

Sprache Interaktion

Arbeitspapierreihe

Arbeitspapier Nr. 82 (03/2019)

**Namentliche Anreden in onkologischen
Aufklärungsgesprächen: eine interaktional
ausgerichtete Studie zu Formen und
Funktionen onymischer Anreden**

Susanne Günthner

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

Namentliche Anreden in onkologischen Aufklärungsgesprächen: eine interaktional ausgerichtete Studie zu Formen und Funktionen onymischer Anreden

Susanne Günthner

Gliederung:

1. Einleitung
2. Namentliche Anreden in der Alltagsinteraktion
3. Zum Gebrauch onymischer Anreden in onkologischen Aufklärungsgesprächen
 - 3.1. Namentliche Anreden im Kontext von Gesprächsinitiiierungen und –beendigungen
 - 3.2. Namentliche Adressierungen im Kernbereich der Interaktionen
 - 3.2.1. Namentliche Adressierung zur Koordination der Gesprächsorganisation
 - I. Wechsel der Handlungs- und Themenausrichtung
 - II. Mobilisierung des Gegenübers zur Turnübernahme
 - 3.2.2. Erhöhte personalisierte Zuwendung zur Indizierung verstärkter Zuwendung und Eindringlichkeit
 - „Beziehungszeichen“ zur Indizierung von Mitgefühl
 - Indizierung von Eindringlichkeit und Ernsthaftigkeit
 - Trostsequenzen – erhöhte Emotionalität
4. Fazit

1. Einleitung

Dieser Beitrag widmet sich Formen und Funktionen namentlicher Anreden in onkologischen Aufklärungsgesprächen und damit in einer institutionellen Gattung, in der ÄrztInnen ihre PatientInnen über deren Krebsdiagnosen aufklären und die anstehenden Therapiemöglichkeiten mit ihnen abstimmen.¹ In diesen emotional sehr angespannten und belastenden Gesprächssituationen greifen ÄrztInnen – auch jenseits von Begrüßungs- und Verabschiedungssequenzen – immer wieder auf Formen onymischer Anrede ihrer PatientInnen zurück.

Die Studie orientiert sich an dem Ansatz der „Interactional Onomastics“ (De Stefani 2012; 2016) und somit an der Erforschung von onomastischen Anredeformen als dialogisch ausgerichtete Praktiken in authentischen Kommunikationssituationen (Günthner 2016).

¹ Zur Gattung onkologischer Aufklärungsgespräche siehe Günthner (2017).

2. Namentliche Anreden in der Alltagsinteraktion

Von Seiten der Onomastik bzw. Sozioonomastik liegen mittlerweile zahlreiche empirische Arbeiten zu Anredeformen vor, doch der tatsächliche Gebrauch onymischer Adressierungen in privaten wie institutionellen mündlichen Interaktionen stellt noch immer ein erhebliches Forschungsdefizit dar². Der Ansatz der „Interaktionalen Onomastik“ (De Stefani 2012; 2016) setzt sich folglich zum Ziel, die tatsächliche Verwendung von Namen in authentischen Alltagsgesprächen mittels Methoden der Konversationsanalyse bzw. Interaktionalen Linguistik zu untersuchen. Onymische Anreden werden hierbei als kontextkontingente kommunikative Ressource zur Durchführung sozialer Handlungen im Prozess der Interaktion verstanden.

Obgleich namentliche Adressierungen syntaktisch nicht-integriert, morphologisch nicht markiert und semantisch weglassbar sind, bilden sie – wie die vorliegende Analyse verdeutlicht – eine wichtige kommunikative Ressource zur Durchführung spezifischer kommunikativer Aufgaben.³

Konversationsanalytische Studien, die sich mit namentlichen Anreden in authentischen Gesprächskontexten befassen, unterscheiden u.a. zwischen „summons“ (d.h. Zurufen), die den ersten Teil einer „summons-answer“-Paarsequenz bilden, um das Gegenüber zur fokussierten Interaktion auffordern (hierzu u.a. Schegloff 1968; Lerner 2003; Clayman 2013) und „address terms“ (d.h. vokative Anreden im Redezug), die u.a. in Zusammenhang mit Turnzuweisungen („current speaker selects next“-Technik) in Mehrparteiengesprächen verwendet werden (Sacks/Schegloff/Jefferson 1978: 29). Darüber hinaus verdeutlichen konversationsanalytische Studien, dass namentliche Anreden durchaus auch in dyadischen Interaktionen eingesetzt werden, in denen die Turnzuweisung eindeutig ist (Lerner 2003; Clayman 2010, 2012; Günthner 2016). In diesem Zusammenhang argumentiert Lerner (2003: 184), dass Adressierungsformen „appear to be deployed *to do more than simply specify whom the speaker is addressing*“ (Kursivdruck S.G.). Doch was bedeutet dieses „Mehr“? In anderen Worten: Wel-

² Vgl. u.a. die Arbeiten von Schwitalla (1993; 1995; 2010a,b); Hartung (2001); Günthner (2016); Dzanko (2018) zu onymischen Anreden in deutschsprachigen Face-to-face-Interaktionen.

³ Die wenigen (von Seiten der Konversations- bzw. Gesprächsanalyse vorliegenden) Untersuchungen zum Gebrauch namentlicher Adressierungen in authentischen Interaktionen (Schegloff 1968; Schwitalla 1995, 2010a,b; Hartung 2001; Lerner 2003; Rendle-Short 2007; Norrick/Bubel 2009; Clayman 2010, 2012, 2013; Butler et al. 2011; Bauer 2016; Günthner 2016; Dzanko 2018) basieren oftmals auf englischen (britischen, amerikanischen und australischen) Daten in spezifischen Kontexten (u.a. Presseinterviews etc.). Im Bereich der Arzt-Patienten-Kommunikation existieren bislang primär Untersuchungen zu Anamnesegesprächen unter sprachvergleichender Perspektive (wie Norrby et al. 2015 zum Vergleich schwedisch-schwedischer und finnisch-schwedischer Anredeformen in Arzt-Patienteninteraktionen sowie Dzanko 2018 zu bosnisch-herzegowinischer und deutscher Arzt-Patient-Kommunikation).

che Funktionen haben namentliche Adressierungspraktiken,⁴ die jenseits der reinen Desambiguierung der AdressatInnen und der Turnzuweisung eingesetzt werden – zumal sie aufgrund ihrer grammatischen und semantischen Weglassbarkeit als „redundant“ gelten?

An dieser Stelle setzt das zentrale Erkenntnisinteresse der vorliegenden Analyse an, das die Gebrauchsweisen onymischer Anredeformen in onkologischen Aufklärungsgesprächen und damit in einer oftmals dyadisch ablaufenden, emotional stark aufgeladenen und hochsensiblen institutionellen Gattung untersucht: In welchen kommunikativen Zusammenhängen adressieren die ÄrztInnen ihre PatientInnen namentlich und welche Funktionen haben diese Anredepraktiken im Kontext der vorliegenden Gattung?

3. Zum Gebrauch onymischer Anreden in onkologischen Aufklärungsgesprächen

Die der Analyse zugrundeliegenden Daten umfassen 40 onkologische Aufklärungsgespräche, die im Rahmen des von der Deutschen Krebshilfe geförderten Projektes *„Von der Pathologie zum Patienten: Optimierung von Wissenstransfer und Verstehenssicherung in der Onkologie zur Verbesserung der Patientensicherheit“*⁵ (Bentz et al. 2016; Imo 2016; Günthner 2017) am Städtischen Klinikum Karlsruhe von Oktober 2014 bis April 2015 erhoben, aufgezeichnet und nach GAT 2 (Selting et al. 2009) transkribiert wurden.

Den Aufklärungsgesprächen geht folgende Situation voraus: Die PatientInnen wurden von ihren Haus- bzw. FachärztInnen zur Gewebe- bzw. Blutentnahme ins Klinikum geschickt. Nach Eintreffen des pathologischen Befundes werden sie zu einem Gespräch in die betreffende Abteilung (Gynäkologie, Innere Medizin, Hämatologie etc.) des Klinikums eingeladen. Ist der pathologische Befund für die PatientInnen „unproblematisch“, wird ihnen dies oftmals bereits telefonisch mitgeteilt. Im Fall einer Erkrankung (u.a. einer Krebserkrankung) werden sie dagegen zu einem Gespräch ins Krankenhaus einbestellt. Die Gespräche werden von erfahrenen Chef-, Stations- bzw. OberärztInnen der jeweiligen Fachklinik durchgeführt. Gelegentlich sind noch AssistenzärztInnen, FamulantInnen bzw. StudentInnen im praktischen Jahr

⁴ Zum Konzept kommunikativer Praktiken siehe u.a. Günthner/König (2016); Deppermann/Feilke/Linke (2016).

⁵ Das von Prof. Dr. med. Martin Bentz (Medizinische Klinik III am Städtischen Klinikum Karlsruhe), Prof. Dr. med. Thomas Rüdiger (Institut für Pathologie am Städtischen Klinikum Karlsruhe) und Prof. Dr. Wolfgang Imo (Universität Duisburg-Essen bzw. Hamburg) geleitete Forschungsprojekt wird von der Deutschen Krebshilfe (Projekt Nummer 111172) gefördert. Hierzu auch Bentz et al. (2016). Ich danke den Kollegen für die Möglichkeit, an dem Projekt aktiv mitzuarbeiten.

anwesend. In einigen Fällen bringen die PatientInnen auch eine Begleitperson (LebenspartnerIn, Kind, FreundIn etc.) mit.⁶

Die Gespräche zeichnen sich durch eine komplexe Aufgabenstellung aus, die von den betreffenden ÄrztInnen kommunikativ und in Abstimmung mit den PatientInnen zu bewältigen ist (Günthner 2017): Die ÄrztInnen müssen den PatientInnen die schlechte Nachricht – die Diagnose einer lebensbedrohlichen Krebserkrankung – übermitteln und diese erläutern; zugleich sollen sie den PatientInnen aber auch Mut machen, Hoffnungen aufzeigen bzw. sie trösten (Günthner 2017; Imo 2017a). Darüber hinaus haben die ÄrztInnen die Aufgabe, den Therapieplan mit teilweise sehr belastenden Therapieschritten (wie Strahlen- und Chemotherapie) mit den PatientInnen abzustimmen (Bentz et al. 2016; Imo 2016).

Die onkologischen Aufklärungsgespräche weisen eine Vielzahl namentlicher Adressierungen auf. So werden in den vorliegenden 40 Gesprächen, die zwischen 5 und 31 Minuten dauern, 61 namentliche Anreden eingesetzt, die auf folgende Personen entfallen:⁷

ÄrztInnen gegenüber PatientInnen	44
ÄrztInnen gegenüber Begleitpersonen	4
PatientInnen gegenüber ÄrztInnen	10
Begleitpersonen gegenüber ÄrztInnen	2
unklare Zuordnung	1

Die Adressierungen der ÄrztInnen, die bei weitem die der PatientInnen überwiegen (81,48% vs. 18,51%), werden einerseits im Rahmen der „rituellen Klammer“ (Goffman 1974/82: 118f.) – und damit in der Begrüßungs- (in 13 Fällen) und in der Verabschiedungssequenz (9 Fälle) – verwendet, andererseits aber auch während der Hauptphase der Interaktion (22 Fälle).⁸

⁶ Eine ausführliche Darstellung des Projektaufbaus und der Projektziele findet sich in Bentz et al. (2016). Die ProjektmitarbeiterInnen waren während der Gespräche nicht anwesend; die Aufnahmegerate wurden von den ÄrztInnen selbst zu Gesprächsbeginn eingeschaltet. Zur kommunikativen Rolle dritter Personen, die die PatientInnen zum Gespräch begleiten, siehe Wiemer (2017).

