

Susanne Günthner

Namentliche Anreden in onkologischen Aufklärungsgesprächen: Formen und Funktionen onymischer Anreden in der Interaktion

Abstract: Dieser Beitrag widmet sich namentlichen Adressierungen in onkologischen Aufklärungsgesprächen. Die empirische Analyse verdeutlicht, dass ÄrztInnen in dieser Gesprächsgattung, in der sie die PatientInnen über ihre Krebsdiagnose informieren, letztere immer wieder namentlich adressieren, obgleich die Rezipienz eindeutig ist.

Folglich stellt sich die Frage nach der Funktion namentlicher Anreden in der vorliegenden institutionell verankerten Gattung und damit in Interaktionskontexten, die – so Fruht & Vogelhuber (2016: 3 ff.) – zu den schwierigsten Kommunikationssituationen gehören, die ÄrztInnen in ihrem Berufsleben zu bewältigen haben.

Anhand der Analyse von 64 onkologischen Aufklärungsgesprächen werde ich argumentieren, dass ÄrztInnen namentliche Anreden als kommunikative Praktik einsetzen, die eng mit der Bewältigung zentraler kommunikativer Aufgaben im vorliegenden institutionellen Setting verwoben sind.

Keywords: Onomastik, onymisch, alignment, affiliation, kommunikative Praktik(en), kommunikative Ressource, Zuwendung, Orientierung, Aufmerksamkeit, interaktional

1 Einleitung

Dieser Beitrag¹ 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

¹ Ich danke den Herausgeberinnen und anonymen GutachterInnen für ihre Kommentare zu einer früheren Fassung des Beitrags.

Susanne Günthner, Universität Münster, Germanistisches Institut/Sprachwissenschaft, susanne.guenthner@uni-muenster.de

und die anstehenden Therapiemöglichkeiten mit ihnen abstimmen.² 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 vorliegende Studie, die sich am Ansatz der „Interactional Onomastics“ (De Stefani 2016) und somit an der Erforschung von onomastischen Anredeformen als dialogisch ausgerichteten Praktiken in authentischen Kommunikationssituationen (Günthner 2016) orientiert, setzt sich zum Ziel, die Verwendung von Namen in authentischen Alltagsgesprächen mittels Methoden der Konversationsanalyse bzw. Interaktionalen Linguistik zu untersuchen.³

Obleich 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. Gesprächs- und konversationsanalytische Studien zu informellen Alltagsinteraktionen verweisen darauf, dass namentliche Anreden des Gegenübers keineswegs nur zur Adressatenspezifizierung in Mehrparteiengesprächen verwendet werden, sondern selbst in dyadischen Kontexten, in denen die Turnzuweisung eindeutig ist (Günthner 2016). Lerner (2003: 184) führt aus, dass nominale Adressierungsformen, die aufgrund ihrer grammatischen und semantischen Weglassbarkeit eigentlich „redundant“ sind, „appear to be deployed to do *more* than simply specify whom the speaker is addressing“.

An dieser Stelle setzt die vorliegende Analyse an, indem sie die Frage fokussiert, was dieses „Mehr“ in der institutionell verankerten Gattung onkologischer Aufklärungsgespräche bedeutet und damit in Interaktionskontexten, die – so Fruht & Vogelhuber (2016: 3–6) – zu den schwierigsten Kommunikationssituationen gehören, die ÄrztInnen in ihrem Berufsleben zu bewältigen haben.⁴

² Zur Gattung onkologischer Aufklärungsgespräche siehe Günthner (2017).

³ Zwar liegen von Seiten der Onomastik bzw. Sozioonomastik zahlreiche empirische Arbeiten zu Anredeformen vor, doch der tatsächliche Gebrauch onymischer Adressierungen in privaten wie institutionellen mündlichen Interaktionen stellt noch immer ein erhebliches Forschungsdefizit dar. Vgl. u. a. die Arbeiten von Schwitalla (1993, 2010); Günthner (2016); Dzanko (2018) zu onymischen Anreden in deutschsprachigen Face-to-face-Interaktionen.

⁴ 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).

