für einen bestimmten Teilnehmer ausgewiesene Gesprächsposition durch einen anderen unaufgefordert eingenommen wird“ (Schwabe 2006: 120). In diesem Fall agiert ein(e) SprecherIn auf der strukturellen Position

---

<sup>10</sup> Der Begriff ‚Face‘ wird vorliegend im Sinne Goffmans (1969) als Bezeichnung für ein positives Selbstbild und der in der Interaktion verfolgten Rücksichtnahme auf dieses Face genutzt. Siehe zum Umgang mit dem eigenen Face und dem des Gegenübers im Gespräch auch Holly (1979).

eines/einer anderen und besetzt den an ihn als nächste(n) SprecherIn ausgewiesenen Turn. Insgesamt betrachtet Schwabe die beiden Phänomene als beteiligungssteuernde hin zu beteiligungseinschränkende Verfahren. Sie erklärt die insgesamt geringe Beteiligung der Kinder gesprächsstrukturell durch die Analyse der interaktiven Organisation und Aushandlung von Beteiligungsrollen und ihren Einfluss auf die Konstitution des Beteiligungsrahmens im Sinne von Goffmans „participation framework“ (1981). Dazu knüpft sie an das soziologische Konzept Goffmans (1981) der Beteiligungskategorien der Partizipation an einer sozialen Situation an, das später von Levinson (1988) weiter ausgearbeitet wurde, und diskutiert auf dieser Basis die Form der Integration der PatientInnen in das Gesprächsgeschehen, die thematische Involviertheit der Interaktanten sowie Mechanismen der Sprecherauswahl (Sacks et al. 1974), was auch in der vorliegenden Arbeit thematisiert wird.

Diese von Schwabe erarbeiteten spezifischen Verfahren der Beteiligungssteuerung dritter Parteien sowie die Besonderheit der triadischer Kommunikation in der Pädiatrie greift auch Winterscheid (2015) in ihrer Publikation zu Kommunikation in der Kinderarztpraxis auf. Winterscheid gibt hier einen zusammenfassenden Überblick zu Publikationen triadischer Gesprächen in der Kinderarztpraxis und zielt in diesem Rahmen besonders auf die Aspekte von Beteiligungsrollen<sup>11</sup> in Zusammenhang mit epistemischen Autoritäten<sup>12</sup> ab. Sie führt an, dass normalerweise den PatientInnen eine inhärente Wissenshoheit über ihr eigenes Krankheitsempfinden obliegt und sie damit ihr Leiden am besten selber beschreiben können. Jedoch kommt es gerade in Fällen von pädiatrischen Gesprächen aufgrund der besonderen Beteiligungsstruktur dieses Interaktionstyps vor, dass Eltern die epistemische Autorität, die eigentlich ihren Kindern als Betroffene obliegt, aufgrund ihrer Verantwortung für sich beanspruchen. Bezugnehmend auf die Untersuchung von neuropädiatrischen Sprechstundengesprächen mit jungen AnfallpatientInnen von Schwabe (2006) ist das natürlich gerade im Falle dieser Krankheit, die mit Ausfallerscheinungen und Ausfällen einhergeht, naheliegend, wie Winterscheid betont.

So identifiziert Winterscheid aber auch in der pädiatrischen Allgemeinsprechstunde einige dieser Sequenzen, in denen Eltern in das ärztliche Sprechstundengespräch anstelle ihrer Kinder einschreiten, als „Unterstützungssequenzen“ (Winterscheid 2015: 197), bei denen das Eltern teil nicht sofort in den Gesprächsbeitrag des primären Sprechers eingreift, sondern zunächst auf ein Indiz dafür wartet, dass der primäre Sprecher den Gesprächsbeitrag nicht eigenständig

---

<sup>11</sup> Der Begriff *Beteiligungsrolle* wird hier in Anlehnung an Schwitalla (2001: 1355) unter Berücksichtigung von Goffmans Arbeit zur Ordnung der Interaktion (1983) und den Überlegungen zur Partizipation an sozialen Situationen verwendet: „Mit ‚Beteiligungsrolle‘ (engl. participant/participation role) meint man in der Gesprächsanalyse normalerweise die (interaktiven) Rollen des Sprechers und des Hörers.“

<sup>12</sup> Winterscheid (2015) folgt hier dem Konzept der epistemischen Autorität in Anlehnung an Heritage/Raymond (2005), die davon ausgehen, dass Personen unter bestimmten Umständen im Hinblick auf ihre soziale Rolle Anspruch gegenüber der epistemischen Autorität bezüglich des Empfindens anderer erheben und diese auch zugestanden bekommen. In ihrem Artikel führen sie dafür beispielhaft Hunde- und Katzenbesitzer an, die als Experten für Haustiere im Allgemeinen auftreten oder (Groß-)Eltern gegenüber ihren (Enkel-)Kinder und damit unter gewissen Voraussetzungen als ExpertInnen für deren Gefühle und Wohlbefinden agieren.

beenden kann oder um Unterstützung bittet (Schmitt 1997: 52). In anderen Fällen jedoch warten die Begleitpersonen nicht erst einen solchen „Vorfall“ (Schmitt 1997: 56) ab, sondern übernehmen einfach so den Turn, was teilweise auch simultan mit der Äußerung des Kindes geschieht. Winterscheid (2015) hält an dieser Stelle fest, dass sich Eltern durch dieses Einschreiten und das Fortsetzen der Beschwerdeschilderung im Verlaufe des Gesprächs schrittweise als primäre Sprecher etablieren, sodass sich einige Fragen seitens der ÄrztInnen häufig direkt an die Eltern richten. Dazu führen Stivers/Majid (2007: 426) in ihrer Untersuchung von Fragestellungen an Kinder als junge PatientInnen aus, dass ÄrztInnen ihre Fragen ausnahmslos an die Eltern stellen, da sie ihnen mehr Kompetenz für die Beantwortung eingestehen.

Auch wenn insgesamt bisher nur wenige Ergebnisse zu der triadischen Gesprächssituation in der pädiatrischen Praxis und die Besonderheiten dieses Interaktionstyps in Hinblick auf die Aushandlung von Beteiligung und epistemischen Autoritäten vorliegen, liefern diese Aspekte hinreichende Überlegungen für die triadisch organisierten Konsultationen mit erwachsenen PatientInnen unterschiedlichen Alters in dieser Arbeit. Die angeführten Studien aus der Pädiatrie zeigen den besonderen Einfluss der triadischen Beteiligungskonstellation auf das Interaktionsgeschehen mit Kindern. Die Untersuchung triadischer Gespräche mit Erwachsenen kann jedoch bisher als Desiderat in der Forschung betrachtet werden.

### **3 Datenerhebung und Datenkorpus**

Datengrundlage für die gesprächsanalytische Betrachtung der sprachlichen Beteiligungspraktiken dritter Personen bilden onkologische Aufklärungsgespräche, die im Rahmen eines von der Deutschen Krebshilfe geförderten Forschungsprojektes mit dem Titel „Von der Pathologie zum Patienten: Optimierung von Wissenstransfer und Verstehenssicherung in der Onkologie zur Verbesserung der Patientensicherheit“ in verschiedenen Abteilungen des Städtischen Klinikums Karlsruhe aufgenommen worden sind.<sup>13</sup> Ausgangspunkt des Projekts bildet die Beobachtung, dass es immer zu Fehlern und Missverständnissen bei der Interpretation pathologischer Gutachten seitens der behandelnden ÄrztInnen kommt, was sich dann auch auf die im Gespräch vorgeschlagenen Therapiemaßnahmen auswirkt. Daneben zeigt sich häufig auch, dass PatientInnen die Auswirkungen ihrer Krankheit sowie die besprochenen Behandlungsmöglichkeiten nicht immer nachvollziehen können. Dies ist häufig entweder durch die Emotionalität der Situation und die persönliche Betroffenheit der PatientInnen oder durch die im Zuge der ExpertInnen-LaiInnen-Kommunikation produzierten Wissens- und Machtasymmetrien bedingt. Mit Hilfe einer gesprächsanalytischen Herangehensweise soll im Zuge der Studie zur Verstehenssicherung daher zunächst geklärt werden, an welchen Stellen im

---

<sup>13</sup> Weiterführende Details zum Krebshilfe-Projekt, die für das Forschungsziel dieser Arbeit nebensächlich sind und daher nicht weiter ausgeführt werden, können unter der Projekthomepage <http://krebshilfe.sprache-interaktion.de> (letzter Zugriff 14.06.16) nachgelesen werden.

Gespräch sich kommunikative Probleme ausfindig machen lassen, wodurch sie verursacht werden und wie sie in Zukunft vermieden werden können.<sup>14</sup>

Für die Studie des Deutschen Krebshilfeprojektes wurden von Oktober 2014 bis April 2015 insgesamt 56 onkologische Aufklärungs- und Therapieplanungsgespräche im Umfang von 10 bis 40 Minuten in vier Abteilungen des Städtischen Klinikums Karlsruhe aufgezeichnet:

- Medizinische Klinik I: Allgemeine Innere Medizin, Nephrologie, Rheumatologie und Pneumologie
- Medizinische Klinik III: Hämatologie, Onkologie, Infektiologie und Palliativmedizin
- Klinik für Allgemein- und Visceralchirurgie
- Frauenklinik

Die Aufklärungsgespräche führten stets die jeweils zuständigen OberärztInnen, welche die PatientInnen in dieser Situation erstmalig offiziell mit der Krebsdiagnose und mit speziell auf die jeweils individuelle Ausprägung der Erkrankung angepassten Therapievorschlügen konfrontierten. Sowohl die Diagnosemitteilung dieser potenziell lebensbedrohlichen Krankheit als auch die unangenehmen bis hin zu gefährlichen Therapiemaßnahmen stellen für die PatientInnen ein traumatisches, emotional ergreifendes Ereignis dar, weshalb neben den Betroffenen und den OberärztInnen sowie vereinzelt StationsärztInnen, StudentInnen und Famulanten in vielen Gesprächen auch Angehörige in Form von Eltern, Kindern, Geschwistern, Ehepartnern, LebensgefährtInnen oder FreundInnen als emotionale Unterstützung anwesend sind. Auf 9 dieser Aufnahmen mit der spezifischen Teilnehmerstruktur PatientIn – OberärztIn – Begleitperson soll in der vorliegenden Arbeit der Fokus liegen. Die Konstellation der Begleitpersonen umfasst dabei eine Schwester, eine Tochter und eine Lebensgefährtin. In 5 der 9 Gespräche ist der Lebenspartner bzw. Ehemann der Patientin anwesend, was in der Verteilung der Aufnahmen auf die Kliniken begründet liegt: Insgesamt wurden 36 Aufnahmen in der Frauenklinik gemacht, weshalb der Großteil der PatientInnen weiblich ist. 13 Aufnahmen wurden in der Medizinischen Klinik III, 6 Aufnahmen in der Medizinischen Klinik I und eine Aufnahme in der Abteilung für Allgemein- und Visceralchirurgie aufgezeichnet.

Aufgenommen in das Projekt wurden nur erwachsene Teilnehmer über 18 Jahren, die abgesehen von ihrer Krebserkrankung über einen stabilen Allgemeinzustand verfügen, sodass beispielsweise eine die Analyse der Verstehenssicherung verfälschende Demenzerkrankung ausgeschlossen werden konnte. Das Alter der PatientInnen variiert dementsprechend stark, d.h. es wurden sowohl Betroffene mit 18 Jahren, als auch mit einem Maximalalter von 83 Jahren mit in die Studie aufgenommen.<sup>15</sup>

---

<sup>14</sup> Die Ausführungen zur Datenerhebung und zum Datenkorpus orientieren sich dabei an dem Grundlagenartikel zum Krebshilfeprojekt (Bentz et al. 2016) sowie an einem Aufsatz zum Umgang mit Misstrauen im onkologischen Therapieplanungsgespräch (Imo 2016a).

<sup>15</sup> Die Information über die Studie sowie die schriftliche Erklärung der PatientInnen unternahmen die Projektmitarbeitenden frühzeitig, das heißt, bevor die eigentliche Krebsdiagnose endgültig feststand, um einen Interpretationseffekt seitens der Teilnehmer in Form eines angenommenen Zusammenhangs zwischen der Anfrage zur Studienteilnahme und der Diagnose zu vermeiden.

Die Gespräche des Projektes wurden nach den geltenden Konventionen des „Gesprächsanalytischen Transkriptionssystems 2“ (GAT 2) von Selting et al. (2009) computergestützt durch das elektronische Transkriptionstool EXMARaLDA<sup>16</sup> verschriftlicht. Als Transkriptionsformat gelten die Vorgaben des „Basistranskripts“ (Selting et al. 2009: 369-379).

### Sprechersiglen

AW / AM	Ärztin, weiblich / Arzt, männlich
PW / PM	Patientin, weiblich / Patient, männlich
LW / LM	Lebenspartnerin, weiblich / Lebenspartner, männlich
KW	Kind, weiblich
SW	Schwester, weiblich

Die in dieser Arbeit diskutierten Gesprächsausschnitte werden in ihrer Überschrift mit den grundlegenden Informationen versehen und daher stets mit der Reihenfolge des Beispiels, der Art der Krebsdiagnose sowie den teilnehmenden Gesprächsparteien betitelt. So veranschaulicht die Überschrift „Datum 1 ((Brustkrebs) AW, PW, LM)“, dass es sich um das erste Gesprächsbeispiel („Datum 1“) handelt, bei dem die Oberärztin (AW) mit der Patientin (PW) und dem Lebenspartner (LM) die Brustkrebsdiagnose besprechen und die Therapieplanung vornehmen.

## 4 Methodik

Wie bereits dargelegt, besteht das Ziel der vorliegenden Arbeit darin, die kommunikative Beteiligungsrolle<sup>17</sup> dritter Personen im triadisch organisierten Aufklärungsgespräch anhand musterhafter Adressierungs- und Referenzverfahren zu analysieren. Die Frage ist, wie die Begleitpersonen auf die PatientInnen im Gespräch referieren bzw. sie adressieren und welche Auswirkungen diese spezifischen interaktiven Verfahren sowohl auf den Beteiligungsstatus der PatientInnen als auch auf die eigene Beteiligungsrollen haben. Aus diesem Grund soll eine linguistisch-interaktionsanalytische Perspektive auf die onkologischen Aufklärungsgespräche zwischen ÄrztInnen, PatientInnen und Begleitpersonen eingenommen werden. Anders als in vorhergegangenen Forschungen zur medizinischen Kommunikation handelt es sich um triadische Gesprächskonstellationen und damit um ein aus linguistischer Sicht besonderes Phäno-

---

<sup>16</sup> Internetseite: <http://exmaralda.org/de> (letzter Zugriff 16.09.2016).

<sup>17</sup> Dafür ist eine Ausdifferenzierung der interaktiven Beteiligungsrollen des *Sprechers* und des *Hörers* (Schwitalla 2001: 1355), wie sie bereits von Goffman (1981) und Levinson (1988) vorgenommen wurde grundlegend. Goffman (1981: 132ff.) unterscheidet „animator“ (Stimmgeber), „author“ und „principal“ und gliedert die Hörerseite in ratifizierte (akzeptierte) Rezipienten (darunter adressierte vs. nicht-adressierte) und nicht-ratifizierte Hörer („overhearers“ als zugelassene Mithörer und „eavesdroppers“ als unbemerkte Lauscher) (Schwitalla 2001: 1355). Sowohl sprecher- als auch hörerseitig lassen sich die Rollenkonzepte ausdifferenzieren und erweitern. Indem Sprecherindividuen auf Situationstypen bezogen werden, lizensieren Beteiligungsrollen Sprachverhalten, was Goffman (1981) mit dem bereits erläuterten Begriff *footing* erklärt.

men. Denn in Gesprächen mit drei Personen kommen komplexe Techniken der Gesprächsorganisation besonders häufig zur Anwendung. Es sollen hier methodische Ansätze zur Anwendung kommen, die Sprache aus dialogischer Perspektive betrachten und sprachliche Strukturen als situierte Praktiken zur Lösung spezifischer kommunikativer Aufgaben konzeptualisieren. Außerdem handelt es sich bei den Daten des vorgestellten Forschungsprojekts um authentische Interaktionen, die in der natürlichen Gesprächssituation des Aufklärungsgesprächs aufgenommen und dann transkribiert worden sind. Für ihre empirische Untersuchung bieten sich daher die ethnomethodologische Konversationsanalyse bzw. (ethnographische) Gesprächsanalyse an. Zudem können die vorliegenden Daten als komplexe institutionelle Kommunikation aufgefasst werden, was die Integration eines weiteren Ansatzes notwendig macht. Die klinischen Aufklärungsgespräche entstammen einem „Bereich der alltäglichen Handlungspraxis“ (Brünner et al. 2002: 8), in dem es häufig zu Verständigungsproblemen und Kommunikationsstörungen kommt, weshalb im Anschluss an die Analyse auch die Frage nach der praktischen Relevanz der Ergebnisse für das medizinische Feld mit seiner speziellen Form der ÄPI zu stellen ist, was in der finalen Betrachtung die Ergänzung um einzelne Aspekte der Angewandten Diskurs- oder Gesprächsforschung notwendig macht.

#### **4.1 Ethnomethodologische Konversationsanalyse und (ethnographische) Gesprächsanalyse**

Aufgrund der Forschungsfrage nach den interaktiven Beteiligungspraktiken der Begleitpersonen und den authentischen Gesprächen als Datengrundlage eignet sich als methodologischer Ausgangspunkt für ihre empirische Analyse zunächst das Forschungsparadigma der ethnomethodologischen Konversationsanalyse<sup>18</sup>.

Mit der KA soll vorliegend ein Forschungskonzept Anwendung finden, welches in den 1960er und 1970er Jahren aus dem von Harold Garfinkel (1967) begründeten soziologischen Ansatz der Ethnomethodologie hervorgegangen ist. Garfinkels Interesse galt es, zu erforschen, an welchen Strukturen sich Mitglieder einer Gesellschaft in der Alltagsinteraktion orientieren und mit Hilfe welcher Methoden sie soziale Realität gemeinsam und geordnet herstellen.

Eine Grundannahme der Ethnomethodologie ist es daher, dass soziale Wirklichkeit nicht als bereits vorgegebene Struktur existiert und damit das Handeln durch sie terminiert wird, sondern dass wir „das, was wir im alltäglichen Handeln als vorgegebene soziale Tatsachen, als objektive Sachverhalte, als unabhängig von unserem Zutun existierende Realität wahrnehmen und behandeln, erst in unseren Handlungen und Wahrnehmungen als solche produzieren“ (Bergmann 1981: 11), was uns zunächst nicht bewusst ist. Die soziale Wirklichkeit ist dabei nicht isoliert von der alltäglichen Interaktion existent, sondern entsteht gerade durch die zwischen den Menschen ablaufenden Interaktionen und wird daher betrachtet

als eine Vollzugswirklichkeit, d.h. als eine Wirklichkeit, die ‚lokal‘ (also: vor Ort, im situativen Ablauf des Handelns), und ‚audiovisuell‘ (also: durch Hören und Sprechen, durch

---

<sup>18</sup> Im Folgenden abgekürzt durch KA.

Wahrnehmen und Agieren) in der Interaktion der Beteiligten erzeugt wird. (Bergmann 1988: 23)

Im Mittelpunkt Garfinkels Interesses stehen dabei „practical activities, practical circumstances, and practical sociological reasoning“ (Garfinkel 1967: 1). Eine entscheidende Eigenschaft dieser praktischen Alltagshandlungen und damit auch sprachlicher Äußerungen ist ihre nicht auflösbare *Indexikalität* (Bergmann 1988): Äußerungen sind kontextgebunden, was bedeutet, dass sich ihr Sinn erst unter Bezugnahme auf die konkrete Situation, in der sie getätigt werden, ergibt. So werden verschiedene sprachliche Referenzen erst durch das Hinzuziehen von situationsabhängigen Faktoren bzw. durch die Berücksichtigung des pragmatischen Kontextes nachvollziehbar. Nach Garfinkels Sicht sind alle Äußerungen damit zunächst einmal vage in ihrer Bedeutung, was im sprachlichen Alltagshandeln jedoch für die SprecherInnen nicht problematisch ist, da sie als selbstverständliche soziale Ordnung hingenommen werden, was Garfinkel in seinen „Brechungsexperimenten“ (Auer 1999) herausstellen wollte, indem er genau diese soziale Ordnung durchbrach. Nach Auer (1999) ist inhärente Indexikalität aller Handlungen zwar „unheilbar“, dennoch kann mit ihnen im Alltag umgegangen werden.

An diesem soziologischen Forschungsinteresse einer Herstellung des „Wirklichkeitscharakters gesellschaftlicher Tatbestände“ (Bergmann 1981: 12) und *Geordnetheit* im Zuge menschlicher Konversationen setzte auch die von Harvey Sacks und Emanuel Schegloff am Ende der 1950er Jahre entwickelte Konversationsanalyse an. Während Garfinkel die Analyse sozialer Handlungen mit Hilfe vielfältiger Beobachtungsverfahren von Krisenexperimenten und Lernsituationen anstrebte, konzentriert sich das konversationsanalytische Konzept mit einem strikt empirischen Vorgehen und einem soziologisch ausgerichteten Forschungsinteresse auf die Untersuchung von alltäglichen Sprachdaten und nutzt dafür die technische Möglichkeit der Tonaufzeichnungen (Gülich/Mondada 2008: 14). Die KA geht davon aus, dass Mitglieder einer Gesellschaft durch den systematischen Rückgriff auf rekurrente sprachliche Muster ihre Gesprächswirklichkeit auf eine geordnete Weise konstituieren und verpflichtet sich einer genauen Beschreibung dieser Interaktionsstrukturen anhand authentischen Datenmaterials:

Konversationsanalyse bezeichnet einen Untersuchungsansatz, dessen Forschungsziel es ist, auf dem Weg einer strikt empirischen Analyse ‚natürlicher‘ Texte (vorrangig Transkriptionen von Tonband- und Videoaufzeichnungen ‚natürlicher‘ Interaktion) die formalen Prinzipien und Mechanismen zu bestimmen, mittels deren die Handelnden in ihrem Handeln die sinnhafte Strukturierung und Ordnung dessen, was um sie vorgeht und was sie in der sozialen Interaktion mit anderen äußern und tun, bewerkstelligen. (Bergmann 1991: 213)

Mit Hilfe einer kleinschrittigen, feingliedrigen Untersuchung dieser authentischen Alltagsgespräche, die nicht aus einem besonderen linguistischen Interesse ausgewählt wurden, war es das Bestreben von Sacks und Schegloff

to explicate the ways in which the materials are produced by members in orderly ways that exhibit their orderliness, have their orderliness appreciated and used, and have that appreciation displayed and treated as the basis for subsequent action. (Schegloff/Sacks 1973: 290)

Dabei folgt die Konversationsanalyse der ethnomethodologischen Leitfrage:

Welches sind die generativen Prinzipien und Verfahren, mittels derer die Teilnehmer an einem Gespräch in und mit ihren Äußerungen und Handlungen die charakteristischen Strukturmerkmale und die ‚gelebte Geordnetheit‘ (Garfinkel 1967) des interaktiven Geschehens, in das sie verwickelt sind, hervorbringen? (Bergmann 1994: 7).

Bei der Untersuchung dieser sprachlichen Verfahren folgt die KA einer „analytischen Mentalität“ (Schenkein 1978) und verweigert eine strikte Methodologie, was jedoch nicht gleich methodische Willkür bedeutet: Zwar galt es für Schegloff und Sacks mit der KA insgesamt allgemeine Mechanismen, die Interaktionen hervorbringen, zu untersuchen, dennoch gehören zu dieser Mentalität methodische Leitlinien in Form von Konstitutionseigenschaften von Gesprächen (Deppermann 2000: 97), die Gülich/Mondada (2008: 17) als *vier Prinzipien für konversationsanalytisches Arbeiten* zusammenfassen.

Das *Prinzip der Ordnung* geht dabei davon aus, „that ordinary conversation may be a deeply ordered, structurally organized phenomenon“ (Hutchby/Wooffitt 2010: 15). Alltägliches sprachliches Handeln besitzt eine sequenzielle Struktur und ist durch wiederkehrende, von den Sprechern regelhaft eingesetzte kommunikative Muster gekennzeichnet. Die KA lässt sich somit von der zentralen Maxime „There is order at all points“ (Sacks 1984: 22) leiten: Ordnungsmerkmale und Regelmäßigkeiten sind verantwortlich für die Geordnetheit und Struktur des sprachlichen Geschehens. Den Interagierenden ist „so lange wie möglich zu unterstellen, daß sie methodisch und mit guten Gründen handeln“ (Deppermann 2008: 83). So soll in den vorliegenden Aufklärungsgesprächen die Ordnungsstruktur wiederkehrende Interaktionsaktivitäten, wie Referenzen und Adressierungsformen, herausgearbeitet werden.

Dabei folgt die KA dem Prinzip der *Sequenzialität* und *Temporalität*. Das bedeutet, dass Äußerungen nicht isoliert, sondern stets „in ihrem sequenziellen Kontext“ (Gülich/Mondada 2008: 17) betrachtet werden. Damit ist das analytische Vorgehen der KA die Sequenzanalyse: „Die KA lässt sich von der Annahme leiten, dass Interaktion strikt sequenziell strukturiert ist. Das methodische Vorgehen ist dementsprechend grundsätzlich sequenzanalytisch.“ (Kallmeyer 2008: 1215) Entscheidend ist somit auch in dieser Untersuchung, dass die sprachlichen Äußerungen im Aufklärungsgespräch immer in dem sequenziellen Kontext und in dem geordneten zeitlichen Nacheinander, in dem sie getätigt werden, betrachtet werden. Durch diese zeitlich geordnete, sequenzielle Abfolge der Gesprächszüge werden diese für den Analysierenden nur dann verständlich, „wenn sie im Hinblick auf diesen Kontext und die durch ihn geschaffenen Interpretations- und Strukturvoraussetzungen analysiert werden (Deppermann 2007: 46). Außerdem ist die Analyse grundsätzlich aus der *Perspektive der KommunikationsteilnehmerInnen* vorzunehmen. Das bedeutet, dass der/die Untersuchende eine „Rekonstruktionshaltung“ (Deppermann 2007: 27) einnimmt. Hierbei wird die Perspektive der beteiligten Interaktanten relevant gesetzt und in Anlehnung an die konversationsanalytische Maxime „stick to your data“ nicht kontextlos gelöst, sondern aus dem Gespräch selber nachvollzogen, wie sich die InteraktionsteilnehmerInnen „in ihrem Handeln an einer bestimmten interaktiven Aufgabe orientieren“ (Deppermann 2010: 646). So geht Auer (2013) davon aus, dass sich die Interagierenden gegenseitig anzeigen, wie sie sich verstanden haben und sich in ihren Gesprächen

fortlaufend aufeinander beziehen. Unter Berücksichtigung dieser Aufzeigeleistungen gewinnen auch nur solche sprachlichen Handlungen für die Analyse an Einfluss, die auch für die Interaktionsbeteiligten eine Handlungsrelevanz besitzen.

Als Basis für die bisher genannten Prinzipien fungiert dabei das *Primat der Interaktion*: Die Prämisse der *Interaktivität* führt die generalisierende Beobachtung an, dass Gespräche Formen sozialen Handelns darstellen, sodass jede Äußerung das Ergebnis interaktiven Zusammenwirkens ist und so immer ein „interactional achievement“ (Schegloff 1982) aller Beteiligten darstellt bzw. Bedeutung und Struktur der sozialen Realität in der Interaktion stets von allen Beteiligten gemeinsam als eine „joint construction“ (Linell 1998: 86) hervorgebracht werden. In ihrem gesamten Vorgehen folgt die KA dabei insgesamt einem „streng naturalistische[n] Datenverständnis“ (Deppermann 2000 97). Der Analysierende soll sich dem Datenmaterial nicht mit theoretisch vorgefertigten Kategorien in einem experimentellen Setting nähern, sondern relevante Phänomene am Material selber ableitet und Gesprächsereignisse sozusagen nach Bergmann (1985) „passiv registrieren“. Damit spricht die KA gegen die frühzeitige Bildung von Hypothesen über den Untersuchungsgegenstand:

Vielmehr legt sie größten Wert darauf, dass der Forscher die Strukturen im Material entdeckt, d.h. sie als Ergebnis einer offenen, auf die Wahrnehmung von Strukturiertheit im Material ausgerichteten Auseinandersetzung mit den Phänomenen findet und nicht als theoretisches Konstrukt vorab einführt. (Kallmeyer 2008: 1215)

Die KA versteht sich damit als eine „Entdeckungswissenschaft“ (Bergmann 1994), welche die Forderung nach einer ersten, noch nicht von einem spezifischen Forschungsinteresse motivierten Betrachtung der Daten stellt („unmotivated examination“, Sacks 1984: 27). Sie lehnt die Herbeiführung experimenteller Gesprächssituationen ab und setzt den Fokus auf Gespräche, die im Alltag tatsächlich so stattfinden würden, weshalb in der vorliegenden Studie die Erhebung von Daten über experimentelle Fragebögen oder Introspektionen, die zu einer Verfälschung der Ergebnisse führen könnten, abgelehnt worden sind (vgl. Bentz et al. 2016: 6). Das Erkenntnisinteresse der nachfolgenden Analyse liegt jedoch nicht nur in der Analyse formal-struktureller, organisierter sprachlicher Muster, welche dritte Personen als Beteiligungsverfahren im Gespräch verwenden, sondern auch auf der darauf basierenden inhaltlichen Interpretation ihrer jeweiligen Beteiligungsrolle und geht damit über die Beschreibung rein formaler Aspekte hinaus. Die zentrale Frage nach den kommunikativen Rollen fokussiert so eine stärker inhaltlich-funktionale Ausrichtung. Der Fokus soll nicht ausschließlich auf Mechanismen der Gesprächsorganisation, sondern auch auf den gewählten konversationellen Darstellungsmechanismen und ihrer Kombination mit inhaltlich-thematischen Aspekten liegen. Zwar gelten dabei ebenso der materialgestützte Untersuchungsanspruch und das radikale Empirieverständnis im Sinne der KA, da die Gesprächsdaten ohne vorgedachte Hypothesen und vorgefertigte Erwartungen gesichtet werden, jedoch fließt auch gesprächsexternes Kontextwissen, welches an den Daten selber nicht erschlossen werden kann, funktional und kontrolliert mit ein. Wie Deppermann (2000 100) in seinen Ausführungen zu den Interpretationstheoretischen

schen Problemen der Konversationsanalyse aufzeigt, verkennt diese die Relevanz von Kontexten und Kontextwissen bei der TeilnehmerInnen- und AnalytikerInneninterpretation und setzt „die unzutreffende Prämisse, dass Gespräche ohne gesprächsexternes Wissen interpretierbar seien, voraus“ (Deppermann 2000 100). Im Hinblick auf hier bearbeitete Fragestellung nach der kommunikativen Rolle von Angehörigen im Aufklärungsgespräch wird aber gerade durch das familiäre Verhältnis der Angehörigen zu den PatientInnen oftmals ein gemeinsam geteiltes Weltwissen relevant, auf das sich die Interagierenden in Form eines „common ground“ (Clark 1996) fortlaufend beziehen. Gerade auch die Verwendung von spezifischen Referenzen und Adressierungen setzt bei den Beteiligten dieses semantische Hintergrundwissen, das in solch einer sozialen Situation mit relevant wird, voraus, um die Referenz- oder Adressierungsform zuordnen zu können. Außerdem handelt es sich bei den vorliegenden Daten um Gespräche aus dem institutionellen Kontext des Klinikums, bei denen sowohl institutionell-verfestigte Ablaufstrukturen und Untersuchungsroutinen der Onkologie sowie relevante Patientendaten, wie z.B. das Alter der PatientInnen, die Beziehungskonstellation der Angehörigen zu den PatientInnen sowie Wissen über den Krankheitsverlauf sowohl für die Interagierenden als auch für die GesprächsanalytikerInnen eine Rolle spielen können. Auch dieses ethnographische Wissen muss neben Alltagswissen und theoretischem Wissen als gesprächsexterner Aspekt an spezifischen Stellen mit in die linguistische Analyse einfließen (Deppermann 2000 103). Aus diesem Grund spricht sich Deppermann für eine Ethnographisierung der KA aus (Deppermann 2000 117), bei der es jedoch nicht um „eine Kombination von Ethnographie und Konversationsanalyse im Sinne eines bloßen additiven Nebeneinanders oder sequenziellen Nacheinanders zweier Methoden“ (Deppermann 2000 104) geht, sondern ethnographisches Arbeiten als methodisches Instrument im Sinne der KA eingesetzt wird. Um auch in dieser Untersuchung der mangelnden Berücksichtigung von Wissensvoraussetzungen Rechnung zu tragen, soll die KA vorliegend um den etwas weiter gefassten Ansatz der ethnographischen Gesprächsanalyse, wie sie Deppermann (2000, 2008) in seinen Ausführungen darlegt, ergänzt werden. Da die Gesprächsanalyse im Wesentlichen auf den bereits beschriebenen methodischen Grundprinzipien der ethnomethodologischen Konversationsanalyse beruht, werden beide Begrifflichkeiten häufig synonym verwendet (Deppermann 2008: 10; Imo 2013: 72). Vorliegend soll die Gesprächsanalyse als eigenständige Tradition verstanden werden, welche diese um die Vorgehensweisen der „Interaktionalen Soziolinguistik“ (Gumperz 1982) linguistisch anreichert (Günthner 2000 29). Die Interaktionale Soziolinguistik erweitert das vorwiegend soziologische Konstrukt der KA um differenzierte sprachliche Aspekte, denn nach Günthner (2000 27) tragen „auch lexiko-semantische, grammatische, stilistische, varietätenspezifische, prosodische und stimmliche Zeichen zur Interpretation sprachlicher Bedeutung bei“, was von der KA jedoch unberücksichtigt gelassen wird. Auch die Gesprächsanalyse „verzichtet auf [...] apriorischen Hypothesen“ (Deppermann 2008: 11) und verfolgt somit das Ziel, nachzuvollziehen, wie die Beteiligten interagieren:

Sie untersucht, nach welchen Prinzipien und mit welchen sprachlichen und anderen kommunikativen Ressourcen Menschen ihren Austausch gestalten und dabei die Wirklichkeit, in der sie leben, herstellen. Diese Gesprächswirklichkeit wird von den Teilnehmern *konstituiert*, d.h. sie benutzen systematische und meist routinisierte *Gesprächspraktiken*, mit denen sie im Gespräch Sinn herstellen und seinen Verlauf organisieren. (Deppermann 2008: 9)

Damit stellt sich auch die linguistische Gesprächsanalyse als geeignete Forschungsmethode für die vorliegende Untersuchung dar: Denn bei der Analyse der triadischen Daten sollen die Gesprächspraktiken im Zentrum stehen, mit denen die Begleitpersonen „Gesprächsaufgaben, Probleme und Ziele unterschiedlichster Art auf verschiedenen Ebenen der Interaktionskonstitution bearbeiten“ (Deppermann 2007: 10). Dabei folgt die Gesprächsanalyse „methodologischen Grundprinzipien“ (Deppermann 2007: 24), die aus den bereits erläuterten methodischen Prämissen der Konversationsanalyse hervorgehen.

So wird in dieser Arbeit die kommunikative Bearbeitung von Krebsdiagnose und Therapien in der triadischen ÄPBK mit Hilfe eines konversationsanalytischen Beschreibungswerkzeugs, ergänzt durch den methodischen Ansatz der Gesprächsanalyse, untersucht. In den zahlreichen Studien zur medizinischen Kommunikation können dabei zwei große Anwendungsfelder konversations- und gesprächsanalytischen Arbeitens herausgestellt werden: „Zum einen wird versucht, konversationsanalytische Verfahren als diagnostisches Instrument einzusetzen, zum anderen wird die Konversationsanalyse dazu eingesetzt, medizinische Kommunikation hinsichtlich ihrer Strukturen zu untersuchen und darauf basierend Vorschläge zur Optimierung der Kommunikation zu erarbeiten.“ (Bentz et al. 2016: 7) Die hier bearbeitete Fragestellung ist weitergedacht ebenso praxisorientiert, was das Hinzuziehen einer anwendungsorientierten Gesprächsforschung notwendig macht, die sich mit institutioneller Kommunikation beschäftigt. Mit dem Ansatz der angewandten Gesprächsforschung können die vorliegend gewonnenen Ergebnisse der Konversations- und Gesprächsanalyse in zukünftigen Untersuchungen in das medizinische Feld, aus dem die Daten stammen, zurückgeführt und so der unmittelbare Nutzen der linguistischen Untersuchung für dieses Feld etabliert werden.