⁷ Vier der Gesprächsaufnahmen setzen erst nach der Begrüßungsphase ein. Folglich konnten die namentlichen Anreden in diesen Begrüßungen nicht mitgezählt werden.

⁸ Hier zeigen sich erhebliche Unterschiede zu sonstigen Arzt-Patienten-Interaktionen, wo (so Dzanko 2018) nominale Anreden der PatientInnen vor allem im Kontext von Begrüßungs- und Verabschiedungssequenzen sowie gelegentlich noch bei der Eröffnung der Beschwerdeschilderung auftreten.

Wer adressiert wen?	Begrüßungssequenz	Abschiedssequenz	Hauptphase
ÄrztInnen gegenüber PatientInnen	13	9	22
ÄrztInnen gegenüber Begleitpersonen	3		1
PatientInnen gegenüber ÄrztInnen		4	6
Begleitpersonen gegenüber ÄrztInnen	1		1
Unklarer Fall			1

Die onymischen Anreden haben unterschiedliche sequentielle Positionen inne: einheiteninitial (im Vor-Vorfeld), -final (im Nachfeld bzw. als inkrementelle Ergänzung), mittig positioniert sowie alleinstehend:

Sequenzielle Position der namentlichen Anreden ⁹	
TCU-initial	31
TCU-final	11
TCU-mittig	12
alleinstehend (bilden eigene TCU)	2
pivotal Position	4
unklare Fälle	1

3.1. Namentliche Anreden im Kontext von Gesprächsinitiierungen und -beendigungen

Die Hälfte der ärztlichen Adressierungen gegenüber ihren PatientInnen erfolgt in den Gesprächsinitiierungen und -beendigungen und damit in den „rituellen Klammerphasen“ (Goffman 1974/82) des Gesprächs. Diese gesprächsrahmenden Sequenzen bilden nach Goffman (1974/82: 118f.) ein „Zugänglichkeitsritual“, mit dem SprecherInnen den „Übergang zu einem Zustand erhöhter bzw. verminderter Zugänglichkeit“ markieren (Goffman 1974/82:

⁹ Die Zuordnung von Anredeformen zu sequenziellen Positionen ist nicht immer klar ermittelbar: Einerseits können sie zwischen zwei TCUs stehen, ohne dass Syntax, Prosodie etc. Aufschluss der Zugehörigkeit geben („pivotal position“); andererseits gehen Anreden im Vor-Vorfeld oftmals Diskursmarker, Partikeln, Konnektoren etc. voraus. Im Fall solcher Kombinationen mit Diskursmarker, Konnektoren (z.B. „Ja, Frau Müller...“ oder „Nur Herr Maier...“) etc. behandle ich (im Unterschied zu Rendle-Short 2007) und in Einklang mit Dzanko (2018) die Anreden als „initial“. Auch ist der prosodische Bruch zwischen der vorausgehenden TCU und der Anrede bzw. der folgenden TCU nicht immer eindeutig, was eine Zuordnung erschwert. Hinzu kommt, dass in der Forschungsliteratur keineswegs klar zwischen Turns und TCUs unterschieden wird, so dass gelegentlich TCU-initiale Adressierungen als turn-initial bezeichnet werden (vgl. Dzanko 2018: 267).

118f.) und somit einen gemeinsamen „Interaktionsraum“ (Hausendorf 2013) aufbauen bzw. beenden.

Bei den vorliegenden Gesprächseröffnungen sind es stets die ÄrztInnen, die aufgrund der institutionellen Rollenverteilung und der damit verbundenen Asymmetrie in Bezug auf die Interaktionsorganisation, die Gesprächseröffnung durchführen und in diesem Zusammenhang die PatientInnen (u.a. zum Zwecke der Identitätsüberprüfung) namentlich ansprechen. In den Verabschiedungssequenzen finden sich gelegentlich auch namentliche Adressierungen von Seiten der PatientInnen (vor allem in Kombination mit einer Dankesfloskel wie „oKE herr doktor; (0.7) DANke schön.“; oder aber in Kombination mit abschließenden Zustimmungsfloskeln wie „Alles klar, frau DOKtor, (-) SO machen wa das;“).

Nicht nur die kontextuelle Situierung unterscheidet die Adressierungspraktiken der ÄrztInnen von denen der PatientInnen, auch reflektieren die gewählten Anreden die institutionellen Rollen und Hierarchien: Während die ÄrztInnen die PatientInnen durchweg mit „Frau/Herr + Familienname“ anreden, werden diese durch die PatientInnen und Begleitpersonen in sieben Fällen als „Frau/Herr Doktor“, in zwei Fällen mit „Frau/Herr Doktor + Familienname“ und nur in einem Fall mit der reziproken Form „Frau/Herr + Familienname“ adressiert.¹⁰

Jenseits der rituellen Klammer der Begrüßungs- und Verabschiedungssequenz werden namentliche Adressierungen jedoch auch in der Hauptphase der Interaktion verwendet – und dort primär von Seiten der ÄrztInnen (22:6). Diese Adressierungen sollen im Folgenden einer näheren Betrachtung unterzogen werden.

3.2. Namentliche Adressierungen im Kernbereich der Interaktionen

Zum Verständnis der folgenden Interaktionssequenzen sollen einige Hintergrundinformationen zur kontextuellen Einbettung der vorliegenden Interaktionen präsentiert werden: Die kommunikative Gattung der onkologischen Aufklärungsgespräche zeichnet sich durch einen routinisierten Ablauf des Gesprächs aus, der sich aus folgenden Segmenten zusammensetzt (Günthner 2017): Nach der von Seiten der ÄrztInnen initiierten Begrüßung rekapitulieren diese in der Regel zunächst einmal den Grund für den Gesprächsanlass, indem sie die Vorgeschichte und den vorliegenden Verdacht rekonstruieren und so die RezipientInnen auf die Diagnose vorbereiten. Im Anschluss übermitteln die ÄrztInnen die Diagnose, wobei sie den

¹⁰ Im Sinne Foleys (1997: 313) fungiert die Titelanrede „Frau/Herr Doktor (+ Familienname) als sozialdeiktische Anredeform, womit der Parameter der höheren sozialen Position des Angesprochenen expliziert wird und die SprecherIn „Ehrerbietung“ erweist.

aus der Pathologie vorliegenden Bericht „übersetzen“ und ihr Gegenüber über dessen Krebserkrankung aufklären. Die Übermittlung der lebensbedrohlichen Erkrankung wird von Seiten der ÄrztInnen als „schwieriges Thema“ kontextualisiert und damit als etwas, was ihnen schwerfällt, auszusprechen (Günthner 2017; 2018a; b; i.Dr.). Die ÄrztInnen haben in dieser Kommunikationssituation sowohl die Aufgabe der „wahrheitsgemäßen Übermittlung der Diagnose“ und zugleich die „des Mut- bzw. Hoffnungmachens“¹¹. Dies führt dazu, dass sie nach der Übermittlung der schlechten Nachricht, die bei den PatientInnen meist ein Verstummen auslöst, oftmals eine Umfokussierung auf hoffnungsvolle Aspekte (wie beispielsweise „aber Sie haben keinerlei Fremddmetastasen“ oder „mittlerweile haben wir eine sehr wirksame Therapie, die wir Ihnen anbieten können“) vornehmen, die den PatientInnen Mut machen soll (Günthner 2017; 2018a; b; i.Dr.). Daran anknüpfend leiten die ÄrztInnen über zur Besprechung des Therapieplans, bevor dann die Verabschiedungssequenz einsetzt.

3.2.1. Namentliche Adressierung zur Koordination der Gesprächsorganisation

Wie die folgenden Datenausschnitte zeigen, verwenden die ÄrztInnen vokative Anreden immer wieder als interaktionssteuernde Verfahren zur Koordination der Interaktionsorganisation. Die Mehrzahl interaktionsteuernder Adressierungen (86%) sind Turn- bzw. TCU-initial positioniert, wobei diese im Vor-Vorfeld des betreffenden Syntagmas positionierten Vokative unterschiedliche Aufgaben einnehmen können: (i) Einleitung eines Wechsels der Handlungs- und Themenausrichtung (d.h. Diskurssegmentierung) sowie (ii) Einholen ausbleibender Reaktionen bzw. die Mobilisierung zur Turnübernahme.¹²

I. Wechsel der Handlungs- und Themenausrichtung

Eine sequenzielle Position, in der ÄrztInnen die PatientInnen namentlich adressieren, beinhaltet *den Wechsel von der Begrüßungssequenz zur Rekapitulation der Vorgeschichte*, die zum vorliegenden Gespräch geführt hat.

Im folgenden Ausschnitt initiiert die Ärztin AW im Anschluss an die Begrüßungssequenz (Z. 001ff.) den Einstieg in die „zentrierte Interaktion“ (Goffman 1971). Unmittelbar im Anschluss – und prosodisch in die mit „AL::so“ beginnende Intonationskontur eingebunden – adressiert

¹¹ Diese Informationen verdanke ich Prof. Dr. Bentz (Städtisches Klinikum Karlsruhe). Nach Ditz (2005) zählen onkologische Aufklärungsgespräche, in denen PatientInnen „schlechte Nachrichten“ übermittelt bzw. die Diagnose Krebs mitgeteilt wird, zu den „professionell anspruchsvollsten Tätigkeiten“ im Medizinberuf.

¹² Diese Aufgaben ähneln den Beobachtungen von Schwitalla (1995), Clayman (2010), Rendle-Short (2007) und Dzanko (2018) zum Einsatz von Vokativen als Mittel der Diskurssegmentierung bzw. des „topic shift“.

AW ihr Gegenüber mit „frau JEhaus;“¹³ (Z. 13) und eröffnet damit den Beginn eines neuen Handlungskomplexes – der Rekapitulation der Vorgeschichte (Z. 013ff.):

GESPRÄCH 039¹⁴

001 AW: SO:::,
 002 guten TAG frau JEhaus,
 003 (ich) GRÜße sie,
 004 Aberg,
 005 bin leiterin vom (anonymisiert)zentrum;
 006 [GRÜße sie,]
 007 PW: [(xxx xxx x)]
 008 AW: guten TAG,
 009 NEHmen sie bitte platz,
 010 PW: DANke [schön;]
 011 [((Geräusch des Aufnahmegerätes))]
012 AW: SO:, (.)
013 AL::so frau JEhaus;
 014 SIE:: war_n ja im screening beim doktor YYY,
 015 PW: geNAU,=
 016 AW: =dann war_n se HIER beim professor Eberg,
 017 der hat so ne geWEbepro[be entnomm]en,
 018 PW: [ja ja,]
 019 AW: °hh wir ham die histoloGIE gekriegt,
 020 (???) auch,
 021 PW: [hm_hm,]

AW's Turneinstieg in Zeile 012 mit der Kombination aus gedehnter, zäsurierender Partikel „SO:“, dem ebenfalls gedehnt realisierten Diskursmarker „AL::so“ und der namentlichen Anrede „frau JEhaus;“ (Z. 013) indiziert eine Zäsur zur vorherigen Gesprächsphase – der Begrüßungssequenz.