2 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*“ (Bentz et al. 2016; Imo 2017; Günthner 2017) am Städtischen Klinikum Karlsruhe 2014 bis 2015 erhoben und nach GAT 2 (Selting et al. 2009) transkribiert wurden.

Onkologische Aufklärungsgespräche zeichnen sich durch eine komplexe Aufgabenstellung aus, die von den betreffenden ÄrztInnen 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 2017). Darüber hinaus haben die ÄrztInnen die Aufgabe, den Therapieplan mit teilweise sehr belastenden Therapieschritten (wie Strahlen- und Chemotherapie) mit den PatientInnen abzustimmen (Bentz et al. 2016).

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

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 (48 von 61 Fällen), werden einerseits in der Begrüßungs- (in 13 Fällen) und in der Verabschiedungssequenz (9 Fälle) verwendet, andererseits aber auch während der Hauptphase der Interaktion (22 Fälle). Die namentlichen Anreden haben hierbei unterschiedliche sequentielle Positionen inne: Sie können einheiteninitial (im Vor-Vorfeld), -final (im Nachfeld bzw. als inkrementelle Ergänzung), -mittig oder alleinstehend positioniert sein.

2.1 Namentliche Anreden im Kontext von Gesprächsinitiiierungen und -beendigungen

Die Hälfte der ärztlichen Adressierungen gegenüber ihren PatientInnen erfolgt in den Gesprächsinitiiierungen und -beendigungen und damit in den „rituellen Klammerphasen“ (Goffman 1974/82) des Gesprächs. Mit diesen gesprächsrahmenden Sequenzen markieren SprecherInnen den „Übergang zu einem Zustand erhöhter bzw. verminderter Zugänglichkeit“ (Goffman 1974/82: 118–120) und initiieren bzw. beenden somit einen gemeinsamen „Interaktionsraum“ (Hausendorf 2013). 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.

2.2 Namentliche Adressierungen im Kernbereich der Interaktionen

Die kommunikative Gattung der onkologischen Aufklärungsgespräche zeichnet sich durch einen routinisierten Ablauf des Gesprächs aus, der sich aus folgenden Segmenten zusammensetzt: 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 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, 2019). Die ÄrztInnen haben in dieser Kommunikationssituation sowohl die Aufgabe der „wahrheitsgemäßen Übermittlung der Diagnose“ als auch die „des Mut- bzw. Hoffnungsmachens“.⁵ 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

⁵ Diese Informationen verdanke ich Martin Bentz. 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.

vornehmen, die den PatientInnen Mut machen soll (Günthner 2017, 2018a, b, 2019). Daran anknüpfend leiten die ÄrztInnen über zur Besprechung des Therapieplans, bevor dann die Verabschiedungssequenz einsetzt.

2.2.1 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 interaktionssteuernder Adressierungen (56 von 61) sind turn- bzw. TCU-initial positioniert, wobei diese im Vor-Vorfeld des betreffenden Syntagmas positionierten Vokative unterschiedliche Aufgaben einnehmen können.

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

GESPRÄCH 005-02⁶

036 AM: 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?
 042 °h und ähm (-) DIEsesUche,
 043 hat DAS ergebnis (.) geBRACHT,
 044 von dem ich anNAHM,
 045 dass es eserBRINGT;
 046 (--)
 047 **also** herr KAhaus,
 048 **sie haben eine sogenannte chrOnisch MYELOische leukÄmIe.**
 049 ??: <<p> hm.>
 050 AM: das ist natürlich jetzt nicht SCHÖN;

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

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.