## **4.2 Angewandte Gesprächsforschung**

So eignet sich für die Analyse onkologischer Aufklärungsgespräche die speziell auf komplexe institutionelle Kommunikation zugeschnittene Angewandte Gesprächsforschung<sup>19</sup>, die sich in den vergangenen zwanzig Jahren als eigenständige Teildisziplin innerhalb der Sprachwissenschaft und der verstehenden Soziologie entwickelt hat: „Ihr Ziel ist die wissenschaftliche Erforschung der *Strukturen* und *Organisationsprinzipien* von Kommunikation sowie der *Regularitäten* und wiederkehrenden Muster des kommunikativen Handelns in Gesprächen.“ (Brünner et al. 2002: 7) Als Datenbasis fungieren auch hier Aufzeichnungen authentischer, natürlicher Gespräche. Auf Grundlage dieser dokumentierten Diskurse werden dann „rekurrente, charakteristische Gesprächsphänomene beschrieben und als Handlungsstrukturen kategorial erfaßt“

---

<sup>19</sup> Der in dieser Arbeit verwendete Begriff der Gesprächsforschung hat sich als eine mögliche Bezeichnung für die Diskursforschung etabliert. Weitere Varianten sind Konversations-, Dialog- oder Kommunikationsanalyse/-forschung (Brünner et al. 2002: 7).

(Becker-Mrotzek/Brünner 1992: 14). Nach dieser funktionalen Beschreibung musterhafter Strukturen erfolgt dann die Identifizierung charakteristischer Kommunikationsprobleme:

Die Analyse von Kommunikationsproblemen dient der Ursachenforschung, die wiederum Voraussetzung für die Entwicklung möglicher Lösungsformate ist. Im Zusammenhang mit dem Ziel, kommunikative Probleme zu beschreiben, kann sich die Aufgabe stellen, ihre psychischen bzw. institutionellen Implikationen (Voraussetzungen und Folgen) aufzuklären. Hierbei kommt den institutionellen Handlungsbedingungen eine besondere Bedeutung zu. (Becker-Mrotzek/Brünner 1992: 14)

Die Analyseergebnisse der angewandten Gesprächsforschung werden dann auf die gesellschaftliche Praxis bezogen.

Untersuchungsgegenstand sind dabei vor allem Gespräche bzw. Diskurse im weiteren Sinne, „die in beruflichen und/oder institutionellen Zusammenhängen stehen“ (Becker-Mrotzek/Brünner 1992: 14). Typische Untersuchungsfelder sind hier beispielsweise kommunikative Besonderheiten in verschiedenen gesellschaftlichen Institutionen, wie z.B. auch Arzt-Patienten-Gespräche (vgl. Becker-Mrotzek/Brünner 1992: 14). Mit Hilfe der angewandten Gesprächsforschung lassen sich anschließend Erkenntnisse über die Struktur und Merkmale des Gesprächsverlaufs in einem Praxisfeld gewinnen.

Gesprächsdaten aus alltäglichen Praxisfeldern enthalten einzelne Besonderheiten, welche die praktische Anwendung der Erkenntnisse aus der Gesprächsforschung notwendig machen:

Die Aufzeichnung und Untersuchung von authentischen Gesprächen (sehr häufig aus institutionellen und professionellen Kontexten), der Umgang mit Personen im Feld, die häufig im Zusammenhang mit der Datenerhebung den Wunsch nach *Rückmeldung von Ergebnissen* äußern, und die beobachtete kommunikative Praxis, bei der aus der Außenperspektive häufig *Probleme und Störungen* auffallen, legen es in einer besonderen Weise nahe, diese Praxis nicht nur zu beschreiben, sondern auch über Möglichkeiten einer *Veränderung oder Verbesserung* nachzudenken. (Brünner et al. 2002: 8)

So handelt es sich bei den vorliegenden Aufzeichnungen und Transkripten von Aufklärungsgesprächen um Daten aus dem praktischen Anwendungsfeld der medizinischen Kommunikation, bei der es im Zuge von Diagnosebesprechung und Therapieplanung aufgrund des Einflusses vorherrschender Wissensasymmetrien, aber auch durch den Schockmoment der Krebsdiagnosemitteilung für die PatientInnen immer wieder zu Missverständnissen und Verständigungsproblemen kommt (Bentz et al. 2016: 11). Aus diesem Grund ist das Visiten- und Aufklärungsgespräch neben dem Anamnesegegespräch in den vergangenen Jahren zu einem populären Untersuchungsgegenstand für anwendungsbezogene gesprächsanalytische Arbeiten avanciert (z.B. Köhle/Raspe 1982; Meyer 2000; Rosumek 1990). So zeigen Untersuchungen medizinischer Aufklärungsgespräche, dass „[a]symmetrische Frage-Antwort-Strukturen sowie die hochgradig routinierte, serielle Struktur [...] beispielsweise in Anamnesegegesprächen dazu [führen], dass behandlungsrelevante Aspekte nicht angesprochen werden“ (Imo 2016a: 5). Aus diesem Grund sollen aufbauend auf diesen Erkenntnissen der angewandten Gesprächsforschung Überlegungen angestellt werden, wie PatientInnen stärker an den Interaktionen mit ÄrztInnen beteiligt werden können (siehe dazu Ehlich et al. 1990, Nowak/Spranz-Fogasy 2008, Lalouschek 2002).

Der Anwendungsbezug der Gesprächsforschung ist damit ein zweifacher: Zum einen bedeutet *angewandt* hier, dass Gespräche in Institutionen unter dem Aspekt gelingender bzw. misslingender Kommunikation mit dem Ziel, „dysfunktionale Gesprächskonstellationen aufzudecken“ (Bentz et al. 2016: 6) analysiert werden. Zum anderen bezieht sich *angewandt* darauf, dass basierend auf diesen Untersuchungen Optimierungsvorschläge und Trainingsprogramme zur Verbesserung der Kommunikation in diesen Institutionen entwickelt werden, um zu überprüfen, inwiefern die Analyseergebnisse einen Mehrwert für das Praxisfeld haben. So wird beispielsweise mit dem von der Deutschen Krebshilfe geförderten Projekt, aus dem die Daten für diese Arbeit stammen, die Optimierung von Wissenstransfer und Verstehenssicherung in der Onkologie zur Verbesserung der Patientensicherheit angestrebt, indem in einer Verbindung aus konversationsanalytischen und textlinguistischen Methoden strukturelle Unklarheiten in pathologischen Gutachten sowie wiederkehrende Verstehensprobleme im ÄrztInnen-PatientInnen-Gespräch herausgestellt und daraufhin Leitfäden sowie Trainings für ÄrztInnen erstellt werden. Ausgangspunkt vieler der im Zuge der medizinischen Kommunikation aufgezeigten Problemfelder ist die Überlegung, dass es häufig zu einem Widerspruch von „alltagsweltlich-existenziellen Relevanzen einerseits und professionell-kategorialen Orientierungen andererseits“ (Sator/Spranz-Fogasy 2011: 377) kommt. Dieser Konflikt führt in den ÄrztInnen-PatientInnen-Gesprächen zu einem Mangel an gegenseitigem Verstehen, das jedoch Voraussetzung für die *Compliance* der PatientInnen und den Behandlungserfolg ist (Imo 2016a: 5) und so gleichzeitig „den Bedarf an Aufklärung über die Bedingungen und Möglichkeiten medizinisch-therapeutischer Kommunikation“ (Sator/Spranz-Fogasy 2011: 377) zeigt.

In dieser Arbeit soll zunächst betrachtet werden, wie sich dritte Personen an den Aufklärungsgesprächen sprachlich beteiligen. Auf Basis dieser Beobachtungen im Zuge der Analyse können dann in einem nächsten Schritt Problemquellen in der kommunikativen Bearbeitung von Krebsdiagnose und Therapien zwischen drei Parteien im Aufklärungsgespräch lokalisiert und überprüft werden, inwiefern sich sprachlichen Beteiligungsverfahren Dritter unterstützend oder dysfunktional auf die Kommunikation auswirken. Damit folgt diese systematische Untersuchung der kommunikativen Rolle dritter Personen indirekt dem Kern der angewandten Gesprächsforschung. Zwar wird nicht in erster Linie lokalisiert, wo Kommunikationsstörungen liegen, um explizit Optimierungsvorschläge anzuführen, jedoch können aufbauend auf diese umfassende Analyse der kommunikativen Rolle von Begleitpersonen wichtige Hinweise für ÄrztInnen und Angehörige konzipiert werden, die enthalten, wie sie am hilfreichsten für die Diagnosemitteilung und Therapieplanung unterstützend mit einbezogen werden können.

Inwiefern ein interdisziplinärer Rückbezug der gesprächsanalytischen Methode auf das medizinische, institutionelle Feld überhaupt methodologisch reflektiert gelingen kann, d.h. in welcher Form die Ergebnisse aus dem institutionellen Kontext für dieses Anwendungsfeld gewinnbringend wieder zurück gebunden werden können, wird in der Literatur viel diskutiert (Schmitt 2001). Vorliegend sollen jedoch vielmehr der zentrale Ansatz der angewandten Gesprächsforschung einer interdisziplinären Betrachtung der Sprachdaten und die Möglichkeit der Nutzung

einzelner Ergebnisse für die Verbesserung der Therapieplanung in onkologischen Aufklärungsgesprächen mit Angehörigen im Ausblick kurz thematisiert werden. Es geht darum, vor allem für nachfolgende Arbeiten die Option herzustellen, Erkenntnisse aus der vorliegenden Analyse über das sprachliche Beteiligungsverhalten der Begleitpersonen für das medizinische Feld sinnvoll zu verwenden und diese linguistischen Wissensbestände für andere Disziplinen zugänglich zu machen. Eine Formulierung der konkreten Rückbindung an das praktische Feld der onkologischen Aufklärungsgespräche in Form von Optimierungsvorschlägen ist im Rahmen dieser Arbeit jedoch nicht realisierbar.

## **5 Das onkologische Aufklärungsgespräch als emotionales Ereignis**

Wissensasymmetrien sind Bestandteil jeder Kommunikation im Allgemeinen, worauf auch Günthner/Luckmann (1995: 8) hinweisen. Doch Drew (2012: 153) zeigt weiterhin auf, dass „die ungleiche Verteilung von Wissen [...] in nahezu allen institutionellen Settings eine Quelle für Asymmetrien [zu sein scheint]“. Eine Wissensasymmetrie ist im Gespräch dadurch charakterisiert, „dass einer Partei Wissen fehlt, über das die andere verfügt“ (Drew 2012: 155). In institutioneller Kommunikation kommen diese Asymmetrien häufig durch das ExpertInnen-Laien-Gefälle zustande. Auch in onkologischen Aufklärungsgesprächen wird ExpertInnenwissen relevant, wodurch es in erster Linie im Hinblick auf die Wissensbedingungen und die Gesprächsbeteiligung der Teilnehmenden konstitutiv asymmetrisch ist (Nothdurft et al. 1994; Groß 2015: 282). Die ungleiche Verteilung von Wissen reflektiert nicht nur individuelle Motive, sondern auch die sozialen und institutionellen Strukturen der jeweiligen Interaktion und deren Bedingungen. Als institutionelle Gespräche folgen medizinische Beratungsgespräche einer durch das institutionelle Setting vorgegebenen Struktur, an der sich die Beteiligten orientieren: Die Interagierenden „generally show an orientation to institutional tasks or functions in the design of their conduct, most obviously by the kinds of goals they pursue“ (Drew/Heritage 2001: 22). Institutionellen Strukturen haften so keinerlei Zwänge an, vielmehr werden die Strukturen aktiv von den Handelnden produziert und als Ressourcen genutzt. So bestimmen diese Strukturen auch die Gesprächsorganisation: Ungleichheiten in der Rederechtsverteilung im ÄrztInnen-PatientInnen-Gespräch kommen vor allem durch den Expertenstatus der ÄrztInnen zustande, die bestimmte kommunikative Zwecke wie das *Beraten* und das *Informieren* verfolgen, wodurch sich das ärztliche Gespräch per se als eine Abfolge von Frage-Antwort-Sequenzen konstituiert (Lalouschek 2002). Gleichzeitig setzt das Hilfeersuchen der PatientInnen eine gewisse Einseitigkeit der Interaktion voraus. So kommen PatientInnen und Angehörige bereits mit einer bestimmten Rollenerwartung an die ÄrztInnen in die Gespräche. Daher ist, egal ob in dyadischen oder triadischen Aufklärungsgesprächen, der/die ÄrztIn generell aktiver, da die anderen beiden Gesprächsbeteiligten „einen der Beteiligten [den/die ÄrztIn] als für die Interaktion Verantwortlichen [betrachten] und [...] ihn mit bestimmten Sonderrechten aus[statten]“ (Quasthoff 1990: 76).

Dass PatientInnen einen so geringen Redeanteil innehaben, wie es im vorliegenden Korpus ersichtlich wird, ist jedoch bemerkenswert und lässt sich nicht nur anhand der ärztlichen Autorität und Dominanz als konstitutive Eigenschaft institutioneller Kommunikation erklären. Auch die inhärente Handlungsstruktur des onkologischen Aufklärungs- und Therapieplanungsgesprächs, von der die Krebsdiagnosemitteilung ein Teil ist<sup>20</sup>, begründet die Passivität der PatientInnen, denn es stellt für sie ein emotionales Ereignis mit weitreichenden Konsequenzen dar. PatientInnen sind nicht immer unwissend: Sie kennen und nutzen teilweise die Fachterminologie (Streeck 2002: 177), sind jedoch durch die Übermittlung der Diagnose häufig mitgenommen und müssen sie erst einmal verstehen und verarbeiten. Peräkylä (2006: 234) unterteilt die Reaktionen der PatientInnen auf die Diagnose in drei Klassen: Schweigen, minimale Bestätigungstoken wie *ja*, *hm\_hm*, *mh* oder erweiterte Antworten. Vor allem Minimalreaktionen und Schweigen sind in den zugrundeliegenden Daten auffällig, was auch der nachstehende Ausschnitt aus einem Aufklärungsgespräch, bei dem die leitende Oberärztin des Brustzentrums (AW) der 45-jährigen Patientin (PW) die Diagnose Brustkrebs übermittelt, exemplarisch veranschaulicht:

#### Datum 1: ((Brustkrebs) AW, PW)

```
001  AW  A:Lso;=
002      =nehmen sie doch PLATZ.
003      (1.0)
004      ((seufzt 0.9 Sek.))
005      isch net GANZ so schön;
006      (--)
007  PW  oh,
008      (--)
009  AW  <<p> nicht GANZ so schön;>
010      hm_hm;
011  PW  oKE,
012  AW  hm_hm;
013      °hhh (.) <<p> es isch was Böses.>
014      (.)
015  PW  <<seufzend> hm.>
```

<sup>20</sup>Spranz-Fogasy (2005) und Nowak (2010) geben auf Basis einer Untersuchung von Byrne/Long (1976) ein Handlungsschema für den Grundtyp des ärztlichen Gesprächs mit fünf zentralen Komponenten an: Begrüßung und Gesprächseröffnung, Beschwerdenschilderung und Beschwerdenexploration, Diagnosemitteilung, Therapieentwicklung und Therapieentscheidung, Gesprächsbeendigung und Verabschiedung. Auch wenn die Handlungsstruktur und sprachlich verfestigte Praktiken der Gattung des Aufklärungsgesprächs als spezifische Form des ärztlichen Gesprächs aktuell noch untersucht werden (vgl. Günthner 2016a), kann für diese Arbeit bereits festgehalten werden, dass das onkologische Aufklärungsgespräch zumindest die Komponenten Begrüßung, Diagnosemitteilung und Therapieentwicklung als zu bewältigende Handlungsaufgaben der GesprächsteilnehmerInnen beinhaltet, was auch die vorliegenden Daten zeigen, wodurch es sich von typischen Interaktionen der Großgattung Beratungsgespräche unterscheidet, wie bereits zuvor dargestellt worden ist.

Unmittelbar in Anschluss an die vorhergegangene Gesprächseröffnung durch gegenseitige Begrüßung und eine kurze Vorstellung bzw. Identifikation initiiert die Ärztin eine neue Sequenz mit dem Diskursmarker „A:Lso“ (Dittmar 2002), der in seiner äußerungsinitialen Produktion im Vor-Vorfeld nicht als Konjunktion, sondern als Gliederungssignal gesprächsstrukturierend eingesetzt wird und damit eine Folgeäußerung projiziert. Damit macht der Diskursmarker hier als „Operator-Skopos-Struktur“ (Barden et al. 2001) eine Folgeäußerung erwartbar, die aufgrund der systematischen Gesamtstruktur des institutionell gerahmten Aufklärungsgesprächs in Form von Gesprächseröffnung und Begrüßung, Diagnose, Therapieplanung und -entwicklung, Gesprächsbeendigung und Verabschiedung in der anstehenden Diagnosemitteilung liegt. Die Ärztin initiiert durch die Besetzung der Ankerposition („anchor position“, Schegloff 1986:116) mit dem Diskursmarker einen Übergang von der Gesprächseröffnung in den thematischen Teil des Gesprächs, die Diagnosemitteilung, und schafft damit die „introduction of first topic“. Durch den schnellen, unmittelbaren Anschluss der höflichen Handlungsaufforderung *nehmen sie doch PLATZ* in Z. 002 unterbricht die Ärztin zunächst ihre Projektion. Trotz der stark fallenden Intonation ist der Redebeitrag der Ärztin noch nicht beendet, da die bereits durch das *a/so* angekündigte Folgeäußerung noch aussteht. Durch die in Z. 003 realisierte Pause und den Seufzer zögert die Sprecherin ihren nächsten Redebeitrag zeitlich hinaus, was nach Schegloff (1988) als Strukturmerkmal für eine folgende dispräferierte Handlung dient. Das konversationsanalytische Präferenz-Konzept zielt hierbei nicht auf „die Vorlieben der Sprecher oder Hörer“ ab, sondern ist als „strukturelles Phänomen“ (Levinson 2000 361) zu betrachten, wobei nach Schegloff (1988: 445) präferierte Handlungen in Form von Antworten in kurze Turns verpackt werden, wohingegen „dispreferred responses are preceded by some delay component in their turn“. Mit diesem Präferenz-System steht häufig die Übermittlung guter und schlechter Nachrichten in Zusammenhang: So stellt z.B. die Übermittlung positiver Nachrichten eine präferierte Handlung dar, wohingegen die Überbringung negativer Nachrichten in vielen Fällen eine dispräferierte Handlung darstellt. Maynard (2003) beschreibt, dass Interagierende verschiedene Praktiken für die Übermittlung positiver und negativer Nachrichten anwenden und sieht dieses Verhalten als Teil einer „benign order of everyday Life“ (Maynard 2003: 182), also als Präferenz der Menschen eines freundlichen Umgangs miteinander. Maynard (2003: 174) stellt fest, dass „good news is exposed and bad news is shrouded“: Schlechte Nachrichten werden hinausgezögert und mit aufwendigeren Abschwächungspraktiken übermittelt, da diese häufig auch eine Form der Belastung für den/die GesprächspartnerIn bedeuten. Auch Spranz-Fogasy/Becker (2015: 109) führen in Bezug auf die Diagnosemitteilungssequenz an, dass die Mitteilung einer schlechten Diagnose markant aufwändiger ist, als die einer guten:

Bad news werden also nicht *expressis verbis* mitgeteilt, sondern vor allem über stockende Formulierungsweise mit Zögern, Heckenausdrücken oder Pausen vermittelt – der Patient soll gewissermaßen ‚von selbst‘ die Problematik der Diagnose wahrnehmen. (Spranz-Fogasy/Becker 2015: 109)

So versucht die Ärztin die Realisierung der Nachricht noch zu vermeiden, indem sie durch die entstehende Pause die Diagnose erwartbar macht und der Patientin die Möglichkeit gibt, die

Situation selbst einschätzen zu können und die Handlung alleine oder in Ko-Produktion durchführen zu können. Außerdem erfüllt die zeitliche Hinauszögerung neben weiteren Disfluenzmarkern wie Reformulierungen oder Abbrüchen eine Kontextualisierungsfunktion (Wegner 2016: 177): AW macht der Patientin durch prosodische Mittel und lexikalische Verfahren deutlich, dass ihr die Übermittlung der Inhalte schwer fällt und sie nicht die richtigen Worte findet. Paraverbale Mittel wie das Seufzen in Z. 004 stellen so eine Kontextualisierung von „etwas, was dem Arzt schwerfällt zu sagen“ (Günthner 2016a: Folie 18) dar.<sup>21</sup>

Dieser Versuch einer schonenden Realisierung der negativen Nachricht zeigt sich auch in der anschließend von der Ärztin produzierten Litotes-Konstruktion *isch net GANZ so schön* (Z.005) als Element der Abschwächung der negativen Nachricht: Nachdem die Ärztin den Übermittlungsprozess der Diagnose mit der Projektion einer Folgeäußerung, gefolgt von einer zeitlichen Hinauszögerung der Handlung, einleitet, nutzt die Patientin die Pause nicht zur Übernahme des Rederechts, sodass AW die Übermittlung durch ein konversationelles Verfahren der Indirektheit durchführt: Litotes-Konstruktionen dienen laut Bergmann (1999: 180-184) dazu, die Nennung einer explizit negativen Bewertung (z.B. „schlecht“) zu vermeiden. Diese notwendige Abschwächung schlechter Nachrichten lässt sich auch mit Goffmans Ausführungen zu „Face Work“ (1986) in Verbindung mit der Arbeit von Brown/Levinson (1987) zu „Politeness“ erklären: Nach Goffman (1986: 10) besitzt jedes Mitglied einer Gesellschaft ein „Face/Gesicht“, das „ein in Termini sozial anerkannter Eigenschaften umschriebenes Selbstbild – ein Bild, das die anderen übernehmen können“ beschreibt. Interagierende achten in ihren Interaktionen darauf, durch die Durchführung bestimmter sprachlicher Praktiken das Gesicht des Gegenübers zu schonen, was auch Brown/Levinson (1987) in ihrer Unterteilung des Face-Konzeptes in die beiden Unterkategorien „positive face“ und „negative face“ aufnehmen. Mit dem „negative face“ verbindet sich der Wunsch des Menschen, nicht in seiner Handlungsfreiheit eingeschränkt zu werden; das „positive face“ verkörpert das Bedürfnis, von anderen geschätzt und geachtet zu werden. Durch Handlungen, die diesen Bedürfnissen zuwiderlaufen, sogenannte „face-threatening acts“, können beide Seiten des Face bedroht werden. Mit dem sprachlichen Verfahren der Indirektheit versucht die Ärztin vorliegend, die dispräferierte Handlung abzuschwächen, denn eine explizite Bewertung der Diagnose als „schlecht“ ließe wenig Interpretationsspielraum für alternative, positive Bewertungen. Die Konstruktion „nicht ganz so schön“ lässt die Konzeptualisierung offen und gibt lediglich eine tendenzielle negative Einordnung. Diese Tendenz wird jedoch von der Patientin direkt wahrgenommen: Nach einer weiteren Gap in Z. 006 zeigt die Patientin nun eine Reaktion auf die hinausgezögerte, vage formulierte schlechte Nachricht: Sie ratifiziert diese durch die Interjektion *oh* und beansprucht so erstmalig in dieser Sequenz das Rederecht an einer übergaberelevanten Po-

---

<sup>21</sup>Günthner (2016a: Folie 18) führt hier auch die häufig von ÄrztInnen eingesetzte „zwar ... aber“ Strategie zur Relativierung einer schlechten Diagnose an: „Es ist zwar Krebs, aber er hat noch nicht gestreut.“

sition durch die weitere Pause seitens der Ärztin. Interjektionen wie *oh* „bewegen sich zwischen emotionalen Reaktionen und Bewertungen eines Sachverhalts“ (Duden-Grammatik 2009: 597). Damit zeigt die Patientin eine emotionale Reaktion auf die Nachricht und markiert Betroffenheit (Ehlich 1986: 79). Die expressive Interjektion *oh* (Weinrich 2005: 859) markiert hierbei einen „affective change of state“ (Golato 2012). Auch Imo (2009) fasst die Partikel *oh* als einen Erkenntnisprozessmarker in Anlehnung an die Kategorie „change-of-state token“ nach Heritage (1984) auf, durch den der/die RezipientIn einen Zustandswechsel nach Wahrnehmung einer neuen Information anzeigt. Imo (2009: 69) fasst die von Heritage (1984) beschriebenen drei Funktionen für die Partikel *oh* zusammen, wobei neben der Reperaturinitiierung eine Funktion in der Quittierung einer Information und die andere in einer Anzeige von Verständnis („display of understanding“) dieser Information liegt. Mit Blick auf die gesamte vorhergegangene Informationssequenz liegt die Funktion dieser Partikel hier sowohl in einer Anzeige des Empfangs der noch indirekt formulierten Nachricht als auch in einem Display von Verständnis für die Information, aber auch in einer emotionalen Reaktion, was wiederum die negative Kontextualisierung der Äußerung belegt.

In Anschluss an eine weitere Schweigesequenz der Patientin ergreift die Ärztin erneut das Rederecht und produziert eine wörtliche Wiederholung der vagen „nicht ganz so schön“-Konstruktion, wodurch sie die explizite Nennung der Diagnose erneut hinauszögert und der Patientin Zeit zur Verarbeitung einräumt. Maynard (2003: 93) stellt hier in Bezug auf die Überbringung von Neuigkeiten fest, dass eine mehrmalige Ankündigung und Ausdehnung von Neuigkeiten für das Verständnis des folgenden Turns hilft. Diese Echo-Sequenz unterstreicht sie mit dem zweisilbigen Rezeptionssignal *hm\_hm*, das eigentlich Verstehen markiert und vorliegend die wiederholte Äußerung noch einmal bestätigt, gleichzeitig zur zeitlichen Verzögerung und Zeitgewinnung beiträgt. Auf diese wiederholte Litotes-Konstruktion reagiert die Patientin mit einer Minimalreaktion in Form der Diskurspartikel *oKE*, die eigentlich Zustimmung zum Inhalt der Vorgängeräußerung signalisiert, in diesem Fall aber durch die prosodisch kurze Realisierung ohne Dehnung, mit Akzent auf der Endsilbe und der steigenden Intonation auch als Gliederungspartikel betrachtet werden kann, welche das sprecherseitige Verstehen und die Aufnahme der vorhergegangenen Aussage anzeigt. Nach weiteren Verzögerungen durch die Ratifizierung des Gesagten mit einem Rezipientensignal und einer turninternen kurzen Pause wird die Ärztin in der Formulierung der schlechten Diagnose konkreter, indem sie den Befund als *was Böses* und damit als etwas Negatives bewertet und sich so einem Fachbegriff aus dem medizinischen Repertoire zur Einstufung als „böse“ bzw. „böseartig“ bedient. Die Diagnose wird jedoch immer noch nicht explizit genannt: Auf den Befund wird vage durch *was* referiert. Außerdem handelt es sich um ein vages Vorlaufsyntagma mit dem Korrelat *es*, welches die syntaktische Rolle des Subjektes innehat und damit „ein ‚ungesättigtes‘ Syntagma und keinen potentiell vollständigen Satz“ (Günthner 2008a: 103) darstellt, da das inhaltliche Subjekt hier noch fehlt. Mit der Verwendung des unspezifischen Pronomens *es* in Rolle des Subjektes in

Verbindung mit der Veränderung in der Sprechlautstärke als paraverbales Mittel für die Überbringung einer schlechten Nachricht signalisiert die Ärztin, dass es sich um ein für sie schwerfallendes, problematisches Unterfangen handelt. PW artikuliert daraufhin seufzend die einsilbige Partikel hm als Rezeptionssignal mit einer emotionalen Modalität, die eine Minimalreaktion darstellt, wie sie auch Peräkylä (2006: 234) als „minimal acknowledgment token“ in ihrer Studie als häufige PatientInnenreaktion untersucht hat. Zwar führt Peräkylä an, dass PatientInnen auf Diagnosemitteilungen typischerweise mit dieser oder nur mit minimaler Zustimmung reagieren, da die Diagnosemitteilung rein der ärztlichen Verantwortung zugeschrieben wird, gleichzeitig lässt sich jedoch an den paraverbalen Mitteln die Darstellung von Emotionen erkennen. Nach Peräkylä/Sorjonen (2012: 5-10) wirken bei der Kommunikation von Emotionen mehrere Ebenen der Interaktion, so auch sprachliche und parasprachliche Mittel, mit.

Das onkologische Aufklärungsgespräch stellt für die Betroffenen ein emotionales Ereignis mit weitreichenden Konsequenzen dar. Der Umgang mit eigenen, aber auch mit fremden Emotionen bildet einen wichtigen Aspekt medizinischer Kommunikation (Lindemann 2015: 155). Im Korpus ist daher zu beobachten, dass in diesen Aufklärungsgesprächen die Angehörigen aus ihrer passiven Beobachterrolle herausschreiten und die institutionelle Struktur durchbrechen, indem sie ihre Handlungskompetenz als LaiInnen aktivieren und aktiv in die ÄPI eingreifen (Streeck 2002: 176).

## **6 Analyse: Selektive Adressierungs- und Referenzformen als interaktive Beteiligungsverfahren dritter Personen**

Die vorliegenden Daten sollen nun im Hinblick auf die Forschungsfrage nach der kommunikativen Rolle dritter Personen in onkologischen Aufklärungsgesprächen in Form besonders auffälliger sprachlicher Verfahren der Beteiligung und ihre jeweils damit verknüpfte Funktion untersucht werden. Aufgrund der triadisch organisierten Interaktionssituation werden dabei besonders Mechanismen des recipient design relevant. Dazu fasst Imo (2015: 9) zusammen,

„dass der Adressatenzuschnitt auf der einen Seite die kognitiven Hypothesen von SprecherInnen über die Eigenschaften und Wissensbestände der Adressaten sowie über die konkrete Konstellation von Sprecher und Adressat (sozialer Status, Wissensasymmetrien, Teilnehmerstatus etc.) betrifft und auf der anderen Seite das Inventar des Äußerungsdesigns wie grammatische oder sequentielle Strukturen, Techniken der Referenzetablierung etc [...]“.

So werden in den vorliegenden Gesprächen insbesondere Personenreferenzen und Adressierungen des Gegenübers zur Disambiguierung von Redezuweisung frequent eingesetzt. Dabei gehen diese Formen über ihre reine Adressierungs- und Referenzfunktion hinaus. Denn „[i]ndem sich ein Sprecher an einen Anwesenden wendet, setzt er sich unvermeidlich in ein Verhältnis zu ihm. In der Art seiner Adressierung drückt sich daher immer die soziale Beziehung zwischen den Interaktanten aus“ (Hartung 2001: 1349). So scheint der strategische Einsatz von Referenz- und Adressierungsformen in den Gesprächen unter anderem sowohl eine beziehungskonstituierende als auch eine beteiligungssteuernde Funktion zu haben.

Häufig beobachtete und vorliegend untersuchte Verfahren liegen hier vor allem in personalen Referenzen auf die Anwesenden mit Hilfe von Verwandtschafts- und Familienbezeichnungen,

Namen und Pronominalgebrauch der dritten Person. Häufig ist auch zu beobachten, dass sich die SprecherInnen durch eine Referenz auf ein *wir*-Kollektiv oder durch individuelle Selbstreferenz selbst mit einschließen.

Schwabe (2006: 94f.) behandelt diese Formen als beteiligungssteuernde Verfahren des „Sprechen[s] über jemanden“ und „Sprechen[s] für/anstelle von jemanden“. Charakteristischer formaler Aspekt des „Sprechens über jemanden“ ist die Referenz auf den/die PatientIn in der dritten Person entweder mit Pronominalgebrauch oder mit dem Eigennamen, was von Schwabe strukturell vor dem Hintergrund des Turn-taking als eine indirekte Form der Sprecherauswahl behandelt wird. Das „Sprechen für/anstelle von jemanden“ behandelt sie als „Verfahren, in denen die für einen Teilnehmer ausgewiesene Gesprächsposition durch einen anderen unaufgefordert eingenommen wird“ (Schwabe 2006: 120). Wie bereits im Forschungsüberblick dargestellt wurde, liegt im Rahmen des Turn-taking eine Besonderheit von Mehrparteieninteraktionen generell in komplexer gestalteten Referenz- und Adressierungsverfahren, wie auch in den nachstehenden Gesprächsausschnitten ersichtlich wird.

Die vorliegende Analyse verfährt qualitativ mit dem Ziel, zunächst einen ersten exemplarischen Überblick über besonders markante Phänomene der interaktiven Beteiligung von Begleitpersonen zu gewinnen und dabei herauszufinden, inwiefern die systematische Verwendung dieser Verfahren die kommunikative Rolle der Begleitpersonen konstituiert.

## 6.1 Personenreferenz durch Familien- und Verwandtschaftsbezeichnung

Der folgende Ausschnitt veranschaulicht die Gesprächsphase der Vereinbarung eines möglichen OP-Termins zwischen der Ärztin (AW), der 63-jährigen PatientIn (PW), die zuvor die Diagnose Brustkrebs erhalten hat, und ihrem Ehemann (LM). Die OP-Planung stellt dabei einen entscheidenden Teil der Therapieplanung<sup>22</sup> dar:

### Datum 2 ((Brustkrebs) AW, PW, LM)

```
001 AW      wann KÖNnen sie?
002 PW      WENN ich==
003         [<<f> =WANN sie->      ]
004 LM      [muss sie sich MELden?]
005 PW      WANN frei isch;
006 AW      [wann FREI isch.]
007 LM      [ma mei frau      ]isch ARG äh,
008         m_muss daZU sagen,
009         meine frau weint JEden tag.
```

<sup>22</sup> Die Therapieplanung im medizinischen Aufklärungsgespräch besteht aus der Therapieentwicklung und Entscheidungsfindung, bei denen „die Möglichkeiten einer therapeutischen Intervention zwischen medizinisch Gebotemem (idealerweise evidenzbasiertem medizinischen Wissen) und den alltagspraktischen Erfordernissen des Patienten ausgehandelt [werden]“ (Spranz-Fogasy 2010: 43). In diesem Rahmen steht das Verständnis der PatientInnen und die Verhandlung der Übernahme von Therapievor schlägen im Vordergrund, weshalb aktive Verstehensanweisungen und -sicherungen typische Aktivitäten nicht nur von ÄrztInnen und PatientInnen, sondern auch von Angehörigen in dieser Handlungsphase sind, was sich an den folgenden Daten zeigen lässt.

010            (--)  
 011            HINter der (xxx),  
 012            (-)  
 013            ich (.) MUSS jetzt mal sagen also,  
 014            für **mein frau** wär\_s BESCHte wenn\_s wenn\_s-  
 015 AW        wenn\_s BALD geht,

Die Ärztin leitet die Sequenz der Terminfindung für die Operation des Brustkrebses mit der Frage wann KÖNnen sie? ein. Aufgrund der triadischen Grundstruktur wird der adressatengerechte Zuschnitt der Frage erschwert: Es ist nicht eindeutig, ob hier eine direkte Adressierung der Patientin durch *sie* als Pronomen der 3. Pers. Singular oder eine Adressierung sowohl von PW als auch von LM durch die Verwendung der 3. Pers. Plural als höfliche Anredeform erfolgt. Da jedoch die Patientin den zweiten Teil der Frage-Antwort-Sequenz einlöst, ist davon auszugehen, dass die Frage direkt an sie durch die Verwendung der höflichen Anredeform *Sie* als Pronomen der 3. Pers. Singular adressiert ist und damit die Patientin als nächste Sprecherin ausgewählt wird.<sup>23</sup> Durch die Frage nach der zeitlichen Planung zeigt die Ärztin zunächst die für die ÄPI typische thematische Strukturierung des Aufklärungsgesprächs durch die Formulierung ärztlicher Fragen, um gemeinsam im Rahmen der Handlungsaufgabe der Therapieentwicklung und -entscheidung gezielt die folgenden Behandlungsschritte auszuarbeiten. Die gezielte Frage der Ärztin verdeutlicht, dass diese Konsultationen einem übergeordneten, gesprächstranzendenten Handlungszweck folgen. ÄrztInnen verfolgen hier das Ziel, eine Diagnose zu ermitteln sowie Therapiemaßnahmen zur Genesung der PatientInnen zu entwickeln, sodass „[d]ie kommunikative Handlungslogik ärztlicher Gespräche [...] entsprechend dieser Handlungsaufgaben organisiert [ist]“ (Spranz-Fogasy 2010: 36).