Die Tatsache, dass im Vor-Vorfeld positionierte Gliederungspartikeln und Diskursmarker wie *so* und *also* in Kookurrenz mit einer namentlichen Anrede produziert werden, verwundert nicht, da auch diese Partikeln zur Aufmerksamkeitslenkung und Indizierung einer Neuausrichtung eingesetzt werden.¹⁵ Wie diese Diskursmarker ist auch die namentliche Anrede syntaktisch desintegriert und weglassbar, ohne dass die betreffende Äußerung ungrammatisch würde.

¹³ Die Namen sind durchweg anonymisiert. Ich verwende für die Familiennamen der PatientInnen unterschiedliche Buchstaben des Alphabets (A bis Z) zusammen mit dem Zusatz „haus“ (also „Ahaus“, „Behaus“, „Dehaus“ etc.). Die Namen der ÄrztInnen werden mit Buchstaben des Alphabets (A bis Z) sowie dem Zusatz „berg“ wiedergegeben.

¹⁴ Mit der Sigle „AW“ wird auf „Arzt/weiblich“ verwiesen, mit „PW“ auf „Patient/weiblich“. Entsprechend werden die Siglen „AM“ für „Arzt/männlich“ und „PM“ für „Patient/männlich“ verwendet.

¹⁵ Siehe Deppermann/Helmer (2013) zur Funktion des Diskursmarkers *also* zur Eröffnung eines „multi unit-Turns“. Siehe Günthner (2016) zur Kombination von turninitialen Adressierungen mit Partikeln bzw. Diskursmarkern.

Die Ärztin AW rekonstruiert in diesem Gesprächssegment zunächst die Schritte, die zum vorliegenden Befund geführt haben (Z. 012ff.). Diese Rekapitulation bisheriger Verdachtsmomente, Untersuchungen und Befürchtungen dient dazu, „dem Patienten noch einmal den Zusammenhang der nachfolgenden Diagnose zu vergegenwärtigen“ (Spranz-Fogasy/Becker 2015: 109) und ihn auf die folgende schlechte Diagnose vorzubereiten, die als etwas präsentiert wird, das bereits „im Raum stand“ (Günthner 2016). Mit der namentlichen Adressierung der Patientin „AL::so frau JEhaus;“ (Z. 012-012) (im Anschluss an die kurze Pause in Z. 11) fordert die Sprecherin AW nicht nur die Aufmerksamkeit der Patientin ein, sondern holt diese explizit in den Interaktionsraum herein, um deren Ausrichtung auf die Folgehandlung zu lenken.

Als Zeichen „erhöhter interpersoneller Zugänglichkeit“ (Goffman 1974/82: 116) sind gerade turn- bzw. handlungs-initiiierende Anredeformen dazu prädestiniert, der Gesprächspartnerin die Rezipientenrolle zuzuordnen und so – im Sinne eines „prospective indexicals“ (Goodwin 1996: 372) – eine intersubjektiv geteilte Ausrichtung auf die als relevant hochgestufte Aktivität herzustellen (Günthner 2016).

Auch im folgenden Ausschnitt wird die vokative Anrede des Patienten beim Wechsel von Gesprächsphasen eingesetzt¹⁶ – und zwar *von der Rekonstruktion der Vorgeschichte zur Initiierung der Diagnosemitteilung*. Der prosodische Bruch (Z. 046) und die folgende Kombination aus dem Diskursmarker *also* und der onymischen Anrede des Patienten leiten hier die Umfokussierung der diskursiven Ausrichtung (Z. 029-040) ein:¹⁷

GESPRÄCH 005-02
 029 AM: w_wir WISSen jetzt,
 030 dass sich das !BE!stätigt hat;
 031 (---) ne ich hatte erKLÄRT,
 032 EM: [((räuspert sich))]
 033 AM: [dass wir] geZIELT nach, (-)
 034 !ERB!GUT!veränderungen in den (---) ZELLen,
 035 (-) in den LEUKämIezellen suchen;
 036 ich hab auch erklÄrt,
 037 dass das !NICHTS! mit erbKRANKheit zu tun hat;
 038 EW: [((flüstert))]
 039 AM: [°h]hab ich AUSführlich drüber
 gesprOchen;=
 040 =könn_sie sich erINnern,
 041 ja?

¹⁶ Im Unterschied zu Claymans (2010) Untersuchungen zu „address terms“ in Presseinterviews werden diese in den onkologischen Aufklärungsgesprächen nicht etwa zur Markierung einer Abkehr der Agenda, sondern zum agenda-bezogenen Phasenwechsel verwendet.

¹⁷ EM und EW sind die Eltern des Patienten.

042 °h und ähm (-) DIEse sUche,
 043 hat DAS ergebnis (.) geBRACHT,
 044 von dem ich anNAHM,
 045 dass es es erBRINGT;
 046 (--)
047 also herr KAhaus,
048 sie haben eine sogenannte chrOnisch MYELOische
leukÄmie.
 049 ??: <<p> hm.>
 050 AM: das ist natürlich jetzt nicht SCHÖN;
 051 EW: [(flüstert im Hintergrund)]
 052 AM: weil es is [ne (--)] LETZten Endes;
 053 ??: [hm]
 054 (2.1) [KRANKheit,]
 055 EM: [(räuspert sich)]
 056 AM: (-) DIE,
 057 wenn man sie NICHT behandelt,
 058 (--) ja,
 059 =wenn man sie NICHT behandelt;
 060 (-) ERNST <<kichernd> zu nehmen> ist.
 061 (--) sie ist also behAndlungsPFLICHTig;

Wie in Gespräch 039 so tritt auch hier die namentliche Anrede „herr KAhaus,“ – im Anschluss an eine Schweigephase (Z. 046) – zusammen mit dem Diskursmarker „also“ im Vorfeld auf. Die Multifunktionalität der namentlichen Adressierung kommt auch hier zum Tragen: Mit der Anrede „also herr KAhaus,“ (Z. 047) wendet sich der Arzt explizit an den Patienten (und nicht an dessen Eltern). Ferner ist die Anrede insofern „shift implicative“, als sie eine Strategie repräsentiert „for informing the recipient that they should pay particular attention to the following talk, as it might be different from the preceding talk“ (Rendle-Short (2007: 1510). Im Unterschied zu Gliederungspartikeln, die ebenfalls „shift implicative“ sein können, fordert die namentliche Adressierung des Gegenübers zugleich dessen erhöhte Aufmerksamkeit ein: Nach Schwitalla (1993: 359) stellt die namentliche Adressierung „eins der stärksten Mittel [dar], um die Aufmerksamkeit einer Person zu wecken“.¹⁸ Diese „attention-getting“-Taktik trägt wiederum zum „foregrounding“ (Clayman 2010: 171) der Folgeäußerung bei, die auf diese Weise eine Relevanzhochstufung erfährt (Günthner 2016: 417). Zugleich kommt der namentlichen Anrede eine wichtige Funktion für die Kontextualisierung einer personifizierten Zuwendung an die/den PatientIn zu: Der namentliche „Identitätsaufhänger“ (Goffman 1967: 74) trägt dazu bei, das Gegenüber als „Individuum“ zu perspektivieren.

¹⁸ Siehe Carmody/Lewis (2006) zu neurologischen Studien der erhöhten Gehirnaktivierung beim Hören des eigenen Namens.

II. Mobilisierung des Gegenübers zur Turnübernahme

PatientInnen reagieren auf die Mitteilung der Krebsdiagnose in der Regel durch ein Verstummen bzw. eine Minimalreaktion (wie ein Seufzen); Turnübernahmen oder ausgedehnte Rezipientenreaktionen bleiben in Folge aus. Diese Abkehr vom reibungslosen Interaktionsverlauf indiziert die Betroffenheit, die bei den PatientInnen durch die Diagnoseübermittlung ausgelöst wird (Günthner 2017; 2018a; b).

Da die ÄrztInnen neben der Übermittlung und Erläuterung der Krebserkrankung jedoch auch die Aufgabe haben, die Therapieplanung mit den PatientInnen abzustimmen und dabei Informationen und Meinungen etc. von letzteren einzuholen, setzen sie an dieser Stelle immer wieder onymische Anreden als Ressource ein, um ihr Gegenüber zu einer Rückmeldung zu bewegen.

Im Anschluss an die Diagnosemitteilung versucht der Arzt AM der Patientin PW Hoffnung zu machen, indem er eine für die vorliegende Gesprächsgattung typische „*zwar...aber*“-Konstruktion verwendet (Günthner 2017; Günthner 2018a; b): Mit diesem zweiteiligen Format wird im initialen *zwar*-bzw. *schon*-Teil die schlechte Nachricht konzediert („es is schon ne KREBSerkrankung,“; Z. 209), während im unmittelbar folgenden *aber*-Teil der Arzt hoffnungsvolle und zuversichtsvermittelnde Aspekte fokussiert („aber (.) !NEIN!, aller vorAUSsicht nach müssen sie da nicht dran sterben, (1.0) sondern wir kriegen das ALler voraussicht nach hin;“; Z. 210-213):

GESPRÄCH 038

206 AM: °h und das ist sozusagen jetzt das POSitive, (--)
 207 bei dem NEGativen was ich ihnen sagen muss; (--)
 208 !JA!,
 209 es is schon ne KREBSerkrankung, (-)
 210 aber (.) !NEIN!,
 211 aller vorAUSsicht nach müssen sie da nicht
 dran sterben,
 212 (1.0)
 213 sondern wir kriegen das ALler voraussicht nach hin;
 214 (2.2)
 215 <<p> oKAY?>
 216 (1.1)
 217 WIE geht es jetzt weiter;
 218 (1.8)
 219 ((Schlurzgeräusche)) (.) **frau SEhaus-**
 220 sagen sie mir nochmal welcher JAHRgang sind sie?
 221 (--)
 222 PW: ZWEIundfünfzig,

Wie im vorliegenden Ausschnitt ersichtlich verfallen PatientInnen im Anschluss an die Diagnosemitteilung immer wieder in ein Schweigen, so dass die ÄrztInnen (wie auch AM) längere Passagen mit mehreren übergangsrelevanten Stellen, Pausen und „question tags“ (Hagemann 2009; König 2017) (Z. 206-221) alleine (ohne Rezipientenreaktionen) bewerkstelligen. Im Anschluss an die rhetorische Frage „WIE geht es jetzt weiter;“ (Z. 217) und der folgenden Pause (Z. 218) initiiert AM eine Nebensequenz, in der er das Geburtsjahr von „frau SEhaus“ erfragt (Z. 218-219): „sagen sie mir nochmal welcher JAHRgang sind sie?“ (Z. 220). Die diese Nebensequenz einleitende Adressierung stellt einen Versuch dar, die Patientin wieder in das aktive Interaktionsgeschehen zurückzuholen. PW produziert auch tatsächlich im Anschluss an die kurze Schweigephase (Z. 221) den erwartbaren zweiten Paarteil und liefert die gewünschte Antwort (Z. 222).