Die namentliche Anrede „herrKAhaus,“⁷ – im Anschluss an eine Schweigephase von 0.7 Sek. (Z. 046) – tritt zusammen mit dem Diskursmarker „also“ auf. Die Tatsache, dass im Vor-Vorfeld positionierte Gliederungspartikeln und Diskursmarker wie *also* in Konkurrenz mit einer namentlichen Anrede produziert werden, verwundert nicht, da auch diese Partikeln zur Aufmerksamkeitslenkung und Indizierung einer Neuausrichtung eingesetzt werden.⁸ Wie diese Diskursmarker ist auch die namentliche Anrede syntaktisch desintegriert und weglassbar, ohne dass die betreffende Äußerung ungrammatisch würde. Ferner wird anhand dieser Sequenz die Multifunktionalität der namentlichen Adressierung deutlich: Mit der Anrede „also herrKAhaus,“ (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 fordert die namentliche Adressierung des Gegenübers zugleich dessen erhöhte Aufmerksamkeit ein: Nach Schwitalla (1993: 359) stellt die namentliche Anrede „eins der stärksten Mittel [dar], um die Aufmerksamkeit einer Person zu wecken“.⁹ Diese „attention-getting“-Taktik trägt wiederum zum „foregrounding“ (Clayman 2010: 171) der Folgeäußerung bei.

⁷ Die Namen sind anonymisiert: Für die Familiennamen der PatientInnen werden unterschiedliche Buchstaben des Alphabets (A bis Z) zusammen mit dem Zusatz „haus“ verwendet. Die Namen der ÄrztInnen werden mit Buchstaben des Alphabets (A bis Z) sowie dem Zusatz „berg“ bzw. „mann“ wiedergegeben.

⁸ Siehe Deppermann & Helmer (2013) zum Diskursmarker *also* zur Eröffnung eines „multi-unit-Turns“. Vgl. Günthner (2016) zur Kombination von turn-initialen Adressierungen mit Partikeln bzw. Diskursmarkern.

⁹ Siehe Carmody & Lewis (2006) zu neurologischen Studien der erhöhten Gehirnaktivierung beim Hören des eigenen Namens.

Als Zeichen „erhöhter interpersoneller Zugänglichkeit“ (Goffman 1974/82: 116) sind gerade turn- bzw. handlungs-initiierende Anredeformen dazu prädestiniert, dem Gesprächspartner die Rezipientenrolle zuzuordnen und so eine intersubjektiv geteilte Ausrichtung auf die als relevant hochgestufte Aktivität herzustellen (Günthner 2016: 416). 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.

PatientInnen reagieren auf die Mitteilung der Krebsdiagnose in der Regel mit Verstummen bzw. einer 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 den ÄrztInnen neben der Übermittlung und Erläuterung der Krebserkrankung die Aufgabe zukommt, die Therapieplanung mit den PatientInnen abzustimmen und dabei Informationen und Meinungen etc. von letzteren einzuholen, setzen sie immer wieder onymische Anreden als Ressource ein, um ihr Gegenüber zu einer Rückmeldung zu bewegen und so den Interaktionsfortgang sicherzustellen.

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, 2018a, b). Mit diesem zweiteiligen Format wird im initialen *zwar*- bzw. *schon*-Teil die schlechte Nachricht konzidiert („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 ALLervoraussicht 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 ((Schnalzgeräusche)) (.) frau SEhaus-
 220 sagen sie mir nochmal welcher JAHRgang sind sie?
 221 (--)
 222 PW: ZWEIundfünfzig,

Der Ausschnitt zeigt, wie die Patientin PW im Anschluss an die Diagnosemitteilung in ein Schweigen verfällt und der Arzt (AM) längere Passagen mit mehreren übergangsrelevanten Stellen, Pausen und „question tags“ (König 2017) (Z. 206–221) alleine (ohne Rezipientenreaktionen) zu bewerkstelligen hat. 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: „sagen sie mir nochmal welcher JAHRgang sind sie?“ (Z. 219–220). 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 auch hier „shift implicative“ (Rendle-Short 2007: 1510) und fordert eine erhöhte Aufmerksamkeit für die folgende Umfokussierung ein. Zum andern holt er mit der personalisierten Zuwendung die Patientin wieder in den Interaktionsraum zurück und aktiviert so im Sinne einer „response“-Mobilisierung (Stivers & Rossano 2010) die Wiederherstellung des „alignment“ (Stivers 2008) und damit der interaktionalen Kooperation zwischen den Interaktionsbeteiligten auf der strukturell-gesprächsorganisatorischen Ebene.