Die Ärztin organisiert vorliegend als Vertreterin der Institution den Sprecherwechsel, wie es häufig in institutionellen Gesprächen vorkommt (Drew/Heritage 1992: 26) und schafft einen „transition relevance place“ für PW als Folgesprecherin, was auch von dieser angenommen wird: Die adressierte Patientin ergreift das Rederecht und löst durch Formulierung einer temporalen *WENN*-Konstruktion (Z. 002) als präferierte Antwort den zweiten Teil der produzierten Paarsequenz und damit die konditionale Relevanz der Frage ein. Allerdings bricht die Sprecherin die Formulierung der Antwort mit der eigenen Person als Subjekt ab und setzt in einem schnellen Anschluss aufgrund von Wortfindungsproblemen zu einer selbstinitiierten Reparaturdurchführung im Sinne einer Retraktion in Z. 003 durch die Produktion einer temporalen *WANN*-Konstruktion an (Imo 2011b: 287). In dieser Retraktion führt sie dann die Ärztin als Subjekt nicht nur syntaktisch, sondern auch als Agens semantisch relevant und möchte

---

<sup>23</sup>Darüber hinaus wird Beteiligung und Adressierung auch über nonverbale Verfahren, insbesondere durch die Ausrichtung von Körperhaltung und Blickkontakt organisiert (Goodwin 1979, 1980). Aufgrund des Fehlens multimodaler Daten ist diese Analyse jedoch auf verbale und paraverbale Aktionen, die den Audiodaten entnommen werden können, beschränkt. Diese Problematik soll im Fazit und Ausblick näher thematisiert werden.

dadurch eine gemeinsame Terminfindung erleichtern, indem sie sich dazu bereit erklärt, sich nach der Zeit der Ärztin zu richten. PW bricht jedoch auch diesen Reformulierungsversuch der Antwort ab. Obwohl die Patientin als Adressatin der ärztlichen Frage im gesamten Formulierungsprozess ihrer Antwort das Rederecht inne und ihren Turn noch nicht beendet hat, greift ihr Lebenspartner in ihren Turn ein und reagiert auf den Abbruch seiner Frau in Z. 002, mit der sie eine folgende Reparatur initiiert, mit der sich überlappenden Gegenfrage *muss sie sich MELden?*. Denn durch den Abbruch der ersten Antwort und die folgende Selbstreparatur entsteht eine Verzögerung des Gesprächsflusses, wodurch sie als gegenwärtige Sprecherin Konkurrenz durch ihren Mann auf das Rederecht erhält (Jefferson 1983).

Interessant an diesem simultan erzeugten Redebeitrag ist zum einen, dass LM an einer Stelle, an der die Sprecherin im laufenden Turn Schwierigkeiten in der flüssigen Produktion ihrer Antwort anzeigt, das Rederecht beansprucht, um die Patientin in dem Prozess der Terminfindung, zu unterstützen. Er durchbricht hier die zunächst durch die Paarsequenz zwischen Ärztin und Patientin etablierte Interaktion, um sich an dieser zu beteiligen und positioniert sich durch die selbstinitiierte Handlung als aktiver Rezipient und potentieller Gesprächspartner, der für die aktuelle Therapieplanung mitverantwortlich ist.

Durch die inhaltliche Rückfrage sichert LM sich hier in dem Ablauf der Therapieplanung und der Klärung der Zuständigkeiten sowie dem Mitwirken der Patientin an der Therapie ab. Gleichzeitig referiert er auf die PatientIn mit *sie* als Pronomen der dritten Person Singular, obwohl diese anwesend ist. Durch die pronominale Referenz auf seine Frau in der dritten Person erfolgt aufgrund der triadischen Gesprächssituation eine indirekte Sprecherauswahl: „Indem auf Anwesende in der dritten Person referiert wird, wird zwar noch nicht notwendig, aber doch implizit ein bestimmter Folgesprecher ausgewählt, indem die Äußerung eben nicht an die Referenzperson gerichtet wird.“ (Schwabe 2006: 95) Gemäß Goffmans (1981) Differenzierung der Hörer werden die Beteiligten in dieser Dreiecksstruktur so zu einem adressierten und einem nicht-adressierten Rezipienten. Es wird aufgrund des Inhalts der Frage deutlich, dass diese an die Ärztin adressiert ist – gleichzeitig kann die anwesende PW die Äußerung mit anhören und von LM indirekt darauf aufmerksam gemacht werden, dass sie sich bei der Ärztin melden muss, um einen Termin zu vereinbaren.

Die Patientin wird hier von einer adressierten zu einer nicht-adressierten Teilnehmerin und damit kurzzeitig als nächste Sprecherin ausgeschlossen. Damit wird die Frage der Beteiligung<sup>24</sup> relevant: „Der Sprecherwechsel regelt die Beteiligung der einzelnen Personen an dem Gespräch insofern entscheidend mit, als für einen aktuellen Sprecher die Möglichkeit besteht, folgende Gesprächszüge durch die verschiedenen Formulierungsverfahren einem bestimmten nächsten Sprecher zuzuweisen.“ (Schwabe 2006: 94) Normalerweise führt diese Form der Referenz zu einer lokalen Einschränkung des Beteiligungsrahmens der Referenzperson bzw.

---

<sup>24</sup> Siehe für einen zusammenfassenden Überblick Schwitalla 2001.

einer Herabsetzung ihres Beteiligungsstatus: Durch diesen Mechanismus der Sprecherauswahl wird für die nicht adressierte Referenzperson die Beteiligung im direkt folgenden Zug erschwert (Schwabe 2006: 97), vor allem dann, wenn sich die Referenz auf sie in der dritten Person über einen längeren sequentiellen Verlauf etabliert und verfestigt. Jedoch hat dieses kurze *Sprechen über die Patientin* sequentiell keine Folgen: Die Ärztin löst die konditionelle Relevanz der Rückfrage von LM nicht ein, indem ihre Antwort als zweiter Teil der Paarsequenz ausbleibt. Außerdem markiert die Patientin durch den Einsatz prosodischer Mittel in Veränderung der Lautstärke ihr Rederecht und setzt erneut zu einer Antwort als Vervollständigung an, sodass ihr Folgezug nicht verhindert wird. Sie produziert erneut eine Selbstreparatur mit der verallgemeinerten Antwort *wann FREI isch*; (Z. 005). Den sich über drei Intonationsphrasen erstreckenden Formulierungsprozess der Antwort markiert die Sprecherin mit dieser finalen Antwort und der fallenden Intonation prosodisch als abgeschlossen. Durch die wörtliche Wiederholung der Antwort leistet die Ärztin eine interaktive Verstehensdokumentation und signalisiert gleichzeitig ebenfalls ihre Bereitschaft zur Themabeendigung durch die sequenzterminierende, turnfinal prosodische Markierung (Stimmabfall).

LM produziert jedoch in Z.007 einen erneuten Redebeitrag in „overlap“ zur Vorgängeräußerung. Durch dieses Simultansprechen sichert er sich das Rederecht für die Folgeäußerungen, bevor die Sequenz beendet ist. Er expandiert damit die von Ärztin und Patientin hergestellte Einigung über die Beendigung der Terminvereinbarungssequenz, indem er zu einer fragmenthaften Argumentation ansetzt. Mit dieser Argumentation bringt LM zum Ausdruck, dass die Ungewissheit über den Krebsbefund eine psychische Belastung für seine Frau darstellt und es daher relevant ist, einen möglichst zügigen OP-Termin zu vereinbaren. Für den argumentativen Turn wendet der Ehemann verschiedene Formulierungsverfahren an. Deppermann (2007: 227) definiert Formulierungsverfahren wie folgt:

Formulierungsverfahren sind Verfahren der Gesprächskonstitution, die auf einer gesprächssemantischen Ebene operieren. Sie dienen dazu, eine gedankliche Struktur sukzessive unter den Bedingungen von Mündlichkeit und Interaktivität sprachlich zu verdeutlichen. Solche gedanklichen Strukturen können die Konzeptualisierung von Sachverhalten und subjektiven Phänomenen (wie Emotionen, Bewertungen oder Intentionen) sein. Formulierungsverfahren sind Bausteine der Sachverhaltsdarstellung.

Deppermann zählt wie auch Schwitalla (2003) Paraphrasen, Korrekturen, Aufzählungen, Resümees und an anderer Stelle Extremformulierungen, Reduplikationen und amplifizierende Formulierungen zu diesen Formulierungsverfahren (Deppermann/Lucius-Hoene 2005: 64). So produziert LM zunächst die durch eine Verzögerungspartikel abgebrochene Äußerung *ma\_mei frau isch ARG äh,,* die wie sein gesamter Turn durch zahlreiche Disfluenzmarker in Form von Selbstreparaturen, Abbrüchen und Verzögerungen geprägt ist. Er leitet diese Äußerung in Z.007 mit einer Referenz auf seine anwesende Frau in der dritten Person ein. Die Referenz erfolgt hier durch die selbstinitiierte Reparatur des dialektalen Possessivpronomens *mei* in Verbindung mit dem relationalen Nomen *Frau* zur komplexen Nominalphrase *ma\_mei frau*. So referiert LM vorliegend auf die anwesende PW nicht wie zuvor durch Pronominalgebrauch,

sondern durch eine „person reference form“ (Schegloff 1996b) im Sinne eines „family reference term“ (Kitzinger 2005a, b), was sich in den erhobenen Daten häufiger beobachten lässt. Personenbezeichnungen wie Familien- und Verwandtschaftsbezeichnungen<sup>25</sup> („family and kinship terms“) sind nach Sacks (1972b: 332) „membership categorization devices“. Unter der Bezeichnung „membership categories“ fasst Sacks die Auswahl bestimmter Substantive in der Interaktion zusammen, deren Sinn auf sozialer Klassifikationen bzw. sozialen Typen beruht: „[V]iewers use norms to provide the relevant membership categories in terms of which they formulate identifications of the doers of those activities for which the norms are appropriate“ (Sacks 1995: 260). Sacks untersucht so z.B. die *membership category Familie* mit ihren Familien- und Verwandtschaftsbezeichnungen wie *wife*, *sister* und *child* und damit verbundenen Inferenzen, z.B. „‘couple’ inferences“ (Kitzinger 2005a: 223), um zu zeigen, wie kulturelle Identität in der Interaktion verwendet wird, indem die nicht anwesenden Beteiligten in soziale Kategorien eingeteilt werden. *Person reference forms* wie „my husband/wife“ oder „her mother-in-law“ (Kitzinger 2005a: 223f.), wie sie in dem systematischen Rahmenkonzept von Schegloff (1996b) zu der Organisation von Personenreferenzen in Gesprächen untersucht werden, bedienen sich solcher sozialen Kategorien, wie auch Kitzinger (2005b) zeigt: In ihrer Arbeit untersucht sie die Reproduktion einer „nuclear family“ in medizinischen Sprechstundengesprächen am Telefon und beobachtet, wie die Referenz von Angehörigen auf die PatientInnen mit Hilfe von *kinship terms* eine Reihe heteronormativer kultureller Annahmen, die als Inferenzen mit diesen Verwandtschaftsbezeichnungen verbunden sind, anzeigt und reproduziert: „The production of the heteronormative family is understood as an ongoing, locally managed accomplishment, and the analysis focuses on one of the key practices through which family is constituted [...]: the use of person references and the inferences that attach to these.“ (Kitzinger 2005b: 480)

Die Verwendung der Personenreferenzform ist vorliegend optional: Der Sprecher hätte hier aus einer großen Bandbreite von *membership categories* auswählen können, entscheidet sich hier aber bewusst für die Kategorie *Familie*, ähnlich wie es Kitzinger (2005b: 482) für die AnruferInnen und die Referenz auf die PatientInnen am Telefon beschreibt: „The availability of person reference forms from a number of different category sets (e.g., age, diagnosis) means that person reference in terms of the category set of family can be understood as the consequence of a speaker making a selection from amongst a range of possible alternatives“.

---

<sup>25</sup> Die hier verwendete Personenreferenz *meine Frau* wird vorliegend im Sinne Löbners (2003) als Heiratsverwandtschaft, die aus der Paarbeziehung resultiert, und damit als Verwandtschaftsbezeichnung betrachtet. Löbner (2003: 136) führt zwar an, dass im Falle der Heiratsverwandtschaft die Involvierten nicht verwandt sind, jedoch die Heiratsverwandtschaft durch die Möglichkeit einer Mittelternschaft als Ersatz für eine Verwandtschaftsrelation betrachtet werden kann: „Bei der Eherelation handelt es sich streng genommen nicht um eine V[erwandtschafts]R[elation]; die V[erwandtschafts]R[elationen] Ehefrau/-mann sind quasi Ersatzbezeichnungen für eine V[erwandtschafts]Relation, für die es im Deutschen gar keinen Begriff gibt: V[erwandtschafts]R[elation], gemeinsame Kinder zu haben.“ Diese Relationen fallen jedoch keineswegs immer zusammen, dennoch besteht die Möglichkeit, dass sich aus der Eheverwandtschaft als Paarrelation eine biologische Verwandtschaft im Sinne einer Mittelternschaft ergeben kann, wie auch Christen (2006: 39f.) anführt.

Durch die Wahl dieser personalen Referenz folgt LM zum einen der von Sacks/Schegloff (1979) formulierten Präferenz der Verwendung einer Erkennungsform (*recognitional*) im Zuge des recipient design, die sie neben der Präferenz der *minimization* als Teil der „Two Preferences in the organization of reference to person in conversation and their interaction“ anführen. Nach Sacks (1995: 438) stellt der Aspekt des *Adressatenzuschnitts* eine allgemein bedeutende Maxime für Sprache-in-Interaktion bereit: „A speaker should, on producing the talk he does, orient to his recipient.“ Diese Maxime gilt auch für die Herstellung von Kohärenz und Referenz (Imo 2015: 8). Wie auch Enfield/Stivers (2007) und Enfield (2013) zeigen, gilt das „achieving recognition“ als Präferenzen für die Verwendung von Referenzen auf Personen, wobei der/die SprecherIn Referenzäußerungen für den/die RezipientIn so designen sollte, dass diese(r) die Verbindung zu einer ihm/ihr bekannten, realen Person herstellen kann. Imo (2015: 8) führt ebenfalls dazu an, dass Sacks (1995: 446) die Verbindung von Pronomen mit relationalen Ausdrücken wie *meine Mutter, dein Bruder, ihr Vater* als typische Strategien anführt, „die das Verstehen von Sachverhalten für RezipientInnen erleichtern und ihnen helfen, die Identität von etwas, auf das der Sprecher verweist, zu lokalisieren“. Gleichzeitig hält LM die von Sacks/Schegloff (1979) beschriebene Präferenz der *minimization* ein, die im Hinblick auf die Sprachökonomie besagt, dass nach Möglichkeit der Referenz Ausdruck so kurz wie möglich gehalten werden sollte, indem nur eine einzige Referenzform verwendet wird (Enfield 2013: 443). Diese kurze Referenzform muss dabei nicht ein einzelnes Wort sein:

Note then that each reference is packaged as ‚a form‘, and that ‚a single form‘ need not to be a single word. It can be a phrase; it can be a clause; and, as shown elsewhere [...], it can be less than a word, an affix. It’s minimality is not defined by words; it is better understood by its packaging: sometimes its grammatical construction; sometimes its delivery in some recognizably complete-for-now prosodic contour [...]. (Schegloff 2007: 128)

Jedoch wird die einfache Verwendung des Namens als Wiedererkennungsform (*recognitial*) bei der Personenreferenz vor Beschreibungen präferiert (Schegloff 1996a). LM entscheidet sich im vorliegenden Datum jedoch nicht für die Nennung des Vor- oder Nachnamens seiner Ehefrau als initiale Erkennungsreferenz, sondern führt die Nominalphrase *meine Ehefrau* an. Denn LM geht hier von geteiltem Weltwissen zwischen ihm und der Rezipientin AW aus und setzt voraus, dass eine Identifikation der Patientin über die soziale Kategorie *Ehefrau* besser erreicht wird, als über ihren Namen. So schafft er einen „referential common ground“ (Heritage 2007: 260) für seine Ausführungen. Doch Stivers (2007) geht davon aus, dass die Verwendung und damit die vorhergegangene Entscheidung für eine Referenzform aus einem weiten Set von möglichen Referenzen auf eine Person nicht nur linguistischen und kulturellen Präferenzen wie der der Erkennung oder nur der einfachen Referenz unterliegt, sondern die von ihr als „alternative recognitials“ (Stivers 2007: 73) bezeichneten Referenzformen eine pragmatische sprachliche Handlung verfolgen.

So gehen Berger/Luckmann (1966) davon aus, dass soziale Wirklichkeit – und damit verbunden auch soziale Beziehungen – nicht einfach gegeben sind, sondern von den Mitgliedern

einer Gesellschaft in ihrem alltäglichen kommunikativen Handeln erzeugt und damit auch Beziehungskonstitutionen im sprachlichen Handeln vorgenommen werden. Genau dies wird mit der Personenreferenz hier empirisch veranschaulicht: Die Referenzform *meine Frau* stellt ein „membership categorization device“ (Sacks 1972) dar, anhand dessen die Zuordnung der Patientin zu einer bestimmten sozialen Gruppe sowie gleichzeitig das Display der Beziehungskonstellation vorgenommen wird. LM positioniert sich durch die Referenz automatisch selbst im sozialen Verhältnis zu der Patientin und führt gleichzeitig eine Fremdpositionierung durch, indem er PW als seine Ehefrau positioniert. Die Verwandtschaftsbezeichnung *Frau* bzw. *Ehefrau* ist affektiv aufgeladen und „kontextualisiert ferner soziale Nähe, Intimität und Zuneigung“, wie es Günthner/Zhu (2015: 4) für onymische Verwandtschaftsbezeichnungen als Anredeformen in der SMS-Interaktion feststellen.<sup>26</sup>

Auch LM zeigt vorliegend der Ärztin die soziale Beziehung zwischen ihm und der Patientin an und reproduziert damit bewusst die Patientin als Mitglied seiner „nuclear family“ (Kitzinger 2005b). Die Patientin gehört damit zum engsten Kreis seiner Familie, wodurch sich für LM eine Mitverantwortlichkeit für die Entscheidungsfindung der Therapie seiner Frau, aber auch eine emotionale Verbundenheit zu ihr ergibt. Übergeordnetes Ziel dieser Deskription ist es, der Ärztin deutlich zu machen, dass ein möglichst schneller OP-Termin vereinbart werden soll, jedoch ist LM selber emotional ergriffen, was sich auch im weiteren Verlauf des von ihm produzierten Turns zeigt. Die Formulierung seines Anliegen fällt ihm sichtlich schwer, denn unmittelbar in der thematisierten Referenzphase in Z. 007 initiiert LM einen Abbruch durch die Verzögerungspartikel *ähm* am Ende der Äußerung, die signalisiert, dass LM hier weiterhin das Rederecht behalten will, aber Zeit zum Nachdenken für die Formulierung der nächsten Äußerung benötigt (Imo 2016b: 111). Daraufhin folgen wiederholte Formulierungsversuche, die weitere Zögerungssignale („Disfluenzmarker“ nach Fischer 1992) aufweisen: Selbstreparaturen wie *m\_muss*, zahlreiche Pausen wie in Z.010, 012 oder 013 und Wortwiederholungen wie *wenn\_s wenn\_s* zeigen auf Formulierungsebene an, dass LM die Formulierung seines Anliegen schwer fällt. Der sprachliche „Anlauf“, den LM nehmen muss, ist deutlich an der Äußerungsstruktur nachvollziehbar. LM kündigt sein Anliegen in Z.008 durch die metakommunikative Konstruktion *m\_muss dazu sagen*, die hier den Charakter einer Projektorkonstruktion hat, an. Nach Günthner (2008a, b, c), Günthner/Hopper (2010) und Pekarek-Doehler (2011) sind

---

<sup>26</sup> Christen (2006: 39) betrachtet diese Form der Verwandtschaftsbezeichnungen als „zweistellige Ausdrücke, die eine Paar-Relation bezeichnen“. So untersucht zum einen Linke (2001: 382) Familienbezeichnungen als relationale Ausdrücke und auch Christen (2006: 139) betrachtet Personenbezeichnungen mit relationalen Inhaltskomponenten, wobei sie z.B. relationale Personenbezeichnungen in Todesanzeigen untersucht, die hier besonders häufig auftreten. So führt Christen (2006: 147) an, dass es sich bei den häufigsten Belegen im untersuchten Todesanzeigen-Korpus um Personenbezeichnungen handelt, deren Referent die verstorbene Person ist, deren Relation zu den Hinterbliebenen ausgedrückt wird. Christen (2006: 161) arbeitet als Teil des Variationsspektrums der Personenbezeichnungen mit Referenz auf die Relation ‚verheiratet‘ unter anderem die Lexeme Ehefrau/-mann heraus und stellt fest, dass hinterbliebene Männer häufiger zur Anzeige des Beziehungsstatus durch die Fremdbezeichnung Gattin oder Ehefrau neigen als Frauen. Christen (2006: 161) stellt heraus: „Die Nennung des Beziehungsstatus kann als öffentliche Sichtbarmachung der familialen Verhältnisse gewertet werden.“

Projektorkonstruktionen syntaktisch-pragmatische Muster, die im Sinne der „on-line Syntax“ (Auer 2007) auf dem Prinzip der Zeitlichkeit der Sprachproduktion und -rezeption aufbauen. Es handelt sich um zweigliedrige Konstruktionen, „wobei das erste (häufig lexikalisch verfestigte) Syntagma als ‚Projektorphrase‘ zur metapragmatischen Rahmung des Folgeteils fungiert“ (Günthner 2008a: 88). Die Projektorphrase hat dabei keinen propositionalen Gehalt, sondern dient allein metakommunikativen und pragmatischen Zwecken der Äußerungsmodalisierung und Sequenzstrukturierung (Imo 2013: 214). Mit der Projektorphrase *m\_muss dazu sagen* mit Hilfe eines *verbum dicendi*, das sich Imo (2012: 22f.) zufolge besonders gut in einer Projektorkonstruktion eignet und eine Leerstelle eröffnet, reserviert sich LM solange das Rederecht, bis er den Inhalt seiner angekündigten Folgeäußerung präsentiert hat. Der Folgeteil der Projektorkonstruktion wird dann in Z. 009 mit der Äußerung *meine frau weint JEden tag* realisiert. Der Ehemann thematisiert nun die Emotionen der Patientin und verbalisiert ihre Angst durch das Verb *weinen* explizit, um die psychische Belastung und die Auswirkung der Diagnose als Argumente für eine schnelle Terminvereinbarung anzuführen. Diese kommunikative Darstellung der Angst sowie die zu beobachtenden Formulierungsschwierigkeiten und Verzögerungen stellt Birkner (2006) als Aspekte des emotionalen Sprechens der PatientInnen fest. Birkner (2006: 168) stellt exemplarisch dar, wie PatientInnen Verzögerungssignale, Abbrüche und Verwendungen von Heckenausdrücken wie *ich denk* als Rahmung und zur Darstellung subjektiver Krankheitstheorien nutzen. Denn „Emotionen bilden ein immer wiederkehrendes Element von Krankheitsdarstellungen und werden von Betroffenen im Gespräch häufig als (ein) zentraler Bestandteil des subjektiven Krankheitserlebens und -wissens relevant gesetzt“ (Lindemann 2015:154). Doch der Umgang mit eigenen und fremden Emotionen stellt nicht nur eine kommunikative Aufgabe für die PatientInnen dar (Lindemann 2015: 155) – auch Angehörige kommunizieren ihre Emotionen auf unterschiedlichen Ebenen der Interaktion, wobei sie sowohl sprachliche als auch parasprachliche Mittel sowie Nonverbales und Methoden der Gesprächsstrukturierung einsetzen. In diesem Datum stellt LM jedoch nicht seine eigene Angst kommunikativ dar, sondern nutzt als Begleitperson anstelle der Patientin diese sprachlichen Ressourcen und thematisiert die psychische Belastung und den Druck der Patientin und spricht damit *über* sie. LM schließt hier von dem Verhalten seiner Ehefrau, dem täglichen Weinen, auf die emotionale Situation der Patientin und thematisiert diese explizit im Gespräch. Das tägliche Weinen ist hier das Argument dafür, warum eine schnelle Operation „das Beste“ für seine Frau sei. Die vorgenommene Gefühlszuschreibung als Umkehrschluss aus dem Weinen ist in dieser Situation zunächst heikel, da „Gefühle zu den grundsätzlich nicht teilbaren, intrinsisch subjektiven Phänomenen gehören“ (Hitzler 2013: 124). Zwar ist LM als Ehemann unmittelbarer Beobachter seiner Frau und so auch ihrer Gefühlsausdrücke im Alltag, jedoch kann er nur eine subjektive Einschätzung darüber geben, aus welchem Grund PW weint. Die genauen Informationen aus erster Hand obliegen der Ehefrau jedoch selber. Trotzdem greift PW nicht in den Redezug ihres Mannes ein.

Dieses stellvertretende *Sprechen über die Patientin* wird vor allem durch die wiederholte personale Referenz in Form der Verwandtschaftsbezeichnung *meine frau* deutlich. Heritage/Robinson (2006: 71ff.) beobachten, dass solche Referenzen auf Familienangehörige und EhepartnerInnen häufig in Doktorgesprächen als „invoking third parties“ dienen, um Selbstdiagnosen oder ihren Arztbesuch durch die Referenz auf Dritte zu rechtfertigen und diese als Zeugen anzuführen. Allerdings werden diese Referenzen normalerweise von den PatientInnen eingebracht. So zitieren PatientInnen in ihren Darstellungen subjektiver Krankheitstheorien nach Birkner (2006: 165) häufig „fremde Stimmen“, wie beispielsweise den Partner, der ein bestimmtes Krankheitssymptom im Alltag beobachten konnte. Gleichzeitig weisen Heritage/Robinson (2006: 74) darauf hin, dass eine Umkehrung dieses Prozesses stattfinden kann, wenn eine andere Person als vermittelnde Instanz zwischen ÄrztIn und PatientIn tritt und die Autorität des/der PatientIn als Basis für einen medizinischen Besuch betont.

Durch die wiederholte Referenz auf die Patientin in Form der Verwandtschaftsbezeichnung *meine frau* hebt LM seine Frau aus ihrer Patientinnenrolle heraus und positioniert PW als Ehefrau in einem anderen sozialen Kontext fernab der Klinik, da sie auch im Alltag unter der Diagnose leidet. LM positioniert sich gleichzeitig wiederholt als Ehemann. Durch das Display dieses sozialen Status präsentiert sich LM als Mitbetroffener und gleichzeitig als mitverantwortlich für seine Frau, was aus seiner Perspektive die Einbringung seiner persönlichen Meinung als notwendige Konsequenz mit sich bringt. wie die wiederholte Anführung der Projektorkonstruktion *ich (.) MUSS jetzt mal sagen* als sprachlicher Anlauf verdeutlicht: Durch die Realisierung des ersten Syntagmas der Projektorkonstruktion mit der Konstruktion aus dem Pronomen *ich* und dem Modalverb *müssen* stellt LM seine subjektive *Ich*-Perspektive explizit heraus und signalisiert seine Tatkraft. Er modalisiert seine persönliche Einstellung, übernimmt die Verantwortung für den Äußerungsinhalt und bewertet den Sachverhalt als etwas, das notwendigerweise angeführt werden muss. Diese Modalisierung kündigt das Folgende gleichzeitig als dispräferierte Enthüllung an und wird damit als Strategie zur Indizierung einer Problemstelle verwendet. Die Floskel dient als Vorwarnung „aus dem Handlungsbereich *Komplikation oder Dissens* anzeigen“ (Imo 2013: 219). Der Diskursmarker *also*, unterstreicht die Projektion der Folgeäußerung und räumt LM einen zeitlichen Anlauf für die Formulierung seines Anliegen ein. Wie auch Imo (2007) in seiner Untersuchung zu matrixfähigen Verben im gesprochenen Deutsch herausstellt, fungieren Konstruktionen mit dem Verb *sagen* dazu, um eigene oder fremde Rede zu inszenieren. So können Konstruktionen des Typs „ich sag mal (so), sag ich (jetzt) mal (so), sagen wir mal so“ verwendet werden, um „die Prozesse des Formulierens und der Wortfindung metakommunikativ explizit“ (Imo 2007: 110) zu machen. So untersucht König (2014: 178ff.) die Konstruktionen „sag ich mal“/„ich sag mal“ als Unschärfermarker bei Positionierungen in Spracheinstellungsäußerungen, welche „zur Reduzierung der Angreifbarkeit ihrer sprachbezogenen Bewertungen genutzt [werden]“ (König 2014: 264). König führt an, dass dies besonders im Kontext potenziell gesichtsbedrohender und heikler Po-

sitionierungsaktivitäten genutzt wird. Das Hedging durch eine Konstruktion mit dem Verb *sagen* wie „sag ich mal“/ „ich sag mal“ „schützt den Sprecher/Schreiber vor möglicher Kritik und reduziert die Gefahr der Ablehnung durch den Rezipienten“ (Schröder 1997: 5). Auch in Z.013 kündigt LM mit der Verwendung der metakommunikativen Formel *ich muss jetzt mal so sagen* die folgende Ausführung als eine subjektive Überzeugung und damit eine Positionierungsaktivität, die für AW und PW möglicherweise face-bedrohend ist. Gleichzeitig unterstreicht LM durch die Modalpartikel *mal* die Vorläufigkeit seiner Formulierung (Imo 2007: 111) und projiziert damit nicht nur die Fortführung des Redebeitrags, sondern rahmt durch die kommunikative Formel in Ko-Okkurrenz mit *mal* das im Folgenden Geäußerte nur als ungefähr passend (Imo 2007: 111 nennt diese Markierung eine „vorläufige Formulierung“). Birkner (2006: 165) beschreibt, dass Heckenausdrücke und epistemische Modalisierungen vor allem in der Darstellung subjektiver Krankheitstheorien von PatientInnen eine große Rolle spielen, um damit entweder die Gültigkeit oder die Einschränkung ihrer Aussagen zu intensivieren. In diesem Beispiel übernimmt LM als Begleitperson diese sprachliche Aktivität und nimmt damit die Patientinnenperspektive ein, um im Interesse seiner Frau zu argumentieren.

Die projizierte, potenziell gesichtsbedrohende Äußerung folgt nun in Z.014: seinen in Z.007 begonnenen Formulierungsversuch bzw. die Deskription seiner Argumentation beendet LM nun mit der syntaktisch unvollständigen, abgebrochenen Äußerung *für mein frau wärs\_s BESCHte wenn\_s wenns\_*-. Diese initiierte Struktur komplettiert die Ärztin im Sinne einer an die „collaboratively built utterance“ (Sacks 1967/95: 538) angelehnten „kollaborativen Konstruktion“ (Günthner 2000; 2006; 2009; 2012) oder auch „joint production“ (Ferrara 1992) und dokumentiert mit dieser Ko-Konstruktion nach Deppermann (2008) ihr Verstehen des Anliegens von LM, seine Frau zeitnah zu operieren.

Interessant ist hier, dass LM in Z.014 bereits zum dritten Mal die personale Referenz auf seine Frau mit der Familienrollenbezeichnung *meine Frau* vornimmt. Die mehrfache Wiederholung der syntaktisch komplexen Nominalphrase *meine Frau* im Verlauf der Sequenz scheint sprachökonomisch im Gegensatz zur Verwendung des Personalpronomens *sie*, nachdem das Referenzobjekt bereits zu Beginn des Turns eingeführt wurde und spätestens dann deutlich ist, auf wen LM referiert, nicht mehr sinnvoll und läuft der Maxime der *minimization* (Sacks/Schegloff 1979) entgegen. Dazu stellt Levinson (2007: 33) als Maxime für die Einführung einer neuen Referenz die folgende Hierarchie für das Inventar an Personenreferenzformen heraus:

*pronoun > minimal description > kin term > name*

Demnach sind Namen die expliziteste Referenz auf Personen, gefolgt von Verwandtschaftsbezeichnungen wie *mein Onkel* oder *sein Kind*, die immer noch ein weites Set an möglichen Referenten offen lassen (wohingegen eine Referenzform wie *meine Frau* keine anderen Referenten zulässt). Minimalbeschreibungen wie *dieser Mann* oder *der Nachbar* lassen in ihrer Semantik ein sehr weites Spektrum an möglichen Referenzpersonen zu, engen jedoch die möglichen Kandidaten mehr ein als eine Referenz mit Pronomen, die lediglich das Numerus, Genus und Kasus markieren.

Zwar argumentiert Levinsons (2007), dass die nominale Referenz die spezifischste Form darstellt und auch Schegloff (1996a) merkt an, dass Namen als Erkennungsreferenzen vor anderen Referenzen der Wiedererkennung präferiert werden. Jedoch ist zum einen die Person, auf die referiert wird, im Gespräch als einzige Person neben der Ärztin als Adressatin der Äußerung anwesend und durch den exklusiven Status der Verwandtschaftsbezeichnung der *Ehefrau* bereits deutlich, auf wen LM referiert. Zum anderen ist die Nennung des Vornamens hier aufgrund des professionellen Ärztin-Patientin-Verhältnisses in Anbetracht des Prinzips der *Rücksichtnahme* (*circumspection*, Levinson 2007: 31) nicht angebracht. Vielmehr greift LM hier auf geteiltes Weltwissen zwischen ihm und der Ärztin zurück und schafft für beide einen „referential common ground“ (Heritage 2007: 260). So scheint die von LM gewählte personale Referenz im Sinne der Referenzmaxime als eine geeignete Form.

Levinson (2007: 35) führt an, dass die Wiedererkennung (*recognition*) der Referenzperson zunächst der Kürze (*minimization*) der Referenzform übergeordnet ist. Nach Einführung und Erreichen der Wiedererkennung wie in Z.007 ist jedoch die Ökonomie wieder zu verfolgen, was im vorliegenden Datum durch die wiederholte Referenz auf PW durch Pronominalgebrauch erreicht würde. Schegloff (2007: 129) stellt fest, dass diese Präferenz für *minimization* im Verlauf der Äußerung generell durch die Referenz mit einem „referring simpliciter“ (Schegloff 2007: 124), also einer minimalen Referenz in Form von Personalpronomen erreicht wird, der nicht mehr tut, als „simply referring and nothing else“ (Schegloff 2007: 124). Dazu führt auch Stivers (2007: 76) an, dass „[p]ronouns are prototypical subsequent reference forms and are typically used subsequent to some initial referring expression“. Außerdem ist die Patientin als Referenzobjekt im Gespräch anwesend, sodass eine Pronominalreferenz auf sie in Z.009 und Z.014 für eine Wiedererkennung seitens der Ärztin ausreichend wäre. Die Frage ist, wieso LM vorliegend die Nominalphrase *meine Frau* wiederholt in dieser Sequenz anführt. Hacohe/Schegloff (2006) beobachten, dass Umgebungen, in denen wiederholt mehr als diese pronominale Minimalreferenz verwendet wird, häufig Dissens-Umgebungen sind, in denen die Sprecher nicht mit der Meinung der RezipientInnen übereinstimmen oder eine andere Richtung verfolgen. So haben sich in der vorliegenden Sequenz Ärztin und Patientin geeinigt, dass ein OP-Termin festgelegt wird, wenn der Zeitplan des Klinikums freie Kapazitäten aufweist. LM expandiert diese Einigung jedoch, indem er für einen möglichst zügigen OP-Termin argumentiert, was ein „misalignment“ darstellt.

Darüber hinaus argumentiert Stivers (2007: 73) in Anlehnung an Schegloff (1996a), dass die Verwendung einer Referenzform anstelle einer anderen nicht allein einem linguistischen oder kulturellen Präferenzsystem unterliegt oder sich vollständig an dem Ziel, Wiedererkennung zu erreichen, orientiert. Stivers beobachtet, dass SprecherInnen auch dann auf markierte Referenzen zurückgreifen, wenn unmarkierte Referenzen verfügbar und dem Rezipienten/der Rezipientin bekannt sind und bezeichnet diese Formen als *alternative recognitionals*, die somit nicht nur dem Zweck dienen, über eine Person zu sprechen, sondern die Verknüpfung eines präzisen Referenzausdrucks mit einer pragmatischen Handlung, die durchgeführt werden soll,

beinhalten. LM aktiviert hier ein Netzwerk an *frames*, welche die Ärztin mit der Bezeichnung *Ehefrau* in Verbindung bringt und positioniert sich so als Ehemann. Durch diesen Status und das dadurch gegebene enge Beziehungsverhältnis rechtfertigt LM die Expansion der bereits zuvor von AW und PW als abgeschlossen befundene Sequenz der Terminfindung. Die Thematisierung der Belastung und der Anführung der Dringlichkeit der Operation läuft nicht nur dem ärztlichen Bemühen um die Terminfindung durch gezielte Frage-Antwort-Paare im Sinne eines Kontrasts von „the ‚voice of medicine‘ and the ‚voice of lifeworld““ (Mishler 1984: 14) zuwider, sondern stellt auch ein Dissensformat zu der von der Patientin getroffenen Aussage, sie habe dann Zeit, wenn ein Termin frei ist, dar. Der Ehemann ergreift hier an einer Stelle, in der die Autorität seiner Frau als Patientin gefragt ist, das Rederecht, was sich zunächst dysfunktional auf die Kommunikation im Rahmen der Terminfindung auswirkt: Nach der gemeinsamen Einigung zwischen Ärztin und Patientin ist die Sequenz eigentlich beendet. Stattdessen expandiert LM sie. Die Ärztin zeigt jedoch durch die kollaborative Konstruktion am Ende des Turns ihr Verstehen um die für LM und PW persönliche Notwendigkeit eines baldigen Termins, da dies sich förderlich auf die Genesung der Patientin auswirkt. So präsentiert sich LM in dieser Sequenz in seiner kommunikativen Rolle als Ehemann und Fürsorger, dem die Genesung seiner Frau und damit ihre emotionale Entlastung am Herzen liegen. Gleichzeitig verändert LM durch diese Form des *Sprechens über die Patientin* den spezifischen Beteiligungsrahmen der Gesprächssituation: Indem LM mit der Referenz in der dritten Person darstellt, was für seine Frau der beste Therapieweg wäre, werden mindestens zwei der von Goffman (1981) ausdifferenzierten Sprecherrollen, nämlich der *animator* als derjenige, der die Äußerung praktisch realisiert und der *principal*, dessen Sichtweise in der Äußerung ihren Ausdruck findet, von zwei verschiedenen Personen realisiert. Für die Darstellung dieser Sichtweise von PW sieht er sich jedoch in seiner Position als Ehemann, der seine Frau im Alltag beobachtet und damit auch um ihren Gemütszustand und ihre Gefühle weiß, als mitverantwortlich an.