Die namentliche Adressierung der Patientin liegt hier an der Schnittstelle zweier kommunikativer Aufgaben: Zum einen initiiert der Arzt einen Wechsel der interaktionalen Ausrichtung hin zur Initiierung einer Nebensequenz; d.h. die onymische Adressierung ist „shift implicative“ und fordert eine erhöhte Aufmerksamkeit für folgende Umfokussierung ein. Zum andern holt er mit Hilfe der personifizierten Zuwendung die Patientin wieder in den Interaktionsraum zurück und aktiviert so (im Sinne einer „response“-Mobilisierung; Stivers/Rossano 2010; Droste/Günthner 2018) die Wiederherstellung des „alignment“.

Im folgenden Ausschnitt, der dem Ende der Therapiebesprechung entstammt, versucht die Ärztin AW die Patientin aufzumuntern und ihr durch den Verweis auf den ärztlichen Beistand (Z. 671, 672, 673) Mut zu machen:

GESPRÄCH 044-01
 661 AW: und wir gucken jetzt mal (.) oPE plan,
 662 wann wer¹⁹ sie da EINplanen können,
 663 wie_s AUSSieht,
 664 und dann (.) kriegen sie GLEICH,
 665 nachher so_n fahrPLAN,
 666 wo all_eh einfach ALles drauf[steht,]
 667 PW: [oKE,]
 668 PW: hm_hm;
 669 AW: ja?
 670 LM: [<<p> oKE:;>]
 671 AW: [da] verSORgen wir sie gut,
 672 wir passen GUT auf sie auf;
 673 des KRIEGen wer hin,
 674 ja?
 675 **gell frau FEhaus,**

¹⁹ Statt „wir“ verwendet AW gelegentlich die regionale Variante „wer“.

676 ja?
 677 PW: ja oKE,
 678 (-)
 679 AW: ALso,
 680 PW: DAN[ke,]
 681 AW: [bis]DANN,
 682 bitte SEHR gerne;=ne,
 683 frau FEhaus bis dann;=GELL,
 684 PW: ja,
 685 AW: [ja]
 686 ??: [tsch]ü:ss;

Die Betonung der ärztlichen Fürsorge („[da] verSORgen wir sie gut,“ und „wir passen GUT auf sie auf;“ Z. 671-672) und die zuversichtliche Aussage „des KRIEgen wer hin,“ mit dem inklusiven „wir“ (Z. 673) vermitteln ein solidarisches Zusammenwirken zum Wohl der Patientin. Im Anschluss fordert AW die Patientin mittels des „question tag“ „ja?“ (Z. 674) zur Reaktion auf. Nachdem diese jedoch nicht reagiert, initiiert AW mit der Kombination aus „gell“ und namentlicher Anrede („frau FEhaus,“; Z. 675) eine Korrektur des interaktiven „misalignment“ (Stivers 2008; Droste/Günthner 2018).

Die onymische Adressierung fungiert also auch hier als „response-mobilisierendes Mittel“, um eine Reaktion der Patientin einzuholen und sie wieder in den Interaktionsraum einzubeziehen. Darüber hinaus verleiht sie den vorausgehenden Zusicherungen „[da] verSORgen wir sie gut,“, „wir passen GUT auf sie auf;“ und „des KRIEgen wer hin,“ (Z. 671-673) rückwirkend Nachdruck.

„Optimistic projections“ (Jefferson 1988: 418ff.) und damit der Ausdruck von Hoffnung auf Besserung werden – wie Jefferson (1988: 431ff.) ausführt – in alltäglichen „trouble-talk“-Berichten oftmals „closure-implicative“ verwendet. Dies trifft auch auf die vorliegende Kommunikationssituation zu: Im Anschluss an den namentlichen „Anstupser“ und dem nachgeschobenen „question tag“ „ja?“ (Z. 676) präsentiert die Patientin schließlich die eingeforderte Rückmeldung (Z. 677), so dass AW schließlich den Übergang zur Gesprächsbeendigung („closing sequence“) einleiten kann.

Namentliche Anreden werden allerdings – wie die folgenden Ausschnitte verdeutlichen – nicht nur als Ressource zur strukturellen Koordination der Gesprächsorganisation eingesetzt, sondern sie haben auch Funktionen in Hinblick auf die Beziehungsgestaltung bzw. Bekundung einer individualisierten Zuwendung zur PatientIn inne.

3.2.2. Erhöhte personalisierte Zuwendung zur Indizierung verstärkter Zuwendung und Eindringlichkeit

Wie Heritage (1997) ausführt, weisen Arzt-Patienten-Interaktionen insofern eine Form der Asymmetrie auf, als ÄrztInnen den PatientInnen als „Routinefall“ betrachten, während der Patient seinen „Fall“ als „einzigartig“ bzw. „individuell“ erfährt. Die ärztliche Eliminierung individueller Faktoren gilt als „Strukturprinzip der professionellen Fallarbeit“ (Bergmann 2014: 428): „Wer eine Krankheit erkennen will, muß vom Individuum mit seinen besonderen Qualitäten absehen“ (Foucault 1973: 31). In seiner Darlegung zum professionellen Handeln in der Medizin thematisiert Frommer (2014: 109) folglich das Dilemma, mit dem ein/e ÄrztIn konfrontiert ist: Einerseits wird von ihr/ihm die professionelle Betrachtung des Patienten als „Fall“ erwartet und andererseits zugleich eine „Öffnung für die subjektive Sicht des Patienten“, welche wiederum zur „Patientenzufriedenheit und Compliance“ beiträgt. Diese Doppelpoligkeit erfordert immer wieder einen „Perspektivenwechsel“ von objektiven Falldaten hin zum „subjektiven Erleben“ und zu „subjektiven Relevanzsetzungen“ der PatientInnen (Frommer 2014: 109). Gerade die „Öffnung für die subjektive Sicht des Patienten“ berührt – so Frommer (2014: 109-110) –

„ (...) eine tiefer liegende ethische Dimension der Arzt-Patient-Beziehung im Sinne der Einsicht, dass das versachlichende Berufsselbstverständnis des Mediziners und auch der in Heilberufen Tätigen auf einer Abstraktions- und Dekontextualisierungsleistung beruht, die zwar wesentlich dem Ziel dient, störende emotionale Intrusionen in die Arbeit abzuwehren und ihren Rationalitätsgehalt zu maximieren, die andererseits aber auch ein dehumanisierendes Potenzial enthält.“

Auch die ÄrztInnen in den vorliegenden onkologischen Aufklärungsgesprächen zeigen – trotz der professionellen Abstrahierung vom Individuum – immer wieder Ansätze, den PatientInnen zu indizieren, dass sie diese als Person mit subjektiven Lebensumständen erkennen. Die namentliche Anrede stellt hierbei eine Ressource zur Indizierung einer erhöhten, individualisierten Zuwendung dar.²⁰

Im folgenden Ausschnitt setzt der Arzt (AM) die namentliche Adressierung des Patienten („herr LEhaus“; Z. 684) als „Beziehungszeichen“ in Zusammenhang mit *der Indizierung von Mitgefühl* ein. Das Gesprächssegment entstammt einer längeren Passage, in der der Patient die

²⁰ Wie auch Schwitalla (2010b: 179) ausführt, hat die namentliche Adressierung eine „besondere Bedeutung für die individuelle Identität“ des Gesprächspartners und für die Beziehung zwischen „Sprecher und Adressat“: „Personennamen sind gerade nicht ‚Schall und Rauch‘, sondern sie haben bis in die Einzelheiten der Lautung und Akzentsetzung hinein eine fast heilige‘ Bedeutung für die Betroffenen.“

letzten Monate und Jahre rekapituliert, die u.a. durch den Tod seiner Frau wie auch durch seine Erkrankung geprägt waren:²¹

GESPRÄCH 007-01

670 PM: der TOD von meiner frau,
 671 vorheriges JAHR,
 672 SAG ich mir,
 673 (-) was SCHLIMmes kann ein_m net passIere.
 674 (---) wegen dem_hab ich IMmer gsagt,
 675 (--) was- egAl was jetzt NACHkommt,
 676 KANN net so schlImm sein,
 677 wie DES im letschte jahr.
 678 AM: (-) °h [das::,]
 679 PM: [außer es] kann mir SELber passieren, (--)
 680 dass ich LETZTendlich so ende;
 681 aber alles VORher,
 682 isch IRgendwo:, (---)
 683 AM: ich verSTEH das.
684 herr LEhaus-
 685 das kann [ich auch SEHR gut,]
 686 PM: [des WAR ja irgend]wo;
 687 das war auch IRgendwo so m_meine kraft;
 688 wo ich geSAGT hab,
 689 (--) ich hab zwar NImmer meine frau,
 690 (--) aber ich HAB,
 691 ich hab die KRAFT,
 692 und die RÜCKmeldung von meine kinder gekrIEgt,
 693 (-) und des hat sehr GUT,
 694 es hat MIR geholfe;

Auf PM's emotional aufgeladenen Beitrag zum Tod seiner Frau und der dadurch erworbenen Lebenseinstellung reagiert AM mit der Verständniskundgabe „ich verSTEH das.“ (Z. 683). Im Anschluss an diese Indizierung von „intersubjective sharing“ (Tomasello/Carpenter 2007: 121) produziert er die namentliche Anrede des Patienten „herr LEhaus-“ (Z. 684). Diese nimmt insofern eine „pivot“-Position ein, als sie weder dem vorausgehenden noch dem folgenden Syntagma eindeutig zugeordnet werden kann und eine eigene prosodische Einheit bildet.²²

Wie bereits Goffman (1974/82: 256) ausführt, bildet die „soziale Identität“, die „sich auf unterschiedliche Merkmale wie Name und äußere Erscheinung gründet und durch Kenntnisse hinsichtlich seiner Biographie und seiner sozialen Eigenschaften ergänzt wird“, einen wesent-

²¹ Hierzu auch Imo (2017b: 28ff.).

²² Claymans (2012: 1863) Beobachtung zu „pivotal address terms“ in Presseinterviews trifft auch hier zu: “[a]ddress pivotal turn extensions [...] tend to expand whatever action/sequence was in progress rather than launching a new sequential trajectory.“ Auch im vorliegenden Ausschnitt folgt der Anrede eine „supportive elaboration of a prior claim“ (Clayman 2012: 1863): Mit seiner Folgeäußerung „das kann [ich auch SEHR gut,]“ (Z. 685) untermauert AM die vorausgehende Verstehenskundgabe.

lichen Faktor für die Konstitution sozialer Beziehungen. Folglich fungiert die namentliche Anrede des Gegenübers als wichtige Ressource, um die Kommunikationspartnerin als Person zu identifizieren, in ihrer sozialen Identität zu bestätigen und ein „Beziehungszeichen“ zu setzen.