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

2.2.2 Erhöhte personalisierte Zuwendung und Indizierung von Eindringlichkeit

Wie Bergmann (2014) ausführt, weisen Arzt-Patienten-Interaktionen insofern eine Form der Asymmetrie auf, als ÄrztInnen die 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) 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).¹⁰ Gerade die „Öffnung für die subjektive Sicht des Patienten“ berührt – so Frommer –

[. . .] 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. (Frommer 2014: 109–110)

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 hierfür eine zentrale Ressource dar.¹¹ Diese kann, wie die folgenden Ausschnitte zeigen, zur Durchführung unterschiedlicher, meist multifunktionaler Aufgaben eingesetzt werden: zur Markierung von Mitgefühl und Verständnis, zur Indizierung von Ernsthaftigkeit und Eindringlichkeit, im Kontext emotional angespannter Konfliktsituationen und in Zusammenhang mit Trostsequenzen.

¹⁰ So argumentiert auch Bergmann (2014: 430), dass sich das „konkrete Fallgeschehen [...] immer in der für den Fall konstitutiven Spannung zwischen Subsumption und Individualisierung, zwischen allgemeiner Regel und partikularer Existenz [bewegt]“. Dabei kann „oszillierend mal die eine und mal die andere Seite in den Vordergrund treten“.

¹¹ Wie auch Schwitalla (2010: 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.“

Im folgenden Gesprächsausschnitt setzt die Ärztin (AW) die namentliche Adressierung der Patientin (PW) als „Beziehungszeichen“ in Zusammenhang mit der Indizierung von Empathie und Solidarität ein. Die Patientin PW konstatiert 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 zuletzt,
 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 (zuma! sie „REgelmäßig“ zur Vorsorgeuntersuchung bzw. zur „fraUeärztin“ gegangen ist; Z. 236 ff.) 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 und indiziert „intersubjective sharing“ (Tomassello & Carpenter 2007: 121). 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. Somit stellt die final positionierte Anrede „frau wehaus; (.)“ (Z. 254) von Seiten der Ärztin (AW) eine Strategie dar, ihre erhöhte Zuwendung an die Patientin zu markieren und die Expressivität der vorausgehenden Aussage zu verstärken: PW wird mit ihrer Situation nicht allein gelassen.¹²

Darüber hinaus veranschaulicht dieser Gesprächsausschnitt, was Frommer (2014: 118) als „Unsichtbarmachung von Professionalität“ bezeichnet – nämlich eine individualisierte Empathiebekundung, die kurzfristig die ärztliche „Professionalität maskiert und den Eindruck von Alltagskommunikation gerade auch da erweckt, wo er [der Arzt] direkt Ziele der Fallarbeit ansteuert“. Hierbei kommt die 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 vorliegenden Gespräch artikuliert die Ärztin zum einen ein erhöhtes Verständnis für die Situation der Patientin (Z. 248–251) und markiert ihre individualisierte Empathiebekundung. Zum anderen holt sie mit der Formulierung „jetzt HELfe mer ihnen frau wehaus; (.)“ (Z. 254), die sich durch die post-positionierte Anrede auszeichnet, die Patientin ins Hier-und-Jetzt der Therapiebesprechung und damit in die professionelle Agenda zurück: Es gilt nun, die Therapie festzulegen bzw. anzugehen.

Lerner (2003: 185) führt in Bezug auf post-positionierte Anredeformen aus, dass diese eingesetzt werden, „to demonstrate a particular stance toward or a relationship with a recipient under circumstances where that demonstration is particularly relevant“.¹³ 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,

¹² Siehe auch Koerfer, Reimer & Albus (2018: 837) zur Bedeutung „der namentlichen Nennung“ für die „Beziehungsgestaltung“ in der Arzt-Patienten-Interaktion.