Auch im nachstehenden Datum ist die Begleitperson der Patientin der Ehemann und bedient sich ebenfalls bei der Formulierung seiner Frage an die Ärztin der Referenzform *Ehefrau* aus der *membership categorization Familie*. In diesem Ausschnitt unterhalten sich die 58-jährige Patientin (PW), ihr Ehemann (LM) und die leitende Oberärztin des Brustzentrums des Klinikums Karlsruhe (AW) über den weiteren Therapieverlauf der Krebserkrankung. Die Patientin hat zu Beginn des Aufklärungsgesprächs die Diagnose Brustkrebs erhalten, wobei der Krebs so weit fortgeschritten ist, dass eine Operation sowie eine daran anschließende Chemotherapie notwendig sind.

### **Datum 3 ((Brustkrebs) AW, PW, LM)**

001 AW also während der kemo MUSS immer wieder blut abgenommen  
werden,  
002 LM [ja KLAR,]  
003 AW [das ]läuft aber über\_n HAUSarzt,  
004 also da k\_kommunIZIERen wir,

005           und da kriegen sie ZETtel mit,  
006 LM        AHja,  
007 AW        wo der w\_WEIß was er genau machen muss und so weiter  
              also,  
008           des [is alles]schon schon gePLANT worum\_s geht;  
009 LM        [hm;        ]  
010 PW        hm\_hm oke das kommt dann erst SPäter,  
011 AW        geNAU,  
012 PW        [hm\_hm,        ]  
013 AW        [<<p> geNAU,>]  
014 PW        hm oKAY,  
015           <<p> ja,>  
016           (--)  
017 LM        BLEIben sie dann in der (.) ähm in anführungszeichen in der  
              verANTwortung für **meine frau**,  
018 AW        ja,  
019 LM        hm\_hm das [is SCHÖN,]  
020 AW        [ich bin ]die leiterin vom BRUSTzentrum und  
              ich mache das.

Die Ärztin erklärt den beiden Anwesenden LM und PW den weiteren Therapieverlauf, insbesondere das schrittweise Verfahren während der Chemotherapie. Sie initiiert dazu die Sequenz mit dem Diskurmarker *also*, durch den sie sich in turninitialer Position das Rederecht für die nachstehende Erklärung sichert, ihre Folgeäußerung projiziert und dabei die Verbindlichkeit und Notwendigkeit der regelmäßigen Blutabnahme mit dem Modalwort *MUSS* auf dem auch der Fokusakzent liegt, zum Ausdruck bringt. LM bestätigt sein aktives Zuhören durch das Hörsignal *ja KLAR*, das typischerweise parallel zur Äußerung der Ärztin produziert wird und positioniert sich so gleichzeitig als kompetenter Ansprechpartner. Diesen Status und seine Aufmerksamkeit auf die einzelnen Schritte der Chemotherapie signalisiert LM auch durch weitere Verstehens- und Hörsignale wie *AHja*, und *hm*; im Anschluss an die Vorgängeräußerungen der Ärztin. In Z.003 führt AW weiter aus, dass die folgenden behandlungsbegleitenden Verfahren vom Hausarzt übernommen werden. Der Hausarzt wird dabei mit der Modalpartikel *aber* als externe Person in das Gespräch eingeführt, wobei AW durch die Abtönung ihre Sensibilität dafür verdeutlicht, dass der Patientin und ihrem Angehörigen die Delegation eines wichtigen Teiles der Krebsbehandlung an einen externen, ihnen unbekanntem Arzt eventuell nicht Recht sein könnte. Diesem Missfallen seitens der ZuhörerInnen beugt die Ärztin in ihren Folgeäußerungen vor, indem sie anführt, dass die behandelnden ÄrztInnen des Brustkrebzentrums in unmittelbarem Kontakt mit dem Hausarzt stehen und die Anweisungen sowie der Krankheitsverlauf auch schriftlich noch einmal mitgegeben werden. In der Äußerung *da kriegen sie ZETtel mit* wird durch die triadische Gesprächssituation und das ambige Pronomen der dritten Person *sie* nicht deutlich, ob LM, PW oder beide im Plural adressiert sind. Jedoch

produziert LM als Folgeäußerung die Partikelkombination *AHja* als Erkenntnisprozessmarker mit sequenzterminierender Wirkung und zeigt AW dadurch an, dass er die neue Information verstanden hat und als ausreichend bzw. zufriedenstellend entgegennimmt (Imo 2013: 196). Die Patientin schweigt hingegen. Dass AW diese Information trotzdem als heikel auffasst, zeigt sich in der Expansion ihrer Ausführungen zur Involviertheit des Hausarztes: In Z.007-008 verweist die Ärztin erneut auf den externen Fachexperten und nimmt ihren RezipientInnen die Angst vor einem nicht reibungslosen Therapieverlauf vorweg, indem sie ausdrücklich versichert, dass der Hausarzt bereits vollwertig in den Behandlungsprozess integriert ist und über alle notwendigen Sachverhalte in Kenntnis gesetzt wurde. LM zeigt erneut eine Hörerreaktion und Bestätigung dieser Information mit dem wieder typischerweise überlappend produzierten Hörersignal *hm*, wodurch er AW anzeigt, dass sie fortfahren kann (Imo 2016b: 111).

Nun zeigt auch PW eine sprachliche Reaktion, in dem sie ihr Verständnis dieser Information mit einer paraphrasierenden Wiederholung der Aussage von AW signalisiert, welche sie mit dem Hörersignal *hm\_hm* in Z. 010 einleitet und mit *oke* weiter bestätigt. AW bestätigt die Richtigkeit dieser Erkenntnis mit dem Responsiv *geNAU*, wodurch sie die Patientin in ihrem Verstehensprozess unterstützt. Dieser Erkenntnisprozess wird von Z.012 bis 016 weitergeführt, indem PW die gedankliche Verarbeitung dieser Information durch Hörersignale wie *hm\_hm*, *hm* *oKAY* und *ja* verdeutlicht.

Erst nachdem die Patientin dann in Z.015 ein leises *ja* als Beendigungssignal produziert, dessen sequenzterminierende Wirkung durch die Pause unterstrichen wird, ergreift LM in Selbstwahl erneut das Rederecht und stellt eine Rückfrage zur Klärung der Zuständigkeiten. Diese Frage adressiert er durch die Höflichkeitsform mit dem Pronomen *sie* direkt an die Ärztin und referiert dabei, wie bereits die Begleitperson in dem zuvor analysierten Datum, auf seine Ehefrau mit der Verwandtschaftsbezeichnung *meine frau*. Durch diese initiale Referenz auf die Patientin erfüllt LM Sacks/Schegloff (1979) zufolge zunächst einmal die Präferenz *der recognition*, indem er sich anstelle des präziseren, kürzeren Namens für eine Nominalphrase und damit für eine komplexere Referenzform entscheidet, obwohl Schegloff (1996a) dafür argumentiert, dass Namen als Erkennungsformen vor anderen Erkennungsformen präferiert werden. Da jedoch sowohl die Referenz mit dem Vor- als auch mit dem Nachnamen in der Situation des ÄrztInnen-PatientInnen-Gesprächs als unpassende Referenz erscheinen, entscheidet sich LM für die Referenz mit der Familienrollenbezeichnung, welche die Ärztin aufgrund der Anwesenheit der Patientin und des exklusiven Status einer Ehe im Gespräch direkt zuordnen kann und schafft so einen *referential common ground*.

Ob die von LM verwendete Referenzform ähnlich wie in Datum 2 eine pragmatische Funktion über das Referieren hinaus verfolgt, entscheidet sich nach klassischer Sicht von Schegloff (1996a) danach, ob es sich um eine markierte oder unmarkierte Referenz handelt: Schegloff (1996a: 439) zufolge ist das Ziel einer unmarkierten Referenz nichts weiter, als eine Referenz auf eine Person zu leisten und das erläuterte Präferenzsystem einzuhalten, eine markierte

Referenz hingegen leistet eine Handlung darüber hinaus.<sup>27</sup> Stivers (2007: 75) erklärt diese Unterteilung von Schegloff wie folgt: „Schegloff distinguishes between locally initial and locally subsequent with respect to both reference form and position. The unmarked usage then would be initial forms in initial positions and subsequent forms in subsequent position.“ So könnte vorliegend die Verwendung der Referenzform *meine Frau* einfach eine einführende Referenz, die nichts weiter tut, als auf die Patientin zu referieren, sein. Jedoch ist in den vorliegenden Interaktionen die Besonderheit der Anwesenheit des Referenzobjektes zu bedenken sowie die Eigenschaft, dass es sich um onkologische Aufklärungsgespräche handelt, bei denen die Behandlungsmöglichkeiten der Krebserkrankung im Fokus stehen und damit ausschließlich die Patientin Gesprächsgegenstand ist (Streeck 2002: 177). So ist auch aufgrund der vorliegenden Teilnehmerkonstellation selbst eine pronominale Minimalreferenz auf die Patientin mit *sie* ein Erkennungsformat für die Ärztin ausreichend. Es wäre so auch Stivers (2007) folgend, ähnlich wie in Datum 2, möglich, dass die bewusste Entscheidung für die familiäre Referenzform vorliegend eine pragmatische Handlung impliziert.

Bereits zu Beginn dieser Sequenz positioniert sich LM als aktiver Zuhörer und nicht nur als stiller Beobachter der Interaktion. Nachdem AW erklärt hat, dass im Prozess der Chemotherapie auch andere Ärzte außerhalb des Spezialklinikums wie der Hausarzt für einzelne Therapieschritte mitverantwortlich sind und in die Behandlung integriert werden, was AW bereits selber als mögliche Schwierigkeit aus Sicht der Anwesenden thematisiert, rückversichert LM sich der Zuständigkeit der Oberärztin. Seine Entscheidungsfrage in Z.018 ist zunächst von Disfluenzmarkern wie der turninternen Minimalpause und der Verzögerungspartikel *ähm* geprägt, was darauf hindeutet, dass LM Zeit für den Formulierungsprozess benötigt. Es ist außerdem zu beobachten, dass der Disfluenzmarker *ähm* vorliegend in Ko-Okkurrenz mit der Formel *in* *anführungszeichen* auftritt. König (2014: 181ff.) behandelt die Formel „in Anführungsstrichen/-zeichen“ im Rahmen ihrer Untersuchungen zu Vagheit und Explizitheit bei Positionierungen als eine „metakommunikative Ankündigung der Unschärfe“ mit einer generell abschwächenden Funktion und auch Imo (2011a: 22) spricht von „Floskeln, die die Vorläufigkeit einer Formulierung markieren“, wobei die Formel „in Anführungsstrichen/-zeichen“ vor dem als vage gerahmten Ausdruck steht, wodurch die Formulierungsarbeit vorher angekündigt wird (König 2014: 181). Damit handelt es sich um eine Formel, die genutzt wird, „um problematische Äußerungsteile zu markieren, ohne sie beheben zu müssen“ (Stoltenburg 2012: 9). Auch in der vorliegenden Frageformulierung kündigt LM durch die Formel *in* *anführungszeichen* den nachstehenden Ausdruck *Verantwortung* als nicht ganz passend an und markiert ihn als vage. Ihm ist bewusst, dass es sich hierbei nicht um einen medizinischen, wissenschaftlich präsentierten Fachbegriff, sondern einen alltagsweltlich geprägten Begriff handelt und versucht dies metasprachlich explizit zu machen, wie es häufig bei Formulierungsprozessen von

---

<sup>27</sup> Die Begriffe ‚markiert‘ und ‚unmarkiert‘ werden hier im pragmatischen Sinne verwendet (Stivers 2007:75).

PatientInnen als Auswirkungen des typischen Laien-Experten-Gefälles in ÄPI zu beobachten ist (Birkner 2006: 166). Dennoch thematisiert er mit dem Ausdruck *Verantwortung* in seiner Frage einen Aspekt, der in der untersuchten ÄPBK häufig zu beobachten ist: die Klärung und Transparenzmachung der ärztlichen Zuständigkeiten und Obliegenheit. LM sieht durch die Übernahme einzelner Behandlungsschritte durch einen externen Arzt die Gefahr, die Verantwortung für die Therapie würde ungeklärt bleiben und möchte wissen, ob die in diesem Gespräch anwesende Oberärztin weiterhin die Ansprechpartnerin für seiner Frau bleibt.

Durch die Verwendung der Personenreferenzform *meine Frau* bedient sich LM einer *membership categorization*, wodurch er zum einen die Zugehörigkeit zur sozialen Gruppe der Familie kodiert und zum anderen im Sinne Linkes (2001: 382) durch die Familienbezeichnung als relationalen Ausdruck Beziehungspflege betreibt und eine Paar-Relation zwischen sich und der Patientin demonstriert. Auch Kitzinger (2005a: 235) beobachtet, dass „[b]y referring to their husbands, female callers position themselves as wives; by referring to their wives, male callers position themselves as husbands [...] especially (but far from exclusively) in interactions with strangers“. Sacks (1972a, 1995a) beobachtet in den von ihm untersuchten Daten aus Suizid-Beratungsanrufen, dass die Bezeichnungen *Ehemann* und *Ehefrau* häufig dazu verwendet werden, den Verlust des Ehepartners als Beweis eines „persönlichen Problems“ anzuführen, das bei dem Anrufer ein lebensmüdes Gefühl auslöst: „The reference term here (wife) evokes the culturally understood inferences of an intimate and caring relationship, such that the loss of such a category member renders understandable the caller’s depression“ (Kitzinger 2005a: 235f.). Der Gebrauch einer solchen Verwandtschaftskategorie wie *Ehefrau* in dem vorliegenden Datum mobilisiert Kitzinger (2005a: 236) zufolge solche Inferenzen, die diesen Beziehungen anheften: Durch die Wahl der Referenzform *Frau* scheint es für den Ehemann ganz alltäglich, eine Rückfrage über die Patientin zu stellen. So muss LM der Ärztin vorliegend keinerlei Rechtfertigung oder Erklärung für die Berechtigung einer Rückfrage anbieten – durch die Positionierung als Ehemann und das Aufzeigen des engen Beziehungsverhältnisses zwischen ihm und PW ist seine Frage legitimiert. Dies zeigt auch AW an, indem sie durch die Antwort ja die konditionelle Relevanz der von LM produzierten Paar-Sequenz in Form einer Entscheidungsfrage einlöst. Diese Antwort ratifiziert LM anschließend durch das Adjektiv *schön* als für ihn positiv und modalisiert damit seine Freude darüber, dass die Ärztin weiterhin in der Verantwortung für seine Frau bleibt. Diese Reaktion bekräftigt AW in Z. 020 noch einmal durch eine Selbstidentifikation unter Betonung ihres Status als Leiterin des Brustzentrums.

Prägnant ist außerdem, dass durch die in dieser Sequenz von dem begleitenden Ehemann verwendete Referenz auf die Patientin in der dritten Person, obwohl diese als Referenzobjekt anwesend ist, ihr Beteiligungsstatus aufgrund der triadischen Interaktion kurzzeitig eingeschränkt wird: LM wählt durch die direkte Adressierung der Ärztin diese als nächste Sprecherin aus, indem er eine konditionelle Relevanz aufbaut, die Sprecherrolle durch die Formulierung einer Antwort zu übernehmen. Insbesondere durch die Initiierung einer Paarsequenz wird

diese Obligation für die Reaktion noch verstärkt. Das Besondere an Gesprächen mit drei Parteien ist dabei, dass durch die Referenz auf eine(n) kopräsente(n) TeilnehmerIn diese(r) nach dem „one or the other“-Prinzip (Lerner 2003: 192) automatisch als adressierte(r) RezipientIn und damit als potentielle(r) FolgesprecherIn ausgeschlossen ist. So ist PW als Referenzobjekt nicht als Folgesprecherin ausgewählt. Die konditionelle Relevanz gestaltet sich dabei für PW in der Form, dass sie zunächst AW als ausgewählte Sprecherin den Zug ermöglicht und erst wenn diese nicht reagiert, sich selbst als Sprecherin auswählen könnte (Sacks et al. 1974: 704). So kann mit der Organisation der Turnübergabe seitens eines Sprechers „Gelegenheit zur aktiven Teilnahme am Gespräch für die anderen Anwesenden ermöglicht oder beschränkt werden“ (Schwabe 2006: 94). Bereits Levinson (1988) stellt fest, dass Referenzen in der dritten Person auf eine(n) kopräsente(n) TeilnehmerIn als ein Marker für eine Veränderung in der Beteiligung fungieren. Eine(r) der Interagierenden wird plötzlich durch die Referenz in der dritten Person im Gespräch objektiviert und von der Beteiligung ausgeschlossen, weshalb Dritte-Person-Referenzen häufig als unhöflich und seltsam empfunden werden (Kang 1998: 393). Dennoch kommen sie in natürlichen Interaktionen häufig vor, wie auch dieses Korpus zeigt. Auf diese Auswirkung von Personenreferenzen auf das Footing des Gespräches und besonders auf den Beteiligungsstatus der Referenzperson weist auch Schwabe (2006: 94) hin. Die Frage der Beteiligung ist in der gesprächsanalytischen Forschung vielfach bearbeitet worden<sup>28</sup>. Der Beteiligungsstatus der Interagierenden hängt von der Form der Integration in das Gesprächsgeschehen, der thematischen Involviertheit der TeilnehmerInnen sowie insbesondere von Mechanismen der Sprecherauswahl durch die hier untersuchten Adressierungs- und Referenzformen ab. Während in den Daten 2 und 3 das Footing des *Sprechens über den/die Patientin* von den Begleitpersonen selbst durch die Personenreferenz durch Verwandtschaftsform initiiert wird, können auch Personenreferenzen durch Pronominalgebrauch die Patientenbeteiligung steuern, vor allem dann, wenn sie im Gesprächsverlauf etabliert und verfestigt werden, was nachfolgend näher betrachtet werden soll.

## **6.2 Personenreferenz durch Pronominalgebrauch der dritten Person**

In Mehrparteieninteraktionen werden Beteiligungsrollen (Goffman 1981) und epistemische Grundlagen in der direkten Interaktion ausgehandelt (Hitzler 2013: 115). Wie bereits erwähnt, haben vor allem Mechanismen des Sprecherwechsels, insbesondere Adressierungs- und Referenzverfahren, einen Einfluss auf die interaktive Beteiligung der anwesenden PatientInnen. Wenn Interagierende auf andere Personen in der dritten Person referieren, bedienen sie sich wie bei der Adressierung durch direkte Anredeformen auch einer großen Bandbreite an Referenzformen, wobei, wie bereits verdeutlicht, die Entscheidung für einen bestimmten Referenzausdruck zum einen in dem zweigliedrigen Präferenzsystem (Sacks/Schegloff 1979) begründet liegt, bei dem das recipient design im Hinblick auf die Erkennung der Referenzperson

---

<sup>28</sup> Siehe für einen zusammenfassenden Überblick Schwitalla (2001).

für die RezipientInnen in Verbindung mit der Präferenz für *minimization* entscheidend ist, zum anderen auch pragmatische Handlungen durchgeführt werden (Stivers 2007).

Die nachstehenden Ausschnitte entstammen einem onkologischen Aufklärungsgespräch zwischen einem 50 Jahre alten Patienten (PM), der die Diagnose „chronische Leukämie“ erhalten hat, seiner Schwester (SW), die ihn begleitet, und dem behandelnden Oberarzt (AM). Der erste Transkriptionsausschnitt veranschaulicht dabei die erstmalige, initiale Referenz der Begleitperson SW auf ihren Bruder nach ungefähr der Hälfte des Gesprächs:

#### Datum 4 ((Chronische Leukämie) PM, SW, AM)

001 AM a:lso (.) jetzt an\_s ARbeiten ist in den nächsten wochen  
erst einmal,

002 (-)

003 noch NICHT,

004 (-)

005 zu DENken.

006 PM aHA,

007 KLASse;

008 (1.6)

009 [(lacht leise) ]

010 AM [MUSS man so sagen;=ne,]

011 SW bleibt **er** dann in diesen fünf tagen HIER?

012 AM ne\_ne AMbulante therapie,

013 SW <<pp> oKE,>

014 **er** kann nach HAUse gehen aber äh ä:hm sollte dann soZUsagen  
einfach,

015 (--)

016 da kann **er** da kann **er** nich ARbeiten,

017 sondern **soll** einfach zuHAUse bleiben.

018 und [wird kontrollIERT oder-]

019 AM [°hhh ]<<erstaunt> ja::,>

020 da muss man natürlich dann [REgelmäßig dann] die  
blutwerte [kontrollieren,]

021 SW [hm\_hm, ]

022 PM [hm\_hm,= ]

023 SW =oKE;

Die Sequenz bildet einen zentralen Handlungsstrang in der Gesamtstruktur des Aufklärungsgesprächs ab: die Planung des Therapieverlaufs und damit einhergehend die für viele PatientInnen relevante Klärung der Frage nach der Fortsetzung des Arbeitsverhältnisses in Anbetracht der Behandlungsmaßnahmen. Diese Sequenz wird von dem Arzt mit einem für die ÄPI charakteristischen *a:lso* als Diskursmarker eingeleitet, durch den er sich das Rederecht sichert und seine Folgeäußerung ankündigt. Die projizierte Äußerung wird mit einer kurzen Verzögerung in Form einer Minimalpause dann in Z.001 bis 005 versatzstückartig hintereinander verbalisiert: Der Arzt rät dem Patienten davon ab, in der nächsten Zeit arbeiten zu gehen. Die Redepausen in Z.002 und Z.004 sowie das Auseinanderzerren der syntaktischen Struktur und ihre Realisierung in aufeinanderfolgenden Intonationseinheiten scheinen der Äußerung von AM zunächst einen Disfluenzcharakter zu verleihen, dienen in diesem Ausschnitt jedoch vielmehr der Betonung der Information. Diese Funktion des Schweigens als Pause hat auch Hartog (1990: 135) beobachtet, indem sie in genetischen Beratungsgesprächen die Pausen der BeraterInnen (ÄrztInnen) und die Pausen der Lailnnen (PatientInnen) in der Rede untersucht hat. Die Pausen, die ÄrztInnen und PatientInnen in der Interaktion verwenden, erklärt sie „als Mittel zur Rhythmusänderung“ (Hartog 1990: 135) und stellt heraus, dass das Schweigen in Verbindung mit verbalen Mitteln den Redebeiträgen der ExpertInnen einen hesitativen, gewichtigen und bedeutsamen Rhythmus verleiht und damit die (Fach-)Kompetenz der Sprechenden markiert. Durch seinen hesitativen, betonten Sprechrhythmus sowie die prosodisch abgeschlossene Markierung des Turns in Z.005 verstärkt der Arzt als medizinischer Experte vorliegend die universale Geltung und die Unwiderlegbarkeit seiner fachkundigen Anordnung. Es handelt sich bei der Infinitivphrase *a:lso (.) jetzt an\_s ARbeiten ist in den nächsten wochen erst einmal(-)noch nich (-) zu dEnken.um eine Empfehlung*, die durch ihre besondere Infinitivstruktur einen allgemeingültigen Charakter erhält.

PM bewertet diese mit dem change-of-state token *aha* (Imo 2009) in Ko-Okkurrenz mit einer Bewertung durch das Adjektiv *KLASse*. Diese Bewertung ist hier implizit negativ zu verstehen, die mittels der rhetorischen Figur der Ironie vermittelt wird. Die ironische Abwertung wird vor allem durch das nach einer Pause folgende, leise „mokante Lachen“ deutlich (Christmann 2006: 76). Als die grundsätzliche Funktion der Ironie wird die des Kritisierens genannt, insbesondere des bloßstellenden, aber auch des lächerlichmachenden (vgl. Stempel 1976: 234) und vor allem des verspottenden (vgl. Lapp 1992: 12 u. 24) Kritisierens. Die Ironie hat dabei stets einen Code-Charakter, da sie von den Adressaten erst entschlüsselt werden muss (Müller 1973: 65). Durch die zu dem Lachen von PM parallel gestaltete Modalkonstruktion *MUSS man so sagen;=ne*, zeigt AM an, dass er ironische Modalisierung der implizit negativen Bewertung enkodiert hat, jedoch die Notwendigkeit und die Legitimation dieser Anordnung allgemein gegeben ist. Mit dem Modalverb *müssen* in Verbindung mit *man* als „generalisierendes indefinites Personalpronomen“ (Hentschel/Weydt 2013: 232) anstelle eines Personalpronomens mit eindeutiger Personenreferenz verallgemeinert AM seine fachliche Anordnung. Das Modalverb *müssen* hat dabei eine modale Stärke, die nach Helbig/Buscha (2013: 117-119)

eine „durch objektive (oder als solche gesehene) Bedingung gegebene Notwendigkeit aus[drückt]“. Durch die „tag question“ (Imo 2016b: 122) mit der Partikel *ne*, in *tag-position* schließt AM seinen Redebeitrag ab und fordert eine interaktive Bestätigung der Aussage. Zwar reagiert keine(r) der Beteiligten mit verbaler Zustimmung, jedoch wird die ärztliche Empfehlung durch ihren allgemeingültigen Charakter nicht weiter hinterfragt. Vielmehr beteiligt sich die Schwester des Patienten in Selbstwahl an einer übergaberelevanten Stelle an dem Gespräch, indem sie mit ihrer Verständnisfrage *bleibt er dann in diesen fünf Tagen HIER?* weitere Informationen zu dem genauen Vorgehen während der Therapie einholt. Diese Nachfrage der Angehörigen dokumentiert in Anbetracht der Sequenzialität der Äußerungen „ein Verstehensproblem relativ zur Bezugsäußerung“ (Spranz-Fogasy 2010: 40), das die Schwester lösen möchte. Gleichzeitig referiert SW mit einer Referenzform der dritten Person (*er*) auf den Patienten – das Personalpronomen ist hier Subjekt der Äußerung. Die Frage baut damit eine konditionelle Relevanz für eine Reaktion des adressierten Arztes auf, während der Patient als Referenzobjekt lokal zu einem nicht-adressierten Teilnehmer wird. Da SW in dieser Sequenz und auch im gesamten vorherigen Gesprächsverlauf noch nicht auf ihren Bruder referiert hat, handelt es sich vorliegend um eine initiale Referenz, die die Sprecherin jedoch nicht im Sinne Schegloffs (1996b) mit einer initialen Referenzform wie dem Namen oder eine deskriptiven Erkennungsform vornimmt. Die Präferenz der Erkennung sieht sie hier durch die Anwesenheit des Patienten und die Ausrichtung des Aufklärungsgesprächs eben diesen als Gesprächsgegenstand durch das Personalpronomen *er* als ausreichend verwirklicht an. Diese markierte Referenz hat eine entscheidende Auswirkung auf das Footing des Gespräches: Bedingt durch den „one or the other“-Charakter (Lerner 2003: 192) triadischer Interaktionen ist durch die Referenz auf eine(n) Anwesende(n) nicht nur ein(e) TeilnehmerIn adressiert, sondern eine andere Person auch nicht-adressiert. Damit wird für PM die selbstständige Steuerung der Gesprächsbeteiligung erschwert (Mondada 2002). Inwiefern die Referenz der Schwester den Beteiligungsrahmen ihres Bruders lokal beschränkt, lässt sich auf der sprachlichen Oberfläche nur an dem Ausbleiben seiner verbalen oder paraverbalen Reaktion erkennen, während LM zuvor noch aktiv am Gespräch beteiligt war. Nachdem der Arzt die Entscheidungsfrage der Begleitperson in Z.012 verneint hat, indem er in einer syntaktisch unvollständigen Äußerung angegeben hat, dass es sich um eine ambulante Therapie handelt, präsentiert sich SW weiterhin als aktive Gesprächspartnerin durch das Hörsignal *<<pp> oKE>* und einen anschließend folgenden längeren Turn, der den Formulierungsprozess der Verständnissicherung durch Deklarativsatzfragen (DSF) in Form einer paraphrasierten Wiederholung der Aussagen des Arztes darstellt. Dieser Turn ist auf Formulierungsebene geprägt von Disfluenzmarkern wie die Verzögerungspartikel *äh ä:hm*, Abbrüche wie in Z. 014 und Z.015, die Pause in Z.016 sowie Wiederholungen wie *kann er kann er in* Z.019. Fischer (1992: 14) erwähnt solche sprachlichen Phänomene wie Pausen und Dehnungen als Disfluenzmarker, die zu den "formalen alltagssprachlichen Mittel(n)" gehören, die „eine kontinuierlich fortschreitende Äußerungsentwicklung hemmen und den Eindruck von Reibungslosigkeit des Gesprochenen

vermindern können“ und auf Darstellung von Formulierungsarbeit hinweisen (König 2014). Wie bereits in Datum 2 ersichtlich wurde, werden solche Formulierungsschwierigkeiten durch die Diskrepanz zwischen dem medizinischen Kontext und der Orientierung der PatientInnen und Begleitpersonen an der alltäglichen Lebenswelt ausgelöst. Dies zeigt sich vorliegend nicht nur an den Disfluenzmarkern, sondern auch durch den Rückgriff auf die metasprachliche Formulierung *soZUsagen* mit Hilfe des *verbum dicendi sagen*, wodurch SW ihre Äußerungen selber als simplifizierte Wiedergaben des vorher Gesagten in eigenen Worten markiert. Die Absicherung des Verständnisses des weiteren Therapieverfahrens durch Reformulierung ohne medizinischen Sprachduktus scheint der Schwester hier nicht leicht zu fallen, gleichzeitig aber für sie von Bedeutung zu sein. Für PatientInnen und Begleitpersonen ist der Alltag mit solch einer Krebsdiagnose geprägt von Angst und Unsicherheit. Damit stehen Fragen, die den Einfluss der Therapie auf die Alltagsroutinen betreffen, für beide Parteien im Fokus.

SW verarbeitet die Informationen des Arztes aus Z.001 und Z.012 und fasst diese an ihn adressiert noch einmal nach ihrem Verständnis zusammen. Dabei behält SW *das Sprechen über den Patienten* als Modus der Referenz weiter bei, sodass der Patient weiterhin ein nicht-adressierter Teilnehmer bleibt und damit nicht Teil der kommunikativen Achse ist. Den in Z.014 angefangenen Deklarativfragesatz *er kann nach HAUse gehen aber äh ä:hm sollte dann soZUsagen einfach*, bricht SW ab. Die Referenzform bleibt hier erhalten, auch wenn in den durch *aber* koordinierten Konzessivsatz das Pronomen der dritten Person nicht explizit genannt, sondern durch das finite Modalverb realisiert wird. Dann setzt SW nach einer Pause zu *der Selbstreparatur da kann er da kann er nich ARbeiten, sondern soll einfach zuHAUse bleiben. an*, wobei sie wieder im zweiten Teil des Konzessivsatzes nur das finite Modalverb realisiert und darin die Referenz auf PM anzeigt. Das anaphorische Pronomen *da* instruiert den Arzt dabei, nicht nach allen möglichen Kontexten zu suchen, in denen PM nicht arbeiten gehen kann und zuhause bleiben muss, sondern stellt eine Verknüpfung zu dem Vorgängerthema her und schließt damit an das Wissen des Arztes und des gemeinsam behandelten Themas an (Imo 2015: 11). In Z.018 formuliert SW dann durch die syntaktisch deklarativ formulierte Frage *und wird kontrolliert oder-* eine von ihr selbst neu hinzugefügte Annahme über den Therapieverlauf. Spranz-Fogasy (2010) bearbeitet den Fragetyp der Deklarativsatzfrage (DSF) als ein Muster der Verstehensdokumentation in der medizinischen Kommunikation und gibt an, dass mit ihrer Hilfe eine bestimmte Prädikation als sehr wahrscheinlich gerahmt wird, jedoch nur noch nach einer genaueren Bestimmung des Redegegenstandes gesucht wird, der im Folgenden dann von dem Adressaten nur noch ratifiziert werden soll: „DSF werden so häufig als reine Ratifikationsfragen dazu genutzt, Behauptungen als intersubjektive Fakten zu verankern; [...] dies beruht in der Hauptsache auf ihrem projektiven Potenzial, das eine starke Zustimmungspräferenz etabliert.“ (Spranz-Fogasy 2010: 54) Zusammenfassend kann man sagen: „DSF zielen also über die intersubjektive Absicherung auf eine gemeinsame definitorische Bestimmung des Redegegenstands bzw. von Aspekten des Redegegenstands.“ (Spranz-Fogasy 2010: 55) SW sieht vorliegend den Sachverhalt, dass ihr Bruder

nicht arbeiten gehen, sondern zuhause bleiben soll als gültig an, da dies bereits zuvor von AM geäußert wurde, möchte jedoch, dass dieser die von ihr vorgenommene nähere Bestimmung dieses Vorgehens noch einmal von dem Experten ratifiziert.

Gleichzeitig ist für den Patienten auch als nicht-adressierter Teilnehmer die Aussage seiner Schwester wahrnehmbar, sodass sich die paraphrasierende Wiederholung von SW nicht nur direkt an den Arzt richtet, sondern auch indirekt PM als inhaltliche Strukturierungshilfe dienen können, um dem Gespräch weiter folgen und die ärztlichen Anweisungen verstehen zu können. Gleichzeitig hat die detaillierte Wiederholung der Anordnung eine intensivierende Funktion und dient dazu, der ironischen Reaktion von PM Rechnung zu tragen, den Verordnungs- bzw. Notwendigkeitscharakter noch einmal zu unterstreichen sowie dem Patienten bewusst zu machen. Geht man hier von Goffmans (1981) konzeptioneller Differenzierung der Beteiligten einer sozialen Situation aus, ist der Patient als ein solcher nicht-adressierter Rezipient trotzdem weiterhin ein ratifizierter Teilnehmer der Interaktionssituation, was auch Schwabe (2006: 93) als prägnantes Merkmal in Bezug auf das von ihr in pädiatrischen Gesprächen untersuchten Phänomen „Sprechen über jemanden“ feststellt. Als nicht-adressierter, aber akzeptierter Rezipient ist die Rolle von PM damit von der des *eavesdroppers*, der die Situation unbemerkt belauscht und der des *bystanders*, der die Situation nur zufällig mitbekommt, zu unterscheiden (Schwabe 2006: 93). So ergreift SW vorliegend Eigeninitiative, versetzt sich dadurch selbst in einen aktiven Status und weist durch die Referenzform gleichzeitig ihrem Bruder einen inaktiven Status zu. Jedoch kann PM die Paraphrasierung der ärztlichen Anordnung, nicht arbeiten gehen zu dürfen, als ratifizierter Zuhörer mit anhören und kann damit indirekt adressiert sein. So wird der Patient zwar lokal zeitweise in seinem Beteiligungsstatus eingeschränkt, gleichzeitig jedoch von seiner Schwester unterstützt, die das Gesagte noch einmal strukturiert: Nach Ellingsons (2002: 361) Identifikation der acht Rollen, die Begleitpersonen in geriatrischen PatientInnen-Interaktionen in der Onkologie einnehmen können, tritt SW vorliegend als „transcriber“, also als Person, welche die ärztlichen Anweisungen noch einmal verständlich für den/die PatientIn umschreibt, und als „elaborator“, also Ausarbeiterin der Therapieplanung in Form von Nachfragen, und „interpreter“ im Sinne einer Interpretation der Anweisungen auf. Fragen bilden hierfür genau wie Antworten einen wichtigen Aktivitätstyp der Therapieplanung im Rahmen des Aufklärungsgesprächs, denn „[s]ie sind eng an die Prozesse der interaktiven Verstehensorganisation gebunden“ (Spranz-Fogasy 2010: 107). Fragen dokumentieren Verstehensprobleme im Rahmen des bisher Verstandenen und fordern ärztliche Antworten als Lösungen ein und wirken damit „proaktiv auf den weiteren Interaktions- und Verstehensprozess ein“ (Spranz-Fogasy 2010: 107). Der Patient soll die Diagnose sowie die Erläuterungen und die daraus abgeleiteten Therapievorschläge verstehen, damit eine gemeinsame Entscheidung gefunden werden kann. Nur wenn die PatientInnen den Behandlungsablauf verstehen, kann eine *Compliance*, also die Mitarbeit der PatientInnen an der Therapie, erreicht werden, die entscheidend für den Behandlungserfolg ist. Vor allem im Hinblick auf Rückfragen fällt aber auf, dass PatientInnen selber diese Möglichkeit im Aufklärungsgespräch

häufig nicht nutzen und den ÄrztInnen so signalisieren, sie hätten die Fülle an Informationen verstanden (Spranz-Fogasy 2012: 252). Sie zeigen ihr Informations- (und Mitteilungs-)bedürfnis nicht explizit, sondern geben lediglich sprachliche Hinweise (nicht-)verstehensdokumentarischer Natur auf ihr Interesse (Spranz-Fogasy 2010: 42). Vorliegend positioniert sich daher die Angehörige als aktive Fragende, holt somit zusätzliche Informationen ein und strukturiert das Gespräch für den Patienten mit, was eine bessere Nachvollziehbarkeit der Therapieentwicklung fördert und damit zur *Compliance* des Patienten beiträgt.