Die vorliegende Sequenz veranschaulicht das, was Frommer (2014: 118) als „Unsichtbarmachung von Professionalität“ (Frommer 2014: 118) bezeichnet – nämlich eine individualisierte Empathiebekundung, die kurzfristig die ärztliche „Professionalität maskiert und den Eindruck von Alltagskommunikation gerade auch da erweckt, wo er direkt Ziele der Fallarbeit ansteuert“ (Frommer 2014: 118). Hierbei kommt die von Heritage (2011) als Dilemma beschriebene Aktivität des „displaying an understanding of the other person’s emotional situation, while orienting to an asymmetry regarding their experiential rights and/or emotive involvement“ zum Tragen (Kupetz 2014: 7).

Im folgenden Ausschnitt expliziert die Patientin PW im Anschluss an die Besprechung des Therapieplans ihre „Sprachlosigkeit“ angesichts ihres diagnostizierten Mammakarzinoms (Z. 235):

GESPRÄCH 035-1

232 PW: weil, (---)
 233 ich hab NIX zu verlieren;=ne,
 234 aber WISSen sie, (-)
 235 ich bin jetzt SPRACHlos; (-)
 236 ich bin <<sehr deutlich> REGelmäßig> zur
 untersuchung [gegangen?]
 237 AW: [hm,]
 238 (2.8)
 239 ich GLAUB_S ihnen, (.)
 240 PW: und und bei meine frAUeärztin,
 241 WAR ich auch,
 242 (2.7)
 243 AW: wann WAR_N sie da zuletscht,
 244 (3.5)
 245 PW: also Ich hab in meine BICHle,
 246 AW: hm_hm,=oKE,
 247 °h isch ja jetzt net so wichtig WANN genau,
 248 aber ISCH schon do-
 249 isch schon DOOF;
 250 ich GLAUB_S ihnen;
 251 isch schon schon BLÖD;
 252 <<p> ja;> (--)
 253 ((atmet tief ein und aus)) (2.0)
254 jetzt HELfe mer ihnen frau wehaus; (.)
 255 verSORgen sie gut,
 256 und GUCKe,
 257 dass mer das gut HINKriege;=hm?

Nachdem PW ihre Fassungslosigkeit angesichts dieser Diagnose (zumal sie „Regelmäßig“ zur Vorsorgeuntersuchung bzw. zur „frAUEärztin“ gegangen ist; Z. 236ff.) zum Ausdruck bringt, bewertet AW den für PW unfassbaren Befund mit „aber ISCH schon do- isch schon DOOF“ (Z. 248-249) und liefert hiermit ein „display of understanding of the other person’s emotional situation“ (Kupetz 2014: 4). Mit der folgenden Konstruktion „ich GLAUB_S ihnen;“ (Z. 250), die einen Verum-Fokus auf dem mentalen Verb „glauben“ hat, untermauert die Ärztin ihre Verständniskundgabe. Das klitisierte „_s“ stellt wiederum eine enge, aber zugleich vage Rückbindung an PW’s Affektäußerung her. Nach der erneuten Wiederholung ihrer mitfühlenden Bewertung „isch schon schon BLÖD;“ (Z. 251) und dem inkrementell ergänzten „<<p> ja;>“ (Z. 252), wechselt AW im Anschluss an die Pause (Z. 253) zu einer aufmunternd artikulierten, Solidarität markierenden Äußerung „jetzt HELfe mer ihnen frau wehaus; (.)“ (Z. 254). Das „jetzt“ indiziert hier den Umschwung vom vergangenen Zustand (dem Hadern mit dem Schicksalsschlag) hin zur Situation im hic-et-nunc, in der der Patientin nun geholfen wird. Die final positionierte Anrede „frau wehaus; (.)“ (Z. 254) markiert auch hier eine erhöhte Zuwendung an die Patientin und verstärkt aufgrund ihrer Postpositionierung die Expressivität der vorausgehenden Aussage: PW wird mit ihrer Situation nicht allein gelassen.²³

Eine vergleichbare Beobachtung macht auch Lerner (2003: 185), der betont, dass speziell post-positionierte Anredeformen eingesetzt werden, „to demonstrate a particular stance toward or a relationship with a recipient under circumstances where that demonstration is particularly relevant“.²⁴ In der Tat finden sich immer wieder Sequenzen, in denen die ÄrztInnen mit onymischen Anreden nicht nur eine erhöhte dialogische Orientierung am Gegenüber markieren, sondern auch eine Bereitschaft, sich auf deren individuellen Ängste, Befürchtungen, Wünsche etc. einzulassen. Letztendlich kommt diese Funktion dem von Clayman (2010: 178) (in Zusammenhang mit der Verwendung von „address terms“ in Presseinterviews) als „doing *speaking from the heart*“ bezeichneten Display sehr nahe: „This practice is plainly useful in a range of action environments where genuineness or sincerity becomes salient. Beyond enabling speakers to express belief in the absence of evidence (...), or in the face of contrary evidence and outright challenges (...), it also facilitates vows and promises that might otherwise come across as hollow and disingenuous.”

²³ Siehe auch Koerfer/Albus (2018: 837) zur Bedeutung „der namentlichen Nennung“ für die „Beziehungs-gestaltung“ in der Arzt-Patienten-Interaktion.

²⁴ Siehe auch Günthner (2017) sowie Couper-Kuhlen/Selting (2018: 23) zur „stance“-Markierung von final-positionierten Adressierungen „[...] turn-final address terms accomplish important interpersonal and stance-related work and in this sense are far from being mere ‚nose‘: in short, we cannot afford to neglect them“.

Allerdings zeigt der folgende Ausschnitt, dass *solche emotional aufgeladenen Displays personifizierter Zuwendung* keineswegs nur bei final positionierten namentlichen Adressierungen auftreten. Der Sequenz geht ein Konflikt zwischen dem begleitenden Ehemann LM und der Ärztin AW über die Behandlung der erkrankten Patientin PW voraus: Nachdem LM seine Position, dass seine Frau sich u.U. eher alternativen Heilverfahren statt einer OP unterziehen soll, dargelegt hat, entwickelt sich eine Diskussion zwischen der Ärztin und dem sehr bestimmt auftretenden Ehemann, der AW über alternative Heilkundeverfahren belehrt. AW bietet schließlich dem Paar an, die Histologie zu kopieren, so dass die beiden sich nochmals intensiv mit dem PW's Gynäkologen beraten können. Hierauf fragt PW an, ob sie den OP-Termin ggf. telefonisch mit AW abstimmen kann (PW und LM sind keine deutschen Muttersprachler):

GESPRÄCH 069

627 PW: DARF ich mit ihnen in telefonische kontakt also,
 628 dass ich dann schon feste terMIN dann mache,
 629 AW: FÜR die opera[tion,]
 630 PW: [ja;]
 631 AW: wir könn ihn_n GERne einen festen termin machen,
 632 sie können aber auch GERne nochmal, (-)
 633 sich nochmal mit [ihrem] FRAUenarzt beraten,
 634 PW: [ja;]
 635 AW: oder wenn sie eine ZWEITmeinung einholen,
636 h° aber frau BEhaus ich BITte sie, (-)
 637 bä_ schieben sie des NICH auf die lange bank;
 638 PW: [ja_ ja;]
 639 AW: [weil sie haben]WIRKlich SUpEr SUpEr, (---)
 640 chAncen geSUND zu sein hin[terher;]
 641 PW: [ja;]
 642 AW: (7.4)

Nachdem die Ärztin erneut die Option darlegt, dass sich das Paar mit dem behandelnden Gynäkologen beraten bzw. sich eine „ZWEITmeinung“ einholen kann (Z. 631-635), führt sie ihren Turn mit der adversativen Konjunktion „°aber“ und der namentlichen Adressierung der Patientin („frau BEhaus“) fort. Der zusammen mit „°aber“ im Vor-Vorfeld positionierte Vokativ markiert zum einen die Gerichtetheit der Folgeäußerung an die Patientin (und nicht an den dominant auftretenden Ehemann, mit dem zuvor eine längere Auseinandersetzung erfolgte) und holt diese somit explizit in den Interaktionsraum herein. Zum andern kontextualisiert AW mit dieser Kombination aus Adversativkonjunktion [*aber* + Titel + Familienname] zugleich eine Relevanzhochstufung der folgenden „Bitte“. Dieser mit der Projektorkonstruktion „ich BITte sie,“ (Günthner 2008) eingeleitete ärztliche Rat „bä_ schieben sich das NICH auf die lange bank; [weil sie haben] WIRKlich SUpEr SUpEr, (---) chAncen geSUND zu sein

hin[terher;]“ (Z. 637-640) wendet sich gegen die kurz vorher geäußerte Position des Ehemannes LM, andere Heilverfahren abzuwägen.

Auch in diesem Segment ist die onymische Anrede der Patientin multifunktional ausgerichtet: Mit dem Vokativ wird in diesem Mehrparteiengespräch die Patientin (und nicht etwa der Ehemann) als Rezipientin der „Bitte“ ausgewählt. Ferner stuft AW durch die Einforderung der Aufmerksamkeit die Relevanz der – mit der Meinung des Lebenspartners disalignierenden – Folgeposition hoch („foregrounding strategy“; Clayman 2010: 171). Zugleich indiziert die Ärztin mit dieser gesteigerten dialogischen Orientierung und der Subjektivierung des Interaktionsraums eine gewisse *Expressivität und Eindringlichkeit*, die durch die Projektorkonstruktion „ich BITte sie,“ noch untermauert wird.²⁵

Im Verlauf des Gesprächs verlässt der Ehemann (nach erheblichen Meinungsdivergenzen zwischen ihm und der Ärztin) den Raum, so dass die Patientin alleine mit der Ärztin über ihre Therapiewünsche reden kann. Dabei stellt sich heraus, dass PW (im Gegensatz zu ihrem Ehemann) sehr wohl einen zeitnahen OP-Termin wünscht, so dass AW und PW den Termin nun festlegen:

GESPRÄCH 069

929 AW: dann MITTwoch?
 930 PW: ja;
 931 AW: woll_n sie MITTwoch,
 932 dann ham sie noch ein bisschen (.) beDENKzei[t,]
 933 PW: [ja;]
 934 AW: und haben bisschen ZEIT [noch, °h]
 935 PW: [ja;]
 936 AW: mit ihrem MANN sich auseinanderzuse[tzen,]
 937 PW: [ja,]
938 AW: aber frau BEhaus verSPRECHen sie mir,
 939 sie MÜSsen [operiert werden,]
 940 PW: [<<flüsternd>> ich MACH ich mach das,>]
 941 waRUM, (-)
 942 herr xeberg kennt mich SO schon seit jahren,
 943 sag (.)komm zu UNS,
 944 ich bin (.) dank IHM zu ihnen gekommen,
 945 weil sie die BEStE sind;=ja,
 946 und ich MACH das,
 947 ob der WILL oder nicht;

Im Anschluss an AWs Terminvorschlag („MITTwoch“) und der Begründung, dass PW dann noch etwas Zeit hat, sich „mit ihrem MANN sich auseinanderzuse[tzen,]“ (Z. 936), setzt AW

²⁵ Zur Kombination von namentlichen Anreden und Projektorkonstruktionen siehe auch Günthner (2017).

mit der adversativen Konjunktion „aber“ (Z. 938) ihren Redezug fort: Mittels der Kombination aus Adversativkonnektor „aber“ plus folgender namentlicher Anrede sowie der Projektorkonstruktion „verSPRECHEN sie mir,“ (Z. 938) wird die Folgeäußerung als eine heikle und als relevant hochgestufte Handlung projiziert. Die Eindringlichkeit des eingeforderten „Versprechens“ wird durch das prosodisch markierte Modalverb „MÜSsen“ untermauert.