¹³ Siehe Günthner (2017) sowie Couper-Kuhlen & Selting (2018: 23) zur „stance“-Markierung von final-positionierten Adressierungen.

sich auf deren individuelle Ängste, Befürchtungen, Wünsche etc. einzulassen. Letztendlich kommt diese Funktion dem von Clayman 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. (Clayman 2010: 178)

Allerdings zeigt der folgende Ausschnitt, dass emotional aufgeladene 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 eher alternativen Heilverfahren statt einer OP unterziehen soll, dargelegt hat, entwickelt sich eine Diskussion zwischen der Ärztin und dem 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 Gynäkologen von PW beraten können. Hierauf fragt PW an, ob sie den OP-Termin ggf. telefonisch mit AW abstimmen kann (PW und LM sind keine deutschen MuttersprachlerInnen):

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; n]
 631 AW: wir könn ihn_nGERne 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 bää_ 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 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 [*aber* + Titel + Familienname] zugleich eine Relevanzhochstufung der folgenden „Bitte“. Dieser mit der Projektorkonstruktion „ich BITte sie,“ (Günthner 2008) eingeleitete ärztliche Rat „bä_ schieben sie des 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 ausgewählt. Ferner stuft AW durch die Einforderung der Aufmerksamkeit die Relevanz der – mit der Meinung des Ehemanns disalignierenden – Folgeposition hoch. 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.

Im Verlauf des Gesprächs verlässt der Ehemann (nach erheblichen Meinungsdifferenzen 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, sodass AW und PW den Termin nun festlegen:

GESPRÄCH 069

- 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 [oper[iert 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“; Z. 931) und die Begründung, dass PW dann noch etwas Zeit hat, „mit ihrem MANN sich auseinanderzusE[tzen,]“ (Z. 936), setzt AW mit der adversativen Konjunktion „aber“ (Z. 938) ihren Redezug fort: Mittels der Kombination aus Adversativkonjektor „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“ (Goffman 1974/82: 262–264), 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 PWs Vergemeinschaftung mit der Ärztin.

Nach Goffman (1974/82: 256) bildet die „soziale Identität“, die „sich auf unterschiedliche Merkmale wie Name und äußere Erscheinung gründet und durch Kenntnisse hinsichtlich [der] Biographie und [. . .] sozialen Eigenschaften ergänzt wird“, einen wesentlichen Faktor für die Konstitution sozialer Beziehungen. Wie die vorliegenden Interaktionssegmente verdeutlichen, fungiert gerade die namentliche Anrede des Gegenübers als wichtige Ressource, um die Kommunikationspartnerin als Person zu identifizieren, in ihrer sozialen Identität zu bestätigen und ein „Beziehungszeichen“ (Goffman 1974/82: 262–263) zu setzen. Die ÄrztInnen setzen diese Ressource immer wieder ein, um ihren PatientInnen 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 und ihr Ehemann LM versucht sie damit zu trösten, dass „keine kemo Nötig“ ist. Die Ärztin versichert mehrfach, dass es „nichts SCHLIMMes,“ ist (Z. 046; 048). Auf PWs Weinen und tiefes Luftholen hin ergreift die Ärztin in Zeile 050 erneut den Redezug und adressiert die Patientin mit Namen:

GESPRÄCH 055-01

- 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,

Die onymische Anrede der Patientin in Zeile 50 hat in dieser Tröstsequenz (Imo 2017) 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 personalisierte Zuwendung. Das folgende prosodisch hervorgehobene 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), kontextualisiert 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 und die steigende Intonationskontur; Bahlo, Fürstenberg & Drost 2015). Auf diese Weise hinterfragt AW die Plausibilität von PWs 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. Der vorliegende Konflikt zwischen Frau Dehaus und der Ärztin basiert auf dem verbreiteten Misstrauen, die ÄrztInnen könnten den PatientInnen den Schweregrad 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.

Die Beobachtung, dass ÄrztInnen ihr Gegenüber dann namentlich adressieren, wenn sich Konflikte abzeichnen (sowohl in Bezug auf die Gesprächsorganisation und das „alignment“ als auch bzgl. der inhaltlichen und affektiven Ausrichtung bzw. der „affiliation“),¹⁴ wundert nicht, zumal die Markierung einer individualisierten Ausrichtung an dem/der PatientIn ein wichtiges „tie-sign“ (Goffman 1974/82) zur Beziehungsarbeit darstellt.