AM ratifiziert diese Zusammenfassung von SW durch ein überlappendes, tiefes Einatmen und einem prosodisch als erstaunt markierten, gedehnten *ja: :*, in Z.019 und verbalisiert durch das Modalverb *müssen* und das Adverb *natürlich* die epistemische Selbstverständlichkeit und Notwendigkeit der regelmäßigen Kontrolle der Blutwerte. Auffällig ist dabei, dass der Arzt hier die von SW etablierte Personenreferenz der dritten Person nicht aufgreift, sondern sich für die Referenzform *man* als ein indefinites Pronomen entscheidet, das das Agens darstellt; durch diese Nichtbestimmung bleibt damit formal im Vagen, auf wen genau referiert wird (Wegner 2016: 302). Diese Beobachtung zeigt, dass für die Etablierung des Footings *Sprechen über den/die PatientInnen* der sequentielle Kontext entscheidend ist:

Für eine Bewertung der Frage, ob und wie stark sich die potentiell ausgrenzende Qualität für die jeweilige Referenzperson gestaltet, ist vor allem das sequentielle Umfeld entscheidend: Nicht nur der vorangehende Kontext sondern vor allem die Reaktion der Gesprächsteilnehmer auf eine solche Referenz ist maßgeblich dafür, ob das ausgrenzende Potential lokal bezogen bleibt oder ob sich dieses ‚Footings‘ über längere Phasen des Gesprächs etabliert [...]. (Schwabe 2006: 98)

Durch die Nicht-Übernahme der Referenzform der dritten Person öffnet der Arzt vorliegend implizit den Gesprächsrahmen wieder, was sich auch an dem von PM parallel produzierten Minimalfeedback *hm\_hm, =* in Z.022 erkennen lässt. Nicht nur die Begleitperson fühlt sich als aktive Gesprächspartnerin von der Aussage des Arztes als Einlösung der durch die Deklarativsatzfrage aufgebauten konditionellen Relevanz einer Antwort adressiert, was sie durch ihre Zuhörerreaktion in Z.021 zeigt; auch der Patient positioniert sich durch sein Rezeptionssignal als aktiver Zuhörer und Adressat der ärztlichen Äußerung. Dadurch hat die von SW etablierte pronominale Referenz in der dritten Person vorliegend keine dysfunktionale Wirkung auf die Beteiligung des Patienten, sondern dient vielmehr der Verständnissicherung und Strukturierungshilfe, auch zugunsten des Patienten, der die ärztliche Ratifizierung dieser Zusammenfassung durch ein Hörersignal anerkennt. Nachdem PM zuvor in Z.006 und Z.007 die ärztliche Anweisung ironisch kommentiert und dadurch sein Missfallen ausdrückt, nimmt er nach der paraphrasierten Wiederholung der Anweisung seitens seiner Schwester diesen Hinweis hin. Gleichzeitig könnte die Minimalreaktion *hm\_hm, =* eine Resistenzform darstellen, wie sie auch Wegner (2016: 291f.) als Verhaltensweise von SchülerInnen auf die Beratungshandlung von Lehrkräften feststellt. Wegner (2016: 320) beobachtet, dass SchülerInnen häufig mit Minimalantworten auf Beratungshandlungen reagieren und behandelt dieses Phänomen unter dem von Heritage/Sefi (2001: 395) beschriebenen Aspekt des *unmarked acknowledgments*. Heri-

tage/Sefi (2001: 391) beschreiben, dass „first time mothers“ in Interaktionen mit „health visitors“ häufig mit Rückmeldungen wie „mm hm“ oder „yeh“ reagieren, die in erster Linie als Fortsetzungssignale und nicht als Anerkennung der Beratungshandlung fungieren. Vorliegend könnte der Patient ebenfalls zwar ein Fortsetzungssignal produzieren, das jedoch nicht gleichzeitig impliziert, dass er mit dem Pausieren seines Arbeitsverhältnisses im Zuge der Therapie einverstanden ist. Ob man tatsächlich so weit gehen kann, diese Reaktion als Resistenz aufzufassen, bleibt auf Basis dieser Datengrundlage eine ungeklärte Frage. Mit der schnell angeschlossenen Diskurspartikel =oKE; in Kombination mit dem prosodischen Stimmabfall markiert SW die Handlung und damit die Sequenz als abgeschlossen.

Diese Strategie der pronominalen Referenz auf ihren Bruder in der dritten Person in ihren inhaltlichen Rückfragen zum detaillierten Behandlungsverlauf verfestigt die begleitende Schwester im Verlauf des Gespräches weiterhin, wie in dem nachstehenden Ausschnitt aus demselben Aufklärungsgespräch ersichtlich wird:

#### Datum 5 ((Chronische Leukämie) PM, SW, AM)

001 SW und DANN?  
002 also wenn ma geh\_n wa jetzt ma vom OPtimum aus,  
003 es ist alles wunderbar AUFgefüllt,  
004 alles is so wie man sich das [erWÜNSCHT]und erhofft,  
005 AM [ja:? ]  
006 SW °hh DANN muss **er** nichts mehr nehmen,  
007 oder WAS heißt das dann [weiterhin,]  
008 AM [°hhh ]ja: also dann wird nach  
DIEser [zeit]i\_ist zu erwarten dass (.) die BLUT (.)  
werte sich ständig verbessern,  
009 SW [hm, ]  
010 AM und norMAL werden;  
011 SW hm\_hm,  
012 AM dass die MILZgröße,  
013 SW hm\_hm,  
014 AM sich verKLEInert;  
015 SW <<p> hm\_hm,>  
016 AM und richtung [norMAL]geht.  
017 PM [ja:, ]  
018 SW ja:,  
019 AM RIChtig;  
020 SW oKE,  
021 AM °h **sie** werden natürlich DANN als patient,  
022 (--)  
023 mit einer leukämIEform,  
024 (--)  
025 auch !WEI!terhin,

026 (-)  
027 REgelmäßig nachgesorgt werden;  
028 PM ja: ,

Vorliegend leitet SW in Eigeninitiative die Frage nach dem weiteren Therapieverlauf durch die Präsentation eines hypothetischen „Best-Case-Szenarios“ ein, indem sie die bestmögliche Entwicklung der Behandlung als *es ist alles wunderbar aufgefüllt und alles ist so wie man sich das erwünscht und erhofft verbalisiert*. In diesem hypothetischen Szenario geht sie von einem *Optimum* aus, bei dessen Darstellung sie auf sich und eine unbekannte Gruppe mit der pronominalen Referenz in der ersten Pers. Plural (*wir*) und durch das indefinite Personalpronomen *man* referiert. In Z.002 repariert SW zunächst die Personenreferenz durch das generalisierende, indefinite Pronomen *man* zu der Aufforderung an ein *Wir-Kollektiv*<sup>29</sup>, sich diesen bestmöglichen Verlauf der Behandlung vorzustellen. Durch die Referenz mit dem Pronomen *wir* schließt SM sich selber als Sprecherin und, unter Einbeziehung des bisherigen Gesprächskontextes sowie der TeilnehmerInnenkonstellation, die anderen beiden Anwesenden mit in die Referenzgruppe ein. Dann in Z.004 wechselt die Sprecherin den Referenzmodus, indem sie in Bezug auf die kommunikative Darstellung des bestmöglichen Therapieresultates die Referenzform durch das Pronomen *man* einführt. Statt jemanden direkt zu adressieren, wird *man* als ein „generalisierendes, indefinites Pronomen“ (Hentschel/Weydt 2013: 232) verwendet, das das Agens darstellt; auch hier bleibt durch diese Nichtbestimmung formal *vage*, auf wen genau referiert wird. Dadurch, dass die Referenz nicht an die Existenz eines konkreten Referenten in der Realität gebunden ist, beschreiben Brown/Levinson (1987: 197) die Referenz mit *man* als ein „replacement of the pronoun[ ] ‚you‘ by indefinites“ das im Rahmen einer „Impersonalisierung“, wie sie Günthner (2000 111) in Bezug auf Vorwurfsaktivitäten beschreibt, *höflicher* ist, da die Vagheit des Referenten weniger gesichtsbedrohend sein kann (Brown/Levinson 1987: 197). Vorliegend fungiert die Personenreferenz ebenfalls als eine Verallgemeinerung der Gruppe, auf die referiert werden soll, jedoch vielmehr in dem Sinne, den optimalen Behandlungserfolg an einem so frühen Zeitpunkt nicht schon explizit zuzuschreiben. Außerdem könnte SW diesen hypothetischen Erfolg, den sie hier auch nicht genau benennt, sondern ebenfalls verallgemeinert beschreibt als *wie man sich das erwünscht und erhofft* bewusst eine Referenz auf eine nicht näher definierte Personengruppe verwenden, um ihrer Äußerung Objektivität zu verleihen und das Ergebnis als allgemein erwünscht zu rahmen. In Anschluss an die Darstellung dieses hypothetischen „Best-Case-Szenarios“ formuliert die Begleitperson in Z.006 eine eigeninitiative Verständnisfrage in Form der DSF *°hh DANN muss er nichts mehr nehmen*, gefolgt von der syntaktischen W-Frage mit Verberststellung *oder WAS heißt das dann weiterhin*, und Fragepronomen in Z.007, welche beide die Medikation

---

<sup>29</sup> Weitere Ausführungen zu der Referenz auf ein *Wir-Kollektiv* siehe Kapitel 6.4.

betreffen. Inhaltliche Rückfragen nach der Medikation, vor allem ihrer Absetzung, sind prototypische Frageaktivitäten der Begleitpersonen im Rahmen der Therapieentwicklung und bilden einen relevanten Teil der Verstehensarbeit. Medikamente sind allgemein im ÄrztInnen-PatientInnen-Gespräch immer wieder ein relevantes Thema (Spranz-Fogasy 1988: 240). Hier fragt die Angehörige nach dem Absetzen der Medikamente im Zuge der Leukämiebehandlung, wenn das von ihr in der Vorgängeräußerung dargestellte Szenario, auf welches sie sich in ihrer Frage mit einem anaphorischen *dann* bezieht, eintreten sollte. Auffällig ist dabei der Referenzwechsel in der Frage im Gegensatz zur Vorgängeräußerung: SW referiert jetzt anders als in Z. 002 und Z.004 nicht mehr pronominal auf eine unbestimmte Personengruppe, sondern nutzt die Referenzform der dritten Person *er*, um explizit auf PM als Redegegenstand zu referieren und so erneut ein *Sprechen über den Patienten* zu etablieren, wie sie es auch bereits in den DSF in Datum 4 getan hat. Auch hier erfolgt durch die Referenzform der dritten Person im Rahmen der triadischen Gesprächssituation eine Nicht-Adressierung des Patienten, wodurch dieser lokal von der Beteiligung ausgeschlossen und der Arzt dagegen adressiert wird. Damit kommt der Begleitperson auch in diesem Gesprächsausschnitt der Status einer aktiven Teilnehmerin des Gesprächs zu, während der Patient zeitweise in seinem Beteiligungsstatus eingeschränkt und dadurch interaktiv inaktiv ist.

Interessant ist an diesem Beispiel, dass der Arzt in seiner in Z.008 formulierten Antwort als Einlösung der von SW initiierten Frage-Antwort-Sequenz die von der Begleitperson etablierte Personenreferenz nicht übernimmt und dadurch weiter verfestigt, sondern sie modifiziert: Anstatt das Footing des *Sprechens über den Patienten* durch Pronominalgebrauch beizubehalten, produziert AM eine *sein + zu + Infinitiv-Konstruktion*, die als Passivumschreibung eine Möglichkeit mit einer streng-autoritären Modalität ausdrückt und seine professionell-distanzierte Haltung veranschaulicht. Anstatt auf die Blutwerte des Patienten durch das Possessivpronomen *seine* zu referieren, verwendet AM den bestimmten Artikel in seiner Prognose. Dadurch erfolgt „eine implizite Form der Erweiterung des Beteiligungsrahmens“ (Schwabe 2006: 104), denn der Patient ist hier nicht mehr expliziter Nicht-Adressat. Diese implizite Erweiterung des Gesprächsrahmens in Form neutral-objektiver Formulierungen ohne die Verwendung spezifischer Adressierungs- oder Referenzverfahren setzt der Arzt in seiner Ergänzung der Prognose in Form einer nacheinander projizierten Liste in Z.010-016 fort. Dieses schrittweise Hinzufügen neuer Äußerungsteile in Form von *chunks* (Sinclair/Mauranen 2006) oder *fragments* (Hopper 2004), wie sie auch Imo (2012) bearbeitet, wird von SW durch die Produktion von *continuern* wie *hm\_hm* kommentiert, wodurch sie sich wiederholt als aktive ZuhörerIn präsentiert. Mit dem letzten *chunk* und *richtung norMAL* geht. schließt AM die Gestaltung der Liste durch fallende Tonhöhe ab (Imo 2013: 187), gleichzeitig zeigt der Patient erstmalig nach kurzer Nicht-Beteiligung wieder eine verbale Reaktion in Form der in *overlap* produzierten Partikel *ja:*, als Hörersignal, das nach Duden (2009: 595) nicht nur ein Display für die Aufmerksamkeit des Zuhörers ist, sondern gleichzeitig auch eine responsive Funktion

hat, die in dem Ausdruck von Zustimmung besteht. Durch diese Signalisierung von Anwesenheit, Aufmerksamkeit und Zustimmung wird die implizite Öffnung des Gesprächsrahmens plausibilisiert: Der Patient zeigt tatsächlich wieder eine Reaktion. In Z.021 adressiert AM dann den Patienten direkt durch die pronominale höfliche Anredeform *sie* in Verbindung mit der Ergänzung *als patient* wodurch er sich explizit an den Patienten wendet und dadurch das Footing des *Sprechens über den Patienten* endgültig aufrichtet. Der Sprecher trägt so durch klare Adressierung und sequentieller Ausrichtung des *Sprechens über den Patienten* die dauerhafte Beschränkung des Beteiligungsrahmens von PM interaktiv nicht mit. Schwabe (2006: 106) beschreibt diese bewusste Veränderung des Referenzmodus als eine explizite Form der *Abwahl* im Gegensatz zu der vorherigen impliziten Form der *Öffnung* des Gesprächsrahmens. Diese Veränderung des Footings zeigt sich sequentiell auch an der Folgeäußerung des Patienten, in der er sich durch das Hörsignal *ja:*, weiterhin als aktiver, aufmerksamer Zuhörer und Adressat der Vorgängeräußerung von AM zeigt, während die Angehörige in ihrem Beteiligungsstatus eingeschränkt wurde, was *ex negativo* an dem Ausbleiben einer verbalen Reaktion zu erkennen ist. So führt die von SW etablierte Referenzform der dritten Person in dem gesamten Aufklärungsgespräch keineswegs zu einem Ausschluss des Patienten insgesamt aus dem Gespräch und hat damit keine dysfunktionale Funktion. Die Angehörige stellt vorliegend inhaltliche Rückfragen zu der Behandlungsprognose und dem Therapieverlauf in Bezug auf die Medikation. Zwar scheinen diese Frageaktivitäten zunächst Teil ihrer persönlichen Verstehensarbeit zu sein, indem SW zeitweise lokal eine dyadische Gesprächskonstellation zwischen sich und dem Arzt etabliert, gleichzeitig fordert sie eine Antwort des Arztes zur Lösung des inhaltlichen Verstehensproblems ein, wodurch sie proaktiv auf den weiteren Interaktions- und Verstehensprozess einwirkt (Spranz-Fogasy 2010: 107). Der Arzt erläutert daraufhin den Verlauf der hypothetischen Prognose einer Besserung der Leukämieerkrankung, indem er ihn direkt adressiert. Dieser zeigt sein aktives Zuhören und sein Verstehen an. Die Angehörige arbeitet so durch ihre inhaltlichen Rückfragen in den Daten 4 und 5 an der *Compliance* des Patienten mit. Damit übernimmt sie die kommunikative Rolle einer *inhaltlichen Unterstützerin*, auch wenn sie in ihren Rückfragen den Patienten kurzzeitig von der Beteiligung ausschließt. Diese pronominale Referenz in der dritten Person als ein Footing des *Sprechens über den anwesenden Patienten* kann auch in Kombination mit anderen beteiligungssteuernden Verfahren der Begleitpersonen auftreten, wie das nachstehende Datum veranschaulicht:

#### **Datum 6 ((Brustkrebs) PW, LM, AM)**

001 LM über Ostern,  
 002 da wollen **wir** SKIfahren gehen,  
 003 AM <<f> A:H> oka:y,  
 004 **sie** AUCH?  
 005 fahren **sie** noch !SKI!?=  
 006 LM =nee **sie** FÄHRT nicht mehr.

007 PW nein ich fahre NIM\_mehr;  
 008 AM [mhm; ]  
 009 PW [aber wi|r sind die ganzen JAHre miteinander gefahren;

Dieser Ausschnitt stammt aus einem onkologischen Aufklärungsgespräch, in dem die Patientin die Diagnose Brustkrebs mitgeteilt bekommt. Neben der Patientin (PW) und dem behandelnden Oberarzt (AM) ist der Ehemann (LM) als Angehöriger anwesend. Die Sequenz beginnt mit einer typischen Handlungsaktivität von PatientInnen und Angehörigen in der ÄPI: Der Formulierung persönlicher Anliegen. So stellen auch Schilling et al. (2002) in ihrer Studie zu der Rolle und dem Einfluss von dritten Personen in medizinischen Erstversorgungen fest, dass Begleitpersonen häufig ihre eigenen Bedürfnisse und Anliegen thematisieren, was sich auch nachteilig auf die ÄPI auswirken kann: „In some situations, however, companions are a detriment in the encounter, especially if they interfere with the patient’s communication or if they promote their own agenda instead of that of the patient.“ (Street/Gordon 2008: 245) Vorliegend thematisiert LM in Z. 001 und Z.002 den gemeinsamen Skiurlaub über Ostern und ergreift damit selbstgewählt das Rederecht, um diese Planung als Thema in dem Aufklärungsgespräch relevant zu setzen. Durch die Linksversetzung und damit Fokussierung der temporalen Präpositionalphrase betont der Sprecher hier den Zeitpunkt *Ostern*. Dabei referiert er auf sich und seine Frau zunächst mit dem Pronomen *wir* und spricht damit als *multi-person party* bzw. als ein *ensemble* (Lerner 1993: 214) für seine Frau mit, wodurch er sie nicht aus dem Adressatenkreis und damit als mögliche nächste Sprecherin ausschließt. AM modalisiert in der Folgeäußerung sein Erstaunen über diese neue Information durch einen prosodisch lauter markierten und gedehnt artikulierten Erkenntnisprozessmarker *A:H* (Imo 2009) in Verbindung mit der ebenfalls gedehnten Partikel *oka:y*, wobei die Stimme am Ende der Intonationsphrase nach oben geht, was zusätzlich ein Modalitätsmarker für Überraschung ist. In Anbetracht dieser unerwarteten Information des Skiurlaubs holt der Arzt weitere Informationen ein, indem er die Entscheidungsfrage *sie AUCH?* stellt. Durch die Mehrparteieninteraktion kommt es vorliegend zu einer Ambiguität der pronominalen Adressierungsform *sie* – durch das Fehlen multimodaler Daten kann allein anhand des Transkripts nicht eindeutig bestimmt werden, an wen die Frage adressiert ist. Durch die Komplexität der triadischen Situation könnte das Pronomen als direkte höfliche Anrede sowohl für LM als auch für PW fungieren, könnte aber auch eine Form der Doppel- oder Mehrfachadressierung (Hartung 2001) darstellen, durch die der Arzt beide Parteien explizit als Folgesprecher auswählt. Durch den Fokusakzent auf *AUCH* wird in dieser Frage das Erstaunen des Arztes erneut deutlich. In Z.005 ergänzt AM dann seine erste, unvollständige Frage durch eine syntaktisch vollständige Entscheidungsfrage als selbstinitiierte Reparatur, in der er die pronominalen Anrede mit *sie* wiederholt, jedoch weiterhin unklar bleibt, wen AM anspricht, da sein Blickkontakt in den Audiodaten nicht nachvollziehbar ist. Jedoch produziert der Ehemann am *transition relevance place* die unmittelbar angeschlossene Antwort *=nee sie FÄHRT nicht mehr.* als Einlösung der von AM initiierten Paarsequenz, in

welcher LM auf seine Frau mit dem Pronomen der dritten Pers. Singular referiert und so *über die Patientin spricht*, indem er die Frage nach dem Skifahren verneint. Die Referenzform der dritten Person als *Modus des Sprechens über die Patientin* könnte darauf hinweisen, dass AM seine Frage an die Patientin adressiert hat und LM sich selbstgewählt das Rederecht genommen hat. Auch der schnelle Anschluss der Antwort von LM könnte ein Indiz für eine vorzeitige Sicherung des Rederechts in Selbstwahl, bevor die adressierte Patientin ihre Bereitschaft zur Übernahme des Rederechts signalisieren kann, sein. In der Folgeäußerung löst dann nämlich die Patientin selber mit der Antwort *nein ich fahre NIM\_mehr*; die konditionelle Relevanz der von AM initiierten Paarsequenz ein. Mit der Formulierung dieser Antwort wählt sich PW als nächste Sprecherin, was auch durch die Selbstreferenz verdeutlicht wird.

Aus diesen Gründen ist davon auszugehen, dass LM mit seiner unmittelbar angeschlossenen Antwort auf struktureller Position seiner Frau spricht und so nicht nur das Footing des *Sprechens über die Patientin* einführt, indem er auf sie trotz ihrer Anwesenheit in der dritten Person referiert, sondern auch das von Schwabe (2006: 119ff.) beschriebene Phänomen des „Sprechens für jemanden“ etabliert, indem er für bzw. anstelle seiner Frau spricht. Mit der Bezeichnung „Sprechen für jemanden“ benennt Schwabe (2006: 120) „kommunikative Verfahren, in denen die für einen bestimmten Teilnehmer ausgewiesene Gesprächsposition durch einen anderen unaufgefordert eingenommen wird“, also „ein Sprecher auf der strukturellen Position eines anderen agiert“. Der aktuelle Sprecher, in diesem Fall der Arzt, weist seinen Turn und damit die darauf folgende sequentielle Position der Patientin zu, die von der vorhergegangenen Gruppenreferenz durch das Pronomen *wir* auch erfasst ist. Der folgende Gesprächszug wird jedoch in unmittelbarem Anschluss von dem Ehemann übernommen, der einen Sachverhalt äußert, den auch PW selber hätte beantworten können. So kommen bei diesem Footing des „Sprechens für jemanden“ mindestens drei der von Goffman (1981) ausdifferenzierten Beteiligungsrollen vor: ein Rezipient, ein Sprecher im Sinne der Artikulation und ein Sender, wobei die Sprecherrolle des *animators* als derjenige, der die Äußerung im praktischen Sinne tätigt und die des *principals* als derjenige, dessen Sichtweise in der Äußerung ausgedrückt wird, hier von zwei verschiedenen GesprächsteilnehmerInnen realisiert werden.

Nach Schwabe (2006: 122) zeichnet sich dieses Phänomen durch drei Kriterien aus:

- eine Äußerung, die für Sprecher A von Sprecher B getätigt wird, steht zum einen an einer sequentiellen Position, die auch Sprecher A selbst hätte einnehmen können
- zum anderen kommen in dieser Äußerung Inhalte zum Ausdruck, die ebenfalls Sprecher A selbst hätte darlegen können bzw. die ihn oder seine Position betreffen
- und schließlich ist die Äußerung inhaltlich betrachtet in erster Linie relevant für einen vorangehenden Austausch zwischen Sprecher A und dem Rezipient C

Auch die Patientin hätte die Antwort auf die Frage des Arztes geben können, da es um ihre persönliche Skifahraktivität geht. Durch das beteiligungssteuernde Verfahren der Begleitperson wird also nicht nur die Beteiligungsmöglichkeit der Patientin als diejenige, für die gesprochen wird, sondern auch das Recht auf Selbstvertretung eigener Belange im Gespräch als

Prinzip der Gesprächsorganisation eingeschränkt. Nach Lerner (1996) handelt es sich bei dem Recht auf Selbstvertretung um eine Präferenz, die übergeordnet gültig ist und an der sich die TeilnehmerInnen erkennbar orientieren. Der Angehörige agiert somit in diesem Beispiel in einer Stellvertreterfunktion für seine Ehefrau. Durch seine soziale Rolle als Ehemann ist er jedoch nach Heritage/Raymond (2005) mit genau diesen Rechten ausgestattet. Durch seine soziale Beziehung zu der Patientin hat er das epistemische Wissen und die epistemische Autorität inne, als Experte für seine Frau zu antworten, was sich nicht einschränkend für die Beteiligung von PW auswirkt, wie ihre interaktiven Aktivitäten zeigen. Doch trotz der stellvertretenden Turnübernahme lässt sich die betroffene Patientin nicht um ihr Rederecht bringen, ignoriert die Reaktion ihres Mannes und beantwortet die Frage des Arztes verneinend mit der Äußerung *nein ich fahre NIM\_mehr;*. Durch diese Antwort bringt PW zum Ausdruck, dass sie diejenige ist, welche die epistemische Autorität innehat und folglich die autorisierte Sprecherin ist. Es kommt so vorliegend zu einem Kampf um das epistemische Recht, zu antworten. Diese Antwort kommentiert AM mit einem verständnisvollen Minimalfeedback in Form von *mhm;*, woraufhin die Patientin abschließend einräumt, dass sie und ihr Ehemann, markiert durch die kollektive Referenz mit *wir*, die Jahre vorher noch zusammen Ski gefahren sind. Die vorliegende Reaktion der Patientin verdeutlicht, dass sie die „stellvertretende“ Antwort ihres Mannes nicht als relevante Reaktion akzeptiert, sondern auf ihr Recht besteht, selbst zu antworten (Z. 007). Obwohl LM durch seinen sozialen Status als Ehemann einen Anspruch auf das Antworten in Stellvertreterrolle behauptet, indem er inhaltlich wiedergibt, was er als Ehemann weiß, um die Patientin von der aktiven Sprecherrolle zu entlasten, verteidigt PW ihren aktiven Beteiligungsstatus als Sprecherin – es kommt zu einer Ausfechtung der epistemischen Autorität. Damit stellt die vorliegend verwendete Kombination von *Sprechen über* und *Sprechen für die Patientin* in Form einer kommunikativen Vertretung der Patientin hier ein kommunikativ einschränkendes Verfahren dar, das keinen kooperativ-unterstützenden Effekt aufweist.

### 6.3 Laterale Adressierung

Dass die pronominale Personenreferenz auch andere unterstützende Funktionen als die bereits dargestellten verfolgen kann, wird in dem folgenden Gesprächsausschnitt erkennbar:

#### Datum 7 ((Brustkrebs) PW, KW, AW)

001 PW wenn wenn ich habe schon geHÖRT und alles,  
 002 dann darf ma net SAUgen,  
 003 dann darf ma net PUTZen,=  
 004 AW =ach !QUATSCH!,  
 005 <<p> nei:n;>  
 006 KW <<lächelnd> das is **ihre** GRÖßte sorge gewesen,>  
 007 ((lacht))  
 008 dass **SIE**--

009 AW =dass sie nich PUTZen?  
 010 ja GUT;  
 011 KW [((lacht 4.4 Sek.)) ]  
 012 AW [das müssen sie aber wirklich NICHT,]  
 013 <<lächelnd> dann lassen sie mal VIER wochen ihren  
 haushalt allein;  
 014 [<<lächelnd> is doch AUCH gut oder?>]  
 015 PW [((lacht)) ]

Dieses Datum veranschaulicht eine Sequenz aus der Gesprächsphase der Therapieentwicklung. Die 64-jährige Patientin (PW) hat zu Beginn des Aufklärungsgesprächs von der behandelnden Ärztin (AW) die Diagnose Brustkrebs bekommen und wird von ihrer Tochter (KW) begleitet. Die Patientin leitet ihren Turn durch das „Zitieren fremder Stimmen“ (Birkner 2006: 165) in dem Konditionalsatz *wenn wenn ich hab schon geHÖRT und alles, ein*. Die Wiederholung von *wenn* veranschaulicht vorliegend ihre Formulierungssuche und verweist auf das Vorgängerthema, die Operation, wobei diese *wenn...dann*-Bedingung vorliegend nicht eingelöst, sondern vielmehr mit einer Auflistung von Verboten, die sie schon gehört hat, verknüpft wird. PW markiert dieses in Form einer mehrteiligen Liste produzierte Wissen nicht als ihr eigenes, sondern ein ihr zugetragenes Wissen und stuft es durch die absoluten Verneinungen der alltäglichen Funktionsfähigkeit stark hoch (Lindemann 2015: 165). Durch das Modalverb *dürfen* in Ko-Okkurrenz mit der Verneinung stellt PW die Aktivitäten *Saugen* und *Putzen* als verboten dar. Gleichzeitig referiert sie in ihrer Auflistung nicht auf sich mit einer *Ich*-Referenz, sondern verweist mit dem generalisierenden, indefiniten Pronomen *man* auf die breite Masse, die nicht näher definiert, sondern vage bleibt, sodass die Verbote einen allgemeingültigen, regelhaften Charakter erhalten. Dadurch legitimiert sie ihre Angst vor den besonderen Einschränkungen durch die Operation. AM versucht mit ihrer unmittelbar angeschlossenen emotionalen Interjektion *=ach !QUATSCH!* zusammen mit einer Verneinung in Verbindung mit expressiver Prosodie (markierte Vokaldehnung, Veränderung der Lautstärke) der Patientin diese Angst sofort wieder zu nehmen, indem sie den von PW angeführten Sachverhalt sofort als nicht wahr bewertet. Nachdem AW die Aufzählung der vermeintlichen Verbote negiert hat, ergreift die Tochter das Rederecht, indem sie mit der lächelnd modalisierten Äußerung in Z.006 eine „spielerische Provokation“ bzw. eine „teasing-Aktivität“ produziert. Diese spielerisch-spaßhaften Attacken, wie sie z.B. Kotthoff (1996) in Verbindung mit Scherzaktivitäten untersucht, haben Ähnlichkeiten mit anderen verbalen Formen wie dem „Necken“ oder dem „Sticheln“, weisen aber darüber hinaus eine eigene interaktive Verfestigung auf, sodass Günthner (2010: 156) hier von der kleinen Gattung „Frotzeln“ spricht. Demnach kommen diese Frotzelaktivitäten in Mehrparteieninteraktionen vor und haben eine spezifische Teilnehmerkonstellation, die sich nach Günthner (2010: 157) in *den/die FrotzelproduzentIn*, *das Frotzelobjekt* und *das Frotzelpublikum* unterteilen lässt. Die Frotzeläußerung *das is ihre GRÖßte*

sorge gewesen, wird dabei spielerisch-spaßhaft durch das Lachen von KW als Frotzelproduzentin gerahmt. Dabei referiert sie auf das anwesende Frotzelobjekt, ihre Mutter, in der dritten Person durch das Possessivpronomen *ihre* und adressiert PW damit lateral, was nach Günthner (2010: 157) typisch für Frotzeleien ist:

Die Aufteilung der Rezipientenrolle in eine ‚kommunikative Adressatin‘ [...] und eine ‚indirekte Zielscheibe‘ [...] ist charakteristisch für Frotzeleien und hängt eng mit dem Vorführaspekt dieser Aktivität zusammen: durch die Referenz in der dritten Person auf einen Interaktionsteilnehmer wird dieser als Objekt vorgeführt, auf dessen Kosten man sich amüsiert. (Günthner 2010: 178)

Auch wenn die Patientin vorliegend wie in den zuvor analysierten Daten zu einer nicht adressierten Teilnehmerin wird, erhält sie zugleich einen anderen Beteiligungsstatus. Die markierte Formulierungsweise bringt sie aufgrund der Mehrfachadressierung als die eigentlich Gemeinte hervor. Es handelt sich um eine Frotzelaktivität, bei der durch Indirektheit das *Face* der Patientin geschont werden kann, während sie zugleich das eigentliche Ziel der Äußerung ist (Schwabe 2006: 102). Kang (1998) beschreibt diese Form der Mehrfachadressierung als „tridic exchange“, durch die der/die SprecherIn ein spezifisches „participation framework“ etabliert. So ist vorliegend die Ärztin nur „intermediary“ oder „mediator“, also Zwischenadressatin, während die Patientin das eigentliche „target“, das Ziel der Rede ist (Schwitalla 2001: 1356). Die Ärztin stellt so das Frotzelpublikum dar, welches die Frotzelei rezipiert, „ohne selbst gefrotzelt zu werden“ (Günthner 2010: 158). Die Frotzeläußerung selbst initiiert „ein bestimmtes Verhalten, eine Handlung oder Charaktereigenschaft der anwesenden Person auf eine spielerische Weise als ‚abweichend‘“ (Günthner 2010: 158f.). In dieser Frotzeläußerung verteilen sich die von Goffman (1981) eingeführten Sprecherrollen *animator* und *author/owner* der Äußerung auf zwei Sprecherinnen: Die Tochter beansprucht in dem vorliegenden Sprecherfooting epistemisches Wissen über das Angstgefühl ihrer Mutter. Lerner (1996: 317) beschreibt hierzu: „In conversation, participants maintain special rights to speak about certain things, such as their own experiences and opinions.“ Der Begriff der epistemischen Autorität meint dabei in Anlehnung an Heritage/Raymond (2005) und Heritage (2012) die epistemischen Ansprüche auf Wissen und Informationen, die in *turns-at-talk* aktiviert werden und zentral für die Organisation und Erhaltung der eigenen Identität sind. Durch die Beanspruchung der epistemischen Autorität positioniert sich KW aufgrund ihrer sozialen Rolle als Tochter als Expertin für die Gefühlswelt ihrer Mutter, wie es Heritage/Raymond (2005: 16) z.B. in Bezug auf Haustierbesitzer, die als Experten für die Gefühle ihrer Tiere auftreten, beschrieben haben:

In each of these cases the distribution of rights and responsibilities regarding what participants can accountably know, how they know it, whether they have rights to describe it, and in what terms is directly implicated in organized practices of speaking.

Sacks (1975: 70) schreibt dazu: „One is responsible for knowing some things on one’s own behalf.“. Nach Heritage/Raymond (2005: 16) erfolgt die Zuweisung von Rechten und Verantwortlichkeiten für das Wissen der TeilnehmerInnen und ob sie die Rechte haben, dieses zu beschreiben, in organisierten Sprechhandlungen. Diese Verteilung epistemischer Wissens-

rechte hat Konsequenzen für die Organisation von Konversation. Labov (1972) erklärt so beispielsweise, dass wenn ein Sprecher eine Äußerung über ein Ereignis vornimmt, das er nicht richtig kennt, diese Stellungnahme gleichzeitig von einem wissenden Beteiligten als Aufforderung für Bestätigung verstanden werden wird. Die Beanspruchung dieser sozialen Identität der Patientin, die sich bei jedem Menschen aus dem zusammensetzt, was er selbst erfahren und erlebt hat (Heritage 2013: 371), führt nach Lerner (1996: 316) zu einem Verstoß gegen die Konversationsmaxime „Speak for yourself“.

Obwohl die Patientin durch die Frotzeläußerung lateral adressiert und damit die eigentlich Gemeinte ist, bleibt ihre Reaktion zunächst aus. Stattdessen produziert AW, die durch die Nicht-Adressierung der Patientin von KW direkt adressiert ist, in zwei Formulierungsversuchen eine Verständnisfrage, in der sie die Patientin als Frotzelobjekt direkt adressiert und so den Referenzmodus des *Sprechens über die Patientin* aufhebt. Jedoch beteiligt sich die Patientin immer noch nicht an der Frotzelsequenz und erkennt somit die spielerische Inszenierung nicht an. Lediglich die Frotzelproduzentin selber und das Frotzelpublikum in Form der Ärztin honorieren die witzige Formulierung mit einem Lachen, wodurch sie die Gesichtsbedrohung für PW abmildern. Daraufhin adressiert AW die Patientin erneut direkt drei Mal durch eine pronominale Anrede mit der Höflichkeitsform *Sie* und versucht so, PW die Vorbehalte vor der OP mit der spaßhaften Äußerung `dann lassen sie mal VIER wochen ihren haushalt allein; zu nehmen und das Footing zu ändern`. Mit der positiv-freudig modalisierten Frage in Z. 014 fordert AW dann die Ratifizierung durch das Vergewisserungssignal `oder` mit Frageintonation in tag position von PW direkt ein. Erst jetzt in Z.015 erkennt PW den humoristischen Charakter durch ein Lachen an.