Auch hier fungiert die namentliche Zuwendung an die Patientin als „Beziehungszeichen“, das im Unterschied zur „*Kommunikation von Mitteilungen*“ quasi „nebenbei“ gesetzt wird (Goffman 1974/82: 262ff.), mit dem die Sprecherin eine individualisierte Hinwendung zu ihrem Gegenüber indiziert. Der Ärztin gelingt es so, eine erhöhte personalisierte Zuwendung und eine Anteilnahme am Schicksal der Patientin herzustellen, was wiederum die Distanz zwischen Ärztin und Patientin überbrücken und die „compliance“ bzw. das Vertrauen in die betreffende Ärztin steigern kann (Ditz 2005).

Die namentliche Anrede steht auch hier im Verbund mit weiteren sprachlichen Kontextualisierungshinweisen, die gemeinsam zur Indizierung eines als relevant hochgestuften, personifizierten und eindringlichen ärztlichen Rats beitragen. Mit ihrer in Überlappung einsetzenden Zustimmung „[<<flüsternd>> ich MACH ich] mach das,>]“ (Z. 940) reagiert die Patientin auf das eingeforderte Versprechen. Der Flüsterton, der ein Mithören des Ehemannes verhindern soll, kontextualisiert ferner PW's Vergemeinschaftung mit der Ärztin.

Die präsentierten Ausschnitte verdeutlichen also, wie ÄrztInnen namentliche Anrede der PatientInnen als Ressource einsetzen, um diesen zu indizieren, dass sie mehr sind als ein „Routinefall“. Diese punktuelle *Fokussierung der Individualität der PatientInnen* stellt allerdings selbst wiederum eine routinisierte Praktik dar: Die geleistete „Beziehungsarbeit“ mit der subjektiven Ausrichtung am Gegenüber wird zugleich Bestandteil des „Kern[s] professioneller Fallarbeit“ (Frommer 2014: 119).

Der folgende Gesprächsausschnitt setzt ein, nachdem die Ärztin (AW) der Patientin (PW) den Befund eines Mammakarzinoms mitgeteilt hat, woraufhin PW extrem verängstigt reagiert. Der ebenfalls anwesende Ehemann LM versucht nun, seine Frau damit zu trösten, dass „keine kemo NÖtig“ ist (Z. 039), was die Ärztin ebenfalls bestätigt (Z. 042). Daraufhin holt die Patientin angespannt und seufzend tief Luft, woraufhin die Ärztin ihr versichert: „ist nichts SCHLIMMes,“ (Z. 046). Schließlich wiederholt AW ihre Zusicherung nochmals mit lauter werdenden Stimme (Z. 48). Auf PW's Weinen und tiefem Luftholen hin ergreift die Ärztin in Zeile 050 erneut den Redezug und adressiert die Patientin mit Namen:

GESPRÄCH 055-01

036 LM: soll a opE STATTfinde?
 037 AW: ja.
 038 LM: ja, (1.1)
 039 es ist keine kemo Nötig.=ne?
 040 (2.1)
 041 SIEHste; (-)
 042 AW: NÄ;
 043 (4.6)
 044 PW: ((zieht die Nase hoch und holt tief Luft))
 045 LM: <<leise> MANN mann mann;>
 046 AW: ist nichts SCHLIMMes,
 047 PW?: ((schnauft))
 048 AW: <<cresc> ist nichts SCHLIMMes;>
 049 PW: ((weint, zieht die Nase hoch))
 050 AW: **frau DEhaus; (--)**
 051 ECHT;
 052 (d)es_s NICHTS schlimmes;
 053 [das ist]
 054 PW: <<weinend> [des SA]get sie (.) bloß (.) nur;>
 055 AW: <<f> warum soll ich des bloß nUr SAgen?>
 056 PW: ((schluchzt)) (1.9)
 057 **AW: frau dehaus wie kommen sie denn DA drauf?**
 058 [meinen] sie ich LÜG sie an?
 059 PW: <<weinend [ja]>
 060 NEIN des nicht (.) aber,
 061 AW: natürlich ist des en bösartiger TUmor;
 062 aber das ist (.) KEI:N tumor,
 063 der wirklich bösartig IST,
 064 der schnell WÄCHST,
 065 der aggressIV ist oder sonst irgendwas; (-)
 066 sie werden operIERT,
 067 sie werden beSTRAHLT,
 068 kriegen ne taBLETte für fünf jahre,
 069 und des is alles;

Die onymische Anrede der Patientin in Zeile 50 hat in dieser Tröstsequenz (Imo 2017a) eine eigenständige TCU inne und ist sowohl von der vorausgehenden als auch der folgenden Einheit prosodisch abgetrennt (u.a. durch Pausen, rhythmische Diskontinuitäten, Veränderungen des Tonhöhenverlaufs). Die Adressierung „frau DEhaus;“ (Z. 50) fordert einerseits die Aufmerksamkeit der Patientin ein, andererseits indiziert die Ärztin damit eine personalifizierte Zuwendung. Das folgende prosodisch hervorgehobenen Adverb „ECHT;“ (Z. 052) bekräftigt AWs vorausgehende Einschätzung, die sie im Anschluss nochmals rezykliert: „(d)es_s NICHTS schlimmes;“ (Z. 052). Nachdem PW mit weinender Stimme ihre Zweifel an AWs Einschätzung kundtut („<<weinend> [des SA]get sie (.) bloß (.) nur;>“; Z. 054), kontert AW anhand der mit erhöhter Lautstärke realisierten rhetorischen Frage „<<f> warum soll ich des bloß nUr SAgen?>“ (Z. 055), die typische Merkmale einer tröstenden Stimme zeigt (wie die „markiert hohe Tonhöhe, steigende Intonationskontur“; Bahlo et al. 2015). Auf diese Weise hinterfragt AW die Plausibilität von PW’s Zweifeln. Als PW weiterhin schluchzt, wendet sich

AW erneut mit einer namentlichen Anrede der Patientin zu: „frau dehaus wie kommen sie denn DA drauf? [meinen] sie ich LÜG sie an?“ (Z.057-058). Mittels der initial positionierten onymischen Adressierung kontextualisiert die Ärztin die Ernsthaftigkeit und Eindringlichkeit ihrer Äußerung.²⁶

Der vorliegende Konflikt zwischen Frau Dehaus und der Ärztin basiert auf dem verbreiteten Misstrauen, die ÄrztInnen könnten den PatientInnen die Schwere der Krankheit verheimlichen. Tatsächlich war es bis in die 1980er Jahre durchaus üblich, dass ÄrztInnen im Fall einer Krebserkrankung den PatientInnen diese lebensbedrohliche Diagnose verschwiegen bzw. verharmlost haben.

Im weiteren Verlauf des Gesprächs 055-01 zeigt sich immer wieder, dass Frau Dehaus große Angst vor einer Chemotherapie hat, die jedoch in ihrem Fall – wie AW mehrfach betont – nicht notwendig ist. Dem folgenden Exzerpt, das ca. 4:30 Minuten nach dem vorausgehenden einsetzt, geht eine Sequenz voraus, in der der Ehemann und die Patientin nachfragen, ob letztere weiterhin Kaffee trinken darf. AW antwortet darauf, dass sie sogar ab und zu etwas Alkohol trinken darf, da der Brustkrebstumor nichts mit Essen oder Trinken zu tun hat. Doch PW fragt skeptisch nach:

GESPRÄCH 055-01
 218 PW: EHRlich?
 219 AW: ganz EHRlich.
 220 machen sie sich KEInen kopf.
 221 überHAUPT net.
 222 PW: ((zieht die Nase hoch))
 223 LM: wird des dann ambuLANT (.) gemacht oder?
 224 AW: NEE.
 225 ah_äh die beSTRAHLung ja,
 226 aber die oPE nicht;
 227 da sind sie DREI nächte ungefähr hier;
 228 LM: DREI nächte ja[:h;]
 229 PW: [(mich] juckts schon wenn i KO:n²⁷,)
 230 dann hab i en GLATZkopf noch daZU:,
 231 AW: wie[SO:?]
 232 LM: [(muss net] sei;)
 233 LM: [xxxxxxxxxxxx]
 234 AW: [aber DOCH-]
 235 <<entrüstet> wir machen doch kEIne !KE!motherapie [mit
 IHnen] frau DEhaus;>
 236 PW: [ah

²⁶ Obgleich Clayman (2010: 173) betont, dass namentliche Anreden (in englischsprachigen politischen Interviews), die ein „speaking sincerely“ oder „speaking from the heart“ indizieren und mit denen die Sprechenden sich als aufrichtig und ernsthaft präsentieren, stets final positioniert seien (Clayman 2010: 180), zeigt dieser Ausschnitt, dass sie im Deutschen durchaus auch turninitial bzw. mittig auftreten.

²⁷ „KO:n“ ist dialektal für „kann“.

nein]
 237 AW: DAzu hat der tumor jetzt NICH die eigenschaften,
 238 die die uns nich geFALlen;
 239 des ist alles (-) GANZ HARMlos;
 240 PW: <<leise> oKAY;>

Nachdem die Ärztin erneut versucht PW zu beruhigen (Z. 219-221), folgt eine kurze Sequenz zwischen dem Lebenspartner LM und der Ärztin über die anstehende Behandlung (Operation und ambulante Strahlentherapie). Auf PW's halb-scherzhafte Bemerkung zum „GLATZkopf“ (Z. 230), den sie nun bekommen wird, weist AW mit einer entrüsteten Stimme die Präsupposition PW's, dass sie eine Chemotherapie bekommen könnte, erneut zurück: „<<entrüstet> wir machen doch KEIne !KE!motherapie [mit IHnen] frau DEhaus;>“ (Z. 235). Die durch lokale Lautstärkenerhöhung, Schwankungen im Tonhöhenverlauf und dichte Akzentuierung affektiv aufgeladene Prosodie trägt zur Kontextualisierung emphatischer Entrüstung bei.²⁸ Bei ihrem Versuch PW's Befürchtung zu entkräften, fügt AW erneut eine namentliche Anrede an, die einerseits der rückwirkenden Relevanzhöhung ihrer Aussage dient, und andererseits wiederum ein Display personalisierter Zuwendung, die in Richtung dessen geht, was Clayman (2010: 173ff.) als „speaking sincerely“ bezeichnet.

Wie die Ausschnitte verdeutlichen, werden sowohl Turn- bzw. TCU-initiale, wie auch final positionierte und sogar alleinstehende (d.h. eine eigene TCU-bildende) namentliche Adressierungen als „tie-sign“ (Goffman 1974/82) zur Beziehungsarbeit und damit zum Display einer personalisierten Zugewandtheit in Kombination mit emotionsgeladenen bzw. stance-markierenden Sprechhandlungen verwendet.