Wie die Ausschnitte verdeutlichen, werden sowohl turn- bzw. TCU-initiale, als auch final positionierte und sogar alleinstehende (d. h. eine eigene TCU-bildende) namentliche Adressierungen in unterschiedlichen kommunikativen Kontexten als „tie-sign“ (Goffman 1974/82) zur Beziehungsarbeit und damit zum Display einer personifizierten 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.

¹⁴ Die Begriffe „alignment“ und „affiliation“ orientieren sich an den konversationsanalytischen Arbeiten von Stivers (2008). Während „alignment“ auf Formen der Kooperation zwischen den Interaktionsbeteiligten auf der strukturell-gesprächsorganisatorischen Ebene verweist, betrifft „affiliation“ die Kooperation auf der inhaltlichen bzw. affektiven Ebene. Hierzu auch Droste & Günthner (2020: 79).

3 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 Rezipienzzuordnung) für die Rederechtzuweisung 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 Orientierung am Gegenüber als eines der effizientesten Mittel der Aufmerksamkeitseinholung fungieren. Im Fall der Initialpositionierung lenken sie die Aufmerksamkeit des Gegenübers (u. a. in Kookkurrenz 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 anderen tragen namentliche Anreden zum Display personifizierter Orientierung bei: Sie fungieren als „Beziehungszeichen“, die eine erhöhte 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 personalisierten Aufmerksamkeitseinholung des Gegenübers.¹⁵

Zugleich ist der Einsatz onymischer Anreden der PatientInnen im Kontext der vorliegenden kommunikativen Gattung zu betrachten: 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). Die ÄrztInnen sind 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. sie changieren zwischen einer „institutionellen Unpersönlichkeit“ mit der Subsumtion des betreffenden Falles unter die Kategorie „einer von vielen“ auf der einen Seite und einer personalisierten 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, Indra Fürstenberg & Michaela Drost (2015): „muss der papa STREI: cheln?“ – Modalkonstruktionen in interaktionalen Trostprozessen mit Kleinkindern. In Jörg Bücker, Susanne Günthner & Wolfgang Imo (Hrsg.), *Konstruktionsgrammatik V. Konstruktionen im Spannungsfeld von sequenziellen Mustern, kommunikativen Gattungen und Textsorten*, 269–290. Tübingen: Stauffenburg.
- Bentz, Martin, Martin Binnenhei, Georgios Coussious, Juliana Gruden, Wolfgang Imo, Lisa Korte, Thomas Rüdiger, Antonia Ruf-Dördelmann, Michael R. Schön & Sebastian Stier (2016): Von der Pathologie zum Patienten: Optimierung von Wissenstransfer und Verstehenssicherung in der medizinischen Kommunikation. *Spln: Arbeitspapierreihe Sprache und Interaktion* 72. <http://krebshilfe.sprache-interaktion.de/wp-content/>

¹⁵ Wie die Ausschnitte zeigen, zeichnen sich oftmals auch Überlappungen beider Funktionen ab.