„Trotz ihres irritierenden Charakters haben adäquat platzierte, witzige Frotzeleien einen deutlichen Geselligkeitswert“ (Günthner 2010: 166), den die Tochter vorliegend etablieren möchte. Ziel ist vorliegend keineswegs die Untergrabung der epistemischen Autorität, ein bewusster Ausschluss der Patientin von der Beteiligung oder feindselige, aggressive Kritik. Vielmehr bricht die Angehörige durch ihre Frotzelei, die durch die starke spaßhafte Rahmung sehr Richtung „Necken“ geht, die emotional-belastende Stimmung im Zuge der Diagnosemitteilung auf und versucht, die Situation durch eine witzige, spielerische Modalität aufzulockern, was ihr offensichtlich lokal in dieser Sequenz gelingt. Außerdem zeigt auch Günthner (2010: 196, 198), dass Frotzeläußerungen auf ein geteiltes Wissen bzw. an eine soziale Interaktionsgeschichte der Interagierenden anknüpfen und so durch die Reaktivierung gemeinsamer Erlebnisse soziale Nähe sowie eine gefestigte Beziehung konstituieren. So wird von KW die familiär-intime Mutter-Tochter-Beziehung reaktiviert und relevant gesetzt.

Die Begleitperson tritt damit in diesem Beispiel in einer kommunikativen Rolle als *emotionale Unterstützung* auf, indem sie die Situation aufheitert und die Patientin – wenn auch auf ihre Kosten – zum Lachen bringt und gleichzeitig die enge Mutter-Tochter-Beziehung anzeigt.

#### 6.4 Kollektive Personenreferenz durch *wir*

Als weiteres Verfahren, in denen sich die Verfestigung des *Sprechens über den/die PatientIn* ausdrückt, sind Darstellungen aus einer *Wir*-Perspektive neben Referenzen in der dritten Person ebenso zu nennen, da sie das medizinische Problem als ein geteiltes Behandeln, wie in den nachstehenden Ausführungen deutlich wird:

##### Datum 8 ((Brustkrebs) PW, LM, AW)

001 LM °hh und DAmals ham **wir** ja das mit dem krebs schon  
bissle,  
002 AW hm\_hm,  
003 LM dann hat er nicht gewusst was (-) WAS is das  
überhaupt,=ja?  
004 AW hm\_hm,  
005 LM °hhh das heißt **wir** ham DAmals ja schon (-) durchgemacht  
was-  
006 (---)  
007 was **wir** jetzt WIEder durchmachen,  
008 AW hm\_hm,

Dieses Beispiel entstammt aus einem Aufklärungsgespräch zwischen der Ärztin (AW), der 70-jährigen Patientin (PW) mit Brustkrebs und ihrem Ehemann (LM). Die Sequenz findet an einem späteren Zeitpunkt des Aufklärungsgesprächs statt, nachdem Diagnose und Therapieplanung bereits erörtert worden sind. LM produziert hier eine narrative Rekonstruktion in Form des Erzählens<sup>30</sup> und nimmt dazu in seinem ersten Turn Bezug auf seine bereits zuvor im Gespräch thematisierte Leukämie-Erkrankung, die bei ihm in der Vergangenheit diagnostiziert worden ist, worauf er mit dem temporalen Adverb *damals* referiert. Die Leukämie verbalisiert LM hier vage als *das mit dem krebs* und so als eine Situation, die für ihn schwer formulierbar ist, was auch an dem Abbruch der Konstruktion erkennbar wird. Auffällig ist dabei, dass LM eine pronominale Referenz der 1. Pers. Plural (*wir*) anführt. Dies wird auch in den folgenden narrativen Einheiten von LM deutlich: Die Ärztin produziert einen continuer in Z.002, woraufhin LM seine Erzählung mit der Belastung der Ungewissheit über seine damalige Krebsdiagnose im Perfekt fortsetzt, indem er in der dritten Person auf seinen damaligen behandelnden Arzt referiert, der keine sichere Diagnose über den Krebs geben konnte. Durch das angehängte *question tag ja?* mit Frageintonation fordert der Ehemann eine Ratifizierung seiner Erzählung seitens der Ärztin ein, die durch die erneute Produktion eines Hörersignals ihr aktives Zuhören

---

<sup>30</sup> Berger/Luckmann (1995) bezeichnen Gattungen, mit denen Vergangenes kommunikativ präsentiert wird, als „rekonstruktive Gattungen“. Die narrativen Rekonstruktionen in der Alltagssprache umfassen nach dieser Konzeption auch die Gattung des Erzählens oder der Geschichte, wobei die Rekonstruktion der Ereignisse interaktiv hervorgebracht wird (Quasthoff 1980; 2001). So wird der übliche Modus des Sprecherwechsels für die Erzählung außer Kraft gesetzt, z.B. durch die Ratifizierung der Erzählung durch das Gegenüber, aber auch durch Hörersignale im Verlauf der Rekonstruktion. Dabei wird das institutionelle Setting der ÄPI eigentlich als ‚erzählfeindlich‘ eingestuft (Bliesener 1980).

markiert und damit gleichzeitig LM weiterhin das Rederecht für die Fortsetzung der narrativen Rekonstruktion zugesteht. Er fasst seine Erzähleinheit durch eine Projektion in Form eines Tempus-Wechsels von Perfekt zum Präsens der damaligen ungewissen Situation auf die aktuelle Situation der Krebsdiagnose seiner Frau zusammen. Auch in dieser von Disfluenzmarkern in Form von Pausen dargestellten Formulierungsarbeit in Z.005 und Z. 006 referiert der Sprecher initial auf sich selbst und die Patientin mit der ersten Pers. Plural als ein *wir*-Kollektiv, das das Agens der Erzählung darstellt. Allein vom (kontextlosgelöst verwendeten) Pronomen *wir* ausgehend lassen sich im Deutschen keine Aussagen darüber machen, wer zu der Gruppe gehört, auf die es referiert. Laut IDS-Grammatik muss die genaue Referenz im Falle von *wir* aus dem Diskurszusammenhang erschlossen werden; die Zusammensetzung der Gruppe kann dabei wie folgt sein: „Sprecher + Hörer“ oder „Sprecher + n weitere Personen“ oder „Sprecher + Hörer + n weitere Personen“ (Zifonun/Strecker/Hoffmann 1997: 319). Für den terminologischen Rekurs auf die hier aufgeführte triadische Gruppenkonstellationen haben sich zwei Begrifflichkeiten etabliert: Von einem *inkluisiven wir* spricht man dann, „[w]enn der Angesprochene gemeint ist“, von einem *exklusiven wir*, „[w]enn der Sprechende sich und andere, aber nicht den Angesprochenen meint“ (Duden-Grammatik 2009: 271). Vorliegend handelt es sich eindeutig um eine pronominaler Referenz mit einem *exklusiven wir*, d.h. der Sprecher nutzt das Pronomen als Selbstreferenz und bezieht gleichzeitig seine Frau als Referenzobjekt mit ein, nicht aber die Ärztin, und etabliert damit den Modus des *Sprechens über die Patientin*, wodurch die Patientin anders als im Falle pronominaler Referenzen der dritten Person nicht von der Beteiligung ausgeschlossen wird. Vielmehr richtet LM seine Erzählung in der Gegenwart auf seine Frau aus und stellt das Erlebte als etwas von beiden Partnern Geteiltes dar. Bereits Schütz (1951/72: 132) stellt heraus, dass soziale Interaktion ein „wechselseitig sich-aufeinander-Einstimmen“ ist, durch das „das ‚Ich‘ und das ‚Du‘ von beiden, die an der Beziehung teilhaben, als ein ‚Wir‘ in lebendiger Gegenwart erlebt werden“. Durch diese Darstellung aus einer kollektiven *Wir*-Perspektive behandelt LM sowohl seine eigene Leukämie-Diagnose in der Vergangenheit als auch den aktuellen Brustkrebs-Befund seiner Frau als geteiltes Leid, was beide als Paar durchstehen mussten und müssen. Das agierende Pronomen *wir* wird der Ärztin als gemeinsamer Gesprächspartner präsentiert, indem LM es in den Handlungsschritten mit dem transitiven Verb *durchmachen* verknüpft. Dadurch wird eine aktive Agency<sup>31</sup> deutlich: LM stellt sich in seiner narrativen Rekonstruktion als Person dar, die für ihre eigenen Interessen und die Interessen der Ehefrau aktiv eintritt und von der Krebsdiagnose seiner Lebenspartnerin emotional mitbetroffen ist. Lerner (1993) beschreibt Situationen, in denen TeilnehmerInnen für sich selber und andere kopräsente TeilnehmerInnen sprechen als

---

<sup>31</sup> Agency ist eine Form der Selbstdarstellung in Gesprächen: Hiermit wird in der Erzählforschung die Haltung beschrieben, die ein Erzähler zu seinen eigenen Handlungsmöglichkeiten und seinem Einfluss auf den Verlauf der dargestellten Situation einnimmt (Lucius-Hoene/Deppermann 2002). So ist eine initiative, aktive Selbstdarstellung möglich, in der der Sprecher als aktiv handelnd auftritt, indem er die Ereignisse mit beeinflusst. Andererseits ist eine passive Darstellungsweise, in der sich der Sprecher als Opfer der Ereignisse und damit als Patiens darstellt, möglich.

*conjoined participation*, in denen Beteiligte in Mehrparteieninteraktionen als *multi-person party* auftreten: „A participant can speak straightway for themselves and a coparticipant. In this case a speaker casts themselves as a spokesperson or representative for an association of participants.“ (Lerner 1993: 220) So genügt beispielsweise bei einer Restaurantreservierung für eine Gruppe der Name eines einzelnen Gruppenmitglieds für die Zuweisung der Reservierung, denn „here an assemblage of individuals is treated as (and they act as) a single unit of participation – as a single party“ (Lerner 1993: 214). So präsentieren sich häufig auch Paare als *association* im Sinne Lernalers, wobei ein Mitglied dieser Paarkonstellation dann als Repräsentant für das Paar spricht, obwohl das andere Mitglied kopräsent ist. So kann die initiale Verwendung des kollektiven Pronomens *wir* gerade diese *association* relevant für die Interaktion setzen: „So, talking together as a couple can make that couple a relevant association that can subsequently be talked to without having to explicitly establish the relevance of the association through the use of an initial collective reference form.“ (Lerner 1993: 232) LM stellt vorliegend bewusst diese intime Beziehung zwischen ihm und der Patientin in den Fokus, was Schegloff (1996b) als einen Beweis für ein *displaying coupledness* betrachtet.

Die Patientin und die Begleitperson treten hier als eine Gesprächspartei auf, welche die Auswirkungen des Schicksalsschlags teilen. Dadurch, dass PW vorliegend nicht adressiert ist und auf sie referiert wird, wird ihre Beteiligungsmöglichkeit im Verlauf der Sequenz abgeschwächt. LM setzt sich selbst mit der Selbstreferenz als Angehöriger im Aufklärungsgespräch relevant, bezieht seine Frau dabei interaktiv nur indirekt mit ein und etabliert dabei das Footing des *Sprechens über die Patientin*. Gleichzeitig stellt sich der Ehemann so als emotional Verbündeter dar und zeigt seiner Frau durch das explizite Display der Partnerschaft an, dass sie nicht allein mit der Krankheit ist. Damit tritt LM vorliegend kommunikativ als *emotionaler Unterstützer* auf, indem er sich und seine Frau als Allianz positioniert, die bereits auch in der Vergangenheit zusammengehalten hat und es auch in der Gegenwart wieder tut. Gleichzeitig weist er auf die emotionale Belastung für sich und seine Frau hin, wodurch er einen wichtigen Aspekt des Therapieplanungsgesprächs thematisiert, den die Patientin nicht verbalisiert hat.

Eine ähnliche kommunikative Rolle als *emotionaler Unterstützer* nimmt auch der Ehemann in dem nachstehenden Transkriptionsausschnitt ein:

#### **Datum 9 ((Brustkrebs) PW, LM, AW)**

001 AW NUR spiegeln;  
002 (lacht)  
003 (2.0)  
004 LM so das kriegen **wa** doch HIN dann,  
005 PW hm\_hm;  
006 LM schon ANdere sachen hingekriegt,  
007 kriegen **wa** dat AUCH hin;  
008 AW GEnau;

009            (--)  
 010            das-  
 011 LM        meinen\_s nur GUT mit dir **paula**.  
 012 AW        [so::, ]  
 013 PW        [(lacht)]

In dieser Sequenz soll die Wunde der 76 Jahre alten Patientin (PW) nach der Stanze begutachtet werden. Diese Untersuchung erfolgt durch die anwesende Ärztin (AW), noch bevor diese der Patientin den Befund „bösartiger Tumor ausgehend vom Brustdrüsengewebe“ mitteilt. Der ebenfalls anwesende Ehemann (LM) redet seiner Frau dabei gut zu und versucht sie mit seinen Worten zu beruhigen, damit AW die Brust, aus der eine Stanze entnommen wurde, gründlich mit Hilfe eines Spiegels begutachten kann. An dieser Stelle des Aufklärungsgesprächs setzt die Ärztin mit ihrer Äußerung *NUR spiegeln; ein*. Sie initiiert den Turn durch die Gradpartikel *nur* in Bezug auf die Tätigkeit des Spiegeln der Wunde und setzt dadurch eine Relevanzmarkierung, mit der sie diesen Vorgang herabstuft. Durch die „Relevanzabstufung“ (Lalouschek 2002: 129) verharmlost AW die Untersuchung der Biopsie-Wunde und beruhigt die Patientin. Außerdem modalisiert sie die Tätigkeit mit einem Lachen, was die Begutachtung ebenfalls in ihrer Ernsthaftigkeit herabstuft. Nach einer längeren Gesprächspause, in der die Ärztin mit ihrer Untersuchung beginnt, ergreift der Ehemann das Rederecht und kommentiert die Tätigkeit der Ärztin mit der beruhigenden Äußerung *so das kriegen wa doch HIN dann,*. Seinen Turn leitet LM mit der Gesprächspartikel *so* ein, mit der er anzeigt, dass er das Rederecht ergreifen will (Imo 2016b: 111). Durch Abtönungspartikel *doch* stuft er die Situation herunter. In dieser ermunternden, motivierenden Zurede referiert er auf sich und eine andere Person, in diesem Fall die Patientin, mit einer kollektiven *wir*-Referenzform in Form eines umgangssprachlich gebrauchten *wa*. Doch anders als in Datum 8 adressiert der Angehörige vorliegend nicht die Ärztin, sondern die Patientin, sodass es sich um ein *inklusive wir* nach Duden-Grammatik (2009) handelt, mit dem neben dem aktuellen Sprecher auch der/die Angesprochene, in diesem Fall die Ehefrau, gemeint ist. Mit dem Pronomen *wir* verwendet LM ähnlich wie im vorherigen Datum eine initiale kollektive Referenzform im Sinne Lernalers (1993), um als multi-person party als Stellvertreter und Repräsentant für das Paar zu sprechen und damit ein *displaying coupledom* nach Schegloff (1996b) zu betreiben. Anders als im vorherigen Beispiel richtet sich diese Relevanzmarkierung der Ehepaar-Beziehung nicht an die behandelnde Ärztin, sondern ist direkt an die Patientin adressiert, was diese durch ihre verbale Reaktion in Form des Rezeptionssignals *hm\_hm* ratifiziert.

Auf dieses aktive Zuhören der Patientin geht LM weiter ein, indem er in Z.006 in einer syntaktisch unvollständigen, elliptischen Phrase anführt, dass sie bereits andere Probleme gemeinsam überwunden haben. Diese Tatsache führt die Begleitperson hier als Argument einer zweiteiligen Argumentationsstruktur an, wobei das erste Syntagma in Z.006 die Begründung für seine Schlussfolgerung in Z.007 *kriegen wa dat AUCH hin;* darstellt. Dieses optimistische

Resümee leitet LM durch eine „eigentliche Verbspitzenstellung“ (Auer 1993: 196) ein, bei der das Verb topologisch die erste Position besetzt, obwohl es sich um einen Aussagesatz handelt. Das Akkusativobjekt, das die Rektion dieses Prädikats fordert, bildet hier der dialektal eingefärbte bestimmte Artikel *dat*, mit dem LM auf die Untersuchung der Stanzungswunde und die dadurch eventuell bevorstehende schlechte Diagnose referiert. Interessant ist an dieser Äußerung aber vor allem, dass das Agens dieses Satzes wieder ein kollektives *wir* bildet. Auch in diesem Datum referiert der Angehörige wiederholt mit einer kollektiven Selbstreferenz auf sich selber, nimmt dadurch also eine Selbstkategorisierung vor, und auf die Patientin in der ersten Pers. Singular, um die *association* (Lerner 1993) des Paares im Gespräch relevant zu setzen. Durch die Adressierung der Patientin selber mit einer *inkluisiven wir-Referenz* richtet sich diese Betonung des engen Näheverhältnisses in Form eines repräsentativen *wir* nicht an die Ärztin, sondern an die Patientin, bei der durch die Anzeige des Beziehungsstatus Vertrauen aktiviert werden soll, um Angst oder Misstrauen vor den Berührungen der Ärztin zu vermeiden. LM kategorisiert sich durch die Personalreferenz selber als zu dieser Paarbeziehung zugehörig und nimmt damit eine sprachliche Realisierung von Identifikation und gleichzeitig Abgrenzung vor. Denn mit *wir* wird nicht nur auf präsente Bezugspersonen, sondern auch Abwesende referiert, die nicht zu dieser Gruppe dazugehören, was sich in der polarisierenden Form des „wir und die anderen“ ausdrücken kann (Kallmeyer 1989). Dadurch erhält das Personalpronomen *wir* eine „gemeinsamkeitssymbolisierende Funktion“, wie sie Thimm (2003: 79) für Personalreferenzen in Gesprächen unter älteren Menschen feststellt.

Außerdem ähnelt die liebevolle Aktivierung von Vertrauen mit Hilfe der kollektiven Referenz, vor allem auch im Hinblick auf das fortgeschrittene Alter der Patientin, dem sprachlichen Muster der „Kommunikation im Alter“ (Fiehler/Thimm 2003). So stellt Sachweh (2003) zur Sprache in der Altenpflege fest, dass das Pflegepersonal in der Kommunikation mit den BewohnerInnen vermehrt auf verständnissichernde Strategien zurückgreift. Auf Ebene der Gesprächssteuerung beobachtet Sachweh (2003: 152) die Strukturierung des Gesprächs und auch der Pflegeaktivitäten durch Gliederungssignale wie *so*, wodurch die PlegerInnen die jeweils neue Handlung ankündigen, was vorliegend auch der Ehemann in Z.004 macht, indem er durch *so* die Untersuchungsaktivität der Ärztin ankündigt.

Auch die Adressierung durch *wir* als grammatisches Subjekt ist ein in der Pflegekommunikation mit älteren Menschen weit verbreitetes Phänomen, wie Posenau (2014) in seiner Analyse der Kommunikation zwischen dementen BewohnerInnen und dem Pflegepersonal im Altenheim herausstellt: Durch die Adressierung mit *wir* schafft das Pflegepersonal im Umgang mit dementen BewohnerInnen einerseits Orientierung, indem die Pflegebehandlung verbal segmentiert wird, andererseits wird der/die AdressatIn als aktiver Teil der Pflege und nicht als hilfsbedürftig konstituiert (Posenau 2014: 69).

Hier fokussiert der Ehemann durch das verbindende *wir*-Display in das intime Vertrauens- und Näheverhältnis zu seiner Lebenspartnerin. Gleichzeitig stellt er das angedeutete Leid als geteiltes dar, wodurch er insgesamt zu einer emotionalen Unterstützung für die Patientin in der

Aufklärungssituation avanciert. Gleichzeitig schafft er, ähnlich wie in den Arbeiten zur Pflegekommunikation mit dementen Menschen, eine Orientierung für die Patientin. Sachweh (2003) stellt in diesem Zusammenhang auch die namentliche Anrede zum Erhalt der Aufmerksamkeit der BewohnerInnen heraus. Die Adressierung durch eine onymische Anredeform wird dabei sowohl ein- als auch ausleitend verwendet. Auch in Z.011 adressiert der Ehemann seine Frau mit ihrem Namen *Paula* in turnfinaler Position im rechten Außenfeld und damit mit einem Anthononym, das von Nübling et al. (2012: 8) als zu den Rufnamen zugehörig beschrieben wird. Mit dem Eigennamen<sup>32</sup> verweist LM sprachlich konkret auf die Patientin im Sinne der „Monoreferenz“ (Nübling et al. 2012: 17).

Der Rufname wird funktional als Anredeform genannt, um zum einen die Aufmerksamkeit der Patientin sicherzustellen. Zum anderen ist ein Wechsel von der *wir*-Referenz zur direkten Anrede mit dem Vornamen beobachtbar. Anders als der Wechsel der Pronomina hat der Wechsel zum Vornamen in der Regel die Funktion, eine größere Nähe herzustellen und eine positive Beziehung zu konstituieren (Posenau 2014: 72). So betont Bauer (i.E.) in ihrer Arbeit zur vokativen Verwendung von Rufnamen in WhatsApp-Interaktionen, dass Namen auch einen entscheidenden Einfluss auf die Implikation sozialer Identität und Zugehörigkeit haben und so nach Goffman (1982: 262; vgl. auch Günthner 2016b) als wichtige „Beziehungszeichen“ dienen. Darüber hinaus sieht Lerner (2003: 185) auch die sequentielle Position der Adressierungsformen als funktionsdeterminierend: „Post-positioned terms of address are regularly employed as a device to demonstrate a particular stance towards or relationship with a recipient under circumstances where that demonstration is particularly relevant.“ Mit der nachgestellten, turnfinalen nominalen Adressierung der Patientin in Z.011 in Datum 9 verdeutlicht LM seine enge Beziehung zu PW und verknüpft diese mit der beruhigenden Aussage *meinen\_s nur GUT mit dir paula*. Obwohl er seine Frau bereits direkt mit *du* adressiert, fügt er trotzdem den Rufnamen mit an.

Diesen genannten beziehungskodierenden Funktionen nominaler Anredeformen zufolge adressiert LM seine Frau bewusst zusätzlich mit ihrem Rufnamen, nicht nur, um im Sinne der Kommunikation mit älteren, demenzkranken Menschen ihre Aufmerksamkeit zu generieren, sondern auch, um Nähe und Vertrauen herzustellen. Damit erleichtert der Angehörige vorliegend der Ärztin ihre Arbeit und schafft als Bindeglied eine Beziehung zwischen Patientin und Ärztin. Nach Imo (2016a: 1) wirkt sich das Vertrauen der PatientInnen förderlich auf ihre *Compliance*, die entscheidend für den weiteren Therapieverlauf und letztendlich den Behandlungserfolg ist. Durch das aktive Einwirken des Ehemannes als vertrauter Angehöriger in Form der „Herstellung einer vertrauensvollen Atmosphäre“ (Meyer 2000 9) fungiert die Begleitperson in diesem Datum als Vorantreiber des Behandlungsprozesses und seelische Unterstützung

---

<sup>32</sup> Zusammenfassende Definition des Eigennamens nach Nübling et al. (2012: 27): „Eigennamen sind sprachliche Ausdrücke, die sich idealerweise auf genau ein Objekt in der Welt beziehen (Monoreferenz). Primär identifizieren sie [...]. Zusätzlich können sie individualisieren [...]. EN besitzen keine wörtliche Bedeutung, sie entfalten kein semantisches Potential (sog. Direktreferenz).“

(„emotional support“, „comforted patients“, „provided companionship“; Laidsaar-Powell et al. 2013: 7).

## 6.5 Individuelle Selbstreferenz durch *ich*

In einigen Gesprächen verwenden die Begleitpersonen nicht nur Referenz- und Adressierungsformen auf die anwesenden PatientInnen, sondern setzen die eigene Person und damit persönliche Anliegen durch individuelle Selbstreferenz mit Hilfe der Basiform *ich* und andere grammatische Varianten neben der bereits thematisierten kollektiven Selbstreferenz (*wir*) relevant. Street/Gordon (2008: 245) erachten es dabei als hinderlich für die ÄPI, wenn Begleitpersonen „promote their own agenda instead of that of the patient“.

Nach Schegloff (2007: 123) ist die Selbstreferenz jedoch eine der häufigsten personalen Referenzformen: „Of all the practices for referring to persons in talk-in-interaction, the most common and most straightforward [...] appears to be self-reference.“ Dementsprechend kommen Präsentationen der eigenen Person durch die individuelle Referenz mit dem Pronomen *ich* auch in der ÄPBK vor und werden auch von den Angehörigen eingesetzt, wobei dieselben konversationellen Präferenzen wie für andere personale Referenzen gelten:

The forms of self-identification or self-presentation at this interactional juncture are constrained by the same combination of conversational preferences examined elsewhere in the conversation-analytic literature on person reference [...] – recipient design and minimization. (Schegloff 2007: 123)

Dabei lässt sich in den vorliegenden Daten in Ko-Okkurrenz mit der individuellen Selbstreferenz häufig die Strategie, selbst recherchiertes Wissen als mögliche Alternative der vorgeschlagenen Behandlung anzusprechen, beobachten. Dies wird nachfolgend deutlich:

### Datum 10 ((Adenokarzinom) PM, LW, AM)

001 LW .hh ähm (.) des gibt verschIEdene KREBSarten,  
002 hab **ich** mir SAgen lassen;  
003 also ve? verschiedene GRAdE der- (--)  
004 der erKRANKung oder de?-  
005 des KREBS,  
006 .hh äh- [hh°]  
007 AM [er ] hat ein aDEnokarzinom.  
008 LW und WA:S?  
009 AM das ist der STANdardtumor;  
010 der hÄUfigste tumor im DARMBereich.  
011 PM mhm.  
012 LW **mhm-**  
013 oKAY,  
014 AM über den ich jetzt auch geSPROCHen habe.  
015 LW mhm-  
016 PM [mhm-]  
017 AM [ja, ]

018           und weil sies vom AUSbreitungsgrad haben,  
 019           da meinen sie SICHerlich den strEUgrad über den körper?  
 020 LW       ja oder die TIEfe des-  
 021           es soll verschiedene TIEFwerte beim- (---)  
 022 AM       da MEInen sie (--) polyYpen,  
 023 LW       (XXX)  
 024 AM       die mehr oder minder KRANK sind und in die dArmwand  
           einwachsen.  
 025 PM       mhm;  
 026 LW       das kann [SEIN] ja:;  
 027 PM                 [ja. ]  
 028           mhm.  
 029           [ja ja. ]  
 030 AM       [das IS:-]  
 031 LW       [ich-]  
 032 AM       [is:-]  
 033           das ist schon überSCHRITten;  
 034           weil es schon gestREUT hat.  
 035 LW       ach so oKAY.

Dieser Auszug aus einem Gespräch zwischen einem Patienten (PM), bei dem kurz zuvor ein bösartiger Tumor im Drüsengewebe von Lunge und Leber in Form eines Adenokarzinoms diagnostiziert worden ist, seiner Lebensgefährtin (LW) und dem zuständigen Arzt (AM) illustriert das von Imo (2016a) bearbeitete „Problem der zweiten Meinung“. Demnach ist die Interaktion zwischen ÄrztInnen und PatientInnen häufig geprägt von einer misstrauischen Haltung, die dazu führt, dass PatientInnen und Angehörige regelmäßig die heikle Frage der Einholung einer zweiten Meinung in Bezug auf die vorgeschlagene Behandlung thematisieren, um den optimalen Therapieweg auszuhandeln. Imo (2016a: 1) führt dazu an, dass dieses Infragestellen der von den ÄrztInnen präsentierten Therapiemöglichkeiten automatisch Misstrauen impliziert und damit eine potentiell gesichtsbedrohende Aktivität darstellt.

So eröffnet die Begleitperson in diesem Beispiel das Thema einer alternativen Behandlungsmöglichkeit implizit durch die Präsentation von einem ihr zugetragenen Wissen um die Existenz von unterschiedlichen Krebsarten. Die Quelle ihres Wissens bleibt jedoch unbekannt und wird *vage* als *hab ich mir Sagen lassen* beschrieben, was die Dispräferenz der Thematisierung alternativer Meinungen erkennen lässt. Durch die Selbstreferenz in Z.002 in der Basisform *ich* führt die Sprecherin ihre persönlichen Belange mit in die Interaktion ein und setzt sich selbst als Angehörige mit zusätzlichem Wissen relevant. Die Vagheit und Unsicherheit, mit der die Lebensgefährtin die medizinischen Zusatzinformationen zu der Krebserkrankung verbalisiert, wie auch mit dem Verweis auf die verschiedenen „Grade der Erkrankung“ in Z.003-005 zu beobachten ist, demonstriert die Wissensasymmetrie aufgrund der vorliegenden Experten-

LaiInnen-Interaktion. Als Laiin mit einem alltagsweltlichen Wortschatz kann LW das abweichende Wissen, was sie vorliegend aktiv mit einbringt, nicht in einem medizinischen Duktus formulieren. Daher benennt AM die Krebserkrankung in der Folgeäußerung mit dem medizinischen Fachbegriff *aDEnokarzinom*. Nachdem die Begleitperson jedoch anzeigt, dass sie diesen Fachterminus nicht einordnen kann, liefert AM in Z.009-010 eine alltagssprachliche Erklärung nach. Anschließend geht AM auf die von der Angehörigen thematisierten *Ausbreitungsgrade der Krebserkrankung* ein und produziert eine an die Lebensgefährtin adressierte Frage mit der möglichen Interpretation dieses Begriffes als *streUgrad über den Körper*. Diese Interpretation wird jedoch von LW zurückgewiesen, indem sie eine alternative Erklärung in Form von *ja oder die TIEfe* liefert und den von ihr eingeführten Begriff der *Grade der Erkrankung* selber nachträglich korrigiert. Daher produziert der Arzt einen erneuten Erklärungsansatz in Z. 022, indem er feststellt, dass LW die Polypen meint. Dies bestätigt die Angehörige zögerlich mit *das kann [SEIN] ja:;*. Auch der Patient beteiligt sich an dieser Stelle durch Minimalreaktionen in Z. 011, Z.012, Z.025 und Z.026 an dem Gespräch zwischen dem Arzt und der Lebensgefährtin, auch, wenn er gar nicht adressiert ist, noch auf ihn direkt referiert wird und signalisiert so kontinuierlich seine Anwesenheit und sein aktives Zuhören. Nachdem die Angehörige die zweite Interpretation des Arztes unsicher akzeptiert hat, beendet AM das Thema schnell durch die Aussage *das ist schon überSCHRITten; weil es schon geSTREUT hat.* und beendet damit die Sequenz, was LW durch das Verstehenssignal *ah oKAY* ratifiziert. Imo (2016a: 13) führt zu genau demselben Beispiel an, dass dieses sehr gut die „Problematik einer ‚verdeckten‘ Thematisierung der Frage nach der ‚zweiten Meinung‘“ veranschaulicht: So könnte die Begleitperson vorliegend nur die Intention haben, weitergehende Informationen über die Erkrankung ihres Lebensgefährten einzuholen. Andererseits könnte sie auch implizit eine Suche nach alternativen Behandlungsmöglichkeiten initiieren und so eine für den Arzt facebedrohende sprachliche Handlung durchführen, wodurch LW seine fachliche Kompetenz infrage stellt und ihr Misstrauen offenlegt.

Deutlich wird vor allem, dass der Arzt zwar vorliegend kurz auf die Thematisierung anderer Ausprägungen des Krebses und die damit verbundene implizite Andeutung von Alternativen eingeht, die von LW recherchierten Informationen jedoch für sie schwer einzuordnen sind, wodurch AM vorliegend mit diesen laienhaften Hintergrundinformationen konfrontiert wird und diese schnell abtut. Durch die verdeckte Anführung möglicher Alternativen offenbart die Begleitperson vorliegend ihr Misstrauen und stuft so die Handlungen des Arztes als nicht-vertrauenserweckend ein. Durch die individuelle Selbstreferenz und die explizite Adressierung des Arztes schließt sie den Patienten zwar lokal von der Beteiligung aus, gleichzeitig versichert sie sich jedoch auch als fürsorgliche Angehörige im Interesse des Patienten nach den optimalen Behandlungsmethoden für ihn, wenn auch wenig erfolgreich. Dieses vorzeitige „Sich-Informieren“ und die Suche nach Alternativen stellen typische Handlungen sowohl von PatientInnen als auch von Begleitpersonen und damit eine „natürliche Einstellung“ (Imo 2016a: 22) dar, die

nicht negativ oder gesichtsbedrohend zu bewerten ist. Auch wenn die kommunikative alltagsweltlichen Darstellungen aus LailInnen-Perspektive als Strategien der Eigeninitiative der Begleitpersonen dem starren Rahmen des institutionellen Aufklärungsgesprächs zuwiderläuft (Streeck 2002), dienen sie dennoch einer Absicherung im Sinne der erfolgreichen Genesung des Patienten, was dieser im vorliegenden Datum durch sein aktives Zuhören anerkennt. Mit der Selbstreferenz positioniert sich die Lebensgefährtin zwar vorübergehend als relevante Gesprächspartnerin mit persönlichen Belangen, jedoch laufen diese übergeordnet auf die Belange des Patienten hinaus. So ist die kommunikative Funktion dieser Form der Selbstreferenz als eine Absicherung von Alternativen bzw. zweiter fachlicher Meinungen zugunsten einer bestmöglichen Behandlung des Patienten zu benennen.

Anders verhält es sich dagegen mit der Selbstreferenz in dem nachstehenden Beispiel, in dem die Fokussierung des Angehörigen auf die eigene Person zu einer situativen Überforderung und beinahe zur Eskalation des Gesprächs führt:

#### Datum 11 ((Brustkrebs) PW, LM, AW)

001 AW oKAY;  
002 WOLL\_N wir ein-  
003 woll\_n sie uns nochmal ANrufen,  
004 und einen termin nochmal in der BRUSTSprechstunde  
vereinbaren,  
005 °h o:der was WIE soll\_n wir\_s machen?  
006 (--)  
007 LM terMIN,  
008 PW terMIN;  
009 DENke ich ja,  
010 LM NEIN nach absprache mit,  
011 (3.7)  
012 WAS auch immer;  
013 (1.6)  
014 **ich** KANN jetzt nicht alles [entscheiden, ]  
015 AW [NEIN sie müssen-]  
016 [NEIN ich möchte nur wissen,]  
017 LM [WAS soll **ich** denn sagen? ]

Auch in diesem Ausschnitt zwischen der Ärztin (AW), der Patientin (PW) mit Brustkrebs und ihrem Lebensgefährten (LM), referiert der Angehörige mit der Basisform *ich* auf sich selber. Anders als zuvor bewirkt hier die Selbstreferenz jedoch die Etablierung des Footings *Sprechen für den/die PatientIn* und stuft so die Gesprächsbeteiligung der Patientin herab.

Nachdem im vorherigen Gesprächsverlauf die Ärztin mehrfach die dringende Notwendigkeit einer Operation von PW betont und mit dem Ehemann, der die Operation als voreiliges ärztliches Handeln und daher als unnötig bewertet, diskutiert hat, stellt AW nun die Frage nach dem weiteren Verbleiben und eröffnet den Vorschlag, einen weiteren Termin in der Brustsprechstunde des Klinikums zu vereinbaren, um die Diskussion zu Ende zu bringen. Dabei repariert AW ihre kollektive *wir*-Referenz in Z.002 in Z.003 zu einer direkten Adressierung der Frage mit dem Personalpronomen *sie*, wobei aufgrund der triadischen Gesprächssituation nicht eindeutig bestimmbar ist, ob die Ärztin damit die Patientin oder den Lebensgefährten mit der Höflichkeitsform oder sogar beide mit der höflichen Anrede im Plural adressiert.<sup>33</sup>In ihrer zweiten Frage `°h o:der was WIE soll_n wir_s machen?` erweitert AW dann die Optionen für den weiteren Verlauf, indem sie die Entscheidung über die nächsten Schritte den RezipientInnen offen lässt. Hier wechselt AW erneut den Referenzmodus zu einer *wir*-Gruppe und schließt damit sich selbst als Sprecherin und die beiden Anwesenden mit in die Therapieentscheidung ein. Dadurch sowie durch die anschließende Pause gibt AW beiden Beteiligten die Möglichkeit einer Turnübernahme. Da die Patientin den Turn nicht übernimmt, ergreift LM das Rederecht und löst mit seiner Antwort `terMN`, die konditionelle Relevanz der Frage von AW ein. Zwar sind durch die Adressierung der Frage der Ärztin beide Gesprächsbeteiligten potentielle FolgesprecherInnen und können so den Antwort-Turn der produzierten Paarsequenz besetzen, jedoch ist aufgrund der natürlichen Ausrichtung des Aufklärungsgesprächs auf den/die PatientIn vor allem deren/dessen Antwort relevant. Die Patientin bestätigt mit ihrem Echo in Z.008 die Antwort ihres Lebensgefährten und bildet so eine Allianz mit ihm (Egbert 2009: 114). Sie stimmt sich als zweite Sprecherin zunächst parallel mit dem vorangegangenen Sprecher ab (Goodwin/Goodwin 1990: 102), produziert dann aber in Z.009 einen Unsicherheitsmarker mit der rechts expandierten Äußerung `DENke ich ja`, wodurch sie Zweifel anzeigt. Daraufhin widerspricht LM seiner Frau durch ein unabgeschwächtes Dissensformat (Günthner 2000) in Z.010 mit prosodischer Betonung der Negation, bricht dieses jedoch ab, um nach einer längeren Sprechpause die vage Äußerung `WAS auch immer` zu produzieren und zeigt damit seine Unsicherheit und seine (emotionale) Überforderung mit der Therapieentscheidung an. Diese Überforderung verbalisiert LM explizit in Z.014 mit der absoluten Aussage `ich KANN jetzt nicht alles entscheiden`. Diese epistemische Modalität der festen Überzeugung (Schwitalla 2006: 136) führt er mit der initialen Selbstreferenz *ich* in Verbindung mit dem Modalverb *können* ein und hyperbolisiert sie durch den Allquantor *alles*. Die turninitiale Referenz auf die eigene Person veranschaulicht den Grund für die Überforderung: LM setzt sich selbst als Verantwortlicher für die Therapie seiner Frau relevant und positioniert sich so als Entscheidungsträger. Durch die individuelle Selbstreferenz schließt er gleichzeitig an einem so relevanten Handlungsstrang des Aufklärungsgesprächs die Patientin von der Beteiligung

---

<sup>33</sup> Zur Diskussion des ambigen Pronomens *sie* ohne multimodale Daten siehe Kapitel 6.2.

aus. Daraufhin versucht AW mit ihrer schnellen, parallel produzierten Negation den Lebensgefährten zu beschwichtigen und anzuführen, dass sie etwas anderes wissen möchte, was sie durch das Adverb *nur* markiert und so den von LM mit *alles* aufgebauten, weiten Entscheidungsrahmen eingrenzt. LM lässt sich jedoch nicht das Rederecht nehmen und zeigt mit der trotzigem Frage *WAS soll ich denn sagen?* der Ärztin erneut an, dass für ihn keine andere Lösung ersichtlich ist. Auch in dieser Frage, auf die er keine zufriedenstellende Antwort erwartet, führt LM eine Selbstreferenz an.