Was die Positionierungen der „address terms“ allerdings unterscheidet, ist, dass Turn- bzw. TCU-initiale Adressierungen die volle Aufmerksamkeit des/der Rezipientin auf die als relevant hochgestufte Folgeäußerung einfordern, während TCU-finale Anreden zur Rekontextualisierung und Readjustierung des vorausgehenden Beitrags eingesetzt werden. In beiden Positionen und selbst im Falle alleinstehender bzw. in Pivotposition lokalisierter Adressierungen fungieren onymische Adressierungen als Geste individualisierter Zuwendung, die ÄrztInnen in emotional heiklen Situationen einsetzen.

²⁸ Siehe Christmann/Günthner (1996) zur prosodischen Markierung von Entrüstung.

4. Fazit

Die Analyse zur namentlichen Anrede von PatientInnen in onkologischen Aufklärungsgesprächen verdeutlicht den Einsatz dieser kommunikativen Praktiken als multifunktionale Ressource: Auch wenn die syntaktisch desintegriert positionierten Adressierungen zunächst redundant erscheinen mögen, da sie weder einen Beitrag zur denotativen Bedeutung der Äußerung leisten, noch (aufgrund der klaren Rezipientzuordnung) für die Rederechthuweisung erforderlich sind, bilden sie (jenseits der Gesprächseröffnung und -beendigung) ein wichtiges Verfahren zur Durchführung unterschiedlicher Aufgaben.

(i) Zum einen werden onymische Adressierungen von Seiten der die Gesprächsführung innehabenden ÄrztInnen immer wieder als interaktionssteuernde Mittel in Kontexten verwendet, in denen die ÄrztInnen Wechsel in der handlungsbezogenen Ausrichtung vornehmen bzw. Rezipientenreaktionen im Falle von Störungen im Gesprächsablauf („misalignment“) einklagen. Dieser diskursorganisatorische Gebrauch scheint eng verwoben mit der Tatsache, dass namentliche Anreden aufgrund ihrer individualisierten Zuschneidung auf das Gegenüber als eines der effizientesten Mittel der Aufmerksamkeitseinholung fungieren. Im Fall der Initialpositionierung lenken sie die Aufmerksamkeit des Gegenübers (u.a. in Konkurrenz mit bestimmten Partikeln und Diskursmarkern) auf die projizierte und als relevant hochgestufte Folgeäußerung. Im Falle der äußerungsabschließenden bzw. inkrementell ergänzten Positionierung tragen sie zur Readjustierung des soeben Gesagten bei, indem sie der (oftmals expressiv markierten) Äußerung rückwirkend Nachdruck verleihen.

(ii) Zum andern haben namentliche Anreden aber auch wichtige Funktionen in der Beziehungsgestaltung inne: Sie fungieren als „Beziehungszeichen“, die eine personifizierte Zuwendung der ÄrztIn zur/zum PatientIn markieren: Der Interaktionsraum wird individualisiert; d.h. die Sprecherin markiert ein direktes „Sich-auf-das Gegenüber-Einstimmen“ (Schütz 1951/72: 149). Dieses Display an personifizierter Zuwendung wird in den vorliegenden Interaktionen (sowohl in initialer als auch finaler Positionierung) vor allem in Zusammenhang mit heiklen, potenziell gesichtsbedrohenden und emotional aufgeladenen Handlungen eingesetzt. Je nach kontextueller Einbettung, affektiver Aufladung, prosodischer Realisierung etc. kann diese erhöhte Orientierung am Gegenüber zur Indizierung von Mitgefühl und Verständnis, zur Markierung von Expressivität bzw. Eindringlichkeit oder Aufrichtigkeit beitragen.

Beide Funktionstypen (die diskursorganisatorische und beziehungsgestaltende) gründen auf dem zentralen Charakteristikum namentlicher Anreden: der personifizierten Aufmerksamkeitseinholung des Gegenübers.

Darüber hinaus muss der Einsatz onymischer Anreden der PatientInnen im Kontext der vorliegenden kommunikativen Gattung betrachtet werden: In dieser emotional extrem belastenden Gesprächssituation sind die ÄrztInnen konfligierenden Motivationen ausgesetzt. Mit dem pathologischen Befund wird der/die PatientIn als „ein Fall einer bestimmten Krebserkrankung“ eingestuft und damit unter eine bestimmte Kategorie, für die spezifische Handlungs- und Therapierichtlinien gelten, subsumiert. Diese „fallspezifische“ Zuordnung ist im Sinne der Professionalität der ÄrztInnen notwendig, um ihre Arbeit effektiv und routinisiert bewältigen zu können (Bergmann 2014). Zugleich sind die ÄrztInnen mit PatientInnen konfrontiert, die ihre Situation und ihr Erleben keineswegs als austauschbaren „Fall“, sondern als biografisch einmalig wahrnehmen. Dies bringt die ÄrztInnen in die Lage, zwischen den Polen des „Routinefalls“ und der „biografischen und erlebbaren Einzigartigkeit“ zu vermitteln (Bergmann 2014: 430). D.h. die ÄrztInnen changieren zwischen einer „institutionellen Unpersönlichkeit“ mit der Subsumtion des betreffenden Falles unter die Kategorie „einer von vielen“ auf der einen Seite und einer personifizierten Beziehungsherstellung bzw. der Indizierung von Mitgefühl und Orientierung an der Situation des Gegenübers auf der anderen. Die namentliche Adressierung der PatientInnen bildet – im Sinne eines „Identitätsaufhängers“ (Goffman 1967: 74) – hierfür eine wichtige kommunikative Ressource, der sich die ÄrztInnen bedienen.

Literatur

- Bahlo, Nils/Fürstenberg, Indra/Drost, Michaela (2015): „muss der papa STREI:cheln?“ – Modalkonstruktionen in interaktionalen Trostprozessen mit Kleinkindern. In: Bückler, Jörg/Günthner, Susanne/Imo, Wolfgang (Hrsg.): *Konstruktionsgrammatik V. Konstruktionen im Spannungsfeld von sequenziellen Mustern, kommunikativen Gattungen und Textsorten*. Tübingen: Stauffenburg, 260–269.
- Bauer, Nathalie (2016): Onymische Anredeformen in computervermittelter Kommunikation – zur vokativen Verwendung von Rufnamen in WhatsApp-Interaktionen. In: Arbeitspapierreihe „Sprache und Interaktion“ (SpIn) 26. URL: <http://arbeitspapiere.sprache-interaktion.de/stud/arbeitspapiere/arbeitspapier26.pdf>, aufgerufen am 25.03.2019.
- Bentz, Martin/Binnenhei, Martin/Coussious, Georgios/Gruden, Juliana/Imo, Wolfgang/Korte, Lisa/Rüdiger, Thomas/Ruf-Dördelmann, Antonia/Schön, Michael R./Stier, Sebastian (2016): Von der Pathologie zum Patienten: Optimierung von Wissenstransfer und Verstehenssicherung in der medizinischen Kommunikation. In: Arbeitspapierreihe „Sprache und Interaktion“ (SpIn) 72. URL: <http://krebshilfe.sprache-interaktion.de/wp-content/uploads/2016/08/Bentz-et-al.-2016-Von-der-Pathologie-zum-Patienten.pdf>, aufgerufen am 25.03.2019.
- Bergmann, Jörg (2014): Der Fall als epistemisches Objekt. In: Bergmann, Jörg/Dausendschön-Gay, Ulrich/Oberzaucher Frank (Hrsg.): *Der Fall – Studien zur epistemischen Praxis professionellen Handelns*. Bielefeld: transcript, 423–440.
- Butler, Carly W./Danby, Susan/Emmison, Michael (2011): Address terms in turn beginnings: managing disalignment and disaffiliation in telephone counseling. In: *Research on Language and Social Interaction* 44, 338–358.

- Carmody, Dennis P./Lewis, Michael (2006): Brain Activation When Hearing One's Own and Others' Names. In: *Brain Research* 116(1), 153–158.
- Christmann, Gabriele B./Günthner, Susanne (1996): Sprache und Affekt. Die Inszenierung von Entrüstungen im Gespräch. In: *Deutsche Sprache* 1, 1–33.
- Clayman, Steven E. (2010): Address terms in the service of other actions: The case of news interview talk. In: *Discourse & Communication* 4(3), 161–183.
- Clayman, Steven E. (2012): Address terms in the organization of turns at talk: The case of pivotal turn extensions. In: *Journal of Pragmatics* 44, 1853–1867.
- Clayman, Steven. E. (2013): Agency in response: The role of prefatory address terms. In: *Journal of Pragmatics* 57, 290–302.
- Couper-Kuhlen, Elizabeth/Selting, Margret (2018): *Interactional Linguistics. Studying Language in Social Interaction*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Deppermann, Arnulf/Helmer, Henrike (2013): Zur Grammatik des Verstehens im Gespräch: Inferenzen anzeigen und Handlungskonsequenzen ziehen mit also und dann. In: *Zeitschrift für Sprachwissenschaft* 32(1), 1–39.
- Deppermann, Arnulf/Feilke, Helmuth/Linke, Angelika (2016): Sprachliche und kommunikative Praktiken: Eine Annäherung aus linguistischer Sicht. In: Deppermann, Arnulf/Feilke Helmuth/Linke, Angelika (Hrsg.): *Sprachliche und kommunikative Praktiken*. Berlin u.a.: de Gruyter, 1–23.
- De Stefani, Elwys (2012): Crossing perspectives on onomastic methodology: Reflections on fieldwork in place name research. An essay in interactional onomastics. In: Ender, Andrea/Leeman, Adrian/Wälchli, Bernhard (Hrsg.): *Methods in Contemporary Linguistics*. Berlin u.a.: de Gruyter, 441–462.
- De Stefani, Elwys (2016): Names and Discourse. In: Hough, Carole (Hrsg.): *The Oxford Handbook of Names and Meaning*. Oxford: Oxford University Press, 52–66.
- Ditz, Susanne (2005): Die Mitteilung der Diagnose Brustkrebs. In: Neises, Mechthild/Ditz, Susanne/Spranz-Fogasy, Thomas (Hrsg.): *Patientenorientiert Reden – Beiträge zu psychosomatische Grundkompetenz in der Frauenheilkunde*. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 224–241.
- Droste, Pepe/Günthner, Susanne (2018): „das machst du bestimmt AUCH du;“: Zum Zusammenspiel syntaktischer, prosodischer und sequenzieller Aspekte syntaktisch desintegrierter du-Formate. In: Arbeitspapierreihe „Sprache und Interaktion“ (SpIn) 80. URL: <http://arbeitspapiere.sprache-interaktion.de/arbeitspapiere/arbeitspapier80.pdf>, aufgerufen am 25.03.2019.
- Dzanko, Minka (2018): Sprachlich-interaktive Elemente rollenbezogener Asymmetrie im Vergleich deutscher und bosnisch-herzegowinischer Arzt-Patient-Gespräche. Dissertationsschrift. Universität Mannheim.
- Foley, William A. (1997). *Anthropological Linguistics. An Introduction*. Malden&Oxford: Blackwell.
- Foucault, Michel (1973): *Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks*. München: Hanser.
- Frommer, Jörg (2014). Therapie als Fallarbeit: Über einige Grundprobleme und Paradoxien professionellen Handelns in der Medizin. In: Bergmann, Jörg/ Dausendschön-Gay, Ulrich Oberzaucher, Frank (Hrsg.): *Der Fall. Studien zur epistemischen Praxis professionellen Handelns*. Bielefeld: transcript, 103–123.
- Goffman, Erving (1967): *Stigma. Übertechniken der Bewältigung beschädigter Identität*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Goffman, Erving (1971): *Interaktionsrituale. Über Verhalten in direkter Kommunikation*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Goffman, Erving (1974/1982): *Das Individuum im öffentlichen Austausch. Microstudien zur öffentlichen Ordnung*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