- puploads/2016/08/Bentz-et-al.-2016-Von-der-Pathologie-zum-Patienten.pdf (letzter Zugriff 09.11.2017).
- Bergmann, Jörg (2014): Der Fall als epistemisches Objekt. In Jörg Bergmann, Ulrich Dausendschön-Gay & Frank Oberzaucher (Hrsg.): *„Der Fall“ – Studien zur epistemischen Praxis professionellen Handelns*, 423–440. Bielefeld: transcript.
- Carmody, Dennis P. & Michael Lewis (2006): Brain Activation When Hearing One's Own and Others' Names. *Brain Research* 116 (1), 153–158.
- Clayman, Steven E. (2010): Address terms in the service of other actions: The case of news interview talk. *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. *Journal of Pragmatics* 44, 1853–1867.
- Couper-Kuhlen, Elizabeth & Margret Selting (2018): *Interactional Linguistics. Studying Language in Social Interaction*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Deppermann, Arnulf & Henrike Helmer (2013): Zur Grammatik des Verstehens im Gespräch: Inferenzen anzeigen und Handlungskonsequenzen ziehen mit also und dann. *Zeitschrift für Sprachwissenschaft* 32 (1), 1–39.
- De Stefani, Elwys (2016): Names and discourse. In Carole Hough (Hrsg.), *The Oxford Handbook of Names and Meaning*, 52–66. Oxford: Oxford University Press.
- Ditz, Susanne (2005): Die Mitteilung der Diagnose Brustkrebs. In Mechthild Neises, Susanne Ditz & Thomas Spranz-Fogasy (Hrsg.), *Patientenorientiertes Reden – Beiträge zu psychosomatische Grundkompetenz in der Frauenheilkunde*, 224–241. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Droste, Pepe & Susanne Günthner (2020): ‚das machst du bestimmt AUCH du;‘: Zum Zusammenspiel syntaktischer, prosodischer und sequenzieller Aspekte syntaktisch desintegrierter du-Formate. In Wolfgang Imo & Jens Lanwer (Hrsg.), *Prosodie und Konstruktionsgrammatik*, 75–110. Berlin, Boston: De Gruyter.
- Dzanko, Minka (2018): *Sprachlich-interaktive Elemente rollenbezogener Asymmetrie im Vergleich deutscher und bosnisch-herzegowinischer Arzt-Patient-Gespräche*. Mannheim: Universität Mannheim, Dissertationsschrift.
- 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 Jörg Bergmann, Ulrich Dausendschön-Gay & Frank Oberzaucher (Hrsg.), *„Der Fall“ – Studien zur epistemischen Praxis professionellen Handelns*, 103–123. Bielefeld: transcript.
- Fruht, Christiane & M. Vogelhuber (2016): *Kommunikation in der Onkologie: Überbringen schlechter Nachrichten*. Universitätsklinikum Regensburg. <http://de.slideshare.net/ChristianeFruht/ueberbringen-schlechternachrichten> (letzter Zugriff 15.12.2019).
- Goffman, Erving (1967): *Stigma. Übertekniken der Bewältigung beschädigter Identität*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Goffman, Erving (1974/1982): *Das Individuum im öffentlichen Austausch. Mikrostudien zur öffentlichen Ordnung*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Günthner, Susanne (2008): Projektorkonstruktionen im Gespräch: Pseudoclefts, die Sache ist-Konstruktionen und Extrapositionen mit es. *Gesprächsforschung – Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion* 9, 86–114. <http://www.gespraechsforschung-ozs.de/heft2008/ga-guenthner.pdf> (letzter Zugriff 20.12.2015).