Die Begleitperson etabliert sich in dieser Therapieplanungssequenz kommunikativ durch das wiederholte Verfahren der individuellen Selbstreferenz als alleiniger Entscheidungsträger für die Belange seiner Frau. Anders als in Datum 10 positioniert sich der Lebensgefährte in diesem Beispiel nicht nur als Mitbetroffener, der seine persönlichen Anliegen im Interesse der Patientin präsentiert, sondern als Vormund. Durch seinen sozialen Status als Angehöriger sichert sich LM vorliegend nicht nur das Rederecht sowie die Legitimation für eine Selbstreferenz in einem Aufklärungsgespräch für die Patientin, sondern thematisiert allein seine persönliche Aufgabe und schließt die Patientin damit von der Therapieplanung aktiv aus, was sich an der Orientierung von PW an den Aussagen ihres Mannes und dem Ausbleiben einer Reaktion im späteren Verlauf der Sequenz zeigt. Durch das sprachliche Beteiligungsverfahren der *Ich*-Referenz scheint der Angehörige nicht das Gespräch in Konsens mit den Wünschen und Bedürfnissen der Patientin konstruktiv voranzutreiben, sondern bremst die gemeinschaftliche Entscheidungsfindung durch die Fokussierung seiner alleinigen Verantwortlichkeit aus und expandiert sie. Damit erscheint dieses Datum als ein Beispiel für triadische Aufklärungsgespräche, in denen sich die Beteiligung der Begleitpersonen nachteilig bzw. destruktiv auf die *Compliance* der PatientInnen auswirkt, wie bereits Street/Gordon (2008: 245) beobachtet haben.

## **7 Schlussbetrachtung – Zusammenfassung und Ausblick**

Da sich das onkologische Aufklärungsgespräch für die Betroffenen oftmals als ein hochemotionales Ereignis darstellt, ist häufig zu beobachten, dass die PatientInnen von Angehörigen begleitet werden. Diese dritten Personen nehmen spezifische Funktionen für die Gesprächsphase der Therapieentwicklung und -planung im Zuge des Aufklärungsgesprächs ein: Während manche Begleitpersonen ältere PatientInnen logistisch oder körperlich unterstützen, fungieren andere allein durch ihre physische Anwesenheit als mentale Unterstützung, indem sie als „watchdog“ oder „affected stakeholder“ (Street/Gordon 2008: 249) das Gespräch genau beobachten. Aus linguistischer Perspektive sind aber vor allem triadische Interaktionen interessant, in denen Angehörige aus ihrer passiven Beobachterrolle ausbrechen und entgegen der häufig in klinisch-institutionellen Settings vorherrschenden asymmetrischen Kommunikationsverhältnisse (Streeck 2002) die Gesprächsinitiative ergreifen. Denn hier werden komplexe Verfahren der Gesprächsorganisation fortlaufend ausgehandelt und bearbeitet. Aus diesem Grund sollten in der vorliegenden konversations- und gesprächsanalytisch ausgerichteten Arbeit anhand eines Korpus bestehend aus 10 Daten aus 9 triadisch organisierten onkologischen

Aufklärungsgesprächen interaktive Beteiligungsverfahren dritter Personen exemplarisch untersucht werden, um anschließend einen Form- Funktionszusammenhang zu generieren: Welche sprachlichen Praktiken setzen die Begleitpersonen systematisch ein, um sich in das ursprüngliche ÄrztInnen-PatientInnen-Gespräch einzubringen, wie wirken sich diese Verfahren auf den Beteiligungsstatus der PatientInnen aus und welche kommunikative Rolle kommt den Angehörigen dadurch in den Gesprächen zu? Mit diesem Forschungsinteresse versteht sich diese qualitative Analyse als Ergänzung des Feldes der dyadischen ÄrztInnen-PatientInnen-Interaktion um einen weiteren Gesprächstyp, der bisher weitgehend ausgeklammert wurde. Das Funktionsspektrum reicht dabei von kooperativ-unterstützenden interaktiven Beteiligungspraktiken bis hin zu sprachlichen Verfahren, die sich dysfunktional auf die Therapieplanung auswirken oder den/die PatientIn von der aktiven Beteiligung und Mitsprache ausschließen. So lässt sich zunächst zusammenfassend festhalten, dass bedingt durch die triadische Gesprächssituation hier vor allem Mechanismen zur Organisation des Sprecherwechsels im Sinne eines „rezipientenspezifischen Zuschnitts von Äußerungen“ Bergmann (1988: 49) von den Angehörigen musterhaft eingesetzt werden. Wie kann ein(e) SprecherIn in Mehrparteieninteraktionen einen nächsten Sprecher auswählen? In Anlehnung an Sacks et al. (1974) muss der/die SprecherIn eine sequenzinitiierende Handlung („first pair part“) produzieren, die an eine(n) bestimmte(n) TeilnehmerIn adressiert ist: Sowohl der first pair part als auch eine Form der Adressierung sind notwendig, um in einem Gespräch mit mehr als zwei Parteien eine(n) nächsten SprecherIn auszuwählen (Lerner 2003: 179). Ein Adressierungsausdruck sowie die Blickrichtung sind dabei zwei Verfahren der expliziten Auswahl. Damit ist der Adressatenzuschnitt nicht nur auf verbale Kommunikation beschränkt (Imo 2015: 10). Da jedoch keine multimodalen Daten, sondern nur Audioaufnahmen vorlagen, hat sich die Untersuchung auf rein verbale Adressierungs- und Referenzverfahren in Kombination mit ihrer prosodischen Markierung fokussiert. Diese Adressierungs- und Referenzverfahren sind in Mehrparteieninteraktionen komplex gestaltet und wirken sich unterschiedlich auf den lokalen Beteiligungsstatus der PatientInnen sowie auf das Footing des Gespräches aus. Denn wenn die Begleitpersonen auf die anwesenden PatientInnen referieren, werden diese gleichzeitig zu Nicht-AdressatInnen der Äußerung und als nächste SprecherInnen ausgeschlossen, sodass hier die Frage der Beteiligung und des Footings (Goffman 1981) relevant werden. Die zentrale Forschungsfrage war dabei, wie die Begleitpersonen Referenzformen auswählen, wenn sie sich innerhalb des Aufklärungsgespräches auf die anwesenden PatientInnen beziehen und warum sie sich innerhalb des Gesprächsverlaufes für eine spezifische Personenreferenzform aus einem breiten Spektrum an möglichen Referenzen entscheiden. Durch den Fokus der konversationsanalytischen Arbeit auf eben diese gesprächsorganisatorischen und strukturellen Aspekte konnte gezeigt werden, dass die SprecherInnen mit der selektiven Verwendung einer bestimmten Personenreferenz mehr tun als ein linguistisches und kulturelles Präferenzsystem zu erfüllen bzw. im Sinne von Sacks/Schegloff (1979) Erkennung bei ihrem Gegenüber zu erreichen (vgl. Stivers 2007) und der Maxime des recipient design von Sacks (1995) insofern zu folgen, als

dass SprecherInnen ihre Äußerungen immer in Orientierung an den AdressatInnen tätigen. Bereits Stivers (2007) geht davon aus, dass Menschen durch die von ihr so benannten „alternative recognitional“ zusätzliche Arbeit investieren, um die exakte Referenzform mit einer pragmatischen Handlung, die über das reine Referieren hinausgeht, zu verknüpfen.

So zeigte sich in 6 der 10 Daten und damit in über der Hälfte zum einen, ähnlich wie in vorherigen Untersuchungen zu triadischer Kommunikation in institutionellen Settings wie z.B. in der medizinischen Pädiatrie, dass Angehörige an relevanten Stellen des Aufklärungsgesprächs wiederholt auf die anwesenden PatientInnen in der dritten Person referieren und so das von Schwabe (2006) beschriebene Footing des „Sprechens über die PatientInnen“ etablieren. Prägnante Formen waren dabei die Personenreferenzen durch Familien- und Verwandtschaftsbezeichnung, die in 2 der 10 untersuchten Daten beobachtet werden konnten, sowie durch Pronominalgebrauch der dritten Person, die Schwabe (2006) als beteiligungssteuernde Verfahren einstuft und die doppelt so häufig wie die Referenz durch Familienbezeichnungen verwendet wurden. Die Herstellung von Referenz durch Familien- und Verwandtschaftsbezeichnungen wie z.B. *meine Frau*, welche in den vorliegenden Gesprächsauszügen als alleinige Referenz durch eine Familienbezeichnung, dafür aber viermal verwendet wurde, bestehen immer aus einer „Kombination aus Pronomen und relationalen Nomen“ (Imo 2015: 8) und werden von den Angehörigen zunächst als Präferenz der Verwendung einer Erkennungsform (*recognital*) (Sacks/Schegloff 1979) im Sinne des recipient design verwendet. Dabei läuft aber die mehrfache Wiederholung dieser Personenreferenzform in derselben Sequenz, nachdem die Referenz bereits eingeführt wurde, der Präferenz der *minimization* zuwider: Statt die *Vereinfachung* bzw. *Verkürzung* mit Hilfe eines „referring simpliciter“ (Schegloff 2007: 124) in Form eines Personalpronomens zu erreichen, ließ sich in 2 der 10 Ausschnitte zeigen, dass die Angehörigen stattdessen die komplexe Nominalphrase *meine Frau* mehrfach anführen, in Datum 2 sogar dreimal kurz hintereinander. Aus diesem Grund wurden diese „family and kinship terms“ vorliegend als „membership categorization device“ in Anlehnung an Sacks (1972b) behandelt, der in den ÄrztInnen-PatientInnen-Begleitpersonen-Interaktionen dazu dient, die PatientInnen als zu der sozialen Kategorie einer „nuclear family“ (Kitzinger 2005b) zugehörig zu markieren. Durch die bewusste Entscheidung für diese affektiv aufgeladene Verwandtschaftsbezeichnung aus einem weiten Set an möglichen nehmen die SprecherInnen sowohl eine Fremd- als auch eine Selbstpositionierung vor. Dabei wird mit einem zweistelligen Ausdruck eine „Paar-Relation“ (Christen 2006: 39) bzw. die soziale Beziehung zu den PatientInnen an besonderen Stellen im Gespräch relevant gesetzt, um sich als nahestehende(r) Angehörige(r) und so als Mitverantwortliche(r) für die Therapieplanung und -entscheidung zu positionieren. Dadurch soll die Legitimation gerechtfertigt werden, sich als Angehörige(r) in Selbstwahl an dem ÄrztInnen-PatientInnen-Gespräch zu beteiligen, inhaltliche Rückfragen zu stellen sowie im Interesse der PatientInnen zusätzliche Argumente z.B. für einen schnellen OP-Termin anzuführen. In einem Datum konnte auch beobachtet werden, dass sich die Begleitpersonen durch ihr intimes Verhältnis zu den PatientInnen auch als Stellvertreter für die kommunikative

Darstellung persönlicher Belange und psychischer Auswirkungen ansehen. Durch diese Demonstration einer Stellvertreterfunktion mit einer Referenzform der dritten Person auf das anwesende Referenzobjekt wird den PatientInnen selber die weitere Beteiligung am Gespräch erschwert. Ähnlich verhält es sich mit der Einschränkung des Beteiligungsstatus der PatientInnen mit pronominalen Personenreferenzen der dritten Person, wie in vier der elf analysierten Daten beobachtet werden konnte: Indem die Begleitpersonen sich auf die Anwesenden durch *er* und *sie* beziehen, wird den PatientInnen die selbstständige Steuerung der Gesprächsbeteiligung erschwert (Mondada 2002) und sie müssen das veränderte Footing bzw. die Teilnehmerkonstellation erst einmal durchbrechen. Nach einer Etablierung eines solchen Footings des *Sprechens über den/die PatientIn* kam es in 2 Daten vor, dass die pronominale Personenreferenzform weiter verfestigt wurde, die ÄrztInnen aber vereinzelt das Footing nicht weiter ausbauten, sondern stattdessen einen Wechsel des Referenzmodus vollzogen und so den Referenzrahmen für die PatientInnen öffneten, indem sie z.B. auf das indefinite, generalisierende Personalpronomen *man* wechseln, um zum einen ihre Aussagen und ärztlichen Empfehlungen bezüglich der notwendigen Therapiemaßnahmen Allgemeingültigkeit zu verleihen, und zum anderen, um die PatientInnen wieder in das Gespräch mit einzubinden. Jedoch geht aus den Analysen auch hervor, dass die pronominale Referenz in der dritten Person in 3 von 4 Daten keine dysfunktionale Wirkung auf die Beteiligung der PatientInnen hatte, im Gegenteil: Pronominale Referenzformen wurden insbesondere dann von den Begleitpersonen verwendet, wenn direkte inhaltliche Fragen gestellt wurden oder ärztliche Ratifizierung der verbalen Zusammenfassung von Krankheitsverlauf, Diagnose und Therapieplanung eingefordert wurden. Entscheidend war dabei vor allem auch der sequentielle Kontext dieses beteiligungssteuernden Phänomens. So konnte in allen 4 Daten mit pronominaler Referenz in der dritten Person gezeigt werden, dass PatientInnen im Anschluss an einen Turn der Begleitperson, in dem sie auf die PatientInnen in der dritten Person referiert haben, sich selbstgewählt am Gespräch beteiligen, ihre epistemische Autorität einfordern oder Verständnis signalisierende verbale Reaktionen zeigen, anstatt zu schweigen. Damit wirkte sich dieses Footing des *Sprechens über den/die PatientIn* durch pronominale Referenzen bzw. Referenzen mit Familien- und Verwandtschaftsbezeichnungen keineswegs destruktiv und nur lokal einschränkend auf den für den Therapieerfolg wichtigen Verstehensprozess und die damit verfolgte *Compliance* der PatientInnen aus. Vielmehr kamen diese Referenzen in Verständnisfragen und inhaltlichen Wiedergaben bzw. Zusammenfassungen des weiteren Therapievorgehens vor, sodass sie den PatientInnen als Strukturierungs- und Verstehenshilfe dienten. So traten die Begleitpersonen hier weitgehend in einer kommunikativ-unterstützenden Rolle auf.

In 2 der 10 Daten konnte auch beobachtet werden, dass Begleitpersonen nicht nur *über die PatientInnen*, sondern auch *für bzw. anstelle* von ihnen sprechen und damit drei der von Goffman (1981) differenzierten Sprecherrollen von zwei verschiedenen TeilnehmerInnen realisiert wurden. Diese kommunikative Vertretung der PatientInnen zeigte sich vorliegend als ein dysfunktionales Verfahren, durch welche die PatientInnen in ihrer epistemischen Autorität oder in

ihrem Rederecht nachteilig eingeschränkt wurden und um ihr Rederecht kämpfen mussten (Datum 6).

Auch die bereits von Ellingson (2002) untersuchte Rolle der emotionalen Unterstützung als eine von 8 Rollen der Begleitpersonen in onkologischen Gesprächen konnte in diesem Korpus in 3 Daten beobachtet werden. Die laterale Adressierung durch eine pronominale Personenreferenz war dabei in einem Datum (Datum 7) sprachliches Element der Produktion einer „spielerischen Provokation“ bzw. einer „teasing-Aktivität“ im Sinne einer „Frotzelei“ (Günthner 2000). Durch die laterale Adressierung der Patientin wurde diese kurzzeitig als Frotzelobjekt vorgeführt, was aber mehr auf den „Geselligkeitswert“ (Günthner 2010: 166) abzielte, um durch eine witzige, spielerische Modalität bzw. eine spaßhafte Rahmung die angespannte, emotional-belastende Situation für Angehörige und die Betroffene aufzulockern. Ebenfalls eine emotional- und mental-unterstützende Funktion konnte bei den analysierten kollektiven *Wir*-Referenzen in 2 von 10 Daten beobachtet werden. Dabei traten die Begleitpersonen in ihren Äußerungen als *multi-person party* (Lerner 1993) auf und sprachen für sich selber und die kopräsenten PatientInnen zusammen. Diese von Lerner (1993) als *conjoined participation* beschriebene kollektive Referenzform ist besonders häufig bei Paarkonstellationen zu beobachten, bei denen der eine Partner als Repräsentant für den anderen spricht und so ebenfalls ein „displaying coupledness“ (Schegloff 1996b) etabliert. Dabei positionierten sich die Angehörigen in den vorliegenden Aufklärungsgesprächen als eine starke Allianz gemeinsam mit den PatientInnen, die bereits andere Schicksalsschläge im Leben überwunden haben und demonstrieren den Betroffenen dadurch Zuversicht, Stärke, Rückhalt, Vertrauen und Geborgenheit. Außerdem thematisierten die dritten Parteien als enge Familienmitglieder häufig auch die Einholung einer zweiten Meinung, um sich einer bestmöglichen Therapie abzusichern. Dieses „Problem der zweiten Meinung“ (Imo 2016a) geht häufig mit der Demonstration von Misstrauen gegenüber den von den ÄrztInnen vorgeschlagenen Behandlungsmöglichkeiten einher. Diese Zweite-Meinung- und Misstrauenskontexte erschienen in 2 der 10 untersuchten Daten in Ko-Okkurrenz mit individuellen Selbstreferenzen mit der personalen Basisform *ich*. Diese *Ich*-Referenz diente damit der Einholung einer zweiten Meinung und der Absicherung der bestmöglichen Therapie im Sinne der PatientInnen und stellt eine „natürliche Einstellung“ (Imo 2016a: 22) dar. Die Begleitpersonen zeigen damit eine Strategie der Eigeninitiative und rückversichern sich durch die Thematisierung möglicher Alternativen, wozu PatientInnen aufgrund des Schockmoments der Diagnose im Zuge der Verstummung häufig nicht in der Lage sind. Während insgesamt die kommunikativen Rollen der Angehörigen von emotional-mentaler sowie inhaltlicher Unterstützung, über kritische Rückfragen, Verständnissicherung und Absicherung der besten Therapiemöglichkeiten reichen, konnte auch ein Ausnahmebeispiel gezeigt werden, in dem die Begleitperson kein kooperativ-unterstützendes sprachliches Verfahren anwendete, sondern sich durch wiederholte individuelle Selbstreferenz mit dem Pronomen *ich* im Zuge der Therapieplanung als alleiniger Entscheidungsträger und Verantwortlicher für die

Belange der Patientin präsentierte. Damit ähnelte dieses kommunikative Beteiligungsverfahren eher einer Einmischung als einer Unterstützung, da die Patientin hier in ihrem eigenen Beteiligungsstatus auch über mehrere Turns hinweg eingeschränkt wurde. Durch die Fokussierung der persönlichen Verantwortlichkeit des Angehörigen wurde die Therapieplanung entgegen der Wünsche der Patientin destruktiv expandiert und diese bevormundet.

Insbesondere dieses Negativbeispiel einer kommunikativen Rolle der dritten Person als alleiniger Entscheidungsträger und Vormund entgegen der Belange der Patientin zeigt eine Problemquelle auf, welche die Rückbindung der Ergebnisse der Konversations- bzw. Gesprächsanalyse in das praktische Feld, aus welchem die Daten dieser Arbeit stammen, im Sinne einer interdisziplinären, anwendungsorientierten Ausrichtung nicht nur wünschenswert, sondern auch notwendig macht. Zwar liegt aus der angewandten Gesprächsforschung bereits eine Vielzahl an Untersuchungen zur ÄPI vor, die Rolle der Angehörigen wurde dabei jedoch, wie bereits eingangs erläutert, weitgehend unberücksichtigt gelassen.

So konnte mit Hilfe des konversationsanalytischen Instrumentariums vorliegend gezeigt werden, dass dritte anwesende Personen in onkologischen Aufklärungsgesprächen ganz spezifische Funktionen innerhalb des Gespräches einnehmen und verschiedene Aspekte relevant setzen: Begleitpersonen handeln im Interesse der PatientInnen und thematisieren selbst erworbenes Wissen, um die beste Behandlungsmethode auszuhandeln. Sie präsentieren sich als fürsorgliche Familienmitglieder, informieren sich vorab und thematisieren Alternativen. Gleichzeitig setzen sie sich selbst und ihre Situation als Mitbetroffene relevant, sind überfordert mit der Verantwortung für die Betroffenen, übernehmen die Verantwortung alleine, ohne dass die PatientInnen ein Mitspracherecht haben oder fungieren interaktiv als Unterstützer in jeglicher Hinsicht. Dabei kommt es vor, dass PatientInnen durch übermotivierte Eigeninitiative oder wiederholte Referenzformen der dritten Person in ihrer Beteiligung eingeschränkt werden. Vor allem aber die Nachvollziehbarkeit und das Verständnis von Diagnose und Behandlungsmöglichkeiten sind für den Therapieerfolg und die Genesung der Betroffenen relevant. Aus diesem Grund ist es umso wichtiger, dass PatientInnen in den Gesprächsverlauf involviert werden und Pausen, Platz für persönliche Probleme und Belange sowie inhaltliche Strukturierungshilfen geschaffen werden. So können ÄrztInnen durch direkt an die PatientInnen adressierte Fragen und Äußerungen diese explizit einbinden. Insgesamt ist es im Hinblick auf „den Wunsch nach Rückmeldung der Ergebnisse“ (Brünner et al. 2002: 8) für ÄrztInnen wichtig anzuerkennen, dass Angehörige entscheidende Aufgaben in den Aufklärungsgesprächen haben, vor allem dann, wenn sie aus ihrer passiven Beobachterrolle heraustreten und Eigeninitiative demonstrieren. Begleitpersonen und Angehörige können dabei eine wichtige Brücke zu den PatientInnen sein und für sie als nützliche Strukturierungs- und Verständnishilfe dienen. In diesem Zusammenhang nehmen sie insbesondere die Rolle eines Korrektivs ein, indem sie auch das Verständnis der PatientInnen indirekt mit berücksichtigen. Umso wichtiger ist es, die in dieser Analyse herausgestellten (interaktiven) Funktionen als Basis für ihre Anwendung in Kommunikationsberatungen und -trainings (Brünner et al. 2002: 8) zu nutzen. Auch für Angehörige

kann es hilfreich sein, Zugang zu Informationen zu haben, was im Falle einer Krebserkrankung und im Zuge des onkologischen Aufklärungsgesprächs konstruktive Verhaltensweisen sind, welche die Therapieplanung vorantreiben und die *Compliance* der PatientInnen fördern. Ratgeber und Hinweisbroschüren mit zusammenfassenden Informationen und Hinweisen könnten so eine Orientierungshilfe und einen Leitfaden für Angehörige bilden, welche von der Krebserkrankung einer nahestehenden Person auch mitbetroffen sind.

Zwar muss insgesamt kritisch angeführt werden, dass z.B. die untersuchte dominante Einmischung in das Gespräch immer auch von der Persönlichkeit der Begleitpersonen und der sozialen Beziehung zwischen diesen und den PatientInnen abhängt, was jedoch aus gesprächsanalytischer Sicht nicht erfasst werden kann und worauf in konzipierten Ratgebern und Hinweisbroschüren etc. nicht konkret eingegangen werden könnte. Dennoch kann das mit dieser Arbeit vorliegende Wissen um sprachliche Beteiligungsstrukturen als Basis für nachfolgende Untersuchungen, wenngleich auch nicht als bereits vollständiges Schema genutzt werden.

Des Weiteren könnten sich künftige geschlechterspezifische gesprächsanalytische Untersuchungen mit dem Einfluss von Gender und sozialem Status bzw. sozialer Beziehung auf die ÄPBK befassen, wie bereits von Kitzinger untersucht wurde (siehe dazu Kitzinger 2005a, b). Außerdem wären mit Blick auf die Verwertbarkeit der ersten exemplarischen Ergebnisse zu den sprachlichen Verfahren der Begleitpersonen dieser Arbeit auch eine weitergehende, differenzierte Untersuchung anderer sprachlicher Verfahren, wie z.B. gemeinsames, kollaboratives Erzählen, Frageformate der Begleitpersonen oder weitere interaktiven Strategien der Verständnissicherung interessant zu betrachten.

## 8 Literatur

- Aronsson, Karin/Rundström, Bengt (1988): Child discourse and parental control in pediatric consultations. In: Text 8 (3), S. 159-189.
- Aronsson, Karin/Rundström, Bengt (1989): Cats, dogs and sweets in the clinical negotiation of reality: On politeness and coherence in pediatric discourse. In: Language in Society 18, S. 483-504.
- Auer, Peter (1993): Zur Verbspitzenstellung im gesprochenen Deutsch. In: Deutsche Sprache 23, S. 193-222.
- Auer, Peter (1999): Sprachliche Interaktion. Eine Einführung anhand von 22 Klassikern. Tübingen: Niemeyer.
- Auer, Peter (2007): Syntax als Prozess. In: Hausendorf, Heiko (Hrsg.): Gespräch als Prozess. Linguistische Aspekte der Zeitlichkeit verbaler Interaktion. Tübingen: Narr, S. 95-124.
- Auer, Peter (2013): Sprachliche Interaktion. Eine Einführung anhand von 22 Klassikern. Berlin, Boston: de Gruyter.
- Ayaß, Ruth/Meyer, Christian (2012): Sozialität in Slow Motion: Theoretische und empirische Perspektiven. Berlin: Springer.
- Barden, Birgit/Elstermann, Mechthild/Fiehler, Reinhard (2001): Operator-Skopos-Strukturen in gesprochener Sprache. In: Liedtke, Franz/Hundsnurscher, Franz (Hrsg.): Pragmatische Syntax. Tübingen: Niemeyer, S. 197-233.
- Bauer, Nathalie (i.E.): Onymische Anredeformen in computervermittelter Kommunikation – zur vokativen Verwendung von Rufnamen in WhatsApp-Interaktionen.
- Becker-Mrotzek, Michael (1992): „Kommunikation und Sprache in Institutionen. Ein Forschungsbericht zur Analyse institutioneller Kommunikation, Teil III: Arbeiten zur Kommunikation in medizinischen Institutionen.“ In: Deutsche Sprache 20 2/3; S. 275 - 286 und 336-369.
- Becker-Mrotzek, Michael/Brünner, Gisela (1992): Angewandte Gesprächsforschung: Ziele - Methoden - Probleme. In: Fiehler, Rainer/Sucharowski, Wolfgang (Hrsg.): Kommunikationsberatung und Kommunikationstraining. Opladen: Westdeutscher Verlag, S. 12-23.
- Bentz, Martin/Binnenhei, Martin/Coussios, Georgios/Gruden, Juliana/Imo, Wolfgang/Korte, Lisa/Rüdiger, Thomas/Ruf-Dördermann, Antonia/Schön, Michael R./Stier, Sebastian (2016): Von der Pathologie zum Patienten: Optimierung von Wissenstransfer und Verstehenssicherung in der medizinischen Kommunikation. In: SpIn Arbeitspapierreihe Sprache und Interaktion. Online verfügbar unter: <http://krebshilfe.sprache-interaktion.de/arbeitspapiere> (letzter Zugriff: 24.11.2016).
- Berger, Jörg/Luckmann, Thomas (1966): The Social Construction of Reality: A Treatise in the Sociology of Knowledge. Penguin Books.
- Berger, Jörg/Luckmann, Thomas (1995): „Reconstructive Genres of everyday communication“. In: Quasthoff, Uta M. (Hrsg.): Aspects of oral communication. Berlin: de Gruyter, S. 289 -304.
- Bergmann, Jörg (1981): Ethnomethodologische Konversationsanalyse. In: Schröder, Peter/Steger, Hugo (Hrsg.): Dialogforschung. Jahrbuch 1980 des Instituts für deutsche Sprache, Düsseldorf: Schwann, S. 9-51.
- Bergmann, Jörg (1985): Flüchtigkeit und methodische Fixierung sozialer Wirklichkeit. Aufzeichnungen als Daten der interpretativen Soziologie, in: Bonß, Wolfgang/Hartmann, Heinz (Hrsg.), Entzauberte Wissenschaft. Zur Relativität und Geltung soziologischer Forschung (Sonderband 3 der Zeitschrift «Soziale Welt»). Göttingen: Schwartz, S. 299-320.

- Bergmann, Jörg (1988): Ethnomethodologie und Konversationsanalyse. Kurseinheit 1: Ethnomethodologie: Untersuchungen zur methodischen Erzeugung von sozialer Wirklichkeit im alltäglichen Handeln. FernUniversität GHS Hagen.
- Bergmann, Jörg (1991). Konversationsanalyse. In: Flick, Uwe et al. (Hrsg.): Handbuch qualitative Sozialforschung. München: PsychologieVerlagsUnion, S. 213-218.
- Bergmann, Jörg (1994): Ethnomethodologische Konversationsanalyse. In: Fritz, Gerd/Hundsnurscher, Franz (Hrsg): Handbuch der Dialoganalyse. Tübingen: Niemeyer, S. 3-16.
- Bergmann, Jörg (1999): Diskrete Exploration: Über die moralische Sinnstruktur eines psychiatrischen Frageformats. In: Bergmann, Jörg/Luckmann, Thomas (Hrsg.): Kommunikative Konstruktion von Moral. Band 2: Von der Moral zu den Moral. Opladen: Westdeutscher Verlag, S. 169-190.
- Birkner, Karin (2006): Subjektive Krankheitstheorien im Gespräch. In: Gesprächsforschung – Online Zeitschrift zur verbalen Interaktion 7, S. 152-183.
- Bliesener, Thomas (1980): Erzählen unerwünscht. Erzählversuche von Patienten in der Visite. In: Ehlich, Konrad (Hrsg.): Erzählen im Alltag. Frankfurt: Suhrkamp, S. 143-178.
- Brown, Penelope/Levinson, Stephen C. (1987): Universals in language usage: Politeness phenomena. In Goody, Esther N. (Hrsg.): Questions and politeness: Strategies in social interaction. Cambridge: Cambridge University Press, S. 56-310.
- Brünner, Gisela/Fiehler, Reinhard/Kindt, Walther (2002): Angewandte Diskursforschung. Band 1: Grundlagen und Beispielanalyse. Radolfzell – Verlag für Gesprächsforschung.
- Byrne, Patrick S./Long, Barrie E. L. (1976): Doctors Talking to Patients. RCGP Publications: London.
- Christen, Helen (2006): ‚Comutter‘, ‚Papi‘ und ‚Lebensabschnittsgefährte‘. Untersuchungen zum Sprachgebrauch im Kontext heutiger Formen des Zusammenlebens. Hildesheim: Olms.
- Christmann, Gabriela B. (2006): Die Aktivität des ‚Sich-Mokierens‘ als konversationelle Satire. Wie sich Umweltschützer/innen über den ‚Otto-Normalverbraucher‘ mokieren. In: Kotthoff, Helga (Hrsg.): Scherzkommunikation. Beiträge aus der empirischen Gesprächsforschung. Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung, S. 49-81.
- Deppermann, Arnulf (2000): Ethnographische Gesprächsanalyse: Zu Nutzen und Notwendigkeit von Ethnographie für die Konversationsanalyse. In: Gesprächsforschung – Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion. Ausgabe 1, S. 96-124.
- Deppermann, Arnulf (2007): Grammatik und Semantik aus gesprächsanalytischer Sicht. Berlin, New York: de Gruyter, S. 225-261.
- Deppermann, Arnulf (2008): Gespräche analysieren: Eine Einführung. 4. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Deppermann, Arnulf (2010): Konversationsanalyse und diskursive Psychologie. In: Mey, Günter/Mruck, Katja (Hrsg.): Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie. VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 643-661.
- Deppermann, Arnulf/Lucius-Hoene, Gabriele (2005): Trauma erzählen – kommunikative, sprachliche und stimmliche Verfahren der Darstellung traumatischer Erlebnisse. In: Psychotherapie und Sozialwissenschaft 7 (1), S. 35-73.
- Dieckmann, Walther (1985): Wie redet man ‚zum Fenster hinaus‘? Zur Realisierung des Adressatenbezugs in öffentlich-dialogischer Kommunikation am Beispiel eines Redebeitrags Brandts. In: Sucharowski, Wolfgang (Hrsg.): Gesprächsforschung im Vergleich. Analysen zur Bonner Runde nach der Hessenwah 1982. Tübingen: Niemeyer, S. 54-76.

- Dittmar, Norbert (2002): Lakmustest für funktionale Beschreibungen am Beispiel von auch (Fokuspartikel, FP), eigentlich (Modalpartikel, MP) und also (Diskursmarker, DM). In: Fabricius-Hansen, Cathrine/Leirbukt, Oddleif/Letnes, Ole (Hrsg.): Modus, Modalverben, Modalpartikel. Trier: Wissenschaftlicher Verlag, S. 142-177.
- Drew, Paul (1991): Asymmetries of knowledge in Conversational Interaction. In: Marková, Ivana/Foppa, Klaus (Hrsg.): Asymmetries in dialogue. Hemel Hempstead: Harvester Wheatsheaf, S. 21-48.
- Drew, Paul (2012): Wissensasymmetrien in (alltags-)sprachlichen Interaktionen. In: Ayaß, Ruth/Meyer, Christian (Hrsg.): Sozialität in Slow Motion. Theoretische und empirische Perspektiven. Wiesbaden: Springer VS, S. 151-180.
- Drew, Paul/Heritage, John (Hrsg.) (1992): Talk at Work. Interaction in Institutional Settings (Studies in Interactional Sociolinguistics 8). New York: Cambridge University Press.
- Drew, Paul/Heritage, John (2001): Analyzing talk at work: an introduction. In: Drew, Paul/John Heritage (Hrsg.): Talk at work. Interaction in institutional settings. Cambridge: Cambridge University Press, S. 3-65.
- Duden (2009): Die Grammatik. 8., überarbeitete Auflage. Mannheim: Dudenverlag.
- Egbert, Maria (2009): Der Reparatur-Mechanismus in deutschen Gesprächen. Mannheim: Verlag für Gesprächsforschung. PDF online verfügbar unter: [www.verlag-gespraechsforschung.de/2009/pdf/reparaturen.pdf](http://www.verlag-gespraechsforschung.de/2009/pdf/reparaturen.pdf) (letzter Zugriff 24.11.2016).
- Eggy, Susan/Penner, Louis A./Greene, Meredith/Harper, Felicity W.K./Ruckdeschel, John C./Albrecht, Terrance L. (2006): Information Seeking during „bad news“ oncology interactions: question asking by patients and their companions. *Social Science & Medicine* (63), S. 2974-2985.
- Ehlich, Konrad (1986): Interjektionen. Tübingen: Niemeyer.
- Ehlich, Konrad/Koerfer, Armin/Redder, Angelika/Weingarten, Rüdiger (Hrsg.) (1990): Medizinische und therapeutische Kommunikation. Diskursanalytische Untersuchungen. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Ellingson, Laura L. (2002): The roles of companions in geriatric patient-interdisciplinary oncology team interactions. *Journal of Aging Studies* (16), S. 361-382.
- Enfield, Nick J. (2013): Reference in Conversation. In: Sidnell, Jack/Stivers, Tanya (Hrsg.): *The Handbook of Conversation Analysis*. Chichester: Wiley-Blackwell, S. 433-454.
- Enfield, Nick J./Stivers, Tanya (Hrsg.) (2007): Person Reference in Interaction. Linguistic, cultural and social perspectives. Cambridge: Cambridge University Press.
- Ferrara, Kathleen (1992): The Interactive Achievement of a Sentence: Joint Productions in Therapeutic Discourse. In: *Discourse Processes* 15, S. 207–228.
- Fiehler, Reinhard/Thimm, Caja (Hrsg.) (2003): Sprache und Kommunikation im Alter. Mannheim: Verlag für Gesprächsforschung. Online verfügbar unter: [verlag-gespraechsforschung.de/2004/alter/alter.pdf](http://verlag-gespraechsforschung.de/2004/alter/alter.pdf) (letzter Zugriff 22.11.2016).
- Fischer, Rotraut (1992): Disfluenz als Kontextualisierungshinweis in telefonischen Beratungsgesprächen im Rundfunk. *KontRi* 23, Konstanz.
- Garfinkel, Harold (1967): *Studies in Ethnomethodology*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Goffman, Erving (1969): *Interaction Rituals*. New York: Doubleday.
- Goffman, Erving (1981): *Forms of talk*. Oxford: Blackwell.
- Goffman, Erving (1982): *Das Individuum im öffentlichen Austausch. Mikrostudien zur öffentlichen Ordnung*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Goffman, Erving (1986): *Frame Analysis. An Essay on the Organization of Experience*. Northeastern University Press: Boston.