- Goodwin, Charles (1996): Transparent Vision. In: Ochs, Elinor/Schegloff, Emanuel A./Thompson, Sandra A. (Hrsg.): *Interaction and Grammar*. Cambridge: Cambridge University Press, 370–404.
- Günthner, Susanne (2008): Projektorkonstruktionen im Gespräch: Pseudoclefts, *die Sache ist*-Konstruktionen und Extrapositionen mit *es*. In: *Gesprächsforschung. Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion* 9, 86–114. URL: <http://www.gespraechsforschung-ozs.de/heft2008/ga-guenthner.pdf>, aufgerufen am 25.03.2019.
- Günthner, Susanne (2016): Praktiken erhöhter Dialogizität: onymische Anredeformen als Gesten personifizierter Zuwendung. In: *Zeitschrift für Germanistische Linguistik* 44(3), 406–436.
- Günthner, Susanne (2017): Sprachliche Verfahren bei der Übermittlung schlechter Nachrichten – sedimentierte Praktiken im Kontext onkologischer Aufklärungsgespräche. In: *Arbeitspapierreihe „Sprache und Interaktion“ (SpIn) 73*. URL: <http://arbeitspapiere.sprache-interaktion.de/arbeitspapiere/arbeitspapier73.pdf>, aufgerufen am 01.03.2019.
- Günthner, Susanne (2018a): Routinisierte Muster in der Interaktion. In: Deppermann, Arnulf/Reineke, Silke (Hrsg.): *Sprache im kommunikativen, interaktiven und kulturellen Kontext*. Berlin u.a.: de Gruyter, 29–50.
- Günthner, Susanne (2018b): Thomas Luckmanns Einfluss auf die Sprachwissenschaft – Kommunikative Gattungen im Alltagsgebrauch am Beispiel onkologischer Aufklärungsgespräche. In: Hahn, Alois/Endreß, Martin (Hrsg.): *Lebenswelt und Gesellschaft. Gedankenband für Thomas Luckmann*. Konstanz: UVK, 358–400.
- Günthner, Susanne (i.Dr.): ‚Kultur-in-kommunikativen-Praktiken‘ - Kommunikative Praktiken zur Übermittlung schlechter Nachrichten in onkologischen Aufklärungsgesprächen. In: Bubenhofer, Noah/Ilg, Yvonne/Scharloth, Joachim/Tienken, Susanne/Schröter, Juliane (Hrsg.): *Linguistische Kulturanalyse*. Berlin u.a.: de Gruyter.
- Günthner, Susanne/König, Katharina (2016): Kommunikative Gattungen in der Interaktion: Kulturelle und grammatische Praktiken im Gebrauch. In: Deppermann, Arnulf/Feilke Helmuth/Linke, Angelika (Hrsg.): *Sprachliche und kommunikative Praktiken*. Berlin u.a.: de Gruyter, 177–204.
- Hagemann, Jörg (2009). *Tag questions* als Evidenzmarker. Formulierungsdynamik, sequentielle Struktur und Funktionen redezuginterner *tags*. In: *Gesprächsforschung – Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion* 10, 145–176. URL: <http://www.gespraechsforschung-online.de/fileadmin/dateien/heft2009/ga-hagemann.pdf>, abgerufen am 25.03.2019.
- Hartung, Martin (2001): Formen der Adressiertheit der Rede. In: Brinker, Klaus/Antos, Gerd/Sager, Sven T. (Hrsg.): *Text- und Gesprächslinguistik*. Berlin u.a.: de Gruyter, 1374–1382.
- Hausendorf, Heiko (2013): On the interactive achievement of space – and its possible meanings. In: Auer, Peter/Hilpert, Martin/Stukenbrock, Anja/Szmrecsanyi, Benedikt (Hrsg.): *Space in Language and Linguistics: Geographical, Interactional and Cognitive Perspectives*. Berlin u.a.: de Gruyter, 276–303.
- Heritage, John (1997): Conversation analysis and institutional talk: analysing data. In: Silverman, David (Hrsg.): *Qualitative research: Theory, method and practice*. London: Sage, 161–182.
- Heritage, John (2011): Territories of knowledge, territories of experience: empathic moments in interaction. In: Stivers, Tanya/Mondada, Lorenza/Steensig, Jakob (Hrsg.): *The Morality of Knowledge in Conversation*. Cambridge: Cambridge University Press, 159–183.
- Imo, Wolfgang (2016): Das Problem der zweiten Meinung: Vom Umgang mit Misstrauen in onkologischen Therapieplanungsgesprächen. In: *Arbeitspapierreihe „Sprache und Interaktion“ (SpIn) 62*. URL: <http://arbeitspapiere.sprache-interaktion.de/arbeitspapiere/arbeitspapier62.pdf>, aufgerufen am 20.12.2018.

- Imo, Wolfgang (2017a): Trösten: eine professionelle Praktik in der Medizin. In: Arbeitspapierreihe „Sprache und Interaktion“ (SpIn) 71. URL: <http://arbeitspapiere.sprache-interaktion.de/arbeitspapiere/arbeitspapier71.pdf>, aufgerufen am 20.12.2018.
- Imo, Wolfgang (2017b): Sprachliche Akkomodation in onkologischen Therapieplanungsgesprächen. In: Arbeitspapierreihe „Sprache und Interaktion“ (SpIn) 76. URL: <http://arbeitspapiere.sprache-interaktion.de/arbeitspapiere/arbeitspapier76.pdf>, aufgerufen am 01.03.2019.
- Jefferson, Gail (1988): On the Sequential Organization of Troubles-Talk in Ordinary Conversation. In: *Social Problems* 35(4), 418–441.
- Koerfer, Arnim/Christian Albus (Hrsg.) (2018): *Kommunikative Kompetenz in der Medizin. Ein Lehrbuch zur Theorie, Didaktik, Praxis und Evaluation der ärztlichen Gesprächsführung*. Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung.
- König, König (2017). *Question tags* als Diskursmarker? – Ansätze zu einer systematischen Beschreibung von *ne* im gesprochenen Deutsch. In: Blühdorn, Hardarik/Deppermann, Arnulf/Helmer, Henrike/Spranz-Fogasy, Thomas (Hrsg.): *Diskursmarker im Deutschen. Reflexionen und Analysen*. Göttingen: Verlag für Gesprächsforschung, 233–258.
- Kupetz, Maxi (2014): Empathy displays as interactional achievements – Multimodal and sequential aspects. In: *Journal of Pragmatics* 61, 4–34.
- Lerner, Gene H. (2003): Selecting next speaker: The context-sensitive operation. In: *Language in Society* 32(2), 177–201.
- Norrby, Catrin/Wide, Camilla/Lindström, Jan/Nilsson, Jenny (2015): Interpersonal relationships in medical consultations. Comparing Sweden Swedish and Finland Swedish address practices. In: *Journal of Pragmatics* 84, 121–138.
- Norrick, Neal/Bubel, Claudia (2009): Direct Address as a Resource for Humour. In: Norrick, Neal (Hrsg.): *Humour in Interaction*. Amsterdam: Benjamins, 29–47.
- Rendle-Short, Johanna (2007): 'Catherine, you're wasting your time': Address terms within the Australian political interview. In: *Journal of Pragmatics* 39: 1503–1525.
- Sacks, Harvey/Schegloff, Emanuel A./Jefferson, Gail (1978): A simplest systematics for the organization of turn-taking for conversation. In: Schenkein, James (Hrsg.): *Studies in the organization of conversational interaction*. New York: Elsevier, 7–55.
- Schegloff, Emanuel A. (1968): Sequencing in conversational openings. In: *American Anthropologist* 70, 1075–1095.
- Schütz, Alfred (1951/1972): Gemeinsam Musizieren. In: Schütz, Alfred (Hrsg.): *Gesammelte Aufsätze II. Studien zur soziologischen Theorie*. Den Haag: Springer, 129–150.
- Schwitalla, Johannes (1993): Namensverwendung und Gesprächskonstitution. In: Löffler, Heinrich (Hrsg.): *Dialoganalyse IV*. Tübingen: Niemeyer, 359–366.
- Schwitalla, Johannes (1995): Namen in Gesprächen. In: Steger, Hugo/Wiegand, Herbert Ernst (Hrsg.): *Handbücher zur Sprach- und Kommunikationswissenschaft*. Band 11.1. Berlin u.a.: de Gruyter, 498–504.
- Schwitalla, Johannes (2010a): Von sich selbst und dem direkten Adressaten in der 3. Person sprechen. In: Kallmeyer, Werner/Reuter, Ewald/Schopp, Jürgen R. (Hrsg.): *Perspektiven auf Kommunikation. Festschrift für Liisa Tiittula zum 60. Geburtstag*. Berlin: Saxa, 163–184.
- Schwitalla, Johannes (2010b): Kommunikative Funktionen von Sprecher- und Adressatennamen in Gesprächen. In: Pepin, Nicolas/de Stefani, Elwys (Hrsg.): *Eigennamen in der gesprochenen Sprache*. Tübingen: Francke, 179–199.
- Selting, Margret et al. (2009): Gesprächsanalytisches Transkriptionssystem 2 (GAT 2). In: *Gesprächsforschung – Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion* 10, 353–402. URL: <http://www.gespraechsforschung-ozs.de/heft2009/px-gat2.pdf>, aufgerufen am 25.03.2019.

- Spranz-Fogasy, Thomas/Becker, Maria (2015): Beschwerdenexploration und Diagnosemitteilung im ärztlichen Erstgespräch. In: Busch, Albert/Spranz-Fogasy, Thomas (Hrsg.): *Handbuch Sprache in der Medizin*. Berlin u.a.: de Gruyter, 93–115.
- Stivers, Tanya (2008): Stance, Alignment, and Affiliation during Storytelling: When Nodding is a Token of Affiliation. In: *Research on Language and Social Interaction* 41(1), 31–57.
- Stivers, Tanya/Federico Rossano (2010): Mobilizing Response. In: *Research on Language & Social Interaction* 43(1), 3–31.
- Tomasello, Michael/Carpenter, Malinda (2007): Shared Intentionality. In: *Developmental Science* 10(1), 121–125.
- Wiemer, Patricia (2017): Die kommunikative Rolle dritter Personen und ihre sprachlichen Beteiligungsverfahren im onkologischen Aufklärungsgespräch – Eine gesprächsanalytische Untersuchung. In: Studentische Arbeitspapierreihe „Sprache und Interaktion“ (StudSpIn) 28. URL: <http://arbeitspapiere.sprache-interaktion.de/stud/arbeitspapiere/-arbeitspapier28.pdf>, abgerufen am 01.03.2019.