- Günthner, Susanne (2016): Praktiken erhöhter Dialogizität: onymische Anredeformen als Gesten personifizierter Zuwendung. *ZGL: Zeitschrift für Germanistische Linguistik* 44 (3), 406–436.
- Günthner, Susanne (2017): Sprachliche Verfahren bei der Übermittlung schlechter Nachrichten – sedimentierte Praktiken im Kontext onkologischer Aufklärungsgespräche. *Spln: Arbeitspapierreihe Sprache und Interaktion* 73 (4). <http://arbeitspapiere.sprache-interaktion.de/arbeitspapiere/arbeitspapier73.pdf> (letzter Zugriff 01.03.2019).
- Günthner, Susanne (2018a): Routinisierte Muster in der Interaktion. In Arnulf Deppermann & Silke Reineke (Hrsg.), *Sprache im kommunikativen, interaktiven und kulturellen Kontext*, 29–50. Berlin, Boston: De Gruyter.
- Günthner, Susanne (2018b): Thomas Luckmanns Einfluss auf die Sprachwissenschaft – Kommunikative Gattungen im Alltagsgebrauch am Beispiel onkologischer Aufklärungsgespräche. In Alois Hahn & Martin Endreß (Hrsg.), *Lebenswelt und Gesellschaft. Gedenkbuch für Thomas Luckmann*, 358–400. Konstanz: UVK.
- Günthner, Susanne (2019): ‚Kultur-in-kommunikativen-Praktiken‘ – Kommunikative Praktiken zur Übermittlung schlechter Nachrichten in onkologischen Aufklärungsgesprächen. In Noah Bubenhofer, Yvonne Ilg, Joachim Scharloth, Susanne Tienken & Juliane Schröter (Hrsg.), *Linguistische Kulturanalyse*, 269–292. Berlin, Boston: De Gruyter.
- Hausendorf, Heiko (2013): On the interactive achievement of space – and its possible meanings. In Peter Auer, Martin Hilpert, Anja Stukenbrock & Benedikt Szmrecsanyi (Hrsg.), *Space in Language and Linguistics. Geographical, Interactional and Cognitive Perspectives*, 276–303. Berlin, Boston: De Gruyter.
- Imo, Wolfgang (2017): Trösten: eine professionelle Praktik in der Medizin. *Spln: Arbeitspapierreihe Sprache und Interaktion*. <http://arbeitspapiere.sprache-interaktion.de/arbeitspapiere/arbeitspapier71.pdf> (letzter Zugriff 20.12.2018).
- Koerfer, Arnim, Thomas Reimer & Christian Albus (2018): Beziehung aufbauen. In Arnim Koerfer & Christian Albus (Hrsg.), *Kommunikative Kompetenz in der Medizin. Ein Lehrbuch zur Theorie, Didaktik, Praxis und Evaluation der ärztlichen Gesprächsführung*, 814–842. Göttingen: Verlag für Gesprächsforschung.
- König, Katharina (2017): Question tags als Diskursmarker? – Ansätze zu einer systematischen Beschreibung von ne im gesprochenen Deutsch. In Hardarik Blühdorn, Arnulf Deppermann, Henrike Helmer & Thomas Spranz-Fogasy (Hrsg.), *Diskursmarker im Deutschen. Reflexionen und Analysen*, 233–258. Göttingen: Verlag für Gesprächsforschung.
- Kupetz, Maxi (2014): Empathy displays as interactional achievements – Multimodal and sequential aspects. *Journal of Pragmatics* 61, 4–34.
- Lerner, Gene H. (2003): Selecting next speaker: The context-sensitive operation. *Language in Society* 32 (2), 177–201.
- Norrbj, Catrin, Camilla Wide, Jan Lindström & J. Nilsson (2015): Interpersonal relationships in medical consultations. Comparing Sweden Swedish and Finland Swedish address practices. *Journal of Pragmatics* 84, 121–38.
- Rendle-Short, Johanna (2007): ‚Catherine, you’re wasting your time‘: Address terms within the Australian political interview. *Journal of Pragmatics* 39 (9), 1503–1525.
- Schütz, Alfred (1951/1972): Gemeinsam Musizieren. In Alfred Schütz, *Gesammelte Aufsätze II. Studien zur soziologischen Theorie*, 129–150. Den Haag: Springer.
- Schwitalla, Johannes (1993): Namensverwendung und Gesprächskonstitution. In Heinrich Löffler (Hrsg.), *Dialoganalyse IV*, 359–366. Tübingen: Niemeyer.

- Schwitalla, Johannes (2010): Kommunikative Funktionen von Sprecher- und Adressatennamen in Gesprächen. In Nicolas Pepin & Elwys de Stefani (Hrsg.), *Eigennamen in der gesprochenen Sprache*, 179–199. Tübingen: Francke.
- Selting, Margret, Peter Auer, Dagmar Barth-Weingarten, Jörg Bergmann, Pia Bergmann, Karin Birkner, Elizabeth Couper-Kuhlen, Arnulf Deppermann, Peter Gilles, Susanne Günthner, Martin Hartung, Friederike Kern, Christine Mertzlufft, Christian Meyer, Miriam Morek, Frank Oberzaucher, Jörg Peters, Uta Quasthoff, Wilfried Schütte, Anja Stukenbrock & Susanne Uhmann (2009): Gesprächsanalytisches Transkriptionssystem 2 (GAT 2). *Gesprächsforschung – Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion* 10, 353–402.
- Stivers, Tanya (2008): Stance, Alignment, and Affiliation during Storytelling: When Nodding is a Token of Affiliation. *Research on Language and Social Interaction* 41 (1), 31–57.
- Stivers, Tanya, Federico Rossano (2010): Mobilizing Response. *Research on Language and Social Interaction* 43 (1), 3–31.
- Tomasello, Michael, Malinda Carpenter (2007): Shared Intentionality. *Developmental Science* 10 (1), 121–125