- Golato, Andrea (2012): German oh: Marking an Emotional Change of State. In: *Research on Language and Social Interaction* 45 (3), S. 245-268.
- Goodwin, Charles (1979): The interactive construction of a sentence in natural conversation. In: Psathas, George (Hrsg.): *Everyday Language: Studies in Ethnomethodology*. New York: Irvington, S. 97-121.
- Goodwin, Charles (1980): Restarts, pauses and the achievement of mutual gaze at turn-beginning. In: *Sociological Inquiry* 50, S. 272-302.
- Goodwin, Charles (1986): Audience diversity, participation and interpretation. In: *Text* 6 (3), S. 283-316.
- Goodwin, Charles/Goodwin, Marjorie Harness (1990): *Interstitial Argument*. In: Grimshaw, Allen D. (Hrsg.): *Conflict Talk*. Cambridge: Cambridge University Press, S. 85-117.
- Groß, Alexandra (2015): Asymmetrie und (Patienten-)Expertise in der HIV-Sprechstunde. In: Spranz-Fogasy, Thomas/Busch, Albert (Hrsg.): *Handbuch Sprache in der Medizin*. Berlin: de Gruyter (Handbücher Sprachwissen; 11), S. 282-299.
- Gumperz, John (1982): *Discourse Strategies*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Gülich, Elisabeth/Mondada, Lorenza (2008): *Konversationsanalyse. Eine Einführung am Beispiel des Französischen*. Tübingen: Max Niemeyer.
- Günthner (2000): *Vorwurfsaktivitäten in der Alltagsinteraktion. Grammatische, prosodische, rhetorisch-stilistische und interaktive Verfahren bei der Konstitution kommunikativer Muster und Gattungen*. Tübingen: Niemeyer.
- Günthner, Susanne (2006): ‚Was ihn trieb, war vor allem Wanderlust‘: Pseudocleft-Konstruktionen im Deutschen. In: Günthner, Susanne/Wolfgang Imo (Hrsg.): *Konstruktio-nen in der Interaktion*. Berlin u. New York: de Gruyter, 59-91.
- Günthner, Susanne (2008a): Projektorkonstruktionen im Gespräch: Pseudoclefts, *die Sache ist* – Konstruktionen und Extrapositionen mit *es*. In: *Gesprächsforschung – Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion*. Ausgabe 9, S. 86-114.
- Günthner, Susanne (2008b): ‚Die Sache ist...‘: eine Projektorkonstruktion im gesprochenen Deutsch. In: *Zeitschrift für Sprachwissenschaft* 27 (1), S. 39-72.
- Günthner, Susanne (2008c): Die ‚die Sache/das Ding ist‘-Konstruktion im gesprochenen Deutsch – eine interaktionale Perspektive auf Konstruktionen im Gebrauch. In: Stefanowitsch, Anatol/Fischer, Kerstin (Hrsg.): *Konstruktionsgrammatik II. Von der Konstruktion zur Grammatik*. Tübingen: Stauffenburg, S. 157-178.
- Günthner, Susanne (2009): Konstruktionen in der kommunikativen Praxis. Zur Notwendigkeit einer interaktionalen Anreicherung konstruktionsgrammatischer Ansätze. In: *Zeitschrift für germanistische Linguistik. Deutsche Sprache in Gegenwart und Geschichte* 37, S. 402-426.
- Günthner, Susanne (2012): ‚Geteilte Syntax‘: Kollaborativ erzeugte dass - Konstruktionen. GIDI-Arbeitspapier 43/2012, Universität Münster. Online verfügbar unter [http://noam.uni-muenster.de/gidi\\_/arbeitspapiere/arbeitspapier43.pdf](http://noam.uni-muenster.de/gidi_/arbeitspapiere/arbeitspapier43.pdf) (letzter Zugriff 19.11.2016).
- Günthner, Susanne (2016a): „Tom Luckmanns Einfluss auf die Sprachwissenschaft: Kommunikative Gattungen im Alltagsgebrauch – Analysen verfestigter Muster in onkologischen Aufklärungsgesprächen“, Vortrag bei der Tagung „Lebenswelt und Gesellschaft – Gedenktagung für Thomas Luckmann“, Universität Trier.
- Günthner, Susanne (2016b): Praktiken erhöhter Dialogizität: onymische Anredeformen als Gesten personifizierter Zuwendung. In: *Zeitschrift für Germanistische Linguistik (ZGL)*, 44(3), S. 406-436.

- Günthner, Susanne/Luckmann, Thomas (1995): "Asymmetries of Knowledge in Intercultural Communication. The Relevance of Cultural Repertoires of Communicative Genres". Universität Konstanz: Fachgruppe Sprachwissenschaft, Arbeitspapier Nr. 72.
- Günthner, Susanne/Hopper, Paul (2010): Zeitlichkeit & sprachliche Strukturen: Pseudoclefts im Englischen und Deutschen. In: Gesprächsforschung – Online Zeitschrift zur verbalen Interaktion 10, S. 1-28.
- Günthner, Susanne/Zhu, Quiang (2015): Anredeformen im Kulturvergleich: Verwandtschaftsbezeichnungen als Mittel der kommunikativen Konstruktion sozialer Beziehungen in chinesischen und deutschen SMS-Interaktionen. Interaktion Sprache Arbeitspapierreihe: Arbeitspapier Nr. 54. Online verfügbar unter: [arbeitspapiere.sprache-interaktion.de/arbeitspapiere/arbeitspapier54.pdf](http://arbeitspapiere.sprache-interaktion.de/arbeitspapiere/arbeitspapier54.pdf) (letzter Zugriff: 24.11.2016).
- Hartog, Jennifer (1990): Das Schweigen der Experten und das Schweigen der Laien. In: OBST 42, S. 124-136.
- Hartung, Martin (2001): Formen der Adressiertheit der Rede. In: Brinker, Klaus/Antos, Gerd/Sager, Sven F./Heinemann, Wolfgang (Hrsg.): Text- und Gesprächslinguistik. Ein internationales Handbuch zeitgenössischer Forschung. Berlin: de Gruyter, S. 1348-1355.
- Haviland, John B. (1986): ‚Con Buenos Chiles‘: Talk, targets and teasing in Zinacantán. In: Text 6 (3), S. 249-282.
- Helbig, Gerhard/Buscha, Joachim (2013): Deutsche Grammatik. Ein Handbuch für den Ausländerunterricht. Mannheim: Langenscheidt.
- Hentschel, Elke/Weydt, Harald (2013): Handbuch der deutschen Grammatik. 4. vollständig überarbeitete Auflage. Berlin: de Gruyter.
- Heritage, John (1984): A change-of-state token and aspects of its sequential placement. In: Atkinson, J. M./Heritage, John (Hrsg.): Structures of Social Action: Studies in Conversation Analysis. Cambridge, S. 299-345.
- Heritage, John (2007): Intersubjectivity and progressivity in person (and place) reference. In: Enfield, Nick J./Stivers, Tanya (Hrsg.): Person Reference in Interaction. Linguistic, cultural and social perspectives. Cambridge University Press, S. 255-281.
- Heritage, John (2012): Epistemics in Actions: Action Formation and Territories of Knowledge. In: Research on Language and Social Interaction, 45 (1), S. 1-29.
- Heritage, John (2013): Epistemics in Conversation. In: Sidnell, Jack/Stivers, Tanya (Hrsg.): The Handbook of Conversation Analysis. 1. Auflage. Blackwell Publishing, S. 370-394.
- Heritage, John/Raymond, Geoffrey (2005): The Terms of Agreement: Indexing Epistemic Authority and Subordination in Talk-in-Interaction. In: Social Psychology Quarterly 68/1, S. 15-38.
- Heritage, John/Robinson, Jeffrey D. (2006): Accounting for the visit: giving reasons for seeking medical care. In: Heritage, John/Maynard, Douglas W. (Hrsg.): Communication in Medical Care. Interaction between primary care physicians and patients. Cambridge: Cambridge University Press, S. 48-85.
- Heritage, John/Sefi, Sue (2001): Dilemmas of advice: Aspects of the delivery and reception of advice in interactions between health visitors and first-time mothers. In: Drew, Paul/Heritage, John (Hrsg.): Talk at work. Interaction in institutional settings. Cambridge: Cambridge University Press, S. 359-417.
- Hitzler, Sarah (2013): Recipient Design in institutioneller Mehrparteieninteraktion. In: Gesprächsforschung - Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion 14, S. 110-132.
- Holly, Werner (1979): Imagearbeit in Gesprächen. Tübingen: Niemeyer.

- Hopper, Paul J. (2004): The Openness of Grammatical Constructions. In: Chicago Linguistic Society 40, S. 153-175.
- Hutchby, Ian/Wooffitt, Robin (2010): Conversation Analysis. Principles, Practices and Applications. Cambridge: Polity Press.
- Imo, Wolfgang (2007): Construction Grammar und Gesprochene-Sprache-Forschung. Konstruktionen mit zehn matrixsatzfähigen Verben im gesprochenen Deutsch. Tübingen: Niemeyer.
- Imo, Wolfgang (2009): Konstruktion oder Funktion? Erkenntnisprozessmarker (*change-of-state-token*) im Deutschen: In: Günthner, Susanne; Bückler, Jörg (Hrsg.): Grammatik im Gespräch. Berlin: de Gruyter, S. 67-86.
- Imo, Wolfgang (2011a): Ad hoc-Produktion oder Konstruktion? – Verfestigungstendenzen bei Inkrement-Strukturen im gesprochenen Deutsch. In: GIDI-Arbeitspapiere 29. Online verfügbar unter: <http://audiolabor.uni-muenster.de/gidi/> (letzter Zugriff 08.11.2016).
- Imo, Wolfgang (2011b): Cognitions are not observable – but their consequences are: Mögliche Aposiopese-Konstruktionen in der gesprochenen Alltagssprache. In: Gesprächsforschung – Online Zeitschrift zur verbalen Interaktion. Ausgabe 12, S. 265-300.
- Imo, Wolfgang (2012): Ellipsen, Inkremente und Fragmente aus interaktionaler Perspektive. In: GIDI-Arbeitspapierreihe 45.
- Imo, Wolfgang (2013): Sprache in Interaktion. Analysemethoden und Untersuchungsfelder. Berlin u. New York: de Gruyter (=Linguistik – Impulse & Tendenzen 49).
- Imo, Wolfgang (2015): ‚Schnittmuster‘ in der Interaktion: Adressatenzuschnitt, Situationszuschnitt, Gattungszuschnitt. In: Interaktion Sprache Arbeitspapierreihe. Arbeitspapier Nr. 50. Online verfügbar unter: <http://arbeitspapiere.sprache-interaktion.de> (letzter Zugriff 15.11.2016).
- Imo, Wolfgang (2016a): Das Problem der zweiten Meinung. Vom Umgang mit Misstrauen in onkologischen Therapieplanungsgesprächen. In: Interaktion Sprache Arbeitspapierreihe. Arbeitspapier Nr. 62. Online verfügbar unter: <http://arbeitspapiere.sprache-interaktion.de> (letzter Zugriff 11.08.2016).
- Imo, Wolfgang (2016b): Grammatik. Eine Einführung. Stuttgart: J.B. Metzler.
- Jefferson, Gail (1983): Notes on a systematic deployment of the acknowledgement tokens „Yeah“ and „Mm hm“. In: Tilburg Papers in Language and Literature 30, S. 1-18.
- Kallmeyer, Werner (1989): Wir und die Anderen: Sprachliche Symbolisierung sozialer Identität und soziale Segmentierung. In: Nelde, P. H. (Hrsg.): Urban language conflict/ Urbane Sprachkonflikte. Bonn: Dümmer, S. 31-46.
- Kallmeyer, Werner (2001): Beraten und Betreuen. Zur gesprächsanalytischen Untersuchung von helfenden Interaktionen. In: Zeitschrift für Qualitative Bildungs-, Beratungs- und Sozialforschung 2, S. 227-252.
- Kallmeyer, Werner (2008): Konversationsanalytische Beschreibung. In: Ammon, Ulrich; Dittmer, Norbert; Mattheier, Klaus J. (Hgg.): Soziolinguistik. Ein internationales Handbuch zur Wissenschaft von Sprache und Gesellschaft. Bd. 2. Berlin u. News York: de Gruyter, S. 1095-1108.
- Kang, M. Agnes (1998): Strategies of inclusion: Addressee(s) in triadic exchanges. In: Text 18 (3), S. 383-416.
- Kitzinger, Celia (2005a): „Speaking as a Heterosexual“: (How) Does Sexuality Matter for Talk-in-Interaction? In: Research on Language and Social Interaction, 38(3), S. 221-265.
- Kitzinger, Celia (2005b): Heteronormativity in Action: Reproducing the Heterosexual Nuclear Family in After-hours Medical Calls. In: Social Problems 52 (4), S. 477-498.

- Kotthoff, Helga (1996): Witzige Darbietungen als Talk-Shows. Zur kommunikativen Konstruktion von Gruppenkulturen. In: Dies. (Hrsg.): Scherzkommunikation. Beiträge aus der empirischen Gesprächsforschung. Opladen: Westdeutscher Verlag (Jetzt Verlag für Gesprächsforschung), S. 145-193.
- Köhle, Karl/Raspe, Hans-Heinrich (Hrsg.) (1982): Das Gespräch während der ärztlichen Visite. Empirische Untersuchungen. München: Urban & Schwarzenberg.
- König, Katharina (2014): Spracheinstellungen und Identitätskonstruktion. Eine gesprächsanalytische Untersuchung sprachbiographischer Interviews mit Deutsch-Vietnamesen. Berlin u. New York: de Gruyter.
- Labov, William (1972): Rules for ritual insults. In: Sudnow, David (Hrsg.): Studies in social interaction. New York: The Free Press, S. 120-169.
- Laidsaar-Powell et al. (2013): Physician-patient-companion communication and decision-making: a systematic review of triadic medical consultations. Patient Education and Counseling 91(1), S. 3-13.
- Lalouschek, Johanna (2002): Frage-Antwort-Sequenzen im ärztlichen Gespräch. In: Brünner, Gisela/Fiehler, Reinhard/Kindt, Walther (Hrsg.): Angewandte Diskursforschung. Bd. 1: Grundlagen und Beispielanalysen. Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung, S. 155-173.
- Lapp, Edgar (1992): Linguistik der Ironie. Tübingen.
- Lerner, Gene (1993): Collectivities in in action: Establishing the relevance of conjoined participation in conversation. In: Text 13 (2), S. 213-245.
- Lerner, Gene (1996): Finding ‚Face‘ in the Preference Structures of Talk-in-Interaction. In: Social Psychology Quarterly 59 (4), S. 303-321.
- Lerner, Gene (2003): Selecting next speaker: The context-sensivity operation of a context-free organization. In: Language in society 32, S. 177-201.
- Levinson, Stephen C. (1983): Pragmatics. Cambridge: Cambridge University Press.
- Levinson, Stephen C. (1988): Putting Linguistics on a Proper Footing. Explorations in Goffman's Concepts of Participation. in: Drew, Paul/Wootton, Anthony (Hrsg.): Erving Goffman. Exploring the Interaction Order. Cambridge: Polity, S. 161-227.
- Levinson, Stephen C. (2000). Pragmatik. Tübingen: Niemeyer.
- Levinson, Stephen C. (2007): Optimizing person reference – perspectives from usage in Rossel Island. In: Enfield, Nick J./Stivers, Tanya (Hrsg.): Person reference in interaction: Linguistic, cultural, and social perspectives. Cambridge: Cambridge University Press, S. 29-73.
- Lindemann, Katrin (2015): Emotionen in der medizinischen Kommunikation. In: Busch, Albert/Spranz-Fogasy, Thomas (Hrsg.): Handbuch Sprache in der Medizin. Berlin: de Gruyter Mouton, S. 154-170.
- Linell, Per (1998): Approaching Dialogue: Talk, Interaction and Contexts in Dialogical Perspectives. Amsterdam John Benjamins Publishing.
- Linke, Angelika (2001): Zur allmählichen Verfestigung soziokultureller Konzepte im Medium alltäglichen Sprachgebrauchs. Sprache im Alltag: Beiträge zu neuen Perspektiven in der Linguistik. Eds. Andrea Lehr, et al. Berlin u. New York: de Gruyter, S. 373-388.
- Löbner, Sebastian (2003): Semantik. Eine Einführung. Berlin u. New York: de Gruyter.
- Löning, Petra (2001): Gespräche in der Medizin. In: Brinker, Klaus; Antos, Gerd; Heinemann, Wolfgang; Sager, Sven F. : Text- und Gesprächslinguistik. Berlin u. New York: de Gruyter, S. 1576-1588.
- Löning, Petra/Sager, Sven F. (1986): Kommunikationsanalysen ärztlicher Gespräche. Ein Hamburger Workshop: Hamburg.

- Lucius-Hoene, Gabriele/Deppermann, Arnulf (2002): Rekonstruktion narrativer Identität. Ein Arbeitsbuch zur Analyse narrativer Interviews. Opladen: Leske und Budrich.
- Luckmann, Thomas (2012): In: Ayaß, Ruth/Meyer, Christian: Sozialität in Slow Motion: Theoretische und empirische Perspektiven. Berlin: Springer.
- Manne S./Glassman, L. (2000): Perceived control, coping efficacy, and avoidance coping as mediators between spouses' unsupportive behaviors and cancer patients' psychological distress. *Health Psychology* 19, S. 155-164.
- Maynard, Douglas (2003): *Bad News Good News: Conversational Order in Everyday Talk and Clinical Settings*. Chicago: University of Chicago Press.
- Meyer, Bernd (2000): Dolmetschen im medizinischen Aufklärungsgespräch. In: Kalina, Sylvia/Buhl, Silke/Gerzymisch-Arbogast, Heidrun (Hrsg.): *Arbeitsberichte des Advanced Translation Research Center. Dolmetschen: Theorie – Praxis – Didaktik. Arbeitsberichte des Advanced Translation Center (ATRC), Bd.2. St. Ingbert: Röhrig, S. 45-72.*
- Michel, Christoph/Newen Albert (2007): Wittgenstein über Selbstwissen. Verdienste und Grenzen seiner Sprachspiel epistemologie. In: Müller, Thomas/Newen, Albert (Hrsg.): *Logik, Begriffe und Prinzipien des Handelns*. Paderborn: Mentis 2007, S. 165-196.
- Mishler, Elliot George (1984): *The Discourse of Medicine: Dialectics of Medical Interviews*. Connecticut: Greenword Publishing Group.
- Mondada, Lorenza (2002): Die interaktive Formulierung der medizinischen Beschreibung. In: Gülich, Elisabeth/Schöndienst, Martin/Surmann, Volker (Hrsg.): *Wie Anfälle zur Sprache kommen. Psychotherapie und Sozialwissenschaft. Zeitschrift für qualitative Forschung (5/3), S. 341-353.*
- Müller, Rolf Arnold (1973): *Komik und Satire*. Zürich.
- Nothdurft, Werner (1986): Schilderung von Beschwerden in ärztlichen Sprechstundengesprächen. In: Löning, Petra; Sager, Sven F. (Hgg.): *Kommunikationsanalysen ärztlicher Gespräche. Ein Hamburger Workshop*. Hamburg: Buske. S. 17-39.
- Nothdurft, Werner (1992): Medizinische Kommunikation: Geschlossene Diskurssysteme. In: *Deutsche Sprache* 3, S. 193 -206.
- Nothdurft, Werner/Reitemeier, Ulrich/Schröder, Peter (Hrsg.) (1994): *Beratungsgespräche. Analyse asymmetrischer Dialoge*. Tübingen: Narr.
- Nowak, Peter (2010): *Eine Systematik der Arzt-Patienten-Interaktion. Systemtheoretische Grundlagen, qualitative Synthesemethodik und diskursanalytische Ergebnisse zum sprachlichen Handeln von Ärztinnen und Ärzten*. Frankfurt a.M. u.a.: Peter Lang.
- Nowak, Peter/Spranz-Fogasy, Thomas (2008): *Medizinische Kommunikation – Arzt und Patient im Gespräch*. In: Bogner, Andreas/Eichinger, Ludwig M/Kelletat, Andreas F./Krumm, Hans-Jürgen/Michel, Willy/Wierlacher, Alois/Dengel, Barbara (Hrsg.): *Jahrbuch Deutsch als Fremdsprache 34/2008*. München: ludicum, S. 80-96.
- Nübling, Damaris/Fahlbusch, Fabian/Heuser, Rita (2012): *Namen. Eine Einführung in die Onomastik*. Tübingen: Narr.
- Pekarek-Doehler, Simona (2011): Clause-combining and the sequencing of actions: Projector constructions in French talk-in-interaction. In: Laury, Ritva/Suzuki, Ryoko (Hrsg.): *Subordination in Conversation. A cross-linguistic perspective*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins, S. 103-148.
- Peräkylä, Anssi (2006): Communicating and responding to diagnosis. In: Heritage, John/Maynard, Douglas (Hrsg.) *Practising Medicine: Structure and Process in Primary Care Encounters*. Cambridge: Cambridge University Press, S. 214-247.

- Peräkylä, Anssi/Sorjonen, Marja-Leena (Hrsg.) (2012): Emotion in Interaction. Oxford Studies in Sociolinguistics. In: Language and Dialogue 4:3, S. 494-496.
- Posenau, André (2014): Analyse der Kommunikation zwischen dementen Bewohnern und dem Pflegepersonal während der Morgenpflege im Altenheim. Empirische Kommunikationsforschung im Gesundheitswesen (EKiG) Band 1. Mannheim: Verlag für Gesprächsforschung. PDF online verfügbar unter: [www.verlag-gespraechsforschung.de/2014/pdf/demenz.pdf](http://www.verlag-gespraechsforschung.de/2014/pdf/demenz.pdf) (letzter Zugriff 22.11.2016).
- Quasthoff, Uta M. (1980): Erzählen in Gesprächen. Tübingen: Narr.
- Quasthoff, Uta M. (1990): Das Prinzip des primären Sprechers, das Zuständigkeitsprinzip, das Verantwortungsprinzip. Zum Verständnis von „Alltag“ und „Institution“ am Beispiel der Verteilung des Rederechts in der Arzt-Patienten-Interaktion. In: Ehlich, Konrad/Koerfer, Armin/Redder, Angelika/Weingarten, Rüdiger (Hrsg.): Medizinische und therapeutische Kommunikation. Wiesbaden: Springer Fachmedien, S. 66-82.
- Renz-Polster, Herbert/Menche, Nicole/Schäffler, Arne (2012): Gesundheit für Kinder: Kinderkrankheiten verhüten, erkennen, behandeln. Aktualisierte und überarbeitete Neuauflage. München: Kösel-Verlag.
- Roche Lexikon Medizin (2003): 5., neu bearbeitete und erweiterte Auflage. Hg. v. Hoffmann-La Roche AG und Urban & Fischer. Bearbeitet von der Lexikonredaktion des Urban & Fischer Verlags unter der Leitung von Dagmar Reiche. München und Jena.
- Rosumek, Silke (1990): Sprachliche Rituale. Vertrauensbildende Maßnahmen in der Arzt-Patienten-Kommunikation. In: Ehrlich, Konrad/Koerfer, Armin/Redder, Angelika/Weingarten, Rüdiger (Hrsg.): Medizinische und therapeutische Kommunikation. Diskuranalytische Untersuchungen. Opladen: Westdeutscher Verlag, S. 27-40.
- Sacks, Harvey (1967/95): Lectures on Conversation. Oxford u. Cambridge, Mass.: Blackwell.
- Sacks, H. (1972a). An initial investigation of the usability of conversational data for doing sociology. In: Sudnow, David (Hrsg.): Studies in social interaction. New York: Free Press, S. 31-74.
- Sacks, Harvey (1972b): On the analyzability of stories by children. In: Gumperz, John/Hymes, Dell (Hrsg.): Directions in Sociolinguistics. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Sacks, Harvey (1975): Everyone has to lie. In: Sanches, Mary/Blount, Ben G. (Hrsg.): Sociocultural dimensions of language use. New York: Academic Press, S. 57-80.
- Sacks, Harvey (1984): Notes on methodology. In: Atkinson, Maxwell/Heritage, John (Hrsg.): Structures of Social Actions: Studies in Conversation Analysis, Cambridge: Cambridge University Press, S. 21- 27.
- Sacks, Harvey (1995): Lectures in Conversation Part I. Oxford: Blackwell.
- Sacks, Harvey/Schegloff, Emanuel/Jefferson, Gail (1974): A simplest systematics for the organization of turn-taking for conversation. In: Language 50 (4/1), S. 696-735.
- Sacks, Harvey/Schegloff, Emanuel (1979): Two preferences in the organization of reference to persons in conversation and their interaction. In: Psathas, George (Hrsg.): Everyday Language: Studies in Ethnomethodology. New York: Irvington, S. 15-21.
- Sachweh, Svenja (2003): „so frau adams guck mal ein feines bac-spray gut“. Charakteristische Merkmale der Kommunikation zwischen Pflegepersonal und BewohnerInnen in der Altenpflege. In: Fiehler, Reinhard/Thimm, Caja (Hrsg.): Sprache und Kommunikation im Alter. Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung, S. 143-160.
- Sator, Marlene/Spranz-Fogasy, Thomas (2011): Medizinische Kommunikation. In: Karlfried Knapp et al. (Hrsg.): Angewandte Linguistik. Ein Lehrbuch. Tübingen und Basel: A. Francke Verlag. S. 376-393.

- Schegloff, Emanuel A. (1972): „Notes on a conversational practice: formulating place“. In: Sudnow, David (Hrsg.): *Studies in Social Interaction*. New York: Free Press, S. 75-119.
- Schegloff, Emanuel A. (1982): Discourse as an interactional achievement: some uses of ‚uh huh‘ and other things that come between sentences. In: Tannen, Deborah (Hrsg.): *Analysing Discourse: Text and Talk*. Washington D.C.: Georgetown UP, S. 71-139.
- Schegloff, Emanuel A. (1986): The Routine as Achievement. In: *Human Studies* 9, S. 111-151.
- Schegloff, Emanuel A. (1988): On an Actual Virtual Servo-Mechanism for Guessing Bad News: A Single Case Conjecture. In: *Social Problems* 35 (4), S. 442-457.
- Schegloff, Emanuel A. (1996a): Issues of relevance for discourse analysis: Contingency in action, interaction and co-participant context. In: Hovy, Eduard H. (Hrsg.): *Computational and Conversational Discourse. Burning Issues – An Interdisciplinary Account*. Berlin: Springer, S. 3-35.
- Schegloff, Emanuel A. (1996b): Some Practice of Referring to Persons in Talk-in-interaction: A Partial Sketch of a Systematics. In: Fox, Barbara (Hrsg.): *Studies in Anaphora*. Amsterdam Benjamins, S. 437-485.
- Schegloff, Emanuel A. (2007): Conveying who you are: the presentation of self, strictly speaking. In: Enfield, Nick J./Stivers, Tanya (Hrsg.): *Person reference in interaction: Linguistic, cultural, and social perspectives*. Cambridge: Cambridge University Press, S. 123-149.
- Schegloff, Emanuel/Sacks, Harvey (1973): Opening Up Closing. In: *Semiotica* 8, S. 289-327.
- Schenkein, Jim (1978): Sketch of an analytic mentality for the study of conversational interaction. In: Schenkein, Jim (Hrsg.): *Studies in the organization of conversational interaction*. New York: Academic Press, S. 1-6.
- Schilling, Lisa M./Scatena, Lisa/Steiner, John F./Albertson, Gail A./C. T., Linn/Cryan, Lisa/Ware, Lindsay/Anderson, Robert J. (2002): The third person in the room: frequency, role, and influence of companions during primary care medical encounters. *Journal of Family Practice* 51(8), S. 685-690.
- Schmitt, Reinhold (1997): Unterstützen im Gespräch. Zur Analyse manifester Kooperationsverfahren. In: *Zeitschrift für Sprachwissenschaft* 16.1/2 (Herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Sprachwissenschaft, DGfS). Göttingen, S. 52-82.
- Schmitt, Reinhold (2001): Von der Videoaufzeichnung zum Konzept ‚Interaktives Führungshandeln‘: Methodische Probleme einer inhaltlich orientierten Gesprächsanalyse. In: *Gesprächsforschung: Online Zeitschrift zur verbalen Interaktion* 2, S. 141-192.
- Schmitt, Reinhold/Deppermann, Arnulf (2009): "Damit Sie mich verstehen": Genese, Verfahren und Recipient Design einer narrativen Performance. In: Buss, Mareike (Hrsg.): *Theatralität des sprachlichen Handelns. Eine Metaphorik zwischen Linguistik und Kulturwissenschaften*. Paderborn/München: Fink, S. 79-109.
- Schröder, Hartmut (1997): „Ich sage das einmal ganz ungestützt“ – Hedging und wissenschaftlicher Diskurs. In: Danneberg, Lutz und Jürg Niederhauser (Hrsg.). *Darstellungsformen der Wissenschaft im Kontrast. Aspekte der Methodik, Theorie und Empirie*. Tübingen: Narr, S. 283-276.
- Schütz, Alfred (1951/71): Das Wählen zwischen Handlungsentwürfen. In: Schütz, Alfred (Hrsg.): *Gesammelte Aufsätze. Band 1*. Den Haag: Nijhoff, S. 77-110.
- Schwabe, Meike (2006): Kinder und Jugendliche als Patienten. Eine gesprächsanalytische Studie zum subjektiven Krankheitserleben junger Anfallpatienten in pädiatrischen Sprechstunden. Göttingen: V&R unipress.
- Schwitalla, Johannes (2001): Beteiligungsrollen im Gespräch. In: Brinker et al. (Hrsg.): *Text- und Gesprächslinguistik. 1. Halbband*. Berlin: de Gruyter, S. 1355-1361.

- Schwitalla, Johannes (2003): *Gesprochenes Deutsch. Eine Einführung*, Berlin: Schmidt.
- Schwitalla, Johannes (2006): *Kommunikative Funktionen von tun als Hilfsverb*. In: Günthner, Susanne/Imo, Wolfgang (Hrsg.): *Konstruktionen in der Interaktion*. Berlin und New York: de Gruyter, S. 127-153.
- Selting, Margret et al. (2009): *Gesprächsanalytisches Transkriptionssystem 2 (GAT 2)*. In: *Gesprächsforschung – Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion* 10, S. 353-402. URL: <http://www.gespraechsforschung-ozs.de/heft2009/px-gat2.pdf> (letzter Zugriff 20.12.2016).
- Sinclair, John McH./Mauranen, Anna (2006): *Linear unit grammar: integrating speech and writing*. Amsterdam Benjamins.
- Spranz-Fogasy, Thomas (1988): *Medikamente im Gespräch zwischen Arzt und Patient – Gesprächsanalysen für die Praxis*. In: *Deutsche Sprache* 3, S. 240-258.
- Spranz-Fogasy Thomas (2005): *Kommunikatives Handeln in Gesprächen*. In: Neises et al. (Hrsg.) 2005, S. 17-47.
- Spranz-Fogasy, Thomas (2007): *Miteinander reden – Ärzte und Patienten im Gespräch*. In: *Sprachreport* 23, S. 2-9.
- Spranz-Fogasy, Thomas (2010): *Verstehensdokumentation in der medizinischen Kommunikation: Fragen und Antworten im Arzt-Patient-Gespräch*. In: Deppermann, Arnulf/Reitemeier, Ulrich/Schmitt, Reinhold/Spranz-Fogasy, Thomas: *Verstehen in professionellen Handlungsfeldern*. S. 27-116 (Studien zur deutschen Sprache 52).
- Spranz-Fogasy, Thomas/Becker, Maria (2015): *Beschwerdenexploration und Diagnosemitteilung im ärztlichen Erstgespräch*. In: Busch, Albert/Spranz-Fogasy, Thomas (Hrsg.): *Handbuch "Sprache und Medizin"*. Handbücher Sprachwissen hrsg. v. Ekkehard Felder und Andreas Gardt, Bd. 11, Berlin: de Gruyter, S. 93-115.
- Stivers, Tanya (2001): *Negotiating who presents the problem: Next speaker selection in pediatric encounters*. In: *Journal of Communication* 51 (2), S. 1-31.
- Stivers, Tanya (2007): *Alternative recognitionals in person reference*. In: Enfield, Nick J./Stivers, Tanya (Hrsg.): *Person reference in interaction: Linguistic, cultural, and social perspectives*. Cambridge: Cambridge University Press, S. 73- 96.
- Stivers, Tanya/Majid, Asifa (2007): *Questioning Children: Interactional Evidence of Implicit Bias in Medical Interviews*. *Social Psychology Quarterly* 70 (4), S. 424-441.
- Streeck, Sabine (2002): *Dominanz und Kooperation in der neuropädiatrischen Sprechstunde*. In: Brünner, Gisela/Fiehler, Reinhard/Kindt, Walther (Hrsg.): *Angewandte Diskursforschung. Bd.1: Grundlagen und Beispielanalyse*. Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung, S. 174-196.
- Stempel, Wolf-Dieter (1976): *Ironie als Sprechhandlung*. In: Preisendanz, Wolfgang/Warning, Rainer (Hrsg.): *Das Komische*. München, S. 205-235.
- Stoltenburg, Benjamin (2012): *„ich will jetzt nicht sagen Reparaturen, aber...“ – Eine Gesprächsstrategie zur Indizierung von Problemstellen*. In: GIDI-Arbeitspapiere 47. Online unter: <http://audiolabor.uni-muenster.de/gidi/> (04.11.2016).
- Street, Richard L./Howard, Gordon S. (2008): *Companion participation in cancer consultations*. In: *Psycho-Oncology* 17, S. 224-251.
- Strong, P. M.(1979): *The Ceremonial Order of the Clinic. Parents, doctors and medical bureaucracies*. Aldershot et al.: Ashgate. (first published 1979 London/Boston: Routledge & Kegan Paul).
- Tannen, Deborah/Wallat, Cynthia (1982): *A sociolinguistic Analysis of Multiple Demands on the Pediatrician in Doctor/Mother/Child Interaction*. In: di Pietro, Robert J. (Hrsg.): *Linguistics an the professions. Proceedings of the 2<sup>nd</sup> Annual Delaware Symposium on Language Studies*. New Jersey, S. 39-50.

- Tannen, Deborah/Wallat, Cynthia (1993): Doctor/Mother/Child Communication: Linguistic Analysis of a Pediatric Interaction. In: Dundas Todd, Alexandra/Fisher, Sue (Hrsg.): The Social Organisation of Doctor-Patient Communication. Norwood, New Jersey: Ablex Publishing, S. 31-47.
- Tates, Kiek/Meeuwesen, Ludwien (2001): Doctor-parent-child communication. A (re)view of the literature. In: Social Science and Medicine 52. S. 839-851.
- Thimm, Caja (2003): Kommunikative Konstruktion der sozialen Kategorie ‚Alter‘ im Gespräch. In: Fiehler, Reinhard/Thimm, Caja (Hrsg.): Sprache und Kommunikation im Alter. Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung, S. 72-92.
- Wegner, Lars (2016): Lehrkraft-Eltern-Interaktionen am Elternsprechtag. Eine gesprächs- und gattungsanalytische Untersuchung. Berlin und Boston: de Gruyter.
- Weinrich, Harald (2005): Textgrammatik der deutschen Sprache. Hildesheim.
- Winterscheid, Jenny (2015): Pädiatrische Gespräche. In: Busch, Albert/Spranz-Fogasy, Thomas (Hrsg.): Handbuch Sprache und Medizin. Handbücher Sprachwissen hrsg. v. Ekkehard Felder und Andreas Gardt, Bd. 11, Berlin: de Gruyter, S. 188-207.
- Zifonun, Gisela/Hoffmann, Ludger/Strecker, Bruno (1997): Grammatik der deutschen Sprache. Berlin: de Gruyter.

### **Internetquellen**

- Bibliographie zur Gesprächsforschung des Instituts für Deutsche Sprache: Spezialbibliographie. URL: <http://hypermedia.ids-mannheim.de/pls/prag/bib.ansicht> (letzter Zugriff 21.09.2016).
- Deutsche Krebshilfe: „Von der Pathologie zum Patienten: Optimierung von Wissenstransfer und Verstehenssicherung in der Onkologie zur Verbesserung der Patientensicherheit.“ URL: <http://krebshilfe.sprache-interaktion.de> (letzter Zugriff 14.06.16).
- EXMARaLDA Partitur-Editor: URL: <http://exmaralda.org/de/> (letzter Zugriff 16.09.2016).